وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي في علوم التربية

تخصص: تربية خاصة

إعداد الطالبتان:

بن عبد الله رميصاء

العايب بثينة

اشراف الاستاذ

سواكر رشيد

نوقشت المذكرة علنا يوم: 2023/06/06.

أمام اللجنة المكونة من الاساتذة:

اللجنة	الرتبة	الجامعة	الصفة
قدوري خليفة	أستاذ محاضر – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر	رئيسا
سواكر رشيد	أستاذ محاضر – أ -	جامعة الشهيد حمة لخضر	مشرفا ومقررا
حوامدي الساسي	أستاذ محاضر – ب-	جامعة الشهيد حمة لخضر	ممتحنا

السنة الجامعية: 2023/2022

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات والله بما تعملون خبير

سورة المجادلة الآية (11)

الإهداء

لحمد لله الذي وفقني لتثمين هذه اخطوة في مسيرتي الدراسية بمذكرتي

هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضله تعالى مهداة إلى من قال فيهم المولى عز

وجل: وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر

أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريماً

فخرا وشرفا أعتز بها فوق الواجب أهدي إلى بهجة القلب وهبة الرب وكمال

الود، إلى التي تعبت لأرتاح وسهرت لأنام وحلمت لأنال، إلى الشمس التي

تضيء صباحي والقمر الذي ينير ليا أمي الحنونة سليمة"

إلى من جرع الكأس فارغا ليسقني قطرة الحب، إلى من كلت أنامله ليقدم لي

لحظة سعادة، إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم إلى

القلب الكبير "أبي العزيز العربي"

إلى سندي وقوتي وملاذي بعد الله من وقفو معي دائماً وكانو لي سندي

بالحياة...الذين لن ولم يقف احد بيننا اخوتي واخواتي وزوجاتهم وأولادهم

إلى رفيق دربي الذي كان داعماً معنويا ومساندا لي خطيبي

رياض إلى أختي وشريكتي فالتخرج رميصاء من كانت خطوتها بألفي خطوة

إلى رفقاء الدرب القريبين من القلب والداعمين والمساندين في السراء، إلى

من كانو لي سندا على نوائب الدهر

أدامكم الله لي.

بثينة

الاهداء

وصلت رحلتي الجامعية إلى نهايتها بعد تعب ومشقة.

وها أنا ذا أختم بحث تخرجي بكل همة ونشاط. وأمتن لكل من كان له فضل

في سيرتي، وساعني ولو باليسير،

إلى من أفضلها على نفسي ولما لا لقد ضحت من أجلي، ولم تدخر

جهدا في سبيل إسعادي على الدوام رحمها الله

(أمي العزيزة صليحة)

نسير في دروب الحياة، ويبقى من يسيطر على أذهاننا في كل مسلك

نسلكه. صاحب الوجه الطيب والأفعال الحسنة، فلم يبخل علي طيلة

حياته (والدي العزيز ميلود)

إلى اخواتي وأخي العزيز الوحيد وزوجته كل الحب والشكر على

الوقوف بجانبي ومساندتي في الحياة

الى رفيق دربي في الحياة ونصفي الثاني الساكن قلبي زوجي

العزيز "عبدو جابر "على مساندته لي في مشواري الدراسي

الى اختي الثانية وصديقتي في مشواري الجامعي بثينه التي

كانت خير صديقة

والى جميع صديقاتي رفقاء المشوار المساندين في السراء والضراء

ادامكم الله ليا جميعا.

رميصاء.

شكر وتقدير

هو اهداء لكل أطفال التوحد في جميع أنحاء العالم ولكل أمهات اطفال التوحد

الصابرين الشاكرين...ولعائلاتهم المحبة لهم الى كل تلك القلوب البريئة الجميلة والرحيمة

ونوجه الشكر للدكتور" رشيد سواكر" المشرف على هذه المذكرة الذي حضينا باشرافه

ولما بذله معنا من جهد وما اسداه لنا من نصح وتوجيه شديد بأسلوب راقي ومتواضع وخلق رفيع ولم يبخل علينا بنصائحه اطلاقا فجزاه الله خير جزاء

كما نوجه الشكر الى الوالدين الذين قدموا لنا الدعم والمساندة طوال المسار الدراسي

اطال الله اعمارهم وحفظهم لنا تاج فوق رؤوسنا.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على مستوى الضغط النفسي الموجود لدى أمهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المدمجين في الصف العادي وذلك انطلاقا من الاشكالية الاتية:

ما مستوى الضغط النفسي الموجود لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المدمجين في الصف العادي؟

وتفرع منها التساؤل الفرعي الاتي:

- هل توجد فروق في الضغط النفسي بين الام العاملة والأم الماكثة في البيت؟

ولتحقيق الاهداف المذكورة اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الاستكشافي ، وذلك باستخدام مقياس ادراك الضغط للفنستاين (1993)، على عينة قوامها (66) أم من أمهات اطفال طيف التوحد واللاتي يتواجد أبنائهن في المدارس العادية بمدينة الوادي، وبعد جمع البيانات ومعالجتها احصائيا بالاستعانة ببرنامج (spss)، توصلت الدراسة الى النتائج الاتية:

- مستوى الضغط النفسي متوسط لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المدمجين في الصف العادي
- أنه لا توجد فروق في درجات الضغط النفسي بين الأم العاملة والأم الماكثة في البيت.

Abstract:

The current study aims to identify the level of psychological stress found among mothers of children with autism spectrum disorder who are integrated in the regular class, based on the following problem:

What is the level of psychological stress found among the mothers of children with autism spectrum disorder who are integrated in the regular class?

The following sub-question is derived from it:

• Are there differences in psychological stress between the working mother and the mother staying at home?

To achieve the aforementioned objectives, the study relied on the exploratory descriptive approach, using the pressure perception scale of Feinstein (1993), on a sample of (66).mothers of autistic children whose children are in regular schools in Al-Wadi city, and after data collection and statistical processing using the (spss) program, The study reached the following results:

• The level of psychological stress is average among mothers of children with autism spectrum disorder who are integrated in the regular class

• There are no differences in the degrees of psychological stress between working mothers and mothers staying at home.

فهرس المحتويات

الإهداء ..... أ

شكر وتقدير ..... ج

ملخص الدراسة: ..... د

فهرس المحتويات ..... و

فهرس الجداول ..... ط

مقدمة **11**

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية: 14

2. أهداف الدراسة: 15

3. أهمية الدراسة: 15

4. المفاهيم الاجرائية للدراسة: 16

5.الدراسات السابقة: 16

الجانب النظري

الفصل الأول: الضغط النفسي

تمهيد: 21

أولا: نشأة الضغط النفسي 21

ثانيا: تعريف الضغط النفسي 22

ثالثا: أنواع الضغط النفسي 24

رابعا: أسباب الضغط النفسي 25

خامسا: أعراض الضغط النفسي 25

سادسا: النظريات المفسرة لضغط النفسي 26

سابعا: أدوات قياس الضغط النفسي 28
ثامنا: استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي 28
تاسعا: علاج الضغط النفسي 29
خلاصة الفصل: 33

الفصل الثاني: التوحد ودمج أطفال التوحد

تمهيد: 35
أولا: التوحد 35
1- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد: 35
2- تعريف التوحد: 37
3-نسب انتشار التوحد: 38
4-أعراض التوحد: 39
5-أسباب التوحد: 42
6-النظريات المفسرة للتوحد: 50
7-أنواع التوحد: 53
8-أدوات تشخيص وقياس التوحد: 53
9-البرامج العلاجية والتربوية للتوحد: 55
10-تكيف الأسرة مع التوحد: 61
ثانيا: الدمج 62
1-تعليم أطفال التوحد: 62
2-طرق دمج أطفال التوحد: 63
3-شروط دمج أطفال التوحد: 63
4-استراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد من ذوي الأداء المنخفض: 67
5-الصعوبات التي تواجه عملية دمج أطفال ذو اضطراب التوحد: 68
خلاصة الفصل: 70

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد: 73

أولا: الدراسة الاستطلاعية: 73

ثانيا: منهج الدراسة: 73

ثالثا: مجتمع الدراسة: 74

رابعا: عينة الدراسة: 74

خامسا: حدود الدراسة: 74

سادسا: أدوات الدراسة: 75

سابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: 78

خلاصة الفصل: 79

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد 81

1-عرض ومناقشة نتيجة التساؤل العام للدراسة 81

2-عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الفرعية: 84

الاستنتاج العام: 86

الخاتمة 87

قائمة المصادر والمراجع 89

الملاحق 93

فهرس الجداول

الجدول رقم (01): يوضح عملية تنقيط كل بند..... 76
الجدول رقم (02): يمثل حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية: 77
الجدول رقم (03): يمثل حساب الثبات بطريقة التناسق الداخلي للبنود 77
الجدول رقم (04): يمثل حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية: 78
الجدول رقم (05): يبين الكشف عن فروق بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لأفراد العينة. 81
الجدول رقم (06): حساب تكرارات درجات الافراد حسب الفئات 83
الجدول رقم (05) يمثل الفروق في درجات الضغط الضغط النفسي بين الام العاملة والام الماكثة فالبيت: 84

مقدمة

مقدمة

استنادا الى الحكمة الربانية والى دين الفطرة السليمة على حد تعبير الامام الغزالي فان الانسان منذ خلق وعلى مر الازمان يكابد شتى الضغوطات النفسية والمتاعب والاحزان والهموم كما قال تعالي في كتابه" ولقد خلقنا الانسان في كبد" سورة البلد الاية: 04

إن الضغوط النفسية أصبحت في عصرنا الراهن سمة أساسية، نظرا لما يتميز به من تطورات وتغيرات معقدة وأمراض فهي تشمل العديد من المواضيع والاشياء التربوية، الدراسية، المهنية، الاسرية، والصحية،...وغيرها والتي تولد صعوبة كبيرة ونوعا من العجز في مواجهتها والتعامل معها بإيجابية.

ولئن الضغوطات النفسية قضية العصر في كل المجتمعات، وتمس كل شرائحه، الا أن شريحة أمهات الاطفال التوحديين من أكثر الشرائح حساسية وعدمه للإصابة بها

وفي هذا فقد أشارت الدراسات ان معايشة الضغوط تؤثر سلبا على صحة الافراد، وبتالي تساهم في تطوير جميع الاعراض المرضية، فأحداث الحياة الضاغطة والمستمرة تستنفذ طاقة الفرد وقدراته على التكيف، وتعرضه للإجهاد، والذي عادة ما يكون نقطة بداية المرض النفسي.

وذا تناولنا فئة الامومة (الام) خاصة ام الطفل التوحدي، فإنها غالبا ما تواجه ازمات نفسية حادة فإصابة طفل توحد في الاسرة يعتبر من اعقد الاعاقات واصعبها لما تتسم به من الانغلاق والنمطية ولما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر، وهذا ما يجعل الام في حيرة دائمة بين المسؤوليات الموجودة على عاتقها وبين الاهتمام الزائد بابنها واضطرارها في الكثير من الاحيان الى التنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع التوافق الاسري

وكان الهدف الاسمى والاساسي من هذه الدراسة هو معرفة نسبة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال المصابين بالتوحد. وعليه قسم البحث الى جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي. الجانب النظري قسم الى ثلاثة فصول، حيث تطرقنا في الفصل التمهيدي الى: اشكالية البحث وفرضياته، أسباب اختيار الموضوع، أهمية وأهداف الدراسة والدراسات السابقة.

أما الفصل الأول فقد تم التركيز فيه عن الضغط النفسي، اذ تعرضنا الى نشأة وتطور الضغط النفسي، مفهومه، مصادره، أنواعه، اعراضه، اثاره، وعلاجه.

أما الفصل الثاني: فقد تم التركيز فيه عن الضعط النفسي، اذا تعرضنا الى نشأة وتطور الضغط النفسي، تعريفه، أنواعه، اسبابه، اعراضه، النظريات المفسرة له، أدوات قياسه، استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، علاجه.

أما الفصل الثالث: فقد قمنا بالتركيز أولا على التوحد، حيث تناولنا فيه تعريف التوحد، نسبة انتشاره، أعراضه، أسبابه، نظرياته، أنواعه وأدوات تشخيصه وقياسه، وعلاجه' وتكيف الاسرة مع طفلهم التوحدي.

كذلك تطرقنا ثانيا الى دمج أطفال التوحد من خلال طرق تدريسهم وشروط تعليمهم، الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي اضطراب التوحد، والصعوبات التي تواجههم في عملية التعليم.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد قسم الى فصلين:

الفصل الرابع: تناولنا فيه الجانب المنهجي الذي يضم: منهج البحث، عينة البحث، الحدود الزمنية والمكانية، أدوات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الاساليب الاحصائية المستخدمة.

أما الفصل الخامس والاخير فيتضمن: عرض ومناقشة النتائج وتحليلها.

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. اشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة
6. الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

الإنسان بطبعه معرّض على مَدار حياته لضغوطات نفسية متعددة، تتسبب فيها أنواع مختلفة من المشاكل الاجتماعية والبدنية والمهنية والدراسية وحتى الأسرية، وهذه الضغوطات تسمح للإنسان بأن يظل في حالة نشاط وتقدّم دائمَين، كما قد يحقق بفضلها مستوى ملائما من التوافق الشخصي والاجتماعي، كما أن المستويات الحادة والمزمنة من هذه الضغوطات تنطوي على العديد من النتائج المعرفية والسلوكية، وحتى البدنية، والسلبية.

ولأن آثار هذه الضغوط النفسية واضحة في حياة الفرد والمجتمع، فقد لاقت –بأنواعها المختلفة–اهتماما كبيرا من قِبل المختصين في مجال علوم التربية وعلم النفس، خاصة الضغوط التي تخص الأسر التي تمتلك أطفالا مصابين بالتوحد.

فنجد الكثير من العلماء منذ أواخر القرن الثامن عشر وحتى الآن اهتموا بمفهوم الضغط النفسي وتفسيره ودراسة وتحليل مسبباته وغيرها... ومن أبرز هؤلاء العلماء نذكر "سيلاي" الذي يُعتبر الأب الحقيقي لنظرية الضغط النفسي، وقد رأى أن مصدره ليس ذا أهمية إذا كانت الاستجابة هي نفسها لجميع المصادر، كما نجد أيضا "برنارد" الذي تحدث عن الطرق التي تجعل الحياة أسهل وأبسط بعيدا عن الضغط النفسي، و"كانون" الذي يُعَدّ أول من استخدم مفهوم الضغط النفسي على أساس أنه ناتج عن الخبرات الإنسانية.

وتعود الاختلافات في ضبط مفهوم الضغط النفسي إلى اختلاف اهتمامات الباحثين وزاوية النظر لهذا الموضوع، فهناك عدد من الباحثين ركزوا على المثير أو المنبه في تعريفهم للضغط النفسي مثل: هولمز، الغرير، أبو سعد وفاروق السيد... في حين عرّف البعض الآخر الضغط النفسي استنادا إلى نتائجه، مثل آراء سيلاي، كريتنر، طه وسلامة عبد العظيم، عبد الجبار والقحطاني، عبد الله وأبو سخيلة... أما الفئة الثالثة من الباحثين فتميل إلى الاهتمام بتقييم الفرد للأحداث كلازاروس، دافيدوف، شايلي تايلور... وعلى العموم يمكن أن نعرّف الضغط النفسي بأنه حالة من الشدة النفسية والجسدية تنشأ عند مواجهة حدث أو موقف تفوق متطلباته إمكانيات الفرد وقدراته التوافقية.

وفي مجتمعاتنا ينظر إلى المولود بأنه هبة سماوية تكلل الحياة بالسعادة، ولكن تصاب المرأة بالطامة الكبرى عند ولادة طفل توحدي حيث ينقلب شعورها بالإنجاز إلى شعور بالخوف وخيبة الأمل وتشعر بالذنب من أن هذا الطفل عقاب من الله على ذنب قد ارتكبته وينتابها القلق والخجل من النظر في عيون الناس. وتعبر هذه المشاعر عن مدى الضغط النفسي الذي تتعرض إليه أم التوحدي، ويزداد الشعور كلما رأت طفلها التوحدي يكبر أمام عينها ويزيد

من إحساسها بالعجز أمام مسؤولياته ومتطلباته، خاصة وأنها لا تجد من حولها من يساعدها ويسهل عليها ويعلمها الطريقة الأفضل في تربيته إلى أن يصل إلى أكثر المراحل صعوبة وضغطًا وهي دخول الطفل للمدرسة فتصبح الأم في ضغط وقلق كبير وهي كيف يتعلم ابنها في المدرسة ويكون مستوى تعليمة جيد.

ولأهمية هذا الموضوع على الأسر، أوجب البحث والتقصي فيه، وبناءً على ذلك يمكن صياغة تساؤل الدراسة كالتالي:

- ما مستوى الضغط النفسي الموجود لدى أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي؟

وتحت هذه التساؤل الرئيسي يمكننا طرح تساؤل جزئي كما يلي:

- هل توجد فروق في درجات الضغط النفسي الموجود لدى الأم الماكثة في البيت والعاملة؟

2. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن مستوى الضغط النفسي الموجود لدى أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي
- الكشف عن الفروق في درجات الضغط النفسي الموجود لدى الأم الماكثة في البيت والأم العاملة

3. أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية يمكن إيجازها في ما يلي:

- إثراء البحث العلمي، فنتائج هذه الدراسة يعتبر إضافة جديدة إلى المجال العلمي في الميدان النفسي والاجتماعي والتربوي
- لفت انتباه القطاع التربوي من أجل العناية والاهتمام بهؤلاء التلاميذ
- توفر هذه الدراسة مقياسًا يقيس مستوى الضغوط النفسية التي تتعرض إليها أمهات الأطفال من ذوي التوحد.
- تسليط الضوء على ما تتعرض إليه أمهات أطفال التوحد من ضغوط، مما يؤكد حاجة هؤلاء الأمهات إلى اكتساب مهارات تساعدهن على التخفيف من هذه الضغوط أثناء تمدرس الأبناء.

4. المفاهيم الاجرائية للدراسة:

- **الضغط النفسي:** هو حالة غير طبيعية تصيب الإنسان من مشاكل وضغوطات وأحداث سيئة التي يواجهها في حياته اليومية، والتي تسبب له توتر وقلق وعدم الاتزان الداخلي والخارجي.
- **التوحد:** هو اضطراب نمائي شامل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة، التي تتضمن اضطراب التوحد، متلازمة إسبرجر، متلازمة ريت، اضطراب التفكك أو الانحلال الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.
- **أمهات أطفال التوحد:** وهن الأمهات اللواتي لديهم ابن توحدي متمدرس بالمدارس الابتدائية
- **أطفال التوحديون: وهم** الأفراد التوحديون المتواجدون في المدارس الابتدائية، والذين تتراوح أعمارهم بين 6 ـ 12 سنة، وقد تم تشخيصهم من قبل مجموعة من الأخصائيين.
- **الأطفال المدمجين: وهم** أطفال من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يدرسون في المدرسة العادية في صف عادي.

5.الدراسات السابقة:

- **دراسة إيوا بسيلا (1999): بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة)**، تكونت عينة الدراسة من (25) أم طفل مصاب بالتوحد و(25) أم طفل مصاب بمتلازمة داون حيث تراوحت أعمار الأمهات ما بين (26 إلى 20 سنة). واستخدمت الدراسة استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة ومقياس الضغط النفسي لدى العائلة QRS من إعداد (1987 Holryuod) أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج الآتية: الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر منه عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد (30) شهرا بعد الولادة وغموض مآل الإصابة، وأهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون هي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن، وأهم مصادر الضغط لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن، وهناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التبعية لصالح الأمهات المصاب أبنائهن بالتوحد.
- **دراسة فاطمة درويش، (2011)، بعنوان الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين عقليا وأساليب مواجهتها،** طبقت فيها الباحثة مقياس الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية على عينة من أولياء أمور المعاقين عقليا، حيث تكونت عينة الدراسة من (40) ولي أمر (20) ذكر و(20) إناث. توصلت

نتائج هذه الدراسة إلى أن عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعوق من أكثر مصادر الضغوط النفسية شيوعا وتأثيرا لدى أولياء أمور المعاقين عقليا، ثم يليها القلق وتليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل ثم الأعراض النفسية والعضوية ثم مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل ثم الأعراض النفسية العضوية ثم مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل يليها مشاعر اليأس والإحباط وأخيرا المشكلات السرية والاجتماعية.

- **دراسة إحسان ونور الدين(2015): الضغوط النفسية لدى أمهات الاطفال المصابين باضطراب التوحد: دراسة ميدانية** هدفت الدراسة إلى الكشف عن درجة الضغط النفسي الذي تعاني منه عينة قوامها (33) أم من أمهات الأطفال التوحديين والتعرف على طبيعة الفراق بين الأمهات في درجة الضغط النفسي تبعا لمتغيرات الدراسة وهي (سن الأم والمستوى التعليمي للأم وعمل الأم)، وتم الاعتماد في الدراسة على المنهج الوصفي وقد قام الباحثان بتصميم استبيان خاص بالضغوط النفسية لدى الأمهات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن أمهات الأطفال التوحديين لديهن درجة متوسطة من الضغط النفسي كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغط النفسي بين أمهات الأطفال التوحديين تبعا لمتغيرات البحث (السن والمستوى التعليمي والعمل).

- **دراسة الدكتورة قوعيش مغنية (2018) بعنوان" الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد،** هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط النفسي وبين استراتيجيات مواجهته لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. حيث تكونت عينة الدراسة من (41) أما بالمراكز البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بمستغانم تم اختيارهم بطريقة قصدية خلال السنة البيداغوجية(2015/2016)، استخدمت هذه الدراسة استبيان الضغط النفسي واستبيان استراتيجية مواجهة الضغط النفسي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: توجد علاقة دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية مرتفعة، الاستراتيجيات الأكثر استخداما لمواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد هي الاستراتيجيات الايجابية.

- **دراسة غدي عصفور (2012): بعنوان الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، تكونت عينة الدراسة من (40)، أماً من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وقامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد، بعد إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة حيث تم استخدام اختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، كما أظهرت عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين بينما أظهرت وجود فروق ذات دلالة لمجالي القلق على مستقبل الطفل ومجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة.

- **دراسة زعارير(2009): بعنوان مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره:** تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم الأطفال الذين يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن، طبق عليهم مقياس الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص، انتهت النتائج بأن أبرز الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

من خلال استعراض الدراسات السابقة نستخلص ما يلي:

– أغلب الدراسات التي تناولت الضغط النفسي عند أمهات اطفال التوحد أجمعت كلها تقريبا على أن الامهات يعانون من ضغوط نفسية معتبرة.

– الدراسات التي تحدثت عن الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تناولت استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

– تختلف دراستنا الحالية عن الدراسات السابقة كونها تطرقت إلى موضوع لم تتناوله الدراسات من قبل ألا وهو دراسة الفروق في الضغط النفسي لدى الأم العاملة والماكثة في البيت.

الجانب النظري

الفصل الأول: الضغط النفسي

التمهيد

أولا: نشأة الضغط النفسي

ثانيا: تعريف الضغط النفسي

ثالثا: أنواع الضغط النفسي

رابعا: أسباب الضغط النفسي

خامسا: أعراض الضغط النفسي

سادسا: النظريات المفسرة لضغط النفسي

سابعا: أدوات قياس الضغط النفسي

ثامنا: استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

تاسعا: علاج الضغط النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر الضغط النفسي من أهم الموضوعات التي يتم دراستها في العصر الحالي، لما لها من أهمية في حياة الفرد وتأثيرها عليه، فهو أصبح سمة مصاحبة للفرد في حياته اليومية رغم التطور الذي أصبح العالم فيه، وذلك نتيجة المواقف الضاغط التي يتعرض لها سواء من الأسرة أو العمل أو من أي مكان آخر، فتضع الفرد تحت تأثير الضغط النفسي الكبير، وهذا ما سنتعرف عليه في هذا الفصل من نشأة الضغط النفسي وتعريفاته المختلفة وأنواعه، بالإضافة إلى أسبابه وأعراضه والنظريات المفسرة له، وعلاجه وأدوات تشخيصه.

أولا: نشأة الضغط النفسي

تاريخ الإنسان مع الضغوط تاريخ ضابط بجذوره منذ القدم، ونستطيع أن نقول بكل ثقة أنه في اللحظة الأولى التي خطى فيها الإنسان أولى خطواته على الأرض قد عانى من الضغوط وواجه العديد من القلق والإحباطات وعاني الكثير من الأزمات، فما دامت الأرض تميد من تحت قدميه، ويحدث في كل لحظة زلزال أو رعد أو برق أو أمطار غزيرة. أو هذا الشخص نفسه يموت أو يمرض فلا بد أن تمثل هذه الكوارث، الحوادث، الأزمات، عوائق تجهد الشخص وتسبب له العديد من الآلام، ولذا فإننا في تاريخ العلم يجب أن نفرق بين أمرين:

الأول: هو التاريخ الرسمي للعلم أي حين أخذ أحد العلماء في تتبع ظاهرة ما وإخضاعها للبحث والتقصي والدراسة ثم يواصل العلماء والباحثون من بعده هذا الطريق.

الثاني: التاريخ غير الرسمي للعلم، وهو تاريخ ضارب بجذوره وقديم إلا أن الموجود عبارة عن شذورات أو ملاحظات (غير مقصودة) قد ذكرت في ثنايا الكتب من هنا وهناك.

(محمد حسن غانم، 2009، 57)

إن تحديد مفهوم الضغط (**stress**) من الناحية الزمنية صعب للغاية ويحتمل أن هذا المصطلح استعمل لأول مرة خلال القرن الرابع عشر، ولكن هذا الاستعمال لم يكن بصورة ثابتة ومنظمة وقد استعملت فيها وبعد في الكتب الإنجليزية مفاهيم أخرى للدلالة على الضغط منها (stress) وبالرغم من الكلمة ومشتقاتها وجدت منذ قرون إلا أن أصلها غير معروف الى حد الآن... وبالرغم من كل ذلك نستطيع أن نقول بأن بداية انتشار هذه الكلمة كان خلال القرن التاسع عشر، وخلال هذه الفترة يقول الفيزيولوجي كلود بيرنارد أن التغيرات الخارجية في البيئة يمكنها أن تعطل الكائن العضوي ولكي يحتفظ على نفسه يجب أن يتكيف بطريقة مناسبة مع هذه التغيرات ويبدو أن هذا أول اعتراف بالنتائج المضرة الكامنة في عملية الاجهاد التي تخل اتزان الجهاز العضوي

ويعتبر الفيزيولوجي **"والتر كانون"** من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري، يعتبر هينز سيلاي من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط ويرجع الفضل في ذلك الى كتاباته ومحاضراته في تعريف الجمهور والباحثين، وبخاصة في المجال الطبي بتأثير الضغوط على الإنسان وأفضل مساهمة له حول موضوع الضغط هو كتابه الذي أصدره عام 1956 وقد عرف الضغط في البداية بأنه الآثار الناتجة عن العوامل الضاغطة.

(العبودي فاتح، 2008، 17)

ثانيا: تعريف الضغط النفسي

أ- **التعريف اللغوي:** يشير المعجم الوجيز إلى الأصل اللغوي لكلمة الضغط هو ضغطه ضغطا، عصره وزحمه والكلام بالغ في ايجاز هو عليه شدد وضيق.

(حسن شحاتة، 2003، 208)

- ويرجع سميث(1993) (Smith) المعنى الاشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني لكلمة الضغط (stress) مشتقة من الكلمة اللاتينية(stictus) وهي تعني الصرامة وهي تدل ضمنيا على الضغط الشعور بالتوتر وإثارة الضيق.

(طه عبد العظيم حسين، 2006، 17- 16)

ب- **التعريف الاصطلاحي:**

يمثل التعريف المدخل المنطقي لتناول أي موضوع أو ظاهرة، ويواجه الباحثون عدة مشكلات تتعلق بالتعريفات، تنتج في بعض الأحيان عن ندرة التعريفات وفي أحيان أخرى لا، من تعدد وجهات النظر إليها واختلاف مذاهبها، ومحاولة الوصول إلى تعريف متفق عليه.

. يعرف (مشيل) الضغوط النفسية: بأنها هي الصعوبات التي يتعرض لها الأفراد بحكم خبراتهم والتي تنجم عن إدراكهم للتحديات التي تواجههم.

(محمد جاسم، محمد العبيدي،2004، 308)

. كما عرفها (مكانيك): بأنها تلك الصعوبات التي يتعرض لها الكائن البشري بحكم الخبرة والتي تنجم عن إدراكه للتهديدات التي تواجهه.

(كامل،2004،6)

من خلال التعريفين السابقين نجد أن كل من مشيل ومكانيك يتفقان حول تعريف واحد للضغوط النفسية التي هي عبارة عن الصعوبات التي يتعرض لها الأفراد الناتجة عن مواجهة المشاكل والتحديات.

. يعرف شاكر قنديل الضغوط النفسية: بأنها حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع في صراع موقف أو صراع حاد.

(فرج واخرون، ب س، 256)

وتعني الضغوط النفسية أيضا: تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن متطلبات تستلزم نوعا من إعادة توافق الفرد، وما ينتج وما ينتج عن ذلك من أثار جسمية ونفسية وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع، الإحباط، الحرمان والقلق.

(فاروق السيد، 2001 ،96)

ت– الضغوطات النفسية التي تتعرض لها اسر الاطفال التوحديين:

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

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

إن وجود طفل يعاني من التوحد لدى الأسرة يسبب لها كثيرا من الضغوط والأزمات وعلى الرغم من أن بعض الأسر تتكيف مع ذلك الوضع، وبالتالي فإن الخدمات التي تقدم للأسرة لا تساعد الطفل المعاق فقط وإنما تساعد الأسرة بشكل جيد، حيث يظهر على الأطفال التوحديين مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة الرضاعة وعادة ما تكون الأم هي أول من يشتبه بوجود مشكلة ما خلال المراحل النمائية للطفل، ويتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الإعاقة، وفي حالة تشخيص التوحد فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم لصعوبة التأقلم مع الفجوة ما بين الحلم والواقع، وتتفاوت ردود الفعل الوالدية الانفعالية نحو طفلهم بتفاوت درجة الإعاقة وشدتها، كما أنه توجد علاقة طردية بين ردود الأفعال وبين الوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وبالتالي تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

ث– تعريف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين:

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

(تامر فرح، 2015، 277)

ثالثا: أنواع الضغط النفسي

هناك عدة أنواع لضغط النفسي منها:

أ. **الضغط الإيجابي**: كالإثارة والتشجيع والإبداع والنجاح.

ب. **الضغط السلبي**: وله جانبان الأول الجانب النفسي كالملل وضعف الأداء وقلة الإنتاجية وتوتر العلاقات مع الآخرين والثاني الجانب العضوي كالقرحة والأزمات القلبية والانهيار العصبي

وهناك أنواع أخرى أيضا منها:

ت. **ضغوط الحياة الأسرية**: وتشمل ضغوط الحياة الاجتماعية والالتزامات الأسرية والأعباء الاقتصادية وأساليب المعاملة الوالدية كالقسوة والإهمال.

ث. **ضغوط الدراسة والعمل**: وتشمل صعوبة تعلم بعض المواد الأكاديمية وعدم تنظيم أوقات العمل والاستذكار وافتقاد العدالة في توزيع أعباء العمل والخوف من الفشل في الدراسة.

ج. **الضغوط الانفعالية والجسدية**: وتشمل الإحباطات والقلق وتدني الثقة بالنفس والمفاهيم السالبة عن الذات عامة والجسمية خاصة والإصابة بالأمراض الجسدية.

(خالد بن مطر، 2018، 13)

رابعا: أسباب الضغط النفسي

- **الأسباب الاجتماعية:** تلعب العوامل الاجتماعية دورا كبيرا في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقا للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد كالفقر الذي يعتبر من بين عوامل الضغط وكذا البطالة، التفاوت الحضاري والثقافي وقلة الرفاهية والوسائل التكنولوجية والضغط السكاني وقلة الخدمات، إذ ما يرى مكللاند أن اضطراب العلاقات الاجتماعية قد يلعب دورا مدمرا فالدافع القوي للانتماء الاجتماعي وتقبل الحياة مع الجماعة وتقبل الآخرين لها جميعها ارتباطات قوية بالصحة في جانبها النفسي وجانبها العضوي فمجمل الخلافات الأسرية كالطلاق والمرض العضوي لأحد أفراد الأسرة والحرمان الثقافي، صراع القيم والأجيال، عدم العدالة في توزيع الدخل العام، إضافة إلى الأحداث المؤلمة كفقدان شخص عزيز تعتبر من مسببات الضغط
- **الأسباب النفسية الانفعالية:** الانفعال في درجات معقولة يحمي الإنسان من الخطر ويعبئ طاقته للعمل لكن في حالات كثيرة قد تتحول الانفعالات الى مصدر من مصادر الاضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد بما فيها وظائفه البدنية وما يرتبط بها من صحة أو مرض
- **الأسباب الصحية:** نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين بشكل خاص ويتزايد إفراز الأدرينالين منها عندما نواجه ضغوطا أو مشكلات صحية ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم للمرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي ويعتبر أيضا نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط للمواد الكيميائية بما في ذلك المواد المخدرة دخل في إصابة الشخص بالضغط النفسي فإن المادة المخدرة تؤدي إلى تغيرات المزاج فيصبح الشخص متوترا وقلقا.

(بوزاهر سارة، 2014، 18-20)

خامسا: أعراض الضغط النفسي

هناك الكثير من الأعراض التي تبدو على الفرد عندما يكون تحت وطأة الضغط النفسي سواء كانت فسيولوجية أو انفعالية أو معرفية أو سلوكية، منها:

- ✓ التوتر والعصبية والقلق الدائم
- ✓ الإسراف في تناول الكحول والمسكنات والتدخين إن كان مدمنا
- ✓ الأرق
- ✓ عدم الاستقرار العاطفي
- ✓ الحزن والكآبة

- ✓ جفاف الحلق والفم
- ✓ صعوبة التركيز في العمل والسرعة في تغيير الأفكار
- ✓ الشعور العام بعدم الأمان
- ✓ الصعوبة في التحدث والتعبير
- ✓ فقدان الشهية أو الإفراط في تناول الطعام
- ✓ حدوث صداع وآلام في الرقبة والظهر
- ✓ ارتفاع معدل التغيب عن العمل
- ✓ حدوث أمراض الاضطرابات الهضمية والأزمات القلبية والسكري وضعف المناعة.
- ✓ عدم توازن الجهاز العصبي والغدد الصماء فزيادة هرمون الأنفرين يؤدي إلى حدوث
- ✓ الجلطة.
- ✓ عدم الاهتمام بالمظهر.
- ✓ التسرع في إنجاز بعض المهام مما قد ينتج عنه عدم النجاح في بعض المهام.
- ✓ ضعف الكفاءة والانتاجية.
- ✓ التعرض للأخطاء والحوادث بكثرة.

(العمري، 2007، 71)

سادسا: النظريات المفسرة لضغط النفسي

أ. **التفسير البيولوجي**: يرى هذا الاتجاه كل من Vander Kholk & Boyd Krystal، 1984اللذان يريان أنه بالإمكان ملاحظة ورصد ما يحدث للإنسان من تغيرات بيو كيميائية أثناء تعرضه لمواقف مثيرة للضغط، وبالتالي كيفية نمو وتطور الضغط النفسي، مما يسهل علينا عملية فهمه وتفسيره، والاتجاه الفسيولوجي ينطلق من رد الفعل الفسيولوجي الذي تترتب عليه تغيرات بيولوجية.

(عبد الرحمن، 1994، 72)

ب. **التفسير الفكري**: وينطلق H. Murray في تفسيره للضغط النفسي أن الإنسان في حياته قد يصل إلى لحظة التكيف والتوازن النفسي كنتيجة نهائية للديناميكية النفسية، والتي تحدث في داخله وللوصول إلى الحل أو انبثاق اللحظة التكيفية التي يتبع الإنسان مبدأ الترتيب للانتقال من المرحلة الآنية إلى اللحظة المستقبلية، وهي عبارة عن الهدف الذي يسعى إليه الإنسان، والترتيب في رأي (موراي) يدل على تلك العمليات العقلية المعرفية التي يفهم

بها الإنسان تصوره للبيئة الخارجية، ويصل (موراي) إلى مستوى عال من الديناميكية عندما يتعرض لمفهوم الحاجة ومفهوم الضغط ويعتبرهما مفهومين مركزين ومتكافئين في تفسير سلوك الإنسان، ولا يمكن الفصل بينهما.

(الرشيدي، 1999، 57)

ت. التفسير المعرفي: قدم هذه النظرية (لازاروس،١٩٧٠) وظهرت نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن التقدير للتهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، كما يعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، العوامل المتصلة بالموقف نفسه، وتعرف هذه النظرية بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين هما:

- ✓ **المرحلة الأولى:** الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث في حد ذاتها شيء سببه الضغوط.
- ✓ **المرحلة الثانية:** هي التي تحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف.

(عثمان،2001، 101)

ث. التفسير السلوكي: تنطلق هذه النظرية من فكرة أن الضغوط النفسية تفهم من خلال عملية التعلم باعتباره أسلوباً لمعالجة المعلومات، والتعلم في نظرهم هو ما تعلمه الإنسان وما اكتسبه من خبرات طيلة حياته، ووفقاً لهذا التفسير يمكن أن ترتبط المواقف المثيرة للضغط بصورة آلية وعلى أسس شرطية فالإنسان يستقبل مثيرات تترجم من خلال العمليات الإدراكية إلى معلومات عن الخصائص الفيزيقية للوسط البيئي، ويستخدم الإنسان تعلمه وخبراته التي مر بها في تلك المرحلة، وتمر هذه العملية بأربعة مراحل حسب أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي وهي: الكفاءة، الاستراتيجية المعرفية، القيم الذاتية، التنظيم الذاتي.

ج.تفسير Spielberg er: أهتم (سبيلبرجر) في نظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية الضاغطة ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها ويفسر العلاقات بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (كبت، إنكار، إسقاط) أو تستدعي سلوك التجنب بالهروب من المواقف الضاغطة، كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق، فالقلق هو عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية.

(هبة مؤيد محمد، 2018، 510)

سابعا: أدوات قياس الضغط النفسي

يمثل قياس الضغوط النفسية وفحصها والتعرف على مستوياتها لدى الفرد آخر الاهتمامات الرئيسية لدى علماء النفس كما تمثل معرفة قابلية الفرد واستعداده للتعرض وللضغوط إضافة إلى تعرضه الفعلي لها الخطوة الرئيسية نحو مواجهة هذه الضغوط والتغلب عليها أو التعايش معها، تعتمد على درجة الاستعداد ونمط الشخصية إضافة إلى شدة الضغوط وجوهرية التغيرات الحياتية وكذلك الأساليب التوافقية واستراتيجيات المواجهة القائمة، وهناك طرق متعددة لقياس وفحص مستوى الضغوط منها:

- المقياس الفيسيولوجي
- المؤثرات الكيميائية
- المقاييس والاختبارات النفسية التي تضم: أساليب التقرير الذاتي ومنها الاستبيانات، والاستخبارات
- المقابلات وتضمن: الملاحظة في المواقف الطبيعية والمصطنعة والاختبارات الأدائية.

(يوسف سيد، 2004، 37)

ثامنا: استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع استراتيجيات مواجهة الضغوط منذ الستينات من القرن الماضي، وتعد الدراسة التي قام بها (Murphy،1962) من أوائل الدراسات التي تناولت هذا المفهوم وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها. حيث وصفت عملية المواجهة بأنها تنظيم مرن للوسائل المختلفة للتعامل مع التحديات البيئية ولقد اختلفت تصنيفات استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية نظرا لاختلاف الاتجاهات والنظريات المفسرة للضغوط، ومن بين أبرز هذه التصنيفات نجد تصنيف Moos، الذي قام بتصنيف استراتيجيات مواجهة الضغط في بعدين هما:

(مشري، 2016، 12)

أ. **الاستراتيجيات الإقدامية:** وهي التي يتم فيها توظيف أساليب التصدي للموقف الضاغط وتجاوز آثاره السلبية، وتشمل أربعة أساليب:

✓ **أسلوب التحليل المنطقي:** يتبع فيه الفرد أسلوب التحليل بطريقة منطقية للمواقف الضاغطة بغية فهمها والتهيؤ الذهني لها ولمرتباتها.

✓ **أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للموقف:** يحاول فيه الفرد معرفيا استجلاء غموض الموقف الضاغط وإعادة بناءه بطريقة إيجابية مع المحاولة في استمرار تقبل الواقع كما هو

✓ **أسلوب البحث عن المعلومات المساعدة:** حيث يحاول الفرد البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط وطلب المساعدة من الآخرين أو مؤسسات المجتمع المتوقع ارتباطها بالموقف الضاغط.

✓ **أسلوب حل المشكلة:** من خلال التصدي المباشر للمشكلة وتداعياتها.

ب. الاستراتيجيات الإحجامية: وتشمل الأساليب التي يوظفها الفرد لتجنب الضغط والإحجام عن التفكير فيه ويتم ذلك من خلال استخدام أربعة أساليب:

- **أسلوب الإحجام المعرفي:** أين يلجأ فيه الفرد إلى تجنب التفكير الواقعي والممكن مع الموقف الضاغط أو فيه.
- **أسلوب التقبل الاستسلامي:** يعتمد فيه الفرد على ترويض نفسه على تقبل الموقف الضاغط.
- **أسلوب البحث عن الإثبات والمكافآت البديلة:** ويتم ذلك من خلال الاشتراك في أنشطة بديلة ومحاولة الاندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيدا عن مواجهة الموقف الضاغط.
- **أسلوب التنفيس والتفريغ الانفعالي:** وذلك بالتعبير لفظيا عن المشاعر السلبية وفعليا عن طريق المجودات الفردية المباشرة للتخفيف من التوتر كالاسترخاء الذي يقوم على مسلمة مفادها أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة للقلق، فلا يمكن للفرد أن يكون مسترخيا وقلقا في آن واحد أي أن استجابة الاسترخاء تعمل على منع وظهور استجابة القلق والضغط، فتدريب الفرد على عملية الاسترخاء يعمل على خفض شعور القلق وأعراض الاستثارة الفيسيولوجية والتقليل من التوتر العضلي وسرعة نبضات القلب ومعدل سرعة التنفس وضغط الدم. فعند ممارسة الفرد لعملية الاسترخاء يجعل من عملية تدفق الدم سهلة ويقلل الضغط على الأوعية الدموية ويعدل من سرعة النبض كما ويتم الاحتفاظ بالطاقة ويقلل الإجهاد والإرهاق.

(لكحل، بن عيسى، 2020، 26-27).

تاسعا: علاج الضغط النفسي

هناك علاجات مختلفة نذكر منها:

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

- **إيقاف الأفكار السلبية:** إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجيا على أن تحل محلها أفكار أكثر عقلانية تساعد على التصرف بطريقة منا
- **إدارة الذات:** هو أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد على إحداث تغير في سلوكهم وخفض استجابة القلق الناتجة عن الموقف الضاغط ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الفرد كيفية ملاحظة سلوكه وصياغة أهدافه وتقييم ما يتم من تقدم ومراقبة الذات كأن يكون لدى الفرد سجل يسجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها ثم التقييم ويتم هذا عن طريق إجراء مقارنة بين السلوك وبيم المعايير والأهداف التي وضعها لهذا الأداء أو السلوك فهل السلوك يحقق الهدف أم لا، وبعدها التعزيز أي تقديم التعزيز الإيجابي عند ظهور الاستجابة المطلوبة.
- **أحاديث الذات:** تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية فهي، تجعله يشعر بالخوف وعدم الكفاءة عند مواجهة الحدث الضاغط عكس الأحاديث الإيجابية فالتفكير الإيجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل معه بالطريقة الملائمة.
- **التخيل أو التصور البصري:** يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيل مقترنا بالاسترخاء وهكذا يستطيع التدرب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط.
- **حل المشكلات:** يشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولا إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصددها، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وتهدف إلى تنمية مهارات الفرد وتتضمن عدة خطوات تتمثل في التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، والتدريب على حل المشكلات ينوي على أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعاليته مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في الموقف الضاغطة.

(ماجدة بهاء الدين، 2008، 135).

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

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

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

(جليلة معيزة،2002، 75).

- **الاسترخاء العضلي والفكري:** فيه يقوم المريض بالاستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينيه وتخيل نفسه في المكان الذي يفضله ومحاولة الاسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدءا من أصابع القدم، فالكاحل، الركبة، الظهر، الكتفين، الرقبة، فأصابع اليد ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محاولا إبعاد جميع الأفكار عن الذهن وجعله خاليا وهذا ممكن بالتمرين والتكرار وذلك لمدة عشر دقائق تكرر مرتين إلى ثلاث مرات يوميا، تتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضا يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة.

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

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

(ماجدة مرجع سابق، 343).

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

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

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

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

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

✓ المهدئات: تستعمل كآلية مهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد Benzo diazipine" "Méprobamate

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

(جليلة معيزة، 2002، 75)

خلاصة الفصل:

يعد الضغط النفسي من أكثر الاضطرابات تعقيدا التي واجهت العلماء، وذلك لاختلاف تعاريفه وأعراضه والنظريات المفسرة له، ولقد حاولنا في هذا الفصل التطرق إلى جميع أعراضه وأسبابه، وذلك لتخفيف منه والحصول على حياة أفضل ومريحة للفرد.

الفصل الثاني: التوحد ودمج أطفال التوحد

أولا: التوحد

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن التوحد
2. تعريف التوحد
3. نسبة انتشار التوحد
4. أعراض التوحد
5. أسباب التوحد
6. نظريات المفسرة للتوحد
7. أنواع التوحد
8. أدوات تشخيص وقياس التوحد
9. علاج التوحد
10. تكيف الاسرة مع الطفل التوحدي

ثانيا: دمج أطفال التوحد

1. تعليم أطفال التوحد
2. طرق تدريس أطفال التوحد
3. شروط تعليم أطفال التوحد
4. الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد
5. الصعوبات التي تواجه عملية تعليم أطفال ذو اضطراب التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر موضوع اضطراب التوحد من الأكثر المواضيع المهمة التي يقوم بدراستها الباحثين، لما له من تأثير على سلوك الفرد، فيصبح غير قادر على التعلم والاستقلال وعدم القدرة على حماية ذاته إلا بدرجة قليلة، وخاصة أن أعدادهم كبيرة وفي ازدياد مستمر وأن لأسر هؤلاء الأطفال المعاناة الكبرى وخاصة الأم التي تكون هي المرافق الأول لطفل المتوحد، فهي بحاجة إلى التوجيه والإرشاد العيادي الصحيح لتخفيف العبء عليها وتكيفها مع وجود طفل توحدي، ولهذا سنحاول في هذا الفصل التعرف عن التوحد وأسبابه، ونسبة انتشاره، بالإضافة إلى الأعراض والنظريات المفسرة له وطرق تشخيصه وعلاجه كذلك طرق تعليم أطفال التوحد والاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد والصعوبات التي تواجههم.

أولا: التوحد

1- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد:

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

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

وخلال العقود الماضية تطورت المسميات التي أطلقت على الأفراد التوحديين، حيث تم وصفهم بالعديد من الصفات التي تدل على حيرة العاملين مع هؤلاء الأفراد وعدم قدرتهم على إدراك ووعي طبيعة التوحد، فلقد وصفتهم العديد من لكتب والدراسات بمصطلحات مثل:* **الشرسين* البربريين* المخلوقات الغريبة* الأفراد الغريبين كليا* أطفال بدون طفولة.**

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

الزمنية التي كان يبحث فيها ليوكانر أوجه التشابه بين مجموعة الأطفال في عيادته، كان الطبيب **اسبيرجر** خلال الحرب العالمية الثانية يكتب عن أربعة أطفال ذكور من عمر (6 – 11) سنة في عيادة الأطفال في الجامعة، حيث لاحظ اسبيرجر بأن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ذكائية طبيعية ولكنها تخلو من المهارات الاجتماعية، ولديهم مشاكل حركية واهتمامات محددة شديدة وتعلق غير عادي ببعض الأشياء، وبترجمة أعمال اسبيرجر إلى اللغة الإنجليزية تم استخدام متلازمة **اسبيرجر**.

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

- ✓ إعاقة في العلاقات الاجتماعية
- ✓ نمو لغوي متأخر
- ✓ صعوبات في التخيل

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

ومن الجدير بالذكر أنه وخلال هذه السنوات بذل الباحثون جهدا كبيرا في مجال البحث والتقصي والتعرف على الأسباب التي لازال يعتريها الغموض والبحث عن سبل العلاج الناجح.

(تامر فرح، 2015، 22،25).

2- تعريف التوحد:

لغة: كلمتا التوحد (autism) وتوحدي (Autistic) مشتقتان من الأصل اليوناني (Autos وتعني النفس، واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر أو توحد الأطفال، من قبل كانر.

(فاروق مصطفى أسامة، 2011، 23)

اصطلاحا: يصعب إيجاد تعريف متفق عليه للاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولإختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفا واضحا للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغير

2-1 تعريف كاثر التشخيصي (1943): اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل ويعاني الأطفال المصابون به من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية كمعيار في تشخيص التوحد:

- ✓ نقص شديد في التواصل مع الآخرين
- ✓ الحفاظ على الروتين ومقاومة التغيير
- ✓ تمسك غير مناسب بالأشياء
- ✓ ضعف القدرة على التخيل
- ✓ العزلة الشديدة

2-2 عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد: التوحد بأنه اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل يشمل الجوانب النمائية الثلاثة: الكفاءة الاجتماعية، التواصل والنمطية المتكررة من السلوكات والاهتمامات والنشاطات

2-3 أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض فقد عرف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي متكرر من الاهتمامات والنشاطات.

(جمال خلف المقابلة، 2016، 14-15)

2-4 عرفه Leo-Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أو عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر Early infantile autism وذلك عام (1943)، وعرف التوحد بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر التالية:

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

(سوسن شاكر الجبلي، 2015، 15)

3-نسب انتشار التوحد:

يمكن القول أنه لا توجد نسب دقيقة للأطفال المصابين بالتوحد في العالم، لأن العالم يعتمد بشكل أساسي على ما هو ملحوظ ومعروض، وقد لا تعرض بعض الأسر أطفالها أو تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلق مثلا بطبيعة المجتمع أو الجنس وغيرها وقد لا تكون الأعداد ممثلة للواقع، كما قد يكون هناك اختلاف بين دولة وأخرى حيث يرتبط بالوعي الحقيقي لهذه المشكلة وآثارها، ويمكن القول ان النسب التي تذكر في البلدان المتقدمة أكثر منها في البلدان النامية.

(قحطان الطاهر،2008،31)

تبلغ معدلات انتشار التوحد 15% لكل 10000 مولود سنة 1993، ويبلغ 20 طفلا لكل 10000 طفل في سنة 2000، وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة 6 أطفال لكل 1000 طفل، وفقا للمنظمة الصحة العالمية (WHO2003) عبر العالم.

(مصطفى والشربيني، 2010 ،24)

4-أعراض التوحد:

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

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الإجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك، وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- لا يحب أن يحضنه أحد.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.
- نشاط زائد ملحوظ أو حمول مبالغ فيه
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ضحك وإستثارة في أوقات غير مناسبة
- بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة
- يقاوم تغيير الروتين
- لا ينظر في عين من يكلمه
- يستمتع بلف الأشياء
- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة
- فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
- وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين
- قصور أو غياب القدرة على التواصل والإتصال.

(محمد علي كامل، 2003، 10).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ

الوالدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الإجتماعي.

التوحد، والأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة.

(خالدة نيسان، 2009، 122).

إن الأطفال التوحديون تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطء نمو أو توقفه تماما، أو يستخدم لغة الإشارة، فالرضع لا يستطيعون الوغوغة وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات والجمل غير ذات معنى، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلا من أنا)

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

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

(إيهاب محمد خليل، 2003)

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (kanner) إبنه قائلا "يبدوا مقتنع بذاته لا يظهر إنفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدوا سعيدا برؤية والده أو أمه أوزميله باللعب، يبدوا أنه منسحب ومتقوقع على نفسه".

(ابراهيم عبد الله فرج الزريقان، 2011، 36)

كما يشير كوجال وكوفرت (Koegal and Lovert) (1972) أن الأوتيزم يشير إلى ظهور مؤشرات الإنسحاب الإجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية، وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية.

(طارق عامر، 2008 ،17).

أما سميث (Smith2001) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:

- **إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:**

✓ لا يطور مودة وصداقة للآباء وأعضاء الأسرة

✓ نادرا ما يلاحظ الإنفعالات مثل العطف والغضب.

- ✓ الميل إلى إستعمال الإشارات غير لفظية مثل: (الإبتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- ✓ لا يوجد تواصل بالعين
- ✓ اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.
- ✓ يظهر نقص الإيماءات التواصلية الإجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

- **قدرات تواصل ضعيفة:**

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

- **الإصرار على التماثل:**

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

- **أنماط سلوك غير اعتيادية:**

- ✓ اعتداء على الآخرين خصوصا في حالة الشكوى
- ✓ سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.
- ✓ ظهور مخاوف اجتماعيه تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.
- ✓ تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف.

(إبراهيم فرج عبد الله الزريقان، 2004، 44).

- ✓ أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الإضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الإتصال والسلوك عامة مايعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

5-أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجح إليها حدوثه، سواء كانت نفسية، بيولوجية، وراثية، جينية أو كيماوية حيوية ورغم تعدد الأسباب واختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الإضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

5-1- النفسية: (Psychological Factor):

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

(جمال مثقال قاسم، 2000،132).

ولقد أشار بيتلهاين (Bettelhein) إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ إهتمام الوالدين وخاصة الأم، فتنصرف عن الطفل الأول لمقابلة إحتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعدم اهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد

(ماجد علي عمارة، 2005، 26)

كما يرى أو لجرمان (Olgorman 1980) بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب اضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه وقد يرجع الاضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالدتها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في اضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولية عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا في الإعاقة، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها مع الطفل بسبب غيرة الأب من هذه

العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل اهتماماتها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلا، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد.

(ماجد علي عمارة، مرجع سابق ،26)

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

5-2- الوراثية الجينية: (Factor Genetie):

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

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

(ماجد علي عمارة، مرجع سابق ،27)

.

الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (5%) من حالات التوحد وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الأخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن (90%) كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزوم آت خلال (20أو24) يوم من الحمل أو في الثلاث شهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزوم آت(7-13-15).

(مصطفى نوري القمش، 2007، 172).

وتشير دراسة ماكدونال وآخرون ((Macdonal et al) (1994 إلى أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (36%) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة.

(أسامة محمد البطانية،2007، 596)

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (Brawn et al 1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلا نجاست (Blonguist) إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي "فينال كينون يوريا" (PK4) وحالات التوحد.

(جمال قاسم، ماجدة عبيد، 2000، 135)

كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد وهناك بحث جديد قدم أول حقائق لهذه الحالة لأول مرة، تعرف الباحثون على التفاعل بين جينات محددة تضاعف خطر إصابة الأطفال بالتوحد.

(محمد عدنان عليوات، 2007، 157)

حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى (Gabra 4) أنه مرتبط بمخاطر التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف ب (Gabrbi) الذي يظهر أنه يقود إلى هذا الخطر.

رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن التوحد قد يعود إلى سبب جيني، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

5-3-البيولوجية: (Somatic Factor)

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحى ويعود لأسباب عديدة حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه.

فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الأنزيمات، وجود علل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين، أو كما أن تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة.

(رفعت محمد بهجت،2007، 27)

كما أكد ووتر هوس (Woterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10%. 80%. وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والاستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي.

(سهى احمد، أمين نصر2002، 22)

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

وقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها مثل: مشكلات اللغة، الخلل في التآزر الحسي الحركي، النمطية في السلوك، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق وإحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد، كما أن معظمهم لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في أنحاء العالم في مختلف الطبقات الاجتماعية

(خولة أحمد، 2003 ،78).

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من (8-10 ديسمبر 1998)، ذكرت أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية، قد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكروموزومات تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي. مثل نقص O2 مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد.

كما أشارت الدراسات لارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل.

(سعيد العزة، 2002 ،57).

في هذا الاتجاه يؤكدون بدراساتهم أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تأكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيماوية وحيوية.

5-4-الكيميائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية (Neuro transmetteur) وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر البعض منها: إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونيين، التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (**أسامة محمد البطانية، 2007، 598**).

بحيث أنه على الأقل، ثلث مرضى اضطراب التوحد لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونيين (plasma serotonin) وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة.

(**محمد أحمد خطاب، 2009، 46**).

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

(**أسامة محمد البطانية، 2007، 599**).

ويشير سيمون وجيليس Simond And Gillies (1964 إلى إحتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يهانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrief 1964)و دراسة أوليفر وأوجرمان 1966)

(**السيد علي عمارة، 2005، 29**)

وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد التوحد يعود إلى إضطرابات كيماوية حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن إضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما ستتعرض إليه فيما يلي:

5-5- خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال إهتمام كبير، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور وإستمراره طول الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

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

(أسامة محمد البطانية، 2007 ،602)

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

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدوث الذاتوية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين.

(إيهاب محمد، 2003، 75)

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Treavarther et Al) (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم

وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد، وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سببا في حالة التوحد ولكن هناك اتجاه آخر يؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها

5-6- أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى

الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد. وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

أ-الإلتهابات الفيروسية: (Viral infection):

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

ب-اضطرابات عملية الأيض(netaboli): تتمثل في

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

(خولة أحمد يحي، 2003، 82)

ج -متلازمة التشوهات الولادية:

- التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.
- التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.
- تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل،
- السمنة وإصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.

– الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.

كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي:

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

– التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيماويات البيئية مثل الرصاص والزئبق وغيرها من السموم.

– نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.

– إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى

(أسامة محمد البطانية، 2007 ،596)

كما قد وجد العالمان دايكن وماكملان (Dyken and Maclaman) أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات التريف التي كانت تصيبهم خصوصا بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل. وقد أشار كالفن Calvin إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (أطفال الخدج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

كما أشار (Geno) إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤولاء الأطفال، مما قد يشير إلى أسباب متعلقة بالمناعة.

(جمال مثقال قاسم، 2005، 133).

وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث إضطراب التوحد. فأسباب ما قبل الولادة أو أثنائها قد تؤدي لحدوث إضطراب التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الإلتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية لإضطراب التو. وعدم معرفة السبب الرئيسي له، إلا أنه نقول أن إضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنو التي سبق ذكرها من أسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي إجتمعت وأدت لوجود إضطراب التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بالنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.

6-النظريات المفسرة للتوحد:

6-1 نظرية العامل النفسي:

كانت النظرية السائدة خلال الأربعينات وحتى نهاية الستينات نظرية العامل النفسي للإصابة بالتوحد هيفلين واليمو2007 والتي تعتبر بأن التوحد يحدث بسبب إهمال الوالدين رعاية أبنائهم وعدم الإعتناء بتربيتهم، ويعتبر المحلل النفسي برونو بيتلهايم من المؤيدين لهذا الإتجاه والذي استخدم مصطلح الأم الباردة عاطفيا ولا شك في أن ذلك الوصف كان وصفا غير منصف، وأضاف المزيد من العبء والشعور بالذنب على ما يواجهه أولياء الأمور وتحديدا الأمهات في صعوبات التعامل مع أطفالهن المصابين بالتوحد وفي هذا الصدد يشير برونو بتلهيم أنه قد شاعت في الستينات والسبعينات نظرية الأم الثلاجة والتي تسببت في إلقاء اللوم على الآباء، بالتسبب في وضع أولادهم في حالة توحد واهتم بتلهيم باحتمال أن يكون الطفل ذو التوحد ذكيا، ولكنه انسحب من الاتصال الاجتماعي بسبب أحداث مؤلمة حدثت في البيئة من حوله، أو افتقاره للرعاية الدافئة من أحد أو كلا الوالدين ولم يقدم بتلهيم ولا أتباعه أي دليل لدعم هذه النظرية النفسية المنشأ في تفسير سبب الإصابة بالتوحد وبعد العديد من سنوات إلقاء اللوم على الآباء كسبب لانسحاب أطفالهم وعزلتهم، تمت تبرئة الآباء عندما وأظهرت الأبحاث الجديدة سطحية هذا النهج والأذى الاجتماعي النفسي الذي يمكن أن يتسبب فيه.

ومنذ ذلك الوقت، كان هناك العديد من المحاولات لتفسير أسباب التوحد انبثق منها عدد من النظريات النفسية، ولا تفسر هذه النظريات بالتوحد، بل كانت كل واحدة منها قادرة على إلقاء الضوء على بعض جوانب الحالة لكنها تقصر في تغطية جميع الخصائص

6-2 النظرية العصبية البيولوجية :

إن نشوء هذه النظرية يعود الفضل فيها إلى بيرنارد ريملاند الذي اتخذ موقفا رافضا اتجاه نظرية العامل النفسي ودحض هذا الاعتقاد.

ويعتبر ريملاند صاحب أول كتاب علمي حول التوحد حيث أوضح فيه الاضطراب ومضامينه كنظرية

عصبية في السلوك ودحض فيه فكرة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة مع الأبوة والأمومة، وشجار العاملين على التعامل معه بوصفه اضطرابا عصبيا بيولوجيا وقد لعبت النظرية العصبية دورا بارزا في تفسير اضطراب التوحد فقد أشار بعض الباحثين الى أن المشكلات المرتبطة بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط وتوزيع الانتباه والتجاوب مع المواقف غير المألوفة والجديدة ناتج عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي وتعزو النظرية

البيولوجية حدوث التوحد إلى خلل في الدماغ نتيجة لعامل أو أكثر من العوامل البيولوجية كالجينات أو صعوبات فترة الحمل والولادة أو الالتهابات الفيروسية

وحاليا ونتيجة للعديد من الدراسات التي أجريت على التوائم والدراسات الأسرية التتبعية اكتشف العلماء أن الجينات تلعب دورا مهما في حدوث هذا الاضطراب.

واذا تم تشخيص طفل بالتوحد فان احتمالية اصابة أحد أخوته باضطراب طيف التوحد أكثر بعشر مرات من الحالات الأخرى، كما تلعب العوامل البيئية دورا ثانويا في ظهور اضطراب التوحد، وقد أظهرت الدراسات بأن الأسر التي لديها أطفال يعانون من التوحد، غالبا ما يكون لدى أفرادها مشاكل نمائية أخرى والتي قد تتضمن تأخر لغوي أو صعوبات تعلم أو قلق.

(تامر فرح، 2015، 91-94)

6-3 النظرية الصينية :

عرف الصينيون إعاقة التوحد وقاموا وما يزالون يعالجون التوحد منذ أكثر من 2000 عام عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد والذي كانت نتائجه تحسن أعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له وقد افترض الباحثون في مجال التوحد أن مسببات التوحد ربما بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل.

و بمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربي الحديث نجد أن هناك اختلافات واضحة في تفسير المصطلحات الطبية الصينية ربما لا يتوافق مع الغرب وما أريد توضيحه هو أن الاختلافات ربما تكون مفيدة ومثيرة للجدل أحيانا "نظرية الكلى " التي وضعها الباحثون الصينيون في مجال التوحد حيث تنص على أن الكلى هي عضو خلقي موجود منذ الولادة بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة وبناء على هذه النظرية فان سبب التوحد بعد الولادة غالبا ما يكون تلف في الجهاز الهضمي وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة تمنعان الجسم من امتصاص فيتامين ب 6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ وصيانته، والكليتان والطحال التالفان أيضا يسببان تلف الجهاز المناعي.

(رائد خليل العبادي، 2006، 165)

6-4 النظريات السببية المعاصرة :

من الجدير بالذكر أنه ليس بمقدور العلماء وفقا لرؤية المركز القومي للبحوث 2001 وما يذهب اليه ستروك (2004) أن يحددوا بشكل دقيق ذلك الخطأ أو المشكلة التي يشهدها المخ أو التي تحدث فيه ويكون من شأنها أن تؤدي في الواقع الى حدوث اضطرابات طيف التوحد ولكنهم مع ذلك يتفقون على أن مثل هذا السبب يعد

عصبيا في أساسه وليس بين شخصي او اجتماعي. وفضلا عن ذلك فان لديهم من الأدلة القوية ما يؤكد على أن الوراثة تلعب دورا هاما في كثير من هذه الحالات، ومع ذلك فاذا ما نظرنا من جانب آخر الى تلك المستويات من الحدة التي تبدو بها اضطرابات طيف التوحد فسوف يصير من المعقول أن نحدد أنه لا يمكن أن يكون هناك سببا نيورولوجيا او جينيا واحدا أو وحيدا يعد هو المسؤول في الواقع عن حدوث مثل هذه الحالات أو الاضطرابات وهو الأمر الذي يؤكد على وجود مجموعة من الأسباب لتلك الحالة.

(عادل عبد الله محمد، 2011، 23)

6-5 نظرية العقل :

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين، ويقترح بارون كوهين أن الخاصية الأساسية في التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة المعاناة من التوحد الشديد، قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل اطلاقا، ولقد اطلق على هذا العجز "نقص نظرية العقل " أو "عمى العقل"، وفي احدى مهام نظرية العقل المستخدمة بشكل واسع، وهي المهمة التي يطلق عليها "اختبار سالي وأن يرى الطفل دمية اسمها سالي تراقب دمية أخرى اسمها آن وهي تضع كرة في السلة.

تغادر أن الغرفة وتقوم سالي بنقل الكرة من السلة الى الصندوق، وعندما تعود أن يطرح على الطفل سؤال " أين ستبحث أن عن الكرة: في السلة أم في الصندوق؟" سوف يستنتج الأطفال الأسوياء أو معظم الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون، وبشكل صحيح أن آن سوف تبحث في السلة لأنها لا تعرف أن الكرة الزجاجية قد تم نقلها، أما معظم الأطفال الذين يعانون من التوحد، فسوف يقولون أن سالي ستبحث في المكان الذي رأو هم فيه الكرة الزجاجية مخبأة، وليس سالي، حتى أولئك الأطفال التوحديين الذين يعطون الاجابة الصحيحة يصلون الى هذه الاجابة الصحيحة بشكل مختلف عن الأطفال غير التوحديين.

وعندما يقوم الأطفال غير التوحديين بأداء هذا الاختبار، لا يستطيعوا أن يفسرو بالتفصيل لماذا حدث هذا، بينما الأطفال التوحديون على استعداد لإعطاء تبرير واضح وتكون الاجابة عفوية لغير التوحديين، بينما يقوم الأطفال التوحديين بحساب الحل بشكل منطقي.

(محمد صالح الإمام،2010، 164-165)

6-6 نظرية الذات المجربة:

قدم بأول وجوردن فكرة أن الصعوبة التي يواجهها الأطفال التوحديين في تأسيس "ذات مجربه هي احدى

الإعاقات الأساسية في التوحد، وانبثقت فكرتهما من خلال التعرف على المشكلات التي يواجهها ذو التوحد في "ذاكرة الموقف الشخصية": فهم يستطيعون وبسهولة أن يتذكروا الأحداث والأشياء التي تحدث للآخرين، ولكنهم يجدون صعوبة شديدة في تذكر حدث شاركوا فيه اذا لم يتم تزويدهم بمفاتيح تشحذ ذاكرتهم، ولم يتم التعرف على آلية لتطوير هذا الحس بالذات.

(المرجع السابق، 2010، 175)

7-أنواع التوحد:

اقترحت ماري كولمان ثلاث تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة والسابعة، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر، والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، ومتلازمات فيروسية مثل الحسبة ومتلازمة الحرمان الحسي. واقترح كل من سيفن وماتسون وكو وفي وسيفين (Sevin،Coe & Fee ، Matson،Sevin،1991) تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

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

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

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

4. المجموعة التوحدية الشديدة: أفارد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ.

(ثامري السعيد،2019، 79)

8-أدوات تشخيص وقياس التوحد:

تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، ورغم ذلك مازال التشخيص معقداً وصعباً للغاية، وأن ذلك يرجع للغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى، أو أسبابها مازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً. ومن الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:

8-1 **قائمة سلوك التوحد** (A) Autistic BehaviorCheck-list:

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة التوحد وهم "كرج، أريك، الموند" (1980) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين، واتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقة الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وقد استخدمها "مورجان 1988" في مجال التعليم تحت اسم استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط العلمي للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية. وتكونت (ABC) من (57) سلوكا موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:

1-تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.

2-تقييم الاستجابات للمثيرات الحسية والصوتية.

3-تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.

4-تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

5-تقييم القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات.

8-2 **نظام الملاحظة الكلاسيكي** Behavior Observation (SystemBIc)

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

8-3 **مقياس ملاحظة التوحد** (AOS **Autisme Observation Scale**):

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدم الملاحظون في دراسات عديدة

لتشخيص حالات التوحد لأنه يتطلب تفاعلاً لفظياً، كما استخدم في تجارب إكلينيكية عديدة منذ عام (1973). ويتكون هذا المقياس من (63) عبارة ثم إلى (28) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل، وال (14) عبارة الأولى منه مصممة لتلاءم أطفال ما قبل المدرسة التوحديين. وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:

1-قلة الحصول اللغوي.

2-التململ أو العصبية.

3-فرط النشاط

4-ضعف أو قلة النشاط.

5- علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات.

6-الانسحاب.

7-السلبية وعدم التعاون.

8-الغضب وحدة المزاج.

9- علاقة غير طبيعية بالآخرين.

10-عدم الثبات الانفعالي.

11-انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة.

12-ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.

13-شذوذ واضح في النطق.

14-ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاهتزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط.

(**القمش، 2011، 127-128**).

9-البرامج العلاجية والتربوية للتوحد:

بجدر بنا الإشارة إلى أنه إلى حد الآن لا يوجد علاج دواني أو غير دواني يشفيه تماما. والغرض من الطرق العلاجية المتاحة حاليا هو التقليل من شدة الأعراض بقدر المستطاع ومحاولة دمج الطفل مع المجتمع الخارجي واكتسابه العديد من المهارات التي تجعله يتواصل مع المجتمع في أفضل صورة حسب قدراته حتى يستطيع الحياة بصورة مستقلة إن أتمكن أو بأقل قدر ممكن من الاعتماد على الآخرين. ويعتمد العلاج في الوقت الحالي على:

9-1 العلاجات الطبية Médical Trament:

أ- الغذائية والهضمية :

لقد أعطيت المشكلات الغذائية أهمية الاحتمالية لأن تكون سببا في التوحد الأطفال التوحديون غالبا ما تكون لديهم منفرات قوية من الطعام، أو حب وتفصيل لبعض الأطعمة وربما يطورون اضطرابا في عملية الهضم هنالك مؤشرات على أن الحامض السني تريبتوفانTrypotophan في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي Metebolism المهمة لسيروتونين الناقلات العصبية Neurotransmiterserotonin وعلى السلوك.

لقد أشارت أدلة إلى أن أطفال التوحد لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لكاسين Casein بروتين حليب البقر وجلوتين النشاء وهذا يمكن أن يكون سببا للتوحد.

واعتمادا على ذلك فإن الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين ب6 في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات.

ب-محاولات ضبط التطور الكيميائي غير الطبيعي في الدماغ:

لقد استخدمت الأدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى أطفال التوحد بشكل مباشر بقد استخدمت علاجات متعددة لفاعليتها في علاج الحالات النفسية الشديدة لدى الكبار لايزال النالتركسونNaltrxonen قيد الدراسة، ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، ويخفض السلوكيات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين. عقار الفنفورامين Fenfluramine يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، بسبب مستويات هذه المادة في دم أطفال التوحد. لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول أطفال التوحد لهذا العقار متضمن تحسن السلوك الاجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التململ الحركي، وهناك بعض العلامات والإشارات السلبية مثل فقدان الوزن والنعاس واضطرابات في النوم.

نضام الناقلات العصبية الدوبامين Dopamine للدماغ مستخدمة في تنظيم مستويات النشاط الحركي والوظائف الأخرى. أما عقار هالوبريدول Halobridol من العقارات المهدئة التي تخفض نشاط الدوبامين، وهذا يمكن أن يساعد الطفل التوحدي. لقد أشارت الأدلة إلى خفض الانسحاب والعزلة والحركة النمطية لدى بعض الحالات كما ويحسن الوظائف المعرفية.

(الزريقان، 2014، 241)

ج–العلاج بالدمج الحسي :(sensory intégration Therapy):

وهو مأخود من علم آخر وهو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم. السمع، البصر اللمس، التوازن والتذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديون يظهرون أعراضا تدل على خلل التوازن الحسي. إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل المساج، اللمس برفق. واستخدام اللمس الذي يعين الطفل على الاستجابات التكيفية فضلا عن تدريب دماغ الطفل لتكامل المدخلات لمختلف الأحاسيس.

د–العلاج بالموسيقى (Music therapy):

درست التأثيرات العلمية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على إنخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية.

(مجيد، 2015، 119)

هـ العلاج الوظيفي (occupationalTherapy):

يستخدم العلاج الوظيفي لمساعدة أطفال التوحد لمساعدتهم في اكتساب كفاءات في كافة المجالات الحياتية بما ذلك مهارات مساعدة الذات واللعب والتنشئة الاجتماعية والتواصل. كما يوفر العلاج الوظيفي دعما للأطفال التوحديين خصوصا أولئك الذين يعانون من صعوبات في المهارات الحسية والحركية والعصبية العضلية والبصرية، ويتعلم أطفال التوحد في هذا النوع من العلاج:

–كيفية حفظ توازن أجسامهم

–الاستجابة للمس

–التواصل مع الآخرين

–انجاز متطلبات الحياة اليومية تطوير مهارات اجتماعية مناسبة

–اكتساب مهارات اللعب

–اكتساب مهارات التعلم.

و-العلاج الطبيعي (physicalTherapy):

توصف جلسات العلاج الطبيعي للأطفال التوحديين لتقوية قدراتهم الجسمية. فالإعاقات الحركية تتداخل مع القدرات الوظيفية النمائية المناسبة. فبعض أطفال التوحد قد يعانون من انخفاض مستوى نغمة العضلة، ومن ضعف في الأوضاع الجسمية والتوازن والتناسق، ويطبق المعالج الطبيعي إجراءات خاصة لتقوية الضبط والتخطيط الحركي وتنفذ جلسات العلاج الطبيعي في المدرسة أو العيادات الخاصة.

(الزريقان،2010 ،346)

2-9 البرامج التربوية:

أ- نظام التواصل عن طريق تبادل الصور Picture Exchange Communication System (PECS) لقد طور هذا البرنامج من قبل لوري فروست والدكتور أندرو بوندي. ويستخدم مع الأشخاص غير الناطقين الذين لديهم استخدام قليل وغير وظيفي لمهارات التواصل. ولقد حظي هذا البرنامج بشهرة عالمية نظرا لأنه لا يتطلب مواداً غالية أو معقدة ويمكن أن يقوم به كل من الأخصائيين وأفراد الأسرة ولا يشترط أن يكون الطفل قد اكتسب مهارات التقليد أو لديه مفردات سابقة ويستند هذا البرنامج إلى إجراءات تعديل السلوك وتشكيل وإطفاء وتعزيز. ويتم تطبيق هذا البرنامج من خلال ست خطوات:

1-**التبادل الجسدي physical exchange**: وتهدف هذه المرحلة إلى إعطاء الطفل صورة الشيء الذي يحبه إلى معلمه.

2-**التنقل بعفوية expanding sontaniety**: وهو أن يتوجه الطفل بتلقائية إلى معلمه ويعطيه صورة الشيء الذي يحبه.

3- **تمييز الصور picture discrimination**: وهنا يتعلم الطفل تمييز صورة الشيء الذي يحبه من بين عدة صور وإعطائه لمعلمه.

4- بناء الجملة sentence structure: هنا يقوم الطفل بإعطاء معلمه صورة الشيء الذي يريده موضوعة على شريطة ومسبوقة بكلمة " أنا أريد".

5- **الاستجابة إلى ماذا تريد responding to what do you want**: وهنا يسأل المعلم ماذا تريد وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال المعلم.

6- **التعليق الاستجابي والتلقائي responsive and spontaneous commenting**:أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع :ماذا تفعل؟، ماذا ترى؟، ماذا تسمع؟.

وأجرى فروست وبوندي 1994 دراسة لقياس مدى فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور على مهارات التواصل عند عينة مكونة من (66) طفلاً توحدياً وأظهرت النتائج أن (% 95) من أفراد العينة تمكنوا من استخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب، وأن (% 62) تمكنوا من استخدام مجموعة من المفردات اللغوية على شكل كلمات بشكل تلقائي، وأن (% 20) من الأطفال تمكنوا من استخدام الصور والرموز المستخدمة في هذا النظام.

ب–برنامج لوفاس LOVAS:

أنشئ هذا البرنامج في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلس الأميريكية UCLA عام (1970) من قبل الطبيب النفسي إيفار لوفاس Ivar lovas.وقد اعتمد لوفاس في برنامجه على نظرية تعديل السلوك وتحليل السلوك التطبيقي وتتضمن الطرق التي استخدمها ما يعرف بالتدخل السلوكي المكثف والتسلسل الحرفي أو المقنن لأنشطة التعلم من خلال تقديم أمر للطفل وتعزيزه أو مكافأة في كل مرة يستجيب فيها بصورة صحيحة. ويحدد لوفاس (3) من الشروط للقبول في البرنامج وهي:

- أن تتراوح أعمار الأطفال بين(5-2) سنوات.
- يمكن للأطفال من عمر (6) سنوات أن ينضموا إلى البرنامج شرط أن يظهروا الصدى الصوتي
- يخضع الأطفال إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب.

تعقيب: يعد برنامج لوفاس برنامجا مهما في مجال التدخل المبكر لأطفال التوحد وخصوصاً في مجال اللغة والأداء على مقاييس الذكاء. إلا أنه يؤخذ عليه نتائجه المحدودة في مجال تطوير المهارات الاجتماعية عند هؤلاء الأطفال كما يعد ثمن الالتحاق به ثمنا باهظاً.

ج– برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية The Douglass Developmental Disabilities (DDDC): تأسس برنامج دوغلاس عام (1972) ليقدم المساعدة للأشخاص التوحديين من عمر(62-30) شهرا والذين تتراوح درجة ذكائهم بين (105-36) درجات ونقسم هذا البرنامج إلى ثلاث مراحل:

1- فصل التحضير :حيث يتم تدريب التلميذ بشكل فردي طوال هذه المرحلة.

2- فصل المجموعات الصغيرة :وتتراوح النسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومساعد لكل ستة أطفال.

3- فصل الدمج :يحتوي على ثمانية أطفال طبيعيين وستة أطفال ممن يعانون من التوحد وثلاث معلمين، ويعتمد منهاج دوغلاس على علاج اللغة والمهارات الاجتماعية في البداية ثم يتنقل إلى تعلم مهارات حركية وإدراكية ومهارات الاعتماد على النفس على أن تكون متدرجة من السهل إلى الصعب.

د–برنامج ليب – Learning Experiences. An Alternative Programing for preschool (LEAP) انطلق برنامجLEAP عام (1982) في مدينة بنسلفانيا كأول برنامج يقوم على دمج الأطفال الطبيعيين مع أطفال التوحد ممن هم في عمر (3–5) سنوات ضمن صفوف بيئية تعليمية عادية، ويتلقى الأطفال الملتحقون بالبرنامج خمسة عشر جملة تدريبية موزعة على خمسة أيام في الأسبوع وتستمر هذه العملية على مدار السنة. ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ:

1–إن جميع الأطفال يمكنهم الاستفادة من الدمج في مراحل عمرية مبكرة.

2–يجب أن يشارك الوالدان والأسرة.

3–يمكن أن يعلم الأطفال الطبيعيون أطفال التوحد من خلال النمذجة.

4–، إجراء بعض التعديلات على المنهج ليصبح مناسباً للاضطراب (1999)

ويهدف هذا البرنامج إلى تنمية مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية.

هـ– طريقة تيتش TEACCH)Treatment

Communication Handicapped: والمقصود به علاج وتعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد وإعاقات التواصل المشابهة وقد طور هذا البرنامج من قبل اريك سكوبر عام

(1972) في الولايات المتحدة الأميريكية ويعد أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأميريكية. إن أهم ركيزة لهذا البرنامج هي تعليم الأشخاص التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم والتي تتمثل في فهم اللغة والبيئة ويتم ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة ويقوم برنامج تيتش على ثلاث ركائز أساسية تتمثل في:

1–التقييم والتشخيص.

2–وتعاون الوالدين مع المهنيين.

- تكوين روتين محدد Establishing routine.
- تنظيم المساحات physical structure.
- الجداول اليومية daily schedules.
- تنظيم العمل work system.
- التعليم البصري visual instruction.

وما يجدر ذكره أن هناك علاقة عكسية بين درجة التنظيم وكل من العمر العقلي والزمني ودرجة الذكاء وتطور المهارات اللغوية.

(فاضل،2015، 84-52)

10-تكيف الأسرة مع التوحد:

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

- كما يشير (Ehrlich ،1983) إلى أن الآباء غالبا ما يشعرون بالعجز والضعف عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعياً بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، وضعف الثقة بالنفس وتقلب المزاج.

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

(ثامر فرح، 2015، 279).

ثانيا: الدمج

1-تعليم أطفال التوحد:

1-1 المهارات التي يجب أن يتعلمها الطفل ذو اضطراب التوحد لكي يدمج:

اقترح بأول: Pawell1992 And Osterling إن الطفل التوحدي يحتاج إلى تعلم المهارات التالية كحد أدنى، لكي يتمكن من الالتحاق ببرامج الدمج والاستمرار فيها:

-إتباع أوامر المعلم، سواء ذكرت على مقربة من التلميذ أو بعيدا عنه.

- الجلوس بهدوء خلال الأنشطة ولاسيما الجماعية منها.

- رفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم.

- السير في صف أو طابور.

- استخدام الحمام لقضاء الحاجة وفي حمامات مختلفة وبدون مساعدة.

- التعبير عن الاحتياجات الأساسية.

اللعب بالألعاب وبطريقة مناسبة عوضا عن ترتيبها في صفوف أو اللعب بجزء

واحد منها. وبالإضافة إلى ذلك:

تقبل وجود أطفال آخرين والمبادرة في اللعب والتواصل معهم.

القدرة على إكمال النشاطات المطلوبة خلال وقت محدد.

- مهارات إدراكية تشمل الألوان والمطابقة والإعداد والحروف.

التقليد لكي يتمكن التلميذ من التعلم من خلال مراقبة الآخرين في فصله.

المهارات الأساسية الاعتماد على النفس كالأكل والشرب ولبس الملابس وخلعها.

(مصطفى نوري قمش، 2007، 338)

ترى الباحثة أن جميع الأطفال ليسو قادريين على اكتساب هذه المهارات خلال السنوات الأولى ويرجع هذا إلى عدة عوامل، تؤثر على مدى تقدم الطفل، واتسامه للخصائص المذكورة سابقا وهذا ما يتطلب اهتمام وتعاون من طرف الأسرة والمعلم ومعلم التربية من اجل تعليمهم وتدريبهم على المهارة المتطلبة، كما أثبتت الدراسات أن الأطفال الذين يكتسبون المهارات لديهم فرصة الدمج في المدارس العادية.

2-طرق دمج أطفال التوحد:

- **الطرق:**

الأطفال المصابون بأمراض التوحد لهم احتياجات جماعية خاصة ترتبط باحتياجاتهم الفردية بجانب الاحتياجات العامة المشتركة.

- أساليب طرق التدريس الخاصة بالمصابين بالتوحد يمكن أن تستفيد منها مجموعات أخرى، برغم أنها لا تفيد المنهج الدراسي رفض نموذج تصميم المنهج الدراسي العالمي حيث يؤدي التصميم إلى تعديلات

ترتبط بالاحتياجات التعليمية الخاصة، والتساؤل حول تحديد ما هو المنهج الدراسي العام لان الحلول تحتاج إلى ما هو أكثر من إدخال تعديلات، وارتباط ذلك بصفات المدرس، وتهميش النموذج العلاجي للتعليم.

- المنهج الدراسي العام لا يمكن صياغته إلا بالمعنى العام بحيث يحجب الفروق الحقيقية ويخفيها.
- الأطفال المصابون بأمراض التوحد يكونون مهيئين لتلقي منهج دراسي عام ووثيق
- الصلة بهم، وليس متوازنا بالضرورة.
- أسلوب المنهج الدراسي يعوض مشكلات الوصول ويعمل في الوقت نفسه على تطوير أساليب علاجية

- **المعرفة:**

معارف المدرس ومهاراته واتجاهاته تعتبر عناصر مهمة في المناهج الدراسية المناسبة للمصابين بالتوحد. يحتاج المدرسون إلى معرفة الاختلافات والفروق المميزة للمصابين بأمراض التوحد لتحديد الاحتياجات الفردية للأطفال.

- **الفروق الفردية مقابل الفروق الجماعية كأساس لطرق التدريس:**

تم تبني حالة الفروق العامة، يحتاج التلاميذ أحيانا إلى أساليب مختلفة، وليس إلى

أساليب كثيرة مماثلة، والأطفال المصابون بالتوحد لهم احتياجات فردية يتم التعرف عليها من خلال الفروق الجماعية، ولكننها لا تحددها.

(بهاء شاهين،2008، 200)

3-شروط دمج أطفال التوحد:

لذلك فان عملية الدمج ليست عملية سهلة ولا يكون طريقا سهلا وإنما هو صعب ويحتاج إلى شروط ومستلزمات وتهيئة وإعداد لنجاح هذه العملية وأهم ما في الأمر كيف نص معلمو الأطفال العاديين على قبول أطفال التوحد وكيف نهيئ الأسرة على تعلم السلوكيات التي تساعد أبنائها على اكتساب السلوكيات وعدم فقدانها واختيار الفئة المدمجة لذا نقدم لكم كل من شروط الدمج:

ا/ الفئة المدمجة:

الفئة: في التربية الخاصة هي تجمع من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة الذين يتم تعليمهم المشاركة في خصائص معينة بالرغم من أن المهنيين يحاولون وضع مستويات للتعريفات الفئات إلا انه توجد تنوع هام من حالة إلى أخرى.

(كمال عبد الحميد،2003 ،392)

حيث يرى (باونز واخرون) 1995 أن الحالة التي يمكن دمجها هي (حالة اسبرجر واضطراب النمائي الشامل غير محدد.

(طارق عامر،2008 ،160)

بينما ترى هالة عبد السلام أن الفئة الممكن دمجها من أطفال التوحد هي الفئة التي يصدر بشأنها قرار من التامين الصحي والمستشفيات الحكومية أو الجامعية المعتمدة من وزارة التربية والتعليم على أن يكون القرار مختوم بشعار الجمهورية، ولا يقبل التلميذ متعدد الإعاقات أو مزدوجي الإعاقة، ويستثني ذلك الإعاقة الحركية المصاحبة لأي من الإعاقات البصرية أو السمعية أو الذهنية، حيث أنها تؤثر على التحصيل الدراسي.

(هالة عبد السلام، 2019، 6)

ترى الباحثة أن اقتران التأخر الذهني بالتوحد يخفض من فرص الدمج لدى تلاميذ الذين يجتمع لديهم الاضطراب مقترن بإعاقات ثانوية، أي كلما ازدادت درجة تأخر ذهني انخفضت فرصة دمج التلميذ ذو اضطراب التوحد.

شكل دمج هذه الفئة: يرى طارق عامر أن الشكل الذي يمكن أن يدمج فيه الطفل ألتوحدي هو الدمج الكامل (الكلي)، حيث يمكن إلحاق هذه الحالات بالفصل الدراسي العادي كما انه من الممكن أن يظم الفصل حالات توحد تختلف من حيث المستوى الوظيفي أو شدة التوحد ويحتاج هذا النظام من الدمج إلى التعاون الوثيق بين معلم الفصل العادي ومعلم التربية الخاصة الذي يساعد المعلم والأطفال التوحديين داخل الفصل، حيث يقوم المعلم بالتعليم، بينما يقو معلم التربية الخاصة بتقديم استراتيجيات تعليمية معينة مثل(التلخيص واستراتيجيات الذاكرة ومهارات التعميم) للأطفال الذين يستفيدون من هذه الخدمات.

طريقة دمج هذه الفئة: (الخدمات الخاصة) حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لأخر بصورة غير منتظمة في مجالات معينة مثل: القراءة، الكتابة، الحساب، وغالبا ما يتقدم معلم التربية الخاصة بزيارة المدرسة مرتين أو ثلاث أسبوعيا.

(طارق عامر،2008 ،156).

على العكس حيث يرى (Smith etal1993) الدمج الجزئي أي الفصل الخاص عموما يكون ذلك الفصل الذي يقضي فيه التلاميذ معظم اليوم الدراسي مع نفس المدرس، وحيث يستقبل التلاميذ كافة أو معظم الخدمات التعليمية، والتلاميذ يتم تصنيفهم بطريقة متجانسة وهناك فرص محددة للتفاعل مع أقرانهم الأسوياء وهم غالبا ما يشتركون في أنشطة غير أكاديمية تتضمن الأنشطة الرياضية مع أقرانهم الأسوياء.

(أسامة فاروق، ب س،241)

ب/ أطفال التوحد (الغير العاديين): ومن اجل دمج أطفال التوحد يجب توفر الشروط.

التالية: عمر الطفل العقلي وليس الزمني لان الطفل المصاب بالتوحد قد يكون عمره الزمني (10سنوات) ولا يتجاوز عمره العقلي عن (7سنوات) وهنا يجب دمجه مع أصحاب (7سنوات). نسبة طلاب التوحد إلى الطلاب العاديين فلا يجب أن يكونوا أكثر من النصف أو يكونوا هناك 1 أو2 بحيث يشعروا بالغربة وهذا لا يؤدي إلى التكييف داخل الصف.

- تدريب التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد على التفاعل الاجتماعي.

(قحطان احمد الظاهر، 2009 ،270).

ج/ الأسرة: أشار كوجل وكوجل 2003 إلى إحدى الدراسات التي قام بها "لوثانس ورفاقه" والتي قارن من خلالها اثر تعليم الآباء على التدخل السلوكي في أبنائهم المصابين

المجموعة الأولى: تلقت تدريبات في التدخل السلوكي لمدة سنة في عيادة داخلية ولم يدرب والديهم على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل.

- المجموعة الثانية: فتلقت تدريبا علاجيا مدته سنة في بيئة خارجية وتم تدريب الوالدين على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل. وفي فترة المتابعة التي استمرت من سن إلى 4 سنوات توصل الباحثون أن الأطفال الذين عادوا إلى منازلهم الذين والديهم على مبادئ التدخل السلوكي.

(قحطان احمد الظاهر، 2009 ،276).

حيث ترى الباحثة أن الوالدين الذين لم يدربوا تدريبا سلوكيا اثروا على الأطفال بحيث عند رجوعهم لمنازلهم أدى إلى فقدان العديد من السلوكات المكتسبة التي حصلوا عليها خلالها فترة المعالجة، أما الذين تعلم أبنائهم مبادئ التدخل السلوكي فقد حافظوا على مكاسبهم وظل البعض منهم يظهر تحسنا ملحوظا.

د/ **معلم التربية العادية**: يرى فتحي جروان وآخرون أن لنجاح عملية الدمج يجب:

- ✓ يتوفر المعلم الذي يقدم المساندة وتدريب على نحو مناسب.

- ✓ توفر وقت مناسب للمعلم لكي يتمكن من التخطيط.
- ✓ توفر الرغبة من قبل المعلم في الاستماع إلى الطرف الأخر.

يلعب معلمو الصفوف العادية أيضا دورا في التواصل مع الآخرين في الأوضاع المدرسية، فهؤلاء لديهم معلومات وخبرات يطلعون معلمي التربية الخاصة والمعلمين العاديين الآخرين عليها، ويحتاجوا معلمي التربية الخاصة تحديدا إلى التواصل مع المعلمين العاديين الذين جرت العادة أن لا يحصلوا على أي تدريب في مجال الحاجات التربوية الخاصة، مع العلم أن اضطراب التوحد ليس بمعيقا يمنع الطفل من الدمج والحصول على حقه في التعليم العام مع أقرانه العاديين، بينما هناك معيقات أخرى هي التي تسبب الحاجز مثل:(البرنامج الذي لا يلبي حاجيات هذه الفئة، وطرق التدريس التي لا تتجاوز التلقين، وعدم وجود أخصائي داخل المدرسة يعمل على مساندة المعلم العادي، وكثرة عدد التلاميذ واتجاهات السلبية للتلاميذ العاديين.

(فتحي جروان،2013، 251)

حيث يرى مصطفى أن المعلمين لا يشترط أن يكونوا متخصصين في التربية الخاصة وإنما يكونوا مدرسي التعليم العام فقط مع بعض التدريب والتأهيل.

(أسامة فاروق مصطفى،243)

بينما يرى قحطان أن على معلم التربية العادية أن يكون واعيا بالطرق وأساليب متعددة لتلبية الفروق الفردية لان عملية الدمج تؤدي إلى اتساع فجوة الفروق الفردية داخل الصف.

(قحطان احمد الظاهر،2009 ،270)

ترى الباحثة أن خصائص الطفل التوحدي ليست عائقا يمنعه من الحصول على حقه في التعليم مع أقرانه من الأطفال العاديين، إنما قصور البرامج المدرسية هو العائق الأكبر، لذلك يجب توفير برامج ملائمة لهؤلاء الأطفال، تتوافق مع حاجياتهم وقدراتهم العقلية، وأيضا العمل على إعداد المعلمين أي تكوينهم وتدريبهم لتعامل مع متطلبات الدمج الشامل، حيث أن اتجاهات المعلمين الايجابية وتقبلهم لدمج هذه الفئة وإعدادهم التربوي الجيد هم من الأساسيات لنجاح برنامج الدمج.

هـ/ معلم التربية الخاصة: يعرف معلم التربية الخاصة انه هو الشخص المؤهل في التربية الخاصة ويشترك بصورة مباشرة في تدريس التلاميذ غير العاديين.

(خالد عسل،2012 ،14)

ترى الباحثة أن العامل الأساسي الذي يحدد الدمج أو الفصل هو درجة الإعاقة فقد يكون صعبا دمج الإعاقات الشديدة، ولكن التوجيه العالمي هو دمج الإعاقات البسيطة والمتوسطة حيث تعتبر الفئة المراد دمجها هي من أوليات الدمج، لذلك يمكننا القول أن عملية الدمج عملية يجب تكافؤ وتعاون عناصرها، حيث يجب موافقة ورغبة المعلم العادي في المشاركة في هذه العملية، ومساعدة التلاميذ العاديين على تغيير اتجاهاتهم وتهيئيهم لتعامل مع هذه الفئة، وموافقة الأولياء وتهيئتهم لاكتساب مهارات تساعدهم للمحافظة على مهارات أبنائهم ومساعدتهم على عدم فقدانها، وأيضا التطرق إلى معلم التربية الخاصة حيث يجب توفير معلم تربية خاصة واحد على الأقل في كل مدرسة لتطبيق برامج الدمج حيث أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى درجة كبيرة من القبول والدعم والقليل من المنافسة لذلك فهم بحاجة إلى مدرسين مؤهلين، كما انه يساعد في عملية الدمج فان معلم التربية العادية لا يستطيع التعليم بدون مرافقة معلم التربية الخاصة له، ولو دققنا قليلا نلاحظ أن معلم التربية الخاصة هو بمثابة التدريب والتأهيل للمعلم العادي، وأيضا يقوم بمساعدة كما يقوم بمساعدة التلميذ ذو اضطراب التوحد.

4-استراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد من ذوي الأداء المنخفض:

- حدد أسباب وضع الطالب في فصلك.
- احصل على خدمات مساعد معلم بحيث يقوم بتعليمه بشكل فردي (واحد).
- اطلب عدم إرسال الطالب إلى المدرسة إذا كان المساعد غائبا ولا تقبل مساعدا بديلا.
- ابلغ والدي الطالب إن كنت تخطط للتغيب عن المدرسة.
- استعرض مع المعلم المساعد بشكل دوري سلوك الطالب ومدى تقدمه.
- اعمل مع إدارة المدرسة ووالدي الطالب على وضع نظام لدرجات والذي يعكس مدى التحصيل الذي أحرزها لطالب.
- ركز على توفير مناهج فعالة.
- شجع على التفاعل بين الطالب وزملائه.
- أشرك الطالب في عدة أنشطة صفية من تلك التي يستطيع الطالب التعامل معها.
- تجنب إرهاق الطالب (أداء ما يجب عمله، أخباره فقط بما يجب عمله) لكن لا تقوم بكليهما في نفس الوقت).
- وجزء المهام إلى خطوات صغيرة مستقلة وعند إتقان إحدى الخطوات انتقل إلى الخطوة التالية.

- قم بتطوير مهارات التواصل اللغوية التعبيرية اللفظية.
- ركز على التعزيز من خلال استخدامه كحافز في المراحل الانتقالية للتعلم.

(الزارع نايف، 2007)

5-الصعوبات التي تواجه عملية دمج أطفال ذو اضطراب التوحد:

- **اجتماعية:**

- ندرة وجود أندية داخل المدرسة بين التلاميذ العاديين وأقرانهم من ذوي اضطراب التوحد.
- الافتقار لبرامج التوعية التأهيلية لتهيئة جميع منسوبي المدرسة لإقبال التلاميذ من ذوي اضطراب التوحد. قبل البدا بعملية الدمج

- **المرتبطة بالخدمات المدرسية:**

- ندرة وجود أخصائي مخصص في اضطرابات السلوكية والتوحد.
- افتقار تصميم المبنى المدرسي لمتطلبات ذوي اضطراب التوحد.
- افتقار الوحدة الصحية بالمدرسة.
- غياب طرق التدريس (تيتش، لوفاس، هيتاشي).

-غياب أخصائي اجتماعي داخل المؤسسات

- افتقار قاعة التربية الفنية والرياضية.

(محمد،2010، 119)

- وجود تلاميذ من ذوي اضطراب التوحد مختلفي القدرات داخل الصف الواحد.
- غياب التدعيم والتشجيع من طرف المعلم.
- غياب التفاعل مع الأقران (الأطفال العادين).
- نقص خبرة المعلم في اختزال المهام إلى مجموعة من الخطوات البسيطة.
- غياب التواصل بين المعلم والأخصائي النفسي.

(رفعت بهجات، 2007، 211)

ترى الباحثة في ارض الواقع أن المعلمين ومعظم الطاقم الإداري لديهم معلومات قليلة حول استراتيجيات التدريس، وطرق التواصل مع أطفال التوحد، وليس عندهم أدنى فكرة حول غرفة المصادر، وعدم وجود معلم التربية الخاصة داخل الابتدائيات، أو مستشار التوجيه، إذ أن الأخصائي النفسي يزور المؤسسات مرة أو مرتين في السنة من اجل تطعيم، ومن الصعوبات التي لحضتها هي عدم تقبل بعض الأولياء أن أطفالهم مصابين بطيف التوحد وهذا بعد تشخيص الطفل من طرف الأخصائي أو مستشار المقاطعة، وذلك بعد ظهور بعض الأعراض عليهم، وأيضا رفض بعض المعلمين بوجود أطفال التوحد داخل أقسامهم فهم يرون أن الطفل التوحدي يعرقل المعلم أثناء أداء واجبه.

خلاصة الفصل:

من خلال التطرق في هذا الفصل الى اضطراب التوحد الذي أصبح من بين الاضطرابات الشائعة والصعبة التي تؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي كما أنه غامض والابحاث فيه مازالت متواصلة والجهود متكافئة بالإضافة الى الوعي الذي يزداد كل يوم نحو هذا الموضوع بالإضافة الى التكفل الوالدي الذي يهم من شأنه أن يوفر الجهد والوقت ويختصر الكثير على جميع الافراد.

وتواجه عملية دمج أطفال ذوي اضطراب التوحد مع الأطفال العاديين عدة صعوبات بسبب الفروق الفردية التي بينهم، لذا يحتاج أطفال التوحد إلى طريقة تعامل ورعاية خاصة تجمع بين المعلم العادي ومعلم التربية الخاصة، وكل من هذين المعلمين يحتاجون إلى دراسة العديد من أطفال التوحد في مؤسسات الدمج لتمكنه من تفسير العديد من السلوكيات، للعلم أن الطرق العادية التي يستخدمها المعلم مع أطفال العاديين لا تساعد أطفال التوحد، لذا نحتاج إلى معلمين لديهم دافعية وتقبل لمساعدة هذه الفئة ولاكتسابهم مهارات تساعدهم على التفاعل الاجتماعي والتوافق مع أقرانهم من الأطفال العاديين.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولا: الدراسة الاستطلاعية

ثانيا: منهج الدراسة

ثالثا: مجتمع الدراسة

رابعا: عينة الدراسة

خامسا: حدود الدراسة

سادسا: أدوات الدراسة

سابعا: الاساليب الاحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الجانب التطبيقي أو ما يعرف بالجانب الميداني جانب مهم في اعداد البحث العلمي، فمن خلاله يمكن اثبات ما جاء في الجانب النظري وفي هذا الفصل سنتعرض الى أهم الاجراءات المنهجية العلمية المتبعة من خلال التعريف بالأداة والاساليب الاحصائية المستخدمة.

أولا: الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوات الجانب التطبيقي التي يتخذها الباحث من أجل التعرف على بحثه والتحقق من صحته وعرفها شحاتة سليمان "أنها مجموعة الاجراءات البحثية الهادفة لمعرفة وتقديم المواضع الجديرة بالبحث في مجال معين لتحديد المشكلات البحثية، كما أنها خطوة مبدئية لعملية البحث اذ تمثل الخطوة الاولى على الطريق بمعنى البداية الحقيقية للبحث وتتوقف نتائج البحث النهائية على مدى سلامة وخطا البداية"

وتهدف الدراسة التالية الى:

- ✓ تحديد المنهج المناسب للدراسة ونوع المعاينة
- ✓ التعرف على الظروف التي ينم فيها اجراء البحث
- ✓ التأكد من استعداد الافراد (العينة)ورضاهم في مشاركتنا
- ✓ التحقق من الخصائص السيكومترية للبحث (الصدق، الثبات).

(شحاتة سليمان،2006،278)

عينة الدراسة الاستطلاعية: 50 ام لأطفال التوحد المدمجين في الصف العادي لحساب الصدق والثبات.

ثانيا: منهج الدراسة:

المنهج: تعني كلمة المنهج من خلال من منظور اللغة هو: الطريق أو المسلك.

أما اصطلاحا فقد عرف معاني ومفاهيم عديدة متنوعة.

يعرفه عامر مصباح بأنه: مجموعة الخطوات العلمية الواضحة والدقيقة التي يسلكها الباحث في مناقشته او معالجة ظاهرة اجتماعية أو سياسية أو اعلامية معينة.

وحسب بعض المهتمين والعلماء فانه جملة من المبادئ والقواعد والارشادات التي يجب على الباحث اتباعها من بداية البحث الى نهايته بغية الكشف عن العلاقات العامة والجوهرية والضرورية التي تخضع لها الظواهر وموضوع الدراسة.

(لطاد واخرون،2019،14)

ولكن تعدد المناهج ادى الى تعدد المواضيع واختلافها، فلكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه.

(بوحوش،2007 ،29)

استخدمنا في دراستنا المنهج الوصفي الاستكشافي لملائمته مع طبيعة هذا النوع من الدراسات التي تتطلب الوصف والتحليل وتحديد الفروق واستخدام الاساليب الاحصائية.

لذلك فالبحث الوصفي هو بحث يتناول الظاهرة كما هي في الحاضر قصد تمحيصها وكشف جوانبها، ولا يقف هذا الاخير عند هذا الحد بل يتعداه الى التحليل والتفسير والمقارنة قصد تعميمات ذات معنى تضيف جديدا الى المعارف المتراكمة عن الظاهرة محل الدراسة.

(منصوري زواوي،2007 ،27)

ثالثا: مجتمع الدراسة:

هو مجموعة مترابطة من الناس تجمعهم وحدة مكانية يقصد بها الارض التي يعيشون عليها وتجمعهم وحدة زمانية يقصد بها تعايشهم مع بعضهم البعض في فترة من الزمن تمثل مجتمع الدراسة في مجموعة من أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصفوف العادية ، ولم يحصر مجتمع الدراسة وهذا نظرا لصعوبة إحصاء الأطفال المدمجين في الصف العادي .

رابعا: عينة الدراسة:

العينة تعتبر عنصر أساسي في اجراء الدراسات والبحوث العلمية وفي دراستنا هذه تم اختيار العينة بطريقة عرضية.

- تم اختيار العينة المتوافرة المتاحة حيث تكونت من (66) أم لطفل مصاب بالتوحد المدمجين في الصف العادي بمدينة الوادي وذلك لصعوبة الوصول للعينة وعدم حضور أغلب الامهات الى المدارس وعدم تقبل بعضهم للمشاركة تم توزيع البعض في مدارس فرج عبد القادر، القارة الشرقية، ميدة أحمد نظرا لوجود مجموعة من أطفال التوحد مدمجين في الصف العادي.

خامسا: حدود الدراسة:

- **الحدود البشرية:** 66 حالة لأمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة خلال العام الدراسي 2023/2022 بمدينة الوادي.

- **الحدود المكانية:** تم تطبيق العينة الكترونيا تمثلت في 46 استبيان و20 في المدارس فرج عبد القادر، ميدة أحمد، القارة الشرقية نظرا لوجود أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي.

سادسا: أدوات الدراسة:

مقياس الضغط النفسي للفنستاين la _venstein

أ. تعريف المقياس:

أعد الباحث لفنستاين (1993) le venstine بهدف قياس ادراك الضغط ويتكون الاختبار من ثلاثون (30) عبارة تميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة، البنود المباشرة تشمل (22) عبارة تتمثل في العبارات رقم (30،28،27،26،24،23،22،20،19،18،16،15،14،12،11،9،8،6،5،4،3،2) تدل على وجود مؤشر ادراك ضغط مرتفع عندما يجيب عنها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، وعلى مؤشر منخفض عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض.

البنود غير مباشرة (8) عبارات متمثلة في (29،25،21،17،13،10،7،1) تدل على وجود مؤشر مرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض وعلى مؤشر منخفض.

ب. كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات الفرعية للفرد المعرض لوضعية القياس وتتمثل تعليمات الاختبار في أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (x) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموما وذلك خلال سنة أو السنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة اجابتك أو احرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هده المدة.

وهناك أربع اختبارات عند الاجابة على كل عبارة وهي بالترتيب تقريبا أبدا1، أحيانا2، كثيرا 3، عادة 4

ت. كيفية تصحيح الاختبار:

إن تصحيح الاختبار يتم بالتدريج فيها من 01 إلى 04 نقاط وهي درجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة من 01 إلى 04 نقاط وهي درجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة 01 _ 04 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة)، أما البنود غير المباشرة فيتم تنقيطها من 04 إلى 01 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

وهذا الجدول يوضح ذلك إذ أن بعد تنقيط كل بند نقوم بجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

الجدول رقم (01): يوضح عملية تنقيط كل بند

البدائل	بنود مباشرة	بنود غير مباشرة
1-تقريبا أبدا	نقطة واحدة	أربعة نقاط
2-أحيانا	نقطتان	ثلاث نقاط
3-كثيرا	ثلاث نقاط	نقطتان
4-عادة	أربعة نقاط	نقطة واحدة

يتم التنقيط حسب البنود المباشر ونستنتج مؤشر إدراك الضغط وفق المعادلة التالية:

تتراوح درجة مؤشر إدراك الضغط بين (0.5) وتدل على أدنى مستوى من الضغط إلى (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

صدق وثبات المقياس الاصلي:

الصدق: حسب دراسة لفنستاين التي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي، الذي يرتكز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقياس الآخر للضغط، أظهرت النتائج أن هناك ارتباطا قويا بهذا المقياس مع سمة القلق الذي ب (0.75) ومع مقياس إدراك الضغط كوهن Cohen ويقدر ب (0.73) بينما سجل ارتباط معدل يقدر ب (0.56) مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضغط يقدر ب(0.35) مع مقياس قلق الحالة.

الثبات: قام لفنستاين (Le-Venetian) بمقياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال عامل (ألفا) فأظهر وجود تماسك وجود تماسك قوي يقدر ب(0.90) كما ظهر قياس ثبات المقياس باستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر بثمانية أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر ب (0.80) يشير لفنستاين وآخرون سنة (1993) بأن هذا الاستبيان يعتبر أداة ثمينة وإضافية لوسائل البحوث النفسية الجسدية، ويمكن أن يكون عاملا تنبؤيا هاما للحالة الصحية للفرد لاحقا.

(بوسعدية وبن نوي، 2019، 60-62)

الخصائص السيكومترية للمقياس:

1-الصدق:

صدق التمييز (المقارنة الطرفية):

اعتمد الباحث في قياس الصدق التمييزي لمقياس ليفنستاين على طريقة المقارنة الطرفية بعد تفريغ بيانات العينة الاستطلاعية، تم جمع درجاتهم الكلية وترتيبها ترتيبا تنازليا، ثم تقسيم العينة لفئتين فئة عليا وفئة دنيا. بنسبة 27% في كل مجموعة تم استعمال نظام الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss22 لحساب قيمة T لعينتين مستقلتين، تحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): يمثل حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية:

البيانات / المجموعات	عدد أفراد المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
عليا	14	79.64	3.87	12.70	26	0.01
دنيا	14	63.14	2.93			

من خلال الجدول رقم(02)، نجد أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا يساوي 79.64 وانحرافها المعياري يساوي 3.87، وأن المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا يساوي 63.14 وانحرافها المعياري يساوي 2.93، في حين نجد أن قيمة T تساوي 12.7 عند درجة حرية 26 وهي دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01، بناءا على ذلك نقول أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين العليا والدنيا، وعليه ف مقياس ليفنستاين للضغوط النفسية يمكننا من التمييز بين المجموعتين، اذا يمكن القول بأن الاستبيان يتمتع بالصدق التمييزي

2-الثبات:

-حساب الثبات بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ):

تم حساب الثبات للاستبيان بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) بواسطة نظام الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (spss 22) النتائج مدونة فالجدول التالي:

الجدول رقم (03): يمثل حساب الثبات بطريقة التناسق الداخلي للبنود

المقياس	عدد البنود	قيمة ألفا كرونباخ	القرار
مقياس ليفنستاين	30	0.63	ثابت

من خلال الجدول رقم(03) نجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس. أي درجة التناسق الداخلي بين بنود المقياس تساوي 0.631، وبذلك يمكن القول أن مقياس ليفنستاين ثابت بطريقة التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ).

- **حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:**

تم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم تقسيم بنود المقياس الى نصفين متساويين (زوجي/فردي)، ثم حساب معامل الارتباط برسون بين النصفين باستعمال نظام الحزمة الاحصائية (spss 22)، النتائج مدونة بالجدول التالي:

الجدول رقم (04): يمثل حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

المؤشرات الاحصائية	r قيمة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
قبل تعديل بيرسون	0.531	48	0.01
بعد تعديل بيرسون	0.695		

من خلال الجدول رقم (04) نلاحظ أن قيمة **r** المحسوبة قبل التعديل **بيرسون** تساوي 0.531 وفي الحقيقة قيمة r المعبر عنها تعبر عن قيمة معامل الارتباط بين لنصفي المقياس توجب تصحيح معادلة الطول فتحصلنا على قيمة rالحقيقية بعد تعديل **سبرمان تساوي** 0.695، وعليه يمكن القول بأن مقياس ليفنستاين المطبق على عينة الدراسة يتمتع الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

سابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين درجات الضغط النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وعلاقته بمستوى تعلم الابناء في الصف العادي وذلك

بالاستعانة ببرنامج (SPSS) وهي:

- اختبار T لعينة واحدة
- اختبار T لعينتين مستقلتين
- المتوسط الحسابي
- معامل ألفا كرونباخ
- معامل ارتباط بيرسون.

خلاصة الفصل:

تعتبر الإجراءات المنهجية للدراسة من بين أهم عناصر الدراسة؛ فهي المقياس الحقيقي لكفاءة الباحث وقدرته على التطبيق الميداني للدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية بكافة إجراءاتها انتقالا إلى الدراسة الأساسية والتي يتم من خلالها توضيح المنهج المستخدم وكذا طريقة اختيار العينة والأدوات المستخدمة وأهم الأساليب الإحصائية التي تم استعماله.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1-عرض ومناقشة نتيجة التساؤل العام للدراسة

2-عرض ومناقشة نتيجة التساؤل الثاني الثانية

الاستنتاج العام.

والاقتراحات والتوصيات

تمهيد

بعد تطبيق أداة الدراسة المتمثلة في مقياس ليفنستاين من خلال استبيان الكتروني موزع على عينة الدراسة المقدرة ب66 أم من أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي بمدينة الوادي وبعد جمع البيانات وتفريغها تم معالجة البيانات بالاعتماد على برنامج spss وفي ضوء التساؤلات نعرض النتائج مع المناقشة والتفسير كما يلي:

1-عرض ومناقشة نتيجة التساؤل العام للدراسة

مناقشة نتيجة التساؤل الأول: والتي تنص على: ما مستوى الضغط النفسي الموجود لدى أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي؟

وللإجابة عن التساؤل العام أي معرفة مستوى الضغط النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي وللإجابة عن التساؤل وجب حساب الفروق بين المتوسط الحسابي والفرضي لعينة واحدة، حيث أتت النتيجة اختبار ت كما يلي:

-حساب المتوسط الفرضي:

$$\text{متوسط الفرضي: } \frac{\text{مجموع البدائل}}{\text{عدد البدائل}} \times \text{عدد الفقرات}$$

البدائل: 1-2-3-4

$$75 = 30 \times \frac{1+2+3+4}{4}$$

الجدول رقم (05): يبين الكشف عن فروق بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لأفراد العينة.

بيانات / المتغير	عدد الافراد	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الضغط النفسي	66	73.57	75	1. 65	65	غير دالة

من خلال الجدول رقم (05) تبين أن قيمة المتوسط الحسابي بلغت (73.57) والمتوسط الفرضي بلغ 75 وقيمةT بلغت 1.65 عند درجة الحرية 65 وهي قيمة غير دالة احصائيا بين المتوسط الفرضي والحسابي ومنه مستوى الضغط لدى امهات أطفال التوحد المدمجين في الصف العادي متوسط.

- كما يمكن تصنيف الفئات وفق النسق التالي:

-حساب طول الفئة:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{أكبر قيمة} - \text{أصغر قيمة}}{3}$$

$$\text{طول الفئة} = \frac{91 - 59}{3} = 10.66$$

-تحديد المستويات (منخفض-متوسط- مرتفع)

- نحدد أولا المستوى المنخفض:

تحديد المستوى المنخفض:

نأخذ القيمة الدنيا من درجات المتحصل عليها وهي :59

نحسب القيمة العليا للمستوى المنخفض= أصغر قيمة +طول الفئة حيث تساوي:

+ 69.66=10.66+59

اذن المستوى المنخفض محصور بين (59 - 69.66)

-تحديد المستوى المتوسط:

نأخذ القيمة العليا للمستوى المتوسط =أعلى قيمة+ طول الفئة

81.33=10.66+70.67

اذن المستوى المتوسط محصور بين (70.67 - 81.33)

تحديد المستوى المرتفع:

نحسب القيمة العليا للمستوى المرتفع= أعلى قيمة للمستوى المتوسط+طول الفئة.

93 =10.66+82.34

اذن المستوى المرتفع محصور بين (82.34 -93)

ويمكن حساب تكرارات درجات الافراد حسب الفئات وهي متمثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): حساب تكرارات درجات الافراد حسب الفئات

الفئة	المجال	التكرار	النسبة المئوية
المنخفضة	(69.66-59)	19	%28.78
المتوسطة	(81.33-70.67)	42	%63.63
المرتفعة	(93-82.34)	5	%7.57
المجموع	/	66	%100

وبالتالي نتأكد أن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات اطفال التوحد المدمجين في الصف العادي يقع في المستوى المتوسط من خلال بيانات الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي، والتصنيف لمستويات الضغط النفسي الثلاث (مرتفع- متوسط –منخفض).

من خلال عرض نتائج التساؤل الأول حيث أظهرت النتائج أن تكرارات المستوى المتوسط كانت أكبر من المستوى المنخفض والمرتفع وهذا يدل على أن أمهات الأطفال التوحديين يعانين من مستوى متوسط من الضغط النفسي، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة **دراسة إحسان ونور الدين (2015)** حيث توصلت الى أن أمهات الأطفال التوحديين لديهن درجة متوسطة من الضغط النفسي، **ودراسة غدي عصفور (2012)** التي أظهرت نتائجها أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط.

ومن هنا نرجع معاناة أم الطفل التوحدي من مستوى متوسط الشدة في الضغوط، إلى أن رعاية طفل توحدي مع ما يميزه من خصائص والتي تسبب عجز في التواصل مع قصور في السلوك التكيفي، فالطفل التوحدي يجد صعوبة في تعلم مهارات العناية بالذات أو النظافة الشخصية والأكل وارتداء الملابس التي تعتبر وظائف روتينية يتمكن منها الطفل العادي بكل بساطة، مما يجعل أعباء الوظائف الاستقلالية مصدر قلق وإزعاج للألم التي تقوم بنفسها بهذه الأمور. كل هذه المشكلات تجعل الأم في حالة حيرة فهي لا تستطيع وضع خطط للمستقبل خاصة وان ابنها لا يستطيع مواجهة الحياة بإمكانياته المحدودة، فتعيش الأم حالة ضيق وتوتر تحاول الخروج منها عن طريق

متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بالمجتمع الذي يعتبر الطفل التوحدي وصمة عار تلحق بالأسرة وبالأم خصوصا، فتحمل الأم مشاعر الذنب وتكبتها مما يجعل أعراض جسدية تظهر عليها قد تتعقد لتصبح أمراض عضوية.

كما أن خوف الام على تعليم ابنها جعلها أكثر عرضة للضغط النفسي على الا يندمج ابنها مع اقرانه بطريقة سليمة لأتحاته الفرصة له للتكامل الاجتماعي والتعليمي مع الاطفال العاديين سواء يوما كاملا أو جزء يوم.

2-عرض ومناقشة نتيجة الفرضية الفرعية:

ينص على هل توجد في الضغط النفسي الموجود بين الأم الماكثة في البيت والأم العاملة؟

ولاختبار الفرضية وجب حساب اختبار T لعينتين مستقلتين حيث أتت نتيجة الاختبار كما يلي:

الجدول رقم (05) يمثل الفروق في درجات الضغط الضغط النفسي بين الام العاملة والام الماكثة فالبيت:

البيانات / الحالة المهنية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الماكثة	74.48	6.27	1.16	64	غير دال
العاملة	72.41	7.79			

حيث أظهرت النتائج أن من خلال الجدول رقم (05) تبين أن قيمة المتوسط الحسابي بلغت (74.48) للمرأة الماكثة و(72.41) للمرأة العاملة والانحراف المعياري بلغ (6.27) للمرأة الماكثة و(7.79) للمرأة العاملة وقيمة ت تقدر بـ: (1.16) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وتعتمد بذلك نتيجة الفرضية بأنه لا توجد فروق في الضغط النفسي الموجود بين الأم الماكثة في البيت والأم العاملة، ومن هنا نرجع عدم وجود الفروق بين الأم العاملة والماكثة في البيت بأن في كلتا الحالتين يتطلب من الأم رعاية الطفل التوحدي رعاية خاصة مهما كان سواء كانت عاملة أو ماكثة في البت فهذا يتطلب حرصا واهتمام ومتابعة خاصة أن الطفل مدمج مع العاديين ، حتى تساعده على تخطي الصعاب ومتابعة دراسية خاصة، فالأم في كلتا الحالتين تساهم بشكل كبير في كل هذه المراحل مما يسبب لها ضغط نفسي مع الرؤية السلبية للمجتمع لابنها خاصة أنه يعتبر سلوكه شاذ عن أقرانه، وهي من تتحمل النظرات السلبية من أقرانه ومن قبل المجتمع المحيط به، وهذا ما يسبب لابنها مجالا للإحباط، كما تكون دائما موجودة في

حالة حدوث أي طارئ، ومن خصائص الأم الحب المفرط لابنها مما يزيد من الضغط لديها ولا تختلف الأم العاملة والماكثة في البيت في حب الابن وبالتالي يجعل منهم يعانون من نفس الضغط تقريبا.

وعليه فالأم سواء كانت ماكثة في البيت أو عاملة في هذه الحالة يكون لديها ضغط نفسي راجع إلى حبها للابن ما يجعلها تتأثر من أي شيء يصيب ابنها سواء كان نفسي أو جسدي، فهي دائما ما تراه بعين الطفل الضعيف الذي يحتاج دائما إلى مساعدة نفسية وتربوية وسلوكية واجتماعية، مما يسبب للأم العاملة أو الماكثة نفس الضغط لانهما تحملان نفس خصائص الامومة.

الاستنتاج العام:

تناولت هذه الدراسة متغير، الضغط النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد المدمجين في الصف العادي وذلك باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- وجود مستوى متوسط من الضغط النفسي لدى امهات اطفال اضطراب التوحد المدمجين في المدرسة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الضغط النفسي لدى الأم العاملة والماكثة في البيت.

ومما سبق نستنتج أن الضغط النفسي والتوحد لهما أهمية كبيرة في دراسة ما تمر به الأمهات من معاناة وقلق، عندما يكون لديها طفل معاق في الأسرة خاصة وأنها تصبح هي المسؤولة الوحيدة على هذا طفل خاصة وأنه لا يعرف المهارات الحياة الاساسية من مأكله ولباسه ونظافته الشخصية، فيصعب على الام ان تتعامل معه لوحدها وهذا ما ينتج لديها ضغط نفسي كبير.

كما أن الضغط النفسي والتوحد ضروريان لدراستهم كأكثر الاضطرابات شيوعا يؤثران في شخصية الفرد فيصبح غير طبيعي، فالضغط النفسي أصبح سمة ترافق الشخص في حياته اليومية فتؤثر على حياته الاسرة والعملية... الخ، أما التوحد فهو من الاضطرابات التي لم تعرف اسبابها لحد الان، وهذا ما شجعنا على دراسة هذا الموضوع لمعرفة مدى الضغط النفسي الذي تمر به الأمهات، فوجدنا أنه يوجد ضغط نفسي لدى الامهات، كما درسنا إذا كان هناك فروق في الضغط بين الام العاملة والماكثة في البيت، فوجدنا بانه لا توجد فروق بينهما.

إن الاسر تعاني كثيرا من الضغوط النفسية في محاولة لها في التكيف والتعايش مع طفل معاق قد يصل بعضها الى درجة المرض، فتؤثر سلبا على الطفل وتفشل الاسرة في توجيهه ايجابيا، لذلك يجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الإعاقة وكيفية التعامل معه، وبالتالي وجب دراسة والتعرف على ما تمر به الامهات من قلق وحزن والتكفل به علاجيا وارشاديا من قبل المختصين العياديين والمرشدين التربويين.

الخاتمة

وفي آخر هذه الدراسة و ومن خلال النتائج المتوصل إليها نستنتج أن هناك آلام نفسية كبيرة جراء انجاب طفل مصاب بالتوحد للأم سواء كانت أم عاملة أو أم ماكثة فالبيت وذلك من خلال الجانب النظري والجانب التطبيقي لدراستنا ثم الجانب العام للدراسة من تساؤلات وفرضيات عما إذا كانت الأم تعاني من ضغوط نفسية كبيرة حيث توصلنا إلى أنه هناك ضغوط نفسية معتبرة لدى الأم وأن هناك فروق في الضغط النفسي بين الأم العاملة والماكثة في البيت، وهذا ما فرض على الأم أن تتحمل مسؤوليات ذلك الطفل المصاب لوحدها إذ يجعلها سهلة الوقوع في الضغط النفسي.

التوصيات والاقتراحات:

في ضوء دراستنا والنتائج المتوصل اليها، أدركنا الآلام النفسية التي يعيشها أمهات اطفال المصابين التوحد المدمجين في الصف العادي، لهذا نقدم مجموعة من الاقتراحات المتمثلة في ما يلي:

- تقديم الدعم المعنوي لأمهات أطفال التوحد من طرف العائلة والمحيطين بهم.
- تلعب طريقة الاعلان عن المرض دورا كبيرا في التخفيف من الآلام والضغط النفسي لدى الام، فالكلمات المختارة والتفاعل الوجداني وفهم طبيعة المرض قد يساعدها على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدتها.
- ضرورة تقديم الارشاد والتوجيه لأم الطفل المصاب بالتوحد بمعلومات تساعدها.
- ضرورة وجود أخصائيين متمكنين في مجال التوحد في كل مشفى.
- تقديم المزيد من الدراسات حول مؤشرات الصدمة النفسية لأمهات الاطفال المصابين بالتوحد.
- زيادة العمل على دراسات حول موضوع دمج أطفال التوحد في المدارس الابتدائية العادية من أجل الوصول الى حلول أكثر.
- تسليط الضوء على أسباب التوحد وعلاقتها بالولادات القيصرية.

اعداد برامج تربوية لتدريب أمهات اطفال التوحد على أساليب التفاعل مع أبنائهم لإكسابهم القدرة على مواجهة الضغوط بطرق علمية واضحة وعملية.

قائمة

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. القرأن الكريم
2. ابراهيم فرج عبد الله الريزيقان (2004): التوحد، الخصائص والعلاج، دار الميسرة عمان، الأردن، بدون طبعة.
3. مصطفى نوري القمش (2010): إضطرابات التوحد الأسباب التشخيص والعلاج-دراسات علمية، الطبعة 1 دار الميسرة، عمان الأردن.
4. أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح (2007): علم النفس الطفل الغير عادي، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن الطبعة الأولى.
5. أسامة مصطفى فاروق (2004): التوحد (الأسباب التشخيص، العلاج)، الطبعة الثانية دار المسيرة عمان الأردن.
6. الزراع، نايف (2010)، المدخل الى اضطراب التوحد-المفاهيم الاساسية وطرق التدخل دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الاردن.
7. ايهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل (2009): الأوتيزم التوحد والاعاقة العقلية، ط1، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع القاهرة، مصر
8. بن سليمان عبد الرجمان، (1994)، الضغط النفسي مفهومه تشخيصه طرق علاجه ومقاومته، مطابع شركة الصفحات الذهبية، السعودية
9. بهاء شاهين، (2008)، تعليم مميز لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، طرق التدريس من أجل الادماج، دار مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، ط1.
10. بوحوش عمار، محمد محمود الذنيبات، (2007)، مناهج البحث وطرق اعداد البحوث، ديوان: المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر.
11. بوزاهر سارة، (2014)، استراتيجيات المواجهة الضغط النفسي لدى أم طفل التوحدي، مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
12. تامر فرح سهيل، (2015)، التوحد التعريف الأسباب التشخيص العلاج، دار الاعصار العلمي لنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.

13.جمال خلف المقابلة (2016) اضطرابات طيف التوحد والتشخيص والتدخلات العلاجية الطبعة الأولى داريافا العلمية عمان –الأردن.

14.جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد (2000) الإضطرابات السلوكية دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان، الأردن الطبعة الأولى.

15.حسين شحاته، زينب نجار، (2003)، معجم المصطلحات التربوية والنفسية، دار المصرية لبنانية لنشر، ط1، القاهرة

16.خالد محمد عسل،(2012)، نظرية وتدخلات ارشادية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء والدنيا للطباعة، ط1.

17.خالد مطر، (2015)، الضغوط النفسية المدركة لدى المعلمين وعلاقتها بالمرونة النفسية ومهارة حل المشكلات بمحافظة الظاهرة في سلطة عمان، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، سلطة عمان.

18.خالدة نيسان (2009): سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والإفراط، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان الأولى.

19.خولة أحمد يحي (2003)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دون طبعة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

20.رائد خليل العبادي (2016): التوحد الطبعة الأولى، مكتبة المجتمع العربي عمان الأردن.

21.الرشيدي هارون الفاروق، (1999)، الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها، دار زهراء الشرق لنشر، القاهرة.

22.رفعت محمد بهجت (2007) الأطفال التوحديون، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع عمان، دون طبعة. الأردن.

23.الريزيقان إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010) التوحد (السلوك التشخيص العلاج) دار وائل للنشر والتوزيع، ط1. الأردن.

24.سعيد حسين العزة (2002)، الاعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، دون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

25.سهى أحمد أمين نصر (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحدي: التشخيص والبرامج العلاجية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

26.سوسن شاكر الجبلي (2015): التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه الشخصية، علاجه، دار رسلان للنشر والتوزيع، ط2، سوريا.

27.شحاتة سليمان، محمد سليمان (2006)، مناهج البحث بين النظرية والتطبيق، دون طبعة، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.

28. محمد عبد الرحمان عيسى الشرفاوي التوحد ووسائل علاجه، ط1 –دار العلم والإيمان للنشر.

29.طارق عامر(2008): الطفل التوحدي، دار اليازوري العلمية.

30.طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006)، استراتيجيات ادارة الضغوط النفسية والتربوية، دار الصفاء لنشر، ط1، عمان

31.عادل عبد الله محمد مدخل الى إضطراب التوحد والإضطرابات السلوكية والانفعالية الطبعة الأولى دار الرشاح القاهرة.

32.عصام النمر (2015) الأسرة وأطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة اليازوري للنشر والتوزيع، ط2 عمان الأردن

33.العمري محمد مصطفى (2007)، ضغوط العمل واثارها، مجلة الدبلوماسي، العدد 37، السعودية.

34.فاروق السيد عثمان (2001)، القلق وادارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي لنشر والتوزيع، ط1، القاهرة

35.فتحي جروان واخرون (2013)، الطلبة ذو الحاجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)دار الفكر، عمان، الاردن،ط1.

36.فرج عبد القادر طه وآخرون، ب س، معجم علم النفس التحليلي، دار النهضة العربية، ب ط، بيروت.

37.فطوم /هبة نوفل فطوم (2010) ما التوحد، مركز التوحد، جامعة دمشق سوريا

38.قحطان أحمد الطاهر (2009) التوحد، ط1، عمان دار وائل للنشر الأردن.

39.كمال عبد الحميد (2013)، التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة، عالم الكتب، القاهرة، ط1.

40.لطاد ليندة، عباش عائشة، رانجة زكية، واخرون (2019)، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، ط1، ألمانيا، دار النشر: المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.

41.–لكحل آمنه، بن عيسى حليمة (2020)، الضغط النفسي لدى امهات اطفال التوحد وعلاقته بمهارات العناية بذات لدى اطفالهن من وجهة نظر الامهات، مذكرة ماستر، جامعة حمه لخضر، الوادي.

42.ماجد السيد على عمارة (2005) اعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي –مكتبة زهراء الشروق مصر، بدون طبعة.

43.ماجدة بهاء الدين سيد عبيد، (2008)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار الصفاء، ط1،

44.محمد أحمد خطاب (2009) سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر الطبعة الأولى

45.محمد الصالح الإمام (2010) التوحد ونظرية العقل الطبعة الأولى دار الثقافة، عمان الأردن

46.محمد جاسم، محمد العبيدي، (2004)، سيكولوجيا للإدارة التعليمية والمدرسية، دار الثقافة لنشر والتوزيع

47.محمد عدنان عليوات (2007)، الاطفال التوحديون، دون طبعة، دار الباروزي للنشر والتوزيع، الاردن.

48.محمد علي كامل، (2004)، الضغوط النفسية ومواجهتها، مكتبة ابن سينا لطباعة والنشر، ب ط، القاهرة.

49.محمد علي كمال (2003): الأوتيزم الإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج، مركز الإسكندرية مصر الطبعة الاولى.

50.مشيري سولاف، (2004)، الضغط النفسي في مجال الدراسي: المفهوم والمصادر واستراتيجيات المواجهة، مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية والانسانية، جامعة بابل، جامعة الوادي، العدد29، الجزائر.

51.مصطفى نوري القمش (2007) الأطفال التوحديون، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، بدون طبعة.

52.مصطفى والشربيني /أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشربيني (2011) سمات التوحد، ط1، عمان، دار الميسرة.

53.معيزة جليلة، (2002)، مدخل الى علم النفس المعاصر، دار المطبوعات الجامعية، ط2،

54.موسى بن ابراهيم حريزي، صبرينة غربي، دراسة نقدية لبعض المناهج الوصفي وموضوعاتها في البحوث الاجتماعية والتربوية والنفسية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد13، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة الجزائر.

55.هالة عبد السلام واخرون، (2019) ،نشرة التوجيهات الفنية والادارية للدمج التعليمي، وزارة التربية والتعليم، الادارة المركزية لشنون التربية الخاصة، الادارة العامة لتربية الخاصة، مصر.

56.هبة مؤيد محمد، (2018)، الضغوط النفسية لدى أمهات اطفال ذوي ح خ، المؤتمر العلمي السنوي يوم الصحة النفسية، جامعة بغداد، العراق.

57.يوسف جمعية سيد (2004)، ادارة ضغوط العمل نموذج لتدريب والممارسة، دار نبرات لنشر، ط1، القاهرة.

58.بوسعدية، ياسين وبن نوي، عماد. (2019): الضغط النفسي لدى عينة من أمهات الأطفال التوحدين"دراسة ميدانية لخمس حالات في مركز التكفل بالأطفال المتوحدين بالبويلرة. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. جامعة أكلي محمد أولحاج: البويرة.

الملاحق

الملحق رقم (01): استبيان إدراك الضغط للفينستاين (P.S .Q)

التعليمات:

ضع علامة (*) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك وتمثل بصدق ما تشعر به.

الوضعية المهنية: عاملة ( ) ماكثة في البيت ( )

الرقم	البنود	تقريبا أبدًا	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعر بالراحة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة				
06	تجد نفسك في مواقف صعبة				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
08	تشعر بالتعب				
09	تخاف من عدم إستطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافها				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لإتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها تتراكم				
16	تشعر في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن و الحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنك تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تمتع نفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				

23	تشعر أنك قمت بأشياء ملزما بها و ليس لأنك تريدها				
24	تشعر بأنك وضع إنتقاد و حكم				
25	أنت شخص خالي من الهموم				
26	تشعر بالإنهاك أو تعب الفكري				
27	لديك صعوبة في الإسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط كافي				
المجموع					
المجموع العام					

الملحق رقم (02): مستخرجات spss لصدق وثبات الاستبيان

الصدق بطريقة المقارنة الطرفية

Group Statistics					
	المجموعتين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
درجات	عليا	14	79.6429	3.87511	1.03567
	دنيا	14	63.1429	2.93145	.78346

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
درجات	Equal variances assumed	.010	.923	12.706	26	.000	16.50000	1.29862	13.83064	19.16936
	Equal variances not assumed			12.706	24.208	.000	16.50000	1.29862	13.82099	19.17901

الثبات بطريقة الفا كرونباخ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.631	.638	30

الثبات بطريقة التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.350
		N of Items	15[a]
	Part 2	Value	.495
		N of Items	15[b]
	Total N of Items		30
Correlation Between Forms			.531
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.694
	Unequal Length		.694
Guttman Split-Half Coefficient			.685
، VAR00007، VAR00005، VAR00003،a. The items are: VAR00001 ، VAR00019، VAR00017، VAR00015، VAR00013، VAR00011،VAR00009 VAR00029.، VAR00027، VAR00025، VAR00023،VAR00021			
، VAR00008، VAR00006، VAR00004،b. The items are: VAR00002 ، VAR00020، VAR00018، VAR00016، VAR00014، VAR00012،VAR00010 VAR00030.، VAR00028، VAR00026، VAR00024،VAR00022			

الملحق رقم (03) نتيجة التساؤل العام :

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
درجات الضغط	66	73.5758	7.00782	.86260

One-Sample Test						
	Test Value = 75					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
درجات الضغط	-1.651-	65	.104	-1.42424-	-3.1470-	.2985

الملحق رقم (04) : نتيجة الفرضية الفرعية

Group Statistics					
	الحالة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
درجات ضغط	ماكثة	37	74.4865	6.27881	1.03223
	عاملة	29	72.4138	7.79889	1.44822

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
درجات ضغط	Equal variances assumed	1.362	.247	1.197	64	.236	2.07269	1.73228	-1.38793	5.53332
	Equal variances not assumed			1.165	53.031	.249	2.07269	1.77843	-1.49435	5.63973