وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الضغط النفسي لدى اولياء اطفال المصابين بالتوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي بتيزي وزو و بومرداس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علوم التربية تخصص تربية خاصة

من إعداد الطالبتين:

- فجري فيروز
- بن منصور كهينة

تحت إشراف الأستاذة:

هارون سوميشة

السنة الجامعية: 2019/2018

شكر وتقدير :

بعد بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله

عليه وسلم وعلى الصحابة أجمعين

نتقدم ببالغ شكرنا وعظيم إمتنانا إلى أستاذتنا الفاضلة **"هارون"** على قبولها الإشراف على هذا البحث ، ومساعدتنا على إتمامه بتوجهاتها القيمة ونصائحها الثمينة وإرشادتها السليمة وكفائتها العلمية في إدارة هذا العمل .

ونتقدم ببالغ شكرنا وعظيم إمتنانا إلى كل العاملين بالمركزين المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بيتيقوبعين والمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا أسيرم ببومرداس .

وكذلك نشكر اللجنة ستتقدم بكل تقدير لمناقشة عملنا هذا ولا يفوتنا أن نتقدم بخالص الشكر إلى أساتذتنا الأفاضل الذين كانوا لنا شرف أخذ العلم على أيديهم في تخصص علو التربية.

كل شكرنا وعرفاننا إلى كل من ساعدنا ووقف إلى جانبنا وساهم من قريب ومن بعيد في إنجاز هذا العمل.

" فيروز وكهينة "

الاهداء

بأسمى معاني الحب والاخلاص اوجه اهدائي:

الى اعز و اغلى ما لدي في الوجود والدي العزيزين ابي و امي اللذان هما نورا ينير دربي و مصدري سعادتي و اماني

منبع الحب والحنان وسبب سعادتي اروع مخلوقة في الدنيا **امي** " **فتيحة** حفظها الله وادعوه ان يمدها بالصحة ويطيل في عمرها.

مصدر الامان والحب وسندي" **ابي العزيز علي**" حفظه الله واطال في عمره، اللذان قدما لي كل الحب والحنان ووقفا الى جانبي وكان لي سندا معنويا وماديا طوال المشوار الدراسي.

والى ورود اسرتي ومنبع ثقتي اختي "**سامية**" التي كانت نعمة الاخت على مصدر فخري واخوتي وأعظم قلبي في الوجود " **فريد واغيلاس** "

إلى من كان سندا لي وعونا في هذا العمل صديقاتي "لامية، وردة، سميرة"

و كل من ساندني و من احبني من قريب و من بعيد

فيروز

الاهداء

بأسمى معاني الحب و الإخلاص أوجه إهدائي:

إلى أعز و أغلى ما لدي في الوجود والدي العزيزين أبي و أمي اللذان كانا نورا ينير دربي و مصدر سعادتي و أماني .

منبع الحب و الحنان وسبب سعادتي أروع مخلوقة في الدنيا ،و إلى أغلى من روحي **"أمي الغالية مليكة"** على قلبي رحمها الله و ادعوه ان يسكنها فاسح جناته و ان يجعل قبرها روضة من النعيم.

مصدر الأمان و الحب وسندي **"أبي العزيز مخلوف"** حفظه الله و أطال في عمره ،اللذان قدما لي كل الحب و الحنان ووقفا إلى جانبي و كان لي سندا معنويا و ماديا طوال المشوار الدراسي.

و إلى أعز وأغلي جدة في الدنيا جدتي الغالية **"زينة"** رحمها الله تعالى التي كانت نعمة الجدة.

و إلى ورود أسرتي و منبع ثقتي أخواتي **"غنيمة ، ليدية ، فتيحة و صبرينة "** اللواتي كن نعمة الأخوات ازواجهن**" لونيس ، احمد ، فريد و ارزقي".**

و على مصدر فخري إخوتي و اعظم قلب في الوجود **"مولود ، عزيز "** و زوجاتهم **" صونية الغالية "** و **" فريدة الحبيبة "**وفقهم الله في حياتهم و مشاريعهم المستقبلية .

و أخوتي التوام حفظهم الله لي **"احسن و لحسين "** وفقهم الله و اخي الصغير **" بلعيد"** وفقه الله في مشواره الدراسي .والكتاتيت اولاد اخواتي **" عبد الرحمان و رابح و وليد "** و الحبيبة **"غنيمة "** والغالية **" اليسيا".**

و كذللك لن انسى حبيبي الغالي و مستقبلي الذي وقف الى جانبي في الحزن و الفرح حفظه الله.

و كل من ساندني و من احبني من بعيد و من قريب.

كهينة

محتويات البحث

شكر وتقديم

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

ملخص الدراسة.

مقدمة .....أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

1- إشكالية الدراسة 05

2- فرضيات الدراسة 08

3- أهداف الدراسة 09

4- أهمية الدراسة 09

5- تحديد مفاهيم الدراسة 10

6- الدراسات السابقة 12

الفصل الثاني: الضغط النفسي

تمهيد 18

1- لمحة تاريخية عن ظهور الضغط النفسي 19

2- تعريف الضغط النفسي 20

3- مصادر الضغط النفسي 21

4- خصائص الضغط النفسي 24
5- أنواع الضغط النفسي..... 26
6- أسباب الضغط النفسي..... 27
7- أثار الضغط النفسي 28
8- نظريات الضغط النفسي..... 30
9- علاج الضغط النفسي 39
خلاصة الفصل 44

الفصل الثالث: اضطراب التوحد

تمهيد 46
1- نبذة تاريخية 47
2- تعريف اضطراب التوحد 49
3- انواع اضطراب التوحد 51
4- اعراض اضطراب التوحد 54
5- نسب انتشار اضطراب التوحد..... 55
6- اسباب اضطراب التوحد 56
7- خصائص الاطفال المتوحدين..... 59
8- تشخيص اضطراب التوحد 62
9- صعوبات تشخيص اضطراب التوحد 64
10- علاج اضطراب التوحد 65
11- تقبل الاسرة للطفل التوحدي..... 69
خلاصة الفصل 70

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة

تمهيد 72

1- التذكير بفرضية البحث 73
2- الدراسة الاستطلاعية 73
3- منهج البحث 74
4- مكان وزمان إجراء البحث 75
6- أدوات البحث 76
7- أساليب المعالجة الإحصائية 81
خلاصة الفصل 83

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج الدراسة

1- عرض وتحليل النتائج 85
2- مناقشة النتائج 86
الاستنتاج العام 91
خاتمة 93
قائمة المراجع
الملاحق

فهرس الجداول :

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط للفنستاين	78
02	معامل الثبات الفا كرو نباخ	81
03	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى الضغط النفسي.	85
04	نتائج اختبار Tلدلالة الفروق للضغط النفسي بين أباء وأمهات الاطفال المصابين باضطراب التوحد.	86

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أطفال المصابين بالتوحد ومعرفة الفروق في الضغط النفسي بين اباء وامهات الأطفال المصابين بالتوحد ومن أجل تحقيق هذا الهدف تطرقنا إلى التساؤلات التالية:

ما مستوى الضغط النفسي لدى اولياء الاطفال المصابين بالتوحد؟

. هل توجد فروق في الضغط النفسي بين اباء وامهات الاطفال المصابين بالتوحد؟

وتم صياغة الفرضيات التالية:

. مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع.

. توجد فروق في الضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

لاختبار الفرضيات اعتمدنا على المنهج الوصفي وذلك من خلال استخدام إختبار إدراك الضغط النفسي في المركز النفسي البيداغوجي بتيقوفعين واقنون والمركز النفسي البيداغوجي أسيرم ببومرداس، وتكونت عينة الدراسة من (35) أباء وأمهات، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية في أواخر شهر ماي إلى غاية جوان 2019، وقد طبقت الدراسة بالبرنامج الإحصائي (**SPSS**) للكشف عن صحة الفرضيات وكانت النتائج على النحو التالي:

أن معظم إجابات الأباء والأمهات لديهم ضغط النفسي وبالتالي مستوى الضغط لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع فإن الفرضية تحققت، وأن الفروق بين إجابات الأباء والأمهات في الضغط النفسي كانت غير دالة إحصائيا وبالتالي فإن الفرضية لم تتحقق.

Récapitulatif de l'étude :

L'étude a comme objectif de connaitre la prévalence du stress chez les parents des enfants atteints de l'autisme, mais aussi de savoir lequel des parents est le plus touché par ce trouble psychologique.

Pour ce faire, nous avons traité les questions suivantes :

- Quelle portée a le stresse sur les parents des autistes ?
- Laquelle des parents sont touché le plus par ce stress ?

Les hypothèses seront formulées ainsi :

1-La teneur en stress chez les deux parents est notablement élevée.

2- Le stress existe en proportions inégales chez les deux parents.

Pour mettre en épreuve ces hypothèses, nous avons adopté sur la méthode descriptive, qui consiste à utiliser le test de perception du stress, chose qui est faite au centre psychologique pédagogique de tikoubaine à ouaguennoune et celui de boumerdes assireme.

L'échantillon d'étude est choisi de façon aléatoire entre fin mai et juin 2019 et s'est faite grâce au programme statistique (spss), et ce pour vérifier les hypothèses susmentionnées, les résultats ont été comme suit :

La majorité des parents des autistes ont rapporté qu'ils ont constamment le stress, ce qui accrédite la première hypothèse.

Les disparités en taux du stress entre les pères et les mères ne sont pas significatives statiquement, ce qui discrédite la deuxième hypothèse.

مقدمة:

للأسرة أهمية كبيرة في حياة الأفراد والجماعات فهي الوحدة الأساسية التي تنشئ عن طريقها مختلف التجمعات السكانية، حيث تقوم بالدور الرئيسي في بناء المجتمع، وتدعيم وحدته وتنظيم سلوك أفراده، وعليه وجب الاهتمام الأسرة به، وذلك باعتبارها اللبنة الأساسية في بناء المجتمع وبناء شخصييه الأفراد، من العائلات التي تحتاج إلى التكفل والدعم خاصة عائلات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي نخص بالذكر عائلة الطفل المصاب باضطراب التوحد، نظرا للتغيير الذي يحدثه في الأسرة.

لأن طفل التوحد يعتبر حالة غير عادية، ولا يقيم أي علاقة مع الأخرين، ويظهر هذا الاضطراب خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويسبب نوعا من القلق، التوتر في حياة الأسرة ويعاني منه الألاف من الأشخاص في أنحاء العالم، ويصيب به الذكور أكثر من الإناث، ويحتاج المصابين به أكثر رعاية مدى الحياة وخاصة في الوقت الحالي مازالوا يبحثون عن الأسباب وكل طرق العلاج، وأنه يحتاج إلى المساندة من قبل الأشخاص الذين يعيشون معه.

لأن هذا الطفل يظهر سلوكيات روتينية غير مقبولة في مجتمعنا مما يجعل والديه قلقين متوترين وفي بعض الأحيان يشعرون بالذنب حيال ابنهم المتوحد وهذا ما يؤدي بهم إلى الضغط النفسي ويحاولون إيجاد الوسائل اللازمة والحلول المناسبة لتأقلم ابنهم المتوحد معهم ومع الأخرين.

وفي غياب المعلومات الكافية حول طريقة التعامل الملائمة ولفهم هذا الاضطراب أكثر

لذلك تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين الجانب الأول خصصناه للدراسة النظرية جاء فيها خمسة فصول، تعرضنا **للفصل الأول** إلى الإطار العام للدراسة الذي يحتوي على الإشكالية، الفرضيات، أهداف وأهمية الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تناولنا فيه التطور التاريخي لضغط النفسي، تعريفه، مصادره، خصائصه، اسبابه، الاثار المترتبة عن الضغط النفسي، النظريات التي تناولت الضغط النفسي، وطرق علاجه

الفصل الثالث: يشمل نبذة تاريخية حول اضطراب التوحد، تعريف اضطراب التوحد، انواعه، اعراضه، نسب انتشاره، أسبابه، خصائص الاطفال التوحديين، تشخيص اضطراب التوحد، علاجه، وتقبل الاسرة للطفل التوحدي.

ثانيا: الجانب التطبيقي: ويحتوي على فصلين:

الفصل الرابع: ويحتوي على إجراءات الدراسة الميدانية الذي خصصنا فيه التذكير بفرضية الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، مكان وزمان إجراء البحث، ادوات الدراسة، والأساليب المعالجة الإحصائية.

الفصل الخامس: يحتوي على عرض ومناقشة النتائج وتحليلها، الاستنتاج العام، الاقتراحات، الخاتمة، قائمة المراجع، الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

تمهيد

1. إشكالية الدراسة.

2. فرضيات الدراسة.

3. أهداف الدراسة.

4. أهمية الدراسة.

5. تحديد مفاهيم الدراسة.

6. الدراسات السابقة.

(1) - الإشكالية:

تعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى للتفاعل بين الوالدين والأبناء، فهي البيئة التي يتلقى فيها الطفل التربية ومن خلالها تتكون شخصيته وميلاد طفل فيها، يعتبر حدثا سعيدا وهاما.

وذلك لأن وجود الطفل في العائلة بشكل مصدر حماية وترابط ضد الاضطرابات العاطفية والصراع الاجتماعي، حيث يجد الوالدين فيه تفاعلا مستمرا مشتركا أساسه الحب والأمن، وعليه نجد الكثير من الأباء يرسمون لهذا الطفل صورة "الطفل المميز" أي أن يمتاز بصفات حسنة وأخلاق حميدة في نظر والديهم. **(خليل أحمد خليل، 1997، ص31)**

وبالتالي فأي صعوبة أو إعاقة أو اضطراب قد يمس صورة هذا الطفل، يعتبر كتهديد لوجود العائلة، خاصة إذا ما شخص هذا الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، والذي يعني أنه فقد صورة الطفل المميز بمختلف معاييره، فهذا يجعل الوالدين يواجهان صدمة لم يحتسبوا لها بحيث تكون مرحلة حاسمة من تغيير جذري في كل المسارات سواء النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية للأسرة. **(روزماري لمبي وآخرون، 2001، ص89)**

كما أن ولادة طفل معاق في الأسرة يؤثر على أفرادها جميعا، ولكن الوالدين هما الطرفان الأكثر تأثيرا كونهما يمران بضغوطات إما انفعالية أو نفسية وتقع على عاتقهما الأعباء المادية التي تترتب على هذه الإعاقة. **(فوزية بنت عبد الجلامدة، 2015، ص77)**

وإن اكتشاف هذه الإعاقة يضع الوالدين أمام واقع مر وأليم سواء كانت هذه الإعاقة جسدية كالتشوهات أو إعاقة حركية حسية كالإعاقة البصرية أو سمعية أو عقلية، وقد يكون الطفل مصابا باضطراب من الاضطرابات النمائية والارتقائية كالتوحد والذي يعتبر أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا، إذ يتسم الطفل المصاب به بالانعزال عن الأخرين بحيث ترى

"سوليغان" حول مفهوم التوحد بأنه: " اضطراب في التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك غير السوي الذي يستمر طول الحياة". **(قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص24)**

فالتوحد اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهو يعيق المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي مع الأخرين ويحدث نتيجة اضطراب عصبي ويؤثر على الطريقة التي من خلالها تتم جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات المهارات الاجتماعية مع الأفراد العاديين أي عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأخرين وكذلك عدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ والتصور والبناء والتخيل ويؤدي أيضا إلى صعوبة في التواصل مع الأخرين ومع العالم الخارجي. **(خالد عياش، 2015ص7)**

بحيث أن التوحد يعد من الإعاقات التطورية الأكثر صعوبة بالنسبة للطفل ووالديه كما يتميز أنه اضطراب محير يصعب فهمه ولعل وجود طفل توحدي في الأسرة يؤثر بالتأكيد على مختلف جوانب الحياة النفسية والاقتصادية للأسرة. **(أحمد عبد اللطيف أوسعد، 2015، ص102)**

إذ أكدت دراسة روسي وآخرون على وجود فروق دالة بين الأباء والأمهات في إدراكهم للضغوط الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة **(حسن عبد المعطي، 2003، ص22)**

فالأسرة التي رزقها الله تعالى بطفل توحدي يسودها الكثير من الاضطرابات والضغوطات النفسية و هذا ما أكدته دراسة توحيد عيد روس سيد احمد (2012) حول الضغوط النفسية على أولياء أمور أطفال المصابين باضطراب التوحد بولاية الخرطوم ، بلغ حجم العينة (60) اب و ام (30 اب – 30 ام) و تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة ، و طبق على العينة مقياس الضغوط النفسية المعدل من قبل الباحثة ، و قد اسفرت الدراسة ان مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المصابين باضطراب التوحد مرتفع ، و هذا بسبب

المشاكل التي تنتج من هذا الاضطراب و التي تتمثل مثلا في الاستقلالية الذاتية التي لا تكون لدى الطفل المعاق أي ان هذا الطفل لا يستطيع القيام باحتياجاته الخاصة لنفسه مثلا الغسل او الباس او دخول المرحاض او ربط الحذاء ، لذا فهو يحتاج إلى رعاية خاصة من قبل أوليائه خاصة الأم التي تعتبر بمثابة حلقة وصل بين متطلباته الخاصة بحيث يحتاج أكثر لولديه وفي بعض الأحيان عدم فهم لابنهم وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالقلق والتوتر وبعض الضغوطات النفسية وهذا ما أثبتته دراسة (Tomanikatal, 2004) بدراسة على عينة مكونة من (60) ، أما للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، ضمن الفئة العمرية من(2. 7) سنوات .وتوصلت الدراسة إلى أن الضغط النفسي لدى أمهات كان مرتبطا بقدرة الطفل على القيام ببعض متطلباته الروتينية، مثل :غسل اليدين، وارتداء الملابس، وتنظيف الأسنان ، ووجدت الدراسة أن الأطفال يفتقرون إلى امتلاك القدرة ،ومهارات التعامل مع متطلباتهم البيئية ،ويحتاجون إلى وقت وجهد كبير من قبل والديهم. وحصلت الدراسة إلى أن متطلبات الرعاية الزائدة تتزايد من الضغوط والألآم النفسية لديهم ،وقد يؤدي ذلك إلى: تقييدهم من القيام ببعض الأدوار الأسرية ، وزيادة الخلافات والصراعات بينهم ،وفي بعض الأحيان، تتعرض الأمهات للكأبة .وعليه فإن هذه الدراسات تشير إشارة واضحة إلى تعرض أولياء الأطفال المعاقين لضغوط نفسية عالية، وهذا راجع إلى دور الأولياء في حياة الطفل فهم أكثر أعضاء الاسرة قلقا على طفلهم المتوحد بحث يسعون إلى توفير الوسائل اللازمة لتغطية احتياجاته ،وبالتالي يحتاج إلى الدعم الكافي .وهذا ما تشير إليه دراسة السرطاوي وأخرون (1988)إلى أن الدعم الاجتماعي ،وإشباع الاحتياجات المعرفية للوالدين من شأنه أن يخفف من حدة الضغوط النفسية الناجمة عن اضطراب ابنهم. **(أحمد عريبات، 2008، ص206).**

فالتوحد يعتبر من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا، لعدم الوصول لأسبابه الحقيقة على وجه التحديد، من ناحية كذلك شدة وغرابة أنماط سلوكية غير التكيفي، من ناحية أخرى، فهو

في حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته، وانسحابه الشديد وقصور تواصله اللفظي والغير اللفظي الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي. **(يحي، 2002، ص 20)**

ونظرا لتأثير الطفل المصاب باضطراب التوحد على الأسرة وخاصة الوالدين حيث تكون الصدمة أول ردة فعل لهم، وفي دراسة "هيرون 1985" التي يشارك فيها "67" من الأباء و"49" من الأمهات ذوي التوحد بحيث اتضح من خلال الدراسات أن هناك ضعف في الترابط الأسري وتفكك في الحياة الزوجية بسبب وجود هذا الطفل **(أيمن أحمد، 2012، ص80)**

ويلي تلك الصدمة كيفية تنشئة هذا الطفل وكيفية التعامل معه، وتقبل سلوكياته، وهذا الاضطراب (التوحد) يسبب في ظهور ضغوطات نفسية عند الوالدين ومحاولة فهم هذه السلوكيات وتقبلتها وتجاوزها والبحث عن أفضل السبل لمنع مضاعفات الحالة من أجل تفاعل الطفل مع والداية ومع الأخرين ومع العالم الخارجي **(طارق عامر، 2008ص، 175)**

ونظرا لأهمية موضوع بحثنا لكونه يمس شريحة من شرائح المجتمع وجب علينا دراسته والتعمق فيه والتوضيح أكثر حول الضغط النفسي لدى أولياء لدى الأطفال المصابين بالتوحد عليه نطرح التساؤل التالي:

. ما مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد؟

. هل هناك فروق في الضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟

2. فرضيات الدراسة:

. مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع.

. توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

3. أهداف الدراسة:

. التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد.

. اختبار الفروق في الضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

4. أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في:

. التعرف والكشف عن الحالة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد.

. لفت الانتباه لهذه الشريحة في المجتمع ومدى انتشار الإعاقة فيه ومدى تأثيره السلبي لدى الأولياء.

. معرفة صدمة وشدة الضغوطات التي يتعرض لها الأولياء الأطفال المصابين والتي يكون ناتجة عن وجود الطفل التوحدي أو المحيط الاجتماعي.

5. تحديد مفاهيم الدراسة:

1.5. الضغط النفسي:

أ. التعريف اللغوي:

ورد بعدة أشكال ومعاجم وذلك حسب الاستخدام، فيعرفه الزبيدي 1306هـ: ضغطه يضغطه ضغطا أي عصره وضيق عليه وقهره والضغطة بالضم الإكراه يقال أخذت فلانا ضغطه أي ضيقت عليه لتكرهه على الشيء والضغط أيضا الشدة والمشقة والضغطة بالفتح والقهر والضيق والاضطرار. **(نبيل قندول، 2011، ص18)**

ب . التعريف الاصطلاحي:

يعرف " سيلي " أن الضغط النفسي أنه عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محدودة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي. **(ماجدة بهاء الدين ،2008ص20)**

ج . التعريف الإجرائي:

هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها أولياء الأطفال المصابين بالتوحد لدى تطبيق مقياس الضغط النفسي " **لليفنستاين** "في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بواقنون تيزي وزو والمركز النفسي البيداغوجي أسيرم ببومرداس.

2.5. التوحد:

أ . التعريف اللغوي:

ورد في قاموس المعاني، توحد: (فعل) توحد/ توحد ب يتوحد توحدا، فهو متوحد. للمتعدي، وتوحد برأيه ولم يعبأ بأراء الأخرين، انفرد به، توحد الرجل: بقي وحده. **(قاموس المعاني ،2015م، مادة التوحد)**

ب . التعريف الاصطلاحي:

هناك تعريفات كثيرة للتوحد وتهدف جميعها الى وصف فئة معينة وهي فئة التوحديين

يعتبر " **كانر** " **(1943)** اول من عرف التوحد الطفولي حيث قام من خلال ملاحظته لأحدى عشر حالة يوصف السلوكيات و الخصائص المميزة للتوحد و التي تشمل عدم القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية مع الاخرين ، التأخر في اكتساب الكلام ، استعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره ، نشاطات لعب نمطية و تكرارية ، المحافظة على التماثل و

ضعف التخيل، و مازالت الكثير من التعاريف تستند على وصف **كانر** للتوحد حتى في وقتنا الراهن .**(وفاء علي الشامي ، 2004، ص: 81)** و يعرفه " **عبد المنعم الحنفي** " **(1978)** على علاقة التوحد " هو مصطلح الانشغال بالذات ويقرر انه مصطلح ادخله " **بلولر**" ليصف به احدى السمات الأولية للفصام و الانشغال بالذات اكثر من الانشغال بالعالم الخارجي . **(ماجد السيد عمارة، 2005، ص: 13)**

ج . التعريف الإجرائي:

التوحد هو اضطراب يصيب الأطفال في سن مبكرة، مشخص من طرف طبيب اخصائي، ما بين السنتين والأربع سنوات (2-4)، يتميز بالانطواء، وانعدام الاتصال الاجتماعي، وكذلك لغة مضطربة إضافة الى السلوك النمطي.

6. الدراسات السابقة:

. إن الهدف من عرض الدراسات السابقة والاطلاع عليها في الاستعانة بها في الدراسة الحالية لتوفير الخلفية العلمية والإطار المرجعي والنظري، ويتم الاعتماد عليها في صياغة الإشكالية وتحديد أبعادها وتفسير نتائج الدراسة الحالية وفيما يلي عرض لبعض الدراسات السابقة:

أ . الدراسات العربية التي تناولت الضغوط النفسية:

. دراسة كاشف (2000) مصر: دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية:

هدفت هذه الدراسة إلى: التعرف على أنواع الضغوط التي تعاني منها ام الطفل المعاق، سواء كانت هذه الإعاقة سمعية أو بصرية أو عقلية، و التعرف على أهم الاحتياجات الأسرية في أسرة الطفل المعاق، وتحديد أكثرها أهمية، وأهم مصادر المساندة الاجتماعية

التي تتلقاها الأم، كما هدفت الدراسة أيضا إلى التعرف على تأثير عدد من العوامل مثل نوع الإعاقة، درجة تعليم الأم، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، ونوع الطفل المعاق على متغيرات الدراسة.

ولهذه الأغراض استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، معتمدة على جمع البيانات على مقياس الضغوط الأسرية، واشتملت عينة الدراسة في صورتها الأولية (157) أم.

وأظهرت النتائج: أن أهم الضغوط لدى الأم هي ضغوط رعاية الطفل المعاق، والهموم المستقبلية المرتبطة بمستقبل الطفل، والضغوط المادية، كما أوضحت له أن ترتبط الاحتياجات الأسرية بمصادر الضغط ارتباكا واضحا، فالحاجة لتأمين مستقبل الطفل احتلت المرتبة الأولى تليها مباشرة الاحتياجات المعرفية وحاجات رعاية الطفل.

فالمساندة الاجتماعية سواء كانت من داخل أو خارج الأسرة تعمل على تخفيف الإحساس بالضغط والتقليل من التأثيرات السلبية للإعاقة، حيث يزيد الإحساس بالضغوط كلما زادات عزلة الأسرة وكلما تقوقعت حول نفسها نوع الطفل المعاق ذكرا كان أم أنثى لا يؤثر في إقلال من الضغوط أو الاحتياجات الأسرية.

بـ دراسة الشامي (2001): مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية:

هدفت هذه الدراسة إلى: قياس مستوى الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية المتمثلة في المستوى التعليمي، العمل، عدد الأطفال، الدخل الأسري ومقارنتها بعينة من أمهات الأطفال الأسوياء.

تكونت العينة من190من الأمهات من بينهم 95 أما لطفل توحدي ممن يراجعون المراكز التابعة للمجلس الأعلى لشؤون الافراد المعاقين وعدد من المراكز الخاصة، و95 أما لأطفال

أسوياء من مدينة عمان، وتم تطبيق قائمة "بيك" للاكتئاب، واختبار حالة القلق للكبار، ومقياس الضغوط النفسية على جميع الأمهات، وتوصلت الدراسة إلى أن:

. أمهات الأطفال التوحديين يعانين من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي والقلق والاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال الأسوياء.

. أما فيما يتعلق بالفروق في مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وأمهات الأطفال الأسوياء تبعا لمتغيرات المستوى التعليمي والعمل وعدد الأطفال ودخل الأسرة، فلم تتوصل الدراسة إلى إيجاد فروق تعزى لهذه المتغيرات الديمغرافية.

ج . دراسة العازمي (2009) الكويت: بعنوان " **الضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال المعاقين، دراسة مقارنة:**

هدفت إلى معرفة الضغوط الأسرية التي تتعرض لها أسر المعاقين وتحديد مستوى هذه الضغوط واختلافها باختلاف نوع الإعاقة وجنس الطفل المعاق.

وأظهرت النتائج الدراسة:

. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا، وامهات المعاقين بصريا في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين، وأمهات المصابين بالشلل الدماغي.

. وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات المعاقين بصريا وأمهات المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الضغوطات الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا في اتجاه ذكور وعلى الضغوط الأسرية لدى أمهات المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه الإناث.

. تعقيب على الدراسات العربية:

نستنتج من الدراسات السابقة أن دراسة كاشف ودراسة الشامي متشابهة بحيث كان الهدف منهما هو التعرف على الضغوط النفسية وقياسها أما العينة المستخدمة في دراسة الشامي: 190 فرد. فالمنهج المستخدم في دراسة كاشف هو المنهج الوصفي.

أما دراسة " العازمي " فكان الهدف منها هو معرفة الضغوط الأسرية التي تتعرض لها أسر المعاقين كالاكتئاب والقلق.

ب ـ الدراسات التي تناولت التوحد:

1. دراسة الشمري (2006):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد احتياجات أولياء أمور الأطفال التوحديين، بلغ عددهم (81) من تتلقى ابنائهم خدمات، ومعاهد حكومية وأهلية في مدينة الرياض، وأشارت النتائج وفقا لأهميتها بالنسبة لأولياء الأمور بالترتيب، الاحتياجات المعرفية تليها المادية ثم الاجتماعية وأخيرا الاحتياجات المجتمعية على التوالي. وأشارت النتائج كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتياجات وفقا لمتغير عمل الطفل. **(باحشون، بارشيد،ص380)**

2. دراسة محمد نايف المطري (2006) :

هدفت الدراسة إلى: تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية، وعلاقة هذه المتغيرات متعددة من أبرزها المستوى التعليمي للأم وعمر الأم وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة.

وتكون مجتمع الدراسة من أمهات تناولت مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، الملتحقين في مراكز التربية الخاصة، التابعة للقطاع الخاص والقطاع الحكومي، والبالغ عددها 130سنة، تتروح أعمار أطفالهن التوحديين بين (6. 14) سنة. **(باحشون، بارشيد، 2017 ص380).**

3. دراسة عادل شجيب (2008) :

استهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد ومن تلك الخصائص (القلق . التوتر . الانعزال . الاضطرابات السلوكية) ، كذلك معرفة الخصائص الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات مع الأخرين)وأيضا معرفة الخصائص العقلية للمصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي) لتحقيق هذه الأهداف ، أعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي وأستخدم كذلك أسلوب المقابلة (دراسة الحالة) تجمع معلومات عينة الدراسة ، وقد اقتصرت على طفلين مصابين بالتوحد يسكنون محافظة البصرة وأظهرت الدراسة النتائج التالية :

. وجد الباحث أن هناك معرفة عند الأباء تلك الخصائص بالنسبة للطفل الثاني أكثر من تلك التي يمتلكها والدي الطفل الأول.

. وجد الباحث أن هناك تفاوت في فهم الخصائص بين الأب والأم وكذلك درجة إنتباههم لذلك الخصائص وايضا درجة تأثيرهم لها. **(باحشون، بارشيد، 2017، ص 381)**

نستنتج من خلال هذه الدراسات أن دراسة الشمري ودراسة نايف كان الهدف منها هو دراسة الاحتياجات الخاصة للأولياء بحيث توصل الباحث إلى عدم وجود فروق دلالة إحصائية بين الأب والأم أما دراسة شجيب الهدف منها هو التعرف على الخصائص النفسية للأطفال العينة المستخدمة حالتين، فقد استفدنا من الدراسات السابقة في:

صياغة الفرضيات، اختيار المنهج الملائم لطبيعة الدراسة.

. اختيار الأدوات المناسبة للدراسة، والأساليب الإحصائية المعتمدة، استخراج النتائج.

. الاعتماد عليها في مناقشة نتائج دراستنا.

الفصل الثاني: الضغط النفسي

. تمهيد

1. لمحة تاريخية عن ظهور الضغط النفسي.

2 ـ تعريف الضغط النفسي.

3. مصادر الضغط النفسي.

4. خصائص الضغوط النفسي.

5. أسباب الضغط النفسي.

6. أثار الضغط النفسي.

7. نظريات الضغط النفسي.

8. علاج الضغط النفسي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر الضغوط النفسية من أصعب المظاهر الرئيسة التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، وهذه الضغوط النفسية هي ردة فعل للتغييرات الحادة والسريعة التي تحدثت على كافة نواحي الحياة، ومن خلال هذا الفصل سنتناول التطور التاريخي لمصطلح الضغط النفسي، تعريفه، مصادره، خصائصه، أنواعها، أسبابه، ثم أثاره على صحة الفرد، والنظريات المفسرة لها وأخيرا علاجها.

1. لمحة تاريخية عن ظهور الضغط النفسي:

لا يمكننا فهم أو دراسة ظاهرة دون العودة إلى جذورها التاريخية، فالضغط مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية، إذ يستخدم على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس والصحة النفسية، وظهر مصطلح الضغط في القرن السابع عشر ليصف الشدة والصعوبات الهندسية، غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثر بأعمال المهندس " روبرت هوك" أواخر القرن السابع عشر**(هارون الرشيد ،1999، ص 55. 68)**

ومن بين رواد في دراسة الضغوط لدينا " كانون"(CANON) الذي قال عام (1928) بضرورة الاهتمام بالعامل الانفعالي في تطور الأمراض وفكر في مصطلح " stress" بمعنى فيزيولوجي ونفسي في آن واحد. **(هارون الرشيد، 1999ص 29)**

فأستخدم " كانون " جملة من الضغوط وذلك من خلال ملاحظة ردود فعل الغدة الكظرية والجهاز العصبي، وفي سنة 1950 قام الفيزيولوجي الكندي (H.SELY) تبني مصطلح " الضغط " للإشارة إلى ما كان يعرف منذ سنة 1936 " التناذر العام للتكييف " أو ما يعرف ب " الفعل الفيزيولوجي الموحد " الذي ينتج عن العضوية عندما تتعرض لعدوان ما مهما كانت طبيعته **(ابتسام محمود، ومحمد سلطان، 2009، ص83)**

وكذلك في عام (1956) أستخدم سيلي (Sely) مصطلح الضغط في كتاباته المبكرة ليشير إلى حالة من التمزق داخل الجسد أو ليشير إلى مجموعة التغييرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمتسبب للضرر ، وبعد ذلك عرف " سيلي " الضغط بأنه الاستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب لها الجسد لأي مطلب يقع فيه **(طه عبد العضيم حسين ، وأخرون ، 2006، ص 19)**

ومن هنا يمكننا أن مصطلح الضغط النفسي عرف تحولات عديدة ومهمة بحيث تميزت بصدور عدة مؤلفات ومراجع، وقد تم من خلال هذا الكم الهائل من المراجع باعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية ولا يمكن تجاهله.

2. مفهوم الضغط النفسي:

إن كلمة الضغط النفسي من الكلمات الشائعة والمتداولة بين الأفراد العاديين والمهنيين، ومن بين الأوائل الذين ساهموا في أبحاث الضغط العالم الفيزيولوجي " هانز سيلي " Hans Selly1939 وبذلك يعرف هانز سيلي 1979أن الضغط هو " استجابة غير نوعية يقوم بها الجسم لأي مطلب أو حدث خارجي لحدوث تكييف مع متطلبات البيئة عن طريق استخدام أساليب جديدة لجهاز المناعة. **(سمية طه جميل، 1988، ص39)**

كما يعرفه "**مونتا لازاروس Monta Lazarous**" : " بأن الضغط هو حالة تنتج عن عدم حدوث توازن بين المطالب البيئية والداخلية والموارد التكيفية للفرد ".

وكذلك يعرفه " **علي إسماعيل** " الضغط هو استجابة داخلية لما يدركه الفرد من مؤثرات داخلية أو خارجية تسبب تغييرا في توازنه الحالي. **(علي إسماعيل علي، 1999، ص75)**

من خلال هذه التعاريف نستنتج أن مفهوم الضغط النفسي يختلف من عالم إلى أخر وذلك كل عالم حسب تعريفه وحسب نظريته. إذن فالضغط النفسي فهو رد فعل انعكاسي لعوامل خارجية يتعرض إليها الفرد وتترك أثرا سلبيا عليه.

3. مصادر الضغط النفسي:

إن الضغوط النفسية ظاهرة عالمية متعددة المصادر وكثيرة الحدوث في حياة الأفراد ، لذا فإن الفرد يجب أن يتعلم كيف يوجهها، وكيف يعيش معها، حيث يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة ، والتي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداث تنطوي

على الكثير من مصادر القلق، وعوامل الخطر، والتهديد في مجالات الحياة كافة ، وقد انعكست أثار تلك المواقف على معظم جوانب شخصية الفرد، كما أن التطور السريع الذي تشهده حياتنا المعاصرة أدى إلى ازدياد وتنوع مستلزمات الحياة، بل إن طموحات الفرد اختلفت وازدادت عما قبل، وقد فرض ذلك عليه مزيدا من الجهد، والعمل المتواصل، ليعيش حياة سعيدة ، مما يجعله يشعر بحالة من التوتر والضغط النفسي، فالضغوط النفسية ومصادرها وأثارها تعد من الموضوعات التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين خاصة في الأونة الأخيرة، رغم وجود هذه الظاهرة بوجود الإنسان نتيجة لما تسببه هذه الضغوط من نتائج سلبية على نفسية الفرد (العامل)، ,انخفاض الأداء لديهم وازدياد أيام الغياب، وربما ارتفاع حوادث العمل، وبالتالي تكبد المؤسسة خسائر كثيرة تتمثل في : تعويضات العاملين وانخفاض الإنتاج . **(الضريبي، 2010، ص: 671)**

وبالتالي فإن مصادر الضغوط في حياة الفرد، هي متعددة ويمكن تصنيفها إلى مصادر داخلية وأخرى خارجية:

أ. المصادر الداخلية للضغط النفسي:

وتتمثل في ذاتية الفرد أو التكوين النفسي له، مثل نمط الشخصية، الطموح المبالغ فيه، مدى التهيؤ، والاستعداد النفسي وضعف المقاومة الداخلية، القيم والعادات، الدوافع والاتجاهات، كما قد ترجع إلى طريقة إدراكه للظروف من حوله، فالشخصية ككيان منطوي على سمات وراثية وأخرى مكتسبة تشكل في مجموعها الإطار المرجعي الذي يؤثر في سلوك الفرد في المواقف المختلفة. **(يار كندي، 2003، ص8)**

كما تشمل المصادر الداخلية للضغوط الانفعالية والنفسية مثل: القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية. **(السيد عبيد، 2008، ص 31)**

ب . المصادر الخارجية للضغط النفسي وتتمثل في:

1. ضغوط البيئة الطبيعية:

إن مصطلح البيئة شائع في الاستخدام في الأوساط العلمية، وقد أخذ استخدامه يتزايد يوما بعد يوم، وفي ذلك نجد للبيئة تعاريف عديدة ومتنوعة، باختلاف العلاقة التي تربط بين الإنسان وهذه البيئة، فالمدرسة بيئة، والجامعة بيئة، والمصنع بيئة، والمؤسسة بيئة، والمجتمع بيئة، والوطن بيئة، والعالم كله بيئة، ويمكن النظر إلى البيئة من خلال النشاطات البشرية المختلفة، كأن نقول البيئة الزراعية أو الصناعية أو الثقافية أو الصحية أو الاجتماعية أو السياسية .....إلخ.

بحيث تنقسم إلى بيئتين هما:

. **البيئة الطبيعية:** وتشمل الأرض بأشكالها العديدة، من خصبة وصحراوية، وجبلية، والأنهار والبحار، والمناخ .... إلخ.

والبيئة الاجتماعية: وتتضمن النظم، والعلاقات الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية والتعليم .... إلخ. **(بدوي، 1982: ص 135)**

وبمفهوم شامل للبيئة نجد أنها عوامل تؤثر في: الإنسان يقوم باستجابات حتى يتوافق مع المحيط، وهذه العوامل تتغير حسب الزمان والمكان من الفصول الأربعة، ففي الشتاء يقوم الجسم بإيجاد استجابات مختلفة عن الاستجابات التي يقوم بها الصيف، وكثيرا ما تخلق حالة البرد الشديد أو الحر الشديد الأذى ببعض الذين لا يستطيعون التوافق مع التغييرات في الجو، والتي تشكل عوامل ضاغطة تستدعي استجابات تكييفيه. **(قديح، 2001: 43)**

2. ضغوط البيئة الاجتماعية:

تشمل البيئة الاجتماعية على ضغوط المجموعات والتشكيلات الاجتماعية، والخلافات العائلية وعدد أفراد العائلة، وقلة نصيب الفرد من الرفاهية الاجتماعية، والتفاوت الحضاري وضغوط الأحداث الشاقة في الحياة. **(حسونة، 2014: 26)**

وقد تتمثل الضغوط الاجتماعية في حالة عدم تكييف العائلة مع الضغوطات، فذلك يكون معاناة لبعض للخروج من المعايير والأعراف الاجتماعية، وهذا الخروج يعتبر مصدر تهديد للفرد، وتصبح المعايير الاجتماعية حينها ضغوطات اجتماعية، كما أن الخلاف أو الانفصال أو الطلاق كلها تؤدي إلى اختلال في تكوين الأسرة، وبنائها وتوافقها، وتكون مصدر رئيسيا من مصادر الضغوط النفسية. **(الخواجا، 2001، ص 87)**

فالضغط النفسي ينشأ عن مصدر أو سبب اجتماعي ناتج عن علاقة اجتماعية يعطيها الشخص دلالة معينة مثلا: فقدان محبوب، كأحد الوالدين أو الأصدقاء والأقارب وغيرهم، بالإضافة إلى تعارض رغبات الفرد مع العادات والتقاليد، والضوابط الاجتماعية المفروضة عليه، وكذلك العلاقات الإنسانية في محيط الإنسان تعتبر من الأمور المنتجة للضغط النفسي. **(الأشواك، 1993: 17)**

3. الضغوط الاقتصادية:

تتمثل الضغوط الاقتصادية تهديدا واضحا للفرد، ومن هذه التهديدات البطالة، الفقر وانخفاض الإنتاج والتفاوت الطبقي وفقدان الثروة.

كما أنها قد ينظر إلى هذه الضغوطات على أنها، الأزمات المالية التي تشتت جهد الإنسان وتركيزه، وتستنزف تفكيره وطاقته مما ينعكس سلبا على ذاته ونفسه. **(الخواجا، 2001، ص86)**

4. خصائص الضغط النفسي:

لكل ظاهرة على وجه البساطة خصائص تميزها عن غيرها من الظواهر، وتحدد هوايتها، وتميز الضغوط النفسية عن غيرها من الضغوط الأخرى، من خلال تفاعلها من الأفراد ومدى تأثيرها وعليه، يمكن تلخيص هذه الخصائص كما يلي:

ا. المادية:

فالضغوط النفسية تأتي من تفاعلات، وعناصر حياتية، فنشأتها تكون من مثيرات تكمن في طبيعة بنية النظام الاجتماعي، والسياسي، الاقتصادي، كما أنها تنشأ من مثيرات حيوية وبيولوجية، ومثيرات نفسية، يمكن إدارتها وتحديدها من خلال المعرفة الحسية، واستنباطها والشعور بوطأتها وتحسبتاها الواقعية.

بـ الانتشار والعمومية:

بالرغم من وجود وفروق فردية بين الافراد في كونهم يقعون تحت طائلة الضغوط النفسية، فإن هناك أفراد مؤهلين دون غيرهم، وهذا تأهيل في طبيعة تكوينهم الجيني، واستعدادهم النفسية والعقلية والمعرفية إلا أن هناك شروطا عندما تتوفر، ولابد وأن يعاني الفرد الشعور بالضغوط النفسية، وهنا لا فرق بين فرد وأخر، حيث تتحقق صفة العمومية كما التأثيرات الناتجة عن الضغوط مختلفة على جميع النواحي العصبية والفسيولوجية.

جـ تنوع النشأة:

تنشأ الضغوط من مثيرات سارة كما تنشأ من مثيرات مؤلمة، فلقد ثبت أن الحوادث المرغوبة وغير المرغوبة، تؤدي إلى تغيير في الحياة وتتطلب إعادة التوافق الثابت، وأن الخبرات السارة تسبب ضغوطا ولكن قليلة القدر، وإذا ما قدرت بالضغوط الناتجة عن الخبرات غير السارة.

د. ذات طبيعة ديناميكية:

الضغوط ليست ثابتة، فهي مجموعة من التأثيرات المترابطة، فهي عند حد معين قوة نحو غاية وهدف محدد كما أنها تتأثر بعدة عوامل، مثل: درجة الوعي للفرد، ومستواه الاقتصادي والطبقة التي ينتمي إليها، وكذلك الثقافة. وتسهم الضغوط في تشكيل جوانب كثيرة في شخصية الفرد، وتشكيل مهارته، وتجعل منه كائن اجتماعي قادر على التكييف، والتوافق النفسي والاجتماعي. **(أبو الحصب، 2000: ص36)**

وتتصف كذلك الضغوط النفسية بعدد من الخصائص منها:

1. الضغط قد يكون إيجابيا أو سلبيا.

2. الضغط محصلة للتفاعل بين الفرد والبيئة.

3. يترافق الضغط مع ظروف مادية واجتماعية ونفسية وسلوكية.

4. الضغط ذو طبيعة تراكمية حيث تؤثر القوى الضاغطة بشكل وحدات إضافية لمستوى الإجهاد للفرد. **(فاتح، 2007: ص 21)**

وهذه الخصائص تعني أن: للضغوط أثارا قد تكون إيجابية أو سلبية، وبالتالي فإن وجود مستوى معين من الضغط لا تشكل ظاهرة قلقة، لكن مستوى قد يرافقه بعض الأثار السلبية على صحة الفرد، والتنظيمات التي ينتمي إليها. فالضغط يمكن أن يصبح محركا فاعلا، أو فعالا في التنظيم، إذا علج بصفة مفتوحة، وطريقة بناءة فهو حالة أساسية في حياتنا كما أكدته كل النظريات.

5. أنواع الضغط النفسي:

كثيرا ما نجد حالات تعاني من عدم قدرتها على تقبل الواقع المعاش، ونجد أن الفرد الذي يعاني أنه متشائم، وفي المقابل نجد فردا أخر مقبلا على الحياة، بكل ما فيها من سعادة، وعليه هناك نوعين من الضغوط النفسية وهما:

أ. الضغط الإيجابي: يعرف هذا النوع من الضغط(Eu-stress)، ويعمل هذا النوع من الضغط كدافع لإنجاز هدف محدد، مثل الضغط الذي يسبق الامتحانات فهذا الضغط يدفع الفرد إلى تكثيف الضغوط ليبلغ هدفه وهو النجاح. **(عبد السلام وآخرون، 2013ص63)**

كما يعتبر هذا الضغط أساسي في الحث على التحريض، وإدراك موفر للإثارة، التي يمس إليها الاضطرار والكفاح على قدم المساواة، أو بنجاح حيال الحالات المتحدبة، فالتوتر والتنبه ضروريات تلتمع بكثير من مظاهر الحياة، وبالتالي يوفر الضغط أيضا حسن الإلحاح عندما نواجه حالات مهددة مثل: اجتياز طريق مزدحم أو قيادة السيارة في أحوال جوية رديئة فالمراقبة المسترخية على نحو مفرط تكون مهلكة. **(شيخاني، 2003، ص 14)**

ب . الضغط السلبي: يعرف هذا النوع من الضغط (Dys-Stress) ،وفي هذا النوع يشعر الإنسان باستنفاذ طاقته النفسية لمواجهة تحديات الحياة وأصبحت هذه الضغوط تفوق قدراته وإمكاناته الجسمية والنفسية . **(عبد السلام وآخرون ،2013 ص 80)**

وقد يكون للضغط المفرط تأثير في الصحة العقلية والجسدية والروحية وإذا ما تركت مشاعر الغضب والخوف والاكتئاب المولدة من الضغط دون حل، مما يشكل أعرضا متعلقة به، وبالتالي فإن الضغط هو السبب الأعم للصحة الجيدة وفي المجتمع، والضغط أيضا هو عامل مساعد على إحداث حالات ثانوية نسبيا مثل: الاضطرابات الهضمية والجلدية

كما يمكن أن يمثل دورا هاما في الأسباب الرئيسية للموت كالسرطان والأمراض القلبية وغير ذلك. **(شيخاني، 2003، ص 14)**

نستنتج في الأخير أن للضغوط النفسية أنواع ضغوط إيجابية وضغوط سلبية، بحيث أن الضغوط الإيجابية تعمل على تحديد هدف معين. أما الضغوط السلبية تعمل على استنفاذ طاقات الإنسان لمواجهة تحديات الحياة، وبهذا تتباين الضغوط في شدتها، وفي استجابات الأفراد لها، وقد تكون استجابتهم ضعيفة وآخرون استجابتهم قوية، وبهذا يستطيعون التعامل مع المواقف الضاغطة.

6 . أسباب الضغط النفسي:

الشيء الذي يسبب الضغط النفسي يختلف من شخص لأخر، وهناك العديد من الأسباب التي تكون مصدرا للضغط النفسي ومنها:

أ . أسباب نفسية:

حيث أن تعرض الفرد لمستوى عال من الضغط، عادة ما يصاحبه الشعور بالقلق، والإحباط، والتعب، الإرهاق والاكتئاب والتوتر والانفعال، الأرق وانخفاض تقدير الذات.

حيث أشار العديد من الباحثين في دراستهم كالطربزي (1994) والزراد (2000) إلى أسباب الضغوط النفسية تتمثل في: المشكلات الذاتية للفرد، التي تسبب الشعور بالإجهاد، وسرعة الاستثارة ونوبات الاكتئاب وقلة التركيز حيث أكدت دراسة (Ress ;1978) أن الضغوط ترتبط ارتباطا وثيقا ببداية حدوث الأمراض النفسجمية، وقد أوضحت دراسة (Brunish ;1957) عن وجود علاقة بين الضغوط وفقر الدم وأوضحت أيضا أن هناك علاقة بين الأنيميا الحادة وحالات الاكتئاب. **(أمل سليمان ،2004، ص41)**

2. أسباب اجتماعية :

متمثلة في سوء العلاقة بالأخرين، وصعوبة تكوين صداقات اجتماعية، حيث يرى علماء السلوك أن العلاقة الجيدة بين الأفراد، مبنية على التأييد، والثقة والمساندة والتعاون.

تسهم في خلق بيئة اجتماعية صحية، وعكس ذلك يؤدي إلى نشوء علاقات متوترة يسودها الحقد، والكراهية، وبذلك تصبح العلاقات بين الأفراد مصدر من مصادر الضغط . **(أمل سليمان، 2004، ص41)**

3. أسباب كيميائية:

للمواد الكيميائية بما في ذلك المواد المخدرة داخل في إصابة الشخص بالضغط النفسي، فإن المواد المخدرة تؤدي إلى: تغيرات في المزاج فيصبح الشخص متوترا قلقا. **(عبد الهادي ،2001، ص34)**

نستنتج أن للضغوط النفسية أسباب متعددة، حسب سلوكيات الأفراد منها أسباب نفسية ترجع إلى شعور الفرد بالقلق والكبت، وأسباب اجتماعية التي ترجع إلى قلة تفاعل الإنسان مع الأخر، وأسباب كيميائية التي ترجع إلى مشاكل وتغيرات في مزاج الشخص. وبالتالي يصبح الشخص قلقا وكل هذه الأسباب تؤدي إلى ضغوط نفسية.

7. أثار الضغط النفسي:

هناك مجموعة كبيرة من التأثيرات، التي تحدثها الضغوط لدى الأفراد وقد تكون هذه التأثيرات موقفيه ومؤقتة، وقد تستمر لفترة طويلة ويتوقف طول مدة بقاء تلك التأثيرات على كل من خصائص الشخص ذاته والموقف المسبب، ومن بين التأثيرات التي تحدثها الضغوط:

أ. التأثيرات النفسية:

هي مجموعة من التغييرات التي تحدث لدى الفرد وتؤثر على مزاجه العام منها ضعف الانتباه ،والتركيز، اضطراب الذاكرة ، ضعف القدرة على الحكم ،والتوتر والغضب وسهولة الاستثارة ،التشاؤم والشعور بالعجز والعدوانية، ولاشك أن تلك التغييرات إذا ما استمرت فترة طويلة فإنها قد تؤدي إلى العديد من النتائج السلبية، التي تزيد من مشكلات الفرد التي سببت

من مثل هذه التغييرات، وبالتالي ينتج عنه اضطراب في مجال العلاقات العائلية، والاجتماعية، وقد يؤدي إلى المزيد من الضغوط، وإلى جانب ذلك هناك مجموعة من الاضطرابات النفسية التي ترتبط بالضغوط التي يتعرض له الإنسان من الاكتئاب والقلق اللذان يرتبطان بضغوط الحياة التي تمر بها الأفراد . مثلا: مرض شخص مرض مزمن أو وفاة شخص عزيز، الخسارة المادية الشديدة. **(عبد الستار إبراهيم، 1998، ص19)**

ب . التأثيرات الفيزيولوجية:

هي مجموعة من التغييرات التي تحدث في وظائف الأعضاء، نتيجة التعرض للضغوط هذه التغييرات .

ـ زيادة عملية التمثل الغذائي، وذلك لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لمواجهة الضغوط.

. زيادة نشاط عضلة القلب لتمدد الجسم بالدم.

. زيادة نشاط الجهاز التنفسي.

ولاشك أن استمرار الضغوط على الشخص يؤدي إلى زيادة نشاط تلك الأعضاء الداخلية، وبالتالي زيادة الإجهاد، وقد تسبب في ما بعد العديد من المشكلات، والأمراض الجسمية ،مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة السكر، ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم، وقد يؤدي ذلك فيما بعد إلى حدوث جلطات، وفي تجربة شهيرة للطبيب الكندي "**هانز سيلي** " عن تأثير التعرض المستمر للضغوط على مجموعة كبيرة من الفئران التي عرضها إلى مجموعة كبيرة من المجهودات، وجد أن هذه الحيوانات قامت بحشد جمع وظائفها الجسمية فنشطت الغدد وتزايد إطلاق الأدرينالين ،وقد توصل "**سيلي** " إلى أن استمرار للتعرض للضغوط، سيجعل هذه الحيوانات عاجزة عن المقاومة لمدة طويلة حيث يبدأ بالشعور بالإجهاد والإرهاق . **(عبد الستار إبراهيم، 1998، ص60)**

جـ التأثيرات السلوكية:

نتيجة للتغييرات السابقة سواء النفسية أو الجسدية نجد أن هناك مجموعة من التغييرات السلوكية، التي تنتج لدى الفرد كرد فعل لعملية الضغوط منها: انخفاض مستوى الدافعية، انخفاض مستوى الإنجاز، انخفاض مستوى الطاقة، تغييرات في النوم والشهية، زيادة النسيان، ظهور نماذج سلوكية شاذة **(عبد الستار إبراهيم 1999، ص20)**

نستنتج أن تعرض الفرد لأحداث ضاغطة لفترة طويلة مع تكرار حدوثها قد يجعل من التأثيرات النفسية (كضعف الانتباه، اضطراب الذاكرة، ضعف القدرة على التحكم، التشاؤم .....) والتأثيرات السلوكية (كانخفاض مستوى الدافعية، انخفاض مستوى الإنجاز، زيادة النسيان .....) تنخفض لأن تكرار الحدث الضاغط يؤدي إلى استمرارية حدوث ذلك السلوك مما يؤدي إلى قلة تأثيره به.

8. النظريات المفسرة للضغط النفسي :

إن النظرية في علم النفس يقصد بها المسلمات الأولية التي يفترض التسليم لصحتها دون برهان، ويتضمن ذلك مجموعة من المفاهيم ذات الحد الأقصى من التجريد التي تسمى عادة تكوينات فرضية تقرر لتحديد بعض أنماط العلاقات الوضفية بين متغيرات المثيرات من ناحية (المتغيرات المستقلة) ومتغيرات الاستجابة والسلوك (المتغيرات التابعة) من ناحية أخرى. **(صلاح، 1972: ص378)**

وقد اهتمت نظرية علم النفس بتفسير طبيعة الضغط النفسي، والانفعالات المتعلقة به وأثر هذه الانفعالات في الصحة النفسية للفرد، وبهذا قد تعددت النماذج التي تناولت تفسيرات للضغوط، وذلك لاختلاف توجهات العلماء، والباحثين، الذين قاموا بدراستها حيث ينظر كل واحد منهم إليها من جانب مختلف وفيما يلي سنتناول بعض النماذج النظريات المفسرة للضغوط:

أ. نظرية التحليل النفسي:

تعود هذه النظرية إلى مدرسة التحليل النفسي التي أسسها طبيب الأعصاب النمساوي سيغموند فرويد، ثم تفرع عن هذه المدرسة وانشق على مؤسسها بعض تلاميذه مثل: ألفرد أدلر صاحب علم النفس التحليل، وبدأت هذه المدرسة في علاج بعض الأمراض النفسية ثم أصبحت نظرية ونظاما سيكولوجيا كان له الأثر البالغ ليس فقط في علم النفس بل في وسائر العلوم والفنون الإنسانية من علوم الاجتماع والتربية والسياسة إلى الأدب والفن وتاريخ الحضارة والإنسانية وغيرها **(راجح، 1999، ص47)**

وترى نظرية التحليل النفسي أن وجود خبرات سابقة لدى الأفراد يختارها العقل الباطن منذ سنوات العمر الأولى، ينتج عنه وجود استعداد مسبق لدى بعض الأشخاص دون غيرهم، للتفاعل مع مواقف التهديد في أثناء الأزمات متأثرين بهذه الخبرات المختزنة، فينشأ الاضطراب. **(عبد العزيز، 2010: ص229)**

وطبقا لوجهة فرويد يحاول (الهو) السعي وراء إشباع الغرائز ولكن دفاعات (الأنا) تسد الطريق، ولا تسمح للرغبات الصادرة بالإشباع مادام لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم ذلك عندما تكون (الأنا) قوية، أما حينما تكون (الأنا) ضعيفة، وكمية الطاقة المستثمرة لديها منخفضة، فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات، والتوترات والتهديدات، ومن ثم لا تستطيع (الأنا) القيام بوظائفها، وتحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات (الهو) ومتطلبات الواقع الخارجي، وبناءا على هذا ينتج عن الضغط النفسي. **(جبل، 2001: ص110)**

ويؤكد أصحاب التحليل النفسي على دور العمليات اللاشعورية، وميكانيزمات الدفاع في تحديد كل من السلوك السوي، واللاسوي للفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنه يسعى إلى تفريغ انفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية، وعلى هذا فالقلق أو الخوف أو انفعالات سلبية أخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر

بها الفرد ويتم تفريغها بصورة لاشعورية عن طريق الكبت. **(السيد عبيد، 2008: ص132)**

إذن نستنتج من نظرية التحليل النفسي أن " سيغموند فرويد " نظر إلى الضغط النفسي من الجانب المرضي، وأعتبره سببا للعديد من الأمراض والاضطرابات النفسية التي تؤثر بشكل سلبي على حياة الفرد.

ب- النظرية السلوكية:

تعود النظرية السلوكية إلى المدرسة السلوكية التي أسسها واطسون سنة1912 م، وهي مدرسة تنظر إلى الكائن الحي نظرتها إلى آلة ميكانيكية معقدة، لا تحركه دوافع موجهة إلى غاية بل مثيرات فيزيقية، تصدر عنها استجابات عضلية مختلفة. **(راجح 1999:ص46)**

وترى كذلك النظرية السلوكية أن الضغط النفسي، هي نتيجة لعوامل مصدرها البيئة، وهذه العوامل يمكن التحكم بها أولا، والسبب الرئيسي يعود إلى البيئة، وتذهب النظرية السلوكية إلى أن بعض الأفراد يتأثرون أكثر من غيرهم بضغوط البيئة. ولهذا فإن هذه الضغوط تظهر أثار مختلفة من حيث شدتها وحدتها، وتؤكد المدرسة السلوكية، على اختلاف مراحلها (القديمة والحديثة) على الجانب البيئي في الضغوط النفسية بالإضافة إلى ذلك، فهي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق متعلمة من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد. وقد أعتقد كل من واطسون وسكينر أن عملية التوافق الشخصي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكن تتشكل بطريقة ألية عن طريق تلميحات البيئة أو إثباتها. وقد اختلف واطسون عن سكينر حيث ألغى واطسون دور الإنسان إذ يقول:

إن التوافق يشكل بطريقة ميكانيكية، بينما رفض "باندورا" كل تغيير للسلوك الإنساني بطريقة ألية ميكانيكية وأوضح "توكمن"، أنه عندما يجد الأفراد أن علاقاتهم مع الأخرين غير مثابة

فإنهم ينسلخون عن الأخرين، ويبدون اهتماما أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية، وينتج عن هذا أن نأخذ السلوك شكلا شاذا أو غير متوافق. **(عبد العزيز، 2010، ص228)**

إذن نستنتج من خلال هذه النظرية ل «واطسون ": أن الضغط النفسي يمكن أن يعود إلى الظروف البيئية، وأنه يمكن التحكم فيها، حيث ألغى دور الإنسان في حدوث الضغط النفسي.

جـ . نظرية هنري موراي1938 (النسق الفكري):

ينفرد "موراي" بين منظري الشخصية بعمق الفهم للديناميات، التي تحدث داخل الكائن البشري من أجل لحظة انبثاق ولحظة تكيف، وحدث التوازن النفسي ، ويتسم منهجه بالدينامية النفسية، ومصطلحاته مفعمة بالحيوية المليئة بالحركة ، فمصطلح اللحظة يكون لدى الفرد مليئا بالوقائع والتتابعات المتداخلة ويعني " موراي " بهذا المصطلح الوحدة الزمنية للحياة التي تتضمن جميع الوقائع المتداخلة وهي تشمل على التعقيد الطبيعي لوحدة الشخص ودائما تبنى النتائج على المقدمات، فالإنسان كادح في بيته من أجل إزالة التوتر، فيكون الترتيب وسيلة إلى ذلك ، حيث يتضمن البرامج المتتابعة أو المخططات التي تنقل الفرد من لحظته الأتية إلى تحقيق الهدف الذي يسعى إليه، بحيث يصل "موراي " إلى مستوى عال من الدينامية النفسية، عندما يتعرض لمفهوم الحاجة، ومفهوم الضغط ويعتبرهما مفهومان متكافئان في تفسير السلوك الإنساني، ويعد الفصل بينهما تحريفا خطرا ، كما يلتقي كل من الضغط والحاجة في حوار دينامي يظهر في مفهوم الموضوع ، والذي يعني به "موراي " وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز(الضغط) ،والحاجة في هذه الأثناء قد يحدث أن ترتبط بعض الحاجات في إشباعها ببعض المواقف أو بعض الأشخاص وحينما، يحدث فإنه يظهر مفهوم تكامل الحاجة الذي يعبر به "موراي" عن الاستعداد الموضوعي ، أي أن حاجة إلى نوع معين من التفاعل مع شخص معين ، أو موضوع معين وبذلك يوضح "موراي" أن القيم من أهم الموضوعات التي تتكون منها القوى البدنية، ويذهب في قضية

الدوافع والقيم إلى أبعد من أن يعمل كل منهما منفصل عن الأخر وبمفرده ، ولكن يلتقي ما هو نفسي بما هو اجتماعي ويتألفان في وحدة دينامية فتكون هناك حاجات في خدمة القيم ، ويكون تأثير القيم في السلوك باعتبارها معا دوافع، وهكذا تكون القيمة جزءا من تحليل الدوافع، وهكذا طبقا لوجهة "موراي " يصعب دراسة الضغوط منفصلة عن الحاجات :

أ. ضغط بيتا: وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

بـ ضغط ألفا: وهي خصائص الموضوعات البيئية، كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي. وبالتالي يوضح "موراي" أن سلوك الفرد، يرتبط غالبا بضغوط "بيتا" وبالرغم من ذلك، اكتشاف المواقف التي تتسع فيها الشقة بين ضغوط " بيتا " التي يستجيب لها الفرد، وبين ضغوط "ألفا "الموجودة بالفعل.

وفي مجال التمايز بين الموضوعات البيئية، وقدرة بعضها على اجتذاب الفرد أو صده ، ففي هذه الحالة يستخدم "موراي " مصطلح الشحنة الانفعالية العاطفية للقيام بهذه المهمة، فتكون هناك شحنة إيجابية، إذا كان الفرد يحب فهو ينجذب إلى موضوع معين، في حين توجد شحنة سالبة إذا استثار الموضوع الكره والتجنب، ويفقد الموضوع قدرته على الجذب، ويكون صادا للفرد، أما في حالة أن يكون الموضوع جاذبا ومنفرا في وقت واحد، فإن الفرد يوصف بأنه متناقض، وجدانيا اتجاه الموضوع ، هكذا طبقا لنظرية "موراي" تكون الحاجات النفسية قوى دافعة لكنها لا تعمل بمفردها، وإنما تتظافر مع القوى البيئية في دينامية من أجل انبثاق السلوك الإنساني ، فالفوز الذي ينشأ عن وجود الحاجة يهدد كيان الفرد ويهز استقراره، واتزانه ويزيد من التوتر والإلحاح من أجل الإشباع، ويظل الإنسان يكدح ويناضل في بيئته ويبحث عن مسيرات تيسر له الإشباع، وتحقيق اللذة، فيتواجه مع الأشخاص والموضوعات والوضعيات، والقوى البيئية، والنماذج الاجتماعية، وهذه ما تيسر أوتعوق الإشباع وفي حالة أن تكون هذه القوى ميسرة وقادرة على الإشباع، فض التوتر واستعاد الإنسان اتزانه،

وانتظامه، أما في حالة أن تعوق إشباع الحاجات المثارة فتكون الضغوط ، وهناك تكون إزاء حالتين يطلق عليها مصطلح الضغوط :

أ. حالة وجود ذاتي للأشخاص، والقوى، والنماذج، والأنماط والقوالب، والوضعيات الاجتماعية في المحيط الفيزيقي الذي يعيش فيه الإنسان، وهذا الوجود المادي يصرف النظر عن دلالة هذه الأشياء، ويمكن أن نكشف عنه بالبحث الموضوعي وهذه الحالة سماها "موراي" ضغط ألفا.

بـ حالة دلالة الأشياء والموضوعات، وتنشأ عندما يكون لدى الفرد حاجة مثارة، وترتبط هذه الحاجة من أجل الإشباع ببعض الأشخاص والقوى، والوضعيات الاجتماعية، وهذه الحالة سماها "موراي "ضغط بيتا.

فالاعتبار هنا يكون التفسير والتأويل الذي يلجأ إليه الفرد، فليس الموضوعات والأشياء هي ضواغط في حد ذاتها، وإنما هي تكون ضاغطة عندما يدركها الفرد ويفسرها على أنها كذلك. **(هارون توفيق الرشيدي، 1999ص 55. 68)**

نستنتج من خلال هذه النظرية أن المتغيرات البيئية والأفراد الذين يستطيعون تحقيق أهدافهم يتم تفسيرهم بأنها ضغوط، ويعتبر مفهوم الحاجة والضغط من العناصر الأساسية في تفسير السلوك الإنساني. فيما توصل إليه "هانز سيلي " يختلف عما توصل إليه " سبيلرجر، وموراي"، وكل نظرية تكشف عن جانب من الحقيقة الموجودة في ظاهرة الضغوط النفسية.

د. النظرية المعرفية: لازاروس:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الضغط ليس لوحده مسبب للحوادث الضاغطة، فحسب لازاروس وفولكمان lazarus et Folkman1984)

فإن الضغوط النفسية تكمن في علاقة تأثير وتأثر بين الفرد والبيئة المحيطة به ، حيث ينظر إلى هذه العلاقة في تقييم الفرد لاعتبارها مرهقة ، حيث أن الضغوط النفسية تفوق إمكانيات

الفرد وتشكل له تهديدا، ويتم مواجهتها عن طريق التحدي للمواقف الضاغط، ويعتقد "لازاروس " أن تقديركم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف ولكنه علاقة خاصة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط ، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عوامل عديدة منها : العوامل الشخصية ، والعوامل الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف الضاغط نفسه ، وللفروق الفردية دور هام في تقييم الفرد للموقف الضاغط وأن ما قد يعتبر موقفا ضاغطا لشخص ما قد لا يعتبر ضاغطا للأخر (**Benjamin Sahler ,2002.p59**)

ولقد ميز لازاروس وفولكمان بين نوعين من أشكال التقييم هما:

أ . التقييم الأولي:

التقييم الأولي يكون حسب الأشخاص الذين قيموا هذا الموقف الضاغط ، أي حسب إيجابية أو سلبية الموقف الضاغط ، فقد يشكل الموقف الضاغط تهديدا وذلك إما في فقدان أو هلاك جسدي ، أو يكون على شكل إنذار أي تهديد في العلاقات والصلة بالأخرين ، أو إما احتمال وقوع التحدي في مواجهة الموقف الضاغط ، فمثلا : الضجيج الذي يصدره الجار، فالطالب الذي يراجع دروسه للامتحان ربما يقيم ذلك بتهديد أو إنذار للنجاح، وذلك يؤدي به إلى شعوره بالغضب، فطبيعة التقييم يساهم أيضا في اختلاف في نوعية وشدة أو حدة التأثير والانفعال ، فقد يؤدي الموقف الضاغط إلى الهلاك، والتضييق، والقلق وهي كلها تأثيرات سلبية ، كما قد يؤدي إلى التحدي كالشغف وهي تعتبر تأثيرات إيجابية ،وبالتالي يرى لازاروس أن الفرد حيث يواجه موقف ضاغط فإنه يقيمه أو يحدده واحد من ثلاثة أنواع من التقييمات الأولية للموقف وهي :

1. ليس له علاقة مناسبة بالموضوع.

2. قد يكون الموقف الضاغط إيجابي لا يشكل خطرا.

3. ضاغط، حيث عندما يقيم الفرد الموقف الضاغط بأنه يشكل له تهديدا، فذلك أن التهديد قد وقع فعلا. **(هارون توفيق الرشيدي، 1999: ص 69)**

ب. التقييم الثانوي : تعتقد سوزان فولكمان (1984) أن عملية تقييم مصادر المواجهة تقييما ثانويا ، وهو ما يمكن أن يفعله الفرد لمواجهة الموقف الذي يقيم بأنه ضار أو مهدد ، بحيث يضع الفرد خلال التقييم الثانوي يده على جوانب القوة أو الضعف فيه سواء كانت من الناحية الجسمية أو المادية أو الاجتماعية ، بحيث يتمثل تقييم الإمكانيات الجسمية في الحركة والنشاط والقدرة على التحمل والمثابرة ، أما المصادر المادية فتسير إلى الإمكانيات المادية المسخرة لمواجهة الضغوط ، أما المصادر النفسية فتتمثل في تقدير الذات والقدرة عل حل المشكلات ، أما المصادر الاجتماعية فهي البحث عن الدعم والسند الاجتماعي .

ج . إعادة التقييم:

إن إعادة التقييم تحدث بعد أن يقوم الفرد بتقييم الحدث الضاغط، وتقييم إمكانية مواجهة الحدث، حيث يقوم الفرد بعد تقييم الموقف وتقييم درجة تهديد وفقا لما يثيره من درجة تهديد، وذلك بما يناسب مع المعلومات الجديدة التي يستمدها، من خلال تفاعله بالموقف والبيئة المحيطة به فيقوم بتعديل تقييمه من جديد لمواجهة الضغوط التي تهدده. **(هارون توفيق الرشيد 1999، ص 69)**

نستخلص من خلال هذه النظرية أن الضغوط النفسية تكمن في علاقة تأثير وتأثر بين الفرد والبيئة المحيطة به، ويتم تقييم الموقف الضاغط وفقا للعوامل الشخصية، والعوامل الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف الضاغط نفسه، حيث يتم تقييم الموقف الضاغط على أساس إيجابيته أو خطورته ودرجة تهديده، وهذا ما يسمى بالتقييم الأولي ، وعندما يحدد الفرد جوانب قوة، وضعف الموقف المهدد فيصبح في حالة التقييم الثانوي، وإذا استطاع الفرد السيطرة على الموقف الضاغط أو على خفض من درجة التهديد ، تقول أن الفرد قد واجه

الموقف الضاغط ، كأننا نقول أن النظرية المعرفية تقوم على أساس معرفة الموقف الضاغط . تحديده . مواجهته .

هـ . النظرية الفيزيولوجية " هانز سيلي ":

يعتبر " هانز سيلي " بحكم تخصصه كطبيب متأثر بتفسير الضغط تفسيرا فيزيولوجيا، حيث تنطلق نظرية " سيلي" من مسلمة ترى بأن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل الضغط، يميز الشخص ويصنعه على أساس استجابة البيئة الضاغطة وأن هناك استجابة أو أنماط من الاستجابات يمكن الاستدلال منها، إن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج ويعتبر " هانز سيلي " ثلاث مراحل لدفاع عن الضغط وأن هذه المراحل تمثل مراحل التكييف العام وهي:

1. الفزع: وفيه يظهر الجسم تغييرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط، ونتيجة لهذه التغيير، تقل مقاومة الجسم، وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم ويكون الضاغط شديدا.

2. المقاومة: وتحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلازما مع التكييف، فتختفي التغييرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغييرات أخرى تدل على التكييف.

3. الإجهاد: مرحلة تعقب المقاومة ويكون فيها الجسم قد تكييف غير أن الطاقة ضرورية تكون قد استفدت وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكييف. **(فاروق السيد عثمان، 2001: ص 98)**

نستنتج إذن أن استجابة الجسم للفعل الضاغط تظهر بما يسمى مراحل التكييف العام، وبين أن الفعل الضاغط يكون على شكل عامل فيزيائي، عامل كيميائي، أو عامل نفسي، أو على شكل حرارة، برودة

9. علاج الضغط النفسي:

أ . العلاج النفسي:

. العلاج المعرفي:

فالحدث الضاغط لا يسبب القلق والتوتر في حد ذاته، وإنما الأفكار، والاعتقادات التي يكونها الفرد عن الموقف، باعتباره يمثل تهديدا أو ضررا له هي السبب في حدوث الضغط النفسي، فالتقييم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة، وذلك لأن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحداث السلبية التي يكونها الفرد عن الموقف أو الحدث الضاغط يؤدي إلى تغيير الاستجابة الانفعالية والسلوكية نحو الحدث، وهناك عدة فنيات تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط فنذكر منها:

***. إيقاف الأفكار السلبية:**

إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجيا، ليحل محلها أفكار أكثر عقلانية، تساعد الفرد على التصرف بالطريقة المناسبة.

***. إدارة الذات:**

وهو أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد، على إحداث تغيير في سلوكهم، وخفض استجابات 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 عن طريق إجراء مقارنة بين السلوك والمعايير، والأهداف التي وضعها لها الأداء أو السلوك.

- أحاديث الذات:

تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة الموقف الضاغط، والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة، إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية، فهي تجعله تشعر بالخوف، وعدم الكفاءة عند مواجهة الحدث الضاغط عكس الأحاديث الإيجابية، فالتفكير الإيجابي في الحدث الضاغط يساعد الفرد على التعامل معه بالطريقة الملائمة.

- التخيل أو التصور البصري:

يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه، 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 فيها ، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فتية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف، والأحداث الضاغطة، وتهدف إلى تنمية مهارات الأفراد، وتتضمن عدة خطوات تتمثل في: التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات ثم وضع بدائل، وحلول متعددة في التعرف على المشكلة، وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي في موضع التنفيذ والتدريب على حل المشكلات، ينطوي على أهمية كبيرة، تتمثل في زيادة كفاءة الفرد ،وفعاليته مما يؤدي إلى نجاح في المواقف الضاغطة **(ماجدة ، بهاء الدين ، 2008، ص135)**

2. العلاج السلوكي:

يستخدم السلوكيون في علاجهم للضغط والاسترخاء، فهو للصحة والهروب من المشاكل ويظهر كأنه نوع من مضادات الضغط ومن أهم تقنيات الاسترخاء المستعملة:

أ . تمارين التنفس الإسترخائي:

في حالة الضغط يشتكي الشخص من حالة التوتر وضيق التنفس، التي تعتبر توترات عضلية في مستوى الحزام البطني وفي مستوى الصدر والعنق، هذه التوترات العضلية هي مصدر الإحساس بضيق التنفس، والتدريب على التنفس بطريقة معينة بشكل ضيق في إخراج الهواء، مما يساعد الشخص على التخفيف من الضغط النفسي، فمن خلال عملية الشهيق الطويلة ثم عملية الزفير كاملة ومع تكرار هذه العملية، يشعر الإنسان بالراحة واسترخاء، بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. **(دعو سميرة، 2013، ص42)**

ب . الاسترخاء العضلي والفكري:

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

ج . التغذية الراجعة:

تعتبر وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء وهي عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقب أدلة لتوضيح صحة استجاباته، أو خطئها وبناءا على ذلك، قد يستمر الفرد أو يعدل سلوكه أو يتوقف لأنه حقق أهدافه.

د. تعديل أسلوب حياته:

يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد، و المحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيق أهدافه ، كما يشمل أيضا قدراته ودوافعه ، فأسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد وليس ثابت تماما بل يمكن تعديله، وتطويره وتبعا لمتطلبات البيئة التي يعيش فيها الفرد وعلى هذا فالاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة، قد تضعف من قدراته على المقاومة وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد، وعادته أصبح يمارس رياضة المشي مثلا وتقلل من المنبهات فإن ذلك يساعده على مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعال **(ماجدة بهاء الدين، 2008، ص343)**

3. العلاج الطبي:

يقتصر هذا العلاج على أدوية يعطيها الطبيب للمريض، الهدف منها التخفيف من مدة الضغط ومن بين العلاج نجد:

أ. العلاج الدوائي:

يتم اللجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية، والمهدئات، والفيتامينات مثل " c " و " b "، حيث تعتبر الفيتامينات ذات أهمية كبيرة في علاج الضغط النفسي، بالإضافة إلى العقاقير الحيوية المضادة للضغط النفسي نذكر ما يلي :

. مضادات القلق:

تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولها خمس مميزات من ناحية المفعول وهي:

. خاصية مضادة للقلق.

. خاصية منومة.

. خاصية منشطة للنعاس.

. خاصية مضادة للارتعاش.

. خاصية تحقق استرخاء العضلات. **(حسن مصطفى عبد المعطي، 1999، ص34)**

. المهدئات:

تستعمل كألية مضادة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد: " Meprobamare "

و " Benzo Diazipine "

جـ مضادات الاكتئاب:

تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكر المزاج وحالات التوتر الشديد وتحسن القدرة على التفكير وتعالج اضطرابات النوم ومن بين هذه المضادات:

Laroscyl " و " Athymie " و " praymarel ""**(حسن مصطفى عبد المعطي 1999، ص200)**

إذن نستنتج في الأخير أنه يمكن مواجهة الضغوط النفسية وذلك من خلال تطبيق مختلف اساليب العلاج المقدمة

خلاصة الفصل:

لقد تطرقنا في هذا الفصل على التعاريف المختلفة للضغط النفسي ولمحة تاريخية عن الضغط، تعريفه، مصادره، خصائصه، أسبابه، أثاره، وكذا النظريات المفسرة للضغوط وكيفية العلاج منه.

ومن خلال كل هذا يتضح لنا أن الضغوط النفسية تشكل جزءا من حياة الإنسان لأنه دائما يواجه تغييرات وخبرات مفاجئة مرغوبة أو غير مرغوبة تؤدي إلى ظهور وإبراز ضغوطات نفسية ولهذا يجب على الفرد الطرق أو الوسائل من أجل التخفيف من التوتر والضغط وهذا من أجل تحقيق التوازن النفسي للفرد في حياته.

الفصل الثالث: التوحد

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد.
2. تعريف اضطراب التوحد.
3. انواع اضطراب التوحد.
4. اعراض اضطراب التوحد.
5. نسب انتشار اضطراب التوحد.
6. اسباب اضطراب التوحد.
7. خصائص الاطفال المتوحدين.
8. تشخيص اضطراب التوحد.
9. علاج اضطراب التوحد.
10. تقبل الاسرة للطفل التوحدي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد اضطراب التوحد من الاضطرابات شيوعا لدى الاطفال في السنوات الاولى من العمر، فالتوحد اضطراب شغل المختصون وأصبح مركز اهتمام الاطباء وعلماء النفس، وكذا علماء الاجتماع. وقد بدأت تظهر مؤخرا العديد من الاكتشافات حول هذا المرض. فهذا الاضطراب الناجم عن نمو غير طبيعي للمخ، او عن خلل يصيب الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) وهذا ما يؤثر عن انتشار ضغوطات نفسية لدى اولياء هؤلاء الأطفال الذين يحملون هذا الاضطراب. فلهذا تم تسليط الضوء عليه للتعرف على كيفية تعامل الاولياء مع هذه الحالات وعلى الضغوطات التي تصيب الاولياء.

1. نبذة تاريخية عن اضطراب التوحد:

كما يشير "**تارديف** " واخرون في عام 1911 قدم الطبيب النفسي السويسري " **اجن بلولر Agen Bleuler**" لأول مرة في لغة "الطب النفسي السويسري" مصطلح التوحد لوصف الاعراض الرئيسية للفصام عند البالغين والمتمثلة في فقدان الاتصال مع الواقع، تقلص العلاقة مع المحيط من خلال الانطواء على الذات.

حيث ان مصطلح التوحد **(Autisme)** مشتق من الاصل اليوناني " Autos" الذي يعني النفس (soi_meme). في عام 1943 قام الطبيب الامريكي المختص في الامراض العقلية **(ليو كانر)** (Leo Canner) بنشر مقال يصف فيه مجموعة مكونة من 11 طفلا يعانون من صعوبات متشابهة ذات أصل نفسي أطلق عليه اسم " توحد طفلي "وقد ركز وصفه هذا على حب الانعزال الاجتماعي ومقاومة التغيير، ما ينتج عنه رفض وعدم اهتمام لكل ما يتوجه للطفل من العالم الخارجي.

في عام 1944 قام الطبيب الالماني "**هانس هاسبرجر**" بوصف مجموعة من الاعراض أطلق عليها اسم " متلازمة اسبر جر " وهو اضطراب يتحلى من خلال العزلة عن المجتمع، وفقر الاتصال البصري، احساس معدد بمشاعر الاخرين.

سنة 1951 اصدرت الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA) الدليل الاحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية – الطبعة الثانية التي اعتبرت التوحد شكلا من اشكال الفصام الطفولي **(دلشاد علي، 2013، ص 194)**

في 1964 اكتشفت " برن ريملاند " ادلة تؤكد ان التوحد حالة بيولوجية كما لم يتقبل فكرة انحدار الطفل المتوحد من عائلة شاذة السلوك، وايضا اكتشفت " **اندرياس ريت** " دليلا اخر يؤكد ان التوحد حالة بيولوجية **(عادل جاسب شبيب، 2008 ،16)**

في 1977 تم الاعتراف بالتوحد كفئة تشخيصية لها خصائصها المميزة، و ذلك عندما اصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) الطبعة التاسعة من الدليل العالم لتصنيف الامراض، اما الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية عام 1980 فقد فرقت فيه بوضوح بين الفصام و اضطرابات التوحد ضمن فئة الاضطرابات و اكدت ان التوحد ليس حالة مبكرة من الفصام **(عادل جاسب شبيب ، 2008، ص16)**

1994 اصدرت من الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية فوسعت من مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة لتشمل خمس فئات يطلق عليها ايضا اضطراب طيف التوحد الخمسة وهي:

أ . اضطرابات التوحد (Autisme Disoders)

ب . متلازمة أسبر جر (Asperger Sydrome)

ج . اضطرابات ريت (Rett Syndrome)

د. اضطراب الطفولة التفككي (Disintegrative childhood Diseders)

وهـ . الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة، اما الطبعة الرابعة المنقحة في نفس الدليل فلم تضف اية تغيرات او تعديلات تذكر عليها. **(دلشاد علي، 2013، ص 19)**

اما الطبعة الخامسة من الدليل والصادرة في ماي 2013 فقد تم خلالها استخدام فئة تشخيصية واحدة لتحديد التوحد وهي التي تخص اضطراب طيف التوحد، كما اوضحت ان متلازمة اسبرجر تختلف عن اضطراب التوحد من حيث مستوى التواصل اللفظي وبالتالي فقد تمت ازالة هذا المصطلح من الدليل (DSM_V) وهكذا نجد في هذا الدليل:

أ . اضطراب طيف التوحد ((letrouble du spectre de l’autisme

بـ متلازمة ريت (le syndrome de rett)

جـ اضطراب التفكك الطفولي (Le trouble desintegrativf de l'enfance)

د. اضطراب التواصل الاجتماعي (Le trouble de la comminication sociale) (**Justime Normond .2014 p11**)

2-تعريف التوحد:

قدم "روتر **rutter**"**1987** أربع خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد وهي:

- اعاقة في العلاقات الاجتماعية
- نمو لغوي متاخر او منحرف
- سلوك طقوسي واستحواذي
- بداية الحالة قبل بلوغ ثلاثين شهرا من العمر **(عادل جاسب شبيب، 2008، ص17)**. وترى الجمعية الوطنية للاطفال التوحديين 1987 على ان التوحد عبارة عن المظاهر المرضية التي تظهر قبل ان يصل الطفل 30 شهرا ويتضمن:

- اضطرابات في سرعة او تتابع النمو
- اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات
- اضطرابات في التعلق او الانتماء للناس والاحداث
- اضطرابات في اللغة و الكلام و المعرفة **(قحطان الطاهر، 2008 ،ص23)**

في حين عرفه "**جيلبرج 1992 Gilberg**" بانه: ازمة سلوكية تنتج عن اسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفضة، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والاتصال، سلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب. **(فهد المغلوث، 2006، ص 27)**

وعرفه المؤتمر الدولي الذي عقد في انجلترا سنة 1999 بانه:

اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الافراد طيلة حياتهم، وتتمركز الاعراض التي تأتي من هذا الاضطراب في الاتي:

- عجز في العلاقات العامة
- عجز في سائر انواع الاتصالات سوآءا كانت لفظية او غير لفظية
- مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلم الخبرات
- مشكلات في التخيل والادراك واللعب **(فهد المغلوث، 2006، ص 29)**

كما يعرفه كل من (الشدوخي والجبر) بانه اضطراب نمائي ناتج من خلل عصبي وظيفي في الدماغ يحدث في السنوات الثلاث الاولى من العمر، ويظهر فيه الاطفال صعوبات في التواصل مع الاخرين والتفاعل الاجتماعي، واللعب التخيلي، اضافة الى ظهور انماط من السلوك غير المناسب **(الشدوخي** والجبر، **2010، ص7)**

التوحد هو اضطراب في النمو العصبي يؤثر على النمو في ثلاثة مجالات اساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتخيل. **(وفاء علي الشاملي، 2004، ص 19)**

ويعرف التوحد ايضا بانه اضطراب نمائي شامل، يظهر قبل عمر ثلاث سنوات، ويؤثر سلبا على العديد من المجالات يشمل التفاعل الاجتماعي مع الاخرين، والتواصل اللفظي والغير اللفظي وظهور سلوكيات وحركات نمطية والانشغال بأشياء واهتمامات غير عادية، اضافة الى تأثيره على الجوانب المعرفية، الاكاديمية بدرجات متفاوتة **(دلشاد علي، 2013، ص 194)**

كما يتميز بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل، اهتما محدود، سلوكيات ونشاطات متكررة وغير مميزة، نمو متأخر او غير سوي قبل عمر ثلاث سنوات.

ويرى **(خليفة ووهدان 2014)** ان اضطراب التوحد هو نوع من انواع الاضطرابات النمائية يتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائي النوعي مثل التفاعل الاجتماعي، وصعوبات التواصل، والقدرات اللغوية التقليدية، والمشكلات في المعالجة الحسية للأحداث الخارجية، والتنظيم الانفعالي والتنظيم السلوكي، وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعرفة الاجتماعية **(خليفة ووهدان ،2014، ص 12)**

اما الدكتورة (**Corime Skorupka**)2015 فتعرف التوحد بانه مجموعة من اضطرابات التواصل، الطفل يختلف عن الغير بتجنب النظر الى العينين ولا يلعب مع الاخرين. في التوحد اضطرابات قد تحدث متأخرة كصدمة، حيث ان الطفل يبدو في صورة جيدة ثم وبشراسته يفقد مكتسباته وهذا يمكن ان يظهر من 18 شهرا الى غاية 3 سنوات وفي بعض الاحيان فوق ذلك. العلامات في التوحد متغيرة مختلفة: فرط النشاط والحركة، القولية، اضطراب اللغة، غياب الكلام، اضطرابات في الحركة والاكتساب، تأخر عقلي، عدوانية، حركات شاذة، الارق .... الخ وفي جميع الحالات سجلنا ان الجهاز العصبي ليس في محله العادي. ((**Isabelle Fontaine. 2015 p 14**

ومن خلال ما سبق نستنتج ان التوحد هو اضطراب يصيب الطفل في سن مبكرة (2. 4) سنوات وهذا الاضطراب يمنع الطفل من التواصل مع العالم الخارجي والتكييف مع الأخرين والشعور بالانعزالية، حيث تكون الإصابة على مستوى الدماغ في الجهاز العصبي أي تكون هذه الإصابة داخلية وليست خارجية.

3- انواع التوحد :

وتتمثل انواع التوحد فيما يلي:

3-1 : كانر : الطبيب النفسي الامريكي 1943 وصف تحت مصطلح " التوحد الطفولي المبكر" و هو صورة سريرية تتميز بعدم قدرة الطفل منذ ولادته لإقامة اتصال

عاطفي مع محيطه ، و يظهر هذا الاضطراب في وقت مبكر و قبل نهاية العامين الاولين من الحياة و من بين مواصفات هذا العرض : العزلة الشديدة حيث يتميز الطفل باللامبالاة ، عدم الاهتمام العميق ازاء الناس و الاشياء من الخارج ، كذلك الرثاية النمطية العشوائية مثل حمل المنديل باستمرار امام اعينه ، تحريك اصابعه امام وجهه و كذلك المشي على رؤوس الاصابع ، الدوران حول الذات يتمايل مجيئا و ذهابا بعد ساعات كذلك اضطراب في اللغة مثل الكتم الكلي ، او انه يجعل الاصوات لا معنى لها او انه يكرر الكلمات بلا قيمة تواصلية مثل ترديد الكلمات او العبارات من الاخرين و كذلك ممكن استخدام كلمات جديدة ، و وصف " كانر" ان الذكاء و الذاكرة لهؤلاء الاطفال استثنائية وهذه الخصائص تميز الخلوية عن غيره من اشكال التخلف المعروفة في مجال الطب النفسي. **(نايف عبد الزرع، 2004، ص 30)**

3-2 : متلازمة اسبرجر : اكتشف عرض اسبرجر اول مرة عام 1944 من قبل الطبيب الالماني " هانر اسبرجر " تميلك الافراد المصابين بعرض اسبرجر المواصفات السلوكية التالية :من حيث اللغة بتميز بطلاقة الكلام قبل عمر 4 سنوات مع صحة واضحة في اللفظ و النحو ، كذلك تحريف الكلام احيانا اخرى ، برودة الصوت بدون حرارة من حيث الادراك ، الولع بالمواضيع المعقدة مثل تصاميم الاشياء و الطقس و الموسيقى و التاريخ كذلك تمركز التفكير على الذات فوق المعدل في القدرة اللفظية و تحت المعدل في المقدرات الانجازية ، تشوش القراءة ، و مشاكل الكتابة ، و فقدان الشعور العام في فهم الواقع و التعامل مع الاشياء اما من حيث السلوك الذاتي ، تفاعل اجتماعي غير مناسب احيانا مع الاخرين .**(نايف عبد ، الزرع 2004 ،ص30)**

3-3 : متلازمة ريت : تتميز متلازمة ريت بالتدهور التدريجي للمكتسبات المعرفية و الحركية و توقف النمو الجنسي في الدماغ و هذه المتلازمة تتواجد فقط و بالخص عند الاناث ، فهي تمس حوالي 1 انثى من كل 1500 فتاة ، و اكتشفت هذه المتلازمة من

طرف طبيب الاطفال "الاتريش اندرياس ريت " عام1966 هذا الاختراع بقي غير معروف الى غاية ان اعيدت الدراسات عام 1983 من طرف طبيب اطفال (سويس هاقبرق) الذي نشر عناوين عن اشكال و تشخيص هذه المتلازمة ، و البنات المصابين بمتلازمة ريت في الشكل يعتبرون عادي لمدة 5 اشهر من الحياة و بعد 18 شهر تتدهور حالتهم بسرعة ، و تتبعها الصفات التالية : فقدان المهارة الحركية المكتسبة و كذلك بطء نمو الدماغ ، الصورة النمطية المتكررة ، تراجع في عملية الاتصال و التنشئة الاجتماعية ، و كذلك صعوبة في الحبو و المشي على رؤوس الاصابع ن صرصة الاسنان وكذلك وجود ارتعاشات ظهرية و مفصلية ، و خاصة عندما يكون الطفل مهتاج كذلك ضعف التنفس او فقدانه ، كذلك نقص تدفق الدم في الساقين ، وجود كثرة الامساك ، لديهم هذه الصفات في دفعة واحدة .**(نايف عبد الزرع ، 2004، ص24)**

3-4: اضطراب الطفولة التحليلي: عادة لا يظهر هذا الاضطراب الا بعد سنتين من عمر الطفل، بعدها يبدا بفقدان المهارات الاساسية ويصبح لديه حركات غير عادية، ويصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعيةو السلوك التكيفي، وكذلك القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الاقران ومشكلات في التواصل من خلال فقدان في اللغة المنطوقة ويظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار النشاطات ويصاحبه عادة اعاقة عقلية شديدة ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية. **(Isabelle 2015 p 35)**

3-5: اضطراب النمو الشامل الغير المحدد: الذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد، ولكن في الاغلب من الدرجة البسيطة وليس الشديد او الشاملة ولكل جوانب الاضطراب، ولعل الجوانب التي تظهر لدى هؤلاء الاطفال يرتكز في الجوانب الاجتماعية وكذلك في المهارات اللفظية وغير اللفظية **(سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 300)**

3-6: متلازمة الكروموزوم الهش: اضطراب جيني في الكروموزوم الجنسي الانثوي (X) معظم الافراد يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط الى متوسط غالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الاداء اللفظي والغير الفظي واضطرابات معرفية. **(جمال مقال قاسم، 2000، ص 140)**

4-اعراض التوحد:

1) يعبر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة او الروتين
2) يفضل البقاء وحيدا مع صعوبة في الاختلاط مع الاخرين
3) لا يستجيب للإيماءات اللفظية (يتصرف وكأنه اصم)
4) لا يخاف من المخاطر المحيطة
5) ضحك وقهقهة غير مناسبة
6) صعوبة في التعبير عن احتياجاتهم، ويستخدم اشارات او ايماءات للتعبير عن الكلمات
7) يلعب بطريقة غريبة ولمدة طويلة
8) تعلق غير مناسب بالأشياء
9) ضعف او انعدام التواصل البصري
10) يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر او منطقي
11) ترديد الكلمات التي يسمعها (يردد عبارات وكلمات بشكل تسجيلي)
12) نشاط بدني مفرط او خمول بدني
13) يظهر عدم الشعور بالألم

14) لا يستجيب للطرق التدريس التقليدية

15) لا يريد ان يحضن أحد ولا أحد يحضنه

16) المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (قد لايريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات) **(الشدوخي والجبر، 2010، ص:7)**

5-نسب انتشار التوحد:

يمكن القول انه لا توجد نسب دقيقة للأطفال المصابين بالتوحد في العالم، لان العالم يعتمد بشكل اساسي على ما هو ملحوظ ومعروض، وقد لا يعرض بعض الاسر اطفالها او تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلق مثلا بطبيعة المجتمع او الجنس وغيرها وقد لا تكون الاعداد ممثلة للواقع. كما قد يكون هناك اختلاف بين دولة واخرى حيث يرتبط بالوعي الحقيقي لهذه المشكلة واثارها. ويمكن القول ان النسب التي تذكر في البلدان المتقدمة أكثر منها في البلدان النامية. **(قحطان الطاهر،2008، ص: 31)**

تبلغ معدلات انتشار التوحد 15% لكل 10000 مولود سنة 1993، ويبلغ 20 طفلا لكل 10000 طفل سنة 2000، وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة 6 طفل لكل 1000 طفل، وفقا للمنظمة الصحة العالمية (WHO2003) عبر العالم. **(مصطفى والشربيني ،2010، ص: 24)**

لقد اخذت اعداد التوحديين في ارتفاع بشكل مخيف في السنوات الاخيرة منذ 1993 وتسارع مقلق من 2008، حيث سجلت العديد من الدول زيادات سريعة في نسب التوحد، طفل واحد على 50 في 2013 في الولايات المتحدة الامريكية مقابل حالة واحدة لكل 2500 في 1993 وهذا خلال 20 سنة فقط. واليوم هناك طفل توحدي من بين38 طفلا في كوريا الجنوبية في كوريا الجنوبية و 1على52 في ايران، و 1 على 125 في النيجر، و 1 على 69 في بريطانيا .....الخ (Isabelle **Fontaine. 2015. p 14**)

اما في الجزائر فقد قدمت احصائيات من خلال الملتقى الاول حول التوحد وكانت كالتالي:

في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل

في سنوات التسعينات كان قد ارتفع معدل الانتشار الى 7 حالات من بين 10000 طفل

اما حاليا فلا يوجد احصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر، لكن المؤكد ان نسب الانتشار تبقى في تزايد مستمر. **(عزاز، 2011، ص: 40)**

6-اسباب التوحد:

تعددت اسباب التي اشارت الى الاسباب المختلفة والمتعددة للتوحد، وهذا تبعا للنظريات المفسرة لهذه الاسباب التي تتمثل في:

6-1: اسباب جينية وراثية: يرجع حدوث التوحد الى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير الى وجود عامل جيني ذو تأثير مباشر في الاصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الاصابة بين التوأم متطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوأم الاخوية (من بويضتين مختلفتين). **(مصطفى والشربيني ،2011، ص، 24)**

رصد باحثون في ولاية " اوزيغون" الامريكية 27 جينا ربما تكون مسؤولة عن الا صابة بمرض التوحد، ونشرت نتائج الدراسة في دورية " نيتشر" فالجينيات التي رصدها الفريق البحثي جاءت نتيجة لطفرات لم تورث من اي الابوين، ويبدو انها تسهم في تشخيص نحو حالة من بين أربع حالات اصابة بالتوحد بين الذكور، واقل من نصف تشخيص جميع حالا الاناث، كما ان هذه الجينيات قد تتيح مع مرور الوقت الفرصة للتشخيص المبكر لدى بعض الاطفال، وقد ترشد في نهاية المطاف الى العلاج الجيني المستهدف لمرض التوحد.

6-2 : اسباب ترجع لتكوين المخ او الدماغ : ان اطفال التوحد لديهم اداءات عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ اكثر ليونة من الاطفال العاديين و تقرر الدراسات انه ما بين (40-100) من الاطفال التوحد يظهرون على الاقل واحدة من الاشارات في المخ ، كما ان الاشخاص التوحد لديهم ايضا احتمالات عالية في ظهور اشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ(EEG)، و دلت الدراسات على ان (EEG) غير طبيعي في (20-65%)من الاطفال التوحد و توصف بنوبات من موجات حادة مطلقة ، كما ان لديهم امكانية حدوث نوبات من الصرع .**(خليفة و وهدان ،2014 ، ص: 13)**

6-3: اسباب عصبية: النسبة الكبيرة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي والفص الجداري واظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، اما باقي الاعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الامامي **(مصطفى والشربيني، 2011، ص، 25)**

6-4 : اسباب كيميائية : اكدت عدة بحوث وجود عوامل كيميائية عصبية تلعب دورا كبيرا في حدوث التوحد ، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري و خصوصا في حالات التوحد و من بينها بحث اجري في السويد و تبين ان درجة تركيب حمض الهوموفانيلك اكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين انسجة المخ و النخاع الشوكي في حالات التوحد منه بين الاطفال العاديين كما لوحظت في دراسات اخرى ، زيادة تركيز احدى الناقلات العصبية و هو السيرتونين في الدم 40% من الاطفال التوحديين و عندما امكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين لوحظ تحسن و انخفاض في بعض الاعراض لدى هؤلاء الاطفال كما لوحظ تحسن في الاداء اللغوي .**(الزراع ،2010، ص :30)**

6-5: اسباب بيئية وفيزيولوجية: من ضمن الاسباب البيئية التي ارتبطت بحدوث التوحد، ظروف الولادة والحمل، واللقاح، والفيروسات والامراض المعدية، والكيماويات السامة، واضطرابات التمثيل الايضي والجهاز المناعي **(وفاء علي الشامي ،2004، ص :150)**

كما ورد في مجلة "Principes De Sante" في عددها الخامس والسبعون(75) الصادر في شهر فيفري 2015 ان التوحد مرض متعدد العوامل راجع الى عدة اسباب فيزيولوجية ممكنة: تسمم زئبقي، سوء التغذية، اضطرابات هضمية .....الخ (**Isabelle Fontaine.2015.p 14)**

6-6 : اسباب نفسية و اسرية :ان العوامل النفسية تلعب دورا في الاصابة بالتوحد فمن خلال دراسة حالة طفلة تعاني من التوحد عمرها 22 شهرا ، يشير تاريخ الحالة الى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة فأخذت تبكي من 8 الى 9 ساعات و تردد كلمات مما ذهبت حتى نامت و عندما استيقظت صباحا ذهبت للنافذة و كررت امي ذهبت ، و بعدها ساعة اصبحت هادئة و تتجنب التفاعل مع اعضاء الاسرة ، و في اليوم التالي توقفت عن الكلام ، و بدأت اعراض التوحد الاخرى كالحملقة و اللعب بشكل غير مميز ....الخ و رغم عودة الام و الاب استمرت الحالة و عندما وصلت الى سن 3 سنوات لم تتغير و اصبحت غير قابلة للتعديل و حتى سن اربع سنوات مما استوجب دخولها للمستشفى و رغم تحسنها من خلال العلاج الا ان التوقف عن الكلام و فرط الحركة ظل ملازما لها حتى سن ست سنوات و هذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث التوحد ،كما ان اساليب التنشئة الوالدية الخاطئة و شخصية الوالدين الغير السوية تسهم في حدوث الاضطراب كما وجد ان اباء الاطفال المصابين يتسمون بالبرود الانفعالي و الوسواسية و العزول عن الاخرين و الذكاء و الميل الى النمطية ، و نتيجة لهذا الجهد العاطفي و الانفعالي في شخصية الوالدين و المناخ الاسري عامة يؤدي الى عدم تمتع الطفل بالاستشارة الازمة من خلال العلاقات الداخلية في الاسرة **(خليفة و وهدان ،2014، ص:15)**

7: خصائص الاطفال التوحديين:

تعد فئة الاطفال التوحديين فئة غير متجانسة في خصائصها ، فقد يكون لطفلين توحديين التصنيف و التشخيص نفسه الا ان خصائصهم قد تختلف و تتنوع ، فبعض الاطفال التوحديين يظهرون الانعزال الكامل عن المحيط الاجتماعي و يميلون الى الوحدة ، في حين يبدي بعضهم الاخر انماطا من التفاعل ، ويطور بعضهم مهارات اللغة اللفظية بشكل جيد في حين يبدي بعضهم الاخر تتطور لديهم مثل هذه المهارات ، و قد يتمتع بعض الاطفال التوحديين بمواهب او تفوق في مجال من مجالات الاداء في حين ان معظم هؤلاء يعاني ضعفا و قصورا في كافة المجالات كما ان الخصائص السلوكية مثل : الحركات النمطية مختلفة بين الاطفال التوحديين ، و عموما تتأثر شدة و عدد الخصائص في الاشخاص التوحديين بعوامل مثل : القدرات العقلية ، و الاعاقات و الاضطرابات المرافقة و البيئية التي يعيش فيها الشخص . وهذه الخصائص تنقسم الى اقسام وهي كما يلي:

7-1: الخصائص الاجتماعية: يعد الضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين من الخصائص الاساسية والجوهرية في الكشف عن التوحد. و قد تظهر مؤشرات هذا الضعف في المراحل المبكرة للعمر ، و هي تتمثل في تجنب التواصل البصري مع الام اثناء الرضاعة او عدم الاستجابة الى الابتسامة التي تصدرها الام او ان هذه الاستجابة تصدر و لكن ليس في وقتها او في مواقف لا تستدعي الابتسام ، وقد لا يبني الطفل اي رد فعل اذا امدت الام يدها لحمله ، او عدم الانزعاج في اثناء تركه وحيدا و الصراخ و البكاء عند محاولة لمسه او عند الاقتراب منه، و تشمل جوانب الضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين : الضعف في تكوين العلاقة الفعالة مع الاخرين ، و البرود العاطفي و الانفعالي ، و ضعف الاهتمام المشترك و الميل الى اللعب الفردي .(**Bernadette Roge.2003.p 88**).

وقد قسمت الدراسات والابحاث الاطفال التوحديين من حيث تفاعلهم الاجتماعي الى ثلاث فئات:

ا-**البعيد:** وهؤلاء الاطفال لا يظهرون اي اهتمام او تعلق اجتماعي ولا يطلبون اية مساعدة من الاخرين لتلبية حاجاتهم، فهم يهيجون ويغضبون عندما يكونون قرب الاخرين او انهم يرفضون الاحتكاك الجسدي او الاجتماعي معهم

ب-السلبي: وهؤلاء لا يبادرون الى التفاعل الاجتماعي، ولكنهم يوافقون على مبادرات الاخرين للتفاعل معهم

ج-النشيط ولكنه غريب: وهؤلاء الاطفال يتفاعلون اجتماعيا ولكن بطرائق غير مناسبة وغير عادية مما يجعلهم محل رفض وعدم تقبل من الاخرين. **(دلشاد علي، 2013، ص: 206)**

7-2: الخصائص اللغوية والتواصلية: يعد التواصل من المشكلات الرئيسية التي يتسم بها الاطفال التوحدين، حيث يعاني جميع هؤلاء الاطفال صعوبات في اللغة والتواصل وعلى الرغم من وجود فروق واختلافات في شدة هذه الصعوبات وطبيعتها، ويمكن تقسيم الخصائص التواصلية لدى الاطفال التوحديين الى ثلاثة مجالات:

ا-**السلوكيات الغير اللفظية:** وتشمل الضعف في التواصل البصري مع الاخرين، والقصور في استخدام تعبيرات الوجه المناسبة للحالة الانفعالية، وكذلك صعوبة في فهم التعبيرات الانفعالية للأخرين، كما يعاني الاطفال التوحد بين قصورا في استخدام الايماءات والحركات المرافقة للكلام، وفي استخدام الاشارة اضافة الى ضعف واضح في مهارات التقليد **(وفاء علي الشامي، 2004، ص: 62)**

ب-اللغة التعبيرية: يستخدم بعض الاطفال صوامت قليلة، وتراكيب ومقاطع صوتية قليلة، كما يظهر بعضهم تأخرا، او قصورا كليا في تطوير اللغة المنطوقة ويظهرون الصمم

والبكم لبعض الكلمات. ويظهر بعضهم لغة نمطية ومتكررة يقوم فيها الطفل بترديد اصوات او كلمات مفردة او جمل لمواقف او احداث التي قد تكون بسيطة وهذه اللغة المتكررة تسمى المصادة الصوتية التي قد تكون فورية تتمثل في الاعادة الدقيقة للكلمات والعبارات بعد ثوان قليل من سماعها، او تكون مصادة متأخرة وهي ايضا اعادة حرفية دقيقة ولكن الطفل يتاخر في اعادتها التي قد تستمر اياما، وقد تكون المصادة مخففة ويمكن ان تكون فورية او متأخرة لكن العبارات المعادة لا تقال كما سمعت بالضبط او تكون منقوصة. **(وفاء علي الشامي ،2004، ص: 62)**

ج-اللغة الاستقبالية: تعد اللغة الاستقبالية أفضل من اللغة التعبيرية لدى الاطفال التوحديين، ولكن على الرغم من ذلك يعاني معظمهم مشكلات في اللغة الاستقبالية وهي تشمل صعوبات في فهم لغة الاخرين، وعدم فهم الاسئلة او متابعة التعليمات اللفظية الطويلة او حتى البسيطة في الكثير من الاحيان، او ان يفهمون اللغة في سياق خاص او يفهمون اللغة بحرفتيها. **(وفاء علي الشامي، 2004،ص: 62)**

7-**3: الخصائص السلوكية:** يتميز الاطفال التوحديون بمجموعة من الخصائص السلوكية تعتبر فريدة الى حد كبير لدى طفل التوحد ولعل اهم الخصائص: الحركات النمطية مثل رفرة اليدين وهز الجسم والمشي على رؤوس اصابع القدمين، وتلويح اليد امام العين والدوران حول النفس والسلوكيات الرتيبة مثل: الانشغال المفرط باهتمام، او موضوعات محددة والاصرار على التشابه، والتماثل والسلوك الروتيني **(دلشاد علي، 2013، ص: 207)**

7-4: الخصائص المعرفية: يظهر الاطفال التوحديون قصورا ملحوظا في وظائفهم، او في خصائصهم المعرية يعاني م نسبة 75-80 % اعاقة ذهنية مختلفة الدرجة. كما يواجهون صعوبات في فهم وإدراك ابعاد المواقف واستيعاب المثيرات والاستجابة لها. كما يظهرون خلل واضح في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، اذ انهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط **(الزيقات، 2004، ص: 57)**

اضافة الى هذا كله، يواجه الاطفال ذوي التوحد صعوبات في القدرة على حل المشكلات ، و ضعف القدرة على التعميم ، و نقل اثر التدريب بين المواقف و البيئات المختلفة ، كذلك يواجهون اضطرابات في التفكير مثل : القصور في انتاج افكار جديدة ، و صعوبة في القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية او بصرية اضافة الى مشكلات في نقل الانتباه و التشتت و ضعف في الذاكرة ، و عدم القدرة على التنبؤ بالأحداث و الوقائع .(**نصر ، 2002، ص:39)**

8-تشخيص التوحد:

من الامور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الاعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات اخرى، لذا اصبحت عملية التشخيص مسالة صعبة ومعقدة ويجب ان يكون التشخيص من قبل فريق مخصص متكامل يتكون من: (طبيب اطفال، اختصاصي في علم النفس، اختصاص اختبارات، اختصاص سمع وتخاطب)، وقد يحتاج الى بعض الاختصاصات مثل: طبيب اعصاب او محلل نفسي او طبيب اطفال تطوري. **(عادل جاسب شبيب ،2008، ص: 20)** ويبقى التشخيص بعيدا عن المختبرات و مواد التحليل و الاشعة بل معتمدا على المراقبة و الملاحظة لسلوك المصاب في العيادة الخاصة و المنزل و اجراء بعض الاختبارات، و تخطيط السمع و غيرها، لكي يكون التشخيص شامل و دقيق من اجل معرفة درجة الاصابة ونوع العلاج و التدريب الذي يحتاجه المصاب، مع وضع تعليمي فردي له ضمن الاطار العام للمنهج التربوي السائد في المجتمع **(خليفة و وهدان، 2014، ص: 32)**

8-1: ادوات تشخيص التوحد: هناك ادوات عديدة مستخدمة لتشخيص اضطراب التوحد منها:

قائمة التوحد للأطفال دون سنتين Chechlist For Autisme inToddlers (CHAT) و هذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الانذارية المبكرة الاصابة و تساعد في مسح و ليس تشخيص حالات التوحد قبل اشهر او اسابيع من ظهور معظم الاعراض الاخرى كما وردت في الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع . الا ان واضعي هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكرا بالحاجة الى تحويل الطفل الى اخصائي متمدرس. **(خليفة ووهدان، 2014، ص: 33)**

اما التشخيص الجديد للدليل التشخيصي الاحصائي الخامس (DSM_V) يتبع المعايير التالية:

ملاحظة الصعوبات في لاستخدام الاتصال في مرحلة النمو المبكرة التي تؤدي الى اضطرابات وظيفية لدى الاطفال، بالمقابل عدم ملاحظة اي سلوك او نشاط محدود متكرر ونمطي. **(Justine Normonde . 2014 .P :11)**

اما الطبعة العاشرة من الدليل العالم لتصنيف الامراض (ICD_ 10) يصف مرض التوحد بانه اضطراب النمو المتفشي او الشامل (PDD) (من فئة الاضطرابات النمائية الشاملة TED) وهي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بشذوذ نوعي في طرائق التفاعل الاجتماعي والتوصل المتبادلة، فضلا عن الانشطة المحظورة والنمطية المتكررة. هذه التشوهات النوعية هي سمة سائدة لكل الحالات ويتم تحديد ثماني فئات من (PDD) في (ICD_10) منها خمسة صور سائدة:

ا-التوحد الطفولي.

ب-التوحد الشاذ.

ج-متلازمة ريت.

د-اضطرابات اخرى للتفكك الطفولي.

هـ–فرط النشاط المرتبطة بالتخلف العقلي والحركات النمطية .

و–متلازمة اسبرجر.

ذ–الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى.

ح–اضطرابات نمائية شاملة غير محدد. **(Justine Normonde .2014 .p : 12)**

8–2: صعوبات تشخيص التوحد: وتتمثل فيما يلي:

ا–ان أكثر العوامل المسبقة للتوحد تلف واصابات في بعض اجزاء المخ او الجهاز العصبي.

ب –عدم الوصول الى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد

ج – مشاركة العديد من الاعاقات الاخرى للتوحد في بعض الاعراض مثل التاخر في اكلام واعاقات التخاطب والتخلف العقلي وغيرها من الاعاقات.

د–التوحد اعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي وبالتالي تعوق عمليات الاتصال والتواصل والتخاطب

هـ–تتعدد وتتنوع اعراض التوحد وتختلف من فرد لأخر ومن النادر ان تجد طفلين متشابهين تماما في نفس الاعراض.

و–كذلك تتعدد وتتنوع انواع الاصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الاصابة نتيجة تلوث كيميائي او التلوث الاشعاعي او الصناعي بالفيروسات.

ذ–ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها

ح-يوجد صعوبة في تطبيق الاختبارات الحالية لقياس الذكاء والقدرات والعمليات العقلية على الطفل التوحد **(خليفة ووهدان ،2014، ص:33)**

9-علاج التوحد:

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام اي برنامج علاجي وهي:

ا-التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.

ب-تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.

ج-مراعاة ان يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.

د-مراعاة ان يتم العمل على مدار العام.

هـ-مراعاة تنويع اساليب التعليم.

و-مراعاة ان يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل **(عادل شبيب ،2008، ص:37)**

9-1: برامج التدخل المبكر:

ا-اسلوب لوفاس في التدخل، منهج تحليل السلوك التطبيقي (ABA): ويعمل على زيادة وتعزيز السلوكيات الايجابية والتقليل من السلوكيات السلبية والعمل كذلك على تنمية سلوكيات جديدة باستخدام معالجات تجريبية اعتمادا على تحليل السلوكيات الى اجزائها البسيطة المكونة لها. **(خليفة ووهدان 2014، ص:39)**

ب-برنامج تيتش: عبارة عن اجراءات لتقييم وتطوير برامج التعليم الفردية الموجهة حيث يتضمن عملية التعليم هذه ثلاث مراحل اساسية:

- في البداية يكون العمل على تقييم التطور الحاصل في المؤهلات والعجز عند الطفل في مختلف نطاقات العمل التوجيهي.
- على اساس هذا العمل التقييمي تحديد الاستراتيجيات التعليمية لتحقيق الغايات والاهداف.
- تحقق الاهداف باستعمال برامج تربوية فردية ونشاطات تعليمية خاصة.

ج-طريقة 3/(3i): هو برنامج التحفيز الفردي، بطريقة مكثفة وتفاعلية، من خلال الانشطة الترفيهية والاولوية هي للتواصل، والتفاعل لاكتساب المعارف والخبرات، والواقع ان الهدف من ذلك تمكين الطفل من الحصول على اتصال مع الاخرين.

د-منهجية بادوفان: تهدف الى تحسين نضوج الجهاز العصبي، وتحفيز مسارات عصبية جديدة عن طريق التطبيق المباشر لبدء المرونة العصبية (**Justine Normond. 2013. p : 34)**

هـ- طريقة فاست فورورد : و هو عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب ، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد ، و قد تم تصميم برنامج الحاسوب بناءا على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة (بولا طلال) على مدى ثلاثين سنة تقريبا ، و تقوم فكرة هذا البرنامج على وضع السماعات اذني الطفل ، بينما هو يجلس امام شاشة الحاسوب و يستمع للاصوات الصادرة من هذه اللعب ، هذا البرنامج يركز على جانب واحد و هو جانب اللغة و الاستماع و الانتباه ، و بالتالي يفترض ان الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية **(خليفة و وهدان ،2014،ص:39)**

9-2: الاساليب العلاجية المتبعة:

يمكن تحديد اهم الاساليب والنماذج العلاجية المتبعة لمواجهة كثير من اوجه القصور لدى اطفال التوحد على النحو التالي:

ا-**العلاجات الإكلينيكية:** تعتبر البرامج التدريبية ذات اهمية كبيرة حيث يمكن عن طريقها تنمية المهارات والاستعدادات للتعلم، كتعليم الطفل ان يجلس على الكرسي، وان يحضر الادوات الازمة لأداء مهمة ما او يستخدم التواليت، وتعتمد غالبية البرامج المقدمة لهؤلاء الاطفال على اجراءات تعديل السلوك الى جانب تدريب الوالدين **(الشامي ،2004، ص:81)**

ب-**العلاج الدوائي:** يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من ان البحوث الحديثة اثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد الا ان الكثير من الاتجاهات المباشرة والغير المباشرة قد اثبتت اهمية العلاج الدوائي مع ضرورة تكامله مع العلاج الشامل **(الشامي، 2004 ص :82)**

ج – **العلاج بالدمج:** من حق الطفل التوحد الذي تجلس معه في التدريب الأكاديمي والرعاية الذاتية ان يختلط بالأخرين خارج نطاق الاسرة و هذا ما يتيح لسياسة الدمج توفير اكبر فرصة للتفاعل الاجتماعي و زيادة الطبيعة في نفوس الاطفال التوحد و هذا ما نادى به اسلامنا الحنيف **(خليفة و وهدان ،2014، ص: 34-36)**

د-**العلاج بالإبصار:** هو عملية اعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى كفاءة، و يقوم بهذا النوع من العلاج اخصائيون قياس بصري سلوكي حصلوا على تدريب في هذا المجال بالتحديد و يجب البدء بعمل تقييم شامل يستغرق من (45-60) دقيقة و العلاج المقدم بواسطة اخصائي القياسي البصري السلوكي يجب ان يتضمن استعمال عدسات تطورية عند نقطة ما للمساعدة في الحصول على تناسق و استقبال بصري افضل

او استعمال منقيات الضوء ، و قد قرر الكثير من الاباء حدوث ايجابية للعلاج البصري **(الشربيني،2011، ص30)**

هـ-العلاج بالنظام الغذائي و الفيتامينات: اقترح عدد من الباحثين ان الحساسية للغذاء قد تكون مسؤولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للاطفال التوحد، و لاحظ كثير من الاباء ان هناك تغيرات درامية لحد ما بعد ازالة اطعمة معينة من غذاء اطفالهم، و قدم الباحثون وسائل بديلة للعلاج التوحد منها الغذاء خاصة جرعة كبيرة من فيتامينات (ب6) و الماغنسيوم و علاج حساسيات الطعام و علاج العدوى الميكروبية و علاج اختلال الجهاز المناعي **(الشربيني،2011، ص 36-37)**

و-مدرسة هيجاشي: علاج الحياة اليومية: طورتها الدكتورة " كيبوا كيتاهازا" عام 1964 في مدينة طوكيو في اليابان، كانت الدكتورة تعلم اطفالا طبيعيين في مرحلة رياض الاطفال، وبعد عدد من السنوات، انضم الى فصلها طفل توحدي وشرعت في تعليمه، وتدريجيا فقدت اهتمامها بالأطفال الطبيعيين وعملت على تطوير برنامج تربوي للأشخاص التوحديين في اليابان، ليكتسب شهرة دولية فيما بعد وهناك ثلاثة مبادئ اساسية لبرنامجها وهي:

ا-العمل على استقرار وتوازن المشاعر لدى الشخاص التوحديين وتدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على أنفسهم مما يكسبهم الثقة بأنفسهم ويمكنهم من العيش دون مساعدة من الغير

ب-العمل على تطوير واتباع ما يسمى " نغمة ايقاع" والحياة من خلال تدريبات رياضية مكثفة

ج-العمل على تنشيط العمليات الذهنية والمهارات الادراكية **(الشامي، 2004، ص: 81)**

10-تقبل الاسرة للطفل التوحدي:

اما ان تظهر الاعراض السابقة على طفل من اطفال الاسرة حتى تصدم وتسارع الى الطبيب الاختصاصي ليشخص الحالة المرضية، ويأخذ بيد الاسرة الى طرق علاج الطفل والعناية به التي تحتاج الى وقت طويل والى صبر ووعي من قبل الاهل.

ويتوجب على الاسرة بالإضافة الى زيارة الطبيب، التواصل مع الجمعيات التعاونية الخيرية وجمعيات الرعاية الخاصة، والتعاون معها من اجل تربية طفلهم المتوحد والسعي الى تحسين اوضاعه، وعلى الاسرة ان لا تيأس من تحسن حالة الطفل، وان طالت المعالجة فقد تحسن حالة العديد من المتوحدين حتى صاروا كالأطفال الطبيعيين الاسوياء. وقد اكدت ذلك الدراسة التي نشرها "**ايفار لوفاس**" عن المعالجة الناجحة للأطفال الانغلاقيين في عمر الثالثة بأساليب استخدام تعديل السلوك. فبعد عامين من المعالجة حقق 42% من اطفال المجموعة التجريبية انجازات كبيرة على مستوى النمو العقلي والاجتماعي وتم دمج 48% من الاطفال في مدارس عادية واعتبروا قريبين وجدا من العاديين في اختبارات الذكاء والسلوك التكيفي. **(احمد حسن الخميسي ،2014، ص: 123-124)**

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا في هذا الفصل الالمام باخر الدراسات و احدث النظريات و اهم النتائج و الابحاث التي توصل اليها العلماء و الباحثون حول طبيعة هذا المرض ، و ان كان هناك من الباحثين من يعترض على تسميته بالمرض و يعتبره، لأجل فهم ادق اسبابه و اهم اعراضه التي ترشد المختصين الى تشخيص صحيح يقودهم فيما بعد الى وضع البرامج العلاجية المناسبة كما قمنا بعرض ابرز و اشهر البرامج التربوية المعتمدة حاليا سوآءا في الغرب او في بلادنا العربية كبرنامج " تيتش"على سبيل المثال و طريقة " لوفاس " و غيرها ، و هي في الغالب برامج وضعت في بيئات اوروبية و امريكية و تم تكييفها الى البيئة العربية ، و التي تساعد على فهم هذا الاضطراب و كيفية التخفيف منه و تقديم العلاج المناسب ، و اضفنا الى ذلك كيفية تقبل الاسرة للطفل التوحد فاذا كانت الاسرة تقبله بشكل صحيح و تعطى له اهمية فهذا يكون نصف العلاج .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية المطبقة في الدراسة

- تمهيد

1 . الدراسة الاستطلاعية.

2 . منهج الدراسة.

3. تقديم مكان إجراء الدراسة.

4. عينة الدراسة.

5. أدوات الدراسة.

6. أساليب المعالجة الإحصائية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب النظري الذي حددناه فيه الإشكالية وفرضيات البحث، وأهمية البحث، وكذا تقديمنا لأهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع الدراسة المتمثلة في الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد، سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي، وذلك من أجل إثبات أو بيان صحة أو خطأ الفرضية التي وضعتها، وكتدعيم للدراسة النظرية، سنقوم بعرض المنهج المتتبع في البحث ومختلف الأدوات المستخدمة لجمع البيانات وكذا الأساليب الإحصائية التي اعتمدنا عليها لمعالجة النتائج كما سنتطرق إلى عينة البحث.

1. التذكير بفرضيات البحث:

. مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع.

. توجد فروق بين أباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في الضغط النفسي.

2. الدراسة الاستطلاعية:

. تعتبر مرحلة مهمة في عملية البحث كونها أول خطوة يلجأ إليها الباحث للتعرف على ميدان بحثه والظروف والإمكانيات المتوفرة إذ يعتبرها "**مجمد طلعت عيسى 1981**" : "على أنها الكشف عن حلقات غامضة في تسلسل التفكير الإنساني بوجه عام" يساعد في الربط والتحليل والتفكير العلمي الذي يضيق إلى المعرفة الإنسانية ركائز جديدة **(محمد حسيين غانم ،2009، ص 181)**

قمنا بالدراسة الاستطلاعية على أولياء الأطفال المصابين بالتوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا والمركز النفسي البيداغوجي اسيرم ببومرداس وذلك بهدف:

1. التأكد من توفر العينة المتمثلة أولياء الأطفال المصابين بالتوحد للتحقق من هذا الهدف تم التوجه

المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا لمعرفة مدى توفر العينة اين يمكن الحصول على العينة لكن العدد كان غير كافي وعلى هذا الأساس قمنا ببحث عن مركز أخر وهو المركز النفسي البيداغوجي اسيرم ببومرداس أين تحصلنا على العينة المطلوبة.

2. هو التأكد من الخصائص السيكو مترية للمقياس.

3. هو مدى إمكانية التطبيق.

ومن النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية:

. التعرف على الطفل المتوحد وواقعه وكيف يعيش داخل المركز.

. كيفية تعليمه المهارات المعرفية والمهارات اليدوية التي تتناسب مع حالته الخاصة.

. كيفية التعامل مع الطفل المتوحد وما الأساليب أو الطرق التي تمكننا من التوصل معه.

وقمنا بتوزيع المقياس على الأباء والأمهات لتمكن من فهمهم لبنود المقياس لغرض إمكانية تطبيقه، وتمكنا من التأكد من فهمهم لبنوده كما تأكدنا من خصائصه السيكو مترية وذلك بحساب معامل ألفا كرومباخ الذي سنعرض نتائجه في وصف أدوات البحث.

3. منهج البحث:

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المتناولة فلكل منهج وظيفة وخصائصه والمنهج مهما كان نوعه فهو الطريقة العلمية التي يبذلها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، ولتحقيق أهداف دراستنا، فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي الذي يصف الظاهرة محل الدراسة كما هي في الواقع وذلك بجمع الحقائق والبيانات ومن ثم تصنيفها وتحليلها للوصول إلى نتائج وتعميمها فيما يخص موضوع البحث. ولما كان الهدف من دراستنا هو وصف ظاهرة واقعية تتمثل في وصف ظاهرة الضغط النفسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

فالمنهج الأكثر ملائمة هو المنهج الوصفي. حيث يهدف هذا المنهج إلى اكتشاف الوقائع ووصف الظواهر وصفا دقيقا وكيف وصلت إلى حالتها الحالية، وتحاول التنبؤ بما ستكون عليه في المستقبل **(مروان عبد المجيد إبراهيم ،2000، ص126.125)**.

4. مكان وزمان إجراء البحث:

تم إجراء البحث في الفترة الممتدة بين شهر أفريل وشهر جوان 2018 . 2019 وذلك في مركزين بسيكو بيداغوجي وهما المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بوا قنون . تيزي وزوو، والمركز النفسي البيداغوجي أسيرم ببومرداس

بالنسبة للمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بتيقوفعين واقنون تم إنشاء المركز سنة 2014 ويحتوي المركز على: نظام داخلي ونصف داخلي:

أ . نظام داخلي:

هو نظام يخص الأطفال يسكنون في منازل بعيدة عن المركز، حيث يلتحقون بالمركز صبيحة يوم الأحد ويعودون يوم الخميس، حيث يتراوح عدد الأطفال الداخليين 21 طفل.

ب . نظام نصف داخلي: ونظام يخص الأطفال الذين يسكنون قريبين من المراكز ويلتحقون بالمركز في صباح كل يوم ويخرجون مساء حيث لديهم نقل مدرسي خاص بهم، حيث يترواح عدد الأطفال نصف الداخليين 122طفل.

أما المركز النفسي البيداغوجي أسيرم ببومرداس ومن مهامه التكفل الطبي النفسي البيداغوجي للأطفال المراهقين لذوي الإعاقة العقلية العامة، وهو يتكون من:

. مكتب المديرة، قاعة العلاج النفسي الحركي ومجهزة، قاعتين للتكفل الأر طوفوني، قاعة للرياضة، قاعتي الورشات، مطبخ.

وللتسيير الجيد والاهتمام باحتياجات المصابين نجد إخصائية التربية.

5. عينة البحث:

تتكون عينة البحث من مجموعة من الأباء والأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية حيث قدر حجمها ب (35) أبا وأما في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بتيقوفعين . واقنون بتيزي وزو والمركز النفسي البيداغوجي أسيرم ببومرداس.

6 . أدوات البحث:

6. 1: اختبار إدراك الضغط النفسي لليفنستاين:

6. 1.1: وصف الاختبار:

أعد هذا الاختبار من طرف الباحث **ليفنستاين وآخرون سنة (1993)** بهدف قياس مؤشرات إدراك الضغط النفسي.

يتكون الاختبار من (30) عبارة، نميز منها بنود مباشرة، وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة وتشمل (22) عبارة، وتتمثل في العبارات التالية رقم:

(2، 3، 4،5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30) تدل هذه العبارات على وجود مؤشرات إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، وعلى مؤشر إدراك منخفض، عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض.

البنود الغير المباشرة تشمل (08) عبارات متمثلة في العبارات رقم:

(1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 26)

تدل على وجود مؤشرات إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض، وعلى مؤشرات إدراك ضغط منخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

6. 1. 2: كيفية تطبيق الاختبار:

يقوم الفاحص بشرح بعض التعليمات الفرعية للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي وتتمثل تعليمات الاختبار في:

" أمام كل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (×) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموما، وذلك خلال سنة أو سنتين ماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك، واحرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المرة.

هناك أربعة اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الاختبار وهي بالترتيب:

1. تقريبا.

2. أحيانا.

3. كثيرا.

4. عادة.

6. 1. 3: كيفية تصحيح الاختبار:

إن كيفية تصحيح الاختبار وتنقيط عبارات الاختبار تتم بالتدرج فيها من 1إلى 4 نقاط وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود.

فالبنود المباشرة تنقط من 4. 1 من اليمين (تقريبا) إلى اليسار (عادة)، أما البنود الغير مباشرة فتنقط من 1. 4 من اليمين (تقريبا) إلى اليسار (عادة). **(حكيمة أيت حمودة، 2006، ص210)**

الجدول رقم (1) يوضح ذلك، إذ بعد التنقيط كل بند يجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

جدول رقم (1): يمثل كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط ل ليفنستاين:

البنود / الاختيارات	بنود مباشرة	بنود غير مباشرة
1. تقريبا	نقطة	أربع نقاط
2. أحيانا	نقطتان	ثلاث نقاط
3. كثيرا	ثلاث نقاط	نقطتان
4. عادة	أربع نقاط	نقطة

6. 1. 4: الأساليب الإحصائية الخاصة بالاختبار:

إن أي بحث يتطلب اللجوء إلى العديد من التقنيات الإحصائية تمكن الباحث من ترجمة السلوكيات إلى أرقام تعالج بصورة موضوعية، وفي بحثنا هذا طبقنا القانون الإحصائي لاختبار " ليفنستاين "وهو كالتالي:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام . 30}}{90}$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، ثم يحسب مؤشرات إدراك الضغط بتطبيق المعادلة سابقة الذكر.

تتراوح درجة مؤشرات إدراك الضغط بين (0) وتدل على أدنى مستوى إلى (1) يدل على مستوى مرتفع من الضغط.

6. 1. 5: صدق وثبات اختبار إدراك الضغط ل " ليفنستاين":

6. 1 . 5 .1 الثبات: تم قياس التوافق الداخلي للاختبار باستعمال معامل ألفا، فأظهر وجود تماسك قوي يقدر ب 0.90 كما أظهر قياس ثابت للاختبار باستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر ب 8أيام وجود معامل ارتباط مرتفع يقدر ب 0.82، ويشير " ليفنستاين " سنة 1993بأن هذا الاختبار يعتبر أداة ثمينة وإضافية لوسائل البحوث النفسية، الجسدية ويمكن أن يكون عامل التنبؤ هام للحالة الصحية للفرد لاحقا.

6 . 1 . 5. 2: الصدق: لقد تم التحقق من صدق الاختبار باستخدام الصدق التلازمي الذي يرتكز على مقارنة اختبار إدراك الضغط، فأظهر وجود ارتباط قوي مع مقياس " سمة القلق" الذي يقدر ب 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط ل "كوهن" الذي يقدر ب 0.73بينما سجل ارتباط معتدل يقدر ب 0.65 مع مقياس الاكتئاب وارتباط يقدر ب 0.35 مع مقياس " القلق حالة. **(حكيمة أيت حمودة، 2006، ص210)**

7. . الخصائص السكومترية لمقياس إدراك الضغط في البيئة المحلية:

7-1 صدق المقياس:

قامت الباحثة "أيت حمودة حكيمة " بدراسة صدق مقياس إدراك الضغط بطريقة الصدق الظاهري ، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه من اللغة الإنجليزية إلى العربية بحيث عرضت الصورة الأولى على (10)أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة "باجي

مختار بعنابة وتوصلت إلى مدى مناسبته لقياس إدراك الضغط واستراتيجيات المواجهة في ضوء تعريف محدد لهما ، اقتراح أي تعديل في صياغة أية عبارة وتعديل وترجمة بعض بنود المقياس ، وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه9 نحو مزيد من التبسط وسهولة صياغة البنود ووضوحه. **(حكيمة أيت حمودة، 2006، ص 210)**

7ـ2 ــ ثبات المقياس:

قامت الباحثة " **حكيمة ايت حمودة** " بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة تطبيق واعادة تطبيق الاختبار، حيث طبق المقياس مرتين على عينة قوامها (28) فردا من الطلاب بقسم علم النفس السنة الرابعة عيادي من جامعة "**باجي مختار**" بعنابة، وكان الفاصل الزمني بين مرتين التطبيق اسبوعين، ثم حساب معامل ارتباط بيرسون واسفرت النتائج على معامل الارتباط 0,69 هو دال احصائيا عند 0,01 مما يكمن القول ان المقياس استوفى شروط الثبات والثقة في ثبات المقياس. **(حكيمة ايت حمودة، 2006، ص:210)**

7ـ 3ـ ثبات مقياس إدراك الضغط في الدراسة الحالية:

تم التأكد من الخصائص السيكو مترية لمقياس إدراك الضغط **ليفنستاين** بالاعتماد على معادلة ألفا كرومباخ وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم(02) يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ.

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
البنود المباشرة	22	0.668
البنود غير المباشرة	08	0.540
الدرجة الكلية	30	0.728

يتضح من خلال الجدول أن قيمة معامل ثبات ألفا كرومباخ للاستبيان بلغت بعد التطبيق على عينة الدراسة ب 0.728، وعليه نستنتج أن الاستبيان يمتاز بثبات عالي، وأنه قابل للتطبيق على العينة الأساسية.

7ـ 4. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

. من أجل اختبار فرضيات البحث ومعالجة النتائج استخدمنا الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 20أي برنامج (20 **spss**) وذلك لتطبيق:

أ . اختبار T: للتأكد من دلالة الفروق بين الأباء وأمهات الأطفال المصابين بإعاقة التوحد في الضغط النفسي.

ب . المتوسط الحسابي:

يعتبر من أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا، وهو أحد مقياس النزعة المركزية يعني" بمدى انتشار الدرجة في الوسط ". **(مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص69)**

ويساعدنا كذلك على معرفة مدى تماثل واعتدال صفات أو سلوكيات أفراد العينة.

ج . الانحراف المعياري:

يعتبر من أهم مقاييس التشتت ويعرف أنه " الجذر التربيعي لمتوسطات مربع القيم عن متوسطها الحسابي، ويفيدنا في معرفة طبيعة توزيع الأفراد أي مدى انسجام العينة. **(مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص71)**

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم إعطاء نظرة عامة من المراحل والأسس المنهجية للبعد الميداني للدراسة، يسمح بتحويل المعطيات النظرية إلى معلومات وتقديرات كمية تفيد في تحقيق الهدف العلمي الذي انطلقت منه هذه الدراسة وهو معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد من خلال إشكاليته وفرضياته بعرض مفصل لمختلف الإجراءات المنهجية المتعلقة بتحديد منهج الدراسة والذي يكون ملائما لطبيعة موضوعها وإمكانية تطبيقه في الميدان وبالأدوات الخاصة بجمع البيانات وأساليب تحليلها.

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج.

تمهيد

. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

. مناقشة نتائج الفرضية الأولى.

. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

. مناقشة نتائج الفرضية الثانية.

. الاستنتاج العام.

أولا : عرض النتائج :

1. الفرضية الأولى: مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع

الجدول رقم (03) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى الضغط النفسي.

المتغيرات	عدد الأفراد	القيمة الدنيا	القيمة القصوى	القيمة الوسطى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد	35	2.04	2.76	02.00	2.43	0.19

. يتضح من خلال الجدول رقم (01) أن قيمة المتوسط الحسابي (2.43) والانحراف المعياري قدره(0.19) وبذلك أكبر من القيمة الوسطى (02.00) وبذلك فإن المتوسط الحسابي أكبر من القيمة الوسطى، وبالتالي نستنتج أن مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أطفال المصابين بالتوحد مرتفع.

2. الفرضية الثانية: نتائج اختبار Tلدالة الفروق للضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

في جدول رقم (04) يوضح نتائج اختبار Tالدلالة الفروق للضغط النفسي بين أباء وأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد

	الوالدين	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المحسوبية (t)	درجة الحرية	الدلالة
الضغط النفسي	الأب	20	2.44	0.19	0.20	33	0.84
	الأم	15	2.43	0.17			

. يتضح من خلال الجدول رقم (04) أن قيمة t(0.20) عند درجة الحرية (33) غير دالة إحصائيا لأن قيمة دلالة (0.84) أكبر من (0.05)، وبالتالي لا توجد فروق دلالة إحصائيا بين الأب والأم في الضغط النفسي، وهذا ما يتضح من خلال المتوسط الحسابي لكل من الأب والأم في الضغط العام حيث أن متوسط الحسابي للأب (2.44) قريب من متوسط الحسابي للأم.

ثانيا: مناقشة النتائج:

. مناقشة الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية أن مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع. فرضية البحث تحققت.

تتماشى فرضية البحث مع عدة دراسات من بينها دراسة " **العضل** "**2012** حيث أكدت بعض الدراسات أن مستوى الضغوط النفسية عند الأباء والأمهات مرتفع، بحيث يرتفع بسبب طفلهم المتوحد كذلك يعانون من ضغوط ناجمة عن خصائص الطفل التوحدي، ضغوط رعاية الطفل المتوحد، الضغوط الاجتماعية، الضغوط المالية، الأعراض النفسية والعضوية، وأخير القلق، الاكتئاب، غضب في بعض الأحيان لأنهم قلقون على مستقبل الطفل التوحدي.

كما نجد دراسة **الشامي** " **2011**" أن مستويات الضغط النفسي عند الأولياء الذين لديهم طفل متوحد بحيث يعانون من الاكتئاب، القلق، مقارنة بالأولياء العاديين أي أن العائلة التي يكون لها طفل متوحد يعانون من قلق أو اكتئاب على مستقبل الطفل المتوحد بحيث يجدون صعوبات وعراقيل تعرقلهم وذلك بسبب عدم تأقلم الطفل المتوحد مع الأخرين وهذا ما يجعلونهم قلقين على مستقبلهم.

في هذه الحالة قد يكون الخوف أو القلق من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ضغط كبير عند أولياء الأطفال المصابين باضطراب التوحد وفي نفس الوقت يكون على الطفل أيضا، فهذا الاضطراب قد تكون نتائجه غير راضية على مستقبل الطفل المصاب به ومكانته في المجتمع ما يؤدي بالأولياء إلى الانهيار العاطفي اتجاه رؤية طفلهم في هذه الحالة، وأيضا الشعور بالانعزال عن المجتمع وذلك بسبب خجلهم من كلام الناس على ابنهم، وعند رؤيتهم أيضا طفلهم لا يستطيع الاندماج والتكييف مع ذلك العالم الذي يجب العيش فيه. ونضيف أيضا أن اضطراب التوحد يزداد من وقت إلى أخر وهذا بسبب عدم وجود الرعاية الصحية للطفل المصاب به حيث أن الأب والأم قد يكونوا غير متفهمين أو مستوعبين لحالة طفلهم ولا يتقبلونه كطفل مصاب بالتوحد وبسبب ذلك يؤدي بعدم وجود الرعاية الخاصة وعدم الاهتمام به .إن اضطراب التوحد يؤدي إلى وجود مشاكل تكون نفسية كالاكتئاب والقلق والشعور بعدم الرضى عند الأولياء وقد تكون اجتماعية وذلك بسبب رفض الأخرين التعايش مع حالة الطفل المتوحد وقد تكون مادية وذلك ما يتطلب توفير كل ما يحتاجه الطفل من وسائل لازمة من أجل التأقلم مع المجتمع ومع الأخرين .

. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص فرضية الدراسة أنه توجد فروق بين الأباء والأمهات في الضغط النفسي لدى الأطفال المصابين بالتوحد .هذه الفرضية لم تتحقق .في حين هناك دراسات تؤكد على عدم وجود فروق بين الأب والأم في الضغط النفسي وهي دراسة " **الشمري 2006**" فالأب والأم هما

الأولان الذين يشعرون بالضغط والقلق نتيجة طفلهم المتوحد ، فعند ولادة الطفل في المنزل هو الشيء الذي ينتظره كل شخص وكل زوج وزوجة وعندما يوجد خلل أو اضطراب أو نقص ما عند هذا الطفل يحدث قلق ، توتر وربما يتطور إلى اكتئاب وكذلك الشعور بعدم اكتمال الفرحة من عند الأب والأم معا ، فهم من يتحملون مسؤولية طفلهما إما لديه خلل أم لا يقدرون على التكفل به معا ، لهذا لا يمكن أن يكون لدى الاب ضغط مرتفع وعند الام منخفض مثلا. فمشكلة أو اضطراب طفلهما تصيبهم الإثنين معا فهما معا يكون لديهم ضغط نفسي فالأم مثلا عند رؤية طفلها في هذه الحالة ولا تستطيع أن تعمل شيئا تصيب بالخوف والقلق وكذلك الأب.

وهناك دراسة أخرى وهي " **دراسة زعارير (2009)** " أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأباء والأمهات في الضغط النفسي وهذا من خلال دراسة مصادر الضغوط النفسية بين الأباء والأمهات في أبعاد أعراض الضغوط النفسية مثلا : القلق ، مشاعر اليأس والإحباط فهذه المستويات والأعراض النفسية لا تختلف من أب وأم حيث أنه يمكن أن نجدهم يتفهمون حالة ابنهم المضطرب ويحاولون إيجاد الحل المناسب ومساعدته على التأقلم مع العالم الخارجي ، فالطفل المتوحد يعاني من مشكلات معرفية كعدم التذكر والتخيل وصعوبة كبيرة في التعلم والذي يؤدي به إلى عدم التواصل مع الأخرين فهذا الذي يؤدي بالأولياء إلى الانتباه إلى طفلهم ومحاولة معالجة هذه المشكلات المعرفية ، مما ينتج عنه مشكلات نفسية بسبب عدم قدرتهم على تحمل أعباء طفلهم وبالتالي توفير الرعاية الخاصة والدعم بشتى مجالاته .

هناك دراسات تناقض نتائج دراستنا التي تؤكد على وجود فروق دالة إحصائية بين الأب والأم في الضغط النفسي ومن بين هذه الدراسات نجد "**دراسة روسي وأخرون**" توصلت إلى وجود بأن هناك فروق بين الأب والأم في إدراكهم للضغوط النفسية الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة ، فخصائص الطفل التوحدي تؤدي إلى ضغوط ، فهي تختلف عن

الأخرين وإمكانياته محدودة نظرا لما يعانيه من قصور في السلوك أي أن سلوكه يكون غير مقبول أو لا يتفاعل مع الشخص الذي يكون معه وكذلك محدودية في المعارف أي أنه لا يتجاوب في المركز أو المؤسسة الخاصة بحيث يكون كثير الحركة أو أن يكون عنيف في بعض الأحيان ، وهذا يؤدي بالطفل إلى فشل في تحقيق ما يتوقعه الأباء والأمهات مما يولد لديهم فروق فمثلا الأب يكون صامدا أمام حالة ابنهم أما الأم ربما تنهار أو لا تتحمل فيحاول الأب قدر الإمكان توفير الوسائل اللازمة وتوفير الرعاية الخاصة لابنه والبحث عن الحلول فهنا الأب أمام حالتين الابن المتوحد الذي لا يدري ما يدور من حوله ويجب مساعدته والأم التي صدمت من حالة ابنهم وهنا تكون مسؤولية كبيرة على الأب وهذه من العوامل التي تؤدي إلى فروق بين الأباء والأمهات في الضغط النفسي .

في حين هناك دراسات تؤكد على عدم وجود فروق بين الأب والأم في الضغط النفسي وهي دراسة " **الشمري 2006**" فالأب والأم هما الأولان الذين يشعرون بالضغط والقلق نتيجة طفلهم المتوحد ، فعند ولادة الطفل في المنزل هو الشيء الذي ينتظره كل شخص وكل زوج وزوجة وعندما يوجد خلل أو اضطراب أو نقص ما عند هذا الطفل يحدث قلق ، توتر وربما يتطور إلى اكتئاب وكذلك الشعور بعدم اكتمال الفرحة من عند الأب والأم معا ، فهم من يتحملون مسؤولية طفلهما إما لديه خلل أم لا يقدرون على التكفل به معا ، لهذا لا يمكن أن يكون لدى الاب ضغط مرتفع وعند الام منخفض مثلا. فمشكلة أو اضطراب طفلهما تصيبهم الإثنين معا فهما معا يكون لديهم ضغط نفسي فالأم مثلا عند رؤية طفلها في هذه الحالة ولا تستطيع أن تعمل شيئا تصيب بالخوف والقلق وكذلك الأب.

وهناك دراسة أخرى وهي " **دراسة زعارير (2009)** " التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأباء والأمهات في الضغط النفسي وهذا من خلال دراسة مصادر الضغوط النفسية بين الأباء والأمهات في أعراض الضغوط النفسية مثلا : القلق ، مشاعر اليأس والإحباط فهذه المستويات والأعراض النفسية لا تختلف من أب وأم حيث أنه يمكن أن

نجدهم يتفهمون حالة ابنهم المضطرب ويحاولون إيجاد الحل المناسب ومساعدته على التأقلم مع العالم الخارجي ، فالطفل المتوحد يعاني من مشكلات معرفية كعدم التذكر والتخيل وصعوبة كبيرة في التعلم والذي يؤدي به إلى عدم التواصل مع الأخرين فهذا الذي يؤدي بالأولياء إلى الانتباه إلى طفلهم ومحاولة معالجة هذه المشكلات المعرفية ، مما ينتج عنه مشكلات نفسية بسبب عدم قدرتهم على تحمل أعباء طفلهم وبالتالي توفير الرعاية الخاصة والدعم بشتى مجالاته .

الاستنتاج العام:

يعتبر الانسان وحدة جسمية متكاملة و مترابطة فيما بينها و انه يعتبر التكامل بين النفس و الجسد فكلاهما يتأثر بالآخر ، فالحالة النفسية تؤثر على الجسم و العكس صحيح ان الجسم يؤثر في الحالة النفسية ، و ذلك من خلال المشاكل التي يوجهها او مختلف الاعاقات التي تصيب الانسان منذ ولادته او بعد ولادته ، تكون خارجية اي خلل او نقص او تشوهات على مستوى الجسم او داخلية على مستوى الدماغ ، خصوصا عند الاطفال الذين تصيبهم في سن مبكرة و ما يؤدي بالأولياء الى الاحساس بالضغوطات النفسية ، فهدفت الدراسة الحالية الى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى اولياء الاطفال المصابين بالتوحد باعتبار هذا الاخير اضطرابات يؤدي الى حدوث ضغوطات نفسية ، و لتحقيق هذا الهدف سعينا الى اثبات صحة الفرضيات التالية :

مستوى الضغط النفسي لدى اولياء الاطفال المصابين بالتوحد مرتفع

توجد فروق في الضغط النفسي بين اباء وامهات الاطفال المصابين بالتوحد

بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي ل " **ليفنيستاين** " باختبار إدراك الضغط النفسي لعينة 35 ولي من اب وام والقيام بالمعالجة الاحصائية باتباع الاساليب الاحصائية الازمة توصلنا الى

ان مستوى الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد مرتفع.

وانه لا توجد فروق دالة احصائيا بين الاباء والامهات اطفال المصابين بالتوحد في الضغط النفسي

انطلاقا من هذه النتائج يمكننا ان نقترح بعض الاقتراحات وتتمثل في:

. توفير الإرشاد والتوجيه الأسري لدى أولياء الأطفال المتوحدين فهم بحاجة إليه أكثر من الأولياء الأطفال العاديين.

. وتوعية الوالدان بأخذ طفلهم المتوحد إلى مراكز خاصة وهو في سن مبكرة لأنه عندما كبر زاد مشاكلهم وبالتالي تقبله من طرف المراكز الخاصة.

. ضرورة الاهتمام أكثر بشريحة الأطفال المتوحدين باعتبارهم فئة تبقى دائما بحاجة إلى المساعدة الخاصة من الأخرين.

. ضرورة تعريف الأهل والمربين بمعلومات حول اضطراب التوحد من أجل التعرف على الأسباب المختلفة وتطوير مهارتهم في التعامل مع الحالة المرضية.

. ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول الاضطراب وتحديد نسبة انتشاره في المجتمعات المختلفة.

. إقامة ندوات علمية وحملات تحسيسية للأولياء حول اضطراب التوحد.

. تنظيم أدوات ومحاضرات حول الضغط النفسي ومضاعفاتهم التي تصل إلى درجة الإصابة الجسدية.

. إنشاء مراكز خاصة لأطفال التوحد على المستوى الوطني وهذا نظرا للتزايد المستمر للحالات مقابل انعدام المراكز المختصة.

الخاتمة:

يعتبر الضغط النفسي من أهم المشاكل التي يعاني منها الكثير من الأفراد في مجتمعنا فهو ناتج لعوامل داخلية (شخصية) وأخرى خارجية (أحداث الحياة وظروفها العامة) ، ويمس تقريبا جميع شرائح المجتمع وتختلف درجتهم باختلاف المشاكل التي يواجهها كل فرد ومن بين هذه المشاكل نجد الإعاقات والاضطرابات بشتى أنواعها ومنه فإن اضطراب التوحد الذي يمكن أن يؤثر على حياة أفراد الأسرة فولادة طفل مضطرب في العائلة يولد الشعور باليأس و القلق و الذنب و الضغط لدى الاسرة ، قد يصبح في نظر الكثير من الاباء و الأمهات رمزا لنوع من التعب حل بالأسرة

لذلك اعتمدنا في هذا الموضوع على شريحة من الاولياء لمعرفة مستوى الضغط النفسي لديهم، لتسليط الضوء عليهم ومعرفة حياتهم النفسية وما يعيشونه نتيجة الحالة الصحية المفروضة على ابنائهم، بحيث قمنا بدراسة مسحية سببية مقارنة.

و بعد تطبيقنا لمقياس الضغط النفسي ل " **ليفنستاين**"، و من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها قد أظهرت ان مستوى الضغط النفسي لدى الاولياء مرتفع ، و كذلك أظهرت عدم وجود فروق بين الإباء و الأمهات ، بالإضافة الى ذلك لاحظنا تعرض الاولياء لمستويات عالية من الضغط نتيجة عدم قدرة الطفل المصاب باضطراب التوحد على القيام بالسلوك المقبول ، و هذا ما يؤدي الى استجابات عنيفة لدى الاولياء في كثير من الأحيان التعب ، الضغط ، التوتر ، و هذا حسب إجابات بعض الاولياء فان حالتهم الاسرية يكون اكثر عرضة للضغط النفسي ، مما يولد لديهم الشعور بالإحباط و التألم كثيرا لحالة طفلهم المتوحد ، نتيجة الحاجة للعناية الخاصة به ، و هذا عكس الحالة الاسرية لدى أولياء الأطفال العاديين.

الوالدين هما اللذان يتحملان مسؤولية طفلهما المصاب باضطراب التوحد، لذلك يجب تقديم المساعدة اللازمة لهذا الطفل وأسرته وعليه يجب توفير جميع وسائل الرعاية الخاصة لمختلف النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية حتى يستقبلوا اضطراب التوحد ويحقق للطفل المصاب به توافق مع أسرته ومحيطه ومنه تحقيق التوافق النفسي.

المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

أ. الكتب:

1. إبراهيم عبد الله الزيقات (2004)، **التوحد: الخصائص والعلاج**"، بدون طبعة، دار وائل، الأردن.

2. ابتسام محمود، ومحمد سلطان، (2009)، "**المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة**"، ط1، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.

3. أبو الحصب (2000)، "**القدرات العقلية** "ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

4. أحمد عبد اللطيف أوسعد، (2015)،" **إعاقة التوحد**"، ط1، مصر، القاهرة، دار للنشر والتوزيع.

5. أحمد عربيات (2008)، " **فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين** "**بدون طبعة**، دار النشر والتوزيع.

6. أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشربيني (2011)،" **سمات التوحد**"، ط1، عمان دار المسيرة.

7. أسامة محمد البطانية وآخرون (2007)، "**علم النفس الغير العادي**"، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.

8. الخواجا عبد الفاتح (2001)، "**علم النفس، العلاج النفسي المعاصر**"، تطبيقات للنظريات، بدون طبعة، عمان، دار المستقبل للنشر والتوزيع الأردن.

9. السيد عبيد (2008)،"**الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة** "، بدون طبعة، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

10. أمل سليمان (2004)،" **ضغوطات الحياة وأساليب مواجهتها** "، بدون طبعة، دار الكتاب الحديث.

11. أيمن أحمد، السيد حامد (2012)، "**الإساءة الوالدية اتجاه الأطفال الأوتيزم ومواجهتها**"، ط1، مصر، المكتب الجامعي الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة.

12. بدوي أحمد (1982)، "**معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية** "، لبنان، بيروت، مكتبة لبنان.

13. جبل فوزي محمد (2001)،"**الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** "، مصر، المكتبة الجامعية، القاهرة.

14. حسن مصطفى عبد المعطي (1999)، "**علم النفس النمو**"، بدون طبعة، دار صفاء للنشر والتوزيع.

15. خالد عياش (2015)،" **الضغط النفسي واساليبه**"، ط1، دار المسيرة، عمان.

16. خليل أحمد خليل (1997)،"**الابن البكر، الوجه المميز**"، ط1، لبنان، دار الفكر للنشر والتوزيع، بيروت.

17. راجح، أحمد عزت (1999)، "**أصول علم النفس** "، ط1، مصر، دار المعارف، القاهرة.

18. روزما لبي وآخرون (2001)،" **الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** "، مصر، دار الفكر، قباء للطباعة، القاهرة.

19. سمية طه جميل (1988)، "**التخلف العقلي واستراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية** "، مصر، مكتبة النهضة، القاهرة.

20. سهى أحمد أمين نصر(2002)، "**الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص، البرامج العلاجية)**"، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

21. شيخاني، سميرة(2003)، "**الضغط النفسي**"، ط1، لبنان، دار الفكر العربي، بيروت.

22. صلاح، أحمد زكي (1972)، "**علم النفس التربوي** "، ط1، مصر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

23. صلاح، أحمد زكي (2006)،" **ضغوط الحياة ووجهاتها**"، ط1، مكتبة الزهراء،

24. طارق عامر (2008)، "**الطفل التوحدي** "، عمان، اليازوري العملية للنشر والتوزيع، الأردن.

25. طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين (2006)،" **استراتيجية إدارة الضغوط النفسية والتربوية** "، ط1، مصر، دار الفكر، الأردن.

26. عادل جسيب شبيب (2008)،"**الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد** "، طرابلس، المؤسسة الحديثة للكتاب، لبنان.

27. عبد الستار إبراهيم (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه عالم المعرفة "، الكويت.

28. عبد السلام وآخرون (2013)،" **مقياس الضغوط النفسية** "، مصر، دار النشر والتوزيع، القاهرة.

29. عبد العزيز مفتاح محمد (2010)، "**مقدمة في علم النفس، الصحة، مفاهيم ونظريات**"، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.

30. عبد الهادي مصباح (2001)،" **الإدمان سرطان المجتمع** "، ط1، مصر، دار المصرية، القاهرة.

31. علي إسماعيل علي (1999)،" **استراتيجيات الخدمة الاجتماعية المدرسية، التدخل في مواقف الضغوط والأزمات** «، مصر، دار للنشر والتوزيع، القاهرة.

32. فاروق السيد عثمان (2001) ،"**القلق وإدراك الضغوط النفسية** "، دار الفكر العربي.

33. فهد بن حمد المغلوث (2006)، "**التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه**"، ط1، مؤسسة المالك خالد الخيرية، الرياض.

34. قحطان أحمد الظاهر (2009)، "**التوحد**"، ط1، عمان، دار وائل للنشر، الأردن.

35. ماجد السيد عمارة (2005)،" **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي**"، ط1، مصر، مكتبة الزهراء، القاهرة.

36. ماجد بهاء الدين (2008)،" **الضغط النفسي ومشكلاته وأثرها على الصحة النفسية**"، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع.

37. محمد حسين غانم (2009)، "**القياس النفسي الشخصية**"، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع الأردن.

38. محمد قاسم عبد الله (2001)،"**مدخل الى الصحة النفسية** «، ط1، دار الفكر والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

39. مروان عبد المجيد ابراهيم (2000)،"**أسس البحث العلمي**"، لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

40. معجم المعاني (2015)،" **موقع معجم المعاني**"، مادة التوحد.

41. مقدم عبد الحفيظ، (1993)" **الإحصاء والقياس النفسي والتربوي**"، بن عكنون، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

42. نايف عبد الزارع (2010)، "**المدخل لاضطراب التوحد" المفاهيم الأساسية وطرق التدخل**، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.

43. هارون التوفيق الرشيد(1999)،" **الضغوط النفسية، طبيعتها ،نظرياتها" برامج لمساعدة الذات في علاجها**، بدون طبعة ، مصر، مكتبة الأجلو مصرية، القاهرة.

44. وفاء علي الشامي (2004)، "**سمات التوحد**"، ط2، جدة، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

45. وليد السيد خليفة وسربيناس ربيع وهدان (2014)،" **المنظور الحديث للبرامج العلاجية للاضطرابات السلوكية**"، الأوتيزم، ط1، مصر، الإسكندرية.

46. يحي، خولة أحمد (2002)،" **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**"، عمان، دار الفكر، الأردن.

47. يزيدين سعود الشدوخي وعبد الرحمان بن سعد الجبر (2010)، "**الدليل الشامل لخدمات ذوي التوحد**"، المملكة العربية السعودية.

48.فوزية عبد الجلامدة (2015)، "**قياس وتشخيص اضطراب التوحد**"، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.

49.قديح، كمال (2001)،" **الشخصية والصحة النفسية**"، ط1، عمان، دار الكندي للنشر والتوزيع، الأردن.

50.قندول، نبيل (2000)، "**إعاقة التوحد، طبيعتها، خصائصها، المؤتمر السنوي نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة**"، كلية التربية، جامعة المنصورية.

بـ المجلات:

51. دلشاد على (2013)، **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات الغير اللفظية**، جامعة دمشق، العدد 29

52. فتيحة محمد محفوظ باحشوان، سلوى عمر بارشيد (2017). "**المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر الأطفال التوحد ودور المؤسسة في مواجهتها.**" مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15

53. يار كنيدي، هانم حامدا (2003)، "**ضغوط العمل وعلاقتها بالقيادة التربوية ووجهة الضبط مديرات المدارس**"، بمحافظة جدة 8

54. الأشوال عادل عزالدين (1993)، "**الضغوط النفسية والإرشاد الاسري للأطفال المتخلفين عقليا**"، مجلة الارشاد النفسي، عدد 1، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

55. عبد الله الضريبي (2010)،"**أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات**"، **مجلة جامعة** دمشق، المجل د26، العدد4.

جـ الرسائل الجامعية:

56. دعو سميرة، شنوفي نورة، " **الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى ام الطفل التوحدي** "، مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة اكلي محمد الحاج إبراهيم، (2013. 2014)

57.حكيمة أيت حمودة(2006)، "**دور سمات الشخصية واستراتيجية المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية**"، رسالة دكتورة (منشورة)، جامعة الجزائر.

58. فاتح، العبودية(2007)، "**الضغط النفسي وعلاقتها بالرضا الوظيفي**" دراسة ميدانية بمؤسسة انحراف الصحي بالميلة ولاية جيجل، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منستوري، قسنطينة الجزائر.

59. حسونة وباسل فريز(2015)،" **المسؤولة الاجتماعية والضغوط النفسية لدى القيادات الطلابية** "،في جامعة القدس المفتوحة رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

المراجع باللغة الأجنبية:

60-Bernadette rouge (2003): Autisme **comprendre agir**. Danud .paris.

61-Benjamin sahler (2002) **Autisme**. **Danud** .paris

62-Isabelle Fontaine (2015): il **possible de guérir de l'autisme a condition de** syprendre tôt principes de sante: le journal de Médecine Natural. France.

63-Justine Normand (2014): L'Earl Start Denever Model. Mémoire .université de Bordeaux

الملاحق

الملحق رقم1

مقياس الضغط النفسي:

ـ الإسم :

ـ اللقب :

تاريخ إجراء الإختبار :

استبيان إدراك الضغط النفسي للفينستاين (:

ـ التعليمة:

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (×) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما :

الرقم	البنود	تقريبا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات لديك				
3	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ هدفك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشكالك ستتراكم				
16	تشعر بأنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن والحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الأخرين				
	تشعر بفقدان العزيمة				

20					
21	تمنع نفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				
23	تشعر بأنك وضع انتقاد وحكم				
24	أنت شخص خالي من الهموم				
25	تشعر بالإنهاك والتعب الفكري				
26	لديك صعب في الاسترخاء				
27	تشعر بعبء والمسؤولية				
28	لديك الوقت الكافي لنفسك				
29	تشعر أنك تحت ضغط مميز				
30	تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليست لأنك تريدها				

ملحق رقم (02):

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
stress_directA	35	1,91	3,05	2,3922	,26114
stress_indirectB	35	2,13	3,13	2,4786	,27534
stressAB	35	2,04	2,75	2,4354	,18182
N valide (listwise)	35				

Descriptives

Remarques

Résultat obtenu		29-SEP-2019 13:56:23
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\LENOVO\Desktop\Sans titre1.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	35
Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Toutes les données non manquantes sont utilisées.
Syntaxe		DESCRIPTIVES VARIABLES=stress_direct stress_indirect stress /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
stress_direct	35	42,00	67,00	52,6286	5,74500
stress_indirect	35	17,00	25,00	19,8286	2,20275
Stress	35	60,00	86,00	72,4571	5,98205
N valide (listwise)	35				

```
T-TEST GROUPS=parents(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=stress_directA stress_indirectB stressAB
  /CRITERIA=CI(.95).
```

Test-t

Remarques

Résultat obtenu		29-SEP-2019 14:00:42
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\LENOVO\Desktop\Sans titre1.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données0
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	35
Traitement des valeurs manquantes	Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques de chaque analyse sont basées sur les observations ne comportant aucune donnée manquante ou hors intervalle pour aucune variable de l'analyse.

Syntaxe		T-TEST GROUPS=parents(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=stress_directA stress_indirectB stressAB /CRITERIA=CI(.95).
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,05
	Temps écoulé	00:00:00,06

Statistiques de groupe

	parents	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
stress_directA	père	20	2,3568	,25682	,05743
	mère	15	2,4394	,26818	,06924
stress_indirectB	père	20	2,5250	,29691	,06639
	mère	15	2,4167	,23936	,06180
stressAB	père	20	2,4409	,19537	,04369
	mère	15	2,4280	,16846	,04350

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
stress_directA	Hypothèse de variances égales	,039	,846	-,924	33
	Hypothèse de variances inégales			-,918	29,573
stress_indirectB	Hypothèse de variances égales	,869	,358	1,158	33
	Hypothèse de variances inégales			1,194	32,785
stressAB	Hypothèse de variances égales	1,348	,254	,204	33
	Hypothèse de variances inégales			,209	32,284

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
stress_directA	Hypothèse de variances égales	,362	-,08258	,08939
	Hypothèse de variances inégales	,366	-,08258	,08996
stress_indirectB	Hypothèse de variances égales	,255	,10833	,09358
	Hypothèse de variances inégales	,241	,10833	,09070
stressAB	Hypothèse de variances égales	,839	,01288	,06300
	Hypothèse de variances inégales	,836	,01288	,06165

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
stress_directA	Hypothèse de variances égales	-,26444	,09929
	Hypothèse de variances inégales	-,26641	,10126
stress_indirectB	Hypothèse de variances égales	-,08206	,29872
	Hypothèse de variances inégales	-,07625	,29292
stressAB	Hypothèse de variances égales	-,11529	,14105
	Hypothèse de variances inégales	-,11265	,13841

ملحق رقم(03):

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.668	23

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.540	9

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.728	3

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SOLIDARITE NATIONALE DE LA FAMILLE ET DE LA CONDITION DE LA FEMME

WILAYA DE TIZI-OUZOU
DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بواقنون

CENTRE PSYCHO-PEDAGOGIQUE POUR ENFANTS HANDICAPES MENTAUX (CPP) DE OUAGUENOUN

FICHE TECHNIQUE

- DENOMINATION DE L'ETABLISSEMENT : CENTRE PSYCHO-PEDAGOGIQUE POUR ENFANTS HANDICAPES MENTAUX (C PPEHM) DE OUAGUENOUN.
- LOCALISATION : COMMUNE DE OUAGUENOUN
- POPULATION CONCERNEE : HANDICAPES MENTAUX.
- DATE DE MISE EN SERVICE : 01 Mars 2014.
- RIGIME DE PRISE EN CHARGE : INTERNAT/DEMI-PENSION

CONSISTANCE PHYSIQUE

-CAPACITE D'ACCUEIL : 120 PLACES

HEBERGEMENT D'UNE CAPACITE DE : 32 LITS

- REFECTOIRE : 01
- FOYER : 01
- SALLE DE REUNION : 01
- SALLE DE COURS : 15
- ATELIERS : 06
  - ATELIER DES TRAVAUX MANUELS : 01
  - ATELIER DE MUSIC : 01
  - ATELIER DE JARDINNAGE : 01
  - ATELIER CULINAIRE : 01
  - ATELIER DE COUTURE : 01
  - ATELIER THEATRE : 01

CUISINE : 01
INFIRMERIE : 01
SALLE DE PSYCHOMOTRICITE : 01
TERRAIN DE SPORTS (MATICO) : 01

EFFECTIFS (PERSONNELS)

- PERSONNEL PEDAGOGIQUE : 09
- PERSONNEL ADMINISTRATIF : 08
- PERSONNEL DE SOUTIEN : 03
- EMPLOI D'ATTENTE (PID, DAIP, DAIS) : 63

PRISE EN CHARGE

- NOMBRE DES PENSIONNAIRES : 140
  - EN INTERNAT : 21
  - EN DEMI PENSION : 119
  - NOMBRE DE FILLES : 55
  - NOMBRE DE GARCONS : 95

NOMBRE DES PENSIONNAIRES PAR TYPE D'HANDICAP :

- TRISOMIQUE : 31
- AUTISTE : 33
- RETARD MENTAL : 56
- DYSPRAXIQUE : 04
- ECHEC SCOLAIRE : 12
- PSYCHOTIQUE : 04

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

مديرية النشاط الاجتماعي لولاية تبزي وزو
المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا واقنون

جدول التوزيع الاسبوعي للسنة الدراسية 2019/2018
فوج التفطين(1)

	08h30 08h45	08h45 09h30	09h30 10h15	10h15 10h30	10h30 11h30	11h30 12h15	12h15- 13h00	13h00- 15h00	15h00- 15h30
الاحد	نشاط تنفيسي و دردشة	التربية اللغوية	ماقبل العد	استراحة	التوجيه المكاني	غسل اليدين وتناول وجبة الغداء	استراحة ولعب	الموسيقى و الغناء (القسم 17)	خروج الأطفال
الاثنين		التربية المدنية	التخطيط		الهوية			الاشغال اليدوية	
الثلاثاء		التخطيط	التوجيه الزماني		الصورة الجسدية			ورشة البستنة و تربية الحيوانات	
الاربعاء		المهارات الاجتماعية	التربية النفسية الحركية		الاعلام الالي			المسرح (القسم 17)	
الخميس		التربية البيئية	التوجيه الزماني و المكاني		نشاط ترفيهي				

المربية المعنية — الاخصائية النفسية البيداغوجية — رئيسة المصلحة البيداغوجية — المدير

السيدة ابوتيت صليحة