

جامعة البليدة 2- لونيبي علي-

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة ماجستير

تخصص: علم النفس العيادي

نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى
أمهات التوحيين وعلاقتها بالضغط المدرك

من طرف

ملاحي شهيرة

أمام اللجنة المشكلة من

أستاذة محاضرة (أ)، جامعة البليدة 2 ، رئيسا	كركوش فتيحة
أستاذ ، جامعة البليدة 2 ، مشرفا ومقررا	حدار عبد العزيز
أستاذة محاضرة (أ)، جامعة البليدة 2 ، عضوا مناقشا	بن يعقوب نعيمة
أستاذة ، جامعة الجزائر 2 ، عضوا مناقشا	تريباش ربيعة

البليدة، جوان 2014

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة التي تعيشها أمهات التوحيدين ونوع استراتيجيات المواجهة التي تستعملنها ومستوى الضغط المدرك لديهن. ولتحقيق هذا الهدف وجب على الباحثة الإجابة على الاسئلة التالية:

التساؤل العام الاول:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحيدين؟

2- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والرضا لدى أمهات التوحيدين؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والمكانة لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤل العام الثاني:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 4- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية حل المشكل لدى أمهات التوحيدين؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤل العام الثالث:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 6- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية إعادة التقييم الايجابي لدى أمهات التوحيدين؟

- 7- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية اتهام الذات لدى أمهات التوحيدين؟

- 8- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية التجنب لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤل العام الرابع:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 9- هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحيدين؟

- 10- هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات التوحيدين؟

وتمت صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات. واتبعت الباحثة المنهج الوصفي لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية التي طبقت على عينة عشوائية قوامها (34) أم لأطفال توحيدين وهو يمثل عدد الأمهات اللواتي يتابعن التكفل النفسي لأبنائهن بالمراكز والمؤسسات المتكفلة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وهذه المراكز هي المركز الطبي البيداغوجي - بوينان- بالبليدة، المركز الطبي البيداغوجي بعين

الدفل، المركز الطبي البيداغوجي - موزاية - بالبليدة ، مصلحة الطب العقلي للأطفال - قاريدي - بمستشفى الأمراض العقلية بالقبة الجزائر العاصمة ومصلحة الطب العقلي للأطفال - مستشفى فرانتز فانون- بالبليدة.

ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية احصائيا، فقد اعتمدت الباحثة على البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS النسخة 20، والاعتماد على المؤشرات الاحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والأسلوب الإحصائي معامل الارتباط بيرسون.

وتم التوصل من خلال استخدام مقياس الضغط المدرك، مقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس نوعية الحياة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة عند أمهات التوحيدين. كما تم التوصل إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحيدين. بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحيدين. كما كشفت الدراسة عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحيدين، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحيدين.

واعتمادا على النتائج المتوصل إليها تبين الأثر الايجابي لاستخدام استراتيجيات مواجهة الضغط المركزة حول المشكل في التخفيف من حدة الضغط على أمهات التوحيدين، وذلك من خلال ارتباطها سلبا بالضغط المدرك حيث أن الضغط كان منخفضا عند الأمهات اللواتي يلجأن إلى استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال كاستراتيجية لمواجهة الضغط الذي تعشنه في ظل توحيدة أبنائهن، الأمر الذي يبين ضرورة تدريب الأمهات على التركيز على استراتيجيات المواجهة التي تهدف إلى حل المشكل. كما أن هذه الأخيرة ذات أهمية بالنسبة لنوعية الحياة حيث ارتبطتا إيجابا، كما ارتبطت نوعية الحياة سلبا بالضغط المدرك ما يستدعي تحسين ظروف حياة أمهات التوحيدين من جميع النواحي (نوعية حياة جيدة) لكي تواجه بفعالية (استراتيجيات المواجهة) الضغط الذي تعانينه جراء إصابة أبنائهن بالتوحد.

Résumé

Cette étude vise à confirmer l'existence de la relation entre la qualité de vie, les coping stratégies et le stress perçu chez les mamans des enfants autistes. Pour réaliser l'objectif de cette étude, on est obligé de répondre aux questions suivantes:

- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la qualité de vie chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la réalité de la vie chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la satisfaction chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et le statut chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et les stratégies centré sur le problème chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de la solution du problème chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de la recherche du soutien social chez les mamans des autistes ?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et les stratégies centré sur l'émotion chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie d'évitement chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de réévaluation positive chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie d'auto blâme chez les mamans des autistes?

- Existe-t-il une relation de corrélation entre la qualité de vie et les stratégies de coping chez les mamans des autistes?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre la qualité de vie et les stratégies centrées sur le problème chez les mamans des autistes ?
- Existe-t-il une relation de corrélation entre la qualité de vie et les stratégies centrées sur l'émotion chez les mamans des autistes ?

On a établi des hypothèses de l'étude en fonction de ces interrogations. La chercheuse a également suivi à travers cette étude la méthode descriptive. Cette étude a été faite sur un échantillon de (34) mères des enfants autistes qui suivent la prise en charge de leurs enfants dans les centres et les établissements des enfants inadaptés mentaux (CMP de Buinène - Blida -, CMP de Ain Defla, CMP de Mouzaia - Blida -, service de pédopsychiatrie - Garidi –et le service de pédopsychiatrie – CHU Frantz Fanon Blida -. Le choix de ces wilayas s'était comme ça est justifié par des causes administratives qui ont facilité la pratique.

Pour le traitement des données obtenues de l'étude statistiquement sur terrain, la chercheuse a travaillé selon le programme statistique des sciences sociales (SPSS), et les pointeurs statistiques suivants:

la moyenne arithmétique, la déviation standard et le coefficient de corrélation «Pearson».

La chercheuse s'est appuyée sur le questionnaire de stress perçu de Cohen, le questionnaire des coping stratégies et le questionnaire de qualité de vie (OMS).

L'analyse des données a abouti des résultats qui ont montré qu'il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la qualité de vie chez les mamans des autistes. Il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la réalité de la vie chez les mamans des autistes. Il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la satisfaction chez les mamans des autistes. Il n'y a pas existé une relation de corrélation entre le stress perçu et le statut (l'importance) chez les mamans des autistes. Il existe-t une relation de corrélation entre le stress perçu et les stratégies centrées sur le problème chez les mamans des autistes. Il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de la solution du problème chez les mamans des autistes. Comme il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de la recherche du soutien social chez les mamans des autistes.

Il n'existe pas une relation de corrélation entre le stress perçu et les stratégies centré sur l'émotion chez les mamans des autistes. il n'y a pas une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie d'évitement chez les mamans des autistes. Comme il n'y a pas nune relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie de réévaluation positive chez les mamans des autistes. Il y a une relation de corrélation entre le stress perçu et la stratégie d'auto blâme chez les mamans des autistes.

Il n'existe pas une relation de corrélation entre la qualité de vie et les stratégies de coping chez les mamans des autistes. Il y a une relation de corrélation entre a qualité de vie et les stratégies centré sur le problème chez les mamans des autistes. Il n'y a pas une relation de corrélation entre a qualité de vie et les stratégies centré sur l'émotion chez les mamans des autistes.

.

شكر

الحمد لله سرا وعلانية... الحمد لله بكرة وعشيا، أحمده سبحانه وتعالى على نعمة التوفيق لإنجاز هذا العمل فهو عز وجل المتفضل على العباد بآلائه العظيمة وأفضاله الكريمة

"فله الحمد والشكر والمنة".

أعبر عن أعمق امتناني وخالص شكري ممزوجين بالاحترام للأستاذ المشرف الدكتور "عبد العزيز حداد" الذي سهل لي عبور دروب هذا العمل بالرغم مما فيه من مشاق، ولمرافقته لي طيلة مدة الدراسة ومده يد العون لي وبعثه روح المسؤولية في نفسي والجدية في العمل، فجزاه الله عني كل خير.

والشكر كل الشكر لأبوي العزيزين على دعمهما لي بنصائحهما الرشيدة، خاصة أمي الحبيبة فقد كانت لي نعم السند والرفيق في هذا العمل، كلماتها كانت تزيدني عزما وإصرارا.

كما أتقدم بشكري لكل الأخصائيين النفسانيين وعمال المؤسسات المتخصصة الذين دعموا الجانب الميداني من الدراسة كل باسمه. وإلى الأساتذة الذين لم يبخلوا علي بنصائحهم في مختلف الجامعات الجزائرية والعربية خاصة الأستاذة الدكتورة كركوش فتيحة التي كانت نعم الموجهة تتقرب بزوغ فجر هذا العمل فجزاها الله كل خير، الأستاذة فاطمة موسى والأستاذ شبلي من جامعة الجزائر، الأستاذ فؤاد عيد الجوالدة من جامعة الأردن والأستاذ محمد صالح الإمام من مصر والآخرين. وكذا أساتذة اللغتين الفرنسية والانجليزية، دون أن أنسى الجهد الذي بذله أستاذ اللغة العربية في المراجعة اللغوية.

وأشكر الأخت الرائعة "زينب" على ما قدمته من مساعدة، والأخت العزيزة "آسيا" على جهودها ومساعدتها في كل مراحل المذكرة.

وبكل الامتنان والتقدير أتقدم بشكري للدكاترة الأستاذات الفضليات "كركوش فتيحة، بن يعقوب نعيمة وتريباش ربيعة" اللواتي قبلن مناقشة هذا العمل وتحملن عناء تصفحه وجدن بأوقاتهن من أجل إثرائه بملاحظاتهن القيمة وتوجيهاتهن السديدة.

ولا أنس أبدا تلك الوجوه الغادية والرائحة تبحت عن جواب لتساؤلاتها، وكلها أمل في إيجاد من يعيد البسمة لمحياها "الأمهات اللواتي كن لب الموضوع وثمرته". فلهن مني ألف شكر وتحية على ما قدمنه لهذه الدراسة.

كما لا يفوتني أن أشكر زملائي في العمل على دعمهم ودعائهم المتواصلين.

وأخيرا كل الذين دعموني معنويا عائلي، ريفاتي، أساتذتي وبالأخص زوجي الفاضل الذي تتراص كلماتي صفا لتتحنني إكبارا وتقديرا لعطائه المثالي وشكرا على دعمه اللامتناهي حتى آخر لحظة.

إليك مني جميعا خالص الشكر وأعمق الامتنان وأسمى عبارات العرفان والتقدير.

قائمة الجداول

الرقم	الصفحة
01	بعض أبعاد نوعية الحياة 127
02	درجات الصدق (ن) المميزات العامة لمقياس نوعية الحياة 146
03	درجات الصدق (ن) المميزات العامة لمقياس استراتيجيات المواجهة 147
04	درجات الصدق (ن) المميزات العامة لمقياس الضغط المدرك 148
05	العبارات التي تم تعديلها من طرف المحكمين في مقياس الضغط المدرك 149
06	قيم "ت" لدلالة الفرق بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لمقياس الضغط المدرك 150
07	توزيع الأطفال المؤسسات المتخصصة 152
08	توزيع الأطفال التوحديين حسب الجنس 154
09	توزيع الأطفال التوحديين حسب السن 155
10	المستوى الاقتصادي لأسر الأطفال التوحديين 156
11	توزيع أفراد العينة "الأمهات" حسب السن 157
12	المستوى التعليمي لأفراد العينة "الأمهات" 159
13	كيفية تنقيط بنود مقياس الضغط المدرك 163
14	مستويات الضغط المدرك 164
15	كيفية تنقيط مقياس استراتيجيات المواجهة 166
16	طريقة تدوين نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة 166
17	العرض الإحصائي الوصفي للمتغيرات المستعملة في الدراسة 172
18	العلاقة بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحديين 174

الرقم	الصفحة
19	العلاقة بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحيدين
20	العلاقة بين الضغط المدرك والرضا لدى عينة البحث لدى أمهات التوحيدين
21	العلاقة بين الضغط المدرك والمكانة لدى أمهات التوحيدين
22	العلاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل
23	العلاقة بين الضغط المدرك وإستراتيجية البحث عن حل المشكل
24	العلاقة بين الضغط وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي
25	العلاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال
26	العلاقة بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الايجابي لدى أمهات التوحيدين
27	العلاقة بين الضغط وإستراتيجية اتهام الذات لدى أمهات التوحيدين
28	العلاقة بين الضغط وإستراتيجية التجنب لدى أمهات التوحيدين
29	العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحيدين
30	العلاقة بين نوعية الحياة والاستراتيجيات المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحيدين
31	العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال

قائمة الأشكال

الرقم	الصفحة
01	النموذج التفاعلي (نموذج مثير – استجابة) 79
02	نموذج سيللي (زملة التكيف العام) مراحل الضغط 81
03	الأساس البيولوجي للضغط 85
04	الاستجابة النفسية الاجتماعية للضغط 88
05	التقدير المعرفي لإدراك الضغط حسب لازاروس وفولكمان 92
06	الآليات الترشيفية لتأثير الضغط على الفرد حسب Rache- Arthur 103
07	التمثيل البياني لنسبة التوحد عند الأطفال التوحديين حسب الجنس 154
08	التمثيل البياني لنسبة التوحد عند الأطفال التوحديين حسب السن 156
09	التمثيل البياني للمستوى الاقتصادي لأسر الأطفال التوحديين 157
10	التمثيل البياني لتوزيع أفراد العينة "الأمهات" حسب السن 158
11	التمثيل البياني للمستوى التعليمي لأفراد العينة "الأمهات" 160

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول والأشكال

الفهرس

22	 مقدمة
25	 1. الإطار العام للدراسة
25	 1.1. تحديد الإشكالية
35	 2.1. صياغة الفرضيات
36	 3.1. أهمية الدراسة
37	 4.1. أهداف الدراسة
38	 5.1. تحديد المفاهيم
38	 1.5.1. التوحد
38	 2.5.1. أمهات التوحديين
38	 3.5.1. نوعية الحياة
39	 4.5.1. استراتيجيات المواجهة
40	 5.5.1. الضغط المدرك
40	 6.1. الدراسات السابقة
40	 1.6.1. الدراسات التي تناولت الضغط والتوحد
41	 2.6.1. الدراسات التي تناولت الضغط واستراتيجيات المواجهة

42	3.6.1. الدراسات التي تناولت نوعية الحياة والضغط
42	4.6.1. الدراسات التي تناولت نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة
44	5.6.1. الدراسات التي تناولت متغيرات البحث
44	6.6.1. التعليق على الدراسات السابقة
46	2. التوحد
46	تمهيد
47	1.2. لمحة تاريخية عن التوحد
49	2.2. تعريف التوحد
53	3.2. نسبة انتشار التوحد
55	4.2. أسباب التوحد
55	1.4.2. الأسباب العصبية
55	2.4.2. الأسباب الكيميائية
56	3.4.2. الأسباب البيولوجية
56	4.4.2. الأسباب الجينية
57	5.4.2. الأسباب النفسية
57	6.4.2. الأسباب الإدراكية
58	5.2. تشخيص التوحد
60	6.2. أعراض التوحد
60	1.6.2. الانسحاب والانعزالية الشديدة
60	2.6.2. القصور اللغوي والكلام النمطي
61	3.6.2. السلوك النمطي المتكرر
61	4.6.2. نوبات الغضب وإيذاء الذات
61	5.6.2. التفكير الاجتراري المنكب على الذات

61	6.6.2. الاستجابة الشاذة للألم.....
62	7.6.2. القصور في السلوك التوافقي.....
62	7.2. خصائص الطفل التوحدي.....
64	8.2. طرق التكفل بالتوحيدين والبرامج الموجهة للآباء.....
64	1.8.2. طرق التكفل بالتوحيدين.....
64	1.1.8.2. العلاج الطبي.....
65	2.1.8.2. العلاج النفسي.....
67	3.1.8.2. البرامج التربوية العلاجية.....
68	2.8. البرامج الموجهة للآباء.....
68	خلاصة.....
69	3. الضغط النفسي والضغط المدرك.....
69	تمهيد.....
69	1.3. لمحة عن ظهور مفهوم الضغط.....
71	2.3. تعريف الضغط.....
74	3.3. مصادر الضغط.....
74	1.3.3. ضغوط اجتماعية ونفسية.....
74	2.3.3. ضغوط السمات الشخصية والسلوكية.....
75	1.2.3.3. نمط الشخصية النشطة.....
75	2.2.3.3. نمط الشخصية المرنة.....
75	3.3.3. ضغوط مادية أو اقتصادية.....
75	4.3.3. ضغوط سياسية.....
75	5.3.3. ضغوط ثقافية.....
76	6.3.3. ضغوط مهنية.....

76	 7.3.3. ضغوط أكاديمية.
76	 8.3.3. ضغوط الأحداث الطبيعية والبشرية.
77	 4.3. النماذج المفسرة للضغط.
77	 1.4.3. النموذج المثير.
77	 2.4.3. نموذج الاستجابة.
77	 1.2.4.3. النزعة الفسيولوجية.
78	 2.2.4.3. النزعة المعرفية.
78	 3.4.3. النموذج التفاعلي أو التكاملي.
80	 4.4.3. نموذج العجز المكتسب.
81	 5.3. مراحل الضغط.
81	 1.5.3. مرحلة الإنذار أو الاستجابة.
82	 2.5.3. مرحلة المقاومة.
82	 3.5.3. مرحلة الإنهاك.
83	 6.3. الضغط السلبي والضغط الإيجابي.
86	 1.6.3. الضغط السلبي.
84	 2.6.3. الضغط الإيجابي.
85	 7.3. الاستجابة للضغط النفسي.
85	 1.7.3. الأساس البيولوجي للضغط.
87	 2.7.3. الاستجابة النفسية الاجتماعية للضغط.
90	 8.3. الضغط المدرك.
90	 1.8.3. مفهوم الضغط المدرك.
93	 2.8.3. محددات الضغط المدرك.
93	 1.2.8.3. العوامل الفردية.
93	 2.2.8.3. العوامل الوضعية.

94	 3.8.3. أنواع الضغط المدرك
94	 1.3.8.3. الضغط على المستوى الفردي
94	 2.3.8.3. الضغط على مستوى العائلة
95	 3.3.8.3. الضغط الاجتماعي والمهني
95	 9.3. معاشية الضغوط ومعالجتها
96	 خلاصة
97	 4. استراتيجيات مواجهة الضغط
97	 تمهيد
97	 1.4. تاريخ استراتيجيات المواجهة
98	 2.4. مفهوم المواجهة
100	 3.4. النماذج المفسرة لاستراتيجيات المواجهة
100	 1.3.4. النموذج التحليلي
101	 2.3.4. نموذج نظريات سمات الشخصية
102	 3.3.4. النموذج الحيواني
103	 4.3.4. النموذج المعرفي
103	 1.4.3.4. مرحلة الحدث الضاغط
104	 2.4.3.4. مرحلة التقييم الأولي
104	 3.4.3.4. مرحلة التقييم الثانوي
104	 4.4.3.4. مرحلة إعادة التقييم
105	 5.4.3.4. مرحلة المواجهة
105	 6.4.3.4. مرحلة نتائج المواجهة
107	 4.4. تصنيف استراتيجيات المواجهة
107	 1.4.4. تصنيف كوكس وفيرجيسون
107	 2.4.4. تصنيف موس وبيلينغ

108	 تصنيف كوهن. 3.4.4
108	 تصنيف سولس وفليتشر. 4.4.4
109	 تصنيف لطفي عبد الباسط. 5.4.4
109	 تصنيف طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين. 6.4.4
110	 تصنيف فولكمان ولازاروس. 7.4.4
110	 وظائف استراتيجيات المواجهة. 5.4
112	 مميزات استراتيجيات المواجهة. 6.4
113	 العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة. 7.4
114	 العوامل الشخصية. 1.7.4
114	 مركز التحكم. 1.1.7.4
114	 الالتزام. 2.1.7.4
114	 تقدير الذات. 3.1.7.4
114	 نمط الشخصية. 4.1.7.4
114	 الصلابة النفسية. 5.1.7.4
115	 الاحتمال. 6.1.7.4
115	 فعالية الذات. 7.1.7.4
115	 العوامل الموقفية. 2.7.4
115	 طبيعة الموقف وخصائصه. 1.2.7.4
115	 الدعم والمساندة الاجتماعية. 2.2.7.4
116	 العوامل الديمغرافية. 3.7.4
116	 العمر الزمني والفروق بين الجنسين. 1.3.7.4
116	 المستوى الاقتصادي. 2.3.7.4
117	 استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال. 8.4
117	 استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل. 1.8.4

118	إستراتيجية البحث عن حل المشكل.	1.1.8.4
118	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي.	2.1.8.4
119	استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.	2.8.4
120	إستراتيجية التهرب أو التجنب.	1.2.8.4
120	إستراتيجية اتهام الذات.	2.2.8.4
120	إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي.	3.2.8.4
121	التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات.	9.4
122	خلاصة.	
123	5. نوعية الحياة.	
123	تمهيد.	
123	1.5. لمحة تاريخية عن نوعية الحياة.	
125	2.5. تعريف نوعية الحياة.	
126	3.5. مجالات نوعية الحياة.	
126	1.3.5. المجال الجسدي لنوعية الحياة.	
126	2.3.5. المجال النفسي لنوعية الحياة.	
127	3.3.5. المجال الاجتماعي لنوعية الحياة.	
127	4.5. أبعاد نوعية الحياة.	
128	5.5. قياس نوعية الحياة.	
128	1.5.5. المقاييس العامة	
128	2.5.5. المقاييس الخاصة.	
129	6.5. نوعية الحياة والتوحد	
129	7.5. نوعية الحياة والضغط واستراتيجيات المواجهة.	
130	خلاصة.	
131	6. مواجهة الضغط الناتج عن التوحد.	

131	تمهيد.....
131	1.6. أثر إصابة الطفل على المعاش النفسي للأم.....
132	2.6. ردود فعل الآباء نحو الإصابة.....
132	1.2.6. مرحلة الصدمة.....
132	2.2.6. مرحلة الإنكار.....
133	3.2.6. مرحلة سلب الإرادة.....
133	4.2.6. مرحلة الشعور بالذنب.....
134	5.2.6. مرحلة الغضب.....
134	6.2.6. مرحلة التقبل.....
135	3.6. الأزمات المعاشة من طرف الأولياء.....
135	1.3.6. أزمة الصدمة.....
135	2.3.6. أزمة القيم.....
135	3.3.6. أزمة الواقع.....
136	4.6. الضغط المدرك والتوحد.....
136	5.6. مسببات الضغط لدى عائلات التوحديين.....
136	1.5.6. أسباب متعلقة بالتوحد.....
137	2.5.6. أسباب متعلقة بالطفل.....
138	3.5.6. أسباب متعلقة بالمستوى الاقتصادي للأسرة.....
138	4.5.6. أسباب متعلقة بالمجتمع.....
139	5.5.6. أسباب نفسية.....
139	6.6. أنواع الضغوط الخاصة بعائلات التوحديين.....
140	7.6. أساليب مواجهة الضغط الناتج عن التوحد.....
142	8.6. الأم والتوحد.....
143	خلاصة.....

144	7. الأسس المنهجية للدراسة
144	تمهيد.....
144	1.7. الدراسة الاستطلاعية.....
145	1.1.7. أهداف الدراسة الاستطلاعية.....
145	2.1.7. عينة الدراسة الاستطلاعية.....
145	3.1.7. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....
150	2.7. منهج الدراسة.....
150	3.7. حدود الدراسة.....
150	1.3.7. الحدود المكانية.....
151	2.3.7. الحدود الزمانية.....
151	4.7. مجتمع الدراسة.....
153	5.7. عينة الدراسة.....
153	1.5.7. طريقة اختيار العينة.....
153	2.5.7. نوع العينة.....
153	3.5.7. خصائص العينة.....
154	1.3.5.7. خصائص الأطفال.....
157	2.3.5.7. خصائص الأمهات.....
160	6.7. أدوات جمع البيانات.....
160	1.6.7. دليل المقابلة.....
162	2.6.7. سلم الضغط المدرك.....
165	3.6.7. مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط.....
168	4.6.7. مقياس نوعية الحياة.....
169	7.7. أدوات تحليل البيانات.....

169	8.7. صعوبات الدراسة
170	خلاصة
171	8. عرض وتحليل ومناقشة النتائج
171	تمهيد
172	1.8. العرض الوصفي لنتائج الدراسة
174	2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة
174	2.1.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى
175	2.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
179	3.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية
182	4.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
186	5.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الثالثة
189	6.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
194	7.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفريضة العامة الرابعة
196	8.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية
200	خلاصة
201	الاستنتاج العام
205	الخاتمة
210	المراجع
223	الملاحق

مقدمة

تمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديرة بالاهتمام لما لها من تأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، ولما تسببه من تكاليف باهظة جراء علاج الأمراض والمشكلات التي تنجم عنها أو تترافق معها. ورغم تعدد مصادر الضغط وتنوعها تبقى إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض من العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغط [1]، ص 39.

وقد حظيت الضغوط الناتجة عن الإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية اهتمام العديد من الباحثين لأنه غالباً ما يمتد الاضطراب إلى أبعد من إصابة الفرد ليشمل الأسرة والأقارب، خصوصاً الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديداً إذا كان مصاباً بالتوحد لأنه من أعقد الاضطرابات وأصعبها لما يتسم به من الانغلاق والنمطية، ولما يتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر. كما أنه من بين أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل ولوالديه، ويعود ذلك إلى أن "هذا الاضطراب يتميز أيضاً بالغموض والغربة وتداخل بعض مظاهره السلوكية مع أعراض اضطرابات أخرى، فضلاً عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين" [2]، ص 12. وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات المحمولة على عاتقها "أم، ربة بيت، زوجة" وبين الاهتمام الزائد بابنها حيث يضطرها في كثير من الأحيان إلى التنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع من التوافق النفسي والأسري.

ومهما تكن الإجراءات المتخذة للتخفيف من حدة الضغط الناتج عن التوحد إلا أن الموقف يتطلب تعرف الأم عليه وعلى الطريقة التي تواجهه بها بالاعتماد على ما تملكه من معارف وما تقوم به من مجهودات في سبيل التكفل الجيد بابنها، لأن مواجهة الضغط تتطلب استراتيجيات معرفية وسلوكية تساعد على تخطي موجة الضغط تلك أو على الأقل التخفيف منها. ولتحقيق ذلك التخطي أو التخفيف يعتمد الفرد على الموارد الخاصة به (الذاتية) والموارد الخارجية بما فيها المحيطين بالفرد وما يقدمونه من مساعدات وكذا ظروف الحياة التي يعيشها الفرد ونوعيتها.

ومن أجل تشخيص ظاهرة الضغط لدى أمهات الأطفال التوحديين وكيفية مواجهتها من خلال نوعية الحياة التي تعيشها، قمنا بإجراء الدراسة الحالية التي جاءت للتحقق من وجود علاقة بين نوعية الحياة الخاصة بأمهات التوحديين واستراتيجيات المواجهة والضغط المدرك.

ولتغطية الموضوع والإلمام بالمتغيرات التي يحتويها، قسمت هذه الدراسة إلى بابين: باب نظري وآخر ميداني، كما تضمنت ثمانية فصول ابتداء بالفصل الأول الذي يمثل الإطار العام للدراسة وهو بمثابة تقديم حيث تطرقنا فيه إلى: تحديد الإشكالية، صياغة الفرضيات، أهمية الدراسة وأهدافها وأخيرا تحديد المفاهيم والدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني تناولنا فيه التوحد ويتضمن لمحة تاريخية عن التوحد، تعريف التوحد، نسبة انتشاره، أسبابه، التشخيص وأعراض التوحد ثم خصائص الطفل التوحيدي وفي الأخير طرق التكفل بالأطفال التوحديين والبرامج الموجهة للآباء.

كما تم التطرق في الفصل الثالث إلى الضغط النفسي والضغط المدرك حيث تناولنا فيه لمحة عن ظهور مفهوم الضغط ثم أوردنا التعاريف الخاصة به، مصادره والنماذج المفسرة له يلي ذلك مراحل الضغط والضغط السلبي والإيجابي متبوعا بكيفية الاستجابة للضغط النفسي، كما تم التطرق إلى الضغط المدرك، مفهومه، محدداته وأنواعه وأخيرا معاشة الضغوط ومعالجتها.

ويتضمن الفصل الرابع استراتيجيات مواجهة الضغط والذي تطرقنا فيه إلى تاريخ استراتيجيات المواجهة، مفهوم المواجهة، النماذج المفسرة لاستراتيجيات المواجهة وأهم تصنيفاتها يلي ذلك وظائف استراتيجيات المواجهة ومميزاتها ومن ثم العوامل المؤثرة فيها مع عرض استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال ثم التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات.

أما الفصل الخامس المسمى بنوعية الحياة فقد تناولت فيه الباحثة لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة مروراً بالتعريف والمجالات الخاصة بنوعية الحياة، وصولاً إلى أبعاد نوعية الحياة وقياسها، وأخيراً نوعية الحياة والضغط ثم نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة.

وفي الفصل السادس تم التطرق إلى كل المتغيرات المستعملة في الدراسة تحت عنوان مواجهة الضغط الناتج عن التوحد بدءاً بأثر إصابة الطفل على المعاش النفسي للأُم مروراً بردود فعل الآباء نحو التوحد والأزمات المعاشة من طرف الأولياء، وصولاً إلى الضغط المدرك والتوحد، وكذا مسببات الضغط لدى عائلات التوحديين. كما تم تسليط الضوء في ذات الفصل على أنواع الضغوط الخاصة

بعائلات التوحديين وأساليب مواجهة الضغط الناتج عن التوحد. ليختتم الفصل بأهم عنصر ألا وهو الأم والتوحد.

أما الباب الثاني فقد خصص للجانب الميداني ويتضمن فصلين هما الفصل السابع والثامن حيث خصص الفصل السابع لعرض الإجراءات الميدانية للدراسة، بينما خصص الفصل الثامن لعرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة والاستنتاج العام ثم الخاتمة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1. تحديد الإشكالية

يعتبر ميلاد طفل في الأسرة حدثاً سعيداً ونهاية قلق وانتظار طويل. حيث ينظر الكثير من الآباء إلى الطفل كامتداد للذات أو النفس، إذ أن الطفل يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاد الطفل يزيد من قوة العلاقة الموجودة بالفعل بين الزوج والزوجة [3].

ويترجم الوالدان في مشروع الطفل المستقبلي أي الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما، ويحققان رغباتهما غير المشبعة من خلال الطفل، وهذه التوقعات المثالية ستوضع على المحك أثناء المواجهة مع واقع وحقيقة الطفل بعد الولادة حيث يقول "F.Philipot Lejeune" إن الآباء عادة ما يستبدلون الطفل الخيالي بالطفل الواقعي عند الولادة [4]، ص 57. ولكن ليس من السهل أن يتحمل الإنسان مسؤولية الأبوة والأمومة وذلك لأنها من أصعب المسؤوليات، وخصوصاً إذا ما أصبح الإنسان أباً أو أما لطفل لديه اضطراب أو قصور أو خلل من الناحية الجسمية أو العقلية. حيث يتوقع الآباء دائماً الكمال والسواء لأطفالهم حديثي الولادة، ولذا فأى شيء أقل من المتوقع يمثل صدمة للوالدين. ويذكر "Jordan (1961)" أن هناك توقعات يحتفظ بها الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة، فإذا ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة للآباء. وغالباً ما يثير هذا الاكتشاف مشاعر طبيعية يمتزج فيها الخوف بالألم وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج والعجز والقصور [5]، ص 02.

كما قد يعتبر الأولياء أن المشروع الذي يربطهم بطفلهم اهتز إلى الأبد وعليه تدفن جميع رغباتهم (التمدرس، الاستقلالية، الحياة المهنية والعاطفية وتواصل النسل...) [4]، ص 58. وبالتالي فإن اكتشاف حالة إعاقة أو اضطراب في الأسرة تضع الوالدين أمام واقع مر وحقيقة صعبة التصديق. ومن بين الاضطرابات التي يكتشفها الآباء لدى أبنائهم يبقى "التوحد" من أكثر الاضطرابات تعقيداً نظراً لما يتسم به الطفل المصاب به من الانغلاق والانعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم، حيث قدم

ليوكانر Kanner Léo (1943) وصفا للأطفال التوحديين المصنفين على أنهم متخلفين عقليا والذين أطلق عليهم بعد ذلك مصطلح **التوحد الطفولي المبكر**، حيث لاحظ استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار وبعدهم عن الواقعية وعدم التجاوب مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما ولو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم، ومنه استحالة تكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال. [6]، ص 07.

وجاء بعده العديد من العلماء الذين تحدثوا عن التوحد وأعراضه التي تتسم بالغرابة والنمطية والغموض في بعض الأحيان واتفقوا كلهم على أن التوحد من أكثر الاضطرابات صعوبة وتعقيدا حيث يذكر **عبد الرحمن العيسوي (2005)** أن الطفل الذاتوي يشكل مشكلة مؤلمة جدا، لا لنفسه وحسب وإنما لأسرته ومعلميه، فهو شديد الانعزال والانطواء والانزواء على ذاته لدرجة يصعب الاتصال معه بأي صورة من صور الاتصال، ويعاني كذلك من صعوبات بالغة في تعلم اللغة.

ونظرا للتقدم الذي عرفته وسائل التشخيص فإن التوحد لم يعد كما في السابق غير موجود أو غير معروف - ولو أن هذا الأمر ليس من السهولة بمكان - فإن أعداد المصابين بالتوحد في تزايد مستمر، حيث أشار إلى أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال تتراوح ما بين 02 - 03 حالات في كل 10 آلاف مولود. لذا وحتى فترة قريبة أعطت الدراسات السببية نسبة انتشار التوحد (من 2 إلى 4) حالات من 10000 مولود. لكن هذا العدد ممكن أن يتغير بتغير معايير التشخيص كما تم الإشارة إليه سابقا [7].

وفعلا حدث ذلك وازدادت نسبة التوحد عما كان معروفا سابقا، فالدراسات تشير إلى أن هذا الاضطراب بدأ ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا حسب ما جاء في التقرير الذي نشره مركز الأبحاث في جامعة كامبردج حيث أصدر تقريرا بازدياد نسبة التوحد حيث أصبحت 75 حالة في كل 10 آلاف حالة من عمر 5-11 سنة [8]، ص 06.

أما الدراسات التي قام بها **ايهالر وجيلبيرغ Ehler & Gilberg (1993)** تشير إلى أن نسبة حالات الإصابة بالتوحد هي 36 لكل 10 آلاف للمواليد ما بين عام 1975 وعام 1983. وأشار لايدلر إلى الفرق في نسبة انتشار التوحد بناء على التقارير التي كانت ترفع إلى الكونغرس الأمريكي بأعداد الأفراد التوحديين حيث كانت في 1993، 4 لكل 10 آلاف فرد، وأصبحت في عام 2003 تقارب 24 من كل 10 آلاف فرد. وهذا راجع إلى زيادة أدوات الكشف والتشخيص والمختصين ثم بدأ اضطراب التوحد ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا حسب ما جاء في التقرير الذي نشره معهد أبحاث التوحد، والذي

يشير إلى زيادته بنسبة كبيرة، حيث أصبحت تمثل 75 حالة في كل 10 آلاف طفل من عمر (5- 11 سنة)، وتعتبر هذه النسبة كبيرة عما كان معروف سابقا وهو 05 حالات في كل 01 ألف طفل.

وفيما يخص البيئة العربية تذكر رابية حكيم (2004) أنه حتى الآن لا توجد إحصائيات تحدد نسبة وجود التوحد ومن خلال عملها بعيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال أن حوالي 40 من الحالات التي تدخل العيادة تكون لديهم بشكل عام صعوبة في التواصل وحوالي النصف منهم يحصل على تشخيص التوحد. كما ذكرت ليلي العياضي (2007) أن آخر إحصائية للجمعية السعودية للتوحد عام 2005 وجدت أن عدد المصابين بمرض التوحد بلغ 120 ألف حالة وهي في تزايد سنوي [9].

والوصف الذي قدمه "Kanner" والذين جاؤوا من بعده يعرض خصائص الطفل التوحدي التي تتسم بالغرابة والنمطية والتكرار والشذوذ أحيانا، ويجعلها خصائص ذات وقع حساس على الأسرة. "فالطفل التوحدي قد يغير حياة الأسرة وفي بعض الأسر يصبح التغيير جذريا، ولاشك أن جميع أفراد الأسرة يتأثرون وأن كل فرد يتأثر بطريقة قد تختلف عن الطريقة التي يتأثر بها الآخرون، وغالبا ما تتكاثر المشاعر والصراعات والمشكلات التي يقتضيها كون المرء أبا أو أما أو أخا أو جدا أو عما أو خالا لطفل توحدي، ويمر جميع الآباء ببعض مشاعر الذنب، وعدم الكفاءة والإحباط والتوتر" [10]، ص 40. ولهذا فإن التعرف أكثر على هذا الاضطراب سيمدنا بفهم أوسع لمعاناة أمهات التوحديين حتى ولو كان الوصف الذي قدمه كانر يكاد يجمع الكثير من الخصائص التي تتناولها التعاريف الحالية.

إذن التوحد هو اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي وقصور صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية والإيماءات مع استخدام نمطي ومتكرر للغة وغياب السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات [11]، ص 30. هذه السلوكيات التي تتسم بالغرابة والنمطية والتكرار وتفتقر إلى الهدف من القيام بها، وغيرها من السلوكيات التي يراها المحيطون بالمصابين بالتوحد مزعجة ويرون أنفسهم غير قادرين على التحمل، "وتشير الدراسات إلى أن أهل التوحديين يتعرضون لضغط نفسي يفوق الضغط الذي يتعرض له أهل المصابين بالتخلف العقلي ومتلازمة داون، وذلك بسبب خاصية التوحد المتميزة" [12]، ص 281.

وغالبا ما تكون الصدمة أول رد فعل للآباء عندما يتم تشخيص طفلهم على أنه توحدي ثم تليها فكرة عدم التقبل فيسيطر عليهم الغضب نتيجة لشعورهم بالذنب ولاعتقادهم أن توحديتهم ابنهم لابد أن تكون ناتجة عن خطأ شخص ما، ومن ثم يستسلم الآباء للهم والغم والشعور بالإحباط والاكتئاب. وكلها عبارة عن ردود أفعال طبيعية تتكرر لديهم مرات عديدة، وبعد ذلك يبدأ الوالدان بمواجهة مشاعرهما

ويدركان أنهما لا يستطيعان أن يخطوا خطوة للخلف كما لا يستطيعان إلا أن يسيرا إلى الأمام فحسب
ولسوف يأتي اليوم الذي يقبلان فيه توحيدية ابنهما [10]، ص 68.

وهذه الانفعالات الناجمة عن ميلاد ذلك الطفل وإدراك حقيقته تؤدي إلى توليد ضغوط داخل الأسرة، وهذا ما أشار إليه **CRINIC وآخرون (1993)** بأنه لا يوجد مكان يتأثر لوجود طفل معاق أكثر من الأسرة، لأن ولادة طفل معاق يمثل ضغطا له قيمة داخل الأسرة مسببا بذلك صدمات عديدة تؤثر على التفاعل الأسري وتؤدي إلى حدوث تغيرات في حياة أعضاء الأسرة [5]. وعلى ذكر الضغط نضطر أولا إلى ضبط هذا المصطلح فهو حسب ما أشار إليه **السمادونى** بأنه إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة للمواقف التي يواجهها في البيئة ويشعر أنها تهدد أمنه وسلامته وتسبب له ضيقا وتوترا [13]، ص 127.

وكما ذكر آنفا أن التوحد يؤثر على الأسرة ويعرضها للضغط. فالطفل التوحدي له خصائص تختلف عن الأطفال الآخرين وإمكانياته محدودة نظرا لما يعانيه من قصور في السلوك، ومحدودية في المعارف تجعله لا يقدر أن يحقق توقعات الوالدين بالإضافة إلى متطلبات رعايته وتحديد المسؤوليات وتوزيع الأدوار بالأسرة كلها عوامل تساهم في نشأة الضغط في أسرة الطفل [14]، ص 27. كما تؤدي خصائص الطفل إلى توليد ضغوط في الأسرة وذلك من خلال ما يراه **جمال الخطيب وآخرون (2002)** أن فشل الطفل في تحقيق ما يتوقعه الآباء والأمهات يكون مصدرا هاما للضغوط، فالتوقعات غير الواقعية هي مصدر للضغط وقد يصبح الفرد منزعا من شيء ليس له أصل ضاغط بل لأنه لا يتناسب مع ما كان يتوقعه. ويرى **محمد حسن غانم 2008** أن مرض أحد الأبناء يمثل مصدرا هاما من مصادر الضغوط الخاصة بالزواج والعلاقة بالجنس الآخر [15]، ص 200. لتأتي العديد من الدراسات والبحوث التي تؤكد أن أسر الأطفال العاديين أكثر استقرارا وأقل تعرضا للضغوطات من أسر الأطفال المعاقين. فوجود طفل باحتياجات خاصة في المنزل يؤثر بشكل كبير جدا على نمط حياة الأسرة وبالأخص حياة الأم [16].

وقد أشارت دراسة **جنيفر (Jennifer et al, 2002)** إلى أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من ضغوط نفسية شديدة بمقارنتها بأسر الأطفال العاديين، وأبرز مصادر الضغوط احتياجات الطفل التوحدي ورعايته بالإضافة إلى الضغوط المالية [2]، ص 249. كما أثبتت دراسة **ولف Wolf (1989)** بأن أسر الأطفال التوحديين يعانون ضغوطا والدية بدرجة كبيرة، فالاضطراب الطفل نتائج عكسية على سعادة الوالدين كما أن مطالب الرعاية الخاصة والاحتياجات لتأخر النمو والقلق على مستقبل الطفل وانعزال الوالدين عن الأصدقاء بسبب ظروف الطفل، كل هذا يعد مصدرا من مصادر الضغوط التي تفرض انعكاسات جسمانية وانفعالية على الوالدين [6]، ص 12.

ويرى "سليمان عبد الواحد يوسف (2010)" أن وجود طفل مصاب بإعاقة التوحد في الأسرة يمثل مصدرا للضغوط النفسية لدى كل من الأب والأم حيث تبرز مشاعر الصراع والتشاحن إلى سطح الحياة، وتصبح التعاملات اليومية مجالا للمنازعات وتبادل الاتهامات، وفي بعض الحالات يصل الشعور بالضغط إلى أقصى حد وهو الرفض التام والإنكار المطلق لوجود الطفل التوحدي.

بناء على ما سبق فإن ما ذكر من مصادر الضغط نتيجة اكتشاف التوحد وإدراك حقيقة الطفل، إمكانياته، أعباء الرعاية ومتطلبات التربية والاهتمام وتوزيع الأدوار كلها تعتبر مصادر داخلية للضغط خاصة بالأسرة. "أما المصادر الخارجية للضغط فهي تتمثل في رفض المجتمع للطفل والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين الذي يعتبر مصدرا هاما للضغوط. فنظرة الشفقة من قبل الآخرين، واستغرابهم وأسئلتهم تسبب للآباء والأمهات التوتر والقلق والخجل مما أصاب الطفل، وهذا ما يدفعهم للابتعاد عن الآخرين والعزلة الاجتماعية والانسحاب ويترتب على ذلك الشعور بالإحباط والفشل فتزداد لديهم مشاعر الغضب والعدوانية اتجاه الآخرين مما يزيد من ابتعاد الآخرين عنهم" [17]. وزيادة على هذا يعتبر

بعض الآباء ما أصاب ابنهم وصمة عار. وهذا ما أشارت إليه دراسة **Levinson et Strling (1981)** حيث تمثلت وصمة العار في الشعور بالصدمة والشعور بالشفقة وإدراك الآثار السلبية في المحيط الاجتماعي والحد من النشاط الاجتماعي للأسرة. كما اعتبر **Baster (1989)** أن وصمة العار تمثل ضغطا في التفاعلات الاجتماعية لوالدي الأطفال التوحديين [3].

من خلال ما تم ذكره رأينا كيف أن إصابة أحد الأبناء بالتوحد تزلزل كيان الأسرة وتمثل مصدرا هاما للضغوط الأسرية على غرار الاضطرابات الأخرى التي من الممكن أن تظهر في الأسرة، وذلك بسبب ما ذكر سابقا أن هذا الاضطراب معقد وغامض وليس من السهولة بمكان تشخيصه في فترة وجيزة كما أنه مكلف على كل الأصعدة.

هذا فيما يخص الضغط الذي تتعرض له الأسرة ككل، أما الأم التي عادة ما تلازم الطفل طوال الوقت خصوصا في السنوات الأولى من حياته، فقد حددت دراسة **ميكناشي وميتر Meconachie et Mitter (1983)** أهم حدث من بين الأحداث الضاغطة التي تؤثر على الأمهات وتجعلن يشعرن بالتوتر والإحباط وهو اضطرار بعض الأمهات لتترك عملهن بسبب الوقت الإضافي المطلوب منهن لرعاية الابن حيث تجد الأمهات صعوبة في الخروج للعمل بسبب الاحتياجات الزائدة للابن، وقد ينعكس ذلك على الناحية المادية للأسرة [18]، ص 60. وفي أغلب الأسر تكون الأم هي محور التفاعل مع الأطفال عموما، لذا فهي معرضة أكثر من غيرها للضغوط والصدمات. وفي مجتمعاتنا العربية تعاني

الأم من اللوم المباشر أو غير المباشر من قبل الأقارب والمجتمع وأحيانا الزوج أيضا. فالمجتمع والأقارب يكونون أحيانا في غاية القسوة على الأسرة ويتهمونها بعدم السعي بشكل جدي لمساعدة أبنائهم أو أنهم هم الذين تسببوا في مشكلة ابنهم. أما الأب هو الآخر قد يكون عامل ضغط على الأم عندما يلقي اللوم عليها ويقلل من قيمة مجهودها أو يحبطها بعدم الجدوى من بذل الجهود لمساعدة الطفل [16]، ص 313.

هذا وبينت إليزابيث ستانلي **Elizabeth Stanley (2001)** أن الصعوبات التي يجلبها الطفل التوحيدي للأسرة هائلة خاصة بالنسبة للأم، ومهما كان مقدار عطائها عظيما فإن الطفل لا يزال بحاجة إلى المزيد من الرعاية، ويشعر الأشقاء بأنهم منبوذون من قبل الأم التي تركز معظم جهودها لرعاية الطفل التوحيدي [14].

ونتيجة للأعباء الإضافية للأم فإنها قد تصبح غير قادرة على أداء أغلب المهام التي كانت تؤديها من قبل بحكم أن الأم بفطرتها تلعب دورا أكبر في تربية الأبناء والاهتمام بكافة أفراد الأسرة. وعندما يكبر الطفل فإن الأم تعاني من عدم التوازن بين فطرتها الأساسية التي تدعوها لحماية ابنها وحاجته للاستقلال وتجريب سلوكيات جديدة، خاصة عندما تشاهده يتألم ويفشل لمرات متعددة مما يجعلها مشغولة عن باقي أفراد الأسرة [16].

وأبعد من ذلك ترى **ناهد حويسر** أن ما تعانيه أمهات الأطفال التوحيدين يكون مؤلما إلى درجة أنهم يمررون بمرحلة إنكار الذات وعدم التصديق والحزن عند إدراكهن حقيقة الطفل مما ينتابهن صدمة شديدة. فالأم تتألم كثيرا لحالة طفلها وقد يولد لديها شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة، كما يسيطر عليها الشعور بالإحباط والاضطهاد فهي تترقب ابتسامة أو علامة حب ولكنها تصطدم بعدم رغبة ابنها في التواصل [18].

هذه الضغوط التي تعيشها أم الطفل المصاب بالتوحد تدرك من قبلها بطريقة تختلف عن أم طفل آخر سواء كان توحيديا أو مصابا باضطراب آخر وذلك بربط علاقة بين إصابة الطفل بالتوحد وإدراك الأم وتفسيرها لتوحيدي ابنها. "وتتمثل هذه العلاقة في تفسير الأفراد الحدث الضاغط انطلاقا من بنية المعارف لدى الفرد، وفهمه للعالم الخارجي وارضان تصورات الاجتماعية من أجل التحكم في الوضعية" [19].

ذلك أن أحداث الحياة والضغوط النفسية تتأثر بالجانب الإدراكي للفرد من حيث مستوى تقبله أو عدم تقبله وقدرته لمواجهة الضغوط الحياتية، كما أن مستوى الإجهاد النفسي يرتبط بقدرة الفرد على إدراك الموقف وهذا الإدراك قد يكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد. فما يبدو غريباً أو شاذاً

للغير قد يكون مألوفاً وهادفاً للفرد نفسه على حسب التفسير الذي يعطيه للموقف [20]، ص 235. ويختلف هذا التفسير للضغط من فرد إلى آخر ما يجعل الاستجابة للضغط تتنوع، وبالتالي تتنوع طرق التعامل مع الضغوط وتختلف أساليب مواجهتها. وتمثل هذه الأخيرة مجموعة الأفعال والإجراءات التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة والتفاعل معها بطريقة فعالة وناجحة [1]. فبمجرد تعرض الأسرة إلى الضغوط التي يسببها التوحد يلجأ بعض الآباء إلى الهروب العاطفي والبدني وتجاهل مشكلات الطفل واحتياجاته متجنبين بذلك التوتر والغم الذي تسببه لهم توحيدية طفلهم. وقد يتحول هذا الهجر وذلك البعد إلى رفض الطفل مما يؤدي إلى انتقاص الشعور بالكفاءة [10]، ص 158. فيصبح الآباء غير قادرين على مواجهة واقعية هذه المشكلة أو حتى النظر إليها باهتمام أكثر، خصوصاً مع الضغوطات الانفعالية الناتجة عن فترات العناية الطويلة التي تقدم لطفلهم [21].

كما يرى سليمان عبد الواحد يوسف 1 (2010) أن تعرض الآباء والأمهات للضغوط النفسية بسبب مواجهة أزمة إعاقة التوحد يؤدي إلى عدم الاتزان والحاجة إلى المساعدة الخارجية لاستعادة الاتزان والتكيف مع وجود الطفل التوحيدي. "ويعتبر أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي وجهاً من أوجه طلب المساعدة حيث بينت دراسات حديثة أن العلاقات الحميمة والايجابية مع الآخرين تساعد الذهن وتنشط الجسم (الصحة). كما أن السند المقدم من طرف الأسرة والزملاء يساعد على وضع صمام لتخفيف نتائج الأحداث الضاغطة" [22]، ص 353.

زيادة على ذلك فإن معظم الآباء يهدفون إلى تلقي المساندة الاجتماعية بهدف البحث عن حلول قد يجدون فيها ضالتهم في علاج ابنهم والعمل على راحته بغية الوصول إلى راحتهم وإرضاء أنفسهم بأنهم غير مقصرين في الاهتمام والرعاية [14]. ويلجأ بعضهم إلى أسلوب التجنب والإنكار الذي يشمل مشاعر الانقباض التخيلي وإنكار المعاني والنتائج المترتبة على الحادثة وتبليد الإحساس والشعور باللامبالاة إزاء الأحداث الصارمة [2]، ص 241. أما البعض الآخر فيلجأ إلى طلب المساندة الاجتماعية التي تعتبر ضرورية جداً لأن نقص الفهم والوعي والدعم والمساندة قد يجلب نتائج مأساوية. وقد اعترفت بعض الأمهات بالرغبة في إنهاء حياتها لعدم امتلاكها القوة على التعامل مع الضغط الهائل الذي يفرضه التوحد على حياة العائلة [14]، ص 61. كما يتضمن هذا الأسلوب محاولات الفرد للبحث عن مساندة في محنته ويمده بالتوجيه للتعامل مع الحدث وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة ايجابية [22]. وقد أكدت نتائج بعض الدراسات أهمية الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في التخفيف من التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط النفسية [20]، ص 60.

إذن اختلفت الأساليب والاستراتيجيات الساعية إلى خفض الضغط الناتج عن التوحد أو تجنبه كلية من شخص إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى. وتختلف أساليب مواجهة الضغوط أيضاً باختلاف مصادرها

حيث بينت دراسة وليام وأولي **OLLEY ET WILIAM (1997)** حول الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين وأساليب التعامل مع الضغوط وأسفرت النتائج على أن أهم الأساليب المستعملة هي: الهروب، التحاشي، اللجوء إلى التذمر والشكوى والبكاء، تقبل إعاقة الطفل وتحدي الضغوط ومواجهة الموقف [3].

وحول استعمال هذه الاستراتيجيات أشارت دراسة **chooher et Pealin (1978)** إلى أن الاستراتيجيات المعرفية تستعمل بكثرة في حالة حدث مفاجئ غير مراقب غير أن الاستراتيجيات السلوكية تستعمل في حالة ما إذا استطاعت قدرات الفرد تغيير الموقف أو الحدث [23]، ص 45. وحسب **فولكمان ولازاروس Lazarus et Folkman (1988)** وجد أن استراتيجيات التعامل تتأثر بمضمون الوضعية ففي دراسة لهما على 150 فرد تم خلالها تقييم شهري ولمدة تقدر بـ 06 أشهر لأساليب التعامل المستعملة من طرف كل فرد أمام الحدث الأكثر ضغطا المقاس في الشهر الماضي، فوجدوا أنه يمكن لنفس الفرد وفي وضعيات معينة أن يستعمل استراتيجيات معرفية للتعامل تهدف إلى خفض شدة الضغط وفي وضعيات أخرى يستعمل استراتيجيات سلوكية تهدف إلى حل المشكل.

انطلاقا من هذه الدراسة نستنتج نوعين من أساليب مواجهة الضغوط لدى الأمهات، وقد حددها **Lazarus et Folkman (1980)** عموما - وليس فقط عند الأمهات - كما يلي: الاستراتيجيات المركزة حول المشكل والتي تتمثل في البحث عن حل المشكل والدعم الاجتماعي، يكثر اللجوء إليها عند الوضعيات التي تقدر معرفيا عند الشخص على أنها وضعيات قابلة للتغيير والاستراتيجيات المركزة حول الانفعال وتضم استراتيجيات التجنب واتهام الذات، يلجأ إليها عند الوضعيات التي تقدر معرفيا على أنه لا سبيل إلى تغييرها أو أنه ليس هناك إجراء من شأنه أن يزيح الخطر أو الأذى الناتج عنها.

وقد توصل **ديماتيو Dimatéo (1991)** إلى أن استراتيجيات المواجهة تكون ملائمة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من تأثير الوضعية الضاغطة على صحته الجسمية والنفسية [24]، ص 03. وفي هذا الصدد بينت العديد من الدراسات أن الاختلاف في نوع استراتيجية التعامل له أثر مختلف على كافة المظاهر النفسية الاجتماعية التكيفية للفرد. ففي دراسة قام بها **ديين وآخرون Dunnet al (2001)** أين خلصوا إلى أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتعرضون إلى ضغط أكثر من أي إعاقة أخرى، كما بينت هذه الدراسة أن العلاقة بين الضواغط والسند الاجتماعي علاقة عكسية حيث أن استراتيجية السند الاجتماعي تخفف من وطأة الضغط [25].

كما تؤكد ما سبق الدراسة التي قام بها **بيشو Pucheu وآخرون (2004)** والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الإسناد السببي الصحي واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى

المصابين بالقصور الكلوي في المرحلة النهائية والذين يخضعون لتصفية الدم، وخلصت الدراسة أن نوعية الحياة ترتبط سلباً مع استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، في حين أنها ترتبط إيجاباً مع إستراتيجية حل المشكل. ويقصد بنوعية الحياة تقييم الفرد الذاتي للدرجة التي تتحقق بها حاجاته وأهدافه ورغباته الأكثر أهمية وبذلك يحسن خبراته الحياتية والواقعية. ويوحى هذا المعنى لنوعية الحياة بأن تحسين أو تعزيز نوعية الحياة يتطلب تحسين خبرات الفرد الحياتية والواقعية التي تجعله يتبنى الفروض والأفكار والتحليل المنطقي والإيجابي لحياته التي يعيشها [26].

هذا المفهوم الذي أجمعت الدراسات على أنه وسيط بين الضغط واستراتيجيات مواجهته، وله علاقة مع كليهما هو ذو أهمية بالنسبة للفرد في مواجهة الضغط. وهذا ما توصلت إليه دراسة **عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي (2009)** حيث أنهما أجريا دراستهما حول نوعية الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغط النفسي لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية، أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغط النفسي لدى معلمي ومعلمات المدرسة الابتدائية بتبوك.

هذا عن الضغط ونوعية الحياة، أما عن علاقة هذه الأخيرة باستراتيجيات المواجهة فإنه توجد علاقة بين نوعية الحياة وإستراتيجية حل المشكل حسب دراسة **الغندور (1999)** التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين نوعية الحياة وأسلوب حل المشكل [26].

حسب ما تم التطرق إليه سابقاً من أدبيات ودراسات الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة، فإن استراتيجيات المواجهة (سواء المركزة حول المشكل أو المركزة حول الانفعال) تؤثر على تزايد أو انخفاض درجة الضغط لدى الأفراد ، بالإضافة إلى أن هناك علاقة بينهما تكون أحيانا سلبية وأحيانا أخرى إيجابية. واستناداً على التراث السيكولوجي ونتائج الدراسات فإن نوعية الحياة على علاقة استراتيجيات المواجهة عند المصابين بالقصور الكلوي حسب دراسة **بيشو Pucheu وآخرون (2004)**، وفي نفس الوقت لها علاقة عكسية مع الضغط عند معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية حسب دراسة **عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي (2009)**.

ونعود فنشير كما أشار إلى ذلك سليمان عبد الواحد أن العلاقة الجيدة بين الأم و طفلها تشعرها بالسعادة والرضا عن دورها، وتساعدها على تحمل أعبائه ومسؤولية وتلبية حاجاته، وتجعلها أقل تعرضاً للحزن والكآبة، وذلك بترك أثر إيجابي على كل من الأم والطفل التوحيدي [2]، ص 241.

تأسيساً على ما سبق يتضح لنا أن أمهات التوحيدين تعانين من ضغط نفسي جراء إصابة أبنائهن بالتوحد. وهذا الضغط لا يدرك من طرف الأمهات بنفس الصورة وإنما يختلف من أم إلى أخرى (ضغط

مدرک)، الأمر الذي يدفعهم لمواجهة ذلك الضغط باستعمال استراتيجيات متنوعة قد ترتبط بنوعية الحياة التي تعيشها.

وللتحقق من هذه العلاقة بين المتغيرات الثلاثة (نوعية الحياة، استراتيجيات المواجهة والضغط) لدى أمهات التوحيدين في البيئة الجزائرية جاءت هذه الدراسة حيث تم طرح أسئلة الإشكالية كما يلي:

التساؤل العام الأول:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحيدين؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والرضا لدى أمهات التوحيدين؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والمكانة لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤل العام الثاني:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 4- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية البحث عن حل المشكل لدى أمهات التوحيدين؟
- 5- هل توجد علاقة بين الضغط وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى أمهات التوحيدين؟

التساؤل العام الثالث:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحيدين؟

التساؤلات الجزئية:

- 6- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الايجابي لدى أمهات التوحيدين؟
- 7- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية اتهام الذات لدى أمهات التوحيدين؟
- 8- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية التجنب لدى أمهات الأطفال التوحيدين؟

التساؤل العام الرابع:

هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال التوحديين.

التساؤلات الجزئية:

9- هل توجد علاقة ارتباطية نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحديين؟

10- هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحديين؟

2.1. صياغة الفرضيات

للإجابة على هذه التساؤلات ارتأينا اختبار الفرضيات التالية:

الفرضية العامة الأولى: توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحديين.

الفرضيات الجزئية:

1- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحديين.

2- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والرضا لدى أمهات التوحديين.

3- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والمكانة لدى أمهات التوحديين.

الفرضية العامة الثانية:

توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحديين.

الفرضيات الجزئية:

4- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية حل المشكل لدى أمهات التوحديين.

5- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى أمهات التوحديين.

الفرضية العامة الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحديين.

الفرضيات الجزئية:

6- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الايجابي لدى أمهات التوحديين.

7- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية اتهام الذات لدى أمهات التوحديين.

8- توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية التجنب لدى أمهات الأطفال التوحديين.

الفرضية العامة الرابعة:

توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال التوحديين.

الفرضيات الجزئية:

9- توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحديين.

10- توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحديين.

3.1. أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة من خلال المتغيرات التي تضمنتها:

أهمية التوحد في الدراسة تكمن في أنه اضطراب معقد وصعب للغاية بسبب الخلل الواضح الذي يسببه التوحد على المستوى المعرفي للطفل والنمطية والشذوذ في حركات الطفل، ولغته المحدودة جدا التي تصل في بعض الأحيان إلى درجة الانعدام التام. بالإضافة إلى القصور الذي يحدثه في السلوك التكيفي والتواصل مع الآخرين وفي التبادلات العلائقية.

أما اختيار الأمهات لاعتبار أن الأم هي الأقرب للطفل والمسؤول الأول عن رعايته، ونتيجة لما تتلقاه من صعوبات جراء محاولة التوفيق بين رعاية هذا الطفل وأدوارها الأخرى " زوجة، أم، ربة بيت...". خصوصا وأن العبء الكبير في تربية الأطفال ورعايتهم يقع على الأمهات في كثير من المجتمعات من بينها المجتمع الجزائري، حيث يكثر العبء وتكبر المسؤولية إذا كان الطفل مصابا

بالتوحد، لكون التوحد من أعقد الاضطرابات التي تتطلب رعاية خاصة واهتماما كبيرا وتكفلا مستمرا نظرا لما يتميز به التوحد من خصائص غريبة وسلوكيات خطيرة "علاقة غير طبيعية بالأشياء والأحداث، الاستجابات غير الطبيعية للاستثمارات الحسية، تأخر في النمو سلوكيات فوضوية، تجنب الاتصال، إيذاء الذات، الرتابة والروتين، نماذج سلوكية نمطية ومتكررة..." هذا ما يجعلها تعيش حالة من الضغط (كما سبق في الإشكالية) فالضغط النفسي يعتبر ذا دور كبير في نشوء الأمراض النفسية وحتى الجسمية وهو مكلف من الناحية النفسية. مما يستدعي مواجهته أو التخفيف من حدته للقيام بالمهام المخولة بها، وهذه المواجهة (التعامل مع الضغط) ضرورة حتمية كرد فعل ضد الضغط.

وختاما وقع اختيار الباحثة على متغير نوعية الحياة لأنها هي العامل المحرك للأفراد خصوصا إذا كانت من النوع الجيد حيث يكون الفرد راضيا عن نوعية حياته التي يدركها حسب قيمه والإطار الثقافي الذي ينتمي إليه.

بحكم طبيعة الموضوع أنه حديث وقليل التداول حيث أن معظم الدراسات خاصة العربية منها لم تتعرض إليه بما يوفيه حقه - وذلك في حدود اطلعنا طبعاً- ارتأينا تسليط الضوء عليه لمعرفة مستوى الضغط الذي يولده هذا الاضطراب ونوع الإستراتيجية التي تستعملها الأم لمواجهته، في ظل نوعية الحياة التي تعيشها، محاولة منا التحقق من وجود العلاقة بين هذه المتغيرات، ووضعها في قالب علمي يسمح بتطبيقها ميدانيا.

4.1. أهداف الدراسة

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- معرفة مصادر الضغط لدى أمهات الأطفال التوحديين.
- معرفة مدى تأثير التوحد على نفسية الأمهات من خلال التعرف على مستوى الضغط لديهن.
- معرفة أنواع الاستراتيجيات التي تستعملها الأم لمواجهة الضغط.
- معرفة نوعية الحياة التي تعيشها أمهات التوحديين.
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغط عند أمهات التوحديين ومستوى الضغط الناتج عن إعاقة أبنائهن.

5.1. تحديد المفاهيم

فيما يلي تحديد مفاهيم المتغيرات المستخدمة في الدراسة:

1.5.1. التوحد

نجد من الباحثين من يطلق على التوحد مصطلح الذاتوية الطفلية، الانشغال بالذات، الاجترارية، الذهان الذاتي، فصام الطفولة، التمرکز الذاتي، التوحد، الانغلاق الطفولي، الأوتيزم، الانغلاق النفسي. وهكذا نجد أنفسنا في مجال هذا الاضطراب أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى كلمة أجنبية واحدة هي "L'Autisme" غير أنه تتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات استخداماً في الآونة الأخيرة هو مصطلح "التوحد". وفي نفس الوقت لا يعني استخدامه أنه أكثر دقة في التعبير عن مضمون هذا الاضطراب.

أما عن المعنى الاصطلاحي للتوحد فيعرف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم (1992) التوحد بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك، يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أي ما بين "30 - 41" شهر من العمر ويؤثر في سلوكهم ويجعلهم تقريباً يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر [6].

2.5.1. أمهات التوحديين

هن الأمهات اللواتي قدم لهن تشخيص أحد أبنائهن على أنه توحدي من طرف الأخصائي النفسي أو الطبيب العقلي، وتتم مقابلتهن في المراكز والمؤسسات الخاصة بالأطفال المعاقين أو المستشفيات الخاصة بالطب العقلي. أو هن الأمهات اللواتي شخص أبنائهن من طرف الطب العقلي على أنهم توحديين.

3.5.1. نوعية الحياة

اصطلاحاً: هي تقييم الفرد الذاتي لدرجة تحقق حاجاته وأهدافه وطموحاته وأمنيته الأكثر أهمية في الحياة [27].

إجرائياً: هي إدراك أمهات التوحديين لوضعيتهن في الحياة، وعلاقة هذه الوضعية بطموحاتهن وأهدافهن وانشغالاتهن التي يحملنها وفق جهاز القيم الذي اكتسبته والمرجعية الثقافية التي ينتمين إليها. وتتمثل في الدرجة التي تحصل عليها الأمهات عند استجابتهن لمقياس نوعية الحياة المستخدم في الدراسة الذي

أعدت المنظمة العالمية للصحة. كما تظهر نوعية الحياة لديهم من خلال الدرجة الكلية التي يحصلون عليها في مقياس نوعية الحياة المعد من طرف المنظمة العالمية للصحة بأبعاده الثلاثة: الواقع المعاش، الرضا والمكانة.

4.5.1. استراتيجيات المواجهة

اصطلاحاً: نذكر التعريفين المهمين للمواجهة وهما:

- تعريف فولكمان ولازاروس ولوني:

هي مجموع المجهودات المعرفية و السلوكية الموجهة نحو إدارة و تسيير المتطلبات الخارجية و/ أو الداخلية الخاصة التي يدركها الفرد بأنها مهددة وتتجاوز موارده الشخصية.

- تعريف بولهان:

هي مجموعة السيورورات التي تتوسط الفرد في حد ذاته والحادثة المدركة كتهديد من أجل التحكم فيها أو تجاوزها أو الإنقاص من أثرها على الناحية النفسية والجسمية [28]، ص 67.

تعددت تسميات استراتيجيات المواجهة وتنوعت، وذلك ناتج عن ترجمة كلمة "coping"، فترجمه البعض إلى "المواجهة" يوسف سيد(1993)، عبد المعطي(1994)، واستعمل البعض مفهوم "التحمل" عبد الباسط إبراهيم، عبد الله هشام (1994)، واستعمل البعض مفهوم "التعامل" رجب علي (1992)، خليل الشرقاوي(1993)، واستعمل البعض مفهوم "التكيف" علي شعبان محمد (1990)، وترجمه عباس محمود عوض إلى "التأقلم" وترجم المفهوم أيضا "بالمقاومة"، وقد فضل البعض الإبقاء على الكلمة الأصلية "coping" كمصطلح تقني في الثقافات المختلفة.

إجرائياً: هي عبارة عن جهود واستجابات معرفية وسلوكية تستعملها أمهات التوحيدين من أجل تجاوز أو تخفيف حالة الضغط التي تسببها إصابة الطفل بالتوحد، وهي الدرجة الكلية في مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان وآخرون، وهي تنقسم إلى قسمين:

- الاستراتيجيات الموجهة المركزة على المشكل متمثلة في محاولات الحصول على معلومات لحل المشكل واتخاذ القرار بشكل معرفي فعال والبحث عن الدعم الاجتماعي، بنودها هي (01، 03، 04، 06، 10، 13، 15، 16، 18، 21، 23، 24، 27).
- الاستراتيجيات الموجهة المركزة حول الانفعال متمثلة في استراتيجيات التجنب، اتهام الذات أو التآنيب الذاتي وإعادة التقييم الايجابي وبنودها هي: (02، 05، 07، 09، 11، 17، 19، 20، 22، 25، 26، 28، 29).

ومن خلال المقياس يتم تحديد نوع الإستراتيجية المستعملة على حسب البنود المختارة من طرف أفراد العينة.

5.5.1. الضغط المدرك

اصطلاحاً: الضغط هو حالة من التوتر النفسي الذي ينتج عن تعرض الفرد للقوى والضغوط الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، التي تفوق قدرته على مواجهتها [27]، ص 737.

إجرائياً: المقصود به في إطار الدراسة الحالية هي مجموعة (جملة) من المواقف الضاغطة التي تتعرض لها أمهات التوحديين، وتسبب لهن الإحساس بالتوتر والضيق نتيجة لإصابة أبنائهن بالتوحد. ويمثل الدرجة التي تحصل عليها أمهات التوحديين عند استجابتهن لمقياس الضغط المدرك **لكوهن وآخرون** المستخدم في هذه الدراسة.

6.1. الدراسات السابقة

فيما يلي عرض للدراسات السابقة:

1.6.1. الدراسات التي تناولت الضغط والتوحد

- دراسة **هولرويد وآخرون HOLROYED et al (1975)** حيث قاموا بدراسة الضغط الواقع على أسر الأطفال التوحديين (الاولتيزم) المقيمين بالمؤسسات والمقيمين مع أسرهم وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (28 أم- 22 أب) وتراوحت أعمار الأبناء ما بين (1- 18 سنة) وقد تم تقدير مستوى الضغط الأسري بواسطة المقابلات والاستجابات الوالدية للاستبيان الموارد والضغط وتوصلت الدراسة إلى إن هناك علاقة بين عمر الابن والضغط حيث أنه كلما كان عمر الابن كبير كلما زادت الضغوط. وإن الضغط يكون أقل عند أمهات يتواجد ابنها داخل المؤسسات مقارنة باللائتي يتواجد عندها في المنزل [5]، ص 77.

- دراسة قام بها **هولرويد و ماكثر Holoroyd et Mc Arthur (1979)** حيث قارنت بين مستوى الضغط الذي يعبر عنه آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد والأطفال الذين يعانون من اضطراب داون والأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية. وقد وجد الباحثان أن الأسرة تواجه مستويات متباينة من الضغط وأن أسر الأطفال الذين يعانون من حالة التوحد هي الأكبر تعرضاً للضغط.

- دراسة **برستول Bristole (1979)** قامت بدراسة فئة تشخيصية واحدة و هي التوحد لتحديد خصائص الطفل التي ترتبط بالضغوط التي يواجهها الوالدين ولم تكتشف هذه الباحثة أن متغير العمر و

الجنس يرتبطان بالضغط فحسب، ولكنها وجدت أن المشكلات التي يواجهها الوالدان وبالأخص الأم ترتبط بخصائص الشهية ومستوى الاستقلالية ومدى العجز [17]، ص 56.

2.6.1. الدراسات التي تناولت الضغط واستراتيجيات المواجهة

- دراسة دونوفان وأجنس (DONOVAN et AGENES 1998) اهتمت بدراسة الضغوط الأسرية لدى الأمهات اللاتي لديهن مراهقين وأطفال متخلفين أو توحديين واستراتيجيات مواجهة هذه الضغوط حيث تكونت العينة من (72) أم لديهن ابن متخلف عقليا و(72) أم لديهن ابن توحدي، و تتراوح أعمارهم بين (10- 21 سنة) وتوصلا إلى أن هناك فروق دالة بين أمهات المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة، وأمهات المتخلفين عقليا بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط لصالح أمهات الأطفال المعاقين بدرجة بسيطة، والأمهات اللاتي لديهن أبناء توحديين كن يدركن ضغوط أسرية أكبر، كما أن حدة الإعاقة التي تحد من المهارات الاتصالية والعلاقات تسهم بقدر كبير من الضغوط في حياة الأسرة، كما تعتمد الأمهات على المساعدة المهنية لمواجهة هذه الضغوط. [18]، ص 75.

- دراسة رياض يعقوب و خولة يحي (1995): تناولت الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعوقين في عمان، حيث هدفت إلى المساعدة في فهم أسر الأطفال المعاقين في عمان وتكونت عينة الدراسة من 66 أبا وأما لأطفال متخلفين عقليا واستخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية، ومقياس الدعم الاجتماعي، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وأظهرت نتائج الدراسة أن: والدي الطفل يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها: الأسى، الحزن، الألم، الذنب والاكنتاب. بالإضافة إلى أنه كلما ارتفعت درجة الضغط احتاج الوالدان إلى مساندة اجتماعية. كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين درجة الضغوط ودرجة الدعم الاجتماعي [13].

- قامت ليتل Little (2003) بفحص الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال المعاقين ومقارنتها بالضغط لدى الآباء فكانت النتائج أن الأمهات تعانين من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية وتستخدمن أساليب سلبية وإيجابية لمواجهة الضغوط أهمها: طلب الدعم والمساعدة، تناول الأدوية المهدئة ولوم الذات...، كما تبين أن الأمهات تعانين من ضغوط نفسية أشد من آباء الأطفال المعاقين وتلجأ لطلب الدعم والعون والمساندة لمواجهة الضغوط النفسية أكثر من الآباء، حيث أن نسبة 54 % من الأمهات تطلبن المساعدة والعون مقابل 39 % من الآباء.

- وتناولت دراسة المساندة الاجتماعية لدى مجموعة من المسنين المقيمين في دور الإيواء ومجموعة من المسنين المقيمين في أسر طبيعية، و مدى إدراكهم للمساندة الاجتماعية فوجد أن إدراك المسنين

للمساندة الاجتماعية أفضل في حالة الإقامة بين الأسر الطبيعية، إضافة إلى التمتع بالسواء النفسي و الصحة الجسدية أكثر من المسنين المقيمين في دور إيواء مما ينعكس كل ذلك على الحالة النفسية [15].

- **دراسة خرخاش أسماء (2010)** التي قامت بدراسة حول وجهة مركز التحكم ونوع إستراتيجية التعامل أمام الضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم عددهم 52 أب، حيث أسفرت النتائج على وجد علاقة عكسية بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل والضغط المدرك لدى أفراد العينة وكذا وجود علاقة عكسية بين كل من إستراتيجية حل المشكل وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والضغط المدرك. كما توصلت الباحثة أيضا إلى أنه توجد علاقة طردية بين إستراتيجية التجنب والضغط المدرك.

3.6.1. الدراسات التي تناولت نوعية الحياة والضغط

- توصل **عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي (2009)** في دراستهما التي اشتملت أدوات الدراسة على ثلاثة مقاييس لجمع البيانات هي: مقياس نوعية الحياة، ومقياس الرضا الوظيفي ومقياس الضغوط النفسية. توصلتا إلى النتائج الآتية: إيجابية نوعية الحياة لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بتبوك، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بتبوك.

- أجرى **موسى (2008)** دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين نوعية الحياة والرضا الوظيفي والضغوط النفسية، وبتطبيق مقياس نوعية الحياة ومقياس الرضا الوظيفي من إعداد الباحث، ومقياس الضغوط النفسية توصل الباحث إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغوط النفسية، كما أظهرت النتائج إيجابية نوعية الحياة لدى أفراد العينة [26].

4.6.1. الدراسات التي تناولت نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة

- الدراسة التي قام بها **بيشو Pucheu وآخرون (2004)** والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الإسناد السببي الصحي واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي في المرحلة النهائية والذين يخضعون لتصفية الدم، وخلصت الدراسة أن نوعية الحياة ترتبط سلبا مع استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، في حين أنها ترتبط إيجابا مع إستراتيجية حل المشكل.

- وهدفت دراسة أخرى إلى فحص العلاقة بين نوعية الحياة وكل من أساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكتئاب لدى المسنين، ومعرفة أي أساليب المواجهة التي تنبئ بنوعية الحياة لدى المسنين ، وما إذا كان يمكن التنبؤ بنوعية الحياة من مستوى قلق الموت والاكتئاب لدى المسنين، كما هدفت إلى معرفة

مدي الفروق في نوعية الحياة وأساليب المواجهة وقلق الموت والاكتئاب بين المسنين الذكور والإناث، وكذلك الفروق بين المسنين الذين يعيشون بمفردهم والذين يعيشون مع قرينهم (الزوج أو الزوجة) في متغيرات الدراسة . وذلك علي عينة مكونة من (150) مسن ومسننة من محافظة الشرقية، تراوحت أعمارهم بين 60 - 79 سنة، طبق عليهم مقياس نوعية الحياة للمسنين (إعداد الباحثة) ومقياس أساليب المواجهة من إعداد لازاروس و فولكمان " Folkman & Lazarus (ترجمة وتقنين الباحثة) ، ومقياس قلق الموت من إعداد (عبد الخالق ، 1996) ، وقائمة " بيك " المختصرة للاكتئاب (إعداد غريب، 1985) .

- وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين نوعية الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكتئاب لدى عينة الدراسة، بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين والمسنات في أساليب المواجهة.

- كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون بمفردهم والمسنين الذين يعيشون مع قرينهم (الزوج أو الزوجة) في نوعية الحياة وكانت الفروق لصالح المسنين الذين يعيشون مع قرينهم، كما وجدت فروق بينهم في أساليب المواجهة وكانت لصالح المسنين الذين يعيشون مع قرينهم.

- وقد أشارت نتائج الدراسة إلي أن أساليب مواجهة الضغوط التي تركز على المشكلة تنبئ بمستوى نوعية الحياة لدى المسنين بنسبة مساهمة 63 % ، كما أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من أساليب مواجهة الضغوط التي تركز علي الانفعال وذلك بنسبة مساهمة 32%، كما أثبتت كذلك القدرة على التنبؤ بالاكتئاب لدى المسنين من أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة، وذلك بنسبة مساهمة 22%. كما توصلت الدراسة إلي أن نوعية الحياة لدى المسنين وأساليب مواجهة الضغوط سواء التي تركز علي المشكلة أو على الانفعال أو على المشكلة والانفعال معاً والاكتئاب تشكل نموذجاً سببياً مفسراً للعلاقات البيئية المتبادلة بينهم.

- دراسة سيكفاني وبيترانتوني وآخرون (2006) التي تنطوي على عينة 764 للتحقق من أبعاد نوعية الحياة PRATI للعمل (التعب، الشفقة، الارتياح) وعلاقتها مع استراتيجيات التعامل وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية (الإحساس بالانتماء والفعالية الجماعية ، الكفاءة الذاتية) ، تشير النتائج إلى فائدة التمييز بين المؤشرات الايجابية والسلبية لنوعية حياة عمال الطوارئ. فنوعية الحياة ترتبط ارتباطاً ايجابياً مع الارتياح والإحساس بالانتماء للمجتمع. واستخدام استراتيجيات التعامل بالموقع ترتبط خصوصاً ببعد التعب مع استخدام الاستراتيجيات غير الفعالة (المركزة حول الانفعال) مثل النقد الذاتي.

5.6.1. الدراسات التي تناولت متغيرات البحث

- في دراسة قام ليفنه وآخرون (LIVNEH et al 2004)، على عينة مكونة من 121 فرد ذوي أنواع مختلفة من الإعاقات (جسدية، حسية، عقلية، صعوبات التعلم) وذلك للبحث في أربع مجالات هي: الوضعية النفسية – الاجتماعية، إستراتيجية التعامل مع المعتمدة من طرف أفراد العينة، التعامل مع الضغط وعلاقته بالتوافق العلاجي وإدراك نوعية الحياة والرضا العام عن الحياة، ولوحظ انخفاض للضغط العام لدى المتكيفين والذي له ارتباط كبير مع إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكلة وإدراك أكثر لتحكم الأشخاص لمصير حالتهم الصحية، وإدراك عالي لنوعية الحياة والرضا الحياتي [29].

- وفي دراسة لكوسن جل وبريشون شوايتزر – Cousson – Gelie, Bruchon – Schweitzer حول 30 مصابة بسرطان الثدي الأولي يتراوح أعمارهن بين 30 و 70 سنة. أين يتم دراسة أثر عدة عوامل (بيوطبية، نفسية واجتماعية) على نوعية الحياة، حيث أظهرت النتائج أن المريضات يستعملن لمواجهة التشخيص أربع استراتيجيات هي: الضغط المدرك، السند الاجتماعي، اتهام الذات، والتعامل المركز على حل المشكلة بشكل فعال.

6.6.1. التعليق على الدراسات السابقة

بعد الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة نستنتج ما يلي:

- وجود طفل توحدي في الأسرة يعتبر مصدرا هاما من مصادر الضغط النفسي حيث أن مشاكله السلوكية واحتياجاته الخاصة تسبب للأولياء أعراضا نفسية تتمثل في: القلق، الاكتئاب، الشعور بعدم الكفاءة.
- الضغط الناتج عن التوحد هو أكثر حدة بالنسبة للآباء من اضطرابات أخرى.
- الضغط الناتج عن التوحد بالنسبة للطفل المقيم بالمركز مدرك بشدة أقل من الضغط الناتج عن التوحد بالنسبة للطفل الذي يقيم بالمنزل.
- الضغط الذي تتعرض له الأمهات جراء إصابة أبنائهن أعلى درجة من ضغط الآباء.
- يؤثر الضغط الناتج عن التوحد على نفسية الأم فتصبح عاجزة وتابعة لتوحيدية ابنها.
- إجماع على أن درجة الضغط تحتم علينا مواجهتها والتعامل معها في ظل الموارد الذاتية للفرد.
- التوحد يدفع الوالدين إلى استخدام استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغط الناتج عنه.

- اختلاف الأفراد في تعرضهم للضغط وذلك بسبب إدراكهم للضغط فما يراه فرد على أنه حدث ضاغط يمكن أن يكون أمرا عاديا بالنسبة لآخر.
 - تعدد مصادر الضغط عند آباء التوحيدين، مصادر ضغط داخلية وأخرى خارجية.
 - ارتفاع الضغط لدى أسر التوحيدين مقارنة بأسر الأطفال العاديين أو الأطفال المصابين باضطرابات أخرى.
 - يختلف استعمال الشخص لاستراتيجيات المواجهة باختلاف إدراك الوضع الضاغط لديه.
 - فعالية إستراتيجية حل المشكل هي فعالة في التعامل مع كثير من الضغوط وتخفيف الكثير من العوارض.
 - أثر المساندة الاجتماعية جد هام في إمكانية تخفي الفرد للضغوط التي يتعرض لها.
 - ارتباط عكسي مسجل بين استراتيجيات المواجهة والضغط المدرك.
 - ارتباط طردي مسجل بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة.
 - ارتباط عكسي مسجل بين نوعية الحياة والضغط المدرك.
- وبما أن الدراسات السابقة تعتبر قليلة حول العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط عند أمهات التوحيدين ونوعية الحياة والضغط المدرك - في حدود اطلاع الباحثة - ارتأينا تناول هذه الدراسة وتسلط الضوء على العلاقة الموجودة بين نوعية الحياة و استراتيجيات المواجهة والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

الفصل الثاني

التوحد

تمهيد

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو باعتبارها الأساس في بناء الإنسان وتكوين شخصيته وتحديد اتجاهاته المستقبلية. وأي خلل في هذه المرحلة يؤدي إلى عرقلة مسيرة النمو لدى الطفل مثل إصابة هذا الأخير باضطراب التوحد الذي يعد من أكثر الاضطرابات صعوبة وشدة من حيث تأثيره على الطفل وأسرته. وهذا ما يفرض علينا أن نعرف هذا الاضطراب.

وستنطلق في هذا الفصل إلى لمحة تاريخية عن التوحد، مفهوم التوحد، مدى انتشاره وأسبابه ومن ثم ذكر الأعراض والتعرف على خصائص الأطفال التوحديين وأخيرا كيفية التكفل بهم وبآبائهم.

ويتم وصف التوحد من بداية الفصل إلى نهايته على أنه إعاقة (لاضطرار علمي)، إلا أنه ليس كذلك وإنما هو اضطراب من الاضطرابات المجتاحة للنمو (T.E.D) كما أشار إلى ذلك العديد من العلماء خصوصا في المراجع الأجنبية، فلا يوجد مرجع منها وصف التوحد على أنه إعاقة - وذلك في حدود اطلاعنا- واستعملنا لكلمة "إعاقة" لوصف التوحد كان من باب الأمانة العلمية لأنه وجد هكذا في المراجع العربية باعتبار أن كلمة **"trouble"** ترجمت إلى العربية **"إعاقة"**. وما كان من كلام الباحثة فهو موصوف على أنه اضطراب وفيه تفضيل لهذا الوصف علميا وعمليا وهذا ما سنجده في دليل المقابلة (أنظر الملحق رقم 03). كما أن التوحد ليس مرضا عقليا حسب ما أشار إليه علي كامل (2003)، وليست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

هذا بالإضافة إلى غموضه وخصوصيته حيث يشخص طبييا على أنه فصام الطفولة ويشخص تربويا على أنه تخلف عقلي أو إعاقة عقلية. لذا سيأتي الحديث عنه تارة على أنه **"إعاقة"** للأمانة العلمية

فقط، وتارة أخرى على أنه "اضطراب" الأمر الذي توصلت إليه الباحثة بعد الاطلاع على العديد من الكتب "المصادر" وليس المترجمة منها.

1.2. لمحة تاريخية عن التوحد

تعود الكتابات العيادية الأولى حول اضطراب التوحد إلى بداية القرن 19، وذلك عندما تم وصف الطفل فيكتور **Victor de l'Aveyron** من طرف العالمين إيتارد وبونتار **J-M.Itard** **etl'Abbé Bonnaterre**. حيث قدما الطفل فيكتور على أنه مصاب بالتوحد [30]، ص 345. فيكتور هذا اكتشفه المزارعون في غابات l'Aveyron عندما كان طفلا عمره عشر سنوات، كان مختلفا عنهم كليا، يمشي على أربعة قوائم، بدون أي لغة، لا ينتبه لأي شيء ولا يقبل أي تغيير. وعمد إيتارد **Itard** إلى إعادة تربيته لكنه لم يلحظ أي تحسن وهذا ما جعل دراسة حالة **Victor** تكون فرصة للعديد من التساؤلات حول معرفة هذا الأخير هل كان حقيقة طفلا توحديا أو أن الإهمال فقط جعله يعاني من الاضطرابات السلوكية الملاحظة عنده [7]، ص 04. لكن هناك من رأى أن تاريخ التوحد أبعد من هذا وربطه بما توصل إليه بلولر "**Bleuler**" حيث تحدث عن بعض الخصائص المشتركة مع حالات التوحد للأشخاص الفصاميين، وهي العزلة واللعب بأجزاء الأشياء والتقلب حول الذات. وكان يطلق على الأشخاص الذين يتصفون بأعراض توحد كانر بفصام الطفولة [31]، ص 71.

وبالفعل استعمل التوحد لأول مرة من طرف الطبيب العقلي السويسري بلولر "**E.Bleuler**" سنة 1911 من أجل وصف الإصابة بالفصام عند المرضى الراشدين الذين يتسمون بالخروج من الواقع والانطواء على العالم الداخلي. بعد ذلك وتحديدا في عام 1943 قام كانر **Kanner** بوصف التوحد الطفولي في إطار نوزوغرافي مختلف [7]، ص 03.

ولقد كان كانر (1943) أول مقدم تشخيصي للتوحد الطفولي، وكتب كل ما كان يؤمن به كأعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة. ومن خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة أشار من خلالها إلى السلوكيات المميزة لهم والتي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، تأخر في اكتساب الكلام، استعمال غير تواصل للكلام بعد تطوره، مصادات متأخرة وتكرار، نشاطات لعب نمطية ومتكررة، المحافظة على التماثل، ضعف التحليل مع ذاكرة حرفية جيدة وظهور جسمي طبيعي [32]، ص 08. في نفس الفترة، حوالي سنة 1944 قام أسبرجر **Hans Asperger** بوصف زملة مشابهة لزملة كانر لكن مصطلح " زملة أو تناذر أسبرجر" يستعمل أحيانا لوصف التوحديين الذين لديهم مستوى ذكاء عالي مع لغة متطورة [33]، ص 05.

ويقرر بعض علماء النفس أن مرضى هانس أسبرجر - الذي وصف حالة تشبه إلى حد كبير اضطراب التوحد - قد أظهروا تفوقا عاليا في الذكاء. لذا اعتبره التصنيف الرابع لجمعية الطب الأمريكية اضطرابا مختلفا عن التوحد، وإن كان أحد اضطرابات النمو أيضا إلا أنه دون إعاقة لغوية [34].

ولقد ترجم الدكتور يوسف مراد التوحد بمصطلح الاجترارية منذ (1946) ومصطلح الاجترار يعني أن يكون الفرد قد اكتسب خبرات معينة ثم يعتمد إلى استرجاعها والتوحد يتضمن أعراضا أخرى خلافا لمجرد الاجترار [35]. كما يعتبر التقرير الذي قدمه ليون أيزنبرج **Leon Eisenberg** سنة 1956 من التقارير المبكرة، والذي حاول فيه تقديم بعض معايير التشخيص لحالات التوحد بالنسبة للمصابين بفصام الطفولة، ويعد ليون أحد الكتاب الأوائل الذين تناولوا وصف حالات التوحد بالتفصيل ولأن الوصف والتقرير التي قدمها كانت قصصية إلى حد كبير عن الحالات، فقد كانت المعايير المستخدمة غير مناسبة وغير دقيقة أو كافية [8].

وفي الستينات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي **Infantile Schizophrenia**، وذلك وفقا ورد في الطبعة الثانية من الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية **DSM II** [36]، ص 07.

أما **Rutter (1978)** فقد قام بمراجعة الأدب المتعلق بالتوحد الذي نشر بعد كانر وتوصل إلى ثلاث خصائص رئيسية لحالات التوحد هي: اضطراب في العلاقات الاجتماعية، نمو لغوي متأخر أو منحرف وسلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التماثل [9].

وعلى الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة لها أعراضها التي تميزها عن باقي الفئات في الأربعينيات، إلا أن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" أو "التوحد" أو "الاجترار" في اللغة العربية لم يتم إلا في الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي، ولم يتم الاعتراف بهذا الخطأ إلا في عام 1980 عندما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة للدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية (**DSM III R**) التي فرقت بين الفصام والذاتوية "التوحد" حيث أكدت أنه ليس مجرد حالة مبكرة من الفصام، إنما توجد فروق واضحة تميزهما [37].

والطبعة الرابعة لهذا الدليل (1994) فقد أضافت إلى المحكات ضرورة الخلو من الهلوس والهذات وأعراض الريت والأسبرجر [38].

ما تجدر الإشارة إليه أن "أغلب الأعراض التي وصفها كانر باقية إلى اليوم مستعملة وتشكل اللوحة العيادية للتوحد في شكله الكلاسيكي الصريح" [32]، ص 07. وهذا ما يبينه لنا العنصر الموالي (تعريف التوحد).

2.2. تعريف التوحد

نظرا لحدثة البحوث التي تجرى علي التوحد من ناحية، وقلتها من ناحية أخرى وخاصة البحوث العربية نجد أنه من الصعب وضع تعريف محدد وشامل، لكن سنعرض بعض التعريفات التي تناولت التوحد في محاولة للوصول إلى توضيح هذا المصطلح.

التوحد مصطلح يرجع إلى أصل كلمة إغريقية تعني "أوتوس Autos" وهي النفس أو الذات. و**"Autism"** مشتق من الإغريقية ومعناها انغلاق أو انزال الطفل إلى ذاته [39]، ص 19.

صفة **توحد**ي: متوحد معناه متجه نحو الذات [40]، ص 18.

ويدرج العيسوي (2005) المعنى الحرفي للفظ **autism** فيشير أن هذا المصطلح يتكون من مقطعين هما: aut: معناه الذات "self".

ism: معناه اتجاه أو توجه "orientation" أو حالة "state"

أي حالة التوجه نحو الذات، بمعنى توجه الفرد نحو ذاته باستغراقه في نفسه، أفكاره ومشاعره، رغباته وميوله تحكمها عوامل ذاتية داخلية [37]، ص 137.

أما عن المعنى الاصطلاحي للتوحد فيعرّف عبد العزيز الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم (1992) التوحد بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك، يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أي ما بين "30 - 41" شهر من العمر ويؤثر في سلوكهم ويجعلهم تقريبا يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر [6]، ص 32.

وترى كريستين مايلز (1994) أن التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا، كما يمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكاء جدا أو متخلفين عقليا [41]، ص 15.

كما يرى إسماعيل بدر (1997) أن التوحد هو اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو اللغة. ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية [37]، ص 24.

ويعرف التوحد أيضا أنه اضطراب في النمو نمطي بأعراض أو مظاهر ليست ملاحظة عند طفل متخلف أو طفل عادي، يمس القدرة على الاتصال مع الآخرين إلا أن معرفته لحد الآن لم ترق إلى المستوى المطلوب [42]، 1208.

أما كوجل وآخرون فقد عرفوا التوحد من خلال عرض مختلف الأعراض وذلك أن الأطفال التوحديين تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي، الانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية ويعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة بالإضافة إلى النشاط الحركي المفرط [38]، ص 03.

والتوحد Autism أو الاجترار أو الذاتية هي مصطلحات تستخدم فيوصف حالة إعاقة من إعاقات النمو الشاملة. والتوحد نوع من الإعاقات التطورية يتميز في توقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي وبالتالي القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي. يصاحب هذه الأعراض نزعة انطوائية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن وسطه المحيط بحيث يعيش منعقدا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر. ويصاحبه أيضا اندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغير في الروتين [36]، ص 09.

في نفس السياق يعتبر التوحد نمطا من التفكير لا يندرج ضمن الإطار الحقيقي للعالم الخارجي، ويتصف بهيمنة واضحة للحياة الداخلية وميول للتجريد. ويعتبر أحد الأعراض الأساسية للفصامات [43]، ص 457.

كما ينظر إلى التوحد على أنه اضطراب يصيب الطفل عموما خلال السنة الأولى مع وجود أعراض خاصة قبل سن الثالثة مصحوبة باضطرابات شديدة في العلاقات الاجتماعية، سلوكيات متكررة ونمطية مع النمطية حركية غالبا واهتمامات وطريقة لعب فقيرة ونمطية. بالإضافة إلى وجود اضطرابات معرفية [44]، ص 236.

ويعرف التوحد في موضع آخر على أنه اضطراب خطير من اضطرابات النمو، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من الحياة. يصاحب هذه الزملة العيادية اضطرابات شديدة في اللغة والاتصال غير اللفظي والانفعالي [45]، ص 43

أما التعريف الدقيق الذي جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع **DSM IV** ينص على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي والاتصال واللغة التي تستعمل بصفة نمطية ومتكررة سواء اللفظية أو غير اللفظية، كما يشمل الانتباه والإدراك اللذان يكون العجز فيهما واضحا، بالإضافة إلى قائمة نشاطات واهتمامات قليلة جدا. وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى [46]، ص 20.

كما يشير عادل عبد الله (2004) أن اضطراب التوحد يعتبر اضطرابا معقدا، كما ينظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام يؤثر سلبا على العديد من جوانب النمو وفي مقدمتها الجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل. ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل للتوقع حول ذاته، ويؤدي هذا الاضطراب إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها [47]، ص 142.

وقد ذكر عبد الرحمن العيسوي (2005) أنه يميل إلى ترجمة مصطلح **autisme** إلى "الذاتوية" ويعرفه بأنه اضطراب من اضطرابات النمو النفسي، وتصيب أعراضه الطفل منذ سن مبكرة جدا من حياته، وتجعله يخشى الاحتكاك بالناس أو الاتصال بهم، بل إنه يتألم إذا لمست أمه أو قبلته، ويظل لساعات طوال مشغولا بنفسه أو اللعب بقطعة من الورق أو القماش، ويعاني من الانطواء الشديد والعزلة والانسحاب.

أما التصنيف الدولي للأمراض (CIM 10) فيعرف التوحد على أنه اضطراب في النمو يتصف باضطرابات في مجال التبادلات الاجتماعية، الاتصال والسلوكيات، وتتسم الاهتمامات والنشاطات بالفقر والتكرار.

بينما تتبنى كلا من الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين "APA" ومنظمة الصحة العالمية "WHO" التوحد بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاثة أعراض أساسية وهي القصور في التواصل المتبادل "اللفظي وغير اللفظي" وإظهار السلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات على أن تظهر هذه الأعراض قبل سن ثلاث سنوات [39]، ص 22.

ويؤيد هذا التعريف الرأي القائل بأن التوحد هو زملة من الأعراض تصيب النمو النفسي والمعرفي للطفل. تكون بدايته مبكرة جدا حيث تظهر الأعراض قبل سنتين عند ما يقارب 80 من

الحالات ويكون العجز في تواصل وتفاعل الطفل مع محيطه. كما يظهر عليه اضطراب التفاعلات الاجتماعية التبادلية والاتصال اللفظي وغير اللفظي وتتصف السلوكيات والاهتمامات بالنمطية والتكرار [48]، ص 08.

انطلاقاً من هذه التعريفات يجد الباحث نفسه أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى كلمة أجنبية واحدة هي (Autisme) وتعدد المصطلحات (توحد ، اجترارية، ذاتوية...) يعني أن هناك إشكال في الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن هذا الاضطراب، غير أنه تتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات استخداماً في الآونة الأخيرة هو مصطلح "التوحد"، وفي نفس الوقت تجدر الإشارة إلى أن شيوع هذا المصطلح وكثرة استخدامه لا يعني أنه أكثر دقة في التعبير عن مضمون هذا الاضطراب [49]، ص 28.

وللإشارة فقط فإن الباحثة تميل إلى استعمال مصطلح "التوحد" لأنه الأكثر تداولاً بين الباحثين والعلماء من باقي المصطلحات.

مما سبق يمكن القول أن التوحد هو اضطراب من الاضطرابات المجتاحة للنمو التي تحدث أو تصيب الطفل في مرحلة مبكرة من حياته، وهو عبارة عن اضطراب في عملية التواصل وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين. حيث يتميز التوحد بالاهتمام المبالغ فيه بذاته ويغلب عليه الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم كما تتميز لغته بالاضطراب الشديد وسلوكه بالنمطية والتكرار، بالإضافة إلى الانشغال بأجزاء الأشياء.

وما يلاحظ من خلال التعريفات أن أغلبها يركز على وصف أعراض التوحد وذكر خصائص التوحد بدلاً من تعريف الاضطراب، وهذا راجع إلى الصعوبة في معرفته والغموض الذي يكتنفه كما سبق وأن أشرنا.

3.2. نسبة انتشار اضطراب التوحد

تتأثر نسب الانتشار بالمرحلة العمرية التي يتم فيها التشخيص وبالمعايير المستخدمة في ذلك، فهي تختلف من دولة إلى أخرى ومن وقت إلى آخر إذ تشير التقارير إلى أن الأعراض التوحدية تقل ما بين عمر (11 – 19 سنة) في الوقت الذي تظهر أعراض التوحد قبل ثلاث سنوات.

ويلاحظ المتتبع للدراسات المتعلقة بنسب الانتشار أن هناك زيادة في عدد التوحديين، فمثلا يشير نوبلوك (Knoblock 1983) إلى أن نسبة انتشار التوحد تشكل (2500/1) طفل [9]، ص 27.

وحتى فترة قريبة أعطت الدراسات السببية نسبة انتشار التوحد (من 2 إلى 4) حالات من 10000 مولود. لكن هذا العدد ممكن أن يتغير بتغير معايير التشخيص كما تم الإشارة إليه سابقا. غير أن معظم الدراسات الفرنسية والأجنبية تتفق على أن نسبة الانتشار تتراوح من 4 - 5 حالات من 10 000 مولود بالنسبة للتوحد [7]، ص 16.

ويذكر عكاشة أن نسبة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال تتراوح من 04 إلى 05 حالات من بين كل 10 آلاف طفل [50]، ص 179.

أما الدراسات التي قام بها إيهلر و جيلبيرغ (Ehler & Gilberg 1993) تشير إلى أن نسبة حالات الإصابة بالتوحد هي 36 لكل 10 آلاف للمواليد ما بين عام (1975) وعام (1983).

وأشار لايدلر إلى الفرق في نسبة انتشار التوحد بناء على التقارير التي كانت ترفع إلى الكونغرس الأمريكي بأعداد الأفراد التوحديين حيث كانت سنة 1993 تعادل 4 لكل 10 آلاف فرد، ووصلت في عام 2003 إلى 24 من كل 10 آلاف فرد. وهذا راجع ربما إلى زيادة أدوات الكشف والتشخيص والمختصين [9]، ص 28.

ويصيب التوحد حوالي 05 أطفال في كل 10 آلاف ولادة حية وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث كنسبة 1/4، ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية، ولم يكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالأوتيزم، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي [38]، ص 17.

أما في البيئة العربية فتذكر رابية حكيم (2004) أنه حتى الآن لا يوجد إحصائيات تحدد نسبة وجود التوحد ومن خلال عملها بعيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال أن حوالي 40 من الحالات التي تدخل العيادة يكون لديهم بشكل عام صعوبة في التواصل وحوالي النصف منهم يحصل على تشخيص

التوحد. وذكرت ليلي العياضي (2007) أن آخر إحصائية للجمعية السعودية للتوحد عام 2005 وجدت أن عدد المصابين بمرض التوحد بلغ 120 ألف حالة وهي في تزايد سنوي [9]، ص 29.

كما تدل بعض الدراسات على أن انتشار التوحد حالياً يقدر بطفل لكل 500 طفل وهو مرتفع نسبياً على عكس ما دلت عليه الإحصائيات سابقاً [51]، ص 177.

أما فيما يخص انتشاره حسب متغير الجنس يلاحظ انتشاره عند الذكور أكثر من الإناث في غالب الأحيان (من 2 إلى 4 مرات) [52]، ص 31.

هذا ونجد من يؤيد هذا القول حيث أن نسبة انتشاره لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث إلا أن هناك اختلاف في النسبة بمتوسط (3 - 1) ، وعن نسبة الذكاء يمكن القول أن ربع 1/4 من الأطفال التوحديين تقريباً لديهم مستوى ذكاء يقدر بأكثر من 70% ولديهم شكل من أشكال التخلف العقلي، ونصف أو ثلثي الأطفال التوحديين الذين لديهم تخلف عقلي شديد جداً بدرجة ذكاء أقل من 50% من خلال الدراسات التشخيصية [53]، ص 03.

وبالنسبة للأطفال الذين يصابون مبكراً يصيب التوحد 4 ذكور مقابل أنثى واحدة ويتناقص هذا العدد إلى 2.6 من الذكور مقابل أنثى واحدة بالنسبة للأطفال المصابين في سن متأخرة. [7]، ص 17.

كما يقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 طفل. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 1/4، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد [54]، ص 05.

وهناك من أرجع سبب الفرق في الإصابة بالتوحد وفق متغير الجنس على أنه سبب جيني ويتعلق أساساً بالكروموزوم الجنسي (X)، إذ أن البنت تأخذ (X) من الأم و الأب، بينما يأخذ الولد (X) من الأم فقط ويكون الجين الذي تأخذه البنت من أبيها منيع ومميز يحمي حامله من الإصابة بالتوحد [9]، ص 33.

نستنتج مما سبق أن نسبة انتشار التوحد في تزايد مستمر من سنة لأخرى وهذا الانتشار الرهيب الذي عرفته السنوات الأخيرة لهذا الاضطراب يجعلنا نتساءل عن الأسباب التي أدت إلى تزايد هذه الصورة.

4.2. أسباب التوحد

لم تتوصل بعد البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر أو الأسباب المباشرة لحدوث التوحد ولهذا بقيت غير معروفة. فبعض العلماء يعزو أسباب التوحد إلى اضطرابات عصبية، ومنهم من يعزوها إلى أسباب بيئية. بينما ترى فئة ثالثة أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة بين العصبية والبيئية. وتيار رابع يرى أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب. وسنعرض أهم الأسباب المشار إليها من طرف المختصين غير أنها أكثر بكثير من هذا.

1.4.2. الأسباب العصبية

كما أشرنا فانه لا يعرف سبب للتوحد ولكن "الاختلالات العصبية على مستوى بعض المناطق في الدماغ هي التي تعتبر السبب حاليا" [55]، ص 11.

ثم إن الأعراض التوحدية ترتبط بظروف ذات اضطرابات عصبية وهناك نسبة من 04 إلى 32 % من الناس الذين لديهم التوحدية قد كانت لديهم نوبة صرع كبرى في وقت ما، كما يظهر أن هناك عددا من الأشكال المختلفة غير الطبيعية التي يظهرها رسم موجات الدماغ (EEG)، حيث تتواجد لدى ما بين 10-23 % من الأطفال التوحديين، كما توجد بعض الدلائل عن عيب في الجاذبية المخية. [41]، ص 43. كما كشف حديثا الرنين المغناطيسي (Imagerie par résonance magnetiqueIRM) عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ ولحائه و بصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى بعض المرضى التوحديين. وهذه الاشكال غير السوية يمكن أن تعكس خلية غير سوية خلال الأشهر الستة الأولى [48]، ص 09. وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العالي (1995) أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصويره بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع المخ في حالات التوحد، كما توجد اضطرابات في رسم المخ والجهد المستشار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث. كما تشير دراسة Treavvarthen وآخرون (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية ينتشر في مركز المخ وخاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

2.4.2. الأسباب الكيميائية

أوضحت التجارب التي أجراها Gjessing (1983 - 1989) أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات في عمليات الأيض. وهذه الأخيرة لها علاقة بنوبات الإغماء والتشنج التي يعانون منها،

ولكن تفسير ذلك غير مفهوم حتى الآن. وقد أوضحت دراسات أخرى مثل دراسة هوغل **Hoogl (1962)** أن الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب لديهم ارتفاع في كميات "الجلوبيولين" حيث تفوق تلك التي توجد عادة لدى الأشخاص العاديين. كما يشير **Gillies et Simon** إلى احتمال نقص الغلوكوز والأنسولين لدى بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة منهم يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم [56]، ص 27، 28.

3.4.2. الأسباب البيولوجية

في هذا الصدد يؤكد "**محمود حمودة (1991)**" على وجود اعتقاد بأن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيج أحداث الاضطراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من "الفنيل كيتونيوريا" والتصلب الحدبي والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع. كما أكدت الدراسات أن مضاعفات قبل الولادة أكثر لدى الأطفال التوحديين من غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى [57].

4.4.2. الأسباب الجينية

توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموسومات والتي أشارت إلى ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموزوم "إكس الهش" **X fragil**، فهو مسؤول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي [58].

كما تشير نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحديين إلى وجود كروموزوم (X) هش الذي يظهر في صورة معقدة في نسبة تتراوح ما بين (05 - 16%) من الحالات [57]، ص 27. ولوحظ أن حوالي (02%) من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بالتوحد بمعدل 50 مرة أكثر من عامة الناس وأن تطابق معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة هو (35%) بينما تكون النسبة منعدمة عند التوائم غير المتماثلة. ثم إن هناك سبب آخر وهو التصلب في بعض الخلايا الداخلية والتي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (05%) من حالات التوحد [37].

وخلال الخمسة عشر سنة الأخيرة الدراسات الجينية قدمت الدراسات الأكثر إقناعاً:

أولاً: دراسات كثيرة بينت أن تمركز حالات التوحد في العائلات التي لديها أخ أو أخت توحدي للطفل المصاب بالتوحد بنسبة 3% مؤشر لحوالي 60 مرة أكثر ارتفاعاً من الموجود في العدد الكلي للأطفال.

ثانياً: دراسة التوائم المتشابهة وغير المتشابهة في كل 21 زوج من التوائم من نفس الجنس بنسبة 36% بالنسبة للتوائم المتشابهة و 0% بالنسبة للتوائم غير المتشابهة [42]، ص 1181.

ويوجد خطر الإصابة باضطراب التوحد في إخوة المصابين بالتوحد بنسبة 5% من الإخوة والأخوات، وخطر وجود صعوبات النمو المختلفة بين الإخوة والأخوات [59]، ص 85. لكن لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين أكثر من التوائم الآخرين. ويبقى العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد [8]، ص 19.

5.4.2. الأسباب النفسية

يرى بعض العلماء أن العوامل النفسية قد تكون سببا في الإصابة بالتوحد، فيذكر أجرمان **ogorman (1970)** أن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل والديه قد تكون أحد أسباب التوحد. فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه. وقد ترجع العلاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما أو إصابة الأم بالفصام أو مرض آخر. كما قد تكون العلاقة المضطربة بين الوالدين مسؤولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل.

ويذكر **Bettlheim (1967)** أن الطفل قد ينسحب من الواقع ويعاني من التوحد مع ميلاد طفل آخر الذي يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم [56]. كما وجد آباء الاطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي، والوسواسية، العزوف عن الآخرين، والميل إلى النمطية. ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الاسري عامة يؤدي الى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الاسرة. ومن هنا يظهر الأساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل (أنا) الطفل في تكوين إدراكه للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، فالطفل التوحدي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه [60]، ص 63. وهناك عدة دراسات أكدت أن التوحدية لا تحدث نتيجة لشيء يفعله الأب أو الأم للطفل، فالأطفال يولدون ولديهم الاضطراب، حتى وإن لم يظهر إلا بعد سنة أو سنتين [10]، ص 23.

6.4.2. الأسباب الإدراكية

يرى أنصار هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي، حيث أشارت دراسة "ألين وآخرون (1991)" أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك، بالإضافة إلى اضطراب اللغة [41]، ص 42. وفي الوقت الذي لا يحس فيه الطفل بأقوى عاصفة رعدية، نجده يرتعد خوفا من سماع صوت الطباشير

عند الكتابة على السبورة مما يؤكد أن المشكلة لا تكمن في أعضاء الحس نفسها وإنما في المراكز العليا الخاصة بعملية الإدراك الحسي [34].

نستطيع إذا أن نقول مثلما قال **Rutter (1978)** أنه لحد الآن لا نعرف إن كان التوحد اضطراباً منفرداً أم أنه اضطراب من اضطرابات الإعاقة البيولوجية أو مجموعة من الأعراض التي قد تكون نتيجة لمجموعة متجانسة من التأثيرات تكون بيولوجية ونفسية واجتماعية [61]، ص 123.

مما سبق نلاحظ عدم إجماع العلماء والباحثين إذن على الأسباب الرئيسية للتوحد وغموض السبب الرئيسي يجعل الوالدين في تساؤل دائم إذا كان ابنهما مصاباً فعلاً بالتوحد أم لا، وهذا قد يدفعهما إلى الشك في إصابة طفلهما بالتوحد. ليبقى أمامهما التشخيص الذي يزيل الشك أو يؤكد، وارتأينا - في ظل تعدد المعايير وكثرة المحكات التشخيصية - أن نعرض التشخيص الموجود في الدليل الإحصائي الرابع الصادر عن جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية DSM IV لأنه وحسب اطلاعنا شمل معظم مجالات التوحد، كما أنه الأكثر تناولاً واستعمالاً من طرف المختصين.

5.2. تشخيص التوحد

تجدر الإشارة إلى أنه لا توجد اختبارات طبية محددة لتشخيص التوحد، ومن أجل التوصل إلى تشخيص دقيق فإنه ينبغي أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضاً أعراض لاضطرابات أخرى. ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعباً ومعقداً.

لم يظهر التوحد في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1952، 1968. وظهر للمرة الأولى في الطبعة الثالثة لدليل التشخيص الإحصائي الثالث (DSM-III) عام 1980.

وقد أبقت الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي **DSM - IV** عام 1994 على مصطلح الاضطراب التوحد تحت فئة "اضطرابات ارتقائية" وتتميز هذه الاضطرابات بتأخر أو انحراف في التفاعل الاجتماعي وقصور في مهارات التواصل وارتقاء الرمز مع وجود السلوك النمطي وقلة الأنشطة والاهتمامات [62].

وفيما يلي المعايير التشخيصية الموجودة في **DSM IV**:

أولاً: لا بد من التأكد من وجود 06 عناصر أو أكثر من البنود الثلاثة التالية على شرط وجود عنصرين من البند الأول على الأقل، وعنصر واحد من البند الثاني، وعنصر واحد من البند الثالث، والبنود الثلاثة هي:

- القصور النوعي في التفاعل الاجتماعي: ويشتمل على العناصر التالية:

- قصور و اضع في استخدام التواصل غير اللفظي مثل: التواصل البصري ، تعبيرات الوجه، حركات الجسم والإيماءات المختلفة في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في نمو العلاقات الملائمة بالنسبة لمستوى النمو.
- نقص التلقائية في المشاركة والاستمتاع والتسوق للعمل مع الآخرين، كما يبدو في نقص ظهور أو وضوح الأهداف الخارجية الجذابة.
- نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي.

ب- القصور النوعي في الاتصال: ويشتمل على العناصر التالية:

- تأخر أو نقص كلي في نمو أو تطور اللغة (لا يتمتع ويظهر بواسطة الطرق البديلة للاتصالات كالإيماءات).
- قصور في القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين والاستمرار فيها .
- التكرار المتواصل و التردد اللغوي لبعض الألفاظ (الاجترارية).
- نقص في اللعب الاجتماعي المناسب لنمو الطفل.

ج - القصور في السلوك والأنشطة: ويشتمل على العناصر التالية:

- الاستغراق الكامل مع واحد أو أكثر من النماذج التكرارية، والتي تكون غير سوية في الشدة والقوة.
- الالتصاق الجامد غير الهادف بالروتين أو الطقوس.
- حركات تكرارية (حركات اليد، الأصابع والجسم).
- الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء.

ثانياً: القصور النمائي لواحد على الأقل من الوظائف في عمر 03 سنوات:

- التواصل الاجتماعي.
- استخدام اللغة في التواصل .
- اللعب الخيالي أو الرمزي.

ثالثاً: يشترط ألا يكون الاضطراب وصفا لاضطراب ريت [59]، ص 87، 88.

انطلاقاً من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع **DSM IV** نجد أن الطفل التوحيدي يتميز بثلاث خصائص أساسية تتمثل في القصور النوعي في التفاعل الاجتماعي وقصور في الاتصال والسلوك والأنشطة.

ومن أجل التدقيق أكثر والتعمق في هذا الاضطراب لابد من التعرف على الأعراض المصاحبة له، وهي مدرجة في العنصر الموالي.

6.2. أعراض التوحد

عادة ما يتم التشخيص بناء على سلوك الشخص وما يظهر عليه من أعراض، وللتوحد عدة أعراض يختلف ظهورها من طفل لآخر فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر عند طفل آخر رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنه مصاب بالتوحد [54]، ص 06.

وفيما يلي أعراض التوحد:

1.6.2. الانسحاب والانزالية الشديدة

إن الطفل التوحيدي لا يمكنه إقامة علاقات اجتماعية مع غيره ولا يرغب في مصاحبة الآخرين أو تلقي الحب والعطف منهم. ويتجلى ذلك من خلال كرهه ملامسة جسده أو ملاطفته بالتربيت عليه وهو لا يستجيب للعروض المقدمة إليه لجذب انتباهه والتواصل معه سواء عن طريق الملاطفة الودية أو بالتهديد، كما لا يظهر أي علامة تدل على الخوف من مثير ولا يبدي أي استجابة إذا ما غادر الحاضرون الغرفة. وبذلك يتضح أن هناك خلافاً واضحاً في الاتصال التفاعلي مع الآخرين وهذا ما أكدته **wolf (1988) [56]**، ص 30.

ويعاني الطفل التوحيدي من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، عدم الاندماج مع المحيطين به، عدم استجابته لهم وميله الدائم للتوحد بعيداً عنهم، ومقاومته لمحاولات التقرب منه أو معانقته [46]، ص 65.

2.6.2. القصور اللغوي والكلام النمطي:

الأطفال ذوو التوحد يتصرفون بالكم (ولكنهم ليسوا كذلك)، فهم لا يتكلمون ولكن يهتمون ويكون التكرار النمطي للكلام مباشراً، وقد يحدث متأخراً [8]، ص 11.

وتتمثل مشكلات اللغة لدى حالات التوحد في:

- التأخر في الكلام و في نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية.

- استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون.

- الفشل في بدأ المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي.

- الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات.

[57]، ص 32.

3.6.2. السلوك النمطي المتكرر

كثيرا ما يقوم الطفل لفترات طويلة بأداء حركات معينة بتكرار متواصل كهز رجله أو جسمه أو رأسه. وقد يمضي الساعات محملا في اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد.

وقد أكد Wolf (1988) أن الطفل التوحدي يمارس أنواعا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي [57]، ص 33.

4.6.2. نوبات الغضب وإيذاء الذات

بالرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرقا لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو ذاته. ويؤكد أحمد عكاشة (1992) أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات ونوبات غضب أو اضطرابات في المزاج والعدوان وإيذاء الذات [6]، ص 48. حتى أن الأهل يجدون صعوبات في التعامل مع الأنماط السلوكية الشاذة كأن يعض الطفل جسده حتى ينزف أو يضرب رأسه بالحائط أو يستعمل قطعة حادة لدرجة تورم الرأس [8]، ص 11.

5.6.2. التفكير الاجتراري المنكب على الذات

يتميز تفكير الطفل التوحدي بالاجترار المستمر والذي تحكمه حاجات أو رغبات نفسية. ويبعده هذا التفكير عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة، فكل ما يشد انتباهه هو الانشغال المفرط برغباته وأفكاره وتخيلاته دون أي مبالاة أو إحساس بالآخرين والرفض لكل ما حوله فهو يعيش في عالمه الخاص.

6.6.2. الاستجابة الشاذة للألم

الطفل التوحدي قد لا يصدر أي استجابة تدل على إحساسه بالألم فيبقى ساكنا دون أي حركة، فمثلا عندما يلحق الطفل إيذاء بنفسه كعض يديه أو لسانه أو تعرضه للسخن أو وخز نفسه بدبوس في بعض

الأوقات لا نسمع منه أي شكوى أو أي استجابة تدل على شعوره بالألم إلا أنه في أوقات أخرى يستجيب استجابات عادية للشعور أو الإحساس [57]، ص 36.

وعلى أي حال فإن الطفل التوحدي لديه استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساسا أكثر من المعتاد للمس أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم [8]، ص 15.

7.6.2. القصور في السلوك التوافقي

يعاني الطفل من القصور في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أقرانه العاديون أداءها وهو يعجز عن رعاية نفسه وحمايتها وإطعامها بل يحتاج إلى من يطعمه، كما يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها.

من خلال ما تم عرضه يتضح لنا أن "جملة الأعراض التي يتصف بها الطفل التوحدي تكون حائلا دون الاتصال والتعامل معه بسبب الاختلال في التواصل والمعارف، القدرة على اللعب والتفاعل الاجتماعي الأمر الذي يجعل الأطفال شيئا فشيئا متأخرين بالنسبة للأطفال العاديين في مثل سنهم" [55]، ص 11.

وفيما يلي الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين عن الأطفال الآخرين.

7.2. خصائص الطفل التوحدي

لقد قام SMITH (2001) بتلخيص خصائص التوحد على النحو التالي:

أ- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

- إن الطفل التوحدي لا يطور مودة و صداقة للآباء وأعضاء الأسرة أو مقدمي الرقابة كما لا يطور في علاقات الصداقة.
- نادرا ما يلعب أو يتعاون مع الأصدقاء.
- نادرا ما يلاحظ الانفعال مثل العطف و التعاطف.
- الميل إلى عدم استعمال إشارات غير لفظية مثل: التبسم، الإيماءات، التواصل الجسمي....
- لا يوجد لديه تواصل بالعين أو لا يحافظ عليه.
- نادرا ما يلاحظ عليه نشاط اللعب التخيلي.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية اجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى من الحياة.
- يمكن أن يميز أسلوب التفاعل المفضل كالعزلة المفرطة [61]، ص 44.

ويبدو الطفل التوحدي وكأنه غير مهتم بالآخرين وغير مبال بهم و ربما يتجنب التواصل البصري ويبدو وكأنه يتصفح وجوه المحيطين به. ومعظم الأطفال التوحديين لديهم مهارات اجتماعية محدودة للغاية وربما ترتبط معظم التفاعلات الموجودة بقواعد خاصة مهمة بالنسبة للطفل فقط [10]، ص 12، 13.

إن أهم ما يميز الطفل التوحدي عدم القدرة على استعمال السلوكيات غير اللفظية أو إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها والتي تعتبر من الحاجات الأساسية للتواصل.

ب- قدرات تواصلية ضعيفة:

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
 - محتوى اللغة غالبا ما يكون غير مرتبط بالأحداث البيئية الفورية.
 - سلوك نمطي وتكراري نطقي .
 - لا يحافظ على المحادثة .
 - نادرا ما يبدأ المحادثة التلقائية .
 - يمتاز الكلام بأنه لا معنى له (عقيم) و تكراري كما يمتاز بالمصاداة.
 - فشل متعدد في استعمال كلمات (أنا ونعم) و مشكلات واضحة في استعمال الضمائر.
 - لغة استقبالية وتعبيرية حرفية.
- إن اللغة من الوظائف الأساسية حيث أن فقدانها يؤدي إلى قوقعة الفرد على ذاته وتجنب المواقف التي تتطلب منه الكلام وبالتالي الاتجاه إلى التعبير السلوكي.

ت- الإصرار على التماثل:

- التضايق الواضح كالاستجابة للتغيير في البيئة.
 - مظاهر الروتين اليومي لدرجة أنه يصبح طقوسيا.
 - ظهور تكراري للسلوك الاستحواذي.
 - سلوك شديد مفروض ذاتيا وسلوكيات نمطية (التأرجح و التلويح باليد) صعب إيقافها [61]، ص 45.
- ويفضل الكثير من الأطفال التوحديين أن يبقى عالمهم دون تغيير ذلك لأن لديه اهتمامات مكثفة وتفضيلات تختلف عن اهتمامات الأطفال الآخرين وتفضيلاتهم. وكثير منهم يستثيرهم الناس والأشياء والمواقف التي تبدو لطيفة بالنسبة لنا [10]، ص 22.

إضافة إلى الإصرار على التماثل المتمثل في سلوكيات نمطية واستحواذية فإن الطفل التوحدي يتميز أيضا بأنماط سلوكية غير اعتيادية.

ث- أنماط سلوكية غير اعتيادية:

- حساسية زائدة أو سلوكيات غير متنسقة كالاستجابة للمثيرات البصرية والحسية والسمعية.
- الاعتداء على الآخرين وخصوصا في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب و الغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية متطرفة اتجاه الغرباء و الازدحام في المواقف غير الاعتيادية و البيئات الجديدة.
- تؤدي الإزعاجات العالية مثل (نباح الكلب و ضجيج الشوارع) إلى ردود فعل خائفة.
- نوبات من الغضب.
- يستهلك سلوك الإثارة الذاتية وقت الطفل وطاقته [61].
- ويؤكد شارون وآخرون بأنه ليس من الضروري أن تجتمع نفس الخصائص وجوانب القصور السابقة في كل الأطفال التوحديين، ولكن من المؤكد اشتراكهم في وجود مشكلات اجتماعية، تواصلية، حركية وحسية [38]، ص 17.

يتبين لنا من خلال ما تم عرضه أن الطفل التوحدي يتميز بخصائص قد تضايق أولياء الأطفال لعدم قدرة الطفل على إظهار التعاطف وتطوير المودة والصداقة مع الوالدين. كما أن تلك الخصائص قد تسبب لهم العزلة والابتعاد عن التفاعل الاجتماعي بسبب السلوكيات النمطية (التأرجح بالجسم والتلويح باليد...). هذا ما يدفعنا للتساؤل عن كيفية التخلص أو على الأقل التقليل منها.

8.2. طرق التكفل بالتوحديين والبرامج الموجهة للآباء

وهي كالتالي:

1.8.2. طرق التكفل بالتوحديين

إن التكفل بالطفل التوحدي عن طريق مجموعة من العلاجات والبرامج العلاجية المناسبة وإشراك الوالدين في عملية تعليم أولادهم، يمكن أن يكون له تأثيرا إيجابيا على نمو الطفل وخفض السلوكيات الفوضوية والأعراض التوحدية ومن بين هذه العلاجات نجد:

1.1.8.2. العلاج الطبي

إن قرار البدء بالمعالجة الطبية لابد أن يأتي بعد التقييم الشامل لحالة الطفل العصبية والنفسية، حيث من الممكن أن يتحسن الطفل المصاب بالتوحد دون اللجوء إلى استخدام الأدوية في بعض الأحيان. وإذا كان من الضروري استخدام الأدوية فلا بد من استشارة الطبيب المختص الذي يقوم باختيار الدواء المناسب.

وعلى خلفية الدراسات التي تناولت دور العوامل البيولوجية في التوحد بدأ استخدام العديد من العقاقير [8]، ص 66. وقد أظهرت الدراسات البحثية والتقارير المأخوذة من الأبوين تحسن المهارات الاجتماعية عند تناول (B6) و المغنسيوم و/ أو الدايميثيل جلايسين (DMG) [10]، ص 64.

ويقدم لأطفال التوحد أنواعا مختلفة من العقاقير تتضمن الأدوية المضادة للصرع، وأخرى لتخفيض النشاط المفرط أو سلوك تدمير الذات والعصبية الزائدة واضطرابات المزاج والتركيز. علما أنه

حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء للتوحد، ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة الأعراض ويسهل عملية التعليم والتعلم [2]، ص 95.

ومن أكثر المواد المهدئة استخداما نجد:

- مادة الثيوريدازين (Thioridazine).

- مادة كلوربرومازين (Chlorpromazine).

- مادة هالوبيريديل (Halopéridol).

- مادة ريسبريدول (risperidol).

وعند استخدام هذه الأدوية وغيرها يجب الموازنة بين الفوائد والأخطار المحتملة للدواء [10]، ص 83.

وتجدر الإشارة إلى أنه ثبت فعليا عن طريق الكثير من الدراسات أن نجاح أي عقار طبي مع أحد الحالات لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع فرد آخر، وعلينا أن نحذر من إعطاء طفل التوحد أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة لأنها قد تشكل خطورة عليه [2]، ص 94.

2.1.8.2. العلاج النفسي

بشقيه التحليلي والسلوكي

- العلاج التحليلي:

هناك محاولات لعلاج التوحد وفقا للمنهج التحليلي من منطلق فكرة الآباء المتلجين الذين يستند إليهم السبب في إصابة أبنائهم، وذلك عن طريق توفير البيئة المشجعة والتي تشجع الطفل على تكوين الارتباطات أو العلاقات أو التواصل مع من يقدم له العون والمساعدة أو الرعاية [34]، ص 143. وقد كانت بداية هذا العلاج على يد **Betlheim (1940)** حيث يعتمد أساسا على إبعاد الأطفال عن أمهاتهم، اعتقادا أن أمهات التوحديين لسن دافئات في التعامل مع أطفالهن ويتعاملن معهم كعينات في

مخبر العلوم، ويرتكز هذا العلاج على توفير الحب والجو الدافئ إلا أن هذا العلاج تلقى انتقادات كثيرة. ثم إن علاج الذاتوية باستخدام جلسات التحليل النفسي "هو الأسلوب السائد حتى السبعينات من هذا القرن، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن أم الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها، غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي [6]. ثم اقترح جرينسبان (Greenspan) العلاج باللعب كمحاولة لمساعدة الأطفال على تكوين مشاعر خاصة بالذات و الشعور بأنهم مقبولون وهذا ما يأتي من العلاقة الدافئة مع المعالج والأهل [61]، ص 322.

وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين: في الأولى يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج. وفي الثانية يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء [6]، ص 92. فيما بعد تم رفض هذا المنهج ورفض النظرية النفسية في نشأة الذاتوية على أساس أنها ترجع إلى خطأ الآباء في التعامل مع الطفل [34]، ص 143.

- السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي على فنية إدارة السلوك و ذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي، وكذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين، ويعد الثواب والعقاب مبدأ رئيسيا في هذه الفنية مع هدف تطوير، وتعزيز السلوك الايجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي. ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، مهارات التواصل، رعاية الذات والمهارات المعرفية [63]، ص 333. وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل. ومن خصائص هذا العلاج أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن لغير المختصين والمهنيين أن يتعلموها، كما أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون تأثير العوامل الشخصية [6]، ص 92.

3.1.8.2. البرامج التربوية العلاجية

عمل العديد من العلماء على إحداث طرق وبرامج علاجية للتخفيف من حدة التوحد، ومحاولة منهم التخلص من الاضطراب الذي أثر على الطفل كثيراً، وأثقل كاهل والديه جراء تبعاته المكلفة على كل المستويات. فقدموا بذلك مجموعة من البرامج التأهيلية والطرق العلاجية ومن بينها ما يلي:

- **التحليل السلوكي** أو ما يسمى بـ **"ABA" (Applied Behaviour Analysis)**. بالإضافة إلى برنامج **"TEACCH"** تم تأسيسه عام 1972 في جامعة مننورث كارولينا، والذي يعتمد على تنظيم البيئة بشكل نظري واستعمال الجداول، وهو أسلوب منظم يركز على تعلم بصري وتخطيط الزمن والأنشطة لتكون مفتاحاً للسلوك.

- وهناك أيضاً برنامج **"بكس"** الذي يقوم على أساس تبادل الصور، وأيضاً وسائل التغيير التدريجي للنشاطات النمطية المتكررة والروتين اللفظي [37]، ص 105.

- **طريقة لوفاس Lovaas:**

وتعتبر واحدة من البرامج التربوية ولعلها تكون الأشهر وتسمى علاج التحليل وتقوم على أساس النظرية السلوكية، حيث أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كسلوك استجابة لمؤثر ما. مبتكر هذه الطريقة هو UCLA Lovaas (أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس بكاليفورنيا)، حيث يدير مركزاً متخصصاً لدراسة و علاج التوحد .

وتعتمد هذه الطريقة على مكافئة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كعدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيء. وطريقة لوفاس تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب ألا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع ولمدة غير محددة. إلا أن هذه الطريقة تعتبر مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

يتعين على ضوء ما سبق القول بأن نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل والتفاعل التربوي والاجتماعي مع حالة من الأطفال التوحديين لا يعني بالضرورة نجاحها مع كل الحالات المماثلة، ذلك لأن لكل طفل توحدي خصائصه المحددة التي تميزه عن غيره من الأطفال. أضف إلى ذلك أن أي خطة

علاجية تم إتباعها في تأهيل طفل معين لا تحرز نفس القدر من النجاح لو طبقت على طفل آخر ذلك لأن لكل طفل ظروفه وقدراته، وله ما يناسبه من مناهج وأساليب التدريب والتأهيل.

2.8.2. البرامج الموجهة للآباء

إن فرصة إشراك الآباء على نحو فعال في تعليم الطفل يعتبر جزءا مهما في جميع النواحي التعليمية وعلى وجه الخصوص في برامج الأطفال التوحيديين لأن الآباء هم أفضل الناس معرفة بطفلهم لأن الوقت الذي يقضونه مع الطفل أطول من الوقت الذي يقضيه مع أي شخص آخر. كما أن الآباء بوسعهم أن يجعلوا تعليم الطفل وتدريبه أكثر سهولة ويسرا بأن يستمروا في العمل في البيت على المهارات التي تعلمها الطفل في المركز.

ونجد برنامج التدريس المتمركز على البيت وهو بمثابة برنامج عيادي في قسم الطب النفسي حيث يشجع أشكال التفاعل بين "الطفل - الآباء" الفاعلة، كما نجد برنامج تحليل الفيديو وتدريب فيديو المنزل. هذه الطريقة تقوم على تسجيل سلوك الأسرة أو الطفل ثم إعادة رؤية الشريط المسجل من قبل الأسرة وتقييمه [61]، ص 326، 327.

خلاصة

رغم أن إصابة التوحد تعتبر من أثقل الاضطرابات التي تصيب الطفل في مراحل نموه المبكرة، نظرا للخصائص التي يتميز بها التوحيدي، كالانعزال عن العالم الخارجي وعدم التفاعل مع المقربين والسلوكيات النمطية المتكررة واللغة المبتورة، ونظرا للأسباب المؤدية إليه والتي لا تزال مجهولة نسبيا خاصة وأن التشخيص لا يبين السبب الرئيسي للاضطراب، إلا أنه يمكن التقليل من حدته على الطفل، والتخفيف من آثاره على الوالدين، وذلك من خلال تكاثف جهود المختصين والآباء.

الفصل الثالث

الضغط والضغط المدرك

تمهيد

قد أصبحت كلمة "ضغط" (Stress) من الكلمات شائعة الاستخدام لدى أفراد المجتمع، وهي تشكل جزءاً من لغتنا في العصر الحديث. فطبيعة حياتنا ارتبطت بزيادة الضغوط وغدا لفظ الضغط مصطلحاً أساسياً في علوم وتخصصات وتطبيقات معينة مختلفة في مجال الطب، الطب النفسي وعلم النفس وغيرها من العلوم الأخرى. وسنحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على مفهوم الضغط وظهوره، المصادر التي تجلب الضغط والنماذج المفسرة له، يليه مراحل حدوثه وكيفية استجابة الفرد للضغط، وأخيراً الضغط المدرك ومعايشة الضغوط وعلاجها.

1.3. لمحة عن ظهور مفهوم الضغط

لم تستعمل هذه الكلمة في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين، لكنها استعملت قبل ذلك في اللغة الانجليزية. ففي القرن السابع عشر كانت توظف هذه الكلمة للتعبير عن المعاناة، الحرمان، المشاكل وعواقب الحياة الحافلة بالمصاعب. وفي القرن الثامن عشر حدث تطور لمعنى هذه الكلمة حيث انتقل إلى العواقب الانفعالية للضغط وللعامل الضاغط المسبب له [64]، ص 04.

ثم إن ظاهرة الضغوط لم تدرس دراسة علمية جادة إلا في عام 1950 حين انتبه العالم هانز سيللي (Hans Selye) إلى أن استخدام أي قوة زائدة مع أي جهاز قد يؤدي إلى تعطيله أو تدميره، فربط بين الضغط الواقع على الآلة أو الجهاز وبين رد الفعل الفسيولوجي للجسم البشري عند تعرضه لأي من المواقف المؤثرة، وأطلق على هذه الظاهرة مصطلحاً استعاره من ميدان الهندسة الميكانيكية وهو "ضغوط الحياة" [15].

كما جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد "سيللي" في العام 1956 عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد [65]، ص 03.

واستخدمت كلمة ضغط stress في ميدان الهندسة والعلوم الطبيعية لتشير إلى قوة خارجية تؤثر بشكل مباشر على موضوع طبيعي، ونتيجة لهذه القوة يحدث الإجهاد strain الذي يؤثر ويغير في شكل وبناء الموضوع [66]، ص 12. وبهذا يعتبر هانز سيللي من أوائل الأطباء الذين بحثوا هذا الموضوع، فقد أعطاه أرضية علمية وافية لما لاحظ منذ فترة مبكرة أن المرضى يشتركون بالرغم من تعدد مصادر المرض والشكوى في خصائص متماثلة وأعراض مرضية متشابهة، بالإضافة إلى الأعراض النوعية التي تصف وترتبط بالمرض الخاص بكل منهم. فجميع المرضى يعانون من ضعف الشهية، الوهن العضلي وفقدان الاهتمام بالبيئة. ومن ثم افترض سيللي أن الأمراض المختلفة تشترك في إحداث زملة من الأعراض أطلق عليها "زملة الضغط العام"، بالإضافة إلى الأعراض النوعية الخاصة بكل مرض [67].

وبعد مصطلح الضغط من المصطلحات القديمة في مجال العلوم الطبيعية ولكنه من المصطلحات الحديثة في مجال العلوم الإنسانية عامة وعلم النفس خاصة، حيث استعمل حديثاً في مجال العلوم الإنسانية ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل: التوتر والضيق وبعض التغيرات العضوية والفيسيولوجية [13].

وقد تناولته الباحثون في مجال التربية الخاصة لما يحتويه من دقة ووضوح تساعد على انتشار مفهوم الضغط النفسي لدى أسر الأطفال المعاقين أو الذين يعانون من مختلف الاضطرابات، حيث تتعرض الأسر لأنواع متعددة من الضغوط الناجمة عن الإعاقة وما يترتب عليها من ضغوط سلبية تؤثر في أسرة المعاق وتشعرهم بعدم القدرة على تغيير الواقع والشعور كذلك بالحزن والأسى على الطفل. [2]، ص 226. وبعد ظهور هذا المفهوم كثر تداوله في علم النفس كما سبق وأن أشرنا، فراح العلماء والمختصون يعرفونه كل حسب وجهة نظره وفيما يلي بعضاً من هذه التعريفات المتناولة للضغط.

2.3. تعريف الضغط

تعد محاولة تعريف الضغط من المحاولات التي تكتنفها كثير من الصعوبات من الناحية العلمية، كون الضغط ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد ولم يتفق العلماء على تعريف يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للضغط. وما تجدر الإشارة إليه هو أن هذا المصطلح - منذ ظهوره - اتخذ تعريفات متعددة، واستخدم في تخصصات وميادين مختلفة، وما سيقدم من تعريفات محاولة لتحديد بعض من الجوانب الظاهرة والباطنية من ظاهرة الضغط.

كلمة **ضغط** مشتقة من اللاتينية **stringer** التي تعني « serré »، « rendre raide »، يعني ضغط، ضيق على، أوثق [68]، ص 07.

ولم يكن لهذه الكلمة وجود في اللغة الفرنسية قبل القرن 20، لكنها استعملت في اللغة الانجليزية على مدى قرون حيث كانت تستخدم للتعبير عن العذاب والحرمان والمحن وعن العداوة، وهي نتائج لقسوة الحياة يعبر عنها بكلمة واحدة [64]، ص 08.

ضغط: توتر أو صراع، هو حالة من التوتر النفسي الشديد [40]، ص 110.

وفي اللغة الإنجليزية وردت ثلاث مصطلحات هي: الضواغط (Stressor)، الضغط (Stress) والانضغاط (Strain)، وقد جاءت عبارة الضواغط (Stressor) لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي (فيزيائية، اجتماعية، نفسية) والتي تكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما. أما كلمة الضغط (Stress) فتعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط. بالفرد وقع تحت طائلة ضغط ما. كما يشير مصطلح الانضغاط (Strain) إلى حالة يعاني منها الفرد والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالاعياء والإرهاك والاحتراق الذاتي ويعبر عنها الفرد بصفات مثل: خائف، قلق، مكتئب، مشدود ومتوتر [69]، ص 15.

يحدث الضغط إذن من خلال تفاعل المتغيرات البيئية مع المتغيرات الذاتية، يقع الفرد في نهايته تحت طائلة ضغط ما. هذا المفهوم الأخير تم استخدامه في مجالات متعددة، كما أن التعريفات التي قدمت جاءت متباينة. "فمثلا يعبر الضغط في مجال الفيزياء عن القوة التي تقع على سطح من السطوح أو جسم من الأجسام.

واعتبر كانون (CANNON, 1932) - الذي أثرى البحث في فسيولوجية الانفعال- الضغط اضطرابا في التوازن الذاتي يحدث تحت ظروف البرد ونقص الأكسجين، وانخفاض السكر في الدم وغير ذلك".

كما عرف هانس سيللي **H.Selye (1956)** الضغط بأنه الاستجابة الفسيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسم تجاه أي مطلب يقع عليه [70]، ص 122.

وعرفه **ميكانيك Méchanic** بأنه تلك الصعوبات التي يتعرض لها الكائن البشري بحكم الخبرة والتي تتجم عن التهديدات التي تواجهه [65]، ص 02.

في حين عرف علم النفس المرضي الضغط بأنه التعبئة الكلية للجسم من أجل إعطاء استجابة للاعتداءات الآتية من المحيط الخارجي، وتتبع هذه التعبئة بآثار ومن ثمة لا تكون هناك أي استجابات متكيفة من الجسم، وإذا فرضت هذه التعبئة على الجسم دون داع فإنها ستسبب في الإنهاك والتدهور التدريجي للأعضاء الرئيسية للوظائف المعنية، أي ما هو آت تحت رقابة الجهاز العصبي الإعاشي [71]، ص 125.

ويرى فؤاد محمد أن الضغط النفسي هو الحالة التي يتعرض فيها الفرد أو الكائن الحي لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق، وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب واستمرت لفترة طويلة [5]، ص 49.

ويعرفه أبو حميدان الغزاوي بأنه استجابة تكيفية تحددتها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن حدث بيئي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيائي للفرد [72]، ص 20 .

وفي نفس السياق يرى السيد السمدوني أن الضغط هو إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة التي يواجهها ويشعر أنها تهدد أمنه وسلامته وتسبب له ضيقا وتوترا. فالضغوط بصفة عامة تنتج عن مثيرات خارجية وتؤثر سلبا على الوظائف العضوية لدى الكائن الحي [13]، ص 127.

أما طنحور (2001) فيعرف الضغوط النفسية على أنها حالة من الشعور بالضيق وعدم الارتياح، يشترك في تكوينها عوامل عدة نفسية، اجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين، والشعور بالإحباط أمام موقف حرج لا مخرج منه، أو نقص التفهم من قبل الأهل والأصدقاء أو المعلمين [72]، ص 21.

وترى كريمان عويضة منشار (1999) أن الضغوط النفسية عبارة عن إحساس الفرد بالتوتر والقلق وعدم الاتزان الناشئ عن عدم قدرته على المواءمة بين ما لديه من إمكانيات وما تتطلبه البيئة المحيطة من أفعال تؤدي إلى حالة الإشباع لدى الفرد. ويتوقف ذلك أيضا على درجة إحساس الفرد

وتقديره لهذه الضغوط بل وإدراكه لها، والتي تتحدد بعدد من العوامل من داخل الفرد ومن خارجه [71]، ص 130.

أما في الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب النفسي يعرف **وليم الخولي** الضغط بأنه حالة يتعرض فيها الإنسان لصعوبات مستمرة بدنية ومعنوية، جسدية ونفسية، وتشكل هذه الصعوبات إجهادا لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق.

والضغوط النفسية في نظر **حسن غانم (2008)** هي المعوقات التي تعترض الفرد، وتولد لديه حالة من القلق والتوتر، ويختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات كما يختلفون في أيضا في طرق مواجهتها. يعتبر الضغط إذن مشكلة اصطلاحية لتعدد المعاني الموجودة لهذا المصطلح. فكلمة **الضغط** تعني الشدة، الأزمة النفسية، الانعصاب، التوتر، الضيق... وكلها كلمات يحل بعضها محل الآخر في كثير من الكتابات.

انطلاقا من التعريفات السابقة نستنتج أن الآراء تختلف في تعريف الضغط، فالبعض يعتبره الأحداث الخارجة عن إرادة الكائن والتي تفرض عليه حاجات معينة، بينما يعتبره البعض الآخر استجابة الكائن للأحداث التي تواجهه. وينظر فريق ثالث إلى الضغط باعتباره حالة داخلية يمكن استنتاجها، ويوجد شبه إجماع على أنه يعكس استجابة الفرد لمواقف ضاغطة داخلية وخارجية. كما أن مختلف تعريفات الضغط تبدو متكاملة فيما بينها، تدرس الموضوع من زوايا مختلفة وتتضمن عناصر مشتركة أهمها أن الضغط النفسي حالة مزعجة يتخللها شعور بالضيق والارتباك لتظهر عندما يواجه الشخص متطلبات تفوق قدراته وإمكاناته التوافقية، فيستجيب الفرد لحالة الضغط بعدد من الاستجابات الفسيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية. تبين لنا هذه العناصر المشتركة أن الضغط يبدأ انطلاقا من الظروف المثيرة للضغط (أي مصادر الضغط) ثم ردود فعل الفرد الجسمية والنفسية وذلك في سياق تفاعل الفرد مع بيئته. وهذا ما يؤكد **عادل الأشول (1993)** حيث يرى أنه بدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك موقف ضاغط ذلك لأن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطا، كما أن صدور استجابة شخص معين لهذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقول إن كان هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا.

لكن من أين ينتج هذا الضغط وما هي مصادره؟

3.3. مصادر الضغط

على الرغم من أن الفرد قد يتعرض لكثير من الضغوط طوال مراحل حياته إلا أن طبيعة الضغوط التي تفرضها عليه الحياة قد تغيرت وكذلك مدى الاستجابة لهذه الضغوط، كما أن تغيرات الحياة والتحول من المجتمع الزراعي إلى المجتمع الصناعي والحضري قد جلب المزيد من الضغوط بالإضافة إلى التغير الاجتماعي والتلوث البيئي والدمار والزحام والحروب وغيرها.

ومن المصادر المسببة للضغط نجد:

1.3.3. ضغوط اجتماعية ونفسية

تتمثل في الخلافات الأسرية والطلاق والمرض العضوي لأحد أفراد الأسرة والحرمان الثقافي، وصراع القيم والأجيال وعدم العدالة في توزيع الدخل العام، بالإضافة إلى الإحباط، الصراعات اللاشعورية داخل شخصية الفرد، نقص تقدير الذات، نقص الاستحقاق والشعور بالقيمة، القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية [1]. وتزداد حدة ذلك خصوصاً إذا حاولنا أن نأخذ أنفسنا بمعايير أخلاقية عالية تتطلب منا شجاعة وصبراً أو إذا ارتضينا لأنفسنا مسؤوليات المثل العليا والطموحات، أو إذا وقعنا تحت إلزامية تطبيق القواعد والقوانين والتقاليد والعادات التي تفرض نفسها على الأفراد والجماعات ويستجلب خرقها سخط المجتمع [73]، ص 49. هذا إلى جانب ضغوط الأحداث الانفعالية والعاطفية المؤلمة التي تؤدي إلى انفعالات مكبوتة منها: دخول المستشفى، تغيير المدرسة، وفاة أحد الوالدين أو كلاهما، العقاب والنقد الشديد، فشل العلاقات العاطفية، الخجل وعدم الجرأة، الاحترام والنظام، الغضب، اللامبالاة، عدم التعاون، الأنانية وعدم الحماس وضعف الدافع [13].

ولأحداث الحياة الرئيسية في نظر شيخاني (2003) دور أيضاً مثل: موت عزيز أو فقد عمل والترقية، والطفل الجديد. كما يمكن أن تكون الأحداث السارة مصدراً للضغوط لدى الفرد مثل: الترقى في الوظيفة وشراء سيارة جديدة أو شراء منزل جديد، حيث تؤدي هذه الأحداث السارة إلى حدوث تغير في أسلوب حياة الفرد وتتطلب إعادة التوافق مع البيئة [1]، ص 40.

2.3.3. ضغوط السمات الشخصية والسلوكية

وهي تلك الضغوط التي تنتج من داخل الفرد، حيث يقوم بفرض متطلبات مستمرة على حياته وترتبط هذه الضغوط بما يحمله الفرد من قيم أساسية تؤثر في اتجاهاته وبالتالي في سلوكه.

وفي هذا المجال سنقوم بتقسيم أنماط الشخصية إلى نمطين:

1.2.3.3. نمط الشخصية النشطة

غالبا ما تتسم بعدم الصبر، المنافسة والجدية، الشعور الدائم بعدم كفاية الوقت ومحاولة تحقيق عدة أشياء في وقت واحد. ونظرا لما تتصف به الشخصية النشطة من عدم القدرة على الصبر فإنها تبدو عدوانية ومتوترة.

2.2.3.3. نمط الشخصية المرنة

هي التي تمثل الأشخاص الذين يتحلون بالصبر والأسلوب المرن في التعامل مع الآخرين، وهم يحافظون على مستوى التناغم والتنسيق داخل المنشأة، كما أنهم أكثر انفتاحا للتغذية الراجعة "Feed Back" حيث يدركون بحسهم ما الذي يجب أن يفعلوه في كل موقف [13]، ص 148.

مما سبق يتضح لنا الدور الذي تلعبه السمات الشخصية والسلوكية في مدى زيادة الضغوط أو تناقصها.

3.3.3. ضغوط مادية أو اقتصادية

تتمثل في الفقر وانخفاض الدخل والبطالة والتفاوت الطبقي، حيث أصبح المجتمع به طبقة صغيرة تملك المليارات والأغلبية من الأفراد تمثل الطبقة الكادحة، فضلا عن هروب الدولارات عبر مجموعة من الأفراد إلى الخارج وانخفاض معدل الإنتاج بالقياس إلى معدل الاستهلاك للأفراد [1]، ص 39.

4.3.3. ضغوط سياسية

تلعب سياسة البلد الداخلية و الخارجية دورا رئيسيا في تحديد الكثير من ملامح وحجم ونوعية الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم، وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن أنظمة الحكم الاستبدادية والصراعات السياسية والتسلح النووي.

5.3.3. ضغوط ثقافية

تتمثل في استيراد الثقافات والانفتاح على الثقافات الهادمة الوافدة دون مراعاة للأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع [72]، ص 31. وهناك نوع آخر من الضغوط الثقافية وهو ما يعرف بضغوط "التثاقف" (Acculturation) ويشير هذا المفهوم إلى الضواغط التي تواجه الطلاب المهاجرين للخارج حيث تتضمن الحياة مصادر ضغوط التثاقف أو التأقلم صعوبة تعلم اللغة والعادات والتقاليد وفقدان المساعدة الاجتماعية وأساليب التفاعل الاجتماعي والقواعد الاجتماعية الناتجة عن المواجهة مع النماذج الثقافية الجديدة وكلها تؤدي إلى القلق والإحباط والاكتئاب والعجز [1]، ص 40.

6.3.3. ضغوط مهنية

تلك التي ترتبط بخصائص بيئة العمل والعوامل البيئية السلبية مثل: غموض الدور، صراع الدور، أحوال العمل السيئة والأعباء الزائدة، الخلاف بين الرفقاء في العمل وضغوط القواعد واللوائح في العمل وعدم الرضا عن العمل وقلة المرتبات والأجور [72]، ص 32.

كما تؤثر البيئة المادية أيضا بالضجيج والأضواء الساطعة، والحرارة والأماكن الضيقة، والتنظيمية مثل: القواعد والأنظمة والقوانين والروتين الحكومي والمواعيد الأخيرة لإنجاز عمل ما [74]، ص 12.

7.3.3. ضغوط أكاديمية

تتمثل في انتقال الطالب من مدرسة إلى أخرى ومن المدرسة إلى الجامعة [72].

والضغوط في جانبها الأكاديمي والدراسي تعوق التعلم الكفاء ويمكن أن تؤدي إلى الفشل الأكاديمي والعجز عن الإنجاز وكراهية الدراسة، وما يصحب ذلك من إحباطات نفسية، واضطرابات انفعالية [67]، ص 503. كما تشير بعض الضغوط في جملتها إلى مجموع الصراعات الأكاديمية التي يواجهها الطالب داخل البيئة المدرسية نحو: صعوبة المواد الأكاديمية، نقص الدافعية، كثرة المواد التي يدرسها الطالب، طرق التدريس التقليدية، نظام الامتحانات والتقويم والواجبات المدرسية، الازدحام في الفصول والفشل الدراسي لبعض الطلاب وتوتر العلاقات بين الطلاب والمدرسين والحاجة إلى إجراء البحوث [1].

8.3.3. ضغوط الأحداث الطبيعية والبشرية

تتمثل الأحداث الطبيعية في الكوارث مثل الزلازل والبراكين والأعاصير وغيرها [72]، ص 30. أما البشرية فمنها الحروب، الاغتصاب، الاختطاف، حوادث المرور، تصادم وتحطم الطائرات والقطارات [13]، ص 149.

من خلال ما ذكر سابقا نلاحظ أن مصادر الضغط عديدة ومتنوعة فمنها ما هو طبيعي ومنها ما هو من صنع الفرد، ومنها ما هو متحكم فيه ومنها ما هو خارج عن نطاق الفرد وسيطرته. وهذا الاختلاف والتباين في مصادر الضغط أوجد العديد من وجهات النظر قدمها العلماء كنماذج مفسرة له.

4.3. النماذج المفسرة للضغط

لقد تعامل العلماء منهجيا مع الضغوط من خلال أربعة اتجاهات هي: نموذج المثير، نموذج الاستجابة، والنموذج التكاملي أو التفاعلي (مثير / استجابة) ونموذج العجز المكتسب نوضحها فيما يلي:

1.4.3. نموذج المثير

يمثل النزعة السلوكية حيث يصف الضغط في صورة مثير يتمثل في خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة. ومن ثم فإن هذا النموذج ينظر إلى الضغط كعامل مستقل، فالأحداث والظروف البيئية التي تؤثر علينا أو على البعض منا بطريقة واحدة يختلف تأثيرها من شخص لآخر. ويسمى المثير ضاغطا إذا ما أدى دائما إلى انزعاج انفعالي ومعاناة نفسية أو عجز جسدي.

يمكن القول أن هذا النموذج محدود حيث تؤدي الضغوط الخارجية إلى رد فعل الانضغاط داخل الجسم، ووجه إليه انتقاد حيث أنه ليس كل الأشخاص الذين يتعرضون لنفس الحدث الضاغط يستجيبون بشكل مماثل. "فالأفراد تكون لديهم ردود فعل مختلفة حول الطلاق فقد يكون صدمة للبعض ومصدر رضا للبعض الآخر، كما يعاني الكثير من أحداث الحياة السلبية بدون أن يصبحوا مرضى في النهاية" [75]، ص 280. ورغم استمرار التساؤل حول المثيرات المدركة أكثر على أنها ضغوط وضعف الاتفاق بين الناس حول ما يجدونه ضاغطا من بين الأحداث المحيطة، بقي المثير واحدا من عوامل متعددة تشكل ظاهرة الضغط.

2.4.3. نموذج الاستجابة

تم تقديم هذا النموذج من خلال نزعيتين: النزعة الفسيولوجية والنزعة المعرفية

1.2.4.3. النزعة الفسيولوجية

تبلور التصور القاضي ببيكوفسيولوجية الاستجابة كحالة حدث داخل العضوية تترجمها حالة عدم التوازن الوظيفي على مستوى الجهاز العصبي والجهاز الغددي يرافق ذلك من اضطرابات انفعالية مضرة. ومستوى الضرر حسب هذه الوجهة لا يتوقف على العامل المجهد بقدر ما يتوقف على نوعية الاستجابة [71]، ص 128.

عموما تحدث الاستجابة عندما يتعرض الفرد مثلا لحادث مؤلم بأعباء زائدة تتعلق بالوسط العائلي أو الوسط المهني، وكل أشكال استجابات العضوية تمثل عاملا مركبا عاما كسلوك نمطي وهو سلوك لا يتغير ويفتقر للصفات الفردية المميزة.

2.2.4.3. النزعة المعرفية

يقوم تصور هذه النزعة على أساس أن المحيط لا يشكل أي تركيب للتفكير والسلوك إلا من خلال الترجمة التي يعطيها الفرد إياه. وحسب هذا الاتجاه فإن الإدراك يأخذ دوراً أولياً وأساسياً في حدوث حالة الإجهاد وما هذه الأخيرة إلا انعكاس لافتقار الفرد لنموذج مناسب مع موقف الضغط.

وعليه فالضغط لا يتوقف على المحيط الخارجي بقدر ما يتوقف على الاستجابة المعرفية وطبيعة التقارير والمعاني التي يضيفها الفرد على الموقف. فالاستجابة للضغط لا تتوقف على جهاز العضوية فقط وإنما على الجهاز المعرفي أيضاً، كما ترتبط بالفكرة التي يكونها الفرد عن المكان الذي يشغله وعن توقعاته الخاصة بمتطلبات المحيط وكذا إمكانياته تجاه ما هو منتظر منه.

وحسب (SELS 1970) فالضغط يتجلى في المواقف التي يجد فيها الفرد نفسه مطالباً بالاستجابة لظروف لا يملك لها الاستجابة الملائمة نتيجة عدم توفر جهازه المعرفي على صيغ تلاؤمية.

وفي هذا الإطار نجد ديل كارينجي (1970) يؤكد أن الاستجابة للضغط تتضمن الحالة الذهنية والاتجاه الذهني للفرد والكيفية التي يفسر بها المواقف التي يواجهها، أي الترجمة الذهنية التي يقوم بها الفرد حيال مثير معين [71]، ص 129.

يتبين لنا حسب هذا الطرح أن الأفراد ليسوا مختلفين في توازنهم بقدر ما هم مختلفين بسبب التفسير والمعاني التي يعطونها للموقف الذي يواجهونه.

3.4.3. النموذج التكاملي أو التفاعلي

يحاول هذا النموذج التغلب على النظريات الآلية للضغوط التي اعتبرت في صورة مثيرات مثل نموذج "ويلفورد"، أو اعتبارها في صورة استجابات كنموذج "سيلي" التي أهملت دور الفرد واعتبرته سلبياً بالنسبة للضغوط. ونتيجة لاستبعاد العمليات النفسية الوسطية فإن تلك النماذج تواجه صعوبة في التعامل مع الفروق الفردية وتصبح غير ملائمة لأنها تهمل الدور الإيجابي للفرد في حدوث الانضغاط، كما أنها تخفق في أن تأخذ في اعتبارها الجانب الإيكولوجي المتصل بعلاقة الإنسان ببيئته.

وعليه ظهر الاتجاه الثالث أو "التفاعلي" في دراسة تأثير الضغوط والذي يمثل النزعة الجشططنية حيث يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط ينشأ من خلال عملية التفاعل بين المحيط والفرد وهو كنسق أو نظام أو معادلة لا تتضمن المواقف المجهدة أو الاستجابة فحسب بل تتضمن التفاعل الحاصل بينهما، حيث يركز هذا الاتجاه على التفاعلات الحاصلة بين الظروف المحيطية التي يدركها الفرد كعوامل معيقة لنشاطه النفسي والعضوي وما يترتب عن ذلك من أعراض مرضية مع مراعاة العوامل الوسطية التي

تشتت علاقات التفاعل القائمة بين الموقف المجهد وآثاره، والمتمثلة في نمط الشخصية والتي يعبر عنها بالطرز أ - ب (الشخصية النشطة والشخصية المرنة) لنمط السلوك.

يركز هذا النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد، وتحدث الضغوط عندما تزيد مطالب البيئة عن قدرات الفرد على المواجهة [72]، ص 129.

ولقد قدم **كابلان caplan (1964)** نموذج المثير - استجابة الذي يصور الفرد على أنه يستجيب للمواقف بآليات تكيف مكتسبة تظهر وتنشط بواسطة مبادئ الاتزان البدني، وإن لم تتوفر مقاومة الفرد في التغلب على الحمل الزائد فإنه يشعر بحالة من الضغط والشكل التخطيطي التالي (مثير - استجابة) يوضح نموذج الضغط الذي تبناه كابلان:



شكل رقم 01: النموذج التفاعلي (مثير - استجابة) [75]

الاتجاه التفاعلي يأخذ إذا في تفسيره ثلاث عناصر أساسية وهي: الفرد وكيفية تقييمه للحدث الضاغط، العوامل أو العمليات الوسيطة وأخيرا المحيط. وبالتالي فالتناول الثالث هو العملي أكثر بحيث يركز في تعريفه للضغط على العلاقة بين الفرد والمحيط والتي تأخذ بعين الاعتبار مميزات الفرد

والعوامل المعرفية من جهة، وطبيعة موقف الضغط من جهة أخرى فالضغط ينشأ نتيجة تقييم الفرد للمحيط الذي يعيش فيه على أنه يهدد أو يفوق قدرته و يسيء إلى رفاهيته بمعنى إدراكه للموقف أنه ضاغط. هذا التناول هو الذي يخدم الدراسة الحالية من حيث أن الضغط يكون مدركاً من طرف الفرد.

4.4.3. نموذج العجز المكتسب

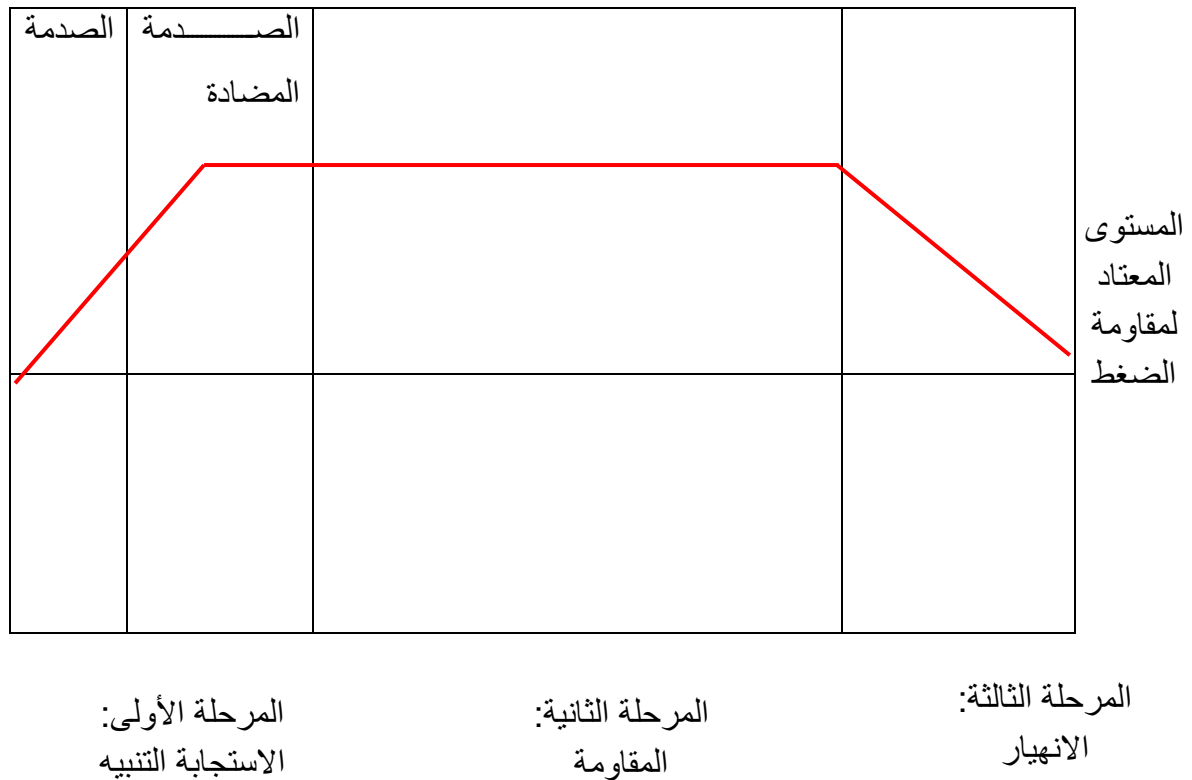
استخدم سيلجمان **Seligman** مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب من خلال عدة تعريفات حيث يشير هذا المفهوم إلى تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة فيبالغ في تقييمه للأحداث و المواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، كما يشعر بعدم قدرته على مواجهتها ويتوقع الفشل بشكل مستمر فيدرك أن ما تعرض له في الماضي من فشل وعدم القدرة على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل، ثم يشعر باليأس والسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب. "ومن عوامل العجز المتعلم نجد عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد، وعوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة" [72]، ص 132.

إذا عندما يدرك الفرد أنه عاجز عن التأثير فيما يتعرض له من أحداث وظروف ضاغطة ولا يستطيع السيطرة عليها فإن ذلك يؤدي إلى فقدان الشعور بالضبط و التحكم وهذا يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب، وتكرر هذه المشاعر كلما تعرض الفرد لمواقف مشابهة.

لقد حاول أصحاب هذه النماذج تقديم تفسير منهجي لمفهوم الضغط من الزاوية الخاصة بها، فمنهم من يصف الضغط على أنه المثير، ومنهم من يركز على استجابة الفرد للمواقف المزعجة، واعتبره اتجاه ثالث على أنه انعكاس لفقدان الانسجام بين الشخص وبيئته. وتناوله نموذج آخر بالمزج بين النماذج السابقة على أنه النموذج التكاملي...الخ. وكل هذه النماذج أعطت وجهة نظرها في تفسير الضغط فماذا عن كيفية حدوث الضغط؟ هذا ما سنحاول معرفته من خلال المراحل التي يمر بها الضغط.

5.3. مراحل الضغط

حسب هانس سيلبي (1956) فإن دورة الضغط يمكن تلخيصها في المراحل الثلاث الآتية كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم 02: مراحل الضغط (زملة التكيف العام S.A.G) [75]

1.5.3. مرحلة الإنذار أو الاستجابة

هذه المرحلة هي التي يتحرك فيها الجسم لمواجهة التهديد المباشر أو أي ضغط آخر، وتكون ردة الفعل نفسها في كل حالات الضغط [76]، ص 366. حيث تبدأ بالانتباه لوجود ضاغط حيث يولد هذا الانتباه تغيرات فسيولوجية وتسمى مرحلة الانزعاج حيث تحدث الإثارة من خارج الجسم ويتحول الجسم بعدها لمواجهة الحدث الضاغط [72]، ص 128 .

وهي مرحلة سريعة تترجم استجابة الفرد لتهديد مدرك حيث يقوم الجهاز العصبي السمبتاوي والغدد الأدريناليين بتعبئة دفاع يتم من خلاله تصريف أكبر نسبة من الأدرينالين وبهذه الطريقة يزداد

إنتاج الطاقة لمواجهة الموقف الضاغط، ومن مظاهر هذه المرحلة: شحوب اللون واصفرار الوجه، زيادة نبضات القلب، آلام في الرأس و البطن ويكون الجسم في حالة تأهب للدفاع و التكيف مع الحدث الضاغط، تتميز إذاك استجابة الفرد السلوكية بالمواجهة أو الهروب [71]. كما تظهر على المستوى النفسي العلامات التالية: خوف غامض غير محدد، نسيان وعدم تركيز، توتر وسرعة استثارة، أرق واضطرابات في النوم [15].

باستمرار الحدث الضاغط فإن العضوية تنتقل إلى المرحلة الموالية.

2.5.3. مرحلة المقاومة

عندما يحاول الجسم مواجهة عامل ضاغط لا يستطيع تفاديه يصبح مستمرا [76].

وإذا استمر تعرض الفرد للضغط فإن مرحلة الضغط تتبعها مرحلة المقاومة للحدث الضاغط، حيث تختفي معظم مواصفات المرحلة السابقة ويكون الجسم في حالة تيقظ عام بتحريكه لمجموعة من أجهزة الدفاع ضد العامل الضاغط، ويناط الدور الرئيسي لجهاز الهيبتولاموس والغدة النخامية، الشيء الذي يسمح بإنتاج أكبر للمضادات الحيوية وزيادة مستوى النشاط الأيضي [76]، ص 300. أما على المستوى النفسي فتظهر علامات عدم الاهتمام، الميل والوحدة، الامتناع، العزلة والانسحاب الاجتماعي كما يلجأ الفرد إلى تعاطي المهدئات وتناول كميات كبيرة من المنبهات [15]. وإذا نجحت المقاومة فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، يشعر الفرد عندئذ بأنه تغلب على الضغط حيث يعتمد مدى نجاح المقاومة على قدرة الشخص على استخدام مصادره جيدا إلى جانب التغلب على آثار المرحلة الأولى التي يصاحبها التوتر والقلق غالبا. أما إذا استمر الضغط لدى الفرد لمدة طويلة فإنه يعمل على الاستمرار في المقاومة وتصبح طاقة الجسم على التكيف منهكة ومجهددة ثم تضعف وسائل مقاومته ويصبح عاجزا على التكيف بشكل عام وتصبح العضوية في حالة ضعف، و بهذا يدخل الفرد في المرحلة التالية.

3.5.3. مرحلة الإنهاك

هي المرحلة الأخيرة حيث يعمل الضغط المستمر على إفراغ الجسم من طاقته، وتزداد هشاشة ذلك الجسم [76]، ص 367. تحدث عندما تضعف قدرة الفرد على مواجهة مسببات الضغط أثناء مرحلة المقاومة، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال الوظائف النفسية والфизиولوجية لدى الفرد [77]، ص 05. هذه المرحلة تظهر بشكل غير متوقع فتكون الطاقة قد استنفذت حينها يحدث الانهيار حيث يؤدي

استمرار الاستجابات الدفاعية إلى الأمراض والاضطرابات السيكوسوماتية والإجهاد وقد يؤدي استمرار الضغط دون مواجهة إلى الوفاة [72]، ص 129.

مما سبق نقول مثلما تقول **مزياني (1998)** أنه يبدو جليا أن تقسيم آليات الضغط إلى ثلاث مراحل يحقق هدفا ما يتمثل في تسيير طاقة الجسم بطريقة فعالة وجعلها تحت التصرف عند الحاجة وتجديدها مباشرة بعد الاستعمال. لهذا يعتبر الضغط مبدأ بيولوجيا ضروريا إذ ينظم دفاع الجسم ضد كل الاعتداءات الخارجية سواء باتخاذ سلوك هروبي أو هجومي.

6.3. الضغط السلبي والضغط الإيجابي

حدد هانس سيللي رائد أبحاث الضغوط تمييزا مهما بين الضغط الضار (السلبي) والضغط المفيد (الإيجابي) حيث يمكن أن يجعل الضغط السلبي الشخص يشعر بأنه عاجز ومحبط، كما أنه يمكن أن يسبب أذى بدنيا بالإضافة إلى الأذى النفسي ويصل في النهاية إلى مشاكل جسمية ونفسية تؤدي إلى الإنهاك. والضغط الإيجابي يمنح شعورا بالإنجاز والرضا والاتزان، كما يمكن أن يكون محفزا ومزودا بالطاقة [78]، ص 171.

وفيما يلي نتائج كل من الضغط السلبي والإيجابي على المستوى البدني والنفسي:

1.6.3. الضغط السلبي

إن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي فتجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه وعاجزا أيضا عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسمية [79]، ص 18. كما قد يكون للضغط المفرط والمستمر تأثير مؤذ في الصحة العقلية والجسدية والروحية خصوصا إذا ما تركت مشاعر الغضب والإحباط والخوف والاكتئاب المتولدة عن الضغط دون حل فإنها تستطيع أن تطلق تشكيلة من الأعراض. ويقدر العلماء أن الضغط هو السبب الأعم للصحة السقيمة في المجتمع الحديث وهو على وجه الاحتمال في أساس ما يقارب 80 % من جميع الزيارات التي يقوم بها الناس إلى عيادات أطباء العائلة. وهو عامل مساعد على إحداث حالات ثانوية نسبيا مثل: الصداع والاضطرابات الهضمية والجلدية، الأرق والقروح... وكذا يساهم بنسبة مهمة في الأسباب الرئيسية للموت في العالم الغربي كالسرطان والأمراض القلبية الشريانية واضطرابات التنفس، تشمع الكبد والانتحار [74]. ويشمل كل الأوضاع المولدة للألم والحزن والكآبة مثل الحالات الفشل الاجتماعي والمهني والعاطفي وحالات المرض وهذا يؤدي إلى حالة من عدم الاستقرار وفقدان التوازن [2]، ص 231.

2.6.3. الضغط الإيجابي

يسمى أيضا الضغط التكيفي ويكون على شكل استجابة انفعالية عادية تضع الفرد في وضعية تأهب وإنذار ودفاع وتجعله يقوم بسلوكيات تكيفية. وهذا ما يجعل الضغط يؤثر تأثيرا إيجابيا. حيث أنه أساسي في الحث على التحريض والإدراك لأن التوتر والتنبه ضروريان للتمتع بكثير من مظاهر الحياة. كما أن الضغط يوفر أيضا حس الإلحاحية والتيقظ الذي نحتاج إليه للحياة عندما نواجه حالات مهددة. فالسلوكيات المسترخية على نحو مفرط في الحالات المهددة قد تكون مهلكة [74]، ص 14.

ويرتبط الضغط الإيجابي بوجود درجة مناسبة من الضغط أو التوتر تدفع الفرد للعمل بشكل متتبع محققا أهدافه [13].

كما يعتبره **عبد الواحد يوسف (2010)** شعورا ينشأ من ضاغط يقيمه الشخص على أنه ضاغط إيجابي، ويمثل تحديا جديدا وممتعا. "وهو حسب سيلبي ايجابي ومنتج بالرغم من أنه يرغب الجسم على إنتاج طاقة كبيرة في وقت قصير" [76]، ص 367.

نستطيع أن نقول إذا مثلما قال **فاستر Vester (1979)** "إن ميكانيزم الضغط جزء من برنامج حقيقي للبقاء مخصصا لضمان استقرارنا في محيط متغير". غير أن استمراره دون أن يستطيع الفرد مقاومته ينعكس سلبا عليه إذ يحول دون قيام الجسم بنشاطه العادي. وسواء كان الضغط إيجابيا أو سلبيا يبقى هناك سؤال يتبادر إلى الذهن وهو ما هي الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الضغط أو كيف يستجيب الفرد للضغط؟

7.3. الاستجابة للضغط النفسي

قد يستجيب الشخص السوي بالخوف الشامل لمواقف الضغط وتضخم في ظل الضغط الشديد وهي استجابات لا تفيد عادة في مواجهة الضغط بل هي مؤقتة تختلف عن الاستجابات النفسية الدائمة [80]، ص 232. وعلى أي حال تتم الاستجابة للضغط على مستويين هما: المستوى البيولوجي والمستوى النفس اجتماعي.

1.7.3. الأساس البيولوجي للضغط

إن الضغط يؤدي إلى تنشيط جهازين أساسيا في الجسم هما: الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء (أنظر الشكل رقم 03) الذي يوضح كيفية الاستجابة للضغط.

أي حدث يتم إدراكه على أنه مهدد

أو مصدر للضغط بواسطة المخ الذي

يقدر زناد استجابة الضغط

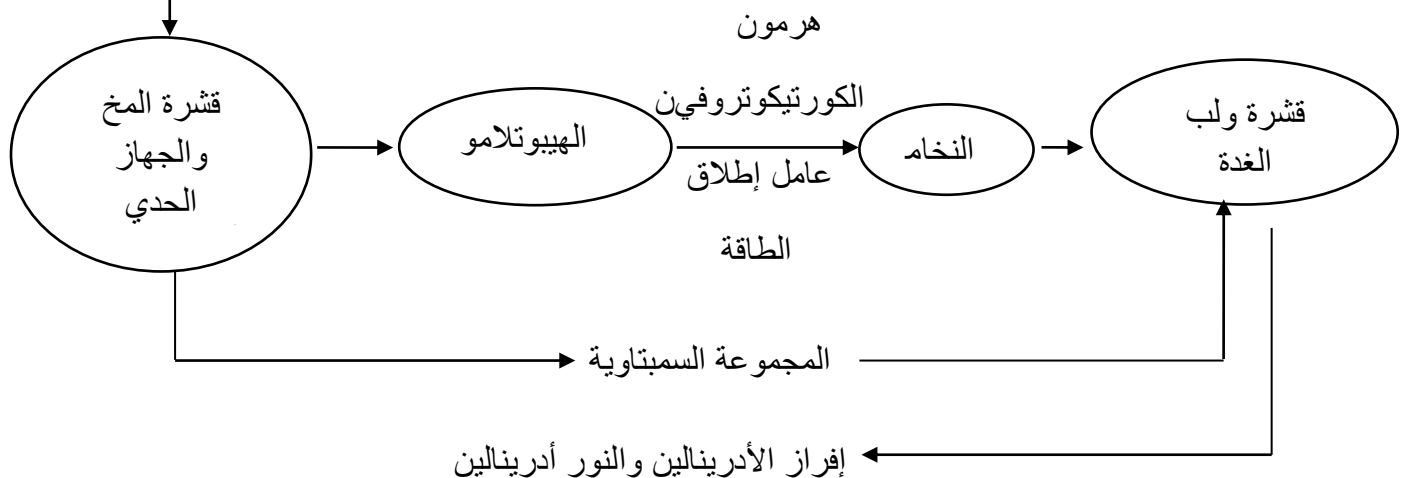
إفراز هرمون الكورتيزول:

* يزيد من استقلاب البروتين و الدهون.

* يزيد من حرية الوصول إلى الطاقة المخزنة.

* ينقص من احتراق الطاقة.

استجابة الجسم
للضغط



شكل رقم 03: الأساس البيولوجي للضغط [75]

- الجهاز العصبي:

ينظم الجهاز العصبي الإنساني في شكل هرمي يضم مكونات مختلفة، ويقع المخ في قمة الشكل الهرمي ويتحكم جزءان من أجزاء المخ في عواطفنا وانفعالاتنا ودوافعنا هما: الهيپوتلاموس (تحت المهاد) والجهاز الطرفي حيث يؤثر الهيپوتلاموس على الجهاز العصبي المستقل وجهاز الغدد الصماء، ويقوم الجهاز السمبتاوي (أحد مكونات الجهاز العصبي المستقل) بتنشيط الأعضاء الهامة مثل: القلب والأوعية الدموية والمعدة وغدد عديدة مثل: الغدة الكظرية، وكالاستجابة للانفعال أو الضغط يحشد الجهاز العصبي المستقل موارد الجسم للطوارئ بزيادة معدل ضربات القلب، معدل التنفس، معدل حرق السكر في الدم وتصيب العرق وغيرها [71]، ص 134.

- جهاز الغدد الصماء :

هذا الجهاز يتكون من الغدد التي تفرز هرموناتها إلى الدم مباشرة وتسمح هذه الهرمونات للمخ بإرسال الرسائل الكيميائية لأجزاء مختلفة من الجسم، بالإضافة إلى السيلالات العصبية المباشرة ويعد الهيپوتلاموس المركز العصبي الذي يتحكم في الغدة النخامية التي تسيطر بدورها على بقية الغدد الصماء، فالتأثير على الغدد الصماء يبدأ من الهيپوتلاموس كما يوضحه (الشكل رقم 03) حيث يقوم الهيپوتلاموس بإفراز الهرمون المحرر للكورتيكوتروفين الذي يثير الغدة النخامية ويعملان معاً (الهيپوتلاموس والغدة النخامية) على التحكم في الاستجابة الانفعالية والجوع والعطش والهضم والسلوك الجنسي، وتنشط الغدة النخامية بدورها الغدة الأدرينالية من خلال إفرازها لهرمون الإدرينو كورتيكوتروفين "ACTH".

- الغدة الأدرينالية التي تستثار أيضاً من قبل الجهاز العصبي المستقل وتتكون من جزأين هما: اللب (النخاع) والقشرة. وفي الاستجابة للضغوطات تفرز القشرة هرموناتها وهي: الكورتيزون والكورتيزول، أما اللب فيفرز هرموني الأدرينالين والنور أدرينالين أو ما يعرف بمجموعة الكاتيكولامين. كما تؤثر هذه الهرمونات على المخ في صورة من الصور المعقدة للتغذية المرتدة [75]، ص 302.

أما الجزء الثاني من المخ المشارك في تنظيم الدوافع والانفعالات فهو الجهاز الطرفي ويقع أسفل مقدمة المخ، ومن مكوناته حصان البحر الذي يتكون من نمط معدل من لحاء المخ قد انثنى إلى الأمام ليشكل السطح البطني للقرن الأصغر من البطين الجبهي، ورغم أن الوظائف الكلية لحصان البحر غير معروفة تماماً إلا أنه يلعب دوراً هاماً في الذاكرة وفي الاستجابات الانفعالية مثل: الغضب وأنماط مختلفة من الظواهر الجنسية حيث يستجيب حصان البحر لهرمونات الكورتيزون والكورتيزول اللذان يفرزان من لحاء الغدة الكظرية، وتساعد التغذية الراجعة لهذين الهرمونين حصان البحر على تجنب استجابة الضغط [75].

هذا عن استجابة الجسم البيولوجية والفسولوجية اتجاه الضغط ولكن ماذا عن الاستجابة النفسية والاجتماعية، وكيف يتم الربط بين مختلف هذه الاستجابات؟

2.7.3. الاستجابة النفسية الاجتماعية للضغط

في هذا الصدد قام فونتانا Fontana بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط وكيفية استجابته لها ومن بينها الاستجابة النفسية، السلوكية والاجتماعية وهي كالتالي:

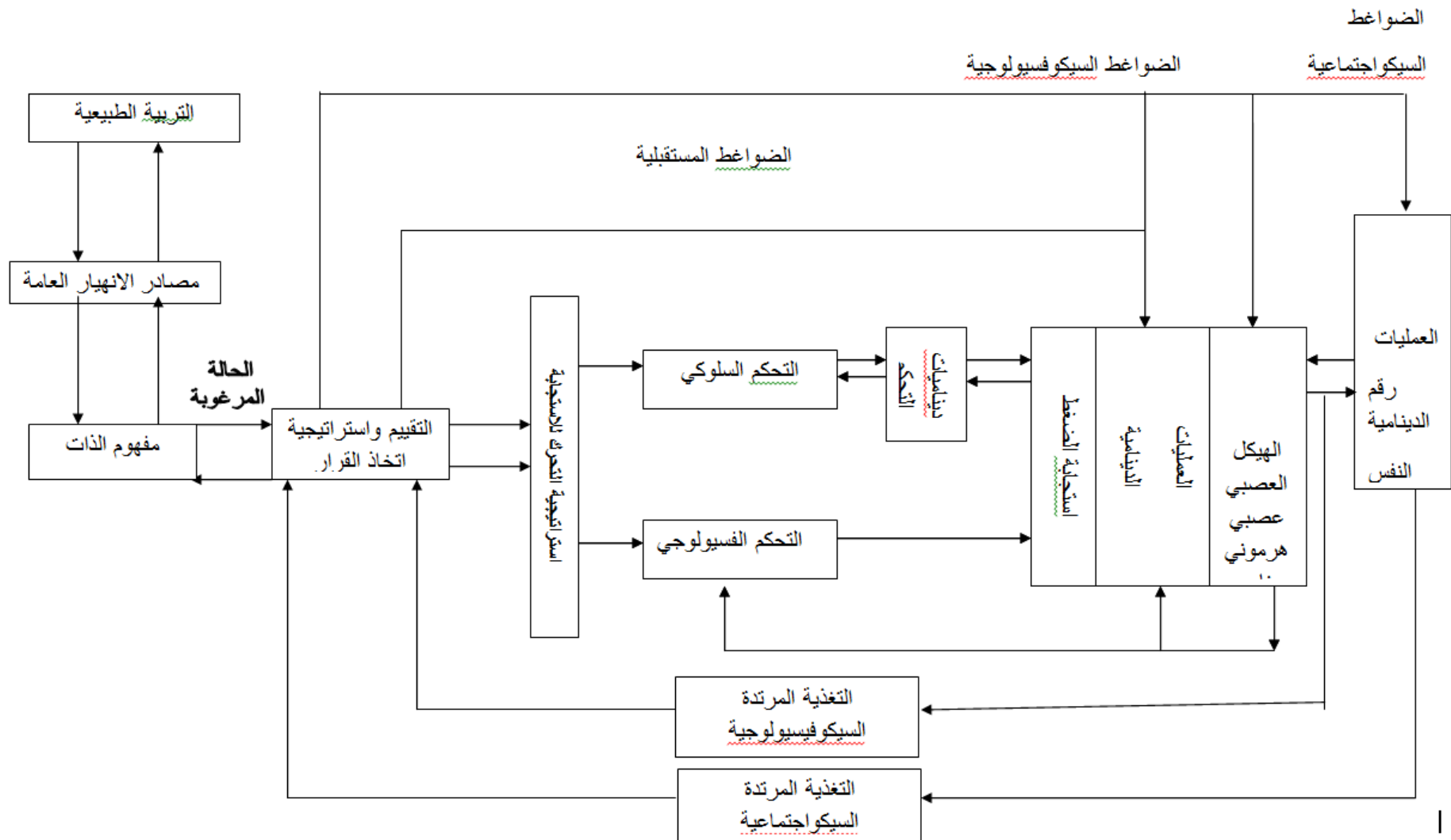
- زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة على الاسترخاء وتحدث تغيرات في صفات الشخصية، وزيادة الإحساس بالمرض واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة.

كما يظهر الاكتئاب لدى الفرد والشعور بعدم القدرة على التأثير وتزايد مشاكل الشخصية حيث تتفاقم المشاكل المتواجدة مثل: القلق والحساسية المفرطة مع ظهور فشل في تقدير الذات وتطور الشعور بالعجز و عدم القيمة. أما الاستجابة الاجتماعية فتكون كما يلي:

- زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في زيادة التلعثم والتهتة والميل لإلقاء اللوم على الآخرين. كما ينقل الفرد المسؤوليات عليهم ويحل المشاكل بمستوى سطحي [5]، ص 46.

ولقد شرح الرشيدى (1999) التفاعل بين الاستجابة الفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية في المخطط الذي وضعه جوهن ميلزم (1987) johin milsam

والشكل رقم 04: يمثل نظام الاستجابة الفسيوسيكولوجية للضغط.



تعتبر الجوانب الاجتماعية والنفسية ذات أهمية حيوية للاستجابة العامة للضغوط النفسية ويوضح النموذج السابق نظام الاستجابة الفسيوسيكولوجية لهذه الضغوط ويمكن تناولها بالتحليل على النحو التالي:

يتعرض الفرد لكثير من الضغوط السيكولوجية والاجتماعية والسيكوفسيولوجية، وأيضاً الضغوط المستقبلية "ضغوط البيئة والتربية"، وتنشأ العمليات السيكوفسيولوجية عن الضغوط السيكوفسيولوجية وتتمثل هذه العمليات في التأثير في الهيكل العصبي للفرد و الهرمونات والجهاز المناعي، بينما تنتج الضغوط السيكولوجية والاجتماعية العمليات السيكولوجية والاجتماعية والتي تشير إلى عمليات متعددة تنغمس فيها حياتنا وتتضمن كثير من الضغوط كضغوط العمل ويوجد تفاعل بين مختلف هذه العمليات. وعلى المستوى السلوكي فإن حركة هذه الضغوط تؤدي إلى استجابة سوء التكيف.

أما على الطرف الأيسر من المخطط فيكون هناك تفاعل بين مصادر التربية والبيئة ومصادر الانهيار العامة، التي تؤثر بدورها في استراتيجيات التحرك للاستجابة، ويكون بينها وبين مفهوم الذات تفاعل حيث تؤثر الطبيعة والتربية في دفاعات مصادر الانهيار العامة والتي تشير إلى العمليات التي تظهر القدرة على الدفاع ضد الهجوم من قبل الضغوط وتشمل هذه المصادر كل الأبعاد المتصلة بالصحة مثل: التمرينات الرياضية، المعرفة، مهارة حل المشكلات، الأخلاق والمعتقدات، التدعيم الاجتماعي، الاعتقاد في الصحة... وكلها متغيرات قريبة الصلة بمفهوم الذات، وفي الوقت الذي تستعين فيه العمليات السيكوفسيولوجية بالتغذية المرتدة السيكوفسيولوجية تستعين أيضاً العمليات السيكولوجية والاجتماعية بالتغذية المرتدة السيكولوجية والاجتماعية ويذهبان معاً إلى منطقة التقييم واستراتيجيات اتخاذ القرار، والتي يكون بينها وبين مفهوم الذات تفاعل، فتعمل التغذية المرتدة على تزويد الفرد بالمعلومات التي تساعد على تحقيق التحكم في الحالتين السيكوفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية [81].

وفيما يخص التقييم وإستراتيجية صنع القرار فيشير إلى مركز التحكم في نظام الاستجابة للضغط وهما مرتبطان بمفهوم الذات الذي تأتي منه الرغبة، وهي ضرورية من أجل أي نظام ضبط

وتحكم. ويتدخل التقييم والقرار حول الاستراتيجيات التي يعتمد عليها الأداء، وبعد أن يصل مستوى التفاعل بين مفهوم الذات والتقييم وإستراتيجية اتخاذ القرار التي تستقبل أيضاً مؤثرات من الضغوط السيكولوجية والاجتماعية والسيكوفيزيولوجية إلى حد ما فإن التأثير ينقل إلى استراتيجيات التحرك للاستجابة التي تشير إلى إنجاز اختيار استراتيجية الاستجابة، وهي تتضمن عنصرين هما: الهيتوبلاموس الذي يسيطر على نظام الاستجابة الفيزيولوجية والعنصر السيكولوجي الاجتماعي الذي يتم من خلاله التحكم في السلوك والاتصال بالعالم الخارجي، ويشير التفاعل بين هذين العنصرين إلى الاهتمام بصفة خاصة بالتحكم

الإرادي، ومن الناحية العملية فإن الاستجابات تبدأ دائماً من خلال كلا الطريقتين. وتظهر إستراتيجية التحرك للاستجابة في التحكم السلوكي الذي يتفاعل مع ديناميات التحكم والتي تتفاعل بدورها مع العمليات السيكوفيزيولوجية، ويشمل التحكم السلوكي التنفيذ الواقعي لاستراتيجيات التحرك والعمليات التي تمتد لفترة من الزمن والتي يكون لها أهمية. كما تظهر هذه الاستراتيجيات التحكم الفيزيولوجي الذي يظهر في العمليات السيكوفيزيولوجية وتظهر بعض الضواغط السيكواجتماعية من خلال التغذية المرتدة المستقبلية أي ضواغط المستقبل مثلاً: توقعات مقابلة شخص ما ممكن أن تثير مشاعر التوتر والتردد [81].

هذا من وجهة نظر الرشيدى أما محمد حسن غانم (2008) يحصر الاستجابات المتوقعة من الأفراد عندما يواجهون ضغوطاً في خمس استجابات هي: استجابات انفعالية، استجابات بيولوجية، استجابات معرفية، استجابات سلوكية، استجابات خاصة بالطباع. "ومهما كان نمط استجابة الجسم للضغط فإن سيلي يرى أن الجسم يستجيب بنفس الطريقة عند كل ضغط مهما كان نوعه" [76]، ص 346.

الضغط إذن لا يظهر إلا من خلال تفاعل عوامل الضغط واستجابة الجسم فسيولوجيا ونفسيا واجتماعيا. وقد رأينا أن ذلك لن يشكل أي ضغط على الفرد إذا لم يدركها كعوامل تهديد له وضغط عليه. وبالرغم مما تتركه الضغوط من آثار سلبية إلا أنها حظيت باهتمام العديد من الباحثين في علم النفس وتركزت مجالات اهتمامهم في الإجابة على السؤال الذي يفرض نفسه بقوة لماذا يختلف الأفراد في إدراكهم للأحداث الضاغطة؟ هذا ما سنعرضه من خلال التطرق للضغط المدرك محاولة منا الإجابة على السؤال في العنصر الموالي.

8.3. الضغط المدرك

بما أنه من العناصر المهمة في الدراسة فإن الباحثة ستتناوله بشيء من التفصيل فيما يلي:

1.8.3. مفهوم الضغط المدرك

من المتغيرات المهمة التي تحدد استجابة الإنسان للضغوط الواقعة عليه إدراكه لهذه الضغوط لأن رد الفعل الذي يصدر من الفرد يعتمد على كيفية تفسيره أو تقييمه لأهمية الخطر أو التهديد الذي يواجهه. وتقييم هذا الخطر ليس مجرد إدراك بسيط لعناصر الموقف ولكنه حكم واستدلال يتم فيه جمع البيانات لتشكيل الأفكار والتوقعات، وأي تغير في أي عنصر كخلفية الموقف الذي تم فيه إدراك المثير يمكن أن يغير بقوة من تفسير الشخص للموقف [1]، ص 243.

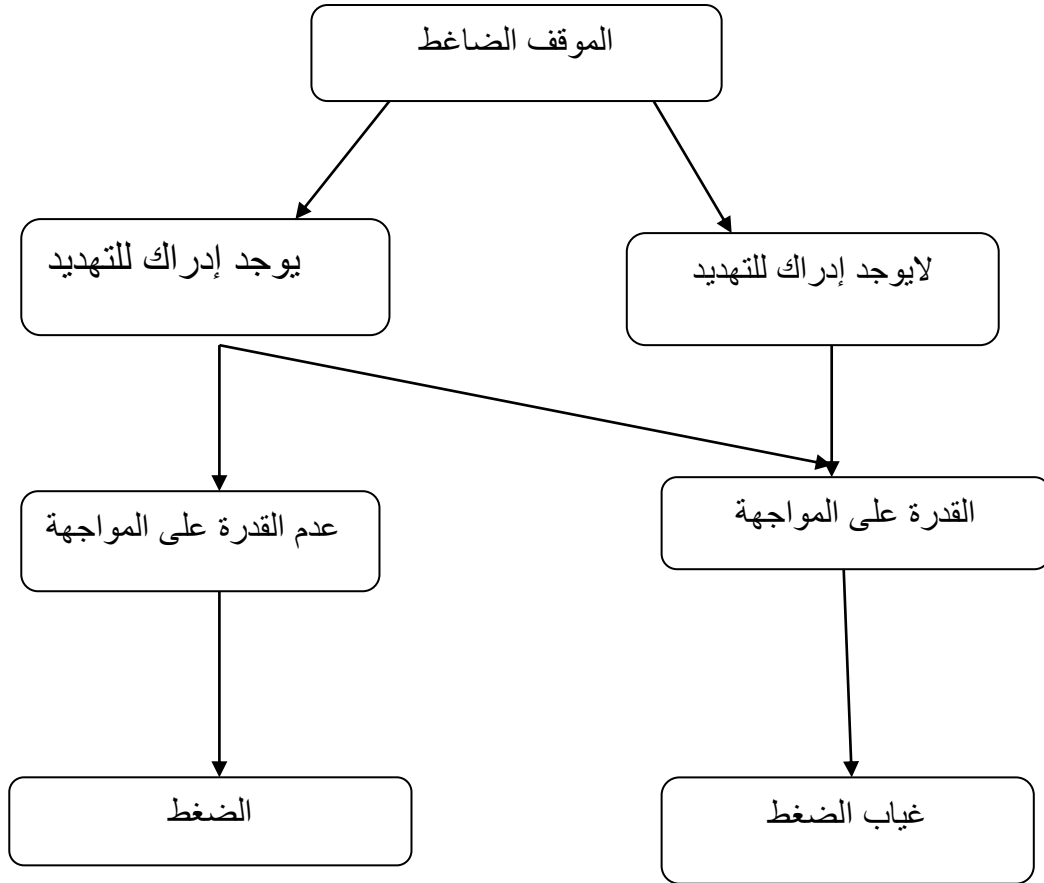
ما ذكره عبد الواحد يوسف ركز على كل من فئة الأحداث الضاغطة والفروق في تقييم هذه الأحداث، فلم يهتم فقط بمنظور المثير أو بمنظور التقييم لأنه يضم كل من الحدث واستجابة الفرد لذلك الحدث، ويوضح هذا المنظور باقتراح فكرة مفادها أن بعض الأحداث تكون ضاغطة إذا ما أدركت على أنها مهددة للجسم أو الذات ويسمىها مهددات جسمية ومهددات الأنا. الأمر الذي يبين أهمية هذا المنظور لأنه يوضح أن بعض الأحداث غالبا ما ترى على أنها ضاغطة، وأن الأفراد يختلفون في درجة استجاباتهم للأحداث الضاغطة باختلاف سماتهم الشخصية. وقد استخلصت **سمية طه جميل (1998)** أن استجابة الفرد للأحداث الضاغطة تتوقف على إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط ومدى تأثيره على حياته وعلى تجربة الفرد وخبراته وأن الضغط يعتبر حملا زائدا على الأنظمة البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

فالمثير الواحد يمكن ألا يدركه شخص أو لا يلتفت نظره، في حين أن شخصا آخر يعد نفس المثير إجهادا وإزعاجا لا يطاق. وهنا تكمن المشكلة في رؤية وإدراك (الشخص) وليس في مصدر الضغط [15]، ص 203. وفي بعض الحالات لا يكون الحدث الضاغط بحد ذاته سببا للضغط والضعف ولكن إدراكه يجعل الفرد يجده كذلك [68]، ص 99.

يمكننا القول إذن أن الضغط لا يعتبر ضغطا إلا إذا أدرك على أنه كذلك. وفي هذا السياق يُعرّف لازاروس و فولكمان **Lazarus et Folkma (1984)** الضغط المدرك على أنه تفاعل خاص بين الشخص والبيئة، حيث يُقيم الفرد الموقف أنه في متناول موارده أو متجاوز لها ويمكن أن يهدد سلامته. وإن التقييم الذاتي في المواقف الضاغطة لهذه الوضعيات هو الذي يهتم أكثر من الحقائق الموضوعية. لهذا فإن الضغط المدرك هو بمثابة تقييم ذاتي أكثر منه تقييم موضوعي للموقف الضاغط.

كما أن الضغط المدرك - بناء على هذا المنظور- يتمثل في مجموعة من التقييمات التي لا تمس الوضعية المنفرة والمهددة فقط وإنما كذلك الموارد المتوفرة التي تدرك على أنها غير كافية [82]، ص 290.

والشكل الموالي يتطرق إلى ما سبق بشيء من الشرح والتفصيل:



شكل رقم 05: التقدير المعرفي للضغط حسب لازاروس وفولكمان

ويرى بيرفن أن الضغط هو العلاقة بين الفرد والبيئة وعندما يدرك الفرد أن إمكانياته تكفي للتعامل مع مطالب البيئة لكن بعد بذل الكثير من الجهد يشعر في تلك الحالة بمقدار متوسط من الضغط، أما عندما يدرك أن إمكانياته لا تكفي لسد الحاجات البيئية فإنه في تلك الحالة يعاني من الضغوط بشكل كبير [13]، ص 129.

مفهوم الضغط المدرك إذن يندرج تحته عدة مكونات مختلفة منها:

- مثير موضوعي أو مدرك يسبقه ويحدث استجابة للضغوط.
- عوامل معرفية إدراكية تؤثر على استجابة الفرد لمثير معين.
- فروق فردية ثابتة نسبياً ومدى تجارب الفرد مع الضغوط.
- استجابة فسيولوجية للضغوط وتغيرات صريحة في السلوك.

[79]، ص 18.

مما سبق ذكره نستطيع القول أن الضغط المدرك هو نتيجة تفاعل بين الشخص (إدراك الفرد) والبيئة (متغيرات البيئة) اللذان يشكلان محددات الضغط المدرك.

2.8.3. محددات الضغط المدرك

يحدد الضغط المدرك بنوعين من العوامل الفردية منها والوضعية.

1.2.8.3. العوامل الفردية

قد تكون إما معرفية أو دافعية ومحرضة، فهناك أساليب معرفية تؤدي أو تضخم الضغط المدرك (الفعالية الذاتية والتفائل من جهة أو فقد القدرة المكتسبة من جهة أخرى)، وفيما يخص دافعية الشخص فقد أظهرت بعض الدراسات أنه كلما كانت رهانات الوضعية المعاشة صعبة تصير مهمة، وربما يمكن أن تعاش كاختبار. فمظاهر استعداد الشخصية مثل الفعالية الايجابية أو الداخلية تغير الضغط المدرك، وأخرى كالحرص، الاكتئاب أو الشخصية من نمط "أ" تعززه، والبعض من الخصائص الشخصية تؤدي إلى الاعتقاد أنه يمكن التحكم في الوضعية (الفعالية الذاتية....) وأخرى تبالغ في خاصية تهديد الكوارث (الحرص، الاكتئاب والتشاؤم)، وأخرى ترفع احتمال عدم الهشاشة والتحكم (التفائل، داخلية مركز التحكم...) [83]، ص 291، 292. كما أن ضعف شخصية الفرد والعوامل البدنية وخبرته السابقة ودافعيته كعناصر أساسية في إدراك المواقف البيئية الصعبة التي يتعرض لها الفرد إذا كانت مواقف ضاغطة أم لا، كما يضيف **Appley** أن الفرد الناضج المتكامل لا يتأثر أدائه في المواقف الضاغطة بدرجة كبيرة مثل الفرد الذي لا تتوفر فيه هذه الصفات [2]، ص 234.

2.2.8.3. العوامل الوضعية

- **العامل الأول: عامل عدم التوقع** "خاصية الفجائية، البغته" الذي لا يستطيع الفرد القيام بتفاعلات توقعية كما في حالة الكوارث، مهما كان أصلها طبيعى أو إنسانى (الزلازل، الفيضان والحروب). هذه الوضعيات هي متعلقة بشكل كبير بالتهديد الحيوى الذى تسببه، وبخاصية شبه استحالة مواجهتها وتترك دائما آثارا على الضحية (اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة).

- **العامل الثانى: هو خاصية فوريتها** أو قرب حدوثها حيث نكون مضطربين بعد ليلة من الاستشفاء أكثر منه بعد أسبوع، فالتحولات الحياتية (الذهاب لأول مرة إلى المدرسة، الثانوية، الجامعة، بداية عمل، تغيير عمل، تلقي تحويل، تقاعد، تبديل مكان العيش، الزواج، الحصول على طفل، الانفصال عن شريك...)، تكون حسب الجهود التكيفية الضرورية لمواجهة التغيرات التي هي أصل الضغط والتي تتغير من شخص إلى آخر.

- **العامل الثالث:** وهو **التحكم** حيث أن الحدث غير الممكن التحكم فيه أكثر ضغطاً من الحدث الممكن التحكم فيه حتى وإن لم نفعّل شيئاً للتغيير [82]، ص 292.

يتغير الضغط حسب إدراكنا للوضعية وهو (الضغط) مرتبط بالمعنى الذي نعطيه للأحداث عندما يدرك عامل ضاغط بأنه تهديد، وهنا تنتج ردة فعل قوية (مؤثرة) لمواجهة الضغط بوجه خاص [22]، ص 337. ولهذا نجد أن عدداً من الأفراد قد يتعرضون لموقف واحد ولكن استجاباتهم تتشكل تبعاً لإدراكهم للحدث. فالفرد يبدأ بالشعور بالضغط الشديد وتبعاً لنوع الإدراك ترتفع درجة الضغوط النفسية على الفرد وتؤثر على النفسية وفسولوجيا [2].

3.8.3. أنواع الضغط المدرك

هي ثلاثة نذكرها فيما يأتي:

1.3.8.3. الضغط على المستوى الفردي

وهو الذي يتعلق بالفرد كالإصابة بمرض أو إعاقة خطيرة، ويتلقى تدخلات ووصفات علاجية، وهناك مقياس الضغط الطبي المدرك. وقد سمحت عدة دراسات ابديميولوجية بالرجوع إلى أحداث الطفولة التي تؤثر على الحالة الجسدية و النفسية الحالية (خلافاً للآباء، الهجر، مرض خطر أو موت أحد الأبوين، سوء المعاملة، الاستغلال الجنسي...).

2.3.8.3. الضغط على مستوى العائلة

بنية العائلة، تنظيمها، توظيفها يمكن أن تكون أصل الصراعات الدائمة وانزعاج عميق لدى أفرادها. العلاقة التي تكون جد التحامية بين الأم وطفلها يمكن أن تحدث إقصاء وإحباطاً للأب بشكل كبير. كما أن العائلة تمر بعدة تحولات أين يكون البعض منها اختياري كمجيء فرد جديد للعائلة، أما المرض الخطير لأحد الوالدين أو أحد الأولاد أو الفراق (موت أو انفصال) فهو طارئ. بالإضافة إلى البناء أو التدمير للروابط العائلية، تغيير الأدوار والمسؤوليات، الاحباطات التي تحدث فيها تعايش على أنها ضاغطة بشكل كبير [82]، ص 294. كما أن عدم التوائم بين السلوكيات والكلام الظاهر والانفعالات الكامنة يمكن أن يكون أصلاً لضغط عائلي مزمن (كما هو الحال في دراستنا هذه "إصابة الابن بالتوحد").

3.3.8.3. الضغط الاجتماعي والمهني

العلاقة الاجتماعية مع خارج العائلة يمكن أن تكون مصدرا للضغط كحالة المدرسة، العمل أو المحيط اليومي. وعلى سبيل المثال ضغط العمل لديه أربع خصائص، المهنة، العلاقات، المسيرة المهنية والعلاقة بين العمل والعائلة. وكل هذه الخصائص لا تكون ضاغطة إلا إذا كانت غير محتملة من طرف المعني.

وهناك أيضا مصادر أخرى للضغط كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، العرق، البلد... وبعض هذه المصادر يكون مزمنًا والبعض الآخر يكون حادًا [82]، ص 294.

9.3. معاشة الضغوط ومعالجتها

عندما يزيد الضغط عن درجات التحمل يستنفذ طاقة الإنسان الجسمية والنفسية، ورغم خطورة الضغط وما يترتب عليه من تأثيرات كبيرة على حياة الإنسان إلا أنه يجب أن نعلم أن إضروري لكي يؤدي الجسم وظائفه بصورة طبيعية. وبدونه قد يموت الفرد، فالضغط ليس مجرد استجابة لمصدر تهديد خارجي ولكنه استجابة للفرح والسرور الذي يطرأ على الفرد أثناء الشعور بالحيوية. وهو شيء طبيعي في حياة الكائن الحي لدرجة أنه عند عدم حدوثه يحاول الإنسان الإتيان بهو ذلك ليزيد من قدرته الشخصية [5]، ص 43. وعلاج الضغوط ليس في التخلص منها أو تجنبها واستبعادها من حياتنا لأن وجودها في حياتنا أمر طبيعي، ولكل فرد منا نصيبه من الأحداث اليومية بدرجات متفاوتة. ولهذا فوجود ضغوط في حياتنا لا يعني أننا مرضى بل يعني أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة، وأنا ننجز أشياء معينة ونحقق طموحاتنا. ومن خلال ذلك أو بسبب ذلك تحدث أمور متوقعة وغير متوقعة، ومن ثم فإن علاج الضغوط لا يتم بالتخلص منها، وإنما بالتعايش الايجابي معها، ومعالجة نتائجها السلبية. "وتعني معالجة الضغوط ببساطة أن نتعلم ونتقن بعض الطرق التي من شأنها أن تساعدنا على التعامل اليومي مع هذه الضغوط والتقليل من آثارها السلبية قدر الإمكان. كما يمكن أن نحدد عددا من الأساليب للتعامل مع الضغوط والتعايش معها بإيجابية" [68]. أو يمكننا أن نطور استراتيجيات جديدة من أجل مواجهة الضواغط التي لا مناص من وجودها أو مصادفتها [69]، ص 99. وهذا ما سنتطرق له في الفصل الموالي (استراتيجيات مواجهة الضغوط).

خلاصة

الضغط ظاهرة من ظواهر الحياة موجودة في كل المجالات الحياتية وتنشأ من مصادر مختلفة كالأسرة، المدرسة، العمل، الثقافة، الإعلام وغيرها. ومن المؤكد أن الفرد لا يستطيع أن يعيش دون ضغوط وخلو حياته منها يعني الموت كما أشار إليه العديد من الباحثين، ومن ثم وجب عليه معاشتها ليضل في حالة من النشاط والإنجاز، خصوصا إذا كانت حادة ومزمنة، فمن شأنها أن تعوق قدرة الفرد على التوافق وتحد من إنجازاته وتحقيق ذاته وإقباله على الحياة والرغبة فيها والاستمتاع بها.

وعلى الرغم مما يسببه الضغط من آثار سلبية على الإنسان إلا أن بعض العمليات النفسية تعمل على تخفيض تأثير الضغط ومواجهته بصورة إيجابية.

الفصل 4

استراتيجيات مواجهة الضغط

تمهيد

يواجه الفرد في حياته الكثير من الضغوط والخبرات الضاغطة، ويحاول التعامل معها أو مواجهتها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنه وتجعله في حالة من التوازن. إلا أن بعض الأفراد يفشلون في ذلك وقد يرجع ذلك إلى اختلاف الأفراد أنفسهم، وتنوع الأحداث ذاتها فهذا شخص يتعامل مع الأحداث الضاغطة بمرونة وترو والآخر يتعامل معها بقوة واندفاعية، والتعامل مع الأحداث الضاغطة يتم وفق استراتيجيات تسمى استراتيجيات مواجهة الضغط. وسنسلط الضوء في هذا الفصل على مفهوم المواجهة والنماذج المفسرة لها، ثم تصنيفها من طرف الباحثين ووظائفها ومميزاتها والعوامل المؤثرة فيها ثم نتطرق إلى تصنيف Lazarus و Folkman للمواجهة المتمثل في استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال وأخيرا التفاعل بين هذه الاستراتيجيات.

1.4. تاريخ استراتيجيات المواجهة

ظهر مفهوم استراتيجيات المواجهة عندما أصبح واضحا بأن نموذج سيللي للضغط (1956) لا يأخذ بعين الاعتبار أن نفس الحدث لا يؤدي بالضرورة إلى نفس الاستجابة، إضافة إلى كون الشخص في فترتين معينتين لا يستجيب بنفس الطريقة لنفس المنبه. ولقد وضع هذا المفهوم من طرف لازاروس ولينيي (Lazarus et Lenier) سنة 1978، حيث يشير إلى مجموعة المراحل التي تدخل أو تتوسط بين الفرد والحدث الذي يدركه على أنه مهدد، وذلك بغرض التحكم، التحمل أو التقليل وخفض تأثير هذا الأخير على الراحة النفسية والجسمية [23]، ص 40.

ويعد مفهوم استراتيجيات التعامل من الناحية الأدبية صعب الترجمة (To cope with) ويعني بالفرنسية (Faire avec) أي "فعل مع"، وفي مقابل ذلك اقترحت عدة مصطلحات منها: استراتيجيات التكيف (Strategies d'adaptation)، ميكانيزمات دفاعية (Mécanismes de defense)، استراتيجيات التوافق (strategies d'ajustement) بحيث يقدم كل مصطلح وجهة نظر معينة. لذا يندرج مفهوم استراتيجيات التعامل (Coping) ضمن سياق نظري محدد يجد منبعه في العديد من التيارات النظرية المختلفة التي تناولت هذا المصطلح [83]، ص 23.

2.4. مفهوم المواجهة

يعرف ستون ونيل (Ston et Neal) (1984) المواجهة على أنها مصطلح يتضمن كل الجهود السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الأفراد شعوريا لتخفيف أو خفض تأثيرات الموقف الضاغط [79]، ص 67.

أما فليشمان Fliechman فيعرفها بأنها استجابة معرفية تخفف أو تقضي على الضيق النفسي أو الضغوطات [71]، ص 57.

ويطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب المواجهة "عمليات تحمل الضغوط" ويرى أنها مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات السلوكية أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه.

في نفس السياق يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاني (1989) أن كلمة Coping تعني أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب. وأن أسلوب المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح أي أنه تكيف شعوري أو لا شعوري يخفف التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة [3]، ص 98.

وقدم كل من لازاروس وفولكمان (1984) تعريفا لاستراتيجيات التعامل باعتبارها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية و/أو الخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز حدوده وإمكانياته أو نحو التخفيض من تأثيرها أو نحو تحملها [84]، ص 141.

كما قدما تعريفا آخر لها على أن إستراتيجيات التعامل هي تلك الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم أو التقليل أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية والتي تقدر على أنها تفوق أو تتجاوز إمكانيات الفرد أو قدراته [85]، ص 284. يرمي هذا التعريف إلى بعدين: سلوكي ومعرفي حيث يحددان معا الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضع الضاغط بأنها عبارة عن نشاط يهدف إلى

السيطرة، التخفيض أو تحمل وضعيات الضغط تبعا لما تقتضيه متطلبات الموقف وإمكانيات وقدرات الفرد.

كما أشار ستبتو **Stepito (1990)** إلى هذا المصطلح وحدده على "أنه الاستجابات التي يبديها الفرد في الوضعيات الضاغطة والتي تأخذ إما طابعا انفعاليا معرفيا، وقد تأخذ أشكالا سلوكية مباشرة كالمواجهة الصريحة للمشكل.

بينما فسّر كل من راي، ليندوب وجيبسون **Gipson, Lindop, Ray** ما يقصد بالحادث الضاغط الذي يدركه الفرد كتهديد، وذهبوا للقول أن الفرد خلال مسار حياته يتعرض إلى مجموعة من الأحداث المتتالية مثل ميلاد طفل، تغيير المهنة، الإصابة البالغة. فقد يدرك هذه التجارب كتهديد تنجر من وراءه توترات وجدانية ذات آثار سلبية. يحاول الفرد بكل طاقته مواجهة هذه الأحداث لتغييرها، فاستراتيجيات التعامل حسبهم تتمثل في محاولة الفرد التوافق مع المواقف الصعبة في حياته [86]، ص 43.

واعتبرتها شوايتزر **Schweitzer (2002)** على أساس أنها سيرورة ديناميكية لا يمكن حصرها في نموذج "مثير-استجابة" لأنها تتكون من مجهودات معرفية وسلوكية متغيرة في كل وقت تبعا لتقييمات الفرد لعلاقته مع المحيط [85]، ص 356.

يضيف فولكمان و لازاروس **(1984)** بأنها الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها وإدارة مطالب الموقف والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها شاقة ومرهقة وتتجاوز مصادر الشخص ومكانته. حيث يشير إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق أو التعامل مع المطالب البيئية ولذلك يشعر بالتهديد. وعلى إثر ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت للفرد مصادر للمواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفض الموقف الضاغط أم لا، كما تعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أم لا.

وعلى هذا الأساس فالمواجهة طبقا للنموذج التفاعلي للضغوط عند لازاروس وفولكمان هي عملية وليست سمة، وهي أيضا عملية أكثر من كونها نتيجة [1].

رغم تعدد التعريفات التي تناولت مفهوم استراتيجيات المواجهة أو استراتيجيات التعامل إلا أنها تشترك في كون (Coping) عبارة عن استراتيجيات تعامل يستعملها الفرد قصد تجاوز الضغط

للوصول إلى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي. ويظهر لنا من خلال عرض مختلف هذه التعريفات تعدد وجهات النظر، فهناك من يرى أن المواجهة عبارة عن جهود شعورية أو لاشعورية يستخدمها الفرد لتخفيف الضغط أو التخفيف من آثاره. ويرى البعض الآخر أن المواجهة هي استراتيجيات شعورية معرفية سلوكية يسعى الفرد من خلالها إلى خفض تأثيرات الموقف الضاغط والتوافق مع الظروف البيئية. وانطلاقاً من هذا يمكننا أن نستنبط تعريفاً للمواجهة وهو فعالية الفرد في التعامل مع الأحداث والمواقف الضاغطة بغية التخفيف منها أو تجاوزها لتحقيق التوازن وذلك باستخدامه لمجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية. ولأخذ فكرة أعمق عن مفهوم المواجهة سننطلق في العنصر الموالي إلى النماذج المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

3.4. النماذج المفسرة لاستراتيجيات المواجهة

تعددت النماذج المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغط نذكر منها النموذج التحليلي، نموذج نظريات السمات الشخصية، النموذج الحيواني والنموذج المعرفي.

1.3.4. النموذج التحليلي "دفاعات الأنا أو سيكولوجية الأنا"

عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد وفهم أشكال المواجهة وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها وسميت وسائل الدفاع الأولية، وأدخل فرويد الدفاع للمرة الأولى عام (1894) وعرفه لاحقاً بأنه تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي إلى العصاب، وكان يرى أن وظيفة الدفاع هي ضد الدفاع. في حين أن ابنته "آنا فرويد" وسعت مجال وظائف الدفاع لتشمل الانفعالات والمثيرات المهددة للمحيط أيضاً [87]، ص 162. هذا وقد تناول فرويد مفهوم ميكانزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق، ورأى أن هذه الميكانزمات الدفاعية ذات أهمية كبيرة في خفض الضغوط والتوترات وتعمل على مستوى اللاشعور. كما أنها تحرف وتشوه إدراك الفرد للواقع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغوط، وأن الفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة لحماية نفسه من الضغوط والقلق بل قد يستخدم أكثر من أسلوب دفاعي واحد. وفي ضوء ذلك يرى فرويد أن الميكانزمات الدفاعية هي بمثابة

إستراتيجية مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعورياً للتخفيف من التوترات والقلق والصراعات الداخلية [1]، ص 86.

ومن بين العمليات الدفاعية التي تكلم عنها فرويد نذكر مايلي:

- **الإنكار (Le déni):** أي إنكار بعض أجزاء الواقع، هنا الفرد يدرك الحقيقة ولكن ينكر العوامل التي لا يمكن تحملها مثل: حالات خطر الموت مثلاً أو الإصابة بمرض خطير.

- **العقلنة (L'intellectualisation):** هي تغير مناسب وواقعي لما يحدث حيث يبحث الفرد هنا عن تفكير منطقي متناسق لما يحدث له.

- **العزل (L'isolation):** هو انحصار مسار التفكير على فكرة واحدة وبالتالي تعرقل فهمه للواقع حيث يقوم الفرد بعدم التفكير بما يترتب عن وضعيته وينحصر المجال الفكري في فكرة معينة تحول دون فهم ما يقع [88]، ص 170. ولكن المعيار الأساسي للمواجهة الناجحة يعتمد على نوع الميكانيزمات المستخدمة ودرجة تفاعل المواجهة مع الواقع والمصير الجسدي والنفسي للفرد.

وقد تطرق " فرويد " كثيرا لمفهوم الميكانيزمات الدفاعية و دورها في حماية الفرد من الانفعالات التي يمكن أن تكون سياقاً علاجياً [89]، ص 98.

مما سبق يمكن القول أنه رغم المساهمة الكبيرة التي قدمها هذا النموذج في فهم استجابات الفرد في مواجهة الحدث الضاغط إلا أنه عالج جانباً واحداً هو اللاشعور. إذ أن اعتبار هذه الاستراتيجيات كنظام دفاعي يكون هدفه الأخير إعادة التوازن الانفعالي يعني ذلك تركيز الاهتمام في هذه الحالة على خفض الضغط مهماً بذلك عملية البحث عن حل للمشكل الذي يحدثه الموقف. إضافة إلى أنه يتناول الميكانيزمات الدفاعية التي تكون دوماً لاشعورية، وهذا ما لا ينطبق تماماً مع استراتيجيات المواجهة لأن مصطلح الميكانيزمات الدفاعية خاص بالمدرسة التحليلية ولا ينتمي لنفس الإطار النظري الخاص بمصطلح استراتيجيات المواجهة. كما يرى فرويد أن اللاشعور هو الذي يتحكم في تعامل الفرد مع الضغط مهماً بذلك شخصية الفرد ومكوناتها الأمر الذي يدفعنا للتطرق إلى نموذج آخر.

2.3.4. نموذج نظرية السمات الشخصية

تنتقل هذه النظرية من فكرة الفروق الفردية، ومن ثم فمفهوم المواجهة بالنسبة لهذه النظرية ما هو إلا عدد من الأعباء التي تشبه السمات المكونة للشخصية الإنسانية. وإذا كانت السمة تشير إلى استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة ومميزة عبر المواقف المتنوعة التي تواجه الفرد في حياته، فإن المواجهة تشير من هذا المنظور إلى استعداد أو ميل عام أو أسلوب للحياة. ويتضح من هذا التناول للمواجهة مدى الاتساق بين مفهوم السمات الشخصية ومفهوم أسلوب المواجهة من حيث كونهما يمثلان طرازاً أو أسلوباً خاصاً يميز الفرد أثناء التعامل مع المواقف الحياتية من السمات الشخصية، وذلك لأنه يختص بالمواقف

والظروف المثيرة للمشقة في الحياة. وتعد المواجهة وفقا لهذا المنظور عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في نواتج المشقة، مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة لماذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للمشقة في حين يصبح بعضهم الآخر مواجهها لها [90].

يرى هذا التوجه أن استراتيجيات المواجهة (Coping) ما هي إلا سمة من سمات الشخصية، حيث ترى أن بعض المميزات الثابتة للشخصية مثل قمع الإحساس أو الحتمية أو التحمل تجعل الفرد مستعدا لمواجهة الضغط بطرق معينة. وحسب هذه الفرضية فإن الفرد يسلك نفس الطرق مهما تغير الحدث [86]، ص 43.

يظهر لنا من خلال ما تم عرضه أن هذا النموذج يعتبر تصرف الفرد دائما بصورة واحدة أو بشكل مماثل مهما كان الحدث أو الموقف الضاغط، ولكن مفهوم المواجهة لا يتحدد بالاستعدادات الشخصية الثابتة (سمات الشخصية) فقط لكن أيضا بالأساليب السلوكية الموظفة من طرف الفرد في الوضعيات الضاغطة المختلفة سواء كانت سلوكيات فطرية أو مكتسبة.

3.3.4. النموذج الحيواني

هذا النموذج يعتبر استراتيجيات المواجهة استجابات سلوكية فطرية أو مكتسبة، يستعملها الفرد قصد مواجهة التهديدات الخارجية والانفعالات الداخلية كالهروب والتجنب في مواقف الخوف أو الهجوم في حالات الغضب. ومثال ذلك الفئران التي تعلمت الهروب بسرعة من الغرفة عندما تتعرض لصدمة كهربائية إلى غرفة ثانية لا تحتوي على صدمة [23]، ص 41.

ويرى دنترز **Dantzer (1989)** أن معيار نجاح استراتيجيات المواجهة يتمثل في الخفض أو التحكم في النشاط الفسيولوجي الذي يترتب عن هذه الوضعية [89]، ص 102.

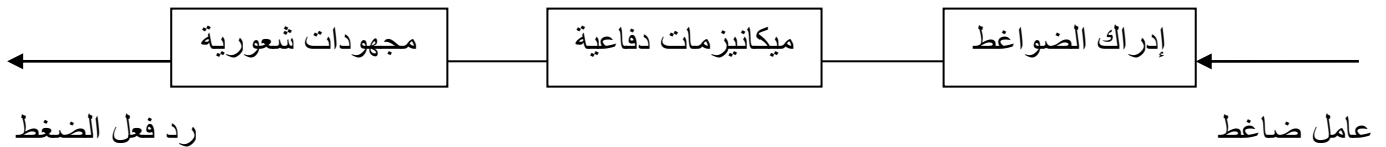
كما تفسر استراتيجيات التعامل حسب هذا النموذج على أنها تغير في مميزات الخبرة نتيجة للإشارة السابقة وذلك مثل تزايد وضوح الرؤية في غرفة مظلمة [91]، ص 14.

إذن فاستراتيجيات التعامل بالنسبة لهذا المنظور عبارة عن مجموعة من الأفعال والنشاطات التي يكمن دورها في مراقبة التقلبات التي تحدث في المحيط. وبفضل تلك المراقبة المستمرة يتم التخفيف من حدة الاضطرابات السيكوفسيولوجية التي يمكن أن تحدثها التغيرات الطارئة في المحيط. نستنتج أن هذا النموذج يرى أن المواجهة تركز أساسا على سلوكي التجنب والهجوم فقط بطريقة آلية وأهمل الاستراتيجيات الأخرى التي يتضمنها مصطلح المواجهة بما في ذلك استخدام الفرد لمدركاته وتجاربه السابقة بينما النموذج التالي يبين ذلك.

4.3.4. النموذج المعرفي

يرى هذا النموذج الذي تناول الضغط والمواجهة من وجهة نظر لازاروس (Lazarus) أنه لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن 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. كما أن عملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها. وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة الذي يعرفه فولكمان و لازاروس (1984) بأنه جهد أو محاولة معرفية أو سلوكية دائمة التغيير هدفها إدارة المطالب الخارجية والداخلية الضاغطة على الإنسان والتي ينظر إليها على أنها تفوق إمكانياته الشخصية الخاصة [92].

وبذلك يتضح أن العامل الضاغط لا يعكس شدة وطبيعة انفعالات الفرد اتجاهه، بحيث تمر هذه الضواغط حسب النموذج التفاعلي للضغط بجهاز ترشيح يعمل على تعديل الحدث الضاغط كالآتي:



شكل رقم 06: الآليات الترشيحية لتأثير الضغط على الفرد حسب Rache – Arthur (1978) [23]

حسب جهاز الترشيح يتبين أن إدراك الضواغط يتأثر بالتجارب السابقة مع الضواغط المتماثلة والدعم الاجتماعي والعادات والمعتقدات في حين تعمل الميكانيزمات الدفاعية لأننا لا شعوريا [23]، ص 46، 47.

ويعتبر فولكمان ولazarوس (1988) مختلف العمليات الترشيحية بمثابة وسائط للعلاقة ضغط - توتر انفعالي، ويؤكدان على أنه يوجد عاملان يؤثران على العلاقة بين الفرد والمحيط وهما التقييم المعرفي للوضعية والمواجهة، وهذه الأخيرة تمر بمراحل معرفية مختلفة هي:

1.4.3.4. مرحلة الحدث الضاغط

فكرة هذه المرحلة مبينة على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف أو أحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها. وقد تنطوي عليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

2.4.3.4. مرحلة التقييم الأولى

في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بتحديد مستوى التهديد الذي يمثلته هذا الحدث بالنسبة للفرد و يعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية [92]، ص 51. فالضجيج الذي يحدثه مثلاً جار لطالب بصدد التحضير 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. وتقييم الحدث الضاغط على أنه فقدان أو خطر مهدد يولد انفعالات سلبية مثل العار، الغضب أو الخوف، بينما تقييم الحدث الضاغط على أنه تحدي يولد انفعالات إيجابية مثل الصبر والإحساس بالارتياح [23]، ص 47.

3.4.3.4. مرحلة التقييم الثانوي

يتساءل الفرد من خلال التقييم الثانوي عما يمكن فعله للوقاية من تهديد ثم 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 اعترضته حالة ضاغطة حيث يهدف النوع الأول إلى خفض الضغط الانفعالي مع عدم التغيير في المشكل. وتدعى إستراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول الانفعال حيث يهدف النوع الآخر إلى محاولة تغيير وتصحيح الحالة وتدعى استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على المشكل [84]، ص 60.

ونعود إلى الطالب الذي يجب عليه أن يحضر للامتحان رغم الضجيج الذي يسببه جاره قد يقرر أن يقرأ كتاباً فكاهياً أو يذهب إلى التنزه أو يوبخ جاره أو يقول في نفسه أنه ليس بشيء خطير لأنني أنجح دائماً في امتحاناتي. هذه عبارة عن أمثلة عن استراتيجيات مركزة على الانفعال، غير أنه عندما يقرر الذهاب عند جاره ويطلب منه تخفيض شدة الضجيج أو الذهاب للدراسة خارجاً هي عبارة عن أمثلة عن استراتيجيات مركزة على المشكل [23].

4.4.3.4. مرحلة إعادة التقييم

تعني التغيير الكبير والجذري للعلاقة ما بين الفرد والمحيط الناتج عن جهود الفرد نتيجة تكيفه لتغيير الوضعية الخاصة بالحدث، وأن هذا التفسير يكون لكل ما حدث وما يحدث في المستقبل. إذا هو قرار نهائي والذي يمثل سيرورة التفاعل الداخلي مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الراجعة [83]، ص 23.

5.4.3.4. مرحلة المواجهة

في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط، وقد صنف 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. أما النوع الثاني فأطلق عليه التعامل المركز حول العاطفة الذي يهدف إلى خفض أو التحكم في الحزن المصاحب أو الناجم عن الموقف [93]، ص 18. وهذا التصنيف تستند عليه الدراسة الحالية.

6.4.3.4. مرحلة نتائج المواجهة

في هذه المرحلة يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي والمعرفي والفيزيولوجي والسلوكي. وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليه [92]، ص 54.

وحسب (Folkman Et lazarus 1988) تتأثر سياقات التقييم للعلاقة (فرد - محيط) بالموارد الشخصية والموارد المحيطة، وهذا ما يشرح لنا لماذا يمكن أن يقيم نفس الحدث الضاغط من طرف شخص على أنه خطر يهدده ويقيم كتحدٍ من طرف شخص آخر [23]، ص 48.

- الموارد الشخصية : تتمثل في:

- **المعتقدات:** كالمعتقدات الدينية والشخصية حيث أن الأشخاص الذين يرجعون كل ما يحدث لهم إلى أسباب داخلية مراقبة، يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل أكثر من الأشخاص الذين يرجعون ما يحدث لهم لأسباب خارجية غير مراقبة.
- **التحمل:** هي ميولات الفرد الثابتة التي يواجه بها الحتميات الخارجية وهذا ما يوافق معنى التحكم الشخصي في الأحداث الحياتية. وبصفة عامة الأفراد القادرون على التحمل يرون أن بإمكانهم التحكم في المشكلة عوض أن ينتابهم الشعور بالعجز أمام المشاكل، ويدركون الأحداث في اختلافها كفرصة للإثراء والتصور الشخصي وليس كوضعية تشعروهم بالضعف [84] نقلا عن [94]، ص 58.
- **القلق سمة:** وهو مركب ثابت للشخصية، وهو الميل إلى إدراك الوضعيات المتنبأ بها على أنها مهددة. فالأشخاص الذين يتميزون بسمة قلق ضعيفة يدركون الأحداث الضاغطة بأقل تهديد ولهم قدرة كبيرة على التحكم مقارنة بالأشخاص الذين يتميزون بسمة القلق المرتفعة [23]، ص 49.

ويعتبر فولكمان ولازاروس أن كل هذه العوامل الشخصية تؤثر بشكل كبير على موارد الشخصية لفهم ما يحدث [89].

- **الموارد المحيطة:** بالإضافة إلى المتغيرات السابقة يتعلق التقييم أيضا بـ:

• **مميزات الوضعية:** تستعمل استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول المشكل إذا كانت الوضعية قابلة للتغيير، وفي الوضعيات غير القابلة للتغيير أو صعوبة التحكم تستعمل الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال [94]، ص 58.

• **المصادر الاجتماعية:** عبارة عن السند و الدعم الاجتماعي و المتمثلة في الخدمات والحضور الذي يوفره الوسط العائلي والأصدقاء (انفعال، عاطفة، مواساة أو شيء مادي) لمساعدة الفرد على تخطي الصعوبات [23]، ص 49. ففي حالة افتقار الفرد للمساعدة الاجتماعية فإنه يلجأ إلى الاستراتيجيات المركزة على الانفعال مثل التجنب بشكل أكبر منه عند الفرد الذي يمتلك مستوى عالي من السند الاجتماعي [94]، ص 58.

يتضح لنا من خلال ما تم عرضه أن النموذج المعرفي يعتبر المواجهة كعملية وليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامكية، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد والتي تحدث نتيجة تقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط. وهي تتضمن أي شيء يستطيع أن يفعله الشخص أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط، أي أنها لا تقتصر على الجهود الناتجة فقط بل تتضمن كل المحاولات الهادفة بصرف النظر عن فعاليتها بالإضافة إلى أنها تختلف عن السلوك التوافقي التلقائي أي أن الأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف المألوفة التي يتعرض لها لا نطلق عليها مواجهة، ولكن نطلقها على الموقف الجديد الذي يتعرض له الفرد.

تختلف نظرة النماذج المفسرة لمفهوم المواجهة، لذا نجد عدة دراسات اهتمت بها وتمثلت منهجيتها في تطبيق مقابلات واستراتيجيات بهدف حصر مختلف الطرق التي من خلالها يستجيب الأفراد لمختلف المواقف الحياتية بما فيها العائلية، الاجتماعية والمهنية.... الخ، ولقد تم التحقق من وجود تنوع كبير لاستراتيجيات المواجهة منها فردية وأخرى بين فردية أي مرتبطة بالعلاقة بين الأفراد.

وباستعمال التحليل العاملي لنتائج الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة تم اقتراح عدة تصنيفات للمواجهة [86]، ص 293.

4.4. تصنيف استراتيجيات المواجهة

صنف العلماء استراتيجيات إلى عدة أصناف نلخصها فيما يلي:

1.3.4. تصنيف كوكس و فيرجيسون (1991) وأندلر و باركر (1996)

حيث يصنفان أساليب واستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى نوعين وهما أساليب مواجهة تنشأ من داخل الفرد وأساليب مواجهة تنشأ بين الأفراد.

- **أساليب مواجهة تنشأ داخل الفرد:** تستهدف التعرف على استراتيجيات المواجهة الأساسية التي يستخدمها الفرد في أنواع معينة من المواقف الضاغطة (الفروق الفردية داخل الفرد)، وتصف استراتيجيات المواجهة داخل الفرد عملية المواجهة التي يستخدمها الفرد وذلك عن طريق تحديد الأفكار والاستجابات السلوكية لدى نفس الفرد عبر المواقف الضاغطة المختلفة والمواقف غير الضاغطة، وتستند على فكرة مؤداها أن الفرد لديه حصيلة أو ذخيرة من الخيارات في مواجهة المواقف الضاغطة وأنه يختار منها اعتمادا على حاجاته ومطالب الموقف.

- **أساليب مواجهة تنشأ بين الأفراد:** تحاول هذه الأساليب فهم مسألة الاختلاف والاتساق في عمليات المواجهة، وذلك من خلال حاصل جمع درجات المواجهة لنفس الأفراد عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة. ذلك أن الهدف الذي يكمن وراء ذلك هو التعرف على الأساليب الرئيسية التي يستخدمها الأفراد وتحديد استراتيجيات المواجهة المألوفة لديهم عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة [86]، ص 97.

2.4.4. تصنيف موس و بيلينغ Moss و Billings (1981)

لقد حددا ثلاثة أنواع من استراتيجيات المواجهة:

- **الاستراتيجيات السلوكية الفعالة:** تشتمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.

- **الاستراتيجيات المعرفية الفعالة:** تتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه ضاغط.

- **الاستراتيجيات التجنبية:** تضم المجهودات والمحاولات لتجنب و تفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة [24]، ص 179.

3.4.4. تصنيف Cohen كوهن (1994)

يصنفها لعدة أنواع وهي:

- التفكير العقلاني: هي إستراتيجية تشير إلى أنماط التفكير العقلاني والمنطقي التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره وأساليبه.
- التخيل: هي إستراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته فضلا عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مثل هذه المواقف الضاغطة.
- الإنكار: هي إستراتيجية دفاعية لا شعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة و كأنها لم تحدث.
- حل المشكلات: هي إستراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.
- الدعابة أو المرح: هي إستراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح أو الدعابة.
- الرجوع إلى الدين: تشير هذه الإستراتيجية الدينية إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط، وذلك عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة [1]، ص 100.

4.4.4. تصنيف سولس وفليتشر Suls et Fletcher (1985)

توصلت أعمال كل من (Suls و Fletcher) إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة:

- المواجهة التجنبية: (le coping évitant) وهي استراتيجيات سلبية واستسلامية مثل التجنب والتهرب والنفي والتقبل الطوعي.
- المواجهة اليقظة: (le coping vigilant) وهي استراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات ومخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي [86]، ص 294.

5.4.4. وفي البيئة العربية صنف " لطفى عبد الباسط " (1994)

إستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى خمسة أنواع :

- العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة.
- العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال.
- العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكلة.
- العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال.
- العمليات المختلطة (سلوكية ومعرفية).

وتشتمل هذه الاستراتيجيات على بعض أساليب المواجهة الإيجابية مثل: المبادأة وتتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة من جانب الفرد لزيادة الجهد أو تعديله والابتعاد عن الأفعال التي تصرفه عن التهديد الذي يواجهه. إلى جانب أسلوب التريث ويتمثل ذلك في محاولة الفرد عدم التسرع وإجبار الذات على الانتظار إلى الوقت المناسب، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة. أما أساليب المواجهة السلبية فتتمثل في: نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط، الإفراط في ممارسة الأنشطة كالنوم ومشاهدة التلفاز، عزل الذات، التنفيس الانفعالي، الإنكار والانسحاب المعرفي العقلي الذي يبدو في محاولة الفرد الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة. هذا بالإضافة إلى التحول إلى الدين ويتضح ذلك في إكثار الفرد من الدعاء وممارسة العبادات وحضور الندوات الدينية [1].

6.4.4. تصنيف "طه عبد العظيم حسين" و "سلامة عبد العظيم حسين"

يصنفانها في ثلاثة أنواع رئيسية هي:

- التخطيط والسعي نحو حل المشكلة في مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.
- المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.
- أساليب المواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب مواجهة انفعالية.

[1]، ص 107.

نختم هذا العنصر بتصنيف فولكمان ولازاروس ليس لأنه تصنيف تابع للبيئة العربية ولكن تم تأخيرها عمداً لأنه يخدم الدراسة الحالية.

7.4.4. تصنيف فولكمان و لازاروس (Lazarus و Folkman)

حدد كل من فولكمان ولazarوس (1984) صنفين عريضين لمواجهة الضغط النفسي هما: المواجهة التي تركز على المشكل والمواجهة التي تركز على الانفعال بالاستناد إلى وظيفتين رئيسيتين لاستراتيجيات الاستجابة للضغط هما ضبط التوتر والضييق الانفعالي أو تغيير المشكل الذي يسبب الانزعاج والضييق. ويتضمن هذين الخيارين أغلب أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه للموقف الضاغط [24]، ص 179. وسنتطرق لهذين الصنفين لاحقاً بمزيد من التفصيل في عنصر آخر.

يتضح لنا مما تقدم أن لمختلف استراتيجيات المواجهة دوراً هاماً عند تعرض الفرد للمواقف والوضعية الضاغطة، فهي قد تتعامل مع المشكل بحد ذاته أو تتخذ أساليب أخرى تتعامل فيها مع الضيق الانفعالي الناتج عن هذه المواقف كما أنها قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية، معرفية أو انفعالية.

5.4. وظائف استراتيجيات المواجهة

يشير ميكانيك Mechanic (1974) بأن لاستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف هي:

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية.
 - تشجيع الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
 - الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود والمهارات نحو المتطلبات الخارجية.
- ويضيف سولس وفليتشر Suls et Fletcher (1985) بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفسيولوجية والانفعالية (الاسترخاء)، وعلى الاستجابات المعرفية (التفكير في شيء آخر) وإلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحت عن المعلومات [94]، ص 61، 62.

بينما يرى كل من Schaler et Pealin بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في المظاهر التالية:

- تغيير وإزالة الظروف التي تثير المشكل.
- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.
- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه. وعليه فالمواجهة تمثل عامل استمرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي خلال فترات الضغط. كما تمثل المواجهة عند فولكمان ولazarوس (1984) سلوكاً موجهاً لتحقيق وظيفتين هما:

- توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.

- تقليص التوتر الناتج عن التهديد و خفض الضيق الانفعالي.

[24]، ص 184.

فالفرد إذن يستعمل أساليب التعامل ليصل إلى حالة من الطمأنينة والراحة وكذا المكانة الاجتماعية [95]، ص 127.

والمواجهة من حيث المبدأ عبارة عن سلوك وظيفي يراعي المستوى الراهن لأبحاث المواجهة: الوظيفة المتمركزة حول المشكل والوظيفة المتمركزة حول الانفعال بشكل خاص، وبعض الباحثين يضيفون وظيفة ثالثة متمركزة حول التقييم. ويعد كل من جيروزيليام و شفارش (1989) المواجهة المركزة حول المشكل والمواجهة المركزة حول الانفعال ميول مواجهة خاصة بالموقف أو خبرات مواجهة خاصة بالموقف تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية وظروف المحيط. وتشمل المواجهة المركزة حول التقييم محاولات نحو فهم نمط الأهمية في موقف معين والتعرف عليه. ومن ثمة فإن عملية التقييم وإعادة التقييم تمثل شكلا من المواجهة من ناحية كونها تسهم في تعديل أهمية الموقف وفهم التهديد المنطلق منه [87]، ص 261.

وغالبا ما تستعمل استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال للحفاظ على الأمل والتفاؤل لرفض التفكير في الأسوأ للتصرف كما لو كان ما يحدث لا يهم على الإطلاق مؤدية بالفرد إلى تظليل الذات أو تحريف الواقع [84].

في نفس السياق يشير الباحثان إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال توظف عامة بشكل أوفر عندما تقيم الوضعية كما لو أنه ليس بالإمكان فعل أي شيء لتغيير المحيط المضر والمهدد. من جهة أخرى يكون الاحتمال أكبر في توظيف استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو المشكل عندما تقيم الوضعية على أنها قابلة للتغيير. معنى هذا أن استراتيجيات المواجهة يحددها التقييم المعرفي وأن تقييم العجز لا يشجع توظيف استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل [84]، ص 157.

كما تهدف إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة تلك الضغوط، وهي استجابات يلجأ إليها الكائن البشري سعيا إلى الراحة، و إلى حالة الاتزان [65]، ص 12.

وما تجدر الإشارة إليه، هو أنه لا توجد استراتيجيات فعالة وغير فعالة بمعزل عن خصائص الفرد وإدراكه المعرفي وخصوصيات الموقف الضاغط. فاستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال تكون أكثر فعالية على المدى القصير أو عندما لا يستطيع الفرد التحكم في الحادث الضاغط في حين تكون

استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل أكثر ملاءمة على المدى الطويل وعندما يستطيع الفرد التحكم في الحادث الضاغط [96].

يتضح لنا أن أغلب الباحثين يتفقون على أن لاستراتيجيات المواجهة دور تكيفي ووقائي يتمثل في محاولة تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل، وضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة. وتعمل أيضا على تقليص آثار الضغوط على الفرد بهدف التوافق مع الوضعية المهددة أو تغييرها. "وقد بين لازاروس أن استراتيجيات المواجهة ليست بالضرورة جيدة أو سيئة. فقد تكون فعالة في وضعية معينة و أقل فعالية في وضعية أخرى وذلك أن فعاليتها ترتبط بدرجة تناسبها للمتطلبات الداخلية والخارجية لوضعية ما" [84]، ص 185.

6.4. مميزات استراتيجيات المواجهة

للمواجهة عدة مميزات، يتم عرضها في النقاط التالية:

- المواجهة عملية معقدة حيث يستعمل الأفراد أغلب استراتيجيات المواجهة الأساسية تجاه الوضعيات الضاغطة.
- المواجهة ترتبط بتقدير وتقييم كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، إذا بين التقييم بأن هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل. أما إذا أسفر التقييم بأن ليس هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على الانفعال.
- عندما يكون الموقف الضاغط من نوع ثابت كالعمل والصحة أو العائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.
- هناك مجموعة من استراتيجيات المواجهة تبدو أكثر ثباتا واستقرارا من الاستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة، بينما ترتبط الاستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة مثلا التفكير الإيجابي تجاه الموقف هي ثابتة نسبيا وترتبط كثيرا بالشخصية، في حين أن إستراتيجية البحث عن دعم اجتماعي فهي غير ثابتة وترتبط كثيرا بالسياق الاجتماعي.
- إن إستراتيجية المواجهة تتغير من المرحلة الأولى من الموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة.
- تعتبر سلوكيات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الانفعالية، حيث ترتبط بعض استراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية في حين ترتبط استراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.

- إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط (الصحة الجسدية، الوظيفة الاجتماعية والوجود الذاتي).

- تعتبر المواجهة مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم أو تقليص أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد وتقوم موارده الشخصية، وتظم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية.

- تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وسيطة مختلفة، ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الأفراد بمحاولات للتعامل مع الأحداث والضواغط في بيئتهم من المهم أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الأفراد [24]. لذا نعرض في العنصر الموالي العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة.

7.4. العوامل المؤثرة في استراتيجيات مواجهة الضغوط

يرى كل من فولكمان ولازاروس (1984) بأن الفرد يميل إلى استعمال مختلف لأساليب المواجهة وفقاً لسياق المشكل الذي يواجهه وخصائصه ووفقاً لشخصيته، ويفترض كوبر (Cooper) أن هناك ارتباطاً بين استجابات الضغط النفسي والعوامل النفسية مثل استراتيجيات المواجهة والشخصية، ذلك لأن الفروق الفردية وثيقة الصلة باستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور تغيير أو تعديل الطريقة التي يواجه بها الفرد الحاجات البيئية. وتظهر استجابات المواجهة من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف والموقف وبين المزاج الشخصي [24]، ص 186. كما يشير **ويثجتون وكازلر Wethington et kassler (1991)** إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار إستراتيجية المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل: نمط الشخصية ومركز التحكم وفعالية الذات والصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد ومن حيث حدوثه [1]، ص 122. وكذلك درجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط والقدرة على تفسير ما يحدث وكذا المساندة الاجتماعية. إضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديموغرافية مثل: النوع، العمر الزمني، المستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة.

وفيما يلي نتناول المتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية والديموغرافية التي تسهم بدور فعال في تحديد واختيار إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء المواقف الضاغطة:

1.7.4. العوامل الشخصية

1.1.7.4. مركز التحكم

يشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهات الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئته. فالأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي (عزوا إنجازاتهم وإخفاقاتهم إلى جهودهم الشخصية) يعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث، بينما الأفراد ذوي مركز تحكم خارجي (عزوا إنجازاتهم وإخفاقاتهم إلى الحظ والصدفة وقوة الآخرين) لديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب ومستوى منخفض من الرضا عن الحياة [1]، ص 124.

2.1.7.4. الالتزام

يمثل تعبيراً عاماً مهما بالنسبة للفرد ويعمل على تشكيل القاعدة التي يستند إليها في تحقيق أهدافه والحفاظ على قيمة المثالية والتحديد من تقييماته إذ تتطلب الأمور درجة عالية أو منخفضة من الالتزامات، مما يسهم في توجيه الفرد نحو وضعية تجلب الرضا والراحة وتبعده عن تلك التي تشكل مصدر ضرر أو خطر [84]، ص 57.

3.1.7.4. تقدير الذات

يؤثر تقدير الذات على الصحة النفسية للفرد وعلى مستوى الإنجاز والتوافق مع مطالب البيئة والعلاقة مع الآخرين والتوافق النفسي. وكلما ارتفع تقدير الفرد لذاته انخفض الاكتئاب والقلق والشعور بالضغط، بينما ذوو التقدير المنخفض يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ومستوى عال من الضغط.

4.1.7.4. نمط الشخصية

لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم لنمط الشخصية، فالأشخاص ذوو الحساسية للتحدي القادم من البيئة هم أكثر حساسية وشعوراً بالضغط وأسرع تأثراً بمسببات الضغوط ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأشخاص الأكثر استرخاءً وصبراً ورضاً عن العمل والحياة وغير عدوانيين يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

5.1.7.4. الصلابة النفسية

يشير هذا المفهوم إلى أن الفرد يمتلك مجموعة من السمات تساعد على مواجهة الضغوط، وأن الفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية تكون لديه القدرة على توقع الأزمات ومواجهتها. وتلعب الصلابة

النفسية دورا هاما في عملية التقييم المعرفي للموقف وفي عملية المواجهة التي يقوم بها الفرد إزاء الأحداث الضاغطة [1].

6.1.7.4. الاحتمال

تشير هذه الخاصية إلى معاني التحكم الذاتي أو الشخصي في أحداث الحياة، ويرى Kobasa (1982) و Steptoe (1991) أن الشخص الصبور قادر على تحمل الضغوطات النفسية الاجتماعية أكثر من الآخرين. وأشار كل Lazarus et Folkman أن الأشخاص الذين يمتازون بدرجة ضعيفة من القلق، نجدهم يتقبلون الأحداث المقلقة أو الضاغطة كأحداث قليلة الخطر، ولهم تنبؤات أكبر للتحكم في الوضعيات الصعبة من الأشخاص اللذين لديهم سمة قلق عالية [23]، ص 46، 47.

7.1.7.4. 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 الحياة الضاغطة [3]، ص 58.

2.7.4. العوامل الموقفية

تتمثل فيما يلي:

1.2.7.4. طبيعة الموقف وخصائصه:

تمثل الأحداث والمواقف الضاغطة التي تتسم بدرجة من الشدة وتؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية مثل الخوف والقلق. هذه الانفعالات تتعارض مع قدرة الفرد على حل المشكلة، كما أن المواقف الضاغطة التي تمثل تحدي للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة تختلف عن الأحداث التي تتسم بالتهديد والفقد.

2.2.7.4. الدعم والمساندة الاجتماعية

تعني استعداد المحيط الأسري أو المهني ومجموع الأصدقاء المشاركة في التخفيض من الضغط الانفعالي [97]، ص 177. ويذهب كيترونا وراسيل Cutrona et Russell (1990) إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقة اجتماعية مرضية تتميز بالحب والود والثقة، تعمل كحواجز أو مضادات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية [98]، ص 220.

كما تتوقف المساندة الاجتماعية على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين ومدى عمق العلاقة بين الفرد والآخرين المحيطين به و الهامين 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 [1]، ص 135.

3.7.4. العوامل الديمغرافية

تتمثل فيما يلي:

1.3.7.4. العمر الزمني والفروق بين الجنسين

يؤثر العمر الزمني في أساليب المواجهة للأحداث الضاغطة، ويشير معظم الباحثين إلى أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر و مع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد وأن هذه الاستراتيجيات المستعملة تختلف باختلاف الأعمار الزمنية. كما بينت الدراسات أن الذكور يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تنصب على المهمة، واستراتيجيات المواجهة الاقدامية في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة، وفي المقابل تميل الإناث إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تنصب على الانفعال [99]، ص 92.

2.3.7.4. المستوى الاقتصادي

يختلف سلوك المواجهة باختلاف المستوى الاقتصادي والثقافي، فالأفراد ذوو الثقافات المختلفة يستجيبون للضغوط بشكل مختلف ويستخدمون 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.

تلخيصا لما سبق يرى فولكمان ولازاروس (1982) أن الضغوط وأساليب مواجهتها ترجع للمعرفة (الإدراك والتفكير) وللطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، حيث أن هذه الأخيرة لا تسير في اتجاه واحد بل إن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منهما على الآخر [100].

من العرض السابق يمكن القول إن استراتيجيات وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأفراد تختلف باختلاف متغيرات الشخصية، والمتغيرات الديموغرافية وطبيعة الموقف الضاغط واختلاف البناء المعرفي للفرد وكيفية تفسيره للمواقف الضاغطة. فلا يمكن للفرد الاعتماد على إستراتيجية واحدة في

مواجهة المواقف. إذ أن إستراتيجية المواجهة التي تكون فعالة لدى شخص ما يمكن أن تكون غير فعالة لدى شخص آخر، وأن الإستراتيجية التي تكون فعالة في موقف ما يمكن أن تكون غير فعالة مع نفس الفرد في موقف آخر وزمن آخر.

8.4. استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة والمركزة حول الانفعال

كما أشرنا سابقا في عنصر تصنيفات استراتيجيات المواجهة أننا اخترنا تصنيف "فولكمان ولازاروس" المتمثل في: استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل و استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

- استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل: حيث يتميز هذا النوع من الاستجابة بمواجهة المشكل، هنا يسعى الفرد إلى تحديد مصدر الضغط، أسبابه والبحث عن الوسائل والحلول الممكنة، بعبارة أخرى تهدف هذه الاستجابة إلى تحويل الواقع والتحكم فيه.

- استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال: تشمل التصرفات الانفعالية كالهروب وتجنب المشكل أو البحث عن مساعدة بغية التحكم في الانفعالات الناجمة عن الضغط، هذه الاستجابة تهدف إلى التقليل من شدة الانفعال، وبالتالي تكون استجابات توافقية مؤقتة وذات فعالية ضعيفة [95]. حيث يرى لازاروس أنه في حالة الضغط يستخدم الفرد أنماطا سلوكية محددة لمواجهته. وفيما يلي تفصيل حول نوعي استراتيجيات مواجهة الضغوط:

1.8.4. استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة يعني التركيز على المشكل، وحسب شافر **schafer (1992)** فهي تشير لتلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي أو مع الموقف الضاغط مباشرة [101]، ص 101. وهي عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة، ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة نجده في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته [1]، ص 91. كما تستعمل في محاولة السيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطط أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط [24]، ص 180. وبها يتم استيعاب أو استبعاد مصادر الضغوط

والتعامل مع آثار المشكلة. أين تكون مجموع المجهودات موجهة نحو الموقف لإدارته، وبالتالي فهي وظيفية لأنها تهدف إلى حل المشكل ويظهر هذا النوع من استراتيجيات المواجهة في بذل جهود معرفية وسلوكية لمواجهة الوضع الضاغط. هذا الأسلوب لا يركز فقط على الجانب الانفعالي للتفكير في التخفيض من التوتر الانفعالي بل في فهم المشكل، حيث يحاول الفرد تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف.

ويضيف كل من wood side et Meclam بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على عدة مراحل وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة والتنفيذ [102].

وتشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكل مجموعة من الأسلوبين التاليين:

- البحث عن حل المشكل.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.

1.1.8.4. استراتيجية البحث عن حل المشكل

تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل [84]، ص 11. وتتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول. فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول، ويتقبل الحل الأفضل وفقا لما يريده مع مواجهة أكبر واكتشاف ما هو مهم في الحياة [101]، ص 105. ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة [70]، ص 229.

كما يضيف كل من Meclam و Woodside بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على مراحل وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة وتنفيذها ثم فحص وتقويم الحلول حيث تؤثر الخبرات الماضية في الحلول التالية للمشكلات [102]، ص 182. أما NEZU (1987) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات هو العملية المعرفية السلوكية التي يحدد فيها الفرد بواسطتها استراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة [103]، ص 272.

2.1.8.4. إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي

مفهوم السند الاجتماعي يشير إلى مشاعر إيجابية منها: إحساس الفرد بالقيمة والتقدير والإحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمد منه الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية [104]، ص 159.

ويعرف **Sarason** المساندة الاجتماعية بأنها تعبير عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنه في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة. ويشير **Lepore** إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم في الغالب الأسرة، الأصدقاء وزملاء العمل [103].

وفي هذا السياق يرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة الهادفة إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، بل هو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساندة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط ومن آثاره [24]، ص 183.

وقد ميز كوهين و وينز بين مظهرين رئيسيين للمساندة الاجتماعية أحدهما وظيفي والآخر هيكلي (بنائي) حيث تشير المساندة الاجتماعية الهيكلية إلى شبكة العلاقات الاجتماعية للشخص، كمثال الحالة الاجتماعية وعدد الأصدقاء. أما المساندة الاجتماعية الوظيفية فهي ترتبط بفاعلية وجودة علاقات الفرد بالآخرين كمثال هل يؤمن الفرد بأنه له أصدقاء يمكن الاعتماد عليهم في أوقات الشدة. والمساندة الاجتماعية قد تأخذ أشكالاً عدة. فقد تكون مساندة انفعالية (الرعاية، الثقة والتجارب) أو تكون مساندة بالمعلومات (بإعطاء الفرد معلومات أو تعليمه مهارات تساعده في حل المشكلات) أو المساندة من خلال التدعيم الأدائي (المساندة في العمل، المساعدة المالية أو قد تكون المساندة بالتقدير) أي ننقل للآخرين أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية أو هي ما تسمى بالمساندة النفسية [105].

2.8.4. الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات و خفض المشقة و الضيق الانفعالي الذي سببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة [1]، 91. كما تشير إلى الأفكار والأفعال التي تهدف إلى تقليص الأثر الانفعالي للضغط [101]، 101. حيث تعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف والغضب أو الشعور بالذنب. وتتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية ومواجهة معرفية انفعالية [24]، ص 180.

يمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية عدة أشكال، إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الانفعال بطرق مختلفة. فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير

درجة الانتباه أو التجنب أو التهرب أو تمنى زوال مصدر الضيق والانزعاج لأنها تعمل على تغيير اتجاه الانتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة، ويظهر أن لهذه الميكانيزمات التوافقية أثر مؤقت وأقل فعالية. أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الانفعالية هي توظيف نشاط معرفي الذي يغير و يبدل المعنى الذاتي للتجربة مثل: إعادة تقييم الوضعية وتضخيم الجوانب الايجابية للحدث أو إعادة التقييم الايجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي، ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف وتقليص المستوى الانفعالي شرط ألا يتعدى الضغط عتبة معينة [83]، ص 25. إذن تهدف هذه المواجهة إلى ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني [106]، ص 147. فهي تضمن بذلك التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط وتقبل الفرد لمشاعره. وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة [37]، ص 316.

كما أنها تشتمل الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الانفعالية الضاغطة وقد تأخذ عدة أشكال وهي مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الانفعالي مثل: التهرب والتجنب، اتهام الذات، إعادة التقييم الإيجابي.

1.2.8.4. إستراتيجية التهرب أوالتجنب

تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والجهود السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه [24]، ص 182. وتتضمن هذه الأساليب استراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه أفضل أو في مكان آخر ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعاً، كما تظهر إستراتيجية التهرب من خلال النوم، الأكل، تناول الكحول والأدوية والمخدرات. فالتهرب والتجنب يسمحان للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره.

2.2.8.4. إستراتيجية اتهام الذات

حيث يبقى الفرد سلبيًا وجامداً أمام محاولة التأثير في الموقف الضاغط ويتم نفسه بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه [101]، ص 105، 106.

3.2.8.4. إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي

تشير إلى المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي [83]، ص 25.

ويرى فولكمان ولازاروس أن كل من إستراتيجية المواجهة التي تتركز على المشكلة وإستراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال تستخدم غالبا في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد تسهلان أو يعوقان بعضهما البعض، وأن إستراتيجية المواجهة التي تركز على المشكلة تكون مشابهة لاستراتيجيات الانفعال [1]، ص 93. كما أن فعالية هذين النوعين لا تعتمد على أنواعهما فقط بل هناك تفاعل بينهما.

9.4. التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات

يوجد تفاعل بين الإستراتيجيات المتمركزة على المشكل وتلك المتمركزة على الانفعال، إذ أن الانفعال المرتفع وعدم التحكم فيه يؤثر في النشاط المعرفي اللازم للأساليب المتمركزة حول المشكل. فإذا كان الانفعال سلبيا ومرتفعاً مثل القلق أو الخوف فإن الفرد يبذل جهداً أكبر لتعديلته حتى لا يؤثر في الأساليب المتمركزة حول المشكل، ويخلق التقييم الخاطئ للقدرات إحباطاً وغضباً عند الفرد فيشعر أنه لا يستطيع التحكم في الواقع، وهذا يبعده عن الأساليب المتمركزة حول المشكل. أما الانفعال الإيجابي المرتفع مثل التفاؤل فيدعم ميكانيزمات حل المشكل و نذكر من بينها: تغيير معنى الواقع حتى يصل الفرد إلى الراحة ويقوم بتحويل الأهداف بوضع أهداف جديدة مع تحديد معاني جديدة للظروف التي يمكن للفرد التحكم فيها [71]، ص 74. فالتصورات الإيجابية للأشياء وللذات تسمح بتكوين إمكانيات نفسية هامة في سياق المقاومة، إذ تدعم الجهود الدفاعية مع الظروف المهددة وهذا يعني أن اكتساب الفرد لهذه القدرات والإمكانيات يجعله واعياً به، وبذكائه في استعمال طرق جديدة لمواجهة متطلبات الواقع. ويفرق لازاروس بين الاستراتيجيات المركزة على المشكل، والاستراتيجيات المركزة على الانفعال. ففي الاستراتيجيات المركزة على المشكل يحاول الفرد تفادي الضغط بتغيير مجرى الحادث، بينما في استراتيجيات المركزة على الانفعال يحاول تغيير مجرى مشاعره [107].

ويلجأ الفرد إلى استخدام إستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال في حالة التقييمات غير القابلة للتغيير. لكن يتبادل النمطان التأثير في جميع أنواع الضغوطات التي يواجهها الفرد، فكلاهما يستطيع تسهيل أو تثبيط، أو إعاقة الآخر [84].

أخيراً يمكننا القول أن النمطين يتبادلان التأثير في جميع أنواع الضغوطات التي يواجهها الفرد. فكلاهما بإمكانه تسهيل أو تثبيط أو إعاقة عمل الآخر، ولكل نمط محاسنه ومساوئه حسب طبيعة الضغوطات، وحسب الموارد الفردية والعوامل الموقفية التي تحيط بالحدث المدرك على أنه ضاغط.

خلاصة

تعد استراتيجيات المواجهة ضرورة حتمية لأن الأفراد يواجهون بشكل متزايد مواقف ضاغطة عدة ومعقدة. وهي تمثل مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي يستعملها الفرد لمواجهة هذه الضغوط سواء كانت داخلية أو خارجية وتضم نوعين: مواجهة مركزة حول المشكل ومواجهة مركزة حول الانفعال، وكلاهما مرتبطان بسمات الشخصية والمواقف الضاغطة. وتهدف إلى خفض التوتر والانفعال وإيجاد حل للوضعية الضاغطة حيث يكمن الاستعمال الفعال والملائم لأساليب المواجهة من تجنب أو اتقاء الوقوع في الاضطرابات النفسية أو السلوكية، كما يسهل عملية الوصول إلى حل أو ملاءمة للمشاكل التي تعترض الفرد في مشواره حياته.

الفصل 5

نوعية الحياة

تمهيد

نوعية الحياة مفهوم واسع ومركب وهو أوسع من مفهومي الصحة والحياة الهائلة، ولهذا السبب لا يوجد إجماع بين المختصين على مفهوم واحد، فهناك صيغ مختلفة من التعريفات التي تتفق فيما بينها على خصوصية طبيعة هذا المفهوم بالإضافة إلى أن مفهوم نوعية الحياة خاضع لذاتية الفرد، فهو وحده القادر على التعبير عنه حسبما يدركه هو. وتعتبر نوعية الحياة خبرة ذاتية لا يمكن تقديرها إلا من خلال الفرد [108]. وهو مفهوم حديث النشأة نسبياً أخذ أهمية متزايدة في النمو فترة الستينيات يتعلق بإدراك وتصور الأفراد لحالتهم الصحية ولأدائهم النفسي والاجتماعي. كما أنه لا يشير إلى ظاهرة ثابتة أو مستقرة، فهو يتغير وفقاً للتغيرات الاجتماعية و وفقاً لطموحات الأفراد وتوقعاتهم والتي يحددها عامل السن والتغيرات المستمرة التي تتوالى في حياتهم [109].

1.5. لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة

حظي مفهوم نوعية الحياة باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد، وحديثاً في مجال علم النفس، شاع استخدامه في الدراسات المختلفة، كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في كافة المجالات ، من خلال التركيز على زيادة الإنتاج والرخاء الاقتصادي، والتقدم العلمي والتكنولوجي [110].

وعند ظهور مفهوم نوعية الحياة لأول مرة مع بداية الخمسينيات في الولايات المتحدة الأمريكية، كان يعني المستوى الجيد من المعيشة من حيث القدرة على امتلاك الأجهزة الكهربائية ومنزلية العصرية والسكن اللائق وغير ذلك من وسائل الراحة والترفيه ثم توسع المفهوم مع بداية الستينيات ليشمل بالإضافة إلى المستوى المعيشي المادي الجيد، توفر الفرص الجيدة لكل من الصحة والتعليم [111].

وكما ذكر أعلاه فإن مفهوم نوعية الحياة (**Qualité de vie**) ظهر لأول مرة في مجموعة من النصوص والكتابات في نهاية الخمسينات، ثم بشكل رسمي في منشورات (*Annales de Medecine interne*) عام (1966) ليتم بعدها الاهتمام به وبشكل مكثف من خلال تخصيص مجلات خاصة في البحث فيه وباسمه منها:

(Quality of life Research) ، (Journal for Quality of life Measurement)

حيث انبثق عن هذا الاهتمام ما يقارب (500) مقال خلال العشر سنوات التي تلت ظهوره [112].

وفي منتصف الستينات ظهر كمفهوم مكمل لمفهوم الكم الذي كانت تسعى إليه جميع المجتمعات، باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الرفاهية الاقتصادية، إلا أن زيادة الإنتاج فشلت في تحقيق هدف نوعية الحياة للمواطن العادي، فقد ابتلعت قطاعات الخدمات والدعم هذه الزيادة في الإنتاج، ولهذا فإن التركيز على الكيف برز كضرورة يجب أن تتلائم مع التركيز على الكم [110] .

وتطورت تحاليل نوعية الحياة في السبعينات (1970)، وكان الغرض من ذلك هو الوصف وقياس أثر مختلف الوضعيات على الحياة اليومية للأشخاص مع مراعاة الخصائص الانفعالية والوظائف الاجتماعية والظروف المادية. بهذا يكون هنا كنا ولا شاملا يجمع بين العوامل الاقتصادية، النفسية، الاجتماعية، البيولوجية والطبية لنوعية الحياة.

إن مفهوم نوعية الحياة عندما ظهر كان يقصد به جودة مستوى الحياة التي توفرها الرفاهية المادية أو المستوى المعيشي الجيد (**Qualité du niveau de vie**) الذي يمكن قياسه عن طريق مدى وفرة الخدمات وجودتها فيما يخص الاستهلاك والصحة والتعليم. وبقي المعنى لمفهوم نوعية الحياة كذلك إلى أن جاء التقرير الذي قدم من طرف الخبراء في مجال المؤشرات الخاصة بنوعية البيئة ونوعية الحياة بعد اجتماعهم سنة 1979: **(Réunion d'experts sur les indicateurs de la qualité de l'environnement et la qualité de vie).**

والذي يرى أن نوعية الحياة مفهوم أوسع من المستوى المعيشي أو الشعور بالسعادة والرضا عن مستوى المعيشة. واعتبر أن الشعور بالسعادة والرضا يمكن اعتبارهما جزءا من المفهوم الواسع للنوعية ولا يمكن مقارنتهما به.

بعدها بدأ مصطلح نوعية الحياة يخدم مختلف البحوث في مجال علم النفس والطب العقلي سنة 1980. وهذا عند ظهور تغير عميق في مجال الطب والعلاج النفسي، حيث أبدى المرضى نوعا من

عدم الرضا. جاء مصطلح نوعية الحياة ليفيد الباحثين حتى يتمكنوا من الإجابة على تطلعات هؤلاء الأشخاص [113]، ص 21.

يمكن القول أن التطور الكبير الذي عرفه مفهوم نوعية الحياة كان بمساهمة اختصاصات عديدة مثل: الصحة، علم الاجتماع، الاقتصاد، السياسة وغيرها.

2.5. تعريف نوعية الحياة

هناك الكثير من الذين يتحدثون عن نوعية الحياة دون أن يدركوا ما المقصود من هذا المصطلح أو ما هي أهميته، وقد أعطيت عدة تعريفات لهذا المصطلح الذي يعتبر ذاتيا بحيث يصعب حصره لأنه ذو صلة بالعديد من الأبعاد الثقافية منها، ظروف الحياة، الصحة النفسية، المثل العليا للحياة، الحاجيات المدركة والرضا. وتختلف التعريفات التي تناولت نوعية الحياة حسب الأهداف المبتغاة، ويمكن ذكر بعضها في مايلي:

إن نوعية الحياة هي معاش يعرفنا عليه المفحوص، كيف يدرك خبرته، حياته، نشاطه وهل هو راض عن هذه الحياة [108].

ويشير مفهوم نوعية الحياة لدى "هارون الرشيدى (1996)" إلى نوعية الحياة التي يرغب الإنسان في تحقيقها، فإذا كان معنى الحياة واضحا ومرتفعاً لديه فإن الحياة تبدو بالنسبة له مثيرة جداً، وأن كل يوم يكون جديداً تماماً...، ويلزمه شعور أنه وجد ما ظل يبحث عنه طيلة حياته، ويستطيع أن يحدد الأشياء المفقودة من حياته بدقة ووضوح، وتظل النشاطات تتمتع بجاذبيتها كأول مرة. أما إذا كان معنى الحياة متدنياً وغير واضح لدى الفرد فإن الحياة تبدو بالنسبة له روتينية، وإن كل يوم بالنسبة له مثل اليوم السابق، ولا يستطيع تحديد أموره الهامة برغم قدرته على إنجازها، ويظل في حالة بحث عن أشياء فقدها، وتفقد النشاطات والاهتمامات جاذبيتها بالنسبة له [114]، ص 461.

كما يقصد بنوعية الحياة تقييم الفرد الذاتي للدرجة التي تتحقق بها حاجاته وأهدافه ورغباته الأكثر أهمية وبذلك يحسن خبراته الحياتية والواقعية، حيث يوحي هذا المعنى لنوعية الحياة بأن تحسين أو تعزيز نوعية الحياة يتطلب تحسين خبرات الفرد الحياتية والواقعية التي تجعله يتبنى الفروض والأفكار والتحليل المنطقي والايجابي لحياته التي يعيشها [26].

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فتعرف نوعية الحياة على أنها إدراك الأفراد لوضعيتهم في الحياة وعلاقة هذه الوضعية بالطموحات والأهداف التي يحملونها وفق جهاز القيم الذي اكتسبوه والمرجعية الثقافية التي ينتمون إليها.

كما ورد تعريف آخر لمنظمة العالمية للصحة العالمية سنة 1994 لنوعية الحياة على أنها إدراك الفرد للمكانة التي يحتلها في الوجود ضمن السياق الثقافي ونسق المعايير الذي يعيش فيه، هذا ما يكون له علاقة بأغراضه، أهدافه، حاجاته توقعاته وانشغالاته [115]، ص 84.

كما تعرف نوعية الحياة على أنها نتيجة لتفاعل حاصل بين شروط أو ظروف حياة شخص ما والطريقة التي يدرك بها هذا الشخص هذه الشروط أو الظروف [108].

3.5. مجالات نوعية الحياة

يتفق العلماء على أن نوعية الحياة مفهوم مركب من مجموعة من الأبعاد والمجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية حيث يصنف ضمن المجال الجسدي الأوجه المختلفة للصحة الجسدية والقدرات الوظيفية. ويختلف الباحثون في تحديد مكونات المجال النفسي، فمنهم من يرى أن الصحة النفسية تتضمن أبعاداً عدة كالمشاعر والانفعالات الإيجابية، والقدرة على الإبداع وتحقيق الذات إلى جانب المعتقدات الروحية والدينية. أما المجال الاجتماعي فيضم العلاقات مع الآخرين ويشتمل على النشاطات الاجتماعية المختلفة إلى جانب التسلية والترفيه وأوقات الراحة والاسترخاء. ويضاف إلى هذه المجالات كل من المجال المادي والمجال الروحي [109]، ص 56. ومن التصنيفات الأكثر شيوعاً واستخداماً في تحديد مجالات نوعية الحياة تلك التي تحدد مكوناتها على المجال الجسدي، النفسي والاجتماعي.

1.3.5. المجال الجسدي لنوعية الحياة: (Domaine Physique de la Qualité de vie)

يصنف في هذا المجال كل من الصحة الجسدية وكذلك مجموعة المهارات الوظيفية التي تحدد مستوى الأداء والنشاط لدى الفرد. ويتم التعرف على مستوى الصحة الجسدية من خلال مؤشرات معينة كالطاقة والحيوية، التعب والراحة، النوم والألم وغيرها من المؤشرات البيولوجية. بينما يتم التعرف على مستوى الأداء الوظيفي من خلال سهولة الحركة، القدرة على القيام بالنشاطات اليومية ومستوى الاستقلالية الذاتية.

2.3.5. المجال النفسي لنوعية الحياة: (Domaine Psychologique de la Qualité de vie)

تختلف مكونات المجال النفسي لطريقة الحياة حسب الباحثين طبقاً لوجهة نظرهم حول الصحة النفسية إذ يختصرها البعض منهم فقط في وجود المشاعر والانفعالات الايجابية أو في غياب الانفعالات السلبية كالقلق والاكتئاب. بينما يرى البعض الآخر أن مكونات المجال النفسي يمكن أن تحمل - بالإضافة إلى المشاعر والانفعالات السلبية والايجابية - مكونات أخرى كت تحقيق الذات، القدرة على الإبداع وحتى

المعتقدات الخاصة والحياة الروحية. مع أن آخرين يفضلون فصل المعتقدات الخاصة والحياة الروحية عن المجال النفسي ويضعونها في مجال لوحدها [85].

3.3.5. المجال الاجتماعي لنوعية الحياة: (Domaine Social de la Qualité de vie)

يضم المجال الاجتماعي لنوعية الحياة العلاقات والنشاط الاجتماعي للفرد في الجوانب المختلفة العائلية منها المهنية والاجتماعية العامة أو ما يعرف بالصحة الاجتماعية. في هذا المجال يركز مفهوم الصحة الاجتماعية على نوعية العلاقات الاجتماعية للفرد وليس على كميتها.

4.5. أبعاد نوعية الحياة

يشير كامبل Campbell (1976) عند تطرقه للعناصر المكونة لمفهوم نوعية الحياة إلى أهمية إدراج عنصر مستوى الرضا للفرد عن حياته في مختلف جوانبها كعلاقته الزوجية وعلاقته بالمحيط الاجتماعي والمهني وغير ذلك من الجوانب. وأدى عامل الرضا المدرج من طرف كامبل إلى إعطاء مفهوم نوعية الحياة منحى آخر بإدراجه للبعد الذاتي في تقييم مستوى الرضا عن نوعية الحياة، فهناك من يحدده في الحياة العائلية في حين يحدده آخر في الجوانب المهنية أو المادية. واتفق العلماء والباحثون في هذا المجال على أن نوعية الحياة مصطلح متعدد الأبعاد. وبعض هذه الأبعاد موضح في الجدول التالي.

جدول رقم 01: بعض أبعاد نوعية الحياة [108]

الحالة العضوية (الجسمية)	الاستقلالية، القدرات الجسمية، الحركة، غياب الإعاقة...
الحالة النفسية والعقلية	الانفعالات المتزنة، التقييم الايجابي للذات، الصحة العقلية، الاتزان والتوافق...
الحالة الاجتماعية	العلاقات الاجتماعية، العلاقات مع المحيط العائلي، علاقات الصداقة والعلاقات المهنية، الترفيه...

5.5. قياس نوعية الحياة

في كل الحالات تعتمد قياسات نوعية الحياة على إجابات الأشخاص وأحكامهم واعتقاداتهم حول وضعية صحتهم، إذ يطلب منهم أن يعبروا إلى أي مدى هم راضين عن حالتهم وحياتهم التي يعيشونها، وتهدف قياسات نوعية الحياة بالإضافة إلى تحديد مؤشرات الصحة والرضا إلى تقدير بعض الخصائص النفسية، الاجتماعية والعلاقية. إذن قياس نوعية الحياة مهم [108].

ويرى الباحثان روزنبلات واتكيسون أن الاختبارات الملائمة لقياس نوعية الحياة لابد أن تبنى بطريقة تقيم فيها على الأقل خمسة أوجه أو أبعاد من نوعية الحياة وهي الأبعاد البيولوجية، النفسية، العلائقية، الاجتماعية والمادية [109]، ص 58.

(هذا من سنراه في المقياس المستعمل في الدراسة أنظر الملحق رقم 04).

التصنيف الأول: أما عن المقاييس فيوجد نوعين من المقاييس الخاصة بنوعية الحياة عامة وخاصة (نوعية).

1.5.5. المقاييس العامة

صممت هذه المقاييس لتتلاءم مع مجموعات مختلفة من الأفراد وهي تغطي عددا مهما من أوجه الحياة ومن مصادرها المختلفة الجسدية، النفسية والاجتماعية [109]، ص 59.

يمكن تطبيق هذه المقاييس على عينات واسعة ومتنوعة من الأفراد وفي مجالات مختلفة كمجال البحث الأكاديمي والطبي وفي مجال علم نفس الصحة أين يتم استخدام نوعية الحياة كمؤشر تنبؤي. ومن بين أهم المقاييس العامة لنوعية الحياة وأكثرها استعمالا المقياس الذي وضعت منظمة الصحة العالمية والمعروف باختصار بـ (WH0 QUL -100) والنسخة المختصرة منه (WH0 QOL -26) والمكيفة على البيئة الفرنسية من طرف (Leplège et al,2002)

[109]، ص 61.

2.5.5. المقاييس الخاصة (النوعية)

هي مصممة من أجل قياس مدى تأثير الإصابة بمرض معين على نوعية حياة الأفراد، تطبق بشكل أساسي في مجال الوصف والتقدير الدقيقين لهذا الأثر على جوانب حياة المريض لمعرفة مدى الضرر الذي يلحقه المريض بها. وللتعرف على الكيفية التي يحد بها المرض من مستوى أداء المصابين في تلك المجالات، بالإضافة إلى تحديد المسار الذي يأخذه المرض مع مرور الوقت [85]. بالإضافة إلى هذا

أعدت مقاييس لنوعية الحياة خصيصا لبعض الأمراض المزمنة (مثلا: نوعية الحياة عند مرضى السرطان، مقياس الوضعيات الصحية في السرطان، ومقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة). وذلك من أجل تقدير درجة دخول أو إقحام المرض لنوعية الحياة والتعرف على كيفية تأثير المرض ومساسه لمختلف الجوانب الحياتية للفرد المريض [108]. وقد تم تكييفها لتتلاءم مع الصعوبات التي تعاني منها فئات معينة من الأفراد كالمصابين بمرض معين أو إعاقة معينة أو الخاضعين للعلاج الطويل. ومن أمثلة ذلك استبيان نوعية حياة مرضى السرطان (QLQ-C-30) صممه المنظمة الأوروبية للبحث وعلاج السرطان [109]، ص 61.

التصنيف الثاني:

يعتمد الباحثون في هذا التصنيف لقياس نوعية الحياة على أربعة أنواع من الأدوات:

- بطارية المؤشرات.
- ملمح الصحة.
- مقاييس الفعالية.
- المقاييس النوعية.

6.5. نوعية الحياة والتوحد

قد أشار سليمان عبد الواحد يوسف إلى الدور الذي تلعبه نوعية الحياة التي تعيشها الأم في التخفيف من حدة إصابة ابنها بالتوحد على نفسيته حيث أشار إلى "أن العلاقة الجيدة بين الأم و طفلها تشعرها بالسعادة والرضا عن دورها، وتساعد على تحمل أعبائه ومسؤولية وتلبية حاجاته، وتجعلها أقل تعرضا للحزن والكآبة، وذلك بترك أثر إيجابي على كل من الأم والطفل التوحدي" [2]، ص 241.

7.5. نوعية الحياة والضغط واستراتيجيات المواجهة

توصلت دراسة عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي (2009) حول نوعية الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغط النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بتبوك إلى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغط النفسية لدى معلمي ومعلمات المدرسة الابتدائية بتبوك. حيث أن كل المعلمين والمعلمات كانوا يتمتعون بنوعية حياة ايجابية، وهذه الأخيرة كانت سببا في خفض درجة الضغط لديهم.

هذا عن الضغط ونوعية الحياة، أما عن علاقة هذه الأخيرة باستراتيجيات المواجهة فإنه حسب دراسة **الغندور (1999)** التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين نوعية الحياة وأسلوب حل المشكل، فإنه توجد علاقة بين نوعية الحياة واستراتيجية حل المشكل، وأن هذه العلاقة علاقة تفاعلية عقلية ونفسية، تساهم في الحفاظ على الحالة الصحية للفرد [26]، ص 157.

كما أن نوعية الحياة على علاقة باستراتيجيات المواجهة عند المصابين بالقصور الكلوي حسب دراسة **بيشو Pucheu وآخرون (2004)**.

من خلال ما تم عرضه يتبين لنا مدى أهمية نوعية الحياة في تحقيق الصحة النفسية للفرد، وخلق التوازن النفسي لديه، وذلك من خلال مساعدة الأفراد في المواقف الضاغطة من خلال اختيار استراتيجيات فعالة بغية التخفيف من حدة ذلك الضغط. كما أن نوعية الحياة المدركة من طرف الأم بالرضا والتقبل من خلال العلاقة الجيدة مع ابنها يجعلها تشعر بالرضا والسعادة وهي تقوم بدورها، كما يخفف عنها أعباء التكفل النفسي بطفلها التوحدي ومساعدتها على تخطي الصدمة الناتجة عنه لتهتم بمتطلبات وضع ابنها.

خلاصة

تعود شساعة مفهوم نوعية الحياة و تعقيده إلى طبيعته المركبة ومتعددة الأبعاد التي تشمل عناصر ذاتية وأخرى موضوعية تعبر كلها عن طريقة أو أسلوب معاش الفرد. ولقد وجدت اتجاهات مختلفة لقياس نوعية الحياة منها ما يركز على الوصف الكيفي أو النوعي بواسطة المقابلة العيادية، ومنها ما يركز على التقدير الكمي باستعمال السلالمة والاستبيانات.

ومهما يكن من أمر نوعية الحياة إلا أن لها دورا كبيرا في التخفيف على الفرد عند تعرضه لمواقف تشعره بالضيق والتوتر، كما أنها تساهم في الحفاظ على الحالة الصحية للفرد.

الفصل 6

مواجهة الضغط الناتج عن التوحد

تمهيد

في الفصول السابقة تم عرض متغيرات الدراسة منفردة، وقد خصص لكل متغير فصل خاص به للإلمام بكل عناصره. أما في هذا الفصل سندمج تلك المتغيرات بغرض معرفة وزنها في الدراسة الحالية وعلاقتها مع بعضها البعض، وذلك من أجل توظيفها في التحليل والتفسير في الجانب الميداني متناولين في ذلك أثر إصابة الطفل على المعاش النفسي للأم وردود فعل الآباء نحو التوحد، يلي الأزمات المعاشة من طرف الأولياء بعد التشخيص. كما سنتطرق إلى الضغط المدرك والتوحد ثم مسببات الضغط لدى عائلات التوحديين وأنواع الضغط الناتج. وأخيرا خصوصية الأم في خضم ذلك كله وكيف يمكن للأمهات أن تواجه الضغط في ظل التوحد.

1.6. أثر إصابة الطفل على المعاش النفسي للأم

غالبا ما تسمح توقعات الأم أثناء الحمل ببناء وتطوير صورة عن الطفل الذي يوشك أن يولد، وتتضمن هذه التوقعات نموذج الطفل المثالي الذي يمتلك خصائص وقدرات تمكنه من المنافسة الناجحة والقيام بالأدوار التي يسندها إليه المجتمع وترسم هذه الصورة المثالية على أنه طفل سليم يتمتع بالصحة، وبعد الولادة والتشخيص الطبي تفاجئ الأم بعكس ذلك، صورة الطفل معاق، وليس أي إعاقة فهي الإعاقة التوحدية التي تعد ذات نمط أساسي ودرجة معتبرة من القصور، و بهذا يحدث اختفاء رمزي لطموحاتها وآمالها مما يدفعها للدخول في مرحلة أزمة نفسية تصاحبها ردود أفعال واستجابات تؤثر سلبا على الطفل، تتطلب في كثير من الأحيان إرشاد نفسي لصالح الأم والطفل معا [116]، ص 70.

هذه الاستجابات وردود الأفعال التي تعيشها الأم بعد إعلامها بالاضطراب الذي يعاني منه ابنها تمر بمراحل عدة لتتمكن في الأخير من التأقلم مع ما أصاب ابنها. وفي العنصر الموالي شرح للمراحل التي يمر بها الآباء منذ اكتشاف التوحد إلى أن يصلوا إلى مرحلة التقبل.

2.6. ردود فعل الآباء نحو الإصابة

هناك عدة مراحل تمثل تطور رد فعل الآباء بعد معرفة إصابة ابنهم تبدأ مباشرة بعد التشخيص إلى أن تصل إلى التقبل. ويمكن أن تكون الفترة ما بين التشخيص والتقبل طويلة ومؤلمة جداً، وهي فترة قد يمر الآباء خلالها عبر عدة مراحل نتناولها على النحو التالي:

1.2.6. مرحلة الصدمة

هي المرحلة الأولى من ردود فعل الآباء تحدث نتيجة معرفة أن الطفل المولود هو طفل معاق، وأنه مختلف عن توقعاتهم بطفل سوي وجميل. في هذه المرحلة يشعر الآباء أن حياتهم ووظائفهم قد توقفت، فهم غير قادرين على ممارسة أي عمل شخصي، وغير قادرين على إدراك جهود الآخرين لمساعدتهم، فتظهر عليهم علامات الدهشة والاستغراب، وقد يمتنعون عن الكلام لفترات من الوقت [21]، 163. فالوالدان يصدمان من حقيقة أن يكون طفلهما توحدياً، ومهما كان الآباء مستعدين لمعرفة الأسوأ، فإن حقيقة أن "الأسوأ" قد حصل تجلب الصدمة التي تتبعها المرحلة التالية [14]، ص 67.

2.2.6. مرحلة الإنكار

هي المرحلة التالية للشعور بالصدمة وهي من الاستجابات الشائعة الانتشار بين الأسر التي تملك طفلاً معاقاً، وهذا السلوك قد يأخذ أشكالاً عدة: فبعض الآباء ينكرون التشخيص أو لا يستطيعون التصديق بأن ما حدث قد وقع فعلاً، أو ينكرون أن الإعاقة قد تؤثر على تطور الطفل ونموه [21]، ص 163. ويعتبر الإنكار إحدى الآليات الدفاعية التي توفر للفرد نوعاً من الوقاية الذاتية ضد الحقائق المؤلمة، وقد يهون الآباء من درجة الإعاقة أو ينكرون وجود أي مشكلة، وهم يغلفون عقولهم عن جوانب القصور لدى الطفل، بل أكثر من ذلك أنهم قد يتجاهلون الإعاقة ويتعاملون مع الطفل كما لو كانت الإعاقة غير موجودة [116]، ص 81. هم لا يريدون أن يصدقوا أن ابنهم معاق، وفي بعض الأحيان يشعرون بأن هناك خطأ ما، وفي أحيان أخرى يريدون إقناع أنفسهم أن طفلهم يتقدم بشكل اعتيادي. هم يجدون صعوبة في تقبل الوضع، وغالباً ما ينزعجون عندما يذكر الأصدقاء أو الأقارب بعض الخصائص الغريبة في سلوك الطفل ويقترحون عليهم استشارة طبيب [14].

3.2.5. مرحلة سلب الإرادة

يسيطر على بعض الآباء اليأس حتى يصيروا كالمقعدين، ويشعرون أنه لا حول لهم ولا قوة لأنهم لا يعرفون شيئاً عن التوحيدية أو ما الذي يتوقعونه من طفلهم وليس لديهم أدنى فكرة عما ينبغي فعله في البداية. وربما يشك بعضهم في أن لديهم القدرة البدنية أو العاطفية على فعل أي شيء يطلب منه [10]، ص 61. كما يشعر الآباء في هذه المرحلة أنهم مشلولون انفعالياً وغير قادرين على عمل أي شيء في البداية. ويشعرون بسلب الإرادة لأنهم لا يعرفون ما هو التوحد، وما يجب عليهم القيام به، وغالباً ما يعتقدون أنهم العائلة الوحيدة في العالم التي لديها طفل مصاب بذلك، وأنه لا يوجد من يفهم مشكلاتهم. ويتبع الشعور بسلب الإرادة شعور بالمرحلة الرابعة [14]، ص 67.

4.2.6. مرحلة الشعور بالذنب

يشعر الوالدان بالذنب اتجاه ابنهم، وقد يحالفهم الشك بأن الطفل لأنهم ارتكبوا خطيئة ما، وما حصل إنما كان نتيجة مباشرة لما فعلوا وعقاب سماوي لارتكابهم الخطيئة، ويزيد الموقف من صعوبة تقبلهم للطفل ومساعدته على التقدم [117]، ص 160. وقد يشعر الآباء بالذنب ويتساءلون فيما إذا كان اللوم يقع عليهم لإصابة ابنهم. وهذه المرحلة التي إما أن تصبح فيها العائلات أقوى وأكثر تماسكاً، وبترافق مع هذا الشعور شعور بالخجل من طفلهم وعدم الرغبة في أخذه معهم عند الخروج أو عدم الرغبة في التحدث عنه مع الأصدقاء كما لو كان غير موجود. وهم ينظرون إلى الأمر على أنه عقاب على ذنب اقترفوه في الماضي [14]. وربما يقلق كل من الأبوين ولو سرا بينه وبين نفسه، ويشعر أنه مسؤول عن إعاقة ابنه. وتعتبر الأم أعلى سهماً في ذلك لأنها ترى أنها السبب المباشر لأنها هي التي حملته ووضعته. وربما يكون عناء الآباء شديداً إذا صادفهم كتاب قديم من الكتب عندما كان يعتقد أن التوحيدية سببها برود الآباء وافتقارهم إلى الإحساس. وهذا ما يجعلهم يشعرون أنهم سبب أزمة الطفل [10].

فترتبط الإعاقة بمشاعر الذنب وبطرق مختلفة، فالعديد من الآباء يلومون أنفسهم لامتلاكهم طفل معاق، فبعضهم يعتقد أن الإعاقة حدثت كنتيجة مباشرة لبعض الممارسات التي كانوا قد قاموا بها قبل قدوم الطفل، فنجد بعض الأمهات تعتقد أنه نتيجة إهمالها لصحتها خلال فترة الحمل، والأب يعتقد أنه لم يقوم بواجبه كفاية اتجاه الأم خلال حملها، ومعظمهم يشعرون بأنه كان عليهم أن يفعلوا شيئاً ما باتجاه هذا الموقف [21]. وفي هذه المرحلة لا يخضع الآباء والأمهات الأفكار للتفكير المنطقي، وقد لا يقبلون النقاش. إلا أن مشاعر الذنب تلك ليست بالضرورة غير منطقية وغير مناسبة وليست بالضرورة مدمرة بالرغم مما يحملونه من المشاعر غير السارة وخبرات الإحباط والإحساس بالذنب والمرارة [16]، ص 306.

5.2.6. مرحلة الغضب

الغضب نتاج طبيعي للشعور بالذنب، حيث يعتقد بعض الآباء أن توحدية ابنهم ناتجة عن خطأ شخص ما، ولا يمكنهم أن يصدقوا أن ما نزل بابنهم دون أن يوجد من يلقي عليه اللوم [10]، ص 62.

وقد يعانون من الغضب، وقد يكون موجهًا نحو الآخرين أو نحو الذات، و يكون نتيجة لتصرفات الآخرين مع الطفل، وهؤلاء قد يكونون من أفراد الأسرة أو الأصدقاء [21]، 164. فيشعر الآباء بالشفقة على أنفسهم وهي مرحلة خطيرة غالبا ما يبقى الآباء ملتصقين بها، حيث يميلون إلى تكريس طاقاتهم في لوم كل الناس وكل الأشياء على سوء حظهم بدلا من طلب المساعدة. وبعد التغلب على هذا التأرجح الانفعالي يصل الآباء إلى النقطة التي تليها عدة مسارات يجب إتباعها ويكون الخيار فرديا ومعتمدا على عوامل شخصية، ومهما كان المسار الذي يختارونه فإن أهم شيء هو الوصول إلى التقبل [14].

6.2.6. مرحلة التقبل

تعني الاستسلام لما حدث والتعايش مع الموقف على الرغم من الحزن الذي يعاني منه آباء الأطفال المعاقين، وتمثل هذه المرحلة آخر مرحلة من مراحل الشعور بالأزمة، وفيها يصل الآباء إلى تقبل الحقيقة الواضحة أمامهم والعمل على اتخاذ ترتيبات جديدة لمزاولة الحياة الشخصية وانهماك الوالدين بالبحث عن كل الطرق العلمية وغير العلمية لمساعدة طفلها [21].

كما أنها مرحلة قبول الطفل والعمل المتواصل على التكيف مع الوضع الجديد بما يحتاجه من مهام صعبة ومتواصلة. ويعتبر محمد السعيد أبو حلاوة (1998) هذه الاستجابة دخولا في مرحلة حل الأزمة حيث أن هذه الفترة تظهر لدى الآباء والأمهات القدرة على طلب المساعدة والاندماج بفعالية في برنامج المساعدات، ويكون التقبل في ثلاث مجالات: تقبل الإعاقة لدى الطفل، تقبل الطفل نفسه، تقبل الذات. وهذه الخطوة مهمة وهي التوقف عن الشعور بالشفقة على أنفسهم، ونتيجة لذلك تصبح العائلة سعيدة وتوحد جهودها من أجل تحسين نوعية حياة الطفل وحياة العائلة ككل وتنظر إلى أصغر المؤشرات على التحسن أنها انتصارات للعائلة كلها، كما يتعلمون حب طفلهم على الرغم من الفروق [14]، ص 69.

فقد أدركوا احتياجاته وتفهموا حاله وبذلك بدؤوا يسعون إلى تعلم المزيد عن طرق المساعدة والتفاعل أكثر مع المساندة [16].

خلاصة القول أن الصدمة واليأس والشعور بالذنب والغضب و الغم والرفض كلها ردود أفعال طبيعية على تشخيص فرد محبوب على أنه توحدي. وربما يعاني الآباء من تلك العواطف مرات عديدة وليس في البداية فقط، ولكنهم يتكيفون ويتأقلمون مع حالة طفلهم رويدا رويدا [10]، ص 64.

3.6. الأزمات المعاشة من طرف الأولياء

هناك أزمات عديدة يعيشها الأولياء منذ ميلاد الطفل أو اكتشاف حقيقته إلى غاية التسليم للأمر الواقع، وهي كالتالي:

1.3.6. أزمة الصدمة

تبدأ بميلاد طفل معاق حيث يوضع الأب والأم في مأزق، ولا يستطيعان الاستجابة له بالميكانيزمات المألوفة لحل المشكلة حيث عبر عنها كاتر بأنها مرحلة من عدم القدرة على مواجهة الواقع [118]، ص 373.

ويتميز المتلقي لخبر الإعاقة بالشعور بأن جميع أفكاره تتوقف ولا يستطيع أن يتابع ما يقال له كما يشعر بتبلد الإحساس بعد سماعه للخبر غير السار وهذا الإحساس حماية تلقائية من المخ لمنع وصول المزيد من الألم والحزن بشدة لما يعاينه من ضغوط، وقد تعثره مشاعر نفسية مختلطة فهو لا يستطيع التركيز، ولا يتذكر كل ما قيل له، كما يمكن أن يعثره الاكتئاب وصعوبة النوم وفقدان الشهية للأكل.

2.3.6. أزمة القيم

وفي هذا النوع الوالدان يعترفان بأن ابنهما مريض أو غير عادي ويبحثان عن أسباب مرضه وعن علاج يشفيه ويجعله شخصا طبيعيا. كما يحاولان اختلاق الأسباب لحالة طفلها وهو ما يمثل اعترافا بحالته ولكن بدون تبصر بأبعاد المشكلة حيث أنه لا تزال فكرة الإعاقة غير مقبولة في ذهن الوالدين لأنها تسير عكس نظام القيم لديهما [116]، ص 83.

3.3.6. أزمة الواقع

في هذه الفترة يبدو لدى الآباء والأمهات القدرة على طلب المساعدة والاندماج بفاعلية في برنامج المساعدات وتأتي هذه الفترة عندما تواجه الأسرة المزيد من المشكلات المرتبطة بوجود الطفل المعاق [116]، ص 86.

إن معرفة الآباء بأن طفلهم لديه إعاقة يضع الأسرة تحت ضغوطات نفسية واجتماعية واقتصادية متعددة - كما رأينا في الفصول السابقة - فالإعاقة لم تكن ضمن تفكيرهم، وبالتالي فهم لا يعرفون كيف يتعاملون مع الموقف أو لم يخططوا بالأصل إلى التعامل مع هذه الانفعالات نظرا لاستبعاد ذلك من أفكارهم [21].

4.6. الضغط المدرك والتوحد

إن الضغط المدرك الناتج عن التوحد هو ردود الفعل التي تظهر لدى أمهات الأطفال التوحديين عند إدراكهن لحقيقة الابن، والإحساس بالصدمة ومعاناة مشاعر الإحباط فيما يتعلق بسلوك الطفل وعلاجه أو تعليمه والمخاوف بشأن مستقبله وكيفية رعايته والعزلة الاجتماعية والإحراج إزاء إعاقة الطفل [18]. وبعد ميلاد الطفل التوحدي فإن الضغوط والتغيرات التي كانت تحت السيطرة من قبل ربما تخرج عن السيطرة الآن. وربما يكون اكتشاف الآباء أن طفلهم طفل توحدي هو أسوأ خبر في حياتهم. والحق أن وجود طفل توحدي في الأسرة يعتبر أمرا ضاعطا ويمكن أن يقيد الأسرة في معظم الأوقات. وما أشبه الأمر في البداية بالعيش في "إناء الضغط" حيث تقود ضغوط الحياة اليومية وتوتراتها ومشاعر الخوف والانزعاج بخصوص مستقبل الطفل إلى الانفجار وعلى الأمهات أن يخفن تلك المشاعر بطريقة أو بأخرى [10].

ويرى سليمان عبد الواحد يوسف (2010) أن الضغط يختلف من أم إلى أخرى بحسب إدراك كل أم للموقف وتفسيرها له حسب ثقافتها الدينية والعلمية، موقف الأهل، الأصدقاء والمجتمع من هذا الطفل ومدى مساهمة هذه القوى في حل الضغط الذي تعاني منه أم هذا الطفل. ويترتب على ذلك إما حماية ورعاية الطفل وإما رفضه وتجاهله تماما.

5.6. مسببات الضغط لدى عائلات التوحديين

رغم أن التوحدية مازالت غامضة إلى حد ما، إلا أنه تم إحراز قدر كبير من التقدم في فهمها. وهناك حاجة لإجراء مزيد من العمل وبذل أكبر قدر من الجهد. وإن كانت الحقائق حلت محل خرافات الماضي التي طالما آذت الآباء والعائلات [10]. ولا شك أن التوحد يخلق ضغوطا كبيرة على العائلات، وبشكل لا يمكن مقارنته مع الاضطرابات الأخرى، حيث أن آباء التوحديين معرضين دائما لمعايشة وضعيات مؤلمة مرتبطة خصوصا بأعراض وسلوكيات أطفالهم [7]، ص 93. فهناك أسباب متعلقة بالتوحد وأخرى متعلقة بالأسرة ومنها ما هي متعلقة بالمجتمع... الخ وفيما يلي تفصيل لذلك:

1.5.6. أسباب متعلقة بالتوحد

خصوصا ما يتعلق بالتوحد وما ينجر عنه من نتائج وآثار، منها ما يلي:

- **غموض وخصوصية التوحد:** غالبا ما يكون من الصعب التعرف على التوحد مقارنة بالاضطرابات الأخرى، وغالبا ما يساء فهم السلوك غير المألوف الصادر عن الطفل ويساء تفسيره فيوصم بكلمات تكون رصاصات في البناء النفسي منها: طفل غير مؤدب، شقي، عنيف... ويبقى الآباء يعانون من جهد دائم بسبب لومهم على عدم مقدرتهم على ضبط طفلهم، كما قد تكون هذه السلوكيات الغريبة

وغير المألوفة مفاجئة وصادمة، على الرغم من أن هذه السلوكيات نابعة من طبيعة آلية الطفل التوحدي حيث أنها سلوكيات غير إرادية وغير مسيطر عليها تصدر نتيجة عالمه الخاص، لكنها طبيعية بالنسبة للتوحدي صادمة بالنسبة لأولياء الأمور والمحيطين والمتعاملين مع أفراد التوحد [14].

كما أن للتوحد أعراضاً لا تحتمل بالنسبة للآباء والأدهى من هذا أنها بدون معنى في بعض الأحيان وغير مفهومة ولا علاقة لها مع أحداث الحياة العائلية. وهي متعلقة أحياناً بتغيرات فجائية وفورية تكون حساسة بالنسبة للأطفال التوحديين [7]، ص 93.

● **المعاناة والإجهاد:** ينشأ جهد عاطفي وجسدي كبير من خلال العناية بالطفل التوحدي، فله حاجات لا يتمكن هو من الإفصاح والتعبير عنها، فما بالك ببعض الأطفال الذين لا ينامون لمدة 20 ساعة أو أكثر ولا يأكل الطعام المعد له ولا يتجاوب مع المحيطين به ولا يتابع تصرفاتهم ولا يتصرف مثلهم. وقد يكون عدوانياً ويصاب بنوبات غضب. وباختصار يحتاج إلى إشراف لمدة 86400 ثانية في اليوم [14]، ص 24.

2.5.6. أسباب متعلقة بالطفل

● **ميلاد الطفل:** يمثل ميلاد طفل معاق في الأسرة حادثة ضغط أو أزمة في المجال الأسري بأكمله والأم بوجه خاص منذ اللحظة الأولى التي تشخص فيها حالة الطفل، حيث تعرف الأزمة النفسية التي تعيشها الأم على أنها اضطراب عاطفي حاد يؤثر في قدرتها على التصدي للمشكلات العاطفية أو المعرفية أو السلوكية [116]، ص 70. وقد تبلغ حدة المشاعر الحزينة عمقها لدى الوالدين حيث يسألون بين ميلاد طفل توحدي وموت طفل عادي كان في أحلامهم [2]، ص 243.

● **خصائص الطفل التوحدي:** من أهم خصائص التوحد المساهمة في الضغط النفسي لدى آباء الطفل نجد أن نمو الذكاء يكون غير متكافئاً وأشكال محددة من السلوك الفوضوي الصادر عن هؤلاء الأطفال مثل الإثارة الذاتية وإيذاء الذات التي تساهم في الضغط النفسي:

- **التقييمات الذكائية غير المتكافئة:** هي ناتجة في الأغلب عن تأخر التواصل وصعوبات سلوكية تتداخل مع الفحص حيث أن العديد من المتوحدين يظهرون إشارات للتخلف العقلي، حيث نجد حوالي 60% من الأطفال لديهم معاملات الذكاء أقل من 50%، والتقييم الذكائي المقنن لهؤلاء الأطفال يكون صعباً لأن العديد منهم غير لفظيين ولديهم نقص في الدافعية وغير متنبهين، لذلك فإنه ليس بالغريب أن يظهر الآباء مقداراً كبيراً من الضغط النفسي المرتبط بمستوى الإعاقة المعرفية لأطفالهم [61].

من خلال هذا العنصر يتضح لنا أن صعوبة تقييم القدرات المعرفية للطفل التوحدي راجعة إلى أنهم هم غير لفظيين من جهة، وإلى اعتماد اختبارات الذكاء على اللغة من جهة أخرى لذا يصاب الآباء بضغط نفسي نتيجة عدم معرفتهم لدرجة ذكاء طفلهم، ونجد خاصية أخرى تسبب لهم الضغط هي:

- **السلوكيات الفوضوية العامة:** يظهر العديد من التوحديين أشكالاً محددة من السلوك الفوضوي الذي يصعب ضبطه أو التحكم فيه وأحدث هذه الأشكال الإثارة الذاتية (Self Stimulation) وهذا غالبا ما يكون سلوكا نمطيا تكراريا لا يخدم هدفا مثل التحرك للأمام والخلف والتلويح باليد واللفظ المتكرر. وهناك سلوك فوضوي آخر هو **العدوان ونوبات الغضب** أو الهيجان أو التخريب وغالبا ما تكون متباعدة في درجتها عند الأطفال. ومثل هذه السلوكيات تكون قادرة على إرباك الأسرة وتؤدي إلى استثنائها من الدمج في المدرسة والبيئة والمجتمع. وهناك أيضا سلوكيات قد تكون قليلة الحدوث ولكنها مصدر ضغط للأسرة يؤثر على حياتها وهو سلوك **إيذاء الذات** فهو سلوك يؤدي به الطفل نفسه جسديا مثل ضرب الرأس أو العض أو أي سلوك آخر [61]، ص 335.

- **الشعور برفض الأبناء للآباء:** يشعر الآباء غالبا أنهم مرفوضون من قبل أبنائهم ذوي التوحد مما يخلق لديهم شعورا بالعجز في تأدية رسالتهم نحوهم، والحيرة في الوصول إلى سبر أغوار نفوسهم والارتداد على ذاتهم بعدم المقدرة على التصرف والتعرف على وسيلة اتصال تلائم أبنائهم، ومبادلة أطفالهم الشعور بالمحبة والحنان منهم ولهم [14]، ص 24.

انطلاقا مما سبق ذكره نجد أن الضغط الذي يعاني منه آباء التوحديين مرتبط بدرجة الاضطراب والسلوكيات الفوضوية التي يتميز بها التوحدي. وهناك أسباب أخرى متعلقة بالأسرة، وهي:

3.5.6. أسباب متعلقة بالمستوى الاقتصادي للأسرة

هناك مصادر أخرى يعاني منها الآباء والأمهات وهي الضغوط المالية، فالطفل يضيف أعباء إلى الأسرة ومتطلبات مادية جديدة كالرعاية الطبية والصحية للطفل تحتاج إلى تكاليف مالية كبيرة. وهذا يعتبر مصدرا آخر للضغوط وخاصة عندما تكون الأسرة فقيرة [13]، ص 159. حيث أن أسر الأطفال التوحديين تدرك وجود ضغوط مالية كبيرة، وتمزق مستمر في الروتين الأسري. بالإضافة إلى أن الأسرة التي تعاني من وضع مادي صعب فإن احتياجات الطفل ستكون عبئا إضافيا مسببا لضغوط إضافية [16]، ص 314. كما أن بعض الآباء ممن كانوا تحت ضغط هائل وهم يحاولون أن يتكيفوا مع أطفالهم ويحافظوا على حياتهم الأسرية يشعرون بأن عليهم جمع النقود من أجل الحصول على علاج ناجع للشفاء [14].

4.5.6. أسباب متعلقة بالمجتمع

لا يخف على أحد شدة وقع أي مشكلة على الفرد من الناحية الاجتماعية، وذلك بسبب نظرة المجتمع وتعامل أفراد مع مثل موقف التوحد، ومن الأسباب المتعلقة بالمجتمع والتي تؤدي إلى الضغط نذكر ما يلي:

- **رفض المجتمع للطفل:** إن رفض المجتمع للطفل والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين تمثل مصدرا هاما للضغوط، بالإضافة إلى نظرات الشفقة من قبل الآخرين واستغرابهم ونصحهم وأسئلتهم تسبب للآباء والأمهات التوتر والقلق والخجل من إعاقة الطفل وهذا يدفعهم إلى الابتعاد عن الآخرين والعزلة الاجتماعية، وهذه العزلة الاجتماعية والانسحاب يترتب عليه الشعور بالإحباط والفشل فتزداد لديهم مشاعر الغضب والعدوانية تجاه الآخرين مما يزيد من ابتعاد الآخرين عنهم [17]، ص 261.
- **الاتجاهات السلبية من المحيطين:** نظرة المحيطين التي يشعر من خلالها الآباء أنهم أنجبوا طفلا معيوباً، وكأن ما جرى للأبناء مصدره الآباء، ويترتب على ذلك اتجاهان: أولهما اتجاه الشفقة، وثانيهما اتجاه الاستياء [14]، ص 23. فهي بالنسبة لهم مأساة اجتماعية تضطر الآباء إلى الانسحاب بعيداً عنها وعن الأماكن العامة مثل المطاعم تفادياً لنظرة الآخرين لطفلهم [118]، ص 376. وإن مصادر الضغوط التي يعاني منها آباء وأمهات الأطفال التوحديين متعددة ومتنوعة ومستمرة أيضاً باستمرار التوحد.

5.5.6. أسباب نفسية

من أكثر الأسباب وضوحاً لحدوث الضغط النفسي هو أن إصابة التوحد قوية تخيب الآمال والتوقعات، وتحمل الآباء والأمهات مسؤوليات وضغوطاً جديدة بالإضافة إلى ضغوط الحياة التي يحيونها. وقد تزداد تلك الضغوط على الأم لأنها على اتصال مباشر ويومي مع الطفل وهي المسؤولة الأولى عن تربيته والعناية به. بالإضافة إلى أن فشل الطفل التوحدي في تحقيق ما يتوقعه الآباء والأمهات يكون مصدراً للضغوط، فقد يصبح الفرد منزحاً من شيء ليس له أصل ضاغط بل لأنه لا يتناسب مع ما كان يتوقعه [2].

6.6. أنواع الضغوط الخاصة بعائلات التوحديين

ليس من العجب أن نعلم أن أولياء المعاقين يقعون في دائرة الضغوط العادية مثل أي أسرة بالإضافة إلى مصادر ضغوط غير عادية متمثلة في الضغط من المعيشة مع الابن المصاب [13]، ص 126. حيث توجد أنواع ضغوط خاصة بالاضطراب، وهي ضغوط خاصة فقط بآباء وأمهات الأطفال التوحديين، لأنها نجمت عن حدوث التوحد حيث تمثل الضغوط الشائعة لدى أسر التوحديين ما يلي:

- الضغوط المرتبطة بمرحلة ولادة الطفل والتشخيص.
- ضغوط تلبية احتياجات الطفل المصاب بإعاقة التوحد والعناية به.
- الضغوط المتعلقة بدخول الطفل التوحدي المدرسة أو المؤسسة.
- الضغوط المتعلقة بسلوك الطفل التوحدي والمشكلات النمائية.

- عدم تقبل الآخرين للطفل المصاب بإعاقة التوحد.

ويرى (سليمان عبد الواحد يوسف 1، 2010) أنه مهما تعددت الضغوط التي يعاني منها آباء وأمهات التوحديين وتنوعت تصنيفاتها، فإنها تبقى ضغوطاً مصدرها إصابة الطفل، وهي جديدة على الأسرة بعد ميلاد الطفل المصاب بالتوحد وسببها الصدمة وعدم التوقع بحدوث هذه الإعاقة الغامضة لطفلهم. "ولا يؤثر التوحد على الطفل الذي يعاني منه فقط بل على العائلة بأسرها. والأخبار التي تجلب خبر إصابة طفل ما بالتوحد والمعلومات والتقارير التي تؤكد على ذلك توصف بأنها "قنبلة التوحد" فيأخذ التذمر صوراً رافضة للواقع، على أنه تأكيد لشكوكهم بأن هناك خطأ مع طفلهم ويؤدي إلى الشعور بالارتياح لمعرفتهم بالواقع الذي يمر به ويكون شديداً وعنيفاً مع الذات وقد تنقل هذه الشدة وهذا العنف إلى الطرف الآخر من الوالدين والمحيطين" [14].

ويذكر كل من هزلين ومور (Howlin et Moore 1997) أن بعض الآباء يشدون التشخيص بشكل فعال لأنهم يرغبون في العثور على إجابات لسلوكيات أطفالهم غير العادية والغريبة بالنسبة لهم والمثيرة لانفعالاتهم. ونا تبدأ الحيرة بالبحث عن أخصائيين لديهم فكرة لتفسير مثل هذه السلوكيات. وينظر الآباء إلى التشخيص طفلهم و البعض الآخر يكون التشخيص بالنسبة لهم صدمة يجدون صعوبة في تحملها [14]، ص 42.

7.6. أساليب مواجهة الضغط المتعلق بالتوحد

إن اكتشاف الحالة يعد البداية لسلسلة طويلة من الضغوط والجهود وعندئذ يكون الوالدين في حالة صدمة وغير قادرين على التفكير السليم [16]، ص 310. كما يواجهان عادة الأمر بعدد من الاختيارات والقرارات غير المتوقعة وتزايد الضغوط، وقد يشعرون أن كل شيء يجب التعامل معه في وقت آخر [119]، ص 57. ولا توجد طريقة واحدة لتفاعل الأسر مع وجود طفل باحتياجات خاصة، فردة فعل كل أسرة تعتمد على التكوين النفسي للأسرة ومدى الإصابة و كمية الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والأخصائيين [16]، ص 312.

فمن الممكن أن يعزل الآباء أنفسهم عن الآخرين أثناء الوقت الصعب، ومع ذلك يمكن أن يكون من المفيد للوالدين أن يبحثوا عن شخص ما، ربما قريب أو صديق عزيز ليستمع إليهم. وعلى الرغم من أنهم يعتقدون أن التحدث يجعل الأمر أسوأ، إلا أنه عليهم أن يتذكروا أن مشاركة الهموم مع الآخرين تخفف الضغوط [119].

وقد يلجأون باللوم على الطرف الآخر (الزوج، الزوجة) أو على الطبيب أو المعلم أو الأخصائي النفسي [16]، ص 306.

كما أن تعرض الآباء والأمهات للضغوط النفسية بسبب مواجهة أزمة إعاقة التوحد يؤدي إلى عدم الاتزان مما يتطلب الحاجة إلى المساعدة الخارجية لاستعادة الاتزان والتكيف مع وجود الطفل التوحيدي [2]، ص 247. ذلك أن نقص الفهم والوعي والدعم والمساندة قد يجلب نتائج مأساوية، وقد اعترفت بعض الأمهات بالرغبة في إنهاء حياتها لعدم امتلاكها القوة على التعامل مع الضغط الهائل الذي يفرضه التوحد على حياة العائلة [14]، ص 61.

كما تستجيب بعض الأمهات بتجنب الإعاقة أو إنكارها، ويشمل هذا الأسلوب مشاعر الانقباض التخيلي، وإنكار المعاني والنتائج المترتبة على الحادثة، وتبليد الإحساس والشعور باللامبالاة إزاء الحدث [2]، ص 241. وبمجرد تعرض الأسرة إلى الضغوط التي تسببها الإعاقة يلجأ بعض الآباء إلى الهروب العاطفي والبدني وتجاهل مشكلاته، واحتياجاته متجنبين بذلك التوتر والغم الذي تسببه لهم توحديّة طفلهم، وقد يتحول هذا الهجر وذلك البعد إلى رفض للطفل [10]، ص 158.

مما تم عرضه يمكن القول أن الاستجابات الناجمة عن معرفة مصاب الطفل تتراوح ما بين الإنكار، الانعزال والهروب من مواجهة الحقيقة وتجنبها إلى إلقاء اللوم على الذات والآخرين. وكلها تصب في قالب واحد هو التركيز على الانفعال في مواجهة أو التعامل مع الموقف. والبعض الآخر - وبعد الاستفاقة من الصدمة- يكونون على أتم الاستعداد لاتخاذ خطوات ايجابية لمواجهة توحديّة ابنهما. وسيكون الأبوان مستعدين لتعليم أنفسهما بل وسيكون لديهما الرغبة في الوصول إلى الآباء الآخرين. فليس هناك شيء يمكن أن يسهم في تخفيف مشكلة ما لدى آباء الطفل التوحيدي أفضل من حل تلك المشكلة [10].

كما أن معظم الآباء يهدفون إلى تلقي المساندة الاجتماعية بهدف البحث عن حلول قد يجدون فيها ضالتهم في علاج ابنهم، والعمل على راحته، بغية للوصول إلى راحتهم وإرضاء أنفسهم بأنهم غير مقصرين في الاهتمام والرعاية [14]، ص 46. وربما يحتاج الآباء أن يصلوا إلى الآخرين من آباء الأطفال التوحيديين طلبا للدعم. لأن الحصول على قدر كبير من المعلومات العملية يفيد في مواجهة الضغط الناجم ، كما أن المؤسسات يمكنها أن تقدم الدعم واهم من ذلك أن يجدوا صديقا حميما بين أولئك الآباء [10]، ص 145.

ومن بين الحلول التي يلجأ إليها الآباء محاولة معرفة ما يعانيه الطفل حيث يذكر كل من هولين ومور (Howlin et Moore,1997) أن بعض الآباء ينشدون التشخيص بشكل فعال لأنهم يرغبون في العثور على إجابات لسلوكيات أطفالهم غير العادية والغريبة بالنسبة لهم والمثيرة لانفعالاتهم [14].

من العرض السابق نستطيع القول أن التعامل مع التوحد يكون إما من خلال البحث عن المساندة والتحدث إلى الآخرين أو البحث عن التشخيص ومحاولة حل المشكلة التي أصابت الابن. من خلال هذا العنصر يمكن أن نقول إجمالاً أن تعامل الآباء والأمهات مع الضغط الناتج عن التوحد يتم بطرق عديدة منها الانفعال والهروب وإلقاء اللوم على الذات أو الآخرين، ومنها البحث عن السند في الأسرة والأصدقاء ومحاولة حل المشكل والتعامل مع إصابة الابن للتخفيف من حدتها. إذن تتفرع أساليب مواجهة الضغط الناتج عن التوحد تتفرع إلى قسمين رئيسيين هما: التركيز على توحدية الابن ومحاولة التعامل معها والانغماس في الانفعال والهروب مما حدث.

8.6. الأم والتوحد

غالبا ما تكون الأم مجروحة في تقديرها لنفسها بسبب هذا الطفل الذي يفتقر للتبادلات العلائقية والتفاعلية [7]. ففي أغلب الأسر تكون الأم محور التفاعل مع الأطفال عموماً. لذا فهي معرضة أكثر من غيرها للضغوط والصدمات فهي تعاني من اللوم المباشر أو غير المباشر من قبل الأقارب والمجتمع وأحياناً الزوج أيضاً. هذا الأخير الذي يكون عامل ضغط على الأم أحياناً عندما يلقي اللوم عليها ويقلل من قيمة مجهودها أو يحبطها بعدم الجدوى من بذل الجهود لمساعدة الطفل. وعندما يكبر الطفل فإن الأم تعاني من التوازن بين فطرتها الأساسية التي تدعوها لحماية ابنها وحاجته للاستقلال وتجريب سلوكيات جديدة، خاصة عندما تشاهده يتألم ويفشل لمرات عديدة. وهنا توفر الأم وسيلة لتوصيل احتياجاته وتنفيذ رغباته مما يجعل الأم مشغولة عن باقي أفراد الأسرة [16]. كما يعتبر تعليم الطفل التوحدي من مصادر الضغط النفسي لدى الأم حيث أشارت دراسات عديدة إلى أن الأمهات يعانين من ضغط نفسي أكثر من الآباء، ومن أكثر الأشياء المثيرة لقلق الأمهات هي كيف ستكون رعاية الطفل في الأيام القادمة وحول قدرة الطفل على القيام بوظائف الاستقلالية وتقبل المجتمع له، وهناك بعض الضغوطات التي تخص الأم أكثر لأن الأم هي المسؤولة عن رعاية الطفل المعاق لذلك فإن مشكلات الأم واهتماماتها مع الطفل التوحدي تتبع المشكلات النمائية والتغذية للطفل [61]. ولهذا تبدي الأمهات عجزاً واضحاً في مساعدة ابنها وذلك بعدم ثقتها في نفسها وبسبب القلق الواضح الذي تعيشه، كذلك إن الأم غير الراضية بدورها الأنثوي يصبح وجود طفل معاق بالنسبة لها معادلة صعبة الحل، ومن ثم نجد بعض الأمهات يهربن بإنجاب طفل آخر كي يؤكدن لأنفسهن وللآخرين أيضاً كفاءتهن الذاتية، ومن ناحية أخرى يجدن مبرراً للتخلي عن ماق رعاية الطفل المعاق أو يهربن من المواجهة بأسلوب آخر وهو رفضهن للإنجاب رغم مقدرتهن على ذلك.

وبشير أنس قاسم (2000) إلى أن الأم هي المصدر الأول والمعلم الأول للطفل عند اكتسابه اللغة (سواء من حيث الزمن (أول من يتلقى الطفل) أو من حيث أهمية دورها [10]. ثم إن العلاقة الجيدة بين

الأم و طفلها تشعرها بالسعادة والرضا عن دورها، وتساعدها على تحمل أعبائه و مسؤولية و تلبية حاجاته، وتجعلها أقل تعرضا للحزن والكآبة، وذلك بترك أثر إيجابي على كل من الأم والطفل التوحيدي [2]، ص 241.

خلاصة

عمدنا في هذا الفصل إلى ربط الفصول مع بعضها البعض بإدراج المهم منها لنصل إلى نتيجة مفادها أن التوحد يؤثر على الآباء بشكل كبير مقارنة مع الاضطرابات الأخرى، وذلك لعدة أسباب منها ما يتعلق بالطفل التوحيدي ومنها ما يتعلق بالتوحد في حد ذاته وما ينجم عنه، ثم إن الآباء يدركون التوحد على أنه عامل ضاغط يؤثر على اتزانهم. وتتباين ردود أفعالهم إثر ذلك ما بين الصدمة والتقبل مرورا بعدة مراحل، ليتم في الأخير التسليم بالأمر والعمل على مواجهته بشتى الطرق، لنختم الفصل بالعنصر الرئيسي المرتبط بالطفل ارتباطا وثيقا والذي يلحقه أكبر قدر من تبعات التوحد ألا وهو الأم.

الفصل 7

الأسس المنهجية للدراسة

تمهيد

يعرض هذا الجزء مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق أهداف الدراسة المذكورة آنفا والمتمثلة في دراسة نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف أمهات التوحيدين وعلاقتها بالضغط المدرك لديهن. حيث نتناول الباحثة في هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية للتأكد من إمكانية التطبيق (مقاييس الدراسة، العينة، الظروف...)، بالإضافة إلى المنهج المتبع والحدود المكانية والزمانية للدراسة وكذا مجتمع الدراسة والعينة وأخيرا المقاييس المستعملة لجمع البيانات والوسائل الإحصائية المستخدمة لمعالجتها ليختتم الفصل بالصعوبات التي تلقيناها في الدراسة.

1.7. الدراسة الاستطلاعية

قبل الشروع في الجانب الميداني من الدراسة والتوسع في إجراءاته المنهجية، كان لابد من القيام باستطلاع للدراسة لمعرفة مدى صلاحية المقاييس المستعملة في هذه الدراسة وذلك بهدف قياس صدقها وثباتها بعد ترجمتها.

وقد احتلت الدراسة الاستطلاعية وصفا متميزا على مستوى العلوم الاجتماعية وهذا راجع لطبيعة موضوعات الدراسة في العلوم الاجتماعية وما تمتاز به من تعقيد وعدم الوضوح الذي يتطلب إجراء مثل تلك الدراسات لكشف بعض جوانب تلك الظواهر والمشكلات التي يصعب على الباحث تحديد مفاهيم محددة لها [120]، ص 02.

1.1.7. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

رمت الدراسة الاستطلاعية إلى هدفين رئيسيين:

أولاً: ترجمة مقياس نوعية الحياة ومقياس استراتيجيات المواجهة، أما مقياس الضغط المدرك فهو مترجم في العديد من رسائل الدكتوراه والماجستير في الجامعات الجزائرية. ولقد تم أخذه بالنسخة العربية.

ثانياً: دراسة الخصائص السيكومترية للمقاييس المستعملة في هذه الدراسة، وذلك بقياس صدقها وثباتها على عينة من البيئة الجزائرية.

2.1.7. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من مجموعة من الأمهات بلغ عددهن 30، تتراوح أعمارهن بين 25 سنة و50 سنة، يتوزع أبناؤهن على مختلف المراكز والمؤسسات المتخصصة في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة (كالتوحد) وسيتم عرض ذلك بالتفصيل في عنصر الحدود المكانية.

3.1.7. إجراءات الدراسة الاستطلاعية

أولاً: الاطلاع على مختلف الدراسات والآراء التي لها علاقة بموضوع الدراسة.

ثانياً: الاطلاع على الدراسات التي أجريت على متغيرات الدراسة.

ثالثاً: الاطلاع على الأدوات التي لها علاقة بالدراسة، ثم تبني النسخة الفرنسية لمقياس نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة والنسخة المترجمة إلى العربية فيما يخص مقياس الضغط المدرك.

(أنظر الملاحق).

رابعاً: ترجمة مقياس نوعية الحياة ومقياس استراتيجيات المواجهة من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة مختصين في اللغة الفرنسية، ليتم بعد ذلك عرض المقاييس على المحكمين المختصين في علم النفس وعلوم التربية.

خامساً: تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة الاستطلاعية.

سادساً: تقنين مقاييس الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية، وسنوضح هذا فيما يلي:

- مقياس نوعية الحياة: تم التحقق من صدقه وثباته على عينة الدراسة الاستطلاعية على النحو التالي:

أ. **الصدق (صدق الترجمة):** بعد الانتهاء من الترجمة تم استطلاع آراء المحكمين لاختبار صدق ترجمة المقياس حيث عرضت الباحثة المقياس على أساتذة علم النفس في الجامعات الجزائرية والعربية وطلب منهم تحكيمه على سلم قدره 10 درجات، وذلك بهدف تقييم كل من:

- الصياغة اللغوية وعلاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.
- مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه.
- وضوح التعليم.
- الوقت المخصص لإجراء المقياس.
- سهولة التنقيط والتصحيح.

وقد حددت درجة الصدق بالاعتماد على معيار تقبل مميزات المقياس بدرجة سبع درجات على عشرة فما فوق. وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 02: درجات الصدق (ن) للمميزات العامة لمقياس نوعية الحياة

ن	مميزات المقياس	
10	الصياغة اللغوية و علاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.	1
7	مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه	2
8	وضوح التعليم	3
8	الوقت المخصص لإجراء المقياس	4
9	سهولة التنقيط والتصحيح	5

من خلال الجدول يتبين لنا أن قيم أغلب مميزات المقياس تتجاوز عتبة سبع درجات نعتبر المقياس صادقا (صدق المحكمين). وبعد الحصول على الإجابات، تم تصحيح الترجمة وتعديل صياغة بعض الكلمات والعبارات حسب ما أشار إليها الأساتذة المحكمون، وذلك لكي تتواءم مع أفراد العينة. (مثلا عبارة تحبين بدلا من تفضلين).

ب. **الثبات:** أما عن ثبات المقياس، فقد قمنا بقياسه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمنية قدره أسبوعين، حيث عرض المقياس على عينة من أمهات التوحيدين تتكون من (30) فردا مقسمة بصفة متكافئة. بعدها حسب معامل الاستقرار الذي قدر بـ 0.67 تدل على وجود علاقة دالة إحصائية بين التطبيق الأول والثاني. وبالتالي المقياس ثابت.

- مقياس استراتيجيات المواجهة:

أ. **الصدق:** للتحقق من صدق مقياس استراتيجيات المواجهة تم عرض المقياس - بعد ترجمته - على أساتذة علم النفس في الجامعات الجزائرية والعربية وطلب منهم تحكيمه على سلم قدره 10 درجات، وذلك بهدف تقييم كل من:

• الصياغة اللغوية وعلاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.

• مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه.

• وضوح التعليمات.

• الوقت المخصص لإجراء المقياس.

• سهولة التنقيط والتصحيح.

وقد حددت درجة الصدق بالاعتماد على معيار تقبل مميزات المقياس بدرجة سبعة درجات على عشرة فما فوق. وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 03: درجات الصدق (ن) للمميزات العامة لمقياس استراتيجيات المواجهة

ن	مميزات المقياس	
10	الصياغة اللغوية و علاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.	1
8	مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه	2
7	وضوح التعليمات	3
9	الوقت المخصص لإجراء المقياس	4
8	سهولة التنقيط والتصحيح	5

من خلال الجدول يتبين لنا أن قيم أغلب مميزات المقياس تتجاوز عتبة سبع درجات نعتبر المقياس صادقا (صدق المحكمين). وبعد الحصول على الإجابات، تم تصحيح الترجمة وتعديل صياغة بعض الكلمات والعبارات حسب ما أشار إليها الأساتذة المحكمون، وذلك لكي تتواءم مع أفراد العينة.

ب. **الثبات:** أما عن ثبات المقياس، فقد قمنا بقياسه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره أسبوعين، حيث عرض المقياس على عينة من أمهات التوحيدين تتكون من (30) فردا مقسمة بصفة متكافئة. بعدها حسب معامل الاستقرار الذي قدر بـ 0.81 تدل على وجود علاقة دالة إحصائية بين

التطبيق الأول والثاني. وبالتالي المقياس ثابت. وعند استخراج الجذر التربيعي لقيمة الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق نحصل على **الصدق الذاتي** للمقياس وهي 0.90 وهي قيمة دالة.

- مقياس الضغط المدرك:

قد وجدت النسخة المترجمة للمقياس - كما تم الإشارة إليه سابقا - في رسائل الماجستير والدكتوراه في العديد من الجامعات الجزائرية وهي مذكورة في الرسائل المستخدمة كمراجع في هذا البحث. لذلك تم فقط استطلاع آراء المحكمين دون صدق الترجمة لعدم تمكن الباحثة من الحصول على النسخة الأصلية للمقياس باللغة الأجنبية. الأمر الذي لم يمنع الباحثة من القيام بصدق المحكمين حتى وإن وجد في تلك الرسائل، وقد تم التحقق من صدقه وثباته على عينة الدراسة الاستطلاعية على النحو التالي:

أ. الصدق: تم عرض المقياس على أساتذة علم النفس في الجامعات الجزائرية والعربية وطلب منهم تحكيمه على سلم قدره 10 درجات، وذلك بهدف تقييم كل من:

- الصياغة اللغوية وعلاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.
- مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه.
- وضوح التعليم.
- الوقت المخصص لإجراء المقياس.
- سهولة التنقيط والتصحيح.

وقد حددت درجة الصدق بالاعتماد على معيار تقبل مميزات المقياس بدرجة سبعة درجات على عشرة فما فوق. وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 04: درجات الصدق (ن) للمميزات العامة لمقياس الضغط المدرك

ن	مميزات المقياس	
10	الصياغة اللغوية و علاقتها بمحتوى الموضوع الذي وضعت من أجله.	1
9	مدى علاقة المقياس بالمتغير الذي يقيسه	2
8	وضوح التعليم	3
7	الوقت المخصص لإجراء المقياس	4
9	سهولة التنقيط والتصحيح	5

من خلال الجدول يتبين لنا أن قيم أغلب مميزات المقياس تتجاوز عتبة سبع درجات نعتبر المقياس صادقا (صدق المحكمين). وبعد الحصول على الإجابات، تم تصحيح الترجمة وتعديل صياغة بعض الكلمات والعبارات حسب ما أشار إليها الأساتذة المحكمون، وذلك لكي تتواءم مع أفراد العينة.

جدول رقم 05: العبارات التي تم تعديلها من طرف المحكمين في مقياس الضغط المدرك

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
12	في أشياء من المفروض أن تقوم بها على أحسن وجه	هناك أشياء من المفروض أن تقوم بها على أحسن وجه.
14	وجدت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع السيطرة عليها؟	وجدت أن الصعوبات تتراكم عليك لدرجة أنك لا تستطيع السيطرة عليها؟

ب. **الثبات:** أما عن ثبات المقاس، فقد قمنا بقياسه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره أسبوعين، حيث عرض المقياس على عينة من أمهات التوحيدين تتكون من (30) فردا مقسمة بصفة متكافئة. بعدها حساب معامل الاستقرار الذي قدر بـ 0.72 تدل على وجود علاقة دالة إحصائية بين التطبيق الأول والثاني، وبالتالي المقياس ثابت. وعند استخراج الجذر التربيعي لقيمة الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق نحصل على **الصدق الذاتي** للمقياس وهي 0.84 وهي قيمة دالة. ولحساب **صدق المقارنة الطرفية** تم سحب 27 من درجات هذه العينة الذين تحصلوا على درجات مرتفعة في مقياس الضغط المدرك (الثلاث الأعلى) وقدر عددهم بـ 15 فرد، وتم سحب 27 من الدرجات المنخفضة في المقياس (الثلاث الأدنى) وعددهم 15 فرد ثم تم حساب الفرق بين المتوسطين من خلال اختبار ت، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم 06: قيم "ت" لدلالة الفرق بين الثلث الأعلى والثلث الأدنى لمقياس الضغط المدرك

عينتي المقارنة	م	ع	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية	
الثلث الأعلى 27 %	54.00	2.00	10.08	15	0.01	0.05
الثلث الأدنى 27 %	25.87	6.04		15	2.6 دال	1.75 دال

نلاحظ من الجدول أن ت المحسوبة 10.08 أكبر من ت الجدولة 2.60 عند درجة حرية $df = 15$ ومستوى دلالة 0.05 وعليه توجد فروق بين مرتفعي ومنخفضي الضغط، مما يؤشر إلى أن المقياس صادق.

2.7. منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة الحالية لأنه المنهج الأنسب لاختبار الفروض المقترحة من طرف الباحثة. "والمنهج الوصفي يذكر خصائص ما هو كائن، ويفسره و يحدد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع. وهو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميًا عن طريق جمع معلومات عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. كما يهدف إلى جمع معلومات مفصلة عن ظاهرة ما بذكر خصائصها ومميزاتها معبرا عنها بصورة كمية وكيفية، وإجراء مقارنات مع مع ظواهر أخرى أو إيجاد العلاقة بين الظواهر للوصول إلى أغراض محددة" [121]، ص 149، 150.

3.7. حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة في المكان الذي أجريت فيه الدراسة والمدة المستغرقة في إنجازها.

1.3.7. الحدود المكانية

تمت الدراسة في المؤسسات والمراكز التالية:

- المركز الطبي البيداغوجي "بوينان" بالبلدية

- المركز الطبي البيداغوجي "موزاية" بالبلدية .

- المركز الطبي البيداغوجي بعين الدفلى.

- مصلحة الطب العقلي للأطفال "مستشفى فرانتز فانون" بالبلدية.
- مستشفى النهار للطب العقلي للأطفال والمراهقين الجناح "C" بالقبة "فرع قاريدي" التابع لمستشفى الأمراض العقلية "دريد حسين" بالجزائر العاصمة.

2.3.7. الحدود الزمانية

امتد البحث النظري من أواخر جوان 2010 حتى أبريل 2011، أما الدراسة الميدانية فقد انطلقت بالدراسة الاستطلاعية التي ابتدأت في مارس 2011 إلى غاية جوان 2011، تم خلال هذه الفترة تقنين أدوات الدراسة. ليتم بعد ذلك التطبيق النهائي والذي انطلق من بداية سبتمبر 2011 إلى غاية أواخر ماي 2012، حيث تم استلام آخر مجموعة من المقاييس المطبقة على الأمهات.

4.7. مجتمع الدراسة

يمثل مجتمع البحث الفئة من المجتمع أو الجماعة التي يستهدف البحث دراستها والخروج بنتائج منها [122]، ص 1094. ويتمثل مجتمع الدراسة في مجموعة أمهات الأطفال والمراهقين التوحديين الموجودين في المراكز والمؤسسات المتكفلة بالأطفال المتخلفين عقليا في كل من ولاية عين الدفلى، البلدية والجزائر العاصمة. إلا أن العدد الاجمالي للأطفال التوحديين والذي يمثل مجتمع الدراسة لا يمكننا ضبطه، ذلك أن المراكز الطبية البيداغوجية تحصى عدد الأطفال التوحديين المتواجدين على مستواها لأنه في أغلب الأحيان لا يتجاوز عددهم الثمانية أو التسعة (في المراكز المذكورة طبعا) بينما في مستشفى النهار للطب العقلي بقاريدي التابع لمستشفى الأمراض العقلية "دريد حسين" بالقبة لا يمكن إحصائهم فهم في تردد مستمر على المركز وكل أخصائي نفسي مسؤول على عدد منهم بالتعاون مع المختص الأرطفوني والطبيب العقلي. ففي كثير من الأحيان يتم إعلام الأم أو الوالدين بتوحدية الإبن من طرف الطبيب العقلي المسؤول عن المركز، وينتهي الأمر هناك بسبب ثقل الأمر على الأم وعدم رغبتها في التواصل مع المختص النفسي أو الأرطفوني بل تكون لديها وجهة أخرى لمواصلة رحلة البحث عن تساؤلاتها حول توحدية ابنها. وما أتيح للباحثة من أفراد أجرت عليهم الدراسة سوى من تريد أن تصرح عن مصاب ابنها أو تشارك ما تكابده جراء ذاك المصاب مع الآخرين. حيث بلغ عددهم (34) طفلا ومراهقا تتراوح أعمارهم بين 05 سنوات و15 سنة. وهو ما أتيح للباحثة حيث تم اختيار هذه الولايات لقربها من الباحثة وسهولة التطبيق فيها حيث اتصلت الباحثة بمختلف المراكز والمؤسسات التي تتكفل بالتوحديين في الولايات المذكورة بالإضافة إلى ولاية تيبازة، المدينة والشلف وبعض المراكز في العاصمة، ولكن لم يتسن للباحثة التطبيق فيها لرفض المسؤولين التطبيق على مستوى المؤسسات التابعة لهم. فكان الرد الايجابي من طرف المراكز والمؤسسات المذكورة فقط، والجدول رقم 07 يوضح المراكز والمؤسسات التي تم فيها الجانب الميداني للدراسة.

جدول رقم 07: توزيع الأطفال التوحديين على المراكز والمؤسسات المختصة

المؤسسة	التكرار	النسبة %
المركز الطبي البيداغوجي بعين الدفلى	03	8.82
المركز الطبي البيداغوجي "موزاية" البلدية	02	5.88
المركز الطبي البيداغوجي "بوينان" البلدية	03	8.82
مستشفى النهار للطب العقلي للأطفال والمرافقين الجنح "C" بالقبة "فرع قاريدي" التابع لمستشفى الأمراض العقلية "دريد حسين" بالجزائر العاصمة	23	67.64
مصلحة الطب العقلي للأطفال "مستشفى فرانتز فانون" بالبلدية	03	8.82
المجموع	34	100

تعد النسبة الأعلى في الأطفال الذين يرتادون مركز قاريدي ذلك أن العديد من الأطفال يقصدونه من مختلف ولايات الوطن حتى من تمنراست وورقلة وغرداية ومختلف ولايات الجنوب لشهرته عند المختصين الذين يقومون بتوجيه الأطفال إليه وعند الأولياء الذين يقومون بالبحث عن كفالة لأبنائهم. وتعود قلة نسبة الأطفال في المراكز الطبية البيداغوجية لكون هذه الأخيرة وضعت معايير لقبول الأطفال على مستوى الأقسام، فليس كل طفل ذو احتياجات خاصة يستطيع الالتحاق بها، كما تتكفل حافلات المراكز بإقالتهم. أما وجود أمهاتهم في المراكز عند استدعائهن فقط.

5.7. عينة الدراسة:

فيما يلي يتم عرض طريقة اختيار العينة، نوعها وخصائصها:

1.5.7. طريقة اختيار العينة

بعد ضبط التعريفات الإجرائية توجب علينا الانطلاق للعمل مع عينة الدراسة، وكما هو مشار إليه سابقا فإن عينة الدراسة تتكون من 34 أما (امراة)، تم اختيارهن بناء على توفر اضطراب التوحد في المراكز والمؤسسات وكذا المستشفيات التي تتكفل بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف الفئات، أما فيما يخص الأفراد (الأمهات) فإننا كنا نتصل بأي أم شخص ابنها على أنه توحيدي من طرف مصالح الطب العقلي للأطفال، وذلك عن طريق استدعائها أو الاتصال بها من طرف المختصة البيداغوجية أو المختصة النفسانية. وبلغ عددهن بعد عناء طويل 34 أم.

2.5.7. نوع العينة

بحكم أننا توجهنا في دراستنا هذه إلى أمهات الأطفال التوحيديين دون غيرهن من الأفراد فإن العينة قصدية. و"تعني هذه العينة اختيارا كيفيا من طرف الباحث للمبجوثين استنادا لأهداف بحثه، ولا يتم اختيار المبجوثين من خلال الجدول العشوائي أو عن طريق العينة، فهي بهذه الحال لا تعطي الفرص المتكافئة لكل وحدة لأن تكون ضمنها" [123]، ص 80.

وتستخدم هذه الطريقة في حالة معرفة الباحث للمعالم الإحصائية للمجتمع وخصائصه لأن العينة القصدية تتكون من مفردات تمثل المجتمع الإحصائي [124]، ص 147.

3.5.7. خصائص العينة

قبل التطرق إلى خصائص أفراد العينة (الأمهات) ارتأينا التطرق إلى خصائص الأطفال التوحيديين، ذلك لأن التحدث عن الأمهات ومتغيرات الدراسة مرتبط بالأطفال ومعاناتهم مع التوحد. أما المستوى الاقتصادي للأسرة فقد تم ذكره لمعينة الوضع المادي للأسر لأن الجانب المادي - حسب ما عرضته الباحثة في الجانب النظري- يمكن أن يكون عاملا ضاعطا يزيد من حدة وقع التوحد على الأسرة، كما يزيد من الأعباء والتبعات التي تنجم عن إصابة الطفل بالتوحد خصوصا إذا كان ذلك المستوى الاقتصادي ضعيفا (أنظر الفصل السادس، ص 138).

1.3.5.7. خصائص الأطفال

من بين خصائص الأطفال التوحديين التي تم التطرق إليها الجنس والسن.

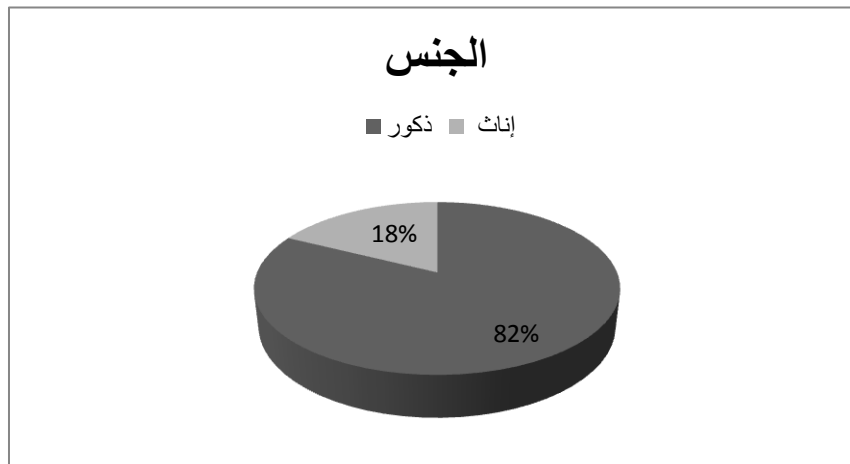
• الجنس:

جدول رقم 08: توزيع الأطفال التوحديين حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكور	28	82.35
إناث	06	17.65
المجموع	34	100

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الذكور تساوي 82.35 % وهي تفوق نسبة الإناث بكثير والمقدرة ب 17.65 %، وهذا راجع إلى أن نسبة انتشار التوحد تظهر في الذكور أكثر من الإناث حيث يذكر في التراث الأدبي للتوحد أن نسبة انتشاره حسب الجنس تكون بمعدل انثى واحدة مقابل 4 أو 5 ذكور، وهو متفق عليه في معظم التراث النظري للاضطراب. والنسب التي بين أيدينا أقرب ما تكون إلى ذلك، وهي ممثلة في الشكل التالي:

شكل رقم 07: التمثيل البياني لنسبة التوحد عند الأطفال التوحديين حسب الجنس



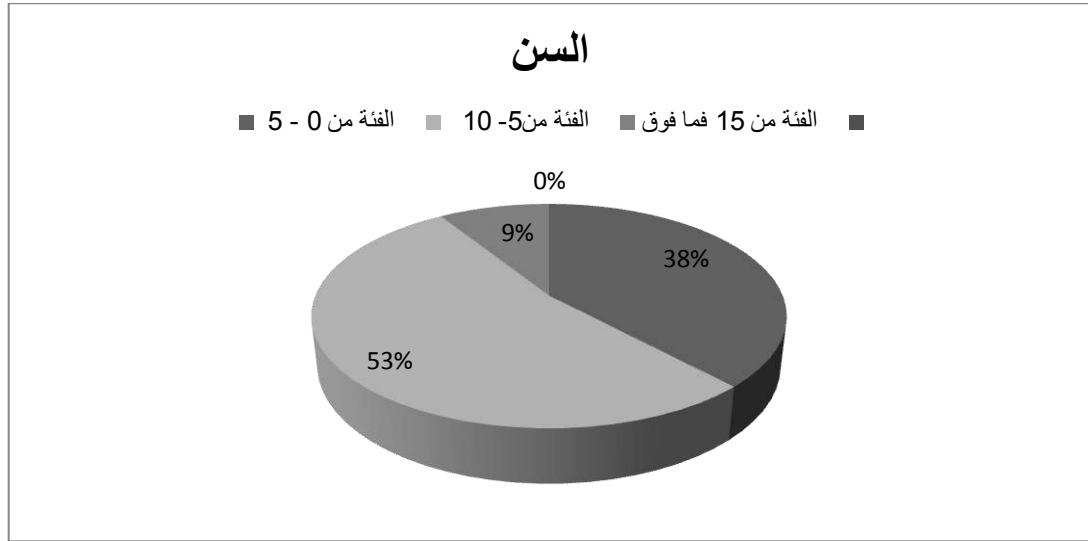
• السن:

جدول رقم 09: توزيع الأطفال التوحديين حسب السن

النسبة %	التكرار	السن
38.23	13	5 - 0
52.94	18	10 - 5
00	00	15 - 10
8.82	03	15 فما فوق
100	34	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن النسبة الأعلى تقدر بـ 52.94 % ، وتظهر في الفئة الثانية وهذا راجع ربما لأنها الفئة التي تظهر فيها الصعوبات خصوصا مع التحاق الطفل بالمدرسة واكتشاف الأولياء والمعلمين لاختلافه عن الأقران. ثم تليها الفئة الأولى بنسبة 38.23 % لأنه في هذه السن وتحديدًا في السنوات الثلاث الأولى من العمر حيث تم الاتفاق على ظهور الاضطراب غالبا في هذه السن خصوصا إذا عرض الطفل على المختصين مبكرا ليتم تشخيص حالته. في الأخير فئة المراهقين بنسبة 8.82 %، مع انعدام النسبة في الفئة التي تمثل نهاية الطفولة وبداية المراهقة. وفيما يلي التمثيل البياني لنسبة التوحد عند الأطفال التوحديين حسب السن.

شكل رقم 08: التمثيل البياني لنسبة التوحد عند الأطفال التوحديين حسب السن



● **المستوى الاقتصادي للأسرة:**

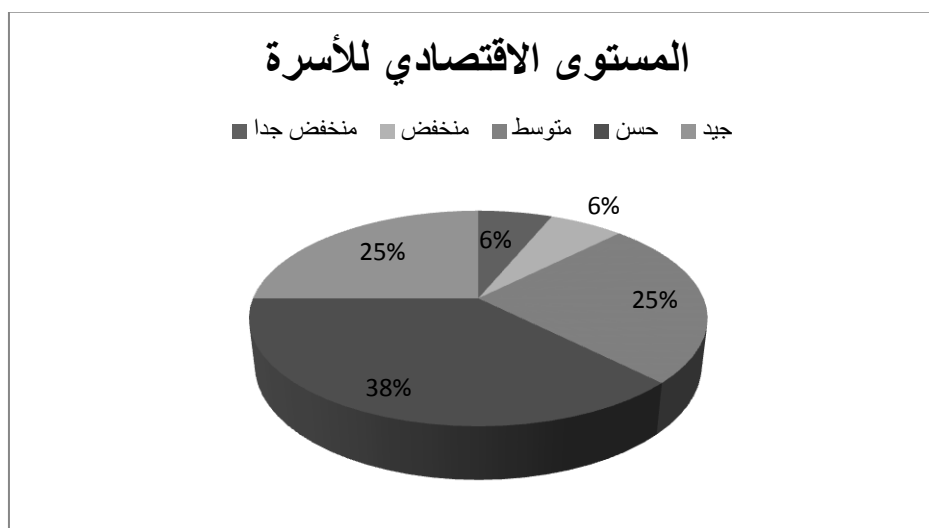
جدول رقم 10: المستوى الاقتصادي لأسر الأطفال التوحديين

النسبة %	التكرار	المستوى الاقتصادي
05.88	02	منخفض جدا
05.88	02	منخفض
23.52	08	متوسط
35.29	12	حسن
23.52	08	جيد
%100	34	المجموع

انطلاقاً من الجدول يتبين لنا أن النسبة الأعلى للمستوى الاقتصادي للأسرة موجودة في المستوى الاقتصادي الحسن حيث قدرت بـ 35.29 %، ثم تليها نسبة المستوى الاقتصادي الجيد والمتوسط التي بلغت 23.52 %، تليها نسبة المستوى الاقتصادي المنخفض والمنخفض جدا في المرتبة الأخيرة التي بلغت 05.88 %. ويفسر ذلك بما ورد في التراث النظري للتوحد حيث كانت البدايات الأولى لاكتشاف

التوحد في العائلات الغنية فقط، ثم أصبح يظهر أيضا فيما بعد في العائلات ذات المستوى المتوسط والمنخفض. وفيما يلي التمثيل البياني للمستوى الاقتصادي لأسر الأطفال التوحديين.

شكل رقم 09: التمثيل البياني للمستوى الاقتصادي لأسر الأطفال التوحديين



2.3.5.7. خصائص الأمهات

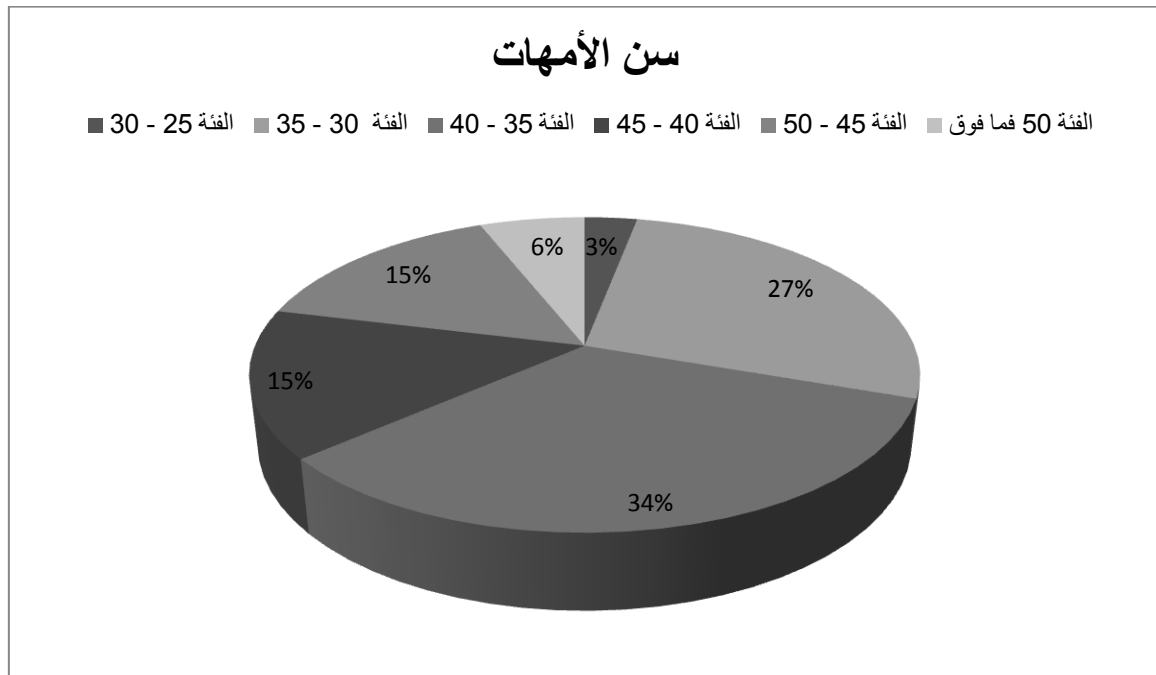
• السن:

جدول رقم 11: توزيع أفراد العينة "الأمهات" حسب السن

الفئات العمرية	التكرار	النسبة %
30 – 25	01	2.94
35 – 30	09	26.47
40 – 35	11	32.35
45 – 40	05	14.70
50 – 45	05	14.70
50 فما فوق	02	05.88
المجموع	34	100

انطلاقاً من الجدول السابق يتبين لنا أن أعلى نسبة بالنسبة لعمر أفراد العينة على مستوى الفئة العمرية (40 – 35) حيث بلغت 32.35 %، ثم تليها الفئة العمرية (30 – 35) حيث بلغت 26.47 %، متبوعة بالفئتين (45 – 40) و (50 – 45) بنسبة 14.70 %، و المرتبة الأخيرة كانت الفئة العمرية (50 سنة فما فوق) التي بلغت نسبة 05.88 %. وهي موضحة في الشكل التالي:

شكل رقم 10: التمثيل البياني لتوزيع أفراد العينة "الأمهات" حسب السن



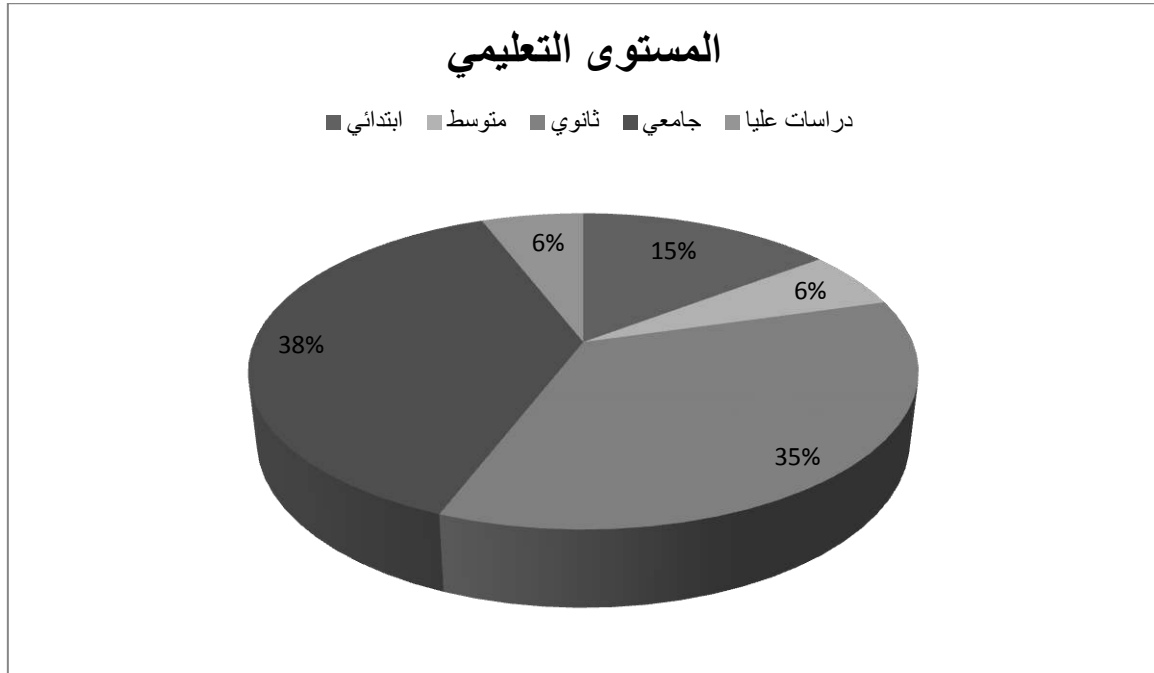
• المستوى التعليمي:

جدول رقم 12: المستوى التعليمي لأفراد العينة "الأمهات"

المستوى	التكرار	النسبة %
ابتدائي	05	14.70
متوسط	02	05.88
ثانوي	12	35.29
جامعي	13	38.23
دراسات عليا	02	05.88
المجموع	34	100

انطلاقاً من الجدول السابق يتبين لنا أن أعلى نسبة مسوى تعليمي لأفراد العينة كانت في المستوى الجامعي الذي بلغت نسبته 38.23 %، ثم تليها نسبة المستوى الثانوي التي بلغت 35.29 %، متبوعة بنسبة المستوى الابتدائي التي بلغت 14.70 %. وفي المرتبة الأخيرة يأتي كل من المستوى المتوسط ومستوى الدراسات العليا بنسبة تقدر بـ 05.88 %. وتبرز أهمية المستوى التعليمي في مساعدة الأم في البحث عن معلومات حول توحدة ابنها، والتفكير في كيفية التكفل الجيد بابنها عن طريق محاولة فهمها للأسباب المؤدية لإصابة الطفل بالتوحد والآثار المترتبة عنه، وكذا طرق التكفل الطبي والنفسي بالطفل. و هذه النسب موضحة في الشكل التالي:

شكل رقم 11: المستوى التعليمي لأفراد العينة "الأمهات"



6.7. أدوات جمع البيانات

استخدمت الباحثة الوسائل التالية لجمع بيانات الدراسة:

1.6.7. دليل المقابلة

كان الهدف من استعمال دليل المقابلة هو الحصول على بعض المعلومات المتعلقة بأمهات الأطفال التوحيديين حول معاشيتها لوضعية إصابة ابنها بالتوحد، وكيفية التعامل معه ومع الآخرين والضغوط التي سببتها إعاقة ابنها. وهذا لتدعيم المقاييس المستخدمة في الدراسة (مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس نوعية الحياة ومقياس الضغط المدرك) "وتعرف المقابلة بصفة عامة بأنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي" [125]، ص 106.

وترى **C.chilland (2002)** أن المقابلة تسمح بضبط بعض الأسئلة وتطبيقها على كل الحالات وتسمح أيضا بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة، فهي تعتمد على علاقة الفاحص والمفحوص مباشرة، كما تعمل على توطيد العلاقة بينهما، ويقوم الفاحص في المقابلة الموجهة بالتحديد المسبق

للمحاور التي يضمنها من حيث المضمون خاصة ويترك للمفحوص حرية الإجابة في إطار هذه المحاور [126].

أما المقابلة نصف موجهة فيعرفها محمد حسن غانم بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل في الحصول على إجابة عنها من المفحوص. ومن المفهوم طبعاً أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدراً كبيراً من حرية التصرف، كما يحرص عالم النفس ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة على المفحوص [127]، ص 171.

يحتوي دليل المقابلة نصف الموجهة المستعمل في هذه الدراسة على معلومات عامة وأربعة محاور هي:

- المحور الأول: ظروف الحمل والولادة

- المحور الثاني: ظروف اكتشاف المرض.

- المحور الثالث: حياة الأسرة في ظل المرض.

- المحور الرابع: الكفالة النفسية للطفل وإدماجه في المؤسسات المتخصصة.

تم إجراء المقابلة بعد تحديد المواعيد مع أفراد العينة من طرف المختصة النفسية في بعض الأحيان والمنسقة البيداغوجية أحياناً أخرى، وذلك باستدعائهم بعد الاطلاع على ملفات الأطفال التوحديين ورؤيتهم في أقسامهم. وما تجدر الإشارة إليه أن هذا الأمر كان مكلفاً للغاية، حيث تنقلت الباحثة إلى المراكز المذكورة (أنظر الجدول رقم 07) وكانت تنتظر قدوم الأمهات إلا أنهن في كثير من الأحيان تؤجلن الموعد بعدم حضورهن مما يضطرنا إلى إعادة برمجة موعد آخر، حيث استغرق التطبيق مع ثلاثة أفراد في أحد المراكز قرابة الشهرين ناهيك عن المراكز الأخرى مما حمل الباحثة عدة أعباء في هذه الدراسة. ماعدا مصلحة الطب العقلي للأطفال " قاريدي" ففي هذه الأخيرة كان التطبيق سهلاً.

2.6.7. سلم الضغط المدرك PSS 14

نعرف مقياس الضغط المدرك بوصفه، عرض كيفية تطبيقه، تنقيطه وخصائصه السيكمترية.

• **وصف المقياس:** إثر الاهتمام الكبير بمفهوم الضغط النفسي ظهرت الرؤية التي يترجمها لازاروس Lazurus والتي تقوم انطلاقاً من المفهوم التعملي للضغط النفسي المتناول من قبل هذا الباحث على أساس أنه عبارة عن علاقة تعاملية بين الفرد والمحيط، وبصفة خاصة بين الفرد (إدراكه وتأويله المعرفي) والوضعية الضاغطة [128].

وعلى هذا الأساس يتضح أن الضغط النفسي يبرز من خلال إدراك العجز والانزعاج الذي يدور في الحوار الداخلي الذاتي للفرد عند التعامل مع إصابة يصعب التحكم فيها (كإصابة أحد الأفراد "إصابة الابن بالتوحد مثلاً"). وأشار كل من الباحثين لندساي ونورمن Norman et Lindsay (1980) بالأهمية البالغة للتقييم الذاتي الخاص بالوضعية الضاغطة أكثر من الحدث الموضوعي في حد ذاته، حيث تعمل أحداث الحياة على زيادة تأثير المشكل في حالة ما إذا أدركت من قبل الفرد أنها مهددة.

كما أشار كينتار Quintar (1994) إلى ندرة المقاييس ذات الصدق الدال للضغط المدرك، ما عدا سلم الضغط المدرك المصمم من طرف الباحثين كوهن وويليمسن Cohen et Williamson (1983) حيث كانت صياغته الأولية بالإنجليزية. وقد تم إثبات أن الضغط المدرك من قبل الأفراد المتعلق بأحداث وقعت في الماضي القريب يفسح أماناً مجالاً واسعاً للتنبؤ بالاضطرابات الصحية، الجسدية والنفسية [128]، ص 57. ومن الأسباب الهامة التي أدت إلى اختيار سلم الضغط المدرك لكوهن وويليمسن Cohen et Williamson (1983) لتطبيقه في هذه الدراسة كونه يتميز بإمكانية تطبيقه مهما كانت الوضعية حساسة كما يمكن تطبيقه بسرعة وتوفيره الجهد والوقت، وكذا لأنه يتميز بعدم تأثر بنوده بالعامل الثقافي. ومنه إمكانية تطبيقه على البيئة الجزائرية ولصدقه العالي والثقة العلمية التي يتمتع بها.

• **كيفية تطبيق مقياس الضغط المدرك:** يدلي الباحث بالتعليمة الخاصة بالمقياس للفرد الذي سيطبق عليه المقياس كما يلي: "سنطرح عليك الآن أسئلة مختلفة، تتعلق بإحساسك وأفكارك خلال الشهر الفارط، في كل مرة ستطلب منك الإشارة إلى ما شعرت به في الشهر الأخير". ورغم أن هناك أسئلة متقاربة إلا أنه توجد اختلافات فيما بينها لذا يجب اعتبار كل بند مستقل عن الآخر، واحرص على التمعن في فهم معنى كل سؤال دون خلط، وأفضل أسلوب للإجابة بسرعة قدر الإمكان، والإجابة بعفوية، ولا تحاول حساب عدد المرات أين شعرت فيها بإحساس أو بأخر، ولكن أشر فقط إلى الإجابة التي تبدو لك أقرب إلى الواقع من بين الاختيارات الخمس المقترحة والمناسبة لك. حيث تكمن

الاختيارات فيما يلي: إطلاقا/ نادرا/ أحيانا/ غالبا/ دوما. وتتم الإجابة على كل البنود بالالتزام بتطبيق الصيغة التالية المرافقة لكل بند: "في خلال الشهر الماضي كم مرة". ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لإجابتك.

وقصد التأكد من عدم تواجد حدث آخر غير توحد الابن نطرح سؤال تمهيدي نصه "ما الحدث الذي أثار انتباهك خلال الشهر الماضي، ولغاية الوقت الحالي؟

- **كيفية تنقيط مقياس الضغط المدرك:** يحتوي مقياس الضغط المدرك "PSS 14" المختار في الدراسة على (14) بند من (1) إلى (14)، منها (7) بنود تتضمن إحساسات وأفكار إيجابية وهي البنود (4.5.6.7.9.10.13)، والباقية تحمل أفكار سلبية، حيث تنقط بنود المقياس حسب ترتيب الاختيارات الخمس في اتجاه واحد من (1) إلى (5)، ما عدا بنود الإحساسات، والأفكار الإيجابية فتتقط بعكس الاتجاه أي من (5) إلى (1) حسب ترتيب الإجابات الخمس [128]، ص 65، 66. وبما أن المقياس يحتوي على نوعين من البنود من حيث الصياغة وخمسة اختيارات للإجابة، فإن تنقيطه كالآتي:

جدول رقم 13: كيفية تنقيط بنود مقياس الضغط المدرك

البنود (4,5,6,7,9,10,13)	البنود (1,2,3,8,11,12,14)	
خمس نقاط	نقطة واحدة	1. إطلاقا
أربع نقاط	نقطتين	2. نادرا
ثلاث نقاط	ثلاث نقاط	3. أحيانا
نقطتين	أربع نقاط	4. غالبا
نقطة واحدة	خمس نقاط	5. دوما

بعد تنقيط كل بنود المقياس يتم جمع النقاط المتحصل عليها للحصول على الدرجة الكلية للمقياس والتي تتراوح بين (14) درجة (أدنى درجة) و(70) درجة (أعلى درجة)، وقد صنفنا هذه الدرجات إلى ثلاث مجموعات تحدد ثلاثة مستويات للضغط المدرك بالشكل التالي:

جدول رقم 14: مستويات الضغط المدرك

الدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك	مستوى الضغط المدرك
من 14 إلى 32	منخفض
من 33 إلى 51	متوسط
من 52 إلى 70	مرتفع

تشير الدرجات من (14) إلى (32) إلى الأفراد الذين لديهم مستوى منخفض من الضغط المدرك، أي أن للوضعية الضاغطة تهددهم بقدر ضئيل، ومن الممكن التحكم فيها. وتشير الدرجات من (33) إلى (51) إلى الأفراد الذين لديهم مستوى متوسط من الضغط المدرك، أي أن إدراكهم للوضعية الضاغطة يشير إلى أنها مهددة نوعاً ما، ومن الممكن التحكم فيها نسبياً. أما الدرجات من (52) إلى (70) فتشير إلى الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من الضغط المدرك، أي أن إدراكهم للوضعية الضاغطة يشير إلى أنها مهددة ومهددة ومن الصعب التحكم فيها.

• **صدق وثبات مقياس الضغط المدرك في الدراسات السابقة:** تبعا لدراسة كوهن وويلمسن Cohen

Williamson et (1983) فإن مقياس الضغط المدرك يتميز بإمكانية تطبيقه في مختلف الوضعيات الضاغطة. كما أن بنوده غير خاضعة لتأثير العامل الثقافي، حيث يسهل فهمها مهما كان الوسط والسن (ابتداء من 14 إلى 15 سنة فما فوق)، ويتمتع المقياس كذلك بخصائص سيكومترية جد مرضية، وله حساسية تمييزية جيدة، ويحضر بصدق نظري جيد بمعامل ارتباط (0.47) مع مقاييس الرضا على الحياة. إضافة إلى ارتباطات موجبة مع مقاييس أخرى للضغط الموضوعي المدرك. أما بالنسبة لصدقه الداخلي فيعتبر جيداً، حيث تبين من خلال التحليل العاملي أن 28 % من البنود المصاغة سلبية، و 16 % مصاغة إيجابية من التغير الإجمالي، وهناك ارتباط موجب دال مع دلائل مرضية مختلفة فيما يخص الصدق الخارجي. كما تتميز بارتباطات دالة بين درجة الضغط المدرك وتقييمه الذاتي للصحة (-0.23)، اللجوء إلى مصالح علاجية (0.21)، وعدد الأمراض الطارئة في الشهر السابق (من 0.27 إلى 0.32) [128]، ص 57، 58.

هذا بالإضافة إلى تبين صدقه وثباته في بعض رسائل الماجستير والدكتوراه المطبقة في البيئة الجزائرية، وهي مذكورة في قائمة الرسائل المستعملة كمراجع في هذه الدراسة، نذكر على سبيل المثال لا الحصر الباحثة خرخاش أسماء من جامعة الجزائر في مذكرة الماجستير في علم النفس الصدمي

بعنوان وجهة التحكم ونوع إستراتيجية التعامل أمام الضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم سنة 2010.

3.6.7. مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط: (coping)

فيما يلي وصف المقياس، كيفية تطبيقه، كيفية تنقيطه وخصائصه السيكمترية:

• **وصف المقياس:** تم بناء مقياس المواجهة من طرف فولكمان ولازاروس (1984)، والذي يتألف من (67) بندا حيث تطلبت خطوات عمله حول صدق المقياس استجواب (100) فرد كل شهر ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة تلك الوضعية. بعدها قام فيتاليانو VITALIANO وآخرون (1985) باقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس وتتكون من (42) بند. ثم قام كل من PAULHAN ، NUISSIER ، BOURGEOI COUSSON ، QUINTARD (1994) بتكييف النسخة المختصرة لـ فيتاليانو وآخرون (1985)، حسب البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على (29) بند. الهدف من هذا العمل هو البحث عن مدى فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط - توتر) وتوضيح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية.

• **كيفية تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة:** يطبق مقياس بولهان وآخرون بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية:

1. وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسك بالأخص أو أزعجك له علاقة بمرض ابنك مثلا).

2. تحديد شدة الانزعاج الذي سببه الموقف (منخفض، متوسط أو مرتفع) وذلك بوضع العلامة أمام المستوى المناسب.

3. الإشارة بالعلامة (x) إلى الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف، علما بأن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند (1) إلى البند (29)، ويجب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) احتمالات وهي (نعم، إلى حد ما نعم، لا، إلى حد ما لا)، حيث يضم هذا المقياس (05) مستويات (بنود) وكل مستوى يحتوي على عدد معين من البنود كما يلي:

1- استراتيجيات حل المشكل وتضم (08) بنود هي: 01، 04، 06، 13، 16، 18، 24، 27.

2- استراتيجيات التجنب وتضم (07) بنود هي: 07، 08، 11، 17، 19، 22، 25.

3- استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي وتضم (05) بنود و هي 03، 10، 15، 21، 23.

4- استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي وتضم (05) بنود و هي 02، 05، 09، 12، 28.

5- استراتيجيات التائب الذاتي أو اتهام الذات و تضم (04) بنود هي: 14، 20، 26، 29.

وعلى العموم لا يتم وضع وقت محدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

• كيفية تنقيط المقياس:

يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 إلى 04 إذ تمنح النقاط وفق الجدول التالي:

جدول رقم 15: كيفية تنقيط مقياس استراتيجيات المواجهة

الإجابة	العلامة
لا	نقطة واحدة
إلى حد ما لا	نقطتين
إلى حد ما نعم	ثلاث نقاط
نعم	أربع نقاط

هذا التنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من (04) إلى (01) [86]، ص 298، 299. ويتم تدوين النتائج حسب الجدول التالي:

جدول رقم 16: طريقة تدوين نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة

الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل			الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال		
حل المشكل	البحث عن السند الاجتماعي	التجنب	إعادة التقييم الإيجابي	اتهام الذات	
المجموع =			المجموع =		

• **صدق وثبات المقياس في الدراسات السابقة:** تم التأكد من صدق وثبات هذا المقياس من طرف العديد من الباحثين في البيئة الأجنبية والعربية، ففي البيئة الأجنبية تم ترجمة المقياس وذلك وفق خطوات التكيف التالية:

- ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة BORDEAUX تم تطبيقه على عينة مكونة من (501) راشد من طلاب وعاملين من الجنسين وتراوحت أعمارهم ما بين (20 – 35 سنة) بإتباع نفس التعليم.

- تأخذ بنود الاختبار بعين الاعتبار، محور عام للمواجهة يضم استراتيجيات متمركزة حول المشكل و أخرى متمركزة حول الانفعال.

- وبإتباع نفس التعليم واستعمال التحليل العاملي تم التوصل إلى النتيجة التالية: بنود المقياس تعكس خمسة (05) مستويات للمواجهة مكونة للصورة النهائية لسلالم المقياس وهي.

- حل المشكل La résolution du problème

- التجنب مع التفكير الإيجابي L'évitement avec pensé positive

- البحث عن الدعم الاجتماعي La recherche d'un soutien social

- إعادة التقييم الإيجابي La réévaluation positive

- التائب الذاتي أو اتهام الذات L'auto occasion

[86]، ص 295. وكما تم التأكد من صدق وثبات هذا المقياس من طرف العديد من الباحثين الذين استعملوه في البيئة العربية، والبيئة الجزائرية نذكر على سبيل المثال الباحثة **بوعافية نبيلة** في رسالة ماجستير (2002) تحت عنوان "الضغط المهني عند المديرين وعلاقته باستراتيجيات المقاومة وبتقدير الذات" ورسالة ماجستير سنة (2008) **لمرشدي الشريف** تحت عنوان: "مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة لدى الجراحين". وأيضا الطالبة خرخاش أسماء من جامعة الجزائر في مذكرة الماجستير في علم النفس الصدمي بعنوان وجهة التحكم ونوع استراتيجية التعامل أمام الضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم سنة 2010.

4.6.7. مقياس نوعية الحياة

فيما يلي وصف المقياس، كيفية تطبيقه وكيفية تنقيطه.

- **وصف المقياس:** تم بناء مقياس نوعية الحياة من طرف المنظمة العالمية للصحة (O.M.S)، والذي يتألف من 15 محورا، حيث أن الأربعة محاور الأولى والمحور الخامس عشر كلها تتألف من ثلاثة بنود، وابتداء من المحور الخامس إلى غاية المحور التاسع يبقى فقط بنود الرضا والمكانة، أما المحور الرابع عشر (14) فيحتوي على بند الواقع المعاش فقط. ليظهر الواقع المعاش مرة أخرى في البند العاشر إلى البند الثالث عشر (13) حيث هنا نجد كل البنود، تتكرر هذه الأخيرة في جميع المحاور الأربعة، وهي: الواقع المعاش، الرضا والمكانة الاجتماعية. حيث تحتوي هذه البنود على عدة اختيارات كما يلي:

- **الواقع المعاش:** يتكون من ستة اختيارات وهي كالتالي: هذا الذي تعيشه: بعيد جدا عما تحبه، بعيد عما تحبه، بعيد نوعا عما تحبه، قريب نوعا ما مما تحبه، قريب مما تحبه، قريب جدا مما تحبه.

- **الرضا:** يتكون من أربعة اختيارات وهي: راض تماما، راض، غير راض، غير راض تماما.

- **المكانة:** تتكون من أربعة اختيارات تتمثل في: مكانة جد هامة، مكانة هامة، مكانة هامة بعض الشيء، بدون أهمية.

- **كيفية تطبيق مقياس نوعية الحياة:** يمكن تطبيق مقياس نوعية الحياة بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية:

اختر الإجابة الصحيحة بوضع العلامة (x) في الخانة المناسبة حيث يتم:

- اختيار إجابة واحدة من الاحتمالات الستة المقدمة في بند الواقع المعاش.

- اختيار إجابة واحدة من الاحتمالات الأربعة المقدمة في بند الرضا.

- اختيار إجابة واحدة من الاحتمالات الأربعة المقدمة في بند المكانة.

• كيفية تنقيط مقياس نوعية الحياة:

يتم التنقيط في مقياس نوعية الحياة حسب البنود الثلاثة (الواقع المعاش، الرضا، المكانة) كما يلي:

- **الواقع المعاش:** يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 إلى 06 في كل المحاور التي تتضمن بند الواقع المعاش.

- **الرضا:** يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 إلى 04 في كل المحاور التي تتضمن بند الرضا.

- **المكانة:** يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 إلى 04 في كل المحاور التي تتضمن بند المكانة.

7.7. أدوات تحليل البيانات

طبيعة فروض الدراسة هي التي تحدد الأساليب المناسبة لاختبار صحتها، وقد تمت الاستعانة في هذه الدراسة لتحليل بياناتها بالأساليب الإحصائية التالية:

- **المتوسط الحسابي:** لحساب درجة متوسط درجات أفراد العينة في مختلف مقاييس الدراسة.

- **الانحراف المعياري:** لحساب درجة تشتت درجات أفراد العينة في مقاييس الدراسة.

- **معامل الارتباط بيرسون:** لدراسة العلاقة بين المتغيرات (بين كل نوع إستراتيجية التعامل، الضغط المدرك ونوعية الحياة عند أمهات التوحيدين) وذلك بغرض توضيح اتجاه العلاقة وقوتها ودلالاتها بين المتغيرات، بالإضافة إلى استخدامه للتأكد من صدق المقاييس.

ملاحظة: تمت المعالجة الإحصائية عن طريق الحاسوب بتطبيق برنامج الإحصاء الخاص بالعلوم الاجتماعية SPSS.

8.7. صعوبات الدراسة

ككل دراسة لم تخل دراستنا من الصعوبات التي حددناها فيما يلي:

- الشيء الأصعب في هذا البحث هو عدم توفر العينة: حيث نعلم أن التوحيدين ليس لديهم مراكز خاصة بهم وأن عددهم قليل في المراكز المتخصصة في التكفل بالأطفال المعاقين. فما بالك بوجود أمهاتهم في تلك المراكز (عدد قليل جدا).

- عدم انضباط أفراد العينة بالمواعيد المحددة لانشغالهن الدائم مع الأطباء والمختصين في التكفل بأبنائهن.

- عدم تسهيل الهيئات المعنية إجراءات الدراسة، فكثيرا ما رفض استقبالنا أو الترخيص لنا بالتطبيق مع أفراد العينة. ذلك أن رفض الباحث أو قبوله في الميدان لا يستند إلى معايير أو شروط، وإنما حسب رأي تلك الهيئات.
- صعوبة التنقل للمراكز وصعوبة ضبط المواعيد والتحكم في الوقت خاصة وأن هذه المراكز تتوزع في ثلاث ولايات، وهذا ما أتيح للباحثة، كما أشرنا إليه في عنصر مجتمع الدراسة.
- صعوبة التطبيق فليس سهلا على أي شخص أن يملأ استمارة معلومات وثلاثة استبيانات بدون أن يبدي نوعا من الملل أو الضيق. بالإضافة إلى التابو الذي مازال يحجب الأضواء عن التكفل بمثل هذه الحالات. فبعض الأمهات تتكلم وكأنها فعلت شيئا مخالفا للمجتمع وأخرى لا تريد أبدا رؤية أي شخص يقابلها أو يكلمها حول مصاب ابنها لأنهن يعتبرن الأمر شيئا خاصا على الآخرين عدم التدخل فيه.
- نقص المراجع بالنسبة لمتغير نوعية الحياة خاصة العربية منها.

خلاصة

تعرضنا في هذا الفصل إلى كيفية إجراء الدراسة الاستطلاعية وأهدافها والمنهج المتبع في الدراسة، ثم تطرقنا إلى مجتمع وعينة الدراسة وطريقة اختيارها، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات من حيث وصفها وخصائصها السيكمترية، وتم بعدها توضيح إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية، وأخيرا تم توضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.

الفصل 8

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وذلك لمعرفة وجود علاقة بين نوعية واستراتيجيات المواجهة والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين. ففي البداية تطرقت الباحثة إلى عرض وصفي تحليلي للنتائج الخاصة بمتغير الدراسة، وكذا النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة متنوعة بمناقشة النتائج على ضوء الأدبيات السابقة حول الموضوع. وفي الأخير الاستنتاج العام والخاتمة، ولهذا يعتبر هذا الجزء، الجزء الحيوي في الدراسة لأنه يقدم المعطيات الإحصائية ويحللها.

1.8. العرض الوصفي لنتائج الدراسة

جدول رقم 17: العرض الإحصائي الوصفي للمتغيرات المستعملة في الدراسة

الرقم	المتغيرات الأساسية	المحاور	الأبعاد	المتوسط	الانحراف المعياري	العينة
1	الضغط المدرك			41.02	07.48	34
2	نوعية الحياة			100.32	14.50	
	الواقع المعاش			21.08	07.90	
				38.35	07.06	
				40.88	07.41	
3	استراتيجيات المواجهة			87.73	09.59	
	استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل			40.88	06.21	
		استراتيجية حل المشكل		25.61	04.65	
		استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي		15.26	03.08	
	استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال			46.26	07.21	
		استراتيجية إعادة التقييم الايجابي		16.91	02.68	
		استراتيجية اتهام الذات		09.41	02.87	
		استراتيجية التجنب		20.23	04.71	

يتضح من الجدول السابق الذي يمثل متغيرات الدراسة، أن قيمة المتوسط الحسابي للضغط المدرك بلغت 41.02 مع انحراف معياري قدره 07.48. بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي لنوعية الحياة بـ 100.32 وبانحراف معياري بلغ 14.50. أما عن قيمة المتوسط الحسابي للواقع المعاش فقد بلغت 21.08 مع انحراف معياري مقدر بـ 07.90. أما الرضا فقد سجل متوسطا حسابيا يساوي 38.35 ليكون انحرافه المعياري مساويا لـ 07.06. وتفوقه المكانة في قيمتي المتوسط الحسابي الذي بلغ 40.88 والانحراف المعياري ذو القيمة 07.41.

هذا وسجلت استراتيجيات المواجهة متوسطا حسابيا قدره 87.73 وانحرافا معياريا بقيمة 09.59. وتبقى استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل أقل قيمة من الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال في كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري حيث قدر المتوسط الحسابي للاستراتيجيات المركزة حول المشكل بـ 40.88 بينما بلغ الانحراف المعياري قيمة 06.21، أما المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال كان مساويا لـ 46.26 بينما قدر انحرافها المعياري بـ 07.21.

وفيما يخص استراتيجية حل المشكل فقد قدر متوسطها الحسابي بـ 25.61 وبلغ انحرافها المعياري 04.65، بينما قدر المتوسط الحسابي لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي بـ 15.26 والانحراف المعياري كان مساويا لـ 03.08.

وتحتل استراتيجية التجنب المرتبة الأولى في قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الذين بلغا على التوالي 20.23 و 04.71 على غرار الاستراتيجيتين المتبقيتين من الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، حيث تلتها استراتيجية إعادة التقييم الايجابي بمتوسط حسابي يبلغ 16.91 وانحراف معياري يساوي 02.68. وتأتي استراتيجية اتهام الذات في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي يقدر بـ 09.41، إلا أنها تفوقت على استراتيجية إعادة التقييم الايجابي في قيمة الانحراف المعياري الذي بلغ قيمة 02.87.

2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

بما في ذلك الفرضيات العامة والجزئية:

2.1.8. عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى

تنص الفرضية العامة الأولى على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيدين. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام الأسلوب الإحصائي معامل الارتباط "بيرسون".

جدول رقم 18: العلاقة بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.621**	دال عند 0.01
نوعية الحياة	100.32	14.50			

يشير الجدول رقم (19) إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص الضغط المدرك قد بلغت 41.02 بانحراف معياري قدره 07.48. كما يشير ذات الجدول إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لنوعية الحياة قد قدرت بـ 100.32 بانحراف معياري بلغ 14.50. فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك ونوعية الحياة -0.621 وهي قيمة سالبة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، تدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما زادت درجة الضغط عند أمهات التوحيدين قلت درجة نوعية الحياة لديهن والعكس صحيح.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية العامة الأولى القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك أن نوعية الحياة تؤثر في الضغط المدرك بحيث إذا كان الواقع الذي تعيشه الأمهات جيداً، وكن راضيات على حياتهن ويدركن أن حياتهن ذات أهمية (أبعاد نوعية الحياة) تخفض

من درجة الضغوط التي تعاني منها هذه الفئة جراء التكفل بأطفالهن، وما يتطلبه هذا التكفل من تجنيد للموارد الذاتية والاجتماعية. وعليه فإن الأمهات اللواتي يعشن ظروف حياة قاسية تكون هذه الأخيرة ذات عبء مضاف لما تواجهه في عملية التكفل بأطفالهن.

وقد جاء على لسان سليمان عبد الواحد يوسف (2010) أن شعور الأم بالسعادة والرضا عن دورها، يساعدها على تحمل أعبائه ومسؤوليته وتلبية حاجاته، ويجعلها أقل تعرضا للحزن والكآبة، وذلك يترك أثرا إيجابيا على كل من الأم والطفل التوحيدي.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي هدفت إلى معرفة الضغوط النفسية لمرافقي مرضى الفصام وعلاقتها بنوعية الحياة، وتوصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي (2009) التي أثبتت وجود علاقة ارتباطية عكسية (سالبة) بين نوعية الحياة والضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بتبوك. بالإضافة إلى تطابق هذه النتيجة مع دراسة الجيش (2005) التي أكدت وجود علاقة بين مستوى نوعية الحياة ومستوى الضغوط النفسية. كما أشارت دراسة موسى (2008) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين نوعية الحياة والضغوط النفسية [26]، ص 158.

كما تتفق النتيجة المتوصل إليها مع دراسة لكوسنجل وبريشوا شوايتزر حول 30 مصابة بسرطان الثدي الأولي يتراوح أعمارهن بين 30 و70 سنة. أين يتم دراسة أثر عدة عوامل (بيوطبية، نفسية واجتماعية) على نوعية الحياة النتائج أظهرت أن المريضات يستعملن لمواجهة التشخيص أربع استراتيجيات هي: الضغط المدرك، السند الاجتماعي، اتهام الذات، والتعامل المركز على حل المشكل بشكل فعال [129].

وعليه فالدراسات السابقة كلها تؤكد على الارتباط العكسي بين نوعية الحياة والضغط المدرك، وتتفق مع ما توصلت إليه الباحثة في هذه الدراسة.

2.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

- **الفرضية الجزئية الأولى:** تنص الفرضية الجزئية الأولى على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحيدين. ولاختبار صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (19) يوضح ذلك.

جدول رقم 19: العلاقة بين الضغط المدرك والواقع المعاش لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.527**	دال عند 0.01
الواقع المعاش	21.08	07.90			

يشير الجدول السابق إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص الضغط المدرك قد بلغت 41.02 بانحراف معياري قدره 07.48. كما يشير ذات الجدول إلى أن قيمة المتوسط الحسابي للواقع المعاش قد قدرت بـ 21.08 بانحراف معياري بلغ 07.90. فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك والواقع المعاش -0.527 وهي قيمة سالبة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 تدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين. بمعنى أنه كلما زادت درجة الضغط عند أمهات التوحيدين قلت درجة الواقع المعاش لديهن والعكس صحيح.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية الأولى القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والواقع المعاش عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك أن الواقع الذي تعيشه الأمهات قد يساهم في تخفيف درجة الضغط لدى الأمهات خصوصاً إذا كان من النوع الجيد فهو يسهل للأُم عملية التكفل النفسي بالطفل ويخفف عنها أعباء المتابعة الطبية والنفسية لابنها. وقد جاء على لسان بعض الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض (حسب دليل المقابلة) أن التبعات المالية والجسدية المرتبة عن التوحد ثمنها باهظ جداً، ففي بعض الأحيان تقول إحدى الأمهات – خصوصاً عندما يطلب منها إجراء فحص طبي أو الأشعة – أنها تبقى مكتوفة اليدين لا تدري ما تفعل غير الحسرة والبكاء وهي ترى ابنها يعاني، وتواصل قولها "لو كان في مقدوري أن أخرج من هذا العالم كله لفعلت". لكن الواقع المعاش غير ذلك وهو ما يزيد من قلقها وتوترها وارتفاع الضغوط المفروضة عليها.

وفي هذا الشأن لم تجد الباحثة دراسات تناولت الضغط المدرك والواقع المعاش لنوعية الحياة، حيث أن مصطلح نوعية الحياة حديث نسبياً والدراسات حوله مازالت في بدايتها (في حدود اطلاع الباحثة طبعا).

- **الفرضية الجزئية الثانية:** تنص هذه الفرضية الجزئية على وجود علاقة ارتباطية بين **الضغط المدرك** و**الرضا** لدى أمهات التوحيدين. ولاختبار هذه الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (20) يوضح ذلك.

جدول رقم 20: العلاقة بين الضغط المدرك والرضا لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	*-0.614	دال عند 0.01
الرضا	38.35	07.06			

يشير الجدول أعلاه إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لدى أمهات التوحيدين فيما يخص الضغط المدرك قد بلغت 41.02. كما نلاحظ أن الانحراف المعياري قدر بـ 07.48. كما يشير ذات الجدول إلى أن قيمة المتوسط الحسابي للرضا قد قدرت بـ 38.35 مع انحراف معياري بلغ 07.06. فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك والرضا -0.614 وهي قيمة سالبة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وهي تدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما زادت درجة الرضا عن الحياة عند أمهات التوحيدين قلت درجة الضغط المدرك لديهن والعكس صحيح.

إذن يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والرضا عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك حسب ما جاء على لسان الأمهات أن الشيء الوحيد الذي يخفف من وطأة الموقف عليهن هو رضاهن عن الوضع والتسليم أن ما حدث كان من عند الله وما عليهن سوى حمده والشكر والصبر على قضائه. وتقول إحدى الأمهات (حسب دليل المقابلة) أن ابنتها أمانة من عند الله ويجب عليها الرضا بما قسمه الله لها والحفاظ عليها، وأنه بعدما أصابها الهلع والحزن عند اكتشاف توحديتها ابنتها، يجب عليها الآن الحفاظ على هذه الأمانة. وتقول أخرى تيقنت أن البكاء والحزن لا يفعلان شيئاً سوى زيادة الأمر سوءاً، لذلك رضيت بما قسم الله لي ودخلت الآن مرحلة جديدة وهي التكفل بابنتي ورعايتها.

وفي هذا الصدد وتحديدًا حول علاقة الضغط المدرك بالرضا لم تتوفر دراسات بالقدر الكافي، ذلك أن الدراسات التي تناولت العلاقة بين الضغط المدرك والرضا قليلة جدًا إلى نقل نادرة. ويبقى هذا الكلام محصورًا في حدود اطلاع الباحثة طبعًا. ففي دراسة قام بها ليفنه وآخرون (LIVNEH et al (2004) للبحث في أربع مجالات هي: الوضعية النفسية – الاجتماعية، إستراتيجية التعامل المعتمدة من طرف أفراد العينة للتعامل مع الضغط وعلاقته بالتوافق العلاجي وإدراك نوعية الحياة والرضا العام عن الحياة، لوحظ انخفاض الضغط العام لدى المتكيفين والذي له ارتباط كبير مع إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل وإدراك أكثر لتحكم الأشخاص لمصير حالتهم الصحية، وإدراك عالي لنوعية الحياة والرضا الحياتي [29].

وعليه تؤكد الدراسة السابقة على وجود الارتباط العكسي بين الضغط المدرك والرضا عن الحياة، وتتفق مع ما توصلت إليه الباحثة من نتائج.

- **الفرضية الجزئية الثالثة:** تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطية بين **الضغط المدرك والمكانة** لدى أمهات التوحيدين. واختبار صحة هذه الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (21) يوضح ذلك.

جدول رقم 21: العلاقة بين الضغط المدرك والمكانة لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.069	غير دال
المكانة	40.88	07.41			

انطلاقًا من الجدول السابق نلاحظ أن المتوسط الحسابي لعينة البحث بلغ 41.02 فيما يخص الضغط المدرك، فيما بلغ الانحراف المعياري لذات المتغير 07.48. أما قيمة المتوسط الحسابي للمكانة فقد قدرت بـ 40.88 بانحراف معياري بلغ 07.41. فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك والمكانة -0.069 وهي قيمة سالبة غير دالة إحصائياً تدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

وبالتالي يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثالثة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك والمكانة عند أمهات التوحيدين لم تتحقق.

ويمكن تفسير ذلك أنه لا شيء أصبح يروق للأمهات بعد مصاب أبنائهن أو لديه أهمية بالنسبة لهن، فسواء كان شيئاً مفرحاً أو محزناً كما قالت إحداهن (في دليل المقابلة) فلا فرق عندها والأمر بالنسبة لها لا يتعدى القيام بما عليها دون أن يكون مهماً أو لا. وتزيد أخرى على ذلك فتقول إن الحياة ككل ليست مهمة فما بالك إذا كان لديك ابنا مصابا ويعاني وتعاني كل الأسرة معه، فهل تبقى أهمية في حياتك. خصوصا ما نعيشه نحن مع التكاليف الباهظة والتنقل المستمر والغموض الذي يلف مصاب الابن. فلا شيء مهم في حياتها طالما أن ابنها مصاب بتوحدية قلبت حياة الأسرة رأسا على عقب، وشلت حركتها. الشيء الوحيد الذي بقي لها هو أن تخرج ابنها مما يعانيه بأي طريقة كانت، تقول واحدة من الأمهات.

دليل المقابلة إذن كشف لنا عن ثقل ما تعانيه الأمهات حيث عبرن عنها وبصريح العبارة أن لا أهمية لحياتهن في ظل التوحد ولا طعم لها. فليس لديهن ما هو مهم في حياتهن سوى العمل على التكفل بأبنائهن. يمكننا القول إذن أن أهمية الحياة لا تزيد ولا تنقص من درجة الضغط عند أمهات التوحيدين فلا علاقة بين هذين المتغيرين في الدراسة الحالية. وفي هذا الصدد لم يتسن للباحثة الحصول على دراسات تنفي أو تثبت هذه النتيجة.

3.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية

تنص الفرضية العامة الثانية على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات الأطفال التوحيدين. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام الأسلوب الإحصائي معامل الارتباط "بيرسون"، والنتائج مدونة في الجدول رقم (22).

جدول رقم 22: العلاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.598**	دال عند 0.01
استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة	40.88	06.21			

يشير الجدول أعلاه إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة قد بلغت 41.02 وأن قيمة الانحراف المعياري قد بلغت 07.48 فيما يخص الضغط المدرك. أما قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة فقد قدرت بـ 40.88 بانحراف معياري بلغ 06.21. كما يشير ذات الجدول إلى معامل الارتباط بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة حيث بلغت قيمته -0.598 وهي قيمة سالبة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وتدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما زادت درجة الضغط قل استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة من طرف أمهات التوحيدين والعكس صحيح.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية العامة الثانية القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك بأنه عندما يتم تقييم التوحد على أنه حدث ضاغط فإن الأمهات يستجبن لذلك الضغط بضرورة المواجهة التي تمثل استراتيجيات المواجهة (المركزة حول المشكلة حسب هذه الفرضية)، وهي تتكون من استراتيجيتين هما استراتيجية البحث عن المشكلة واستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. فترى الأم حديثة الاكتشاف لتوحيدية ابنها (دليل المقابلة) كثيرا ما تبحث في أدبيات التوحد طارحة العديد من الأسئلة حول إصابة ابنها بغرض التعرف على حقيقة مصاب ابنها. وبالتالي محاولة حل المشكلة الذي يعاني منه ابنها، وتلحق بها تبعاته. فلا شيء يشفي غليلها سوى معرفة حقيقة الإصابة وأسبابها وهل لها دخل في الموضوع وكيف تواجه تبعات ذلك، وما مصير ابنها... حيث تظل سائحة في التراث الأدبي للموضوع عليها تجد إجابات لتساؤلاتها بغرض مواجهة الموقف والتخفيف من حدته. أو تراها تحكي معاشها لهذا وذاك بغرض التخفيف عن نفسها وإيجاد أذن صاغية تسمع شكواها

وتكون سندا لها على ما تعانيه. كما تجد أخرى والتي قطعت شوطا كبيرا في هذا الأمر تشارك الأخريات تجربتها وتشير عليهن بما فعلته هي وتراه مناسبا لهن. الأمر الذي يبين لنا أهمية استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل بشقيها (البحث عن حل المشكل والبحث عن السند الاجتماعي) في التعامل مع الضغط لدى أمهات التوحديين.

وقد أشار **الريحاني وآخرون (2010)** إلى هذه الاستراتيجيات حيث أن الآباء يصلون إلى تقبل الحقيقة الواضحة أمامهم والعمل على اتخاذ ترتيبات جديدة لمزاولة الحياة الشخصية وانهماك الوالدين بالبحث عن كل الطرق العلمية وغير العلمية لمساعدة طفلهما. ويعتبر **محمد السيد حلاوة (1998)** هذه الاستجابة دخولا في مرحلة حل الأزمة حيث أن هذه الفترة تظهر لدى الآباء والأمهات القدرة على طلب المساعدة والاندماج بفعالية في برنامج المساعدات [21].

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة **أسماء خرخاش (2010)** التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل، ذلك أنه كلما انخفض الضغط لدى آباء الأطفال الصم زاد عندهم استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل [130].

وقامت **ليتل Little 2003** بفحص الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال المعاقين ومقارنتها بالضغوط لدى الآباء فكانت النتائج أن أمهات الأطفال المعاقين تعاني من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية، وتستخدمن أساليب سلبية وإيجابية لمواجهة الضغوط ومن أهمها: طلب الدعم والمساعدة ولوم الذات كما تبين أن الأمهات تعاني من ضغوط نفسية أشد من آباء الأطفال المعاقين وتلجأ لطلب الدعم والعون والمساندة لمواجهة الضغوط النفسية أكثر من الآباء. كما توصل **دونوفان وأجنس (1998) DONOVAN et AGENES** إلى أن هناك فروق دالة بين أمهات المتخلفين عقليا بدرجة خفيفة، وأمهات المتخلفين عقليا بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط لصالح أمهات الأطفال المعاقين بدرجة بسيطة، والأمهات اللاتي لديهن أبناء توحديين كن يدركن ضغوط أسرية أكبر، كما أن حدة الإعاقة التي تحد من المهارات الاتصالية والعلاقات تسهم بقدر كبير من الضغوط في حياة الأسرة.

كما تعتمد الأمهات على المساعدة المهنية لمواجهة هذه الضغوط [18]، ص 75.

وتوصل **وليام و أولي (1997) WILLIAM et OLLEY** إلى أن أمهات الأطفال المعاقين تعاني من ضغوط نفسية شديدة أهم مصادرها رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية ... وأن 44% من الأمهات تستخدمن أساليب الهروب وتحاشي المشكلة أو إنكار الإعاقة و 41% تقبل بالإعاقة

وظروف الطفل، ونسبة 23.5% تلجأ إلى التذمر و لشكوى والبكاء ولوم الذات، و12.5% تتحدي الضغوط وتواجه الموقف [13]، ص 225.

وعليه الدراسات السابقة كلها تؤكد الارتباط العكسي بين استراتيجيات التعامل المتمركزة على حل المشكل ودرجة الضغط المدرك. وهي النتيجة التي توصلت إليها الباحثة.

4.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

- الفرضية الجزئية الرابعة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن حل المشكل لدى أمهات التوحيدين. وللتأكد من صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson). والنتائج مدونة في الجدول التالي.

جدول رقم 23: العلاقة بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن حل المشكل

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.535**	دال عند 0.01
إستراتيجية البحث عن حل المشكل	25.61	04.65			

يتضح من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي للضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين بلغت 41.02 بانحراف معياري قدره 07.48. بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي فيما يخص متغير استراتيجية البحث عن حل المشكل بـ 25.61 مع انحراف معياري يساوي 04.65. أما عن قيمة معامل الارتباط بين الضغط المدرك واستراتيجية حل المشكل فقد بلغت -0.535 وهي قيمة سالبة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 تدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغط المدرك واستراتيجية حل المشكل، بمعنى أنه كلما زادت درجة الضغط انخفض معدل استعمال استراتيجية البحث عن حل المشكل من طرف أمهات التوحيدين والعكس صحيح.

وبالتالي يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الرابعة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن حل المشكل لدى أمهات التوحيدين قد تحققت.

ذلك أن الإدراك بأن الطفل توحدي هو من أسباب الضغط النفسي خاصة بالنسبة للأم قليلة الاتصال مع التوحد (خصوصاً وأنه غامض وغير معروف) بالإضافة إلى صدمة التشخيص. فعلى الأم فهم نسبة كبيرة من المعارف والمعلومات لضمان إعطاء فرصة مناسبة لأخذ القرارات المصيرية حول مستقبل ابنها [130]. كما أن الطفل يحتاج رعاية وتكفلاً دائماً مع كثرة تبعات التوحد، وهذا ما يتطلب من الأم القيام به لمساعدة ابنها حتى يتسنى لها التخفيف من هول الصدمة التي تحدثت عن الأمهات، والتخفيف من الخبر الذي اعتبره قاسياً ينزل كالصاعقة حاملاً معه صدمة عارمة تجعل الموقف أكبر من أن تستطيع إحداهن التعبير عنه. إلا أن معظم الأمهات صرحن بأنه وبعد ما حدث لهن من صدمة وبكاء ورفض وحيرة وحزن... بدأت في المداومة على العلاج ومواصلته، وذلك بفهم حقيقة الاضطراب وأسبابه والتزود بالمعلومات الضرورية التي تساعدن على معرفة التوحد. كما واجهن الموقف بمتابعة التكفل الأروطوني والنفسي، والذهاب إلى المختصين وإتباع تعليماتهم، والتأقلم مع الوضع بحثاً عن حل لما حدث لهن. فجل أفراد العينة صرحن بأنهن كن يفعلن كل ما يطلبه المختصون منهن من فحوصات وإرشادات حول طريقة التعامل مع الطفل أو الحدث. وذكرت أغلب الأمهات أن القيام بما يطلب منهن والسعي لإيجاد طريقة للتعامل مع الوضع الجديد هو ما خفف عنهن الآلام الأولى المصاحبة لمعرفة حقيقة الطفل بعد دخولهن مرحلة البحث عن علاج للاضطراب. وهكذا بين لنا دليل المقابلة مع الأمهات أهمية استراتيجية البحث عن المشكل في التخفيف من درجة الضغط لدى أمهات التوحيدين.

وهذا ما أجمعت الكثير من الدراسات على أن إستراتيجية حل المشكل هي فعالة في التعامل مع كثير من الضغوط وتخفيف الكثير من العوارض. ففي دراسة قام ليفنه وآخرون LIVNEH et al (2004)، وذلك للبحث في أربع مجالات هي: الوضعية النفسية – الاجتماعية، إستراتيجية التعامل مع المعتمدة من طرف أفراد العينة لتعامل مع الضغط وعلاقته بالتوافق العلاجي وإدراك نوعية الحياة والرضا العام عن الحياة، ولوحظ انخفاض للضغط العام لدى المتكيفين والذي له ارتباط كبير مع إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل وإدراك أكثر لتحكم الأشخاص لمصير حالتهم الصحية، وإدراك عالي لنوعية الحياة والرضا الحياتي [29].

وفي دراسة لكوسنجل وبريشوا شوايتزر حول 30 مصابة بسرطان الثدي الأولي يتراوح أعمارهن بين 30 و 70 سنة. أين يتم دراسة أثر عدة عوامل (بيوطبية، نفسية واجتماعية) على نوعية الحياة النتائج أظهرت أن المريضات يستعملن لمواجهة التشخيص أربع استراتيجيات هي:

الضغط المدرك، السند الاجتماعي، اتهام الذات، والتعامل المركز على حل المشكل بشكل فعال [129].

كما قام فولكمان Folkman (1997) بدراسة على أشخاص مسؤولين عن العناية بأزواجهم أو شركائهم الذين يعانون مشاكل صحية أين خلص إلى أن هناك أربع سيروورات ترتبط بحالتهم النفسية وهي: إعادة التقييم الايجابي، حل المشكل، الاعتقاد الديني واستدخال العوامل الايجابية [131]، ص 100، 101.

وعليه فإن الدراسات السابقة كلها تؤكد على الارتباط العكسي بين استراتيجية البحث عن حل المشكل ودرجة الضغط المدرك. ما توصلت إليه الفرضية الجزئية الأولى التابعة للفرضية العامة الثانية.

- الفرضية الجزئية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على وجود علاقة بين الضغط المدرك واستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي لدى أمهات التوحيدين. وللتأكد من صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، حيث النتائج مدونة أدناه.

جدول رقم 24: العلاقة بين الضغط واستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	*-0.397	0.05
إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	15.26	03.08			

الجدول رقم (24) يشير إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة في الضغط المدرك قد بلغت 41.02 كما بلغ الانحراف المعياري 07.48. كما يدل الجدول على أن قيمة المتوسط الحسابي لإستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي قدرت بـ 15.26 بانحراف معياري يساوي 03.08. أما عن معامل الارتباط بين الضغط المدرك وإستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي فقد كان مساوياً لـ -0.397 وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 بقيمة سالبة مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما قل الدعم الاجتماعي لأمهات التوحيدين زادت درجات الضغط المدرك لديهن والعكس صحيح.

وبالتالي نقول أن الفرضية الجزئية الخامسة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك الأمهات اللواتي سئلتن عن المساعدات سواء من طرف الزوج أو الجيران أو الأصدقاء وكانت إجاباتهن بنعم كن أكثر تحملاً للوضع من غيرهن. كما أنهن صرحن أنه لولا وجود من يواسيهن ويخفف عنهن الأمر لكان الانهيار مصيرهن كما عبرت عن ذلك إحدى الأمهات، مضيفة أن أسرتها كانت تفرضها المال كلما احتاجت لذلك مشيدة بالسند المعنوي الذي تلقتة من طرف زوجها وأمها. كما قالت أخرى بأنه لولا مساعدة أهلها لها (خصوصاً والدها الذي ما فتئت تذكر صنائعه) لما استطاعت تحمل الأمر لأن الموقف كان أكثر مما نتوقع بكثير على حد تعبيرها. وجل أفراد العينة يذكرون أنهم بحثن عن مساندة من يشد من أزهرن سواء كان السند مادياً أو معنوياً، وكان وقع الحدث أخف بعد مشاركته مع المحيط الأسري أو جماعة الأصدقاء أو الجيران.

وبذلك ندرك أهمية الدور الذي تلعبه إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي في التخفيف من آثار الصدمة الناتجة عن إصابة الابن بالتوحد، والعمل على تخفيف الضغط الناتج عن تلك الإصابة. "فقد أدركت الأمهات احتياجاتهن وتفهمن حالة أبناءهن وبذلك بدأن بالسعي إلى تعلم المزيد عن طرق المساعدة والتفاعل أكثر مع المساندة" [16]، ص 312.

أثبتت العديد من الدراسات التي تناولت أثر المساندة الاجتماعية على التخفيف من الضغط أن لها دوراً هاماً في إمكانية تخطي الفرد للضغوط التي يتعرض لها. فعلى سبيل المثال تناولت دراسة حول المساندة الاجتماعية لدى مجموعة من المسنين المقيمين في دور الإيواء، ومجموعة من المسنين المقيمين في أسر طبيعية، ومدى إدراكهم للمساندة الاجتماعية فوجد أن إدراك المسنين للمساندة الاجتماعية أفضل في حالة الإقامة بين الأسر الطبيعية، إضافة إلى التمتع بالسواء النفسي والصحة الجسدية أكثر من المسنين المقيمين في دور الإيواء مما ينعكس كل ذلك على الحالة النفسية، كما أن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء [15].

بالإضافة إلى دراسة **رياض يعقوب، خولة يحي (1995)** التي تناولت الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعوقين في عمان، حيث هدفت إلى المساعدة في فهم أسر الأطفال المعاقين في عمان، وتكونت عينة الدراسة من 66 أباً وأماً لأطفال متخلفين عقلياً واستخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية، ومقياس الدعم الاجتماعي، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وأظهرت نتائج الدراسة أن والدي الطفل يعانون من ضغوط نفسية شديدة منها: الأسى، الحزن، الألم،

الذنب والاكْتئاب، وأنه كلما ارتفعت درجة الضغط احتاج الوالدان إلى مساندة اجتماعية. وإلى وجود علاقة سلبية بين درجة الضغوط ودرجة الدعم الاجتماعي.

ويؤكد شارون وكازان **Kassin&Sharon** أن طلاب الجامعة الذين يلقون القبول الاجتماعي لسلوكهم، والمساندة الاجتماعية والعاطفية من أسرهم هم الأفراد الذين يستطيعون مواجهة أحداث الحياة الضاغطة في تعاملهم مع البيئة المحيطة، ولديهم القدرة على التوافق السريع مع متطلبات البيئة الجامعية. كما اختبرت عدد من البحوث دور المساندة الاجتماعية كمهدئ للأشخاص الذين يعانون ضغطاً معيشياً [130]. وقد تناول انتونوفسكي (1977) وكابلان (1974) إلى أي مدى يمكن للمساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة النفسية أن تعطي دعماً عاطفياً ومساعدة ملموسة. وأن هناك دليلاً تجريبياً من عدة مصادر أظهر واقعياً أن ثمة علاقة عكسية بين المساندة الاجتماعية والمرض العقلي والجسمي. والمساندة الاجتماعية تتوقف على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة (مصدر التدعيم) ومدى عمق العلاقة بين الفرد ومصدر التدعيم، كما أن المساندة الاجتماعية تختلف طبقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد فهي قد تكون الأسرة وقد تكون الأصدقاء وجماعة الرفاق، وقد تكون الزوجة والأبناء [105].

وعليه فإن الدراسات السابقة كلها تؤكد على وجود الارتباط العكسي بين إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والضغط المدرك، وتتفق مع ما توصلت إليه الباحثة في هذه الدراسة.

5.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الثالثة

تنص الفرضية العامة الثالثة على وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحديين. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام الأسلوب الإحصائي معامل الارتباط "بيرسون". والجدول التالي يبين ذلك.

جدول رقم 25: العلاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	0.293	غير دال
استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	46.26	07.21			

من خلال نتائج الجدول رقم (25) يتبين لنا أن قيمة المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة في الضغط المدرك قد بلغت 41.02 كما بلغ الانحراف المعياري 07.48، وأن قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال قدرت بـ 46.26 بانحراف معياري يساوي 07.21. كما يتبين لنا أن معامل الارتباط بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال كان مساوياً لـ 0.293، إلا أنه غير دال إحصائياً مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات الأطفال التوحديين.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية العامة الثالثة التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال عند أمهات التوحديين لم تتحقق.

نستطيع القول في هذا الصدد بأنه وعلى الرغم من عدم وجود علاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، إلا أن إدراك تجربة الحزن، الانفعال والحداد لأم الطفل التوحدي هي مرحلة تمر بها كل الأمهات حتى تصل إلى مرحلة تقبل إصابة ابنها والتكيف مع متطلباتها. وظهر ذلك جلياً في دليل المقابلة، فما من أم إلا وتذكر الصدمة الكبيرة التي تعرضت لها إثر تلقيها خبر توحيدية ابنها، وتروي ما مر بها من آلام وأحزان بعد ذلك. فالإحساس بالألم والحسرة، والاستجابة بالذهول والارتباك وعدم تصديق الأمر – على حد تعبير الأمهات - بعد معرفة حقيقة أبنائهن مرحلة مررن بها في البداية قبل أن يتصرفن مع الموقف حسب ما يتطلبه من إجراءات للتكفل بالطفل.

وهذا ما أشارت إليه **ناهد حويسر** حيث أن ما تعانيه أمهات الأطفال التوحديين يكون مؤلماً إلى درجة أنهن يمررن بمرحلة إنكار الذات وعدم التصديق والحزن عند إدراكهن لحقيقة الطفل مما ينتابهن صدمة شديدة. فالأم تتألم كثيراً لحالة طفلها وقد يولد لديها شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة،

كما يسيطر عليها الشعور بالإحباط والاضطهاد فهي تترقب ابتسامة أو علامة حب ولكنها تصطدم بعدم رغبة ابنها في التواصل [18]، ص 68.

على عكس الدراسات السابقة التي بينت وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال كدراسة أسماء خرخاش (2009) حول وجهة مركز التحكم ونوع استراتيجية التعامل أمام الضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم، ودراسة موجا وأوزجور **MÜGE ve OZGÜR** (2005) التي بينت أن المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي هم أكثر تعرضاً للضغط والاكتئاب ويستجيبون بطرق التعامل على الانفعال أكثر من الأفراد غير المرضى، فإن هذه الدراسة كشفت عن عدم وجود علاقة بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

وبالرغم من الارتباط الوثيق بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال مع المصير السيء كالمرض والوفيات والتي بدورها ترتبط بمستويات الضغوط العالية [130]. وبالرغم من أن 79.41 % (27 أم من مجموع 34) من أفراد العينة ركزوا على استراتيجيات الانفعال وكانت متباينة جداً. ويوجد في التقسيم النظري لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال ثلاث استراتيجيات تتفرع منها وهي: إستراتيجية التجنب، اتهام الذات وإعادة التقييم الإيجابي. إلا أن دليل المقابلة للأهميات كشف عن ما يربو عن حوالي 18 تعبير انفعالي عنها من أهمها (صدمة عارمة، أسف وقلق، رفض وشك، ألم كبير، خبر كالصاعقة، بكاء وحزن، اكتئاب، دهشة مع خوف، انهيار...)، وكلها تعبيرات انفعالية تندرج تحت الاستراتيجيات الثلاثة الموجودة في التراث الأدبي لمصطلح استراتيجيات المواجهة. كما تدل كلها على حجم الموقف الذي عاشته الأهميات وكيفية إدراكهن للموقف وكيفية مواجهتهن له. إلا أن هذا لا ينفي محاولتهن التعامل مع الموقف والخروج منه بأخف الآثار.

بالمقابل ذكرت أسماء خرخاش (2010) أن العديد من الدراسات أثبتت عدم وجود علاقة بين استراتيجية التعامل المركزة حول الانفعال ودرجات الضغط المدرك لأن هذه العلاقة متداخلة (تتفرع منها ثلاث استراتيجيات)، فقد تكون استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي تؤمن تكيفاً جيداً أمام الضغط بينما استراتيجية اتهام الذات تزيد منه. كما أن الأمر الذي جعل حدة الضغط لا تتماشى مع التركيز على الانفعال (عدم وجود علاقة) قد يرتبط بموارد أخرى لجأت إليها الأهميات، لأنه وبالرغم من تعامل أفراد العينة مع الضغط انفعالياً في البداية إلا أنهم أدركن أن الأمر خارج عن إرادتهن ولا دخل لهن بالذي حصل. وما عليهن سوى تقبل الأمر والمضي قدماً نحو مساعدة الطفل وإتباع تعليمات المختصين من أجل تخفيف حدة التوحد الذي أصابه. وكثير منهن عبرت بذلك عن قولها أنه إرادة الله، وأخرى بقولها

قضاء وقدر، ابتلاء، امتحان الايمان والصبر... وغيرها من العبارات التي استعملتها الأمهات محاولة منهن تقليص حجم الألم والحزن والأسى الذي تعاني من جراء اكتشاف مصاب أبنائهن.

6.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

- **الفرضية الجزئية السادسة:** تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين **الضغط المدرك** وإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي لدى أمهات التوحيدين. والجدول التالي يظهر النتائج المتعلقة بهذه الفرضية.

جدول رقم 26: العلاقة بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	-0.135	غير دال
إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي	16.91	02.68			

يظهر الجدول أعلاه قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص الضغط المدرك التي بلغت 41.02 و كذا قيمة الانحراف المعياري التي قدرت بـ 07.48. كما يظهر ذات الجدول قيمة المتوسط الحسابي لإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي حيث قدرت بـ 16.91 بانحراف معياري بلغ 02.68. فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي -0.135، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، تشير إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

وبالتالي فإن الفرضية الجزئية السادسة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند أمهات التوحيدين لم تتحقق.

ويمكن تفسير عدم وجود علاقة بين الضغط المدرك وإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي بأن الأمهات عايشن توحيدة أبنائهن على أنها موقف ضاغط مؤلم ومحبط أدى إلى عدم استقرارهن (حسب دليل المقابلة) إلا أنهن لم يعملن على تغيير موقفهن إزاء التوحد. كما أنهن لم يعتمدن على إعادة تقييم الوضعية إيجابياً والتي تعني أن تكون الأم أكثر قوة، وتغيرها إلى الأحسن والخروج أكثر قوة من

الوضعية (بنود الاستراتيجية إعادة التقييم الايجابي) حيث أن معظم الأمهات صرحن عكس معنى البنود. فما من أم إلا وقد أثر فيها التوحد وتغيرت ولكن ليس للأحسن (حسب عبارة المقياس) وإنما نحو الأسوأ (هذا لا يعني أن بعض أفراد العينة تغيرن نحو الأحسن) لكن أغلبهن أصبحن عصبيات ولايحتملن أدنى الاستثارات، يحببن العزلة والانفراد، كما أنهن لا يلقين بالاً لما يدور حولهن بل انحصرن في دائرة التوحد وحسب، وتتصلت بعضهن من المسؤوليات الأخرى الملقاة على عاتقهن (مسؤولية الزوج والبيت والأطفال الآخرين). كما تبلدت مشاعر وأحاسيس أخريات.

قام فولكمان Folkman (1997) بدراسة على أشخاص مسؤولين عن العناية بأزواجهم أو شركائهم الذين يعانون مشاكل صحية أين خلص إلى أن هناك أربع سيرورات ترتبط بحالتهم النفسية وهي: إعادة التقييم الايجابي، حل المشكل، الاعتقاد الديني واستدخال العوامل الايجابية [131].

أما الدراسة الحالية لم تتفق مع هذه النتيجة حيث توصلت الباحثة إلى عدم وجود علاقة بين استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والضغط المدرك، بينما اتفقت ذات النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة خرخاش أسماء (2010) التي أشارت إلى عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

- **الفرضية الجزئية السابعة:** تنص هذه الفرضية على أنه توجد علاقة ارتباطية بين **الضغط المدرك** و**إستراتيجية إتهام الذات** لدى أمهات التوحيدين. ولاختبار صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (27) يوضح ذلك.

جدول رقم 27: العلاقة بين الضغط وإستراتيجية اتهام الذات لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	*0.350	دال عند 0.05
إستراتيجية اتهام الذات	09.41	02.87			

يشير الجدول رقم (27) إلى أن قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص الضغط المدرك قد بلغت 41.02 وبانحراف معياري قدره 07.48. كما يشير الجدول إلى قيمة المتوسط الحسابي لإستراتيجية

اتهام الذات حيث قدرت بـ 09.41 بانحراف معياري بلغ 02.87. وكذا معامل الارتباط بين الضغط المدرك وإستراتيجية اتهام الذات حيث كانت نتيجة الارتباط تساوي 0.350 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 تدل على وجود علاقة بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما زادت درجة الضغط زاد استعمال إستراتيجية اتهام الذات من طرف أمهات التوحيدين والعكس صحيح.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية السابعة القائلة بأن هناك علاقة إرتباطية بين الضغط المدرك وإستراتيجية اتهام الذات عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

في هذا الصدد توصل وليام و أولي (1997) **WILLIAM et OLLEY** إلى أن أمهات الأطفال المعاقين تعاني من ضغوط نفسية شديدة أهم هذه مصادرها رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية ... وأن 44٪ من الأمهات تستخدم أساليب الهروب وتحاشي المشكلة أو إنكار الإعاقة و 41٪ تقبل بالإعاقة وظروف الطفل، ونسبة 23.5٪ تلجأ إلى التذمر و لشكوى والبكاء ولوم الذات، و 12.5٪ تتحدي الضغوط وتواجه الموقف [13]، ص 225.

كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة قامت بها ليتل **Little 2003** حول الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أمهات الأطفال المعاقين ومقارنتها بالضغوط لدى الآباء فكانت النتائج أن الأمهات تعاني من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية أكثر من الآباء وتستخدم أساليب سلبية وإيجابية لمواجهة الضغوط من بينها طلب الدعم والمساعدة ولوم الذات [13].

وهذا ما يفسر اللجوء القوي للأم لاستراتيجية اتهام الذات التي تزيد من قلقها وتوترها وتسبب لها ضغطا مضاعفا، فهي ترى أنها المسؤولة على ما حدث لابنها ولو أنها اتبعت طرقا سليمة أثناء الحمل والولادة لما أصيب ابنها بالتوحد، فلا بد وأن يكون التوحد مقرونا بخطأ ما ارتكبه دون علمها بأنه سيكون ذا أثر على ابنها. وتساورها هذه الأفكار حتى وإن أكد لها المختصون أن الأمر مجهول السبب وإنما هناك مجموعة من الأسباب ذكرها العلماء من شأنها أن تساهم في ظهور التوحد. فكثيرا ما رددت الأمهات على مسامع الباحثة أنهن السبب فيما حدث لأبنائهن، حيث أن بعضهن تطلب عفو ابنها ومسامحته إياها على ما فعلته به. ولو أنها فعلت كذا وكذا لما حصل لابنها ما حصل، وترى أنها الملامة الوحيدة والمسؤولة عن التوحد. "وربما يقلق كل من الأبوين، ولو سرا بينه وبين نفسه ويشعر أنه مسؤول عن إعاقة ابنه، وتعتبر الأم أعلى سهما في ذلك لأنها ترى أنها السبب المباشر لأنها هي التي حملته ووضعتة. وربما يكون عناء الآباء شديدا إذا صادفهم كتاب قديم من الكتب عندما كان يعتقد أن التوحدية سببها برود الآباء وافتقارهم إلى الإحساس. وهذا ما يجعلهم يشعرون أنهم سبب أزمة الطفل" [10].

ويرتبط التوحد بمشاعر الذنب وبطرق مختلفة، ذلك أن العديد من الآباء يلومون أنفسهم على ما حدث للطفل، فبعضهم يعتقد أن الاضطراب حدث كنتيجة مباشرة لبعض الممارسات التي كانوا قد قاموا بها قبل قدوم الطفل، فنجد بعض الأمهات تعتقد أنه نتيجة إهمالها لصحتها خلال فترة الحمل، والآخر يعتقد أنه لم يقد بواجبه كفاية اتجاه الأم خلال حملها، ومعظمهم يشعرون بأنه كان عليهم أن يفعلوا شيئاً ما باتجاه هذا الموقف [21]، ص 164.

إن فاستعمال أفراد العينة لاستراتيجية اتهام الذات يزيد من درجة الضغط لديهم لوجود علاقة بينهما وارتباطهما عكسياً، وقد يؤثر اتهام الأم لذاتها واعتقادها أنها مسؤولة على ما حدث لابنها وكذا ارتفاع مستوى الضغط المدرك لديها، على السلوك الصحيح الذي يجب أن تقوم به الأمهات حيال توحديّة أطفالهن. كما قد يعوق مشاركتها الفاعلة في التكفل بابنها.

- **الفرضية الجزئية الثامنة:** تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين **الضغط المدرك** واستراتيجية التجنب لدى أمهات التوحيدين. ولاختبار صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 28: العلاقة بين الضغط واستراتيجية التجنب لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الضغط المدرك	41.02	07.48	34	0.269	غير دال
إستراتيجية التجنب	20.23	04.71			

يشير الجدول رقم (28) إلى قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص الضغط المدرك التي بلغت 41.02 و بانحراف معياري قدره 07.48. كما يشير إلى قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجية التجنب حيث قدرت بـ 20.23 بانحراف معياري بلغ 04.71. وكذا معامل الارتباط بين الضغط المدرك وإستراتيجية التجنب الذي بلغ 0.269، وهي قيمة غير دالة احصائياً تدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية الثامنة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجية التجنب عند أمهات التوحيدين لم تتحقق.

على الرغم من عدم وجود علاقة بين الضغط المدرك واستراتيجية التجنب في هذه الدراسة إلا أن العديد من الدراسات أظهرت أهمية استراتيجية التجنب وتأثيرها الايجابي حيث لها علاقة مع الضغط. وتظهر أهميتها حيث أنها فعالة في حالة عدم التكيف مع الوضعية، أين يحتاج الفرد لعمل نفسي لكي يتقبل الوضعية لاحقا [82]، ص 117.

ففي دراسة قام بها راسكال وشويتزر **Bruchon – Schweitzer et Rascl Nicole (2000)** أين هدفت للكشف عن العلاقة بين الضغط والتكيف أمام وضعية التغيير المهني، أظهرت هذه الدراسة أن التعامل مع الوضع باستراتيجية التجنب هو وسيط بين السند الاجتماعي والتكيف الانفعالي [132].

كما أن دراسة **خرخاش (2010)** أظهرت وجود علاقة بين الضغط المدرك واستراتيجية التجنب عند آباب الأطفال الذين يعانون من الصمم.

ويمكن تفسير عدم ارتباط الضغط المدرك باستراتيجية التجنب انطلاقا من دليل المقابلة حيث أن الأمهات لم تصرحن بأنهن استسلمن للبكاء والصدمة وانعزلن جانبا لفترة طويلة بعدما علمن بتوحد أطفالهن، بل حدث فعلا التركيز على الانفعال في البداية خصوصا الأمهات اللواتي يعرفن حقيقة التوحد جيدا ومطلعات على الصعوبات والأعباء الناجمة عنه، إلا أنهن تجاوزن ذلك الانفعال بمحاولاتهن الجادة في مساعدة أطفالهن من خلال الاطلاع على التوحد أكثر وفهم حقيقته بشكل أوضح، واتباع تعليمات المختصين والانتقال من مصلحة إلى أخرى بغية الحصول على التكفل الأمثل لأطفالهن.

وتجدر الإشارة إلى أننا لا ننفي وجود هذه الاستراتيجية عند الأمهات (بعض أفراد العينة) وعدم تعاملهن مع الموقف في البداية، لأن بعض أفراد العينة واجهن في البداية التوحد بنوع من التجنب والهروب وعدم التقبل - وهذا أمر عادي ومرحلة حتمية في مثل هذه المواقف ولو أنه غير عام على كل الأفراد - وهذا ما لمستته الباحثة في إجابات الأمهات على دليل المقابلة حيث صرحت بعضهن على أن الأمر كان بالنسبة لها غير متوقعا، ورفضت التصديق أن ذلك حدث فعلا، فهن لم يتقبلن فكرة أن يكون أطفالهن مصابون بالتوحد، بل نزل عليهن الخبر كالصاعقة واستسلمن للبكاء والحزن (على حد تعبيرهن)، وانعزلن قليلا عن العالم الخارجي وانحصرن فقط مع الموقف الذي قالت عنه إحدى الأمهات أنه "هاجس لايمكنها شرحه". كما فضلت بعضهن تجنب الموقف لأنها لم تستطع تحمل الأعباء المادية ناهيك عن الجسدية والنفسية.

وهذا ما ذهب إليه محمد السيد وآخرون (2005) حيث يرى أنه بمجرد تعرض الأسرة للضغط التي تسببها الإعاقة يلجأ بعض الآباء إلى الهروب العاطفي والبدني وتجاهل مشكلاته، واحتياجاته متجنبين بذلك التوتر والغم الذي تسببه لهم توحدية طفلهم، وقد يتحول هذا الهجر وذلك البعد إلى رفض الطفل [10]، ص 158. ذلك أن نقص الفهم والوعي والدعم والمساندة قد يجلب نتائج مأساوية، وقد اعترفت بعض الأمهات بالرغبة في إنهاء حياتها لعدم امتلاكها القوة على التعامل مع الضغط الهائل الذي يفرضه التوحد على حياة العائلة [14]. كما تستجيب بعض الأمهات بتجنب التوحد أو إنكاره، ويشمل هذا الأسلوب مشاعر الانقباض التخيلي، وإنكار المعاني والنتائج المترتبة عن الحادثة، وتبذل الإحساس والشعور باللامبالاة إزاء الحدث [1]، ص 241.

ختاما حتى وإن اتفقت أدبيات التوحد على أن الأمهات يواجهن الضغط الناتج عن توحدية أبنائهن باستراتيجية التجنب، وبالرغم من تصريح أفراد العينة بذلك من خلال إجابتهن على أسئلة دليل المقابلة إلا أن ذلك لم يقف حاجزا أمام التعامل مع التوحد الذي أصاب أبنائهن ومتابعة علاجهم والتكفل بهم نفسيا، أرطفونيا وطبيا. الأمر الذي أدى إلى عدم التركيز على استراتيجية التجنب كثيرا، بالإضافة إلى أنها لم تدم طويلا، وهذا ما قد يفسر عدم ارتباط الضغط المدرك باستراتيجية التجنب في هذه الدراسة على حد توقع الباحثة.

7.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة الرابعة

تنص الفرضية العامة الرابعة على وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال التوحديين.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام الأسلوب الإحصائي معامل الارتباط "بيرسون".

جدول رقم 29: العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحديين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	100.32	14.50	34	0.131	غير دال
استراتيجيات المواجهة	87.73	09.59			

يشير الجدول رقم (29) إلى قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص نوعية الحياة والتي بلغت 100.32 وبانحراف معياري قدره 14.50. كما يشير الجدول إلى قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة حيث قدرت بـ 87.73 بانحراف معياري بلغ 09.59. وكذا معامل الارتباط بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة الذي بلغ 0.131 وهي قيمة غير دالة إحصائياً تدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

وبالتالي يمكننا القول بأن الفرضية العامة الرابعة لم تتحقق والقائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة عند أمهات التوحيدين.

على الرغم من أنه لا توجد علاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة في الدراسة الحالية إلا أن العديد من الدراسات أثبتت وجود العلاقة بين المتغيرين. فقد كانت دراسة بشري إسماعيل أحمد حول نوعية الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بقلق الموت والاكتئاب لدى المسنين، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين نوعية الحياة وأساليب مواجهة الضغوط. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أساليب مواجهة الضغوط التي تركز على المشكلة تنبئ بمستوى نوعية الحياة لدى المسنين بنسبة مساهمة 63 % . كما توصلت الدراسة إلى أن نوعية الحياة لدى المسنين وأساليب مواجهة الضغوط سواء التي تركز على المشكلة أو على الانفعال أو على المشكلة والانفعال معاً تشكل نموذجاً سببياً مفسراً للعلاقات البيئية المتبادلة بينهم .

وتوصلت إلى ذات النتيجة دراسة سيكقناني وبيترانتونيواخرون (2006) التي تنطوي على عينة 764 للتحقق من أبعاد نوعية الحياة PRATI للعمل (التعب، الشفقة، الارتياح) وعلاقتها مع استراتيجيات المواجهة وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية (الإحساس بالانتماء، الفعالية الجماعية والكفاءة الذاتية) حيث تشير النتائج إلى فائدة التمييز بين المؤشرات الايجابية والسلبية لنوعية حياة عمال الطوارئ فنوعية الحياة ترتبط ارتباطاً ايجابياً مع الارتياح والإحساس بالانتماء للمجتمع واستخدام استراتيجيات التعامل بالموقع، ترتبط خصوصاً ببعد التعب مع استخدام الاستراتيجيات غير الفعالة (المركزة حول الانفعال) مثل النقد الذاتي.

كما أن الدراسة التي قام بها بيشو Pucheu وآخرون (2004) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الإسناد السببي الصحي واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي في المرحلة النهائية والذين يخضعون لتصفية الدم، خلصت إلى أن نوعية الحياة ترتبط سلباً مع استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، في حين أنها ترتبط إيجاباً مع إستراتيجية حل المشكل.

عدم توافق نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات المذكورة سابقا فيما يخص العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة يدل على خصوصية ما توصلت إليه الباحثة من نتائج، وما استنتجته من الدراسة وذلك لخصوصية خصائص أفراد العينة وتحديدا إصابة الابن بالتوحد. هذا الاضطراب الذي بات شبحه يطارد كل الأمهات لدرجة أنهن يترنن لو كان الابن مصابا بأي اضطراب غير التوحد لهان الأمر، وهو في نظرهن أصعب من تقارن داوون أو أي اضطراب آخر.

8.2.8. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

- الفرضية الجزئية التاسعة: تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحيدين. ولاختبار صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (30) يوضح ذلك.

جدول رقم 30: العلاقة بين نوعية الحياة والاستراتيجيات المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحيدين

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل	40.88	06.21	34	*0.36	دال عند 0.05
نوعية الحياة	100.32	07.91			

يشير الجدول رقم (30) إلى قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص نوعية الحياة والتي بلغت 100.32 بانحراف معياري قدره 07.91. كما يشير الجدول إلى قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل حيث قدرت بـ 40.88 بانحراف معياري بلغ 06.21 فيما بلغ معامل الارتباط بين الضغط المدرك ونوعية الحياة 0.36 وهي قيمة موجبة دالة عند مستوى الدلالة 0.05 تدل على وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين. بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة نوعية الحياة لدى الأمهات كلما ركزت على المشكل.

ومن هنا فإنه يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية التاسعة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل عند أمهات التوحيدين قد تحققت.

ويمكن تفسير ذلك أن الأمهات يلجأن إلى التعرف على التوحد وجمع المعلومات حوله حتى لكأنك تستمع إلى مختص إذا ما تكلمت إحداهن عن الموضوع (صرت مختصة في التوحد وأعرف عنه كل شيء، تقول إحدى الأمهات، وأخرى تقول الآن أصبحت ممرضة ابني وأفهم كل ما يود قوله وأعرف كل ما يريده)، وذلك سعياً منهن إلى حل المشكل والسيطرة على الوضع من خلال اتباع التعليمات المقدمة من طرف المختصين حرفياً إلى درجة حفظ كل ما قيل لهن، والانتقال من مصلحة إلى أخرى، ومن مختص إلى آخر بغية مساعدة ابنها والتخفيف من وطأة الأمر على نفسيته، ويساعدهن في ذلك نوعية الحياة التي يعشنها خصوصاً إذا كانت جيدة لأن توفر الوسائل الخاصة بالتكفل، والمعدات اللازمة لإجراء الفحوصات غرض إثبات التشخيص أو نفيه يتطلب إمكانيات مادية. ولن تؤثر المصاريف الزائدة إلا على الأسر ذوات الدخل الجيد، والحسن بعض الشيء. أما ذوات الدخل المتوسط وما دونه فإنها تشتكي لا محالة من التكاليف الباهضة التي يتطلبها التكفل بالطفل التوحدي. وهذا لن يتاح إلا إذا كانت الأمهات تتمتع بنوعية حياة جيدة تساعدن في ذلك.

وقد أكدت ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض أنهن كثيراً ما يبقين عاجزات عن فعل أي شيء بسبب نقص الإمكانيات، وبسبب إدراكهن لسوء نوعية حياتهن حسب ما أدلين به للباحثة إجابة منهن على أسئلة المقابلة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الغندور (1999) التي أكدت وجود علاقة بين نوعية الحياة وأسلوب حل المشكل [10]، ص 157.

- **الفرضية الجزئية العاشرة:** تنص هذه الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات التوحديين.

ولاختبار صحة الفرضية تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، والجدول رقم (31) يوضح ذلك.

جدول رقم 31: العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال

المؤشرات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	46.26	07.21	34	-0.170	غير دال
نوعية الحياة	100.32	07.91			

يشير الجدول رقم (31) إلى قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث فيما يخص نوعية الحياة والتي بلغت 100.32 و بانحراف معياري قدره 07.91. كما يشير الجدول إلى قيمة المتوسط الحسابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال حيث قدرت بـ 46.26 بانحراف معياري بلغ 07.21 فيما بلغ معامل الارتباط بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال -0.170 وهي قيمة غير دالة إحصائياً تدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

ومن هنا فإنه يمكننا القول بأن الفرضية الجزئية العاشرة القائلة بأن هناك علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال عند أمهات التوحيدين لم تتحقق.

حتى ولو لم تسفر الدراسة عن وجود علاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال إلا أننا نكرر أن نوعية الحياة ذات النمط السيء قد تزيد من حدة الانفعال والحزن والألم الذي تعيشه أمهات التوحيدين، ويظهر ذلك جلياً عندما تصرح إحدى الأمهات أن الوضع الأسري هو الذي عقد مشكلة ابنها وهي دائمة التذمر والشكوى من ذلك الوضع، وتحس أن لها دخلاً في تفاقم وضع ابنها لأنها لم تستطع مساعدته لقلّة حيلتها نظراً للظروف المعيشية التي تمر بها. كما صرحت أخرى أنها تركت ابنتها تعاني من المرض وتأخرت في التكفل بها بسبب الظروف المادية الصعبة التي تمر بها الأسرة، الشيء الذي يحزنها ويزيد من آلامها، وتضيف قائلة أنها كانت تعرف أن ابنتها غير عادية ولكنها لم تستطع إطلاع زوجها بالأمر مساندة له وإشفاقاً على حاله لأنها رأت أن ذلك يزيد من أعبائه ويؤثر عليه. فكانت حيلتها في الأمر الاستسلام للحزن والألم خصوصاً وأنها لا تستطيع تحمل منظر ابنتها المشفق فما كان منها سوى البكاء تخفيفاً عن نفسها وعزاءاً لمصابها لمواجهة الموقف (إصابة ابنتها بالتوحد). وتجر الإشارة إلى أن نوعية الحياة تشمل جوانب عدة وليس الجانب المادي فقط.

فالجانب الجسدي والعلائقي والنفسي أيضا من الجوانب التي تتضمنها نوعية الحياة. وفي هذا الصدد نذكر أن إحدى أفراد العينة تفكر كثيرا في مستقبل ابنها وترى أن ابنها لا يتلق الرعاية الكافية وهي موجودة فما بالك وإن غابت، فهي على حد قولها مريضة جدا ولا تستطيع مجازاة كل ما هو مناط بها من مسؤوليات تجاه ابنها. ناهيك عن أنها ترجو دائما - إلى درجة الدعاء - أن توافيه المنية قبلها حتى لا تتركه وراءها بدون معين. فجسدها الضعيف كما تقول لم يعد قادرا على تحمل المزيد من الجهد وهي دائمة الحسرة على تقصيرها في أداء واجبها كأم اتجاه ابنها المصاب.

هذا عن الجانب الجسدي، أما فيما يخص الجانب العلائقي فصرحت أغلب الأمهات أن الأسرة تزيد من القدرة على تحمل الموقف. وتذكر إحدى الأمهات أن الشيء الوحيد الذي زاد من معاناتها أنها لم تلق من تبثه شكواها ويقف بجانبها ويساندها في ذلك الظرف الصعب لذلك ظلت حبيسة الحزن والاكتئاب. ما يدفعنا للقول في هذا الشأن (حسب دليل المقابلة) أن نوعية الحياة السيئة زادت من صعوبة الموقف، وأثرت في الجانب الانفعالي للأمهات. وهذا لا يمنعنا من القول أن هذا الكلام ما هو إلا تصريح من بعض الأمهات اللاتي عايشن الحدث. أما البعض الآخر وكما أشرنا سابقا - الفرضية الجزئية التاسعة - تعاملن مع الموقف بطريقة فعالة مكنتهن من السيطرة على الوضع بشكل أفضل. والنتيجة عدم وجود العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال ونوعية الحياة لدى أمهات التوحيين.

بالرغم من عدم وجود علاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال في الدراسة الحالية إلا أن دراسة سيكقناني وبيترانتوني وآخرون (2006) للتحقق في أبعاد نوعية الحياة للعمل (التعب، الشفقة، الارتياح) وعلاقتها مع استراتيجيات التعامل وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية (الإحساس بالانتماء والفعالية الجماعية، الكفاءة الذاتية)، تشير إلى فائدة التمييز بين المؤشرات الايجابية والسلبية لجودة عمال الطوارئ فنوعية الحياة ترتبط ارتباطا ايجابيا مع الارتياح والإحساس بالانتماء لمجتمع واستخدام استراتيجيات التعامل بالموقع، ترتبط خصوصا ببعد التعب مع استخدام استراتيجيات الغير الفعالة (المركزة حول الانفعال) مختلفة مثل: النقد الذاتي.

أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين في بعض الدراسات التي تناولتهما. الأمر الذي يدعونا للقول بأن هذه النتائج محصورة في إطار هذه الدراسة فقط.

خلاصة

تم التطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة وتفسيرها على ضوء أدبيات الموضوع، ومناقشتها بالمقارنة مع الدراسات السابقة، حيث تحققت بعض فرضيات الدراسة ولم تتحقق أخرى. وتبقى النتائج المتحصل عليها محصورة في حدود هذه الدراسة، ومقيدة بظروفها المكانية والزمانية التي أجريت تحتها. هذا بالإضافة إلى أن الدراسة تحتاج إلى دقة أكثر لتعمم على مجتمع الدراسة، ولا يمكن الجزم بذلك. فاحتمال تناقض النتائج التي توصلت إليها الباحثة مع نتائج دراسات مشابهة في ظروف غير هذه الظروف وارد جدا.

الاستنتاج العام

تتمحور الدراسة الحالية حول نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالضغط المدرك عند أمهات التوحيدين، حيث اعتمدت الباحثة في ذلك على عينة مكونة من 34 أم لأطفال توحيدين، تتراوح أعمارهن ما بين 26 سنة و56 سنة، موزعات على الولايات التالية: عين الدفلى، البليدة والجزائر العاصمة، مستعملة في ذلك المنهج الوصفي. وهذا لمعرفة وجود العلاقة بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة والضغط المدرك.

ومن خلال تطبيق مقياس نوعية الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية، مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان وآخرين ومقياس الضغط المدرك المعد من طرف كوهن، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها تناولتها الباحثة بشيء من التحليل والتفسير والمناقشة على ضوء الدراسة الميدانية، تحققت بعض فرضيات الدراسة ولم تتحقق أخرى، وهي موضحة كما يلي:

إن أول نتيجة عامة خلصت إليها الباحثة بعد عملية تحليل النتائج هي وجود علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

وعن النتيجة الجزئية الأولى فأضفت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الواقع المعاش والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

أما النتيجة الجزئية الثانية فقد توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الرضا والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

في حين ثبت عدم وجود علاقة ارتباطية بين المكانة والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين، وذلك حسب النتيجة الجزئية الثالثة.

كما توصلت النتيجة العامة الثانية الى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

بينما توصلت النتيجة الجزئية الرابعة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين استراتيجية حل المشكل والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

في حين أسفرت النتيجة الجزئية الخامسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

أما النتيجة العامة الثالثة فأظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

كما أنه لم يثبت وجود ارتباط بين استراتيجيات إعادة التقييم الايجابي والضغط المدرك وذلك حسب ما توصلت إليه النتيجة الجزئية السادسة.

وتوصلت الباحثة من خلال النتيجة الجزئية السابعة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين استراتيجيات اتهام الذات والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

كما أظهرت النتيجة الجزئية الثامنة عدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التجنب والضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين.

وأخيرا أسفرت النتيجة العامة الرابعة عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحيدين.

أما نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل فقد أثبتت النتيجة الجزئية التاسعة وجود علاقة ارتباطية بينهما.

اضافة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات التوحيدين انطلاقا من النتيجة الجزئية العاشرة.

ومن خلال النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة يمكن للباحثة ذكر بعض الاستنتاجات فيما يلي:

❖ إن ارتفاع مستوى الضغط المدرك لدى أمهات التوحيدين لا يعني بالضرورة استعمالهن لاستراتيجيات التجنب والهروب من الوضعية، على الرغم من تصريح أكثر الأمهات أنهن مررن بتلك المرحلة لكن

تخطيها إلى مراحل متقدمة أهمها تقبل وضع الطفل والعمل على التعامل مع المشكل (توحيدية الابن) بشكل يضمن له التكفل الجيد والرعاية اللازمة.

❖ إن استراتيجية إعادة التقييم الايجابي التي تعني إعادة النظر إلى الحدث من زاوية إيجابية بالرغم من استعمالها من طرف بعض أفراد العينة إلا أنها لم تكن كافية لتكوين علاقة عكسية مع الضغط المدرك، تجعله يزيد كلما قل استعمالها والعكس، ولا حتى علاقة طردية يزيد من خلالها الضغط المدرك كلما كثر استعمالها من طرف الأمهات.

❖ العلاقة العكسية بين الضغط المدرك واستراتيجية اتهام الذات تشير إلى المسؤولية التي تشعر بها الأمهات حول تسببهن في إصابة أبنائهن بالتوحد، لأنه ما من أم إلا وراودها شعور بأنها المسؤول الوحيد عن مصاب الطفل مما جعل ذلك يزيد في قلقهن وتوترهن وبالتالي ارتفاع مستوى الضغط المدرك لديهن. إلى جانب الدور الذي يلعبه الضغط في التأثير على التوازن النفسي للأم.

❖ ومن استنتاجات الدراسة الحالية أيضا أن ما ذكر أعلاه لا ينطبق على كل أفراد العينة، لأنه وبالرغم من استعمال استراتيجية اتهام الذات إلا أن بعض الأمهات ترى ذلك حافزا لها على مساعدة الطفل. فلو لم تؤنب نفسها وتتهمها بأنها السبب لما انطلقت في رحلة البحث عن حل للمشكل والتخلص من الشعور بالذنب.

❖ كما أن المستوى الاقتصادي الجيد للأسرة لا يعني بالضرورة نوعية حياة جيدة. ذلك أن نوعية الحياة أساسا تنبع من إدراك الأمهات وليس فقط من الوضع المادي أو المحيط الأسري أو العلائقي لهن. لأنه وعلى الرغم من الوضع المزري الذي تعيشه بعض الأمهات إلا أنهن رأين أن نوعية الحياة لديهن جيدة. كما استطعن التحكم في الموقف والتعامل معه بفعالية. فالأمر عندهن الرضا والتسليم بما حدث وعدم التوقف عند البكاء والحزن فهما لا يغيران من الأمر شيئا بل في أغلب الأحيان يزيدانه سوءا وتعقيدا.

❖ كما نستنتج أيضا أنه وعلى الرغم من أن نوعية الحياة كانت على علاقة عكسية مع الضغط المدرك من حيث الرضا الذي يخفف من حدة الضغط، والواقع المعاش الذي يساعد الأمهات على التخلص من الأعباء الضاغطة إلا أن ذلك كله لم يكن لديه أهمية أو مكانة لنوعية الحياة أمام الأمر الذي أصاب الابن بالتوحد، وجعل الأم تصارع نتائجها.

❖ وأخيرا نتسنتج أن كل أرقام متغيرات البحث كانت نسبية إلى حد ما، لأن الخصائص تباينت بين أم وأخرى فيما يخص المستوى التعليمي لأن الأم ذات المستوى التعليمي الجيد أو الحسن أو حتى المتوسط تسعى لمعرفة حقيقة الاضطراب للتعامل الأمثل مع الطفل والتوحد. كما أن ذات الأمر قد ينعكس سلبا عليها فمثلا إحدى الأمهات كان تخصصها علم النفس التربوي (مطلعة من قبل على الاضطراب)، هالها الأمر ووصفته بالكارثة لأنها تعرف معنى أن يكون لديك ابنا توحيدا. وظهر التباين في السن وهذا أيضا له سلبياته وإيجابياته. ولا يخف علينا دور المستوى الاقتصادي للأسرة في مثل هذه الحالات. كما شمل

التباين الأطفال أيضا. فجنس الطفل لعب دورا هاما في أرقام الدراسة خاصة في مقياس استراتيجيات المواجهة ودليل المقابلة، على سبيل المثال في دليل المقابلة تصرح أمهات الإناث أنهن لو كن ذكورا لكان الأمر أهون. إضافة إلى عمر الطفل وترتيبه بين الإخوة. لذا فالتأثير خضع لعوامل وظروف كل أم وخصائص كل طفل.

❖ وعلى هذا الأساس يتبين لنا الدور المهم الذي تلعبه الأم في التعامل مع توحدية ابنها قصد مساعدته على الاندماج في المجتمع أملا منها في شفائه حيث يصبح عاديا وكأن التوحد لم يصبه يوما. وهنا ندرك أننا أمام واقع يفرض علينا تضافر جهود المختصين والأسرة للتعامل المثالي مع الضغط الناتج عن التوحد، وللتخفيف من معاناة الطفل جراء الاضطراب. لذا نأمل أن يكون للأمهات على وجه الخصوص لا التعميم، القدر الكافي من الاهتمام سواء في الجانب الطبي والنفسي للطفل، أو في الجانب الأكاديمي من خلال البحوث والدراسات التي تنقص من التهميش والإهمال الذي تتعرض له الأمهات في كثير من الأحيان لدرجة أنهن يشعرن أن كل ما حولهن ضدهن ويزيد من معاناتهن، ناهيك عن النظرة السلبية والحكم المسبق عنهن باللامبالاة والإهمال رغم ما يكابدهن نتيجة الأعباء المفروضة عليهن، ورغم ما يبذلنه من جهود من أجل التخفيف عن أنفسهن من معاناة نفسية وعن أطفالهن من معاناة على جميع الأصعدة كما تم الإشارة إليه في الجانب النظري من الدراسة.

خاتمة

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات المجتاحة للنمو الأكثر تعقيدا وغموضا، وله التأثير البالغ على المصاب به والمحيطين حوله حيث أن له وقعا على النمو اللغوي، المعرفي، العقلي والاجتماعي للطفل. الأمر الذي يضطر الأم لمضاعفة جهودها للتكفل بابنها، فتكون لديها أعباء إضافية تولد لديها نوعا من اللاتوازن وحالة من اللااستقرار تجعلها تعيش في ضغط مستمر وتوتر دائم.

وفي ظل المسؤوليات المنوط بها كان لزاما عليها أن تواجه ذلك الضغط الذي تعيشه جراء توحديّة ابنها مستعملة جهودا معرفية وسلوكية تتعامل بها مع ذلك الوضع وقد أطلق عليها "استراتيجيات مواجهة الضغط"، حيث أن هذه الاستراتيجيات تتباين من فرد إلى آخر حين التعامل مع الضغط الذي يعانيه. ووقفا على هذه الوضعية التي تعيشها أمهات التوحديين، جاءت هذه الدراسة تحت عنوان نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحديين وعلاقتها بالضغط المدرك. وذلك بغية الكشف عن وجود العلاقة بين هذه الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

وللإجابة على التساؤلات التالية:

التساؤل العام الاول:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات التوحديين؟

التساؤل العام الثاني:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل لدى أمهات التوحديين؟

التساؤل العام الثالث:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال لدى أمهات التوحيين؟

التساؤل العام الرابع:

هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات التوحيين؟

وتمت صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات. كما اتبعت الباحثة من خلال هذه الدراسة المنهج الوصفي لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية، وقد اشتملت مجموعة الدراسة على (34) أم لأطفال توحيين. حيث قامت الباحثة من خلالها بقياس الضغط المدرك، باستخدام مقياس الضغط المدرك لكوهن، ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان وآخرون، ومقياس نوعية الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية.

ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية احصائياً، فقد اعتمدت الباحثة على البرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS، والاعتماد على المؤشرات الاحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، النسبة المئوية في عرض خصائص العينة.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين نوعية الحياة والضغط المدرك تشير إلى أن درجة الضغط تنخفض عند الأمهات إذا ما كن يتمتعن بنوعية حياة جيدة بما في ذلك رضاهن عن تلك الحياة والواقع الذي تعيشه.

كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل والضغط المدرك، مما يثبت أنه كلما زاد استخدام الأمهات لهاتهن الاستراتيجيات كلما قل الضغط لديهن.

هذا بالإضافة إلى أن الدراسة كشفت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل ونوعية الحياة حيث أن الأمهات تركزن على المشكل (توحيدية الطفل) إذا كانت حياتهن ذات نوعية جيدة وكن راضيات عنها.

وأخيراً كشفت الدراسة عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال. كما كشفت عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة.

ولا يسعنا إلا الإشارة إلى أن آفاق دراستنا كانت واسعة وأهدافها بعيدة، إلا أننا اصطدنا ببعض الصعوبات التي قلصت مجال هذه الدراسة وحدت من أهدافها. وعلى الرغم من اقتصارها على العلاقة

الارتباطية بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة والضغط المدرك، فإنه ليس من اليسير القيام بدراسة في هذا الموضوع دون بذل الكثير من الجهد. ومن أهم الصعوبات التي واجهتنا:

- الشيء الأصعب في هذا البحث هو عدم توفر العينة: حيث نعلم أن التوحديين ليس لديهم مراكز خاصة بهم وأن عددهم قليل في المراكز المتخصصة في التكفل بالأطفال المعاقين. فما بالك بوجود أمهاتهم في تلك المراكز (عدد قليل جدا).

- عدم انضباط أفراد العينة بالمواعيد المحددة والتأجيل المتكرر لتلك المواعيد بسبب انشغالهن الدائم مع الأطباء والمختصين في التكفل بأبنائهن.

- عدم تسهيل الهيئات المسؤولة عن المراكز إجراءات الدراسة، فكثيراً ما رفض استقبالنا أو الترخيص لنا بالتطبيق مع أفراد العينة. ذلك أن رفض الباحث أو قبوله في الميدان لا يستند إلى معايير أو شروط، وإنما حسب رأي تلك الهيئات.

- صعوبة التنقل للمراكز وصعوبة ضبط المواعيد والتحكم في الوقت. خاصة وأن هذه المراكز تتوزع في ثلاث ولايات، ما جعلها في تنقل دائم إلى المراكز. وهذا ما أتيح للباحثة، كما أشرنا إليه في عنصر مجتمع الدراسة.

- صعوبة التطبيق فليس سهلاً على أي شخص أن يملأ استمارة معلومات وثلاثة استبيانات بدون أن يبدي نوعاً من الملل أو الضيق. بالإضافة إلى التابو الذي مازال يحجب الأضواء عن التكفل بمثل هذه الحالات. فبعض الأمهات تتكلم وكأنها فعلت شيئاً مخالفاً للمجتمع وأخرى لا تريد أبداً رؤية أي شخص يقابلها أو يكلمها حول مصاب ابنها لأنهن يعتبرن الأمر شيئاً خاصاً على الآخرين عدم التدخل فيه.

- نقص المراجع بالنسبة لمتغير نوعية الحياة خاصة العربية منها.

على ضوء ما توصلت إليه الباحثة من نتائج، وما قدمته من تفسيرات كمية وكيفية وما واجهتها من صعوبات أثناء القيام بالدراسة واستكمالاً لها يمكن أن تطرح جملة من الأبحاث المقترحة على النحو التالي:

- دراسة معمقة حول الآثار المترتبة عن التوحد، والتي تؤثر على التوازن النفسي للأمهات.
- دراسة علاقة الضغط المدرك ونوعية الحياة ببعض المتغيرات مثل: الجنس، السن، المستوى الاقتصادي للأسرة... وقد رأينا كيف تدخلت في تباين ردود فعل الأمهات.
- دراسة علاقة الضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة ببعض المتغيرات مثل: الجنس، السن، المستوى الاقتصادي للأسرة... حيث أنها تسهم في كثير من المرات في زيادة أو خفض درجة الضغط.

- دراسة العلاقة بين كل من نوعية الحياة، استراتيجيات المواجهة، الضغط والظروف التي تعيشها أمهات التوحيدين خاصة ظروف التكفل الطبي والنفسي والأرطفوني الذي يتولى مهمته المختصون في هذه المجالات.

- دراسة مقارنة بين من يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل ومستخدمي استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال فيما يخص نوعية الحياة.

- دراسة مقارنة بين من يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل ومستخدمي استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال فيما يخص الضغط المدرك.

- بناء مقاييس خاصة بكل من نوعية الحياة والضغط المدرك واستراتيجيات المواجهة مكيفة على البيئة الجزائرية.

- دراسات تتعلق ببناء برامج علاجية للأمهات اللواتي يعانين من آثار إصابة أبنائهن، بحيث تكون هذه البرامج تتماشى مع البيئة الجزائرية.

وفي ظل التعامل مع الأطفال التوحيدين وأمهم، وأخذا منا بعين الاعتبار انشغال الأمهات وتساؤلاتهن، وتعمقا منا في تفاصيل الدراسة، نقدم مجموعة من التوصيات فيما يلي:

- ضرورة الاهتمام بأسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة خصوصا الأم، وعدم بقائها عرضة للتهميش والإهمال وعدم المساعدة، لأنها تسهم بشكل كبير في تحسن حالة الطفل. ولأن ما تعانيه يتقل كاهلها ويحد من قدرتها على مواجهة الموقف.

- ضرورة الاهتمام بالتوحيدين، وإنشاء فصول خاصة بهم و عمل برامج خاصة واستراتيجيات تعليمية و تربوية على أسس علمية وموضوعية تراعي هؤلاء الأطفال وسمات شخصياتهم وتتيح لهم فرص النمو الطبيعي.

- تكوين إدارات خاصة ومؤهلة للعمل مع هذه الفئة وإجراء دورات تدريبية لهم ولأسرهم. وضرورة الاستعانة بمدرسين لتسجيل ملاحظات عنهم والاستعانة بأدوات تساير التطور التكنولوجي.

- تدريب أسر الأطفال التوحيدين من خلال ورشات العمل و الدورات التدريبية وإشراكهم في تخطيط وتنفيذ البرنامج التربوية.

- تدريب أطفال التوحد على المهارات في سن مبكرة، بما يعينهم على الاعتماد على النفس في حياتهم اليومية وينقص من المسؤولية الملقاة على عاتق الأم، ولو بشكل جزئي.

- التخفيف من حجم تلك المسؤولية التي تتحملها الأم، وذلك بإشراك الآباء في التكفل بالطفل ومشاركتهم لزوجاتهم في رعاية الطفل، ذلك أنه وفي كثير من الأحيان يبقى الأب ممولا بالمال فقط ومشاهدا لما تفعله الأم فقط.

وختاماً وحتى يتسنى لنا الخروج بنتائج موضوعية ذات قيمة علمية أكثر وأعمق، تبقى الحاجة ماسة إلى دراسات أخرى تعتمد على طرق تحليل متقدمة ومتعددة، وكذلك يتطلب هذا النوع من الدراسة حجماً كبيراً من أفراد العينة. بحيث تكون طريقة المعاينة قادرة على مدنا بعينة ممثلة للمجتمع الكلي أصدق تمثيل. لهذا تؤخذ نتائج هذه الدراسة كنتائج تقريبية وكتقديرات أقرب إلى الاحتمال منها إلى التأكيد. وذلك في حدود ما سمحت به ظروف الدراسة وأدواتها وإمكانيات التطبيق. كما تبقى الحاجة ماسة إلى المزيد من البحوث الميدانية والتجريبية التي تؤكد أو تنفي ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في الدراسة الحالية، أو تكمل الجوانب التي لم يتم التطرق إليها أو لم تعطها الأهمية التي تستحقها.

قائمة المراجع

1. طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين، "إدارة الضغوط النفسية والتربوية"، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، (2006).
2. سليمان عبد الواحد يوسف 1، "سيكولوجية التوحد (الأوتيزم)، الطفل الذاتوي بين الرعاية والتجنب"، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، المنصورة، (2010).
3. حسن مصطفى عبد المعطي، "ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، (2006).
4. عقيلة صحراوي، "الصدمة النفسية عند أمهات المصابين بتقارن داون"، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، (2004).
5. سميرة طه جميل، "التخلف العقلي: استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية"، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة، (1998).
6. عبد الرحمن سيد سليمان، "اضطراب التوحد"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثالثة، القاهرة، (2004).
7. Pierre Ferrari ; L'autisme infantile , PUF, 6^{eme} édition, Paris, (2011).
8. محمد علي كامل، "التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد"، مكتبة ابن سينا للطبع والنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة، (2005).
9. قحطان أحمد الظاهر، "التوحد"، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، (2009).
10. محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي حسن، علي إبراهيم مسافر "رعاية الأطفال التوحديين، دليل الوالدين والمعلمين"، دار السحاب للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، (2005).
11. جمعية الطب النفسي الأمريكية، "مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية - 4 -"، ترجمة: تيسير حسون، بدون طبعة، دمشق، (2004).

12. كامبيون كوين، "100 سؤال وجواب حول التوحد"، ترجمة ألفيرا نصور، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة العربية الأولى، عمان، (2011).
13. وليد السيد خليفة ومراد علي عيسى،: "الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي (المفاهيم، النظريات، البرامج)"، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى، الإسكندرية، (2008).
14. محمد صالح الإمام وفؤاد عيد الجوالدة، "التوحد رؤية الأهل والأخصائيين"، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، (2011).
15. محمد حسن غانم، "مدخل تمهيدي في علم النفس العام"، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، الطبعة الأولى، القاهرة، (2008).
16. سليمان عبد الواحد يوسف 2، "سيكولوجية الإعاقة العقلية، رؤية في إطار علم النفس_الإيجابي"، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، المنصورة (2010).
17. جمال الخطيب ومنى الحديدي وعبد العزيز السرطاوي، "إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة"، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، (1992).
18. آمال محمود عبد المنعم (2006)، "الإرشاد النفسي الأسري" مواجهة الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين عقليا"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، (1992).
19. DENISE Jodelet et al; Les représentations sociales, PUF, 3^{eme} édition,(1993).
20. أزهار ياسين سمكري، "الرضا الزوجي وأثره على بعض جوانب الصحة النفسية في بعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية لدى عينة من المتزوجات في منطقة مكة المكرمة"، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تخصص إرشاد نفسي، جامعة أم القرى، (1430 هـ).
21. سليمان طعمة الريحاني، إبراهيم عبد الله الرزيقات وعادل جورج طنوس، "إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسره"، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، (2010).
22. Coon Dennis, Introduction à la psychologie; exploration et application, Edition Beau chemin Ilée, Québec, (1994).
23. Paulhan. I et Borgois.M; Stress et coping des stratégies d'ajustement à l'adversité", 2^{ème} édition, PUF, Paris, (1998).

24. حكيمة آيت حمودة، "دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية"، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، (2006).
25. Dunn Michel – E, Burbine Tracy, Bowers Clint –A, Tantleff Dunn Stacey; Moderators of stress in parents of children with autism community mental - health journal, United States, Vol 37, N° 1, (2001), 39 – 52.
26. عبد الرحمن عثمان عبد المجيد وسعود بن عيد العنزي، "نوعية الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية"، مجلة كلية التربية، العدد 16، الجزء الثالث، جامعة تبوك، (أوت 2009).
27. Arther Freeman, Frank M. Dattilio; Comprehensive case book of cognitive therapy, Plenum Press, New York, (1992).
28. Paulhan. I et Quintard; La psychologie de la santé", Vol 15 n° 10, Paris B (1997).
29. Livneh Hanoch, Lott Sheri. M, Antonak Richard; Pattern of psychosocial adaptation to cronic illness and disability, a cluster analytic approach. Psychology- health and medecine, Vol 9 N° 4, (2004), 411- 430.
30. Guédeney. A, Saïasb.T; Autisme du nourrisson «quoi de neuf dans le diagnostic et l'accompagnement?» Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Article original, N° 54, Paris, (2006), 344 – 348.
31. Roland Doron et Françoise Parot ; Dictionnaire de psychologie, Presses universitaires de France, 2^{eme} édition, paris, (1998).
32. Rogé Bernadette; Autisme, comprendre et agir, Dunod, Paris, (2003).
33. Lelord.G et Sauvage.D; L'autisme de l'enfant, Masson, Paris, (1991).

34. عبد الرحمن محمد العيسوي، "الانطواء النفسي والاجتماعي: الطفل الذاتوي"، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، (2005).

35. فرج عبد القادر طه وآخرون، "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، دار سعاد الصباح، القاهرة، (1996).

36. فادي رفيق شبلي، "إعاقة التوحد المعلوم المجهول، خصائص التوحد - طرق التدخل والعلاج"، الطبعة الأولى، لبنان، (2001).

37. عبد الرحمن سيد سليمان، "محاولة لفهم الذاتوية، إعاقة التوحد عند الأطفال"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، (2000).

38. سهام علي عبد الغفار عليوة، "فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال للتدريب"، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية علم النفس تخصص صحة نفسية، جامعة طنطا، مصر، (1999).

39. طارق عامر، "الطفل التوحدي"، دار اليازوري للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، (2008).

40. فاخر عاقل، "معجم علم النفس انجليزي- فرنسي- عربي"، دار العلم للملايين، الطبعة الثانية، بيروت، (1977).

41. محمد أحمد خطاب، "سيكولوجية الطفل التوحدي"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، (2005).

42. Serge Lobovici, René Diatkine et Michel Soulé, Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, PUF, Paris(1999).

43. مطيع رثيف سليمان، "الأمراض النفسية المعاصرة"، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، بيروت، (2001).

44. Misès.R, Quemada.N, Botbol.M, Burszteijn.C, Durand.B, Garrabé.J, Golse.B, Jeammet.P, Plantade.A, Porteli.C, Thevenot.J.P; Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: La CFTMEA R- 2000, Neuropsychiatrie Enfance

Adolescence 2002, 233-61, Editions scientifiques et médicales Elsevier, Paris, (2002), 233 - 260

45. Guy Tiberghien; Dictionnaire des sciences cognitives, Armand NUF, Paris, (2002).

46. Haute Autorité de Santé; Autisme et autres troubles

Envahissants du développement, état des connaissances, France, (2010).

47. عادل عبد الله محمد وإيهاب عاطف عزت، "فعالية العلاج بالموسيقى للأطفال التوحيدين في تحسين مستوى نموهم اللغوي"، الملتقى الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة، (2008).

48. Jean-Louis Bresson; Efficacité des régimes sans gluten et sans caséine proposés à des enfants présentant des troubles envahissants du développement (autisme et syndromes apparentés), Agence française de sécurité sanitaire des aliments, France, Avril (2009) .

49. عبد الرحمن سيد سليمان، " إعاقة التوحد"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الثانية، القاهرة، (2002).

50. عبد الرحمن سيد سليمان، "سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، المفهوم والفئات، مكتبة زهراء الشرق، بدون طبعة، المجلد الأول، القاهرة، (2001).

51. S. De Maistre, J.-E. Blatteau, P. Constantin, J.-M. Pontier,

E. Gempp, P. Louge, M. Hugon; Intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare dans la prise en charge de l'autisme ? Revue de la littérature, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, N° 58, (2010), 177–184.

52. Norbert Sillamy; Dictionnaire de psychologie (LAROUSSE) , Édition Janine Faure, Paris, (1999) .

53. Michel Gayda et Serge Lebovici; les causes l'autisme et leurs et traitements, l'harattan, Paris, (2000).

54. محمد علي كامل، "الأوتيزم (التوحد): الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج"، مركز الإسكندرية للكتاب، بدون طبعة، الإزاريطة، (2003).

55. Ron Lead et John Mc Eachin; Autisme et A.B.A «Une pédagogie du progrès», Pearson Education France, Paris, (2006).

56. ماجد السيد علي عمارة، "إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، (2005).

57. ماجد السيد علي عمارة، "التوحد"، مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى، القاهرة، (1998).

58. Aurélie Fritsch; Réseau psychologues dans le champ de l'autisme ,Centre de Ressources Autisme, Région Alsace, Pôle Adultes 68, Colmar, le 01 septembre (2008).

59. Association psychiatrique Américaine; Manuel diagnostique des troubles mentaux texte révisé DSM IV- TR, Traduction française par J.D. Guelfi et all , 4^{eme} Edition, Masson, paris, (2003).

60. لورنا وينج، "الاطفال التوحديين، مرشد للآباء"، ترجمة هناء مسلم، الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين، الكويت، (1994).

61. إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، "التوحد الخصائص والعلاج"، دار وائل للطباعة والنشر، بدون طبعة، عمان، (2004).

62. مصطفى أبو المجد سليمان مفضل وخالد سعد سيد محمد، "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين بمدينة قنا"، المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (دون سنة نشر).

63. عمر بن الخطاب خليل، "التشخيص الفارقي بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه، التوحدية، دراسات نفسية، المجلد الثالث، دار النهضة العربية، رابطة الأخصائيين النفسيين، (1991).

64. Jean Benjamine Stora; Le stress, 1^{re} édition, PUF, Paris, (1991).
65. سعد الأمارة، "الضغوط النفسية"، مجلة النبأ، العدد 45، شباط (2001).
66. Lazarus, R. S; Psychological stress and coping process, New York, Mc Graw- Hill, Inc, (1966).
67. عبد الستار إبراهيم ورضوان إبراهيم، "علم النفس أسسه ومعالم دراساته"، مكتبة الأنجلومصرية، الطبعة الثالثة، القاهرة، (2003).
68. Marc Schwob; Le stress, Flammarion, France, (1999).
69. هارون توفيق الرشيد، "الضغوط النفسية طبيعتها، نظرياتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها"، مكتبة الأنجلومصرية، بدون طبعة، القاهرة، (1999).
70. محمد محروس الشناوي، "محمد السيد عبد الرحمن، العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة، (1994).
71. نبيلة بوعافية، "الضغط المهني عند المديرين وعلاقته باستراتيجيات المقاومة وبتقدير الذات"، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر، (2002).
72. ماجد بهاء الدين السيد عبيد، "الضغط النفسي وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، (2008).
73. عبد المنعم الحفني 1، "موسوعة الطب النفسي: الكتاب جامع في الاضطرابات النفسية وأسبابها ونشأتها وطرق علاجها"، دار نوبليس، الطبعة الأولى، المجلد الرابع، بيروت، (2005).
74. سمير شيخاني، "الضغط النفسي: طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، المداواة"، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، بيروت، (2003).
75. محمد السيد عبد الرحمن، "دراسات في الصحة النفسية"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، الجزء الأول، القاهرة، (1998).
76. Carole Wade et Carole Tavis; Introduction à la psychologie: les grands thèmes, Edition ERPI, Québec, (2002).

77. Selye Hans; The stress of life, Mc Graw-Hill Book Company, New York, (1976).
78. بونيسك. إد وسي. ميشيل هيني، "الدليل العملي لإدارة ضغوط الحياة"، مكتبة جرير، الطبعة الأولى، الرياض، (2005).
79. رثيفة رجب عوض، "ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة"، مكتبة النهضة المصرية، بدون طبعة، مصر، (2001).
80. عبد المنعم الحفني 2، "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، دار نوبليس، الطبعة الأولى، المجلد الثالث، بيروت، (2005).
81. هارون توفيق الرشيدى "الضغوط النفسية طبيعتها، نظرياتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها"، مكتبة الأنجلومصرية، بدون طبعة، القاهرة، (1999).
82. Bruchon-Schweitzer, Dantzer – R et al ; Introduction à la psychologie de la santé, Dunod, Paris, (1976).
83. Dentchev Nicolas ; Stratégies de coping et pattern, Revue de médecine – psychosomatique, (1989), 17 -18.
84. Folkman. et Lazarus. R. S; stress appraisal and coping springel, Publishing Company, (1984).
85. Bruchon-Schweitzer. M; Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes, Dunod, Paris, (2002).
86. Paulhan. I, Nuissier. J, Quintard. B ,Cousson gelie. F et Bourgois. M; La mesure du coping, traduction française de Vitaliano, Annales Médico - psychologique, Vol 12 n°5, Paris, (1994), 292 -299.
87. سامر جميل رضوان، "الصحة النفسية"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، (2002).

88. Giroux Jacques et Payette Pier; psychologie et hygiène mentale, Edition du Renouveau pédagogique, Canada, (1967).

89. Bruchon-Schweitzer. M et Dantzer. R; Introduction à la psychologie de la santé, PUF, Paris, (1994).

90. هناء أحمد شويخ، "أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية"، إيتراك للنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة، (2007).

91. فاخر عاقل، "معجم علم النفس"، دار العلم للملايين، بيروت، (1988).

92. عثمان يخلف، "علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة"، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الدوحة، (2001).

93. مصطفى خليل الشرقاوي، "قياس استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة"، الطبعة الأولى، مصر، (1993).

94. شريف مرشدي، "مصادر الضغط المهني واستراتيجيات التعامل (coping) لدى الجراحين"، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر، (2008).

95. دليلة عيطور، "الضغط النفسي الاجتماعي لدى المرضى"، دراسة تحليلية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، (2001).

96. Rascle.Nicole et Irachabal. S; Médiateurs et modérateurs «Implications théoriques et de la psychologie de la santé», In Le Travail Humain, Vol. 64 N° 2, (2001), 97-118.

97. Schweitzer – Bruchon-Marilou et Bruno Quintard personnalité et maladies, (stress coping et ajustement), Dunod , Paris, (2001).

98. حسين علي فايد، "المشكلات النفسية والاجتماعية"، مؤسسة طيبة للتوزيع والنشر، الطبعة الأولى، مصر، (2005).

99. عبد الرحمن سليمان الطريري، "الضغط النفسي، مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته"، مطابع شركة الصفحات الذهبية، بدون طبعة، الرياض، (1994).

100. Lazarus, R.S, Coyen,C. J et Folkman, S; Cognition, Emotion and Motivation, In Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE (eds), Coping and Adoption Basic Books, New York, (1982).
101. Graziani. P et al; Validation Française du questionnaire de coping et thérapie comportementale et cognitive, Vol 8 n° 3, Masson, Paris, (1998).
102. الزياد فتحي مصطفى، "علم النفس المعرفي"، دار النشر للجامعات، الطبعة الأولى، الجزء الثاني، القاهرة، (2001).
103. حسين علي فايد: "دراسات في الصحة النفسية"، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الأولى، الإسكندرية، (2000).
104. عبد المنعم عبد الله حسيب، "مقدمة في الصحة النفسية"، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، القاهرة، (2005).
105. عايدة شكري حسن، "ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات، دراسة مقارنة"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الآداب تخصص علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، (2001).
106. الرشيد بشير وآخرون، "سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية"، مكتبة الإنماء، الطبعة الأولى، الكويت، (2001).
107. Peterson C & Bossio, L.M; Optimisme et santé, Collection changer la vie, Traduit par Barets S, Lattes, J.C. pour l'édition française, (1993).
108. دليلة زناد، "سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لتصفية الدم (الهيموديايز)، دراسة ميدانية من خلال نموذج علم نفس الصحة"، رسالة لنيل دكتوراه الدولة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، (2008).
109. الزروق ف/ز، "دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة"، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، (2009).

110. سامي محمد موسى هاشم، "جودة الحياة لدى المعوقين جسدياً والمسنين وطلاب الجامعة"، جامعة عين شمس، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 13، جامعة عين شمس، (2001)، 125-180.
111. Fallowfield. L; The Quality of life, The Missing Measurement in Health Care, Souvenir Press, London, (1990).
112. Nordenleft. L; Concept and Measurement of Quality of Life, Lenders, Kluwer Academic Publishers, (1994), 241-255.
113. غبريني رشيد، " نوعية الحياة وأثرها على السير النفسي للشرطي الإنتحاري، تناول عيادي"، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، (2011).
114. بدر محمد الأنصاري، "المرجع في اضطرابات الشخصية"، دار الكتاب الحديث، بدون طبعة، الكويت، (2006).
115. Devémy. N, Antonie. p, Grenier. J-L et Beaune; Etude exploratoire des stressseurs relatifs aux maladies somatique chroniques, «identification des dimensions et analyse des liens avec la qualité de vie», France, (2006).
116. محمد السعيد أبو حلاوة، التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، بدون طبعة، الإسكندرية، (1998).
117. بطرس حافظ بطرس، "إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهـم"، دار المسيرة، الطبعة الأولى، الأردن، (2007).
118. محمد محروس الشناوي، "التخلف العقلي: الأسباب – التشخيص – البرامج"، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة، (1997).
119. بوشيل وايدانمان، سكولا بيرنر، " الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة"، ترجمة كريمان بدير، عالم الكتب، الطبعة الأولى، القاهرة، (2004).
120. سيد علي ستار، "البحوث العلمية للماجستير والدكتوراه والبحوث التطبيقية"، خطة البحوث الاستطلاعية، الجزء الثاني، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، (2004).

121. صلاح الدين شروخ، "منهجية البحث العلمي للجامعيين"، دار العلم للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عناية، (2003).
122. فرج عبد القادر طه، "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي"، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، مصر، (2009).
123. عدنان أحمد مسلم وآمال صلاح عبد الرحيم، "دليل الباحث في البحث الاجتماعي"، العبيكان للنشر، الطبعة الأولى، الرياض، (2011).
124. كامل محمد المغربي، "أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة، عمان، (2011).
125. محمد شفيق، "البحث العلمي: الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، بدون طبعة، الإسكندرية، (1998).
126. Colette Chiland; L'entretien Clinique ,Quadrige, PUF, 1^{ere} Edition, (2006).
127. محمد حسن غانم، "مناهج البحث في علم النفس"، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، الإسكندرية، (2004).
128. Quintard. B; Du stress objectif au stress perçu, In Bruchon – Schweitzer et R. Dentzer; Introduction à la psychologie de la santé, chapitre 2, PUF, Paris, (1994), 44 - 46.
129. Cousson-Gelie-F, Bruchon-Schweitzer-Marilou; Breast cancer, Coping and quality of life, A semi-prospective study. Health psychology: objectives and models, European review of applied psychology, France, vol 50, N°3, (2000), 315 - 320.
130. أسماء خرخاش، "وجهة مركز التحكم ونوع إستراتيجية التعامل أمام الضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصدمي، جامعة الجزائر، (2010).

131. Graziani. p et Swendson. J; Le stress: émotion et stratégies d'adaptation, Sejer, NATHAN.
132. Rasclé Nicole et Bruchon-Schweitzer; Testing the mediating role of appraised stress and coping strategies on employed adjustment in a context of job mobility, Health psychology, objectives and models, European review of applied psychology, Vol 50, N° 3, (2000), 301 – 307.

الملاحق

الملحق رقم 01

دليل المقابلة

معلومات عامة:

1. عن الطفل:

الجنس:

السن:

2. عن الأم:

السن:

المستوى التعليمي:

3. المستوى الاقتصادي للأسرة: ☐ منخفض جدا ☐ منخفض ☐

متوسط ☐ حسن ☐ جيد ☐

المحور الأول: ظروف الحمل و الولادة

1. طبيعة الحمل و ظروفه:

مرغوب ☐ غير مرغوب ☐ تخلله مشاكل ☐ طبيعي ☐

2. ظروف الولادة و الحالة الصحية للطفل:

طبيعية ☐ عسيرة ☐ قيصرية ☐
مولود طبيعي ☐ مولود غير طبيعي ☐

المحور الثاني: ظروف اكتشاف المرض

1. متى و كيف أحسست أن ابنك غير عادي؟.....
2. ما هي الأعراض و السلوكيات التي ولدت لديك ذلك الإحساس؟.....
3. ماذا فعلت حينئذ؟.....
4. متى و أين تلقيت خبر مرض ابنك؟.....
5. من الذي أخبرك، و كيف تم ذلك؟.....
6. ما هو إحساسك عند تلقي الخبر؟.....
7. ماذا فعلت بعد ذلك؟.....

المحور الثالث: حياة الأسرة في ظل المرض

1. ما هو موقف الزوج من مرض ابنك؟.....
2. ما هي الطريقة التي تتبعينها في رعايته؟ قسوة ☐ حماية زائدة ☐ نبذ ☐ تقبل ☐
3. هل أثرت رعايته على رعاية باقي الإخوة؟ نعم ☐ لا ☐
- إذا كان نعم كيف ذلك؟.....
4. هل يرافقك ابنك عندما تزورين الأهل؟ نعم ☐ لا ☐
5. هل يختلف الأمر لديك لو اختلفت مرتبته بين الإخوة أو جنسه؟ نعم ☐ لا ☐
- لماذا؟.....
6. هل يلبي زوجك حاجياته بدلا منك؟ نعم ☐ لا ☐
7. هل تلقيتم مساعدات مادية أو معنوية من المحيطين (الأصدقاء، الجيران، الأقارب...)؟ نعم ☐ لا ☐
- ممن؟.....
8. هل لديك رغبة في الإنجاب الآن؟ نعم ☐ لا ☐
- لماذا.....

المحور الرابع: الكفالة النفسية للطفل و إدماجه في المؤسسات المتخصصة

1. كيف تم التحاق الطفل بالمركز أو المؤسسة؟.....
.....
2. كم كان عمره آنذاك؟.....
.....
3. هل لاحظت عليه تحسنا بعد ذلك؟.....
.....
4. هل تراودك مشاعر التفكير في مستقبل ابنك؟.....
.....
5. بعد التحاق ابنك بالمركز كيف هي حالتك النفسية؟.....
.....
6. هل طرأ تغير على الجانب الشخصي و الاجتماعي من حياتك؟ نعم ☐ لا ☐
كيف ذلك؟.....

الملحق رقم 02

مقياس ملمح نوعية الحياة الذاتية

التعليمة: اختاري سيدتي المحترمة الإجابة الصحيحة بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

1. فيما يخص علاقاتك مع زملائك:

هذا الذي تعيشينه:	أنت عن هذا الموضوع:	هذا يأخذ في حياتك مكانة:
☐ - بعيد جدا عما تحببته	☐ - راضية تماما	☐ - جد هامة.
☐ - بعيد عما تحببته	☐ - راضية	☐ - هامة.
☐ - بعيد نوعا ما عما تحببته	☐ - غير راضية	☐ - هامة بعض الشيء
☐ - قريب نوعا ما مما تحببته	☐ - غير راضية تماما	☐ - بدون أية أهمية
☐ - قريب مما تحببته		
☐ - قريب جدا مما تحببته		

2. فيما يخص علاقاتك مع أفراد أسرتك:

هذا الذي تعيشينه:	أنت عن هذا الموضوع:	هذا يأخذ في حياتك مكانة:
☐ - بعيد جدا عما تحببته	☐ - راضية تماما	☐ - جد هامة.
☐ - بعيد عما تحببته	☐ - راضية	☐ - هامة.
☐ - بعيد نوعا ما عما تحببته	☐ - غير راضية	☐ - هامة بعض الشيء
☐ - قريب نوعا ما مما تحببته	☐ - غير راضية تماما	☐ - بدون أية أهمية
☐ - قريب مما تحببته		
☐ - قريب جدا مما تحببته		

3. فيما يخص عملك:

هذا الذي تعيشينه:	أنت عن هذا الموضوع:	هذا يأخذ في حياتك مكانة:
☐ - بعيد جدا عما تحببته	☐ - راضية تماما	☐ - جد هامة.
☐ - بعيد عما تحببته	☐ - راضية	☐ - هامة.

- ☐ - بعيد نوعا ما عما تحببه ☐ - غير راضية ☐ - هامة بعض الشيء
☐ - قريب نوعا ما مما تحببه ☐ - غير راضية تماما ☐ - بدون أية أهمية
☐ - قريب مما تحببه
☐ - قريب جدا مما تحببه

4. فيما يخص حالتك الجسدية:

تشعرين بها و كأنها: أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- ☐ - جد مؤلمة و متعبة ☐ - راضية تماما ☐ - جد هامة.
☐ - مؤلمة و متعبة ☐ - راضية ☐ - هامة.
☐ - مؤلمة و متعبة نوعا ما ☐ - غير راضية ☐ - هامة بعض الشيء
☐ - مرضية و مقبولة نوعا ما ☐ - غير راضية تماما ☐ - بدون أية أهمية
☐ - مرضية و مقبولة
☐ - جد مرضية و مقبولة
☐ - لا تنثير شعورا

5. فيما يخص حياتك الجنسية:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- ☐ - راضية تماما ☐ - جد هامة.
☐ - راضية ☐ - هامة.
☐ - غير راضية ☐ - هامة بعض الشيء
☐ - غير راضية تماما ☐ - بدون أية أهمية

6. فيما يخص نومك:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- ☐ - راضية تماما ☐ - جد هامة.
☐ - راضية ☐ - هامة.

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|
| ☐ | - هامة بعض الشيء | ☐ | - غير راضية |
| ☐ | - بدون أية أهمية | ☐ | - غير راضية تماما |

7. فيما يخص تغذيتك:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| ☐ | - راضية تماما | ☐ | - جد هامة. |
| ☐ | - راضية | ☐ | - هامة. |
| ☐ | - غير راضية | ☐ | - هامة بعض الشيء |
| ☐ | - غير راضية تماما | ☐ | - بدون أية أهمية |

8. فيما يخص مداخلك، المال الذي تحت تصرفك:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| ☐ | - راضية تماما | ☐ | - جد هامة. |
| ☐ | - راضية | ☐ | - هامة. |
| ☐ | - غير راضية | ☐ | - هامة بعض الشيء |
| ☐ | - غير راضية تماما | ☐ | - بدون أية أهمية |

9. فيما يخص أوقات فراغك و عطلك:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| ☐ | - راضية تماما | ☐ | - جد هامة. |
| ☐ | - راضية | ☐ | - هامة. |
| ☐ | - غير راضية | ☐ | - هامة بعض الشيء |
| ☐ | - غير راضية تماما | ☐ | - بدون أية أهمية |

10. فيما يخص العمل الذي تقوم به كنشاط شخصي إبداعي أو فني:

أنت عن هذا الموضوع: هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|
| ☐ | - راضية تماما | ☐ | - جد هامة |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------|

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|
| ☐ | - هامة | ☐ | - راضية |
| ☐ | - هامة بعض الشيء | ☐ | - غير راضية |
| ☐ | - بدون أية أهمية | ☐ | - غير راضية تماما |

11. فيما يخص قدراتك الفكرية (الذهنية):

- | <u>هذا الذي تعيشينه:</u> | <u>أنت عن هذا الموضوع:</u> | <u>هذا يأخذ في حياتك مكانة:</u> |
|--|--|---|
| ☐ - بعيد جدا عما تحببته | ☐ - راضية تماما | ☐ - جد هامة |
| ☐ - بعيد عما تحببته | ☐ - راضية | ☐ - هامة |
| ☐ - بعيد نوعا ما عما تحببه | ☐ - غير راضية | ☐ - هامة بعض الشيء |
| ☐ - قريب نوعا ما مما تحببته | ☐ - غير راضية تماما | ☐ - بدون أية أهمية |
| ☐ - قريب مما تحببته | | |
| ☐ - قريب جدا مما تحببته | | |

12. فيما يخص التقدير الذي تحمله عن نفسك:

- | <u>هذا الذي تعيشينه:</u> | <u>أنت عن هذا الموضوع:</u> | <u>هذا يأخذ في حياتك مكانة:</u> |
|--|--|---|
| ☐ - بعيد جدا عما تحببته | ☐ - راضية تماما | ☐ - جد هامة |
| ☐ - بعيد عما تحببته | ☐ - راضية | ☐ - هامة |
| ☐ - بعيد نوعا ما عما تحببه | ☐ - غير راضية | ☐ - هامة بعض الشيء |
| ☐ - قريب نوعا ما مما تحببته | ☐ - غير راضية تماما | ☐ - بدون أية أهمية |
| ☐ - قريب مما تحببته | | |
| ☐ - قريب جدا مما تحببته | | |

13. فيما يخص حياتك الداخلية، الشخصية (فكر، تأمل، قراءات، حس فني، صلاة...):

- | <u>هذا الذي تعيشينه:</u> | <u>أنت عن هذا الموضوع:</u> | <u>هذا يأخذ في حياتك مكانة:</u> |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ - بعيد جدا عما تحببته | ☐ - راضية تماما | ☐ - جد هامة |

- ☐ - بعيد عما تحببته ☐ - راضية ☐ - هامة ☐
☐ - بعيد نوعا ما عما تحببه ☐ - غير راضية ☐ - هامة بعض الشيء ☐
☐ - قريب نوعا ما مما تحببته ☐ - غير راضية تماما ☐ - بدون أية أهمية ☐
☐ - قريب مما تحببته ☐
☐ - قريب جدا مما تحببته ☐

14. فيما يخص حياتك بصفة عامة:

أنت عن هذا الموضوع:

- ☐ - راضية تماما
☐ - راضية
☐ - غير راضية
☐ - غير راضية تماما

15. هل ترى شيئا آخر لديه أهمية بالنسبة لك و لم نذكره لحد الآن؟

- ☐ لا ☐ - نعم

في حالة نعم ما هو هذا الشيء؟:.....

.....

أنت عن هذا الموضوع:

هذا يأخذ في حياتك مكانة:

- ☐ - راضية تماما ☐ - جد هامة
☐ - راضية ☐ - هامة
☐ - غير راضية ☐ - هامة بعض الشيء
☐ - غير راضية تماما ☐ - بدون أية أهمية

الملحق رقم 03

مقياس الضغط المدرك لـ PSS 14 (1988)Cohen el al

التعليمات:

- 1- أسئلة مختلفة ستطرح عليك الآن، تتعلق بإحساسك وأفكارك خلال الشهر الماضي، في كل مرة سيطلب منك الإشارة إلى ما شعرت به في الشهر الماضي.
- 2- حتى وإن كانت بعض الأسئلة متقاربة إلا أن هناك اختلافات بينها، وكل سؤال يجب اعتباره كسؤال مستقل عن الآخر. وأفضل إجابة هي الإجابة بسرعة قدر الإمكان ولا تحاولي حساب عدد المرات التي شعرت فيها بإحساس أو بآخر، ولكن أشيري فقط إلى الإجابة التي تبدو لك أقرب إلى الواقع من بين الاختيارات الخمسة الآتية: 1. إطلاقاً، 2. نادراً، 3. أحياناً، 4. غالباً، 5. دوماً.
- 3- ضعي العلامة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك في الجدول التالي:

دوما	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً	في خلال الشهر الماضي كم مرة
					1. تعرضت لانزعاج لم تكوني تتوقعينه من قبل؟
					2. كان من الصعب السيطرة على الأشياء المهمة في حياتك؟
					3. شعرت بأنك منزعة، ومتوترة؟
					4. واجهت بنجاح المشاكل الصغيرة والانشغالات اليومية؟
					5. شعرت بأنك تواجهين بفعالية التغيرات المهمة التي تطرأ على حياتك؟
					6. شعرت بالثقة في قدراتك على حل مشاكلك الخاصة؟
					7. شعرت بأن الأمور تسير كما تريدين؟
					8. فكرت بأنك لا تستطيعين القيام بكل الأشياء التي يجب فعلها؟
					9. كنت قادرة على التحكم في عصبيتك؟
					10. شعرت بأنك تسيطرين على الوضع؟
					11. شعرت بالغضب لأن الأحداث تخرج عن سيطرتك؟
					12. هناك أشياء من المفروض أن تقومي بها على أحسن وجه؟
					13. استطعت التحكم في الكيفية التي تمضين بها وقتك؟
					14. وجدت أن الصعوبات تتراكم عليك لدرجة أنك لا تستطيعين السيطرة عليها؟

الملحق رقم 04

مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان وآخرون

التعليمات:

1- صفني موقفا ضاغطا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسك بالأخص أو أزعجك).

.....

.....

2- حددي شدة الانزعاج والضغط الذي سببه لك هذا الموقف.

مرتفع ☐ متوسط ☐ منخفض ☐

3- أشر (ي) بالعلامة (x) إلى الإستراتيجيات الموائية إن كنت قد استعملتها أم لم تستعملها في المواجهة في الخانة المناسبة

الرقم	البند	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
1	وضعت خطة و اتبعتها				
2	تمنيت لو كنت أكثر قوة و تفاؤلا و حسما				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت لتحقيق ما أردته				
5	تغيرت إلى الأحسن				
6	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
7	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
8	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل				
9	ركزت على جانب إيجابي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حدثت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية				

13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام			
14	أنبت نفسي			
15	احتفظت بمشاعري لنفسي			
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف			
17	جلست و تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه			
18	حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي			
19	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا			
20	أدركت بأنني سبب المشاكل			
21	حاولت عدم البقاء وحدي			
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن			
23	قبلت عطف وتفهم شخص			
24	وجدت حلا أو حلين لمشكلة			
25	حاولت نسيان كل شيء			
26	تمنيت لو استطعت تغيير موقعي			
27	عرفت ما ينبغي القيام به و ضاعفت مجهوداتي و بذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد			
28	عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل			
29	نقدت نفسي أو وبختها			

الملحق رقم 05

يقول التوحديون على لسان سينكلير (1994)

- نحن بحاجة إليكم.
- حاجة إلى مساعدتكم وتفهمكم.
- عالمكم غير مفتوح جداً لنا ، ونشعر بأنكم منغلزون على أنفسكم.
- لا نستطيع التقدم دون دعمكم .
- نعم، هناك مأساة تأتي مع التوحد ،ليس لما نحن عليه ،ولكن بسبب الأشياء التي تحدث لنا .
- نحن حزينون بسبب هذه الأشياء ،ولكن إذا أردتم أن تكونوا حزينين على شيء ما ،فبدلاً من الشعور بالحزن اغضبوا من هذا الشيء .
- قوموا بعمل شيء من أجلنا .
- تكمن المأساة في عالمكم لأنه ليس فيه مكان لنا .
- كيف يمكن للآخر أن يتغير ،طالما أن آباءنا حزانى لأنهم أنجبونا إلى هذا العالم ؟
- نيابة عنا ،نتمنى أن تمتلكوا صوتاً قوياً و الكثير من الشجاعة ،وفي المقابل ،فنحن نقدم صوتنا القوي و شجاعتنا ،ومع بعضنا البعض ،يمكننا أن نجد وسائل خلاقة وأخلاقية لجعل التوحد يجد عالماً أفضل لكم ولنا ،وعندما تكون إلى جانبنا ،سوف نتعلم كيف نصل إلى السماء،كل ما نحتاجه منكم هو التعزيز .

ما هو التوحد؟...

وقد كتبت أوليسيا باث و التي تبلغ من العمر 12 عاماً ، شقيقة لطفل توحدي ،كلمات مغناة ،عبرت فيها عن خواطرها حول التوحد:

إذا ما سألك أحد ما يعينه التوحد؟

ماذا تقول؟

"إعاقه"؟

قال أحدهم :

"عدم القدرة على الرقص أو الغناء أو اللعب ،".....؟

هل هذا صحيح؟

أقول لك :

أم تراك نسيت؟

إن التوحد ليس بهذه السهولة التي تعتقدها

إذا ما سألك أحد ما يعنيه التوحد؟

ماذا ستقول؟

"إنه الدماغ،

قال أحدكم :

"إنه لا يعمل بشكل جيد،"

ولكن هذا ليس صحيحاً

فأنا أقول لك :

مع أن دماغهم ليس كدماغنا

إلا أنه يعمل بشكل جيد

ويجعلهم متفردين

ويستطيعون القيام بأي شيء من خلال قوتهم

لدينا روتين في حياتنا

يأخذونه منا في النهار

فإذا سألك أحد ما يعنيه التوحيد؟

ماذا ستقول؟

الملحق رقم 06

قائمة الأساتذة المحكمين للمقاييس المستخدمة في الدراسة

الرقم	التخصص	الدرجة العلمية	الوظيفة
01	علم النفس العيادي	دكتوراه	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر - 2 -
02	علم النفس العيادي	دكتوراه	أستاذ محاضر بجامعة سعد دحلب - البليدة -
03	علم النفس العيادي	ماجستير	أستاذ مؤقت بجامعة الجزائر - 2 -
04	التربية الخاصة ومشكلات التعلم	دكتوراه	الجامعة الأردنية
05	الصحة النفسية	دكتوراه	الجامعة المصرية
06	علم النفس المدرسي	ماجستير	أستاذ مساعد بجامعة الجزائر - 2 -
07	علم النفس الاجتماعي	دكتوراه	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر - 2 -

