



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الإجتماعية

شعبة علم النفس

منكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص الصحة العقلية تحت عنوان:

الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا (سيدي علي - مزغان - جمعية بيبينار) - مدينة مستغانم

تحت إشراف الأستاذة:

قوعيش مغنية

من إعداد الطالبتان :

هدروكة فاطمة الزهراء

برزوق امينة

أمام لجنة المناقشة

أ. شرقي حورية..... رئيسا

أ. قوعيش مغنية..... مؤطرا ومقرا

أ. عليلش فلة..... مناقشا

السنة الجامعية: 2016/2015



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية

قسم العلوم الإجتماعية

شعبة علم النفس

منكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تخصص الصحة العقلية تحت عنوان:

الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا (سيدي علي - مزغان - جمعية بيبينار) - مدينة مستغانم

تحت إشراف الأستاذة:

قوعيش مغنية

من إعداد الطالبتان :

هدروكة فاطمة الزهراء

برزوق امينة

أمام لجنة المناقشة

أ. شرقي حورية..... رئيسا

أ. قوعيش مغنية..... مؤطرا ومقرا

أ. عليلش فلة..... مناقشا

السنة الجامعية: 2016/2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا ﴾

إهداء

إلى زوجي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها

إلى من غمرتني بحنائها وأنارت قلبي بفيض دعاها

إليك "أمي"

إلى من شقي من أجل أن يفتح لي درب الحياة

إلى من انتظر وأمل في هذا النجاح بفارغ الصبر

إليك "أبي"

إلى من أحمل اسمه بكل فخر، وإلى زوجي العزيز

إلى جميع عائلتي من كبيرهم الى صغيرهم، والى كل زميلاتي وزملائي.

فاطيمة الزهراء وأمينة

كلمة شكر وتقدير

بقدر العالي الجليل الذي أتم نعمته علينا وكان في عوننا حتى وصلنا هذا العمل المتواصل الذي نأمل أن يجوز مبلغ الرضا.

فنحمده على أن يسر لنا إتمام هذا العمل وإن ينفع به من قرأه ونسأله سبحانه أن يرزقنا الإخلاص في أعمالنا كلها إنه ولي ذلك والقادر عليه.

ومصادقا لقول سيد القول أجمعين عليه أزكى الصلوات والتسليم "لا زال الله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه"

نتوجه بكلمة تقدير وشكر منفعه بمعاني الاحترام والتقدير التي كان لها الفضل في توجيهنا وإتمام هذا العمل بنجاح ألا وهو أستاذتنا الفاضل "قوعيش مغنية" لك الشكر والاحترام.

كما أتقدم بالشكر للأساتذة المناقشين لقبولهم مناقشة هذه المذكرة المتواضعة، ولما بذلوه من جهد ووقت في قراءة هذا البحث وتقويمه.

ولا يفوتني أن أتقدم بخالص الشكر إلى أساتذتي الأفاضل الذين كان لي شرف أخذ العلم على أيديهم في تخصص علم النفس.

ويشرفني أن أتقدم بالشكر الجزيل والثناء الخالص إلى كل من عمال المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنيا (مزغران وسيدعلي) لولاية مستغنام، والشكر الموصول إلى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى كشف عن علاقة الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهته لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد مستعملا في ذلك الأدوات التالية: كل من استبيان الضغط النفسي - استبيان استراتيجية مواجهة الضغط النفسي، بعد تأكد الباحثان من خصائصهم السيكومترية، حيث تكونت عينة الدراسة من (41) أم مصاب طفلها بالتوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا (سيدي علي-مزگران) لولاية مستغانم استخداما للباحثان كل من المنهج الوصفي التحليل والمنهج دراسة الحالة، أما الأسلوب الإحصائي المستعمل في هذه الدراسة: التكرارات والنسبة المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط برسون باعتماد على برنامج SPSS 17 وبعد المعالجة والتحليل، توصلت الباحثان إلى النتائج التالية:

- 1- تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية مرتفعة.
 - 2- تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة.
 - 3- تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية.
- ومن خلال الدراسة التي قامت بها الباحثان تحققت فرضيتها وعليه تفسر الباحثان على "أنه توجد علاقة بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد". أي كلما زاد الضغط النفسي زادت الأم استخدامها لاستراتيجيات المواجهة.

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
ا	الآية
ب	إهداء
ج	الشكر
د	ملخص البحث
هـ	قائمة المحتويات
ي	قائمة الجداول
م	قائمة الملاحق
15	مقدمة عامة
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
18	1- اشكالية البحث
20	2- فرضيات البحث
21	3- دوافع اختيار الموضوع
21	4- أهداف البحث
22	5- أهمية البحث
22	6- التعاريف الإجرائية للبحث
الفصل الثاني: التوحيد	
25	تمهيد

26	1-لمحة تاريخية عن التوحد
27	2-تعريف التوحد
31	3-أسباب التوحد
37	4-أعراض التوحد
40	5-تشخيص التوحد
45	6-تشخيص الفارقي
52	7-البرنامج التربوية العلاجي
54	8-أساليب التدخل العلاجي التأهيلي
57	9-الاستجابة الوالدية الابن التوحد
57	10-علاقة الاسرة مع طفلهم التوحد
58	11-أهمية وجود المركز وجمعيات المتخصصة للتوحد
59	خلاصة
الفصل الثالث: الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهة	
62	تمهيد
63	أولاً: الضغط النفسي
63	1-تطور مفهوم الضغط النفسي
64	2-تعريف الضغط
64	3-مفهوم الضغط النفسي
66	4-أنواع الضغط النفسي

68	5-أسباب الضغط النفسي
71	6-أعراض الضغط النفسي
76	7-العوامل المحدد للضغط النفسي
77	8-النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي
82	9-طرق قياس الضغط النفسي
82	10-الاستراتيجيات الوقاية للضغط النفسي
ثانيا: استراتيجيات المواجهة	
84	1-تطور مفهوم المواجهة
85	2-مفهوم استراتيجية المواجهة
86	3-النماذج المفسرة لاستراتيجية مواجهة الضغط
91	4-تصنيفات استراتيجيات المواجهة
96	5-العوامل المؤثرة في استراتيجية مواجهة الضغط
99	6-استراتيجيات المواجهة المركز حول حل المشكلة والمركزة حول الانفعال
102	خلاصة
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
104	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
104	1-أهداف الدراسة الاستطلاعية
105	2-تصميم أدوات القياس
114	3-مجال المكاني والزمني للدراسة الاستطلاعية

115	4-طريقة المعاينة ومواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية
117	5-الخصائص السيكومترية لوسائل القياس
ثانيا: الدراسة الأساسية	
121	1-منهج الدراسة
122	2-المجال المكاني والزمني للدراسة الأساسية
122	3-خصائص المجتمع الدراسة الأساسية
123	4-طريقة المعاينة ومواصفات عينة الدراسة الأساسية
125	5-أدوات الدراسة الأساسية
131	6-طريقة إجراء الدراسة الأساسية
132	7-الأسلوب الإحصائي المتبع في الدراسة الأساسية
الفصل الخامس: عرض النتائج وتفسيرها	
135	تمهيد:
135	أولاً: عرض النتائج البحث إحصائياً
135	عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى
138	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية
139	عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
140	عرض نتائج الفرضية العامة
ثانيا عرض نتائج البحث اعتماد على دراسة الحالة	
141	1-تقديم الحالة الأولى

150	2-تقديم الحالة الثانية
الفصل السادس: مناقشة نتائج فرضيات البحث	
160	تمهيد
160	1-مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الاولى
163	2-مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية
164	3-مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة
165	مناقشة نتائج الفرضية العامة
168	الخاتمة
170	الاقتراحات
172	قائمة المراجع
178	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم
108	أبعاد استبيان الضغط النفسي (الصورة الأولى)	01
109	توزيع فقرات استبيان الضغط النفسي حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية.	02
110	تصحيح استبيان الضغط النفسي	03
112	أبعاد استبيان استراتيجية المواجهة (الصورة الأولى)	04
113	توزيع فقرات استبيان مواجهة الضغوط النفسية حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية	05
114	تصحيح استبيان استراتيجية المواجهة.	06
115	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب سن الام.	07
116	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المؤهل العلمي للأمم.	08
116	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب جنس الابن المعاق.	09
117	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع اعاقه الابن.	10
118	نتائج حساب التناسق الداخلي بين البعد والمقياس ككل (الضغط النفسي).	11
118	حساب الصدق التمييزي.	12

119	حساب ثبات المقياس ككل عن طريقة التجزئة النصفية.	13
120	حساب التناسق الداخلي بين البعد والمقياس ككل (استراتيجية المواجهة)	14
120	حساب الصدق التمييزي.	15
121	قيمة معامل الفا لكرونباخ.	16
123	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب سن الأم.	17
124	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب المؤهل العلمي للأم	18
124	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب جنس الابن المعاق.	19
125	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الاقتصادي للأسرة.	20
127	يشير إلى توزيع فقرات استبيان الضغط النفسي حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية.	21
128	تصحيح استبيان الضغط النفسي.	22
128	تصحيح استبيان الضغط النفسي حسب الدرجات.	23
129	يشير إلى توزيع فقرات استبيان مواجهة الضغوط النفسية حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية	24
130	تصحيح استبيان استراتيجية المواجهة.	25
130	تصحيح استبيان الضغط النفسي حسب الدرجات	26

136	حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية في مستوى الضغوط النفسية مرتبة ترتيبا تنازليا.	27
137	حساب التكرارات لمقياس الضغط النفسي.	28
138	حساب التكرارات لمقياس استراتيجية المواجهة للضغوط النفسية.	29
139	نتائج حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية في درجة استراتيجية مواجهة الضغط النفسي مرتبة ترتيبا تنازليا.	30
140	معامل ارتباط برسون بين الضغط النفسي واستراتيجية المواجهة.	31
148	نقاط استبيان الضغط النفسي للحالة (س-و).	32
149	نقاط استبيان استراتيجيات المواجهة للحالة (س-و).	33
165	نقاط استبيان الضغط النفسي للحالة (ك-ب).	34
157	نقاط استبيان استراتيجيات المواجهة للحالة (ك-ب).	35

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	رقم
178	استبيان الضغط النفسي (الصورة النهائية)	01
180	استبيان مواجهة الضغوط (الصورة النهائية)	02
182	استمارة البيانات الشخصية	03
183	استمارة المقابلة العيادية	04
190	البطاقة الفنية للمراكز	05
198	تفريغ نتائج افراد عينة الراسة (درجات الخام)	06
199	تفريغ نتائج الدراسة بـ spss	07
201	اجراء التريص	08

مقدمة عامة:

عاش الإنسان منذ بداية الكون باحثاً عن الاستقرار والأمان، جارياً وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 19)

وقد حظيت الضغوط الناتجة عن الإصابة بالإعاقة باهتمام العديد من الباحثين لأنه غالباً ما تمتد الإعاقة إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة والأقارب وحثى الجيران وخصوصاً الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدًا إذا كان مصاباً باضطراب التوحد لأنه من أعقد الاضطرابات وأصعبها لما تتسم به من الانغلاق والنمطية ولما تطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها أم وربت بيت وبين الاهتمام الزائدة واضطرابها إلى تنازل عن أشياء من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري.

رغم تطور برامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدمها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في السنوات الأخيرة إلا أن التطور لم يشمل تقديم بشكل كافي مما عرضهن للكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تسبب ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهم، هذا ما يجعل الأم تحت سلسلة من الضغوط النفسية تكون في الغالب مرتبطة بالاحتياجات الخاصة للطفل وبالقلق على مستقبله مما يزيد من حدة الضغط على الأم.

كما يرى عبد العزيز الشخص 1998 الضغط النفسي من مفهوم التربية الخاصة لغير العاديين بأنه حالة من التوتر تحدث نتيجة تأثيرات خارجية غير ملائمة بحيث تقضي إلى شعور الفرد بإجهاد شديد لأعضائه وأعضاء جسمه لدرجة يصعب عليه ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته. (طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم، 2006: 20)

إن الضغط النفسي الذي تفرضه إصابة الابن على الأم يدفعها إلى اللجوء إلى استعمال استراتيجيات 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 الاجتماعي 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.

لذا تلجأ أم الطفل المصاب بالتوحد إلى انتهاج استراتيجيات مواجهة في محاولة منها للتخفيف من شدة الضغط التي تسببها إصابة ابنها، كالهروب عن طريق إنكار إصابة ابنها أو قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مساعرة 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. (جبالي مصباح، 2012: 29)

ونظراً لأهمية الموضوع، قمنا بتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط النفسي جراء إصابة ابنها بالتوحد والتي تلجأ إلى استراتيجيات مواجهة قد لا تكون دائماً إيجابية، إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية الذي يعاني منها أم الطفل مصاب بالتوحد ونوع الاستراتيجيات الذي تتبعها لمواجهة هذه الضغوط.

و قسم هذا البحث إلى ستة فصول يضم **الفصل الأول** مدخل الدراسة الذي تناولت فيه الباحثتان

تقديم البحث حيث حددت فيه إشكالية البحث و فرضياته العامة و الفرعية من دوافع إختيار هذا البحث و أهميته و الأهداف المرجوة منه ، بعد ذلك تم التطرق إلى تعاريف الدراسة الإجرائية .

ويليه **الفصل الثاني** التوحد تناولنا فيه لمحة تاريخية عنه، تعريفه، أسبابه، أعراضه، التشخيص وإلى التشخيص الفارقي بينه وبين الاضطرابات الأخرى، وبالإضافة إلى البرنامج التربوي العلاجي، وأساليب

التدخل العلاجي وعلاقة الأسرة مع الطفل التوحدي. اما **الفصل الثالث** تناولنا فيه الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهته والذي يتضمن جانبين: **أولاً:** الضغط النفسي الذي يتضمن مفهومه، وتعريف الضغط، أنواعه، أسبابه، الأعراض، النظريات المفسرة للضغط. **ثانياً:** استراتيجيات المواجهة والذي يتضمن مفهوم استراتيجيات المواجهة والنظريات المفسرة لها، واهم تصنيفات استراتيجيات المواجهة والعوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة.

ويضم **الفصل الرابع** الإجراءات المنهجية للدراسة في جانبين الأول مخصص **لِلدراسة الإستطلاعية** حيث تناولت الباحثة في البداية أهداف الدراسة الإستطلاعية، تصميم وسائل القياس، مكان و زمان إجراء الدراسة الإستطلاعية ، مواصفات عينتها ؛ نتائج دراسة الخصائص السيكومترية للأدوات المتمثلة في صدق و ثبات .

ويضم الجانب الثاني **الدراسة الأساسية** بداية بالتعريف بالمنهج المتبع في الدراسة و مكانها ، مجتمع البحث و مواصفات عينة دراسته الأساسية ، أدواتها و أساليب المعالجة الإحصائية المتبعة في تحليل نتائجها ، والتحقق من فرضيات البحث.

وقد خصص **الفصل الخامس** لعرض نتائج الدراسة الأساسية معتمداً في ذلك الأساليب الإحصائية، مع عرض الحالات المدروسة

و خصصت الباحثتان في **الفصل السادس** لمناقشة النتائج المتوصل إليها في الدراسة الميدانية .واختتم هذا الفصل بخاتمة و تقديم مجموعة من الاقتراحات.وفي الاخير تم عرض قائمة المراجع والملاحق المعتمد عليها في الدراسة .

1- اشكالية البحث:

الأم هي المدرسة الأولى في حياة الطفل إذا كرمها الله سبحانه وتعالى وجعل منزلتها وبرها أعلى وأسمى من جميع الارتباطات الاجتماعية الأخرى لما لها من دور حيث يعتبر ميلاد طفل في الأسرة حدثاً سعيداً إذا ينظر الآباء للطفل على أنه امتداد للذات والنفس، فهو يزودهم بالإحساس بأمان كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة ويوثق بين الزوج والزوجة والأم بصفة خاصة ترى بأن الطفل المنتظر سيكون مفعماً بجميع الفضائل وجميع المواهب وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه سيكون أحقاً أو معتوها أو معاقاً.

اليوم الذي يكشف فيه إعاقة طفل في الأسرة تعتبر مرحلة حاسمة تؤدي إلى تغيير جذري في المسار النفسي، الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بحيث هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خاصة أمام واقع مر، سواء كانت الإعاقة حركية أو جسدية أو عقلية، قد يكون الطفل مصاب باضطراب من الاضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد الذي يعرف أنه اضطراب يصيب الأطفال في سن المبكرة من العمر من سن ثلاث سنوات تقريباً فيجعل الطفل من هؤلاء غير قادرين على التواصل.

لذا فإن وجود طفل مصاب بالتوحد بما قد يحصل من خصائص غير مرغوبة، يعد مصدر ضغط بالنسبة للوالدين والأم خصوصاً، وما أوضحتها دراسات أن أمهات وأباء الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة بالمقارنة مع أمهات وأباء الأطفال العاديين، كما أن الأمهات اللاتي لديهن طفل معاق أكثر معاشية للضغوط من أباء..

وباعتبار التوحد اضطراباً وعجازاً في النمو فإن هذا ما يجعل الطفل في تبعية دائمة للأم وذلك لعدم قدرته على تحقيق حاجاته ورغباته بمفرده وبالتالي فهو غير قادر على تحمل مسؤولية نفسية وهذا ما يدفع أكثر للاهتمام بهذا الاضطراب نظراً لتأثيره على الطفل وكذلك لأثره على العائلة وخاصة الوالدين فغالبا، تكون الصدمة هي أول رد فعل لهم يليها عدم التقبل والغضب والاعتقاد بأن نوحدهم عن خطأ ما.

إلى أن الأطفال المصابون بالإعاقة يشكلون ضغطا وقلقا مرتفعا لدى أمهاتهم وأن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للاكتئاب لديهن مشاكل انفعالية ويعانون من درجة عالية من الضغوط النفسية وأن إعاقة المستمرة والقلق بشأن مستقبل الأبناء.

وعليه تعرض أمهات الأطفال المعاقين لضغوط نفسية عالية، وهذا راجع إلى دور الأم في حياة الطفل فهي أكثر أعضاء الأسرة قلقا عليه واهتماما به وحرصا على حمايته وإشباع حاجاته اليومية، فالعناية بآبن مصاب بالتوحد يتطلب إشراف مكثفا واهتماما خاصا وتكاليف مادية باهظة لتعليمه، وهذا مالا يتوفر أحيانا فتتعرض الأم لردود فعل عضوي وانفعالية سيئة فضلا عن تعرضها للمشكلات المادية والأسرية والزوجية وتغيير الأدوار والتوقعات تجعلها في دوامة من الصراع و القلق و الضغط المستمر، هذا الأخير لا يمكن التغلب عليه الا من خلال تنمية استراتيجيات مواجهة مناسبة و فعالة لخفض مستوى هذه الضغوط النفسية.

حيث يذكر " فولكمان 1979 folkman " أنه يمكن التغلب على المواقف المحدثة للضغوط النفسية من خلال تنمية استراتيجيات لمواجهة Coping strategies، وتشمل هذه استراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الأفراد على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل الصحة العامة لأفراد الأسرة، والطاقة الكامنة لديهم، ومهارات حل المشكلات، وإدراك أفراد الأسرة لوضعهم الاسري.

كما أشار " بومان 2004 Bouman " إلى أن إتباع أساليب مواجهة من شأنه تخفيف الضغوط النفسية، وقد توصل إلى أن المساندة الاجتماعية والممارسة المهنية، لها تأثير مخفف للضغوط التي تواجهها أم الطفل المعاق ذهنيا. (جبالي صباح، 2012: 31)

إنطلاقاً من الدراسات السابقة والتي تناولت الضغط النفسي وعلاقته باستخدام نوع معين من استراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً والتوحديين وباعتبار كلا الاضطرابين يعرضان الأم لضغوط نفسية وهذا لأن وجود طفل يمثل هذه السمات يشكل ضغطاً وعبئاً ومسؤولية إضافية على الأم فإن انخفاض قدرة الطفل التوحدي على القيام باستجابات إيجابية قد تؤدي إلى ظهور الاستجابة السلبية أو الضغط لدى الأم ويظهر هذا الضغط بمستويات مختلفة بين المرتفع والمنخفض عند التعرض للمواقف ومصادر مختلفة مما يجعلها تستخدم استراتيجيات خاصة للمواجهة والتعامل مع الضغوط سواء كانت هذه الاستراتيجيات تركز على حل المشكلة أو كانت مركزة على الانفعال.

ونظراً لأهمية موضوع الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى أم الطفل التوحد، ثم اختيار هذا الموضوع للتعلم فيه ودراسته. وعليه نطرح الإشكال التالي:

هل هناك علاقة بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟

وينجر عن هذا التساؤل الاسئلة الفرعية التالية:

1- ما مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها امهات الاطفال المصابين بالتوحد؟

2- ما درجة استخدام امهات الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية؟

3- ما استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية الأكثر استخداماً لدى امهات اطفال المصابين بالتوحد؟

2-فرضيات البحث:

من خلال الإشكاليات المطروحة تقترح الباحثة الفرضيات التالية:

توجد علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وينجر عن هذا الفرضيات الفرعية التالية:

- 1- تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية مرتفعة.
- 2- تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة.
- 3- تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية.

3- دوافع اختيار موضوع البحث :

ترجع أسباب اختيار موضوع البحث إلى:

- رغبة الباحثان في البحث في هذا الموضوع لنقص الدراسات سابقة التي تناولت الضغط النفسي واستراتيجية المواجهة عند امهات اطفال المصابين بالتوحد.

- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية واستراتيجية المواجهة لدى امهات الاطفال المصابين بالتوحد ما إذا كانت منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة.

- اثراء المكتبة العلمية بحيث يصبح هذا البحث عبارة عن دراسة سابقة تساعدهم في أبحاثهم القادمة .

- ومن بين الدواعي أيضا نيل شهادة الماستر في تعليمية العلوم .

4- أهداف البحث:

1- معرفة مستوى الضغط النفسي واستراتيجية المواجهة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2- إيجاد نوع استراتيجيات مواجهة التي تساعد في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3- معرفة علاقة الضغط النفسي باستراتيجية المواجهة لدى امهات الاطفال المصابين بالتوحد.

5- أهمية البحث:

1- قلة الدراسات والأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت لموضوع الضغوط النفسية التي منها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد حسب علم الباحثان.

2- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد استراتيجيات إيجابية لخفض مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3- تعتبر هذه الدراسة كفرصة الأمهات الأطفال المصابين بالتوحد للتعبير عما يعانون من ضغوط نفسية وتوجيههن إلى كيفية مواجهتها والتكيف معها.

6- التعاريف الإجرائية للبحث:

1- التوحد:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 5 و 15 سنة يلتحقون بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنيا بمزgran وسيدي علي بولاية مستغانم، والذين يخضعوا للتشخيصات طبية والنفسية والتربوية التي أكدت إصابتهم بالتوحد.

2-الضغط النفسي:

الضغط النفسي، فتعريفه: هو استجابة الفرد النفسية والجسمية لأي عوامل داخلية والخارجية وعندما تزداد حدة هذه الضغوط، تشكل تهديدا له لدرجة أنها تولد لديه إحساسا بالتوتر والضيق، وهذا ما يقيسه استبيان الضغط وهذا ما يقيسه استبيان الضغط النفسي والدرجة التي تتحصل عليها الام في المقياس ككل محصورة ضمن المجال [82-105] مرتفعة ، [58 -81] متوسطة . ، [35-58] منخفضة موزعة على 07 أبعاد: (مشكلات الخوف من المستقبل- الأعراض العضوية- مشكلات الوظائف الاستقلالية- المشكلات الصحية- المشكلات الاجتماعية- المشكلات المالية- الأعراض الانفعالية)

3-استراتيجيات المواجهة:

استراتيجيات مواجهة هي جملة المجهودات التي تبذلها أمهات الأطفال التوحدين في شكل استجابات للوضعية الضاغطة المهددة لهن، وهذه الاستراتيجيات تختلف باختلاف تصوراتهن إزاء هذه الوضعيات الضاغطة وطريقة تعاملهن مع الضغط. وهذا ما يقيسه استبيان استراتيجية المواجهة والدرجة التي يتحصل عليها التلميذ في المقياس ككل محصورة ضمن المجال [82-105] مرتفعة ، [58 -81] متوسطة . ، [35-58] منخفضة موزعة على 07 أبعاد: الاستراتيجيات الايجابية (التدين - التقبل - التخطيط - طلب المعلومات) اما الاستراتيجيات السلبية (الانسحاب - لوم الذات - الانكار)

4-أم الطفل المصاب بالتوحد:

هن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد واللواتي يتراوح أعمارهم بين 27 سنة إلى 47 سنة.

تمهيد:

إن الاضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات تعقيدا لكونه يؤثر بشكل كبير على حياة الطفل خاصة في مظاهر النمو المختلفة التي تكون على المستوى اللغوي، والاجتماعي والحركي وأيضا في عمليات الانتباه، والادراك واختيار الوقائع، كما أن هذا الاضطراب لا يؤثر فقط على الطفل وعلى جوانب حياته المختلفة بل يمتد إلى الأم التي تسعى كثير منهن أن يكن مثاليات غير أن هذا المطلب يصعب تحقيقه في كثير من الحالات خاصة عندما تصطم بواقع أن ابنها مصاب اضطراب التوحد، مع ما يحمله من خصائص ومميزات غير مرغوبة تجعل كل أم لها تتبخر، بإضافة إلى وصمة العار التي تلحقها خصوصا والتي يقصد منها أنها هي السبب في التوحد ابنها، ولأن الأم هي من تتحمل المسؤولية الكاملة عن سلوك الطفل وتطوره، هذه المسؤولية تجعلها تحس بالإرهاق والقلق والاكتئاب ومشاعر الذنب، وكثير من الأمهات يتأثرن بهذا الضغط النفسي ويعتقدن أن قصور أبنائهن ناجم عن عدم كفايتهن أو عدم قدرتهن على الوفاء بمطالب هذا الدور.

ولكي نستطيع فهم هذا الاضطراب بشكل أوسع سنحاول في هذا الفصل التطرق لمحة تاريخية عنه، تعريفه، أسبابه، أعراضه، التشخيص وإلى التشخيص الفارقي بينه وبين الاضطرابات الأخرى، وبالإضافة إلى البرنامج التربوي العلاجي، وأساليب التدخل العلاجي وعلاقة الأسرة مع الطفل التوحد.

1-لمحة تاريخية عن التوحد:

في عام 1942 م كتب الطبيب النفسي ليوكانر LeoKanner مقالة تصف إحدى عشر مريضاً تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحد Autisme لأول مرة للتعبير عنها، وتتابع الجهود في محاولة لكشف الغموض عنه .وبدأ ينتشر مرض التوحد بصورة كبيرة مؤخراً حسب ما جاء في التقرير الذي نشره معهد أبحاث التوحد والذي يشير إلى زيادته بنسبة كبيرة. حيث أصبحت تمثل 85 حالة في كل 10.000 من عمره 5-11 سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً وهو 5 حالات في كل 10.000 والسبب الرئيسي للمرض غير معروف لكن العوامل الوراثية تعمل دور مهم بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والعضوية. ومن المهم أن نعرف أنه ليس جميع المصابون بالتوحد يكون مستوى ذكاءهم منخفض، فحسب الإحصائيات أن ربع الحالات من الأطفال المصابين بالتوحد ذكاءهم في المعدلات الطبيعية . ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يلوحوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا أجسامهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع المجتمع، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات. (سميرة السعدي، 1998: 63)

وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني "فرش" كتابه عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية والتي كانت سابقا تسمى بالتوحد ذو الأداء الوظيفي الحالي أو الإعاقة التوحد الخفيف ومن تم عرفت تلك الحالة باسم مكتشفا "متلازمة أسبرجر" وذلك بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا حيث تم اعتبارها هي والتوحد تحت مظلة اضطراب النمو الشائعة، تم إضافة متلازمة أخرى متشابهة لهما سميت "بمتلازمة ريت" باسم مكتشفها النمساوي حيث أكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة السنوات، وكتب عن نتائج بحثه مقالا في أحد الروايات العلمية عام 1965 باللغة الألمانية.

وأعلن "ريميلاند" سنة 1978 أن 10 بالمئة من المتوحدين يتمتعون بقدرات غير عادية في مجال الفن والرياضيات أو قوة الذاكرة وفي عام 1994 قامت الجمعية بتصنيف التوحد في كتبها التشخيصي الرابع الاضطرابات المرتبطة به تحت عنوان عريض هو اضطراب النمو العمة التي تتضمن الاضطراب التوحيدي واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة الذهاني اضطراب النمو العمة الغير المحددة. (أسامة محمد الباطينة وعبد الناصر دياب الجراح، 2006: 572)

2-تعريف التوحد:

1-لغة:

Autisme التوحد مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه soi même.

(دعو سميرة وشنوفي نورية، 2013: 72)

ب-اصطلاحا:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها:

لقد استخدم هذا المصطلح في الوطن العربي تحت تسميات عديدة (الذهان، التوحد الذاتوية، الاجترارية) وتتفق هذه التسميات مع الاتجاه المؤيدة بأن التوحد يعتبر مرضا عقليا "ذهان أو فصام"، ويمكن عرضها على النحو التالي:

***الذهان الطفولة المبكرة: infantile autisme**

هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الذهان كأحد نماذج الشخصية الشاذة، ويشتهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة ومن خصائصه ضعف القدرة على الاتصال اللفظي بالأخرين ومحاولات القوية للاحتفاظ بكل شيء كما هو، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالأخرين.

وغالبا ما يبدو الطفل الذهاني ذكيا، ولكنه لا يسلك سلوكا سويا في البيئة العادية.

***الذهان الاجتراري: Autistes Psychoses**

يعرفه ما هالر **mahler** بأنه شكل من أشكال الذهان التطفلي تكون فيه بنية الأنا معينة بنيويا ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه والطفل يبني الاجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية. (مصطفى نوري القمش، 2011: 18)

***الاجترارية: Autisme**

هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات، وقد اعتقد أن الاجترارية هي الخاصية الاولى للفصام.

كما عرفه كمال الدسوقي المعنى الكلي الاجترار يمكن فهمه من ثلاث معايير رئيسية:

التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفسية.

إدراك العالم في حدود الرغبات.

الانشغال المفرط أو الاهتمام البالغ بأفكار نفسه وتخيالاته الخاصة. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2001:

(21

وعرف التوحد Wolf : التوحديون هم من يعانون من نقص الاتصال الانفعالي ونقص الاتصال اللغوي المتصل في فساد النمو اللغوي مع شذوذ في تشكل مضمون الكلام، وترديد آلي لما يسمع وشذوذ في اللعب والتحليل والنمطية والإصرار على الطقوس والروتين، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير هادفة كهز الرأس وحركة اليدين والأصابع.

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية 1994 بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا في ذلك على الاتصال اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر بعد السن 3 سنوات، ويؤثر على الأداء في التعليم. (سهى أمين أحمد نصر، 2002: 69) وهو نادر يظهر عند الذكور أكثر من الإناث. (بدره ميموني، 2011: 60)

أما الجمعية الوطنية الأطفال التوحدين فقد عرفته هو اضطراب تعرف سلوكيا، وتظهر مظاهره الأساسية قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهرا، ويتضمن الاضطراب في المجالات التالية: سرعة وتتابع النمو

الاستجابة الحسية لمثيرات الكلام أو اللغة، أو السعة المعرفية، التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات. (بخيت عبد الكريم، 1999: 165)

*تعريف Norbert Sillamy

Repliement excessif sur soi entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginaire cette attitude se retrouve à un degré prononcé chez schizophrène.

En 1943 « kanner » (1894-1981) a décrit sous le nom d'autisme infantile précoce un forme de psychose de l'enfant. Ce syndrome qui s'observe beaucoup plus souvent chez les garçons que chez la fille de 2 à 4 fois plus peut apparaître très tôt avant 30 mois.

Il comporte traits essentiels : le repliement sur soit et le besoin impérieux de ne rien changer le repliement sur soit se traduit notamment par une totale indifférence à l'égard du monde extérieur l'enfant se conduit comme s'il était seul de façons permanente il se berce se balance d'une jambe sur l'autre joue avec ses mains sautille sur la pointe des pieds tourne sur lui-même etc. 2 la résistance à tout changement se manifeste notamment par des activités ritualiser (par exemple mètre ses vêtement dans le même ordre ou la répétition inlassable jeux . (Norbert sillamy : 1999)

Enfant autiste :

Perdu dans ses activités stéréotypées évolue univers privé qu'il a jalonné de repère. Mais cet éloignement de notre monde qui interdit toute fréquentation.

Des milieux scolaires normaux sinon toute acquisition intellectuelle conduit à une situation déficitaire grave et irréversible. (Norbert sillmy 2004)

ولا بد من الإشارة أن التباين في إلى تعاريف ومصطلحات التوحد مثل الإجتزارية، الذاتية، عصاب الطفل، توحد الطفولة المبكر، الفصام الطفولي، التفكير الإجتزاري، قد أحدث الكثير من الإرباك حول هذا المفهوم.

إلا أن صفات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والاندفاعية) تختلف منها من الأطفال التوحديين، حيث ساعد البحث الحديث وعلم الجينات والكيمياء العصبية وعلم الأعصاب في إبراز التوحد كخلل صحي أو إعاقة تطويرية.

ومن خلال التعاريف السابقة نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض ويسبب قصور وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

ومن كل ما سبق ذكره نقول إن اضطراب التوحد اضطراب في النمو، يصب 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 الانفعالي، النمو الاجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي إلى آخره ما يجعله منطويا ومنسحبا عن العالم الخارجي مكونا لذاته عالما خاصة به.

3-أسباب التوحد:

منذ إن انتبه العلماء للأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد. مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة وثابتة (مجهولة). وذلك لعدم وجود عرض معين، وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل لآخر، حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في أسباب التوحد ولكن سرعان ما تنهار أمام الفرضيات الجدد. شارفت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها الأسرية، والنفسية، والبيولوجية، والكيميائية، وسوف يتم عرض هذه الأسباب فيما يلي:

1- الأسباب النفسية: (Psychologique Factor):

البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب.

ويؤكد ذلك ليوكانر 1943 إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل.

نتيجة المناخ النفسي الشديء الذي يعيش فيه الطفل. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008: 48)

وقد يلعب الوضع الاقتصادي الأسرة في ضغوط من نوع ما يؤدي إلى التنافر أو التناغم بين أفراد الأسرة وأيضا إلى ضغوط من أنواع معينة. (سميرة بقيون، 2007: 155)

فمنذ القدم كان الوالدان يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم مما أطلق عليها الأم الباردة (الثلاجة). ولكن لم تثبت تلك الفرضية، حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين إلى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية (برودة العواطف وغيرها)، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال. ويلاحظ أيضا إن الإصابة بهذا الاضطراب قد تبدأ أحيانا منذ الولادة، لم يكن تعامل الوالدين واضحا في هذه الفترة. (عادل جاسب شبيب، 2008: 18)

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

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة ميريلا كياراند (1992) على أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرز مدى احتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفون له الحماية، ويشبعون احتياجاته كما يساعده على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية. وعلى الجانب رفض البعض هذه الآراء وذهبوا إلى أن التوحد عامل مستقل عن الآباء ولا يرتبط بوجود الأم أو غيابها، وأن خبرات الطفل خلال مراحل حياته لا تسبب المرض وأنه ليس كل آباء الأطفال المصابين بالتوحد تنقصهم القدرة على حب أطفالهم.

وهكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم تسببوا في إصابة طفلهم بالتوحد.

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

ب- الأسباب البيولوجية:

بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب التوحد، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب، وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة في أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية فإن هنالك اهتمام بالنواحي البيولوجية كسبب في حدوث التوحد، هذا ما أكدته دراسة (سميرة السعد، 1998: 135)

من أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية، وليست نفسية فقد تكون ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء

الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ، وتظهر أعراض التوحد وفيما يلي عرض لهذه الأسباب:

*الجينية:

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد بحيث تقوم المورثات الجينات بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل.....الخ إضافة للكثير من الاضطرابات الحبيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث يكون سببا لحدوث هذا الاضطراب.

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة "ليدا 1993 Lida" أن هناك ارتباطا بين التوحد وبين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم الذي يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والاعاقة العقلية وصعوبات التعلم وله دور في (Fragil X) يسمى حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من إناث ويؤثر هذا الكروموزوم حوالي (10.7%) من حالات التوحد الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5 بالمئة من حالات التوحد و تشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد لا تقل عن 90 بالمئة كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال (20 أو 24) يوم من الحمل أو في الثلاث شهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات (مصطفى نوري القمش، 2007: 127)

ج- المضاعفات الولادية قبل الولادة:

وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين وأيضاً المواد الموجودة في بطن الجنين، كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي للتأثير للعقاقير التي تتعاطها الأم أثناء فترة الحمل.

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطراب التكونية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

- **الالتهابات الفيروسية:**

الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

الالتهاب الدماغ الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

- **اضطراب عملية الأيض:**

حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الانزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحديّة.

حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

د-الكيمائية الحيوية:

تلعب اضطراب الكيمياء الحيوية دورا كبيرا في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري.

المخ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية، وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية. (محمد السعيد أبو حلاوة:2001،

(33)

ه-خلل في الجهاز العصبي المركزي:

قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصورا معيننا في الوظائف الفيزيولوجية، وقد اثبتت الدراسة بلوتين (1998) أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعة من الأشخاص العاديين وجدت بأن الحجم الكلي للمخ يتزايد لدى المصابين بالتوحدية والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص الجداري والفص الصدغي والفص القذالي ولم توجد فروقا في الفصوص الأمامية.

كما أثبتت دراسة إيمان أبو العلا أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجدع المخ في حالات التوحد، كما أنه توجد اضطرابات في أسفل المخ لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، لكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

4-أعرض التوحد:

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

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

1-التواصل

يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة.

ب-التفاعل الاجتماعي:

يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، تكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

اللعب التخيلي نشاط نادراً ما يلاحظ.

فالأطفال الذين لا يتكلمون لديهم إعاقة في محادثات وبالتالي فإن الخصائص الكلامية كطبقة الصوت

والتنعيم ومعدل الصوت والإيقاع ونبرة الصوت تكون شاذة. (سهى أحمد أمين نصر، 2002: 22)

ج-المشكلات الحسية :

استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل

حساسياً من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

د- اللعب :

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

و- السلوك:

قد يكون نشطاً أو حركياً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض) دون سبب واضح. قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات. وقد تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وبدرجات متفاوتة.

إن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم ممن حوله.

لا يحب أن يحضنه أحد.

يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

لا يخاف من الخطر.

يكرر كلام الآخرين.

نشاط زائد ملحوظ أو خمل مبالغ فيه.

لا يلعب مع الأطفال الآخرين.

ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.

بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.

يقاوم تغير الروتين.

لا ينظر في عين من يكلمه.

تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.

فقدان الخيال والابداع في طريقة لعبه.

وجود حركات متكرر وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين. (إبراهيم فرج عبد الله

الرزقات، 2004: 44)

مشاكل اللغة والكلام في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أن 05% من التوحدين لا

يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم.

كما أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون فهم المزاج والسخرية.

يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر

جاذبية، كما أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز

التنفسي ونوبات الحس وإمساك وحركات غير منضبطة (إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة،

محمد السيد أبو النيل، 2009: 22)

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (kanner) ابنه قائلا " يبدو مقتنع بذاته لا يظهر

انفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدو سعيدا بروية والده أو أمه

أو زميله باللعب، يبدو أنه منسحب ومتفوق على نفسه. (إبراهيم عبد الله فرج الرزقات، 2004: 63)

5-تشخيص التوحد:

لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة عملية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي صعوبة التدخل في أوقات اللاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك طفل، ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد في اضطرابات أخرى. (عادل عبد الله محمد 2000: 44)

حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو الطبيب، 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 قياس تربيوي، حيث يتم عمل تخطيط المخ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد بمرض عضوي.

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).

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 من المجموعة.

• المجموعة الأولى: قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ويعبر عنه كما يلي:

خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل (تعبيرات الوجه، الوضع الجسماني التواصل البصري، الإيماءات) (مجدي فتحي عزال، 2007: 15).

عدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية المناسبة نمائية مع الأقران.

الافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين أفراحهم وأحزانهم.

عدم المقدر على تبادل المشاعر الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين.

• المجموعة الثانية: قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

تأخر نمو اللغة المنطوقة أو انعدامها كلياً.

عدم المقدر على المبادرة في الكلام أو المحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها لمن يتمتع منهم بالقدرة على الحديث.

استخدام نمطي أو تكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة غير مفهومة (مجدي فتحي عزال، 2007: 15).

شدوذ واضح في تركيب الجمل في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

شدوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره.

عدم القدرة على اللعب الإلهام العفوي أو اللعب التخيلي الملائم للمستوى النمائي.

• المجموعة الثالث: قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية:

كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، وضرب الرأس)

انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل: يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

جهود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى.

ب-التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، والشكل النهائي ل (ICD 10) ظهر في عام (1993)،

حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية ذكر الجوانب الأساسية وهي:

ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي التبادل.

نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.

شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في السنوات الثلاث الأولى من العمر. (مصطفى نوري القمش،

(2011: 110)

أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقة نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو

متلازمة، ريت (RETT) أو انفصام في الشخصية المبكرة. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 87)

ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن اضطراب التوحد يمس كل الجوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعقه عن التكيف والعيش السوي، ومن أجا التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة للتوحد.

ج-العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن تشخيص اضطراب التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معلمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 87)

من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل.

- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة متكررة للنظر.
- عامة طفل هادئ (جامد).

من 06 أشهر إلى 12: انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.

- نفور واشمئزاز من المأكولات.
- عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.

السنة الثانية والثالثة:

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها

السنة الرابعة والخامسة:

- اختلال واضح في استخدام سلوك غير اللفظي مثل التحديق من العين إلى العين التعبير الوجهي.
- انعدام ألعاب الخيال المنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري.
- استخدام متكرر ونمطي للغة أو استخدام لغة خاصة. (خالد نيسان، 2009: 124)
- اللغة محددة ومنعدمة.
- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 88)

وعليه فحسب الباحث فإن الأعراض 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 07 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص للتوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- يقاوم التعلم.
- يقاوم تغيير الروتين.

- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- لا يبدي خوفا من المخاطر.
- يشير بالإيماءات/ فرط الحركة/ لا يحب العناق./ تدوير الأجسام واللعب معها / ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء/ أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان، 2009: 128)

6-التشخيص الفارق:

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل، ولأجل تشخيص دقيق لا بد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات، فيما يسمى بالتشخيص الفارق، ونتعرف لهذا التشخيص الفارق بين التوحد والاعاقات الأخرى كالتالي:

أ- التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتخلط بعض أعراضهما ولا سيما إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (20) شهرا، مصطفى نوري القمش (2011:112) فتزيد عملية التشخيص تعقيدا وقد تكون من أعراضه تكرار الحركات النمطية التي هي سمة مميزة في التوحد، ومن جهة أخرى فكثيرا ما يصاحب التخلف العقلي الشديد صعوبات في الكلام والتخاطب التي تميز إعاقة التوحد فأیضا فتزيد من صعوبة التشخيص إن الحالة توحد فقط أم تخلف عقلي فقط أم الإصابة بالاثنين.

كما ذكر فراح (1994) عدد من الاختلافات والفروق نذكر منها:

يتميز طفل التخلف العقلي بنزعة إلى التقرب والارتباط بالوالدية والتواصل معهما، وهي سمة الاجتماعي غائمة تماما في حالة التوحد.

طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعا طفل التوحد الذي يخلط مثلا بين "أنا" و"أنت" فيستعمل كلا منها مكان الأخرى، وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.

طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهد قائمة وصبر.

طفل التخلف العقلي من الممكن أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نمو في اللغة، ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد.

طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا، أما طفل التخلف العقلي (البسيط) فإنه قد يحقق استقلالية ذاتيا بمساعدة برامج التأهيل، ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفه مناسبة. (عوض بن مجب بن سعيد المعيدي، 2010: 50-51)

المتخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية، بينما التوحدي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان، ولكن لديه اضطراب واضح في الإدراك فيستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى.

تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد، ويمكن التشخيص المبكر لهذه الحالات، أما بالنسبة لحالات التوحد، فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر سنتين وبالأكثر حتى (30) شهرا ثم يبدأ الأعراض في الظهور.

يتمتع التوحد بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات. (مصطفى نوري القمش، 2011: 114-115)

ب- التوحد واضطراب ريت Rett:

زملة "ريت" هي إحدى إعاقات الطفولة، أكتشفها "ريت" (1966) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه التوحديين، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية. (مصطفى نوري القمش، 2011: 118-119)

يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا 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. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 89-90)

وأن الطفل التوحدي لديه مستوى أفضل من المهارات الحركية مقارنة مع اضطراب "ريت" (محمد السيد عبد الرحمان ومنى خليفة علي حسين وعلي إبراهيم، 2005: 26)

وقد أشارت دراسات كامل وآخرين، أحمد عكاشة وعثمان فراج إلى أوجه التشابه والاختلاف بين التوحد وزملة "ريت":

وتلخص الباحثة أوجه التشابه فيما يلي:

1- النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة فقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية والاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.

2- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.

3- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات.

أما أوجه الاختلاف وتتمثل فيما يلي:

1- زملة "ريت" تصيب البنات فقط، أما التوحد فيصيب الذكور والإناث ولكن نسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1-4) % .

2- حدوث تشنجات للمصابين بزملة "ريت" في أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة وحدثت نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثماني سنوات، أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي (4-32) % من التوحد.

3- سلوك إيذاء الذات المتعمد والانشغال بالتوافه من الأمور والحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى التوحديين، ولكنها نادرة جدا في حالات الإصابة بزملة "ريت". (مصطفى نوري القمش، 2011: 115-116)

ج- التوحد واضطراب Asperger:

تشتمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن الاكتئاب الكلام التكراري إخراج الصوت بنفس الوثيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (دعوة سميرة وشنوفي نورة، 2013: 90)

وقد حدد عكاشة جوانب التشابه بين التوحد وزملة "اسبرجر" في العناصر التالية:

1- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.

2- غياب التواصل غير اللفظي.

3- مخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة.

4- تصور في الحركات الدقيقة.

أما شارون نيورث فقد حدد هذه الجوانب فيما يلي:

سلوكيات تكرارية، مشكلات اجتماعية شديدة، مشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة.

أما الجوانب الاختلاف بين التوحد وزملة "اسبيرجر" فقد وصفها عثمان فراج، شارون نيورث كما يلي:

1- عدم بدء ظهور أعراض اسبيرجر، الا خلال مرحلة الطفولة المتأخر، بينما تظهر حالات التوحد في

مرحلة الطفولة المبكرة. (مصطفى نوري القمش، 2011: 118-119)

2- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل بالاسبيرجر

رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي الى اضطراب

العلاقة معهم.

3- لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب

بالاسبيرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

4- نسبة الذكاء الاسبيرجر تقترب من الطبيعي ولكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي.

(إيهاب محمد خليل، 2009: 83-84)

ويرى فراج أنه بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين التوحد وزملة اسبيرجر فإنه من الصعب التفرقة

بينهما الا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة.

فالاضطرابان يظهران من أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد، لكن المختص النفسي

المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارقي دقيق يدرك أنهما اضطرابان مختلفان.

د- التوحد وفصام الطفولة:

ان 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 علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول البيئة.

ان بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أوفي سن متأخر من الطفولة.

وعلى المختص النفسي أن يحذر من تدخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقي لكي يفرق بين اضطراب التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم. (خولة أحمد يحي، 2000: 229)

ويمكن استخلاص أهم السمات المشتركة بين التوحد والفصام ما يلي:

- فقدان الاتصال بالواقع.
- الانغلاق على النفس.
- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.
- عدم البراعة في التحدث والعمل.

وبالرغم من هذا التشابه في كثير من الأعراض، فإن الدليل التشخيصي الإحصائي في طبيعته الثالثة، والرابعة صنف كلا منهما كحالة منفردة بذاتها لوضوح الفروق على النحو التالي:

❖ حالات التوحد لا تتكرر في العائلة الواحدة، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة.

❖ التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1:4)، بينما يصيب الفصام الإناث والذكور على حد سواء.

❖ التوحد يصاحبه غالبا تخلف عقلي، بينما لا يحدث ذلك مع الفصام.

❖ لا تظهر أعراض الهلوس والهذات في التوحد، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكد.

❖ لا يتطور التوحد فيما بعد إلى فصام بتخطي الطفل مرحلة البلوغ.

❖ التوحد يظهر في الأعوام الأولى من العمر، لكن الفصام عند سن البلوغ.

❖ التوحد اضطراب نمائي، بينما الفصام مرض عقلي، فالتوحد جامد الحس لا يعبر ولا يفهم

اللغات والعواطف ولا يتبادلها، بينما يكثر الفصامي من التعبير عن عواطفه.

❖ التوحديون يتجنبون التقاء العيون، بينما نادرا ما يحدث هذا في حالات الفصام. (مصطفى نوري

القمش، 2011: 116-117)

هـ- التوحد والإعاقة السمعية:

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل التوحدي، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية.

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها عادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات وحركات الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام، وعدم القدرة على التواصل بسبب الانعزال القوي والاكنتاب ما يقرنهم بالتوحد، لكن ما ان يستطيعون اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي استفادتهم من

الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (مصطفى نوري القمش، 2011: 122)

و-التوحد والحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغير كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، وجملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغير لأعراض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادى جدا، مسالم، ساكن، الإيجابي، اضطرابات المزاج، يمكن أن تظهر في حالة الاكتئاب والحرمان العاطفي الكبير.

إذا كان نظريا قدرات التواصل متحفظة بهما يمكن أن تكون مخفية أو معيقة من الانسحاب المعمق، وشدة الجمود الحركي، غير أن اللاحاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض السلوكيات العزلة والانسحاب عند الطفل الصغير المحروم أو المكتئب، في حين أن نفس اللاحاح يشكل دائما ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحيدي. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 93)

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جدا في الأعراض لا بد من تشخيص فارقي دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى.

7-البرنامج التربوي العلاجي:

أ-برنامج Teach:

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

إن جزء مهم من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال التوحدين بحيث يتضمن روتيناً وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة. (يحي القبالي، 2001: 246)

ويرى شوبلر بأن هناك ستة مبادئ رئيسية يعتمد عليها برنامج تيش وهي على النحو التالي:

- 1- يمثل التوحد تحدياً طويل الأمد والهدف هو تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوفرة، وأيضاً من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.
- 2- تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية باستخدام أفضل الاختبارات المتوفرة وإجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرين بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.
- 3- استعمال جوانب القوة للطفل التوحدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة السمعية، والتنظيم، والذاكرة وهي تعد من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقبلي وتعديل السلوكيات غير المرغوبة ويمكن استخدام الأسلوب في المدرسة والمنزل ومكان العمل.
- 4- أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم
- 5- أفضل البرامج المفيدة هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية وهذه تأخذ بعين الاعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي.
- 6- تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية. (عوض بن مجب بن سعيد المعيدي، 2009: 60).

ب-برنامج ليب Leap:

ما يتميز به برنامج ليب أنه يجمع الأطفال التوحدين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعي والانفعالية 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 والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشمل التدريب:

تنظيم الصف، ضبط الصف، منهاج الإشراف، متابعة لما وراء المعلمين، مشاركة الأسرة. (عوض بن مجب بن سعيد المعيدي، 2009: 60)

8-أساليب التدخل العلاجي التأهيلي:**1-أساليب التدخل النفسي:**

حاول ليوكانر 1942 وهو أول من أكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين وبخاصة الأم، والطفل وبذلك نظر الآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج توحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة بالأم.

يركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسية وانفعالية جيدة، ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه نحو التواصل الاجتماعي، أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى الاستجابات ذهانية حادة. (عادل جاسب شيب، 2008: 38)

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 بتدريب وتحسين الجانب اللغوي والحركي.

وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن طفل يعاني تأخر لغوي، اجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي (دعو سميرة وشنوفي نورية، 2013: 94)

ب-أساليب التدخل 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 اختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحد لعدة أسباب منها:

- 1- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.
- 2- هذا الأسلوب لا يعبر اهتماما 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 النمذجة والأشرطة الإجرائي

لمساعدة التوحديين. (يحيى القباني، 2001: 249)

تعتمد طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على طريقة 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 واطسون في بداية القرن الماضي المطور من خلال سكنر لاحقاً، محاولات ضبط الطفل التوحدي من خلال المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة 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. إنه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط، إنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين 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.

ج-أساليب العلاج بالمسك والاحتضان:

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوى ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابط بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

9- الاستجابة الوالدية الابن التوحيدي:

تختلف ردود فعل الوالدين عند معرفتها بأمر إصابة ابنها بالتوحد، إلا أن أغالبيتهم يمرون بنفس المراحل:

أ- الصدمة:

وهي أول رد فعل نفسي يحدث لهما، أي الوالدين لا يستطيعان تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي، فإدراك حقيقة الإصابة يبعث خيبة الأمل والحزن، وهذا الأمر طبيعي بل كل مل يحتاج الوالدان في هذه المرحلة إلى الدعم والتفهم.

ب- الإنكار:

من الاستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله والذين يعتبرون امتداد له، هي وسيلة دفاعية يلجأ إليها الوالدان في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإصابة.

ج- الحداد والحزن:

وهي فترة حداد وعزاء يعيشها الوالدان بعد فقدان الأمل نهائياً بتحسن حالة الطفل عندما يدركان أن طفلهما يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

د- الخوف والخجل:

يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الآباء والأمهات لاتجاهات وخاصة المقربين منهم تجاه إصابة ابنهم، نظرا للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعها إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم.

هـ- الغضب والشعور بالذنب:

وهي من ردود الفعل التي قد تظهر لدى الوالدين وهي متوقعة، فهي محصلة طبيعة لخيبة الأمل والإحباط، وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات كتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعله أو لم يفعله أو قد تكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المربي أو أي شخص آخر.

و- الرفض أو الحماية الزائدة:

يتبنى بعض أولياء الأمور مواقف رافضة لطفلهم المصاب مما يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية، والمقابل يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة لأبنائهم فيفعلون كل شيء نيابة عنهم مما يولد لدى الطفل الاعتمادية، مما يفقد القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

ز- التكيف والتقبل:

وبعد كل المعاناة السابقة لا يجد الوالدان مفرا من تقبل الأمر الواقع الاعتراف بإصابة طفلهم، لكن من المهم أن يصل الأهالي إلى مرحلة الأخيرة بسرعة، لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية التي يجب أن يحصل عليها والتي قد تتأخر بسبب إنكار الأهل لوجود المشكلة أما التكيف فيمثل في القدرة على تحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل ويحدث هذا تدريجيا بعد أن يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب، لكن الوصول إلى هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحزان. (جبالي صباح، 2012: 120-121)

10- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحيدي:

الأسرة كيان لكل فرد فيه مهامه ومسئوليته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في أغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية، أو أمراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة، كما أن

العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما ان الاهتمام الأم بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، كما ينعكس على الأسرة وهنا الاحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سوياً، ومساعدة الأب للأب على تخطي الصعاب، وعدم تحميلها فوق قدرتها البدنية والنفسية. (عادل جاسب شبيب، 2008: 52)

يتفق العلماء على أن الأم هي أول وأهم وسيط في التنشئة الاجتماعية فهي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية والرعاية التي تمد بها الطفل فهي تبدأ في تنبيه العواطف والرموز التي تعطي الطفل طبيعته الإنسانية، كما تمكنه أن يصبح عضواً مشاركاً بصورة إيجابية في حياته.

ولهذا نجد فريد 1938 يؤكد أن علاقة الطفل بأمه لا نظير لها، ويرى هو واتباعه أن اللذة يشعر بها الطفل اثناء إطعامه تكون هي الأساس لنمو العلاقة الأولية بالموضوع مع الأم.

فالطفل كما يرى سبيتر يحتاج أن يشعر بإشاعات أمه لحاجاته كما يحتاج إلى لمس وجهها ويدها يستقبل من خلالها العالم الخارجي، وبذلك نجد أن الأم دورين مزدوجين دوراً بيولوجياً وأخر وجدانياً، ويتحول الطفل عبر العلاقة بأمه من الدور البيولوجي إلى الدور الوجداني والذي يمثل أول علاقة اجتماعية ووجدانية بآخر هو وأمّه ثم يتدرج منها إلى المرحلة الثانية حيث يتطور العلاقات الاجتماعية للطفل. (بنوية لطفى محمد عبد الله، 2000: 44)

11- أهمية وجود المراكز وجمعيات متخصصة للتوحد:

الوالدين لا يستطيعون القيام بكل ما يحتاجه الطفل من تدريب وتعليم بدون مساعدة الآخرين لهم فليس لديهم الخبرة والمعرفة، وهنا يأتي دور المؤسسات الاجتماعية العامة والخاصة في دعم هذه الأسرة بالخبرات والتجارب وكذلك الدعم المادي والنفسي.

لن يفهم العائلة وشعورها إلا من كان لديه طفل مصاب مثلهم، وهؤلاء يمكن الاستفادة من تجاربهم وخبراتهم، كما يمكن الاستفادة من الطاقم الطبي والخبراء في المراكز المتخصصة، ومن هنا تبرز أهمية وجود جمعية متخصصة في التوحد في كل منطقة، ومن خلالها يمكن التعرف على التوحد، تقييم مراكز التشخيص، الاهتمام بوجود مراكز للتدريب والتعليم، وأن تكون مراكز للمنشورة والالتقاء الأولياء أطفال التوحد. (بنوية لظفي محمد عبد الله، 2000: 44)

خلاصة:

إن تجربة الأمومة تنطوي على انقلاب عاطفي كبير وعلى شعور متعاضم بالمسؤولية لدى الأم ويمكن أن يترافق ذلك بالخوف والشك بعدم القدرة رعاية المولود الجديد خاصة إذا كان مصابا بالتوحد، فتصطدم الام بواقع مرير يحطم أحلامها وآمالها حول طفلها المتوقع، فتحاول جاهدة للتغلب عليه من خلال ردود فعل تتراوح ما بين السلبية والايجابية تبدأ من إنكار الإصابة والغضب والخجل المرافق للخوف إلى أن تصل إلى أن تصل إلى تقبل إصابة ابنها والتكيف مع الوضعية الجديدة، هذه الأخيرة التي لا تخلو من الألم وخيبة الأمل بالنظر إلى خصائص وسمات الطفل المصاب والأعباء التي يطلبها التكفل به خاصة من الناحية الصحية والسلوكية والمادية والاجتماعية.

تمهيد:

عاش الإنسان منذ بداية الكون باحثاً عن الاستقرار والأمان، جارياً وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه، فهو يسعى لتخفيف عبء الحياة عن كاهله، وازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب.

تمثل الضغوط النفسية خطراً على الصحة الفرد وتوازنها كما أنها في حالات كثيرة تشكل خطراً على كيانه النفسي، وينشأ عنه جملة من الأعراض السلبية، وحيث يقع صراع حاد ومصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة، فقد ترجع لمتغيرات بيئية، كما قد يكون مصادرها الفرد نفسه، أو طريقة ادراكه للظروف من حوله وإذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أدى حقيق للفرد، فإن الفرد يصبح محبط وحثى إن لم يحدث ضرر حقيقي، ومباشرة على الفرد فهو يعيش حالته من الشعور بالتهديد فالضغط النفسي، وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يجابهها الفرد في حياته والتي تدفع به إلى حالة من الضيق والتوتر والقلق، تخلق لديه الوسيلة لاستيعاب الموقف ولتفاعل معه بنجاح فيتخذ أسلوب الحل تلك الأزمة وفق استراتيجيات نفسية خاصة تتناسب وشخصيته هذه الطرق والوسائل التي تستطيع أن تخفض التوتر تسمى بأساليب أو استراتيجيات التكيف مع الضغوط، ولقد ازداد اهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفرد لدرء الخطر الذي يواجهه يومياً في حياته وسمى علماء النفس هذه بأساليب التعامل أو أساليب أو استراتيجيات وعندما يستخدمها الأفراد إنما يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعد على تجنب الموقف الضاغظ أو الهروب منه أو حتى التقليل من شدته بغية الوصول إلى معالجة تحدث التوازن.

ولابد الإشارة أن من أجل تحقيق التوازن لا بد من الضروري إيجاد الحلول المناسبة لإعادة التفاعل لدى الفرد وتكييف محتوى الضغوط النفسية للتخفيف من حدتها والتعامل معها بنجاح.

أولاً: الضغط النفسي:**1- تطور مفهوم الضغط النفسي:**

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

الضغط كلمة إنجليزية stress استعملت منذ 1936 من طرف هانز سيلبي، للإشارة إلى العضوية عندما تواجه تهديد أو خطر يجعلها عدم التوازن. (جبالي صباح، 2012: 49)

ومن بين الرواد في دراسة الضغوط لدينا كانون Canon الذي قام عام (1928) بضرورة الاهتمام بالعامل الانفعالي في تطور الأمراض، وفكر مصطلح stress بمعنى فيزيولوجي ونفسي في آن واحد.

أما سيلبي Selye فقد أدخل كلمة stress في الطب وقد سمحت أعماله هو وأتباعه بفهم هذه الظاهرة وتأثيرها على العالم الداخلي وبالتالي تأثير الاعتداءات والانفعالات بكل أنواعها على العالم الداخلي وعلى التوازن البيولوجي للعضوية.

ويعتبر شافير Schafer (2000) الضغوط بأنها إثارة العقل والجسد رداً على مطالب مفروض عليها ويوضح هذا موجودة دائماً وأنها خاصة الحياة. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 19)

هذه عبارة عن لمحة تاريخية موجز حول مصطلح الضغط النفسي واستعماله في مجال علم النفس فيعد كل من Selye، Schafer، Canon بمثابة الرواد الأوائل الذين استخدموا هذا المصطلح إلا أنه قد أجريت العديد من الدراسات والنظريات عن الضغوط النفسية، سيتم التطرق إلى البعض منها في الأجزاء اللاحقة من البحث.

2-تعريف الضغط:

الضغط هو مجموع لاستجابات الفيزيولوجية (عرق، تسارع ضربات القلب) والنفسية (الخوف، اضطرابات النوم) الذي تظهر عندما يكون الشخص خاضع إلى تغيير في الموقف.

حيث ينشأ الضغط من داخل الشخص نفسه، ويسمى ضغط داخلي، أو قد يكون ناتجا عن ظروف خارجية مثل العمل والعلاقات الشخصية مع الأصدقاء، ويسمى بالضغط خارجي، وسواء كانت الضغوط داخلية وخارجية متمثلة في أحداث الحياة.

وميز فيجلبي وماكوبين بين نوعين أساسيين باعثين للضغوط النفسية، أحدهما طبيعية وتشمل التغيرات أثناء دورة الحياة كتغيرات العلاقات الأسرية، ونمو أعضاء الأسرة، والأخرى كارثة تصيبهم فجأة وغالبا ما تمنع قدراتهم على المواجهة. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 22)

3- مفهوم الضغط النفسي:

يعتبر الضغط النفسي من المواضيع التي حازت على اهتمام العلماء والباحثين في علم النفس، ومختلف العلوم الإنسانية وتعددت التعريفات المعطاة لمفهوم الضغط النفسي بتعدد الخلفيات والنظريات.

1- اللغة:

ورد في المعجم " الوجيز" وذلك حسب الاستخدام والموقف الذي اقترن به فيقال إلى الأصل اللغوي لكلمة الضغط النفسي ضغطا أي غمزه إلى شيء كحائط أو غيره. (حسن شحاته، 2003: 207)

ولقد ذكر هنكل Hinkel (1977) في سياق حديثه عن العلوم الطبيعية كلمة Stress ليعني بها درجة التأثير الداخلي التي تظهر بفعل قوة خارجية (رفيق عوض الله، 2004: 12)

ب-اصطلاحا:

تعرف الضغوط إجمالاً بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يرى الفرد أنها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاهيته النفسية.

كذلك الضغط Stress فهو الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي، وقدرته على الاستجابة لها. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 20)

كما يعرفه بيك (1986) أن الضغط النفسي هو استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له الإحباط وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكاره عن العجز واليأس والاكتئاب.

يرى سبيلبرجر (1981) أنه عبارة عن تلك القوة الخارجية التي تحدث تأثيراً على الفرد كخواص الموضوعات البيئية أو ظروف مثيرة تتميز بدرجة من الخطر الموضوعي فالضغوط النفسية تشير إلى الإحساس الناتج عن فقدان المطالب أو الإمكانيات ويصاحبه عادة مواقف فشل حيث يصبح هذا الفشل في المواجهة مؤثراً قوياً في إحداث الضغوط النفسية. (وليد السيد خليفة، 2008: 128-168)

أما جوردون (1993) يعرف الضغوط على أنها الاستجابات النفسية والانفعالية والفيزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد وهذه التغيرات تقوم بإعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها. (طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين، 2006: 20)

يشير عبد العزيز الشخص (1994) أن الضغط النفسي إلى التأثير السيء الذي يحدثه وجود طفل معاق وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير

مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق، والقلق، والحزن، والأسى، كما قد يعنون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفد طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال. (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، 1998: 64)

ويعرفها سيلبي على أنها عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 20)

من خلال التعريفات السابقة الخاصة بالضغط النفسي، فتعريفه: هو استجابة الفرد النفسية والجسمية لأي عوامل داخلية وخارجية وعندما تزداد حدة هذه الضغوط، تشكل تهديدا له لدرجة أنها تولد لديه إحساسا بالتوتر والضيق، وتزداد الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب واستمرت على فترات طويلة.

وتستخلص الباحثة أن الضغط النفسي لدى الأمهات الأطفال المعاقين يعتبر كرد فعل جسدي وعقلي استجابة للتوترات والصراعات الناجمة عن إعاقة الطفل مما يؤدي إلى اختلال التوازن النفسي لديهم، بسبب ما يتميز به الطفل المصاب من خصائص ومتطلبات مستمرة للعناية به.

4-أنواع الضغط النفسي:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 20)

يمكن القول بوجه عام أن الضغوط ليست بالضروري شيء سلبي بل تكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز والأداء على هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط إلى نوعين هما:

الضغوط الإيجابية والضغوط السلبية.

أ- الضغط النفسية الإيجابية:

هو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تقيد نمو المرء وتطوره، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة بالنفس. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 25)

قد يكون للضغط تأثير إيجابي كذلك أنه أساسي في الحث على التحريض والادراك، موفر الإثارة التي يمس إليها الاضطرار إلى الكفاح على قدم المساواة، أو بنجاح حيال الحالات المتحدية. (وليد السيد خليفة، 2008: 13)

ب- الضغط النفسي السلبية:

هو عبارة عن الضغوطات التي يوجهها الفرد أو العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر سلبا على الحالة الجسدية والنفسية، وتؤدي إلى عوارض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع والآم والظهر، والأرق وارتفاع ضغط دم. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 25)

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 والنفسية. (وليد السيد خليفة، 2008: 137)

والضغوط تنتوع وتتشكل كافة نواحي الحياة التي يعيشها الإنسان ويمكن تصنيفها كالاتي:

ج- الضغوط العمل: ناتجة عن الإرهاق العامل والمتاعب التي يوجهها، أولى نتائجها على الجوانب النفسية

تتمثل في حالات التعب والملل الذين يؤديان إلى القلق فضلا عن زيادة الغياب والتأخير عن العمل وربما الانقطاع عنه وتركه نهائيا. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 25)

د-الضغوط المالية أو الاقتصادية: مثل انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة وارتفاع معدلات الجريمة.

و-الضغوط السياسية: تلعب سياسية البلد الداخلية والخارجية دورا رئيسا في تحديد الكثير من ملامح حجم ونوعية الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم، وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن أنظمة الحكم الاستبدادي والصراعات السياسية في المجتمع.

هـ-الضغوط الصحية أو الفسيولوجية: مثل التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث في الجسم ومهاجمته الجراثيم به، واختلاف النظام الغذائي.

ي-الضغط العوامل العقائدية والفكرية: إن الحالة التقاطع بين تمسك الفرد بما هو عليه من أفكار ومعتقدات وبين تسلط المؤسسات المركزية في حملة على تغيير التأثيرات المتباينة على طبيعة علاقة الفرد بذاته وبمجتمعه.

ز-الضغوط الانفعالية والنفسية: مثل القلق، الاكتئاب المخاوف المرضية. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد،

2008: 30-31)

إن تعدد كل هذه التصنيفات وكذا أنواع الضغط النفسي واختلافها يدفعنا للاهتمام أكثر لمعرفة الأسباب التي تؤدي له.

5-أسباب الضغط النفسي:

إن مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء أو داخلية نفسية كالتعب الشخصية للفرد ومسببات خارجية، إذ أن ما يسبب الضغط يختلف من شخص لآخر.

إن سبب الضغط النفسي عند والدي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في متطلبات الحياة اليومية، والشك سواء في تشخيص حالة، والرعاية طويلة المدى.

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

وجود طفل معاق تترتب عليه أعباء إضافية على كاهل الأسرة وشيوع كثير من المشكلات الأسرية، وازدياد الأعباء المالية، العزلة والإرهاق المزمن والمشكلات الانفعالية.

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

تعد العزلة الاجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران الذين يبديون مخاوف أو مشاعر تنم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود الإعاقة.

إن الكثير من الدراسات أوضحت أن أسر الأطفال المعاقين خاصة الوالدين يعانون من الضغط والأزمات أو الحزن أو الأسى المزمن، والتوتر والاجهاد ووضعا ثلاثة نماذج من الأزمات التي يمكن ملاحظتها بين أفراد أسر الأطفال المعاقين تضم:

صدمة التشخيص أو أزمة الصدمة غير متوقعة

أزمة الشخصية وتغير بردود فعل سلبية تشمل الغضب والحزن المزمن عن تحطيم آمالهم وتوقعاتهم العريضة من طفلهم.

أزمة الواقع وتنتج عن المتغيرات الخارجية المرتبطة بصعوبة رعاية الطفل المعاق مثل الحاجات العضوية للطفل، والضغوط الاجتماعية من أفراد المجتمع. (جبالي صباح، 2012: 65-66)

أ- الأسباب الاجتماعية:

تلعب العوامل الاجتماعية دورا كبيرا في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقا للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، كالفقر الذي يعتبر من عوامل الضغط، والبطالة، التفوت الحضاري والثقافي وقلة الرفاهية وقلة الخدمات. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 27)

والضغط يمثل المؤثرات الأساسية للسلوك وهي توجد في بيئة الفرد، بعضها مادي وبعضها الآخر بشري، وهذه الضغوط محكومة بالوضع الأسري وبالوضع الاجتماعي، وقد يؤدي إلى التنافر أو التناغم بين أفراد الأسرة. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 28)

ب- الأسباب النفسية الانفعالية:

الانفعال في درجات المعقولة تحمي الانسان كم الخطر ويعبئ طاقته للعمل لكن في حالات كثيرة قد تتحول الانفعالات إلى مصدر الاضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد بما فيها وظائف البدنية، وما يرتبط بها صحة أو المرض. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 27)

ج- الأسباب الصحية:

نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين بشكل خاص ويزيد إفراز الأدرينالين منها عندما نواجه ضغوطا أو مشكلات صحية، ونتيجة لهذا غير العادي في إفراز الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم فالمرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي. (دعو سميرة

وشنوفي نورة، 2012-2013: 27)

6-الأعراض الضغط النفسي:

إن التعرض المفرط لضغط النفسي ينتج عنه انفعالات هرمونية يمكن أن تحدث مجموعة من الأعراض نذكر منها:

1-لأعراض الجسمية:

تضييق وجفاف في الفم.

ألم في الصدر.

ارتفاع في الدم.

تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول الدم إلى مناطق أخرى.

برودة وتعرق في اليدين. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 35)

تغيرات في أنماط النوم.

تغيرات في الهضم، الغثيان القيء، الإسهال.

سرعة نبضات القلب مع الخطأ في النبضات.

فقدان الدافع الجنسي.

زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وإذا استمرت لمدة طويلة فإنه يؤدي إلى نقص

الوزن والاجهاد والانهايار. (وليد السيد خليفة ومراد علي عيسى، 2008: 144-145)

زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى انهيار جسمي.

زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي الجسم وإذا استمر لمدة طويلة أدى إلى أمراض القلب، فاضطراب الدورة الدموية، الشعور بالغثيان والرعدة، زيادة تشتت السكر في الدم. (حسن هدى جعفر، 2006: 83)

ب- الأعراض النفسية:

الضغوط لها تأثير على الرفاهية النفسية والصحية والعقلية للأفراد، حيث أن الضغوط يمكن أن تزيد من التوتر وتخفف الرفاهية الشخصية، تسبب نتائج تؤثر في جميع جوانب شخصية الانفعالية الفيزيولوجية السلوكية، وهذه الآثار تؤثر على توافق الفرد مع نفسه، ومع البيئة التي يعيش فيها، إلا أن هذه الآثار تختلف من فرد لآخر باختلاف الأحداث الضاغطة وباختلاف الأفراد أنفسهم.

شعور بفقدان الأمل.

شعور بغياب الهدف.

شعور بعدم الأمان.

اكتئاب.

تسارع في الأفكار.

قلق.

فرط الحساسية.

شعور بخطر أو موت مدهمين.

تباطؤ في الأفكار. (سميرة الشبخاني، 2003: 18)

ج-الأعراض المعرفية:

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي، ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر

كالتالي

اضطراب في التفكير حيث يكون نمطي وجامد سائد لدى الفرد بدلا من عدم القدرة على اتخاذ القرارات.

عدم القدرة على التركيز، نقص الانتباه، وضعف القوة الملاحظة.

ضعف القدرة على حل المشكلات، وصعوبة معالجة المعلومات.

التغيرات الذاتية السلبية التي يثبتها الفرد عن ذاتية، وعن الآخرين.

عدم القدرة على الحسم على الاستيعاب، والمقاومة وعدم التوازن. (وليد السيد خليفة ومراد علي عيسى،

2008: 145)

محاولات التعويض إلى قرارات متسرعة وخاطئة.

يزداد معدل الخطأ.

تدهور في القدرة على التنظيم والتخطيط بعيد المدى. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 37)

الانحراف عن الوضع السوي.

انحطاطا في قوة الذاكرة. (سميرة الشبخاني، 2003: 19)

د-الأعراض السلوكية:

انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.

اضطرابات لغوية مثل التأتأة والتلعثم، تردد في الكلام.

القلق من النوم.

إلقاء اللوم على الآخرين.

انخفاض إنتاجية الفرد.

الانسحاب عن الآخرين، والميل إلى العزلة.

زيادة النسيان.

ظهور نماذج سلوكية.

حل المشاكل بمستوى سطحي. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 37)

فرط الأكل أو نقص الشهية.

عناية سيئة بالصحة.

تغير في العلاقات العائلية أو الحميمة.

انعدام الصبر.

قضم الأظافر. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 35)

هـ-الأعراض انفعالية:

عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك.

زيادة الصراعات بين الشخصية.

التردد والتوهم المرض.

سيطرة الأفكار الو سواسية والقهرية.

ظهور الاكتئاب، القلق، الهلع، الإحباط، والغضب.

الشعور بعدم الاستحقاق والقيمة وانخفاض من تقدير الذات.

فقدان الثقة بالنفس. (وليد السيد خليفة ومراد علي عيسى، 2008: 145)

زيادة الإحساس بالمرض حيث يحدث تهيؤ أمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة.

سرعة الخوف والاستثارة. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 37)

و-الأعراض سيكوسوماتية:

ارتفاع معدل الهرمونات المفرزة.

القرحة المرتبطة بالضغط النفسي عبارة عن جروح جدار المعدة لدى بعض الأفراد تؤدي إلى سوء الهضم.

الأمراض الجلدية تعبر عن توترات جهاز الغدد.

فرغات نفسية عصبية في حالات التوتر النفسي والضغط النفسي. (وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى،

2008: 145)

7-العوامل المحدد للضغط النفسي:

أ-مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل: يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والألم التي تعيشها أم الطفل المصاب بسبب الصعوبة في أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في عدم القدرة على ارتداء الملابس واستخدام الحمام المحافظة على نظافة ملابسه.

ب-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.

ج-المشكلات الأسرية والاجتماعية: يتضمن المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقتها الاجتماعية والتي تظهر بوصمة العار التي تحسها أمهات الأطفال المعاقين، وتحديدًا العلاقتهم الاجتماعية، وحددا لتفاعلاتهم مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي تعيشها الأم.

د-القلق على المستقبل الطفل: يتضمن هذا العامل مشاعر الخوف والقلق على المستقبل الطفل المعاق عندما يكبر، وذلك الإدراك الأم بأن ابنها سوف يقضي بقية حياته معاقا، و[انه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية وذلك لمحدودية إمكاناته.

هـ-الاعراض النفسية والعضوية: يتضمن هذا العامل المشاعر النفسية المتعددة التي يعيشها أم الطفل المصاب من حزن واوم النفس وقلق وتوتر وإحباط.....إلخ.

و-مشاعر اليأس والإحباط: يتضمن هذا العامل ما تعانيه أم الطفل المصاب من مشاعر اليأس والإحباط التي تترتب على طفل معاق وذلك لإحساسها بأنها إعاقة ابنها وبأن الطفل لن امتداد للأسرة. (زيدان

السرطاوي وعبد العزيز الشخص، 1998: 36-37)

8- النظريات والنماذج المفسرة لضغط النفسي:

لقد اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط طبقا لا اختلاف الإطار النظرية التي يتبناها، وعليه سنتعرف على أهم النظريات المفسرة والتي تعددت العلماء والباحثين:

أ- النظرية الفيزيولوجية:

يعتبر العالم الفيزيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في الحالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري ففي بحوثه عن الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد فعل الفيزيولوجي.

وقد بنيت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالي كالآلم والخوف، والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي ترجع إلى التغيرات في إفرازات الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 35)

وقد كشفت أبحاث "كانون" وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الكائن الحي تساهم بالاحتفاظ بحالة التوازن الحيوي، أي القدرة على المواجهة التغيرات التي تتواجه، والرجوع لحالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات. وعليه فإن أي مثير خارجي بإمكانه أن يخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه. (بغيجة لياس، 2006: 82)

كان هانز سيلبي بحكم تخصصه كطبيب متأثر بتفسير الضغط تفسيراً فيزيولوجياً تنطلق نظريته من مسلمته، ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط Stress يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وأن هناك استجابة، أو أنماط معينة من الاستجابات. (فاروق السيد عثمان، 2001: 189)

إذ أنشأ سيلبي نموذجاً لتفسير وأطلق عليه اسم " زملة أعراض التكيف العام" ويقصد بكلمة عام أن رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثيراً على الجوانب مختلفة جسمية ونفسية، وكلمة تكيف تعني أن المثيرات الدفاعية التي تحدث مع مسببات الضغط، أما كلمة زملة أعراض التكيف العام فتشير إلى ردود الأفعال الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد، ولكل فرد متاحة ومحدد للتكيف مع المواقف البيئي. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 36)

ولقد قسم سيلبي مجموعة الأعراض التكيفية للضغط أو ردود الفعل اتجاه المصادر الضاغطة، إلى 3 مراحل:

***مرحلة الإنذار la réaction d'alarme**: تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط، وهذا الانتباه يولد تغيرات فسيولوجية، أي يتم إثارة الجهاز العصبي وتحدث تغيرات فسيولوجية للجسم، نتيجة للتعرض للحدث الضاغط، وهذه المرحلة هي مرحلة الانزعاج فتحدث الاثارة من خارج الجسم، ويتحول الجسم لمواجهة الحدث الضاغط. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 128)

ردود الفعل التي تشكل مرحلة الإنذار تهدف إلى تهيئة الجسم لعملية المواجهة من خلال رفع سريع للدوران، تسهيل عملية الأيض لتوليد الطاقة، وتنشيط كل من الأنشطة الهضمية، البولوية، والتكاثرية. (جبالي صباح، 2012: 58)

***مرحلة المقاومة la phase de résistance**: إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة المقاومة للحدث الضاغط، فيستخدم الفرد مصادره لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه فيقوم بمقاومة الحدث الضاغط، ففي هذه المرحلة تختفي التغيرات التي حدثت في المرحلة السابقة وتتم المقاومة، وإذا نجحت المقاومة فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، عندئذ يشعر الفرد بأنه قد تغلب على

الضغط، ونجاح المقاومة يعتمد على قدرة الشخص على استخدام مصادره جيدا والتغلب على آثار المرحلة الأولى والتي يصاحبها التوتر والقلق غالبا. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 128-129)

جميع الأفراد يعيشون مرحلة المقاومة هذه كقاعدة عامة، لأنها خطوة تساعد الفرد على عبور الوضعية الضاغطة بنجاح والعضوية أيضا تعود إلى الحالة الطبيعية، لكن في بعض الحالات إذا استمر الضغط لمدة طويلة، وبنفس الشدة فإن الفرد لا بنجاح في هزم الضغط، ويصبح جسمه منهك ومجهد فتضعف مقاومته ويدخل الفرد في مرحلة الثالثة. (جبالى صباح، 2012: 59)

*مرحلة الانهك **La phase d'épuisement**: تظهر هذه المرحلة بشكل غير متوقع، فتكون الطاقة قد استنفذت فيحدث الانهيار، ويؤدي استمرار الاستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الاضطرابات السيكوسوماتية والاجهاد. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 129)

إن استمرار الاستجابات الدفاعية تؤدي إلى اضطراب أجهزة الجسم ووظائفها سواء العضوية أو النفسية أو العقلية، وقد يؤدي استمرار الضغط دون مواجهة إلى الوفاة. (جبالى صباح، 2012: 59)

ب- النظرية المعرفية السلوكية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن حالة الضغط أو الإجهاد ترجع إلى افتقار الفرد لنموذج معرفي مناسب للموقف الضاغط، فالضغط لا يتوقف على المواقف الخارجي بقدر ما يتوقف على الاستجابة المعرفية، وتوقعات.

تعتبر نظرية سبيلبرجر Spielberg في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، ويقول إن القلق شقين فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة، والقلق كحالة.

سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن، وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد على الظروف الضاغطة، وقلق كحالة وقلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة. (فاروق السيد عثمان، 2001: 101)

ويحدد نظريته في ثلاثة أبعاد الضغط، القلق، التعلم وفي ضوء هذه الأبعاد يحدد محتوى النظرية ما يلي:
(دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 37)

التعرف على طبيعة الضغوط.

قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.

قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق.

توفير السلوكيات المناسبة للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.

تحديد مستوى الاستجابة.

يعرف موراي Murry الضغط بأنه خاصية لموضوع بيئي، أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين ويميز موراي بين نوعين من الضغط. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 38)

***ضغط بيتا** : ويشير إلى خصائص وحالات الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

***ضغط ألفا** : ويشير إلى خصائص الموضوعات وحالاتها كما هي في الواقع. (فاروق السيد

عثمان، 2001: 101)

يعرفها إيليس Ellis على أنها الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وإنما نتوقف على الأسلوب والطريقة التي يدرك بها الفرد الظروف التي يوجهها وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي قد يكونها حول هذه الظروف والأحداث الضاغطة. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 38)

لقد نشأت لازوارس Lazarue هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي والإدراك والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد.

وتعرف هذه النظرية الضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين: (فاروق السيد عثمان، 2001: 101)

***التقييم الأولي:** يشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له فهل الوقت خطير ومهدد للفرد أم لا، فمن خلال التقييم الأولي للحدث الضاغط يتم تفسير الحدث هل إيجابي أم سلبي.

***التقييم الثانوي:** فتشير إلى تقييم مل يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، أي المواجهة المتاحة لدى الفرد والتي تكون فعالة للتعامل مع الحدث الضاغط، أيضا يتأثر التقييم الثانوي بقدرات وإمكانات الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 129-130)

ج- النظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد بأن الأنا يعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة له، إما بالعدول عنها أو الهروب منها أو التكيف معها.

فحسب التحليل النفسي ينظر للضغط من منظور نفسي داخلي حيث يتم التأكيد على أهمية، ودور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد السلوك السوي وللسوي للفرد فالصراع والتفاعل

المتبادل بين مكونات الجهاز النفسي الثلاث الهو، الأنا، الأنا الأعلى وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي ينتج عنها الضغط النفسي ويتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 39)

أن هذه النظريات قد أملت بكل مسببات الضغوط فكل واحد تحدثت عن عامل يساهم ظهور الضغط النفسي وبالتالي فكل نظرية تكما الأخرى.

9- طرق قياس الضغط النفسي:

يقاس الضغط النفسي عند الإنسان بعدة وسائل أو أدوات، ومن تلك الأدوات، أدوات القياس النفسي المستخدمة لدى المتخصصين في موضوع القياس النفسي أو الإكلينيكي.

وتكون تلك الأداة إما مكتوبة، أي عن طريق الإجابة على بعض الأسئلة ثم تحسب الإجابات لتستخرج نسبة الإجهاد أو كمية الضغوط الواقعة على الفرد أو يقاس بواسطة أجهزة عملية تقيس التوازن الحركي العقلي أو قوة الانفعالات وشدتها، ومن الأدوات الشائعة الاستخدام المقاييس المكتوبة.

أيضا توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط، وقياس منها الملاحظة والمقابلات الاستبيانات، وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسات الضغوط. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 39)

10- الاستراتيجيات الوقائية للضغط النفسي:

إن التعامل مع الضغوط النفسية يحتاج من الآباء القيام باستراتيجية وتمثل مجموعة من التكنيكيات لتوجيه أهدافهم وتحقيقها نحو خفض الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة.

بالرغم من أننا قد لا نشعر بالارتياح لبعض الضغوط النفسية، إلا أننا نسعى شئنا أم أبينا للتكيف معها.

(ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 337)

ويقصد باستراتيجية مواجهة الضغوط من ناحية الفرد تلك الجهود التي يقوم بها لكي يسيطر على أو يجد أو يدبر أو يتحمل مسببات الضغوط التي تفوق طاقته الشخصية. (ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008: 336)

أ- أساليب المعرفية:

تدخل العمليات المعرفية أو الذهنية الأسلوب الذي يعتمد الفرد لتعامل مع مصادر التوتر لذلك يمكن القول إن الأساليب التي يتم توظيفها تتبع أساساً عن بعد ذهني أو معرفي، وتستند في ذلك افتراضيين الأول مفاده أن التعرض لمصادر الضغط النفسي لا يسبب في حداته الانزعاج والتوتر بل نوعية رد الفعل من جانب الفرد هو الذي يحدد نتيجة النهائية، ومن جانب آخر يستند إلى ما يعرف بالتفكير الإيجابي في مواجهة مواقف الحياة وهو ما ساعد على النظر إلى المشكلة من منظور إيجابي ومحاولة إعادة تقييمها الأمر الذي يسمح بتوفير الإمكانيات اللازمة لتجاوزها أو البحث عن الحلول الملائمة.

ب- تغيير أسلوب الحياة:

هناك العديد من الأساليب والأنشطة التي تساعد في التخفيف من التوتر الداخلي، والتخلص من آثار الضغوط النفسية على الفرد ونذكر منها:

القيام بنشاط بدني التمارين الرياضية.

الاسترخاء الصلاة والقران.

الدعم الاجتماعي.

الاسترخاء.

ثانيا: استراتيجية المواجهة:

1-تطور مفهوم المواجهة:

من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية "Coping" تعني بالفرنسية " Faire Face" ويقصد بها التسوية أو التعامل أي استجابات تكيفية للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد.

تاريخيا مفهوم المواجهة Faire face يتصل بمفهومين هما:

*ميكانيزمات الدفاع " Mécanismes de défense " الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف نظرية التحليل النفسي.

*التكيف " Adaptation " الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع، وعلم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين).

يعد مورفي Morphy (1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه، حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها.

أما مصطلح Coping قد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه وطوره فسنوات (1978، 1984، 1990) على التوالي. (جبالي صباح، 2012: 78)

2- مفهوم استراتيجية المواجهة:

يعرفها فولكمان ولازروس (1989) بأنها الجهود السلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها وإدارة مطالب الموقف، والتي يتم تقديرها من الجانب الفرد على أنها شاقة ومرهقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته. (طه عبد العظيم، 2006: 78)

أما نيومان Nawman (1981) بأنها تلك المجهود المبذول من قبل الفرد لإزالة التوتر وخلق طرق جديدة للمواجهة مع المواقف الجديدة في مرحلة الحياة.

يعرفها كوكس Cox 1985 هي المواجهة صورة من حل المشكلة وأن الضغط يكون نتيجة الفشل في حل المشكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها والخبرات الانفعالية الناتجة عنها.

يعرف ماثني Mathenyet (1986) المواجهة بأنها الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض مطالب الضغوط، كما يحدد فعالية المواجهة على أساسين هما:

*سلوك المواجهة: هي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الأحداث الضاغطة.

*مصادر المواجهة: عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد من أجل مواجهة الحدث المقيم على أنه ضاغط.

عرفها لطفي الشربيني في المعجم الطب النفسي بأنها مجموعة آليات التي يستخدمها الفرد للتوافق مع المواقف المختلفة. (جبالي صباح، 2012: 79)

أما فريد نبرج ولويس Frydenbry and lewes يعرف المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية والوجدانية التي يقوم بها الفرد في الاستجابة للمواقف الضاغطة وذلك بهدف استعانة الاتزان للفرد أو نحو الاضطرابات والتوتر لديه بمعنى محو المثير أو المواقف الضاغطة أو التكيف معه.

ويطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب مواجهة الضغوط اسم عمليات تحمل الضغوط التي يسعى من خلالها الفرد لتطوير المواقف الضاغطة وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه. (طه عبد العظيم، 2006: 83)

ومن خلال التعاريف التي تم عرضها سابقا يمكن أن نستخلص تعريفا شاملا لاستراتيجيات مواجهة الضغوط كما يلي:

هي مجموعة من الطرق والإجراءات والأساليب المعرفية والسلوكية والوجدانية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة والانفعالات الناتجة عنها بهدف التخفيف أو التقليل من حدتها واستعادة الاتزان لفرد وكذلك التكيف مع تلك المواقف الضاغطة.

3-النماذج المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغط:

هناك العديد من النظريات التي تطرقت إلى مفهوم استراتيجيات مواجهة الضغط وتفسيرها، وظهرها:

1-النموذج التحليلي:

***دفاعات الأنا:** عمل التحليل النفسي منذ نشأته على فهم وتحديد أشكال المواجهة وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها، وسميت وسائل الدفاع الأولية وقد أدخل "فرويد" الدفاع للمرة الأولى (1849)، وعرفه لاحقا بأنه تسمية عاملة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي للعصاب.

حيث أن استراتيجيات المواجهة تظهر في دفاعات الأنا، أي أنها مجموعة من العمليات المعرفية غير الواعية التي تهدف في النهاية إلى خفض كل ما يحدث الحصر وهناك عدة سيرورات معرفية موجهة لخفض القلق الناجم عن حدث ما وتتمثل السياقات معرفية التي ترمي إلى التخفيف من شدة القلق فيما يلي:

***الإنكار**: هنا الفرد يدرك الحقيقة، ولكن ينكر العوامل التي لا يمكن تحملها مثل المرض الخطير.

***العزلة**: ينحصر سير التفكير، أي منع التفكير، أي يمنع التفكير فيما يترتب عن وضعيته.

***العقلنة**: الفرد يبحث عن تفسير منطقي لما يحدث له وحسب فيانت Viallant فإن المعيار الأساسي لاستراتيجية المواجهة متعلق بنوعية السير وارت، مرونتها، درجة تكيفها مع الواقع لكن المواجهة الناجحة تعتمد على معيار أساسي يعتمد على نوع الميكانيزمات المستخدمة ودرجة تفاعل المواجهة مع الواقع والمصير الجسمي والنفسي للفرد.

وقد أطلق فرويد مصطلح الميكانيزمات الدفاعية على الميكانيزمات التي تعمل على حماية الفرد من الانفعالات، الأفكار والنزوات المؤلمة التي قد تكون وراء عدة اضطرابات نفسية من جهة كما يمكن أن تمثل سياق علاجي شافي وميزت بولهان ثمانية عشر ميكانيزما دفاعيا والمصنفة إلى أربعة مستويات وهي:

***دفاعات ذهانية**: مثل الإسقاط الذهاني والتفكك.

***دفاعات غير ناضجة**: مثل الإسقاط، الوسواس، توهم المرض، السلوك السلبي والعدواني.

***دفاعات العصابية**: الكبت، التبديل، رد الفعل والعقلنة.

***دفاعات الناضجة**: مثل التصعيد والمزاج. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 50، 51)

مما سبق يمكن القول إن النموذج التحليلي له مساهمة كبيرة في فهم استجابات الفرد ومواجهة الحدث الضاغط وذلك بتركيز الاهتمام على خفض الضغط.

ب- النموذج الحيواني:

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

حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي، لقد أشار Canao (1932) إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب 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 مثلاً هروب الدب من الأسد تجنباً أن يفترسه، أن الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد، لأنه لا يجسد العنصر الانفعالي أو المعرفي في الاستجابة للمواقف.

*ميكانيزم الهروب (التجنب): في حالة الخوف والفرع.

*ميكانيزم الهجوم: في حالة الغضب.

إذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة إما بالمواجهة أو بالبحث عن استراتيجية انسحاب ملائمة، وذلك لان العضوية خلقت مهياً لمواجهة التحديات إما بالتحفز أو بالتوقف. (جبالي

صباح، 2012: 83)

ج- النموذج المعرفي:

لا يمكن فهم الضغط النفسي حسب نظرية الضغط والمواجهة للازاروس Surazal بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن من وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الضاغط الذي يتعرض له، والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن التقييم الموقف وتحديد استجابة الانسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

بينما يعتبر Lazarus et Folkman (1998) أن مختلف العمليات الترشيحية تعد بمثابة وسائط للعلاقة ضغط توثر انفعالي ويؤكد أنه يوجد عاملان يؤثران على العلاقة بين الفرد والمحيط هما التقييم المعرفي للوضعية والمواجهة بمراحل معرفية مختلفة هي:

***مرحلة الضاغط:** فكرة هذه المرحلة مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف أو أحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهود لمواجهتها والتغلب عليها وقد تتطوي على صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

***مرحلة التقييم الأولي:** في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث تم يقوم بتحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبرات الشخصية، فالضجيج الذي يحدثه مثلاً جار طالب علم في صدد تحضير لامتحان يمكن أن يقيمه كخطر يهدد نجاحه في الامتحان، وهذا ما يفسر مشاعر القلق والغضب التي قد يعبر عنها الطالب، فطبيعة التقييم تساهم بطريقة مختلفة في نوعية وشدة الانفعال.

***مرحلة التقييم الثانوي:** يتساءل الفرد من خلال التقييم الثانوي عما يمكن فعله للوقاية من التهديد تم يقرر نوعية تعامله، حيث يحدد نوع استراتيجيات المواجهة التي يمكن استعمالها إزاء العامل الضاغط كما

يوجه هذا التقييم الفرد إلى اختيار استراتيجيات التعامل في المستقبل إذا عرضته حالة ضاغطة، حيث يهدف النوع الأول إلى خفض الضغط الانفعالي مع عدم التغيير في المشكل وتدعى استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول الانفعال، ويهدف النوع الآخر إلى محاولة التغيير وتصحيح الحالة وتدعى استراتيجيات مركز على المشكل.

هذه عبارة أمثلة عن استراتيجيات مركزة على الانفعال، غير أنه عندما يقرر الذهاب عند حاره ويطلب منه أن يخفض شدة الضجيج أو يذهب للدراسة خارجاً هذه عبارة أمثلة عن استراتيجيات مركزة على المشكل. *إعادة التقييم: تعني التغيير الكبير والجذري للعلاقة ما بين الفرد والمحيط الناتج عن الجهود الفرد نتيجة تكيفه لتغيير الوضعية الخاصة بالحادث، وهذا التغيير يمس ما حدث وما سيحدث في المستقبل، إذا هو قرار نهائي وسيرورة للتفاعل الداخلي مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الرجعية.

*المواجهة: في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية لمواجهة الموقف الضاغطة، وصنفت استراتيجيات المواجهة إلى نوعين أساسيين: النوع الأول من التعامل أطلق عليه التعامل المركز حول المشكل، ويهدف ليس فقط إلى التخفيض من التوتر الانفعالي بل إلى فهم المشكل وعمل شيء لتعديل أو تغيير مصدر الضغط، والثاني أطلق عليه التعامل المركز حول العاطفة وهو يهدف إلى تخفيض أو التحكم في الحزن المصاحب أو الناجم عن الموقف.

*مرحلة نتائج المواجهة: في هذه المرحلة يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي والمعرفي والفيزيولوجي والسلوكي، وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغطة على مدى نجاحه في استعمال استراتيجية مناسبة للتغلب عليه. (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013: 53،54)

د- 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.

جاء باندورا بمصطلح الحتمية التبادلية والذي يربط العلاقة بين السلوك والفرد والبيئة، إذ تفاعل هذه العناصر الثلاثة مع بعضها وتتاثر ببعضها، إذ إن الاستجابة السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال المواقف الضاغطة تؤثر على مشاعره كما أن سلوكه يتأثر بطريقة إدراكه للموقف الضاغط وعندما تكون استجابته غير توافقية حيال الموقف الضاغط يؤدي إلى تفاقم الضغط لديه، ويشير إلى أن قدرة الفرد في التغلب على المواقف الضاغطة يرجع إلى درجة فعالية الذات لديه والتي تتميز بمدى واسع من السلوكيات التكيفية المتعلمة، كما أن درجة فعالية الذات تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع المواقف الضاغطة، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة الأحداث الصعبة فلن يعاني من التوتر والقلق و بالتالي جعل الموقف الضاغط أقل تهديدا.

أما تقييم الموقف فيتم من خلال نوعين من التوقعات:

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

* **توقع الفعالية:** اعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يؤدي إلى نتيجة إيجابية. (طه

عبد العظيم حسين، 2006: 63، 64)

4- تصنيفات استراتيجيات المواجهة:

يوجد لدى كل فرد منا دافع وحاجات ورغبات وقد تتعارض هذه الرغبات والدوافع مع البيئة مما يجعل الفرد في حالة من الضغوط والقلق ولكن لكل واحد منا أسلوبه الخاص في حل المشكلات والتغلب على

المواقف المؤلمة، فهناك أشخاص تستسلم وتتسحب من المواقف وهذا يسمى بسلوك الهروب، هناك من يلجأ إلى المواجهة ولقد توصل الباحثون من خلال دراستهم إلى العديد من الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط والتي تتفاوت في درجة فعاليتها فمن خلال ما توصل إليه باحثون في دراستهم يمكن عرض بعض التصنيفات فيما يلي:

1- تصنيف بيلنجس وموس Billings et Moos:

يرى أن استراتيجيات المواجهة الضغوط الأقدمية تتضمن القيام بمحاولات معرفية لغير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلات ومحاولات سلوكية، وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر أما الاستراتيجيات المواجهة الإجمامية فهي تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي تسببها الموقف.

وبعبارة أكثر وضوحاً أن استراتيجيات المواجهة الأقدمية تتضمن النزعة للاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث الضاغطة وحل الموقف أو المشكلة، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية، وفي مقابل تتضمن الاستراتيجيات المواجهة الإجمامية النزعة نحو تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بأن الحدث الضاغط عادة التقييم واستخدام أساليب سلوكية ومعرفية للهروب من الموقف الضاغط ونتائجه الإيجابي للموقف، أي بناء الموقف معرفياً بطريقة إيجابية و البحث عن المعلومات و المساندة من الآخرين.

أما الأساليب الاستراتيجيات المواجهة الإجمامية تتضمن تجنب التفكير الواقعي في المواقف الضاغطة أو مشكلة وتقبل المشكلة وتقبل المشكلة والاستسلام لها، أو التنفيس الانفعال لخفض التوترات الانفعالات

السلبية المصاحبة للمواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم حسين، 2006: 237، 236)

ب- تصنيف جلويك Galowic (1985):

يصنف أساليب مواجهة الضغوط إلى أربعة أنواع:

1- أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكلة.

2- أساليب المواجهة المرتبطة بالتقييم التقبل، التفاؤل، الاستقلال، الدعابة.

3- سلوكيات مواجهة يصعب تصنيفها مثل: الشنائم، البكاء، الأكل والتدخين.

4- المساندة الاجتماعية.

ج- تصنيف كوهن Kohen (1994):

يصنف كوهن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط إلى أبعاد التالية:

***التفكير العقلاني:** أنماط التفكير العقلاني 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 خلال الإنكار المواقف الضاغطة بالتجاهل والانغلاق كأنها لم تحدث مطلقاً.

***حل المشكلة:** هي نشاط معرفي يتجه من خلال الفرد إلى استخدام حلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

***الرجوع إلى الدين:** تشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك بالإكثار من العبادات

والمداومة عليها كمصدر عليها كمصدر للدم الروحي والانفعالي. (جبالي صباح، 2012: 95)

د- تصنيف شور وآخرون Sgeier et al 1986 :

قام شور بتحديد أساليب التعامل مع الضغط في عدة أنواع هي:

***التعامل على مواجهة المشكلة:** هو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث الضاغط.

***لوم الذات:** حيث الفرد أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.

***التقبل والاستسلام:** يشير إلى تقبل الفرد للموقف نظرا لعجزه وانعدام الحيلة لديه أي نتيجة لرفضه القيام بأي شيء الموقف.

***إعادة التفسير الإيجابي للموقف:** كأنه يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير 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. (طه عبد العظيم حسين، 2006: 96،76)

ه- تصنيف كوتن Cotton(1990):

الاستراتيجيات مواجهة الضغوط عدة أنواع:

***استراتيجيات فسيولوجية تتركز حول المشكلة:** وغالبا ما تستخدم هذه الاستراتيجيات فسيولوجية عندما يكون مصدر الضغوط فسيولوجيا، فعندما يكون مصدر الضغط مثلا هو إصابة بمرض مزمن عندئذ تتضمن الاستراتيجية الفسيولوجية التي تتركز حول مشكلة تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد.

*استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة: وهي عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية التي بينه وبين البيئة، ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم هذه الأساليب تجده يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف حيث أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة و القيام بأفعال لخفض الضغط عن طريق تغيير الموقف مباشرة.

*استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال: وهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن هذه الأساليب الابتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والانكار، وهدف هذه الاستراتيجيات إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد. (طه عبد العظيم، 2006: 92)

و-تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية:

فقد صنف لطفي عبد الباسط (1994) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية إلى:

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

*الاستراتيجيات السلبية: تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم، وعزل الذات وإنكار والانسحاب المعرفي العقلي أو الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في الأشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة.

أما طه عبد العظيم حسين (2006) فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع:

التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.

المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.

أساليب مواجهة على مستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد

العظيم حسين، 106:2006-107)

5-العوامل المؤثر في استراتيجيات مواجهة الضغوط:

هناك عوامل عدة في اختيار استراتيجية المواجهة والتي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل كنمط الشخصية ومركز التحكم وفعالية والصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته، وتسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة وتتمثل في طبيعة الحدث الضاغط، نوعه من حيث مزمن أو حاد.

1-العوامل المرتبط بالفرد:

***الصلابة النفسية:** صيغ هذا المصطلح على يد سوازن كوباسا(1982) حينما أوضحت أن الأفراد الذين تتسم شخصيتهم بالصلابة يتميزون بمقدرة عالية على المقاومة النتائج السلبية والمؤلمة للضغوط، بسبب أسلوبهم في معالجة الحوادث المسببة للضغوط، كما أنهم يتقنون على التأثير في مجرى حياتهم، أما الأفراد الذين يعانون من فقدان الصلابة النفسية فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط النفسية ويمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بالضغوط النفسية.

***نمط الشخصية:** لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم لنمط الشخصية، فالأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة هم أكثر حساسية وشعورا بالضغط

وسريعو التأثير بمسببات الضغوط ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأشخاص الأكثر استرخاء وصبرا ورضا عن الحياة وغير العدوانيين يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشك. (طه عبد العظيم، 2006: 127)

***تقدير الذات:** يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد مع المواقف الضاغطة، فإدراك ورؤية الذات بطريقة إيجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة المواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، وكشفت نتائج دراسة Chan (1993) إن الأفراد ذو تقدير الذات مرتفع يستخدمون استراتيجيات المواجهة تركز على الانفعال كالإنكار والميل إلى الانسحاب، تعاطي المخدرات، التدخين المفرط في مواجهة الضغوط. (طه عبد العظيم، 2006: 126)

***فعالية الذات:** يشير هذا المفهوم إلى اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التعامل والسيطرة بفعالية على المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وهذا يشير إلى أن المواجهة الناجحة للضغوط لا تتطلب مهارات نوعية فحسب بل تتطلب أيضا اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التحكم في أحداث الضاغطة. (دعو سميرة وشنوفي نورية، 2013: 63)

***سمة الشخصية الفرد نفسها (الانبساطية والعصابية):** شكل تقسيم إيزنيك Eysenek للشخصية إلى بعدين انبساطي وعصابي منطلق للعديد من الدراسات حول العلاقة بين هذين البعدين ونوع المواجهة حيث أن من سمة الشخصية النمط المنطوي الذي يعتبر أكثر تأثرا بالضغوط من نمط المنبسط، والمتزن انفعاليا أقل تأثر بالضغوط من النمط العصابي.

***الجنس:** أثبتت الدراسات والبحوث وجود فروق بين الجنسين في مدى الإدراك والتأثر بالضغوط، حيث كسفت أن الرجال أكثر إدراكا وتأثر بالموقف الضاغطة من النساء، وقد وجد لازاروس في بحوثه أن النساء يستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة أقل من الرجال.

***السن:** السن يلعب دورا أساسيا في تقييم المواقف الضاغطة وتحديد استراتيجيات المواجهة حيث اكتشف فولكمان أن النساء المسنات يستعملن استراتيجيات التجنب والإنكار والهروب أكثر من النساء الأكثر شبابا. (طه عبد العظيم، 2006: 136)

ب-العوامل المرتبطة بالمحيط:

***المساندة الاجتماعية:** تعد المساندة الاجتماعية ظاهرة الاجتماعية قديمة قدم الانسان، وإن لم يهتم بها الباحثون إلا مؤخرا بعد ما لاحظوه من آثار هامة لها في مواقف الشدة والاجهاد النفسي، كما أنها عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الآخرين وشبكة العلاقات الاجتماعية المختلفة والتي بعضها في المساندة الوجدانية النفسية.

تتوقف المساندة الاجتماعية على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين ومدى عمق العلاقة بين الفرد والمحيطين به، والمهمين في حياته كما أن المستوى المرتفع من المساندة سواء من الأسرة أو الأصدقاء يرتبط باستراتيجيات مواجهة فعالة، وكلما كان مستوى المساندة الاجتماعية منخفضا كلما كانت استراتيجيات المواجهة غير فعالة. (طه عبد العظيم، 2006: 135، 156)

***المستوى الاقتصادي:** يختلف سلوك المواجهة باختلاف المستوى الاقتصادي والثقافي، فالأفراد تختلف استجاباتهم للضغط باختلاف ثقافتهم، وهذا ما يجعلهم يستخدمون استراتيجيات مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة.

كما أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية الفعالة، بينما الأفراد المنحدرين من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض يستعملون

استراتيجيات المواجهة التي تركز على التجنب. (طه العظيم، 2006: 142)

ومن خلال عرض هذه العوامل المؤثر في استراتيجيات المواجهة نقول بأن أساليب مواجهة تختلف باختلاف بالعوامل مرتبطة بالمحيط والفرد، وكذلك استراتيجيات المواجهة لدى الفرد نفسه يمكن أن تكون فعالة في موقف معين ولا تكون فعالة في موقف آخر وزمن آخر.

6- استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة والمركزة حول الانفعال:

تعتبر استراتيجيات المواجهة من الاستراتيجيات المتعددة الأبعاد والأكثر استجابة للضغط، والتي تؤدي في الأخير إلى التغيير من الوضعية المهددة حقيقة سواء بابتهاج أساليب المتمركز حول المشكل أو المتمركز حول الانفعال.

1- استراتيجيات المواجهة حول الانفعال:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي حدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة الشخص والبيئة.

وتأخذ الجهود المواجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولد المواقف الضاغطة عدة أشكال وهي مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الانفعالي مثل التجنب، التهرب، إعادة التقييم الإيجابي، والتي سنعرضها فيما يلي:

***استراتيجيات التهرب والتجنب:** تشير هذه الاستراتيجيات للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه.

وتتضمن هذه الأساليب استراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه أفضل أو في مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغير ما حدث، ويرجو أن ينتهي المواجهة الضاغطة سريعاً، كما تتضمن استراتيجية

التهرب من خلال النوم، الأكل الكحول والأدوية، فالتهرب والتجنب يسمح للفرد بالخروج من التفاعل مع الحدث الضاغط دون تغييره.

*استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي: تشير إلى المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة التقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي.

ب-استراتيجيات المواجهة المركز حول المشكلة:

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة.

وهي محاولة للسيطرة بشكل مباشر على المواقف الضاغطة عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطة أو بدائل، حلول تؤدي إلى الموقف الضاغط بما يتناسب مع الصحة الفرد النفسية والسلوكية أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.

وتشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكلة على مجموعة من الأساليب وسنعرضها فيما يلي:

*استراتيجيات البحث عن حل لمشكل: تشير إلى مجهودات مدروسة ترتكز على المشكل تهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكلة، وتتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول للفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول.

ويمكن القول إن حل المشكلة هو عملية يحاول فيها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف الضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد سيتحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة. (طه عبد العظيم حسين،

سلامة عبد العظيم حسين، 2006 :236)

*استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي: يشير مفهوم السند الاجتماعي إلى مشاعر إيجابية منها إحساس الفرد بالقيمة والتقدير والاحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمد من الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية.

وفي هذا السياق يرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة الهادفة الى تنظيم الاستجابات العاطفية، بل هو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساندة الاجتماعية للتحقيق من الوضع الضاغط وأثره. (عبد المنعم عبد الله حبيب، 2005: 159)

خلاصة:

أصبحت الضغوط النفسية حقيقة نعيشها كل يوم، نتيجة التطور السريع وزيادة الأعباء وكثرة المتطلبات التي تفوق قدرة على تحملها، مما يجعله يعيش في توتر وضيق يولد لديه الشعور بالضغط، هذا الأخير الذي لا توجد أي وضعية من الوضعيات المعاش إلا وتؤثر في مستواه وشدته كالوضعية الاقتصادية أو الاجتماعية أو السياسية أو الأسرية هذه الأخيرة التي تتأثر بها الأم أكثر من الأب خاصة فيما يتعلق بمسؤولية الحمل والولادة والتربية الأبناء الذين قد لا يكونون كلهم أسوياء فقد يصاب أحدهم بقصور ما أو إعاقة تترك آثار عميقة على الأم وتسبب لها في حزن وضيق ترجم في شكل ضغوط نفسية، ضرورة مواجهة الضغوط النفسية باستعمال استراتيجيات مواجهتها، فهناك من يلجأ إلى استراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط في حين هناك من يلجأ إلى استراتيجيات سلبية لنفس الموقف الضاغط، وهذا يرجع إلى كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط وتقييمه ومن ثم تقييم مصادرها وامكانياته التي تساعد في مواجهة الموقف الضاغط.

تمهيد:

نسعى من خلال هذا الفصل توضيح المنهج المتبعة في الدراسة، من خلاله بينت الباحثين أهم الخطوات الأساسية التي اتبعتها أثناء دراستها الاستطلاعية والأساسية من أدوات، ومكان ومدة الدراسة والعينة التي طبقت عليها الدراسة، وهذا قصد اختيار الفرضيات المطروحة.

تندرج هذه الدراسة ضمن تصنيفات الدراسة الوصفية، ودراسة حالة فهذا النوع من المنهجية يلائم هدف دراستنا التي تكشف عن الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لأمهات أطفال التوحد، وكذا لمعرفة الموضوع محط الدراسة كما وكيفاً.

1- الإجراءات المنهجية البحث:**أولاً: الدراسة الاستطلاعية:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان الذي يجري فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل على سيرة، بالإضافة على استشارة ذوي الخبرة والمهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم وأفكارهم التي قد تساعد في إجراء البحث.

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

كان لا بد الاستعداد للدراسة الأساسية من خلال الدراسة الاستطلاعية بغرض تحقيق الأهداف التالية:

أ- التعرف على ميدان البحث لتفادي النقائص والغموض، وهذا فيما يخص تصميم أدوات القياس.

ب- معالجة الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها في الدراسة الاستطلاعية، من أدوات ومكان ومدة الدراسة والعينة التي طبقت عليها الدراسة.

ج- التأكد من الصلاحية السيكمترية لأدوات القياس لتصبح في الأخير جاهزة ومضبوطة أي صادقة يمكن اعتمادها كأدوات للدراسة الأساسية للبحث.

د- اختيار طرق المعالجة الإحصائية.

2- تصميم أدوات القياس:

نظرا لعدم توفر أدوات البحث التي تقيس متغيرات الدراسة مباشرة، قد اعتمدنا في بحثنا هذا في جمع البيانات على عدة أدوات، وبناء على طبيعة المشكلة والهدف الأساسي للبحث، ثم اختيار تقنية الاستبيان كأداة لجمع المعلومات اللازمة التي تفيد بحثنا.

1- تصميم الأداة الأولى للدراسة: استبيان الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد.

*المرحلة الأولى: الاطلاع على الدراسات وعلى الجانب النظري.

لتصميم استمارة استبيان الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال التوحد، اطلعت الباحثتان على العديد من الدراسات التي تشمل مجموعة من الاستمارات ذات علاقة بالموضوع من بين هذه الدراسات.

-دراسة (دعو سميرة وشنوفي نورة 2013) الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحيدي.

-دراسة (جبالي صباح، 2012) الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

-دراسة (خالد محمد الحبيش، 2003) الضغوط النفسية لدى أسر الطفل المعاق وأهم مصادرها.

-دراسة (بن شليفة أعمار، 2011) شدة الضغط النفسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

-دراسة (العبودية فاتح، 2008) الضغط النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي.

-دراسة (أميرة طه بخش، 2001) الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وعلاقته بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية.

-دراسة (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، 1998) احتياجات أولياء أمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب المواجهة.

-دراسة (رياض يعقوب ملكوش وخولة يحي، 1995) الضغوط النفسية علاقتها بالدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين.

-دراسة بوزاهر سارة (2015) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى أم الطفل التوحدي.

-دراسة جدو عبد الحفيظ (2014) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم.

-دراسة (زهاني أسماء، 2014) الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة النفسية لدى معلمات الطور المتوسط.

*المرحلة الثانية: الاتصال بالميدان

بما أن الباحثة تعمل أخصائية نفسانية في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنيا بمزگران بولاية مستغانم تم تحديد موضوع البحث من خلال إجراء مقابلات العيادية مع الأمهات، والاحتكاك عن قرب بعينة البحث ومعرفة أهم الطرق التي تلجأ إليها الأمهات في مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن

الإعاقة الأبناء، و بعد تكوين تصور واضح حول تلك الضغوط، ثم طرح الموضوع الدراسة على زميلتي في البحث ومناقشة الموضوع معها ثم موافقة عليه، وبعد تقديم الطلب إلى المدير وإلى مسؤول البيداغوجي، تم شرح فيه موضوع البحث والهدف من ومدة إجرائه، وبعد الموافقة على الطلب تم بدء في الدراسة الاستطلاعية.

*المرحلة الثالثة: تحديد الأبعاد:

بعد اتصالنا بالميدان واطلاعنا على الجانب النظري والدراسات السابقة وجمع المعلومات من الأمهات، والاستعانة بالدراسات السابقة، قامت الباحثة بتصميم استمارة أولية تتكون من 07 أبعاد

خصص القسم الأول: للبيانات الشخصية عن الأم وطفلها، السن، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، جنس المولود، رتبة الابن، عدد الاخوة، سن اكتشاف المرض

القسم الثاني: استمارة خاص بقياس الضغط النفسي لدى للأمهات الأطفال مصابين بالتوحد، واشتملت 35 فقرة موزع على الأبعاد السبعة.

جدول رقم(01): يشير الى أبعاد استبيان الضغط النفسي (الصورة الأولى):

مقاييسه الفرعية	الإبعاد
تتضمن المظاهر العضوية التي تظهر على الأم المصاب ابنها بالتوحد، دوان كتسارع التنفس وزيادة ضربات القلب، وغيرها من المظاهر الجسدية	البعد الأول: الأعراض العضوية.
تتضمن ما تعانيه أم المصاب من مشاعر عدم الراحة لإحساسها بأنها سبب إعاقة ابنها وبأن الطفل لن يكون مثل باقي افراد الأسرة.	البعد الثاني: الأعراض الانفعالية.
يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أم	البعد الثالث: المشكلات الصحية.
يتضمن المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقاتها الاجتماعية والتي تظهر بوصمة العار التي تحسها أم الطفل المصاب بالتوحد، والتي تشكل تحديدا لعلاقاتها الاجتماعية وحدا لتفاعلها مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي تعيشها الأم.	البعد الرابع: المشكلات الاجتماعية.
يتضمن مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المصاب عندها، وذلك لإدراك الأم بأنها سوف يقضي بقية حياته مصابا بالتوحد، وبأنه لا يستطيع وذلك لمحدودية إمكانياته	البعد الخامس: المشكلات الخوف من المستقبل
يتضمن هذا العامل مشاعر بالقلق والألم التي يعيشها أم الطفل المصاب بسبب الصعوبة في أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في عدم القدرة على ارتداء الملابس واستخدام الحمام المحافظة على نظافة ملابسه.	البعد السادس: المشكلات الوظائف الاستقلالية.
يتضمن هذا العامل المتطلبات الكثيرة المرتبة على وجود طفل مصاب بالتوحد في الاسرة والتي تفوق كثيرا قدرتها المادية مما يؤدي إلى تخليها عن الكثير من الأشياء	البعد السابع: المشكلات المالية.

***المرحلة الرابعة: تحديد الفقرات**

قامت الباحثتين بصياغة البنود التي جمعت من الإجراءات السابقة الذكر، بحيث روعي في صياغتها السهولة والوضوح، احتواء كل البند على فكرة واحدة فقط، الابتعاد عن البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى وأن تكون الاستجابة لكل بند لا تحتاج إلى تأويل.

اقتباس بعض البنود من المقاييس السابقة الذكر وعلى هذا الأساس قد تحصلنا على 35 بند موزعة على سبعة أبعاد كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(02): يشير إلى توزيع فقرات استبيان الضغط النفسي حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية:

الأبعاد	أرقام البنود	المجموع
1-الأعراض العضوية	1، 8، 15، 22، 29	5
2-الأعراض الانفعالية	3، 9، 16، 23، 30	5
3-المشكلات المالية	2، 14، 20، 27، 35	5
4-مشكلات الوظائف الاستقلالية	7، 13، 21، 28، 34	5
5-المشكلات الصحية	4، 10، 17، 24، 31	5
6-المشكلات الاجتماعية	5، 11، 18، 26، 32	5
7-مشكلات الخوف من المستقبل	6، 12، 19، 25، 33	5

***المرحلة الخامسة: طريقة التطبيق**

بعد صياغة البنود ووضعها في شكل استبيان، وعرضتها الباحثتان على العينة بحيث راعت من خلالها الوضوح ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وتضمنت عدد بنود الاستبيان وطريقة الإجابة على البنود، بحيث طلب من المفحوصة إبداء إجابتها عما تشعر به وما يتناسب مع وضعيتها، وتأكد أنه لا توجد هناك إجابات صحيحة أو خاطئة وإنما هي وجهات النظر تختلف من فرد إلى آخر.

***المرحلة السادسة: طريقة التصحيح**

أما بالنسبة لتقدير الدرجات، تتم الإجابة بوضع العلامة (X) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، أحياناً، لا) وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي كل الفقرات موجبة

جدول رقم (03): يمثل كيفية تصحيح استبيان الضغط النفسي:

لا	أحياناً	نعم	البدائل الإجابة
1	2	3	وزن البند

ب-تصميم الأداة الثانية للدراسة: استبيان استراتيجية المواجهة الضغوط النفسية

***المرحلة الأولى: الاطلاع على الدراسات وعلى الجانب النظري**

قامت الباحثتان بالاطلاع على الإطار النظري والدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل ومواجهة الضغوط النفسية بصفة عامة والبحوث السابقة التي تناولت استراتيجيات التعامل ومواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة، ومن أهم الدراسات التي اقتبست الباحثة منها بعض الأبعاد أو البنود هي:

-دراسة (دعو سميرة وشنوفي نورة، 2013) الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحد.

-دراسة (جبالي صباح، 2012) الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

-دراسة (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، 1998) احتياجات أولياء أمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب المواجهة.

-دراسة (جدو عبد الحفيظ، 2014) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم.

-دراسة (بوزاهر سارة، 2015) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى أم الطفل التوحيدي.

-دراسة (بغيجة لياس، 2006) استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين" وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا.

-دراسة (خالد بن محمد بنعبد الله العبدلي، 2012) الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعادين بمدينة مكة المكرمة.

-دراسة (نبيلة أحمد أبو حبيب، 2010) الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات عزة.

*المرحلة الثانية: الاتصال بالميدان

استفادة الباحثة من الميدان بحكم خبرتها السابقة بالمركز .

*المرحلة الثالث: تحديد الأبعاد

بعد اتصالنا بالميدان واطلاعنا على الجانب النظري والدراسات السابقة وجمع المعلومات من الأمهات، والاستعانة بالدراسات السابقة، قامت الباحثتان بتصميم استمارة أولية تتكون استراتيجية إيجابية واستراتيجية

سلبية موزعة على 07 أبعاد

خصص القسم الأول: للبيانات الشخصية عن الأم وطفلها، السن، المستوى الدراسي، المستوى التعليمي،

المستوى الاقتصادي، جنس المولود، رتبة الابن، عدد الاخوة، سن اكتشاف المرض

القسم الثاني: استمارة خاص تقيس استراتيجية مواجهة الضغوط النفسية لدى للأمهات الأطفال مصابين

بالتوحد، واشتملت 45 فقرة يتضمن الاستبيان نوعين من استراتيجية المواجهة وهي:

الاستراتيجية الإيجابية: وتتكون من 30 بند موزعة على 6 أبعاد بحيث ان كل بعد يتضمن 5 بند.

الاستراتيجية السلبية: وتتكون من 15 بند موزعة على 3 أبعاد بحيث ان كل بعد يتضمن 5 بند كما هو

موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (04): يشير الى أبعاد استبيان استراتيجية المواجهة (الصورة الأولى):

المقاييس الفرعية	الأبعاد	الأنواع
هي سعي الفرد لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط من الآخرين أو مؤسسات المجتمع للحصول على راحة وجدانية	طلب المعلومات	الاستراتيجيات الإيجابية
سعي الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة ويشمل التفكير في كيفية المواجهة كوضع خطة معينة على المدى القريب أو البعيد.	التخطيط	
قبول الفرد لذاته الآخرين والقدرة على تحمل الأخطاء والعيوب وإيمانه بالقدرة على مواجهة الموقف الضاغط.	التقبل	
الرجوع إلى الدين في أوقات الضغوط عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والانفعالي والأخلاقي.	التدين	
رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهل الموقف كلياً	الانكار	الاستراتيجيات السلبية
عزلة الفرد عن الموقف الضاغط كمحاولة التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة.	الانسحاب	
عدم قيام الفرد سلوك إيجابي تجاه الضغط وإلقاء اللوم على الذات واتهامها بأنه سبب كل ما يحدث.	لوم الذات	

*** المرحلة الرابعة: تحديد الفقرات**

قامت الباحثتان تحديد البنود التي جمعت من الإجراءات السابقة الذكر، بحيث روعي في صياغتها السهولة والوضوح، احتواء كل البند على فكرة واحدة فقط، الابتعاد عن البنود المركبة والتي تحمل أكثر من معنى وأن تكون الاستجابة لكل بند لا تحتاج إلى تأويل.

جدول رقم(05): يشير إلى توزيع فقرات استبيان مواجهة الضغوط النفسية حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية:

المجموع	أرقام البنود	الأبعاد	الأنواع
5	29، 16، 15، 2، 1	طلب المعلومات	الاستراتيجيات الإيجابية
5	30، 18، 17، 4، 3	التخطيط	
5	31، 20، 9، 6، 5	التقبل	
5	35، 28، 27، 14، 13	التدين	
5	34، 22، 21، 8، 7	الانكار	الاستراتيجيات السلبية
5	33، 26، 25، 12، 11	الانسحاب	
5	32، 24، 23، 19، 10	لوم الذات	

اقتباس بعض البنود من المقاييس السابقة الذكر وعلى هذا الأساس قد تحصلنا على 35 بند موزعة على تسعة أبعاد.

*** المرحلة الخامسة: طريقة التطبيق.**

بعد صياغة البنود ووضعها في شكل استبيان، وعرضتها للباحثتان على العينة بحيث راعت من خلالها الوضوح ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وتضمنت عدد بنود الاستبيان وطريقة الإجابة على البنود، بحيث طلب من المفحوصة إبداء إجابتها عما تشعر به وما يتناسب مع وضعيتها، وتأكد أنه لا توجد هناك إجابات صحيحة أو خاطئة وإنما هي وجهات النظر تختلف من فرد إلى آخر.

***المرحلة السادسة: طريقة التصحيح**

أما بالنسبة لتقدير الدرجات، تتم الإجابة بوضع العلامة (X) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، أحيانا، لا) وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يمثل كيفية تصحيح استبيان استراتيجيَّة المواجهة:

لا	أحيانا	نعم	البدائل الإيجابية
1	2	3	وزن البند للفقرات الموجبة
3	2	1	وزن البند للفقرات السالبة

3- مجال الدراسة الاستطلاعية:**أ-المجال المكاني للدراسة الاستطلاعية:**

تم اختيار جمعية الأطفال معاقين ذهنيا "بيبناغ" لولاية مستغانم مكان للدراسة وذلك نظرا للتسهيلات التي تلقتها الباحثة من قبل الطاقم البيداغوجي.

ب-المجال الزمني للدراسة الاستطلاعية:

بدأت الباحثتان بتربص بعد حصولها على إذن من مديرة جمعية معاقين ذهنيا كانت المدة بين 03 فيفري إلى 02 مارس 2016.

4-طريقة المعاينة ومواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

ا-طريقة المعاينة:

أجريت هذه الدراسة على عينة من 35 أم امهات بالمركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببيينيار مستغانم، حيث اختيرت بطريقة عشوائية.

ب-عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها:

1-حسب سن الأم:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للبحث حسب متغير سن الام:

جدول رقم(07): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب سن الأم.

السن	من 20-25	30-25	35-30	40 فما فوق	المجموع
العدد	08	16	06	05	35
النسبة المئوية	%22.85	%45.71	%17.14	%14.28	%100

يتضح من خلال الجداول أن السن الذي يتراوح ما بين 25 و30 هم أمهات الذين لديهم أكثر نسبة من أطفال يعانون من إعاقة بأنواعها.

2- حسب المؤهل العلمي للام:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للبحث حسب متغير المؤهل العلمي للام:

جدول رقم(08): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المؤهل العلمي للام

المؤهل العلمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
العدد	12	6	7	05	05	35
النسبة المئوية%	%34.28	%17.14	%20	%14.28	%14.28	%100

يتضح من خلال الجداول أن نسبة أميات هم الذين يعانون أطفالهم من إعاقة بأنواعها.

3- حسب جنس الابن المعاق:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للبحث حسب متغير جنس الابن المعاق:

جدول رقم(09): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب جنس الابن المعاق

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	25	10	35
النسبة المئوية%	%71.42	%28.57	%100

يتضح من خلال الجداول أن الذكور أكبر نسبة من الإناث من ناحية الإصابة.

4- حسب نوع الإعاقة الابن:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للبحث حسب متغير نوع اعاقه الابن:

جدول رقم(10): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع اعاقه الابن

نوع الإعاقة	توحد	متلازمة دوان	تخلف ذهني	المجموع
العدد	18	12	05	35
النسبة المئوية%	%51.42	% 34.28	% 14.28	%100

يتضح من خلال الجداول أن الإعاقة التوحد تتفاوت بنسبتين مقارنة بمتلازمة دوان، ويبقى التخلف أقل منهم.

5- الخصائص السيكومترية لوسائل القياس:

1- الاداة الاولى: استمارة الضغط النفسي

1- حساب الصدق:

اعتمدت الباحثتان، في دراستها لمعرفة مدى صدق الاستمارة على صدق التناسق الداخلي حيث قامت بحساب معامل الارتباط ب17 SPSS.

أ- حساب صدق الاتساق الداخلي بين البعد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول رقم (11) يبين نتائج حساب الاتساق الداخلي بين البعد والمقياس ككل.

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد 01: الأعراض العضوية	**0.719	دالة عند 0.01
البعد 02: الأعراض الانفعالية	**0.517	دالة عند 0.01
البعد 03: المشكلات المالية	**0.441	دالة عند 0.01
البعد 04: مشكلات الوظائف الاستقلالية	**0.479	دالة عند 0.01
البعد 05: المشكلات الصحية	**0.471	دالة عند 0.01
البعد 06: المشكلات الاجتماعية	**0.432	دالة عند 0.01
البعد 07: مشكلات الخوف من المستقبل	**0.599	دالة عند 0.01

** دالة احصائيا عند 0.01

من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أنّ معاملات الثبات مرتفعة، أي ثبات كل بعد بالنسبة للمقياس ككل وبما ان المقياس يتميز بصدق عالي فهو بالتالي ثابت.

ب- حساب الصدق عن طريق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (12) يمثل حساب الصدق التمييزي لاستبيان الضغط النفسي

الابعاد	الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة sig	الدلالة
الدرجة الكلية	المرتفعين	59.600	3.565	11.623	0.000	دالة
	المنخفضين	44.200	2.201			

يتضح من الجدول رقم (12) ان المقياس يتمتع بالصدق التمييزي، حيث توجد فروق دالة احصائيا بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، وبما أن المقياس صادق فهو بالتالي ثابت.

2- حساب الثبات:

- عن طريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم (13) يبين نتائج حساب ثبات المقياس ككل عن طريقة التجزئة النصفية.

المقياس ككل	معامل الثبات	تصحيح معامل الثبات
استمارة الضغط النفسي	0.858**	0.923

من خلال معامل الثبات نستطيع القول بأن المقياس ثابت، اذن فهو صالح لموضوع الدراسة.

ب- الاداة الثانية: استمارة الاستراتيجيات المواجهة.

1- حساب الصدق:

اعتمدت الباحثتان، في دراستها لمعرفة مدى صدق الاستمارة على صدق التناسق الداخلي حيث قامت

بحساب معامل الارتباط ب SPSS 17 .

أ- حساب صدق الاتساق الداخلي بين البعد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول رقم (14) يبين نتائج حساب الاتساق الداخلي بين البعد والمقياس ككل:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد
دالة عند 0.05	*0.225	البعد 01 : طلب المعلومات
دالة عند 0.01	**0.520	البعد 02 : التخطيط
دالة عند 0.01	**0.766	البعد 03 : التقبل
دالة عند 0.01	**0.750	البعد 04 : التدين
دالة عند 0.01	**0.466	البعد 05 : الإنكار
دالة عند 0.01	**0.559	البعد 06 : الانسحاب
دالة عند 0.05	*0.353	البعد 07 : لوم الذات

** دالة احصائيا عند 0.01

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أنّ معاملات الثبات مرتفعة، أي ثبات كل بعد بالنسبة للمقياس ككل وبما ان المقياس يتميز بصدق عالي فهو بالتالي ثابت.

ب- حساب الصدق عن طريق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (15) يمثل حساب الصدق التمييزي لاستبيان استراتيجية المواجهة

الدلالة	قيمة sig	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئة	الابعاد
دالة	0.000	15.836	2.616	59.800	المرتفعين	الدرجة الكلية
			2.131	42.900	المنخفضين	

يتضح من الجدول رقم (15) ان المقياس يتمتع بالصدق التمييزي، حيث توجد فروق دالة احصائيا بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، وبما أن المقياس صادق فهو بالتالي ثابت.

2- حساب الثبات:

- عن طريق معامل الفا لكرونباخ:

جدول رقم(16): يوضح نتائج قيمة معامل الفا لكرونباخ:

المقياس	معامل الفا لكرونباخ
الثبات الكلي	0.771

من خلال هذه النتائج (الصدق، الثبات) تم التأكد من صدق الاستبيان وصلاحيته للقياس والتطبيق

ثانيا: الدراسة الأساسية:

تهتم الباحثتان في هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في الدراسة الأساسية للبحث الحالي، والإطار الزمني والمكاني لها والمراحل المتبعة أثناء تطبيق أدوات البحث ميدانيا، بالإضافة إلى مميزات الأفراد المعنيين بالدراسة الذين يمثلون عينة البحث.

1-منهج الدراسة:

استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي التحليلي، ومنهج دراسة حالة في دراستها من خلال تطبيق أدوات الدراسة على عينة، وهذا المنهج مناسب لطبيعة هذه الدراسة تستهدف معرفة الضغط النفسي وأساليب مواجهته لدى أمهات أطفال التوحد، ولا يقتصر المنهج الوصفي على جمع البيانات وتبويبها في جداول فقط، بل ومن تم استخراج النتائج ذات الدلالة والمغزى بالنسبة للمشكلة موضوع الدراسة في البحث.

2-المجال الجغرافي والزمني للدراسة الأساسية:

1-المجال الجغرافي:

قامت الباحثتان بدراستها الميدانية في مركزين بمدينة مستغانم وهما:

*المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنيا بمزگران لولاية مستغانم.

*المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنيا بسيدي على لولاية مستغانم.

*مستشفى الأمراض العقلية بخروبة لولاية مستغانم.

وذلك بعد الحصول على رخصة الدخول من مدير النشاط الاجتماعي لولاية مستغانم، تم اختيار الباحثين

لهذه المراكز، على أساس وجود عينة الدراسة ووجود أخصائيين نفسانيين.

ب-المجال الزمني:

امتدت الدراسة الأساسية من 14 أبريل 2016 إلى غاية 11 ماي 2016 أي مدة شهر.

3-خصائص مجتمع الدراسة الأساسية:

شمل مجتمع البحث أمهات أطفال التوحد الذين يعانون من الضغط النفسي وأساليب مواجهته، والتابعين

لمديرية النشاط الاجتماعي بولاية مستغانم الموجودين في المركزيين والبالغ عددهم 97 أمهات الأطفال

التوحد من جنسين ذكور وإناث، منهم أبنائهم يزاولون تكفلهم بالمراكز، ومنهم في قائمة الانتظار.

4-طريقة المعاينة ومواصفات عينة الدراسة الأساسية:

أ-طريقة المعاينة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 41 أم، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، حيث تحتوي على فئة الأمهات أطفال التوحد المصابون بالتوحد.

ب-مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

1-حسب سن الأم:

جدول رقم(17): يوضح توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب سن الأم.

المجموع	45 فما فوق	45-40	40-35	من 35-27	السن
41	05	04	12	20	العدد
%100	%12.19	%9.75	%29.26	%48.78	النسبة المئوية%

يتضح من خلال الجداول أن السن الذي يتراوح ما بين 27 و35 هم أمهات الذين لديهم أكثر نسبة من أطفال يعانون من التوحد.

2-حسب المؤهل العلمي للام:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الاساسية للبحث حسب متغير المؤهل العلمي للأم:

جدول رقم(18): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المؤهل العلمي للأم.

المؤهل العلمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
العدد	07	08	08	12	06	41
النسبة المئوية%	%17.07	%19.51	%19.51	%29.26	%14.63	%100

يتضح من خلال الجداول أن نسبة أمهات ذو مستوى تعليمي ثانوي هم الذين يعانون أطفالهم من التوحد.

3- حسب جنس الابن المعاق:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الأساسية للبحث حسب متغير جنس الابن المعاق:

جدول رقم(19): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب جنس الابن المعاق.

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	32	09	41
النسبة المئوية%	%78.04	%21.95	%100

يتضح من خلال الجداول أن الذكور أكبر نسبة من الإناث من ناحية الإصابة.

4- حسب المستوى الاقتصادي:

يمثل الجدول التالي توزيع عينة الدراسة الأساسية للبحث حسب المستوى الاقتصادي:

جدول رقم(20): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الاقتصادي للأسرة.

المستوى الاقتصادي	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
العدد	09	29	03	41
النسبة المئوية %	21.95%	70.73%	7.31%	100%

يتضح من الجدول رقم (20) والبيان التالي أن نصف عدد أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مستواهم الاقتصادي عند المستوى المتوسط بنسبة 70.73 % والنصف الثاني موزعون بنسبة 29.26% عند المستوى المنخفض والمرتفع، هذا يقارب توزيع أمهات مجتمع الدراسة في هذا البحث ككل

5- أدوات الدراسة الأساسية:

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويطوعها للمنهج الذي يستخدمه ويحاول اللجوء إلى الأدوات التي توصله إلى الحقائق المرجوة، وللحصول على قدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيد في موضوع البحث الحالي تم الاعتماد على الأدوات التالية:

1-المقابلة العيادية:

تعتبر أداة بارزة من أدوات البحث العلمي مهمة في مجال التشخيص العلاج النفسي، وهي نوع من التبادل اللفظي بين الأخصائي النفسي والحالة وجها لوجه هدفها جمع المعلومات والتنقيح وتحفيز الحالة على التعبير والتكلم بحرية وعن رغبة وهي مبنية على الثقة والشعور بالاطمئنان.

اعتمدنا في اللقاء الأول على المقابلة الحرة كلقاء تعارف تحضيرى لكسب الثقة، كما استعملنا المقابلة نصف الموجهة قصد إتاحة الفرصة للحالة للتعبير عما تعانیه، إضافة إلى المقابلة الموجهة التي تخدم كثيراً البحث العلمي.

ب-الملاحظة العيادية:

تعتبر أيضاً من الوسائل البارزة في جمع المعلومات، بحيث تتناول جوانب عدة من الشخصية، والاستجابات الحركية الانفعالية، وقد تنوعت ملاحظتنا في هذا البحث وكانت كالآتي:

الملاحظة الموجهة: تمثلت في تسجيل كل ردود أفعال الحال عند إثارة موضوع بحثنا الذي نحن بصدد بحثه.

الملاحظة غير الموجهة: سمحت لنا بجمع خصائص الأفعال والسلوكيات والسمات على المستوى الاتصال اللفظي والغير اللفظي كطريقة الكلام والحركة الجسمية. (هدروقة فاطيمة الزهراء ومختاري ليلي، 2010: 64)

ج-استمارة البيانات الشخصية:

صممت الباحثة استمارة البيانات الشخصية للحصول على المعلومات الأولية عن المفحوصات، وتضمنت ما يلي: سن الطفل المصاب/جنس الطفل المصاب/سن الأم المؤهل التعليمي للأم.

د-استبيان الضغط النفسي:

استبيان الضغط النفسي للأمهات أطفال التوحد، واشتملت على 35 فقرة موزعة على سبعة أبعاد وهي كالتالي:

الجدول رقم (21): يشير إلى توزيع فقرات استبيان الضغط النفسي حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية.

الأبعاد	أرقام البنود	المجموع
1-الأعراض العضوية	1، 8، 15، 22، 29	5
2-الأعراض الانفعالية	3، 9، 16، 23، 30	5
3-المشكلات المالية	2، 14، 20، 27، 35	5
4-مشكلات الوظائف الاستقلالية	7، 13، 21، 28، 34	5
5-المشكلات الصحية	4، 10، 17، 24، 31	5
6-المشكلات الاجتماعية	5، 11، 18، 26، 32	5
7-مشكلات الخوف من المستقبل	6، 12، 19، 25، 33	5

*طريقة التطبيق: أختي الوالدة

هذه مجموعة من العبارات المكونة لاستبيان يدخل في إطار بحث لتحضير لشهادة ماستر في علم النفس والصحة العقلية، الغرض منه الكشف عن الضغط النفسي واستراتيجية مواجهته، وللوصول إلى الهدف نرجو منكم قراءة كل عبارات بعناية وتأتي الإجابة عليها بوضع العلامة مقابل الفقرة، وتحت الدرجة التي تعبر عن تصرفك بدقة، مع العلم لا تجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

*طريقة التصحيح:

أما بالنسبة لتقدير الدرجات، تتم الإجابة بوضع العلامة (X) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، أحيانا، لا) وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي كل الفقرات موجبة.

جدول رقم (22): يمثل كيفية تصحيح استبيان الضغط النفسي.

لا	أحيانا	نعم	البدائل الإجابة
1	2	3	وزن البند

*ملاحظة:

يتم تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان الضغط النفسي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يمثل كيفية تصحيح استبيان الضغط النفسي حسب الدرجات.

الدرجة الكلية المتحصل عليها	مستوى الضغوط النفسية
من 105 إلى 82	ضغط نفسي مرتفع
من 81 إلى 58	ضغط نفسي متوسط
من 58 إلى 35	ضغط نفسي منخفض

وعليه فإن أعلى درجة محتملة للاستبيان هي 105 وأقل درجة محتملة هي 35، وتشير ارتفاع الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل مصاب بالتوحد (من 105 إلى 82) على أنها تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة، والعكس إذا تحصلت على درجات منخفضة (من 35 إلى 58) فهي لا تعاني من ضغوط نفسية، أو أنها تعاني منها بدرجة منخفضة، أما إذا تحصلت على درجات (من 81 إلى 59) فإن الأم في هذه الحالة تعاني من ضغوط نفسية متوسطة.

هـ- استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسي للأمهات أطفال التوحد، واشتملت على 35 فقرة موزعة على نوعيين.

الاستراتيجيات الإيجابية: وتتكون من 20 بند موزعة على 4 أبعاد بحيث أن كل بعد يتضمن 5 بنود.

الاستراتيجيات السلبية: وتتكون من 15 بند موزعة على 3 أبعاد بحيث أن كل بعد يتضمن 5 بنود كما

هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(24): يشير إلى توزيع فقرات استبيان مواجهة الضغوط النفسية حسب أبعاده ومقاييسه الفرعية.

المجموع	أرقام البنود	الأبعاد	الأنواع
5	29، 16، 15، 2، 1	طلب المعلومات	الاستراتيجيات الإيجابية
5	30، 18، 17، 4، 3	التخطيط	
5	31، 20، 9، 6، 5	التقبل	
5	35، 28، 27، 14، 13	التدين	
5	34، 22، 21، 8، 7	الانكار	الاستراتيجيات السلبية
5	33، 26، 25، 12، 11	الانسحاب	
5	32، 24، 23، 19، 10	لوم الذات	

*طريقة التطبيق: أختي الوالدة

هذه مجموعة من العبارات المكونة لاستبيان يدخل في إطار بحث لتحضير لشهادة ماستر في علم النفس والصحة العقلية، الغرض منه الكشف عن الضغط النفسي واستراتيجية مواجهته، وللوصول إلى الهدف

نرجو منكم قراءة كل عبارات بعناية وتأتي الإجابة عليها بوضع العلامة مقابل الفقرة، وتحت الدرجة التي تعبر عن تصرفك بدقة، مع العلم لا تجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

***طريقة التصحيح:**

أما بالنسبة لتقدير الدرجات، تتم الإجابة بوضع العلامة (X) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، أحيانا، لا) وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (25): يمثل كيفية تصحيح استبيان استراتيجيات المواجهة.

لا	أحيانا	نعم	البدائل الإيجابية
1	2	3	وزن البند لل فقرات الموجبة
3	2	1	وزن البند لل فقرات السالبة

***ملاحظة:**

يتم تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان استراتيجيات المواجهة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (26): يمثل كيفية تصحيح استبيان الضغط النفسي حسب الدرجات.

مستوى استراتيجيات مواجهة	الدرجة الكلية المتحصل عليها
عالية	من 105 إلى 82
متوسطة	من 81 إلى 58
منخفضة	من 58 إلى 35

6- طريقة إجراء الدراسة الأساسية:

قامت الباحثتان بتنظيم جدول زمني لسير الدراسة الأساسية، فقد خصصت الباحثة لكل مركز يوما من أيام الأسبوع حتى يتسنى لها تنظيم المعلومات التي جرت بعدد من المراكز، وكانت الباحثة تقوم تقريبا بنفس الخطوات في كل مركز وهذه الخطوات تتمثل في:

1- الاتصال بمدير المركز وتقديم التصريح المقدم من طرف مدير النشاط الاجتماعي الذي يسمح بإجراء البحث بهذا المركز دون الإخلال بالنظام الداخلي لها.

2- طلب المدير من مسؤولة البيداغوجية، الاستقبال هم ومرافقتهم أثناء الاتصال بأمهات أطفال التوحد.

3- طلب الباحثتان من أخصائية نفسانية عيادية، تحسيس الأمهات، وإعلامهم بوجود دراسة عيادية بحثه بالمركز تسييرها الباحثة ليستجيبوا لطلب المشاركة في هذه الدراسة بكل ثقة واطمئنان، والتي أظهرت استعدادها للتعاون مع الباحثة من أول لقاء.

4- تم تحديد نوع الإعاقة التي سيتم توزيع أداتي الدراسة على الأمهات، وبطلب من الباحثتان لأن هناك بعض الإعاقات فلا يتم إدراجها ضمن عينة هذه الدراسة، وتوقيت الاجراء من طرف مسؤولة المركز بعد إذن من مدير المركز.

*تعريف الباحثتان بنفسهما وبمهمتهما في المركز كباحثتا لا غير، بأهمية البحث العلمي، وبدور كمشاركين فيه، وأهمية مشاركتهم هذه.

5- طمأنت الأمهات المعنيين بالمشاركة في البحث بأن إجاباتهم ستحاط بالسرية، وذلك بعد وضع أي علامة تميزهم، وبعد إطلاع بالمعلومات المقدمة فيهما.

6- قامت الباحثتان بشرح التعليمات لكل من أمهات أطفال التوحد، والاجابة على جميع استفساراتهم حول

طريقة الإجابة لضمان نتائج صادقة.

7- وضع الاستمارات المملوءة داخل أطرافه كبيرة مكتوب على كل ظرف منها اسم المركز، وعدد

الاستمارات التي يحوها الظرف.

8- الانصراف بعد إتمام جمع الاستمارات ووضعها في الظرف، وابلاغ مسؤولة المركز بنهاية مهمتها،

التعبير له عن كامل الشكر والتقدير لمساعدته للقيام بالدراسة بالمركز الذي يشرف، وتفهمه بعدم عرقلة

عجلة التقدم العلمي والمساهمة فيه.

7- الأسلوب الإحصائي المتبع في الدراسة:

استخدمت الباحثتان الرزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية المعروفة باسم SPSS20.0، واستخدمت في

هذا البرنامج الإحصائي المعالجات التالية:

1- الإحصاء الوصفي:

المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري.

التكرارات و النسب المئوية.

ب- الإحصاء الاستدلالي:

معامل الارتباط برسون لحساب التجزئة النصفية.

اختبار (ت) لحساب الصدق التمييزي.

ألفا لكرونباخ لحساب الثبات .

تمهيد:

تعرض الباحثان في الفصل الحالي نتائج الدراسة الاساسية وتفسير ومناقشة الخاصة بكل فرضية من فرضيات البحث بإجراء المعالجات الوصفية والتحليلية وفقا لمتغيرات البحث، اذ تم في البداية حساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، والتكرارات والنسب المئوية ومعامل ارتباط برسون "ر" والجزء الثاني ثم عرض فيه دراسة حالة.

اولا: عرض نتائج البحث احصائيا:

1- عرض نتائج الفرضية العامة:

" توجد علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ".

وذلك من خلال عرض نتائج فرضياتها الفرعية؛ كما يلي:

ا- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى القائلة "تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية مرتفعة" وعليه قامت الباحثتان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد الضغط النفسي والجدول رقم (27) يوضح ذلك.

جدول رقم (27) يبين نتائج حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية في مستوى الضغوط النفسية مرتبة ترتيبا تنازليا.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الابعاد	الرتبة
2.09	13.39	البعد07: مشكلات الخوف من المستقبل	1
2.19	12.70	البعد01: الأعراض العضوية	2
1.98	12.43	البعد04: مشكلات الوظائف الاستقلالية	3
1.98	12.39	البعد05: المشكلات الصحية	4
2.94	12.17	البعد06: المشكلات الاجتماعية	5
2.37	11.95	البعد03: المشكلات المالية	6
2.31	11.17	البعد02: الأعراض الانفعالية	7

يبين الجدول رقم (27) ان درجة مستوى الضغوط النفسية لدى امهات الطفل التوحيدي جاءت كما يلي:

البعد السابع : مشكلات الخوف من المستقبل جاء بالمرتبة الاولى بمتوسط حسابي (13.39) وانحراف معياري (2.09)، أما البعد الاول: الاعراض العضوية جاءت بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (12.70) وانحراف معياري (2.19)، اما البعد الرابع: مشكلات الوظائف الاستقلالية جاء بالمرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (12.43) وانحراف معياري (1.98)، في حين جاء البعد الخامس : المشكلات الصحية بالمرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (12.39) وانحراف معياري(1.98)،وجاء البعد السادس :المشكلات الاجتماعية بالمرتبة الخامسة بمتوسط حسابي (12.17) وانحراف معياري (2.94)،في حين جاء البعد الثالث: المشكلات المالية بالمرتبة السادسة بمتوسط حسابي (11.95) وانحراف معياري (2.92).اما البعد

الثاني: المشكلات الانفعالية جاءت في المرتبة الاخيرة بمتوسط حسابي (11.17) وبانحراف معياري (2.31).

ولمعرفة مستوى الضغوط النفسية عند امهات الاطفال المصابين بالتوحد قامت الباحثتان بحساب التكرارات .

جدول رقم (28) يبين حساب التكرارات لمقياس الضغط النفسي:

النسبة المئوية	التكرارات	مستوى الضغوط النفسية	الرتبة
70.04%	32	عالية	1
21.95%	09	متوسطة	2
0%	0	منخفضة	3
100%	41	المجموع	

يتضح من الجدول رقم(28) ان مستوى الضغط النفسي بدرجة مرتفعة جاء في المرتبة الاولى تقدر ب(32) أي بنسبة 70.04% ويليها مستوى الضغط النفسي بدرجة متوسطة في المرتبة الثانية تقدر ب 21.95% بينما لا توجد تكرارات في الدرجة المنخفضة لمستوى الضغط النفسي وجاء هذا في المرتبة الاخيرة وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث القائل " أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة".

ب- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية القائلة "تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة" وعليه قامت الباحثتان بحساب التكرارات والنسب المئوية والجدول رقم (29) يوضح ذلك.

جدول رقم (29) يبين حساب التكرارات لمقياس استراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية:

النسبة المئوية	التكرارات	مستوى استراتيجيات المواجهة	الرتبة
0%	0	منخفضة	0
87.80%	36	متوسطة	1
12.19%	5	عالية	2
100%	41	المجموع	

يتضح من الجدول رقم (29) ان مستوى استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي بدرجة متوسطة جاءت في المرتبة الاولى تقدر ب(36) أي بنسبة 87.80 % ويليه استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي بدرجة مرتفعة في المرتبة الثانية تقدر ب(05) أي بنسبة 12.19 % بينما لا توجد تكرارات في الدرجة المنخفضة استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي وجاء هذا في المرتبة الاخيرة «عليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث القائل " أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تستعمل استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة"

ج- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة القائلة "تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية" وعليه قامت الباحثتان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد استراتيجيات المواجهة (الاجابية والسلبية) والجدول رقم (30) يوضح ذلك:

جدول رقم (30) يبين نتائج حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية في درجة استراتيجية مواجهة الضغط النفسي مرتبة ترتيبا تنازليا.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الابعاد	الرتبة
1.41	13.60	البعد04: التدين	1
1.84	12.31	البعد03: التقبل	2
1.97	11.41	البعد02: التخطيط	3
2.43	11.29	البعد01: طلب المعلومات	4
3.81	48.63	الاستراتيجيات الإيجابية	
2.85	9.70	البعد06: الانسحاب	5
1.59	9.12	البعد07: لوم الذات	6
1.82	8.90	البعد05: الإنكار	7
2.55	27.73	الاستراتيجيات السلبية	

يبين الجدول رقم (30) استراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى امهات الطفل التوحدي جاءت كما يلي:

البعد الأول: درجة الاستراتيجيات الايجابية بأبعادها (التدين -التقبل -التخطيط-طلب المعلومات) جاءت بالمرتبة الاولى بمتوسط حسابي (48.63) وانحراف معياري (3.81)، أما درجة الاستراتيجيات السلبية جاءت بالمرتبة

الاخيرة بمتوسط حسابي (27.73) وانحراف معياري (2.55). وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث القائل ان " تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية"

4- عرض نتائج الفرضية العامة:

عرض نتائج الفرضية العامة القائلة توجد علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد استخدمت الباحثة معامل ارتباط برسون لدراسة العلاقة والجدول رقم (31) يوضح ذلك.

الجدول رقم (31): يوضح معامل ارتباط برسون بين الضغط النفسي واستراتيجية المواجهة.

مستوى دلالة	معامل ارتباط برسون "ر"	
0.05	*0.326	المقياس ككل

*دالة عند 0.05

من خلال الجدول نلاحظ ان قيمة "ر" دالة احصائيا عند 0.05 وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل

فرض البحث القائل "وجود علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند

أمهات الأطفال المصابين بالتوحد "

ثانيا: عرض نتائج البحث بالاعتماد على الدراسة الحالة:

عرض الحالات:

1-الحالة الأولى: أم (س-و)

1-بطاقة المعلومات الأولية خاصة بالأم:

الاسم: أم (س-و).

السن: 38 سنة.

مهنها: ماکثة بالبيت.

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ثانوي

المستوى الاقتصادي: جيدة

السكن: فيلا بمستغانم

عدد الأولاد: 2 أنثى وذكر

مهنته: تاجر

زوج: (س-ح)

عدد المقابلات: 6 مقابلات

معلومات خاص بالطفل:

السن: 5 سنوات.

الجنس: ذكر.

الترتيب بين الإخوة: الأصغر.

سن الإصابة: عامين

2- عرض المقابلات:

مدتها: 35 دقيقة

المقابلة الأولى: يوم 2016/04/05

جرت هذه المقابلة في المركز، للتعريف بدورنا كأخصائيين نفسانيين، المتمثلة في المساعدة والدعم النفسي، إلى جانب ذلك ما تتميز بيه مهنتنا من السرية، وذلك بهدف كسب ثقة الحالة حتى تشعر بنوع من التقبل والارتياح والتعاون معنا، وتقرب عن قرب عن طريق تعرف على التاريخ الاجتماعي والنفسي للحالة، وزيادة على ذلك ملاحظة سلوكياتها، وإيماءاته أثناء هذه المقابلة.

مدتها: 40 دقيقة

المقابلة الثانية: يوم 2016/04/13

جرت هذه المقابلة في المركز الصحة المدرسية، كانت تهدف التعرف على المعاش النفسي في فترة مرحلة الحمل، وفترة الولادة وملاحظتها عن بعد خارج المقابلة.

مدتها: 40 دقيقة

المقابلة الثالثة: يوم 2016/04/21

جرت هذه المقابلة في نفس المكان، خصصت لمعرفة مراحل النمو ومراحل اكتشاف الاضطراب، ومحيطيين به.

مدتها: 30 دقيقة

المقابلة الرابعة: يوم 2016/04/27

جرت هذه المقابلة كالعادة في نفس المكان، كانت هذه المرة تهدف إلى مواصلة ما تبقى من المقابلة السابقة.

مدتها 30 دقيقة

المقابلة الخامسة: يوم 2016/05/04

كانت هذه المقابلة من أجل هدفين، أولاً تطبيق الاستبيان الضغط النفسي، والثاني بهدف تطبيق الاستبيان الاستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية إلى جانب ذلك ملاحظة جميع سلوكياتها أثناء إجراء المقابلة.

مدتها 40 دقيقة

المقابلة السادسة: يوم 2016/05/10

جرت هذه المقابلة كالعادة في نفس المكان، كانت هذه المرة تهدف إلى إجراء مقابلة مع العمة والمحيطين من أجل معرفة سلوكيات الطفل التوحدي.

3-تقديم الحالة:

أم (س-و) تبلغ من العمر 38 سنة مستواه الدراسي ثانوي تتكون أفراد أسرتها من أب (س-و) يبلغ من العمر 45 سنة، عامل بالتجارة الحرة مستواه الدراسي ثانوي، ومن بنت (ج-و) تبلغ من العمر 5 سنوات تدرس بالتحضري تنتمي إلى الأسرة ممتدة من أم الزوج وإخوة زوجها وزوجتهم وأبنائها. مستواهم الاقتصادي جيد.

تتميز أم (س-و) بقامة طويلة، لون بشرتها أبيض، شعرها بني، عيناها بنيتين، من ناحية المظهر هندامها نظيف في معظم الأحيان صوتها مرتفع وتظهر عليها أعراض القلق والتوتر.

4-ملخص المقابلات:

حمل الأم كان مرغوب فيه ومنتظر من قبل الوالدين ظروف الحمل كانت من ناحية الصحية جيدة، أما من ناحية النفسية كانت تشعر بتوتر وقلق طوال فترة الحمل، وذلك راجع حالة الأسرة نفسياً من ناحية الزوج وأمه، على حسب أقوالها أنني كنت في صراع دائم معها لأنها لم تكن ترغب بي كزوجة ابنها ومن الحين إلى آخر كنت أتناول الضرب بقساوة من طرف زوجي، في معظم الأحيان تكون هي السبب، لذلك كان دائماً يأتيني ألم الولادة من فترة إلى أخرى حتى في الشهور الأولى من الحمل أي قبل موعد الولادة بكثير، وعندما اكتمل الحمل شهوره التسعة لم أحس بأي ألم ولو حتى قليلاً، فعندها قرار الطبيب المتابع حملي بأن تكون الولادة قيصرية وعند ولادة الطفل المنتظر، ادخل إلى الحضانه لمدة ثلاثة أيام والسبب كان أنه يعاني من نقص في الأكسجين، أما فترة النفاس كنت أخباء ابني من أعين الناس بسبب أنني أخاف من العين والحسد، لم يراه الا المقربين وكنت أضع وشاح أسود على المولود، أما الرضاعة لم تكن طبيعية وسبب أنه كان يرفض ثدي الأم.

مرحل النمو النفسي الحركي كانت فيها تأخر جميع المراحل منها الملغاة، الايماءات، والمشي، وصولنا إلى اللغة.

ذكرت الأم أنها كانت تحس أو تلاحظ تأخر ملحوظ لطفلها مقارنة مع ابنتها "ج" البكر لكن لم تنتظن أنه قد يعاني من شيء، لأنها كانت ترجع السبب إلى أن إخوتها كانوا يعانون من تأخر في نفس الشيء، تأخروا في نمو الا أنهم لم يحصل معهم أي شيء لذلك تأخر الفحص الطفل، وعليه كما ذكر الأم أم زوجها قد نصحته إحدى الأخصائية نفسانية بأنه يجب زيارة المختص من أجل الكشف والفحص، وتأكد من حالة الطفل لم أكن أرغب بذلك برغم من محاولات الزوج العديد لأنني كنت أرى ابني عادي، وعند بلوغ الطفل عامين تقريبا وبقي على هذا الحال و لا يتكلم حتى الملغاة، ولا يوجد الابتسامات و لا تواصل

معها بالعين ولا يحب الغرياء ولا يحضن أي أحد وخاصة التدوير، أخذه زوجي دون علمي إلى طبيب الأطفال من أجل الكشف والفحص بسبب تأخر هذا الأخير، مع العلم أن الاب كان لديه شك في أن الطفل غير عادي وعليه من طبيب تم إرساله إلى مختص لديه خبرة في اضطراب التوحد وبعد عدة جلسات تأكد من أن الطفل يعاني من الاضطراب التوحد.

كما أن الطفل مند ولادته إلى وقتنا الحالي الطفل يجلس أمام التلفاز دون تعب أو ملل أو فضول أن يخرج من الباب غرفة النوم.

وبعد إعلامها مما يعاني ابنها عاش الأم في صدمة إلى درجة أنها لم تستطيع الاعتراف أنه مريض، لكن بدأت التقبل بتدرج وذلك بمساعدة الأخصائية لأن لا هروب من ذلك ومنذ ذلك الحين بدأت باطلاع في الانترنت دون علم أحد عن مرض التوحد، وكيف التواصل معه، لكي أساعد نفسي وأساعده، ومنذ معرفة حقيقة مرض ابني حين أخلو مع نفسي أبدأ بالبكاء الشديد، واللوم نفسي بأنني أن السبب فيما وصل إليه رغم من محاولات زوجي بالتكفل بيه المبكر.

الحياة العائلية من ناحية زوجها هو جد متفهم هو الذي كان أول من لاحظ ذلك التأخر، الأم تمر بفترات اليأس والأمل حسب نفسياتها والمحيطيين من حولها تقول "ما عندو حتى مستقبل"، همي الوحيد كيف أجعله مستقلا عن ذاته وأني أبذل كل ما في وسعي في تطبيق ما تقدمه الطاقم النفسي من نصائح حتى أساعده ولو بقليل وعندما ألحظ أي تتطور ولو طفيف أشعر بالسعادة كبيرة.

أما المحيطيين من حولنا على حسب أقولها لا أحد متفهم مرضه وكل واحد يفسر من عنده وبعض يقولون إنه ليس مريض بسبب ألا يوجد أي عرض ظاهر وآخرون يتصفون بأبله أو معتوه وكل واحد يعطي رأيه

حسب نظرت له، فلا أحد يتفهم الظروف بمتنر بيه الأم من فترة توتر، وفي مرات عدة كانت تقول إنني لا أريد أن أظهر قلقي للناس لكي لا يشمتون فيا أتصرف بشكل عادي من الخارج.

أما بالنسبة الابن فأعراض الأولى تم ملاحظتها من طرف عمته التي كانت لها دور في اكتشاف، لديه نوبات غضب شديدة مجهولة الأسباب إضافة إلى أنه يضحك في أوقات غير مناسبة، ويتعلق بصفة غير طبيعية بالأشياء الغربية، وتدوير الأشكال الدائرية، والتسلق الجدران، والأماكن العالية، لا يحب اللعب مع الآخرين.

5- تحليل محتوى المقابلات:

بعد إجراء المقابلة العيادية موجهة مع الحالة تبين أن الحالة تعيش نوع من عدم الاستقرار النفسي وفي صراع داخلي وخارجي وذلك وقبل كل شيء أنها لم تكن الكنة المرغوبة من طرف جميع الأسرة بشكل عام، وأم زوجها بشكل خاص حيث كانوا في صراع دائم لأنفه الأسباب وذلك كان كلا الطرفين يريد أخذ الرجل إلى جانبه مما جعل الحالة تعيش في نفسية متقلبة المزاج، فكانت الأسرة يسودها جو غير هادئ ومستقر ومن لديها السلطة الأكبر في تسير أمور البيت أي أنها في نزاعات في صورة دائما إلى درجة أن أصبحت الحالة تخلق المشاكل من لا شيء.

إن الحالة تعاني من مشاكل مع أهل زوجها مما زاد من حدة الضغط النفسي وأصبحت دائمة الانفعال في المنزل.

من خلال المقابلة العيادية والملاحظة الغير المباشرة تبين أن برغم كان هناك تأخر ملحوظ على الطفل التوحيدي في جميع مراحل النمو النفسي الحركي ونصح جميع المقربين من أهل الاختصاص بالقيام بعملية الكشف والفحص من أجل التأكد، الا أن الحالة الأم كانت تستعمل في ذلك الحين آلية الدفاع من

الهروب والإنكار واختراع الأسباب مآدي إلى ذلك التأخر وبرغم من محاولات الزوج العديد، وأنها كانت تقنع نفسها بأنها ابنها عادي لا يعاني من أي شيء وبرغم من اعترافها بأني كنت لحظ عليه التأخر،

الحالة تعاني من الخوف الاجتماعي وذلك من تصريحها أنني كنت أخاف من العين فكانت تحبس الطفل التوحدي في غرفة النوم طوال اليوم مقابل التلفاز إلى حين النوم وكذلك تبين عليها أعراض الخوف من إيماءات شحوب الوجه والتوتر الزائد وتعرق اليدين وكذلك من خلال ولادة ابنها أنها لم تكن تسمح برأيته أحد حتى أقرب الناس إليه منهم العمته التي كانت تقول إنها كانت تضع عليه وشاح أسود من أجل العين والاحتفاظ ابنها لنفسها.

وبعد اكتشاف مما كان يعاني ابنها من اضطراب التوحد فعاشت الأم بفترات متقلب بين رفض بالاعتراف بمرضه وكانت تستعمل خلال ذلك آلية الدفاع التسامي أنها لم تكن تريد أن تظهر ضعفها أمام المحيطين لكي لا يتشمت فيا، وفترات أخرى كانت تستعمل استراتيجيات طلب المعلومات أي أنها كانت طلبت من زوجها وضع الأنترنت في البيت لكي يتسن أن تطلع على مشكل ابنها، وكذلك تطلب المساعدة من طرف المختصين في مجال التوحد مع العلم أن ابنها يستفيد من التكفل النفسي البيداغوجي بمركز خاص.

كذلك كانت تمر بفترات اليأس والأمل وذلك من خلال أنها كانت تحدث وهي تستعمل عبارات تذل على ذلك "أن مليت كرهت" وتستعمل جسدها في التعبير عن ذلك أكثر شيء يديها، ومرات بالأمل إلى درجة أنها لا تقدر تعرف أنها نفس الحالة التي قمت معها بالمقابلة السابقة معها وذلك راجع إلى ظروف العائلية والمحيطيين فعلى حسب حالة النفسية الحالة العائلة تتأقلم معها وكانت تعبر عن الأمل بأنها ترى هنالك أمل في التحسن ابني أنني سوف أتبع كل النصائح حتى يصبح ابني مستقلا عن ذاته وأبذل كل ما في وسعي في ذلك.

6-مناقشة استبيان الضغط النفسي:

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (س-و) تم تطبيق عليها استبيان الضغط النفسي في المقابلة الخامسة ودامت المدة 30 دقيقة وتظهر في الجداول التالي:

جدول (32) يمثل نقاط استبيان الضغط النفسي للحالة (س-و)

الأبعاد	الدرجة الخام	النسبة المئوية
1-الأعراض العضوية	15	%15
2-الأعراض الانفعالية	13	%13
3-المشكلات المالية	15	%15
4-مشكلات الوظائف الاستقلالية	13	%13
5-المشكلات الصحية	15	%15
6-المشكلات الاجتماعية	14	%14
7-مشكلات الخوف من المستقبل	15	%15
المجموع	100	100

بعد القيام بتنقيط على استبيان وإتباع طريقة التصحيح وجمع النقاط كما هو مبين في الجداول رقم (32) تم التحصل على نقاط الخام مقدرة ب (مج=100) وهذه الدرجة تدل أن الحالة لديها مستوى مرتفع من الضغط ويبدو ذلك من خلال إجابتها على البنود .

7-مناقشة استبيان استراتيجيات المواجهة:

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (س-و) تم تطبيق عليها استبيان استراتيجيات المواجهة في المقابلة الخامسة ودامت المدة 30 دقيقة وتظهر في الجداول رقم (34) يوضح ذلك:

جدول (33) يمثل نقاط استبيان استراتيجيات المواجهة للحالة (س-و):

النسبة المئوية	الدرجة الخام	الأبعاد	الأنواع
19.48%	15	طلب المعلومات	الاستراتيجيات الإيجابية
12.89%	10	التخطيط	
12.89%	10	التقبل	
19.48%	15	التدين	
12.89%	10	الانكار	الاستراتيجيات السلبية
10.38%	08	الانسحاب	
11.68%	09	لوم الذات	
100%	77		المجموع

من خلال الجدول (33) نلاحظ أن أم (س-و) تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي بدرجة أولى استراتيجية طلب المعلومات والتدين بنسبة تقدر ب77 ويتضح من خلال مقابلة أنها كانت تقوم ببحث في الانترنت عن مرض ولدها المتوحد واستشارت الأخصائيين النفسانيين الموجودين بالمركز الذي يتابع ابنها فيه التكفل ومحاولة تطبيقه بدقة، وكذلك استراتيجية التدين بنسبة تقدر 19.48%

7-استنتاج العام للحالة:

من خلال عرض وتحليل المقابلة العيادية وتحليل نتائج استبيان الضغط النفسي التي قدرة ب 100 نقطة تم إيجاد الحالة تتخذ استراتيجيات المواجهة الضغط النفسي والتي قدرة ب 77 نقطة ومن خلال المقابلة فالحالة كثيرة الانفعال التوتر الزائد وشعور بالخوف من المستقبل كل هذا نتيجة الضغط النفسي التي تعاني منه فالظروف التي تعاشها الحالة زادت من حدة الضغط لديها

وعليه نجد الأم تستعمل استراتيجية طلب المعلومات والتدين في المرتبة الأول في مواجهة ضغوطها النفسية، واستراتيجية التقبل والتخطيط في المرتبة الثانية، والانسحاب ولوم الذات في المرتبة الأخيرة.

ب- الحالة الثانية: أم (ك-ب)

1- بطاقة المعلومات الأولية خاصة بالأم:

الاسم: أم (ك-ب).

السن: 40 سنة.

مهنتها: مائكة بالبيت.

المستوى الدراسي: السنة الثانية ابتدائي

المستوى الاقتصادي: ضعيف

السكن: عند الأم

عدد الأولاد: 2 بنات و 2 ذكور

زوج: (ف-س) متوفي

عدد المقابلات: 5 مقابلات

معلومات خاص بالطفل:

السن: 5 سنوات ونصف.

الجنس: ذكر.

الترتيب بين الإخوة: الأخير بين إخوته.

سن الإصابة: عامين ونصف

2- عرض المقابلات:

مدتها: 35 دقيقة

المقابلة الأولى: يوم 2016/04/27

جرت هذه المقابلة في مكتب خاص بالأخصائيين النفسيين بمستشفى الأمراض العقلية والنفسية، للتعريف بدورنا كأخصائيين نفسيين، المتمثلة في المساعدة والدعم النفسي، إلى جانب ذلك ما تتميز به مهنتنا من السرية، وذلك بهدف كسب ثقة الحالة حتى تشعر بنوع من التقبل والارتياح والتعاون معنا، وتقرب عن قرب عن طريق تعرف على التاريخ الاجتماعي والنفسي للحالة، وزيادة على ذلك ملاحظة سلوكياتها، وإيماءاته أثناء هذه المقابلة.

مدتها: 35 دقيقة

المقابلة الثانية: يوم 2016/05/04

جرت هذه المقابلة بمستشفى الأمراض العقلية والنفسية في مكتب خاص بالأخصائيين النفسيين كانت تهدف التعرف على المعاش النفسي في فترة مرحلة الحمل، وفترة الولادة وملاحظتها عن بعد خارج المقابلة.

مدتها: 40 دقيقة

المقابلة الثالثة: يوم 2016/05/09

جرت هذه المقابلة في نفس المكان، خصصت لمعرفة مراحل النمو ومراحل اكتشاف الاضطراب، وكيفية التعامل معه.

المقابلة الرابعة: يوم 2016/05/14**مدتها: 30 دقيقة**

جرت هذه المقابلة كالعادة في نفس المكان، كانت هذه المرة تهدف إلى مواصلة ما تبقى من المقابلة السابقة.

المقابلة الخامسة: يوم 2016/05/21**مدتها 30 دقيقة**

كانت هذه المقابلة من أجل هدفين، أولاً تطبيق الاستبيان الضغط النفسي، والثاني بهدف تطبيق الاستبيان الاستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية إلى جانب ذلك ملاحظة جميع سلوكياتها أثناء إجراء المقابلة.

3-تقديم الحالة:

أم (ك-ب) تبلغ من العمر 40 سنة مستواه الدراسي الثانية ثانوي تتكون أفراد أسرتها من أب (ك-ب) يبلغ من العمر 48 سنة متوفي منذ فترة قصيرة حوالي شهرين، كان مستواه الدراسي ابتدائي ومن 2 بنات، و2 ذكور، (ك-خ) تبلغ من العمر 12 سنة تدرس بالمتوسط، و(ك-إ) تبلغ من العمر 9 سنوات تدرس بابتدائي، و(ك-ز) يبلغ من العمر 7 سنوات يدرس بابتدائي، تقيم الحالة حالياً بالمنزل الأمها، مستواهم الاقتصادي ضعيف.

تتميز أم (ك-ب) بقامة متوسط، لون بشرتها سمراء، شعرها أسود، عيناها بنيتين، من ناحية المظهر هندامها نظيف في معظم الأحيان صوتها منخفض وكلامها قليل، وتظهر عليها أعراض القلق.

3- ملخص المقابلات:

كانت ظروف الحمل والولادة عادية، عندما بلغ الطفل (ك-ب) عامين ونصف لاحظت الأم وكذلك أمها أن ابنها لا يهتم للأشياء التي من حوله ولا يهتم بأي أحد ولو حتى أمه، وعندما كنت أتكلم معه أو توجيه أي إشارة له، حيث قمت بمحاولات كثيرة كالتصفيق ومحاولة جذب انتباهه لي لكن بدون جدوى، وعدم التواصل بالعين ولديه نقص في الإيماءات وهنا قررت أن أخذه إلى الطبيب لكن الزوج لم يوافق لأنه رأى ابنه عادي وأن أمه تهلوس وهو بصحة جيدة وسيتكلم مع الوقت لأنه مازال صغير، وبعد بلوغه 3 سنوات كل مراحل النمو النفسي الحركي متأخر المشي، الكلام، وظهور الأسنان، هنا الزوج رأى هذا غير عادي وزاد قلق الأم أكثر مما تشاجرت مع زوجها لضياع الوقت وبعد ها قمنا بذهاب به إلى الطبيب من أجل الكشف والفحص.

فكانت عملية الفحص والكشف ابتداء من طبيب الأطفال فقام بتوجيههم إلى طبيب مختص في أمراض الأذن ثم فالمختص نفسي الذي وجههم بدوره إلى طبيب عقلي أين شخص الطبيب حالته وأخبر الأم والزوج، مما تأسف لما قد يعانيه ابنه فيما بعد، أما الأم تفاجئت بما لم تكن تنتظره تقول " كنت نستنى وحاسة بلي كان مريض بصح ما تصورتش بلي طبيب يقولي ولدك مصاب بتوحد " بكيت ودرت حالة" إلى درجة أنني لم أخرج من الصدمة لأيام ودخلت في يأس كبير برغم من وقوف الأخصائية نفسانية.

كنت أعتقد أن ابني لا يسمع أو أنه لا يتكلم وهذا ما يجعله عدوانيا، وما جعل تقبل الامر صعبا وليس لها أي معلومات على الطفل التوحدي وحتى أن زوجها مهنته فلاح ليس لديه معلومات كافية حول هذا الاضطراب مما وجدوا صعوبة في التعامل معه وكيف مساعدتهم.

الحياة العائلية لم تتغير برغم أن الأم برغم أن الأم كانت جد متوتر، لكن زوجها كان متفهما هو أيضا قلق على ابنه" راجلي وقف بجنبي بزاف هو ثاني كان مقلق"

الأم يائسة من شفاء ابنها تقول "مرض ابني أصعب والناس قالو لي ما غاديش يبرا" من خلالها ترى أن مرض ابنها يلزمها البقاء في البيت والاهتمام به وتقدمه في العمر حسب رأيها لا يزيد من شيء إلا من حجم مسؤوليتها اتجاهه" كل مايكبر تكبر المسؤولية ومشاكله معه" وجدة الطفل كبيرة في السن ولا تستطيع مساعدتها في تربية أولادها خصوصا الطفل التوحدي.

تعاني أم من مشاكل في التدهور المستوى الاقتصادي لقلّة المال وخاصة بعد فقدانها لزوجها الذي توفي في حادث سيارة مما زاد قلقها على ابنها وتربيته دون وجود دور الأب، وكذلك فقدت سندها الوحيد الذي كان يساندها وتخفيف العبء عليها. يتضح من خلال المقابلات أن أم متعلقة بطفلها كثيرا حيث قالت " الحاجة لي تهمني في هذه الدنيا نبقى مع وليدي"

كما صرحت الأم أن "ابني راه غير يزيد وأنا مانيش نطيق عليه" لأنه شديد العزلة، لا يحب العب مع اخواته وترجيح الجسد، الصوت الحاد، نوبات الغضب الشديدة المجهولة، حيث قالت " نتقلق لازم انعسوا النهار كامل" مازالت الام تعاني من الأرق والتوتر والخوف الشديد لقولها " راني أنخمم على مستقبل أتاعوا" لقولها "راني مقلق بزاف ونبكي بزاف".

4-تحليل المقابلات:

بعد إجراء المقابلات العيادية الموجهة مع أم الطفل التوحدي تعيش في حالة ضغط نفسي وبدأت الضغط يزيد منذ اكتشافها مما يعاني ابنها من اضطراب التوحد الذي مما جعل الأم تعيش صدمة نفسية وسبب أنها لم تكن محضر نفسيا مسبقا لهذا الموضوع، وكذلك أنها لم تكن تنتظر حدوث هذا الأمر مما

أصبحت مضغوطة كثير لأنها لم تكن تعلم ما معنى التوحد الذي جعل حدة التوتر تزيد إلى جانب ذلك زوجها كذلك نفس الأمر أي أنهم في غموض من ناحية وضوح الاضطراب.

من خلال المقابلة العيادية والملاحظة الغير المباشرة تبين أن برغم كان هناك تأخر ملحوظ على الطفل التوحيدي في جميع مراحل النمو النفسي الحركي التي مانت الأم تلاحظ هذا التأخر إلا أن زوجها لم يكن يرغم في فحص الطفل لأنه كان يرى أنه لا يعاني من شيء، وانه عادي كأى طفل مما جعل الأم تعيش في صراع مع زوجها وانعدم الاتصال بينهم لعدة مرات كل طرف من الزوجين كان يستعمل الهروب كألية دفاعية، وبعد فوات الأوان مما جعلها تلوم زوجها في الأمر الذي وصل إليه ابنها، وأن هو سبب لتأخر فحص الطفل و أنها قامت بتتبيه لعدة مرات مرت.

نرى أن أم الطفل بسبب الظروف المادية التي تعيشها لا تسمح لها بمساعدة ابنها بالتكفل وكذلك ليس لديها الحق، أو لا يوجد مكان لابنها لكي يدخل إلى المركز، مما جعلها تعيش في حالة توتر دائم في التفكير في مستقبل ابنها وأنها لم تجد المساعدة من أي أحد إلى حين استقدت من التكفل النفسي البيداغوجي عن بعد مما جعلها تعيش بصيص من الامل في تحس حالة ابنها وأنها تبذل كل جهدها لكي تطبق ما يقوله المختصين ومنذ ذلك الحين كانت تعاني من الأرق والتوتر الشديد.

5-مناقشة استبيان الضغط النفسي:

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (ك-ب) تم تطبيق عليها استبيان الضغط النفسي في المقابلة الخامسة ودامت المدة 30 دقيقة وتظهر في الجداول رقم (34) يوضح ذلك:

جدول (34) يمثل نقاط استبيان الضغط النفسي للحالة الثانية (ك-ب):

الأبعاد	الدرجة الخام	النسبة المئوية
1-الأعراض العضوية	15	16.30%
2-الأعراض الانفعالية	12	13.04%
3-المشكلات المالية	11	11.95%
4-مشكلات الوظائف الاستقلالية	12	13.04%
5-المشكلات الصحية	13	14.13%
6-المشكلات الاجتماعية	15	16.30%
7-مشكلات الخوف من المستقبل	15	16.30%
المجموع	92	100%

بعد القيام بتتقيط على استبيان وإتباع طريقة التصحيح وجمع النقاط كما هو مبين في الجداول رقم (34) تم التحصل على نقاط الخام مقدرة ب (مج=90) وهذه الدرجة تدل أن الحالة لديها مستوى مرتفع من الضغط ويبدو ذلك من خلال إجابتها على البنود.

6-مناقشة استبيان استراتيجيات المواجهة:

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (ك-ب) تم تطبيق عليها استبيان استراتيجيات المواجهة في المقابلة الخامسة ودامت المدة 30 دقيقة وتظهر في الجداول رقم (35) يوضح ذلك"

جدول (35) يمثل نقاط استبيان استراتيجيات المواجهة للحالة الثانية (ك-ب):

النسبة المئوية	الدرجة الخام	الأبعاد	الأنواع
17.80%	13	طلب المعلومات	الاستراتيجيات الإيجابية
10.95%	08	التخطيط	
17.80%	13	التقبل	
20.54%	15	التدين	
12.38%	09	الانكار	الاستراتيجيات السلبية
9.58%	07	الانسحاب	
10.95%	08	لوم الذات	
100%	73		المجموع

من خلال الجدول رقم (35) نلاحظ أن أم (س-و) تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي بدرجة أولى استراتيجية طلب المعلومات بنسبة تقدر ب 73 ويتضح من خلال مقابلة أنها كانت تقوم ببحث في الانترنت عن مرض ولدها المتوحد واستشارت الأخصائيين النفسانيين الموجودين بالمركز الذي يتابع ابنها فيه التكفل ومحاولة تطبيقه بدقة، وكذلك استراتيجية التدين بنسبة تقدر

7-استنتاج العام للحالة:

من خلال عرض وتحليل المقابلة العيادية وتحليل نتائج استبيان الضغط النفسي تم إيجاد الحالة تتخذ استراتيجية المواجهة الضغط النفسي والتي قدرة ب 73 نقطة ومن خلال المقابلة فالحالة كثيرة الانفعال التوتر الزائد وشعور بالخوف من المستقبل كل هذا نتيجة الضغط النفسي الذي عايشها فيه زوجها المرحوم جراء التأخر الذي كان سبب فيه وأنها قالت كلما مان التقدم في الفحص كلما كان التكفل به أحسن

وكذلك نجد الحال تتخذ استراتيجية التدين من خلال قول ونتيجة الاستبيان " الحمد الله ربي يحبني كي
بتلني " في المرتبة الأول في مواجهة ضغوطها النفسية، واستراتيجية التقبل والتخطيط في المرتبة الثانية،
والانسحاب ولوم الذات في المرتبة الأخيرة.

مناقشة نتائج الفرضيات:

تمهيد:

وبناءً على نتائج التي أسفرت الدراسة الأساسية، وبما تحليلها إحصائياً واعتمدها على الدراسة الحالة، وجانبين البحث النظري والتطبيقي، وبعض الدراسات السابقة، قامت الباحثتان بالمناقشة النتائج فرضية البحث كما هو وارد في الفصل التالي:

1- مناقشة نتائج الفرضية العامة:

النص الفرضية هو: توجد علاقة دالة احصائياً بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

فيما يلي يتم مناقشة نتائج الفرضية العامة وذلك من خلال فرضيتها الفرعية كما يلي:

1- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

نص الفرضية هو: تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية مرتفعة.

أسفرت نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات مدونة في جدول رقم (27) وجدول رقم (28) عن صحة فرض البحث أي أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة، وهذا ما أكدته دراسة الحالة في كلتا الحالتين، حيث تفسر الباحثتان هذه النتيجة وهي معاناة أمهات أطفال المصابين بالتوحد من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية إلى أنهم يعيش في المجتمع الجزائري الذي يختلف عن المجتمع الغربي لأنه تحكمه العادات والتقاليد والاتجاهات، وصراعات والمنازعات دخل المحيط العائلي بإضافة إلى نرجع بالدرجة الأولى إلى يوم ولادة حيث ان طفل معاق

ليست بسهولة التحمل، وتعيش كقصور يقلل من قيمتها فتشعر بزعرعة مكانتها مما يجعلها تعيش في الأمن.

ومن هنا ترجع الباحثتان معاناة أم الطفل المصاب بالتوحد من مستوى مرتفع من الضغوط إلى أن رعاية طفل مصاب بالتوحد مع ما يميزه من خصائص أبرزها قصور في السلوك التكيفي، فالطفل المصاب غير قادر على تعلم مهارات العناية بالذات أو النظافة الشخصية والأكل التي يعتبر وظائف روتينية يتمكن منها الطفل العادي بكل بساطة، في حين نجد الطفل المصاب بفشل في تحقيقها مما يجعل أعباء الوظائف الاستقلالية مصدر قلق وإزعاج للأم التي تقوم بنفسها بهذه الأمور، كل هذه المشكلات تجعل الام في حالة حيرة فهي لا تستطيع وضع خطط للمستقبل خاصة وأن ابنها لا يستطيع مواجهة الحياة بإمكانياته المحدودة، فتعيش الأم حالة وتوتر تحاول الخروج منها عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بالمجتمع الذي يعتبر إصابة طفل وصمة عار تلحق بالأسرة وبالأم خصوصا فتحمل الأم مشاعر الذنب وتكتبها مما يجعل أعراض جسدية تظهر عليها قد تتعد لتصبح أمراض عضوية.

فتحمل الأم هذه المسؤولية وتبعاتها مما يجعل مستوى الضغوط النفسية لديها مرتفع، كما أكدت لنا دراسة الحالة التي قمت بها الباحثتان حيث منشأ الضغوط النفسية يرجع إلى سبق الذكر.

هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة رياض يعقوب وخولة يحي (1995) حيث توصل إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات المعاقين مرتفع، كما اتفقت دراسة مع دراسة أولي وويليام (1997) ودراسة أنسي وسيس (1986) حيث تناولوا الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وخلصت كلتا الدراستين إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من مستويات من الضغوط عاليا ودراسة جبالي صباح (2012) بأن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة دوان يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية. واتفقت كذلك دراسة خالد محمد الحبش (2003): الضغوط النفسية لدى أسر الطفل المعاق

وأهم مصادرها. الهدف منها معرفة أهم مصادر الضغط النفسي الذي يتعرض له أسرة المعاق. وجاءت النتائج كالتالي: تعاني أمهات الأطفال المعاقين من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالآباء وكانت النتائج كما يلي: 90% من الأمهات تعانين من القلق حول مستقبل الطفل مقابل 45% من الآباء، 55% من الأمهات تعاني من المشكلات الصحية للطفل مقابل 35% من الآباء، 27% من الأمهات عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل مقابل 18% من الآباء.

كما اتفقت مع دراسة إيوا بيسيلا **Ewa Pisula (1999)**: الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة). هدفت الدراسة على تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الطفل التوحيدي. تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الطفل بمتلازمة داون. العينة: 25 أم طفل مصاب بالتوحد. 25 أب طفل مصاب بمتلازمة داون. مستعملة الأدوات التالية: استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة. / مقياس الضغط لدى العائلة QRS من إعداد Holryoud 1987. وكانت النتائج كالتالي: أمهات الأطفال المصابين داون يعانون من ضغوط منخفضة. أمهات الأطفال المصابين التوحد يعانون من ضغوط مرتفعة. أهم مصادر الضغط النفسي لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون هي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن. أهم مصادر الضغط النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد هي مشكلات السلوكية واضطرابات التواصل لدى أبنائهن. ولكن اختلفت هذه النتيجة مع دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009)، ودراسة إيوا بيسيلا (1999) حيث كانت النتيجة أن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات المصابين بمتلازمة داون بمستوى منخفض.

ب-مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

نص الفرضية هو: تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة.

أسفرت نتائج النسبة المئوية والتكرارات مدونة في جداول رقم (29) عن فرض البحث أي أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تستخدم استراتيجيات الضغوط بدرجة متوسطة، وعليه يمكن تفسير ذلك ترجعه الباحثان إلى مستوى التعليمي فكلما كانت الأم ذات المستوى التعليمي متقدم مقارنة مع الآخرين فإنها تستخدم استراتيجيات مواجهة ضغوطها النفسية بدرجة متوسط إلى أنها غير واعية بمشكلة الابن فمعلوماتها غير كافية فتكون مشوشة لأن موضوع إصابة ابنها يكفيه الغموض فهي تجهل أسبابه أو عوامل الخطورة فيه وكيفية تعليم الطفل المصاب.

وهذا ما تأكده دراسة الحالة التي قمنا بها حيث أن الحالة من مستوى تعليمي محدود مما يصعب عليها فهم تنفيذ المعلومات التي تقدم لها من طرف الأخصائيين.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة دعو سميرة وشنوفي نورية (2012): الضغط النفسي واستراتيجيات مواجهته لدى أطفال أمهات التوحد. حيث هدفت تستخدم أمهات التوحد استراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط النفسي. منهج: دراسة الحالة. العينة: 05 حالات من أمهات أطفال التوحد. أدوات الدراسة: مقياس إدراك الضغط PSQ للنفسانيين./مقياس مواجهة ل Paullan. فكانت النتائج كالتالي أن الأمهات اللواتي يستعملن استراتيجيات مواجهة مركزة حول الانفعال لديهن مستوى مرتفع من الضغط. أن الأمهات اللواتي يستعملن استراتيجيات مواجهة مركزة حول حل المشكلة لديهن مستوى مرتفع من الضغط.

لا يوجد اختلاف بين هذه النتيجة وبين الدراسات السابقة نظرا لعدم وجود أي دراسة منها.

ج-مناقشة الفرضية الثالثة:

نص الفرضية هو: تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية.

اسفرت نتائج متوسطات والانحرافات المعيارية ودراسة الحالة مدونة في الجداول رقم (30) على صحة الفرضية البحث أي أن تستخدم أمهات الاطفال المصابين بالتوحد الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية.

لتفسر هذه النتيجة فإننا نرجع إلى تعريف لطفي عبد الباسط (1994) للاستراتيجيات الإيجابية والتي 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.

وتفسر الباحثتان استخدام الأمهات للاستراتيجيات الإيجابية وفي مقدمتها التدين إلى أن الأمهات يتمتعن بوازع ديني وإيماني كبير، وأنهن يرجعن إعاقة أبنائهن إلى القضاء والقدر والابتلاء الذي يقابلون بالصبر واحتساب الأجر عند الله مع الإكثار من الصلاة والدعاء، وهذا الايمان بقضاء الله والاستسلام لحكمته تعالى يجعل الأم تتقبل ابنها كما هو بكل صفاته وسلوكياته ومميزاته الغير مرغوبة أحيانا، فتمتلك القدرة علة تحمل أخطائه وعيوبه وإيمانها بالقدرة على مواجهة الموقف الضاغط بالبحث عن المعلومات الكافية وجمع أكبر عدد ممكن من كل صغيرة وكبيرة عن إصابة ابنها، فتسعى لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالإصابة من المختصين للحصول على راحة وجدانية، ان امتلاك الأم للمعلومات التي تخص الإصابة وكيفية التعامل مع ابنها المصاب يجعل معالم مستقبل واضحة أمامها فتسعى لوضع خطط مستقبلية لضمان حياة أفضل لابنها وأسرته.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أولي وويليام **Olley et Willaim** (1997) مستوى الضغط

النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وأساليب مواجهتها، العينة: 200 أم لأطفال معاقين ذهنيا.

مستعملين الادوات التالية: مقياس الضغوط(1997)/ مقياس أساليب التعامل مع الضغوط. وكانت النتائج

كالتالي تعاني الأمهات من ضغوط نفسية شديدة تستعمل الأمهات أساليب تعامل إيجابية وسلبية تتمثل

فيما يلي: 44% من الأمهات تستخدم أساليب الهروب، تحاشي حل المشكلة إنكار الإعاقة. 41% من

الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات. 23% من الأمهات تستخدم أساليب تحدي

الضغوط ومواجهة الموقف.

مناقشة نتائج الفرضية العامة:

نص الفرضية قائلا: توجد علاقة دالة احصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات

الأطفال المصابين بالتوحد.

لقد أسفرت النتائج معاملة ارتباط برسون المداول في جداول رقم(31) عن صحة الفرض، حيث تبين أن

كلما زادت الضغوط النفسية عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد زادت الاستراتيجيات لمواجهة الضغوط

النفسية وهذا ما أكدته دراسة الحاليتين التي قمنا بيها حيث تبين من خلال عرض المقابلة العيادية وتحليل

نتائج استبيان الضغط النفسي التي قدرة ب100 نقطة تم إيجاد الحالة تتخذ استراتيجية المواجهة الضغط

النفسي والتي قدرة ب77 نقطة ومن خلال المقابلة فالحالة كثيرة الانفعال التوتر الزائد وشعور بالخوف من

المستقبل كل هذا نتيجة الضغط النفسي التي تعاني منه فالظروف التي تعيشها الحالة زادت من حدة

الضغط لديها.

وعليها نجد الأم تتخذ استراتيجية طلب المعلومات والتدين في المرتبة الأول في مواجهة ضغوطها النفسية، واستراتيجية التقبل والتدين والتخطيط في المرتبة الثانية، والانسحاب ولوم الذات في المرتبة الأخيرة.

انطلاقاً من مناقشة نتائج الفرعية السابقة تلخص الباحثان أن أنه كلما ارتفع الضغط النفسي عند الأمهات الأطفال المصابين بالتوحد كان سبب في البحث عن استراتيجيات الإيجابية لمواجهة هذه الضغوط، ومن بين الاستراتيجيات التي استعملت هي الاستراتيجيات الإيجابية وعلى رأس القائمة التدين وطلب المعلومات الا أن بعض حالات تستخدم الاستراتيجيات سلبية بنسبة ضئيلة جداً (الانسحاب، الإنكار ولو الذات).

وبين من خلال الدراسات السابقة وجانب النظري ودراسة الحالة هذه النتيجة اتفقت مع دراسة دونوفان (1998) حيث توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأون إلى استراتيجيات مواجهة إيجابية تتمثل أساساً في البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري.

واتفقت مع دراسة جبالي مصباح (2012) حيث توصلت إلى أن أمهات الأطفال المصابين دون يعتمدن على استراتيجيات المواجهة إيجابية في تخفيف الضغوط النفسية.

ولتفسير هذه النتيجة نرجع إلى تفسير عبد الله الضريبي حيث يجد أن أكثر الأساليب استخدمها من طرف الأمهات هي الاستراتيجيات الإيجابية ويرجع ذلك إلى معرفة الأمهات بأهمية وفاعلية مثل هذه الأساليب في مواجهة وتخفيف الضغوط التي يتعرض لها جراء إصابة أبنائهن ومحاولة التكيف معها، وبالتالي فهن يفضلن استخدام مثل هذه الأساليب باستمرار للتغلب على الضغوط كلما دعت الحاجة إلى ذلك، حتى أصبحت هذه الأساليب جراء من سلوكهم في التعامل مع الضغوط النفسية الناجمة عن الإصابة الابن لملاءمتها في تخفيف حدة من الضغوط وآثارها.

وكذلك ما تأكده دراسة الحالة حيث أنها تبذل جهد لإزالة التوتر والقلق وخلق طرق جديدة للمواجهة هذه الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة. وبهذا فإن فرض البحث قد تحقق.

الخاتمة:

من خلال دراستنا لعينة البحث وتطبيقنا لأدوات القياس متمثل في استبيان الضغط النفسي-استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وباستعانة بمنهج دراسة الحالة نستخلص ما يلي:

إن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة هذا يرجع إلى طبيعة العلاقات العائلية

كما أظهرت هذه الدراسة أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يستخدمون استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجة متوسطة ففرحة الأم بإنجاب مولود سرعان ما تزول ويحل محلها الشعور بالعار وخيبة الأمل، فالطفل الذي سيمنح للأُم المكانة التي طالما انتظرتها مصابي وناقص وغير كفاء ولا يمكن الاعتماد عليه ويستحيل أن يحقق الآمال المنتظرة منه.

وتبين أن أمهات الاطفال المصابين بالتوحد يستخدمون الاستراتيجيات الايجابية أكثر من الاستراتيجيات السلبية هذا يرجع أن أمهات تستعمل الاستراتيجيات الإيجابية على رأسها التدين والطلب المعلومات والتقبل حيث يقوموا بالاستعانة بالله عز وجل والرضا ما أصابهم هو ابتلاء من عند الله به من يشاء من الناس والإكثار من العبادات والدعاء إلى الله أن يخلصهم من هذه المشكلة، وللجوء إلى الآخرين لطلب المعلومات والمساندة بأمهات يعانون من نفس مشكلتهن وذلك لتبادل الخبرات وإثراء المعلومات.

وقد ساعد الأمهات في تنمية هذه الاستراتيجيات الإيجابية هو التطور الملحوظ الذي يحدث في مجتمعنا مع توفر المراكز متخصصة في إصابة ابنها وتواجد المختصين الذين تستطيع اللجوء إليهم لإمدادها بالمعلومات والسند اللازمين.

وهذا ما يسمح بقول أنه توجد علاقة بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات أطفال مصابين بالتوحد.

أي كلما زاد الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد زادت في استخدامها الاستراتيجيات المواجهة.

الإقتراحات:

تفتّح الباحثان مايلي :

1- تنظيم المنتقيات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب والأعراض الخاصة به الاقتراحات والارشادات

التربوية لتوطيد العلاقة بين الطفل ولأوليائه.

2- وضع مقياس خاص بالمعاقين ذهنيا في الجامعات يدرس لكي يتسنى فهم معمق لإعاقة.

3- من الأفضل متابعة الأم من قبل متخصص نفسي ويكمن دوره في مساعدتها على إيجاد واستثمار

قدراتها الأمومية وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها.

قائمة المراجع:

- 1- إبراهيم فرج عبد الله الرزيقات (2004)، **التوحد، الخصائص والعلاج**، عمان دار المسيرة، بدون طبعة.
- 2- أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح(2007)، **علم النفس الطفل غير العادي**، عمان الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 3- إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل(2009)، **الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية**، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- 4- بغيجة لياس(2006)، **استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين" وعلاقتها بمستوى قلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا**، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الاجتماعي بجامعة الجزائر.
- 5- بنوية لطفي محمد عبد الله(2000)، **مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأم**، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في دراسات الطفولة، معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس، مصر.
- 6- بخت عبد الرحيم(1999)، **الطفل التوحدي "الذاتوي الاجتراري" القياس والتشخيص الفارقي**، نشر المؤتمر السادس لمركز الارشاد النفسي، جامعة عين الشمس القاهرة، بدون طبعة.
- 7- جبالي صباح(2012)، **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس الضغط، بجامعة فرحات عباس بسطيف.
- 8- حسن شحاته(2003)، **معجم المصطلحات التربوية والنفسية**، الدار المصرية اللبنانية، دار زينب النجار، الطبعة الأولى.

9-حسن هدى جعفر (2006)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بضغط العمل، مجلة دراسات نفسية، الطبعة الأولى.

10-خالد نيسان(2009)، سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

11-خولة أحمد يحي(2001)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع والنشر، الطبعة الأولى.

12-دعوة سميرة وشنوفي نورية(2013)، الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى ام الطفل التوحدي، جامعة اكلي محند أولحاج البويرة.

13-رفيق عوض الله(2004)، الضغط النفسي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي، رسالة دكتوراه في علم النفس، بجامعة وهران.

14-زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز الشخص(1998)، بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والمواجهة والاحتياجات الأولياء الأمور المعاقين، دار الكتاب العين.

15-سميرة بقيون(2007)، الطب النفسي، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية.

16-سميرة الشبخاني(2003)، الضغط النفسي، طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، لبنان دار الفكر، الطبعة الأولى.

17-سميرة السعيد(1998)، معاناتي والتوحد، الكويت، دار ذات السلاسل، بدون طبعة.

18-سهي أحمد أمين نصر(2002)، الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، التشخيص والبرامج العلاجية، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

19- طه العظیم حسن، سلامة عبد العظیم حسن(2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية، عمان دار الفكر، الطبعة الأولى.

20- طه حسن عبد العظیم(2006)، إدارة الضغوط النفسية والتربوية، عمان دار الفكر، الطبعة الأولى.

21- عادل عبد الله محمد(2000)، مقياس الضغط التوحد، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

22- عبد المنعم عبد الله حسيب(2005)، مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة.

23- عبد الرحمان سيد سليمان(2001)، إعاقة التوحد، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثانية.

24- عوض بن مجب بن سعيد المعيدي(2010)، المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى، دراسة مقارنة بين أطفال التوحد والتخلف العقلي، جدة بمعهد التربية الفكرية بمحافظة.

25- عادل جاسب شيب(2008)، ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من جهة الآباء، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام، الأكاديمية الافتراضية للتعليم بريطانيا.

26- فاروق السيد عثمان(2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى.

27- قوعيش مغنية(2012)، أساليب تسير الصفي للمدرسين وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى تلاميذه السنة الثانية الثانوى، رسالة ماجستير في علم النفس تخصص المدرسى جامعة وهران الجزائر.

28- لمياء عبد الحميد بيومي(2008)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات الأطفال التوحديين، للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة التربية تخصص صحة نفسية، تربية خاصة،

جامعة قناة السويس كلية التربية بالعريش قسم علم النفس التربوي

29- محمد السيد عبد الرحمان ومنى خليفة علي حسين وعلي إبراهيم(2005)، رعاية الأطفال التوحدين دليل الوالدين والمعلمين، القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

30- مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة(2007)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

31- مصطفى نوري القمش(2011)، اضطرابات التوحد الأسباب، التشخيص العلاج دراسات علمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

32- ماجد بهاء الدين سيد عبيد(2008)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار الصفاء، الطبعة الأولى.

33- مجدي فتحي عزال(2007)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين، في مدينة عمان، قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة كلية الدراسات العليا الجامعة الأردن.

34- معتصم بدر ميموني(2011)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل المراهق، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثالث.

35- محمد السيد أبو حلاوة(2000)، مقياس التعرف على مراحل الأزمة الأسرية المرتبطة بالإعاقة العقلية، مصر، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

36- هدروقة فاطيمة الزهراء ومختاري ليلي(2010)، علاقة تعاطي مخدرات بجنوح المراهقين، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم.

37-وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى(2008)، الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، الإسكندرية دار الوفاء، الطبعة الأولى.

38-وليد السيد خليفة(2007)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، الاسكندرية دار الوفاء، الطبعة الأولى.

39-يحي قبالي(2001)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان الطريق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

باللغة الفرنسية:

40- Norbert sillamy(1999) **Dictionnaire de psychologie Larousse Paris.**

41- Norbert sillamy(2004) **Dictionnaire de psychologie Larousse Paris**

الملاحق رقم (1)

استبيان الضغوط النفسية في صورته النهائية

أختي الوالدة:

هذه مجموعة من العبارات المكونة لاستبيان يدخل في إطار بحث لتحضير لشهادة ماستر في علم النفس والصحة العقلية، الغرض منه الكشف عن الضغط النفسي واستراتيجية مواجهته، وللوصول إلى الهدف نرجو منكم قراءة كل عبارات بعناية وتأتي الإجابة عليها بوضع العلامة مقابل الفقرة، وتحت الدرجة التي تعبر عن تصرفك بدقة، مع العلم لا تجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

الرقم	العبارات	نعم	أحيانا	لا
01	أشعر بالتعب عقب أي عمل			
02	يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي			
03	اشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه			
04	يؤلمني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة			
05	اشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب ابني المتوحد			
06	يؤسفني أن إمكانيات ابني المحدودة تجعله لا يستطيع مواجهة ظروف الحياة			
07	يؤسفني أن ابني لا يتمكن من الاستحمام بمفرده			
08	اشعر بالقلق معظم الوقت دون سبب واضح			
09	اشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المتوحد			
10	تزعجني نوبات الزكام التي يعاني منها ابني بشكل متكرر			
11	يؤسفني لأن ابني المتوحد يشكل مشكلة دائمة في الأسرة			
12	يقلقني التفكير في مستقبل ابني المتوحد			
13	يقلقني أن ابني لا يتمكن ارتداء ملابسه بمفرده			
14	يؤلمني أنني لا أستطيع تحقيق كل متطلبات ابني المتوحد بسبب وضع الأسرة الاقتصادي			

			أعاني من اضطرابات في النوم	15
			فقدت الرغبة في الحياة	16
			يخيفني التفكير في ان مناعة ابني ضعيفة	17
			اعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب ابني المتوحد	18
			أحزن كثيرا عندما أفكر بأن ابني لن يعيش حياة طبيعية	19
			يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المتوحد	20
			يقلقني أن ابني غير مستقل في نظافته الشخصية	21
			اشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح	22
			أحزن كثيرا عندما أفكر في التوحد ابني	23
			يزعجني أن ابني يحتاج لمتابعة دائمة	24
			يؤلمني التفكير في أن ابني سيقضي ما بقي من حياته معاقا	25
			يزعجني أن مكانة الاسرة الاجتماعية قد تناقص بسبب ابني المتوحد	26
			يؤسفني انه لا يوجد دعم مادي كاف لأسرة الطفل المتوحد	27
			يزعجني أن ابني يجد صعوبة في تناول الطعام بمفرده	28
			تزداد ضربات قلبي دون سبب واضح	29
			يحزنني أن ابني لن يكون امتداد طبيعي لأسرتي	30
			يؤلمني أن ابني لا يستطيع التعبير عن موضع ألمه	31
			أصبحت لا أزور أصدقائي منذ إنجابي لطفل متوحد	32
			يقلقني عدم التوصل إلى وضع خطط مستقبلية ثابتة بسبب ابني المتوحد	33
			يزعجني أن ابني لا يستطيع الحفاظ على نظافته	34
			يقلقني أن متطلبات رعاية ابني المتوحد تفوق قدراتي المادية	35

الملاحق رقم (2)

استبيان استراتيجيات المواجهة للضغوط النفسية في صورته النهائية

أختي الوالدة:

هذه مجموعة من العبارات المكونة لاستبيان يدخل في إطار بحث لتحضير لشهادة ماستر في علم النفس والصحة العقلية، الغرض منه الكشف عن الضغط النفسي واستراتيجية مواجهته، وللوصول إلى الهدف نرجو منكم قراءة كل عبارات بعناية وتأتي الإجابة عليها بوضع العلامة مقابل الفقرة، وتحت الدرجة التي تعبر عن تصرفك بدقة، مع العلم لا تجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

الرقم	العبارات	نعم	أحيانا	لا
01	اطلعت على كتب ومقالات تتحدث عن التوحد ابني			
02	اسعي للحصول على معلومات بخصوص التعامل مع ابني من أي مختص			
03	أفكر في توفير مستقبل أفضل لابني المتوحد			
04	وضعت خطة مدروسة لتعليم ابني مهارات تفيده في حياته			
05	أساعد ابني في جعله يعتمد على نفسه في لبسه وأكله ونظافته			
06	أشعر بالرضا عن نفسي لما أبدله من جهد في تربية ابني المتوحد			
07	بإمكان ابني الالتحاق بالمدرسة			
08	إن ابني ذكي ولا يعاني من التوحد			
09	لا يسبب لي ابني أي إحراج عندما نخرج سويا			
10	ألوم نفسي عندما يفشل ابني في أداء أمر كلف به			
11	أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات العائلية لتجنب نظرات السفق			
12	أفضل قضاء العطل ونهايات الأسبوع في المنزل مع ابني المتوحد			
13	ابني المتوحد هو ابتلاء من ربي وأنا راضية بما قسمه لي			
14	أصبحت أؤدي صلاة وصيام التطوع شكرا لله على كل نعمة			
15	تابعتم سلسلة أسطرة وثائقية تبين معاناة المصابين بهذا التوحد			
16	أسعى للاتصال بأشخاص عانوا من نفس مشكلتي			

			ادخرت مبلغا من المال من أجل ابني المتوحد	17
			لدينا برنامج عائلي خاص بالعطل يتماشى مع ابني المتوحد	18
			أنا السبب في التوحد ابني	19
			أنا راضية بابني وبكل ما يحققه مهما كان شيئاً بسيطاً	20
			أرى بان ابني أحسن بكثير من بعض الأطفال العاديين	21
			عندما يكبر ابني سيشفى من التوحد	22
			إن تهاوني في متابعة حملي هو سبب ما يعني منه ابني	23
			لن يسامحني زوجي أبدا بسبب التوحد ابني	24
			لا أخذ ابني إلى الحدائق حتى لا أكون محل سخرية واستهزاء	25
			أتردد كثيرا قبل دعوة الأهل والأصدقاء إلى المنزل	26
			ازداد رزقي منذ ولادة طفلي المتوحد	27
			إن الله يحبني لهذا ابتلاني بهذا الأمر	28
			اتبع برنامج قدم لي من أجل تعديل سلوكيات ابني	29
			أفكر في تأسيس مشروع باسم ابني المتوحد	30
			أستطيع التعامل مع المشكلات المرتبطة التوحد ابني	31
			الوم نفسي بشدة عندما يواجه ابني المتوحد أي مشكلة	32
			أفضل الجلوس وحدي والتأمل في أحوالي	33
			أرى بان ابني مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته	34
			إن ابني هو مفتاح جنتي	35

الملاحق رقم (04)

استمارة المقابلة العيادية

1-المعلومات الأولية:

اسم ولقب الحالة:

الجنس:

تاريخ ومكان الميلاد:

العنوان:

رقم الهاتف:

2-الحالة العائلية:

اسم الوالد أو الوصي: سنه: مهنته:

لقب واسم الأم: سنها: مهنتها:

وثيقة التعريف للأب / الأم: الصادرة: بدائرة:

تاريخ الزواج:

عدد الإخوة الحقيقيين:

عدد الإخوة الميتين:السبب:

عدد مرات الإجهاض:السبب:

عدد الإخوة من الأب: والأم:

مرتبة الطفل بين الإخوة:

الحالة الصحية للوالدين:

السوابق الطبية عند العائلة: النواة:

.....

..... الممتدة:

المحيط السكني: الريف المدينة

..... أفراد آخرون يعيشون مع العائلة:

..... الوضعية الاقتصادية:

3 ظروف الحمل:

..... سن الأم عند الحمل:

الحمل مرغوب فيه: نعم لا

..... الظروف الصحية:

..... الظروف النفسية:

هل بلغت فترة الحمل مداها الطبيعي أي ما بين 40 و44 أسبوع؟ نعم لا

..... السبب:

4 ظروف الولادة:

كيف كانت الولادة:

<input type="checkbox"/>	طبيعية	<input type="checkbox"/>	قيصرية	<input type="checkbox"/>	بالملاقط
<input type="checkbox"/>	هل صرخ بسرعة؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	هل عانى من نقص في الأكسجين؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	هل عانى الطفل من ارتفاع في خفقات القلب عند الميلاد؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
<input type="checkbox"/>	هل يحتاج إلى عناية طبية خاصة :	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا

ماهي؟

5-مراحل النمو:

<input type="checkbox"/>	التغذية :	<input type="checkbox"/>	بالثدي	<input type="checkbox"/>	اصطناعية
<input type="checkbox"/>	هل لديه مشكل غذائي:	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا

6-التطور النفسي الحركي:

متى جلس الطفل بدون مساعدة؟الأشهر.

<input type="checkbox"/>	هل زحف (حبا) طفلك:	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----	--------------------------	----

في أي عمر مشى طفلك؟ سنة أشهر

<input type="checkbox"/>	هل يقوم بعملية التنفس بشكل صحيح؟	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	لا
--------------------------	----------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	----

7- الجانب الطبي:

هل أصيب طفلك بأي حالة من الحالات التالية:

عمليات جراحية؟ ما هي؟

ارتفاع الحمى بصفة متكررة؟

<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	ضربة قوية على الرأس قبل 18 شهر؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	صدمة نفسية؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	حادث اخر؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	الصرع؟

هل يشرب أي دواء؟

في أي سنة ظهرت الطفل علامات غير طبيعية؟

ما هي هذه العلامات:

8- الانفعالات الوجدانية:

<input type="checkbox"/>	اللامبالاة	<input type="checkbox"/>	ببرودة	<input type="checkbox"/>	إيجابية
--------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------

هل درجة الارتباط العائلي إيجابية؟

<input type="checkbox"/>	الإخوة	<input type="checkbox"/>	الأم	<input type="checkbox"/>	الأب
--------------------------	--------	--------------------------	------	--------------------------	------

في حالة الإجابة ب (لا)، ما هو السبب؟

أحد آخر من هو؟

مدى تقبل الأولياء لإعاقة الحالة:

.....

هل لدى الحالة تقلبات المزاج؟ بين الضحك والبكاء بدون سبب:

لا نعم

9-التفاعلات الاجتماعية:

هل الحالة اجتماعي؟ نعم لا

هل يشارك الآخرين في الانفعالات؟ نعم لا

التفاعلات الغير اللفظية؟

الإيماءات الوجهية: نعم لا

الحركات: نعم لا

الطبع:

هادئ نعم لا

عدوانية نحو الذات نعم لا

عدوانية نحو الآخر نعم لا

التواصل:

<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل هو بصري؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل هو لفظي؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل يشير بالأصبع؟

11-اللعب:

<input type="checkbox"/>	جماعي	<input type="checkbox"/>	فردى	اللعب المفضل لديه
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	اللعب الرمزي
<input type="checkbox"/>	اللباس	<input type="checkbox"/>	المرحاض	12-الاستقلالية ذاتية:
<input type="checkbox"/>	الغسل	<input type="checkbox"/>	الأكل	

13-هل سبق الإدماج للحالة؟

<input type="checkbox"/>	مدرسة	<input type="checkbox"/>	مركز	<input type="checkbox"/>	روضة
--------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------	------

تلخيص عام للحالة:

.....

.....

.....

.....

التوجيه:

.....

.....

التشخيص النفسي العيادي:

.....

.....

.....

الملاحق رقم (5)

البطاقة الفنية للمراكز:

أولاً: المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنياً بمزغران:

يقع مكان التبرص في مركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنياً - بمزغران - تابع لإحدى المراكز النشاط الاجتماعي والتضامن وقضايا المرأة لولاية مستغانم.

بعدما كان المركز كملحقة تابعا لمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً - لسيدى علي - لولاية مستغانم و كان موقعه سابقا " بسيدى بلقاسم بلدية مزغران مستغانم و منذ عام 2013 ثم انفصال عن مركز سيدى علي و أصبح مركزا قائم بذاته و كان تدشين 08-09-2013 تحت مساحة إجمالية تقدر ب: 75000م على يد وزيرة النشاط الاجتماعي و التضامن و قضايا المرأة.

يضم المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنياً 50 طفل تتراوح أعمارهم بين 07سنوات إلى 21سنة موزعين على 07 أفواج حسب درجة إعاقاتهم، فوج التوحد "أ" وفوج 02 التوحد "ب" وفوج التوحد "ج" فوج التحضري 01 و 02 التقطين 01 و 02 وفوج المرافقة متكفل بهم في إطار نظام نصف داخلي يشرف عليهم فرق نفسية بيداغوجية وهي على نحو التالي:

أخصائون أطفونيون.

أخصائية نفسانية عيادية.

أخصائية تربوية.

مربية متخصصة.

مربين متعاقدين مساعدات مربيات.

يحتوي المركز على طاقمين:

طاقم الإداري يتكون من:

مدير المركز، كاتبة إدارية 01، عون مكتب 01، تقني سامي في الإعلام الآلي 01، محاسب إداري رئيسي 01، عمال المطبخ، عمال النظافة، حراس الليل و النهار.

وطاقم البيداغوجي يتكون من:

الطبيبة مشرفة بيداغوجية، أخصائيون أطفونيون 03، أخصائية نفسانية عيادية أخصائية تربوية، مربية متخصصة 01، مربين متعاقدين 04، مساعدات مربيات 07 وممرضة.

التكفل البيداغوجي:

طاقة الاستيعاب المركز 120 طفل.

الأطفال المتكفل بهم حاليا 50 طفل.

الأطفال المسجلين في قائمة الانتظار منذ 2007 إلى وقت الحالي 302 طفل.

عدد الأقسام 08: منها قاعة النفس الحركي 01، قاعة الورشة 01، قاعة الاجتماعات 01

تتمثل النشاطات البيداغوجية في:

الحساب، الكتابة، التوجه الزماني والمكاني، الخياطة والطرز، الطين، الصوف الرسم على الزجاج،
خارجات البيداغوجية.

ثانياً: المركز النفسي البيداغوجي للأطفال معاقين ذهنياً بسيد علي:

أنشأ المركز بمقتضى المرسوم الوزاري رقم 89-57 المؤرخ في 02 ماي 1989 المعدل بالمرسوم

التنفيذي رقم 12-165 المؤرخ في 2012/04/05

القدرة الاستيعابية النظرية: 80 طفلاً

القدرة الاستيعابية الحقيقية: 90 طفلاً

نظام التكفل:

عدد الداخليين: 30

عدد النصف داخليين: 50

التكفل عن بعد: 10

عدد الاطفال في قائمة الانتظار: 190 طفلاً.

المساحة الاجمالية للمركز: 2990 م².

الميزانية الممنوحة لسنة 2015: 42 382 000.00 د.ج.

عدد الافواج: 12 فوج.

فوج الاستنارة.

فوج بيداغوجي مستوى 1.

فوج بيداغوجي مستوى 2.

فوج بيداغوجي مستوى 3.

فوج بيداغوجي مستوى 4.

فوج التوحد 1.

فوج التوحد 2.

فوج التكفل المبكر.

فوج التدابير المنزلية.

فوج التشغيل.

فوج الاشغال اليدوية.

فوج التمهين.

تتمثل النشاطات البيداغوجية في:

ورشة تعبيرية بالرمل، ورشة النشاطات الترفيهية، الورق، العجينة الكيميائية، الخياطة الطبخ.

عدد القاعات:

قاعة علم النفس الحركي.

قاعة الاجتماعات.

قاعة الانتظار.

قاعة الاستقبال.

عدد المكاتب:

04 مكاتب إدارية.

03 مكاتب بيداغوجية.

مكتب الطبيب.

مكتب الأرشيف.

مخزن الوسائل البيداغوجية.

المرافق:

مطعم، المطبخ، بيت الغسيل، دورة المياه، ورشة الصيانة، 03 مرقد، مخزن عام، فضاء اللعب، فضاء

اخضر، غرفة التبريد، خزان الماء، مولد كهربائي، محرك كهربائي، باب النجدة، حظيرة السيارات، مدفئة

مركزية، 06 خزائن للإطفاء، 22 قارورة إطفاء، 08 كاميرات الحراسة، صفارة إنذار كهربائية.

الفرقة الإدارية:

مدير .

مقتصد .

03 متصرف إداري .

عون رئيسي للإدارة .

عون إدارة .

معاون تقني في الإعلام الآلي .

الفرقة التقنية البيداغوجية:

أخصائية في علم النفس التربوي درجة 2 .

أخصائية في علم النفس التربوي درجة 1 .

أخصائية في علم النفس العيادي درجة 2 .

نفسانية مختصة في تصحيح النطق والتعبير اللغوي درجة 2 .

نفسانية مختصة في تصحيح النطق والتعبير اللغوي درجة 1 .

03 مربيين متخصصين .

04 مربيين متخصصين رئيسيين .

مربي متخصص رئيس .

05 عمال متعاقدين يشغلون مهام مربي .

02 مستخدمين يشغلون مهام مربي .

14 عمال متعاقدين في إطار منحة الإدماج .

طبيب عام .

الفرقة المهنية:

16 عمال مهنيين من بينهم:

طباخ.

عون طباخ.

02 سائق.

عامل مهني متعدد الخدمات.

04 حراس.

07 عمال مهنيين (منظفات).

ثالثاً: جمعية للأطفال المعاقين ذهنياً ببييناغ لولاية مستغانم:

افتتح هذا المركز مؤخرًا في السنة 1974 من أجل حماية فئة المعوقين عقلياً كان يضم في البداية 19 شاب فقط، ولكن مع مرور السنوات ازداد عدد الذين انتقلوا من مركز ما قبل الراشدين ليصل عددهم إلى 54مراهق 36 ذكور و 18 إناث ومن بين هؤلاء المعوقين هناك:

حالات أطفال متوحدين.

حالات متلازمة داون.

والآخرين معوقين ذهنياً.

فشل دراسي.

وحالياً يوجد 7 أفواج، يضم كل فوج 9 أطفال، بحيث يصل المجموع 69 طفلاً.

إن هذا المركز يجاوزه مركزين آخرين في نفس التخصص في تكفل المعاقين عقلياًهما:

مركز خاص بالأطفال المعاقين وعند بلوغهم سن المراهقة يقومون بنقلهم إلى المركز الخاص بالمراهقين.

مركز خاص بالراشدين المعاقين أين يتم نقل المراهقين إليه عندما يصل إلى سن الرشد.

1-طاقم الإداري: يتكون من المديرية. نائب المديرية والمحاسبة.

2-طاقم التقني: يتكون من مختصة في علم النفس العيادي، أخصائية بيداغوجية، أخصائية أطفونوية

و7مربيات متخصصات.

3-طاقم العمال المهنيين: يتكون من طبائخين وعامل صيانة بالإضافة إلى السائق وبواب

4-شروط القبول في المركز:

أن يكون السن ما بين 5 إلى 22سنة.

أن يكون مرّ بطبيب مختص.

أن تكون له شهادة تثبت أنه يعاني من إعاقة عقلية وفي بعض الأحيان يكون مصحوبا بالصرع والقلق أو بعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

الحضور الإجمالي للأمر للاستفسار عن حالة المريض داخل الأسرة وخارجها.

5- أهداف المركز:

تصحيح مشاكل المعاقين ذهنيا وإدماجهم في المجتمع.

تعليمهم الاعتماد على النفس أي الاستقلالية عن الآخرين.

تعليمهم كل ما يحيط بهم حتى لا يبقوا مهمشين.

تحضيرهم لحياة الرشد.

تكيفهم مع التغيرات التي تحدث في سن المراهقة.

وعينهم بالذات وبما يحيط بهم من ناس وأشياء.

التكوين المهني في المركز مثل القيام ببعض الأعمال اليدوية من أجل اكتساب المهارات اليدوية

6- البرنامج اليومي:

أ- المحادثة: التعرف على الأشياء وتصحيح النطق.

ب- التربية الإسلامية: حفظ سور قرآنية كل حسب قدراته.

ج- حفظ الأناشيد: وتكون فردية ثم جماعية.

د- ما قبل العمليات الحسابية: لتعليمهم وتهيئتهم لحياة الرشد

هـ- تعليمهم الأنشطة اليومية: مثل الغسل "الكنس والترتيب والتنظيف" من أجل تعليمهم الاعتماد على

النفس.

و- الدروس الحسية: التي تتمثل في الألوان والأشكال والورشات بعد الساعة العشرة صباحا، وكذلك بعد

الظهر، لاكتساب مهارات يدوية وإنجازات أشياء جميلة.

الملحق رقم (06)

تفريغ نتائج أفراد عينة الدراسة (درجات الخام)

أ/ درجات الخام لاستجابات أفراد عينة الدراسة على استبيان الضغط النفسي

الدرجة الكلية	البعد07	البعد06	البعد05	البعد04	البعد03	البعد02	البعد01	عدد الأفراد
99	14	14	13	15	13	15	15	1
59	09	07	10	08	08	08	09	2
92	15	15	13	14	11	09	15	3
69	09	07	10	08	09	11	15	4
92	09	15	14	12	15	14	13	5
60	09	07	08	10	08	09	09	6
100	15	14	15	13	15	13	15	7
82	13	09	15	13	11	09	12	8
86	14	14	10	14	11	08	15	9
72	15	08	07	10	08	11	13	10
77	14	15	10	10	08	11	09	11
86	15	09	15	13	11	11	12	12
75	13	15	07	10	08	09	13	13
88	14	13	15	14	11	09	12	14
76	13	06	12	10	13	09	13	15
89	15	13	13	13	14	08	13	16
101	15	15	13	14	15	14	15	17
104	15	15	15	15	15	14	15	18
89	15	11	15	13	11	11	13	19
99	14	09	13	15	09	08	08	20
59	09	07	12	08	11	12	15	21
92	15	07	15	14	12	07	15	22
69	09	11	08	08	14	12	13	23
92	09	15	13	12	14	12	07	24
60	09	15	10	10	14	09	13	25
100	15	13	13	13	13	09	12	26
82	13	14	15	13	15	14	13	27
86	14	13	15	14	12	09	13	28
72	15	14	13	10	14	15	12	29
77	14	09	15	10	10	11	15	30
86	15	14	15	13	15	13	12	31
75	13	13	14	10	15	10	14	32
88	14	15	15	14	11	11	14	33
76	13	13	15	10	11	11	09	34
89	15	13	11	13	09	11	12	35
101	15	15	09	14	10	15	13	36
104	15	14	10	15	11	14	12	37
89	15	12	07	13	15	15	11	38
99	14	14	14	15	14	12	10	39
78	13	13	11	14	13	14	14	40
91	12	13	10	12	14	15	15	41

ب/ درجات الخام لاستجابات افراد عينة الدراسة على استبيان مواجهة الضغوط

الدرجة الكلية	البعد07	البعد06	البعد05	البعد04	البعد03	البعد02	البعد01	عدد الافراد
76	10	07	10	14	13	11	11	1
79	09	14	07	15	15	10	09	2
73	08	07	09	15	13	13	08	3
67	09	07	08	12	13	10	08	4
75	09	07	09	15	13	13	09	5
68	12	07	09	12	10	10	08	6
77	09	08	10	15	10	10	15	7
75	09	05	08	15	10	13	15	8
75	09	13	07	15	09	12	10	9
76	08	12	08	13	12	11	12	10
71	09	13	08	13	12	08	08	11
77	08	13	08	13	12	11	12	12
74	08	12	08	13	09	12	12	13
70	07	08	12	12	13	10	08	14
79	09	11	05	14	14	13	13	15
77	07	11	08	14	12	13	12	16
76	11	07	10	13	12	14	09	17
86	11	09	11	14	15	14	12	18
71	15	09	06	10	10	13	08	19
83	9	5	07	14	13	13	15	20
79	11	09	14	15	15	7	11	21
71	08	05	11	13	13	09	11	22
75	09	07	12	14	13	11	11	23
77	09	13	10	14	11	07	15	24
74	08	12	08	13	10	13	08	25
77	09	07	10	15	13	10	09	26
80	09	13	09	15	13	12	10	27
78	12	07	08	12	14	11	12	28
82	09	12	10	15	15	09	13	29
78	09	11	09	14	12	14	11	30
79	08	12	07	15	10	15	13	31
72	07	13	06	13	15	10	14	32
78	08	07	10	13	15	11	15	33
80	09	13	09	15	13	14	08	34
82	09	13	08	12	13	13	12	35
83	08	12	10	15	12	14	12	36
75	07	11	10	13	11	11	13	37
75	10	07	09	13	10	12	15	38
71	09	07	08	14	09	10	15	39
80	08	14	07	15	15	12	09	40
81	12	08	07	09	13	09	12	41

الملحق رقم (07)

تفريغ نتائج الدراسة بـ spss 1-الضغط النفسي

Statistics

		b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7
N	Valid	41	41	41	41	41	41	41
	Missing	37	37	37	37	37	37	37
Mean		12,7073	11,1707	11,9512	12,4390	12,3902	12,1707	13,3902
Std. Deviation		2,19367	2,31195	2,37646	1,98807	2,62562	2,94875	2,09616

2-استراتيجية المواجهة

Statistics

		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7
N	Valid	41	41	41	41	41	41	41
	Missing	37	37	37	37	37	37	37
Mean		11,2927	11,4146	12,3171	13,6098	8,9024	9,7073	9,1220
Std. Deviation		2,43150	1,97453	1,84985	1,41206	1,82763	2,85696	1,59992

3-الارتباط بين الضغط واستراتيجية المواجهة

Correlations

		الضغط النفسي	لاستراتيجيات المواجهة
الضغط النفسي	Pearson Correlation	1	,326*
	Sig. (2-tailed)		,038
	N	41	41
الاستراتيجيات المواجهة	Pearson Correlation	,326*	1
	Sig. (2-tailed)	,038	
	N	41	41

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4- المتوسط الحسابي لكل

		الضغط	الاستراتيجية
N	Valid	41	41
	Missing	37	37
Mean		86,2195	76,3659
Std. Deviation		10,09582	4,24709

5- الاستراتيجيات الموجبة والسالبة لاستراتيجية المواجهة

		الاستراتيجيات الإيجابية	الاستراتيجيات السلبية
N	Valid	41	41
	Missing	37	37
Mean		48,6341	27,7317
Std. Deviation		3,81940	2,55954