

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس



دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في ادراك الضغط النفسي والصحة النفسية لدى اباء و امهات الاطفال المصابين بطيف التوحد

The role of psychological hardness and social support in the perception of psychological stress and in the mental health in parents of children with autism spectrum disorder

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف الاستاذ الدكتور:

إعداد الطالبة:

بحري نبيل

بوحوي نادية

لجنة المناقشة:

- | | | |
|------------------|------------|--|
| جامعة الجزائر 02 | رئيسا | - الاستاذ الدكتور: مسيلي رشيد |
| جامعة الجزائر 02 | مشرفا مقرر | - الاستاذ الدكتور: بحري نبيل |
| جامعة الجزائر 02 | عضوا | - الاستاذ: بوالطمين سمير |
| جامعة الجزائر 02 | عضوا | - الاستاذة الدكتورة: خطار زهية |
| جامعة تيزي وزو | عضوا | - الاستاذة الدكتورة: حداد نسيم |
| جامعة تيزي وزو | عضوا | - الاستاذة الدكتورة: نايت عبد السلام كريمة |

السنة الجامعية: 2023-2024



Algiers 2 University
Abu Al-kacem Saad Allah
Faculty of Social Sciences
Department of Psychology



دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في ادراك الضغط النفسي
والصحة النفسية لدى اباء و امهات الاطفال المصابين بطيف التوحد

The role of psychological hardness and social support in the perception of psychological stress and
in the mental health in parents of children with autism spectrum disorder

A dissertation submitted to obtain a Doctor of Science degree in clinical psychology

Student

Nadia BOUHOU

Supervisor

Nabil BAHRI

Discussion committee

Prof. Rachid MESSILI

Prof. Nabil BAHRI

Dr. Samir BOUTAMINE

Prof. Zahia KHATAR

Prof. Nassima HADDAD

Prof. Karima NAIT ABD SALAM

University of Algiers 2

University of Algiers 2

University of Algiers 2

University of Algiers 2

University of TiziOuzou

University of TiziOuzou

Chairman

Supervisor

Discussant

Discussant

Discussant

Discussant

College year : 2023/2024

شكر وتقدير

نحمد الله ونشكره على توفيقنا لاتمام هذا العمل المتواضع، كما لا يفوتنا ان نتقدم بالشكر الجزيل الى الاستاذ الدكتور بحري نبيل على حسن اشرافه وعلى توجيهاته وملاحظاته القيّمة. ونتقدم بالشكر الخالص للاباء و الامهات والاطفال المصابين بالتوحد وذلك لمشاركتهم في انجاز هذا البحث دون ان ننسى ان نتقدم بجزيل الشكر لمسؤولي الجمعيات ومراكز التكفل باطفال التوحد المتواجدة في الولايات: بجاية، تيزي وزو والبويرة، وكذلك الاساتذة الذين سيتفضلون بمناقشة هذا العمل.

شكرا لكم جميعا

اهراء

اهدي هذا العمل الى:

زوجي وابنائي: ملاك ،سرين ومحمد امين.

وعائلة بوحوي وعائلة رهوني.

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على دور كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في إدراك الضغط النفسي وفي الصحة النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، وأيضاً مدى وجود فروق في هذه المتغيرات لدى هذه العينة.

بعد التأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات البحث والمتمثلة في مقياس ليفنستين (1993) لإدراك الضغط النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية للباحثة فوزية إبراهيم رباح الكردي (2012)، مقياس الصلابة النفسية الذي أعده مخيمر (2002) وكذلك مقياس الصحة النفسية سدني كراون Sidney Crowne و كرسب Crusp، تم تطبيقها على عينة قصدية قدرها (200) أب و أم ، (91) منهم آباء و(109) منهم أمهات للأطفال التوحديين المتواجدين في المراكز النفسية البيداغوجية وكذلك جمعيات أطفال التوحد عبر ثلاثة ولايات هي: ولاية تيزي وزو، ولاية بجاية و ولاية البويرة، اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي الارتباطي وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- العلاقة بين الصلابة النفسية و إدراك الضغط النفسي هي علاقة ارتباطية عكسية، وهذا ما أظهرته أيضاً نتائج العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وبين كل من بعد التحكم، بعد الالتزام وبعد التحدي.

- العلاقة بين الصلابة النفسية وبين الصحة النفسية هي علاقة ارتباطية عكسية، وهذا ما أظهرته أيضاً نتائج العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية وبين كل من بعد القلق ، القلق الجسمي، الاكتئاب و الفوبيا.

- العلاقة بين إدراك الضغط النفسي والمساندة الاجتماعية هي علاقة ارتباطية عكسية، وهذا ما أظهرته أيضاً نتائج العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وبين كل من بعد المساندة من طرف الأسرة وبعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية.

- العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الصحة النفسية هي علاقة ارتباطية عكسية، وهذا ما أظهرته أيضاً نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية وبين كل من بعد القلق ، الوسواس ،القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا.

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين إدراك الضغط النفسي و الصحة النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ووجود علاقة ارتباطية دالة بين إدراك الضغط النفسي و كل من القلق ،الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب،الهستيريا و الفوبيا لدى هذه العينة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين آباء و أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات، وهذا ما أظهرته أيضاً نتائج الفروق على الأبعاد:القلق ،القلق الجسمي ،الاكتئاب و الفوبيا.

- عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية بين الآباء و الأمهات، في حين وجدت فروق على بعد المساندة من طرف الأسرة وهذا لصالح الامهات ،وكذلك فروق على بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع لصالح الآباء.

الكلمات الدالة: الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية، الضغط النفسي، الصحة النفسية، طيف التوحد.

Abstract :

This research aims to identify the role of both psychological hardness and social support in the perception of psychological stress and in the mental health of parents of children with autism, as well as the extent to which there are differences in these variables in this sample.

After verifying the psychometric properties of the research tools represented in the Levenstein scale (1993) for the perception of psychological stress, the social support scale of the researcher Fawzia Ibrahim Rabah Al-Kurdi (2012), and the psychological hardness scale prepared by Mukhaimer (2002), as well as the psychological health scale of Sidney Crown and Crusp, These tools were applied to a purposive sample of (200) individuals: (91) fathers and (109) mothers of autistic children who are present in psycho-pedagogical centers as well as associations of autistic children across three Wilayas: Tizi-Ouzou, Bejaia and Bouira.

In this research, we relied on the descriptive correlational approach and reached the following results:

- The relationship between psychological hardness and the perception of psychological stress is an inverse correlation, and this is also shown by the results of the correlation between the perception of psychological stress and dimensions of control, commitment and challenge.
- The relationship between psychological hardness and mental health is an inverse correlation, and this was also shown by the results of the correlation between psychological hardness and the dimensions of anxiety, physical anxiety, depression and phobia.
- The relationship between the perception of psychological stress and social support is an inverse correlation, and this was also shown by the results of the correlation between the perception of psychological stress and the dimensions of family support and self-sense of social support.
- The relationship between social support and mental health is an inverse correlation, and this was also shown by the results of the correlation between social support and dimensions of anxiety, obsessive-compulsive disorder, physical anxiety, depression and phobia.
- The existence of a statistically significant correlation between the perception of psychological stress and mental health among parents of children with autism, and the existence of a statistically significant correlation between the perception of psychological stress and anxiety, obsessive-compulsive disorder, physical anxiety, depression, hysteria and phobia.
- There are statistically significant differences in the perception of psychological stress between parents of children with autism, and this is in favor of the mothers.
- There are statistically significant differences in mental health between fathers and mothers of children with autism, and this is in favor of the mothers, and this is also shown by the results of the differences in dimensions: anxiety, physical anxiety, depression and phobia.
- There are no differences in social support between fathers and mothers, while there were differences in the dimension of family support in favor of mothers, as well as differences in the dimension of support from government institutions and society in favor of fathers.

Keywords: psychological hardness, social support, stress, mental health, autism.

الفهرس

الفهرس

شكر وتقدير

اهداء

ملخص البحث باللغة العربية

ملخص البحث باللغة الانجليزية

الفهرس

الصفحة

01

مقدمة

الفصل الاول :الإطار العام لاشكالية البحث

06

1-الإشكالية

15

2-الفرضيات

16

3-أهمية البحث

17

4-التحديد الاجرائي للمفاهيم الاساسية للبحث

الجانب النظري

الفصل الثاني : الصلابة النفسية

22

تمهيد

22

1-تعريف الصلابة النفسية

24

2-مفاهيم متداخلة مع مفهوم الصلابة النفسية

27

3-النظريات المفسرة للصلابة النفسية

27

3-1- نظرية سوزان كوبازا وسلفادور مادي

29

3-2- نموذج فنك المعدل لنظرية سوزان كوبازا

31

4-ابعاد الصلابة النفسية

31

4-1- الالتزام

32

4-2- التحكم

34

4-3- التحدي

35	5-الصلابة النفسية وادراك الضغوط النفسية
36	6-الصلابة النفسية والصحة النفسية والجسمية
38	7-خصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة
39	8- خصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة
39	9- دور الاسرة في تكوين سمة الصلابة النفسية
41	10- اساليب تنمية وزيادة الصلابة النفسية
41	10-1- اساليب تزيد من قدرة الفرد على الالتزام
41	10-2- اساليب تزيد من قدرة الفرد على التحكم
41	10-3- اساليب تزيد من قدرة الفرد على التحدي
43	خلاصة

الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

45	تمهيد
45	1-لمحة تاريخية عن المساندة الاجتماعية
48	2-تعريف المساندة الاجتماعية
50	3-النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية
50	3-1- نظرية التعلق
51	3-2- النظرية البنائية
51	3-3- النظرية الوظيفية
51	3-4- النظرية الكلية
52	3-5- نظرية التبادل الاجتماعي
52	3-6- نظرية المقارنة الاجتماعية
53	4-ابعاد المساندة الاجتماعية
53	4-1- الشبكة الاجتماعية وشبكة المساندة
53	4-2- سلوكيات المساندة
54	4-3- التقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية او المساندة الاجتماعية المدركة
55	5-انواع المساندة الاجتماعية

57	6-مصادر المساندة الاجتماعية
58	7-النماذج الرئيسية المفسرة للمساندة الاجتماعية
58	7-1- نموذج الاثر الوافي او المخفف للضغوط
61	7-2- نموذج الاثر الرئيسي
61	8-العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الضغوط
63	9-العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية و الجسمية
65	10-اهمية المساندة الاجتماعية
66	11-شروط تقديم المساندة الاجتماعية
66	12-فعالية المساندة الاجتماعية
69	خلاصة

الفصل الرابع: الضغط النفسي

71	تمهيد
71	1-تعريف الضغط
74	2-النظريات المفسرة للضغط النفسي
74	2-1- النسق النظري لهانز سيللي 1946
76	2-2- النسق النظري لهنري موراي
77	2-3-النظرية المعرفية لازاروس وفولكمان
79	2-4- نظرية التحليل النفسي
79	2-5- النظرية السلوكية
80	2-6- نموذج باوول و اينرايث
80	3-اعراض الضغط النفسي
81	3-1- الاعراض المعرفية
81	3-2- الاعراض الانفعالية
81	3-3- الاعراض السلوكية
82	3-4- الاعراض الاجتماعية
83	4-انواع الضغط النفسي

84	5-أحداث الحياة الضاغطة
85	6-الاستجابة للضغط
85	7-التكيف مع الضغوط النفسية
85	7-1- سمات الشخصية و التكيف
86	7-2- العوامل المرتبطة بالضغط النفسي وتأثيرها على التكيف
87	8-ادراك الضغط النفسي وعلاقته بالامراض العضوية
88	9-ادراك الضغط النفسي وعلاقته بالاضطرابات النفسية
88	10-ادراك الضغط النفسي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية
89	11-استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية
91	12-أساليب التخفيف و الوقاية من الضغط النفسي
91	12-1- إعادة التقييم المعرفي
91	12-2- التدريب على تأكيد الذات
91	12-3- تنمية المهارات الاجتماعية
91	12-4- التمارين الرياضية
91	12-5- إدارة الوقت
91	12-6- الدعم الاجتماعي
93	خلاصة

الفصل الخامس: الصحة النفسية

95	تمهيد
95	1-التطور التاريخي للاهتمام بالصحة النفسية
95	1-1-تطور الاهتمام بالصحة النفسية قديما
96	1-2-تطور الاهتمام بالصحة النفسية حديثا
99	2-تعريف الصحة النفسية
100	3-الصحة النفسية بين المفهوم السلبي و المفهوم الايجابي
100	3-1-المفهوم السلبي للصحة النفسية
101	3-2-المفهوم الايجابي للصحة النفسية
101	4-مقومات الصحة النفسية في ضوء النظريات العلاجية

101	4-1- المدرسة التحليلية
102	4-2- المدرسة السلوكية
103	4-3- المدرسة الجشطالتيّة
103	4-4- المدرسة الانسانية
104	4-5- المدرسة المعرفية
105	5- مظاهر وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
108	6- معيير الصحة النفسية
109	7- اهداف الصحة النفسية
109	8- مناهج الصحة النفسية
109	8-1- المنهج الوقائي
110	8-2- المنهج العلاجي
110	8-3- المنهج الانشائي الانمائي
111	9- نسبية الصحة النفسية
112	10- اهمية الصحة النفسية لافراد والمجتمع
112	10-1- اهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد
113	10-2- اهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع
113	11- الصحة النفسية في الاسرة
114	11-1- الصحة النفسية البنيوية
114	11-2- الصحة النفسية الوظيفية
115	11-3- الصحة النفسية الانتمائية القيمية
115	11-4- الصحة النفسية النمائية
116	12- الصحة النفسية في المدرسة
117	13- الصحة النفسية في المجتمع
118	14- دور العمل في ايجاد الصحة النفسية
119	15- العاملون و المتخصصون في ميدان الصحة النفسية
120	خلاصة

الفصل السادس: طيف التوحد

122	تمهيد
122	1- البدايات التاريخية لدراسة طيف التوحد
125	2- تعريف طيف التوحد
127	3- اضطرابات الطيف التوحدي
127	3-1- التوحد
127	3-2- متلازمة الاسبرجر
127	3-3- متلازمة ريت
128	3-4- اضطراب الطفولة التفككي
128	3-5- اضطراب النمو الشامل غير المحدد
128	4- خصائص الاطفال المصابون بطيف التوحد
128	4-1- الخصائص السلوكية
129	4-2- الخصائص الاجتماعية
130	4-3- الخصائص الانفعالية
131	4-4- الخصائص اللغوية
132	4-5- الخصائص المعرفية
132	5- بداية ظهور الاضطراب
133	6- تشخيص طيف التوحد
136	7- التشخيص الفارق بين طيف التوحد وبعض اضطرابات الطفولة
136	7-1- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والتخلف العقلي
137	7-2- التشخيص الفارق بين طيف التوحد وفصام الطفولة
138	7-3- التشخيص الفارق بين التوحد واضطراب الاسبرجر
138	7-4- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والذهان التكافلي
139	7-5- التشخيص الفارق بين التوحد واضطراب ريت
139	7-6- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والصمم
140	8- اسباب طيف التوحد
140	8-1- العوامل البيوكيميائية

140	8-2- العوامل الاجتماعية
141	8-3 - الاسباب التكوينية وصعوبات الولادة
141	8-4- اسباب ادراكية وعقلية
142	8-5- عوامل جينية
142	9- التدخل المبكر
145	10-العلاج
145	10-1- العلاج بالادوية
145	10-2- العلاج بالفيتامينات
145	10-3- العلاج بالموسيقى
146	10-4- العلاج باللعب
146	10-5- العلاج بالحمية الغذائية
147	10-6- العلاجات النفسية
148	11- ارشادات عملية للتعامل مع الطفل التوحيدي
149	خلاصة

الفصل السابع: اسرة الطفل التوحيدي

151	تمهيد
151	1- ردود فعل الوالدين اتجاه اصابة طفلها بطيف التوحد
153	2- انماط اباء الاطفال التوحيدين
153	2-1- المجموعة الانسحابية
153	2-2- المجموعة السلبية
154	2-3- المجموعة النشيطة
154	2-3- المجموعة المنطقية
155	3- الضغط النفسي لدى والدي الطفل التوحيدي
159	4- الصحة العقلية و البدنية لآباء وامهات اطفال طيف التوحد
160	5- تاثير اصابة الطفل بطيف التوحد على الحياة الزوجية
162	6- الاثار الناتجة عن وجود طفل توحيدي في الاسرة
162	6-1- الاثار النفسية

162	6-2- الآثار الاجتماعية
162	6-3- الآثار الاقتصادية
163	7- جودة حياة أسرة الطفل التوحيدي
163	7-1- جودة حياة الآباء و الأمهات
165	7-2- جودة حياة الأخوة
167	7-3- جودة حياة الأجداد
168	8- دور الأسرة اتجاه الطفل التوحيدي
168	8-1- دور الأسرة في عملية التشخيص
168	8-2- دور الأسرة في عملية العلاج
169	9- أساليب مساعدة الوالدين للتخفيف من الضغوط النفسية
171	10- حاجة أولياء أطفال طيف التوحد الى المساندة
175	11- ارشاد أسر الاطفال التوحيدين
175	11-1- اهداف الارشاد الاسري
176	11-2- دور المرشد النفسي مع أسرة الطفل التوحيدي
178	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الثامن: الاجراءات الميدانية للبحث

181	تمهيد
181	1- الدراسة الاستطلاعية
183	2- المنهج
183	3- الحدود الزمنية و المكانية للبحث
183	3-1- الحدود الزمنية
183	3-2- الحدود المكانية
184	4- العينة
186	5- ادوات البحث
186	5-1- مقياس الصلابة النفسية
190	5-2- مقياس المساندة الاجتماعية

193	5-3- مقياس ادراك الضغط النفسي
196	5-4- مقياس الصحة النفسية
200	6- اساليب المعالجة الاحصائية
200	7-مجريات الدراسة الميدانية
202	خلاصة

الفصل التاسع: عرض ومناقشة النتائج

204	تمهيد
204	1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى
207	2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
212	3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
217	4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
222	5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
226	6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
226	7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
231	8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة
234	الاستنتاج العام
	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	اسماء المراكز والجمعيات التي تم على مستواها البحث الميداني	187
2	توزيع افراد العينة على مراكز و جمعيات كل ولاية	188
3	توزيع الالباء و الامهات	189
4	معاملات ارتباط ابعاد مقياس الصلابة النفسية مع المقياس	192
5	قيم معامل الفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية و ابعاده	192
6	ثبات مقياس الصلابة النفسية بطريقة التجزئة النفسية	193
7	معاملات ارتباط ابعاد مقياس المساندة الاجتماعية مع المقياس	195
8	قيم معامل الفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية وابعاده	195
9	ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية	196
10	قيمة معامل الفا كرونباخ لمقياس ادراك الضغط النفسي	198
11	ثبات مقياس ادراك الضغط النفسي بطريقة التجزئة النصفية	198
12	معاملات ارتباط المقاييس الفرعية لمقياس الصحة النفسية مع المقياس الكلي	201
13	قيم الفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية ومقاييسه الفرعية	202
14	ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية	203
15	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الالباء و الامهات على مقياس ادراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصلابة النفسية و ابعاده	206
16	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الالباء و الامهات على مقياس الصلابة النفسية وابعاده وبين درجاتهم على مقياس الصحة النفسية و ابعاده.	210
17	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الالباء و الامهات على مقياس ادراك الضغط النفسي ودرجاتهم على المساندة الاجتماعية وابعاده	215
18	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الالباء و الامهات على مقياس المساندة الاجتماعية وابعاده وبين درجاتهم على مقياس الصحة النفسية وابعاده	219
19	معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الالباء و الامهات على مقياس ادراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية و ابعاده	224
20	الفروق بين متوسطات درجات الالباء ومتوسطات درجات الامهات على مقياس ادراك الضغط النفسي	229
21	الفروق بين متوسطات درجات الالباء و متوسطات درجات الامهات على مقياس الصحة النفسية وابعاده	231

22	الفروق بين متوسطات درجات الالباء ومتوسطات درجات الامهات على مقياس المساندة الاجتماعية وابعاده	233
----	--	-----

فهرس الاشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
1	نموذج كوبازا للعلاقة بين الصلابة النفسية و احداث الحياة الضاغطة	29
2	نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها	30
3	نموذج الاثر الواقى	60
4	حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية هانز سيلى	75
5	نظرية التقدير المعرفى للضغوط لازاروس	78
6	ديناميكية حدوث الضغط النفسى	87

مقدمة

مقدمة

ازداد الاهتمام مؤخرا باضطراب طيف التوحد والذي اصبح موضوع حديث الكثير خاصة فئة الالباء و الامهات ،وهذا بسبب انتشاره الواسع و ازدياد نسبة الاطفال المصابين به وما يواجه الاولياء من تحديات و صعوبات تفوق تلك التي تواجه اسر الاطفال ذوي الاعاقات الاخرى، وهذا يرجع الى شدة الاضطراب الذي يمس العديد من جوانب نمو الطفل ، كالجانب الانفعالي ،الجانب الاجتماعي ،الجانب اللغوي والجانب السلوكي.

تتميز الاستجابات الانفعالية للطفل التوحدي بعدم القدرة على اظهار المشاعر و الاستجابة لها بسبب صعوبة فهمها،و يعبر الطفل عن مشاعره بطريقة خاصة لا يفهمها الا من هو اقرب اليه كوالديه او افراد اسرته ،وغالبا ما يتميز هؤلاء الاطفال بتقلبات المزاج وعدم الوضوح في استجاباتهم الانفعالية. كما يعاني التوحيديون من صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية حتى اقرب الناس اليهم وهم والديهم ،فغالبا ما يفضلون الانعزال وعدم الاكتراث للآخرين ،الذي قد يلاحظ منذ السنوات المبكرة من حياة الطفل. كما يبدو على الاطفال التوحيدين قصورا لغويا واضحا ،فتتميز اللغة لديهم بتكرار الكلمات وعكس الضمائر وصعوبة بناء جملة ذات معنى وهذا لعدم القدرة على الربط بين الكلمات ،وغالبا ما يتأخر الكلام لديهم الى السنوات المتأخرة.ومن السلوكيات الملاحظة على الطفل هي الحركات النمطية كهز الراس و الجسم وتحريك اليدين وسلوكيات اذاء الذات وكذلك الاستجابات العنيفة لأي تغيير في البيئة التي يعيش فيها.

قد تولد الصعوبات و التحديات التي تواجه اباء و امهات اطفال طيف التوحد ضغوطا نفسية لديهم فمصادر الضغوط لدى الاولياء متعددة منها ما يرتبط بخصائص الطفل ومتطلباته الاقتصادية و الاعباء المادية ومنها ما يرتبط بالبيئة و المحيط الاجتماعي كالنظرة الاجتماعية السيئة لأفراد المجتمع اتجاه هذا الطفل المختلف عنهم ،كذلك نقص التفهم و التسامح اتجاه سلوكياته و استجاباته الغريبة و بالتالي غياب الدعم و المساندة الاجتماعية بكل اشكالها مما يدفع بالأولياء الى الانعزال والشعور بالوحدة النفسية ، الشيء الذي يشعر الالباء و الامهات بعبء المسؤولية و كثرة المتطلبات والاجهاد وغياب الراحة مما ينعكس سلبا على صحتهم النفسية و الجسدية ويبدو ذلك جليا في اصابتهم بالقلق و الاكتئاب و المخاوف المرضية وكذا اضطرابات النوم وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية.

وقد تساهم عوامل أخرى في إدراك الضغط النفسي و في الصحة النفسية والجسدية للآباء و الامهات ، كسمات الشخصية ومركز الضبط الداخلي ومدى إدراك أحداث الحياة كتحديات وفرص للنمو والقدرة على التحكم فيها و الشعور بالالتزام وهو ما يعكس الصلابة النفسية لدى الاولياء التي تلعب دورا كبيرا في الاستجابة للضغوط وتحملها وبالتالي مواجهتها بكل فعالية.

من اجل التفصيل في كل ما سبق قمنا بتقسيم البحث الى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي وللذان ينقسمان بدورهما الى فصول ، يحدد الفصل الاول الاطار العام للإشكالية اين تم عرض اشكالية اولياء اطفال طيف التوحد وما يواجهون من صعوبات وتحديات وكذلك ضغوطات نفسية من اجل التكفل ورعاية ابنهم التوحيدي وتم طرح مجموعة من الاسئلة المتبوعة بمجموعة من الفرضيات ،كما يتطرق ايضا هذا الفصل الى اهداف و اهمية البحث وكذلك التعريف الاجرائي لمفاهيم البحث.

اما الفصل الثاني الذي هو فصل الصلابة النفسية فقد تناول التمهيد و تعريف الصلابة النفسية و المفاهيم المتداخلة معها ،وكذلك تطرق الى ابعاد الصلابة النفسية و المتمثلة في كل من بعد التحكم ،الالتزام و التحدي، كما تم عرض اهم النماذج النظرية كنظرية سوزان كوبازا وسلفادور مادي وكذلك نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا،اهتم ايضا هذا الفصل بعرض خصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة وخصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة وكذلك دور الصلابة النفسية في ادراك الضغوط النفسية وفي الصحة النفسية والجسمية ،ودور الاسرة في تكوين و تنمية الصلابة النفسية لدى افرادها ،وفي الاخير قمنا بعرض بعض الاساليب المساعدة على تنمية الصلابة النفسية لدى الافراد وانتهى الفصل بالخلاصة.

تناول الفصل الثالث الذي هو فصل المساندة الاجتماعية تمهيد وتعريف المساندة الاجتماعية وكذلك لمحة تاريخية عنها ،كما تطرق ايضا هذا الفصل الى ابعاد وانواع ومصادر المساندة الاجتماعية واهم النظريات المفسرة لها منها :نظرية التعلق ،النظرية البنائية ،النظرية الوظيفية ،النظرية الكلية ونظريتي التبادل الاجتماعي و المقارنة الاجتماعية.الى جانب كل هذا قمنا بعرض النماذج الرئيسة المفسرة للمساندة الاجتماعية و المتمثلة في النموذجين : نموذج الاثر الواقعي او المخفف للضغوط و نموذج الاثر الرئيسي، بالإضافة الى العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الضغوط النفسية من جهة والعلاقة بين المساندة

الاجتماعية و الصحة النفسية و الجسمية من جهة اخرى.كما تناول هذا الفصل اهمية المساندة الاجتماعية وشروط تقديمهما وفعاليتها و في الاخيرة الخلاصة.

يعرض فصل الضغط النفسي المتمثل في الفصل الرابع،تمهيد الفصل،تعريف الضغط النفسي و اعراضه المتمثلة في الاعراض الانفعالية،الاعراض المعرفية،الاعراض السلوكية و الاعراض الاجتماعية وكذلك انواعه و النظريات المفسرة له حيث تطرقنا الى نظرية هانز سيللي، نظرية هنري موراي ، النظرية المعرفية لازاروس و فولكمان وكذلك كل من نظرية التحليل النفسي و نموذج باوول و اينرايث،كما تناول هذا الفصل احداث الحياة الضاغطة ، الاستجابة و التكيف مع الضغوط النفسية بالإضافة الى العلاقة بين ادراك الضغط النفسي و الامراض النفسية و العضوية الى جانب استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية و اساليب التخفيف و الوقاية منها وفي الاخير خلاصة الفصل.

خُصص الفصل الخامس للتوحد،تطرقنا فيه بعد التمهيد الى تعريف طيف التوحد واضطرابات الطيف التوحدي وكذلك البدايات التاريخية لدراسة اضطراب طيف التوحد، كماعرضنا ايضا في هذا الفصل خصائص الاطفال المصابون بطيف التوحد كالخصائص السلوكية،الخصائص الاجتماعية،الخصائص الانفعالية،الخصائص اللغوية و الخصائص المعرفية، الى جانب ذلك تطرقنا الى بداية ظهورطيف التوحد،تشخيص الاضطراب و كذلك التشخيص الفارقي له بالإضافة الى اسباب طيف التوحد و اهمية التدخل المبكر وايضا العلاج،كما قمنا بتقديم بعض الارشادات العملية للتعامل مع الطفل التوحدي وختمنا الفصل بخلاصة.

اما الفصل السادس الذي هو فصل اسرة الطفل التوحدي، فقد تناول بعد التمهيد ردود فعل الوالدين اتجاه اصابة طفلهم بطيف التوحد،انماط اباء الاطفال التوحديين و الضغط النفسي لدى والدي الطفل التوحدي وكذلك الصحة العقلية والبدنية لهما،الى جانب ذلك تطرق الفصل الى تأثير طيف التوحد على الحياة الزوجية و حاجة اولياء هؤلاء الاطفال الى المساندة،بالإضافة الى الآثار الناتجة عن وجود طفل توحدي في الاسرة و المتمثلة في الآثار النفسية،الآثار الاجتماعية،الآثار الاقتصادية،ومن جهة اخرى اهتم هذا الفصل بجودة حياة اسرة الطفل التوحدي حيث تناول جودة حياة الاء و الامهات ،جودة حياة الاخوة

وجودة حياة الاجداد،دون ان ننسى دور الاسرة اتجاه الطفل التوحيدي مع عرض بعض الاساليب لمساعدة الوالدين للتخفيف من الضغوط النفسية وكذلك ارشاد اسر الاطفال التوحيدين واُختُتم الفصل بخلاصة.

يحتوي الجانب التطبيقي على فصلين احدهما الفصل السابع الذي يعرض الاجراءات الميدانية للبحث تطرقنا فيه الى تمهيد ،الدراسة الاستطلاعية ،منهج البحث والمتمثل في المنهج الوصفي ،الحدود الزمانية و المكانية بالإضافة الى العينة المتمثلة في اباء و امهات اطفال التوحد كما عرضنا ايضا في هذا الفصل ادوات جمع البيانات و كذلك اساليب المعالجة الاحصائية وفي الاخير خلاصة. أما الفصل الثامن والذي خصصناه لعرض و مناقشة النتائج ، فبعد تمهيد بسيط قمنا بعرض ومناقشة نتائج كل فرضية،وفي الاخير ختمنا البحث باستنتاج عام،وعرضنا جملة من التوصيات و الاقتراحات.

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية البحث

1- الإشكالية:

يعتبر موضوع طيف التوحد من المواضيع التي نالت ومازالت تنال اهتمام الكثير من الباحثين، نظرا للانتشار الواسع لهذا الاضطراب بين الأطفال في الآونة الأخيرة، أين نلاحظ ازديادا ملحوظا في نسبة الأطفال المصابين به، مما أدى إلى خوف شديد عند الأولياء، خاصة في ظل عدم وضوح الأسباب المؤدية إليه وصعوبة التشخيص والتكفل المبكر بهذه الفئة من الأطفال.

لا شك أن وجود طفل معوق في الأسرة يعتبر حادثا كبيرا يجعل الوالدين والأسرة بأكملها تتحمل ضغوطا متعددة، وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة بهذا الطفل والقلق على مستقبله وحياته القادمة، وما يزيد من حدة هذه الضغوط اعتماده الكامل على والديه، مما يترتب عنه تحمل أعباء كثيرة داخل المنزل وخارجه، فنجد بعض الأسر تبالغ في حماية ورعاية طفلها المعاق والبعض الآخر يرفض هذا الطفل ويتجاهله تماما.

تتحمل أسرة الطفل التوحدي الكثير والكثير جدا من الصعوبات لاسيما في الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصا دقيقا، فهي أصعب مرحلة تمر بها الأسرة بسبب الغموض الذي يحيط بحالة الطفل، فهو كان طبيعيا عند الميلاد، بمعنى أدق لم تظهر عليه بوادر الشذوذ، واستمر على هذا الوضع خلال السنتين الأوليتين من حياته، ورغم أن هناك حالات قليلة تظهر فيها سلوكيات شاذة خلال فترات الطفولة المبكرة إلا أنه لا يوجد من تشخص حالته بطيف التوحد منذ الميلاد.

تبدأ أعراض طيف التوحد في الظهور و التطور مع بداية العام الثالث أو منتصف العام الثاني، فيتضح العجز اللغوي و الاجتماعي، وينغمس الطفل في السلوكيات النمطية الشاذة و يميل إلى العزلة، القلق، البكاء والعنف، وكل هذا يثير اهتمام الآباء ويجعلهم يدركون أنه يوجد شيء خطير حدث للطفل، فيبدؤون رحلة طويلة مع الأطباء المتخصصين و غير المتخصصين من أجل التعرف على وصف دقيق للحالة، فالبعض يشخصه بأنه تخلف عقلي و البعض الآخر يقول أنه أصم و أبكم و بعضهم يقول أن لديه اضطرابات في الكلام بينما يقول آخرون أن

الطفل لديه اضطراب نفسي ومحصلة هذه التشخيصات أن الطفل ينتقل بين المؤسسات العلاجية المختلفة ولن تجدي معه التدريبات أو العلاجات المهدئة، و يستمر في التدهور و الأسرة تتحمل الضغوط المادية و المعنوية بسبب حالة الطفل (القمش، 2011، ص 256-257).

يتعرض اولياء الطفل غير العادي إلى ضغوط متعددة وتزداد حدة هذه الضغوط على والدي الطفل التوحدي لما يبدية من قصور ولاعتماده الكامل على والديه (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 262)، هذا ما أشارت إليه دراسة دumas (1991) في مقارنته بين والدي الأطفال المصابين بطيف التوحد ووالدي الأطفال العاديين أو والدي الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو متلازمة داون (Taraback, 2011, p. 10). كما توصلت دراسة كوزوكريا Cuzzocrea وآخرون (2016) الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في الضغط النفسي بين والدي اطفال طيف التوحد ووالدي اطفال متلازمة داون ووالدي الاطفال العاديين وهذا لصالح والدي اطفال طيف التوحد، واثبتت دراسة فوركاد Fourcad وكروك Kruck وروجي Rogé (2019) ان أولياء أطفال طيف التوحد أكثر إدراكا للأعباء الوالدية وأكثر معاناة من القلق والاكتئاب مقارنة بأولياء الأطفال العاديين وأولياء أطفال متلازمة داون.

يرتبط الضغط النفسي الذي يشعر به أباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بشدة الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل والتي تتمحور حول المشاكل العلائقية والاجتماعية، وصعوبات الاتصال والتواصل والسلوكيات العدوانية والنمطية (Maxness, 2013, p. 35). ولقد اشارت دراسة زعارير (2009) الى ان أبرز مصادر الضغوط التي يعاني منها أولياء الأطفال التوحديين هي على الترتيب: القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي والمشكلات المعرفية والنفسية والمشكلات الأسرية، أما باقي المصادر فإنها تشكل مصادرا للضغوط النفسية لدى الأولياء بدرجات متفاوتة.

لقد أثبتت دراسة دافيدDavid وكارترCarter (2008) كيف أن القصور في العلاقات الاجتماعية تُشعر الوالدين بالضغط النفسي، فالطفل التوحدي يعاني كثيرا من عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين حتى أقرب الناس إليه وهم والديه، مما يجعلهما يشعران بالرفض والنبذ من طرف الطفل (Pisula, 2011, p. 88).

كما يعاني الأطفال المصابون بطيف التوحد من مشكلات تواصلية، سواء اللفظية أو غير اللفظية، كما يوجد لديهم تأخر أو قصورا في تطوير اللغة المنطوقة، و توصف اللغة لديهم بأنها تكرارية نمطية، مثل تكرار كلمات أو جمل لا يفهمها إلا الأشخاص المقربون إليهم، بالإضافة إلى إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري و تعبيرات الوجه، لذلك أشارت دراسة تومانيس و هاريس (2004) إلى أن ضعف القدرة على الاتصال و التواصل سواء اللفظي و غير اللفظي من العوامل المؤدية الى احساس الأولياء بالضغط النفسي (شبيب، 2008، ص25).

إلى جانب ذلك، يلاحظ عند هؤلاء الأطفال حركات متكررة بشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، ومن أمثلتها اهتزاز الرأس، فرك اليدين وتموج الأصابع، بالإضافة إلى السلوك الروتيني الذي يتجسد في موعد الطعام والحمام واللباس وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ومقاومتهم الشديدة للتغير والذي يؤدي إلى الثورة والغضب فيتحول بذلك الطفل من الهادئ إلى شعلة من الغضب والصراخ(شبيب، 2008، ص 21). كما يعاني الأطفال التوحديون من عدم القدرة على الاهتمام بالذات، مما يستدعي عناية تامة من طرف الوالدين في إلbasهم وتنظيفهم، فالطفل التوحدي يبقى تابعا لوالديه وهذا ما يعتبر أحد مصادر الضغط النفسي للأولياء . (Pisula, 2011, p. 89)

إن الصعوبات التي يجلبها الطفل التوحدي للعائلة كثيرة خاصة بالنسبة للام، فمهما كان مقدار عطاؤها عظيما فان الطفل لا يزال بحاجة إلى المزيد (سهيل، 2015، ص287). ولقد أشارت معظم الدراسات إلى أن الأمهات يعشن مستوى عال من الضغط النفسي والاكتئاب، فالأزمة التي يخلفها الإعلان عن التشخيص النهائي للطفل على انه توحدي، يفسر شدة الضغط النفسي

والمعاناة النفسية والاكتئاب الذي يدركه الوالدان، مع حتمية التكيف مع الاضطرابات السلوكية للطفل وعدم الشعور بالأمن والقلق على مستقبله. (Sénéchal & Des Rivières, 2009, p. 247). لذلك توصلت نتائج دراسة براجل وجبالي (2015) الى معاناة أمهات الأطفال التوحديين من درجة متوسطة من الضغط النفسي، في حين اشارت دراسة بوعزة و بلحسيني (2018) الى ان مستوى الضغط المدرك لدى امهات الاطفال المعاقين عقليا مرتفع، كما انتهت دراسة ناصري (2020) الى معاناة أمهات الأطفال التوحديين من مستوى مرتفع من الإجهاد ، وخلصت دراسة البلوي (2013) الى ان مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد مرتفع.

الى جانب الضغوطات الناتجة عن الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل، فإن أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد يعيشون ضغوطات اخرى ناتجة عن استجابات المجتمع لهذه الاضطرابات نتيجة نقص المعرفة بها فمهما كانت الصعوبات التي نخبرنا الآباء بأنهم واجهوها من اجل الحصول على فترات الراحة، فان المجتمع يفرض عليهم صعوبات أكثر تتمثل في سوء الفهم، اللوم، الحاجات المتصارعة، عدم التقدير والوحدة النفسية. ويترتب عن هذه النظرة السيئة للأسرة افتقارها المهارات اللازمة لمواجهة التفاعلات الاجتماعية غير المريحة وربما تتجنب المواجهات الاجتماعية الروتينية لاسيما مع الأصدقاء القدامى والأقارب (القمش، 2011، ص259)، لذلك اشارت دراسة هصال Hassal وروز Rose و دونالدDonald (2005) الى أن خصائص المحيط الاجتماعي يمكن أن يلعب دورا في إدراك الوالدين للضغط النفسي ويذكرون في ذلك نقص المساندة الاجتماعية أين توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سالبة وقوية بين إحساس الآباء والأمهات بالضغط النفسي ونقص المساندة الاجتماعية.

يعتبر موضوع المساندة الاجتماعية من المواضيع التي نالت اهتماما كبيرا واستخدمت بشكل واسع للإشارة الى تلك الاليات التي تقوم بها العلاقات الاجتماعية بين الاشخاص بوقايتهم من الاثار الشديدة للضغوط، وللمساندة الاجتماعية دوران اساسيان في حياة الفرد ،دور انمائي اين يكون فيه الافراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون ان هذه العلاقات يوثق بها، افضل من ناحية الصحة النفسية من غيرهم ممن يفتقدون لمثل هذه العلاقات ،ودور وقائي ويكون فيه للمساندة الاجتماعية اثر مخفف لنتائج الاحداث الضاغطة ،وبذلك يفترض

حدوث تفاعل بين الضغوط من ناحية و المساندة الاجتماعية من ناحية اخرى في التأثير على النتائج التي يتوقع حدوثها نتيجة للضغوط(شحته، 2012، ص143).

لذلك فانطلاقا مما سبق ،فان نقص المساندة الاجتماعية يزيد من إدراك الوالدين للضغط النفسي خاصة إذا ارتبط الأمر بمساندة المتخصصين ،فالطفل غالبا ما يتعرض لعدة فحوصات قبل إثبات التشخيص بالإصابة ،وهذا لما يبلغ من العمر 2-3 سنوات ،وبالتالي عدم الكشف المبكر لهذا الاضطراب يؤدي إلى شدته ،وهذا يرجع إلى نقص المعرفة بالأعراض التي تشير إليه بالإضافة إلى نقص المراكز المخصصة لذلك ،فغالبا ما يشعر الأولياء بالإحباط من تأخر التشخيص وكذلك الانتظار في المراكز لساعات طويلة دون الحصول على المعلومات المناسبة لكيفية الاهتمام بالطفل .(Pisula, 2011, pp. 90-93) ،لذلك أشارت دراسة ساليسبوري (Salisbury,1990) إلى أن للمساندة بالمعلومات دور فعال في تخفيف الضغط النفسي والاكتئاب لدى اباء وامهات هذه الفئة من الاطفال.(Boyd, 2002, p. 212) .

كما تعتبر المساندة الاجتماعية ميكانيزم يحافظ على الصحة النفسية و الجسدية للأولياء من خلال عملها كواق من الإحساس بالضغط النفسي ،فالأولياء الذين لديهم مساندة اجتماعية قوية يتمتعون بصحة نفسية جيدة مقارنة بالذين يفتقرون إلى المساندة الاجتماعية .(Gallagher & Whiteley, 2012, p. 66).حيث أشار كولين بوتتي Colin Pottie وانغرام Ingram(2008) إلى أن دور المساندة الاجتماعية يتمثل في كونها تعتبر استراتيجية من استراتيجيات المواجهة، يعتمد عليها الوالدان للتخفيف من الضغط النفسي و المعاناة النفسية و تحقيق الإحساس الايجابي، فوجود شبكة اجتماعية تستجيب إلى الحاجات الاجتماعية والانفعالية للفرد يزيد من الإحساس بالكفاءة الشخصية ويخفف من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والقلق والضغط النفسي.(Sinclair & Naud, 1993, p. 208) وعليه غالبا ما ترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة النفسية وهذا ما اشارت اليه دراسة حوشيه (2017) على اولياء الاطفال ذوي الاعاقة، والتي توصلت الى وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية.

ولقد اهتم المختصون بتحديد مؤشرات الصحة النفسية والتي يقصد بها وجود اعراض كاشفة عن وجود خلل واضطرابات مؤثرة على مدى اتزان الشخص وقدرته على مواصلة الحياة بشكل سليم، وهناك من ينظر اليها ايضا بوصفها مفاهيم يمكن قياسها او الابلاغ عنها من خلال اسئلة المسح او المقاييس او الطرق الاخرى، كما تعطي المؤشرات انطباعا بتمتع الفرد بقدر من الصحة النفسية، وتختلف تلك المؤشرات من انسان للآخر وهذا وفقا لبعض المعطيات الخاصة، ولكن لا يختلف المختصون بان وجودها يعطي دلالات على تمتع صاحبها بصحة نفسية.

صنف الباحثون مؤشرات الصحة النفسية الى مؤشرات ايجابية ومؤشرات سلبية، حيث تشير المؤشرات الايجابية الى مدى تمتع الفرد ببعض الخصائص الايجابية التي تساعده على حسن التوافق مع نفسه و بيئته (الاجتماعية و المادية)، وكذلك تحرره من الصفات السلبية او الاعراض المرضية التي تُعيق هذا التوافق، ويتسق منحى المؤشرات الايجابية مع التوجه المزدهر لعلم النفس الايجابي، في حين تشير المؤشرات السلبية في قياس الصحة النفسية على عدم وجود الاعراض و العلامات او الدرجات المنخفضة وهو ما يقصد بالنموذج المرضي، ومن الشواهد التي يمكن ان نسوقها في هذا الاطار مؤشرات الاضطراب النفسي والتي تنقسم الى اربعة انواع تتمثل في المؤشرات الجسدية كالإرهاق، الام في الظهر، شعور بثقل في الصدر او في المعدة، التوتر العضلي، تسارع ضربات القلب، الارق. وكذلك مؤشرات معرفية من أبرزها صعوبة اتخاذ القرار، النسيان ومشاكل التركيز والانتباه، عدم الثقة، التشاؤم والكوابيس. مؤشرات سلوكية تتمثل في العدوانية، التقلبات المزاجية، العزلة وعدم التعبير، تعاطي الكحول والمخدرات، واخيرا مؤشرات انفعالية كالعصبية، سرعة الانفعال والغضب، الاكتئاب والقلق (جلولي و اسماعيلي، 2022، ص 98).

توصلت الدراسات التي اجريت على اولياء اطفال طيف التوحد إلى وجود مستوى عال من الاضطرابات النفسية لدى الآباء و الأمهات حيث انتهت دراسة تراباك (Taraback 2011) الى أن الصحة النفسية لآباء و أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد أكثر تدهورا مقارنة بأولياء الأطفال المصابين بالاضطرابات الأخرى، كما اشارت ايضا الى معاناة الآباء و الامهات من القلق بالإضافة إلى اضطرابات في النوم ذكرتها دراسة غالاجر Gallagher وويتلي Whiteley (2012)، كما توصلت دراسة محمد (2018) الى ان درجة الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد فوق المتوسط.

أثبتت الدراسات أن التعرض للضغوط النفسية والاستجابات الانفعالية الشديدة يؤدي إلى زيادة الإصابة بالأمراض سواء النفسية أو الجسدية، وأشارت أيضا إلى العلاقة بين الضغط النفسي وتدهور الصحة النفسية لدى الأولياء فغالبا ما ينتهي إحساسهم بالضغط النفسي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية ((Gallagher & Whiteley, 2012, p.3). لذلك أشارت دراسة هاستينغس Hastings وبراون (2002) Brown إلى وجود علاقة قوية بين المشاكل السلوكية للطفل التوحدي وإحساس الأولياء بالقلق والاكتئاب، كما أشارت دراسة فتروسوفان Phetrausuvan وميلز Miles (2009) إلى أن معاناة الآباء والأمهات من استمرار الضغط النفسي يؤدي بهم إلى المعاناة من المشاكل النفسية خاصة الاكتئاب (Pisula, 2011, p. 97).

بالمقابل، بدأت الدراسات في مجال الضغوط النفسية خلال السنوات القليلة الماضية في التركيز على الجوانب الايجابية في الشخصية، وعلى المتغيرات التي من شأنها أن تجعل الفرد يظل محتفظا بصحته الجسمية والنفسية اثناء مواجهته للضغوط، وقد تناولت بعض الدراسات متغير الصلابة النفسية كأحد اهم هذه المتغيرات الايجابية (جعيرير و اليزيد ، 2021 ، ص662). فالصلابة النفسية سمة تساهم في تخفيف التوتر الناتج عن الضواغط وتحافظ على صحة الفرد النفسية رغم ظروف الحياة الشديدة. و يرى كادور (2003) Kaddeur ان الصلابة النفسية مصدر نفسي لا يختلف عن المساندة الاجتماعية و التكوين الجسمي وعن عادات الحياة الصحية التي هي ايضا مصادر اخرى للمقاومة و التي تعمل على حماية الافراد ضد التأثيرات السلبية للضغط النفسي(يوسفى، 2013، ص230-233).

تعتبر الصلابة النفسية مصدرا للوقاية و المقاومة ضد الضغوط النفسية و التوتر و الاحباط ومشاعر القلق وكذلك الاعراض النفسجسمية ،ويعود هذا المفهوم الى سوزان كوبازا (1979) من خلال سلسلة من الدراسات و الابحاث، والتي تُعرّفها بانها اعتقاد عام للفرد في فعاليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية و البيئية المتاحة كي يدرك ويفسر و يواجه بفاعلية احداث الحياة الضاغطة .وتمثل الصلابة النفسية احدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط وتحويل المواقف الضاغطة الى مواقف اقل تهديدا،والاحتفاظ بالصحة الجسمية و النفسية ،فتاثير الصلابة النفسية يتمثل في دور الوسيط بين تقييم الفرد لتجاربه الضاغطة واستعداده لمواجهة الضغوط والتعامل معها بفاعلية(جعيرير و اليزيد، 2021، ص 664).

والصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا ومن الخصائص النفسية المهمة للفرد كي يواجه ضغوط الحياة المتعددة، وتتمثل في اعتقاده أن بإمكانه أن يكون له تحكما فيما يواجه من أحداث و يتحمل المسؤولية، وان ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا و إعاقة له، لذلك تتمحور الصلابة النفسية في ثلاثة أبعاد منها الالتزام، التحكم و التحدي، حيث يشير الالتزام إلى نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه وقيمه و الآخرين من حوله، أما التحكم فهو مدى اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكما و ضبطا لما يلقاه من ضغوط و أحداث، وكذلك قدرة الفرد على تقييم الأحداث و القدرة على المواجهة الفعالة للضغوط، بينما يشير التحدي إلى اعتقاد الفرد أن ما يطرأ عليه من تغيير على جوانب حياته، هو أمر ضروري للنمو أكثر منه تهديدا له، مما يساعده على المبادأة و استكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية و الاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط (بن عبد الجهنى، 2011، ص 210-211).

يرى مادي (1999) Maddi أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يعتقدون أن المهام التي يقومون بها ذات أهمية و قيمة في حياتهم و تجلب لهم السعادة، كما ينظرون إليها على أنهم يقومون بها بمحض إرادتهم و ليست مفروضة عليهم، كما تعد مثيرا هاما في نموهم و تقدمهم، فهم أفراد متفائلون في قدرتهم على مواجهة الأحداث الضاغطة، كما يستخدم هؤلاء استراتيجيات المقاومة الموجهة نحو حل المشكل (Cole&al, 2006, p. 267)، وهذا عكس الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة و الذين يتجهون إلى استخدام استراتيجيات تجنبية هروبية مما يضعف التفاعل و التكيف مع الأحداث الضاغطة. كما تعمل الصلابة النفسية على الحفاظ على الصحة النفسية عن طريق تعزيز استراتيجيات المقاومة النفسية و التي تُحول الأحداث الضاغطة إلى أحداث اقل ضغطا. (Maddi, 1999, pp. 86-87)

تتصف الشخصية الصلبة بالقدرة على التعامل الجيد مع الضغوط النفسية والقدرة على التأثير في المشكلات عوض الشعور بالإنهاك، كما تتميز بالقدرة على مواجهة مختلف الاحداث كما لو انها فرص للنمو والتطور الشخصي أكثر منها احداثا تتجاوز امكاناتها، وكذا الالتزام بما تقوم به لشعورها بقيمة واهمية الانشطة التي تقوم بها عوض الشعور بعدم الالتزام (يوسفي، 2013، ص 235).

حاولت بعض الدراسات التي أجريت على أولياء اطفال طيف التوحد استكشاف أهمية الفروق الفردية و الخصائص الشخصية في مواجهة الضغوط الحياتية، وتعتبر الصلابة النفسية احد هذه الخصائص التي تعمل كمصدر لمقاومة الأحداث الضاغطة، فتوصلت دراسة العايب وبوصفصاف(2022) الى ان المستوى العام للصلابة النفسية لدى أولياء اطفال طيف التوحد تراوح بين المتوسط و المرتفع، و أشارت دراسة هاريس(1991) Harris والتي أجريت على أمهات أطفال طيف التوحد إلى أن المساندة الاجتماعية وحدها لا تكفي لمواجهة الضغوط النفسية ،بل هناك عوامل شخصية تتدخل في قدرة الفرد على المواجهة و ذكر في ذلك الصلابة النفسية (Boyd, 2002, p. 208). لذلك اردنا البحث في أهمية و دور الصلابة النفسية كخاصية من خصائص الشخصية وكذا المساندة الاجتماعية في إدراك الضغط النفسي وتحقيق الصحة النفسية لدى أولياء أطفال طيف التوحد ، وذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) وإدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 2- ما طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 3- ما طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) وإدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 4- ما طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 6- هل توجد فروق في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟
- 7- هل توجد فروق في الصحة النفسية وأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

8- هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

2- الفرضيات

1- العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) وإدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

2- العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

3- العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) وإدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

4- العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

5- توجد علاقة بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

6- توجد فروق في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

7- توجد فروق في الصحة النفسية وأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

8- لا توجد فروق في المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

3- أهمية البحث:

يمكن إبراز أهمية هذا البحث في النقاط التالية:

- 1- يستمد هذا البحث أهميته من الحاجة إلى هذا النوع من الدراسات التي تهتم وتحاول الكشف عن معاناة أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد، أين أصبح الاهتمام بالأولياء لا يقل أهمية عن الاهتمام بالطفل، إن لم نقل في بعض الأحيان اسبق وأولى، فالوالدان يعتبران المحوران الأساسيان للعملية العلاجية وعملية التكفل بالطفل المعاق، وبدونهما لن تكتمل هذه العملية بحكم الاحتكاك الموجود بين الوالدين والطفل، وباعتبارهما الأقرب إليه فنجاح عملية التكفل به يقتضي الاهتمام والتكفل بوالديه.
- 2- كما تبرز أهمية هذا البحث في محاولة تسليط الضوء على متغيرين بارزين و مهمين في المواجهة و التكيف مع الضغوط النفسية ،وهما المساندة الاجتماعية كمصدر خارجي اجتماعي و الصلابة النفسية كمصدر شخصي نفسي ،و اللذان يتوسطان العلاقة بين إدراك الضغط النفسي و الصحة النفسية ،وبالتالي هذا البحث يفتح مجال لبحوث أكثر تطبيقية لمن يهتم بتصميم برامج إرشادية و علاجية من أجل تعزيز ودعم هذه المتغيرات وجعلها قوية بشكل يساعد الأولياء على مواجهة الضغوطات اليومية سواء تلك المرتبطة بالطفل بصفة خاصة أو تلك المرتبطة بظروف الحياة بصفة عامة.
- 3- كما يدخل هذا البحث ضمن سلسلة المواضيع التي يتناولها علم النفس الايجابي والذي يهتم ويحاول الكشف عن الجوانب الايجابية في الفرد وإبراز أهميتها ومكانتها المميزة لتفادي الوقوع ضحية الاضطرابات النفسية وسوء التكيف مع مواقف وظروف الحياة الصعبة.

4-التحديد الاجرائي للمفاهيم الاساسية للبحث:

5-1-الصلابة النفسية:

تعرف الصلابة النفسية إجرائيا بأنها خاصية من الخصائص الايجابية للشخصية التي تتمحور في ثلاثة أبعاد هي الالتزام، التحكم والتحدي حسب ما يقيسه مقياس الصلابة النفسية الذي قام بأعداده محمد مخيمر (2002) والذي قمنا بتطبيقه في هذا البحث على عينة من اباء وامهات الاطفال المصابين بطيف التوحد والتي نحكم عليها انها مرتفعة إذا تراوحت الدرجة بين (110-144) وفق ما يلي.

1 - الالتزام: اعتقاد الأولياء في مدى قدرتهم على وضع الأهداف والسعي لتحقيقها بغض النظر عن العقبات التي قد تعترض طريقهم وكذا الحفاظ على المبادئ والقيم التي يتبنونها في الحياة والسائدة في المجتمع الذي يعيشون فيه، وهذا ما تشير اليه الدرجة التي يحصلون عليها على بعد الالتزام لمقياس الصلابة النفسية المطبق عليهم في هذا البحث.

2 - التحكم: يشير إلى اعتقاد الأولياء في قدرتهم على التأثير والتحكم في مجريات الأحداث التي تواجههم، وكذا اعتقادهم في قدرتهم على التخطيط واقتناعهم بان النجاح أو الفشل تعود أسبابه إلى الشخص نفسه وهذا حسب الدرجة التي يحصلون عليها على بعد التحكم لمقياس الصلابة النفسية المطبق عليهم في هذا البحث.

3- التحدي: يشير إلى اقتناع واعتقاد الأولياء أن ما يطرأ على حياتهم من تغيير وما قد يصادفونه في طريقهم من مشكلات أو عقبات أمر طبيعي وضروري للنمو والتطور والتقدم وان ذلك لا يزيدهم إلا قوة وقدرة على المثابرة وبالتالي التعلم واكتساب الخبرة في الحياة، وهذا وفق الدرجة التي يحصلون عليها على بعد التحدي لمقياس الصلابة النفسية المطبق عليهم في هذا البحث.

5-2-المساندة الاجتماعية:

يمكن تعريف المساندة الاجتماعية إجرائيا بالدعم والمساعدة والعون الذي يتلقاه أولياء أطفال طيف التوحد من البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها والتي تشمل الأسرة، الأصدقاء والمؤسسات الاجتماعية والحكومية بالإضافة إلى مدى إحساسهم بالحاجة إلى هذه المساعدة ومدى كفايتها وحقيقة توفرها، كما تشير الى الدرجة التي يتحصل عليها اباء وامهات الاطفال المصابين بطيف التوحد على مقياس المساندة

الاجتماعية الذي قامت بإعداده الباحثة فوزية ابراهيم الكردي(2012)والمطبق عليهم في هذا البحث حيث كلما ارتفعت الدرجة دل ذلك على الشعور بالمساندة الاجتماعية وهذا حسب ما يلي:

1- المساندة الاجتماعية من الأسرة: والتي تشير إلى إحساس الأولياء بالانتماء إلى الأسرة والأهمية والمكانة التي يحتلونها عندها وكذا شعورهم بالراحة لتواجدهم بينها مع مشاركتها لهم في حل المشكلات التي يتعرضون لها، وهذا حسب الدرجة التي يتحصلون عليها على هذا البعد من المقياس المطبق عليهم في هذا البحث.

2- المساندة الاجتماعية من الأصدقاء: تشير إلى شعور الأولياء بأنهم أعضاء ضمن مجموعة أصدقاء يقفون الى جانبهم ويهتمون بهم ويستطيعون الاعتماد عليهم وقت الحاجة، وذلك من خلال الإحساس بالراحة والأهمية لتواجدهم بينهم، وهذا ما تشير اليه الدرجة التي يتحصلون عليها على هذا البعد من المقياس المطبق عليهم في هذا البحث.

3- الاحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية: اعتقاد الأولياء في حاجتهم إلى المساندة الاجتماعية وفي مدى وجود أشخاص يلجئون إليهم في وقت الحاجة وهذا حسب الدرجة التي يتحصلون عليها على هذا البعد من المقياس المطبق عليهم في هذا البحث.

4-المساندة الاجتماعية من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع: اعتقاد الأولياء بوجود مؤسسات حكومية واجتماعية تقدم لهم المساعدة والدعم المادي وكذلك اعتقادهم في مدى كفاية هذا الدعم وتلقيهم للتقدير والاحترام عند مراجعتهم لهذه المؤسسات، وتشير إلى الدرجة التي يتحصل عليها الأولياء على هذا البعد من المقياس المطبق عليهم في هذا البحث.

5-3- إدراك الضغط النفسي:

يعرف إدراك الضغط النفسي إجرائيا بالاستجابات الانفعالية، السلوكية والمعرفية اتجاه المواقف التي يتعرض لها أولياء أطفال طيف التوحد في حياتهم اليومية والناجمة عن طريقة تفسيرهم وتقييمهم لهذه المواقف، والتي تكون إما بطريقة ايجابية أو بطريقة سلبية وهذا ما تشير اليه الدرجة التي يتحصلون عليها على مقياس ليفنستاين لإدراك الضغط النفسي المطبق في هذا البحث على عينة من اباء وامهات الاطفال المصابين بطيف التوحد. كلما ارتفعت الدرجة كلما دل ذلك على زيادة إدراك الضغط النفسي.

5-4- الصحة النفسية:

يمكن تعريف الصحة النفسية إجرائيا بأنها عدم إصابة آباء وأمهات أطفال طيف التوحد بالاضطرابات التي يقيسها مقياس الصحة النفسية سيدني كراون وكرسب الذي قامت بترجمته الباحثة امال معروف والمطبق في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة سامية شويعل (1994) والمستخدم في هذا البحث حيث تشير الدرجات المنخفضة على هذا المقياس والمقاييس الفرعية التي يتكون منها والتي تتمثل في: القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا الى غياب هذه الاضطرابات.

5-6- طيف التوحد:

يمكن تعريف اضطراب طيف التوحد إجرائيا بأنه أحد الاضطرابات النمائية العصبية التي تصيب الأطفال الذين تقل اعمارهم عن الثلاث سنوات، وتتمحور اعراضه في ضعف القدرة على الاتصال والتواصل، القصور في العلاقات الاجتماعية وضعف الاندماج والتفاعل الاجتماعي مع ظهور سلوكيات نمطية تكرارية وروتينية.

الجانِب النظري

الفصل الثاني

الصلابة النفسية

تمهيد:

أدى ظهور و تطور علم النفس الايجابي الى تغيير اهتمام الكثير من الباحثين من خلال توجيههم الى التركيز اكثر على الخصائص الايجابية لدى الافراد، خاصة تلك التي من شأنها ان تحميهم من الاثار السلبية للضغوط النفسية و انعكاساتها على الصحة النفسية و الجسدية ، ومن بين هذه الخصائص نذكر الصلابة النفسية التي تعتبر من بين الخصائص الشخصية التي حظيت ومازالت تحظى بالدراسة و البحث في العديد من الميادين، منها النفسية و الرياضية و العسكرية وهذا لكون الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (التحكم، الالتزام، التحدي) تعتبر مصدرا داخليا للفرد تساعد على التوافق و التكيف و مواجهة تحديات ومستجدات الحياة المعاصرة بما تحمله من ضغوطات و تغيرات وطوارئ ، فالتحكم يجعل الفرد يشعر انه عنصر مؤثر و فعال وانه بإمكانه ادارة اموره ومواجهة ظروف حياته، مما يجعله يشعر بالالتزام و الرغبة في الانخراط والاندماج في النشاطات، وكذا التحلي بروح المسؤولية اتجاه المهام التي يقوم بها ،وبالتالي تحدي الظروف و التغيرات وتقبلها والنظر اليها على انها امر طبيعي ،وهذا ما يقلل من الشعور بالتهديد وهو ما يدفع الفرد الى الاقبال على الحياة وعدم الفشل و الاستسلام لظروفها.

1- تعريف الصلابة النفسية:

1-1- التعريف اللغوي:

الصلابة: يقال في وجهه صلابة: صفاقة، صفة الجسم الذي يحتفظ بشكله وحجمه، صلب صلابة اشتد وقوي (مجمع اللغة العربية، 2014، ص 51).

1-2- اصطلاحا:

يعود مفهوم الصلابة النفسية الى سوزان كوبازا (1979) kobaza ، حيث توصلت لهذا المفهوم من خلال سلسلة من الدراسات والتي استهدفت معرفة المتغيرات التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط (عثمان، 2001، ص 210).

تعرف الصلابة النفسية بانها اعتقاد عام للفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية احداث الحياة الضاغطة (دخان و الحجار، 2006، ص 373).

وتُعرف كوبازا kobaza و مادي Maddy (1982) الصلابة النفسية بأنها " مجموعة من خصائص الشخصية التي تعمل كمصدر للمقاومة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة" (Mund, 2016, p. 36).

ويقول البهاص (2002) بأن "الصلابة النفسية هي إدراك الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها فهي تعمل كوقاية من العواقب الجسمية والنفسية للضغوط وتساهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالإرهاك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط" (ص 391).

يُعرف بارتون (2006) Bartone الصلابة النفسية على أنها أسلوب شخصي واسع أو نهج للحياة، وهي نمط عام من الاداء يتضمن الالتزام (الاقتناع بأن الحياة مهمة) التحكم أو السيطرة (الاعتقاد بأنه يمكن للفرد التحكم في النتائج أو التأثير عليها) و التحدي (المغامرة و الاستكشاف) (p. 235).

واعترافاً بأهمية الأبعاد الأساسية الثلاثة اعتبر بارتون Bartone ان الصلابة النفسية شيء أكثر عمومية من مجرد موقف ويتصور الصلابة النفسية كأسلوب شخصي واسع أو نمط عام من الاداء يتضمن الخصائص المعرفية و العاطفية و السلوكية ويعتقد ان هذا النمط المعمم من الاداء والذي يتضمن الالتزام، التحكم و التحدي يؤثر في كيفية رؤية الفرد لنفسه وتفاعله مع العالم من حوله (Mund, 2016, p. 36).

يُعرفها الخالدي (2009) بأنها " الطاقة المتمثلة في شعور الفرد بالاستقرار والطمأنينة والاكتفاء الذاتي والسيطرة والتحمل والالتزام ولديه القدرة على التحكم الداخلي " (ص 45).

كما يُعرفها العيافي (2011) بأنها " قدرة الفرد على استخدام صفاته الشخصية والمصادر البيئية المتاحة له في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها لمواجهة ايجابية" (ص 7).

في حين تُعرفها البيرقدار (2011) على أنها "قدرة الفرد على وضع استراتيجيات معينة في المواقف التي يتعرض فيها للضغوط النفسية والتي تساعد في حل المشكلات التي سببتها هذه الضغوط" (ص 32).

اذن الصلابة النفسية إحدى السمات الايجابية في شخصية الفرد والتي تتفاعل مع قدراته لمواجهة أحداث الحياة المتغيرة والتي تسهم في التخفيف من آثارها السلبية على الصحة النفسية، كما تشير أيضاً إلى قدرة الفرد على تبني أهداف تجاه جوانب الحياة المختلفة والالتزام بها وتحمل المسؤولية نحوها، وكذا إدراك الفرد لأحداث الحياة وتفسيرها تفسيراً واقعياً وكذا قدرته على السيطرة على أحداث الحياة وتحويلها إلى فرص للتعلم والنمو (شند، 2015، ص 447).

انطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن التوصل الى تعريف الصلابة النفسية بانها خاصية شخصية تتلخص في قدرة الشخص على مواجهة المواقف و العقبات التي قد يتعرض لها في حياته ،و تحدي الصعوبات والتحكم في مجرى الامور ،كما تتضمن ايضا الصلابة النفسية الشعور بالالتزام واهمية النشاطات التي يقوم بها الفرد.

2- مفاهيم متداخلة مع مفهوم الصلابة النفسية:

هناك مفاهيم متداخلة مع مفهوم الصلابة النفسية ومن بينها نذكر:

2-1- المرونة النفسية: Résilience

استخدم مفهوم المرونة لأول مرة من طرف فرنسيس بكون (Francis Bacon(1626 للإشارة الى الصوت الناتج عن تصادم الاجسام مشكلا ما يسمى بالصدى وهو ما يشير الى ظاهرة فيزيائية قابلة للقياس، كما استخدم ايضا هذا المفهوم لوصف مقاومة المعادن ،اما في اللغة الانجليزية فالمرونة تعني الارتداد و الرجوع الى الوراء (Vermeiren, 2012, p. 16). وفي مجال علم النفس تعتبر الاختصاصية النفسانية ايمي فيرنر (1955) Emmy Werner المؤسسة الاولى لمفهوم المرونة النفسية ،وهذا من خلال متابعتها لمجموعة من الاطفال المقدر عددهم (698) طفل حيث تابعت نموهم الجسدي ،العقلي ،والنفسي و الاجتماعي ، من الميلاد الى الرشد وأشارت الى ان (201) منهم معرضون للخطر ،الا ان ثلث منهم تقريبا (72) تمكنوا من النمو الايجابي و لم تظهر عليهم لا صعوبات التكيف ولا اضطرابات التعلم ،واوضحت ان عوامل الخطر ليس لها نفس التأثير على كل واحد منهم، وقد اطلقت لوصفهم مفهوم المرونة النفسية .(Tisseron, 2011, pp. 16-17).

والمرونة النفسية كما يُعرّفها غيديني (Guedeney 1990) تعني الثبات والحفاظ على النمو العادي بالرغم من الظروف الصعبة، فالمرونة النفسية عملية ديناميكية وليست مجرد مقاومة الصدمات. (Vermeiren, 2012, p. 17). كما تعبر المرونة النفسية عملية حماية وفهم تسمح بمواصلة النمو من جديد بعد التعرض للصدمة، وهذه العملية تستدعي مجموعة من المصادر الداخلية والخارجية للفرد من اجل اعادة البناء النفسي ومواصلة النمو من جديد على الرغم من الشدائد والمحن. كما يمكن ان ننظر الى المرونة النفسية على انها ظاهرة متعددة العوامل والتي تتكون من الابعاد الفردية (خصائص الفرد) الابعاد الاجتماعية - الانفعالية (العائلة، الاصدقاء) وفي الاخير الابعاد البيئية او الاجتماعية المحيطية (Anaut, 2012, p. 4).

يستخدم مفهوم المرونة النفسية ليس فقط لوصف اداء الافراد وانما لوصف اداء الجماعات ايضا كالعائلات والمجتمع، وعند الحديث عن المرونة النفسية فإننا نرجع الى المصادر المطورة من طرف الفرد او الجماعة للتحمل وتجاوز العواقب السلبية والضارة للصدمات والتعايش مع الشدائد مع الحفاظ على جودة حياة بأقل ضرر ممكن. (Anaut, 2009, p. 70). وقد اتفق الباحثون في تعريفهم للمرونة النفسية على النقاط التالية:

- الحديث عن المرونة النفسية لا يكون الا في حالة مواجهة الفرد لمواقف شديدة وصعبة او حسب بعض الباحثين مواجهة الفرد لأحداث صادمة.
- المرونة النفسية عبارة عن بناء متعدد العوامل ناتج عن حالة من التوازن بين عوامل الخطر وعوامل الوقاية والتي تتواجد في بيئة الفرد.
- في البيئة التي يعيش فيها الفرد عوامل الوقاية يكون مصدرها الخصائص الشخصية أكثر منها من خصائص الوسط (العائلة والمدرسة).
- المرونة النفسية ليست خاصية ثابتة ولكن تكتسب بشكل تدريجي من خبرات الفرد، كما انها ليست مكتسبة بشكل نهائي.
- يمكن للشخص ان يتصف بالمرونة النفسية في ظروف او في ميادين محددة دون غيرها، فالمرونة النفسية ليست خاصية عامة (Terrisse, Kalubi,& Serge, 2007, p. 13).

2-2-فاعلية الذات المدركة:

أُقترح مفهوم الفاعلية كمفهوم في علم النفس ضمن النظرية الاجتماعية المعرفية لباندورا (1977)، ويُعرّف باندورا (1994) توقعات فعالية الذات بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على انتاج مستويات محددة من الاداء والتي تؤثر على الاحداث التي تعترض حياته .وتحدد اعتقادات الفاعلية الذاتية شعور الافراد وتفكيرهم وكيفية سلوكهم (Bandura, 1994, p. 71). كما تشير ايضا الى ثقة الفرد الكامنة في قدراته خلال المواقف الجديدة او المواقف ذات المطالب الكثيرة و غير المألوفة او هي اعتقادات الفرد في قواه الشخصية (العدل، 2001، ص 131).

يرى عبد الغفار انور فتحي (2003) ان توقعات الفاعلية الذاتية هي الادراك الواقعي لإمكانات الفرد المعرفية، الانفعالية و الاجتماعية وقدرته على حل المشكلات ،ونمط تفكيره المفضل وثقته بنفسه وبصيرته في التعامل مع الانشطة الحياتية المرغوبة و الصعبة وكفاءة ادائه. (ص104).

اذن فعالية الذات المدركة عبارة عن اعتقادات الفرد و ادراكه الواقعي لقدراته و مهاراته وقدرته على توظيفها في مواجهة المواقف وحل المشكلات ،كما تعكس الفعالية الذاتية تفكير الفرد وادراكه لمعنى المواقف التي تواجهه.

2-3- الاحساس بالتماسك: Le sens de cohérence

يعرف انتونوفسكي (Antonovsky) الاحساس بالتماسك بمجموعة العوامل المعرفية ،السلوكية و الانفعالية التي تسمح للفرد على الرغم من الشدائد بالبحث عن الحلول و تحديد الموارد و اعتماد استراتيجيات مواجهة تسمح بحل المشكلات و الحفاظ على الصحة الجيدة ،فالفرد المتماسك يدرك الاحداث على انها مفهومة (منظمة ،متوقعة ،قابلة للتفسير و واضحة) وكذلك يمكن التحكم فيها (يعتقد ان لديه الموارد المناسبة لإدارتها) وذات معنى وهذا بالاستناد الى نظام من القيم يرجع اليه الفرد في اعطاء معنى للأحداث من حوله (Ruffion, 2019, p. 127).

2-4-التفاؤل:

عرّف شاير Scheier و كارفر Carver (1987) التفاؤل بأنه النظرة الايجابية، والاقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة الى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير او الجانب الجيد من الاشياء بدلا من حدوث الشر او الجانب السيئ. والتفاؤل استعداد يكمن داخل الفرد الواحد و يتمثل في التوقع العام لحدوث الاشياء الجيدة او الايجابية، اي توقع النتائج الايجابية للأحداث القادمة، وقد وجدت علاقة بين التفاؤل وبين الصحة البدنية، حيث ان الفرد المتفائل يوظف استراتيجيات فعالة للتغلب على الضغوط الواقعة عليه ،فالطبيعة التفاؤلية يمكن ان تقود الى التعامل بفعالية أكثر مع الضغط مما يقلل من مخاطر التعرض للمرض.

يرتبط التفاؤل بالتوقعات الايجابية التي لا تتعلق بموقف معين، لذلك يعتقد ان التفاؤل يساعد الناس على تحديد الطريق لتحقيق أهدافهم، ولذا فان التوقعات التفاؤلية تجاه الاحداث سوف تساعد الافراد على تحقيق اهدافهم بدلا من فقدان الامل في تحقيقها. و التفاؤل سمة من سمات الشخصية، تتسم بالثبات النسبي عبر المواقف والاقوات ولا تقتصر على بعض المواقف فقط.

في حين عرف مارشال Marshall وآخرون (1992) التناؤل بأنه استعداد شخصي للتوقع الايجابي للأحداث. ويرجع التناؤل الى الاعتقاد بان المستقبل عبارة عن مخزن الرغبات او الطموحات المطلوبة او المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد على السيطرة عليها او على تحقيقها (الانصاري، 1998، ص14-15).

3- النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

3-1- نظرية سوزان كوبازا وسلفادور مادي:

اقترح مفهوم الصلابة النفسية او الشخصية الصلبة لأول مرة من طرف سوزان كوبازا (1979) kobaza كمورد شخصي ضد اثار الاحداث السلبية او المجهدة على الصحة ،وبشكل خاص كعازل للإجهاد المهني وهذا في ورقتها البحثية تحت عنوان "احداث الحياة الضاغطة و الصحة" التي نشرت في مجلة الشخصية وعلم النفس الاجتماعي وترتكز صياغتها لنظريتها في الصلابة النفسية على نموذج الفروق الفردية في الاستجابة للضغوط لمانزسيلي (1956) ونموذج لازاروس (1966) حول اليات تقييم الاجهاد وكذا مساهمات المؤلفين مثل البورت (1955) حول اهمية الاستجابات الشخصية للضغوط (Moreno-Jemenez., Manaz, Hernandez, & Manuel, 2014, p. 207).

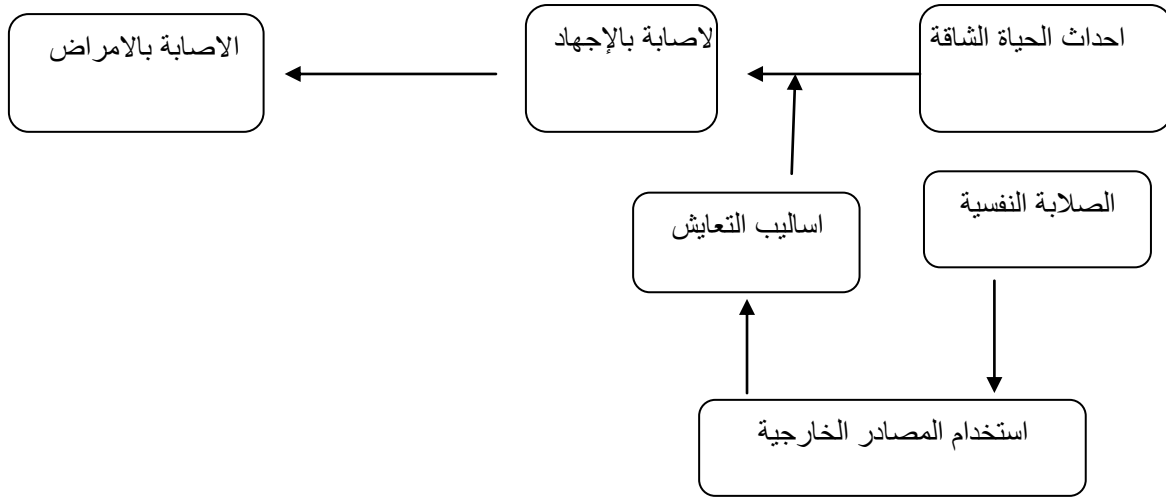
بدأت كوبازا دراستها على ما يقارب (700) موظف اداري من المستويين المتوسط و العالي ،تم ارسال اليهم رسالة عبر البريد للمطالبة في مشاركتهم في الدراسة ،وقد اجاب (86%) من هؤلاء الذين تلقوا الرسالة ، وتم الاختيار عشوائيا (400) منهم للمشاركة في الدراسة ،تم ارسال مقاييس المكونات الثلاثة للشخصية الصلبة الى جانب الخصائص الديموغرافية لهم واكمل (81%) منهم ملء المقاييس ،واظهرت النتائج ان المدراء التنفيذيين الذين يعانون من الاجهاد المرتفع وفي نفس الوقت من الاعراض المرضية ،وكذلك الذين يعانون من الاجهاد المرتفع و انخفاض الاعراض المرضية ،يمكن تمييزهم من خلال درجاتهم في الصلابة النفسية ،وبعد تحليل البيانات وجدت كوبازا ان الاشخاص الاصحاء بدوا اكثر التزاما وتحكما وقبولا للتحديات مقارنة بالاشخاص المرضى ،وبالتالي افترضت كوبازا ان الابعاد الثلاثة (الالتزام ، التحدي والتحكم) تلعب دورا كبيرا في الحفاظ على صحة الافراد عندما يواجهون الاحداث الضاغطة ،لذلك اقترحت ان خاصية الصلابة النفسية سيكون لها اثر واقى ضد الضغوط (Just, 1999, p. 5).

وفقا لكوبازا، الافراد الاكثر صلابة هم الاكثر قدرة على تحمل الاثار السلبية لضغوط الحياة، وبالتالي اقل عرضة للإصابة بالمرض مقارنة بالأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة، ومن المفترض ان تكون مقاومتهم للمرض ناتجة عن ادراكهم ان التغيرات الحياتية اقل اجهادا وكذا من وجود المزيد من الموارد تحت تصرفهم للتعامل مع التغيرات الحياتية (Mund, 2016, p. 36).

يعبر نموذج كوبازا للصلابة النفسية على ان الاستجابة للضغوط ليس نتيجة تلقائية وانما نتيجة تفاعل الفرد مع مصادر الضغوط وحسب كوبازا kobaza وآخرون (2001) فان الصلابة النفسية تقلل من الاثار السلبية للضغوط وهذا وفق آليتين هما ادراك الفرد للأحداث الضاغطة و الاستخدام الفعال للاستراتيجيات المواجهة، اي التعامل مع المشكلات بشكل اكثر تفاؤلا و التوقع الايجابي للنتائج النهائية وهو ما يعبر عنه بالواجهة التحويلية و التي تتميز بتفسير الاحداث بشكل ايجابي (Moreno-Jemenez & al, 2014, p. 207).

يتميز الأفراد ذوي الصلابة النفسية بمقدرة عالية على مقاومة النتائج السلبية والمؤلمة للضغوط، وهذا راجع الى أسلوبهم في معالجة الحوادث. كما أنهم يتقنون في قدرتهم على التأثير على مجرى حياتهم، و يتصفون بإخلاصهم لوظائفهم، أما الأفراد الذين تنسم شخصيتهم بضعف الصلابة النفسية فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط النفسية كما يمكن أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالاكنتاب (الشخانية، 2010، ص 32).

الى جانب الابعاد الثلاثة المكونة للصلابة النفسية و التي اقترحتها كوبازا، اقترح سلفادور مادي عام (2005) بعدا رابعا والمتمثل في الاتصال، واعتبره عاملا حاسما لدى الافراد الذين يتعافون و يقاومون الضغوط، وهذا انطلاقا من ملاحظاته لأهمية العلاقة بين المعالج و العميل، وما لدور هذه العلاقة في تحسن الافراد، وكذلك لجوء الافراد الذين يعانون من الاجهاد الشديد للحصول على الدعم في الاوقات الصعبة، ومن مساهمات سلفادور مادي انه اسس معهد للصلابة النفسية في شيكاغو و الذي يقدم خدمات شخصية و تدريبية على الصلابة النفسية، ويمكن الاشارة الى ان هذه الاضافة الى النظرية الاساسية لكوبازا لا يبدو انها حظيت بقبول عالمي. (Mund, 2016, p. 36).



شكل رقم (1) نموذج كوبازا للعلاقة بين الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة (عينة، 2021، ص 59)

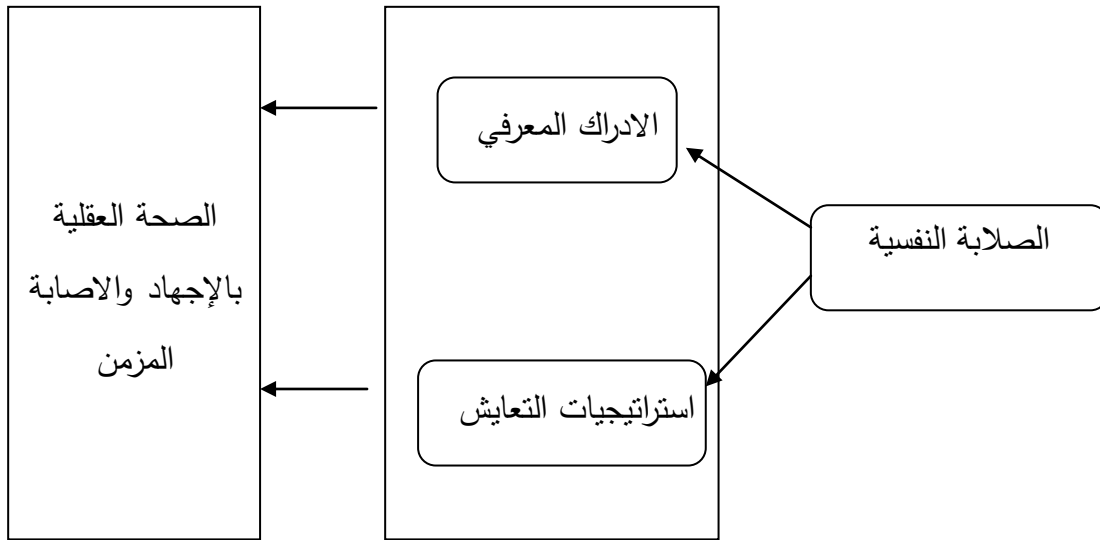
يظهر من خلال الشكل أن الصلابة النفسية تزيد من قدرة الفرد على استخدام مصادره الشخصية والاجتماعية اتجاه الظروف الضاغطة، كما تزيد من قدرته على استخدام أساليب المواجهة الفعالة، بالتالي تعمل كمتغير وقائي ضد الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغط.

3-2- نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا:

هو أحد النماذج الحديثة الذي أعاد النظر في نظرية كوبازا وحاول وضع تعديل جديد لها و ظهر حديثاً في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات، وهذا النموذج قدمه فنك (1992) من خلال دراسته التي أجراها بهدف البحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية و الإدراك المعرفي والتعايش الفعال من ناحية و الصحة العقلية من ناحية أخرى (خرايفية، 2018، ص 169)، ولقد شملت عينة الدراسة (167) جندياً، واعتمد على المواقف الشاقة الواقعية في تحديده لدور الصلابة النفسية وقام بقياس متغير الصلابة و الإدراك المعرفي للمواقف الشاقة والتعايش معها قبل الفترة التدريبية التي أعطاها للمشاركين و التي بلغت (06) أشهر وبعد انتهاء هذه الفترة التدريبية وتوصل الى نتائج مهمة وهي : ارتباط مكوني بالالتزام والتحكم بالصحة العقلية الجيدة للأفراد، حيث ارتبط بعد الالتزام جوهرياً بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستعمال استراتيجية التعايش الفعال خاصة استراتيجية ضبط الانفعال، في حين ارتبط بعد التحكم ايجابياً بالصحة العقلية من خلال ادراك المواقف على انها اقل مشقة و استخدام استراتيجية حل المشكلات.

وفي عام 1995، قام فنك Funk بإجراء دراسة ثانية لها نفس اهداف الدراسة الاولى وذلك على عينة من الجنود ايضا، ولكن باستخدام فترة تدريبية عنيفة لمدة 04 اشهر، تم خلالها تنفيذ المشاركين للأوامر المطلوبة حتى و ان تعارضت مع ميولهم واستعداداتهم الشخصية وذلك بصفة متواصلة، وقياس الصلابة النفسية وكيفية الادراك المعرفي للأحداث الشاقة الواقعية وطرق التعايش معها قبل وبعد فترة التدريب، تم التوصل الى نفس نتائج الدراسة الاولى (الساعدي، 2019، ص 577).

لذلك اشار فنك الى ان الافراد الذين يمتلكون شخصيات صلبة لديهم القدرة على البقاء اصحاء تحت الضغوط، فهم فعالين ومتجهين نحو اهدافهم ولديهم خاصية الالتزام نحو الذات و العالم من حولهم (بلوم و حنصالي، 2013، ص 275). ويتمثل النموذج الذي اقترحه فنك في الصلابة النفسية في الشكل التالي:



الشكل (2) نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها (عينة، 2021، ص 60)

يظهر من خلال الشكل ان الصلابة النفسية تساهم في الحفاظ على الصحة العقلية للأفراد و تقلل من الاصابة بالاجهاد المزمن، وذلك من خلال الادراك المعرفي واستخدام استراتيجيات التعايش مع الاحداث الضاغطة.

4- أبعاد الصلابة النفسية:

تتألف الصلابة النفسية على النحو الذي اقترحته كوبازا من 03 أبعاد هي:

4-1-الالتزام:

حسب كوبازا (1982) kobaza الالتزام هو ميل لإشراك الذات (بدلاً من تجربة الاغتراب) في كل ما يفعله الفرد ويواجهه، فالشخص الملتزم لا يستسلم بسهولة وإنما يتابع المهام وينهئها، والالتزام يعني المشاركة النشطة في العلاقات بالإضافة إلى جوانب أخرى من البيئة. يوصف الشخص الملتزم بأنه يأخذ زمام المبادرة و لا يتردد في مواجهة القضايا عند الضرورة (Just, 1999, p. 4). فالالتزام هو الانخراط بكل رضا و سعادة في النشاطات التي يقوم بها الفرد (Ruffion, 2019, p. 127)، أو هو انخراط الفرد في كل ما يحدث من حوله على الرغم من سوء الأمور (Maddi, 2013, p. 9).

ويتمثل الالتزام في قدرة الأفراد على الشعور بعمق المشاركة والالتزام تجاه نشاطاتهم الحياتية ومسؤولياتهم الاجتماعية، فالأشخاص الملتزمون تكون علاقاتهم مع أنفسهم ومع البيئة نشطة ولديهم إحساس عام بالهدف في الحياة والقدرة على إيجاد معنى للظروف التي يتعرضون لها (طه و سلامة، 2006، ص 132).

كما يُعرّف الالتزام بأنه اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته وفيما يفعل، ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم واعتقاده أن لحياته هدفا ومعنى يعيش من أجله (عثمان، 2001، ص 210).

اذن الشعور بالالتزام ينشأ من الشعور بأهمية وقيمة ما يقوم به الفرد من نشاطات وما يؤديه من ادوار، مما يدفعه الى الاندماج فيها اكثر والتوجه الايجابي نحو الحياة و الاقبال عليها على الرغم مما تتسم به من ضغوطات وتحديات.

ولقد تناولت كوبازا (1979) بعد الالتزام الشخصي في واقعها ورأت انه يضم كل من:

- **الالتزام نحو الذات:** وعرفته انه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد اهدافه وقيمه الخاصة في الحياة وتحديد اتجاهاته الايجابية على نحو يميزه عن الآخرين.
- **الالتزام اتجاه العمل:** وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل واهميته سواء له او للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وكفاءته في انجاز عمله، وضرورة تحمله لمسؤوليات العمل والالتزام به.

اما عبد الرحمان ابو ندى (2007) فقد صنف الالتزام في 03 انواع وهي:

- **الالتزام الديني:** ويشير الى التزام المسلم بعقيدة الايمان الصحيح، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما امر الله به والابتعاد عن اتيان ما نهى عنه.

- **الالتزام الاخلاقي:** وعرفه جونسون (2004) Johnson بأنه اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية و الاجتماعية ، و هذا التعريف للالتزام يحمل في مضمونه معنى الاكراه الذاتي الذي اشار اليه جونسون بوصفه التزاما داخليا يرتبط بالقيود الاجتماعية ،الا ان التزام الفرد بعلاقة ما يرتبط بوجود قيمة او هدف داخلي تجاه العلاقة ولا يرتبط بالجوانب الاخلاقية الاجتماعية ،الفرد حتى يلتزم بمجموعة من العلاقات الاجتماعية الحميمة ،فانه يلتزم بها من واقع سعادته و رضاه عنها وهوما اشار اليه كيلى (1999) Keley ،في حين اشار سيزنبرج(1986) Sznprg الى راي مخالف ،وهوان الفرد يستطيع الدخول في كثير من العلاقات دون التزامه بها او استمراره فيها على الرغم من رضاه عنها .

- **الالتزام القانوني:** الذي ارتبطت طبيعته وميزت محدداته بعض المهن ، ومن أبرزها مهنة المحاماة، فنجد ان ممارسي هذه المهنة يلتزمون بالجوانب القانونية بوصف محدود لطبيعتها الشاقة، كما يلتزمون بنفس المحددات القانونية اثناء ممارسة حياتهم الشخصية. والالتزام القانوني يعرف بأنه اعتقاد الفرد بضرورة الانصياع لمجموعة من القواعد والأحكام العامة وتقبل تنفيذها جبرا بواسطة السلطة المختصة في حالة الخروج عنها او مخالفتها، لما تمثله من اسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع.

ويشير ابو ندى الى ان الالتزام قد يأتي من داخل الفرد نفسه وقد يفرض عليه جبرا، كالالتزام القانوني. ومن ثم لا يمكن الحسم ان كان الالتزام يمثل بعدا عاما ام مجموعة من الابعاد الفرعية، ولكن كل ما يمكن الانتهاء اليه هو ان كل المعاني السابقة تتجسد نفسيا في مفهوم الالتزام الذي يعد بدوره أحد مكونات مفهوم الصلابة النفسية (شاغوش، 2018، ص475).

اذن يمكن النظر الى الالتزام على انه الاتجاه الايجابي للفرد نحو نشاطاته وادراكه لقيمة و اهمية ما يقوم به وتحمل مسؤولياته على اتم وجه وكذا السعي لتحقيق اهدافه على الرغم من الصعوبات والعقبات التي قد تعترض طريقه.

4-2- التحكم: حسب كوبازا (1982) التحكم هو ميل للشعور و التصرف كما لو كان المرء مؤثرا (وليس عاجزا) في مواجهة الظروف الطارئة والمتنوعة للحياة ،فالشخص الذي يشعر انه يتحكم في حياته يرى ان تأثيره

مهم، والتحكم يعني استخدام الذكاء و الخيال و المهارة و القدرة على الاختيار (Just, 1999, p. 4) . فالتحكم يعني الميل الى الاعتقاد و التصرف كما لو كان بإمكان الفرد التأثير في مجرى الاحداث. (Moreno- Jemenez & al, 2014, p. 207) اذن هو اعتقاد الفرد بانه قادر على التأثير على ما يحدث له. (Ruffion, 2019, p. 127)

يرى مخيمر بأن التحكم هو اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار بين البدائل وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة (مخيمر، 1996، ص15).

ويُعرفه فاروق السيد عثمان (2001) بأنه "الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار ومواجهة الأزمات، كما يشير التحكم الى اعتقاد الفرد انه بإمكانه ان يكون له تحكم فيما يلقاه من احداث، ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له " (ص210). كما يرى عثمان ان التحكم يتضمن ما يلي:

- 1- القدرة على اتخاذ القرار والاختيار بين بدائل متعددة.
- 2- القدرة على التفسير والتقدير للأحداث الضاغطة.
- 3- القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي.

ومن مظاهر قدرة الفرد على التحكم ايضا ما يلي:

- 1- القدرة على ادارة الامور والتحكم فيها.
- 2- السعي باستمرار الى تنمية القدرات والمهارات العملية للسيطرة على المشكلات المختلفة .
- 3- تحديد وقت طلب المساعدة من الاخرين عند التعامل مع المواقف الضاغطة.
- 4- القدرة على احتواء المواقف وقوة الشخصية.
- 5- سهولة تكوين علاقات اجتماعية مع الاخرين.
- 6- عدم تجنب مواجهة المشكلات الصعبة. (احمد، 2020، ص75)

ومن الصور الرئيسية للتحكم نجد:

- **التحكم باتخاذ القرارات:** يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف وظروف حدوثه، حيث يتضمن الاختيار بين البدائل المختلفة (شاغوش، 2018، ص 476). كما يشير إلى سعي الفرد إلى التحكم باتخاذ قرار مناسب للموقف الضاغط أمامه إما بالتكيف معه أو بالابتعاد عنه أو بالتخلص منه (الساعدي، 2019، ص 575).
- **التحكم المعرفي:** ، وهي أهم صور التحكم التي تقلل من الآثار السلبية للضغوط إذا ما تم على نحو ايجابي، فيختص هذا التحكم بالقدرة على استخدام العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للمواقف الضاغطة، كالتفكير في الموقف و ادراكه بطريقة ايجابية ومتفائلة وتفسيره بصورة منطقية وواقعية، وبمعنى آخر ان الشخص يتحكم بالحدث الضاغط باستخدامه بعض الاستراتيجيات العقلية مثل تركيز الانتباه على موضوع الضغط ،او عمل خطة للتغلب عليه.
- **التحكم السلوكي:** ، ويقصد به التعامل مع المشكلة بصورة فعلية ملموسة والتحكم في الحدث بالقيام ببعض السلوكيات المخططة والمنهجية لتعديل وقع الحدث الضاغط ،كما يتمثل ايضا في القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز (شاغوش، 2018، ص 476-477).
- **التحكم المعلوماتي:** يشير إلى قابلية الأشخاص على استعمال المعلومات المتوفرة والبحث عن اسباب الحوادث والتوقعات والنتائج، و تزيد هذه المعلومات من قدرة الشخص على التنبؤ بالحوادث قبل وقوعها، وكذا معالجتها والسيطرة عليها.
- **التحكم الاسترجاعي:** هو قابلية الشخص على الافادة من معلوماته السابقة ومحاولة استرجاعها ليتسنى له استعمالها في معالجة المواقف الحالية (الساعدي، 2019، ص 575).
- اذن يمكن النظر الى التحكم على انه احساس الفرد بقدرته على التأثير في الاحداث وفيما يواجهه من ظروف ،كما يعكس ايضا احساسه بأهميته ودوره في التحكم فيها وذلك باللجوء الى استخدام مصادره المعرفية والسلوكية والافادة من الخبرات و التجارب السابقة .

4-3-التحدي:

حسب كوبازا (Kobasa(1982 يتمثل التحدي في الاعتقاد بان التغيير بدلا من الاستقرار امر طبيعي في الحياة و ان توقع التغييرات يمثل حوافز مثيرة للاهتمام للنمو بدلا من النظر اليها على انها تهديدات للأمن ،هذه الخاصية تمكن الشخص من رؤية التغيير كشيء طبيعي ،فالشخص الذي يتميز بالتحدي لا يخاف الاشياء الجديدة سواء كانت ايجابية او سلبية ويكون قادرا على رؤية العالم على انه جديد و محفز وليس مخيفا ومهددا

(Just, 1999, p. 5). فالتحدي هو الاعتقاد بأن التغيير هو النمط المعياري للحياة (Moreno-Jemenez & al, 2014, p. 207). فالتحدي يعني الاقبال على الحياة بطبيعتها المليئة بالتوترات والنظر الى التغييرات المجهددة كفرص للنمو والتعلم، وهو الاعتقاد بأنه يمكن التعلم والنجاح من الفشل. (Maddi, 2013, p. 9)

اما فاروق السيد عثمان (2001) فيعرفه بأنه "اعتقاد الفرد ان ما يطرا من تغيير على جوانب حياته هو امر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية" (ص210)، ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهتها.

ومن مظاهر التحدي ما يلي:

- 1- حب المغامرة واكتشاف ما يحيط من اشياء.
 - 2- عدم التوتر من التغييرات التي تحدث في الحياة.
 - 3- تحقيق الاهداف مهما كانت العقبات.
 - 4- الاصرار على اكتشاف الامور الغامضة والرغبة في التعامل معها (احمد ، 2020 ، ص76).
- اذن التحدي يجعل الفرد يتقبل التغيير دون الشعور بالتهديد ،مما يدفعه الى تجربة كل ما هو جديد، وخوض التجارب واكتشاف المجهول ، الشيء الذي يضمن له التقدم و النمو وتحقيق الاهداف مهما كانت العقبات والإفادة من التجارب السابقة.
- ويرى مادي انه من الضروري ان تجتمع كل هذه الابعاد الثلاثة عند الفرد حتى يتم الاشارة اليه على انه ذو صلابة نفسية، فالتحدي يجعل الافراد يرون ان الحياة ظاهرة متغيرة، مما يحفزهم على التعلم والتغيير، ومن خلال هذه العملية يمكنهم التحكم في التغييرات بطريقة توصلهم الى تجارب مرضية وبالتالي يتوجهون الى مشاركة جهودهم والانخراط بشكل داعم مع الآخرين المهمين في حياتهم (Maddi, 2013, p. 9) .

5- الصلابة النفسية وإدراك الضغوط النفسية:

تعتبر الصلابة النفسية مصدرا هاما للوقاية و المقاومة ضد الضغوط النفسية و مشاعر القلق و التوتر و الاحباط و وكذلك الاعراض النفسجسدية (الخالدي، 2009، ص 43) ،فمنذ ان اصدرت كوبازا(1979) مقالها عن الصلابة النفسية تزايدت الابحاث التي اوضحت ان الصلابة النفسية تحمي من الاثار السيئة للضغط على

الصحة و الاداء ،ووجدت العديد من الدراسات على عينات متنوعة من الافراد ان الصلابة النفسية تعمل كوسيط او عازل للضغط (Bartone, Eid, & Hystad, 2016, p. 235) .

لقد توصلت دراسة ياغي (2006) الى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية والتخفيف من الضغوط الاقتصادية، الضغوط الاسرية، الضغوط الانفعالية والضغوط الاجتماعية، لدى العمال فنتائج هذه الدراسة تؤكد الاثر الايجابي للصلابة النفسية في إدراك الضغوط بأنواعها المختلفة فالصلابة النفسية تعتبر مصدر مقاومة ووقاية من ضغوط الحياة المختلفة.

ولعل الطريقة التي تعمل بها الصلابة النفسية في التخفيف من حدة الضغوط النفسية يكون عن طريق تنشيط اساليب و استراتيجيات مواجهة فعالة ،وهذا ما اثبتته العديد من الدراسات ،حيث توصلت دراسة هدييل و طوطاوي (2018) بعنوان العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و الصلابة النفسية لدى الاستاذ الجامعي الجزائري إلى ان العلاقة بين الصلابة النفسية و استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل هي علاقة ارتباطية طردية ،في حين ان العلاقة بين الصلابة النفسية و استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال هي علاقة ارتباطية سالبة ،فالصلابة النفسية تقوي من اساليب المواجهة الفعالة و المتمثلة في البحث عن حل للمشكلة و اللجوء الى السند الاجتماعي للحصول على النصح و المشورة، وتزيد من قدرة الفرد على ضبط الذات كما تقلل من الاستراتيجيات غير الفعالة كأخذ مسافة و تجنب مواجهة الاحداث الضاغطة. وهي نفس النتائج التي توصلت اليها دراسة عيسات و واكلي (2020) على عينة من اعوان الحماية المدنية، التي اثبتت ان الصلابة النفسية ترتبط ايجابا مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل.

6- الصلابة النفسية والصحة النفسية والجسمية:

لقد توصل الكثير من الباحثين الى ان الصلابة النفسية ترتبط بالصحة الجسمية و العقلية الجيدة، فالصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف الى حد كبير من تأثيرات الاحداث الضاغطة او الازمات النفسية الطارئة ،و العلاقة بين الصلابة النفسية والاضطراب هي علاقة عكسية ،فالأشخاص الأكثر صلابة نفسية اقل عرضة للإصابة بالاضطرابات عند مواجهتهم للمواقف الصعبة و الحرجة او المهددة ،ولديهم الامكانية لاستمرار عملية التوافق مع متطلبات الحياة، على عكس الاشخاص ذوي الصلابة النفسية الضعيفة و الذين يكونون اكثر عرضة للأمراض و الاضطرابات (الخالدي، 2009، ص 44).

ولإثبات دور الصلابة النفسية في الحفاظ على الصحة النفسية أجريت العديد من الدراسات على عينات مختلفة ، حيث توصلت دراسة قويدري و عاجب (2021) على عينة من اساتذة التعليم الثانوي الى وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و توهّم المرض ،وقد فسر ذلك في كون الفرد الذي يمتلك صلابة نفسية مرتفعة هو شخص له القدرة على الالتزام و التحدي و القدرة على ضبط الانفعالات و ادارتها بشكل صحيح و القدرة على تغيير الانفعالات و تعديلها بسرعة و سهولة عندما تتغير الظروف (مرونة الذات) و القدرة على تنظيم الحالة المزاجية و كذلك تحمل الضغوط. فالصلابة النفسية تساعد على تقييم المشكلة وتقدير حجمها وهذا ما يؤدي بالفرد الى تبني استراتيجية ملائمة في تنظيم انفعالاته بما ينسجم مع الموقف الضاغط وهذا على حد ما توصلت اليه دراسة جسم (2021).

غالبا ما تتفاعل الصلابة النفسية مع إدراك الفرد للمساندة الاجتماعية في التخفيف من شدة الإثارة النفسية المؤلمة، و لاشك أن الصلابة النفسية تزيد من إحساس الفرد بقيمته الذاتية، ومن قدرته على المبادأة والتحدي للمواقف الصعبة، مما يجعله يتمتع بمقومات الصحة النفسية السليمة، على عكس الفرد الذي يفتقر إلى المساندة الاجتماعية أو الصلابة النفسية أو كليهما، والذي يكون في حالة نفسية غير سليمة وهذا لما يكون تحت تأثير الشعور بالإحباطات أو الضغوط (الخالدي، 2009، ص 45).

وفي مجال الامراض المزمنة، اثبتت الدراسات ما للصلابة النفسية من دور في دفع المريض لاتباع السلوكيات الصحية (نوار و زكري، 2016) والامتنال العلاجي (زغير، خنشول، بوشامي، بن عبد السلام، 2019)، وتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (عوالي و اجراد، 2016) حيث تساعد الصلابة النفسية المرضى على التكيف الايجابي مع المرض وتقبله.

و الصلابة النفسية تعتبر احدى السمات التي لها دورا وسيطيا بين الضغط والصحة، اذ تتحدد بموجبها الطريقة التي يدرك ويفسر بها الافراد الاحداث الضاغطة والتي ينظرون اليها على انها فرصا للنمو والتطور الشخصي، وهذا الادراك الايجابي يعمل على تعديل الاستجابة المناعية للضغوط ،من خلال التخفيف من اثارها السلبية على الصحة النفسية والجسدية عبر سلسلة من الاستراتيجيات التكيفية الفعالة (بلوم و حنصالي، 2013، ص273).

اذن الصلابة النفسية لها دور في الحفاظ على الصحة النفسية و الجسدية للأفراد فهي تجعل الافراد اكثر التزاما واهتماما ، واقبالا على الحياة، كما تزيد الصلابة النفسية من قدرة الفرد على تحدي الصعاب و العقبات وتقبل المرض وتزيد من الامتثال و الالتزام العلاجي .

7- خصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

يتميز الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة بتوجه قوي نحو المستقبل او ميل الى التطلع الى المستقبل من خلال التعلم من الماضي، كما يظهر هؤلاء الافراد الشجاعة في مواجهة التجارب الجديدة وكذلك خيبات الامل، ويتميزون بالكفاءة وروح الدعابة.

ان الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة ليسوا بمعزل عن الاثار السلبية للضغط وانما لا يعانون من نفس المستوى من الاعراض والانخفاض في الاداء مقارنة بالأشخاص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة في ظل الظروف الصعبة (Bartone & al, 2016, pp. 235-236).

يميل الأفراد ذوي الصلابة النفسية العالية نظريا إلى استخدام أسلوب المواجهة التحويلي، و يقومون فيه بتغيير الأحداث التي يمكن أن تولد ضغوطا إلى فرص للنمو، نتيجة لذلك نجدهم يتوافقون مع الأحداث الضاغطة بطريقة فعالة ،لذلك اثبتت دراسة كوهين Cohen و ادواردز Edwards (1989) أن الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية حتى لو قاموا بتقدير الضغوط بأنها مهددة إلا أن سماتهم الشخصية تظل تعمل كواق وذلك عن طريق تسهيل اختيار أساليب المواجهة التوافقية أو عن طريق كف السلوك اللاتوافقي (معمرية، 2021، ص88).

فالشخصية الصلبة قادرة على مواجهة الضغوطات دون اختبار ومعايشة اثارها السلبية مثل الضغوطات النفسية والجسدية، فالأفراد ذوي الصلابة النفسية يعتقدون انهم قادرون على التحكم وضبط الاحداث في حياتهم ويدركون بصفة عامة ان الضغوطات هي تحديات أكثر منها تهديدات (Pirsoul, 2020, p. 69).

والافراد ذووا الصلابة النفسية المرتفعة يتصفون بالالتزام نحو العمل الذي عليهم اداؤه، بدلا من الشعور بالاغتراب. كما يشعرون عموما بالقدرة على التحكم في الاحداث، بدلا من الشعور بفقدان القوة، وينظرون الى التغيير الذي يولد ضغوطا على انه تحد بدلا من الشعور بالتهديد، كما يجد هؤلاء الافراد الفرصة لممارسة اتخاذ القرار عند ادراكهم وتقويمهم لأحداث الحياة الضاغطة (معمرية، 2021، ص 90).

8- خصائص الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

يميل الافراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة الى تجنب التجارب المجهدة وانكار تجاربهم ،فهؤلاء ينظرون الى المستقبل المجهول وغير المتوقع على انه مثير للقلق ،وبالتالي يفضلون الماضي بدلا من المستقبل ،لان اختيار المستقبل يستوجب القدرة على تحمل القلق ،وهذا يستدعي التحكم ،الالتزام و التحدي التي هي ابعاد الصلابة النفسية والتي تمنح للفرد القوة و الشجاعة لمواجهة الضغوط و تحويلها لصالحه ،في حين ان اختيار الماضي يمنع من تقبل التغيير و يعيق النمو و التقدم(Maddi, 2013, p. 57) . كما يميل الاشخاص الاقل صلابة نفسية أكثر لنقد ذواتهم (لوم النفس) وكذا الشعور وتعميم خبرات الفشل (الخيبة) (الخالدي، 2009، ص44).

يتصف الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة باعتمادهم على أسلوب المواجهة التراجعي أو الذي يتضمن نكوصا، والذي يقومون فيه بتجنب أو الابتعاد عن المواقف الضاغطة ، وعلى الرغم من أن الشخص الذي يلجأ إلى أسلوب النكوص قد يتجنب مؤقتا المواقف الضاغطة الا انه على نحو تشاؤمي يظل مهموما بتلك الضغوط (معمرية، 2021، ص 89).

بالتالي يختلف الافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة عن الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة في درجة شعورهم بالتحكم والالتزام والتحدي ،فالافراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة اكثر احساسا بقدرتهم على التحكم في مجرى امور حياتهم ،كما انهم اكثر التزاما بنشاطاتهم وتحملا لمسؤولياتهم واكثر حبا للمغامرة و الاستكشاف وبالتالي اكثر اقبالا على الحياة مما يزيد لديهم من فرص التقدم والنمو و التطور .

9- دور الاسرة في تكوين سمة الصلابة النفسية:

تعتبر الصلابة النفسية خاصية شخصية تتطور في وقت مبكر من الحياة و تستقر بمرور الوقت على الرغم من قابليتها للتغير و التدريب في ظل ظروف معينة (Bartone & al, 2016, p. 235) . تنمو الصلابة النفسية و تتطور من خلال علاقات الفرد مع والديه، وهذا يعود الى درجة دعمهم وتشجيعهم وتقبلهم لأبنائهم ،فالآباء الذين يبذلون جهدا لتلبية احتياجات ابنائهم من خلال التفاعل معهم بطريقة تُظهر الموافقة و الاهتمام و التشجيع ،يشعر الاطفال بالدعم ،وعلى هذا الاساس ينظر هؤلاء الى الذات و العالم على انها مثيرة وجديرة بالاهتمام ،ولكن اذا كان الآباء مهملين و عدائيين و لا يوافقون على تعبير اطفالهم عن احتياجاتهم فان ذلك يجعلهم ينظرون الى العالم على انه فارغ و عديم القيمة(Maddi, 2013, p. 44)

يعتبر المناخ الاسري وما يلاقه الطفل من معاملة من طرف افراد اسرته من اهم العوامل في تكوين سمة الصلابة النفسية (شاغوش، 2018)، ولقد اثبتت الدراسات ان للمناخ الاسري دور في نمو وتطور وتدعيم الصلابة النفسية لدى الافراد، فالمناخ الاسري الذي يسوده التفاعل الايجابي والصحي بين افراده يولد لديهم الشعور بالحب و الاعتزاز وانهم مرغوب فيهم من طرف افراد اسرتهم، وهذا ما يشجع التعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية وما يحملونه من اراء دون خوف وتردد مما يقوي لديهم الصلابة النفسية. عكس المناخ الاسري غير المتفاعل والذي يفتقر الى التواصل والامن النفسي، والذي يؤدي الى عجز افراده عن التعبير عن آرائهم ومشاعرهم بسبب الشعور بالخوف والتهديد نتيجة الصراعات المتكررة، وهو ما يؤثر على الاستقرار النفسي للأطفال فتقل صلابتهم النفسية خاصة عند مواجهتهم للمواقف الصعبة (رحماني و فتال، 2018، ص27).

بالمقابل اشارت الدراسات الى دور واهمية اساليب التواصل الاسري للاب في تعزيز الصلابة النفسية عند الابناء، حيث توصلت دراسة رحماني واخرون(2021) الى عدم وجود فروق في الصلابة النفسية بين الابناء المدركين وغير المدركين لكل من اسلوب الحماية واسلوب العتاب للاب، في حين وجدت الدراسة فروقا في الصلابة النفسية بين افراد هذه العينة على اسلوب التسامح واسلوب اللامبالاة وكانت لصالح الذكور المدركين لأسلوب التسامح وكذلك لصالح غير المدركين لأسلوب اللامبالاة.

ان اسلوبي الحماية والعتاب لا يساعدان الابناء على التعبير عن ذواتهم، فالأب بأسلوب الحماية يعتقد انه أكثر خبرة في الحياة فيسمح لنفسه بان يحرم ابنه من التجربة واخذ القرارات المهمة، اما اسلوب العتاب فيحدث العكس حيث يتهرب الاب من الدخول في نقاشات مع ابنه ولا يتحمل المسؤولية وفي نفس الوقت يلومه عن كل خطأ. الأساليب التواصلية التي لا تسمح للأبناء في الدخول مع الاباء في نقاشات مفتوحة دون خوف تؤثر في البناء النفسي وفي الصلابة النفسية للأبناء، اما العلاقات الاسرية التي تتسم بالدفء والقبول والاهتمام بالطفل والثقة والاحترام والتقدير، تنمي الاعتقاد ان خبرات النجاح والفشل ترجع لعمل ومجهود الفرد ومدى مثابرته وتحديه للأحداث الشاقة المحيطة به.

للاسرة دور كبير في نمو وتطور خاصية الصلابة النفسية لدى الفرد ،حيث تعمل اساليب الدعم و التشجيع والتقبل على زيادة الثقة بالنفس والاقبال على النشاطات بكل اهتمام والتزام،وكذلك زيادة الشعور بالتحكم ،كما ان

المناخ الاسري الذي يسوده الحوار و التفاهم والخالي من النقاشات السلبية يجعل الافراد اكثر قدرة على التعبير عن مشاعرهم واقل شعورا بالخوف و التهديد مما يزيد لديهم الاحساس بالقدرة على التحدي وتقبل التغيير .

10- اساليب تنمية وزيادة الصلابة النفسية لدى الافراد:

اقترحت مجموعة من الباحثين خطوات تزيد من الصلابة النفسية وهي خطوات تزيد من الالتزام، التحكم والتحدي والمتمثلة فيما يلي:

10-1- اساليب تزيد من قدرة الفرد على الالتزام: تتمثل فيما يلي

- 1- اخذ الوقت الكافي للتفكير فيما هو مهم او مثير للاهتمام مثل قيمة واهداف الفرد الشخصية.
- 2- تطوير الفرد لمهاراته وكفاءاته في المجالات التي تهتمه.
- 3- افتخار الفرد بنجاحاته وانجازاته السابقة.
- 4- تذكر الاشياء الجيدة في الحياة وتقدير النعمة التي يكون فيها الفرد.
- 5- قضاء الوقت مع العائلة والاصدقاء والاشخاص المهمين.
- 6- الانتباه لما يحدث في العالم، القراءة والمراقبة.
- 7- تجربة كل ما هو جديد.

10-2- اساليب تزيد من قدرة الفرد على التحكم: وهي كما يلي:

- 1- اعطاء القدر الكافي من الوقت والطاقة للأشياء التي يمكن التحكم فيها.
- 2- العمل على المهام التي في حدود قدرة الفرد والبدء بالمهام الاقل صعوبة.
- 3- تقسيم المهام الصعبة الى اجزاء يمكن التحكم فيها من اجل التقدم.
- 4- التخطيط المسبق وجمع الادوات والموارد المناسبة للمهمة.
- 5- طلب المساعدة عند الحاجة اليها.
- 6- اعتراف الفرد بنجاحاته الشخصية.
- 7- تحويل الانتباه الى الاشياء التي يمكن التحكم فيها في حالة الفشل في حل مشكلة ما.

10-3- اساليب تزيد من قدرة الفرد على التحدي: وهي كما يلي:

- 1- التذكر بانه بالرغم مما يحدث فان التغيير هو دائما فرصة للتعلم والتحسين.

- 2- السماح بحصول المفاجآت والتنوع وعدم العيش وفق جدول زمني صارم.
- 3- تغيير الخطط وفق ما تقتضي الظروف.
- 4- المخاطرة وتجربة كل ما هو جديد.
- 5- محاولة البحث عن مدى استفادة الفرد من حالات الفشل السابقة.
- 6- استخدام الخيال للتفكير في النتائج الايجابية المستقبلية.
- 7- التعلم والتسامح وعدم الاسهاب في الحديث عن خيبات الامل الماضية. (Bartone & al, 2016, pp. 242-243)

خلاصة:

تعتبر الصلابة النفسية خاصية مهمة تتميز بها فئة من الأشخاص و من المتغيرات التي تعدل العلاقة بين متطلبات الحياة الشاقة وانعكاساتها النفسية و البدنية على الافراد ، فالأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة اقل عرضة للاضطرابات النفسية و الجسدية واكثر تحديا ومواجهة للظروف الصعبة واكثر توجها نحو الحياة وتطلعا للمستقبل ، وغالبا ما يستفيدون من الخبرات الماضية واستغلالها بما يخدم مصالحهم ويعيد توازنهم النفسي و الاجتماعي ، كما تنتم هذه الفئة من الافراد بقدرتهم على تحمل الاحباط واستخدام استراتيجيات مواجهة اكثر ايجابية وبالتالي النجاح و التغلب على العوائق والصعوبات وايجاد الحلول للمشكلات التي تعترض طريقهم مما يزيد من فرص نموهم و تقدمهم ، عكس الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة الذين يتميزون بالاستسلام لظروف الحياة القاهرة والتوجه اكثر نحو استخدام استراتيجيات مواجهة سلبية مثل التركيز على الانفعال بدلا من التركيز على المشكلات و محاولة ايجاد حلول لها، والخوف من المجهول والرغبة في استقرار الظروف وعدم تقبل التغيير و النظرة التشاؤمية نحو الحياة، وبالتالي من المهم تنمية خاصية الصلابة النفسية في سن مبكرة عند الافراد وهذا عن طريق توفير جو اسري يهتم بالطفل و يتقبله وكذا الاستماع الى انشغالاته وفهم احتياجاته وذلك باستخدام اساليب تواصلية و توعوية مناسبة لعمره وذكائه ومستوى فهمه للأمور حتى ينشأ فردا متقبلا للحياة و ظروفها ، متوقعا لتغيراتها و مقبلا على تحدياتها.

الفصل الثالث

المساندة الاجتماعية

تمهيد:

تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما لإحساس الفرد بالأمن والراحة النفسية خاصة في الحالات التي يواجه فيها مواقف تفوق قدراته على التكيف والمواجهة، وتتنوع مصادر المساندة الاجتماعية التي يلجأ إليها الفرد منها الأسرة، الأصدقاء زملاء العمل والمؤسسات الاجتماعية، والتي من شأنها تزويد الأفراد بأنواع مختلفة من المساندة والدعم الاجتماعي التي يحتاجونها كالمساندة الانفعالية والمساندة بالمعلومات والمساندة المادية وهذا حسب حاجاتهم وتوقعاتهم.

لقد اثبتت العديد من الدراسات دور واهمية المساندة الاجتماعية في التخفيف من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة ونتائج هذه الأخيرة على الصحة النفسية و الجسدية، فإحساس الفرد بوجود شبكة اجتماعية يلجأ إليها عند مواجهته للمواقف الشاقة يخفف من شعوره بالعجز و الاحباط والمعاناة و الوحدة النفسية مما يبعث على الراحة و الامن و الطمأنينة ويجنب الوقوع فريسة الاضطرابات النفسية و الجسدية ، لذلك توصل الباحثون الى ان للمساندة الاجتماعية اثر وقائي ومخفف للضغوط النفسية وكذلك اثر رئيسي او مباشر على الصحة خاصة اذا توافقت المساندة الاجتماعية المقدمة مع حاجات و توقعات الافراد.

1 - لمحة تاريخية عن المساندة الاجتماعية:

تعتبر المساندة الاجتماعية، ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسه، الا انها لم تحظى باهتمام الباحثين إلا مؤخرا وهذا بعد ما لاحظوه ما لها من آثار هامة خاصة في مواقف الشدة، والإجهاد النفسي وكذا لدورها الفعال في تخفيف نتائج الضغوط والشدائد.

ترجع بدايات ظهور مفهوم المساندة الاجتماعية في العلوم الإنسانية الى علماء الاجتماع الذين تناولوا هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث قاموا بصياغة مصطلح شبكة اجتماعية Social net work و الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مفهوم المساندة الاجتماعية Social Support و الذي يطلق عليه البعض الموارد أو الإمكانيات الاجتماعية Social Ressources، في حين يحددها البعض الآخر مثل روبرت ويس (1974) على أنها إمدادات اجتماعية Social Provisions، والذي حدد مكوناتها في الجوانب التالية: الود أو التعلق، الاندماج الاجتماعي، توفير فرص العطاء، القيمة أو تأكيد الأهمية و الارتباط او الالفة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص4).

تعتبر الدراسة المبكرة التي قام بها دوركايم عن الانتحار (1897) Durkeim من الدراسات التي اثارَت تفكير علماء الاجتماع و التي اشارت إلى أهمية الروابط الاجتماعية الوثيقة، وقد اهتم دوركايم وعلماء الاجتماع في أوائل القرن العشرين بالانهيار الواضح للتكامل الاجتماعي و الذي ارجعوه إلى ظهور مجتمع على مستوى عال صناعيا وتقنيا، حيث افترضوا أن هجرة العمال إلى المدينة ستجعل الروابط بين الأفراد والأسرة والمجتمع تضعف وتذوب، لذلك يعتبر العمل المبكر الذي قام به أصحاب وجهة النظر هذه الأساس الأكبر لنظرية المساندة الاجتماعية، بعدها تزايد البحث خلال العقد الماضي واكتسب هذا المصطلح اهتماما كبيرا من طرف الباحثين (إسماعيل، 2004، ص2).

وفي السبعينات و الثمانينات، تجدد الاهتمام بالبحث عن العلاقة بين الروابط الاجتماعية و الراحة النفسية ،و توصلت العديد من الدراسات الى ان الافراد الذين يشاركون مجتمعهم اكثر تمتعا بالصحة النفسية مقارنة بالأفراد الأكثر انعزالا ،وقد تم قياس المشاركة في الشبكة الاجتماعية والمعروف بالاندماج الاجتماعي بشكل عام بتنوع العلاقات التي يشارك فيها الفرد وشملت هذه العلاقات الزوج ،أحد افراد الاسرة المقربين ،الصديق ،الجار وغير ذلك من العلاقات الاجتماعية ،وكلما زاد عدد انواع العلاقات بين الاشخاص زاد مستوى الاندماج الاجتماعي. (Cohen, Underwood, &Gottlib, 2000, p. 5)

ففي سنوات السبعينات اهتمت الدراسات حول المساندة الاجتماعية بعدد ومدى توافر الاشخاص الذين يستطيع الفرد الاعتماد عليهم والذين يظهرون اهتمامهم به ،وادت مساهمات علم النفس ابتداء من سنة (1980) الى التمييز بين خاصيتين للمساندة الاجتماعية وهما مدى توافر اعضاء الشبكة الاجتماعية الذين يتوجه اليهم الفرد في وقت الشدة، وكذلك درجة رضى الفرد عن المساندة الاجتماعية المقدمة له، بمعنى التمييز بين المساندة الاجتماعية الفعلية و المساندة الاجتماعية المدركة او ما يعني رضى الفرد عن المساندة الاجتماعية الفعلية او المقدمة له ،وذلك لان نتائج الدراسات اسفرت عن وجود ارتباطات ضعيفة بين التقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية المدركة والقياسات الموضوعية للمساندة الاجتماعية من خلال تقارير الملاحظين ،بالإضافة الى ذلك، وجد ان العلاقة قوية بين المساندة الاجتماعية المدركة و الاضطرابات النفسية و الصحة الجسمية بالمقارنة مع المساندة الاجتماعية الفعلية (Paul & Savard, 2016, pp. 75-76) .

كما شهدت سنوات الثمانينات ازديادا كبيرا لعدد البحوث التي اهتمت بالمساندة الاجتماعية، ومن بين المجالات التي جذبت اهتمام الباحثين هو الدور الوسيط الذي تلعبه في التخفيف والقضاء على العواقب السلبية للضغط، المرض وحماية الفرد من الآثار السلبية للأحداث، والذي بدون هذا الدور ما كان للمساندة الاجتماعية كموضوع بحث أن يكون لها مكانة بارزة بين البحوث (Roy, 2011, p. 8).

الى جانب ذلك، حددت الدراسات التي اجريت في سنة (1990) حول المساندة الاجتماعية عند الاطفال والمراهقين 3 مصادر للمساندة الاجتماعية وهي: العائلة، الأصدقاء وموظفي المدرسة. (شحته، 2012، ص 144)، كما حدد فو (1988) 03 Vaux باحثين ساهموا بشكل خاص في تطور البحث في مجال المساندة الاجتماعية هم:

- جيرار كابلان (1961) Gerald Caplan الذي فضّل استخدام مفهوم نظام المساندة، والذي لا يتحدد فقط بالعائلة والاصدقاء وانما يمتد الى كل اشكال المساعدة التي يكون مصدرها الجيران والجماعة، وبالنسبة لهذا الباحث، المساندة الاجتماعية نظام يساهم بشكل ايجابي في حماية التوازن وفي رفاية وراحة الفرد ضد الضغوط اليومية والازمات.

- جون كاسل (1976) John Cassel الذي اهتم بأثر المساندة الاجتماعية على الاصابة بالأمراض حيث يرى ان غياب العلاقات الاجتماعية مع المقربين يزيد من فرصة الاصابة ببعض الامراض الجسدية، كما يرى ان للمساندة الاجتماعية وظيفة الحماية والوقاية، وتساعد الافراد على مواجهة الاحداث الشاقة في الحياة ونتائجها على الصحة.

- سيدني كوب (1976) Sydney Cobb والذي أكد على اهمية المساندة، وعلاقتها بالضغط والرفاهية ويعرفها كنشاط المحيط الاجتماعي الذي يجعل الفرد يشعر بالتقدير والحب وانه يستحق الحصول على الاهتمام (Fischer, Tarquinio, & Dodeler, 2020, p. 176).

لقد تطور الاهتمام بالبحث في المساندة الاجتماعية من الاهتمام بمصادر كالأسرة والاصدقاء او الشبكة الاجتماعية بصفة عامة الى الاهتمام بالبحث عن دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من اثار الضغوط النفسية وتحقيق الراحة و الرفاهية النفسية للأفراد.

2-تعريف المساندة الاجتماعية:

2-1- لغويا:

سند اليه سنودا، ركن اليه، واعتمد عليه واتكأ. سنده مساندة، عاونه وكانفه.(مجمع اللغة العربية، 2014، ص. 454)

2-2- اصطلاحا:

عرّف كوب(1976) Cobb المساندة الاجتماعية على انها "معلومات ان الفرد ينتمي الى مجتمع متماسك اجتماعيا وان هذا الشخص محبوب ومحترم ".و يؤكد هذا التعريف على جانبين، الاول هو الانتماء الى مجتمع متماسك اجتماعيا وقد يكون هذا مشابها لمفهوم التكامل الاجتماعي، والجانب الثاني هو تلقي معلومات على ان هذا الفرد محبوب ومحترم.

اما كابلان(1977) Kaplan فقد عرف المساندة الاجتماعية من حيث درجة اشباع الحاجات الاجتماعية للفرد من خلال التفاعل مع الآخرين.

عرّفها هاوس (1981) Hous "بانها معاملة شخصية تتطوي على الاهتمام والمساعدة والمعلومات على الذات والبيئة"(Brugha, 1995, p. 42) .

يعرفها شوماكر Shumaker و براونال(Brownelle 1984) على انها تبادل بين شخصين بهدف تحسين نوعية حياة احدهما

عرّف ساراسون Sarason وآخرون(1986) المساندة الاجتماعية بأنها "الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم وهم الذين يتركون لديه انطبعا على أنه يحبونه ويقدرونه ويمكن الاعتماد عليهم عند الحاجة إليهم".

يرى بوزيني Bozzinie و تيسيي Tessier (1986) ان المساندة الاجتماعية تتمثل في مجموعة المساعدات والموارد التي يمكن استخدامها في مواجهة صعوبات الحياة(Fischer & al., 2020, p. 177)

كما عرّفها عزت عبد الحميد (1996) بأنها "درجة شعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية، والمساندة المادية والعملية من جانب الآخرين مثل (الأسرة والأقارب، والأصدقاء وزملاء العمل ورؤساء العمل) وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد من هؤلاء الأفراد ويكوّن معهم علاقات اجتماعية عميقة"

عرّفها محمد بيومي خليل (1996) بأنها " كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض " (علي، 2005، ص 10).

يعرّف فرامر Framer و فرامر Framer (1996) المساندة الاجتماعية بأنها "عمليات التبادل الاجتماعي التي تساهم في تطوير انماط معينة من السلوك لدى الافراد والقيم والتفكير الاجتماعي". (Lam, 2019, p. 31)

تعريف علي عبد السلام علي (2005) "الدعم المادي، العاطفي والمعرفي الذي يستمدّه الفرد من جماعة الاسرة، او زملاء العمل او الاصدقاء في المواقف الصعبة التي تواجهه في حياته، وتساعده على خفض الاثار النفسية السلبية الناشئة من تلك المواقف، وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية " (ص.13).

يُعرّف ليز دوبات (2006) Lise Dubet المساندة الاجتماعية كمجموعة من التبادلات بين شخصية للموارد والمصادر اين شخص يساعد شخص اخر لتحقيق حاجاته واهدافه (Fischer & al., 2020, p. 177).

تعريف الشقران و الكركي (2016) "حصول الفرد على الرعاية والاهتمام والحب والتقدير والاحترام من شبكته الاجتماعية المحيطة به، كالأهل والزوج والابناء والاقارب والاصدقاء وزملاء العمل". (ص87)

تعريف معمريّة (2021) "تشير المساندة الاجتماعية الى انها تتمثل في تقديم المساعدة للفرد من الاسرة والاصدقاء، وتأتي على شكل مادي كالنقود والملابس والسلع وغيرها، او معنوي كالتشجيع والتوجيه وتقديم المشورة". (ص9)

لذلك يمكن ان نستخلص ان المساندة الاجتماعية هي كل مساعدة مادية انفعالية او معرفية يحصل عليها الفرد من افراد المجتمع الذي ينتمي اليه سواء الاسرة، الاصدقاء، زملاء العمل او المؤسسات الاجتماعية التي من شأنها ان تخفف من اثار الضغوط النفسية التي تواجهه.

كما يعود عدم الاتفاق والاجماع على تعريف المساندة الاجتماعية الى كون هذا المفهوم قد تناوله العديد من الباحثين من تخصصات متعددة فقد تناوله علماء الأنثروبولوجيا والابوة والطب والتمريض وعلماء النفس وعلماء الاجتماع، وهذا يرجع إلى الأسس النظرية المختلفة التي يتبنونها (Cohen, & al., 2000) .

3- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

3-1- نظرية التعلق:

ينطلق التفسير المحتمل للمساندة الاجتماعية من نظرية بولبي (Bowlby) لسلوك التعلق، و تشير هذه النظرية الى ان الوظيفة الأساسية لسلوك التعلق هو الدفاع ضد المخاطر والأضرار التي قد تلحق بالفرد من خلال علاقته بالبيئة المحيطة به، ولقد تم الاتفاق على هذا الرأي من قبل العلماء والذي تم تأييده بثلاثة حقائق رئيسية من خلال استخدام تقنية الملاحظة لسلوك الطيور والثدييات والأطفال وهي:

- الأولى: تتمثل في أن المفحوص الذي يتعلق ويرتبط بالآخرين يكون اقل تعرضا للمخاطر والأضرار من المفحوص المنعزل عن الآخرين.

- الثانية: وتشير إلى أن المفحوص المنعزل عن الآخرين يكون أكثر تعرضا للمخاطر والأضرار من البيئة المحيطة به بسبب متغير العمر الزمني أو الحجم، أو الحالة الصحية ويكون أكثر سهولة وسرعة في إظهار سلوك التعلق.

- الثالثة: سلوك التعلق يظهر بوضوح في المواقف الضاغطة أو في حالات توقع الخطر.

ولقد افترض بولبي (Bowlby) أن الأفراد الذين لديهم علاقات وروابط تعلق صحية مع الآخرين، يكونون أكثر أمنا واعتمادا على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون لمثل هذه الروابط (علي، 2005، ص52).

بالتالي نقول ان كل فرد يحتاج الى المساندة الاجتماعية منذ ولادته وتظل هذه الحاجة طول مراحل نموه، حيث اشار الاخصائيون في هذا المجال الى ان الفرد مهما كان عمره، فانه عند مواجهته للأحداث الضاغطة ينشط لديه نظام التعلق ويبحث بشكل تلقائي عن المساندة و الراحة (Paul & Savard, 2016, p. 73) .

فسرت نظرية التعلق كيف ان البحث والحاجة الى المساندة الاجتماعية يتطور مبكرا منذ العلاقات الاولى للطفل مع والديه ومع اسرته ،وان الروابط والعلاقات الجيدة مع الآخرين تساهم في بناء شخصيات اكثر اعتمادا على نفسها واكثر استثمارا للعلاقات الاجتماعية.

3-2 النظرية البنائية:

يقوم الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر في التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وفي عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تلعب دورا هاما في تعزيز المواجهة الإيجابية لهذه الأحداث دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية للفرد، وفي هذا الصدد، اشار كابن Kaplan وآخرون إلى أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها، وتعدد مصادرها وتوسيع مجالاتها وهذا لتوظيفها في خدمة الفرد ومساندته في مواجهة أحداث الحياة، ووقايته من الآثار النفسية السلبية التي يمكن ان تواجهه في البيئة المحيطة به، في حين يرى دك Duck وسليفر Sliver أن النظرية البنائية تهتم بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية وتعدد مصادرها وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد.

3-3 النظرية الوظيفية:

تركز هذه النظرية على تعزيز أنماط السلوك المتداخل في شبكة العلاقات الاجتماعية لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد، لذلك اشار كابن Kaplan وآخرون الى أن علماء النظرية الوظيفية أكدوا على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والتي تعمل على مساندته في الظروف الصعبة التي تواجهه في بيئته.

يعتبر عدم تحديد الباحثون لأنواع المساندة الاجتماعية المناسبة والاقوات التي يحتاجها فيها الافراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة من اهم الانتقادات الموجهة لهذه النظرية، بالإضافة الى عدم تطرقهم للدراك الشخصي للمساندة الاجتماعية و المتمثل في كيفية تفسير الفرد لأفعال واستجابات المساندة الاجتماعية، مما يساعد على التنبؤ بقدرته على التوافق مع احداث الحياة الضاغطة.

3-4 النظرية الكلية:

تركز هذه النظرية على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي تواجهه في حياته اليومية ، كما اشار كل من دك Duck وسليفر Sliver إلى أن هذه النظرية تؤكد على حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها ، كما اهتمت أيضا النظرية الكلية بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد، ودرجة

رضاه عن هذه المصادر وهذا الإدراك الكلي للمساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الاجتماعية.

3-5- نظرية التبادل الاجتماعي:

يرى اصحاب هذا الاتجاه ان تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد، الا ان الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي الى المساعدة (علي، 2005، ص ص 53-56).

3-6- نظرية المقارنة الاجتماعية:

تقترح نظرية المقارنة الاجتماعية ان الاشخاص الذين يعانون من مشكلة ويكونون غير متأكدين منها او يخافون بشأنها يفضلون تجنب الاشخاص العاديين ويبحثون عن اشخاص اخرين مشابهين لهم ، كما يختارون الاصدقاء الذين يشاركون مشكلتهم معهم (Brugha, 1995, p. 104).

لذلك ، فوفقا لوجهة نظر هذه النظرية يشير بيونك Bunnik وآخرون الى أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم اتجاه البيئة المحيطة بهم.

ومن جهة أخرى، يرى بيونك Bunnik وآخرون أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة يتجهون الى الارتباط بأفراد آخرين أفضل منهم ، ولكنهم يشعرون بالإحباط في محاولتهم للوصول إلى مصادر المساندة التي يرغبونها بالتالي يشعرون أحيانا بضغط أكثر حدة (علي، 2005، ص 56).

لقد تعددت وجهات النظر حول المساندة الاجتماعية واختلفت اهتمامات الباحثين ،فاذا كان من اهتمامات النظرية البنائية هو البناء الاجتماعي للشبكة الاجتماعية والتي تمثل شبكة المساندة ،فان من اهتمام النظرية الوظيفية هو وظائف هذه الشبكة وادوار الروابط والعلاقات الاجتماعية المتداخلة بين الافراد ،اما النظرية الكلية فقد اهتمت بالخصائص الشخصية و الحاجة الى المساندة الاجتماعية الى جانب الادراك الكلي للمساندة الاجتماعية من الفرد ودرجة رضاه عنها ،في حين ركزت نظرية التبادل الاجتماعي على اهمية التبادلات الاجتماعية بين الافراد وكذا اهمية ايجاد التوازن بين هذه العلاقات ،وركزت نظرية المقارنة الاجتماعية على نقطة مهمة وهي ان الافراد يتجهون الى مشاركة اهتماماتهم مع الافراد من نفس الاهتمامات ويفضلون الاندماج

معهم ،وما يمكن استخلاصه هو التكامل بين هذه النظريات ،فكل نظرية لها اسهاماتها الخاصة حول موضوع المساندة الاجتماعية.

4- ابعاد المساندة الاجتماعية:

اقترح دومونت Dumont وبورقارد Beauregard (1996) ثلاثة ابعاد للمساندة الاجتماعية:

4-1- الشبكة الاجتماعية وشبكة المساندة: Le réseau social et le réseau du soutien

تشير الشبكة الاجتماعية الى مجموعة الروابط الثابتة والايجابية عادة والتي يمكن وصفها عن طريق حجمها (عدد الاشخاص الذين يشكلون الشبكة) وتتحدد هذه الروابط حسب الخصائص المعيارية والخصائص العاطفية، فالخصائص المعيارية تعني ان كل فرد يشغل دور محدد بالنسبة للفرد الاخر (اب، طفل، جار)، اما الخصائص العاطفية فتشير الى المشاعر والاحاسيس المتبادلة والتي تحرك كل عضو من الشبكة. اما شبكة المساندة فينظر اليها كمجموعة فرعية من الشبكة الاجتماعية والتي يرجع اليها الفرد للحصول على المساندة.

كما تحدث فرانكلين Franklin وستريتر Streeter (1992) عن الاندماج الاجتماعي، وذلك اخذا بعين الاعتبار الروابط واتصالات الفرد بالأفراد الاخرين المهمين في محيطه، والاندماج الاجتماعي يترافق مع الاحساس بالانتماء للجماعة ويشير الى درجة مشاركة الشخص واستثماره في الوسط الاجتماعي وفي العلاقات الاجتماعية.

4-2- سلوكيات المساندة: Comportement de soutien

يجب ان يُنظر الى المساندة الاجتماعية من خلال النشاطات او السلوكيات المادية (الواضحة) والتي تقدم بشكل حقيقي لمساعدة الشخص، وهو ما يسمى بالمساندة المتحصل عليها (soutien reçu) او المساندة النشطة (soutien actif)، والتي تتمثل في المساندة الفعلية والتي يمكن ان تظهر عن طريق الاستماع، التعبير عن التوترات، إعطاء المال، والمساعدة في القيام بمهمة معينة. كما يعرف بريرا Barrera (1981) سلوكيات المساندة بمجموعة من النشاطات والسلوكيات التي تقدم بشكل حقيقي لمساعدة الشخص.

4-3- التقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية او المساندة الاجتماعية المدركة: Soutien social

perçu

يمكن اعتبار التقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية بتقييم الفرد المستفيد من المساندة (درجة رضاه) للمساندة المقدمة له من طرف شخص اخر، ويمكن تعريف المساندة الاجتماعية المدركة بالتأثير الذاتي للمساعدة المقدمة من طرف محيط الفرد وكذلك الطريقة التي يقدر بها هذا الاخير مدى إشباع حاجاته، فالتقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية يأخذ عدة ابعاد وهي:

- الاحساس بالاستفادة من قدر كاف من المساندة.
- الرضا عن المساندة الاجتماعية المتحصل عليها.
- إدراك الفرد لمدى اشباع حاجاته للمساندة.
- إدراك مدى توافر وتوافق المساندة الاجتماعية وحاجات الفرد.
- الاقتناع بتوفر المساندة الاجتماعية عند الحاجة اليها.

اذن المساندة الاجتماعية المدركة ترتبط بالخبرة الشخصية أكثر من ارتباطها بالأحداث الموضوعية. (Fischer, & al, 2020)، فبالرغم من ان مقدار المساندة المتاحة لنا يمثل امر مهم، الا ان الأهم من ذلك هو ادراكنا لمستوى المساندة الاجتماعية التي نمتلكها، فالأفراد الذين لديهم مساندة اجتماعية يشعرون بالمحبة والرعاية والتقدير. (شويخ ، 2012، ص 156)

بالمقابل، لا يمكن الحديث عن المساندة الاجتماعية المدركة دون الاشارة الى ما يسمى بالمساندة الاجتماعية المقدمة او المساندة الاجتماعية الفعلية، والتي تتمثل في المساعدة الفعلية او المتاحة للفرد من طرف محيطه، ولقد تم تحديد عدة تقسيمات لأنواع المساندة الاجتماعية الفعلية ويعتبر التقسيم الذي قدمه هاوس (1981) Hous والذي يضم اربعة انواع للمساندة الاجتماعية الاكثر انتشارا (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021)

كما قسم بعض الباحثين ابعاد المساندة الاجتماعية الى بعدين هما:

- البعد البنيوي: Dimension structurale

يضم المؤشرات الموضوعية للاندماج الاجتماعي مثل حجم الشبكة الاجتماعية، معدل الاتصالات بين الافراد، نوعية الرابطة التي تجمعهم (زوج، عائلة، تعارف بسيط) الكثافة (درجة الروابط بين الافراد) علاقات متعددة الادوار وعلاقات متبادلة.

- البعد الوظيفي: Dimension fonctionnelle

يشير الى الامتيازات التي يمكن الحصول عليها من العلاقة مع الاخرين، حيث يمكن ان تكون على شكل مساندة انفعالية مثل الاحساس بالراحة عند التواجد مع شخص يستمع إلينا، او عن طريق المساندة بالمعلومات كتقديم النصائح او على شكل مساندة مادية عن طريق المساعدات المادية، كما يمكن للشبكة الاجتماعية ان تزودنا بالاحساس بالانتماء للجماعة. (Lamy, 2014, p. 128)

ان الحديث عن المساندة الاجتماعية يتناول ثلاثة ابعاد هي الشبكة الاجتماعية او ما يمكن الاشارة اليه بمصادر المساندة الاجتماعية والتي هي مجموعة الافراد الذين يمكن الاعتماد عليهم منها الاسرة الاصدقاء الجيران ، زملاء العمل ، اما البعد الثاني فيتمثل في المساندة الاجتماعية المقدمة او الفعلية والذي يعني ما يقدم فعلا من مساعدة للأفراد وقت الشدة ، واخيرا المساندة الاجتماعية المدركة ويقصد بها المساندة الاجتماعية كما يدركها الفرد او مدى اشباع حاجاته ومدى توافق المساندة المقدمة و حاجات الفرد من حيث النوعية والحجم والرضا عنها.

5-أنواع المساندة الاجتماعية:

تتخذ المساندة الاجتماعية أنواعا وأنماطا متعددة تساعد في تخفيف أحداث الحياة الضاغطة، حيث اتفق الباحثون بأن المساندة الاجتماعية هي مركب متعدد الأبعاد ولقد صنف سيدني كوب (Cobb 1976) Sidney المساندة الاجتماعية إلى ثلاثة أصناف:

- 1- المساندة العاطفية: معلومات تقود الفرد إلى الاعتقاد بأنه يحظى بالعناية والحب.
- 2- مساندة التقدير: معلومات تقود الفرد إلى الاعتقاد بأنه محترم ومُقدَّر.
- 3- مساندة الانتماء: معلومات تقود الفرد إلى الاعتقاد بأنه ينتمي إلى شبكة اتصال والتزام متبادلة (Roy,

2011, p. 5)

في حين اشار هاوس (Hous(1981 إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال منها:

- المساندة العاطفية: والتي تتمثل في التعبيرات عن العواطف الايجابية التي يتحصل عليها الفرد من الآخرين والتي تحمل الثقة والصداقة.

- مساندة التقدير: والتي تتمثل في طمأنة الفرد فيما يتعلق بقدراته وقيمه مما يعزز ثقته بنفسه في حالات الشك منها.

- المساندة بالمعلومات: تنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات أو اقتراحات حول مشكلة معينة.

-المساندة المادية: وتتمثل في تقديم و اعارة الاموال او الاشياء المادية. (Bruchon & Boujut, 2021, p. 459)

اما بريرا(1981) Barrera فقد حدد المساندة الاجتماعية في الانواع التالية:

- المساندة المادية: كالمساعدة بالمال او عن طريق اعارة او تقديم اشياء مادية.

- الدعم عن طريق الجهد البدني: ويكون بالمشاركة في انجاز المهام.

- التفاعل الشخصي، عن طريق التعبير ومشاركة الانفعالات والانفعالات.

- تقديم النصائح: كالتوصية وتقديم الراي.

- التغذية الرجعية: تقديم معلومات عن الخصائص الايجابية للفرد.

- المشاركة الاجتماعية: المشاركة في النشاطات الاجتماعية والترفيهية. (Beauregard & Dumont, 1996, p. 62)

ويرى كوهن (1986) Kohen وآخرون أنه يمكن تحديد أربعة انواع من المساندة الاجتماعية وهي:

- مساندة التقدير: وتكون في شكل معلومات بأن الشخص مقدر ومقبول، بمعنى أن يشعر الشخص أن الأفراد يقدرون قيمته الذاتية وانه مقبول بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية.

- المساندة بالمعلومات: يساعد هذا النوع من المساندة الاجتماعية الافراد في تحديد وفهم المشكلات وكيفية التعامل معها و مع الأحداث الضاغطة.

- الصحبة الاجتماعية: وتتمثل في قضاء بعض الوقت مع الآخرين والترويح عن النفس، ولهذه المساندة الاجتماعية دور في التخفيف من الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين.

- المساندة الإجرائية أو المادية: تشمل على تقديم المساعدات المالية والإمكانات المادية والخدمات اللازمة وقد يساعد العون الإجرائي على تخفيض الضغط وذلك عن طريق الحل المباشر للمشكلات الإجرائية. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص ص40-41)

اما اولمان(1996)Ullman في تحليله لمفهوم المساندة الاجتماعية فقد حدد المكونات التالية:

- 1- المساندة الاجتماعية الإيجابية: والتي تتمثل في عدة أنواع من السلوكيات مثل المساعدة بالمعلومات، المساندة الانفعالية، الاستماع والتفاهم، وهذا النوع من المساندة له أثر مخفف للاضطرابات الانفعالية.
- 2- المساندة الاجتماعية السلبية: تشمل مجموعة من السلوكيات مثل التوبيخ، التأنيب، عدم تصديق الفرد، المراقبة في حالة الاختيار واتخاذ القرارات، ويعمل هذا النوع من المساندة السلبية على استقرار الحالات النفسية السلبية والتقليل من قدرة الفرد على التكيف.

كما اقترح اولمان(1996)Ullman اسلوبين تقدم بهما المساندة الاجتماعية وهما:

- المساندة الاجتماعية غير الرسمية: وتقدم من طرف الأسرة الأصدقاء، الزوج أوكل شخص محبوب أو قريب من الفرد.
 - المساندة الاجتماعية الرسمية وتشمل المؤسسات مثل المشرفين والزملاء والتي تقدم المساندة بشكل رسمي.
- (Fischer & al., 2020, p. 182)

اذن هناك انواع من المساندة الاجتماعية منها المساندة المادية وتكون عن طريق تقديم مواد واغراض يحتاجها الافراد،المساندة العاطفية او الانفعالية ويتم ذلك بالمواساة والتقبل والتعاطف مع الاخرين ،مساندة التقدير وذلك من خلال تقدير جهود الفرد و رفع معنوياته و المساندة بالمعلومات عن طريق تقديم معلومات وتعليم الفرد كيفية اداء نشاط او مهمة ما. كما تجدر الاشارة ايضا الى ان المساندة الاجتماعية تقدم اما بشكل رسمي وهذا من طرف المؤسسات الاجتماعية الرسمية أو بشكل غير رسمي مثل المساندة الاجتماعية التي تقدم من طرف الاسرة والجيران او الاصدقاء.

6-مصادر المساندة الاجتماعية:

حدد فيشر (1985) Fisher مصادر المساندة كالاتي الأسرة، الأصدقاء والمؤسسات، زملاء العمل والمشرفون في العمل (اسماعيل، 2004، ص16).

وقد أكدت نتائج دراسة كل من روس وكريهين ان للمساندة الاجتماعية من طرف الأسرة دور مهم في التخفيف من الآثار النفسية السلبية عند مواجهة الفرد لأحداث الحياة الضاغطة (علي، 2005 ص21)، و يقصد بالمساندة من الأسرة الحصول على العون والمساعدة من قبل أفراد الأسرة التي ينتمي إليها الفرد وكذا الشعور بالأمن النفسي لوجوده بينهم وأنه محل ثقتهم واحترامهم (معتز، 2001، ص113).

تساهم الجماعة (الأسرة، الأصدقاء، الأقارب) في دعم الفرد ومساندته ومساعدته خاصة عند حصول المشاكل والأمراض والحوادث، و لهذه المساعدة دور في شعور الفرد بالأمن والاطمئنان وإشباع حاجاته للانتماء. وللمساندة الاجتماعية مصادر متعددة فقد يلجأ الفرد إلى أحد منها دون الآخر وقد يضطر في بعض الأحيان إلى الاعتماد على كل المصادر قصد التخفيف من الضغوط والمعاناة النفسية.

7-النماذج الرئيسية المفسرة للمساندة الاجتماعية:

من خلال نتائج الأبحاث التي قام بها كل من كوهين Kohen وويلز wills (1985) لمعرفة الدور الذي تقوم به مصادر المساندة الاجتماعية، قدما نموذجين أساسيين يؤديان إلى تمتع الفرد بالصحة الجسمية والنفسية والعقلية وهما:

7-1-نموذج الأثر الوافي أو المخفف للضغوط:

تخفف المساندة الاجتماعية من الآثار السلبية للضغوط، وذلك إما عن طريق تعزيز استراتيجيات التكيف لدى الفرد أو بدفعه الى اعادة تفسير الموقف على انه اقل سلبية (Lam, 2019)، بالتالي يرى اصحاب هذا النموذج ان الآثار الايجابية للمساندة الاجتماعية على الصحة تظهر خاصة في حالات الضغط حيث تلعب المساندة الاجتماعية دورا وسيطيا بين الاحداث الضاغطة والصحة وهذا كما يلي:

1- تؤثر المساندة الاجتماعية ايجابيا على إدراك الفرد لمحيطه خاصة على اعتقاده ان الاشخاص الاخرين سيقدمون له المساعدة، كما تؤثر ايضا على ادراكه لقدرته على مواجهة الاحداث الضاغطة.

2- يمكن للمساندة الاجتماعية ان يكون لها أثر ايجابي عن طريق التأثير على الاستجابة الانفعالية المرتبطة بالحدث الضاغط، وكذا على تقييم نتائجه، فمساندة الاقارب عن طريق تقديم حلول للمشكلات يخفف من آثار الضغط، وكذلك التقليل من الأهمية التي يوليها الفرد للأحداث الضاغطة، وتسهيل تبني افكار عقلانية وتجنب او التخفيف من السلوكيات غير المتكيفة.

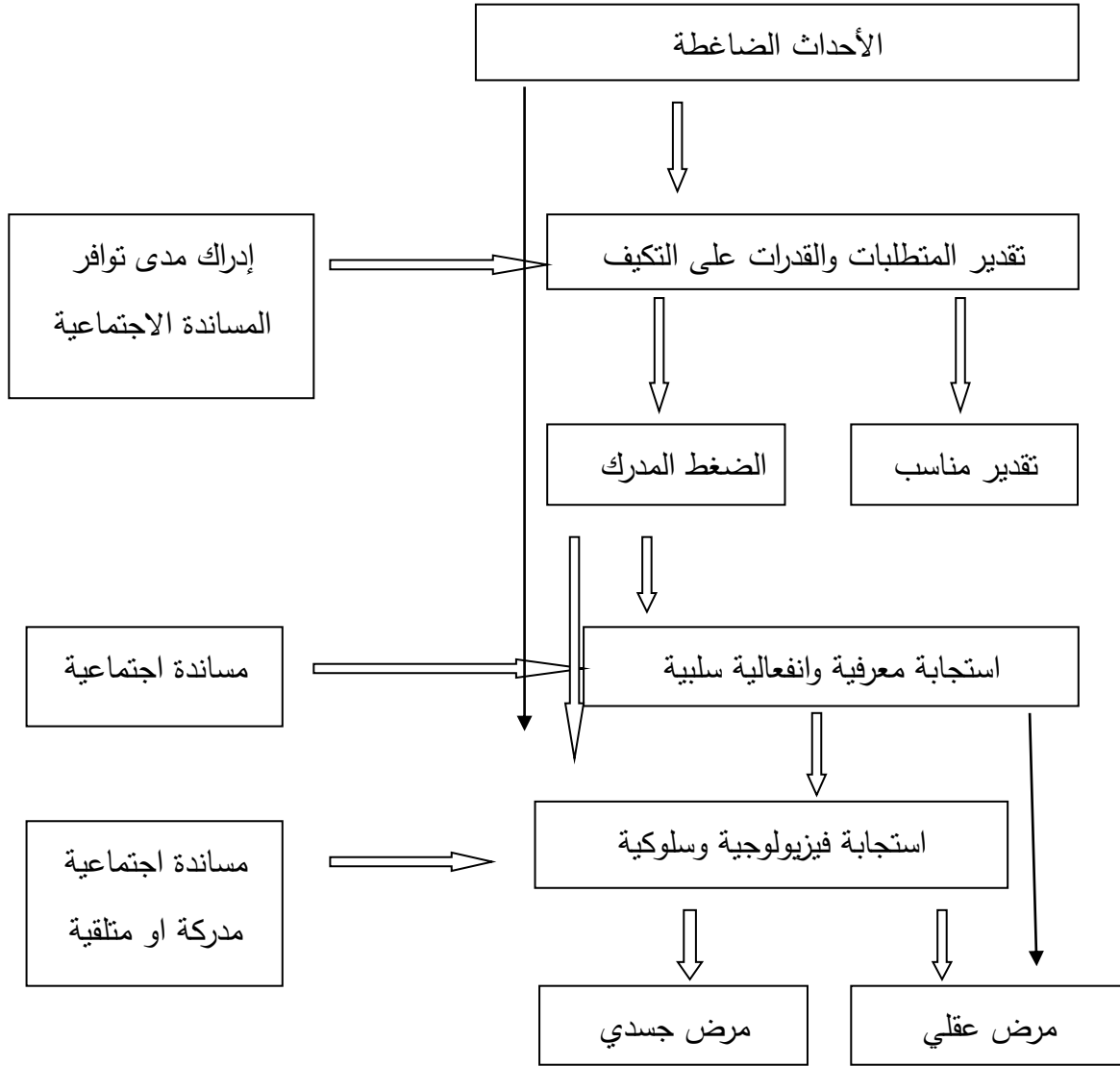
3- تؤثر المساندة الاجتماعية على العمليات الفيزيولوجية، مما يجعل الافراد اقل استجابة لإدراك الضغط النفسي (Caron, & Guay, 2005, p. 19).

اذن المساندة الاجتماعية تقوم بدور تخفيفي سواء من خلال التأثير على طريقة إدراك الافراد للموقف الضاغط (تقييمهم) او عن طريق تعديل استراتيجية المواجهة التي يعتمدون عليها (شويخ ، 2012، ص 158).

وهناك آليات عديدة تعمل من خلالها المساندة في ظل هذا النموذج، وقد وضع Kohen وويلز wills (1985) آليتين على الأقل لتفسير كيفية قيام المساندة الاجتماعية بالتخفيف من آثار المشقة والضغط التي يقع تحتها الأفراد وهما كالتالي:

- الآلية الأولى: ويكون ذلك عن طريق تأثير المساندة الاجتماعية على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد الواقع تحت الضغط ،فالفرد الذي يقابل مصدرا للضغط ، مثل الأزمة المالية في ظل توفير مساندة له من قبل المحيطين به سواء أكان عن طريق مساعدته ماليا من أفراد عائلته أم عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب مزيد من المال، يدرك الموقف على أنه غير شاق.

- الآلية الثانية: تتدخل المساندة الاجتماعية وذلك عن طريق التعديل من الآثار السلبية لأحداث الحياة المسببة للضغط والنواتج المترتبة عليها، حيث يعمل أعضاء البيئة الاجتماعية على تهدئة الفرد وكذا إقناعه بأن المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة أو يحاولون التقليل من مخاوفه أو تشجيعه على التركيز على ما هو ايجابي في حياته ،مما يساعد الفرد على تصحيح صورته عن ذاته أو عن الموقف (شويخ ، 2007، ص93).و الشكل رقم (3) يلخص هذا النموذج.



شكل رقم (3) نموذج الأثر الوافي من الضغط

(Cohen & al., 2000, p. 13)

يظهر من خلال الشكل ان المساندة الاجتماعية تتدخل في ثلاث مواضع اساسية حيث تؤثر على تقدير المتطلبات و القدرات على التكيف ،فالمساندة الاجتماعية تخفف من وطأة الاحداث الضاغطة كما ترفع من التقدير الايجابي للفرد لقدراته على التكيف ،وتؤثر المساندة الاجتماعية على الاستجابة المعرفية و الانفعالية حيث تخفف من المشاعر السلبية وتساعد الفرد على تبني افكارا اكثر عقلانية من اجل مواجهة الحدث

الضاغط، وفي الاخير تتدخل المساندة الاجتماعية لتؤثر على الاستجابات الفيزيولوجية والسلوكية التي تنتج عن تعرض الفرد للضغط .

7-2- نموذج الأثر الرئيسي:

فحسب هذا النموذج ، للمساندة الاجتماعية اثر مباشر و ايجابي على الصحة وهذا بأشكال متعددة ،حيث تسمح الشبكة الاجتماعية بالتزود بالخبرات الايجابية ومجموعة من العلاقات الاجتماعية المستقرة و المعززة مما يساعد على التزود بالمشاعر الايجابية و الاستقرار و الأمن وهذا ما يعزز الإحساس بالراحة ،كما تسمح أيضا بادراك القيمة الشخصية وتدعيم تقدير الذات ،وهذه الحالات النفسية الايجابية مفيدة لصحة الفرد ،بالإضافة إلى اثر ذلك على تبني سلوكيات صحية والرغبة في الاهتمام بالذات (Caron & Guay, 2005, p. 8). فالمشاركة الاجتماعية تشكل عاملا للحفاظ و حماية الصحة النفسية ،في حين يشكل الانسحاب الاجتماعي العجز و الاعتمادية و الانعزال عوامل خطر للعديد من المشاكل الصحية.(Tremblay, 1996, p. 4)

فمن خلال هذا النموذج يكون للروابط الاجتماعية أثر ايجابي ومباشر على راحة ورفاهية الفرد وهذا بغض النظر عن التوتر (Lam, 2019) . وعليه فالمساندة الاجتماعية تلعب دورا إيجابيا وذلك بالتأثير بطريقة مباشرة على سعادة الفرد وهذا في الحالات التي يكون فيها مستوى الضغط مرتفعا، كما تعمل على تعزيز الصحة النفسية مستقلة عن مستوى الضغوط او كمتغير وسيط يخفف من الاثار السلبية الناتجة عن التعرض للضغط النفسي (شليبي، 2015، ص 153).

8-العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية:

يشير الشناوي وعبد الرحمان (1994) الى ان الأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجابتهم السلبية لتلك الأحداث بين القلق والاكتئاب وهذا تبعا لمدى توفر العلاقات الودودة والمساندة، فكلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية ازداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية ، مما يشير إلى أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة.

كما تلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في تعديل العلاقة بين إدراك الأحداث الضاغطة وبين الأعراض المرضية، فهي لا تخفف أو تُلطف من وقع الضغوط فحسب وانما قد يكون لها آثارا شافية أو واقية من أثرها، وللمساندة الاجتماعية دوران أساسيان في حياة الفرد وهما الدور الإنمائي والدور الوقائي.

أولاً: الدور الإنمائي: في هذا الدور تسهم المساندة الاجتماعية في التوافق الإيجابي للأفراد، فكلما كان للأفراد علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم، ويدركون أن هذه العلاقات يمكن الوثوق بها، كلما كانوا أفضل من ناحية الصحة النفسية، من غيرهم ممن يفقدون لمثل هذه العلاقات .

ثانياً: الدور الوقائي: تلعب المساندة الاجتماعية دوراً في التخفيف من أثر نتائج الأحداث الضاغطة أو ما يعرف بنموذج الأثر الوقائي للمساندة الاجتماعية أو فرض التخفيف، وهذا من خلال التفاعل بين الضغوط من ناحية والمساندة الاجتماعية من ناحية أخرى في التأثير على النتائج التي يتوقع حدوثها، و يظهر ذلك في ما يحدث من تحسن في أساليب المواجهة والتعامل مع الضغوط ومصادرها.

ويذكر الشناوي وعبد الرحمان (1994) ان هناك مجموعة من المواقف في حياة الناس تلعب فيها المساندة الاجتماعية دوراً هاماً، ويذكر منها، البرء من الجراحات، ردود الفعل تجاه مضاعفات الأمراض ومشقة الحمل لدى المرأة و الوقاية من الاكتئاب في حالة الأحداث المؤلمة، و التخفيف من الأحزان و الأعراض الجسمية التي قد تنتج عن تعطل العمل وتخفيف أثار الأسى، والتخفيف والوقاية من وقوع اضطرابات انفعالية في فترة الشيخوخة، والتخفيف من أثار ضغوط العمل في البيئات ذات المشقة و الإجهاد، حيث يكون للمساندة الاجتماعية تأثيراً على إدراك الفرد لهذه الضغوط وكذلك الاستجابة لها والتعامل معها (الشناوي و الرحمن، 1994، ص34).

ففي مجال ضغوط العمل اثبتت دراسة سهيل مقدم و قدور بن عباد هوارية (2018) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط العام و المساندة الاجتماعية التي تتلقاها المرأة العاملة في قطاع الصحة ،فكلما كانت المساندة الاجتماعية كبيرة كلما كانت اثار الضغط النفسي ضعيفة ،كما توصلت الدراسة الى وجود فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية. (مقدم و قدور، 2018). فالمساندة الاجتماعية تلعب دور في التأثير على اختيار استراتيجيات مواجهة متكيفة مثل البحث عن المعلومة ،المزاج الايجابي و المقاومة ،وترتبط سلبا مع الاستراتيجيات غير المتكيفة كالإنكار و الرجوع إلى القضاء و القدر . (Fischer & al., 2020, p. 186)

كما اثبتت الدراسات ان للمساندة الاجتماعية أهمية في التوافق النفسي والاجتماعي خاصة لدى الشباب البطل وهذا ما اتضح في دراسة ايت حمودة ، فاضلي و مسيلي (2011)، التي توصلت الى ان المساندة الاجتماعية

لها دور في التخفيف من الضغط النفسي الناتج عن البطالة مما يحقق التوافق النفسي الاجتماعي لدى الشباب. ومن جهة أخرى أثبتت دراسة أبو القمصان (2017) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية والمرونة النفسية لدى المطلقات مما يشير إلى أهمية ودور المساندة الاجتماعية في التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن الطلاق وتعزيز القدرة على التكيف مع أحداث الحياة الجديدة.

بالتالي يمكن القول أن للمساندة الاجتماعية دور في مساعدة الأفراد على مقاومة ضغوطات الحياة ومواجهة الشدائد، مما يساعد على تحقيق التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي وكذلك التخفيف من الآثار السلبية للضغوط على صحة الفرد النفسية والجسدية.

9-العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية والجسمية:

تلعب المساندة الاجتماعية من خلال العلاقات الاجتماعية دور إيجابي على الصحة النفسية والصحة الجسمية للفرد. (Arnaud & Mellet, 2019) لذلك أشارت نتائج دراسة ترودال (Trudel, 2009) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التفاعلات الاجتماعية السلبية والقلق، كما أشارت الدراسة إلى أن نوع المساندة الاجتماعية المدركة لها علاقة بالصحة النفسية.

للمساندة الاجتماعية دور منظم ومعدل للاستجابات الانفعالية للأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية، حيث تعمل على التخفيف من الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق وأعراض ضغط ما بعد الصدمة، حيث يمكن للفرد أن يدرك الموقف على أنه ضاغط، ولن تكون لديه استجابات القلق إذا كان لديه مساندة اجتماعية مناسبة، في حين أن ضعف المساندة الاجتماعية يمكن أن يكون عامل خطر تجاه أي حادث ضاغط. (Fischer & al., 2020, p. 183)

كما أثبتت العديد من الدراسات الأثر الإيجابي للمساندة الاجتماعية على الصحة الجسمية، وذلك يكون إما بشكل مباشر أين تشكل المساندة الاجتماعية مصدراً للنمو والتطور والنشاط حيث يتخذ الأفراد في هذه الحالة أسلوب حياة صحي والذي يحميهم من الأمراض، أو بشكل غير مباشر وذلك أن المساندة الاجتماعية في هذه الحالة تسمح بتأويل الموقف الذي يشكل تهديداً للفرد بطريقة غير مبالغ فيها، ففي هذه الحالة يستخدم الفرد الذي يشعر بأنه مدعم استراتيجيات مواجهة فعالة مقارنة بالفرد الذي يشعر أنه يواجه المواقف أو المرض لوحده، حيث

اظهرت العديد من الدراسات ان وجود الاصدقاء و الاولياء حول المريض يمكن ان يخفف من الاحساس بالألم (Fischer & al., 2020, p. 185).

وفي هذا الصدد أشارت دراسة شهرزاد نوار (2013) أن للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري، وذلك من خلال العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من السلوك الصحي والألم العضوي فالمساندة الاجتماعية والاندماج الاجتماعي للفرد يساهمان في تحسين الصحة، وهذا عن طريق الدعم الذي يتلقاه المريض والذي يعزز السلوك الصحي ومنع الفرد من اتباع السلوكيات غير الصحية، والذي من شأنه أن يخفف من الألم العضوي لدى المريض.

بالمقابل يمكن للمساندة الاجتماعية ان تزيد من التمسك بالحياة و الرضا عنها خاصة لدى الافراد المصابين بالأمراض الخطيرة كالسرطان و الايدز، وهذا ما اشارت اليه دراسات عديدة منها دراسة قنون خميسة (2013) التي اثبتت ان الدعم الاجتماعي المدرك يزيد من الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، مما يخفف من الانعكاسات السلبية للمرض على الحالة النفسية للمريض كما اثبتت دراسة اخرى لها على المرضى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي ان للدعم الاجتماعي المدرك دور في التخفيف من الاعراض الاكتئابية لدى المرضى (قنون، 2007).

كما يمكن للمساندة الاجتماعية خاصة المساندة بالمعلومات ان تؤدي الى التقليل من بعض السلوكيات الضارة بالصحة، مثل شرب الكحول، تناول التبغ او المواد الضارة، وتشجيع تبني سلوكيات صحية واللجوء الى التشخيص المبكر والبحث عن المساعدة، من جانب اخر يؤدي نقص المساندة الاجتماعية الى الانشغال الدائم بالمرض والشفقة بالذات مما يؤدي الى الكرب النفسي (Fischer & al., 2020).

يمكن تفسير كل ما سبق في كون المساندة الاجتماعية توفر للمريض نماذج معتقدات (العزو السببي، ادراك الاخطار، القابلية للإصابة) مما يسمح له بتحديد ادراكه للواقع و المرض ولذاته، مما يسمح بتوجيه سلوكياته الصحية نحو تعزيز المصادر و الموارد (اسلوب حياة صحي)، مما يؤدي الى اثر ايجابي على الصحة بالتالي نشهد نوع من تطبيع او محاكاة التوظيف المعرفي للمريض، والذي يتوقف على ما يمثله الواقع بالنسبة للمحيطين به بمعنى ان المريض يتبنى نوعا ما المخططات المعرفية و الانفعالية الخاصة بالأفراد المحيطين به خاصة اذا كانت هذه الاخيرة موجهة نحو الحياة و التفاؤل وذلك لان المريض يجد صعوبة في انتاجها لوحده بطريقة متكيفة

وهذا ما يسمح له بالخروج من النظرة السلبية و المتشائمة للواقع ولنفسه و حالته ،وهذا لا يتحقق الا اذا كان المريض من النوع الذي يتأثر برأي الآخرين ،في حين هناك احتمال الا يكون للمساندة الاجتماعية من طرف الآخرين اي فعالية اذا كان المريض منغل على ذاته، مستقل و منغل على آرائه و افكاره .

10-أهمية المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية اهمية كبيرة في حياة الافراد والجماعات، ويمكن تلخيص اهمية المساندة الاجتماعية في النقاط التالية:

- تعمل على زيادة قدرة الفرد على مقاومة الاحباط والتقليل من المعاناة النفسية.
- تلعب دورا مهما في الشفاء من الاضطرابات النفسية، وتساهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد.
- وقاية الفرد من الاثار الناتجة عن الاحداث الضاغطة كما تخفف من حدة هذه الاثار .
- زيادة وتقوية المصادر الشخصية كالشعور بالثقة بالنفس و الضبط الداخلي ، فشعور الفرد بان الآخرين يحبونه ويحترمونه ويقدرونه ويشبعون حاجاته يؤدي الى زيادة شعوره بالأمن النفسي و السعادة والثقة بالنفس ،مما يزيد من قوته وقدرته على مواجهة الاحداث الضاغطة و المشكلات و الازمات و الكوارث
- تؤثر المساندة الاجتماعية على سعادة الفرد واستقراره في الحياة.
- تعمل المساندة الاجتماعية على استبعاد وتخفيض عواقب الاحداث الصادمة والضاغطة على صحة الفرد النفسية والبدنية.
- زيادة قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الاحباطات ومساعدته على حل المشكلات بطريقة جيدة وفعالة.
- تساعد المساندة الاجتماعية الفرد على تحمل المسؤولية وابرار الصفات القيادية له.
- التخفيف من وقع الصدمات النفسية ومن اعراض القلق والاكتئاب.
- زيادة شعور الفرد بالرضا عن ذاته وعن حياته مما يزيد من تقديره لذاته وتقبله لها. (شليبي، 2015، ص 153-154)

اذن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في حياة الافراد ،وغالبا ما تكون العزلة سببا في تدهور صحة الفرد النفسية ،خاصة في الحالات التي يواجه فيها مواقف ضاغطة تفوق قدراته على التكيف.

11- شروط تقديم المساندة الاجتماعية:

يخضع تقديم المساندة والاجتماعية الى مجموعة من الشروط ومن أهمها:

- 1- كمية المساندة: ويقصد فيه الاعتدال في تقديم المساندة الاجتماعية اذ لابد أن يكون معدل المساندة الاجتماعية معتدل عند تقديمها للمتلقي حتى لا يجعله ذلك أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته.
- 2- اختيار الوقت المناسب لتقديم المساندة: وهذا يحتاج إلى الكثير من المهارة الاجتماعية لدى مانحي المساندة حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي.
- 3- توفر خصائص شخصية معينة لدى مانحي المساندة: والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم المساندة.
- 4- كثافة المساندة: ويشير وايد Wade وتافرين Tavrine (1987) إلى أن تعدد مصادر المساندة الاجتماعية لدى المتلقي قد يؤدي إلى الحل السريع للمشكلات وتساعد على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.
- 5- نوع المساندة: ويتمثل ذلك في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي.
- 6- التشابه والفهم المتعاطف: ترى ثويتس Thoits أن المساندة الاجتماعية يمكن تقبلها في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وتتوقف فعاليتها على مدى تشابه الظروف التي يمر بها الطرفين (علي ، 2005، ص ص31-32).

اذن تقديم المساندة الاجتماعية يخضع لضوابط و شروط والتي تحددها طبيعة المواقف و الازمات التي يمر بها الافراد وكذلك حاجاتهم ،وكلما تعددت مصادر المساندة الاجتماعية كلما استفاد الافراد منها أكثر كما انه لابد ان يتصف مقدمي المساندة الاجتماعية بالمرونة والنضج وهي صفات تزيد من ثقة الفرد بنفسه ومن تقديره لذاته.

12- فعالية المساندة الاجتماعية :

تعتبر المساندة الاجتماعية الفعالة عاملا مساعدا على التكيف والتعامل الفعال مع المشاكل و تعتمد فعالية المساندة الاجتماعية على مدى ملاءمتها لسد الحاجات المقصودة التي ظهرت بسبب الضغط، ويتحقق ذلك عن طريق التفهم المتعاطف من قبل الأشخاص الذين يقدمون المساندة، الذي يمكنهم من تحسس نوع المساندة التي سيكون تأثيرها أكبر في مساعدة الفرد الذي يتعرض لنوع محدد من الأحداث الضاغطة.

وكلما توافرت لدى الأفراد الذين يحتاجون إلى المساندة مهارات اتصال تساعدهم في التعبير عن حاجاتهم، كلما تمكنوا في المقابل من الحصول على مساندة أكثر فعالية من الآخرين وعلى المساندة التي يحتاجونها بالضبط، فالمساندة الاجتماعية الفعالة تعتمد على المواءمة بين حاجات الفرد وما يتلقاه من الآخرين المتواجدين ضمن شبكة علاقاته الاجتماعية، كما تعتمد فعالية المساندة الاجتماعية على كيفية استخدام الفرد لشبكة العلاقات الاجتماعية المساندة، فبعض الناس لا يكونون فعالين في انتزاع الدعم الذي يحتاجون إليه من الآخرين. (تايلور، 2013، ص 453-454).

بالمقابل، يمكن للأحداث الضاغطة أن تتدخل في إمكانية الاستفادة بشكل فعال من المساندة الاجتماعية، ففي حالات الضغط الشديد قد يعبر الأفراد باستمرار عن معاناتهم أمام الآخرين، فيدفعونهم بذلك إلى الابتعاد عنهم مما يزيد الأمر سوءاً، كما أن الأشخاص الذين يعانون مثلاً من الكآبة الشديدة أو المرض، يمكن أن ينفروا أصدقائهم وأفراد أسرهم بدلاً من الاستفادة من المساندة الاجتماعية التي يمكن أن يقدموها لهم.

وفي بعض الأحيان قد يتصرف الشخص المقدم للمساندة بطريقة أبعد ما تكون عن المساندة، مما يؤدي إلى تفاقم الأحداث السلبية وقد تسبب هذه التفاعلات السلبية آثاراً ضارة بالصحة يفوق ما يمكن للتفاعل الاجتماعي الإيجابي أن يحققه من فوائد، فيفشل بذلك الشخص من تقديم المساعدة المطلوبة. (تايلور، 2013، ص 456-457).

وعليه يمكن حصر الحالات التي تفتقد فيها المساندة الاجتماعية لفعاليتها فيما يلي:

1- الحالة الأولى: أوضح دنكيل Dunkel وآخرون أن المساندة الاجتماعية قد تكون متاحة إلا أنه قد لا نشعر بها وذلك لكونها غير جوهرية أو لأنها لم تقدم في الوقت المناسب، لذلك لا ندركها على أنها مساندة وبالتالي لا تقلل أو تخفف من الضغط، فهناك حالات أين يدرك الفرد أن المساندة المقدمة من قبل المحيطين مجرد عطف وشفقة وليست مساندة ومن ثم لا تأتي المساندة بالنتائج المتوقعة لاختلاف إدراك الفرد لها.

2- الحالة الثانية: أشارت كارولين Carolyn (1990) إلى أن عدم التطابق بين نوع المساندة المقدمة وبين الحاجة التي نتج عنها المشقة يؤدي إلى عدم الشعور بالمساندة المقدمة، فإذا تعطلت السيارة الخاصة بالفرد فإن المساندة الوجدانية المقدمة من طرف المسافرين لن تقلل من درجة المشقة لديه، وفي هذه الحالة تعد المساندة الأدائية أكثر ملاءمة للتحكم والسيطرة على أحداث المشقة لدى الفرد من المساندة الوجدانية.

3- الحالة الثالثة: أبرز بيرج (1990) Burig ان هناك بعض الظروف التي قد تؤثر فيها الروابط الاجتماعية بشكل سلبي أو مؤذ خاصة عندما يكون المحيطون بالفرد سيئين، فقد يشجعونه على تناول بعض المواد المضرة بالصحة أو يحاولون التشكيك فيما يقول الطبيب وغيرها من الأساليب التي تؤدي الى نواتج صحية سلبية (شويخ ، 2007، ص94).

فعليه فان للخصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد دور في تحديد مدى فعالية المساندة الاجتماعية، كإدراك الفرد ان هناك عددا كافيا من الأشخاص في حياته، يمكن ان يعتمد عليهم عند الحاجة ، وإدراكه لدرجة الرضا عن المساندة المتاحة له واعتقاده في كفايتها وكفاءتها وقوتها (شليبي، 2015، ص 153).

وفي هذا السياق طور كل من روسل Russell و كوترونا Cutrona و نموذجا نظريا حاولا فيه المزوجة بين الاحداث الضاغطة وأنواع المساندة الاجتماعية التي يحتاج اليها الفرد ،حيث يحدد هذا النموذج دور المساندة الاجتماعية وآثار الضغط النفسي وعلاقتها بأحداث الحياة و القدرة على المواجهة، وحسب هذا النموذج فان أحداث الحياة و القدرة على التحكم فيها و مجالات الحياة التي تمسها (العلاقات ،الممتلكات ،الأدوار الاجتماعية والأهداف) هي خصائص تحدد العقبات و التحديات و الحاجات ،وهذه بدورها تحدد نوع المساندة الاجتماعية التي تساهم في الحفاظ على الصحة ، فالقدرة على التحكم في الأحداث له اثر كبير على الحاجة الى المساندة الاجتماعية ، فالأحداث غير المتحكم فيها ينتج عنها صدمات عاطفية للأفراد ويترتب عنها حاجة مرتفعة إلى المساندة العاطفية ،التي تبعث على الراحة وتعزز الإحساس بالحب ،زيادة على ذلك فان الأحداث غير المتحكم فيها تؤدي غالبا الى فقدان و الإصابات التي تمس أبعاد ذات قيمة في مجال محدد ،فالفقدان يستوجب مساندة بشكل يعوض ما تم فقده . أما الأحداث التي يمكن التحكم فيها ،فهي تستدعي مستوى عال من المساندة المادية كما تناسبها أيضا المساندة بالمعلومات و النصائح والتغذية الرجعية حول الاستراتيجيات مما يعزز تقييم القدرات.

(Caron & Guay, 2005, p. 21)

تتوقف فعالية المساندة الاجتماعية على عدة عوامل ،اولها طبيعة الموقف وحاجات الفرد وهو الشيء الذي يحدد نوع المساندة الاجتماعية المناسبة ،كما ان لقدرة الفرد على الاتصال و التواصل دور مهم يساعد المحيطين به على فهم احتياجاته، بالإضافة الى ادراك الفرد لمدى اشباع حاجاته و مدى التطابق بين المساندة الاجتماعية المتوقعة والمساندة الاجتماعية المقدمة.

خلاصة :

المساندة الاجتماعية من مصادر المقاومة و المواجهة التي يمتلكها الفرد والتي تتوفر في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ، و بقدر تعدد مصادر المساندة الاجتماعية تتعدد انواعها ،مما يعطى للأفراد فرصة لاختيار ما يتوافق مع حاجاتهم و توقعاتهم ،حيث تختلف المساندة الاجتماعية الفعلية عن المساندة الاجتماعية المدركة ،فاذا كانت الاولى تشير الى ما هو موجود ومتوفر في الواقع فان الثانية تشير الى ما هو مدرك و متوقع ،وتتأثر هذه الاخيرة بتفسيرات و توقعات الافراد ،وترتبط بمدى تحقيقها واشباعها لحاجاتهم ،فحتى يكون للمساندة الاجتماعية اثر ايجابي لابد ان تكون متوافقة مع حاجات و توقعات الافراد، لذلك على مقدمي المساندة الاجتماعية التحري عن هذه الحاجات ومحاولة تقديم المساندة المناسبة ، وفي الوقت المناسب ،وعلى الذين يكونون بحاجة الى المساندة ان تتوفر لديهم قدرات تسمح لهم بالاستفادة من الدعم الاجتماعي كالاندماج والتفاعل الاجتماعي وتجنب العزلة الاجتماعية والخجل و النفور الاجتماعي مهما كانت ظروفهم و المشاكل التي يواجهونها ،فالى جانب الخصائص و القدرات الشخصية تعتبر المساندة الاجتماعية مورد هام يساعد الافراد على معايشة احداث الحياة الشاقة و المرهقة ،والتخفيف من اثارها السلبية.

الفصل الرابع

الضغط النفسي

تمهيد:

تتعدد مصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد بتعدد مجالات الحياة فالضغوط النفسية سمة من سمات هذا العصر، كما ان للفرد دور كبير في استجاباته للمواقف الضاغطة وذلك انطلاقا لإدراكه لدرجة التهديد الذي يكمن وراء المواقف التي يعيشها يوميا ، فما قد يكون حادث ضاغط بالنسبة لفرد ما، قد لا يكون كذلك بالنسبة لفرد آخر وقد يتمكن ادهم من مواجهة الموقف بنجاح ويفشل البعض منهم في ذلك ،ولكن مهما اختلف إدراك الأفراد للمواقف الضاغطة ومهما اختلفت طريقة استجابتهم لها فللضغوط النفسية آثارا يشترك فيها الأفراد ،فإدراك الضغط النفسي يؤثر على الفرد ويمسه في عدة جوانب منها الجانب الانفعالي والعاطفي ،الجانب السلوكي ،الجانب المعرفي والجانب الاجتماعي فان لم يتبنى الفرد استراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوط النفسية، ستكون نتيجة ذلك استمرار تعرضه لها فبالتالي وقوعه ضحية العديد من الاضطرابات النفسية و الجسدية. وقد حاولت العديد من النظريات تقديم تفسيرات للطريقة التي يحدث بها الضغط النفسي، وكذلك تحليل طريقة استجابة الأفراد لها وهذا حسب تخصصات روادها، كما اجتهد العديد من المختصين في هذا المجال لإيجاد طرق للوقاية والتكيف مع الضغوط وكل هذه العناصر سيتم تناولها في هذا الفصل.

1-تعريف الضغط النفسي:

1-1-لغويا:

ضغطه ضغطا: غمزه الى شيء كحائط او غيره. تشدد وضيق -وضغطه: قهره او أكرهه، ضاغطه مضاغطة وضغاطا: زاحمه. تضاغطا: ضغط أحدهما الآخر او تزاكما. الضغطة: الضيق والقهر والاضطرار (مجمع اللغة العربية، 2014، ص540).

اما بالنسبة لأصل المصطلح نجد أن لفظ Stress مشتق من اللفظ الفرنسي القديم Désstress والذي يعني الاختناق والضيق والشعور بالظلم. وقد تحول اللفظ في الانجليزية إلى Stress ليعني التناقض أما اللفظ Distress في الانجليزية فيعني الشيء غير المرغوب فيه أو غير المحبب (الفرماوي و عبد الله، 2009، ص ص20-21).

وردت في اللغة الإنجليزية ثلاث مصطلحات للضغط النفسية هي الضواغط stressor، و الضغط stress، والانضغاط strain، حيث يشير مصطلح الضواغط الى تلك القوى و المؤشرات الفيزيائية، الاجتماعية والنفسية التي توجد في المجال البيئي، و التي بمقدورها انشاء حالة ضغط ما، اما كلمة الضغط فتشير الى الحادث نفسه أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط أي ان الفرد وقع تحت ضغط ما، في حين يشير مصطلح الانضغاط الى الحالة التي يعانيها ويئن منها الفرد و تتمثل في الشعور بالإعياء، الانهالك و الاحتراق الذاتي و التي يعبر عنها بصفات مثل خائف، قلق، مكتئب، مشدود، متوتر متوجس (شلبى، 2015، ص ص 13-14).

1-2 - اصطلاحا:

لقد تعددت التعاريف المحددة للضغط ونذكر منها:

تعريف بوم (1990) Boom "خبرات انفعالية سلبية مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية كيميائية معرفية وسلوكية موجهة للتغيير أو تعديل الحدث الضاغط أو العمل على خفض تأثيره"

تعريف كريمان عويضة متشارة (1999) "إحساس الفرد بالتوتر والقلق وعدم الاتزان الناشئ عن عدم قدرته على المواءمة بين ما لديه من إمكانيات وما تطلبه البيئة المحيطة من أفعال تؤدي إلى حالة الإشباع لدى الفرد، ويتوقف ذلك أيضا على درجة إحساس الفرد وتقديره لهذه الضغوط بل وإدراكه لها، والتي تتحدد بعدد من العوامل من داخل الفرد ومن خارجه"

تعريف صبحي الكفوري (2000) "مجموعة من المواقف المهددة التي يتعرض لها الفرد ويستجيب لها عبر تغيرات فسيولوجية وانفعالية ومعرفية وسلوكية، تكشف عن عدم قدرة الفرد على المواءمة بين ما لديه من إمكانيات وبين ما تتطلبه البيئة المحيطة" (خليفة و سعد، 2008، ص 131).

في حين يعرفه سيد (2000)، "بأنه حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثا يدركونها على أنها تهدد وجودهم النفسي والجسمي، ويكونون متأكدين من عدم قدرتهم على مواجهة هذه الأحداث" (ص 259)

تعريف محمد حسانين (2001) "الضغط هو ذلك العبء الثقيل الذي يشعر به الشخص نتيجة المرور بمواقف الإجهاد أو الشدة في حياته اليومية، وهذه المواقف في الإجهاد والشدة قد تحدث نتيجة للعوامل الفيزيائية والعوامل النفسية أو كلاهما معا، وقد يسبب التعرض طويل المدى لمواقف الشدة في ضعف وظيفي قد يؤدي في نهاية الأمر إلى الاضطراب أو المرض النفسي أو العقلي" (خليفة و سعد، 2008، ص ص 132)

يرى بطرس (2008) "الضغط حالة من التوتر النفسي الشديد والانعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب السلوك" (ص 371).

تعريف رسلان (2013) "الضغط مفهوم يشير الى درجة استجابة الفرد للأحداث او المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الاثار الفسيولوجية، مع ان تلك التأثيرات تختلف من شخص الى اخر تبعا لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الاخرين" (ص 26).

تعرف الضغوط النفسية إجمالاً بأنها "تلك المثيرات الداخلية او البيئية التي تكون على درجة من الشدة والدوام بما يثقل القدرة التوافقية للفرد، والتي قد تؤدي في ظروف معينة الى الاختلال الوظيفي او السلوكي" (عبد المعطي ، 2006، ص 23).

كم يمكن تعريفها بانها علاقة خاصة بين الشخص والبيئة والتي يتم تقييمها من الشخص أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر المواجهة لديه وتمثل خطراً على صحته، وتشير هذه العلاقة إلى أن البيئة تؤثر في الشخص والشخص بدوره يؤثر في البيئة بطريقة تبادلية، وان عملية التقييم المعرفي والمواجهة تمثل مكونات هامة تتوسط العلاقة بين الشخص والبيئة (طه و سلامة، 2006، ص 58).

ومن هنا نفهم أن الضغط النفسي عبارة عن ردود فعل فيزيولوجية، انفعالية، عقلية ناتجة عن استجابة الفرد لمواقف مهددة لإمكانياته وقدراته على المواءمة بينها وبين متطلبات البيئة التي يعيش فيها.

2- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

2-1- النسق النظري لهانز سيلبي 1946 Selye:

أسس هانز سيلبي نظريته من خلال تجاربه المتنوعة على الإنسان و الحيوان ،ويعتبر من الأوائل الذين بحثوا في موضوع الضغط النفسي وأعطوه أرضية علمية وافية ، ،و بين في نظريته كيف أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطرابا في الجهاز الهرموني وذلك من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل ،وان هذه الاضطرابات الهرمونية تعتبر المسؤولة عن الأمراض أو الاضطرابات النفس جسمية الناتجة عن التعرض للتوتر و الضغط النفسي الشديدين وأطلق سيلبي على تلك الأعراض التي تظهر على العضوية أثناء ذلك بزملة التكيف العام (بطرس، 2008، ص 372).

تتمثل زملة التكيف العام في سلسلة من الاستجابات الفسيولوجية التي تحدث في العديد من المواقف الضاغطة وهي:

- تضخم او اتساع الغدة الادرينالينية.
 - انكماش الغدة الصعترية (غدة صغيرة صماء قرب قاعدة العنق) والجهاز اللمفاوي المسئول عن مقاومة الأمراض.
 - القرح الهضمية (اسماعيل، 2004، ص44).
- وهذه الزملة تحدث من خلال ثلاث مراحل:

1- مرحلة الإنذار:

يؤدي التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن الجسم مهياً لها الى حدوث مجموعة من التغيرات العضوية والكيمائية، فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني، يكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من اجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد فيستدعي في هذه المرحلة كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له.

2- مرحلة المقاومة:

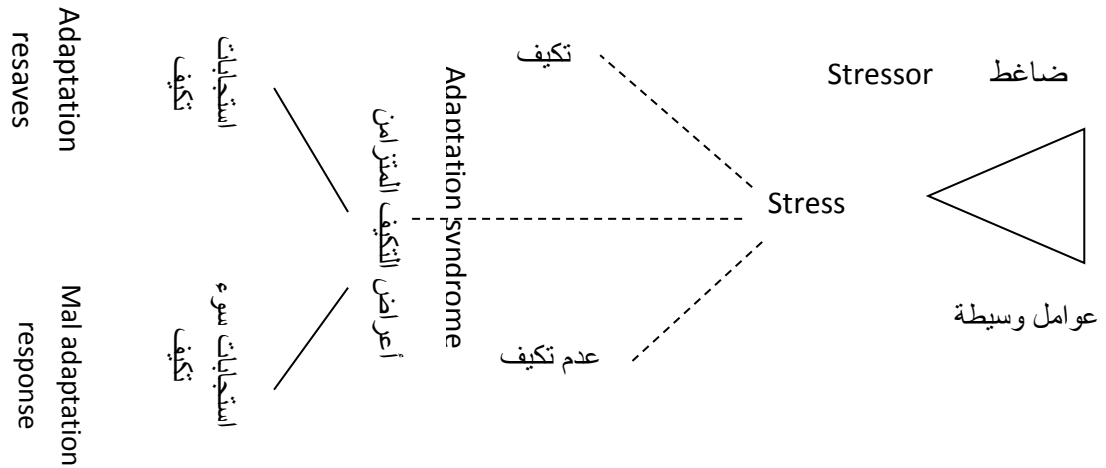
تتبع مرحلة الإنذار مرحلة أخرى وهي مرحلة المقاومة، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض

التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، فالتعرض المستمر للضغط يؤدي إلى اضطراب التوازن الداخلي، مما يحدث مزيداً من الخلل في الإفرازات الهرمونية المتسببة للاضطرابات العضوية ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف.

3- مرحلة الإعياء والإنهاك:

وفي هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتتفقد مقاومة الجسم، وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب نتيجة تعرض الفرد للضغط لمدة طويلة، بالتالي وصوله إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة، ويدخل في مرحلة الإنهاك والإعياء ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل (بطرس، 2008، ص 273).

وقد أوضحت كتابات لفين Levin وسكوتش Scotch أن سيلي قد قدم رسماً توضيحياً لنظريته كما يلي:



شكل رقم (4) حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية هانز سيلي

(الرشيدى، 1999، ص 52)

وفي إطار هذا الرسم التوضيحي نميز الضاغط وهو متغير مستقل ينتج عنه ضغوط، أما العوامل الوسيطة فهي تلك التي يكون لها دور هام في التقليل أو الزيادة من تأثير الضاغط، مثل المناخ والطعام في حين تشير أعراض التكيف المتزامن إلى تلك الأعراض التي تظهر في وقت واحد، ويقصد بها

الضغوط الطارئة التي تظهر في الكائن الحي مثل التغيرات الكيميائية وفي الاخير تكون النتيجة اما استجابات التكيف أو سوء التكيف مثل ضغط الدم أو أمراض القلب. ويذكر سيللي ان شدة الاستجابة للضغوط تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، وتعتمد نوعية الاستجابة على نوعية عملية التكيف كما أن التهديد أو التغلب على المشكلات يعتمد على النشاط المعرفي للتقييم، فلكل تقييم نمط معين من الاستجابة (الرشيدى، 1999، ص ص52-53).

2-2-النسق النظري لهنري موراي Murray:

يتسم منهجه بالدينامية النفسية ويصل موراي إلى مستوى عال من الدينامية النفسية عند تعرضه لمفهوم الحاجة ومفهوم الضغط ويعتبرهما مفهومي أساسيين ومتكافئين في تفسير السلوك الإنساني فالحاجة تمثل المحددات الجوهرية للسلوك، في حين يمثل مفهوم الضغط المحددات الجوهرية المؤثرة للسلوك في البيئة، فيعرف الضغط بأنه خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين (خليفة و سعد، 2008، ص 153). وحسب موراي يوجد نوعان من الضغوط:

أ-ضغط بيتا: وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد.

ب-ضغط ألفا: وهي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي، ويوضح موراي أن استجابات الفرد ترتبط غالبا بضغوط بيتا.

وطبقا لنظرية موراي، تكون الحاجات النفسية قوة دافعة لكنها لا تعمل بمفردها وإنما تتضافر مع القوى البيئية في ديناميكية من أجل انبثاق السلوك الإنساني، ينشأ فالعوز عن وجود حاجة فيهدد كيان الفرد ويهز استقراره واتزانه ويزيد من التوتر والإلحاح من أجل الإشباع، فيظل الإنسان يكدح ويناضل في بيئته ويبحث عن ميسرات تحقق له الإشباع وتحقيق اللذة، بالتالي يتواجه الفرد مع الأشخاص والموضوعات والوضعيات والقوى البيئية وكذا النماذج الاجتماعية والتي من شأنها إما تيسير الإشباع أو إعاقته فعندما تكون هذه القوى ميسرة وقادرة على تحقيق الإشباع، يفض التوتر ويستعيد الفرد توازنه وانتظامه، أما في حالة اعاقه إشباع الحاجات المثارة فتكون الضغوط هي النتيجة. تعتبر الموضوعات والأشخاص والأشياء والوضعيات والنماذج الموجودة في البيئة، ضواغط لها القدرة على إنشاء حالة من الانضغاط لدى الفرد،

وهذه الحالة تتوقف على الإدراك والتفسير والتأويل الشخصي لهذه الموضوعات والأشياء (الرشيدى، 1999، ص 67).

2-4- النظرية المعرفية لازاروس وفولكمان:

وتتمثل هذه النظرية في النموذج الذي قدمه كل من لازاروس وفولكمان، الذي يفسر الضغط في اطار العلاقة بين الشخص والبيئة والتقييم المعرفي، وعلى اساس ذلك يعرفان الضغط بأنه علاقة خاصة بين الشخص والبيئة، والتي يتم تقييمها من الشخص على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر المواجهة لديه، وتمثل خطرا على صحته، وفي اطار هذه العلاقة، أشار هذا النموذج إلى أن البيئة تؤثر في الشخص والشخص يؤثر في البيئة وذلك بطريقة تبادلية، كما ان عملية التقييم المعرفي والمواجهة تمثل مكونات هامة تتوسط العلاقة بين الشخص وبيئته.

يشير التقييم المعرفي إلى الطريقة التي يفسر بها الفرد الموقف، فعندما يقع حدث معين، قد يفسره شخص ما على انه ضاغط، في حين قد يفسره شخص آخر غير ذلك، وبالتالي تتولد لدى الشخص الذي يفسر الحدث ويراها على انه ضاغط استجابات مختلفة سواء انفعالية أو فسيولوجية.

بالمقابل، تشير المصادر إلى قدرة الفرد على التعامل مع الحدث الضاغط، وذلك من خلال ادراكه لمدى امتلاكه لمصادر وإمكانات تساعده على التعامل معه، فقد يختلف شخصان في ادراكهما لحدث ما على انه ضاغط، من خلال اختلافهما لمدى امتلاك كل منهما لمصادر مواجهة، بالتالي يستجيب كل منهما ويتعامل مع الموقف الضاغط طبقا لما لديه من مصادر مواجهة. وانطلاقا مما سبق فان تفسير الحدث الضاغط يركز على عمليتين أساسيتين هما عملية التقييم الأولي وعملية التقييم الثانوي.

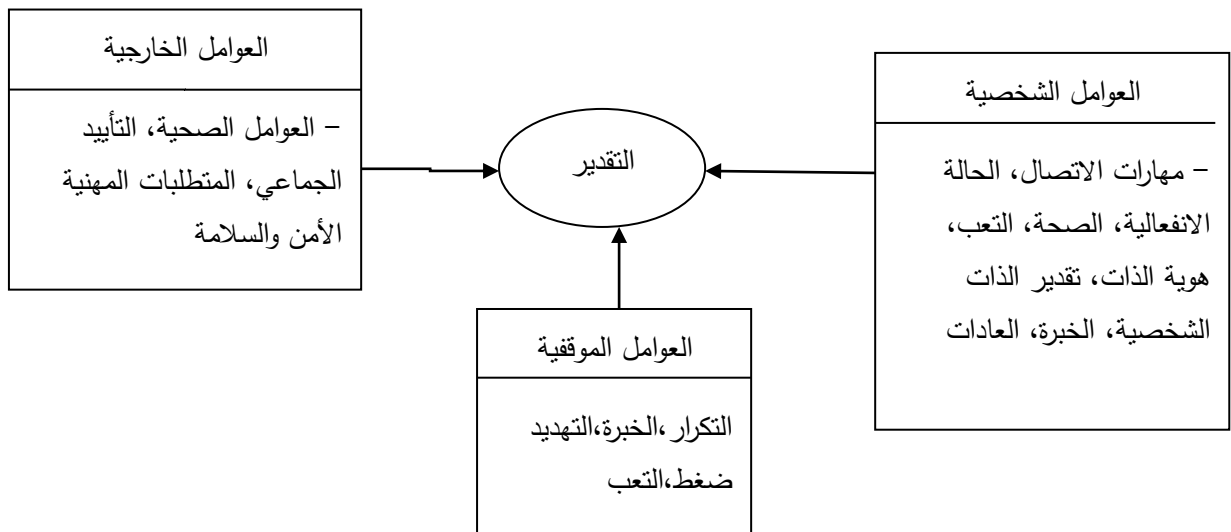
- **عملية التقييم الأولي:** تشير هذه العملية الى تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له، اي ما إذا كان الموقف خطيرا أولا، فالتقييم الأولي للحدث يسمح، بتفسيره او ادراكه على انه ايجابي أو ضاغط، وترتبط عملية التقييم الأولي بالعوامل الشخصية للفرد مثل الاعتقادات والعوامل الموقفية التي تشمل طبيعة الموقف.

- **عملية التقييم الثانوي:** تشير هذه العملية إلى تقييم الفرد لما يمتلكه من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، أي تقييم وتقدير خيارات المواجهة التي تكون متاحة لدى الفرد، ويرتبط التقييم الثانوي بقدرات وإمكانات الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- **عملية إعادة التقييم:** أضاف لازاروس عملية ثالثة وهي عملية إعادة التقييم، ومن خلال هذه العملية يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط، وينتج عن ذلك تطوير أساليب مواجهته، أو تغييرها وهذا طبقاً لإدراك الفرد لمدى جدوى هذه الأساليب أو نتيجة لحصوله على معلومات جديدة (طه و سلامة، 2006، ص ص 58-59).

وفي هذا السياق يعرف بيك (1976) الضغط النفسي انه استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته، أو مشكلة يصعب حلها أو تسبب له إحباط أو تعوق اتزانها، أو موقف يثير أفكاراً عن الشعور بالعجز واليأس لديه، ومن هذا المنطلق يظهر ان طريقة تفكير الفرد وإدراكه للمواقف تؤثر في سلوكه وانفعالاته، كما أنها تحدد مدى تأثره بالمواقف التي تواجهه.

كما يرى ألبرت اليس، رائد طريقة الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد، تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف، وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يُكوّنُها عنها وعن الأحداث الضاغطة (طه و سلامة، 2006، ص 68). ويمكن حوصلة هذه النظرية في الشكل التوضيحي التالي:



شكل رقم (5) نظرية التقدير المعرفي للضغط (لازاروس) (عثمان، 2001، ص 101)

2-6- نظرية التحليل النفسي:

يرى اصحاب مدرسة التحليل النفسي ان الضغوط التي يعاني منها الفرد في كل موقف او سلوك، هي تعبير او ناتجة عن صراع ما بين نزعات ورغبات متعارضة او متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي ام داخل الفرد نفسه، فالآليات الدفاعية تظهر عندما تصطدم النزعات الغريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي او من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها الانا الأعلى.

وطبقا للنظرية النفسية التحليلية، فان معظم الافراد لديهم صراعات لا شعورية، وهذه الصراعات تختلف من فرد لآخر والتي تكون لدى البعض أكثر حدة وعددا. بعض الناس يرون ان ظروف واحداث حياتهم مسببات للضغوط النفسية وتتم مواجهة هذه الضغوط عن طريق الكبت الذي اعتبره فرويد ميكانيزم دفاعي تجاه الضغوط، فمعاناة الفرد من اثار الضغوط النفسية واصابته لاحقا بالاضطرابات النفسية يكون نتيجة كبت الذكريات المؤلمة والمشاعر التي يرافقها الخجل في اللاشعور، ويتم ذلك في الطفولة المبكرة.

ومن جانب اخر يرى علماء النفس التحليليون ان الضغوط النفسية الناتجة عن أي موقف او سلوك هي بمثابة تعبير عن الصراع بين الهو الذي يمثل الرغبات والمشاعر الغريزية والتي تضبط وتحرم غالبا من المحيط الخارجي للفرد وبين الانا الأعلى الذي يمثل الرقابة النفسية الداخلية او ما يطلق عليه الضمير، فالتفاعلات والصراعات هذه تؤدي الى ظهور الآليات الدفاعية عند الفرد (النوايسة، 2013، ص ص 18-19).

2-7- النظرية السلوكية:

تعود النظرية السلوكية إلى المدرسة السلوكية التي أسسها واطسن (1912) والتي تنظر الى الكائن الحي نظرتها إلى آلة ميكانيكية معقدة، لا تحكمه دوافع موجهة إلى غاية، بل مثيرات فيزيقية تصدر عنها استجابات عضلية وغدية مختلفة. لذلك تؤكد المدرسة السلوكية على اختلاف مراحلها (القديمة والحديثة) على الجانب البيئي في الضغوط النفسية فتري أن الضغوط النفسية مصدرها عوامل بيئية، وهذه العوامل يمكن التحكم بها أو لا يمكن التحكم بها، وتذهب النظرية السلوكية إلى أن بعض الأفراد يتأثرون أكثر من غيرهم بضغط البيئة، لهذا فان هذه الضغوط تظهر آثارا مختلفة من حيث شدتها وحدتها.

بالإضافة إلى ذلك ترى هذه النظرية أن الخبرات التي يتعرض لها الفرد تحدد أنماط التوافق وسوء التوافق وقد اعتقد كل من واطسون وسكينر أن عملية التوافق الشخصي تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات البيئة وإثباتها ولا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، بالتالي ألغى واطسن دور الإنسان إذ يقول أن التوافق يتشكل بطريق ميكانيكية (ايبو، 2020، ص ص 98-99).

2-8- نموذج باوول واينرايث (Powel et Enright, 1990):

يعتبر هذا النموذج من النماذج الحديثة لإرشاد حالات الضغط النفسي، الذي وضح كيفية حدوث الضغط النفسي والمثيرات التي تحدث في البيئة الداخلية والخارجية، والتي تؤثر على الفرد وكذا نتائجها بالإضافة إلى كيفية التعامل مع تلك النتائج، ومواجهة الضغط النفسي. ويتشكل النموذج من الخطوات التالية:

1- المثيرات البيئية: وتتمثل في المثيرات الخارجية (أحداث الحياة، المحيط الاجتماعي، ظروف العمل، البيئة الطبيعية) والمثيرات الداخلية (اتجاهات، سمات، انفعالات، مزاج، خبرات وحاجات).

2- التهديد: نتيجة حدوث تأثيرات ونتائج سلبية مما يؤدي إلى نوع من عدم التوازن بين الفرد وبيئته مؤدياً إلى ضغط نفسي مستمر.

3- استراتيجية مواجهة الضغط النفسي والتعامل مع المواقف للعودة إلى حالة التوازن والتكيف وذلك لحل المشكلة، وفي حالة فشل الفرد في التعامل مع المشكلة ومواجهتها، فإن ذلك يؤدي إلى العودة إلى حالة سوء التكيف والتأثيرات السلبية على المدى البعيد (الغريز و اسعد، 2009، ص ص 66-67).

3- أعراض الضغط النفسي:

3-1- الأعراض المعرفية:

- تناقص مدى الانتباه، يظهر ذلك في صعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.
- اضطراب القدرة على التفكير: يفقد الإنسان القدرة على ضبط التفكير نسبياً أثناء حديثه أو تطرقه لموقف معين.
- تدهور في الذاكرة قصيرة المدى: حيث تضعف الذاكرة فيضعف بالتالي الاستدعاء والتعرف حتى على ما هو مألوف.

- صعوبة التنبؤ بالاستجابات: يظهر ذلك في ضعف سرعة الاستجابة الموضوعية بالتالي تصدر عن الفرد قرارات متسعة تعويضا لذلك.
- ازدياد معدل الأخطاء: تزداد معدلات الأخطاء في المعالجات والمهام المعرفية ويزداد الشك في القرارات.
- ضعف معدل التقييم الصحيح والتخطيط طويل الأمد: يصبح العقل غير قادر على التقييم الصحيح للظروف الراهنة أو التخطيط للمستقبل.
- الاضطرابات الفكرية والوهم: صعوبة في تحديد الاختيار الصحيح وصعوبة في النقد وتصبح خطوات التفكير مضطربة وغير منطقية (الفرماوي و عبد الله، 2009، ص36).

3-2-الأعراض الانفعالية:

- التوتر الفسيولوجي: حيث تقل القدرة على انسجام أو استرخاء العضلات مع اختزال الكلام وزيادة اللامبالاة.
- زيادة الوسواس: يختفي الشعور بالصحة والسعادة كما ينزع الفرد إلى الشكوى.
- تغير في سمات الشخصية: من خلال ميل الفرد إلى الإهمال واللامبالاة وعدم الاكتراث والتسلط.
- زيادة المشكلات الشخصية: يصبح الفرد أكثر استثارة وعدوانية كما يزداد لديه القلق.
- ضعف التحكم في الاستجابات السلوكية: تزداد النوبات الانفعالية ويقل التحكم في الاندفاعات الجنسية.
- ظهور مشاعر الاكتئاب والعجز: تتخفف حيوية الإنسان كما ينخفض إقباله على الحياة ويزداد شعوره بالعجز.
- انخفاض الشعور بتأكيد الذات: مع شعور الإنسان بالعجز ينمو لديه شعور بعدم القيمة الشخصية ومن ثم ينخفض إحساسه بتأكيد ذاته.

3-3-الأعراض السلوكية:

- اضطراب مظاهر الكلام: يبدو ذلك في التلعثم والتأتأة.
- نقص الميل أو الحماس: يظهر ذلك من خلال تخلي الفرد عن أهدافه الحياتية والتوقف عن ممارسة هواياته وقد يتخلص من أمثعته وممتلكاته.
- ازدياد التغيب عن العمل: يميل الإنسان إلى التأخر عن العمل وشيئا فشيئا يتغيب نهائيا.

- سوء استخدام العقاقير: يميل الإنسان إلى تناول الكحوليات والعقاقير.
- انخفاض مستوى الطاقة: ينخفض أداء الفرد مع شعوره بالعجز وعدم وجود طاقة محركة له.
- اضطرابات في عادات النوم: اضطراب في أوقات النوم وعدد ساعاته بل والعمق فيه.
- زيادة الشكوك في الناس: كثيرا ما يلقي الفرد اللوم على الآخرين نتيجة لشكوكه حتى فيمن حوله من أقاربه وزملائه (الفرماوي و عبد الله، 2009، ص 37).
- تجاهل المعلومات الجديدة: يميل الفرد إلى الرفض المستمر للمعلومات أو الضوابط أو التعليمات الجديدة.
- إعادة توزيع الأدوار على الآخرين: يزداد ميل الفرد إلى إعادة رسم الحدود مع الناس مع إقصاء الواجبات عنه.
- حل المشكلات بأسلوب بدائي: حيث يتبنى الفرد حولا غير موضوعية للمشكلات، ويتخلى عن محاولة البحث بعمق عن جذور المشكلة.
- ظهور أنماط سلوكية شاذة: تظهر على الفرد أنماطا سلوكية غير مرغوبة وغير مناسبة للمواقف.
- التهديد بالانتحار: يميل الفرد ربما إلى التخلص من حياته ويسبقها عبارات متكررة مثل: لكل شيء نهاية (الفرماوي و عبد الله، 2009، ص ص 37-38).

3-4- الأعراض الاجتماعية:

- إنهاء العلاقات والعزلة والانسحاب.
 - انعدام القدرة على قبول وتحمل المسؤولية.
 - الفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة (الغريز وابو اسعد، 2009، ص 52).
- تجدر الإشارة إلى أن حدوث هذه التأثيرات بمستوى معين قد يختلف من شخص إلى آخر، فهناك أفراد لا تظهر عليهم كل ما تقدم من تأثيرات حتى مع أقصى مستوى من الضغوط فحدة هذه التأثيرات قد تختلف من شخص إلى آخر.

4-أنواع الضغط النفسي:

تتعدد أنواع الضغط النفسي منها:

1-الضغط النفسي الحالي: يحدث نتيجة موقف معين كمناقشة أو مسابقة، والذي يصبح فعالا إذا تم التحكم فيه.

2-الضغط النفسي المتوقع: وهذا الضغط يكون ضارا عندما يعطيه الفرد أهمية كبيرة مثل الضغط الذي يشعر به الفرد بدخول امتحان معين.

3-الضغط النفسي الحاد: يحدث عندما يجد الفرد نفسه في موقف يهدده ولا يستطيع منعه وهو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر لحياته، وهو ما يسمى بالصدمة.

4-الضغط النفسي المزمن: يحدث نتيجة تراكم الأحداث المنهكة مع الزمن التي تشكل سلسلة من الضغوط المتراكمة.

5-الضغوط الإيجابية: وهو الضغط الذي يدفع الفرد للعمل بشكل متتابع محققا لأهدافه.

6-الضغوط السلبية: تذكر ألين Allen أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي، مما يجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه وكذا التفاعل مع الآخرين ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسمية.

كما قسم أبتير (1998) Apter الضغوط إلى نوعين:

1-ضغوط التوتر: يشير التوتر إلى مشاعر عدم الراحة والشعور بأن الأشياء ليست كما ينبغي أن تكون عليه وأن الفرد يحتاج لبذل جهد أكبر، وهي المشاعر التي تنشأ عندما يدرك الفرد التناقض بين المستوى الفعلي المفضل لمتغير دافعي هام، كما لو أن شخص في حالة عمل بينما الدافع منخفض.

2/ ضغوط الجهد: وتحدث ضغوط الجهد عندما يبذل الفرد جهدا أكبر للتقليل من ضغوط التوتر ويتوقع أن (ضغوط التوتر - الجهد) يتعلقان ببعضهما ايجابيا، فكلما زاد التوتر كلما زاد الجهد للتغلب عليه (خليفة و سعد، 2008، ص ص 137-138).

5- أحداث الحياة الضاغطة:

أحداث الحياة الضاغطة كثيرة وتشير إلى المواقف المختلفة التي يتعرض لها الفرد في حياته، واقتراح الباحثون للتمييز بينها النقاط التالية:

1- ميادين الحياة المختلفة: أغلبها العائلة (الحياة الزوجية تربية الأطفال، صحة الوالدين) العمل والدراسة (الترقية، الفصل، البطالة، الصعوبات العلائقية، امتحان، تقاعد) ظروف الحياة (السكن، النقل، التلوث) الصحة (المرض سواء الفرد نفسه أو أحد أقاربه) مراحل الحياة (الحمل، سن اليأس).

2- مدى استمرارية نتائجها عبر الزمن حيث تشير هذه الأخيرة إلى الصعوبات المزمنة التي تخلفها الأحداث الضاغطة مثلا الاختلاف مع أحد أفراد العائلة أو الطلاق كلها لديها انعكاسات على المدى البعيد.

3- الطبيعة الإيجابية والسلبية للأحداث الضاغطة.

4- شدتها: والتي تقاس بدرجة التكيف الذي تتطلبه من طرف الفرد.

5- التوقع: الحادث غير المتوقع يولد لدى الفرد صعوبة لمواجهته بالمقارنة مع الحادث المتوقع والذي ينتظره الفرد.

6- مدى تحكم الفرد في الحدث الضاغط: الأحداث التي يدركها الفرد كعوامل مهددة والتي تخرج عن سيطرته تكون مصدرا للضغط والإجهاد والاكتئاب (Servant, 2012, p. 57).

6- الاستجابة للضغط:

تأخذ استجابة الفرد للضغوط الخارجية عدة أشكال هي:

1- استجابة ارادية: وهي تلك التي يعيها الفرد.

2- استجابة لا ارادية: والتي تتمثل في ردود أفعال بعض أجهزة الجسم التي يصعب التحكم فيها، مثل الارتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع الفرد التحكم فيه، والتعرق بسبب الخجل.

3- استجابة عضوية: مثل التنبيهات الهرمونية وافرازات بعض الغدد وردود فعل الجهاز السمبتاوي المسؤول عن امن الجسم تلقائيا وقت تعرضه للخطر، حيث يعلن ما يشبه حالة الطوارئ وذلك لتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الاستعداد فيقوم بالسيطرة على الأجهزة الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز

الدوري والتنفسي وجهاز الغدد والجلد، وكذلك الجهاز البارا سمبتاوي الذي يعمل بالاتجاه المعاكس للجهاز السمبتاوي وذلك بإبطاء عمل بعض أجهزة الجسم.

4- الاستجابة السلوكية وهي الاستجابات التي يمكن ملاحظتها والتي تظهر على الفرد عندما يكون تحت وطأة الضغوط (شليبي، 2015، ص ص 29-30).

7- التكيف مع الضغوط النفسية:

يختلف الأشخاص في قدرتهم على التكيف مع الضغط طبقا لسماتهم الشخصية ومواقف الضغط والظروف المرتبطة به.

7-1- سمات الشخصية والتكيف:

1- السن: عادة ما يكون الأطفال وكبار السن اقل قدرة على التكيف مع الضغوط، ويرجع ذلك إلى نقص الخبرة وضعف التحمل وعدم النضج الانفعالي لدى الأطفال، أما كبار السن فهم غالبا ينشدون الاستقرار ويتجنبون المغامرة التي قد تلقي عليهم بضغوط يصعب التكيف معها، كما يضعف لدى هذه الفئة الأمل في البدء من جديد فيصعب عليهم ذلك.

2- النوع: بالرغم من ان هناك بعض البيئات الاجتماعية التي تركز على تنمية الاعتمادية لدى المرأة مما يجعلها أضعف في مواجهة الضغوط والتكيف معها، الا ان النوع لا يعد عاملا مهما في مواجهة الضغوط والتكيف معها.

3- النضج: لا شك أن الشخص الناضج أقدر على التكيف مع الضغوط من غيره، ويشير النضج الى قدرة الشخص على استخدام عقله بدرجة فعالة والسيطرة على انفعاله، مع تحمله المسؤولية والتصرف بواقعية تجاهها بما يجعله ايجابيا في موقفه.

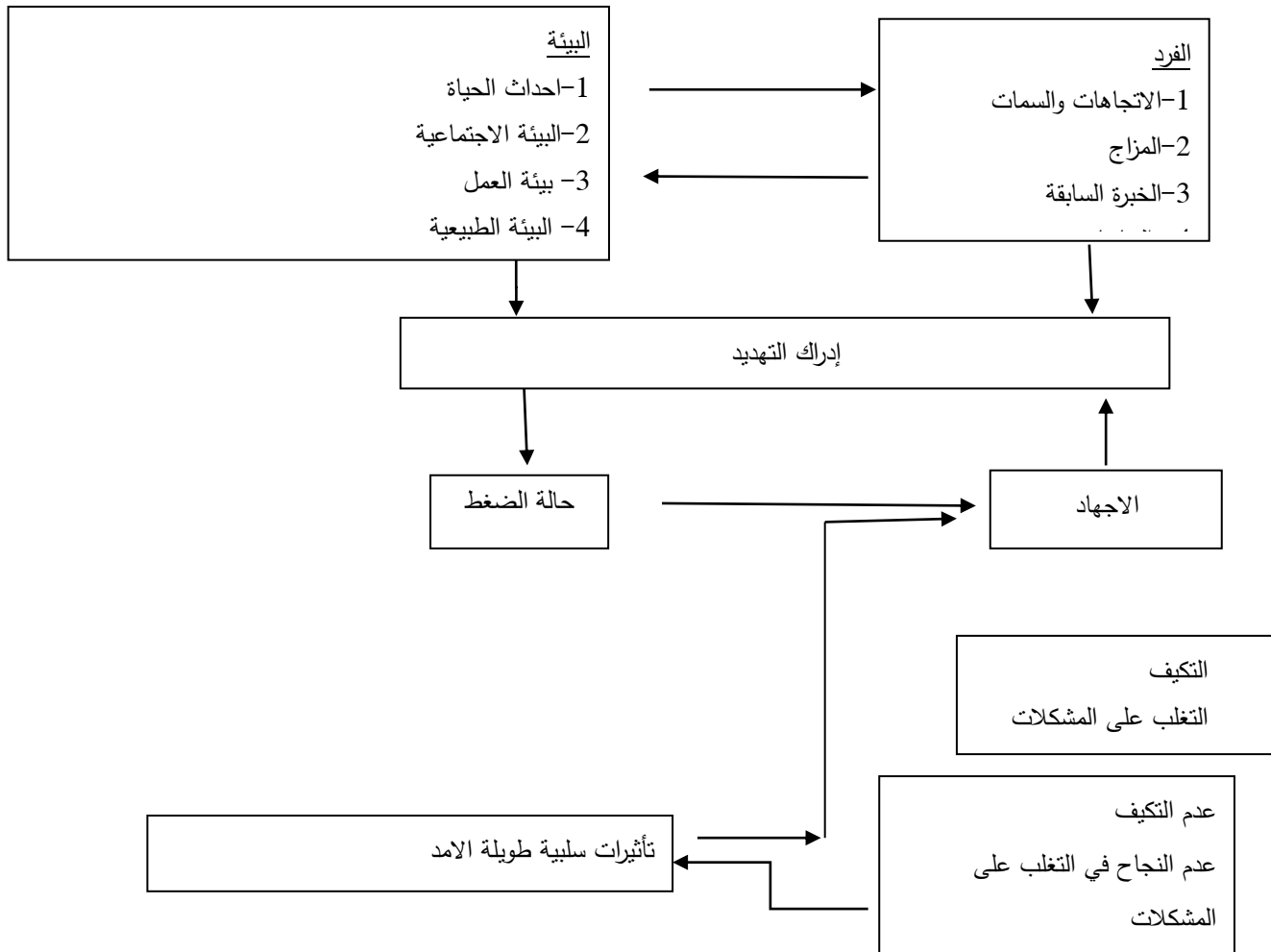
4- الثقة بالنفس: تعتبر الثقة بالنفس عامل مهم في مواجهة الضغوط والتكيف معها، وتبنى الثقة بالنفس عادة على رصيد الخبرة، وقوة الإرادة وغياب الصراعات الداخلية، خاصة العدوان الداخلي ضد النفس، الذي يضعف ثقة الشخص بنفسه ويجعله يُهزم في مواجهة الأحداث الضاغطة.

7-2-العوامل المرتبطة بالضغط وتأثيرها على التكيف:

تتمثل هذه العوامل في طبيعة الضغط وشدة، والمدة التي يستغرقها بمعنى هل هو قصير المدى أم طويل المدى، كما ان الضغط الذي سبق التكيف معه، يسهل إعادة التكيف معه في وقت قصير، بالإضافة الى ان توقع الضغط يخفف من وطأته، فكل هذه العوامل تؤثر في التكيف مع الضغوط.

7-3-العوامل المرتبطة بالبيئة:

يقصد بها المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الشخص المعرض للضغط وما يقدمه المحيطون به للتخفيف من أثاره عليه (الغريز و اسعد، 2009، ص 56).



شكل رقم(6) ديناميكية حدوث الضغط النفسي (الرشيدى، 1999، ص 22)

اذن التكيف مع الضغوط النفسية لا يرتبط فقط بالفرد او بالبيئة الخارجية او ما يتميز به الموقف الضاغط وانما ذلك يستدعي التفاعل والتكامل بين هذه العوامل الثلاثة، فقد يكون لدى الفرد سمات وخصائص شخصية قادرة على المواجهة والتكيف الا انه في بعض الاحيان قد يواجه مواقف تفوق قدراته على المواجهة والتكيف، كما انه في بعض الاحيان قد لا يلقى ما يكفي من الدعم والمساندة من المحيط والبيئة التي يعيش فيها بالتالي يقع ضحية الاجهاد، مما يؤدي الى تأثيرات سلبية على المدى الطويل.

8- إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالأمراض العضوية:

اشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى وجود علاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالعديد من الأمراض مثل الإصابة بداء السكري (خاصة النوع الثاني)، الذي تكون أسبابه في الغالب أسبابا انفعالية، اين يكون الفرد مهياً للانفعال نتيجة إدراكه المبالغ فيه لمثل هذه الضغوط، كما يتميز الشخص المستهدف للإصابة بداء السكري بالعديد من السمات مثل الحساسية الشديدة، الانفعالات الحادة، المبالغة في ردود الأفعال وعدم الاستعداد للتعامل مع الأحداث اليومية. كما توجد علاقة بين الضغوط وأمراض القلب، حيث أن الضغوط تُحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية وتجعل الجسم في حالة استنفار دائم ومستمر، ولا شك أن هذا يكون عبئا ومجهودا على القلب مما يؤدي الى الإصابة بعدة امراض مثل أمراض الشرايين التاجية، تصلب الشرايين والذبحة الصدرية.

هناك ثلاثة احتمالات لتفسير العلاقة بين الضغوط وإمكانية الإصابة بالأمراض المعدية وهي:

- **الاحتمال الأول:** يرى أنصاره أن الضغوط تؤثر بل وتغير من حساسية الإنسان للأمراض المعدية وذلك من خلال التغيير الذي يمكن أن يحدث في وظيفة جهاز المناعة، فضعف أو انهيار الجهاز المناعي يجعل الفرد عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض والإصابات، كما يمكن ان يحدث ذلك من خلال التغيير في السلوكيات الصحية.

- **الاحتمال الثاني:** يمكن للضغوط أن تُغيّر وتعديل من شدة ومجرى المرض المعدي أو كليهما، ويحدث ذلك من خلال التغيرات الفسيولوجية أو التغير في الممارسات الصحية وكذا الإخفاق في الخضوع إلى نظام طبي معين.

- الاحتمال الثالث: قد تؤثر الضغوط بشكل مرحلي على السلوكيات الصحية للشخص في أوقات مختلفة، فمن الممكن أن تؤثر على عملية التحديد أو التعرف على المرض، وبالتالي يمكن لذلك أن يؤثر على كيفية التصرف إزاءه.

9- إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالاضطرابات النفسية:

من الممكن ان تؤدي الضغوط وزيادة حدتها وشدها واستمرارها إلى الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية منها:

- القلق: حالة انفعالية مبالغ فيها قد تكون غير محددة الأسباب، وهو انفعال غير سار، وشعور بالكد، والإحساس بالتهديد وعدم الراحة والاستقرار.
- الاكتئاب: حالة انفعالية دائمة نسبيا تتميز بالحزن والانقباض والضييق مع شعور بالهم والغم، بالإضافة الى نقص الحيوية والنشاط والدافعية (غانم، 2009، ص 21).
- الخوف المرضي: انفعال حاد يتراوح بين الضيق أو عدم السرور لدرجة الهلع، والذي يتلازم مع حدوث تغيرات فسيولوجية كغزارة العرق وزيادة دقات القلب.

10- إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية:

الاضطرابات السيكوسوماتية هي أمراض تأخذ شكلا عضويا في حين يكون السبب الحقيقي المفجر لها نفسيا وتدعى أيضا بالأمراض النفسية الجسمية، ويمكن حصر مجموعة من الأمراض السيكوسوماتية التي تحدث نتيجة للضغوط في أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي، الأمراض والاضطرابات الجلدية، الاضطرابات الهرمونية، الاضطرابات البولية والتناسلية، اضطرابات الجهاز العصبي.

وهكذا نرى أن الضغوط لا تترك جزءا من أجزاء الجسم ولا وظيفة من وظائفه إلا وقد أصابها بالعديد من الاضطرابات، والتي بلا شك تنعكس سلبا على وظائف الفرد (غانم، 2009، ص 24-25) فالضغوط النفسية تهدد النفس فتصيبها بالاضطرابات النفسية كما تهدد الجسد فيقع ضحية العديد من الامراض، وبين هذا وذاك يصبح الفرد عاجزا عن اداء وظائفه والاستمتاع بحياته.

11- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

المواجهة تعني كل جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لا شعوري لمنع أو التقليل من الضغوط أو المساعدة على احتمال تأثيراتها بأقل تكلفة ممكنة، وبالتالي استراتيجيات المواجهة تشير الى محاولات الفرد لإزالة العوامل المسببة للضغوط من بيئته أو التقليل من تأثير تلك العوامل، وهو مصطلح مستعار من أدبيات البحث في الضغوط النفسية، كما تعد استراتيجيات المواجهة، استجابة سلوكية أو معرفية هدفها هو تحقيق التوافق بين النتائج البيئية ورغبات الفرد، أو على الأقل التقليل من التهديد الناتج عن عدم تحقيق هذا التوافق أو هي تعبيراً فاعلاً للجهود العقلية و المعرفية و السلوكية للسيطرة على المطالب الداخلية أو الخارجية التي تتعدى طاقات الفرد (البلاح، 2016، ص36).

ويعرف لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman (1984) استراتيجيات المواجهة كمجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم والتخفيف من المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد وتتجاوز مصادر الفرد. وتتمثل استراتيجيات المواجهة وفق هذا النموذج فيما يلي:

1- استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل: وتتمثل في كل جهد موجه لتغيير أو تجنب أو التقليل من تأثير الحدث الضاغط وتتمثل في عدة أشكال منها:

- حل المشكل: وهو اتجاه بناء نحو المشكل.
- إعادة الصياغة Reconceptualisation والذي يقصد به بالتراجع من اجل فهم أكثر للمشكل.
- اخذ مسافة: التراجع والتقليل من هول الموقف.
- المواجهة: مواجهة مصدر المشكل لحله.

2- استراتيجيات متمركزة حول الانفعال: وتتمثل في:

- المراقبة الذاتية: والتي تسمح للفرد بالاحتفاظ بانفعالاته لنفسه.
- الهروب والتجنب: يمكن أن تتمثل في التجنب المباشر لمواجهة المشكلة أو التجنب غير المباشر (النوم، الكحول والمخدرات، استخدام الأدوية...).
- اتهام الذات: يعتبر الفرد نفسه انه مصدر المشاكل.

3- استراتيجيات متمركزة حول البحث عن المساندة الاجتماعية: مثل

- المساندة بالمعلومات: حيث يبحث الفرد عن المعلومات المرتبطة بالمشاكل التي يعاني منها من المحيطين به.

- المساندة الانفعالية: وهو البحث عن الراحة والاطمئنان من المحيط (Servant, 2012, p. 60) .
اذن يختلف الافراد في استراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها فمنهم من يستخدم استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو المشكل ومنهم من يستخدم استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو الانفعال وقد اثبتت الابحاث ان استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو المشكل أكثر فعالية في مواجهة الضغوط النفسية.

12-أساليب التخفيف والوقاية من الضغط النفسي:

12-1-إعادة التقييم المعرفي:

التقييم المعرفي للأحداث الضاغطة هو وضع الأمور في موقعها الصحيح ،فالتحكم في أي ضغط يتوقف على قدرة الفرد على التحكم في أفكاره و تفسيره للأحداث التي يحتمل أن تصبح ضغطا ، ففنية إعادة التقييم المعرفي هي طريقة لإعادة التفكير في الأحداث الضاغطة ،ويعرف الفرد بان الأمور مهما بلغت من السوء في نظره ،فربما تكون هناك نتائج ايجابية تترتب عليها وهذه المعرفة عادة تجعل الفرد يشعر بان المواقف الحاضرة اقل ضغطا ويمكنه التحكم فيها ، ،وذلك من منطلق أننا إذا فكرنا في أحداث الحياة على أنها تهديدات ،فإننا سنكون في أزمات و ضغوط ،أما إذا استطعنا أن ننظر إلى نفس الحدث كتحدي ،فهذا كفيل بالصحة و القوة ، لان تأثير الأحداث يكمن في عقولنا(عبد المعطي ، 2006، ص 126).

12-2-التدريب على تأكيد الذات:

يهدف التدريب على تأكيد الذات إلى تدريب الأفراد للتعرف على سلوكياتهم السلبية والعنصرية، وكذلك تشجيعهم على تبني سلوكيات مؤكدة والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بشكل واضح ومباشر، دون الشعور بالضغط مع الأخذ بعين الاعتبار أفكار ومشاعر الآخرين، وهذا ما يسمح بتطوير قدرات الفرد على مواجهة المواقف الضاغطة بطريقة فعالة.(Loo.P ,Loo.H & Gallnowski, 2003, pp. 98-99)

12-3- تنمية المهارات الاجتماعية:

تشمل المهارات الاجتماعية على مهارات التعبير عن المشاعر والحزم الايجابي، وتأكيد الذات، فلابد على الفرد أن يتعلم أن يقول (لا) في بعض الأحيان للطلبات غير المعقولة وحتى الطلبات المعقولة، ولكن هذا لا يعني المخالفة أو المعاندة وخلق جو عدواني، وإنما يعني ذلك أن يكون الشخص قادرا على التعرف على احتياجاته والوقت المتاح له وأولويات العمل بالنسبة له وان يعترف ويعلم عدم قدرته على تلبية ما يطلب منه من متطلبات (بطرس، 2008، ص756).

10-4- التمارين الرياضية:

المعروف أن ممارسة الرياضة يؤدي إلى رفع فعالية أعضاء الجسم بالشكل الذي يؤدي إلى مقاومتها للإجهاد فالتمارين الرياضية لها دور هام في اختزال الضغط النفسي، فهي مخرج لطاقة جسمية كامنة، كما أن تفرغ الطاقة يتيح للعقل أن يتحول إلى بعض الأشياء بعيدا عن الإحباط والضغوط التي ترهق الجسم، لذلك تعتبر الرياضة وسيلة للتركيز والاسترخاء، وصرف العقل عن أية متاعب أو توتر (عبد المعطي، 2006، ص 102).

10-5- إدارة الوقت:

تساعد برامج إدارة الوقت الافراد على تحديد الأهداف وترتيب الأولويات، وتجنبهم إضاعة الوقت إضافة الى كونها تنبههم الى حدود امكانياتهم، بحيث لا يلتزمون باي عمل لا يستطيعون القيام به لذلك تعتبر إدارة الوقت من المهارات المستخدمة في مواجهة الضغوط الناتجة عن احداث الحياة المختلفة واعباء العمل الزائدة.

10-6- الدعم الاجتماعي:

يقلل الدعم الاجتماعي من الاعراض الاكتئابية الناجمة عن المواقف الضاغطة وبالتالي فان الدعم الاجتماعي لا يقلل فقط من الشعور بالضغط النفسي، بل يزيد من قدرة الافراد على مواجهة المواقف الضاغطة فهو من الوسائل الفعالة التي تستخدم في مواجهة الضغوط، اذ يقلل مما يعانيه الفرد من

الضغط النفسي ويقلل من احتمالية الإصابة بالأمراض الناتجة عن المواقف الضاغطة، ومن اشكال الدعم الاجتماعي:

- الدعم التقني: ويتضمن هذا الدعم مساعدة الافراد على تطوير فهم أفضل للحدث الضاغط، واختيار الاستراتيجيات المناسبة للتعامل معه.
- الدعم المادي: ويتمثل في الخدمات المختلفة او المساعدة المالية التي من شأنها ان تخفف من شعور الفرد بالعجز والضعف وتزيد من ثقته بنفسه.
- الدعم المعرفي: ويكون ذلك بتزويد الفرد الذي يمر بالأحداث الضاغطة بالتغذية الراجعة التي تمكنه من مواجهة المواقف الضاغطة من خلال إدارة الوقت وترتيب الأولويات.
- الدعم العاطفي: حيث يمكن للأصدقاء والعائلة وزملاء العمل ان يساعدوا على التخفيف من حدة الضغوط النفسية عند الفرد من خلال تقديم مشاعر الحب والمودة له (النوايسة، 2013، ص ص 92-93).

ان تعلم مهارات و فنيات ادارة الضغوط و مواجهتها يعد امرا ضروريا خاصة في الالونة الاخيرة اين اضحت مصادر الضغوط النفسية متعددة وكثيرة، لذلك على الفرد ان يكون واعيا بالاثار السلبية التي تخلفها الضغوط النفسية وان يملك ما يكفي من المهارات اللازمة التي تساعد على التخفيف من هذه الالثار.

خلاصة:

يختلف الأفراد في إدراكهم واستجاباتهم للأحداث الضاغطة وهذا باختلاف شخصياتهم وسماتهم والمواقف التي يتعرضون لها، إلى جانب اختلافهم في التجارب و الخبرات التي يعيشونها، وقد فسرت النظرية المعرفية كيفية حدوث الضغط النفسي والمراحل التي يمر بها الفرد، من تقديره لدرجة التهديد الذي يصاحب الموقف إلى تقديره لمدى فعالية الأساليب المستخدمة في المواجهة، مروراً بتقديره لمدى امتلاكه لقدرات و موارد كافية للمواجهة وهذا كفيل بتفسير أن المواقف و الأحداث الضاغطة ليست بالضرورة المسؤولة عما يعانيه الأفراد من آثار سلبية للضغوط، والدليل على ذلك اختلاف استجاباتهم و ردود أفعالهم تجاهها، كما ان للضغوط النفسية جانبا ايجابيا فهي تدفع الفرد إلى العمل أكثر، واكتساب خبرات جديدة والتعلم منها وهذا يتوقف على الأساليب المعرفية للأفراد في تحليلهم وتفسيرهم لأحداث الحياة. وقد اقترح باحثون عدة طرق لتدريب الأفراد على التكيف مع المواقف الضاغطة منها ممارسة الرياضة، حل المشكلات، إدارة الوقت، تأكيد الذات والاسترخاء، وهي أساليب ذاتية يمارسها الفرد بنفسه، وهذا يؤكد مرة أخرى أن الفرد مسؤول إلى درجة ما عما يواجهه، إلا أن هذا لا يعني إغفال أهمية مساندة ودعم وتوعية المحيطين به خاصة في المواقف المعقدة والصعبة والتي يستحيل مواجهتها بمفرده.

الفصل الخامس

الصحة النفسية

تمهيد:

لقد تطور البحث في علم النفس من الاهتمام بأعراض و أسباب الاضطرابات النفسية إلى الاهتمام بمظاهر ومقومات الصحة النفسية عند الفرد، وتطرق الكثير من الباحثين إلى هذا الموضوع نظرا لأهميته وارتباطه بسعادة وتكيف الفرد في مجالات حياته، وحاول الكثير منهم إعطاء تعريفات للصحة النفسية كل حسب وجهة نظره، وحاول البعض الآخر تحديد ما يشير إليها وما يعد معيارا للحكم على مدى توافرها عند الأفراد وتحديد المناهج التي يقوم عليها البحث في الصحة النفسية، ولم يغفل رواد النظريات النفسية خاصة العلاجية منها عن تقديم تحليلاتهم وتفسيراتهم المختلفة وتحديد الأطر النظرية للصحة النفسية، وكل هذه النقاط و أخرى سيتم التطرق إليها بالتفصيل في هذا الفصل.

1- التطور التاريخي للاهتمام بالصحة النفسية:

1-1- تطور الاهتمام بالصحة النفسية قديما:

وتتمثل في المرحلة السابقة للقرن السابع عشر وتتغلغل عمقا إلى ما قبل الميلاد بقرون عديدة وتشمل هذه المرحلة حضارات ما قبل العلمية والتي يُعتقد فيها ان مصدر الاضطرابات النفسية يمكن تفسيرها في الاتجاهين:

1-الاتجاه الشيطاني: يركز هذا الاتجاه على الاعتقاد بوجود عوامل غامضة تؤثر في سلوك الأفراد تأثيرا ملحوظا، والتي تتمثل في الأرواح والشياطين، وقد كان ينظر إلى المرض النفسي نظرة خوف وخجل وكان الاعتقاد السائد آنذاك هو أن هؤلاء قد تتلبسهم الأرواح الشريرة فيسمون بالملبوسين وكانوا يُقَيّدون بالسلاسل ويوضعون في ظلمات الكهوف ويُعَذّبون بشدة وكذلك احداث ثقوب في جماجم المرضى لتخرج تلك الأرواح الشريرة، كما كانوا يُحبسون داخل زنزانات أو أقفاص وكأنهم وحوش ضارية ويُتركون في جو غير نظيف وبدون غذاء مناسب.

وقد كانت الفكرة السائدة لدى قدماء المصريين أن منشأ الأمراض هو غضب الآلهة أو تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه له، فتصيب هذه الأرواح بعد دخولها للجسم العظام او تفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه، كما كان العرب في جاهليتهم يعتقدون في الجن

وبخافونها بل كانوا أحيانا يعبدونها ويستجيرون بها لحمايتهم، وكان المجنون عندهم رجل صرخته جنية والمجنونة امرأة صرعا جنيا (الشرقاوي، د.ت، ص 17).

2-الاتجاه الطبيعي: يتمثل الاتجاه الطبيعي في محاولة بعض المفكرين إرجاع سلوك المريض إلى عوامل جسمية طبيعية (العناني، 2000، ص 27)، وكان أبقراط (427 - 347 ق.م) يؤمن بالملاحظة المنهجية الحادة، واعتقد بوجود أربعة أنماط من الأمزجة التي ترتبط بدورها بأربعة سائل في الجسم وتؤثر هذه العلاقة على وظائف الأعضاء وعلى الصحة النفسية والعقلية بما يسبب اختلال التوازن الكيميائي في الجسم، وقد عمل أبقراط على تفسير الشخصية من خلال تلك الأنماط.

برز الطبيب (جالينوس) الذي أيد وجهة نظر أبقراط في ضرورة الرجوع إلى الأسباب الطبيعية لتفسير المرض أو الاضطراب، كما حاول بعض الأطباء في العصر الروماني استخدام وسائل العلاج التي كانت تقوم على فكرة المواد المضادة، فكانوا يقدمون للمريض شراب النبيذ البارد أثناء جلوسه في حمام ساخن لاعتقادهم بأن حدوث الاضطرابات يرجع الى كون جسم الإنسان مكون من ذرات وجزيئات تفصل فيها فراغات وان اختلال وضع الذرات بالنسبة لحجم الفراغات هو الذي يؤدي إلى المرض (الداهري، 2005، ص ص 32-33).

1-2-تطور الاهتمام بالصحة النفسية حديثا:

يمكن تتبع الاهتمام بالصحة النفسية في القرون الحديثة من خلال استعراض المراحل التالية:

1-2-1-مرحلة الإصلاح والتنوير:

في العقد الأخير من القرن الثامن عشر، وصفت مرحلة جديدة في معاملة مرضى العقل وذلك في كل من إنجلترا وفرنسا حيث حاول فيليب بنيل (1893) Pinel رئيس أطباء مستشفى بيستر Bicêtre في باريس استخدام العلاج المعنوي، و الذي تمثل في إظهار المعاملة الطيبة للمرضى، بدلا من معاملتهم كمجرمين أو حيوانات، كما تحصل على إذن من حكومة الثورة الفرنسية لتخليص المرضى من السلاسل التي يُقيّدون بها، والسماح للمرضى بالحرية في المستشفى وقد اكتشف أنه عندما أزال هذه السلاسل والقيود أصبح المرضى أكثر طواعية بل وشفى البعض منهم بالفعل.

وفي إنجلترا قام وليم تيوك (1814) بإنشاء مستشفى كان الهدف منه هو علاج المرضى العقليين في جو وظروف أسرية، مع تشغيلهم وتدريبهم ومعاملتهم كضيوف، وقد أدى نجاح هذه الجهود إلى اتساع فكرة أن الأمراض العقلية هي أمراض وليست مظاهر للجريمة والانحراف واتسعت بذلك النظرة الإنسانية في معالجة مرضى العقول وبالتالي ظهر أول قانون لحماية المرضى العقليين وحسن معاملتهم في إنجلترا عام (1818) (الشرقاوي، د.ت، ص ص 19-20).

1-2-2-1- مرحلة الاكتشافات العلمية والطبية:

شهدت أواخر القرن التاسع عشر تحولا كبيرا في رعاية المرضى وهذا راجع إلى الاكتشافات الطبية التي ساهمت في التحول من مجرد العطف على المريض إلى العلاج والشفاء حيث تقدم علم الأعصاب وعلم النفس مما أدى إلى تصحيح الكثير من المفاهيم الخاطئة حول المرض والمرضى، وتميزت هذه الفترة بظهور أربعة اتجاهات:

1-الاتجاه العضوي: يرجع سلوك المريض إلى إصابات في الجهاز العصبي أو تلف في الأنسجة أو اختلال كيميائي في المخ، أو في الغدد الصماء.

2-الاتجاه السيكلولوجي: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المرض النفسي أو السلوك الغريب يرجع إلى عوامل نفسية ترتبط بالتعلم والتنشئة والعمليات اللاشعورية.

3-الاتجاه النفسي الداخلي: يرجع الاضطرابات النفسية إلى أعماق الشخصية وما يحدث فيها من اختلال وصراع.

4-الاتجاه السلوكي: يرجع السلوكيات الغريبة أو الأمراض النفسية إلى التعلم باعتبارها عادات سلوكية غير توافقية متعلمة نتيجة مثيرات خارجية.

وهكذا أفسحت الاكتشافات في علوم الطب وعلم النفس الطريق لتفهم الكيفية التي تتفاعل بها الوظائف البيولوجية والسيكلولوجية لدى الإنسان (الشرقاوي، د.ت، ص ص 21-22).

1-2-3- مرحلة حركة الرعاية الصحية العقلية:

ساهم العديد من الأفراد خلال القرن العشرين في إقامة دعائم رعاية الصحة النفسية ، ففي فرنسا دعا فارلي إلى إنشاء عدد من الجمعيات بهدف إعادة التكيف الاجتماعي للجانحين والمجرمين كما شهدت

فنلندا عام (1887) إنشاء مؤسسة لرعاية الصحة النفسية، واعطت بعض المصادر في مجال الصحة النفسية أهمية كبيرة الى "كليفورد بيرز"، والذي أصيب بمرض نفسي أدى به إلى عدد من مستشفيات الأمراض العقلية وهذا لفترة تزيد على السنتين، وبعد شفائه من مرضه، قام في عام (1908) بتأليف كتاب (العقل الذي وجد نفسه) الذي تعرض فيه إلى المعاملة الإنسانية التي يتلقاها المرضى النفسيون في المستشفيات، وأسس مع صديقه أدولف ماير جمعية للصحة النفسية، وكانت غايته تحقيق عدة أهداف، كالوقاية من المشاكل العقلية وتحسين الرعاية العقلية وتطبيق فلسفة الصحة العامة في مجال الطب النفسي وقد ساهمت جهود هذه الجمعية إلى إرساء قواعد الكثير من عيادات التوجيه والإرشاد. (العناني، 2000، ص ص 30-31)

1-2-4- مرحلة علم الصحة النفسية:

تتميز هذه المرحلة بالنظرة الإيجابية للصحة النفسية، ويتجلى ذلك بالعمل على الوصول بالفرد العادي إلى اتجاه محمود نحو ذاته وتمييزها وتحقيقها، مع العمل على تحقيق لكامل شخصيته واعتماده على نفسه وإدراكه الواعي للحقائق، وتمثله للبيئة المحيطة وتفاعله معها وفاعليته فيها، وتميزت هذه الفترة بإنشاء بعض الجامعات لأقسام أكاديمية متخصصة في الصحة النفسية، كما بدأت تتحدد للعالم معالم هذا العلم وأهدافه ومناهجه وموضوعاته، وأصبح هذا العلم يدرس حالياً ضمن برامج إعداد المعلمين والموجهين والأخصائيين النفسيين. (الشرقاوي، د.ت، ص 24)، وتطورت وتوالت البحوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية والعلاج النفسي، كما تعددت المجالات العلمية الدورية التي تحوي الآلاف من البحوث والدراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي في الوقت الحاضر. (زهران، 2005، ص 102)

نستخلص أن تطور الاهتمام بالصحة النفسية مر عبر مراحل من الاعتقاد بأحداث ثقوب في جمجمة المريض لخروج الأرواح الشريرة، إلى حسن المعاملة الإنسانية، بعدها إلى العلاج الأخلاقي الذي يمارسه الكهنة ورجال الدين في العصور الوسطى، إلى الاهتمام بتصنيف الأمراض العقلية واختلاف مناهج العلاج وفقاً للمدارس الفكرية، كما أن كل مرحلة متداخلة مع مرحلة أخرى، كما يمكن أن نلاحظ آثار أفكار هذه المراحل في بعض المجتمعات الحالية، أين مازالت بعض الممارسات البدائية في علاج هؤلاء المرضى موجودة في مجتمعاتنا الحالي.

2-تعريف الصحة النفسية:

لقد تعددت تعريفات الصحة النفسية وفقا لتخصصات الباحثين ومن بين هذه التعريفات نذكر: تعريف كفاي(1990)"حالة من التوازن أو التكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يشبع دوافعه بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية"(ص 27-28).

يعرفها القريطي(1998)"حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبيا، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما، ومرحلة معينة وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية"(ص 28).

كما يعرفها منسي(2001)"الصحة النفسية تعني قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ورضاه عن نفسه وتوافقه مع المجتمع الذي يعيش فيه، أي سلامة الفرد من الصراعات الداخلية وقدرته على التكيف مع الوسط الذي يعيش فيه مع متغيرات البيئة المادية والاجتماعية من حوله"(ص 20).

يعرفها زهران (2005)، بأنها "حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافق نفسيا، شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة، سوية ويكون سلوكه عاديا ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام".

ويضيف زهران "الصحة النفسية حالة ايجابية تتضمن التمتع بصحة العقل وسلامة السلوك وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي"(ص9).

تعريف العمرية (" 2005)"الصحة النفسية مسالة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات. ويمكن أن تُعرف الصحة النفسية بهذا المفهوم بأنها مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها ومن فيها من موضوعات وأشخاص"(ص8).

تعريف عبد الغفار (2007) "الصحة النفسية للفرد هي حالته النفسية العامة ،والصحة النفسية السليمة حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى حسن استثمارها، ومما يؤدي إلى تحقيق وجوده أي تحقيق إنسانيته"(ص175).

تعريف بطرس (2008)"الصحة النفسية في أبسط معانيها تعني: تمتع الفرد بقدر من التوافق الشخصي والاجتماعي أي مع ذاته ومع الآخرين، والرضا عن الحياة وما حققه فيها من أهداف والقدرة على مواجهة متطلباتها والسلوك بطريقة يرتضيها الواقع وتتفق مع المعايير التي تحكم الجماعة التي ينتمي إليها"(ص17).

ومن خلال ما سبق نستنتج أن الصحة النفسية تعني سلامة الفرد من المرض النفسي والعقلي والجسمي وخلوه من الصراعات الداخلية وقدرته على التكيف والتوافق مع بيئته والمجتمع الذي يعيش فيه بما يحقق له السعادة والنجاح في حياته.

3-الصحة النفسية بين المفهوم السلبي والمفهوم الايجابي:

3-1-المفهوم السلبي للصحة النفسية:

يوضح هذا المفهوم أن الصحة النفسية هي البرء من المرض النفسي أو العقلي، والذي يلقي قبولاً لدى أصحاب ميادين الطب العقلي، الا انه إذا قمنا بتحليله نجد أنه مفهوم ضيق ومحدود لان خلو الإنسان من المرض النفسي ليس دليلاً على تمتعه بالصحة النفسية، كما يذكر في الصحة البدنية أو الجسمية التي تعني خلو الجسم من الأمراض البدنية العضوية. (علي و شريت، 2004، ص 16).

قد نجد فرداً لا يعاني من أعراض المرض العقلي أو النفسي ولكنه مع ذلك غير ناجح في حياته، وعلاقاته بغيره من الناس (سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية) تتسم بالاضطراب وسوء التوافق فعلى الرغم من خلو هذا الشخص من أعراض المرض الا انه لا يوصف بأنه يتمتع بصحة نفسية سليمة (احمد، 2004، ص 16).

3-2- المفهوم الإيجابي للصحة النفسية:

يشير المفهوم الإيجابي للصحة النفسية الى الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يتميز فيها الفرد بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي، الخلو من التأزم والاضطرابات و يكون إيجابيا خلّاقا، مبدعا، يشعر بالسعادة و الرضا، مليئا بالتحمس، قادرا على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته، واعيا بإمكانياته الحقيقية، و استخدامهما في أمثل صورة ممكنة، لذلك يعتبر هذا الشخص شخصا سويا، لأنه يتميز بالقدرة والسيطرة على العوامل التي قد تؤدي به إلى الإحباط أو اليأس، والعيش في وفاق وسلام مع نفسه من جهة ومع غيره في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع الخارجي من جهة أخرى (علي و شريت، 2004، ص 16).

كما أن إحساس الإنسان بالسعادة لا يكون الا بابتعاده عن القلق والتوتر، والابتعاد عن القلق والتوتر يستدعي ان يكون الفرد في حالة تأزر مع ذاته، والذي يتحقق من خلال تجاربه مع المجتمع (الميلادي، 2005، ص4).

بالتالي فإن المفهوم الإيجابي للصحة النفسية يعني توافق الفرد مع نفسه والبيئة التي يعيش فيها، مما يحقق له إشباع حاجاته وتحقيق ذاته وطموحاته وشعوره بالسعادة مع نفسه وغيره وهو المفهوم الكامل للصحة النفسية الذي يحيط بالعديد من الجوانب عكس المفهوم السلبي الذي يركز على وجود او غياب المرض.

4- مقومات الصحة النفسية في ضوء النظريات العلاجية النفسية:

4-1- المدرسة التحليلية:

يرى فرويد ان الصحة النفسية تتمثل في القدرة على مواجهة الدوافع البيولوجية والغريزية والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي، بمعنى قدرة الأنا على التوفيق بين مطالب الهو والانا الأعلى كما يرى مؤسس المدرسة التحليلية في علم النفس أن الفرد يستطيع أن يحقق الصحة النفسية لذاته عندما يكون قادرا على منح الحب والعمل المنتج عموما كما ان تحقيق الصحة النفسية لدى الفرد لا يكون الا بشكل جزئي وذلك لكونه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع.

تتمثل الصحة النفسية من وجهة نظر كارين هورني في القدرة على إضفاء التكامل بين معظم الحاجات النفسية بالإضافة الى إدراك الذات وتحقيقها.

اما أدلر فيرى ان تحقيق الصحة النفسية يكون عن طريق التنشئة الاجتماعية الصحيحة والميل الاجتماعي والعيش مع الآخرين، كما يكون ايضا بوضع أهداف محددة والسعي لتحقيقها مما يساهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات وبذلك يكون قد عارض النظرة التشاؤمية لفرويد من حيث أن الإنسان يستطيع تجاوز الشعور بالنقص (العناني، 2000، ص15).

ومن جهة أخرى أكد فروم على أهمية العوامل الاجتماعية في تحقيق الصحة النفسية ورأى أن الإنسان خير وأن المجتمع غير التسلطي يعمل على بناء شخصية منتجة قادرة على توظيف إمكانياتها وعلى الحب بالإضافة الى تحقيق الحق والعدل (الخواجة، 2010، ص13).

وتتطلق فكرة أريكسون من أن الإنسان في كل مرحلة من مراحل نموه يواجه مشكلة أو مشكلات أساسية يجب أن يتم مواجهتها وحلها بنجاح حتى يتمكن من مواجهة وحل مشكلات المراحل التالية بذلك يكون قد ربط الخصائص المميزة للصحة النفسية بمراحل النمو لدى الفرد (البلاح، 2016، ص 30)

4-2- المدرسة السلوكية:

يتحدد مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين باستجابات الفرد المناسبة للمثيرات المختلفة، والتي يجب ان تكون استجابات بعيدة عن التوتر والقلق، وعليه فمفهوم الصحة النفسية وفقا لهذه النظرية يتمثل في القدرة على اكتساب عادات مناسبة و تتطلبها البيئة التي يعيش فيها الفرد ،كما ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وتحدث عملية التعلم نتيجة لوجود ثلاثة عوامل وهي الدافع والمثير والاستجابة، فاذا وُجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك)، وان التعزيز يعمل على تقوية العلاقة بين المثير والاستجابة، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز فان ذلك يعمل على إضعاف الرابطة بينهما، أي إضعاف التعلم، لذلك فالناس يقومون بسلوك سوي معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز.

ومن الانتقادات الموجهة لهذه المدرسة، عدم اهتمامها بالعواطف والتفكير والشعور وما لها من انعكاسات على سلوك الفرد وتركيزها على أهمية التعزيز الخارجي والدوافع الخارجية للسلوك الإنساني (العناني، 2000، ص 16).

4-3- المدرسة الجشطاطية:

تتمثل الصحة النفسية وفق هذه المدرسة في القدرة على العيش هنا والآن وبشكل حقيقي، وإن المرض يتجلى في تزوير الواقع الذاتي والوجودي والهروب في الماضي أو المستقبل، أي الهروب من متعة وقلق العيش الكثيف للتجربة الوجودية في الحاضر، فالمريض النفسي يعاني فعلا من انعدام القدرة على مجابهة الذات، ولذلك فهو بشكل دفاعي ينكفى في اجترار الماضي أو يهرب من غنى اللحظة في أحلام المستقبل الوهمية.

يرى بيرلز أن الصحة النفسية تتحقق حين يتمكن الشخص من الوقوف على قدميه وتحمل مسؤولية مصيره، ويتمكن من عيش رغباته ومشاعره في حالة من اللقاء مع الذات وانطلاق حيويته في اتجاه نمائي (حجازي، 2000، ص 42).

4-4- المدرسة الإنسانية:

يعد هذا الاتجاه في علم النفس اتجاها حديثا نسبيا، والذي ظهر كرد فعل للمدرستين التحليلية والسلوكية، ومن أهم مسلمات هذا المذهب:

- الإنسان خير بطبعه.
- الإنسان كائن حي في نشاط مستمر ونمو دائم.
- للخبرة الحاضرة للفرد أهمية بالغة ولذلك ينبغي دراستها كما يدركها الفرد وليس كما يدركها الآخرون.
- دراسة الأصحاء هو اساس الفهم السليم لنشاط وسلوك الإنسان والذي لا يأتي بدراسة المرضى كما فعل الفرويديون.

الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين تتمثل في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا وبالتالي يختلف الأفراد في مستويات صحتهم النفسية طبقا لاختلافهم في مستويات الإنسانية الكاملة، ومن أشهر العلماء الإنسانيين نجد ابراهام ماسلو وكارل روجرز ونستعرض آراءهم في هذا المجال من خلال الآتي:

4-4-1- ابراهام ما سلو:

رأى ماسلو أن للإنسان حاجات متنوعة والتي تتوزع بصورة هرمية كالآتي:

- المستوى الأدنى: ويضم الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة وتعتبر هذه الحاجات على درجة عالية من الأهمية، لأن الفرد إذا كان مرتاحا ومشبعاً لحاجاته الجسمية ويشعر بالأمان فإنه سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات والتي يطلق عليها الحاجات الاجتماعية.
- ب-المستوى الأعلى: ويضم الحاجة الى الصداقة والعطف والحنان والشعور بالأمان، وبعد إشباع هذه الحاجات يسعى الفرد إلى إشباع دوافع التحصيل وتقدير الجمال ثم دافع تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم ماسلو، وبالتالي فإن الصحة النفسية من وجهة نظر ماسلو تتحقق من إشباع الفرد لهذه الحاجات بشكل سوي ويحقق إنسانيته الكاملة، وتتحدد معنى الإنسانية الكاملة من المؤشرات الآتية:
 - حرية الفرد، والتي يمارسها الإنسان وهو مدرك لحدودها ومتحمل لمسؤوليتها وما ينتج عن ممارستها والتي عن طريقها يصل إلى معنى لحياته.
 - الارادة الحرة والتي تمكن الفرد من اختيار هدف والعيش من أجل تحقيقه.
 - الشعور بالانتماء والأمان.
 - الالتزام بالقيم العليا والتي تدل على إنسانية الإنسان الكاملة وتعبّر عن الصحة النفسية لديه مثل الحق والجمال والخير وغير ذلك.

4-4-2-كارل روجرز:

وضع كارل روجرز في علم النفس نظرية الذات ويرى أن كل فرد قادر على تكوين مفهوم أو فكرة عن ذاته، وبالتالي ادراكها، ومفهوم الذات ينمو نتيجة للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات. وتحقيقاً لذات يحصل عندما يكون المفهوم عنها موجبا وحقيقيا، وعليه فإن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الشخص على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه واتفاق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته. (العناني، 2000، ص ص 17-18)

4-5-المدرسة المعرفية:

تعتبر من أكثر طرق العلاج النفسي الحديث انتشاراً ، وتتمثل في العلاج العقلاني الانفعالي المعرفي الذي طوره ألبرت أليس والتيار المعرفي الذي طوره بيك ومساعدوه ، وترتكز وجهة نظرهما في الصحة والمرض على القاعدة المعرفية، فالمرض النفسي تبعاً لأليس يتمثل في سيطرة ردود الفعل الانفعالية السلبية على

الشخص و سلوكه، و التي ترجع إلى نظام من الافتراضات المعرفية الخاطئة، و إلى نظام الأفكار الآلية المرتكز على نواة من نظام المعتقدات العميقة حول الذات والعالم وهذا تبعا لبيك ، بالتالي فالشخص المريض هو ذلك الذي يصاب بالمعاناة والاضطراب والاكنتاب والقلق نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، في حين يتمتع الشخص المعافى بنظام معتقدات واقعي في النظرة إلى الذات والآخرين والعالم. ويتحقق التفكير الإيجابي من خلال فحص نظام المعتقدات الخاطئة والسيطرة عليها. (حجازي، 2000، ص ص 42-43).

كل هذه المنظورات العلاجية هي ذات منحى نمائي طالما أن العلاج النفسي على اختلاف طريقتيه ومناحيه يقوم على غاية كبرى هي تحرير الإنسان من قيود الاضطرابات النفسية والسلوكيات المرضية والوصول به إلى درجة مناسبة من الصحة النفسية.

5-مظاهر وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

يمكن ايجاز مظاهر الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية في المظاهر التالية:

1-التفاؤل: يتصف الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية بالنظرة المتفائلة للأمور، لان التشاؤم يعتبر من أسباب انخفاض الصحة النفسية عند الأفراد، الذي يعمل على التقليل من دافعية الإنسان في استثمار طاقاته مما يؤدي إلى هدرها واستنزافها، الا انه يجب تجنب المغالاة في التفاؤل لان ذلك قد يدفع بالفرد إلى المغامرة وعدم الحذر عند التعامل مع مواقف الحياة المختلفة.

2-القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة: الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية سليمة تكون لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متينة مع الآخرين، لان الفشل في إقامة تلك العلاقات بصورة جيدة من شأنه أن يؤثر سلبا على معنويات الفرد وعلى توافقه النفسي، لذلك تعتبر العلاقات الاجتماعية أحد الركائز الهامة للصحة النفسية (المطيري، 2005، ص ص 40-41).

3-تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته: ويعتمد ذلك على مدى فهم الأفراد لذواتهم فهما واقعيًا، مما يساعدهم على التهيؤ لتجنب الضغوط النفسية والفشل فغالبا ما يواجه الأفراد الذين يبالغون في تصور قدراتهم، ويتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعون أو الذين يهونون من قدراتهم ويركزون على عيوبهم ونواقصهم، مشكلات في التوافق النفسي والتعامل الناجح مع الآخرين.

4-المعرفة والإفادة من الخبرات السابقة: تعتبر القدرة على التكيف مع مستجدات الموقف أحد خصائص الفرد السوي بالإضافة الى تعديل السلوك بناءات على الخبرات السابقة وعدم تكرار السلوكيات الفاشلة التي لا معنى لها.

5-القدرة على مواجهة الضغوط النفسية: ويعني عدم الإسراف في استخدام الحيل الدفاعية والصمود أمام الشدائد والأزمات.

6-التكيف مع المطالب أو الحاجات الداخلية والخارجية: تتحقق الصحة النفسية عندما تكون البيئة التي يعيش فيها الفرد قادرة على إشباع حاجاته المختلفة، لأن إشباع الحاجات لدى الإنسان يحقق له الاستقرار والتكيف النفسي.

7 -العمل والإنتاج الملائم: الذي يتمثل في قدرة الفرد على الإنتاج المعقول وذلك في حدود ذكائه وحيويته واستعداداته الجسمية (الشخانة، 2010، ص ص48-49).

8-ثبات الانفعالات: يعتبر ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة علامة من علامات الصحة النفسية والاستقرار الانفعالي، لان تباين الانفعالات في هذه الحالة دليل على الاضطراب الانفعالي، ويقصد بالثبات ثبات الاستجابة الانفعالية الايجابية، فاستجابة الفرد للخوف مثلا في موقف يستدعي الخوف هي استجابة ايجابية معقولة، فإذا تكرر نفس الموقف وأبدى الفرد لامبالاة مرة أخرى فان ذلك دليل على عدم ثبات الانفعالات، كما انه دليل على المرض النفسي.

9-النضج الانفعالي: الفرد الذي يتصف بالصحة النفسية يتصف كذلك بالنضج الانفعالي والمتمثل في قدرته على التعبير عن انفعالاته بصورة منضبطة بعيدا عن التهور والصبيانىة وهذا عند مواجهته للمواقف المثيرة للانفعال، فالشخص السوي لابد أن تكون انفعالاته وسطا فلا يكون متلبدا ضعيف الانفعال ولا جامحا شديد الانفعال.

10-الاتزان الانفعالي: ويظهر ذلك من خلال قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته والتعبير عنها بما تقتضيه الضرورة وبما يتناسب مع المواقف التي تستدعي هذه الانفعالات كما يشمل ذلك عدم اللجوء إلى كبت هذه الانفعالات أو إخفائها أو الخجل منها من جهة أو الخضوع لها تماما والمبالغة في إظهارها من جهة أخرى.

11- ثبات اتجاهات الفرد: الذي يدل على الصحة النفسية السليمة، ويكون ذلك بعدم التذبذب والتناقض فيتصرف الفرد بتلقائية في اغلب الأمور والمسائل في إطار من المرونة، ويظهر ثبات الاتجاه عند الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة والتي تتميز بالاستقرار الانفعالي (المطيري، 2005، ص ص 44-45).

12- التوافق الشخصي: يظهر ذلك في قدرة الفرد على حل الأزمات النفسية بصورة إيجابية وعدم الهروب منها بالإضافة الى قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة وحسم الصراعات والتحكم فيها بصورة مرضية.

13- الشعور بالسعادة: وهذا لا يعني العيش في سعادة دائمة لأنه مهما كان الشخص سويًا فإنه قد يعجز أحيانًا عن الوصول إلى أهدافه، كما قد يدفعه جهله بالعالم المعقد الذي يعيش فيه والضغط المباشرة التي قد يقع تحتها إلى اتخاذ أسلوب غير ملائم من السلوك. (الشخانة، 2010، ص ص 48-49)

14- الصحة الجسمية: لان اي خلل في الصحة الجسمية للفرد قد يجعله عاجزًا عن تحقيق بعض أهدافه وطموحاته، بالتالي لا يشعر حينها بالسعادة والرضا ولا يتحقق له الاستقرار النفسي (المطيري، 2005، ص 47).

15- حسن الخلق: ويكون ذلك بالأدب، الالتزام وطلب الحلال، اجتناب الحرام، بشاشة الوجه، بذل المعروف وكف الأذى ولين القول، حب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق، بر الوالدين والحياء والصلاح والصدق والوقار، الصبر والشكر والرضا والحلم.

16- العيش في سلامة وسلام: ويكون ذلك بالتمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بكل ثقة وأمل (زهرا، 2005، ص 14).

كما أجمع عدد من المؤلفين على مظاهر أخرى للصحة النفسية والتي تتلخص فيما يلي:

1- تكامل الدوافع النفسية فتؤدي الشخصية وظائفها بصورة متكاملة جسميًا وعقليًا وانفعاليًا.

2- ان يتقبل الفرد ذاته وغيره والعالم المحيط به.

- 3- ان يتحمل الفرد مسؤولية أعماله وأفكاره ومشاعره.
- 4- تقبل النقد دون الشعور بالألم أو النقص.
- 5- إدراك الدوافع والأهداف وكذلك الوسائل التي تؤدي الى تحقيقها.
- 6- تقدير الحياة والشعور بالرضي للوجود فيها.
- 7- الخدمة والعطاء والتعاون والمبادأة والمساهمة في تحسين البيئة المحيطة.
- 8- التمسك بالمبادئ المعينة التي يرتضيها الفرد والأساليب السلوكية الإيجابية مما يدل على ثبات السلوك (الخالدي و العلمي، 2009، ص ص 17-18).

6-معايير الصحة النفسية:

- هناك أربعة محكات أساسية نستطيع الاعتماد عليها في الحكم على تحقق الصحة النفسية ووجودها:
- 1- الخلو من الاضطراب النفسي: وهو معيار ضروري لتوافر الصحة النفسية، ولكن غياب المرض النفسي لا يعني حتما توافر الصحة النفسية.
 - 2- التكيف بأبعاده وأشكاله المختلفة: والذي يضم كل انواع التكيف، كالتكيف الذاتي والذي يتمثل في التوفيق بين الحاجات والدوافع والتحكم بها وحل صراعاتها، وكذلك التكيف الاجتماعي بأشكاله المختلفة، المدرسي والمهني والزواجي والأسري.
 - 3- الإدراك الصحيح للواقع: الذي يتحقق من خلال تفاعل الشخص مع محيطه الداخلي، الذي يتضمن فهم الشخص لذاته ومعرفة قدراته ودوافعه واتجاهاته والعمل على تنميتها وتطويرها وتحقيقها، في حين يتضمن التفاعل مع المحيط الخارجي فهم الواقع وشروطه (متغيرات البيئة وظروفها) والعمل على التوافق معه لإبعاد الخطر عن الذات وتعديل السلوك ليحدث الانسجام المطلوب، وكذلك العمل المنتج من خلال سعي الفرد لتحقيق ذاته.
 - 4- تكامل الشخصية: ويقصد بتكامل الشخصية انتظام مقوماتها وسماتها المختلفة وائتلافها، لان الشخصية السوية هي شخصية متكاملة في حين تتميز الشخصية المضطربة، بالتفكك وعدم التكامل. (بطرس، 2008، ص ص 33-34).

ومن شروط تكامل الشخصية:

- ائتلاف سماتها ومقوماتها ومن دلائل عدم الائتلاف الخوف الشديد من أمور غير عادية، الإفراط في الاتكالية، القلق المستمر والمراعاة الشديدة للدقة والنظام.
- تناسق الدوافع وخلو الشخصية من الصراعات النفسية (خوج، 2010، ص 70).
- وما يجدر الإشارة إليه ان هذه المعايير تعتبر اساسية حيث يمكن الاعتماد عليها في الحكم على صحة الفرد النفسية ، والتي يجب ان تكون متكاملة و متفاعلة لدى الفرد ، فتوفر معيار دون الاخر يجعل من الصعب تحديد الصحة النفسية لدى الافراد.

7-أهداف الصحة النفسية:

تبرز الحاجة إلى الصحة النفسية لتحقيق الأهداف التالية:

- تمكين الفرد من الإحساس بالسعادة والسرور من خلال إشباع حاجاته الأساسية.
- الكشف عن قدرات الفرد وإمكاناته وتوجيهها الوجهة الصحيحة بشكل يمكن الاستفادة منها وإجراء تعديلات مختلفة والإفادة من الخبرات التي يمر بها.
- الوصول بالفرد الى حالة من التوازن والانسجام بين جوانب الجهاز النفسي بشكل لا يطغى جانب على آخر.
- إحداث حالة من التوازن والانسجام بين الفرد بكل مقوماته والبيئة التي يعيش فيها ليكون متوافقا مع الجماعة، ومنخرطا في علاقات إنسانية متوازنة.
- مساعدة الفرد على التمتع بالحياة وتمكينه من مواجهة الصراع والإحباط.
- مساعدة الفرد على التوافق مع مجتمعه (منصور، 2014، ص19).

8-مناهج الصحة النفسية:

8-1-المنهج الوقائي:

يركز المنهج الوقائي على مرحلة الطفولة وذلك لما تمثله من اهمية في تحقيق النمو السوي للفرد، كما يهتم بالأسرة لما لها من دور في تربية الأطفال، ونشأتهم وتهيئة الظروف الملائمة لنموهم السوي، بالإضافة الى الاهتمام بالمدرسة وأجهزة الإعلام ومختلف التنظيمات الاجتماعية. ويتم الوقاية بوجه عام

عن طريق بذل مجموعة من الجهود للتحكم في حدوث الاضطراب أو المرض والسيطرة عليه، كما يمكن ان تكون ايضا عن طريق السعي للتقليل من شدة ظاهرة غير مرغوبة كالمرض العقلي، الجنوح الجريمة، الإدمان على العقاقير..... إلخ، وتشمل الوقاية ثلاث مراحل:

1-الوقاية الأولية: تتم عن طريق اتخاذ مجموعة من الاجراءات المسبقة للحد من حدوث الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية وغيرهما من أنواع الشذوذ وذلك بالاعتماد على عدة وسائل نذكر منها: التشجيع، حرية الاكتشاف، حرية التعبير عن المشاعر حرية التجريب والمساندة الانفعالية ... إلخ.

2-الوقاية الثانوية: هدفها هو وقف الاضطرابات النفسية والعقلية في مراحلها المبكرة وكذلك الإنقاص من شدة المرض والتقليل منه، ويتم ذلك من خلال الكشف المبكر والاهتمام بالرعاية والعلاج.

3-الوقاية الثالثة: تسعى هذه المرحلة الى خفض العجز الناتج عن المرض العقلي وكذا إنقاص المشكلات المترتبة عنه (غزال وعبد الواحد، 2008، ص ص 26-27).

8-2-المنهج العلاجي:

يهدف هذا المنهج إلى التقليل من الآثار السيئة للانحرافات والاضطرابات وإيقاف التدهور في حالات المنحرفين، والذي يتم عن طريق التشخيص والعلاج ورعاية المضطربين نفسيا وعقليا ومدمني المخدرات والكحوليات والمنحرفين سلوكيا وجنسيا، لذلك يعتبر علماء الصحة النفسية الجهود العلاجية وقائية من الدرجة الثالثة (ابو حويج و الصفدي، 2001، ص 18).

8-3-المنهج الإنشائي - الإنمائي:

يهتم هذا المنهج بالأسوياء والعاديين والذي يهدف الى زيادة السعادة والكفاية والتوافق لديهم من اجل الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك من خلال رعاية مظاهر نموهم جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، وكذلك دراسة الإمكانيات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا)، مما يتيح الفرصة للنمو السوي وتحقيق النضج والتوافق والصحة النفسية (زهران، 2005، ص 12).

اذن للصحة النفسية ثلاث مناهج ويعتبر الاهتمام بالأسوياء والعاديين اول خطوة يهدف اليها المنهج الانشائي والذي يسعى الى تحقيق نمو أفضل للفرد والذي يكون التدخل فيه قبل ظهور الاضطراب وبعدها يأتي المنهج الوقائي والذي يكون التدخل فيه في حالة احتمال ان يكون الفرد ضحية انحراف او عجز ما، اين تكون الوقاية فيه عبر ثلاثة مستويات. اما المنهج العلاجي فيهدف الى العلاج والتكفل بالحالات المضطربة والتقليل من العجز الذي يعاني منه الفرد الى اقل حد ممكن.

9-نسبية الصحة النفسية:

1-نسبية الصحة النفسية من فرد لآخر: كما يختلف الناس بعضهم عن بعض في الطول والوزن وضغط الدم وتوتر العضلات والذكاء وغير ذلك، فإنهم يختلفون أيضا في الدرجة التي يحوزونها في الصحة النفسية.

2-نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت إلى آخر: كل إنسان يشعر خلال حياته بمواقف سارة وأخرى غير سارة، فلا وجود لفرد يشعر بالسعادة والنشوة في كل لحظة من لحظات حياته.

3-نسبية الصحة النفسية تبعا لمراحل النمو: فإذا نظرنا إلى الصحة النفسية في ضوء مفهوم السلوك السوي، فالسواء هو حكم نسبي، فما يعد سلوكا سويا لفرد ما في مرحلة عمرية معينة قد يعد غير ذلك في مرحلة عمرية أخرى لنفس الفرد (الخالدي و العلمي، 2009، ص40). لذلك فتحديد الصحة النفسية يتأثر بمراحل النمو التي يمر بها الإنسان والذي يرتبط بالمعايير العامة للنمو أو المعايير الشائعة له (علي و شريت، 2004، ص ص 18-19).

4-نسبية الصحة النفسية من مجتمع لآخر: ويظهر ذلك من خلال الاختلاف في القيم والعادات والتقاليد التي تحكم المجتمعات، ويعتبر استخدام المعايير الاجتماعية محكا لتحديد السلوك السوي، وذلك اعتبارا ان الصحة النفسية السليمة للفرد تظهر في مدى التزامه بهذه المعايير (الخالدي و العلمي، 2009، ص40).

5-نسبية الصحة النفسية تبعا لتغير الزمن: ويقصد بالزمن بالحقبة التاريخية التي حدث فيها ذلك السلوك، وبالتالي قد يتغير السلوك الدال على الصحة النفسية بتغير الزمان الذي حدث فيه هذا السلوك (علي و شريت، 2004، ص20).

ان الصحة النفسية لا تتحقق بصفة مطلقة وانما تكون بصفة نسبية، حيث تتغير من مرحلة عمرية الى اخرى ومن مجتمع الى اخر ومن فترة زمنية لأخرى وحتى الفرد نفسه لا يمكن ان يتميز بالصحة النفسية في كل وقت، حيث يمكن ان يمر بفترات من عدم الراحة النفسية وعدم السعادة وسوء التكيف مع بعض المواقف.

10- أهمية الصحة النفسية للأفراد والمجتمع:

10-1- أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

- إن الصحة النفسية مهمة جدا للفرد وذلك لعدة أمور نجلها فيما يلي:
- الصحة النفسية تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يسلك السلوك الذي ينال رضاه ويرضى عليه الآخرون.
- تحقق الصحة النفسية للفرد الاتزان والنضج الانفعالي مما يبعده عن الاندفاع والتهور وهذا ما يجعله لا يجري وراء الشائعات المدمرة للمجتمع.
- تساعد الصحة النفسية الفرد على العيش في طمأنينة وجعل حياته خالية من التوترات والصراعات.
- مساعدة الفرد على اتخاذ القرار وحسن الاختيار.
- مساعدة الفرد على فهم نفسه والزيادة من قدرته على التحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته وبالتالي تجنب السلوك الخاطئ (التميمي، 2013، ص24).
- تحقيق التوافق الشخصي والرضا عن النفس وفهم الفرد لنفسه وللآخرين من حوله.
- تساعد الصحة النفسية الفرد على جعله أكثر قوة تجاه الشدائد والأزمات وجعل شخصيته أكثر تكاملا بحيث تؤدي وظائفها بشكل متكامل متناسق (الداهري، 2005، ص ص202-203).
- تساعد الصحة النفسية الفرد على بناء الأسرة السوية لان الأسرة التي تتمتع بالصحة النفسية هي التي يسود التماسك بين أفرادها مما يؤدي إلى تماسك المجتمع وقوته.

10-2- أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع:

الصحة النفسية مهمة بالنسبة للمجتمع بمختلف مؤسساته، وتتمثل أهمية الصحة النفسية للمجتمع فيما يلي:

- للصحة النفسية دور في تحقيق التكيف الاجتماعي.
- الصحة النفسية تساعد الفرد على قبول الواقع بعلاقاته مع محيطه.
- تساهم الصحة النفسية في زيادة إنتاج المجتمع.
- تساهم الصحة النفسية بشكل ايجابي في الحياة الاجتماعية بمختلف مجالاتها كالتعلم والصحة والاقتصاد والسياسة، فكلما كان العاملون في هذه المجالات متمتعين بصحة نفسية كان الأداء ايجابيا.
- المساهمة في بناء أسري مستقر الذي هو أساس البناء الاجتماعي (التميمي، 2013، ص 22-24).
- للصحة النفسية أهمية كبيرة للفرد والمجتمع وتتمثل هذه الأهمية في القدرة على تحقيق التكامل والنماء والسعادة.
- تؤدي الصحة النفسية السليمة للوالدين إلى تماسك الأسرة مما يؤدي إلى خلق جو ملائم لنمو شخصية الطفل متماسكة، وجعل الأفراد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي.
- تعد الصحة النفسية ذات أهمية للمدرسة فالعلاقة الجيدة بين المدرسة والبيت وبين الإدارة والمدرسين وبين المدرسين أنفسهم تساعد على النمو النفسي السليم للتلاميذ (الداهري، 2005، ص ص 202-203).
- للصحة النفسية أهمية كبيرة سواء بالنسبة للفرد او بالنسبة للمجتمع بما يتكون منه من مؤسسات، كما انه لا يمكن الفصل بين أهمية صحة الفرد النفسية وأهمية الصحة النفسية للمجتمع، لان الصحة النفسية لأي مجتمع تتحقق من الصحة النفسية لأفراده.

11- الصحة النفسية في الأسرة:

للأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة، فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل والعامل الأول في صنع سلوكه بصيغة اجتماعية، لذلك تعتبر من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية، كما تعتبر الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد (زهران، 2005، ص 14).

ولقد تناول حجازي (2015) الصحة النفسية للأسرة من خلال الأبعاد البنيوية، الوظيفية، الانتمائية والنمائية لها كما يلي:

11-1- الصحة النفسية البنيوية:

تعتبر البنية السليمة والمعاواة اساس الصحة النفسية للأسرة، والتي تقوم على رباط زوجي رسمي يشكل الإطار الحاكم لحياتها. والبنية الأسرية المعاواة تتدرج ضمن شبكة من العلاقات البنيوية التي تمثل مربعا متفاعلا و نميا من كل الرباط الزوجي، العلاقات الوالدية مع الأبناء، العلاقات بين الإخوة والعلاقات مع الأسرة الممتدة و المحيط الاجتماعي، فيوفر التفاعل والتواصل ما بين عناصر هذه الشبكة لكل فرد الإطار الحياتي الذي يضمن له المكانة و القيمة و الدور و الاعتراف بكيانه.

وتتميز البنية المعاواة بمجموعة من القواعد والأنظمة والقيم والتوجهات التي تشكل منظومة ثابتة توظف أفرادها، والتي يمكن الاهتداء بها والتصرف تبعاً لها. كما تتصف هذه البنية بنظامها الواضح والعقلاني من الأدوار بين الأجيال وبين الجنسين مما يوفر لكل فرد مكانته وقيمه ويحظى بالاعتراف به وبأدواره ضمنها.

وبالتالي تتجسد الصحة النفسية في تماسك الأسرة ومقوماتها، وفي استقرارها والتوازن بين ثوابتها ومرونتها مما يسمح لها بالانفتاح والتفاعل المتبادل مع المحيط والتكيف مع تحولاتها الذاتية تبعاً لأطوار حياتها.

11-2- الصحة النفسية الوظيفية:

تتمتع الأسرة بالصحة النفسية الوظيفية حين تعمل جيداً على صعيد جميع وظائفها التي تتمثل فيما يلي:

- الوظيفة الزوجية العاطفية الجنسية.
- الوظيفة الوالدية المتمثلة في الإنجاب ورعاية الأبناء وتنشئتهم وتوجيههم وحمايتهم وإقامة الروابط العاطفية الوثيقة معهم مع توفير فرص نموهم واستقلالهم وبتث الثقة والتقدير الذاتي في نفوسهم وكذلك حسن إعدادهم للحياة.
- توظيف مهارات إدارة حياة الأسرة على مختلف الأصعدة.
- وظائف التواصل والحوار والتفاهم وبناء الألفة والمودة.
- وظائف الدعم والمساندة والحماية والرعاية والملاذ الآمن لأفرادها.

- القدرة على التعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول الايجابية لها، والتحصن ضد الشدائد ومواجهة التحديات والتحويلات وتحويلها إلى فرص بناء ونماء لكيان الأسرة وأفرادها.

11-3- الصحة النفسية الانتمائية – القيمة:

تحتل الأبعاد الدينية والروحية والروابط الاجتماعية دورا حيويا ومحوريا في حياة الأسرة العربية وفي تماسكها واستمرارها وصحتها، حيث تشكل تعاليم الدين الخاصة بالعلاقات ما بين الآباء والأبناء، مرتكزات أساسية لتحسين الأسرة وبالتالي تمثل مقوما من مقومات الصحة النفسية، كما يشكل الانتماء إلى الأسرة الممتدة وصلات القرابة والجيرة والمجتمع المحلي وصولا إلى المجتمع الأكبر، بعدا تكوينيا أساسيا من حياة الأسرة وصحتها (نظم التودد والتعاقد والتساند) وحمايتها من الأخطار وإغاثتها في الشدائد. فالأسرة المعافاة منغرس في المجتمع ومنفتحة على أنشطته ومشاركة في الشغل على قضاياها.

11-4- الصحة النفسية النمائية:

وتتمثل محصلة الأبعاد الثلاثة السابقة، والتي تتمثل في حدها الأدنى في الاستقرار والاستمرار والفاعلية، وفي حدها الأقصى في تحقيق الأسرة لمشروع وجود متنام في مساره العام، رغم ما يعترض هذا المسار من عثرات أو تباطؤ وتراجع والتي تعتبر من طبيعة الحياة ذاتها. فعلى الصعيد البنيوي تنمو الحياة الأسرية فيعزز تماسكها ويترسخ استقرارها وتتوطد أواصر الصلات داخلها ومع محيطها، وتكتسب الحصانة والمناعة ضد التهديدات الخارجية وتصمد للتحديات، اما على الصعيد الوظيفي فتتمرس بالأدوار الزوجية والوالدية وتترسخ جدارتها وتزداد فاعليتها الوظيفية بالتعلم من التجارب ومواجهة الصعاب، وفي الآن عينه تتسامى حياتها الروحية على الصعيد القيمي الذي تعزز فيه انتماءاتها الاجتماعية ومشاركتها النشطة في الشأن العام والإسهام في قرارات صناعة المصير المحلي والوطني. وتجدر الإشارة الى ان العلاقة ما بين هذه الأركان الأربعة هي علاقة جدلية تفاعلية متبادلة، فبمقدار صحة البنية الأسرية وصحتها الوظيفية والانتمائية والقيمية تتزايد فرص صحتها النمائية وبناء مشروع وجودها والنجاح في مختلف أطوار حياتها، ومن جهة أخرى فبقدر صحتها النمائية وتقدمها على طريق النضج والتمكين، تتعزز صحتها البنيوية والوظيفية والانتمائية (حجازي، 2015، ص ص80-83).

يتضح مما سبق أهمية هذه الأبعاد في تحقيق الصحة النفسية للأسرة، فالبناء الأسري السليم يوفر لأفرادها الميدان للدراك و القيام بأدوارهم و وظائفهم والاحساس بأهميتهم و فاعليتهم، مما يعزز احساسهم بالانتماء والمشاركة الفعالة وكذا المساهمة في تبني اتجاهات و قيم والسير في نهجها ووضع اهداف واقعية يسعى الفرد الى تحقيقها مما يحقق له النمو و التقدم و النجاح

12-الصحة النفسية في المدرسة:

تقوم المدرسة بعملية التربية ونقل الثقافة المتطورة كما تقوم بتوفير الظروف المناسبة للنمو الجسمي والعقلي والاجتماعي، والنفسي الاهتمام بالصحة النفسية للتلميذ يتمثل في:

- الرعاية النفسية للطفل ومساعدته في حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره إلى راشد مستقل متوافق نفسياً يعتمد على نفسه.

- تحقيق التوافق الاجتماعي للتلميذ وذلك عن طريق تعليمه تحقيق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية.

- مراعاة قدراته في كل ما يتعلق بعملية التربية والتعليم.

- التوجيه والإرشاد النفسي للتلميذ.

- ضمان نمو الطفل نمواً نفسياً سليماً، وكذا الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية بالتركيز على التعاون مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى وخاصة الأسرة.

ومن الأساليب النفسية التي تستخدمها المدرسة أثناء تربية التلاميذ نذكر:

- المناهج وتوجيه النشاط المدرسي لدعم القيم الاجتماعية، وتعليم الأساليب السلوكية المرغوبة، و

المعايير والأدوار الاجتماعية والقيم.

- الثواب والعقاب.

- العمل على التدريب في فطام الطفل انفعالياً عن الأسرة.

- تقديم نماذج صالحة للسلوك السوي، إما في شكل نماذج تدرس لهم أو نماذج يقدمها المدرسون

في سلوكهم اليومي مع التلاميذ (زهران، 2005، ص 19).

بالرغم من ان الغرض الأساسي لوجود المدرسة هو النهوض بالتعليم الا أنها تؤثر في السلوك، فتعمل على اكساب الطلبة القدرة على تكوين الاتجاهات الإيجابية وفهم العلاقات الاجتماعية السليمة وممارستها، والتفكير المنظم والتحرر من الخرافات إلا أن مدارسنا مازالت قاصرة عن تلبية حاجات الطلبة بشكل عام والطلبة من الفئات الخاصة (الموهوبين والمقصرين) بشكل خاص (منسي، 2001، ص99).

ان دور المدرسة لا يقتصر فقط على تعليم التلاميذ واكسابهم المعارف و تلقينهم المهارات التعليمية ،انما ذلك يمتد الى ابعد من ذلك وهو الاهتمام بالحاجات النفسية للطفل واكتشافها مبكرا ،فبعض الاضطرابات السلوكية لا تظهر الا بعد احتكاك الطفل باقرانه في المدرسة من خلال الملاحظة و المقارنة.

13-الصحة النفسية في المجتمع:

الصحة النفسية للمجتمع في غاية الأهمية ، فغياب الصحة النفسية للمجتمع تؤدي به الى المعاناة من التمزق وعدم التكامل في أجهزته ونظمه و مؤسساته و هيئاته ،كما تسود هذا المجتمع ثقافة مريضة مليئة بعوامل الهدم و الإحباط و الصراع و التعقيد .و يتميز المجتمع الحديث بالعلاقات الاجتماعية المعقدة وبالقلق كما يعاني واقعا الحضاري من الكثير من الاضطرابات النفسية التي يؤدي إليها التنافس وعدم المساواة و الاستغلال ،لذلك يحتاج هذا المجتمع إلى تخطيط دقيق للصحة النفسية ،والتخطيط للصحة النفسية للمجتمع يحتاج إلى إجراءات هامة منها:

- تهيئة بيئة اجتماعية آمنة تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة.
- إقامة العدالة الاجتماعية، و حياة ديمقراطية تسودها الحرية الشخصية والاجتماعية والسياسية، من اجل تغيير المجتمع إلى أفضل بما يتفق مع آمال الجماهير ومصالحها وأهدافها.
- الاهتمام بدراسة الفرد والمجتمع ورعاية الطفولة صانعة المستقبل، ورعاية الشباب عصب الأمة ورعاية الكبار وحماية الأسرة والاهتمام بمشكلاتها وكذلك التخطيط الشامل للنشاط الاجتماعي والاقتصادي بهدف تحقيق أقصى إشباع ممكن لحاجات الافراد.
- الاهتمام برفع مستوى الوعي النفسي بين افراد المجتمع خاصة من تتصل أعمالهم بالجمهور في الهيئات والمؤسسات العامة.
- التعبئة النفسية للشعب لتخطي ما مر به أو ما قد يطرأ عليه من ضغوط للتغلب عليها.

- الاهتمام بمفهوم الوقاية من الأمراض النفسية.
- نشر مبادئ الصحة النفسية عن طريق وسائل الإعلام المختلفة.
- الاهتمام بعوامل الضبط الاجتماعي اللازم وممارسته خاصة في ظل التغير الاجتماعي الذي يشهده المجتمع (زهران، 2005، ص ص 21-22).
- تتحقق الصحة النفسية للمجتمع من تحقق الصحة النفسية لأجهزته و نظمه وهياكله ،ويتم ذلك عن طريق نشر الوعي ومبادئ الصحة النفسية بين فئات المجتمع والتركيز على أهمية العلاقات الاجتماعية السليمة وتجنب الانحرافات و الأفات الاجتماعية عن طريق ممارسة الضبط الاجتماعي.

14- دور العمل في إيجاد الصحة النفسية للأفراد:

- يعتبر العالم بارسونز Parsons أول من نادى بالإرشاد المهني عام (1909) ووضع معايير معينة عند اختيار مهنة مستقبلية للفرد، و الذي يتم بمساعدة مرشدا مهنيا متخصصا، ومن بين هذه المعايير:
- أن تكون هذه المهنة مناسبة لشخصية الفرد ومتوافقة مع قدراته الجسمية والعقلية.
 - تكون مناسبة أيضا لميوله ورغباته واتجاهاته.
- لذلك يمكن القول أن الإرشاد المهني ضروري لنمو الشخصية والتوافق النفسي والصحة النفسية لدى الأفراد، لان سوء اختيار المهنة للفرد يؤدي إلى كثير من المشكلات، منها عدم التوافق المهني والذي يؤدي بالضرورة إلى عدم التوافق والصحة النفسية وعدم القدرة على العطاء، فالمهنة هي العمل الذي سيقضي فيه الفرد حياته كلها، والعمل الناجح يجعل للحياة معنى وقيمة، كما يعمل على تكوين مفهوم ذات عال ومناسب لدى الفرد، كما ينمي لديه مفهوم ذات اجتماعية مرتفعة (منسي، 2001، ص ص 102-103).

15-العاملون والمتخصصون في ميدان الصحة النفسية:

العمل في ميدان الصحة النفسية يجب أن يكون في شكل فريق يضم:

- المعالج النفسي Psychotherapist: ويتخرج في أحد أقسام علم النفس ويحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسي ويختص بالتشخيص والعلاج ويكون لديه القدر الكافي من المعلومات الطبية التي يحتاج إليها.

- الأخصائي النفسي: Psychologist يتخرج في أحد أقسام علم النفس بالجامعة ويختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك الفرد واتجاهه ومساعدة المعالج النفسي.

- الطبيب النفسي: Psychiatrist ويتخرج في كلية الطب، ويتخصص في الأمراض النفسية والعصبية، ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسدي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي.

- المساعدون النفسيون: مثل أخصائي القياس النفسي والتدريب على الكلام وأخصائي العلاج بالعمل والعلاج باللعب وغيرهم (شاذلي، 1999، ص 48).

- الأخصائي الاجتماعي النفسي: وهو الأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في مجال العلاج النفسي ووظيفته تحليل الخلفية الاجتماعية للمريض مما يساعد في تقديم انسب علاج له وكذا مساعدته على تحقيق التوافق مع بيئته في مرحلة معينة من العلاج (علي و شريت، 2004، ص 36).

خلاصة:

يعتبر موضوع البحث في الصحة النفسية من المواضيع التي نالت ومازالت تنال اهتمام الكثير من الباحثين نظرا لأهميتها في حياة الفرد، فهي أساس وجوده ولا تقل أهميتها عن الصحة الجسدية، فهي أوسع من أن تكون مجرد غياب المرض، وتتعدى ذلك إلى شعور الفرد بالقدرة على التوافق والتفاعل وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ومواجهة متطلبات الحياة لتصل إلى درجة إحساس الفرد بالسعادة مع نفسه ومع غيره، لذلك فمظاهر الصحة النفسية كثيرة كما أنه من الصعب تحديد المعايير التي يمكن أن نحكم بها على مدى تحقق الصحة النفسية عند الفرد، لأنها ترتبط ارتباطا وثيقا بحياته ككائن وكفرد في المجتمع يؤثر ويتأثر بغيره وبالظروف المحيطة به، كما يختلف الأفراد أيضا بعضهم عن بعض، ويختلفون أيضا باختلاف مراحل عمرهم وهذا ما يعبر عن نسبية الصحة النفسية. و البحث في الصحة النفسية لا يشمل فقط البحث النظري و إنما أيضا للصحة النفسية فرع تطبيقي وهو ما يظهر في مناهج الصحة النفسية منها المنهج الوقائي والمنهج العلاجي و المنهج الإنشائي، التي تهدف إلى الوقاية من اضطرابات الصحة النفسية وعلاجها، وكذلك محاولة توفير فرص النمو السليم للفرد، فللصحة النفسية أهمية و أهداف في حياة الفرد يسعى من خلالها هذا الفرع من العلوم إلى تحقيقها فعلى الرغم من تعدد النظريات التي حاولت الإحاطة بمفهوم الصحة النفسية واختلاف تفسيرات روادها إلا أن أهدافهم واحدة وهي محاولة فهم و إيجاد مقومات الصحة النفسية عند الفرد والبحث عن حلول للمشاكل التي تحول دون تحققها. إذن الصحة النفسية مهمة جدا للفرد سواء في الأسرة أو المدرسة أو أماكن العمل والتي تعد من مؤسسات المجتمع التي يتواجد فيها أفرادها.

الفصل السادس

طيف التوحيد

تمهيد:

طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تصيب الأطفال والتي تظهر أعراضه قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل، فمنذ اكتشافه من طرف الطبيب ليوكانر عام (1943) توالى الدراسات عنه، وحاول العديد من الباحثين و المتخصصين في هذا المجال تحديد أسبابه و أعراضه وطرق تشخيصه، واهتم الكثير منهم بتطوير برامج علاجية و تدريبية للتكفل بهذه الفئة من الأطفال ،كما يعتبر التوحد من الاضطرابات المعقدة نظرا لشدة أعراضه التي تمس العديد من الجوانب منها الجانب الاجتماعي، الجانب اللغوي الجانب الانفعالي والعاطفي والجانب المعرفي، وشدة هذه الأعراض لا تؤثر فقط على الطفل وإنما تمتد لتؤثر على الأسرة بأكملها و سنتناول في هذا الفصل موضوع التوحد وكل ما يرتبط به .

1- البدايات التاريخية لدراسة اضطراب طيف التوحد:

أول من أشار إلى اضطراب التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة هوليو كانر Leo Kanner وقد كان ذلك عام (1943)، وحدث ذلك بجامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك عندما كان يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المعاقين عقليا، حيث لفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لدى إحدى عشر (11) طفلا كانوا مصنفيين على أنهم معاقين عقليا، وقد كان يتميز سلوكهم بعدم الوعي بوجود الناس وعدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل فأطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism (مجيد، 2007، ص 17).

لاحظ كانر على هؤلاء الاطفال الاستغراق المستمر في الانغلاق الكامل على الذات، والتفكير المتميز الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية، وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويهم أو إخوتهم، فيتميز هؤلاء الاطفال بالانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه، كما لو كانت حواسهم قد توقفت عن تحويل المثيرات الخارجية إلى داخلهم، والتي أصبحت في حالة انغلاق تام وبالتالي استحالة تكوين علاقة مع أي ممن حولهم (العبادي، 2006، ص 15).

ومنذ عام (1943) استخدمت تسميات متعددة للإشارة الى هذا الاضطراب منها التوحد، ذهان الطفولة، النمط غير السوي في النمو (الشاذ)، ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي

لإعاقة التوحد، وكذا اختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب، كما يرجع استخدام عدد من التسميات الى الغموض وتعقد التشخيص (مجيد، 2007، ص 17). ويمكن الإشارة إلى تاريخ اضطراب التوحد من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته منذ اكتشافه من طرف كانر (1943) وهذا على النحو التالي:

1-1- المرحلة الأولى: تمتد هذه المرحلة بين أواسط و أواخر الخمسينيات والتي يطلق عليها بمرحلة الدراسات الوصفية الأولى، أين ظهرت فيها عددا من الدراسات وصفت تقاريرها سلوك الأطفال ذوي التوحد واثّر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، وقد اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي "ذهان فترة الطفولة" كما كان يطلق على التوحد في ذلك الوقت، بالإضافة إلى الأنواع الأخرى من التوحد و اضطراباته، ويتضح من تحليل تلك الدراسات أن الكثير من المعلومات المتضمنة في هذه التقارير أظهرت خصائص التوحد، ونظر العدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في تلك الدراسات، سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب، فإن ذلك أدى إلى القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار على المدى الطويل (كامل، 2003، ص 14).

ولقد أشار سليمان (2000) الى بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير نذكر منها: ليو كانر (1943) Leo Kanner، ليون إيزنبرج (1956) LeonEisenberg وهانس إيسبرجر (1953) Hans Eisperger.

1-2- المرحلة الثانية:

تعتبر هذه المرحلة امتدادا واستمرارا للمرحلة الأولى، والتي امتدت بين أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات، والدراسات التي أجريت في هذه المرحلة حسب ما يُقر أحد الباحثين وهو فيكتور لوتر (1978) Victor Lotter، أنها لا تزال في طور التقارير المبدئية لآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها ركزت على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب، ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة نذكر منهم مايكل روتر (1960) Michael Rotter وميتلر (1968) Mittler، ويمكن أن نستخلص من دراسات هذه المرحلة بشكل عام ثلاث

ملاحظات أساسية ساعدت بشكل جوهري على التكهّن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات اضطراب التوحد:

- 1- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث يعد الاستخدام الواضح أو الجيد للغة لدى الأطفال أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- 2- النظر إلى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، لأن الأطفال التوحديين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء ممن تقل نسبة ذكائهم عن 55 QI، معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.
- 3- القابلية للتعلّم كأحد المؤشرات المهمة التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص حالات اضطراب التوحد (العبادي، 2006، ص ص 17-18).

1-3- المرحلة الثالثة:

استغرقت هذه المرحلة عقد الثمانينات وبداية التسعينيات و شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات موضوع التوحد ولقد ركزت اغلب هذه البحوث و الدراسات أكثر على الأفراد التوحديين من ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية أو ذوي الأداء العالي ، ومن بين الأسماء التي برزت في هذه المرحلة نذكر جيلبرج (1987) Gillberg شنق Chung ولي Lee (1990) كوياتشي Kobayshi (1992) ستيفن برج (1993) Steffeng berg والمتتبع لنتائج تلك الدراسات يمكن أن يلاحظ أنها مازالت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما ،ويمكن الإشارة إلى أن الدراسات في سياق هذه المرحلة قد ركزت على :

- أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، لأن تطور اللغة في هذه المرحلة العمرية يعد أحد العوامل المهمة في نمو وارتقاء بعض المهارات والقدرات لدى الأطفال في المراحل اللاحقة.

- ضرورة التدريب في بعض المجالات مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى أو الكمبيوتر على سبيل المثال لأن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبياً، لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالتهم بشكل جيد بدون التدخل المتخصص، وذلك من أجل إتاحة

الفرصة أمام هذه الفئة لإيجاد المجال الملائم لهم في الحياة والذي يُمكنهم من الاندماج مع المجتمع ويساعدهم على التوافق الاجتماعي بشكل أفضل.

وعند مقارنة نتائج دراسات هذه المرحلة بنتائج الدراسات السابقة نجد ان:

- المعلومات المتضمنة في تقارير دراسات هذه المرحلة أكثر تنظيماً وموضوعية مقارنة بالدراسات السابقة لها، حيث توصلت هذه الدراسات إلى نتائج على درجة من الأهمية لم تتطرق إليها الدراسات السابقة.
- ركزت دراسات هذه المرحلة على الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبياً، وبالتالي من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر ايجابية مقارنة بنتائج الدراسات السابقة.
- تختلف وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات السابقة، بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، وبالتالي فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسات سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة عليه وهذا وفقاً لاختلاف الأدوات المستخدمة والخلفية الثقافية والاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدة. (سليمان ، 2000، ص ص 14-15)

2-تعريف طيف التوحد:

2-1-التوحد لغوياً:

التوحد مصطلح مترجم عن اليونانية Autos ويعني العزلة أو الانعزال، وهو ليس الانطواء وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين بالإضافة إلى سلوكيات متباينة من شخص إلى آخر، يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل (عامر، 2008، ص 80).

2-2-اصطلاحاً:

عرفه الشخص والدماطي (1992) أنه "نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في السن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر" (ص 280).

عرفه أتوود(2003) Attwood بأنه "عبارة عن اضطراب نمائي ذو أصل خلل وظيفي في البنية والروابط العصبية غير المكتملة النمو خاصة تلك المتعلقة بالمبادرة، والدافعية والتخطيط والاتصال والعواطف"(Bizet, Bretiere, & Gillet, 2018, p. 2).

تعريف محمد (2010 ب) "يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب معقد يمكن النظر اليه على انه اضطراب نمائي عام او منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل الى التوقع حول ذاته "(ص114).

تعريف القمش(2011)"يمكن اعتبار التوحد من إعاقات النمو المزمنة التي ينتج عنها اضطرابات واضحة في جوانب النمو المختلفة (الحركي، الاجتماعي، الانفعالي واللغوي)، والمصحوبة بأنماط سلوكية نمطية شاذة، كما أن هذه الأعراض تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل (ص 25).
تعريف شريف(2011) "عبارة عن اضطراب نمائي يصيب الاطفال خلال السنوات الاولى من العمر ويؤثر على النمو الطبيعي للدماغ"(ص219).

كما يُعرّف التوحد بأنه اضطراب عصبي بيولوجي يؤدي إلى قصور واضح في تواصل الطفل مع الآخرين في البيئة المحيطة به وضعف في سلوكه وقابليته للتعلم والتدريب، ويظهر ذلك في نوبات الغضب والبكاء والضحك بدون سبب وعدم الخوف من الخطر وصعوبات في مهارات العناية بالذات مما ينتج عنه ضعف في علاقته مع الآخرين وتفاعله الاجتماعي معهم (السيد، 2013، ص24).

تعريف ايمان محمود (2016)"التوحد هو اعاقه متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ "(ص77).

ولعل التعريف الأكثر قبولا في هذا المجال هو ان التوحد "اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، غير معروف الاسباب، يظهر في السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الاطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور انماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي"(القمش، 2013، ص 237).

اذن يمكن تعريف التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي تبدأ أعراضه في الظهور في السنوات الأولى من عمر الطفل أي قبل الثلاث سنوات، يعاني الطفل من قصور لغوي وصعوبات في الاتصال و إقامة علاقات اجتماعية و التفاعل الاجتماعي، مع استجابات سلوكية غريبة وشاذة.

3- اضطرابات الطيف التوحد:

يستخدم مصطلح اضطراب الطيف التوحد للإشارة إلى خمسة اضطرابات متشابهة وهي: التوحد، متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، اضطراب الطفولة التفككي أو التحلي، اضطراب النمو الشامل غير المحدد.

3-1- التوحد:

هو أحد أنواع اضطرابات الطيف التوحد، إلا أنه كثيراً ما يوصف في المراجع العلمية وكأنه يعني كل اضطرابات الطيف التوحد، والتوحد إعاقه نمائية تظهر قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل، وتؤثر على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى مهارات التفاعل الاجتماعي (الخطيب، 2013، ص 279-280).

3-2- متلازمة الأسبرجر:

أول من وصف الخصائص السلوكية لمتلازمة اسبرجر هو طبيب الأطفال النمساوي الدكتور هانز اسبرجر Hans Eisperger الذي نسب إليها اسمه. (الخطيب، 2013، ص 283). المصابون بهذا الاضطراب يُظهرون صعوبات كبيرة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مع رغبات وأنماط سلوكية مقيدة ومكررة (مختار، 2018، ص 15).

3-3- متلازمة ريت:

يعتبر الطبيب النمساوي اندرياس ريت، أول من وصف هذا الاضطراب، وهو اضطراب عصبي وتطوري نادر ينتج عن خلل في الكروموسوم الجنسي (الخطيب، 2013، ص 284). اضطراب ريت إعاقه تصيب الاناث فقط، تبدأ أعراضها في الظهور بعد الأشهر الستة أو الثانية عشر الأولى من عمرهن، ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموسوم X. يبدوا الأطفال الصغار المصابين

بمتلازمة ريت في حالة نمو وتطور طبيعيين في بداية الامر، ولكنهم يتوقفون عن النمو ما بين الشهر الثالث والسنة الثالثة (مختار، 2018، ص15).

3-4-اضطراب الطفولة التفككي:

اضطراب نادر جداً، يبدأ نمو الاطفال طبيعياً الى ان يبلغوا الخامسة او السادسة من أعمارهم فيبدأ نموهم بالتدهور والنكوص حيث يفقد الأطفال المهارات الاجتماعية والتواصلية التي كانت قد ظهرت لديهم في طفولتهم وبالتالي تصبح خصائصهم مشابهة لخصائص الأطفال التوحديين (الخطيب، 2013، ص 286).

3-5-اضطراب النمو الشامل غير المحدد:

يتم تشخيص حالة الطفل على انها حالة اضطراب نمائي شامل غير محدد عندما لا تظهر لديه مشكلات ملحوظة في مجالات النمو الثلاثة التي تظهر لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب الطيف التوحدي، وهذه المشكلات تتمثل في ضعف التفاعل الاجتماعي، ضعف المهارات التواصلية، والاهتمامات المحدودة والسلوكيات النمطية، فيتشابه هذا الاضطراب في اعراضه مع التوحد ومتلازمة اسبرجر ومتلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي، ولكنه يشكل فئة تشخيصية مختلفة عنهم (الخطيب، 2013، ص 288).
اذن التوحد هو احد اضطرابات الطيف التوحدي، قد يتشابه معها في بعض الاعراض الا انه له خصائص واعراض تميزه عنها.

4-خصائص الاطفال المصابين بطيف التوحد:

4-1-الخصائص السلوكية:

يتصف الطفل المصاب بطيف التوحد بمحدودية سلوكياته وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع التغيرات البيئية بشكل سليم وناصح، فيعيش هؤلاء الأطفال في عالمهم الخاص، لا ينتبهون ولا يركزون على ما هو مطلوب منهم، ويركزون على جانب محدود لا يملكون منه، كتركيزهم على جزء صغير من آلة كبيرة كما يتعلق الكثير منهم بشكل غير طبيعي بالأشياء، والتي ليست لها جدوى وظيفية (الظاهر، 2009، ص 45).

ويعتبر تكرار الافعال او القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم الى الامام والى الخلف اثناء الجلوس، والدوران حول النفس، والتلويح بالذراعين وترديد ثلاثة او أربع كلمات او جمل معينة لفترة طويلة من الوقت)، من أكثر انواع السلوك الملفتة للنظر لدى هؤلاء الاطفال.

كما انه غالبا ما يذكر الالهل انه فيبعض الاحيان يعض الطفل نفسه بشدة لدرجة ينزف معها دمه ،وانه قد يضرب وجهه بقبضة يده او قد يضرب راسه بالحائط ،او بقطع اثاث حادة حتى يتورم راسه ويصبح لونه اسودا او ازرقا ،وهناك حالات يوجه فيها الطفل عدوانه نحو الاخرين في الاسرة او المدرسة وذلك على شكل عض او خريشة او رفس ،و بعض هؤلاء الاطفال يقضون الليل مستيقظين يصدرن اصواتا وبعضهم يمزق الاوراق و يرمي بها من النافذة او يسكب الماء على الارض وغالبا ما يكون الالهل عاجزين عن التعامل مع هذه الانماط السلوكية(عبيد، 2015، ص ص171-172).

يحب الطفل التوحدي الروتين ولا يحب التغيير سواء تعلق الامر بتغيير ملابسه، وانواع طعامه او طريقة تنظيم غرفته، بالإضافة الى تعلقه بالأشياء مثل وسادة معينة او بطانية بعينها ويحملها معه دوما. (مختار، 2018، ص 42)

كما يتصف الأطفال المصابون بطيف التوحد، بتجنب النظر بوجوه الآخرين أو بشكل محدد القصور الواضح بتلاقي العيون. وما يجدر الإشارة اليه هو أن هذه السلوكيات قد لا توجد جميعها عند كل طفل مصاب بطيف التوحد، كما أنها ليست على درجة واحدة من الشدة (الظاهر، 2009، ص ص 48-49).

4-2- الخصائص الاجتماعية:

قد يلاحظ الالهل منذ الطفولة المبكرة ان الطفل الرضيع لا يتواصل معهم، فيكاد التواصل خلال النظر يكون معدوما، او في اقل درجاته، كما لا يتفاعل الرضيع مع البيئة التي يعيش فيها، فهو لا يبتسم لمن حوله رغم محاولاتهم لاستمالته إليهم، ومع مرحلة الطفولة المبكرة يكون الطفل منعزلا عن المجتمع ويفضل اللعب منفردا (مختار، 2018، ص 43).

يظهر على الطفل التوحدي الخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، كما تظهر على هؤلاء الاطفال أعراض الانسحاب

الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، لذلك غالبا ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين وهم متحفظون، يُقيمون اتصالات قليلة وعلاقات ضعيفة مع كل من الراشدين والأطفال، فيُظهرون نوعا من الإدراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاصا أم أشياء.

يتحدد القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد بثلاثة مجالات هي:

1-التجنب الاجتماعي: فأطفال طيف التوحد يتجنبون كل أشكال التفاعل الاجتماعي، ويقوم هؤلاء بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم، وتؤثر ردود فعل البيئة الاجتماعية إزاء هذا التصرف بأن أطفال التوحد لا يحبون الناس ويخافون منهم.

2-اللامبالاة الاجتماعية: يتصف أطفال التوحد باللامبالاة الاجتماعية فهم لا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون حتى بوجودهم معهم.

3-الارتباك الاجتماعي: يعاني أطفال طيف التوحد من الافتقار الى التفاعل الاجتماعي وعدم تعلمهم للمهارات الاجتماعية وكذا الانعزال الاجتماعي، مما يؤدي لدى هؤلاء الى صعوبة الحصول على الأصدقاء، والفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين. ومن علامات النقص الاجتماعي لأطفال التوحد نجد:

- نقص الإدراك الاجتماعي.
- صعوبة في فهم معتقدات الناس واتجاهاتهم ومشاعرهم.
- ضعف القدرة على توقع أقوال أو أفعال الآخرين في معظم المواقف الاجتماعية (الحلبي، 2005، صص30-31).

4-3-الخصائص الانفعالية:

تحتل الصعوبات الانفعالية مكانة هامة في اضطراب طيف التوحد وتتمثل هذه الصعوبات في الشعور والإدراك والتعبير والتنظيم والتعرف على الانفعالات (Bizet & al., 2018, p. 49). من الخصائص الانفعالية التي نلاحظها على أطفال طيف التوحد النقص الواضح في الاستجابة الانفعالية للآخرين ويظهر ذلك من خلال الفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل والحب والعناق أو إظهار مشاعر

العطف، كما نلاحظ على الأطفال التوحديين نقص الانتباه للآخرين وعدم التقاء عيونهم واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة، فمن النادر أن يبدي الطفل التوحدي عاطفة نحو الآخرين، بل وتتنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية (الحلبي، 2005، ص32). يجد الأشخاص المصابين بالتوحد صعوبة في التعبير عن مشاعرهم، فعدم قدرتهم على التعرف وفهم مشاعر الآخرين تمنعهم من الاستجابة بطريقة مناسبة لهذه المشاعر الصادرة عنهم (Montis, 2014, p. 37).

يعبر الطفل التوحدي عن مشاعره بطريقة خاصة لا يفهمها إلا الأشخاص المقربون منه، والذين تعلموا كيفية فك الرموز المرتبطة بسلوكياته غير المفهومة والمربكة للآخرين. كما يعبر الأفراد المصابين بالتوحد عن مشاعرهم بشكل متطرف، فمهما كان عمرهم قد يلاحظ عليهم الضحك بشدة أو نوبات الهلع والغضب، وغالباً ما يتميز هؤلاء بتقلب المزاج، فينتقلون بسرعة من لحظة الغضب إلى لحظة من الضحك (Montis, 2014, p. 25).

4-4- الخصائص اللغوية:

يتصف النمو اللغوي المبكر للطفل التوحدي بالصمت والترديد البيجاوي، فاللغة والكلام لديه عادة لا يكونان بهدف التواصل، بالإضافة إلى غياب التواصل غير اللفظي فتعابير الوجه والوضعية والإيماءة غير مستعملة عند أكثر الأطفال التوحديين، فإذا كانت اللغة التواصلية في حالة نمو وتطور عند الطفل التوحدي فإنها تكون ضعيفة وغير مُنسقة، كما يفشل في إيصال الانفعال وإظهاره (قاسم، 2001، ص 23-24).

الأطفال التوحديون في السنة الأولى من عمرهم لا يستجيبون عندما مناداتهم بأسمائهم، وقد يكتسب هؤلاء الأطفال بضع كلمات في السنة الثانية ويتأخر النمو اللغوي لديهم في السنة الثالثة.

كما يتصف الأطفال المصابون بطيف التوحد بقصور واضح في التعبير، فيجدون صعوبة في ربط الكلمات في جملة ذات معنى وبالتالي يصعب عليهم بناء الجملة الكلامية، والبعض منهم قد يتكلم بعدة مفردات فقط، كما قد يعكس الضمائر أو يخلط بينها، فيستخدم مثلاً، أنت بدلاً من أنا، ويعاني الأطفال المصابون بطيف التوحد من مشكلات في مكونات اللغة، الذي يتمثل في قلة الحصيلة اللغوية وعادة ما يتأخر الكلام عندهم حتى عمر 05 سنوات، ويتصفون بالروتين اللفظي فيكرر بعضهم نفس السؤال أو

أكثر من سؤال بشكل روتيني وبطريقة واحدة حتى لو لم يتطلب الموقف ذلك (الظاهر، 2009، ص 53-54).

4-5- الخصائص المعرفية:

يتصف الطفل التوحدي بالقصور في المعالجة المعرفية للمعلومات الحسية الصادرة عن الآخرين عن طريق البصر أو السمع أو اللمس، وقد يركز على جزئية من الشيء دون أن يدرك المضمون الكلي فهو بعيد عن النظرة الشمولية، فيركز الطفل المصاب بطيف التوحد على مثير محدد قد يكون جزء من كل فهو يهتم بمثير معين ويتجاهل الصورة الكلية.

أشار انجيري Ungere وسجمان Sugman (1987) الى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يظهرون صعوبات واضحة في بعض المهارات المعرفية الإدراكية مثل: الفرز والتصنيف وأوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء، ولا يتعلمون من الأخطاء السابقة فيكررون أخطاءهم، ولا يستخدمون استراتيجيات لحل المشاكل التي تعترضهم وقد يكون ذلك ناتجا عن تدني درجة الذكاء لديهم.

ومن جهة أخرى، يتصف الأطفال المصابون بطيف التوحد بشكل عام بالقصور في مهارات التقليد والمهمة للتطور المعرفي والاجتماعي، سواء الجسدية أو الوجيهية أو اللفظية، كما تتميز عملية الإدراك لديهم بالقصور وهذا بسبب غياب النظرة الشمولية، والقصور في الإدراك قد يجعلهم لا يتنبؤون بالأحداث المستقبلية، بالإضافة الى قلة دافعية هؤلاء في اكتشاف البيئة التي يعيشون فيها أو استثمار المثيرات البيئية، وعدم الاستجابة للمعززات والمكافآت والقصور الواضح في الاستجابة الانفعالية (الظاهر، 2009، ص 59-60).

بالتالي يعاني الطفل التوحدي من القصور في العديد من الجوانب الاساسية منها السلوكية، الاجتماعية، اللغوية والمعرفية وهذا ما يعكس شدة الاضطراب والمعاناة لدى هؤلاء الاطفال واوليائهم.

5- بداية ظهور الاضطراب:

من المهم معرفة أن طيف التوحد يبدأ مبكرا في العمر وهذا تقريبا قبل الثلاث سنوات الأولى للطفل ونادرا ما يكون بعد السن الخامسة. أغلب التوحديين تظهر عليهم علامات الإعاقة منذ الولادة وبالرغم من هذا، فهناك أطفال يكونون ذوي نمو عادي وطبيعي، يتبعه اختلال في المهارات الإدراكية والاجتماعية وإظهار

بعض التصرفات غير الطبيعية ومهارات التواصل، وفي هذه الحالات يكون الانحدار والاختلال في تطور نمو اللغة الطبيعية التي كان يستخدمها الطفل عادة ، دليل على وجود المشكلة وإذا كان الطفل التوحيدي ليس الطفل الأول بالنسبة للوالدين، فمن السهل إدراك الاختلاف والنمو غير الطبيعي في الحركات أو اللغة أو المشاركة العاطفية، ويصعب أحياناً إذا كان الطفل الأول لعدم وجود التجربة الواضحة لدى الأم أو الأب في مدى ما يستطيع أن يفعله الطفل في هذا العمر الصغير، وتكون الملاحظة أوضح إذا بدأ الطفل بترديد ماما – بابا وإعطاء تعبيرات واضحة لما يحيطه أو ما يحتاجه من الماء مثلاً أو العصير أو لعبته المفضلة حتى وإن كانت بحرف أو حرفين، لأنها طريقة طبيعية لإظهار التواصل مع الأم أو مع من يحيط به ،ثم تلاحظ الأم اختفاء هذه الكلمات، ويبدأ الطفل يعوم في عالمه الخاص، مبعداً الأم أو من حوله عن مشاركته في عالمه و الاكتفاء بما عند نفسه، ويظهر هذا عادة في نهاية السنة الثانية وبداية السنة الثالثة أحياناً(السعد، 1992، ص 13).

اذن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي تظهر علاماته مبكراً مما يجعل التعرف عليه صعباً خاصة الأولياء الذين ليس لديهم تجربة وخبرة مع الاطفال ،اي عندما يكون الطفل هو الاول في الاسرة،لذلك يعد التشخيص المبكر امراً مهماً وذلك باللجوء الى المختصين وهذا عند ظهور اي علامة من العلامات الغريبة على الطفل.

6-تشخيص طيف التوحد:

يعتمد تشخيص اضطراب طيف التوحد على مجموعة من الاعراض الاكلينيكية والتي تتميز بضعف التفاعل الاجتماعي، ضعف الاتصال بالإضافة الى السلوكيات المتكررة والطقوسية. (Contejean & Doyen, 2012, p. 57).لتشخيص ادق لاضطراب طيف التوحد يمكن الاعتماد على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس(DSM5).

تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية:
المعايير التشخيصية:

أ- العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو من خلال التاريخ السابق، وذلك من خلال ما يلي (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

- 1- العجز في التبادل أو المعاملة الاجتماعية والعاطفية والتي تتراوح على سبيل المثال ما بين النهج الاجتماعي الغير طبيعية والفشل في إجراء محادثة عادية بين طرفين، إلى انخفاض مشاركة الاهتمامات ومشاركة العواطف أو ما تأثر به إلى الفشل في البدء أو المبادرة بالتفاعلات الاجتماعية والاستجابة لها.
- 2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي والتي تتراوح على سبيل المثال من ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى ضعف التواصل البصري وضعف لغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات إلى انعدام تام لتعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي.
- 3- العجز في تطوير والحفاظ وفهم العلاقات ويتراوح ذلك على سبيل المثال من صعوبات في تكيف السلوك ليتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة، وصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي أو في تكوين علاقات صداقة إلى غياب الاهتمام بالأقران.

تحديد درجة الشدة الحالية:

- تستند درجة الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي ومحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها.
- ب- أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، ويظهر ذلك في اثنين على الأقل مما يلي سواء في الفترة الراهنة أو من خلال التاريخ السابق (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):
- 1- الطابع النمطي أو المتكرر للحركات، استخدام الأشياء أو الكلام (على سبيل المثال حركات نمطية بسيطة، وضع الألعاب في صفوف، أو دوران الأشياء، جمل غريبة).
 - 2- عدم تقبل التغيير والتقييد غير المرن بروتين معين أو أنماط سلوكية لفظية أو غير لفظية (مثلا الضيق الشديد عند حدوث أي تغيير ولو بسيط، صعوبات في إدارة التحولات والانتقالات المرحلية، وأنماط التفكير الجامدة، وطقوس خاصة بالتحية، وضرورة اتخاذ نفس الطريق أكل نفس الطعام كل يوم).
 - 3- اهتمامات جد محدودة وثابتة، غير طبيعية سواء في الكثافة أو الهدف (على سبيل المثال التعلق والانشغال بأشياء غير عادية أو اهتمامات مقيدة بشكل مفرط أو الاستمرارية عليها).
 - 4- فرط أو تدني الاستجابة للمثيرات الحسية أو الاهتمام غير العادي بالجوانب الحسية من البيئة (على سبيل المثال عدم اكتراث واضح للألم/درجة الحرارة أو الاستجابة السلبية لأصوات أو نصوص معينة، شم أو لمس الأشياء والانبهار البصري للأضواء والحركات).

تحديد درجة الشدة الحالية:

تستند درجة الشدة على أهمية الضعف في التواصل الاجتماعي والأنماط السلوكية المحدودة والمتكررة. ج- يجب أن تظهر الأعراض منذ مراحل النمو المبكرة (ولكن قد لا تصبح واضحة تماماً حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية قدرات الفرد المحدودة أو قد تكون محجوبة بسبب استراتيجيات متعلمة في الحياة في وقت لاحق.

د- تسبب الأعراض تأثيراً إكلينيكياً واضحاً في الوظائف الاجتماعية المدرسية / المهنية أو غيرها من الميادين الأخرى الهامة.

هـ- لا يتم تفسير هذه الاضطرابات بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو الشامل، فالإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد غالباً ما يترافقان، ولوضع التشخيص المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد ينبغي أن يكون ضعف التواصل الاجتماعي أكبر من المتوقع بالنسبة لمستوى النمو العام.

ملاحظة: يجب أن يتلقى الأفراد الذين تم تشخيصهم بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع باضطراب التوحد أو اسبرجر أو اضطراب النمو المنتشر غير المحدد تشخيص اضطراب طيف التوحد، والأفراد الذين لوحظ عليهم ضعف في التواصل الاجتماعي، ولكن لا تنطبق عليهم معايير اضطراب طيف التوحد يجب أن يتم تقييمهم ضمن اضطراب التواصل الاجتماعي. تحديد ما إذا كان:

- مع أو بدون ضعف فكري مرافق.
 - مع أو بدون اضطراب لغوي مرافق.
 - مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي.
 - مترافق مع اضطراب نمائي عصبي آخر أو اضطراب عقلي أو اضطراب سلوكي.
 - مترافق مع اضطراب آخر في النمو، أو اضطراب عقلي أو سلوكي (عوده و فقيري، 2016).
- يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أداة مهمة يمكن أن يعتمد عليها المختصين في التعرف على أعراض التوحد، وذلك من أجل التعرف المبكر على الاضطراب.

7- التشخيص الفارق بين اضطراب طيف التوحد وبعض اضطرابات الطفولة:

7-1- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والتخلف العقلي:

يتحدد الفرق بين طيف التوحد والتخلف العقلي في النقاط التالية:

- يمكن لبعض أعراض التخلف العقلي ان تتشابه مع بعض أعراض طيف التوحد، حيث يتميز كلاهما بقصور معين في السلوك التكيفي، ولكن المتخلفين عقليا حتى في الدرجات الشديدة لا تتوافر لديهم الملامح الإكلينيكية للتوحد.
- المتخلفون عقليا اجتماعيين، ولديهم القدرة على التواصل غير اللفظي، ويبدو عليهم السرور والاهتمام في الاقتراب الاجتماعي عند التواصل معهم بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم.
- ويشير عبد الرحمان سليمان (2001) إلى عدد من النقاط التي تتفرد بها إعاقة طيف التوحد وتتميز بها عن الإعاقة العقلية وذلك على النحو التالي:
- يتعلق الأطفال المعاقون عقليا بالآخرين ويتميزون إلى حد ما ببعض من الوعي الاجتماعي، على عكس اطفال طيف التوحد الذين يخفي لديهم سلوك التعلق تماما بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط.
- يتميز بعض اطفال طيف التوحد بالقدرة على أداء المهام غير اللفظية خاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي والبصري، كما يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين في حين يفتقر الأطفال المعاقون عقليا لمثل هذه المهارات أو القدرات.
- المعاقون عقليا لديهم قدرة لغوية، وتتناسب استخداماتهم للغة مع مستوى ذكائهم، في حين قد يندم وجود اللغة لدى الأطفال التوحديين، وحتى لو وجدت فاستخدامها يكون شاذا.
- يعاني الأطفال التوحديين من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا، فالأطفال التوحديين أكثر جاذبية من الناحية الجسمية.
- قد يُبدي الأطفال التوحديين بعض المهارات الخاصة، مثل التذكر، عزف الموسيقى، ممارسة بعض ألوان الفن، في حين لا يتمتع الأطفال المعاقين عقليا بأية مهارة من المهارات السابقة.

- يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقين عقليا عن السلوك الذي يظهرها الاطفال التوحديين الذين يتميزون ببعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع واليد أمام العينين والتأرجح (عمارة، 2005، ص 63-64).

7-2- التشخيص الفارق بين طيف التوحد وفصام الطفولة:

هناك فروقا بين طيف التوحد والفصام أهمها:

- الفصاميون لديهم القدرة على استخدام الرموز، بينما التوحديون غير قادرين على ذلك.
- يرفض التوحديون الاستجابة للأشخاص والبيئة فهم لا يُطَوِّرون علاقات اجتماعية مع الآخرين، بينما الفصاميون يمكنهم أن يطوروا علاقات اجتماعية كما يهتمون بما يجري في بيئتهم.
- انعدام الهلوس والأوهام عند التوحديين ووجودها عند الفصاميين.
- يظهر الفصام عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة، بينما تكون بداية طيف التوحد قبل الشهر (30) من العمر ولا يحدث بعد ذلك (يحي، 2000، ص 228).
- إلى جانب ذلك يشير عثمان فراج (1996) إلى الفروق المميزة بين الفصام وطيف التوحد والتي تجعل من السهل التفرقة بينهما وذلك فيما يلي:
- يصيب الفصام الإناث والذكور على السواء بينما يصيب طيف التوحد الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1/4.

- عدم معاناة مريض الفصام من قصور لغوي، أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه والاتصال مع الآخرين، بينما يعاني أفراد طيف التوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين، والخلط في استخدام الضمائر، فيعبر الطفل التوحدي عن نفسه باستخدام "أنت" وعن غيره باستخدام "أنا"

- الطفل التوحدي جامد الحس، لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها عكس الفصامي الذي يتميز بكثرة التعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته.
- يتجنب الأطفال التوحديون النقاء العيون في حين من النادر أن يحدث هذا في حالات الفصام (عمارة، 2005، ص ص 64-68).

7-3- التشخيص الفارق بين التوحد واضطراب اسبرجر:

- يتميز اضطراب اسبرجر بخلل في تكوين العلاقات الاجتماعية وغياب التواصل غير اللفظي، وكذلك قصور في الحركات الدقيقة، ومحدودية الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة، وهذا ما يمثل أوجه التشابه بينه وبين التوحد (القمش، 2011، ص 117).

هناك بعض الأعراض الفارقة التي تساعد على التمييز بين الإعاقتين ومنها:

- تبدأ إعاقة التوحد في الظهور في مرحلة الطفولة المبكرة في حين يظهر اضطراب اسبرجر خلال مرحلة المدرسة.

- يتميز الطفل التوحدي بعدم رغبته في الكلام والاضطراب اللغوي الشديد، وإذا تكلم فمعظم كلامه يكون مجرد تكرار لما يقوله الآخرون، في حين يتسم الطفل المصاب باضطراب أسبرجر بكثرة الكلام والحماس لذلك بالرغم من انتقاله من موضوع إلى آخر، وحديثه في موضوعات ليس لديها أهمية.

- يختلف أطفال الاسبرجر عن أطفال التوحد في نسبة الذكاء حيث أشار عبد الرحمان سليمان (2001) إلى أن نسبة الذكاء في زملة أسبرجر قريبة من نسبة الذكاء العادية (90 - 110) بينما التباين في الذكاء يكون واضحاً في حالة الأطفال التوحيديين وهذا في جانبيه اللفظي والعملية (عمارة، 2005، ص 74)

7-4- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والذهان التكافلي:

- يتميز طفل الذهان التكافلي بالفرع والذعر الشديد من جراء المواقف الجديدة في الحياة، مما يجعله يتمادى في تعلقه بالأم بدرجة أكثر شدة، ويستجيب لغيابها بالغضب والعنف الشديدين مع شعور بالغ بالتدمير والانهيار بينما يتميز الطفل التوحدي بعدم الرغبة في إقامة أية علاقة مع أي فرد، فتكون مشاعره متبلدة تجاه أفراد الأسرة سواء الأم أو الأب أو الإخوة، ولا يعير أي اهتمام سواء لوجود الأم أو غيابها وقد يكون أكثر ارتياحاً عندما لا يقترب منه أي شخص.

- يتميز طفل الذهان التكافلي بكثرة الكلام بالرغم من أن كلامه غير واضح وغير مفهوم، بينما الطفل التوحدي يكون كلامه نادراً وغالباً ما يتميز بالترديد لما يسمعه من الآخرين (عمارة، 2005، ص 70).

7-5- التشخيص الفارق بين التوحد واضطراب ريت:

اضطراب ريت اضطراب يصيب البنات فقط، وفيه تمر البنت بفترة نمو طبيعية تمتد ما بين 05 أشهر الى 04 سنوات يتبعها بعد ذلك نكوص فتفقد البنت على إثره كل ما اكتسبته سابقا من مهارات ويكون الاضطراب مصحوبا بالإعاقة العقلية الفكرية (محمد، 2010، ص88).

في بداية الاضطراب تكون اعراضه مشابهة لأعراض التوحد، ويحدث نكوص في الارتقاء العقلي والاجتماعي للطفلة، فلا تستجيب لوالديها وتتسحب او تسحب نفسها من اي اتصال اجتماعي، وإذا كانت تتكلم فهي تتوقف عن الكلام، كما تصبح غير قادرة على التحكم في قدمها (سليمان، 2014، ص122). ويتميز الاضطراب بالحركات غير الهادفة لليدين والتي لا تظهر في إعاقة التوحد بالإضافة الى الارتداد في جميع المهارات وخاصة الحركية التي لا تظهر في التوحد اين يكون الارتداد ارتدادا لفظيا فقط (عمارة، 2005، ص ص 71-72).

7-6- التشخيص الفارق بين طيف التوحد والصمم:

يشير عثمان فراج (1995) الى انه يمكن لبعض العوامل أثناء الحمل أو مبكرا بعد الولادة ان تؤدي إلى البكم وعدم القدرة على التخاطب والاتصال، التي تمثل أحد الأعراض المميزة لطيف التوحد، ومن الممكن أن يصاحب الصم والبكم سمات الشخصية الانسحابية أو غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاندماج في حركات نمطية وجميعها أعراض تتشابه مع أعراض إعاقة طيف التوحد، الا ان اعاقه الصم والبكم يمكن تحديدها عن طريق الفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام ، وبالتالي يمكن تشخيص الحالة على أنها توحد فقط إذا أكد الفحص الطبي والملاحظة سلامة السمع، خاصة اذا كان الطفل يتقدم في نموه الاجتماعي واكتساب القدرة على الاتصال غير اللفظي بالإشارة أو حركة الشفاه أو الحركات البدنية أو غيرها من أساليب الاتصال(عمارة، 2005، ص 76).

من المهم اجراء التشخيص الفارقي بين طيف التوحد و بعض اضطرابات الطفولة ،لانه على الرغم من التشابه في بعض الاعراض الا انه هناك اختلاف في بعضها الاخر،ويعتبر التعرف على هذه الاعراض امر ضروري حتى يتم اجراء تشخيص دقيق للاضطراب، وبالتالي تجنب الخلط و الالتباس ومباشرة العلاج والتكفل بالطفل مبكرا.

8- أسباب طيف التوحد:

8-1- العوامل البيو كيميائية:

يعتبر السيروتونين (هيدروكسي تريبتامين) Hydroxytryptamine والذي يرمز له (5-HT) الناقل العصبي الذي دفع إلى المزيد من البحوث العصبية والكيميائية في اضطراب طيف التوحد، وهو من الناقل العصبية الهامة في الجهاز العصبي المركزي لأنه يتحكم بالعديد من العمليات والسلوكيات والوظائف الهامة كالنوم، تناول الطعام، حرارة الجسم، والشهية وإفراز الهرمونات، ونشا الاهتمام الأولي بدور هذا الناقل العصبي في طيف التوحد، من خلال دراسة وفهم دوره في الإدراك (قاسم، 2001، ص ص 39-40).

لقد أجريت دراسة معمقة على مجموعة صغيرة من أطفال طيف التوحد وأكدت وجود علاقة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي كما وُجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا العصبية، كما لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال طيف التوحد، إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا (الحلي، 2005، ص ص 48-49).

ومن الناقل العصبية التي تلعب أيضا دورا في الإصابة بطيف التوحد نجد الدوبامين Dopamine ، الذي يتشكل من الحامض الأميني الفينيلانين (Phenylalanine) ويتركز في الدماغ الأوسط، و يلعب هذا الناقل في حالة زيادة كميته دورا في السلوكيات التوحدية مثل النمطية و الطقوسية وكذا النشاط الزائد، والدليل على ذلك ما اشار اليه كامبل Compell وزملاؤه (1982) أن تناول الطفل عقار يخفض من مستوى الدوبامين يقلل من الكثير من أعراض التوحد كسلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة (الظاهر، 2009، ص 85).

8-2- العوامل الاجتماعية:

اعتقد "كانر" بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل، هما أساس المشكلة التي قادت إلى التصرفات غير الطبيعية، وقد كتب كانر بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم بطيف التوحد كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي، فهم مفرطي الذكاء والإدراك الذهني وغريبي التصرف، صارمين منعزلين،

جديين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم، ونفس النظرة يتبناها كل من زوريكZurik و بوطمانBootman (1960) (الحلي، 2005، ص 49).

لذلك يفسر طيف التوحد أنه حالة من العزلة والهروب من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للفتور والجمود و اللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها، والتي قد تكون نتيجة للعلاقة بينها وبين زوجها الذي يمكن أن يكون خلال فترة الحمل ويتجلى ذلك في عدم حمل الأم لأي مشاعر وانفعالات نحو جنينها، مما يفضي إلى ولادة طفل مصاب بطيف التوحد(الظاهر، 2009، ص83).اذن التوحد يظهر نتيجة إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية مما يؤدي إلى انسحاب الطفل وخوفه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه (الحلي، 2005، ص49).

8-3- الأسباب التكوينية وصعوبات الولادة:

أشارت الراوي وحمام (1999) اعتمادا على دراسات أن حدوث حالات طيف التوحد يرجع الى الحوادث والصدمات البيئية المختلفة التي تصيب الرأس وما ينتج عنها من خلل في الجهاز العصبي المركزي (الظاهر، 2009، ص90).

كما أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب إلى أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد ونذكر منها:

- الإصابة بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل خاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى.
- نقص الأكسجين وحالات النزيف التي تصيب الأم خاصة بين الشهر الرابع والشهر الثامن.
- استخدام عقاقير طبية، خاصة المضادات الحيوية.
- الولادة المبكرة، والعمليات القيصرية والحوادث والصدمات.

8-4- أسباب إدراكية وعقلية:

أشارت بعض الدراسات أن أطفال طيف التوحد يعانون من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتي تعود اسبابها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن معاناتهم من اضطرابات النطق واللغة، ولقد وجدت الباحثة ليسلي (1987) Leslie أن المشكلة الرئيسية لأطفال طيف التوحد هو افتقارهم للقدرة على فهم أنفسهم وفهم الآخرين ، كما لا يفهم الطفل التوحيدي كيف يؤثر سلوكه على أفكار ومعتقدات

الناس الآخرين فإعاقة طيف التوحد حسب أصحاب وجهة النظر هذه سببها اضطراب إدراكي نمائي، وبموجب هذه النظرة فإن أطفال طيف التوحد ليس لديهم عالم حسي، وكذلك افتقارهم للجانب الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجانبين المعرفي والاجتماعي (الحلي، 2005، ص50).

8-5- عوامل جينية:

حاول بعض العلماء البحث عن اساس جيني محدد لاضطراب طيف التوحد، لذلك اعتقد البعض ان الكروموزوم رقم 7 هو المسؤول عنه، وبالتالي فان الشذوذ في هذا الكروموزوم يؤدي بالضرورة الى التوحد، في حين رأى غيرهم ان سبب التوحد هو الشذوذ في الكروموزوم رقم 9، في حين استبعد البعض الاخر هذا الكروموزوم رقم 9، وحدد اخرون الكروموزوم رقم 15 ليكون الشذوذ فيه هو المسؤول عن حدوث الاضطراب، الا انه بالرغم من ذلك لا يوجد هناك راي قاطع في هذا الخصوص (محمد، 2010ب، ص 123).

لقد اختلف الباحثون في تحديد الاسباب الحقيقية والدقيقة في حدوث اضطراب طيف التوحد، الا انه مؤخرًا احتلت العوامل العصبية المرتبة الاولى، واثبت بعض الدراسات ان طيف التوحد يحدث بسبب خلل عصبي او اصابة في الدماغ، مما يؤدي الى حدوث خلل في الوظائف اللغوية، المعرفية، الاجتماعية والسلوكية عند الطفل.

9- التدخل المبكر:

التدخل المبكر، نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية، تقدم للأطفال الذين لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة وذلك منذ الولادة وحتى ما قبل سن 6 سنوات، كما انه تدخل سريع وعاجل قبل تفاقم المشكلة لمساعدة الطفل على التطور. والتدخل المبكر يتضمن برامج وخدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية، تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي دون سن السادسة (الغريز و عودة، 2009، ص231).

ومن جانب اخر، يتم تقديم خدمات التدخل المبكر مباشرة للأطفال أنفسهم وكذلك اسرهم او اولياء امورهم، كما ان الخدمات المبكرة يمكن ان تكون على مستوى البيئة والمجتمع المحلي، وكذلك يمكن ان تكون من خلال التقليل من الحواجز او العوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك تطوير وتحسين اجراءات

السلامة المتوفرة محليا، وبالتالي العمل على تعزيز وتنمية برامج التوعية الاجتماعية بمشكلات الاعاقة وكذلك الاثار المترتبة عليها (العجمي، 2011، ص11).

للتدخل المبكر اهمية بالغة ولقد اشارت دراسة (السرطاوي، المهيري، الزيودي، و عبدات، 2019) الى ان للتدخل المبكر عن طريق برنامج ارشادي أسرى أثر في تطوير العديد من المهارات، التي تشمل العديد من المجالات منها مجال الحركات الدقيقة، المجال المعرفي، المجال التكيفي والمجال الاجتماعي وكذا مجال التواصل الاجتماعي.

اذن يهدف التدخل المبكر إلى إجراء معالجة فورية وقائية بهدف تنمية قدرات الطفل في مجالات متعددة: منها الحركية، الاجتماعية، اللغوية، الرعاية الذاتية وغير ذلك من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة.

وتتمثل بعض النشاطات المقترحة لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

- نشاطات تعليمية فردية: تتمثل في الخطط التربوية والتعليمية الفردية والمنهاج الخاص والوسائل التعليمية والتقييم الأولي.
- مواقف إرشادية نفسية: وتتمثل في التشخيص والإرشاد والعلاج النفسي بالإضافة الى اللعب وتعديل السلوك.
- الخدمات الصحية: المتمثلة في الفحوصات الطبية والتمريضية والتشخيص الطبي الدقيق والعلاج الدوائي والجراحات والتنظيم الغذائي والعلاج الطبيعي والوظيفي، وكذلك التدريب على الأجهزة والوسائل المساعدة.
- الإرشاد الأسري: يتمثل في توجيه الأسرة وتوعيتها وتدريبها ومساعدتها في حل مشكلات أطفالها.
- الخدمات المساندة: كالفحوصات والتدريبات السمعية والنطقية والاجتماعية الداعمة والترفيهية (الغريب و عودة، 2009، ص239).

ولتحقيق النتائج الايجابية للتدخل المبكر لابد من مراعاة النقاط التالية:

- 1- ان يكون التدخل مبكرا: وذلك ان يكون قبل 04 سنوات من عمر الطفل.
- 2- كثافة التدخل: استثارة يومية، متكررة ومنظمة، من اجل خلق روتين واستراتيجيات تعليمية.

3- دمج الوالدين في الفريق مع تنويع النشاطات والبيئة (لتعميم واستمرار نتائج الاستشارة في مختلف مجالات حياة الطفل).

4- ان تكون النشاطات والمشاريع فردية: يجب مراعاة خصائص الطفل ومراحل نموه وبيئته.

5- الاخذ بعين الاعتبار البيانات الطبية والنمائية: وهذا لتكييف التدخلات التربوية. (Tardif & Gepner, 2003, p. 118)

اشارت دراسة اوصبورن (Osborne 2008) الى أهمية التدخل المبكر عند الأطفال المصابين بطيف التوحد خاصة فيما يتعلق بالجوانب الفكرية، التربوية والسلوكيات التكيفية والمهارات الاجتماعية، وانه كلما كانت مدة التدخل أكبر كلما كانت النتائج ايجابية كما اشارت نفس الدراسة إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار الضغط الذي يعيشه أولياء أطفال طيف التوحد ومساعدتهم على التخفيف منه حتى يستفيد أبنائهم من برامج التدخل المبكر حيث اثبتت نتائج هذه الدراسة أن للضغط الذي يشعر به آباء وأمّهات أطفال طيف التوحد تأثير سلبي على نتائج التدخل المبكر على الأطفال حتى ولو كانت مدة التدخل طويلة.

اذن كلما كان التشخيص واكتشاف اضطراب طيف التوحد مبكرا، كلما زادت فرصة التدخل المبكر والذي بدوره يزيد من امكانية تجنب تفاقم المشكلات التي يعاني منها الطفل ومساعدته على النمو والتطور والتدخل المبكر لا يشمل فقط الاطفال وانما يشمل ايضا الوالدين واولياء امورهم، والذي يتمثل في برامج علاجية وتربوية وتأهيلية، مع ضرورة مراعاة خصائص الطفل وبيئته.

10- العلاج:

10-1- العلاج بالأدوية:

استخدمت العقاقير الطبية في علاج الأعراض التي يتصف بها الأفراد المصابون بطيف التوحد، كالسلوك النمطي المتكرر والعدوانية وقصور الانتباه ونوبات الغضب وإيذاء الذات ومن بين العقاقير التي استخدمت معهم نجد الريتالين Ritalin ودسكدرين Dexedrine وريسبريدال Respredal وغيرها.

كما استخدمت عقاقير لمعالجة ارتفاع السيروتونين في الدم نذكر منها العقاقير الآتية:

- Clomipramin (Anafranil).

. - Fluvoxamine (Luvax).

- Fluoxetine (Prozac).

وقد قللت هذه الأدوية من السلوك النمطي والتهيج والاستثارة والسلوك العدواني كما ساعدت على تحسين الاستجابة لمن حولهم خاصة تلاقي العيون.

10-2- العلاج بالفيتامينات:

تقوم الفكرة في هذا العلاج على أساس أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من نقص في الفيتامينات لذلك يعد فيتامين (B6) و (B12) من العلاجات التي استخدمت مع الأطفال المصابين بطيف التوحد، وقد يحسن استخدام (B6) والمغنيسيوم السلوك الانتباه ومهارات التعلم وخصوصا التواصل بالعين (الظاهر، 2009، ص ص 226-228).

10-3- العلاج بالموسيقى:

يستند استخدام هذا النوع من معالجة الأشخاص التوحديين على فكرة ان هؤلاء الاشخاص لديهم مشكلة تتمثل في توقيت وتنسيق الحركات وكذا الانزعاج من المثيرات اللمسية والمثيرات الحركية والهدف من استخدام هذا النوع من العلاج هو تشجيع التفاعل وتطوير التواصل والعلاقات مع الأشخاص التوحديين وتشمل المعالجة بالموسيقى نشاطات عديدة، كالغناء والرقص والعزف على الآلات الموسيقية، لذلك يمكن تجربة الموسيقى مع الأطفال التوحديين في البيت وفي غرفة الصف ليرى الآباء والأمهات والمعلمون إن كان الطفل يستجيب لها وكذلك نوع الموسيقى المناسبة له (الشامي، 2004، ص ص 206-207).

10-4-العلاج باللعب:

أوصت بعض الدراسات باستخدام اللعب الجماعي مع اطفال طيف التوحد، وأكدت على اهمية التنافس بين مجموعات من الاطفال اثناء لعبهم مما يزيد من اكسابهم لمهارات اللعب الرمزي والتفاعل الاجتماعي كما اشارت الدراسات الحديثة على ان القدرة على اللعب لدى الاطفال التوحديين تكون كامنة إلا انه بمزيد من التدريب يمكن تنميتها شيئاً فشيئاً فالأطفال التوحديين قادرون على اللعب الرمزي إذا تلقوا تدريباً على استخدام هذا النوع. هناك عدة اهداف للعب الاطفال التوحديين ومنها:

- ضبط السلوكيات غير المناسبة والمصاحبة لطيف التوحد.
- توجيه السلوك نحو اداء المهمة.
- زيادة فترة الانتباه.
- زيادة مستوى الاستجابة الصحيحة.
- زيادة مستوى الاداء الجسدي.
- تحقيق الاستمتاع والترويح للأفراد التوحديين (سليمان ، 2010، ص ص196-197).

10-5-العلاج بالحمية الغذائية:

أهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي على بروتينات الكازيين والجلوتين، فالكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته أما الجلوتين فيوجد في الشعير والشوفان والقمح وجميع مشتقاتها، وتستند هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب بطيف التوحد تتقصه القدرة على هضم هذين النوعين من البروتينات وبالتالي ينشأ عن ذلك ما يسمى (الببتايد الأفيونية) التي تمتص عن طريق الأمعاء وتسبب في الدم وتؤثر على المخ(مصطفى و الشربيني، 2011، ص56).

10-6-العلاجات النفسية:

العلاجات النفسية متعددة يمكن ان تكون فردية او جماعية كما يمكن استخدامها بأشكال مختلفة من اجل التأثير على اضطرابات السلوك والعمل على اليقظة الحسية والقدرات على اللعب، كما يمكن ان تتوسطها دعائم اخرى مثل الالعب، الموسيقى، الطلاء، وهذا من اجل مساعدة الطفل على التواصل انطلاقا من اهتمامه الخاص، ومن العلاجات النفسية نذكر:

10-6-1-العلاج النفسي الفردي:

خاصة عند الافراد الذين لديهم مستوى جيد من القدرات التواصلية، حيث يمكن للعلاج الفردي ان يكون مفيدا من اجل استحضار الطفل لمخاوفه، قلقه ومعاناته في كونه مختلف عن الاخرين، وكذا من اجل فهم المواقف الاجتماعية ومساعدته على التحكم في الضغوط والصعوبات اليومية.

10-6-2-العلاجات الاسرية النسقية:

يمكن ان تكون نمودجا مناسباً لرؤية واستقبال المصاب بطيف التوحد مع اقاربه في مكان محدد من اجل الحديث عن التفاعلات الاسرية والنسق الذي تتم فيه التبادلات كما يمكن ان تكون مفيدة خاصة مع الاخوة في علاقاتهم وطرق تواصلهم مع الوالدين وكذا اخيهم المصاب بطيف التوحد، وهذا بتحليل طرق الاتصال وأدوار الأفراد بعضهم البعض داخل الاسرة.

10-6-3-العلاجات المعرفية السلوكية:

تهدف بأشكالها المختلفة الى تغيير بعض السلوكيات غير المتكيفة او الخطيرة على الفرد او على الاخرين (اذاء الذات، العدوانية)، ومن اجل مساعدة الاشخاص على اكتساب اتجاهات اجتماعية مناسبة لابد من استخدام اساليب ايجابية، حيث يستخدم التعزيز الايجابي لمساعدة المصابين بطيف التوحد على النمو والتقدم، وهدف هذه العلاجات هو إعادة تعليم الفرد سلوكيات مناسبة وذلك باستخدام تقنيات خاصة.

10-6-4-العلاج داخل المؤسسة:

وتشير الى الطرق العلاجية التي يتلقاها الاشخاص المصابين بطيف التوحد داخل المؤسسات الاجتماعية والطبية و الاستشفائية، هدفها هو التكفل بالطفل من جميع النواحي وسط فريق متعدد التخصصات، يتم التكفل بالشخص عن طريق حصص فردية و كذلك جماعية من خلال الورشات. والحياة في المؤسسات

تتناوب فيها فترات العلاج و فترات الاهتمام بالطفل ،فالاهتمام المناسب و الهادف و المنظم بالطفل يمكن ان يقلل من الشعور بالملل والسلوكيات النمطية والصعبة مما يساعده على التعلم والاحساس بالرضا الذاتي(Tardif & Gepner, 2003, pp. 108-109).

ما يمكن التوصل اليه هو ان الاطفال التوحديين يحتاجون الى علاج متعدد التخصصات وهذا يفرضه طبيعة الاضطراب الذي يمس العديد من جوانب شخصية الطفل، لذلك فان العلاج يستدعي تدخل كل من الطبيب، الاختصاصي النفسي والمختص الارطفوني، والمختص التربوي وهذا بهدف تحقيق علاج متكامل للطفل.

11-ارشادات عملية للتعامل مع الطفل التوحدي:

يمكن توجيه بعض الارشادات العامة للأهل والمعلمات المشرفات على تدريب الطفل التوحدي سواء في البيت او في المدرسة او المعهد المختص وفيما يلي تلخيص لاهم هذه الارشادات:

1- تجنب التغيرات المفاجئة والمحافظة على جدول يومي ثابت للنشاطات، وفي حالة الزامية اجراء بعض التعديلات على هذا الجدول، يجب العمل على ذلك بشكل تدريجي لتجنب انزعاج الطفل.

2- السعي في الفترة الاولى من العلاج، على تامين شخص واحد يكون هو المرجعية الاساسية في حياة الطفل، مما يسهل بناء علاقة ثقة وامان بين الطفل وهذا الشخص.

3- المعرفة العميقة والدقيقة للطفل بمعنى معرفة الاشياء التي يحبها ويرغبها، الاشياء التي تبعث في نفسه نوعا من الطمأنينة، وكذلك الاشياء التي ييغضها او التي ترعجه او تقلقه او حتى التي تخيفه، ومن خلال هذه المعرفة، يستطيع المشرف (الاهل او المعلمة) بناء علاقة وطيدة ومميزة مع الطفل.

4- تعتبر المرحلة الاولى من الخطة العلاجية للطفل التوحدي مرحلة اساسية والتي يتم من خلالها وضع الاهداف التربوية المتلائمة مع احتياجاته ومع قدراته، مع مراجعة هذه الاهداف بعد فترة زمنية من خلال تقييم تطور الطفل (عبيد، 2015، ص 192).

يحتاج التعامل مع الاطفال التوحديين معرفة خاصة بالاضطراب وبخصائص هذا الطفل التي تختلف كثيرا عن خصائص الطفل العادي، لذلك فان الطفل التوحدي يحتاج الى معاملة خاصة من طرف الاهل والمشرفين على تدريبه و تعليمه ،كما يحتاج ايضا الى بيئة خاصة تتوافق مع استجاباته السلوكية، الانفعالية و الحسية.

خلاصة:

يمس طيف التوحد العديد من المجالات الأساسية من حياة الطفل والمتمثلة في المجال الاجتماعي، المجال المعرفي، المجال اللغوي والمجال الانفعالي وهو ما يعكس شدة الاضطراب الذي يعاني منه الأطفال المصابون بطيف التوحد وتعبده، كما يعجز الطفل التوحدي غالبا عن رعاية نفسه و الاهتمام بشؤونه مما يستدعي رعايته و الاهتمام به ،فكلما كانت درجة الإصابة كبيرة كلما استدعى ذلك رعاية اكبر من طرف والديه، ويتطلب ذلك وقت وجهد وموارد كثيرة من اجل مواجهة متطلبات وحاجات هذا الطفل كما أن للتدخل المبكر أهمية كبيرة ،فكلما كان اكتشاف إصابة الطفل والتكفل به مبكرا ،كلما ارتفعت فرص النجاح في تدريبه و تجنب تدهور قدراته ، و التكفل بالطفل التوحدي هو تكفل متعدد التخصصات ،يتطلب تدخل العديد من المختصين في المجال الطبي ،النفسي و اللغوي و التربوي و أن نجاح هذه العملية يتوقف على مدى التعاون بين الأولياء و المختصين ،الامر الذي يحتاج إلى وقت وصبر من طرف الأولياء.

الفصل السابع

اسرة الطفل التوحدي

تمهيد:

تواجه اسر اطفال طيف التوحد مجموعة من التحديات مصدرها الصعوبات التي تعيشها يوميا من اجل تربية الطفل وتلبية حاجاته ،فلطيف لتوحد اثار اجتماعية ،اقتصادية ،نفسية وجسدية على الوالدين بصفة خاصة و على الاسرة بصفة عامة، وعلى الرغم من اختلاف الالباء و الامهات في طريقة استجاباتهم ومعايشتهم لهذه الصعوبات ،الا انهم قد يشتركون في ردود افعالهم خاصة في المراحل الاولى من اكتشاف اصابة الطفل، فحتى يتقبل الوالدين اعاقا الطفل لابد منهما من تجاوز عدة مراحل بداية بمرحلة الانكار مروراً بمرحلة الصدمة وكذا الشعور بالذنب و الغضب.

يعيش والدي الطفل التوحيدي ضغوطا نفسية معتبرة مقارنة بوالدي الاطفال العاديين او والدي الاطفال المصابين باضطرابات اخرى، وقد تؤدي بهم هذه الضغوط في اغلب الحالات الى اضطرابات نفسية، عقلية وجسدية، كما يؤدي طيف التوحد الى انعكاسات سلبية على جودة حياة افراد الاسرة وعلى الحياة الزوجية، لذلك فكما يحتاج هؤلاء الاطفال الى العلاج والتدريب والرعاية، فان أكثر ما يحتاجه اولياؤهم هو الدعم والتفهم والمساندة من طرف المختصين ومن طرف افراد العائلة والمجتمع.

1-ردود فعل الوالدين اتجاه إصابة طفلها بطيف التوحد:

تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل، ويمكن أن تكون الفترة ما بين التشخيص والتقبل طويلة جدا ومؤلمة جدا وهي فترة قد يمر الآباء خلالها عبر عدة مراحل:

1- مرحلة الإنكار: وهو عبارة على ميكانيزم دفاعي يلجأ اليه الاولياء لإنكار التشخيص وما يثيره من قلق. (Cappe & al., 2009, p. 229).

وفي هذه المرحلة يحاول الاولياء إقناع أنفسهم أن كل شيء على ما يرام وان الطفل يتقدم وينمو بشكل عادي، وانه جيد جدا، وينزعجون عندما يذكر الأصدقاء والأقارب بعض الخصائص الغريبة في سلوك الطفل ويقترحون عليهم استشارة طبيب، كما يجدون صعوبة في تقبل الوضع، ومن الخطر البقاء في هذه المرحلة لفترة طويلة، فكلما كان التشخيص أسرع وكان التدخل مبكرا، كلما كانت فرص تحسن الطفل في المستقبل أكثر.

2- مرحلة الصدمة: وهي المرحلة التي تتبع مرحلة الإنكار، والتي ينصدم فيها الوالدين عند معرفة الحقيقة وإن طفلها توحيديا، ومهما كان الوالدان مستعدين لمعرفة الأسوء، إلا انه بالنسبة لهما الأسوء قد حصل مما يجلب لهما الصدمة.

3- مرحلة سلب الإرادة: غالبا ما يعتقد الاباء أنهم العائلة الوحيدة في العالم التي لديها طفلا مصابا بطيف التوحد، وليس هناك من يستطيع فهم مشكلاتهم، وكلما عرفوا أكثر عن الاضطراب كلما شعروا أكثر بالارتباك والتوتر وسلب الارادة.

4- مرحلة الشعور بالذنب: في هذه المرحلة إما أن تصبح فيها العائلات أقوى وأكثر تماسكا وتعمل على وضع الخطط وتوحيد الجهود لمساعدة الطفل أو قد تنقسم هذه العائلة بسبب شعور الآباء بالذنب والقاء اللوم على بعضهما البعض أو على الاقارب بسبب وجود الجينات الوراثية لديهم، كما يرافق هذا الشعور بالذنب شعور بالخل من الطفل وعدم الرغبة في التحدث عنه مع الأصدقاء او عدم الرغبة في أخذه معهم عند الخروج.

5- مرحلة الشعور بالغضب: في هذه المرحلة يشعر الآباء بالشفقة على أنفسهم، ويميلون إلى تكريس طاقاتهم في لوم كل الناس وكل الأشياء على سوء حظهم بدلا من طلب المساعدة، فيتساءل الآباء لماذا أصيب طفلي أنا بالذات؟ ما هو الخطأ الذي ارتكبته (سهيل، 2015، ص ص 283-285).

6- مرحلة التقبل: تعتبر هذه المرحلة نتيجا لعملية معقدة و بطيئة و مؤلمة ، وفيها يعترف اخيرا الوالدان بحدود اضطراب طيف التوحد و يوافقان على التعايش معه. (Cappe , Bobet , 2009, p. 229) وما يميز هذه المرحلة توقف الوالدان عن الشعور بالشفقة على أنفسهم و يبدوون بالاستمتاع بصحبة الطفل ، فيقبلون طفلهم كما هو و يقبلون الفروق التي تجعله إنسانا منفردا ، و تصبح بذلك العائلة سعيدة و تعمل على توحيد جهودها من اجل تحسين نوعية حياة الطفل ونوعية حياة العائلة ككل ، ويشعرون بالفخر عند تقدم الطفل (سهيل، 2015، ص 285).

امامكيث (1973) Mackeith فقد حدد ردود فعل الوالدين نحو طفلها التوحيدي في الجوانب الآتية:

- 1 - ردود فعل بيولوجية تظهر في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له.
- 2 - ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواء تعلق الامر بعدم الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو عدم الكفاءة في التربية والتنشئة.

3-ردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد والتي يعبر عنها بالغضب.

1- الشعور بالذنب.

2- الشعور بالحرج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن المجتمع أو أفرادهم سينظرون إليهم بنظرات خاصة (الحلبي، 2005، ص 25).

ان هذه المراحل التي يمر بها اباء و امهات اطفال طيف التوحد دليل على شدة المعاناة لديهم،فليس من السهل تقبل طفل معاق ومختلف عن اقرانه ،خاصة في ظل مجتمع يتميز بمحدودية المعرفة بمثل هذه الاضطرابات ،فردود فعل الالاء و الامهات يمكن ان تتلخص في ثلاثة نقاط هامة هي ردود فعل نحو الطفل ،ردود فعل نحو الذات وردود فعل نحو المجتمع.

2-أنماط آباء الأطفال التوحيدين:

2-1-المجموعة الانسحابية:

يكثر هذا النمط من الآباء في الدول التي لم يتم التعرف فيها على طيف التوحد فيصدق هؤلاء الآباء الأخصائيين عندما يقولون أن طفلهم حالة ميؤوس منها ،ويجدون انفسهم امام اختياريين اما وضعه في مؤسسة او تركه في البيت، كما ينصحهم بذلك الأخصائي ،و في حالة بقاء الطفل بالبيت تحاول العائلة اخفائه عن الأنظار وهذا لشعورهم بالخجل ،ويتميز الالاء بالحساسية اتجاه تحديق الناس بهم عند الخروج مع ابنهم ،وغالبا ما ينتهي الأمر معهم بدموع الخجل و المرارة ،فيتجنبون الاتصال الاجتماعي ويفضلون الانعزال مما يؤدي الى انقطاع الطفل عن العالم عقليا و جسديا، كما يشعرون بأنهم مسلوبو الإرادة بشكل لا يستطيعون من خلاله تغيير أي شيء في حياتهم.

2-2-المجموعة السلبية:

لا يكون هؤلاء الآباء منقطعين كليا عن الآباء الآخرين، ويمكن ان تنقسم هذه المجموعة إلى مجموعتين جزئيتين أولهما مجموعة المسارين وثانيهما مجموعة الاتكاليين.

■ **مجموعة المسارين:** يتميز هؤلاء الآباء بالطاعة وقبول جميع العروض المقدمة لهم من طرف الأخصائيين وعدم مناقشتهم في ذلك، فهم متأكدين من وجود دواء أو علاج يحل جميع مشكلاتهم، وانهم عاجلا أو آجلا سوف يحصلون عليه، فيفعلون كل ما يؤمرون به خاصة فيما يتعلق بالعلاج.

■ **مجموعة الاتكاليين :** يركز اهتمام هؤلاء على: "اخبرني ما علي أن أقوم به وليس لماذا أقوم بذلك " على الرغم من أن البعض منهم يقومون بتلبية الدعوة إلى حضور الاجتماعات و الندوات و المحاضرات و يشاركون في المنتديات الالكترونية، إلا أنهم يميلون الى تجنب قراءة الكتب النظرية حول التوحد لأنهم يجدونها مثيرة للاكتئاب ،وتشعرهم بأنهم بكم هائل من المعلومات ، بالتالي يفضلون الكتب التي يوجد فيها علامات بارزة "قم بهذا و لا تقم بهذا" و يبحثون عن حلول عملية لمشكلات طفلهم دون فهمها بالتالي ينتظرون حلولاً سحرية دون مراعاة الأسس التي تبنى عليها هذه الحلول(الامام و الجوالدة، 2011، ص 29-30).

2-3- المجموعة النشيطة:

تسعى هذه المجموعة جاهدة للحصول على اخر المستجدات، محاولة بذلك العثور على علاج لطفلهم، فهم متأكدون من أنهم يبذلون جهدهم من اجل طفلهم الذي يعاني من طيف التوحد كما أنهم على استعداد لإنفاق جميع ما يملكون في أغلي العلاجات ثمنا فنجدهم يسافرون إلى مدن مختلفة أو حتى دول مختلفة، فقط من اجل استشارة أخصائي سمعوا عنه، أو يحاولون تجربة أي علاج سمعوا عنه بغض النظر عن الآثار السلبية.

2-4- المجموعة المنطقية:

يتميز هؤلاء الاباء بالتفكير المنطقي فيسعون إلى التعرف و التعلم وذلك بالاطلاع على جميع النظريات و الأساليب بحثا على النظريات الصحيحة و المناسبة لطفلهم ،كما يبحث هؤلاء بنشاط عن المعلومات دون تجريب كل شيء و يبصرون إلى النتائج والأساليب و الطرق و العلاجات التي اتبعها الآخرون ،بالتالي يصبحون "آباء أخصائيين " ،فيفترضون أن الأخصائيين قد يكونون على خطأ ،ولا يستطيعون معرفة كل شيء وان الأبحاث التي قد تم انجازها لم توف بالغرض أو لا تسد حاجة الآباء حتى الآن ، وان ما يعتبر صحيحا اليوم قد يصبح غير صحيح غدا ،وان لا احد يعرف طفله أفضل من الآباء و يتعلمون و يدركون أن ما يفيد فرد قد لا يفيد أفراد أو ما يفيد أفراد قد يضر بفرد (سهيل، 2015، ص 290).

اذن يختلف الاباء في طريقة تعاملهم ونظرتهم الى اضطراب طيف التوحد ،ومن خلال ما سبق يمكن الاستنتاج ان الاباء ينقسمون الى فئتين فئة تتميز بالاتجاه السلبي حيث يستسلمون للاضطراب و ينتظرون

العلاج من المختصين وقد ينسحبون ويفضلون الانعزال عن المجتمع و اخفاء الطفل عن انظاره ،وفئة ايجابية تتميز بالنشاط والتفكير المنطقي و البحث والاطلاع الدائم عن الحلول مع الاقتناع بإمكانية ايجادها ولو استدعى ذلك انفاق كل ما يملكون او حتى الهجرة الى ابعد الاماكن من اجل الحصول على العلاج و التكفل الجيد بالطفل، وتعتبر هذه الفئة اكثر استعدادا للمشاركة في التكفل بالطفل كما تلعب هذه الفئة دورا بارزا في ذلك.

3-الضغط النفسي لدى والدي الطفل التوحيدي:

يصاحب اضطراب طيف التوحد ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الالباء والامهات وضعف الصحة العقلية والجسدية لديهم. في الواقع اباء وامهات الاطفال المصابين بطيف التوحد أكثر ادراكا للضغط النفسي مقارنة بآباء وامهات الاطفال العاديين وكذا الاطفال المصابين بعرض داون فعدم الاستقلالية والانسحاب الاجتماعي وكذا الاضطرابات السلوكية للطفل هي عوامل لها أثر في الضغط الاسري (Cappe & al., 2009, p. 210).

صنف الباحثون العوامل التي تزيد من الضغط النفسي لوالدي الطفل التوحيدي الى مجموعتين هما العوامل الفردية (خصائص الطفل او الوالد) والعوامل البيئية (الدعم الاجتماعي او العائلي او المهني)، ولقد ركزت الدراسات بشكل اساسي على العوامل الفردية خاصة تلك المرتبطة بالأطفال، وبالتالي فان ضغوط الوالدين تعزى الى سلوكيات الطفل الصعبة. وفيما يتعلق بخصائص الوالدين، اظهرت الدراسات ان عمر الوالدين يمكن ان يكون له تأثير على مستويات الضغط النفسي لديهم فكلما كان الوالد أصغر سنا زاد تعرضه لمستويات عالية من الضغط.

اما العوامل البيئية، فقد اشارت الابحاث الى ان الدعم الزوجي ودعم العائلة وتعاون الوالدين في تربية وتعليم الطفل وكذلك إدراك الدعم الاجتماعي هي عوامل ترتبط سلبا بالضغط النفسي عند الالباء والامهات. كما يرتبط الضغط النفسي للوالدين بنقص الدعم من طرف المتخصصين وكلما كانت المدة الزمنية التي تفصل بين انشغال الاولياء حول طفلهم وبين الاعلان عن التشخيص كبيرة، كلما زاد ذلك من الضغط النفسي لديهم (Lichtlé & Cappe, 2019, p. 130).

وفي هذا السياق اشار بوبي Bobet و بوشر Boucher(2005) في دراسة لهما ان غالبية الاباء و الامهات الذين شاركوا في الدراسة، اكثر حساسية لضغوط الحياة ويدركون ان احداث الحياة شاقة و مرهقة، زيادة على ذلك فان استمرارية الاضطراب ونقص التسامح و التفهم اتجاه سلوك الطفل التوحدي من طرف المجتمع و من طرف افراد الاسرة ،وكذا الشعور بعدم كفاية الدعم من مقدمي الرعاية و الخدمات الاجتماعية ،بالإضافة الى الافتقار الى الوقت للترفيه او الذهاب في اجازة وضيق الحياة الاجتماعية تعتبر مصادر رئيسية للضغط الاسري(Cappe & al., 2009, p. 210).

يرى هاهوت (2002) Hahaut ان الاضطرابات السلوكية وصعوبات التواصل اللفظي وانعدام النظافة هي الاعراض الأكثر ازعاجا بالنسبة للأمهات .(Cappe & al., 2009, p. 213). كما لاحظ باحثون اخرون ان صعوبات التواصل والمشاكل السلوكية للطفل وكذا مزاجه وضعف مهاراته تعتبر أكثر الاعراض ازعاجا بالنسبة للآباء. بصفة عامة حسب المراجعة التي قام بها بالشات Pelchat،Lefebvre و لوفيرت(2005) Levert فان الامهات أكثر ادراكا للضغوط مقارنة بالآباء وهذا بسبب ادراكهن الزائد لمصادر الضغط، خاصة ما يتعلق بمستقبل الطفل وصعوبات السلوك ونقص الاستقلالية، وايضا بالنسبة ايضا للمشاكل الزوجية، وكلما كانت الاضطرابات السلوكية والانفعالية شديدة، كلما احست الامهات بضغط أكبر وعانت من مشاكل الصحة العقلية ومن إدراك اختلال التوظيف العائلي (Cappe & al., 2009, p. 210).

يمكن تلخيص مصادر الضغوط النفسية لدى والدي الطفل التوحدي في النقاط التالية:

- 1- ضغوط متعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل: يشعر الوالدان بالتوتر بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقص الدافعية لدى الطفل وعجزه على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وكذا قصوره في قدراته المعرفية في التعامل الايجابي مع مكونات بيئته.
- 2- ضغوط متعلقة بمشكلات الأداء السلوكي للطفل: تؤدي السلوكيات الشاذة الصادرة عن الطفل التوحدي مثل السلوكيات النمطية واضطرابات الإخراج، النوم واضطرابات الأكل، وإيذاء الذات وسلوكيات أخرى متعلقة بارتداء الملابس الى زيادة الشعور بالضغط لدى الوالدين.
- 3- ضغوط متعلقة بالأعباء المالية للطفل: يحتاج الطفل التوحدي إلى رعاية طبية، وإلى أدوية وعمليات خاصة إذا صاحب اضطراب طيف التوحد اضطرابات أخرى، مما يؤثر على الوضع

الاقتصادي للأسرة وتزداد حدة هذه الضغوط المالية إذا انقطع أحد الوالدين عن عمله من أجل رعاية الطفل، مثل انقطاع الأم عن العمل في الوقت الذي يجد الأب صعوبة في الحصول على وظيفة لمواجهة الأعباء المالية للطفل والأسرة.

4- ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية: قد تجد الأسرة صعوبات بالغة في التعامل وإدارة الصراعات التي تنشأ عن وجود طفل توحيدي في الأسرة، فتتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة وتسوء العلاقات بين الوالدين بعضهما البعض بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، واللوم الموجه من أحدهما نحو الآخر بأنه كان السبب في إعاقة الطفل كما تزداد حالات التوتر والمنازعات والخلافات داخل المنظومة الأسرية. 5- ومن مصادر الضغط النفسي أيضا نجد رفض المجتمع للطفل المعاق، فكثيرا ما تسبب نظرات الشفقة من قبل الآخرين، واستغرابهم ونصحهم وأسئلتهم التوتر والقلق للآباء والأمهات وكذلك الخجل من إعاقة الطفل مما يدفعهم إلى العزلة الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي، الذي يترتب عنه الشعور بالإحباط والفشل فتزداد لديهم مشاعر الغضب والعداونية تجاه الآخرين مما يؤدي إلى ابتعادهم عنهم.

6- ضغوط متعلقة بالخوف على مستقبل الطفل: تستغرق أمهات الأطفال المعوقين في التفكير تجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل لأبنائهن، ويصاحب ذلك أعراض نفسية وجسدية متباينة، ويعتري الوالدان الخوف من المستقبل أن تسوء حالة الطفل، أو تتغير أوضاع الأسرة بالشكل الذي لا يساعد على الوفاء بحاجاته عندما يكبر، وكذا الخوف من نبذ المجتمع له.

7- ضغوط متعلقة بالأعراض النفسية: تؤدي التأثيرات السلبية لسلوك الطفل وكثرة متطلباته، إلى تعرض الوالدان إلى الإحباط كما يتعرض أولياء أمور الأطفال المعوقين إلى مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب (مصطفى و الشربيني، 2011، ص ص 262-263).

8- الشعور برفض الأبناء للآباء: غالبا ما يشعر الآباء بالرفض من قبل أبنائهم ذوي طيف التوحد، وهذا ما يخلق لديهم شعورا داخليا بالعجز في تأدية رسالتهم نحوهم والحيرة في الوصول إلى سبر أغوار نفوسهم، والارتداد على ذاتهم لعدم القدرة على التصرف والتعرف على وسيلة اتصال تتلاءم مع أبنائهم ومبادلة أطفالهم الشعور بالمحبة والحنان منهم ولهم.

9- المعاناة و الإجهاد: ينشأ عن العناية بالطفل التوحيدي جهد عاطفي وجسدي كبير لأن الطفل التوحيدي له حاجات لا يمكن من الإفصاح والتعبير عنها ، كما يمتلك طاقة داخلية تحتاج إلى طاقة تنظيمية من

طرف الآباء من اجل تلبية الحاجات والمتطلبات التي هو في حاجة إليها دون إرادة منه ،فما بالك ببعض الأطفال منهم من يعيش دون أن ينام لمدة 20 ساعة ،ولا يأكل الطعام المعد له ،ولا يتجاوب مع المحيطين به ،ولا يتابع تصرفاتهم ولا يتصرف مثلهم ،وقد يكون عدوانيا ،ويصاب بنوبات غضب قد تكون بسبب أعراض اكتئابية من وجهة نظر الآباء (الامام و الجوالدة، 2011، ص ص 24-25).

كما تقسم الضغوط الناتجة عن إعاقة الطفل وفقا لمراحل النمو إلى:

- ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق: وتتبعها ردود فعل متباينة كالصدمة والكران والرفض وخيبة الأمل والقلق.

- ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة: وتتجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلهم المعاق.

- ضغوط مرحلة دخول المدرسة: وهذا بسبب عدم قدرة الطفل على التعلم في المدارس.

- ضغوط مرحلة المراهقة: بسبب اعتماد الطفل على والديه ورفض أقرانه له.

- ضغوط مرحلة الشباب: والتي ترتبط بالقلق بخصوص المستقبل المهني للطفل المعاق.

- ضغوط مرحلة تأكيد الشباب: وترتبط بمستوى الرعاية والمستقبل خاصة في حالة عدم قدرة الوالدين على العناية به (الكاشف، 2001، ص ص 48-50).

تجدر الإشارة الى انه ليس كل الآباء والامهات يشعرون بالضغط النفسي، فقد اظهرت بعض الدراسات انه على الرغم من التحديات التي تواجهها هذه العائلات فان العديد منها تصبح أكثر قوة وتكتسب نظرة ايجابية عن الوضع، حيث تمكنت بعض العائلات من التكيف الايجابي مع الضغوط المرتبطة بتربية الطفل، وهذا ما دفع الى البحث عن استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف اباء وامهات اطفال طيف التوحد (Lichtlé & Cappe, 2019, p. 130). وقد توصلت دراسة ابو العطا (2015) الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ادراك الضغوط النفسية و اساليب المواجهة لدى ام الطفل المصاب بطيف التوحد و اشار هاستينغ Hasting وآخرون (2005) الى ارتباط استراتيجيات التجنب بازدياد الضغط النفسي عند كل من الآباء والأمهات، كما ارتبطت استراتيجيات المواجهة الايجابية بانخفاض مستوى الاكتئاب عند الآباء والأمهات، كما اشارت دراسة ايزاخ (2019) التي هدفت الى التعرف على استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بخفض الاحتراق النفسي لدى أولياء أمور الأطفال ذوي طيف التوحد الى

وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة والدرجة الكلية لمقياس الاحتراق النفسي وأبعاده الثلاثة لدى أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وخلصت الدراسة الى ان استراتيجيات المواجهة السائدة لدى أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي استراتيجية حل المشكلة، تليها استراتيجية التجنب، بينما كانت استراتيجية التحكم في النفس هي الأقل استخداما.

بالتالي يمكن القول ان الضغط النفسي الذي يشعر به اباء وامهات اطفال طيف التوحد مصدره الخصائص التي يتميز بها الاضطراب والصعوبات التي تعترضهم للتعامل مع المشكلات السلوكية المعرفية، اللغوية والانفعالية للطفل، كما يمكن ان تكون المتطلبات المادية والمالية للطفل مصدرا هام للضغط النفسي، فالطفل يحتاج الى رعاية وتكفل وعلاج وهذا ما يفرض مصاريف اضافية على الاسرة، خاصة إذا صاحب ذلك نقص الدعم والمساندة من البيئة الاجتماعية، ولاستراتيجيات المواجهة دور في التخفيف من شدة إدراك الضغط النفسي لدى الاولياء.

4- الصحة العقلية والبدنية لآباء وامهات اطفال طيف التوحد:

توصل بانصون (2006) Benson الى ان اولياء اطفال طيف التوحد يعانون من الاعراض الاكتئابية وان صحتهم العقلية ترتبط بشدة الاعراض، كما اشارت الدراسة الى تأثير التوحد على الحياة اليومية للآباء والامهات، فكلما كانت اعراض التوحد شديدة كلما انعكس ذلك على الحياة اليومية وعلى الصحة العقلية للآباء والامهات. ومن جهة اخرى اوضح الباحث ان للدعم الاجتماعي غير الرسمي (العائلة والاصدقاء) دور في التخفيف من الآثار السلبية للتوحد على الحياة اليومية والصحة العقلية للوالدين ويكون تأثير الدعم الاجتماعي أكثر وضوحا خاصة عندما تكون اعراض طيف التوحد خفيفة (Cappe & al., 2009, p. 210)

بالمقابل اشارت دراسة اليك Allik و اخرون (2006) ان الصحة الجسدية والعقلية للأمهات الاطفال المصابين بطيف التوحد ترتبط ارتباطا وثيقا بالاضطرابات السلوكية للطفل، حيث ترتبط صحتهم البدنية والعقلية ايجابا بالمهارات الاجتماعية للطفل وترتبط سلبا بمشكلات فرط النشاط واضطرابات السلوك لديهم. كما اشارت الدراسة نفسها الى ان الصحة الجسدية للأمهات أضعف من صحة امهات الاطفال

العاديين. وفي نفس السياق اشار الباحثون الى ان امهات اطفال طيف التوحد يظهرون اعراض اكتئابية أكثر من امهات الاطفال العاديين او امهات الاطفال المصابين بعرض داون، كما وجد اخرون ان امهات الاطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من درجات عالية من القلق والشكاوى الجسدية وكذا الاجهاد. (Cappe & al., 2009, p. 214) بالإضافة الى ذلك تعاني امهات الاطفال المصابين بطيف التوحد من الاعراض الاكتئابية أكثر من الالباء، كما اظهرت نتائج الدراسات ان الامهات أكثر احساسا بالقلق من الالباء (Cappe & al., 2009, pp. 220-221).

كما تجدر الإشارة الى انه قد تساهم عوامل أخرى في الصحة العقلية منها الدعم الاجتماعي، وبعض سمات الشخصية كمركز الضبط الداخلي وإدراك أحداث الحياة كتحديات وفرص للنمو بالإضافة الى خصائص الشخصية النشيطة والمكافحة التي هي عوامل تخفف من الضغط النفسي. (Cappe & al., 2009, pp. 214-215)

يظهر مما سبق ان اغلب الدراسات تشير الى ان الصحة العقلية والجسدية لأباء وامهات اطفال طيف التوحد متدهورة ويعتبر الاكتئاب والقلق أكثر الاضطرابات شيوعا عند هذه الفئة من الاولياء والتي تمس الامهات أكثر من الالباء، ولعل هذا ناتج عن الآثار السلبية للضغط النفسي خاصة إذا رافق ذلك عدم فعالية استراتيجيات المواجهة، وكذلك خصائص شخصية تقتصر الى القدرة على المواجهة والمكافحة والتحدي.

5-تأثير إصابة الطفل بطيف التوحد على الحياة الزوجية:

ليس غريبا أن نجد الأسر التي يوجد بها طفل توحدى تتميز عن غيرها من الأسر العادية في درجة رعايتها الزائدة وعدم مرونتها وضعف قدراتها على حل المشكلات التي تنشأ في الأسرة بسبب النزوع لتجنبها أو استخدام استراتيجيات غير فعالة لحلها، فاضطراب طيف التوحد قد يلعب دورا في إثارة صراعات أسرية بما في ذلك الصراعات الزوجية فضلا عن أن حاجات الطفل قد لا تلبى تلبية مناسبة لان احد الوالدين - وهي الأم غالبا - تتشغل تماما بالطفل وتتولى زمام القيادة في الرعاية، بينما يبتعد الأب عن الطفل ولا يبدي المشاركة في الرعاية إلا اقلها (سهيل، 2015، ص ص 274-275).

ركزت الابحاث الحالية على تأثير طيف التوحد على الجودة والرضا في العلاقة الزوجية، ومن المحتمل ان الاهتمام باستكشاف هذه العلاقة الزوجية قد ازداد بسبب الاشتباه في ارتفاع معدل الطلاق بين اباء الاطفال المصابين بالتوحد، لذلك اظهرت الدراسات ان الازواج الذين لديهم طفل توحيدي يظهرون رضا اقل في علاقتهم الزوجية، فبعد تشخيص الاضطراب فان الزوجين لن يكون لديهما وقت كاف لتكريسه لعلاقاتهما، ويرتبط الانخفاض في الرضا والدعم الزوجي بمستوى شعور الامهات بالضغط، حيث يؤدي شعور الزوجين بالضغط الى الانطواء مما يقلل من التفاعل بينهما فيصبح كل منهما اقل مشاركة في الحياة الشخصية للآخر، وقد يلاحظ عندهما الاغتراب بسبب نقص تبادل المشاعر مما يؤدي الى الصراع الزوجي.

وعلى الرغم من كون العلاقة الزوجية مصدر اولي للمساندة للآباء الذين لديهم طفل توحيدي، الا ان القليل من الدراسات التي اشارت الى الاثر الايجابي لطيف التوحد على نوعية العلاقات الزوجية، فقد يكون لمشاركة الزوجان في التجربة والخبرة في ادارة المواقف الضاغطة بهدف الاستجابة لحاجات الطفل سببا في تعزيز العلاقة الزوجية. (Downes & Cappe, 2019, pp. 214-215)

ومن العوامل الهامة في الرضا و التوافق الزوجي ان تكون العلاقة الزوجية مشبعة للحاجات ،ومساهمة في تخفيف اعباء الحياة و الضغوط و الازمات التي يتعرض لها الزوجان او احدهما ،فاذا حقق الشريك دوره في كونه دعم و سند لشريكه عن طريق الاهتمام به والاستماع اليه و كذا المساهمة في التخفيف عنه و النصح له ،حقق ذلك شعورا بالرضا والتخفيف من وطأة الاحساس بالإحباط و التوتر و القلق الناتج عن الازمات و الضغوط مما يؤدي الى تنمية الشعور بالألفة و الانتماء ،ويساهم في زيادة العطاء و القدرة على التعامل مع الضغوط كما يساهم ذلك بإيجابية في التخفيف من تأثير الضغوط على صحة الوالدين الجسمية و النفسية و كذلك الرفع من كفاءة العلاقة الوالدية(ابو السعود، 2009، ص 172).

اذن يمكن لاضطراب طيف التوحد ان يؤثر على الحياة الزوجية ،ويمكن لهذا التأثير ان يأخذ شكلين :اما ان يكون تأثيرا ايجابيا ،حيث يزيد ميلاد طفل توحيدي في الاسرة من الرابطة الزوجية ،ومن الاتحاد والتماسك بين الزوجين وهذا لا يتحقق الا اذا ادرك كل طرف منهما لدوره و تحمل مسؤوليته على اكمل وجه ،او ان يكون تأثيرا سلبيا وهذا يكون بتبادل الاتهامات و التهرب من المسؤولية والقائها على الطرف الاخر.

6- الآثار الناتجة عن وجود طفل توحيدي في الأسرة:

للتوحد عدة آثار على الأسرة والتي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

6-1- الآثار النفسية:

قد تتعرض معظم أسر أطفال طيف التوحد لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض كما تختلف درجة الضغط النفسي من أسرة إلى أخرى ومن فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة، ولقد أكدت الدراسات أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة عرضة للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم أو علاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون فيها أو في مكان عملهم، ومن المظاهر السلوكية التي يمكن ملاحظتها على الوالدين والتي يمكن اعتبارها دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها:

- مشاعر الذنب والرفض المستمر للطفل.
 - الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، وبالتالي الانعزال عن الحياة الاجتماعية.
 - الشعور بفقدان الطفل وبالنقص والدونية.
 - الهروب من الواقع وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة.
 - عدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبقية أفراد الأسرة.
- فكل هذه المظاهر يمكن عزوها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحيدي.

6-2- الآثار الاجتماعية:

يمكن أن يؤدي وجود طفل توحيدي في الأسرة إلى خلق جو من عدم التنظيم الأسري وبروز الخلافات بين أفرادها، مما قد يؤدي إلى انفصال الوالدين أو إلى مشكلات في العلاقات بينهما، كما تميل بعض الأسر إلى قطع علاقاتها بغيرها وعزل نفسها عن المجتمع اعتقاداً منها أن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عنهم.

6-3- الآثار الاقتصادية:

يحتاج الطفل التوحيدي إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة، فهو بحاجة إلى وقت ورعاية وحضانة، وتدريب وتكاليف أكثر من غيره لذلك فوجود طفل توحيدي في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباء أخرى مالية أو اقتصادية، وهي أعباء غالباً ما تكون دائمة وتستمر طوال فترة

حياة هذا الطفل، كما ان قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل ساهم بشكل كبير في انقطاعها عن العمل (الحلي، 2005، ص ص 25-26).

7- جودة حياة اسرة الطفل التوحيدي:

7-1- جودة حياة الالباء والامهات:

لطيف التوحد انعكاسات على جودة حياة الاسرة، فغالبا ما يواجه الالباء والامهات مواقف صعبة ترتبط بالاضطرابات التي يعاني منها الطفل مثل اضطرابات النوم، شدة الاستثارة والبكاء، وكذلك السلوكيات النمطية وسلوكيات اذاء الذات وصعوبات التعلم وتناول الطعام والتدريب على النظافة ونوبات الصرع، بالإضافة الى كل هذه الصعوبات يتوجب على افراد الاسرة تجاوز نقص التبادل الاجتماعي للطفل ومجموعة السلوكيات غير العادية، لذلك اشار بوبيت Bobet ويوشار Boucher (2005) الى ان اضطرابات النوم والتواصل وكذا التنشئة الاجتماعية للطفل والضغط اليومي المرتبط بالإعاقة لها اثار كبيرة على نوعية الحياة للوالدين خاصة ما يتعلق بتنظيم الحياة اليومية ،كأوقات الترفيه لان تربية الطفل و رعايته يحتاج الى وقت و نظام حياة شاق وصارم و تخلي الوالدين عن بعض امتيازاتها لصالح الطفل، كما تتميز ايضا العلاقات الاجتماعية والعلاقة مع الاصدقاء بالاضطراب وهذا بسبب نقص التسامح والفهم لاضطراب طيف التوحد من طرف المجتمع والأصدقاء والعائلة، وهذا ما يدفع بالوالدين الى الانعزال، وللتوحد ايضا اثار على الحياة المهنية للوالدين، حيث يضطر البعض خاصة الامهات الى التخلي عن وظائفهم او العكس خاصة الالباء فقد يدفعهم ذلك الى الافراط في النشاط المهني لتغطية الاعباء المالية للطفل.

وفي الاخير ،يعاني الالباء و الامهات من النظرة الناقدة والمحرجة و المشفقة الموجهة الى طفلهم من قبل المحيط ،لاسيما من طرف العائلة الممتدة، كما تعد ادارة سلوكيات الطفل في الاماكن العامة مهمة معقدة بالنسبة للكثير من الالباء ،مما يؤدي الى تشوه الصورة الاجتماعية للآباء، فغالبا ما يفسر سلوك الطفل التوحيدي على انه نتيجة لسوء التربية مما يحيي لدى الوالدين جرحهم النرجسي و هذا ما يتسبب في ميلهم الى الانعزال عن المحيط الاجتماعي ، تجنب اللقاءات في الاماكن العامة ورفض الدعوات

بالإضافة الى ذلك، يتأسف البعض لملاحظة ان اطفالهم غالبا ما يتم تهميشهم من قبل الاطفال الاخرين و حتى من طرف الراشدين (Cappe & al., 2009, pp. 206-207)

لقد قسم الباحثون العوامل المرتبطة بانخفاض جودة حياة ابناء وامهات الاطفال المصابين بطيف التوحد الى عوامل متعلقة بالوالدين، منها البطالة وانخفاض فعالية الذات المدركة وارتفاع مستوى الضغط النفسي للوالدين. وعوامل متعلقة بخصائص الطفل منها شدة الاضطرابات السلوكية. وكذلك عوامل مرتبطة بالمحيط منها ضعف التماسك الاسري وانخفاض الدعم الاجتماعي (Lichtlé & Cappe, 2019) لذلك اشارت دراسة البهبهاني (2017) الى وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين الوعي الذاتي وبين نوعية الحياة لدى الاولياء، فالوعي الذاتي يكون من خلال ادراك الوالدين لذواتهم ومحيطهم ادراكا مباشرا، من خلال الادراك بالاحوال و الظروف التي تحيط بهم سواء كانت اقتصادية ام صحية او معرفية ام وجدانية ام انفعالية او اسرية، فالوعي الذاتي يؤدي الى التماسك الاسري و الشعور بالراحة النفسية مع النفس واولا و مع المحيط الخارجي ثانيا، كما اشارت دراسة الخبيري (2020) الى وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال الذاتيين، بالإضافة الى وجود فروق في مستوى جودة الحياة ترجع إلى مستوى و نوع المساندة الاجتماعية .

كما اظهرت الدراسات ان مستوى جودة حياة الامهات اقل من مستوى جودة حياة الاباء، هذا ما اشارت اليه دراسة التميمي (2013) التي توصلت الى وجود فروق في جودة الحياة الأسرية بين الآباء والأمهات وهذا لصالح الآباء وهذا لكون طيف التوحد يمس العديد من مجالات حياة الأمهات ،حيث يعيق الحياة الشخصية، الاجتماعية والمهنية للأم فتتغير اهدافها في الحياة، فكل شيء يكون منظم حسب الطفل ومستقبله، و اشارت دراسة مونيو Mugno، روتطاداريكو RutaD'arrigo و مازون Mazzone (2007) ان امهات الاطفال او المراهقين المصابين بالتوحد يتمتعن بجودة حياة منخفضة مقارنة بأمهات الاطفال او المراهقين العاديين او المصابين بعرض داون.

كما اشارت دراسة بلونشون Blanchon و الوارد Allouard (1998) ان أكثر من (50%) من امهات اطفال طيف التوحد يضحين بحياتهن المهنية، ونسبة (60%) و (55%) منهن يخصصن وقت اقل للترفيه

وللحياة العلائقية و(50%) منهن يعانين من مشاكل صحية جسمية اين (15%) منها امراض خطيرة، و(87%) من الامهات يعانين من اضطرابات عقلية حيث (34%) منها اضطرابات خطيرة. بالمقابل، اشارت نفس الدراسة الى ان (49%) من اباء الاطفال المصابين بطيف التوحد يغيرون من انشطتهم الترفيهية و (43%) منهم من علاقاتهم مع الاصدقاء و (38%) منهم يعانون من مشاكل صحية جسدية حيث (4%) منها خطيرة و(58%) منهم يعانون من اضطرابات عقلية اين (12%) منها خطيرة. لقد لاحظ هاهوط Hahaut وآخرون (2002) ان جودة حياة الاء اقل تأثراً من جودة حياة الأمهات، وهذا من حيث عدم تأثر حياتهم المهنية وان البعض فقط منهم من يكرس القليل من الوقت للترفيه (18%) ومحدودية حياتهم الاجتماعية (37%) والمعاناة من المشاكل الصحية الجسدية (27%) ونسبة (18%) منهم من يقر من معاناته من مشاكل نفسية (Cappe & al., 2009).

7-2- جودة حياة الاخوة:

للتوحد اثار على حياة اخوة الطفل التوحيدي خاصة ما يتعلق بدراساتهم والنشاطات الترفيهية لهم وعلاقاتهم مع الاصدقاء وكذا صحتهم الجسدية والعقلية، فالإخوة كما الاء حساسون كثيرة لنظرة الآخرين إليهم وغالبا ما يتبنون نفس المواقف التي يتبناها ابائهم (الحماية، والتساؤل حول المستقبل) او مواقف مقدم الرعاية (الدعم والمرافقة والمعالجة) اتجاه شقيقهم المصاب بطيف التوحد.

اوضح وود Wood، ريفيرس Rivers، وسطونمان Stoneman (2003) ان نوعية علاقات الطفل التوحيدي مع اخوته العاديين يرتبط بالضغط الذي يعيشه الوالدين، عمر الطفل التوحيدي و المساندة الاجتماعية، ونتيجة لذلك فكلما كانت الصعوبات الزوجية اقل، كلما كانت سلوكيات الاخوة العاديين اتجاه اخيهم ايجابية (التشجيع و التسامح) وكلما كانوا اكثر رضا عن علاقاتهم مع اخيهم التوحيدي، وعلى العكس من ذلك، كلما احس الوالدان بالضغط كلما اظهر الاطفال العاديين سلوكيات سلبية (التجنب، والتصرفات السيئة). كما اظهرت نتائج هذه الدراسة ان ادراك الرضا عن العلاقة بين الطفل العادي و اخيه التوحيدي تكون افضل كلما كان الطفل التوحيدي اصغر سنا. كما لاحظ الباحثون ان تأثير الضغط الزوجي على السلوكيات الايجابية للإخوة العاديين يتأثر باستراتيجيات المواجهة المركزة حول البحث عن الدعم الاجتماعي، فاللجوء الى الدعم الاجتماعي يخفف من تأثير الضغط الزوجي على العلاقة بين

الاشقاء العاديين وأخيه التوحيدي ونتيجة لذلك تضطرب العلاقة بين الطفل التوحيدي واخوته العاديين في العائلات التي تعرف ضغطا زواجيا مرتفعا والتي تتلقى القليل من الدعم الاجتماعي. من جهة اخرى اوضح هوطون Hutton وكارون Caron (2005) في دراستهما حول تجربة الاسر التي لها طفل توحيدي: مشاعر الغيرة والعدائية من طرف الاخوة العاديين اتجاه اخيه التوحيدي وقد أكد الاباء المشاركين في الدراسة ان اطفالهم الاخرون يشعرون غالبا بالحزن بشأن وضعهم الاسري كما يشعر هؤلاء بالإحراج والخوف من شقيقهم المصاب (Cappe & al., 2009).

كما اشارت دراسة نيلاما Nillama واخرون (2018) وكذا دراسة بيدوكس Pedoux و كاب (2016) Cappe الى معاناة الاشقاء المراهقين الذين لديهم اخت او اخ يعاني من طيف التوحد من اعراض القلق اكثر من الاشقاء المراهقين الذين ليس لديهم إخوة يعانون من طيف التوحد، ويتم التعبير عن ذلك عن طريق التوتر و الشعور بالغضب و الخوف من حدوث شيء سلبي وكذلك الشعور بالذنب والذي يؤدي الى الانسحاب ،ويلجا هؤلاء الاشقاء الى استراتيجيات مواجهة موجهة نحو الانفعال و التجنب ،وكذلك الى الانسحاب الاجتماعي عن طريق عزل انفسهم عن المواقف الضاغطة وكذا الاحتفاظ بمشاعرهم لأنفسهم ومحاولة التعامل مع المواقف بالاعتماد على انفسهم ،كما يلجؤون الى الالهة و التفكير في الاشياء الاخرى ،لاقتناعهم بعدم جدوى فعل اي شيء لان الوضع لن يتغير ،وهم نادرا ما يسعون للحصول على الدعم الاجتماعي يمكن لبعض العوامل ان تؤثر على قدرات التكيف الاجتماعي و الانفعالي للإخوة العاديين منها القدرات اللغوية للطفل التوحيدي ومستوى الضغط الذي يعيشه الابوان، فقد يعاني الاخوة الذين لديهم اخ توحيدي يعاني من ضعف القدرات اللغوية من مشاكل سلوكية اكثر مقارنة بمن لديهم اخ لا يعاني من ضعف القدرات اللغوية ،وكما انه كلما كان مستوى الضغط النفسي للوالدين مرتفعا كلما ادى ذلك الاضطراب في اكتساب المهارات الاجتماعية للإخوة لذلك يقترح الكثير من الباحثين بضرورة ادماج إخوة الطفل التوحيدي في التكفل بأخيه حتى يكونوا على دراية بوجوده وفهم حاجاته.

ومن جهة اخرى اشارت الدراسات ان شعور الاخوة المراهقين بالدعم من طرف والديهم له دور في شعورهم بالقرب من اخيه المصاب بطيف التوحد والعكس كذلك، فكلما زاد شعورهم بالرفض من طرف والديهم قل السلوك الاجتماعي ومشاعر الصداقة وقل دعمهم لأخيه التوحيدي، وكلما كانت العلاقة بوالديهم سلبية او ايجابية كانت كذلك مع اخيه التوحيدي. كما انه كلما شعروا بالدعم من طرف والديهم

قلت الاعراض الاكتئابية لديهم وكلما شعروا بالرفض والحماية الزائدة ادى ذلك الى زيادة هذه الاعراض لديهم (Bellalou, Derguy & Cappe, 2019).

وعلى الرغم من ان اغلب الدراسات تشير الى الاثر السلبي لوجود طفل توحيدي في الاسرة على اخوته العاديين الا ان هناك من اشار الى ان لطيف التوحد تأثير ايجابي عليهم، فالتوحد يعزز من النمو النفسي الاجتماعي والانفعالي للإخوة العاديين، ويتعزز مفهوم الذات عندهم بتقييمهم لقدراتهم وذكائهم وخصائصهم الشخصية من خلال المقارنة بينهم وبين اخيهم المصاب بطيف التوحد (Rogers, Dawson & Rogé, 2013).

7-3- جودة حياة الاجداد:

يستجيب الاجداد بعد الاعلان عن التشخيص بطرق مختلفة، فقد يعبر البعض عن الياس الشديد ويصفون التجربة بالمأساة العائلية، في حين قد يُظهر البعض الآخر بعض المرونة بتكييف ادوارهم وفق احتياجات الاسرة، والخاصية التي تميز الاجداد عن الافراد الاخرين في الاسرة هي قلقهم المزدوج، فيقلقون حول طفلهم الصغير من جهة ومن جهة اخرى يقلقون على ابنهم الذي أصبح والدا لطفل مصاب بطيف التوحد.

اشار هيمان Hima وآخرون (2017) الى ان الاجداد يظهرون بعض التجارب والتحديات المشابهة للآباء عند التفاعل مع الطفل التوحيدي، حيث يجد الاجداد صعوبة في التواصل اللفظي وتكوين علاقة وثيقة مع الطفل، كما يترددون في الطريقة او كيفية التعامل مع السلوكيات الصعبة للطفل من اجل مساعدته على التقليل من قلقه، كما يتجنب الاجداد الخروج مع الطفل مما قد يساهم في احساس الاسرة بالعزلة، إلا ان هذا لا يعني حسب الباحثين ان الاجداد لا يشعرون بالسعادة عند المشاركة في رعاية الطفل بالرغم من التحديات المرتبطة بطيف التوحد.

قد يؤدي نقص المعرفة بأعراض طيف التوحد وتشخيصه الى نشوء نوع من الارتباك حول دور الاجداد، وكذلك قد يؤدي ذلك الى الصراع مع الوالدين والشعور بالذنب والخوف، كما يمكن للصعوبات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي والسلوكيات الصعبة للطفل وكذا البعد الجغرافي ان يعيق مشاركة الأجداد في حياة الاطفال المصابين بطيف التوحد (Downes & Cappe, 2019).

اذن وجود طفل توحيدي في الاسرة يؤثر على جودة حياة كل افرادها، وهذا يعود الى الخصائص النفسية، السلوكية والانفعالية واللغوية لهذا الاضطراب، فالطفل التوحيدي يحتاج الى رعاية تامة وخاصة، وهذا يستدعي تكريس كل الوقت له مما يحد من النشاطات اليومية لأفراد اسرته ويؤثر على رفايتهم وممارسة حياتهم بشكل عادي.

8- دور الاسرة تجاه الطفل التوحيدي:

للأسرة دورا هاما وحيويا في رعاية الطفل التوحيدي ويرتكز دورها على جانبين رئيسيين وهما:

8-1- دور الاسرة في عملية التشخيص:

تعتبر الأسرة مصدرا هاما للمعلومات عن وضع الطفل التوحيدي وتطوره ونموه وسلوكياته وجوانب حياته المختلفة، لذلك تقوم بدور رئيسي في دعم عملية التشخيص لدى الطفل باعتبارها البيئة التي تحتويه منذ الايام الاولى من حياته، كما تعتبر الام اهم تلك المصادر نظرا للوقت الذي تقضيه معه مما يوفر لها فرصة لملاحظته ومراقبته في كل مراحل نموه المختلفة.

بالمقابل، قد تؤدي صعوبة اكتشاف الوالدين للتغيرات التي طرأت على الطفل في السن المبكرة، او عدم معرفتهم بأعراض طيف التوحد وأحيانا رفضهم قبول فكرة ان طفلهم يختلف عن اقرانه العاديين، الى تأخر التشخيص والحصول على المساعدة اللازمة.

8-2- دور الاسرة في عملية العلاج:

من بين الاتجاهات التي ينادي بها المهنيون هي اهمية استخدام افراد اسرة الطفل التوحيدي كمعالجين وهذا بهدف تمكين الوالدين من استكمال دور المؤسسة، نظرا للوقت الذي يحتاجه الطفل في استمرار تعديل سلوكه غير السوي او اكسابه سلوكيات مرغوبة، كذلك لكون جهود المؤسسة لا تأتي بثمارها دون العمل من جانب الوالدين على تثبيت تلك السلوكيات و المهارات التي يحاول الاخصائيون تلقينها للطفل يضاف الى ذلك امكانية تدريب عدد من الاباء في نفس الوقت بما يسمح بزيادة فرص المشاركة و التعاون مع المؤسسة، للعمل من اجل الطفل التوحيدي وحمايته من اي سلوك يسيئ اليه(السيد، 2013، ص ص 202-203).

لاسرة الطفل التوحيدي دور مهم في عملية التكفل به ،خاصة الوالدان اللذان يعتبران اقرب الناس الى الطفل واكثر معرفة باستجاباته و حاجاته ، فإدماج الوالدين في عملية التشخيص والعلاج يعد امرا ضروريا من اجل التكفل الجيد بالطفل التوحيدي.

9- أساليب مساعدة الوالدين للتخفيف من الضغوط النفسية:

وضع سينجر Singer وآخرون(1988) نموذج يهدف إلى تدريب والدي الاطفال شديدي الإعاقة على كيفية إدارة الضغوط ومواجهتها، ويتضمن استراتيجيات هذا النموذج تعليم الوالدين الطرق الآتية:

- 1- القياس الذاتي للأحداث الضاغطة والتفاعلات الفسيولوجية لها: يتم فيها تعليم الوالدين كيفية التعرف على الضغوط الخاصة والأعراض المصاحبة لها مثل الصداع، عسر الهضم والأرق.
- 2- تعليم الوالدين مهارات الاسترخاء العضلي: يعتبر الاسترخاء العضلي استجابة للتعايش النشط، في البداية يتم تعليم الوالدين الاسترخاء على فترات قصيرة، بعد ذلك يمارسان شكلا طويلا من الاسترخاء لمدة 25-30 دقيقة، ويكون ذلك عن طريق:

- ممارسة الاسترخاء الموجه.
- جلسات استرخاء مسجلة.
- التدريب على جلسات استرخاء في الأماكن العامة.
- تعديل الأفكار المصاحبة للضغط: وذلك بتعليم الوالدين تسجيل أفكارهم عند الشعور بالضغط، وبالتالي يتعلمون التعرف على أفكارهم المبالغ فيها، والتدريب على التفكير بطريقة أكثر واقعية، وتستخدم هذه الطريقة في المعالجة المعرفية والسلوكية للقلق والاكتئاب.

ومن بين المهارات التي يتم التركيز على تعليمها للوالدين في هذا البرنامج ما يلي:

- مهارة التحدث عن الضغط: وذلك بتعليم الوالدين كيفية التحدث عن الضغط وإدارته ومعالجته.
- مهارة حل المشكلات: تعليم الوالدين كيفية حل المشكلات مع التركيز على أهمية تكليفهم بواجبات منزلية لتشجيعهم على اكتساب مهارات جديدة.
- التأكيد على أهمية المساندة الاجتماعية والعلاقات الزوجية الايجابية، والتماسك الأسري كأحد العوامل المخففة للضغط (جميل، 2005، ص 73).

وتدعيما لما سبق أشار مارش (Marsh(1992 إلى عدد من العوامل المساعدة على التكيف مع الإعاقة ومواجهة الضغوط الأسرية منها:

- التشخيص والمعلومة الواضحة عن الإعاقة.
 - التفاعلات الايجابية بين افراد الأسرة الآخرين.
 - تقبل الإعاقة وعواقبها.
 - التركيز على القدرات الفردية للأسرة بدل التركيز على القصور.
 - البحث عن المعلومات حول الإعاقة والخدمات المتاحة لها.
 - فهم الجوانب المعرفية والسلوكية والعاطفية والاجتماعية في عملية التكيف الأسري.
 - تطوير توقعات حقيقية لأعضاء الأسرة.
 - السعي في الحفاظ على أسلوب حياة عادية والعمل على تحسين الاتصال وفك الصراع، وتعلم حل المشاكل وكيفية إدارة السلوك.
 - البحث عن مصادر المساندة الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية.
 - مشاركة المشاعر والتجارب وخطط المواجهة مع الاسر الأخرى.
 - تأسيس وتطوير علاقات تعاونية مع المختصين.
- بالإضافة الى ذلك ركز مارش على أهمية تعلم المهارات الآتية عند مواجهة الضغوط:
- المهارات الاجتماعية.
 - مهارات حل المشكلات.
 - مهارة إعادة البناء المعرفي.
 - الاسترخاء (جميل، 2005، ص ص 75-76).
- كما يمكن التركيز على النقاط التالية:

1- تحقيق الصحة النفسية لدى الوالدين ويكون ذلك من خلال تفهم احتياجاتهم، وإشعارهم بالحب والتقبل، وتخفيف حدة الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها، والخوف المتزايد على مستقبل الأطفال.

- 2- استبعاد التوترات لدى الوالدين بمساعدتهما على التركيز على الجوانب الايجابية للطفل التوحيدي والتأكيد على وجود فرص لعلاج جوانب القصور لديه.
 - 3- اخضاع الطفل التوحيدي للبرامج الإرشادية والعلاجية التي تخفف من سلوكياته الشاذة مما يخفف من وطأة الضغوط التي يعاني منها أولياء الأمور.
 - 4- اظهار المرشد النفسي مدى اهتمامه بالطفل التوحيدي وتشجيع أولياء الأمور على الانخراط في البرامج الارشادية، بالإضافة الى ضرورة الاتسام بالجلاء والوضوح في المشاعر والاتجاه الايجابي نحو العمل مع الأطفال التوحيدين.
 - 5- ضرورة اتاحة الفرصة لدمج الأطفال التوحيدين مع أقرانهم العاديين في الفصول الدراسية العادية.
 - 6- توفير العقاقير الطبية المناسبة وتوفير الأجهزة لتدريب الأطفال.
 - 7- تشجيع الإخوة العاديين على الانخراط في أنشطة تعاونية مع اخيهم التوحيدي ومساعدة والديهم في رعايته، وإظهارهم للحب والتقبل له.
 - 8- تحقيق الدمج الاجتماعي للطفل بأشكاله المختلفة وبوسائله المتنوعة (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 266).
- اذن، الى جانب حاجة اطفال طيف التوحد الى الرعاية والاهتمام والتكفل النفسي، فان والديهم ايضا يحتاجون الى من يعلمهم مهارات واستراتيجيات ادارة الضغوط النفسية واليومية، ولعل تعريفهم بالاضطراب وخصائص الطفل وكيفية مواجهة الازمات التي يمر بها، وكذلك توجيههم الى المراكز الخاصة بالتكفل بالطفل خطوة هامة يكتسبون من خلالها طرق التعامل مع الطفل ويجنبهم الوقوع في المشاعر السلبية التي لها اثار سلبية على صحتهم النفسية البدنية.
- 10- حاجة اولياء اطفال طيف التوحد الى المساندة:**
- يعتبر تقديم الدعم للوالدين امرا ضروريا وهذا لمساعدتهم على مواجهة التحديات والصعوبات المرتبطة باضطراب طيف التوحد، وتظهر حاجة اولياء اطفال طيف التوحد الى المساندة في عدة مجالات، منذ لحظة الاعلان عن التشخيص الى لحظة التكفل بالطفل. ويمكن تلخيص حاجة اولياء اطفال طيف التوحد الى المساندة في النقاط التالية:

- الحاجة الى المساندة للحصول على المعلومات الاولى: فالمعلومات التي يتحصل عليها الوالدين مباشرة بعد الكشف عن الاعاقة تعتبر مصدر دعم كبير لهما.
- الحاجة الى المساندة للحصول على تشخيص دقيق.
- حاجة الاولياء الى الاشراف عليهم بطريقة انسانية: يحتاج الاولياء الى الاحترام والتفهم، فغالبا ما يجدون أنفسهم امام متخصصين يفتقرون الى الاسلوب الجيد في الحديث معهم، والذين قد يستخدمون مصطلحات معقدة او يمنحونهم امالا زائفة او يغرقونهم في الياس التام. (Squillaci & Lanners, 2008, p. 18). فأحيانا يصعب على المتخصصين مساعدة اباء وامهات اطفال طيف التوحد لأنهم لا يفهمون بشكل كاف خصوصية طيف التوحد. (Peeters, 2014)
- الحاجة الى المساندة لإيصال التشخيص للأسرة الممتدة: قد يجد الاولياء صعوبة بعد الاعلان عن التشخيص في اعداد اسرهم لاستقبال الطفل المختلف، لذلك يعتبر ابلاغ الاسرة الممتدة بالتشخيص مهمة صعبة للغاية بالنسبة للوالدين.
- الحاجة الى المساندة للحصول على معلومات تتعلق بمستقبل الطفل: حيث يشكي الاولياء من ضيق الوقت ونقص المعلومات حول التدخلات المستقبلية الممكنة، وكذا من الافتقار الى المعلومات الواردة او عدم امكانية الوصول اليها.
- الحاجة الى المساندة لتأسيس علاقات مع الاولياء الآخرين: يُعتبر ادراك الوالدين انهم ليسوا وحيدين في مثل هذا الموقف خطوة حاسمة في عملية التكيف، فكثيرا ما يتم تقديم النصائح العملية القيّمة بالإضافة الى الدعم العاطفي من طرف الاءاء الآخرين مما يؤدي الى حل العديد من المشكلات اليومية. (Squillaci & Lanners, 2008, p. 18)، لذلك يتوجب على المختصين ان يكونوا على دراية بالشبكات الاجتماعية لمساعدة الأسر على الالتقاء، حتى يستفيد بعضهم من بعض لتجنب معايشة نفس الصعوبات و تكرار نفس التجارب دون فائدة. (Tardif & Gepner, 2003)
- الحاجة الى المساندة من طرف الفريق الطبي و النفسي: حيث يستوجب على الفريق الطبي و النفسي ضمان الظروف التي يتم فيها الاعلان عن التشخيص، و اعلان التشخيص لكلا الوالدين وتقديم المعلومات المؤكدة وتجنب اختزال الاضطراب الى مجموعة من الاعاقات، والحفاظ على مستقبل الطفل من خلال تقديم افاق تنموية وتسلط الضوء على امكانات الطفل وتزويد الوالدين بجميع اليات الدعم المتعلقة برعايته

، واحترام حاجة الاولياء في التحدث و الاجابة على اسئلتهم و كذا اعلام الوالدين بالإسعافات الاولية التي يمكن تقديمها للطفل....الخ (Squillaci & Lanners, 2008, pp. 18-19).

- الحاجة الى المساندة من اجل التدريب: حيث هناك طلب قوي من طرف الوالدين على التدريب.
- الحاجة الى المساندة للوصول الى الخدمات: يعتبر الوالدان ان الموارد الرسمية مهمة جدا، وبهذا المعنى يعتبر التعليم الخاص شكل من اشكال الدعم، وذلك من خلال انشاء اماكن لاستقبال الاطفال ذوي الاعاقة الشديدة وهذا لتوفير الرعاية الاساسية للطفل المعاق.

- الحاجة الى المساندة بالمال: للاحتياجات الخاصة بالطفل تأثير مباشر وغير مباشر على ميزانية الاسرة فيشير التأثير المباشر الى التكاليف الناتجة عن احتياجات الطفل: تحسين المنزل والحصول على المعدات المتخصصة كالمعدات العلاجية والألعاب التعليمية، وزيادة السفر ومصاريف التنقل والاقامة في المستشفى، في حين يرتبط التأثير غير المباشر باستثمار الوقت لكلا الوالدين ففي كثير من الاحيان يضطر أحد الوالدين (خاصة الام) الى التقليل من نشاطه المهني او ايقافه من اجل التكفل بالطفل.

- الحاجة الى المساندة من اجل اعادة التنظيم الأسري: ويتوقف الدعم في تنظيم الاسرة على التماسك الاسري حيث يصف الاباء العلاقات بين افراد الاسرة ومشاعر الوحدة والتعاون كمصادر مهمة للدعم، كما تعتبر مشاركة الشريك وتقاسم المهام داخل الاسرة من المساعدات القيمة، ويعتبر الدعم من الزوج هو الاهم حتى يتمكن الوالدان من التحدث بصراحة عن المشاعر والخبرات الايجابية والسلبية.

- الحاجة الى المساندة من طرف الاسرة الممتدة: حيث يمكن للأجداد تقديم المساعدة في العديد من المجالات مثل التدبير المنزلي ورعاية الطفل والدعم المالي والعاطفي، ووفقا للدراسات فان الاجداد من طرف الامهات يقدمون دعما أكثر مقارنة بالأجداد من طرف الاباء، كما تلعب المسافة الجغرافية دورا ايضا، فكلما اقترب الاجداد جغرافيا زاد الشعور بأهمية الدعم الذي يمثلونه، الا انه في بعض الاحيان قد يشكل الاجداد عبئا اضافيا ومصدرا للضغط على الوالدين، خاصة إذا كانوا في صراع مع ام الطفل.

- الحاجة الى المساندة من طرف الشبكة الرسمية وغير الرسمية: يعتبر الدعم غير الرسمي من الاصدقاء والاقارب ضروريا لتنظيم الحياة اليومية ووسيلة فعالة للتغلب على العزلة وقضاء وقت الفراغ.

- الحاجة الى المساندة العاطفية: كلما كانت اعاقا الطفل شديدة كلما احتاجت الاسرة الى مزيد من الدعم وتتجلى اهمية الدعم المعنوي في مساعدة العائلات على عدم الاستسلام.

- الحاجة الى المساندة لتجنب ايداع الطفل في المؤسسات: قد يشكل ايداع الطفل في المؤسسات الخاصة إذا كان شديد الاعاقة مشكلة تستدعي الدعم بالنسبة للوالدين.
- الحاجة الى المساندة لتعزيز الانتقال الى مرحلة البلوغ: تعتبر المراحل الانتقالية للطفل حقيقة تواجه الاباء والامهات، حيث يواجهون في هذه المرحلة حقائق جديدة لم يكونوا مستعدين لها بشكل كاف، فقد تظهر عليهم اسئلة وتحديات جديدة وقلق بشأن مستقبل ابنهم. (Squillaci& Lanners, 2008, p. 24-25)

يبدو ان والداي الطفل التوحيدي بحاجة الى المساندة من عدة جوانب ولعل مساندة الفريق الطبي و المختصين اكثر انواع المساندة التي يحتاج اليها الاولياء، ويكون ذلك بتقديم المعلومات اللازمة و الصحيحة حول الطفل ،كخصائصه واستجاباته وحاجاته وكيفية التجاوب معه ،بالإضافة الى المساندة المادية خاصة للأسر ذات الدخل المحدود لتغطية نفقات العلاج، وكذلك الدعم المعنوي لتشجيعهم على الاستمرار وعدم الاستسلام للصعوبات وهذا بتعريفهم على الأسر الاخرى من اجل تبادل الخبرات والتجارب لذلك اشارت دراسة يونس (2015) الى ان حاجات اولياء امور الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تترتب كما يلي:

- الحاجات المادية.
- الحاجات الاساسية: توفير المعلومات الكاملة حول الاضطراب والبرامج التدريبية والتعليمية المقدمة لهذه الفئة واجراءات التشخيص والتقييم المناسبة.
- الحاجات الاجتماعية.
- في حين اشارت دراسة الديب (2016) الى ان اهم احتياجات امهات اطفال طيف التوحد هي على الترتيب:الاحتياجات المجتمعية،الاحتياجات المعرفية و التدريبية والاحتياجات المادية.
- كما انتهت دراسة درغي(Derguy 2019a) إلى تحديد (6) مجالات لحاجات أولياء أطفال طيف التوحد وهي كما يلي:
- الحاجات المادية: مثل الحاجة إلى المال والحاجة الى المتخصصين.
- الحاجة إلى المعلومات: تتمثل في مجموعة المعارف التي تساعد الأولياء على فهم أطفالهم.

- الحاجة إلى التوجيه الأسري: خاصة فيما يتعلق بإدارة سلوكيات الطفل، تنمية قدراته، الاستقلالية والمهارات الاجتماعية وإدارة العلاقات مع الإخوة.
- الحاجة إلى المساعدة في تسيير وإدارة الحياة اليومية والتي تشمل الحياة العائلية، الحياة الزوجية، الحياة خارج العائلة (الترفيه والحياة الاجتماعية) والحياة المهنية.
- الحاجة إلى المساندة العلائقية: وتتمثل في تطوير علاقات مُرضية مع الآخرين وتشمل علاقات الصداقة، العلاقات الاجتماعية والعلاقات الزوجية.
- الحاجة إلى المساندة العاطفية: وتتمثل في الحاجة إلى المرافقة والمساندة من الناحية العاطفية في الدور الأبوي، مشاركة التجارب مع الأولياء الآخرين، المساندة من العائلة والأصدقاء والمحيطين. كما أظهرت النتائج انه كلما كان التشخيص مبكرا كلما احتاج الأولياء إلى المساندة العاطفية.

11- إرشاد اسر الأطفال التوحيدين:

تحتاج اسر اطفال طيف التوحد الى الارشاد لكيفية التعامل مع هذه الفئة من الأطفال، ويعتبر الإرشاد الأسري من الأساليب المهمة في رعاية اطفال طيف التوحد، حيث يساهم في تنمية قدراتهم واستغلالها، وللأولياء الحق في الحصول على المعلومات والتدريبات اللازمة التي تساعد في حسن التعامل والتصرف مع الطفل في المراحل المختلفة ولتتمكنوا من مساعدته والتعامل معه بشكل مناسب ولائق. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص268)

11-1-أهداف الإرشاد الأسري:

- 1- إرشاد والدي الطفل التوحيدي: لبرامج تعليم الآباء قدرة كبيرة من التخفيف من الضغط الأبوي المصاحب للتوحد ويتم ذلك بتعليم الآباء الاستجابة إلى الحاجات الواسعة لهؤلاء الأطفال كمعرفة أكثر الطرق فعالية في تعليم أطفالهم وفي الحد من السلوكيات الشاذة.
- 2- مساعدة الوالدين على فهم المشاكل التي تنتج عن وجود طفل غير عادي في الأسرة.
- 3- الاهتمام بالمكون الوجداني كمخاوف الوالدين وقلقهما وشعورهما بالإثم.
- 4- تشخيص قدرات الأطفال التوحيدين من قبل فريق عمل متكامل.

- 5- إرشاد الأسرة الى الصعوبات اللغوية التي يعاني منها الأطفال التوحيدين وبالتالي ضرورة عرضهم على أخصائي الكلام واللغة (مصطفى و الشرييني، 2011، ص 269).
- ولقد اثبتت البرامج الارشادية المطبقة على اسر الاطفال التوحيدين فعاليتها حيث اشارت نتائج دراسة الحاج (2018) الى ان البرنامج الارشادي النفسي المطبق على اسر الاطفال التوحيدين ادى الى :
 - الرفع من كفاءة معرفة الاسر باضطراب طيف التوحد معرفة كبيرة جدا.
 - مساعدة الاسر على تطوير قدرات اطفالها اللغوية.
 - رفع كفاءة دور الاسرة في تطوير مهارات التواصل الاجتماعي وتخليص ابنها التوحيدي من الروتين اليومي.
 - رفع كفاءة الاسرة في التقليل من حدة التوتر والقلق.
- كما تزيد البرامج الارشادية من وعي الالباء و الامهات حول بعض الامور المتعلقة بالطفل التوحيدي كالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة ابنائهم (عمر واخرون، 2015)، وكذلك تحسين أساليب مجابهة الضغوط وانخفاض درجة القلق لدى أمهات الأطفال الذاتويين، (لطيف، 2019)، بالإضافة الى تحسن الصحة النفسية للآباء والأمهات و التخفيف من القلق والأرق والأعراض السيكوسوماتية (Tonge & al., 2006) وكذلك تنمية الصلابة النفسية وهذا لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الذهيباوي و علي، 2021).

11-2 دور المرشد النفسي مع أسرة الطفل التوحيدي:

حدد كوهين Cohen ودونالان Donellan (1985) دور المرشد النفسي مع أسرة الطفل التوحيدي في النقاط التالية:

- 1- أن يشرح للأسرة الحقائق والأسباب المرتبطة بإعاقة طفلها بصدق ووضوح.
- 2- مراعاة الحالة النفسية للأبوين، وتقدير واحترام وجهة نظرهما وعدم الاستخفاف بالمعلومات التي يذكرونها او رفض مساعدتهما في التشخيص.
- 3- التوضيح للوالدين أن وجود طفل معاق في الأسرة يمكن أن يحدث لأي أسرة وفي أي مكان رغم كل الاحتياجات.

- 4- إعطاء فرصة للوالدين للكلام وطرح الأسئلة المتعلقة بمشكلة ابنهما.
 - 5- تهدئة مشاعر الخوف، القلق، الحزن لدى الآباء ومحاولة تعويضهم بشيء من تقدير الذات وبث الثقة في النفس.
 - 6- إرشاد الأولياء إلى الأماكن التي تقدم لهم المساعدة المناسبة في حدود إمكانياتهم الاقتصادية.
 - 7- توجيه الأسرة إلى كيفية التعايش مع الإعاقة وتقبلها.
 - 8- تقديم التدريبات اللازمة لأساليب التعامل الصحيح مع الطفل التوحيدي (القمش، 2011، ص 261).
- اذن يسعى الإرشاد الاسري لأسر الاطفال المعاقين بصفة عامة واطفال طيف التوحد بصفة خاصة لتحقيق مجموعة من الاهداف ولعل اهمها هو تعريف الوالدين بالإعاقة وخصائصها وكيفية التعامل مع الطفل وفهم حاجاته وذلك لا يتحقق الا بإعطاء فرصة للأولياء للحديث عن انشغالاتهم ومخاوفهم وطرح الاسئلة مع عدم انتقادهم وذلك باحترام وجهات نظرهم ومراعاة حالتهم النفسية، لان التكفل بالوالدين يعتبر جزء من التكفل بالطفل.

خلاصة:

تعكس شدة اضطراب طيف التوحد شدة معاناة عائلات الاطفال المصابين به، والتي تظهر من خلال ما يعيشه أفرادها من ضغوطات نفسية تمتد من أول يوم من اكتشاف غرابة سلوك الطفل إلى مرحلة الانتقال به عبر المراكز للتكفل به، فالتوحد لا يؤثر فقط على الطفل بل تمتد اثاره لتشمل العائلة بأكملها فالسلوكيات الغريبة، النمطية و العنيفة التي تصدر عن الطفل غالبا ما تكون مصدر ضغط شديد وكذلك مصدر احراج و ازعاج للعائلة خاصة عند صدورهما في المحيط الاجتماعي، كما ان للصعوبات التي يعانيها الطفل و العجز عن الاهتمام بنفسه وغياب التواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي يجعل العائلة خاصة الوالدين يشعرون بالإجهاد والتعب وعدم ايجاد الوقت الكافي للأبناء الآخرين و للنشاطات اليومية منها الترفيهية، وكل هذا ينعكس سلبا على نوعية الحياة لهذه الاسرة و على رفايتهم النفسية كما يؤثر ذلك ايضا سلبا على الصحة النفسية و البدنية للوالدين، لذلك عند التكفل بالطفل التوحيدي لا يجب إغفال أهمية التكفل بآباء و أمهات هؤلاء الأطفال في نفس الوقت، فهما يعتبران المحوران الأساسيان في العملية العلاجية، فهم يحتاجون إلى من يستمع إلى انشغالاتهم ومعاناتهم، كما يحتاجون إلى من يوجههم ويساندهم في الأوقات الصعبة، ومن يعلمهم الطرق الصحيحة للاستجابة للالزمات التي تظهر على الطفل من وقت لآخر.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الثامن

الإجراءات الميدانية للبحث

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية خطوة مهمة في أية دراسة علمية أي نيتم فيها التحقق من الفرضيات، ويعتمد نجاح هذه الخطوة على الإجراءات والأساليب والأدوات التي يعتمد عليها الباحث، وعلى مدى ملائمتها وخدمتها للموضوع، لذلك سيتم في هذا الفصل توضيح هذه الإجراءات والأدوات والأساليب التي تم الاعتماد عليها في هذا البحث.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وصياغتها صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة (ابراهيم، 2000، ص38).

لأجل ذلك وبعد الحصول على الترخيص لأجراء البحث الميداني من ادارة قسم علم النفس لجامعة الجزائر 02 من مصلحة الدراسات العليا ،توجهنا الى مديرية النشاط الاجتماعي لولاية تيزي وزو اين افادونا بقائمة المراكز و الجمعيات الخاصة بالتكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا و الاطفال المصابين بطيف التوحد بعدها كانت وجهتنا الاولى الى المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا المتواجد بالحي الاجتماعي محفوظ بوسبسي، بوخلفة ولاية تيزي وزو، اين قمنا بإيداع طلب لإجراء البحث الميداني على مستوى مكتب رئيسة المصلحة حيث شرحنا لها موضوع البحث و الهدف منه وبعد حصولنا على الموافقة قمنا بإجراء لقاء مع بعض الاولياء الذين صادفناهم هناك في ذلك اليوم وقد ابدوا موافقتهم على المشاركة كما قمنا بالاتصال ببعض الاخصائيين النفسيين الذين يعملون هناك اين شرحنا لهم موضوع البحث وقد وافقوا على التعاون معنا وذلك بالتحدث مع الاولياء الآخرين لأنه من الصعب الالتقاء بهم جميعا في يوم واحد وفي وقت واحد خاصة و ان بعض الاطفال لديهم نقل خاص يتكفل بنقلهم الى المركز وبالتالي حضور اوليائهم ليس بشكل يومي، بعدها قمنا بتقديم مجموعة من المقاييس لتوزيعها على الاولياء من اجل التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث ليتم استرجاعها في الايام اللاحقة.

كما قمنا بزيارة المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية فرنان حنفي واد عيسي بولاية تيزي وزو وبعد ايداع طلب على مستوى مكتب المدير والحصول على موافقته تم توجيهنا الى مصلحة الطب العقلي

للأطفال وقمنا بشرح موضوع البحث والهدف منه اين التقينا ببعض العائلات التي حضرت برفقة ابنائها للتشخيص و المتابعة وقد ابدوا الموافقة على المشاركة في البحث وبعد الاتصال بالأخصائيين النفسانيين الذين افادونا بالمواعيد الخاصة بالأولياء تحصلنا على موافقتهم للتعاون معنا خاصة فيما يتعلق بتوزيع المقاييس ،كما حضرنا بعض الندوات واللقاءات التي جرت بين الاولياء و الاطباء و التي كانت لنا فرصة للالتقاء بالأولياء.

كما قمنا ايضا بزيارة مركز بيت الطفل الخاص بالرعاية النفسية والبيداغوجية للأطفال المصابين بطيف التوحد المتواجد في بن عكنون بالجزائر العاصمة ،اين حصلنا على موافقة الادارة لإجراء البحث في حين رفض الاولياء التعاون معنا وهذا نظرا لكثرة الطلبات عليهم لإجراء البحوث عليهم وعدم تفرغهم لهذه الأمور ،كما توجهنا الى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية "محفوظ بوسبسي" بالشرافة اين التقينا ببعض الاولياء بعد موافقة الادارة على اجراء البحث وقمنا بتوزيع بعض المقاييس على الالباء و الامهات والتي تم استرجاعها لاحقا.

ومن نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية:

- 1- تم التأكد من وجود عينة الدراسة ومن إمكانية القيام بالبحث ومدى تعاون أفراد العينة وتفهمهم للموضوع.
- 2- قمنا بالتحديد الدقيق للفرضيات وخصائص العينة.
- 3- التأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات البحث وذلك بتطبيقها على عينة قوامها 100 أب وأم للأطفال المعاقين ذهنيا والتي سيتم عرض نتائجها لاحقا عند عرض ادوات البحث.
- 4- كما تعتبر هذه المرحلة تدريبا واكتسابا للتجربة تحضر الباحث للقيام بالدراسة الأساسية.

2- المنهج:

تعتمد الدراسة العلمية لأي موضوع على المنهج الذي نتبعه والذي يحدد الطريق الذي يتبعه الباحث في دراسته للوصول إلى الأهداف التي يسعى إليها، لذلك فإن المنهج هو الطريق الذي يؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته للوصول إلى نتيجة معلومة (محيريق، 1996، ص34).

ويتحدد المنهج انطلاقاً من طبيعة الموضوع، لذلك اعتمدنا في بحثنا على المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة للظاهرة بطريقة كمية، من أجل دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها وعلاقتها بالظواهر الأخرى والعوامل المؤثرة في ذلك (ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، 2000، ص 43)، بمعنى أنه عبارة عن طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة، وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها (عبيدات وآخرون، 1999، ص 46).

3- الحدود الزمنية والمكانية للبحث:

3-1- الحدود الزمنية: شرعنا في هذا البحث في شهر جانفي 2019 إلى غاية نهاية شهر نوفمبر 2019 وقد استغرقنا كل هذه المدة بسبب الوقت اللازم للانتقال بين مختلف الجمعيات والمراكز عبر الولايات الثلاثة وكذا عدم استرجاع العديد من المقاييس.

3-2- الحدود المكانية: تم إجراء هذا البحث في المراكز والجمعيات التابعة للولايات التالية: البويرة،

تيزي وزو وبجاية كما هو موضح في الجدول رقم(1)

جدول رقم (1) أسماء المراكز والجمعيات التي تم على مستواها البحث

الولاية	اسم المركز أو الجمعية	العنوان
الولاية	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا	شارع محمد مطري حي الزمالة ولاية البويرة
	مركز أطفال التوحد	قطعة 338 مسكن البويرة
تيزي وزو	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا	حي تقوعين، بلدية واقنون ولاية تيزي وزو
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهني	حي اقروور بلدية تادميت ولاية تيزي وزو
بجاية	جمعية التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد لولاية بجاية	حي 1000 مسكن عمار قب 3 احداث. بجاية
	جمعية التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد لولاية بجاية	حي موجة رابح امخوخ، شارع بوعلام اوشن، بجاية.
	جمعية الأمل للتكفل بأطفال التوحد	منطقة النشاطات، اميزور، بجاية.
	جمعية مساعدة أطفال التوحد لولاية بجاية	مفترق الطرق شارع 06000، بجاية.

4- العينة:

تعتبر عملية اختيار العينة من أهم الخطوات المنهجية التي يقوم عليها البحث، إذ يحرص الباحث على ضرورة اختيارها لتفي بأغراض البحث وأهدافه الأساسية، وقد اعتمدنا في البحث الحالي على أسلوب العينة القصدية، ويقصد بها الطريقة التي يتم فيها انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر

بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الأساسية بالنسبة للدراسة (عبيدات وآخرون، 1999، ص. 96).

ومن الخصائص التي تم وضعها في اختيار عينة البحث:

- ان تشمل العينة على اباء وامهات لأطفال التوحد.
- ان تشمل العينة الالاء والامهات معا.
- ان يكون الابن المصاب بالتوحد في مرحلة الطفولة.

تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قوامها (200) اب وأم لأطفال مصابين بالتوحد وفيما يلي وصف لتوزيع أفراد هذه العينة عبر المراكز والجمعيات التي تمت فيها الدراسة الأساسية.

جدول رقم (2) توزيع أفراد العينة على المراكز والجمعيات لكل ولاية

الولاية	اسم المركز أو الجمعية	عدد أفراد العينة	عدد الآباء	عدد الأمهات	النسبة المئوية
الولاية	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا عين بسام	25	15	10	12.5%
	مركز أطفال التوحد	50	20	30	25%
تيزي وزو	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا واقتون	20	7	13	10%
	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا تادمايت	12	5	7	6%
تلمسان	جمعية التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد	18	9	9	9%
	جمعية التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد	25	15	10	12.5%

30	10	20	15 %	جمعية الأمل للتكفل بأطفال التوحد
20	10	10	10 %	جمعية مساعدة أطفال التوحد
200	91	109	100 %	المجموع

جدول رقم (3) توزيع الآباء والأمهات

العينة	العدد	النسبة المئوية
الآباء	91	45.5 %
الأمهات	109	54.5 %
المجموع	200	100 %

يظهر من الجدول أن نسبة الأمهات أكبر من نسبة الآباء وهذا لكون الأمهات أكثر إقبالا من الآباء للمشاركة في البحث.

5- أدوات البحث:

5-1- مقياس الصلابة النفسية:

5-1-1- وصف المقياس:

اعد هذا المقياس عماد محمد احمد مخيمر (2002) وهي أداة تعطي تقديرا كميا لصلابة الفرد النفسية، والأداة مكونة من (47) عبارة موزعة على (3) ابعاد هي: بعد الالتزام، بعد التحكم وبعد التحدي.

- **بعد الالتزام:** ويقصد به نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله وتشير إليه البنود التالية: 1-4-7-10-13-16-19-22-25-28-31-34-37-40-43-46.

- **بعد التحكم:** ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد انه بإمكانه أن يكون له تحكما فيما يلقاه من أحداث ويحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، وهذا البعد يتكون من 16 بندا تشير إليه البنود التي تحمل الأرقام التالية: 2-5-8-11-14-17-20-23-26-29-32-35-38-41-44-47.

- **بعد التحدي:** وهو اعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا له، مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية ويشار إلى هذا البعد بالبنود التالية: 3-6-9-12-15-18-21-24-27-30-33-36-39-42-45.

5-1-2-طريقة التصحيح:

تقع الإجابة على المقياس في ثلاث مستويات: تتطبق دائما، تتطبق أحيانا، لا تتطبق أبدا، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين 3 درجات ودرجة واحدة بمعنى: إذا كانت الإجابة:

- تتطبق دائما تعطى الدرجة 3.

- تتطبق أحيانا تعطى الدرجة 2.

- لا تتطبق أبدا تعطى الدرجة 1.

وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة بين 47 - 141 حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية.

وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى، أي تشير هذه العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة النفسية وبالتالي فان هذه العبارات المعكوسة والتي تقابل أرقام البنود (7-11-16-21-23-25-28-32-35-36-37-38-42-46-

47) تصحح في الاتجاه العكسي بمعنى هذه العبارات تصحح كالتالي:

- تتطبق دائما تعطى الدرجة 1.

- تنطبق أحيانا تعطى الدرجة 2.

- لا تنطبق أبدا تعطى الدرجة 3.

5-1-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب صدق الأداة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس على عينات من طلاب وطالبات جامعة الزقازيق منهم (35) طالب و(45) طالبة، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.22) و(0.72) وكلها دالة عند مستوى (0.01) ومستوى (0.05). كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، فجاءت معاملات الارتباط كما يلي: بعد الالتزام (0.75) - بعد التحكم (0.82) - بعد التحدي (0.60)، كما حسب الصدق التلازمي للمقياس مع مقياس قوة الانا فبلغ معامل الارتباط (0.75) وهو دال إحصائيا عند (0.01).

ولحساب الثبات تم الاعتماد على معامل الفا كرونباخ فجاء يساوي: بعد الالتزام (0.69)، بعد التحدي (0.75)، بعد التحكم (0.76) أما الدرجة الكلية للمقياس فقدر معامل الفا كرونباخ (0.75). (معمرية، 2021، ص.95،

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في هذا البحث تم تطبيقه على عينة قدرها (100) اب وام للأطفال المعاقين ذهنيا وأسفرت النتائج على ما يلي:

1- صدق المقياس:

اعتمدنا في حساب صدق مقياس الصلابة النفسية على معامل الاتساق الداخلي والذي يقوم على حساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على كل بند من بنود المقياس مع درجاتهم على المقياس وكذلك مع درجاتهم على البعد الذي تنتمي إليه وقد تراوحت قيم معاملات ارتباط البنود بالمقياس بين (0.311) و (0.822). وتراوحت قيم معاملات ارتباط البنود بالبعد الذي تنتمي اليه بين (0.362) و (0.788)، وكلها دالة عند (0.01) مما يشير الى صدق المقياس. (انظر الملاحق).

كما قمنا أيضا بحساب معاملات ارتباط درجات كل بعد مع درجات المقياس والنتائج مبينة في الجدول رقم (4).

جدول رقم (4) معاملات ارتباط ابعاد مقياس الصلابة النفسية مع المقياس

الأبعاد	معامل الارتباط بالمقياس
الالتزام	0.955**
التحكم	0.959**
التحدي	0.948**

** دالة عند 0.01

يظهر من الجدول أن معاملات الارتباط دالة عند (0.01) مما يدل على صدق المقياس.

2- ثبات المقياس: لحساب ثبات المقياس اعتمدنا في ذلك على معامل ألفا كرونباخ كما اعتمدنا أيضا في حساب الثبات على التجزئة النصفية وهذا كما يلي:
معامل ألفا كرونباخ: النتائج موضحة في الجدول رقم (5).

جدول رقم (5) قيم معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية وأبعاده

الأبعاد	ألفا كرونباخ
الالتزام	0.889
التحكم	0.835
التحدي	0.876
المقياس	0.952

يظهر من خلال الجدول أن قيم معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية وأبعاده تتراوح بين (0.835) و(0.952) وهي قيم مقبولة لثبات هذا المقياس.

التجزئة النصفية: تقوم هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الزوجي ودرجات النصف الفردي للمقياس وتعديل النتيجة بمعادلة سبيرمان براون أو جتمان والنتيجة ممثلة في الجدول رقم (6).

جدول رقم (6) ثبات مقياس الصلابة النفسية بطريقة التجزئة النصفية

معامل الارتباط	معامل الثبات	النصف الأول	النصف الثاني
0.923**	سبيرمان براون	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري
	جتمان	0.898	0.915
	0.960		0.959

** دالة عند 0.01

5-2-مقياس المساندة الاجتماعية:

5-2-1-وصف المقياس:

قام بإعداد هذا المقياس الباحثة فوزية إبراهيم رباح الكردي سنة (2012) ويشمل المقياس على (28) عبارة توزعت على (4) مجالات وكل مجال يحتوي على عدد من البنود نوضحها في الأبعاد التالية:

- **المساندة الاجتماعية من طرف الأصدقاء:** يقصد بهذا البعد ما يقدمه الأصدقاء من الدعم والمؤازرة والمساندة في الحياة العادية وفي أثناء الحياة الضاغطة والظروف الصعبة ويتكون هذا البعد من (9) بنود تتمثل في البنود: 1-2-3-4-5-6-7-8-9.

- **المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة:** يقصد بهذا البعد ما تقدمه الأسرة (الآباء والأمهات والإخوة والأزواج وغيرهم من أفراد الأسرة) من الدعم والمؤازرة والمساندة في الحياة العادية وفي أثناء الحياة الضاغطة والظروف الصعبة ويتكون هذا البعد من (6) بنود تتمثل في البنود: 10-11-12-13-14-15.

- **الشعور الذاتي بالمساندة الاجتماعية:** يقصد به إدراك الفرد لكمية ونوعية المساندة المقدمة لها ومدى رضاها عنها ويتكون هذا البعد من (7) بنود تتمثل في البنود: 16-17-18-19-20-21-22.

- المساندة من طرف المؤسسات الحكومية والاجتماعية: يقصد به ما تقدمه المؤسسات الحكومية والخاصة والمجتمع المدني من مساعدات وإعانات، ويتكون هذا البعد من 6 بنود تتمثل في البنود: 23-24-25-26-27-28.

5-2-2- طريقة التصحيح:

تقع الإجابة على المقياس في ثلاث مستويات: نعم، بين وبين، لا، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين 3 درجات ودرجة واحدة بمعنى: إذا كانت الإجابة:

(نعم) تعطى الدرجة 3 (بين وبين) تعطى الدرجة 2 (لا) تعطى الدرجة 1
وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين (28) و (84) درجة.

5-2-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتحقق من صدق الاداة قامت الباحثة بتطبيقه على عينة اختيرت بطريقة عشوائية بلغت (100) فرد، كما قامت بعرضه على مجموعة من المحكمين وتراوحت معاملات الاتفاق بين آراءهم حول الفقرات بين (80)-(100) وأوضحوا بان المقياس شامل ويقيس ما وضع من اجله. كما تم حساب الصدق باستخدام الاتساق الداخلي بين الفقرات من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على أبعاد المقياس ودرجاتهم على المقياس ككل وتوصلت النتائج إلى أن قيمة معاملات الارتباط تراوحت بين (0.80) و (0.84) وكلها دالة.

أما ثبات المقياس فقد تم حسابه باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وتوصلت إلى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده حيث تراوح معامل ألفا كرونباخ بين (0.92) و (0.95).

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في هذا البحث تم تطبيقه على عينة قدرها (100) اب وام للأطفال المعاقين ذهنيا وأسفرت النتائج على ما يلي:

1- صدق المقياس:

اعتمدنا في حساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية على معامل الاتساق الداخلي وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على كل بند من بنود المقياس مع درجاتهم على المقياس وكذلك مع درجاتهم على البعد الذي تنتمي إليه وقد تراوحت قيم معاملات ارتباط البنود بالمقياس بين (0.325) و

(0.625) وتراوح قيم معاملات ارتباط البنود بالبعد الذي تنتمي اليه بين (0.408) و(0.823)، وكلها دالة عند (0.01) مما يشير الى صدق المقياس. (انظر الملاحق).
كما قمنا أيضا بحساب معاملات ارتباط درجات الافراد على كل بعد مع درجاتهم على المقياس والنتائج مبينة في الجدول رقم (7).

جدول رقم (7) معاملات ارتباط أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية مع المقياس

الأبعاد	معامل الارتباط بالمقياس
المساندة الاجتماعية من طرف الأصدقاء	0.785**
المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة	0.770**
الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية	0.853**
المساندة الاجتماعية من طرف المؤسسات الحكومية والاجتماعية	0.889**

** دالة عند 0.01

3- **ثبات المقياس:** لحساب ثبات المقياس اعتمدنا في ذلك على معامل ألفا كرونباخ كما اعتمدنا أيضا في حساب الثبات على التجزئة النصفية وهذا كما يلي:
- **معامل ألفا كرونباخ:** النتائج موضحة في الجدول رقم (8)

جدول رقم (8) قيم معامل ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده

ألفا كرونباخ	ألفا كرونباخ	الأبعاد
0.901	0.821	المساندة الاجتماعية من طرف الأصدقاء
	0.742	المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة
	0.769	الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية
	0.704	المساندة الاجتماعية من طرف المؤسسات الحكومية والاجتماعية

يظهر من خلال الجدول أن قيم معامل ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده تتراوح بين (0.704) و (0.901) وهي قيم مقبولة لثبات هذا المقياس.

- **التجزئة النصفية:** تقوم هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الزوجي ودرجات النصف الفردي للمقياس وتعديل النتيجة بمعادلة سبيرمان براون أو جتمان والنتيجة ممثلة في الجدول رقم (9).

جدول رقم (9) ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة التجزئة النصفية

النصف الأول	النصف الثاني	معامل الارتباط	معامل الثبات	
الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	0.768**	سبيرمان براون	جتمان
0.812	0.840		0.869	0.866

** دالة عند 0.01

5-3-مقياس إدراك الضغط النفسي:

5-3-1-وصف المقياس:

صمم هذا المقياس من طرف ليفينستاين Levinstein و آخرون سنة (1993) لمقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي، ويشمل المقياس على (30) عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة والتي تحمل الأرقام التالية: 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30، بينما تتمثل البنود غير المباشرة في البنود التالية: 1-7-10-13-17-21-25-29.

5-3-2-طريقة التصحيح:

هناك أربعة اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات المقياس ويتم تنقيطها وتصحيحها حسب نوع البنود حيث تعطى الدرجات من (1) إلى (4)، فالبنود المباشرة تنقط كما يلي:

(1) إذا كانت الإجابة: تقريبا أبدا. (3) إذا كانت الإجابة كثيرا

(2) إذا كانت الإجابة أحيانا. (4) إذا كانت الإجابة: عادة.

أما البنود غير المباشرة فيعكس التتقيط ليصبح كما يلي:

(4) إذا كانت الإجابة: تقريبا أبدا. (2) إذا كانت الإجابة كثيرا

(3) إذا كانت الإجابة أحيانا. (1) إذا كانت الإجابة: عادة

5-3-3- الخصائص السيكمترية للمقياس:

قام لفنستين بالتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة مقياس الضغط النفسي مع المقاييس الأخرى للضغط، فأظهرت النتائج وجود ارتباط قوي لهذا المقياس مع مقياس سمة القلق يقدر (0.75) ومع مقياس إدراك الضغط لكوهين قدر (0.73)، بينما سجل ارتباط معتدل قدر (0.56) مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف قدر (0.35) مع مقياس قلق الحالة.

وللتحقق من ثبات المقياس قام لفنستين بقياس التوافق الداخلي باستعمال معامل الفا، فظهر وجود تماسك قوي قدر (0.90)، كما اظهر ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني 8 ايام قدر (0.82) (ايت حمودة، 2006).

أما في الدراسات العربية فقد قامت الباحثة ايت حمودة حكيمة (2006) بالتحقق من صدق المقياس بطريقة الصدق الظاهري بعد ترجمته وتعريبه وعرضه على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة وذلك لتحديد مدى تكافؤ البنود في اللغتين الانجليزية والعربية ومناسبتها لقياس إدراك الضغط النفسي، ترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها.

كما قامت بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وتحصلت على معامل ارتباط قدره (0.69) وهو دال إحصائيا عند (0.01) مما يشير إلى ثبات المقياس وإمكانية استخدامه. (ايت حمودة، 2006، ص233). وللتحقق من صدق وثبات المقياس في هذا البحث تم تطبيقه على عينة مكونة من (100) اب وام للأطفال المعاقين ذهنيا وأسفرت النتائج على ما يلي:

1- صدق المقياس:

اعتمدنا في حساب صدق مقياس إدراك الضغط النفسي على معامل الاتساق الداخلي والذي يقوم على حساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على كل بند من بنود المقياس مع درجاتهم على المقياس،

وتراوح قيم معاملات ارتباط البنود بالمقياس بين (0.307) و (0.726) وكلها دالة عند (0.01) مما يشير الى صدق المقياس (انظر الملاحق).

2- **ثبات المقياس:** لحساب معامل ثبات المقياس اعتمدنا في ذلك على معامل ألفا كرونباخ كما اعتمدنا ايضا على التجزئة النصفية وهذا كما يلي:

معامل ألفا كرونباخ: النتيجة موضحة في الجدول رقم (10).

جدول رقم (10) قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس إدراك الضغط النفسي

عدد العبارات	قيمة ألفا كرونباخ
30	0.904

يظهر من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تقدر (0.904) وهذا ما يدل على ثبات المقياس في هذا البحث.

التجزئة النصفية للمقياس: تقوم هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الاول ودرجات النصف الثاني للمقياس وتعديل النتيجة بمعادلة سبيرمان براون أو جتمان والنتيجة ممثلة في الجدول رقم (11).

جدول رقم (11) ثبات مقياس إدراك الضغط النفسي طريقة التجزئة النصفية

النصف الأول	النصف الثاني	معامل الارتباط	معامل الثبات	
الانحراف المعياري	الانحراف المعياري		سبيرمان براون	جتمان
0.792	0.864	**0.767	0.868	0.853

** دالة عند 0.01

5-4-مقياس الصحة النفسية سدني كراون و كرسب Sidney Crowne et Crusp

5-4-1-وصف المقياس:

تم بناء هذا المقياس من طرف الباحثان سدني كراون و كرسب نتيجة الحاجة الماسة والملحة للعثور على تقنية ذات كفاءة عالية لدراسة المرض النفسي والعصبي، حيث ظهرت هذه الحاجة من خلال البحث العيادي و الممارسة العيادية ومن خلال البحوث الابداعية، وقد استخلص الباحثان عام (1966) سلسلة من المقاييس الفرعية استنادا إلى الخبرة الإكلينيكية، تهدف إلى التعرف السريع والثابت على الاضطرابات العصبية والانفعالية وتتكون هذه القائمة من (48) سؤال تتوزع في (6) مقاييس فرعية ويتكون كل مقياس فرعي من (8) أسئلة:

- مقياس القلق: ويمثل البنود التي تحمل الأرقام: (1-7-13-19-25-31-37-43).
- مقياس الفوبيا: وتمثلها البنود ذات الأرقام: (2-8-14-20-26-32-38-44).
- مقياس الوسواس: ويتشكل من البنود الممثلة بالأرقام: (3-9-15-21-27-33-39-45).
- مقياس القلق الجسمي: وهو ممثل بالبنود التالية: (4-10-16-22-28-34-40-46).
- مقياس الاكتئاب: ويتشكل من البنود ذات الأرقام: (5-11-17-23-29-35-41-47).
- مقياس الهستيريا: تشكل البنود ذات الأرقام: (6-12-18-24-30-36-42-48).

استعمل المقياس كأداة للبحث مع الأشخاص الذين يعانون من الأعراض البدنية أو اضطرابات الشخصية أو الأمراض العصبية، ويرتكز الهدف الرئيسي للمقياس في توفر تقديرات كمية لتشخيص الأمراض النفسية العصبية.

5-4-2-طريقة التصحيح:

يعتمد التصحيح على سلم تنقيط متدرج يتكون من نقطتين في بعض الأسئلة وهي (0-1) حيث تشير درجة (0) إلى عدم وجود العرض وتشير الدرجة (1) إلى وجوده وتتمثل في (27) سؤال تحمل الأرقام التالية (1-3-5-6-9-10-12-17-18-19-21-22-23-24-26-27-31-32-33-34-36-37-40-42-46-47-48). ويتكون في أسئلة أخرى من ثلاثة نقاط تمتد بين (0-2) حيث تشير

الدرجة (0) إلى عدم وجود العرض والدرجة (1) إلى وجوده في بعض الأحيان والدرجة (2) إلى وجوده دائما وتتمثل في (21) سؤال تحمل الأرقام التالية: (2) 4-7-8-11-13-14-15-16-20-25-28-29-30-35-38-39-41-43-44-45).

ويتم جمع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد على كل مقياس فرعي على انفراد أو على المقياس بجميع مقاييسه الفرعية، وكلما ارتفعت الدرجات الكلية للمقياس كان ذلك مؤشرا على وجود اضطراب في الصحة النفسية والعكس صحيح، حيث يشير انخفاض الدرجة إلى الخلو من الاضطراب، كما أن ارتفاع الدرجة في كل مقياس فرعي يشير إلى وجود الاضطراب في مجال هذا المقياس، في حين يشير انخفاضها إلى عدم وجوده (شوبيل، 1994).

5-4-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم تطبيق المقياس في صورته العربية حسب ترجمة الباحثة أمال معروف ولقد تم عرض بنوده على لجنة تحكيم تكونت من (3) أساتذة في قسم علم النفس و (3) أساتذة في قسم اللغة الانجليزية بجامعة بغداد، وكان بينهم اتفاق كبير على دقة الترجمة والصياغة ثم أعيدت للتأكد من التماثل في المعنى مع البنود الأصلية، وهي التي تم تطبيقها في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة سامية شوبيل (1994).

كما خلصت العديد من الدراسات منها دراسة كرسب Crusp و بريست (Priest 1971) و كراون Crowen وآخرون (1970) ودراسة هاويل Hawell و كراون Crown، كرسب Crisp وآخرون (1978) ودراسة الديرمان Alderman وآخرون (1983) التي أجريت على عينات كبيرة من الأشخاص المرضى و غير المرضى من العمال و الممرضين، وصل عددهم (9000) لاختبار خصائصه السيكومترية من جهة و اختبار فائدته و صلاحيته لأغراض البحث و الممارسة العيادية إلى أن المقياس أداة ثابتة و صالحة لتقدير الاضطرابات النفسية العصابية في البحث الأكاديمي و الممارسة العيادية.

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في هذا البحث تم تطبيقه على عينة قدرها (100) اب وام للأطفال المعاقين ذهنيا وأسفرت النتائج على ما يلي:

1- صدق المقياس:

اعتمدنا في حساب صدق مقياس الصحة النفسية على معامل الاتساق الداخلي والذي يقوم على حساب معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على كل بند من بنود المقياس مع درجاتهم على المقياس وكذلك مع درجاتهم على البعد الذي تنتمي إليه، وقد تراوحت قيم معاملات ارتباط البنود بالمقياس بين (0.321) و (0.742)، وتراوحت قيم معاملات ارتباط البنود بالبعد الذي تنتمي اليه بين (0.411) و (0.891)، وكلها دالة عند (0.01) مما يشير الى صدق المقياس (انظر الملاحق).

كما قمنا أيضا بحساب معاملات ارتباط كل مقياس فرعي بالمقياس الكلي والنتائج ممثلة في الجدول رقم (12)

جدول رقم (12) معاملات ارتباط المقاييس الفرعية لمقياس الصحة النفسية مع المقياس الكلي

المقياس الفرعي	معامل الارتباط بالمقياس الكلي
الوسواس	**0.711
القلق	**0.862
الهستيريا	**0.485
القلق الجسدي	**0.784
الفوبيا	**0.768
الاكتئاب	**0.829

** دالة عند 0.01

يظهر من الجدول أن معاملات الارتباط دالة عند (0.01) مما يدل على صدق المقياس.

- 2- ثبات المقياس: لحساب معامل ثبات المقياس اعتمدنا في ذلك على معامل ألفا كرونباخ كما اعتمدنا ايضا على طريقة التجزئة النصفية
- معامل ألفا كرونباخ: النتيجة موضحة في الجدول رقم (13).

جدول رقم (13) قيم الفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية ومقاييسه الفرعية

المقياس	قيمة الفا كرونباخ
الوسواس	0.872
القلق	0.833
الهستيريا	0.955
القلق الجسمي	0.816
الفوبيا	0.835
الاكتئاب	0.875
المقياس الكلي	0.947

يظهر من الجدول أن قيم الفا كرونباخ تتراوح بين (0.816) و (0.955) وهي قيم مقبولة لثبات المقياس.

- التجزئة النصفية للمقياس: تقوم هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات النصف الأول ودرجات النصف الثاني للمقياس وتعديل النتيجة بمعادلة سبيرمان براون أو جتمان والنتيجة ممثلة في الجدول رقم (14).

جدول رقم (14) ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية

معامل الارتباط	معامل الثبات	النصف الأول	النصف الثاني
الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	0.914	0.887
0.865**	سبيرمان براون	جتمان	0.928
	0.921		

** دالة عند 0.01

6-اساليب المعالجة الإحصائية:

تم الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وهذا للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقاييس اين قمنا بالتأكد من صدقها بحساب معاملات ارتباط بنود وابعاد كل مقياس بالمقياس الذي تنتمي اليه وكذلك التأكد من ثباتها بحساب معاملات الفا كرونباخ. كما قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين متغيرات البحث للتأكد من صحة الفرضيات وكذا حساب قيم اختبار ت لدراسة الفروق في متغيرات البحث بين الالباء والامهات.

7-مجريات الدراسة الميدانية:

نظرا لتوزيع افراد العينة عبر ثلاث ولايات هي ولاية تيزي وزو ،ولاية بجاية، ولاية البويرة كان لزاما علينا تقسيم الوقت للتنقل عبر هذه الولايات الثلاثة وكذلك ايجاد الوقت للتنقل بين المراكز و الجمعيات الخاصة بالتكفل بأطفال طيف التوحد المتواجدة في كل ولاية ،لذلك كانت البداية بولاية بجاية بحكم توفر الظروف حيث كانت الباحثة في تلك الفترة استاذة بجامعة بجاية اين كان التنقل الى الجمعيات وهذا في فترات زمنية مختلفة احيانا في الصباح و احيانا اخرى في الفترة المسائية وهذا حسب تفرغ الباحثة وكذلك بعد الانتهاء من المهام البيداغوجية وهذا حتى نتمكن من الالتقاء بأكبر عدد من الاولياء وهذا حسب المواعيد المقدمة لهم وقد كنا نستغل فترة الالتقاء بالاولياء لتوزيع بعض المقاييس واسترجاع بعضها الاخر وكذلك التعريف بأنفسنا وهذا لكسب ثقة الاولياء لتشجعهم على المشاركة في البحث.

كما خصصت الباحثة الايام التي لا تشتغل فيها للتنقل الى ولاية تيزي وزو وولاية البويرة حيث خصص لكل ولاية يوم في الاسبوع، كما تجدر الاشارة الى الدور الهام الذي لعبه الطاقم الاداري لهذه المراكز و الجمعيات عبر هذه الولايات الثلاثة خاصة الاخصائيين النفسانيين المتواجدين عبرها والذين قاموا بمساعدتنا على الحصول على الموافقة على المشاركة في البحث والتي كانت موافقة شفوية بالإضافة الى مساعدتنا على توزيع المقاييس و استرجاعها كذلك سعيهم الى ايجاد طرق للتواصل مع الاولياء، وخلال اجراءنا لهذا البحث التقينا ببعض الاولياء الذين رفضوا المشاركة وهذا لعدم اقتناعهم بأهداف البحث ولخوفهم ان يكونوا في موقف استغلال لظروفهم لتحقيق اهداف شخصية بالإضافة الى تحجج البعض منهم من عدم ايجاد الوقت للإجابة على المقاييس، كما كان البعض الآخر يجيب على بعض المقاييس و لا يجيب على المقاييس الاخرى، وهذا ما استدعى فترة زمنية لإجراء الدراسة الميدانية.

خلاصة:

إن تحديد وتوضيح الإجراءات التي تم فيها البحث، خطوة مهمة تحدد تفكير الباحث والأهداف التي يسعى لتحقيقها، كما يسهل ذلك الانتقال إلى المراحل اللاحقة من البحث، وأي غموض يعتري هذه الإجراءات يجعل الباحث غير قادر على خطو الخطوات اللاحقة مما يجعل النتائج التي يتوصل إليها في حالة استمراره في البحث محل العديد من التساؤلات والاستفسارات.

الفصل التاسع

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد عرض الإجراءات المنهجية التي تم فيها إجراء هذا البحث في الفصل السابق، وبعد تطبيق المقاييس وتحليل نتائجها سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض النتائج التي تم التوصل إليها وكذا مناقشتها.

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى:

نصت الفرضية الاولى على أن العلاقة بين إدراك الضغط النفسي وبين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصلابة النفسية وأبعاده والنتائج موضحة في الجدول رقم (15).

جدول رقم (15) معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصلابة النفسية وأبعاده.

المتغيرات	الصلابة النفسية	بعد التحكم	بعد الالتزام	بعد التحدي
إدراك الضغط النفسي	-0.199**	-0.129*	-0.159*	-0.165*
ن	200			

دالة عند 0.05

**دالة عند 0.01

يظهر من الجدول رقم (15) أن قيم معاملات الارتباط بين درجات الاولياء على مقياس إدراك الضغط النفسي و درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية دالة عند (0.01)، في حين مستوى الدلالة الاحصائية هو (0.05) بالنسبة لقيم معاملات الارتباط بين درجاتهم على مقياس ادراك الضغط النفسي و درجاتهم على الابعاد: التحكم ، الالتزام و بعد التحدي، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط النفسي و الصلابة النفسية وبين ادراك الضغط النفسي و الابعاد :التحكم ،الالتزام و التحدي عند آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ، كما تدل الإشارة السالبة على أن هذه العلاقة

هي علاقة ارتباطية عكسية، بمعنى إن الانخفاض في الصلابة النفسية يصاحبه زيادة في إدراك الضغط النفسي عند هذه العينة وبالتالي تحققت الفرضية.

هناك مجموعة من المتغيرات التي يمكن أن تخفف من إدراك الضغط النفسي مثل مهارات المواجهة، المساندة الاجتماعية، تقدير الذات، وأشارت العديد من الدراسات إلى أن الصلابة النفسية من المتغيرات التي تزيد من قوة الاستجابة لضغوطات الحياة اليومية (Cole, Bruch & Vogel, 2006). فأولياء أطفال طيف التوحد أكثر حاجة لمثل هذه السمة للتكيف و مواجهة المواقف التي يعيشونها باستمرار مع أبنائهم وهذا نظرا لحجم الضغوطات المرتبطة بالصعوبات التي يتميز بها الطفل على المستوى الاجتماعي والمتمثلة في قصور في العلاقات الاجتماعية، والمستوى اللغوي المتمثل في ضعف اللغة والقدرة على الاتصال و التواصل، بالإضافة إلى السلوكيات النمطية والعدوانية اتجاه الذات و اتجاه الآخرين.

إن اعتقاد الوالدين في قدرتهم على التحكم وضبط المشكلات السلوكية لطفلهم سيخفف من إدراكهم للضغط النفسي، لأن ذلك سيشعرهم بالقدرة على التأثير والمواجهة وتحمل المسؤولية مهما كانت المواقف أو الظروف التي تظهر فيها سلوكيات الطفل، سواء النمطية أو العدوانية، مما يجنبهم العجز والاستسلام والانعزال عن الآخرين واتخاذ إجراءات تجنبية هروبية، لأن الإحساس بالقدرة على التحكم تولد لديهم الثقة بالنفس والاستعداد لمواجهة أية مشكلة مهما كان الموقف، لأن شعور الفرد بالقدرة على التحكم في الأحداث الضاغطة، وذلك باعتقاده انه باستطاعته أن يقرر سلوكه، وإن يؤثر في بيئته وإن يحقق النتائج المرغوبة، له دور مهم في المساعدة على التعامل بفعالية مع الضغوط (تايلور، 2013).

كما أن القدرة على التحكم ترتبط بالتجارب و المواقف التي يتعرض لها الأولياء حيث تنمو و تتطور هذه القدرة من خلال الفهم و التقويم الايجابي لهذه المواقف، و التغيرات التي تطرأ على حياتهم اليومية وكذلك التغيرات و السلوكيات التي تصدر عن طفلهم وتقبلهم لها، والنظر إليها على أنها تحديات أكثر من كونها تهديدات، لأن إدراك الموقف على انه تهديد يؤدي إلى التجنب، أما إدراكه على انه تحدي يساهم في البحث عن إيجاد الحلول المناسبة مما يساعد على التكيف، وتقبل المستجدات التي تظهر عبر مراحل نمو الطفل بجوانبها السلبية و الايجابية، مما يساعد على تقبل التغيير و إدراكه على انه أمر ضروري

لنمو و التقدم، لذلك احتل بعد التحدي في هذا البحث أهمية كبيرة في علاقته بادراك الضغط النفسي بالمقارنة مع الأبعاد الأخرى، من خلال معامل الارتباط الذي يظهر انه اكبر نوعا ما مقارنة بمعاملات الارتباط الأخرى، لان القدرة على التحدي تدفع إلى خوض التجارب و المواجهة كما أن التجربة تكسب الفرد الخبرة والقدرة على التعامل مع الأحداث و بالتالي التحكم فيها و ضبطها و الاستجابة لها بما يتوافق معها .

إلى جانب التحكم و التحدي نجد أيضا الالتزام الذي هو أيضا بعدا من أبعاد الصلابة النفسية ،والذي يظهر من خلال إدراك الأولياء لأهمية و قيمة ما يقومون به من اجل طفلهم كراعيته وتدريبه و التكفل به ، فالوالدان يعتبران المحوران الأساسيان للعملية العلاجية للطفل بحكم احتكاكهم اليومي به و كذلك معرفتهم بالخصائص الشخصية و الفردية التي يتميز بها طفلهم بالمقارنة مع الأطفال الآخرين ،و حتى مع ذوي نفس الاضطراب ،فالالتزام يساعدهم على التقدم ومواجهة العقبات و فترات الفشل و النكوص التي قد تصاحب نمو طفلهم ،وهذا حتى و لو لم تظهر النتائج المرغوبة على المدى القريب .

إن شعور الأفراد بالالتزام والقدرة على ضبط الأمور والاستعداد لقبول التحدي، يجعلهم يُقيّمون أحداث الحياة التي يمكن أن تكون ضاغطة بطريقة أفضل من أولئك الأشخاص الذين لا يتميزون بالصلابة النفسية، ولذلك فقد يتخذون إجراءات أكثر مباشرة لمعرفة المزيد عن هذه الأحداث، ودمجها في مجريات حياتهم، وللتعلم منها ما يمكن أن يستفيدوا منه في المستقبل (تايلور، 2013، ص 421).

الأفراد الذين يهتمون كثيرا بنشاطاتهم (الالتزام) والذين يعتقدون أنهم يؤثرون فيها (التحكم) وتدفعهم إلى التقدم(التحدي) يكونون أكثر دافعية للتفاعل مع الأحداث وعن طريق هذا التفاعل يحاولون التأثير عليها ويتعلمون منها، على عكس الأشخاص الأقل صلابة والذين يتجهون إلى استراتيجيات تجنبية هروبية، مما يضعف لديهم القدرة على التفاعل مع الأحداث الضاغطة.(Maddi, 1999, pp. 86-89). اذن يختلف الافراد في درجة الصلابة النفسية حيث هناك من لديهم صلابة نفسية مرتفعة وهناك اخرون يتميزون بصلابة نفسية منخفضة ، لذلك توصلت دراسة بوعمامة (2020) التي اجراها على اسر الاطفال المعاقين عقليا الى ان درجة الصلابة النفسية لدى هؤلاء منخفضة، كما اشارت دراسة فتال (2021) الى وجود فروق على أبعاد الصلابة النفسية (التحكم، التحدي والالتزام) بين أمهات الأطفال

غير المصابين بطيف التوحد وأمّهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح أمّهات الأطفال غير المصابين بالتوحد.

الصلابة النفسية تؤثر على كيفية إدراك ومواجهة الفرد لأحداث الحياة، فالأفراد ذوي الشخصيات الصلبة يختبرون المواقف الضاغطة بأقل جهد مقارنة بالأفراد ذوي الشخصيات الأقل صلابة والذين يرون المواقف كتهديد لكيانهم، وهذا ما يساعد أفراد الفئة الأولى من التقليل من المعاناة النفسية لديهم. لذلك أظهرت دراسة مادي (1999) Maddi ان الأحداث الضاغطة تعمل على زيادة الشعور بالإجهاد في حين تعمل الصلابة النفسية على التخفيف من ذلك الشعور.

جاءت نتائج هذا البحث متوافقة مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة جيل Gill و هاريس Harris (1991) والتي أجريت على (60 أم) من أمّهات الأطفال المصابين بالتوحد لتحديد الخصائص الشخصية التي تساعد على مواجهة الضغوط وقد أثبتت الدراسة أن الأمّهات الأكثر صلابة هن الأقل إحساسا بالضغط النفسي. (Taraback, 2011). وبالتالي الصلابة النفسية تلعب دور في التخفيف من ادراك الضغط النفسي لدى اولياء الاطفال المصابين بالتوحد.

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أن العلاقة بين الصلابة النفسية وأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) وبين الصحة النفسية وأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمّهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية، ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمّهات على مقياس الصلابة النفسية وأبعاده ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وأبعاده والنتائج موضحة في الجدول رقم (16).

جدول رقم (16) معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس الصلابة النفسية وأبعاده ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وأبعاده.

المقياس وأبعاده	الصلابة النفسية	بعد التحكم	بعد الالتزام	بعد التحدي
الصحة النفسية	-0.206**	-0.189**	-0.126	-0.158*
القلق	-0.191**	-0.150*	-0.140*	-0.147*
الوسواس	-0.101	-0.134	-0.037	-0.063
القلق الجسدي	-0.160*	-0.084	-0.124	-0.155*
الاكتئاب	-0.144*	-0.148*	-0.150*	-0.032
الهستيريا	-0.057	-0.106	0.018	-0.046
الفوبيا	-0.192**	-0.180*	-0.075	-0.186**
ن	200			

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

يظهر من الجدول رقم (16) أن قيم معاملات الارتباط بين درجات الأولياء على مقياس الصلابة النفسية و درجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك قيم معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على مقياس الصلابة النفسية ودرجاتهم على بعدي القلق والفوبيا دالة عند مستوى الدلالة (0.01) في حين كان مستوى الدلالة عند (0.05) بالنسبة لبعدي القلق الجسدي و الاكتئاب، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين هذه المتغيرات ، كما تشير الإشارة السالبة إلى أن هذه العلاقة هي علاقة عكسية بمعنى أن الزيادة في الصلابة النفسية يصاحبه تحسنا في الصحة النفسية و كذا انخفاضاً في مستوى القلق ، القلق الجسدي، الاكتئاب و الفوبيا عند هذه العينة ، مما يؤدي الى تحقق الفرضية.

في حين عدم وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وكل من الوسواس والهستيريا لعدم دلالة قيم معاملات الارتباط بين هذه المتغيرات.

كما تشير النتائج الممثلة في الجدول إلى وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (0.01) بين درجات افراد العينة على بعد التحكم ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية، في حين العلاقة بين درجاتهم على هذا البعد ودرجاتهم على أبعاد القلق، الاكتئاب والفوبيا دالة عند مستوى (0.05)، والعلاقة بين هذه المتغيرات هي علاقة عكسية بمعنى الزيادة في التحكم يصاحبه انخفاضاً في اضطراب الصحة النفسية وانخفاضاً في أعراض الاكتئاب والقلق والفوبيا. كذلك نلاحظ من خلال الجدول عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات الأفراد على بعد التحكم ودرجاتهم على أبعاد الوسواس، القلق الجسدي والهستيريا لعدم دلالة قيم معاملات الارتباط.

كما نلاحظ أيضاً عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات الأفراد على بعد الالتزام ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجاتهم على نفس البعد ودرجاتهم على الأبعاد: الوسواس، القلق الجسدي الهستيريا والفوبيا، في حين وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (0.05) بين درجات الأفراد على بعد الالتزام ودرجاتهم على بعد القلق وبعد الاكتئاب، وهي علاقة ارتباطية عكسية والتي تعني ان الشعور بالالتزام يصاحبه انخفاضاً في القلق والاكتئاب.

أما بالنسبة لبعد التحدي فقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (0.05) بين درجات الأولياء على هذا البعد ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة الاحصائية (0.05) بين درجاتهم على نفس البعد ودرجاتهم على الأبعاد: المتمثلة في القلق، القلق الجسدي، في حين كان مستوى الدلالة الإحصائية عند (0.01) بالنسبة لبعد الفوبيا، كما ان العلاقة بين هذه المتغيرات هي علاقة ارتباطية عكسية، والتي تشير إلى أن التحدي يصاحبه انخفاضاً في اضطراب الصحة النفسية و كذا انخفاضاً في القلق و القلق الجسدي و الفوبيا ، و كذلك أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد التحدي والأبعاد: الوسواس، الاكتئاب و الهستيريا لعدم دلالة معاملات الارتباط.

توصلت نتائج هذا البحث إلى الارتباط السالب بين الصلابة النفسية وبين الصحة النفسية وكذلك بين الصلابة النفسية وكل من اضطرابات الصحة النفسية المشار إليها في القلق الاكتئاب، القلق الجسدي والفوبيا. يمكن تفسير هذه النتيجة بكون الصلابة النفسية تعكس نمطا معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، فمن الناحية المعرفية يتميز الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة بالقدرة على الانجاز والإبداع، التحكم المعرفي، القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة، الواقعية والموضوعية في تقييم الذات ووضع الأهداف المستقبلية، الاستفادة من خبرات الفشل، توقع المشكلات والاستعداد لها والقدرة على تحقيق الذات.

أما من الناحية الانفعالية، فيتميزون بنظام قيمي ديني يقي من الوقوع من الانحراف أو الأمراض أو الإدمان، أهداف في الحياة ومعان يتمسك ويرتبط بها الفرد، التفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة، الهدوء والقدرة على التنظيم والتحكم في الانفعالات، التحكم الداخلي والشعور بالرضا عن الذات.

ومن الناحية السلوكية، يتميز الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة بالمثابرة وبذل الجهد والقدرة على التحمل والعمل تحت الضغوط، القدرة على الصمود والمقاومة، الممارسات الصحية كالنظام الغذائي وممارسة الرياضة وعدم التدخين والرغبة في استكشاف المجهول ومعرفته (هلكا، 2016، ص 28).

من خلال تحليلنا لهذه الخصائص نجد أن الكثير منها يتطابق مع خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية التي تم الإشارة إليها في فصل الصحة النفسية من الجانب النظري، لذلك ترتبط الصلابة النفسية ايجابيا بالصحة النفسية من جانب، ومن جانب آخر تقي الفرد من الوقوع في الاضطرابات النفسية كالقلق، الاكتئاب، القلق الجسدي والمخاوف المرضية والتي تعكس اضطراب الصحة النفسية التي أشار إليها هذا البحث.

كما اقترح باحثون بان الطريقة التي تتدخل فيها الصلابة النفسية في معدلات الإصابة بالأمراض تكون غالبا عن طريق تبديل السلوك المرضي، أي أن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة في خاصية الصلابة النفسية يعتنون بأنفسهم بشكل أفضل، لاسيما عندما يتعرضون إلى الظروف الضاغطة، كما أن الأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة من الصلابة النفسية قد يكونون ببساطة من ذلك النوع الذي

يتميز بخصائص تميل إلى إظهار نزعة وجدانية سلبية، وميل إلى الكآبة والقلق و العدوانية، مما يؤدي إلى زيادة الميل لدى هؤلاء للإفادة من وجود أعراض جسمية لديهم.

إن الأبحاث التي ركزت على المكونات الفرعية التي تتكون منها الصلابة النفسية، قد بينت أن توافر الإحساس بالقدرة على الضبط والتحكم قد يكون أهم سمة الصلابة النفسية التي تساعد على التنبؤ بصحة أفضل (تايلور، 2013، ص 422). هذا ما أكدته نتائج هذا البحث، من خلال معامل ارتباط بعد التحكم الذي يبدو أكبر نوعاً ما بالمقارنة مع الأبعاد الأخرى، فالتحكم يرتبط سلباً باضطرابات الصحة النفسية التي يشير إليها القلق، الاكتئاب والفوبيا، التي هي من الاضطرابات التي أشارت إليها العديد من الدراسات منها دراسة، هاستينغ Hasting وبراون (Brown 2002)، التي أثبتت إحساس آباء و أمهات أطفال التوحد بالقلق و الاكتئاب.

إن القدرة على التحكم تساعد الأولياء على اتخاذ القرارات ومواجهة الأزمات وتحمل المسؤولية والعمل تحت ظروف الضغط مما يجنب الوقوع ضحية الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والفوبيا، لأن إدراك الفرد بأنه قادر على التحكم بحياته وفي المهام الحياتية العامة قد يشكل مصدر حماية يقيه من إتباع نهج خطير يؤدي إلى قيامه بسلوكيات تعرضه للمخاطر الصحية (تايلور، 2013، ص 425).

كما أظهرت نتائج هذا البحث أن بعد الالتزام لا يقل أهمية في مساعدة الأولياء في التقليل من مشاعر القلق و الاكتئاب، فإحساس الأولياء بأهمية وقيمة ما يقومون به لأجل أطفالهم ووجود معنى وهدف يعيشون من أجله يقوي لديهم التوجه الايجابي نحو الحياة و ينمي لديهم الأحاسيس الايجابية تجاه ذواتهم و أطفالهم من جهة و تجاه الحياة من جهة أخرى، مما يجنبهم الوقوع في حالات الاكتئاب و القلق نتيجة تمسكهم بالحياة و النظرة الايجابية إليها، وهذا يقوي الإرادة و الالتزام بنشاطاتهم و مهامهم كأولياء مسؤولين يسعون لتحقيق أهدافهم و القيام بواجباتهم اتجاه أطفالهم و عائلاتهم بكل حب وعزيمة و إصرار وإيماناً منهم بتحقيق النتائج الايجابية و تخطي الأزمات و الصعوبات التي ترافق أطفالهم عبر مراحل العمر.

بالمقابل، يساعد التحدي على تقبل التغيير و اعتباره أمر لا بد منه من أجل التقدم و التطور و النمو، فكل تغيير في المسار النفسي و الانفعالي و العقلي للطفل يجب أن ينظر إليه بتقبل واهتمام مما يساعدهم

على استكشاف كل ما هو جديد و تجربته، محاولة منهم لتحقيق النتائج الايجابية، بدل الهروب و الإحساس بالتهديد لان ذلك سيزيد من مشاعر الخوف لديهم ، مما يؤدي إلى الوقوع في المخاوف المرضية كالقوبيا الاجتماعية واتخاذ إجراءات تجنبية هروبية بدلا من المواجهة ،كما أن التحدي يساعد على اكتشاف المصادر النفسية المعرفية و الانفعالية التي تساعد على تحليل المواقف وإيجاد الحلول المناسبة بدلا من القلق الذي تنعكس نتائجه على الجانب الجسمي في حالة عدم القدرة على تخطي هذه المشاعر ،فتبدأ الاستجابات الجسمية وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، فكل سلوك أو تغير أو أزمة تطرأ على الطفل لابد أن ينظر إليها بكل تقبل وانه أمر لابد منه لأنه يرتبط سواء بخصائص الطفل التوحيدي أو انه يرتبط بمراحل نموه والتغيرات التي تطرأ عليه .

إن تحكم الفرد بمواقف حياته يولد لديه قدرة على مواجهة الصعوبات وكذلك قدرة على التحدي بالتالي يقل القلق لديه وتقل مخاوفه والاضطرابات النفسجسدية. وهذا ما ينطبق على أولياء أطفال التوحد، فتحكم هؤلاء في المشاكل السلوكية والأعراض التي يبديها الطفل ومواجهتها يكسبهم معرفة وقدرة على التحدي، مما يقلل من الانفعالات السلبية والتشاؤم وبالتالي التقليل من الإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وكذلك المخاوف المرضية والإصابات الجسمية، مما يحسن الصحة النفسية لديهم، وقد جاءت نتائج هذه الدراسة موافقة لنتائج دراسة جيل Gill وهاريس Harris (1991) التي أثبتت أن الصلابة النفسية تلعب دورا ايجابيا في تحقيق الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، فالأمهات ذوات الشخصية الصلبة اقل عرضة للاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية.. (Taraback, 2011).

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أن العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) وبين إدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده ودرجاتهم على مقياس إدراك الضغط النفسي والنتائج موضحة في الجدول رقم (17).

جدول رقم (17) معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده.

المتغيرات	إدراك الضغط النفسي
المساندة الاجتماعية	-0.173*
المساندة من طرف الأسرة	-0.139*
المساندة من طرف الأصدقاء	-0.092
الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية	-0.199**
المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع	-0.040
ن	200

* دالة عن 0.05

** دالة عند 0.01

يظهر من الجدول رقم (17) أن قيمة معامل الارتباط بين درجات الاولياء على مقياس إدراك الضغط النفسي و درجاتهم على مقياس المساندة الاجتماعية دالة عند مستوى الدلالة الاحصائية (0.05). كما نلاحظ ايضا ان قيمة معامل الارتباط بين درجات الاولياء على مقياس ادراك الضغط النفسي ودرجاتهم على بعد المساندة من طرف الأسرة دالة عند مستوى الدلالة الاحصائية (0.05)، في حين نلاحظ ان مستوى الدلالة الاحصائية كان عند (0.01) بالنسبة لقيمة معامل الارتباط بين درجات افراد العينة على مقياس ادراك الضغط النفسي ودرجاتهم على بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية. تشير هذه النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط النفسي والمساندة الاجتماعية وكذلك وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط النفسي وكل من بعد المساندة من طرف الأسرة، وبعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية عند آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، كما تدل الإشارة السالبة على أن هذه العلاقة هي علاقة عكسية، بمعنى ان النقص في المساندة

الاجتماعية، خاصة من الاسرة وكذا نقص الاحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية يصاحبه زيادة في إدراك الضغط النفسي عند افراد هذه العينة وبالتالي تحققت الفرضية.

بالمقابل تشير نتائج الجدول إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي والمساندة من طرف الأصدقاء والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع عند آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لعدم دلالة معاملات الارتباط بين هذه المتغيرات.

يمكن تفسير النتائج السابقة بكون الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين تعد من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي، كما أنها يمكن أن تخفف من تأثير الضغط وتساعد على التعامل مع الأحداث الضاغطة، وتخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء الصحة (تايلور، 2013، ص 444). وتتفق معظم نتائج الأبحاث التطبيقية في إبراز أهمية المساندة الاجتماعية والنفسية في حياة الفرد، وتعزيز دورها الفعال في حمايته من أحداث الحياة الضاغطة (علي، 2005، ص 98).

بالنسبة لأولياء طيف التوحد، فإن المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي لا يقلان أهمية في مساعدتهم على التخفيف من إدراك الضغط النفسي، هذا ما توضحه نتائج هذا البحث التي توصلت الى أن نقص المساندة الاجتماعية يزيد من شدة إدراك الضغط النفسي لدى الأولياء من خلال العلاقة العكسية بين المتغيرين.

تُعدّ المساندة الاجتماعية استراتيجية من استراتيجيات المواجهة التي يعتمد عليها الوالدان للتعيش مع الضغط النفسي والمعاناة النفسية وتحقيق الإحساس الايجابي (Pottie, & Ingram, 2008, p. 860). فالمساندة الاجتماعية مهما كان نوعها (مادية، انفعالية، مساندة بالمعلومات) تزيد من قوة الاستجابة للضغوطات الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة، إضافة إلى الضغوطات الحياتية التي تواجه الأولياء، كما أن النظرة السلبية ونقص الدعم الاجتماعي و التفاهم يمكن أن يزيد من إدراك الوالدين للضغط النفسي، نتيجة نقص المعرفة بالاضطراب لذلك اشارت دراسة هصال Hassall و دونالد Donald (2005)، إلى أن خصائص المحيط الاجتماعي يمكن أن تلعب دورا في إدراك الوالدان للضغط النفسي ويقصدان في ذلك نقص المساندة الاجتماعية.

غالبا ما يجد الاولياء أنفسهم في مواجهة للضغوطات الناتجة عن استجابات المجتمع السلبية لهذا الاضطراب ،فأفراد المجتمع يختلفون في نظرتهم لاضطراب التوحد تبعا لمستوى معرفتهم به ،فمعرفة الفرد بخصائص اضطراب التوحد وأعراضه و أسبابه و الاستجابات السلوكية للأطفال التوحديين ،يزيد من قدرتهم على التفهم و التعاطف والدعم اتجاه أولياء هؤلاء الاطفال ،وكذلك التقرب منهم ومحاولة مشاركتهم والتعرف على حاجاتهم ،مما يزيد من فرص الحصول على المساندة ،أما في حالة نفور وتخوف أفراد المجتمع و نظرتهم السلبية للاضطراب ،فان ذلك سيزيد من إحساس الأولياء بالعزلة والنبذ و نقص الدعم الاجتماعي مما يزيد من إدراكهم للضغط النفسي.

أكدت نتائج دراسة كل من روس وكريهين على أهمية الدور البارز للمساندة الاجتماعية من الأسرة، في تخفيف الآثار النفسية السلبية لمواجهة الفرد لأحداث الحياة الضاغطة (علي ، 2005، ص 21). والمساندة الأسرية تعني الحصول على العون والمساعدة من قبل أفراد الأسرة التي ينتمي إليها الفرد، والشعور بالأمن النفسي لوجوده بينهم، وإحساسه بأنه محل ثقته واحترامهم(معتز، 2001، ص 113).وقد أظهرت نتائج هذا البحث العلاقة العكسية بين المساندة من طرف الأسرة و إدراك الأولياء للضغط النفسي ،فبالأسرة هي أول الجماعات التي ينتمي إليها الفرد ويستند إليها خاصة في الظروف الضاغطة و الأوقات الصعبة ،فإحساس الأولياء بالانتماء والتقبل من طرف الأسرة ،وأنهم محل ثقته ودعمها ومشاركتهم في اتخاذ القرارات الصائبة ومواجهة الضغوطات سواء المتعلقة بالطفل أو المتعلقة بالحياة اليومية سيخفف من شدة إدراكهم لهذه الضغوطات فالدعم المادي و العاطفي و المعنوي من طرف أسرهم سيزيد من ثقته بأنفسهم، كما أن المشاركة الانفعالية لعبء هذا الضغط سيخفف من الإحساس به ويزيدهم من القدرة على المواجهة ،لان أفراد الأسرة هم الأكثر معرفة بمعاناتهم و حاجاتهم ، والذين يفترض أن يكونوا مصدرا لأنواع مختلفة من المساندة الاجتماعية خاصة المادية ،تقاسم الأدوار و المسؤوليات وبالتالي مشاركتهم أعباء الحياة .

كما أظهرت نتائج هذا البحث أهمية بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والذي يشير إلى إدراك الأولياء للحاجة إلى المساندة الاجتماعية ومدى توافرها ودرجة المواءمة بينها وبين حاجاتهم، فالمساندة الاجتماعية حتى تكون فعالة في التخفيف من إدراك الضغط النفسي، لابد أن يكون الأولياء بحاجة إليها والذي يظهر من خلال السعي والمطالبة للحصول عليها، وإلا ستعتبر في الحالات العكسية (عدم الحاجة

والسعي لها) اقتحاما لحياتهم الشخصية من طرف الآخرين أو شفقة منهم مما يزيد من إدراكهم للضغط النفسي. وفي حالة الحصول عليها (المساندة الاجتماعية)، لابد أن تكون أيضا ملائمة ومناسبة لحاجاتهم، لان الأولياء تختلف حاجاتهم، ويرتبط هذا الاختلاف بخصائص أطفالهم ومرحلتهم العمرية، حيث يختلف الأطفال التوحيديون في خصائصهم ودرجة اضطرابهم، كما يختلف الأولياء في الحاجات، فمنهم من يرحب بالمساندة الانفعالية ومنهم من يرحب بالمساندة المادية، ويختلفون أيضا في طريقة استجاباتهم للضغوط النفسية. وقد اشارت دراسة ريكارد (Ricard 1997) الى انه كلما ازدادت درجة ثقة الوالدين باعضاء شبكة المساندة الاجتماعية كلما ازداد ميلهم الى تعبئة الموارد وازداد تكيفهم مع التغيرات الحياتية.

بالمقابل، هناك دراسات أشارت إلى أن الأولياء يشتركون في الحاجة إلى المساندة بالمعلومات، كدراسة صاليسبوري (Salisbury 1990) التي أشارت إلى أن للمساندة بالمعلومات دورا فعالا في تخفيف الضغط النفسي مقارنة بالمساندة المادية (Boyd, 2002)، مما يشير إلى أن أولياء الأطفال المصابين بالتوحد يحتاجون إلى المساندة بالمعلومات، كالنصائح والاستراتيجيات التي تساعد على فهم الطفل (Sénéchal & Des Rivières-Pigeon, 2009). فالآباء والأمهات بحاجة الى من يقدم لهم معلومات عن حاجات الطفل عبر مراحل نموه، ويحتاجون إلى من يستمع إليهم ويفهمهم ويتفهم معاناتهم. (Maxness, 2013)

من الدراسات التي تتفق مع نتائج هذا البحث نجد دراسة هصال Hassall ودونالد Donald (2005)، التي أشارت إلى وجود علاقة سالبة قوية بين المساندة الاجتماعية وإحساس الأمهات بالضغط النفسي، وهو نفس ما اشارت اليه دراسة العثمان و الببلاوي (2012) التي اجريت على امهات اطفال التوحد والتي توصلت الى وجود علاقة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغط لدى امهات اطفال التوحد، كما اشارت دراسة الصفران (2011) الى إمكانية التنبؤ بدرجة الضغوط النفسية (مشاعر اليأس والإحباط والقلق على مستقبل الطفل ومشكلات الأداء الاستقلالي للطفل وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل) من خلال أشكال الدعم الاجتماعي.

4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على أن العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع) وبين الصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسدي، الاكتئاب، الهستيريا و الفوبيا) لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الأولياء على مقياس المساندة الاجتماعية و أبعاده و درجاتهم على مقياس الصحة النفسية وأبعاده و النتائج موضحة في الجدول رقم (18).

جدول رقم (18) معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده وبين درجاتهم على مقياس الصحة النفسية بأبعاده

المقياس وأبعاده	المساندة الاجتماعية	الأسرة	الأصدقاء	الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية	المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع
الصحة النفسية	-0.176*	-0.101	-0.098	-0.222**	-0.061
القلق	-0.183*	-0.069	-0.153*	-0.204**	-0.046
الوسواس	-0.156*	-0.151*	-0.087	-0.117	-0.081
القلق الجسدي	-0.175*	-0.126	-0.075	-0.243**	-0.040
الاكتئاب	-0.146*	-0.121	-0.095	-0.138	-0.34
الهستيريا	-0.029	-0.069	0.050	-0.072	-0.022
الفوبيا	-0.179*	-0.061	-0.035	-0.144*	-0.041
ن	200				

* دالة عند 0.05

** دالة عند 0.01

يظهر من الجدول رقم (18) أن قيم معاملات الارتباط بين درجات الأولياء على مقياس المساندة الاجتماعية و درجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك قيم معاملات الارتباط بين درجات الأولياء على مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهم على ابعاد مقياس الصحة النفسية و المتمثلة في القلق، الوسواس، القلق الجسمي ، الاكتئاب و الفوبيا دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين هذه المتغيرات ، كما تشير الإشارة السالبة إلى أن هذه العلاقة هي علاقة عكسية، بمعنى أن الزيادة في المساندة الاجتماعية يصاحبه تحسنا في الصحة النفسية و كذا انخفاضاً في مستوى القلق ، الوسواس ،القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا عند افراد هذه العينة. مما يؤدي الى تحقق الفرضية، في حين تشير نتائج الجدول إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وبعد الهستيريا لعدم دلالة قيمة معامل الارتباط بين درجات الأولياء على مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهم على هذا البعد.

كما تشير النتائج الممثلة في الجدول اعلاه إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات الأولياء على بعد المساندة من طرف الأسرة ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك على الابعاد: القلق، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا، في حين كانت العلاقة دالة عند (0.05) بالنسبة لبعد الوسواس وتدل الإشارة السالبة على انه كلما زادت المساندة من طرف الأسرة نقصت الوسواس عند افراد هذه العينة.

كما نلاحظ من الجدول ايضا عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات الاولياء على بعد المساندة من طرف الأصدقاء ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك على الابعاد: الوسواس القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا، في حين كانت العلاقة دالة عند (0.05) بالنسبة لبعد القلق والإشارة السالبة تدل على انه كلما زادت المساندة من طرف الأصدقاء نقص الشعور بالقلق عند افراد هذه العينة.

أما بالنسبة لبعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية فقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (0.01) بين درجات الأولياء على هذا البعد ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك بين درجاتهم على نفس البعد ودرجاتهم على ابعاد مقياس الصحة النفسية المتمثلة في القلق، القلق الجسمي ،في حين كان مستوى الدلالة الإحصائية عند (0.05) بالنسبة لبعد الفوبيا مع عدم وجود علاقة

ارتباطية بين درجات الاولياء على بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية ودرجاتهم على الأبعاد: الوسواس، الاكتئاب و الهستيريا لعدم دلالة معاملات الارتباط.

كما تشير النتائج أيضا الى عدم وجود علاقة ارتباطية بين درجات الأولياء على بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية وكذلك أبعاده وهذا لعدم دلالة معاملات الارتباط.

بينت نتائج الأبحاث أن المساندة الاجتماعية تعمل بفعالية في تخفيف المعاناة النفسية، من كآبة وقلق يمكن أن يشعر بهما الفرد عندما يتعرض للضغط، وعلى النقيض من ذلك فان نقصان المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة يمكن أن يكون بذاته مصدر ضغط شديد وخصوصا بالنسبة للأشخاص الذين يتميزون بوجود حاجة عالية للمساندة الاجتماعية (تايلور، 2013، ص 446).

هذا ما اوضحته نتائج هذا البحث من خلال العلاقة العكسية بين المساندة الاجتماعية واضطراب الصحة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد، وكذلك من خلال العلاقة العكسية بين المساندة الاجتماعية وكل من القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا، حيث اعتبرت المساندة الاجتماعية من طرف الكثير من الباحثين كمتغير له تأثير وقائي ضد نتائج الضغط النفسي، حيث تعمل على التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة ونتائجها على صحة الفرد النفسية والجسدية (Caron & Guay, 2005).

كما أشارت أيضا نتائج هذا البحث إلى أن المساندة من طرف الأسرة و الأصدقاء لها دور في التخفيف من بعض الاضطرابات النفسية منها الوسواس و القلق، فالمساندة من طرف الأسرة يزيد من إحساس الفرد بالثقة بالنفس و الأمن و الأمان، ففي أوقات الضغط غالبا ما يعاني الناس من نوبات الكآبة و الحزن و القلق و الافتقار إلى تقدير الذات، لذلك فان الأصدقاء و أفراد الاسرة الذين يقدمون المساندة للفرد يمكنهم تزويده بالمساندة الوجدانية، من خلال التركيز على الأهمية التي يحتلها الشخص في نفوسهم، كما أن الدفء و الرعاية يمكن أن يساعد على تناول الأمر بثقة اكبر (تايلور، 2013، ص 445).

أولياء أطفال التوحد بحاجة إلى الشعور بالانتماء للأسرة والاعتماد عليها والشعور بالحب والتقبل، خاصة في ظل الظروف الصعبة التي يعيشونها، لان ذلك يزودهم بالثقة بالنفس وبالقدرة على المواجهة والشعور بالكفاءة الشخصية واتخاذ القرارات الصائبة مما يجنبهم الوسواس والشكوك.

كما أن للأصدقاء دور مهم في التخفيف من القلق الذي قد يشعر به الأولياء، خاصة إذا ارتبط الأمر بمن يشاركونهم نفس الظروف والاهتمامات لأن ذلك يُمكنهم من الإفصاح عن الحقائق والمعاناة المرتبطة بالطفل بكل أريحية دون الشعور بالحرَج، كما يساعدهم ذلك على تبادل الخبرات والتجارب وإيجاد الأجوبة المناسبة للكثير من الأسئلة والاستفسارات، فأتثناء لقاءاتنا مع الأولياء عبّر أحدهم بقوله "نحن هنا نشكل عائلة صغيرة ونتعلم الكثير من بعضنا البعض".

يمكن تفسير نتائج هذه الفرضية بالاعتماد على نتائج الفرضية الثالثة والتي أثبتت ما للمساندة الاجتماعية خاصة الأسرة من دور في التخفيف من إدراك الضغط النفسي، لذلك فإن تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية يكون عن طريق التأثير على إدراك الضغط النفسي وذلك عن طريق إدراك الفرد لوجود أشخاص يقفون بجانبه ويدعمونه في الظروف الصعبة والضاغطة مما يخفف من نتائج تلك الضغوط على صحته النفسية والجسدية.

كما يمكن تفسير هذه النتائج بالاعتماد على النموذجين اللذين قدمهما كل من كوهينCohen وويلزWills (1985)، المتمثلان في فرضيتين حيث يطلق على الأولى بفرضية الأثر المباشر والتي تفيد أن المساندة الاجتماعية تحقق الفوائد بشكل عام خلال الأوقات التي لا يتم التعرض فيها للضغوط، تماما كما هو في أوقات التعرض للضغط الشديد. أما الفرضية الثانية والتي تعرف بفرضية التحصين والتي تنص على أن الفائدة التي تحققها المساندة الاجتماعية على مستوى الصحة الجسمية والصحة العقلية تكون واضحة بشكل رئيسي في الأوقات التي يكون فيها الضغط شديداً، ووفقاً لهاتين الفرضيتين، فإن المساندة الاجتماعية تشكل مخزوناً ومصدراً يقلل من الآثار الحادة للضغط (تايلور، 2013، ص 452).

بالمقابل أظهرت نتائج هذا البحث أهمية بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية في تحقيق الصحة النفسية، فالإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية هو أن يدرك الفرد أنه بحاجة إلى المساندة و أنه بحاجة إلى الآخرين لتجاوز الصعوبات و الضغوطات التي تواجهه في حياته، مما يدفعه إلى السعي إلى الحصول على مساعدات و دعم الآخرين له، كما يعني أيضاً إدراكه لمدى وجود أشخاص من حوله يعتمد عليهم في الأوقات الصعبة و مدى استعدادهم لدعمه و تأييده و تلبية حاجاته، كما يمكن أيضاً أن

يقصد بالإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية ،مدى اقتناع و تقبل الفرد للدعم و المساندة المقدمة له ،ويكون ذلك عن طريق الموازنة بين حاجاته و بين نوع و مصدر المساندة المقدمة له .

أولياء أطفال طيف التوحد يختلف بعضهم عن بعض في الحاجة إلى المساندة الاجتماعية باختلاف الضغوطات التي يتعرضون إليها يوميا ،والتي ترتبط بخصائص الطفل التوحيدي و التي تختلف من طفل إلى آخر باختلاف المرحلة العمرية و شدة الاضطراب ،كما ترتبط أيضا الضغوطات التي يتعرض لها الأولياء بظروفهم الاجتماعية ،الاقتصادية ،وحياتهم العملية و المهنية وعلاقاتهم بالآخرين ،لذلك تظهر لديهم حاجات مختلفة ، لذلك فإدراك المساندة الاجتماعية تختلف من فرد لآخر وبالتالي تأخذ المساندة الاجتماعية بعدا ذاتيا في التخفيف من إدراك الضغط النفسي و بالتالي تحقيق الصحة النفسية ،وتجنب الوقوع في الاضطرابات النفسية كالقلق و الفوبيا و كذلك الاضطرابات السيكوسوماتية.

كما تؤدي الأنواع المختلفة من الأحداث الضاغطة إلى ظهور احتياجات مختلفة، وتكون المساندة الاجتماعية فعالة عندما تكون ملائمة لسد الحاجات المقصودة التي ظهرت بسبب الضغط (تايلور، 2013، ص 445)، لذلك أثبتت دراسة بخش (2007) بان تأثير المساندة الاجتماعية يتوقف على مدى إدراك الفرد واعتقاده وإحساسه في قوة وكفاية الدعم ربما هذا ما يفسر انعدام العلاقة بين الصحة النفسية وأبعادها وبين بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع وهذا ربما لعدم احساس الالباء والامهات بوجود دعم ومساندة من طرف هذه المؤسسات.

لقد جاءت نتائج هذا البحث موافقة لنتائج دراسة جيل Gill وهاريسHarris(1991) التي توصلت إلى أن الأمهات اللاتي لديهن مساندة اجتماعية اقل إحساسا بالضغط النفسي واقل عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب(Boyd, 2002) . كما أثبتت دراسة برومليBromley وآخرون (2004) أن المساندة داخل العائلة تعمل على خفض الاضطرابات النفسية للأمهات بمعنى كلما تلقت الأمهات مساندة اجتماعية كافية كلما انخفضت لديهن الأعراض النفسية(Taraback, 2011) .

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) عند آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية بأبعاده (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) والنتائج موضحة في الجدول رقم (19).

جدول رقم (19) معاملات الارتباط بيرسون بين متوسطات درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ومتوسطات درجاتهم على مقياس الصحة النفسية وأبعاده.

المتغيرات	إدراك الضغط النفسي	ن
الصحة النفسية	0.544**	200
القلق	0.522**	
الوسواس	0.358**	
القلق الجسمي	0.387**	
الاكتئاب	0.448**	
الهستيريا	0.266**	
الفوبيا	0.322**	

**دالة عند 0.01

يظهر من الجدول رقم (19) أن قيم معاملات الارتباط بين درجات الآباء والأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي ودرجاتهم على مقياس الصحة النفسية بأبعاده كلها دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ،

مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين إدراك الضغط النفسي و الصحة النفسية ، وكذا وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي و كل من الابعاد: القلق ،الوسواس القلق الجسمي ،الاكتئاب ،الهستيريا و الفوبيا أي كلما زاد إدراك الآباء و الأمهات للضغط النفسي كلما صاحبه ذلك تدهورا في الصحة النفسية لديهم وكذلك زادت الإصابة بالاضطرابات النفسية منها القلق ،الوسواس ،القلق الجسمي ،الاكتئاب ،الهستيريا و الفوبيا. مما يؤدي الى تحقق الفرضية.

أشارت العديد من الدراسات إلى معاناة أولياء أطفال طيف التوحد من اضطرابات نفسية وجسدية فغالبا ما ينتهي إحساسهم بالضغط النفسي بتدهور صحتهم النفسية والجسدية، وقد انتهت الدراسات الحالية إلى وجود علاقة بين الضغط النفسي والاضطرابات النفسية لدى الأولياء، حيث أثبتت هذه الدراسات أن التعرض للضغوط النفسية و الاستجابات الانفعالية الشديدة يؤدي إلى زيادة الإصابة بالأمراض سواء النفسية أو الجسدية (Gallager&Wihithely,2012).

أكدت نتائج هذا البحث العلاقة بين إدراك الضغط النفسي و تدهور الصحة النفسية لدى أولياء أطفال طيف التوحد ،وما يؤدي إليه استمرار إدراك الضغط النفسي إلى العديد من الاضطرابات النفسية منها القلق ،الاكتئاب ،القلق الجسمي ، الوسواس ،الفوبيا و الهستيريا .كما أشارت نتائج هذا البحث إلى أن القلق و الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر ارتباطا بإدراك الضغط النفسي ،فإذا لم تكن هناك استراتيجية فعالة لمواجهة الضغط أو أي موقف تهديد فان ذلك ستتبعه نتائج خطيرة على الصحة النفسية للفرد ،حيث أوضحت الأبحاث علاقة ارتباطية دالة بين الضغط النفسي وظهور القلق و الاكتئاب (Reed, Hu,et Tugade., 2017)

يعاني أولياء أطفال طيف التوحد من مصادر ضغوط مختلفة، ولعل أبرزها تلك المتعلقة بالمشكلات السلوكية، المعرفية والانفعالية للطفل فالسلوكيات النمطية للطفل وسلوكيات إيذاء الذات واضطرابات النوم والأكل، إضافة إلى صعوبة التركيز والانتباه وعدم القدرة على التعلم وعلى الاتصال والتواصل وكذا التناقض أو غياب الاستجابات الانفعالية، يؤدي إلى إحساس الوالدين بالتوتر والإحباط نتيجة عدم تحقيق الطفل لتوقعات والديه.

كما أن عدم اعتماد الطفل على نفسه واعتماده الكامل على والديه في الأكل والشرب واللباس والنظافة يؤدي إلى إحساس الوالدين بالإرهاق والتعب والارهاق وعدم إيجاد الوقت الكافي لأنفسهم، ويتولد لديهم خوف من المستقبل، لما قد يطرأ من تحولات أو عدم استطاعتهم إدارة أمور الطفل. إلى جانب ذلك، يواجه الأولياء أعباء مالية واقتصادية زائدة، تفرضها تكاليف الرعاية والتكفل بالطفل ودفع مصاريف العلاج والتدريب، أين قد يضطر الوالد إلى العمل المكثف خاصة في حالة انقطاع الأم عن العمل، مما يشعرهم بعبء المسؤولية والإجهاد النفسي والجسدي قد تصل أيضا إلى الاحتراق النفسي حسب ما اشارت اليه دراسة اغبارية(2017) التي توصلت الى معاناة أمهات اطفال طيف التوحد من الاحتراق النفسي والذي جاء بدرجة متوسطة.

بالمقابل، يعاني الأولياء من الضغوط الأسرية والاجتماعية التي قد تنشأ في حالة رفض أفراد الأسرة أو أحد الوالدين أو عدم قدرتهم على تحمل مزاج الطفل، مما يؤدي إلى تبادل الاتهامات وكثرة المشاكل والشكاوى بين الزوجين، قد تصل أحيانا إلى حالات الطلاق أو الانسحاب من تحمل المسؤولية، وهو ما لاحظناه أثناء إجرائنا لهذا البحث، أين التقينا بأمهات مطلقات نتيجة رفض الأب للطفل. وقد تسوء العلاقات مع الجيران وأفراد المجتمع نتيجة السلوكيات الغريبة والعدوانية للطفل والاستجابات السلبية لها، مما يؤدي إلى إحساس الوالدين بالخجل وأنهم موضع انتقاد وحكم وسخرية من طرف الآخرين، مما ينقص من تقديرهم لذواتهم، وفي هذا الموضوع أوضحت أحد الأمهات أن أكثر ما يقلقها هو استيقاظ الطفل دائما في منتصف الليل ويضرب برأسه على الأرض التي تمثل سقف بيت أحد الجيران مما يشعرها بالإحراج.

بالنظر إلى مصادر و حجم الضغوطات النفسية التي يعاني منها أولياء أطفال طيف التوحد، يمكن تفسير النتائج التي تم التوصل إليها بكون الضغط النفسي يؤثر على عدة جوانب، حيث يؤثر على الجانب الانفعالي فيؤدي إلى القلق و الاكتئاب إلى غيرها من الانفعالات السلبية مثل الشعور بالذنب و تأنيب الضمير وكذلك الإحساس بالخوف، ومن ناحية أخرى تظهر آثاره على الجوانب الجسمية على شكل اضطرابات وشكاوي جسمية كالاضطرابات الهضمية و القلبية و الإحساس بالدوار و الصداع ، كما يؤثر الضغط النفسي على الوظائف المعرفية و يظهر ذلك في صعوبة الانتباه و كثرة النسيان و صعوبة التركيز و الوسواس المرضية، وقد تصدر لدى الفرد بعض الاستجابات كالعنف أو اللجوء إلى تناول

المهدئات و تعاطي الكحول و المخدرات ،كما يمكن أن تكون للضغط النفسي أثارا اجتماعية تمس علاقة الفرد مع الآخرين والتي قد تتميز بالتوتر و قطع الروابط والى الاستجابات الهستيرية في بعض الأحيان.

ما يجدر الإشارة إليه انه وفقا لنظرية التقدير المعرفي لازاروس وفولكمان، فان مصادر الضغوط النفسية وأثارها على أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد، ترتبط بتقييم هؤلاء (الأولياء) لهذه المصادر (التقييم الأولي) وكذا تقييمهم لمصادرهم الشخصية على المواجهة (التقييم الثانوي)، وفي الأخير تقييم طريقة إدراكهم للضغط وما يتطلب من إعادة تكييف طريقة استجاباتهم للمواقف الضاغطة (إعادة التقييم).

إن إحساس الأولياء بالضغط النفسي ليس نتيجة المواقف الضاغطة وإنما هو نتيجة لمدى تقييماتهم أو إدراكهم والتي ترتبط بمعتقداتهم وخبراتهم الشخصية وكذلك خصائص الطفل، فما هو مصدر ضغط لفئة من الأولياء قد لا يكون كذلك لفئة أخرى. كما أن استجابات الأولياء لمصادر الضغوط وأثارها عليهم قد تكون مختلفة باختلاف إدراكهم لمدى توفر المصادر الشخصية للمواجهة الذي يرتبط بإمكانات الفرد الجسمية النفسية، الاجتماعية والاقتصادية مثلا قد تؤثر الأعباء الاقتصادية والمالية على الأولياء ذوي الدخل الضعيف في حين ليس لها تأثير على الأولياء ذوي الدخل الجيد لأنهم يدركون أنهم قادرون على مواجهة المصاريف والنفقات المالية، كما أن لعملية إعادة التقييم أهمية بارزة حيث يعيد من خلالها الأولياء تقييم كيفية إدراكهم ومواجهتهم للموقف ومدى نجاحهم في ذلك والذي يسمح لهم باكتشاف الثغرات والنقائص مما يدفعهم إلى تكييف أساليب تعاملهم مع الطفل وفقا لخصائصه.

وما نريد الوصول إليه هو انه كلما أدرك الأولياء الأحداث والمواقف على أنها مصدر ضغط وتهديد لهم (التقييم الأولي)، وأنهم يفتقرون إلى المصادر الفعالة للمواجهة (التقييم الثانوي) كلما أثر ذلك على صحتهم النفسية والجسدية، كما أن إحساسهم وإدراكهم للنجاح في المواجهة وإيجاد الحلول المناسبة للمشكلات (إعادة التقييم) يزيد من فعاليتهم الذاتية ومن المشاعر الايجابية مما يعزز الصحة النفسية لديهم.

بالمقابل، كشفت بعض الدراسات ان العلاقات الاسرية خاصة العلاقات الزوجية غير المرضية، وعلاقة الاولياء بالطفل التوحيدي، التشخيص المتأخر وكذلك تمدرس وعدم تمدرس الطفل متغيرات يمكن ان تعدل من العلاقة بين الضغط النفسي وظهور القلق والاكتئاب عند أولياء أطفال التوحد(Derguy, 2019 b).

لقد جاءت نتائج هذه الدراسة موافقة لنتائج دراسة هاستينغس Hastings و براون Brown (2002) التي أشارت إلى وجود مستوى عال من الاضطرابات النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وقد أثبتت هذه الدراسة وجود علاقة قوية بين المشاكل السلوكية للطفل وإحساس الأولياء بالقلق والاكتئاب. وهو نفس ما ذهبت إليه دراسة فتروسوفان Phetrausuvan وميلز Miles (2009) اللذان توصلا إلى معاناة الآباء والأمهات من استمرار الضغط النفسي يؤدي بهم إلى المعاناة من المشاكل النفسية خاصة الأعراض الاكتئابية (Pisula, 2011) ، فالتوحد يرافقه إحساس الوالدين بالضغط والحمل الثقيل، فالمتطلبات التي تلزم الاهتمام بالطفل التوحدي تساهم في حدوث الضغط النفسي مما يؤدي إلى القلق والاكتئاب (Cole & al, 2006) .

6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية على وجود فروق في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. واختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي، والنتائج ممثلة في الجدول رقم (20).

جدول رقم (20) الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي.

المتغير	افراد العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة الدلالة	الدلالة الإحصائية
إدراك الضغط النفسي	الآباء	91	70.68	8.150	-3.407	0.001	دالة عند 0.01
	الأمهات	109	74.75	8.716			

يظهر من الجدول رقم (20) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط النفسي مما يشير الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات، بمعنى أن الأمهات أكثر إدراكا للضغط النفسي من الآباء، وبالتالي تحققت الفرضية.

يمكن تفسير النتائج التي تم التوصل إليها بكون الطفل التوحيدي يتميز باعتماده الكلي على والديه، فهو غير قادر على الاعتناء بنفسه بالتالي يحتاج إلى رعاية خاصة، حيث يتولى الوالدان مسؤولية إلباسه وإطعامه وتنظيفه وفي الغالب الأم هي من تقوم بكل هذه النشاطات بصفقتها الأقرب إلى الطفل، فاغلب الأوقات تقضيها معه. كما تتحمل الأم وتواجه سلوكيات وتصرفات الطفل، وتحاول قدر الإمكان التكيف معها وكذلك فهم احتياجاته وتلبيتها، فالطفل التوحيدي غير قادر على التعبير عن رغباته بالطرق المناسبة، فهو يتصرف بطرق غريبة للتعبير عن انزعاجه أو عدم ارتياحه فيلجأ إلى الصراخ والحركات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات أو الغير وهذا لعدم قدرته على الاتصال والتواصل، لذلك فهو يحتاج إلى مراقبة مستمرة ووقت إضافي، فالكثير من الأمهات تركن مناصب عملهن بسبب الوقت اللازم تخصيصه لهذا الطفل.

إلى جانب ذلك، تقوم الأم في حالة غياب الأب بسبب العمل، بمرافقة الطفل إلى مراكز التكفل، للتكفل به ومتابعة تطوره، كما تعد الأم المسؤولة عن البيت وعن الأفراد الآخرين خاصة إذا كان للطفل التوحيدي إخوة وأخوات، والذين يحتاجون أيضا إلى الرعاية والاهتمام، فتعدد ادوار ومسؤوليات الأم يجعلها أكثر إدراكا للضغط النفسي.

لم تختلف نتائج هذه الدراسة عن نتائج العديد من الدراسات، حيث يرى كل من سليغمان Seligman ودارلينغ Darling (1997) أن الأمهات أكثر تأثرا بولادة طفل توحيدي من الآباء. (Rogers & al., 2013) وأشارت دراسة قوعيش (2018) الى معاناة امهات الاطفال المصابين بالتوحد من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية واتفقت نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة تيهي (2009) Tehee التي أشارت إلى أن الأمهات أكثر إدراكا للضغط النفسي من الآباء (Pisula, 2011). وهو نفس ما اشارت اليه دراسة كوفي (2015) التي توصلت الى ان الامهات اكثر ادراكا من الاباء للضغوط النفسية والاجتماعية ، بالإضافة إلى دراسة يحيوي و شينار (2020) التي توصلت إلى ان أمهات أطفال

التوحد أكثر عرضة للضغوط النفسية والاجتماعية من الآباء. في حين اختلفت نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة متولي (2019) التي توصلت الى عدم وجود فروق بين الآباء والأمهات في الضغوط النفسية.

7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

نصت الفرضية على وجود فروق في الصحة النفسية وأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية وأبعاده، والنتائج ممثلة في الجدول رقم (21).

جدول رقم (21) الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية وأبعاده.

المتغيرات	افراد العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة الدلالة	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	الآباء	91	30.27	9.474	4.369-	0.000	0.01
	الأمهات	109	35.91	8.588			
القلق	الآباء	91	5.00	2.472	4.538-	0.000	0.01
	الأمهات	109	6.53	2.259			
الوسواس	الآباء	91	5.95	1.980	1.671-	0.092	غير دالة
	الأمهات	109	6.39	1.694			
القلق الجسمي	الآباء	91	5.04	2.413	2.094-	0.038	0.05

			2.415	5.76	109	الأمهات	
0.01	0.001		2.036	6.11	91	الآباء	الاكتئاب
		3.378-	1.890	7.06	109	الأمهات	
غير دالة	0.055	1.933-	1.707	3.23	91	الآباء	الهستيريا
			1.692	3.70	109	الأمهات	
0.01	0.000	4.240-	2.575	4.95	91	الآباء	الفوبيا
			2.508	4.48	109	الأمهات	

يظهر من الجدول رقم (21) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء و متوسطات درجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية عند مستوى الدلالة (0.01)، بالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين آباء و أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات ،بمعنى أن الصحة النفسية للأمهات أكثر تدهورا من الصحة النفسية للآباء وهذا ما أشارت إليه أيضا دلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء و متوسطات درجات الأمهات على كل من بعد القلق، الاكتئاب، الفوبيا و التي كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وكذلك دلالة الفروق بين متوسطات درجاتهم على بعد القلق الجسمي و التي كانت دالة عند مستوى الدلالة (0.05).مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد: القلق ،الاكتئاب ،الفوبيا والقلق الجسمي بين آباء و أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وهذا لصالح الأمهات ،بمعنى أن الأمهات أكثر معاناة من هذه الاضطرابات من الآباء. مما يشير الى تحقق الفرضية. بالمقابل لا توجد فروق بينهما على كل من بعدي الوسواس والهستيريا.

يمكن تفسير هذه النتائج بكون الأمهات أكثر عرضة و إدراكا للضغوط النفسية من الآباء و الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة ،كما سبق و أن أشارت إليه نتائج الفرضية السادسة من جهة وكذلك ما للضغوط النفسية من آثار سلبية في تدهور الصحة النفسية للأولياء و إصابتهم بالاضطرابات النفسية من

جهة أخرى حسب ما توصلنا إليه في الفرضية الخامسة ولقد أشارت دراسة ليونارد ابي دوتو Abbeduto وآخرون (2004) إلى معاناة أمهات الأطفال التوحديين من مستوى عال من التشاؤم وبعد كبير في علاقتهم مع الطفل كما يعانون من أعراض الاكتئاب، وبسبب الصعوبات اليومية الناتجة عن اضطراب التوحد فإن (50%) من الأمهات يضحين بحياتهن المهنية و (60%) منهن يخصصن وقت اقل للترفيه و للحياة الزوجية إلى جانب المعاناة من المشاكل الصحية الجسدية والذي اشارت اليه (50%) منهن من الاضطرابات العقلية الذي اشارت اليه (87%) منهن ، وهذا حسب ما توصلت إليه دراسة بلونشون Blanchon والوارد Allouard (1998) وهذا بسبب الضغوطات اليومية التي تعيشها الأمهات و الراجعة إلى المتطلبات التي تفرضها رعاية الطفل التوحدي (Cape, 2009).

كما جاءت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع نتائج دراسة كل من غراي Gray وهولدان Holdan (1992) التي توصلت إلى أن الأمهات أكثر معاناة من الآباء من القلق والاكتئاب، كذلك دراسة دumas وآخرون (1991) التي أشارت إلى أن الأمهات أكثر شعورا بالاكتئاب مقارنة بالآباء (Taraback, 2011).

نفس ما توصلت إليه دراسة يحيوي وشينار (2020) والتي أكدت نتائجها أن الصحة النفسية للأمهات أكثر تدهورا مقارنة بالصحة النفسية للآباء وأن الأمهات أكثر معاناة من القلق والاكتئاب والقلق الجسدي وكل هذا يرجع للانعكاسات السلبية للضغوط النفسية التي تعيشها الأمهات على المستويين النفسي والجسدي.

8- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

نصت الفرضية على عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة، الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معاملات الاختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده، والنتائج ممثلة في الجدول رقم (22).

جدول رقم (22) الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده.

المساندة الاجتماعية وأبعادها	افراد العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيم الدلالة	الدلالة
المساندة الاجتماعية	الآباء	91	62.13	9.471	0.401	0.883	غير دالة
	الأمهات	109	61.63	7.805			
الأسرة	الآباء	91	14.12	3.025	2.382-	0.018	دالة عند 0.05
	الأمهات	109	15.12	2.860			
الأصدقاء	الآباء	91	20.07	4.524	1.497	0.133	غير دالة
	الأمهات	109	19.14	4.173			
الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية	الآباء	91	15.16	2.911	0.089-	0.930	غير دالة
	الأمهات	109	15.20	2.978			

المساندة من	الآباء	91	12.78	2.284	1.994	0.044	دالة عند 0.05
طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع	الأمهات	109	12.17	1.952			

يظهر من الجدول رقم (22) عدم دلالة الفروق بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على مقياس المساندة الاجتماعية وكذلك عدم دلالة الفروق بين متوسطات درجاتهم على بعد المساندة من طرف الأصدقاء وكذا بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية. مما يشير الى تحقق الفرضية. كما نلاحظ ايضا من الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات درجات الآباء ومتوسطات درجات الأمهات على بعد المساندة من طرف الأسرة وهذا لصالح الأمهات وفروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجاتهم على بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع وهذا لصالح الآباء.

أظهرت نتائج هذا البحث عدم وجود فروق في الحاجة إلى المساندة الاجتماعية بين الآباء و الأمهات ،فكلا الطرفين (الأب و الأم) يحتاجان إلى الدعم و الى من يقف إلى جانبهما في وقت الحاجة ،لتجاوز و تخطي الصعوبات التي تواجههما للتكفل و تربية هذا الطفل المصاب بالتوحد ،وهذه النتيجة تؤكد أنها أيضا نتيجة عدم وجود فروق على بعد الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية ،فالطبيعة الاجتماعية للأفراد تفرض عليهم الاعتماد على غيرهم في أوقات الشدة ،ويعتبر أولياء أطفال التوحد أكثر حاجة إلى غيرهم ،بحكم شدة الإعاقة التي يعاني منها هؤلاء الأطفال ،والتي تمس العديد من جوانب نموهم :الانفعالي ،الجسمي ،العقلي ،اللغوي والاجتماعي ،وما ينتج عنه من ضغوطات على الأولياء.

تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسات أخرى نذكر منها دراسة كروس (1993)Krauss التي أشارت إلى أن المساندة الاجتماعية تعمل على التخفيف من الضغط النفسي عند الأمهات في حين ليس لها تأثير على الآباء(Boyd, 2002)وهو نفس ما أشارت إليه دراسة غافيديا باين Gavidia Payne وستونانStonenan أن الأمهات أكثر إدراكا للحاجة إلى المساندة الاجتماعية من

الآباء (Hasting, 2002)، وذلك بحجة كما يرى البعض أن الإناث أكثر ميلا للإفصاح عن الأحداث الضاغطة ومشاركتها مع الآخرين، لأن ذلك يُعدّ أحد العوامل التي تحقق التكيف الانفعالي. (Collins, 2008. p. 1180).

ومن جهة أخرى توصلت نتائج هذا البحث إلى وجود فروق بين الآباء و الأمهات على بعد المساندة من طرف الأسرة و التي كانت لصالح الأمهات ، وكذلك فروق على بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع والتي كانت لصالح الآباء و التي يمكن تفسيرها ،بارتباط ذلك بالمسؤوليات و الأعباء التي يتحملها كل منهما . فالأم بحكمها المسؤولة عن أشغال البيت و عن العناية بالطفل و تربيته و تدريبه على مهارات الاعتماد على الذات ،بالإضافة إلى اهتمامها بأفراد الأسرة الآخرين ،فان هذه الأخيرة (الأم) تتوقع كثيرا من أفراد أسرتها أن يساندوها ويساعدوها في القيام بنشاطاتها وتتنظر منهم الكثير من الدعم و الوقوف إلى جانبها في الأوقات الصعبة و الضاغطة.

عكس الأب، الذي تنحصر اغلب مسؤولياته على تحمل الأعباء المادية والمالية للطفل، فهو المسئول عن دفع تكاليف العلاج وتكاليف التكفل النفسي البيداغوجي بالطفل، لذلك فهو يرحب أكثر بالمساندات المادية وكذلك المساندة بالمعلومات والنصائح التي تقدمها المؤسسات الخاصة، وكذلك يتوقع تدخل الجهات الحكومية لدعم عائلات هذه الفئة من الأطفال وتخفيف الضغط عنها.

لذلك يمكن ان نستخلص من خلال ما توصلنا اليه من النتائج أن الفروق في المساندة الاجتماعية لا ترتبط بالفروق بين الجنسين بل ترتبط بحاجات كل منهما، فلو قمنا بعكس وتبادل الأدوار بين الآباء والأمهات لربما انعكست النتائج.

الاستنتاج العام:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تصيب الاطفال والذي تظهر اعراضه في السنوات الاولى من عمر الطفل، وبالضبط قبل بلوغه الثلاث سنوات من عمره، ويعد اكتشاف الوالدين لهذا الاضطراب حدثا صادما وضاعطا لهما، حيث يعيش الوالدان سلسلة من الضغوطات مصدرها الصعوبات التي تواجه الطفل والاعراض الشديدة التي ترافق الاضطراب، الى جانب ما تفرضه الحياة من اعباء وتحديات يصعب التكيف معها.

للضغط النفسي الذي يعيشه اولياء اطفال طيف التوحد انعكاسات سلبية على صحتهم النفسية، حيث يتخذ الضغط النفسي مظهرها انفعاليا، سلوكيا، فسيولوجيا ومعرفيا يؤدي استمراره الى سلسلة من الاضطرابات النفسية كالقلق الاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية والمخاوف المرضية مما يؤدي الى تدهور الصحة النفسية لدى اولياء اطفال طيف التوحد خاصة الامهات.

لقد اتجهت البحوث الحديثة خاصة في ظل تطورات علم النفس الايجابي الى الاهتمام بالخصائص الايجابية للشخصية التي لها دور في الاستجابة للضغوط النفسية والتعايش معها، نذكر من هذه الخصائص الصلابة النفسية التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين، وهذا لما لها من أثر ايجابي في مجابهة الضغط النفسي والحفاظ على الصحة النفسية من خلال توسطها للعلاقة بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية. كما يمكن ان تساهم العلاقات الاجتماعية المساندة في التخفيف من إدراك الضغط النفسي ومن انعكاساته على الصحة النفسية، خاصة العلاقات مع الاسرة، الاصدقاء والمؤسسات الاجتماعية التي من شأنها ان تقدم للفرد الدعم والمساعدة.

انطلاقا مما سبق أردنا في هذا البحث التعرف على دور كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في إدراك الضغط النفسي وفي الصحة النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، وأيضا مدى وجود فروق في هذه المتغيرات لدى هذه العيّنة، ومن اجل ذلك قمنا بطرح مجموعة من الاسئلة واقترحنا الفرضيات التالية:

1- العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) وإدراك الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

2- العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها (التحكم، الالتزام والتحدي) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

3- العلاقة بين المساندة الاجتماعية وإدراك الضغط النفسي بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

4- العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي علاقة ارتباطية عكسية.

5- توجد علاقة بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية بأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

6- توجد فروق في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

7- توجد فروق في الصحة النفسية وأبعادها (القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

8- لا توجد فروق في المساندة الاجتماعية وأبعادها (الأسرة الأصدقاء، الإحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية والمساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع) بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

وللتحقق من صحة هذه الفرضيات اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي و تطبيق المقاييس المتمثلة في مقياس ليفنستاين (1993) لإدراك الضغط النفسي، ومقياس المساندة الاجتماعية للباحثة فوزية إبراهيم رباح الكردي (2012)، ومقياس الصلابة النفسية الذي اعده عماد محمد احمد مخيمر (2002) وكذلك مقياس الصحة النفسية سدني كراون و كرسب Sidney Crawne et Crusp وذلك على عينة قصدية قدرها 200 اب و ام للأطفال التوحديين الذين تواجدوا في المراكز النفسية البيداغوجية وكذلك جمعيات اطفال التوحد عبر ثلاثة ولايات هي :ولاية تيزي وزو ،ولاية بجاية و ولاية البويرة. اسفرت نتائج البحث على ما يلي:

- العلاقة بين الصلابة النفسية وإدراك الضغط النفسي هي علاقة ارتباطية عكسية وهذا ما اظهرته ايضا نتائج العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وبين كل من بعد التحكم، بعد الالتزام وبعد التحدي.

- العلاقة بين الصلابة النفسية وبين الصحة النفسية هي علاقة ارتباطية عكسية، وهذا ما اظهرته ايضا نتائج العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية وبين كل من بعد القلق، القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا.
 - العلاقة بين المساندة الاجتماعية وإدراك الضغط النفسي هي علاقة ارتباطية عكسية وهذا ما اظهرته ايضا نتائج العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وبين كل من بعد المساندة من طرف الاسرة وبعد الاحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية.
 - العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبين الصحة النفسية هي علاقة ارتباطية عكسية وهذا ما اظهرته ايضا نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية وبين كل من بعد القلق، الوسواس، القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا.
 - وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدراك الضغط النفسي والصحة النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. ووجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وكل من القلق، الوسواس القلق الجسمي، الاكتئاب، الهستيريا والفوبيا.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الضغط النفسي بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وهذا لصالح الأمهات وهذا ما اظهرته ايضا نتائج الفروق على الابعاد: القلق، القلق الجسمي، الاكتئاب والفوبيا.
 - عدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية بين الآباء والأمهات، في حين وجدت فروق على بعد المساندة من طرف الاسرة وهذا لصالح الامهات، وكذلك فروق على بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة والمجتمع لصالح الالباء.
- وبناء على هذه النتائج يمكن اقتراح ما يلي:
- التكفل النفسي بأولياء اطفال طيف التوحد ومحاولة فهم انشغالاتهم ومشاعرهم وردود فعلهم اتجاه طفلهم التوحيدي وكذلك تعليمهم طرق الاستجابة المناسبة لسلوكيات الطفل وتدريبهم على مهارات التعامل معه.
 - تعريف الاولياء بالآثار السلبية للضغط النفسي على صحتهم النفسية، وتدريبهم على تبني استراتيجيات المواجهة الايجابية والفعالة.

- تحسيس افراد المجتمع حول الاضطراب وتعريفهم به مما يساعد على الاندماج الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية الايجابية لأولياء اطفال طيف التوحد وكذا اطفالهم التوحديين، مما يسهل تقديم والاستفادة من الدعم الاجتماعي.

- تصميم برامج ارشادية وعلاجية لأولياء اطفال طيف التوحد وذلك بهدف التكفل النفسي بهم وتنمية الخصائص الايجابية في شخصياتهم كفعالية الذات والصلابة النفسية والتفاؤل والنظرة الايجابية نحو الحياة.

المراجع

قائمة المراجع

العربية

ابراهيم،مروان عبد المجيد. (2000). اسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية.عمان: مؤسسة الوراق.

ابو السعود، نادية ابراهيم. (2009). *الطفل التوحدي في الاسرة*. الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

ابو العطا،غادة صابرا. (2015). الضغوط النفسية و اساليب مواجهتها لدى امهات الاطفال الذاتوية:دراسة اكلينيكية. *مجلة التربية الخاصة والتاهيل* ، 1 (8)، 373-454.

ابو القمصان،رانيا محمد حسن. (2017). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى المطلقات في محافظات غزة*. (رسالة ماجستير). الجامعة الاسلامية.غزة

ابو حويج، مروان ، و الصفدي، عصام. (2001). *المدخل الى الصحة النفسية* (ط.1).الاردن: دار المسيرة.

احمد ، سهير كامل. (2004). *الصحة النفسية والتوافق*.الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.

احمد ، شعبان عبد العظيم. (2020). *فاعلية تدريس وحدة مقترحة في ضوء الاعجاز النفسي للقران الكريم في تنمية التفكير الياجي و الصلابة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية*. *المجلة العلمية لكلية التربية* ، 36 (02)، 54-104.

اسماعيل، بشرى. (2004). *ضغوط الحياة و الاضطرابات النفسية* . القاهرة: مكتبة الانجلو الصرية.

اغبارية،اشرف كمال. (2017). *الاحتراق النفسي لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة في تنشئة الاطفال الآخرين داخل الاسرة في ام الفحم*. (رسالة ماجستير) جامعة عمان العربية.

الامام، محمد صالح، و الجوالدة، فؤاد عيد. (2011). *التوحد رؤية الاهل و الاختصاصيين*(ط.1).الاردن: دار الثقافة.

الانصاري، بدر محمد. (1998). *التفأول والتشاؤم: المفهوم والقياس والمتعلقات* (ط.1). الكويت: لجنة التأليف والتعريب والنشر - الشويخ.

ايبو، نائف علي. (2020). *الضغوط النفسية* (ط.1). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

ايت حمودة، حكيمة. (2006). دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية: دراسة ميدانية بمدينة عنابة (اطروحة دكتوراه) جامعة الجزائر.

ايت حمودة، حكيمة وفاضلي، احمد ومسيللي، رشيد. (2011). اهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي لدى الشباب البطل. *مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية* (2)، 1-38.

ايزاخ، ديانا عمر. (2019). *استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بخفض الاحتراق النفسي لدى اولياء امور الاطفال ذوي طيف التوحد في العاصمة عمان* (رسالة ماجستير). جامعة عمان العربية. عمان.

بخش، اميرة طه. (2007). احداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من امهات الاطفال المعاقين عقليا و العاديين بالمملكة العربية السعودية. *مجلة جامعة ام القرى*، 3 (3)، 14-34

براحل، احسان و جبالي، نورالدين. (2015). الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال المصابين باضطراب التوحد. *مجلة معارف*، (19)، 65-88.

بطرس، حافظ بطرس. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل* (ط.1). عمان: دار المسيرة.

البلاح، خالد عوض. (2016). الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة (ط.1). الدمام السعودية: مكتبة المتنبى..

بلوم، محمد و حنصالي، مريامة. (2013). المقاربة النظرية لاحدى سمات الشخصية المناعية: الصلابة النفسية. *مجلة علوم الانسان و المجتمع* (8)، 271-287.

البلوي،ريما سالم. (2013). *مستوى قلق المستقبل لدى امهات الاطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية*. (رسالة ماجستير). جامعة مؤتة. المملكة العربية السعودية.

- بن عبد الجهنى ، عبد الرحمان. (2011). المهارات الاجتماعية و علاقتها بالسلوك التوكيدي و الصلابة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية. *مجلة جامعة ام القرى للعلوم الاجتماعية* ، 4 (1). 19-238
- البهاص، سيد احمد. (2002). الانهاك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي و معلمات التربية الخاصة. *مجلة كلية التربية* ، 1 (31)، 384-414.
- البهبهاني، فداء جمال الدين خالد. (2017). *مستوى الوعي الذاتي وعلاقته بنوعية الحياة لدى والدي اطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة العاصمة عمان (رسالة ماجستير)*. جامعة عمان العربية.
- بوعزة ، ربة و بلحسيني، وردة. (2018). مستوى الضغط المدرك لدى عينة من امهات الاطفال المعاقين عقليا: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. *مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية* (33)، 963-974.
- بوعمامة، حكيم. (2020). جودة الحياة و الصلابة النفسية لدى اسر الاطفال المعاقين عقليا. *مجلة دراسات نفسية و تربوية*، 13 (2)، 172-193.
- البيرقدار، تهيد عادل فاضل. (2011). الضغط النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلبة كلية التربية. *مجلة كلية التربية الاساسية* ، 28-56.
- التميمي، احمد عبد العزيز. (2013). المساندة الاجتماعية و علاقتها بجودة حياة اولياء امور الاطفال ذوي الاعاقة بمرحلة التدخل المبكر. *مجلة العلوم التربوية* ، 25 (02)، 513-533.
- التميمي، محمود كاظم محمود. (2013). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية و اسس تطبيقية (ط.1)*. دار صفاء.
- جسم ، لمياء محمد. (2021). الصلابة النفسية و علاقتها باستراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى طلبة الجامعة. *مجلة نسق* (30)، 58-74.
- جعير، سليمة و اليزيد، نذيرة. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها باساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى بداء السكري. *مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية* ، 22 (2)، 661-682.

جلولي ، سناء و اسماعيلي، يامنة. (2022). مؤشرات الصحة النفسية: مقارنة نظرية. مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية ، 10 (3)، 96-109.

جمعه، سيد يوسف. (2000). دراسات في علم النفس الاكلينيكي. مصر: دار غريب.

جميل ، سمية طه. (2005). الارشاد النفسي (ط.1). القاهرة: عالم الكتب.

الحاج، السرة حسن عبد الله. (2018). برنامج ارشادي نفسي لاسر الاطفال التوحديين بالمراكز التأهيلية بولاية الخرطوم. المجلة الدولية المتخصصة ، 7 (4)، 33-48.

حجازي، مصطفى. (2000). الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت و المدرسة (ط.1). المركز الثقافي العربي.

حجازي، مصطفى. (2015). الاسرة و صحتها النفسية: المقومات، الديناميات ،العمليات (ط.1).الدار البيضاء: المركز الثقافي العربي.

الحلي، سوسن شاكر. (2005). التوحد الطفولي :اسبابه خصائصه ،تشخيصه وعلاجه . (ط.1). سوريا: مؤسسة علاء الدين.

حوشيه، ريمان سعيد محمد. (2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى والدي الاطفال ذوي الاعاقة [رسالة ماجستير منشورة] .جامعة القدس.القدس.

الخالدي، اديب محمد. (2009). المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة) (ط.3). عمان: دار وائل.

الخالدي، عطا الله فؤاد والعلمي، دلال سعد الدين. (2009). الصحة النفسية و علاقتها بالتكيف و التوافق . (ط.1). عمان: دار صفاء.

الخبيري، عبد الحليم عبد القوي عبد الرازق. (2020). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى امهات الاطفال الذاتويين. مجلة البحث العلمي في التربية (21)، 222-257.

خرايفية،امنة. (2018). المرض المزمن على ضوء متغيرات نفسية في علم النفس الايجابي. دفاتر البحوث العلمية (13)، 164-186.

- الخطيب، جمال محمد. (2013). *اسس التربية الخاصة (ط.1)*. الدمام: مكتبة المتنبى.
- خليفة، وليد السيد احمد وسعد، مراد على عيسى. (2008). *الضغوط النفسية والتخلف العقلي (ط.1)*. الاسكندرية: دار الوفاء.
- الخواجة، عبد الفتاح. (2010). *مفاهيم اساسية في الصحة النفسية والارشاد النفسي(ط.1)*. عمان: دار المستقبل.
- خوج، حنان اسعد. (2010). *المبادئ العلمية للصحة النفسية(ط.1)*. المملكة العربية السعودية: مكتبة الرشد ناشرون.
- الداهري، صالح حسن احمد. (2005). *مبادئ الصحة النفسية . (ط.1)*. الاردن: دار وائل.
- دخان، نبيل كامل والحجار، بشير ابراهيم. (2006). *الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الاسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم. مجلة الجامعة الاسلامية ، 14 (2)، 369-398.*
- الديب، عبير عرفه عبد العزيز محمد. (2016). *الضغوط النفسية واحتياجات امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما في دولة الامارات العربية المتحدة [رسالة ماجستير منشورة]*. جامعة الامارات العربية المتحدة. الامارات العربية المتحدة.
- الذهيباوي، محمد فرحان شمخي ، و علي، علاهن محمد. (2021). *فاعلية اسلوب المواجهة في تنمية الصلابة النفسية لدى امهات ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة العلوم التربوية و النفسية (143)، 146-181.*
- رحماني، جمال و فتال، صليحة. (2018). *المناخ الاسوي و علاقته بالصلابة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. مجلة الاسرة و المجتمع ، 06 (02)، 18-32.*
- رحماني، شرفة ، ازيد، كريمة و حرطاني ، امينة. (2021). *علاقة انماط التواصل الاسري لدى الاب بالصلابة النفسية عند الابناء. مجلة المواقف و الدراسات في المجتمع و التاريخ ، 17 (01)، 1117-1140.*
- رسلان، شاهين عبد الستار. (2013). *الاسترخاء مفتاح الصحة النفسية*. مصر: دار غريب.

الرشيدى ، هارون توفيق. (1999). الضغوط النفسية :طبيعتها -نظرياتها -برنامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

زعاير، علي احمد. (2009). مصادر الضغوط النفسية واساليب مواجهتها لدى اولياء امور الاطفال التوحيدين وعلاقتها ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير). جامعة عمان العربية.عمان.

زغير، رشيد حميد وخنشول، حسينة وبوشامي، عبد المولى و بن عبد السلام عبد الله. (2019). الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. مجلة افاق علمية ، 11 (4)، 756-727.

زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط.1). القاهرة: عالم الكتب.

الساعدي، حنان شهاب عبيد جبوري. (2019). قياس الصلابة النفسية لدى طلبة المدارس الاعدادية. مجلة اداب المستنصرية(88)، 589-565.

السرطاوي ،عبد العزيز والمهيدي، عوشة و الزيودي، محمد وعبدات، روجي مروح. (2019). اثر برنامج ارشادي اسري في تطوير مهارات الاطفال المتأخرين نمائيا في مرحلة التدخل المبكر. المجلة الدولية للابحاث التربوية ، 43 (1)، 109-91.

السعد، سميرة عبد اللطيف. (1992). معاناتي و التوحد:مرض التوحد ،اسبابه ،صفاته ،علاجه . الكويت: منشورات ذات السلاسل.

سليمان، احمد السيد. (2010). تعديل سلوك الاطفال التوحيدين:النظرية و التطبيق (ط.1). الامارات العربية المتحدة:دار الكتاب الجامعي.

سليمان، سناء محمد. (2014). الطفل الذاتوي (التوحيدي). القاهرة: عالم الكتب.

سليمان، عبد الرحمان سيد. (2000). الذاتوية "عاقبة التوحد" (ط.1). القاهرة: مكتبة زهراء.

سهيل، تامر فرح. (2015). التوحد:التعريف ،الاسباب ،التشخيص و العلاج (ط.1). عمان الاردن:دار الاعصار العلمي.

السيد، ايمن احمد. (2013). الاساءة الوالدية تجاه اطفال الاوتيزم و اساليب مواجهتها (ط.1). كفر الشيخ:المكتب الجامعي الحديث.

شاذلي، عبد الحميد محمد. (1999). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. الاسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر.

شاغوش، وليد عبد الرحمن محمد. (2018). *الصلابة النفسية عند الاطفال*. *المجلة العلمية لكلية رياض الاطفال* ، 5 (1)، 463-488.

الشامي، وفاء علي. (2004). *علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية* (ط.1). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

شبيب، عادل جاسب. (2008). *الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للاطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الاباء*. (رسالة ماجستير). الاكاديمية الافتراضية لعلم النفس. بريطانيا.

شنتد، سميرة محمد. (2015). *الخصائص السيكمترية لمقياس الصلابة النفسية*. *مجلة الارشاد النفسي* (44)، 245-262.

شحته، عبد الرحمن مروى محمد. (2012). *مقياس ادراك المساندة الاجتماعية للمسنين*. *دراسات عربية في التربية و علم النفس* ، 1 (30)، 141-153.

الشخانة، احمد عيد مطيع. (2010). *التكيف مع الضغوط النفسية: دراسة ميدانية* (ط.1). الاردن: دار الحامد.

الشخص، عبد العزيز و الدماطي، عبد الغفار. (1992). *قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير الاسوياء*. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

الشرقاوي، مصطفى خليل. (د.ت). *علم الصحة النفسية*. بيروت: دار النهضة العربية.

شريف، عبد الفتاح عبد المجيد. (2011). *التربية الخاصة و برامجها العلاجية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

الشقران، حنان و الكركي، ياسمين رافع. (2016). *الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات*. *المجلة الاردنية في العلوم التربوية* ، 12 (1)، 85-100.

شلبى، نعيم عبد الوهاب. (2015). *ادارة الضغوط الحياتية من منظور اجتماعي معاصر* (ط.1). المنصورة: المكتبة العصرية.

الشناوي، محمد محروس و عبد الرحمن، محمد السيد. (1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية* (ط.1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

شويخ، هناء احمد. (2007). *اساليب تخفيف الضغوط الناتجة عن اورام السرطان* (ط.1). مصر: ايتراك.

شويخ، هناء احمد محمد. (2012). *علم النفس الصحي*. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

شيلي تايلور. (2013). *علم النفس الصحي*. الاردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

الصفوان، عبير يوسف ياسين. (2011). *العلاقة بين الدعم الاجتماعي ودرجة الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال التوحيديين في دولة الكويت* [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة الخليج العربي مملكة البحرين. البحرين. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-344803>

طه ،عبد العظيم حسين و سلامة، عبد العظيم حسين. (2006). *استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية* . (ط.1). عمان: دار الفكر.

الظاهر، قحطان احمد. (2009). *التوحد* (ط.1). عمان: دار وائل.

عامر، طارق. (2008). *الطفل التوحيدي*. عمان: الياوزري العلمية.

العايب، عبد القادر و بوصفصاف، الزوبير. (2022). *مستوى الصلابة النفسية لدى اولياء اطفال التوحد: دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي قدور بساس الاغواط*. مجلة افاق للعلوم ، 7 (3)، 510-527.

العبادي، رائد خليل. (2006). *التوحد* (ط.1). عمان: مكتبة المجتمع العربي.

عبد الغفار، انور فتحي. (2003). *الفاعلية الابوية كما يدركها الابناء وعلاقتها بالفاعلية الذاتية*. مجلة كلية التربية ، 2 (53)، 102-132.

عبد الغفار، عبد السلام. (2007). *مقدمة في الصحة النفسية*. عمان: دار الفكر.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (2006). *ضغوط الحياة واساليب مواجهتها*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

عبيد، ماجدة السيد. (2015). *الاضطرابات السلوكية* (ط.1). عمان: دار صفاء.

عبيدات، محمد و ابو نصار، محمد و مبيضين، عقلة. (1999). *منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات*. الاردن: دار وائل للنشر.

العثمان، ابراهيم بن عبد الله و الببلاوي، ايهاب عبد العزيز. (2012). *المساندة الاجتماعية و التوافق الزوجي وعلاقتهم بالضغوط لدى امهات الاطفال ذوي طيف التوحد*. مجلة كلية التربية ، 1 (63)، 778-739.

عثمان، فاروق السيد. (2001). *القلق و ادارة الضغوط النفسية* (ط.1). مصر: دار الفكر العربي.

العجمي، نادية علي. (2011). *التدخل المبكر وبرنامج البورتيج* (ط.1). عمان: دار يافا العلمية.

العدل، عادل. (2001). *تحليل المسار للعلاقة بين مكونات القدرة على حل المشكلات الاجتماعية و كل من فعالية الذات و الاتجاه نحو المخاطرة*. مجلة كلية التربية ، 1 (25)، 128-121.

على صبره محمد وشريت، اشرف محمد عبد الغني. (2004). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*. الانزاريطة: دار المعرفة الجامعية.

علي، عبد السلام علي. (2005). *المساندة الاجتماعية و تطبيقاتها العملية* (ط.1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عمارة، ماجد السيد علي. (2005). *اعاقة التوحد :بين التشخيص و التشخيص الفرق* . (ط.1). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

عمر، محمد كمال ابو الفتوح وابوراسين، محمد بن حسن وتيراب، احمد يعقوب النور و السواح، صالح عبد المقصود. (2015). *فاعلية برنامج ارشادي لتوعية اباء وامهات اطفال التوحد بمحافظة حازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة ابنائهم*. مجلة التربية الخاصة و التأهيل ، 1 (8)، 132-85.

العمرية، صلاح الدين. (2005). *الصحة النفسية و الارشاد النفسي* . (ط.1). الاردن: مكتبة المجتمع العربي.

العناني، حنان عبد المجيد. (2000). *الصحة النفسية* (ط.1). عمان: دار الفكر.

عوالي، عائشة و اجراد، محمد. (2016). علاقة الصلابة النفسية بادراك الضغط النفسية وبنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين باحتشاء عضلة القلب. *مجلة دراسات في العلوم الاجتماعية و الانسانية* ، 16 (2)، 135-121.

عوده ،محمد محمد و فقيري، ناهد شعيب. (2016). *الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية* . مصر: مكتبة الانجلو المصرية .

العيافي، احمد بن عبد الله محمد. (2011). *الصلابة النفسية واحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الايتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة ومحافظة الليث* . (رسالة ماجستير). جامعة ام القرى.

عيسات، مريم و واكلي، بديعة ايت مجبر. (2020). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية و علاقتها بالصلابة النفسية على عينة من اعوان الحماية المدنية. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية و التربوية* ، 5 (1)، 448-425.

عينة، فتيحة ناريمان. (2021). *فاعلية برنامج ارشادي قائم على نظرية كوبازا لتنمية الصلابة النفسية وخفض قلق الامتحان لدى تلاميذ سنة ثالثة ثانوي* (اطروحة دكتوراه). جامعة زيان عاشور ،الجلقة.

غانم، محمد حسن. (2009). *كيف تهزم الضغوط النفسية(احدث الطرق العلمية لعلاج التوتر)*. القاهرة: دار اخبار اليوم.

الغريز، احمد نايل و ابو اسعد، احمد عبد اللطيف. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية* (ط.1). عمان: دار الشروق.

الغريز، احمد نايل و بلال، احمد عودة. (2009). *سيكولوجية اطفال التوحد*. عمان: دار الشروق.

غزال، عبد الفتاح علي وعبد الواحد، حزم علي. (2008). *الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق*. الاسكندرية: ماهي لخدمات الكمبيوتر.

فقال، صليحة. (2021). الرضا عن الحياة و الصلابة النفسية لدى امهات الاطفال المصابين بالتوحد
:دراسة مقارنة بين امهات الاطفال المصابين بالتوحد و امهات الاطفال غير المصابين بالتوحد. مجلة
المرشد ، 11 (1)، 45-58.

الفرماوي،حمدي علي وعبد الله، رضا. (2009). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة: موجهات
نفسية في سبيل التنمية البشرية (ط.1). عمان: دار صفاء.

قاسم، عبد الله محمد. (2001). الطفل التوحيدي او الذاتوي الانطواء على الذات ومعالجته «اتجاهات
حديثه» (ط.1). عمان: دار الفكر.

القريطي، عبد المطلب. (1998). في الصحة النفسية (ط.1). القاهرة: دار الفكر العربية.

القمش، مصطفى نوري. (2011). اضطرابات التوحد: الاسباب، التشخيص والعلاج: دراسات عملية
(ط.1). عمان: دار المسير للنشر والتوزيع.

القمش، مصطفى نوري (2013). الاعاقات المتعددة . (ط.1). عمان: دار المسيرة.

قنون ،خميسة. (2007). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكنتاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية
[رسالة ماجستير]. جامعة محمد خيضر.بسكرة

قنون، خميسة . (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة
لدى مرضى السرطان (اطروحة دكتوراه). جامعة الحاج لخضر.باتنة.

قوعيش، مغنية. (2018). الضغوط النفسية و اساليب مواجهتها لدى امهات الاطفال المصابين بالتوحد
:دراسة وصفية لامهات الاطفال المصابين بالتوحد بولاية مستغانم. مجلة التنمية البشرية (العدد11)،
62-78.

قويدري،علي و عاجب،بومدين. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بتوهم المرض لدى عينة من اساتذة
التعليم الثانوي. مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية ، 6 (2)، 812-833.

الكاشف، ايمان فؤاد. (2001). اعداد الطفل والاسرة لمواجهة الاعاقة. القاهرة: دار قباء.

كامل، محمد علي. (2003). *الاوليتيزم (التوحد) الاعاقة الغامضة بين الفهم و العلاج*.الازاريطية: مركز الاسكندرية للكتاب.

كفافي،علاء الدين. (1990). *الصحة النفسية (ط.1)*. القاهرة: هجر.

كوفي، ليلي. (2015). *الضغوط الاسرية لدى اولياء الاطفال التوحديين*. مجلة المرشد ، 5 (1)، 150-175.

لطيف، مروة عبد الحكيم عوض. (2019). *تنمية اساليب مجابهة الضغوط: مدخل لخفض اعراض القلق لدى امهات الاطفال الذاتويين (رسالة ماجستير)*. جامعة عين شمس.مصر.

متولي، محمد عبد القادر علي. (2019). *علاقة الاليكسيثيميا بالضغوط النفسية لدى والدي اطفال ذوي اضطراب التوحد*. مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية و النفسية ، 27 (4). 110-144.

مجمع اللغة العربية. (2014). *معجم الوسيط*. مكتبة الشرق الدولية.

مجيد، سوسن شاكر. (2007). *التوحد :اسبابه،خصائصه تشخيصه ،علاجه* . (ط.1).عمان: ديبونو.

محمد، عادل عبد الله. (2010 ا). *مدخل الى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية*. القاهرة: دار الرشاد.

محمد، عادل عبد الله. (2010 ب). *مقدمة في التربية الخاصة*.القاهرة: دار الرشاد.

محمد،مواهب الرشيد ابراهيم. (2018). *الاكتئاب لدى امهات اطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات*. مجلة العلوم التربوية و النفسية ، 02 (09)، 83-108.

محمود، ايمان. (2016). *الصحة النفسية للطفل: علامات على الطريق الصحيح*.مصر: وكالة الصحافة العربية.

محيريق، مبروكة عمر. (1996). *دراسات في المعلومات و البحث العلمي و التاهيل و التكوين*. القاهرة: عصمي للنشر و التوزيع.

مختار، وفيق صفوت. (2018). *اطفال التوحد الاوليتيزم*.الجيزة: اطلس.

مخيمر، عماد محمد احمد .(1996). ادراك القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالصلاية النفسية لطلاب الجامعة .مجلة دراسات نفسية ،6(2) ، 275-299.

مصطفى، اسامة فاروق و الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد: الأسباب، التشخيص والعلاج (ط.1). عمان: دار المسيرة.

المطيري، معصومة سهيل. (2005). الصحة النفسية: مفهومها ،اضطراباتها (ط.1). الكويت: مكتبة الفلاح.

معتز، سيد عبد الله. (2001). بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية. مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

معمرية ،بشير. (2021). علم النفس الايجابي و قياس متغيراته في المجتمع الجزائري (الجزء الثالث).الجزائر: باتنة. جامعة الحاج لخضر.

مقدم، سهيل و قدور ، بن عباد هوارية.(2018).المساندة الاجتماعية كاستراتيجية في مواجهة الاحداث المهنية الضاغطة لدى المرأة الجزائرية العاملة.مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية(33) 67-78

منسي، حسن. (2001). الصحة النفسية (ط.2).الاردن: دار الكندي اريد.

منصور، السيد كامل الشربيني. (2014). الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. دسوق: دار العلم والايمان.

الكردي، فوزية ابراهيم رباح. (2012). الاسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى افراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية (رسالة ماجستير منشورة). الدانمارك: الاكاديمية المفتوحة الميلادي، عبد المنعم. (2005). الصحة النفسية. الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

ناصر، عبد الرحيم. (2020). الاجهاد و استراتيجيات مواجهته لدى ام الطفل التوحدي[اطروحة دكتوراه الطور الثالث منشورة] . جامعة محمد لمين دباغين سطيف2.

نوار، شهرزاد. (2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي و الالم العضوي لدى مرضى السكري. *مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية* (13)، 139-162.

نوار، شهرزاد و زكري، نرجس. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، 2 (2)، 85-108.

النوايسة ، فاطمة عبد الرحيم. (2013). *الضغوط و الازمات النفسية واساليب المساندة*. (ط.1). دار المناهج.

هدبيل، يمينة و طوطاوي، زوليفة. (2018). العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و الصلابة النفسية لدى الاستاذ الجامعي. *مجلة افكار و افاق* ، 6 (2)، 59-78.

هلكا ، عمر علاء الدين. (2016). *الصلابة النفسية وعلاقتها بكل من تحمل الضيق والابعاد الاساسية للشخصية لدى عينة من المراهقين اللبنانيين* (اطروحة دكتوراه). جامعة بيروت.بيروت.
<http://librarycatalog.bau.edu.lb/BAUNumFile/ARTS/Theses/I163008.pdf>

ياغي، شاهر يوسف. (2006). *الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية*. (رسالة ماجستير). الجامعة الاسلامية، غزة.

يحي، خولة احمد. (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية* (ط.1). عمان: دار الفكر.

يحيياوي، حسينة و شينار، سامية. (2020). *الضغوط النفسية و الاجتماعية و تأثيرها على الصحة النفسية لدى اولياء الاطفال المصابين بطيف التوحد :دراسة ميدانية مقارنة*. *مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية* ، 12 (3)، 1121-1170.

يوسفي، حدة. (2013). *الصلابة النفسية ودورها الوقائي من الضغوط النفسية*. *مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية* (28)، 213-240.

يونس، نجاتي احمد حسن. (2015). *حاجات اولياء امور الاطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات*. *دراسات :العلوم التربوية* ، 42 (2)، 481-498.

المراجع الأجنبية

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & M. Murphy, M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome or fragile x syndrome. *American journal on mental retardation*, 109 (3), 237-254. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2004\)109%3C237:PWACIM%3E2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2004)109%3C237:PWACIM%3E2.0.CO;2)
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la resilience. *Informations sociales* (156), 70-78. DOI:10.3917/inso.156.0070. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-70.htm>
- Anaut, M. (2012). Traumatisme ,humour et resilience . Dans J. L. Senon, *Trauma et resilience victimes et auteurs*. Dunod.
- Arnaud, B., & Mellet, E. (2019). *La boite a outils de la psychologie positive au travail*. Dunod.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, 71-81). New York: Academic Press.
- Bartone, T.P., Eid, J., & Hystad, W.S. (2016). Training hardiness for stress resilience. In. Maheshwari, & V. V.Kumar, *Military psychology : concepts ,trends and intervention* (éd. 1, pp. 231-247). Sage publication.
- Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure de soutien social. *service sociale* , 45 (3), 55-76. <https://doi.org/10.7202/706737ar>
- Bellalou, L., Derguy, C., & Cappe, E. (2019). Influence du trouble du spectre de l'autisme sur la fratrie : relation familiale, qualité de vie et symptomatologie anxio dépressive : description de deux études françaises. Dans C. D. al, *Familles et trouble de spectre de l'autisme* (pp. 227-237). Dunod. DOI:10.3917/dunod.dergu.2019.01.0227
- Bizet, E., Bretiere, M., & Gillet, P. (2018). Neuro psychologie et remédiassions des troubles du spectre de l'autisme : enfants d'âge scolaire, adolescents et adultes. Boeck supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.breti.2018.01.0000c>
- Boyd, B.A. (2002). Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children With Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(1), 208 - 215. <https://doi.org/10.1177/10883576020170040301>.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *Psychologie de la santé:concepts,methodes et modeles*. Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100802012.htm>
- Brugha, T. (1995). *Social support and psychiatric disorder: research finding and guidelines for clinical practice* (éd. 1). Combridge university press. <https://www.amazon.com/Social-Support-Psychiatric-Disorder-Guidelines/dp/0521038057>

Cappe, É., Bobet, R. & Adrien, J. (2009). Psychiatrie sociale et problèmes d'assistance qualité de vie et processus d'adaptation des familles d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'asperger. *La psychiatrie de l'enfant*, 52, 201-246. <https://doi.org/10.3917/psy.521.0201>

Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>

Cohen, S., Underwood, G., L., & Gottlib, H.B. (2000). *Social support measurement and intervention*. Oxford university press. https://books.google.com/books/about/Social_Support_Measurement_and_Intervent.html?id=I_0HZQXQk2gC

Cole, M. S., Bruch, H., & Vogel, B. (2006). Emotion as Mediators of the Relations between Perceived Supervisor Support and Psychological Hardiness on Employee Cynicism. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 463-484. <https://doi.org/10.1002/job.381>

Collins, S. (2008). Statutory Social Workers: Stress, Job Satisfaction, Coping, Social Support and Individual Differences. *The British Journal of Social Work*, 38(6), 1173–1193. <http://www.jstor.org/stable/23724054>

Contejean, Y., & Doyen, C. (2012). Regards périphériques sur l'autisme : évaluer pour mieux accompagner. Lavoisier.

Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*, 22(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/13575279.2015.1064357>.

Derguy, C. (2019a).. Les besoins des parents d'enfants ayant un TSA : quels liens avec des variables individuelles et contextuelles ?. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 105-117). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0105>

Derguy, C. (2019b). Du stress parental aux symptômes anxio-dépressifs n'y a-t-il qu'un pas ? Études des variables modératrices individuelles et contextuelles. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 142-158). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0142>.

Downes, N. & Cappe, É. (2019). Expériences des couples, des grands-parents et de la fratrie : revue de la littérature nationale et internationale. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 211-226). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0211>

Fischer, G., Tarquinio, C. & Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé: Concepts, applications et perspectives*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02>

Fourcade, C., Kruck, J. & Rogé, B. (2019). Le fardeau perçu chez les parents d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme : approche quantitative et qualitative du vécu parental. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 177-190). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0177>.

Gallagher, S., & Whiteley, J. (2013). The association between stress and physical health in parents caring for children with intellectual disabilities is moderated by children's challenging behaviours. *Journal of health psychology*, 18(9), 1220–1231. <https://doi.org/10.1177/1359105312464672>

Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 49(Pt 6), 405–418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x>

Hasting, R. (2002). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school- age children with autism *Journal of sage publication and the national autistics society* , 9 (4), 377-391.

Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222–232. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2)

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Espinosa, F. D., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 9(4), 377–391. <https://doi.org/10.1177/1362361305056078>

Just, Helen D. (1999). *Hardiness Is It Still a Valid Concept?* [Washington, D.C.] : Distributed by ERIC Clearinghouse, <https://eric.ed.gov/?id=ED436704>

Lam, B.-H. (2019). *Social support ,well being and teaccher development* . Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3577-8_4

Lamy, L. (2014).. L'impact du soutien social sur la santé. Dans : Jacques Lecomte éd., *Introduction à la psychologie positive* (pp. 125-138). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lecom.2014.01.0125>

Lichtlé, J. & Cappe, É. (2019).. Stress, ajustement et qualité de vie des parents : revue de la littérature, conclusions, perspectives d'interventions et de recherches. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 123-141). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0123>

Loo.P ,Loo.H &Gallnowski .A.(2003).Le stress permanent.Masson.

Maddi, S. R. (1999). The personality construct of hardiness: I. Effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51(2), 83–94. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.2.83>

Maddi, R. S. (2013). *Hardiness turning stressful circumstances into resilient growth*. Springer
<https://www.amazon.com/Hardiness-Stressful-Circumstances-SpringerBriefs-Psychology/dp/9400752210>

Maxness, C. (2013). Vivre avec un enfant présentant un trouble de spectre de l'autisme: impact sur les familles. *Psychologie Québec*, 35-38.

Montis, P. V. (2014). *Autisme et émotions* (éd. 2). Boeck supérieur.

Moreno-Jemenez, B., Manaz, A. R., Hernandez, E. G., & Manuel, L. (2014). Development and validation of occupational hardiness questionnaire. *Psicothema*, 26 (2), 207-214. doi: 10.7334/psicothema2013.49

Mund, P. (2016). Kobasa concept of hardiness: A study with reference to the 3Cs. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*, 2(1), 34-40. Retrieved from <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243>

Osburne, A., McHugh, L., Saunders, L., & Reed, J. P. (2008). Parenting stress reduce the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (6), 1092-1103. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0497-7>

Paul, O. & Savard, N. (2016). 3. Les facteurs protecteurs du soutien social et familial. Dans : , C. Zaouche-Gaudron, *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (pp. 73-90). Toulouse: Érès.

Peeters, T. (2014). *L'autisme de la compréhension à l'intervention*. Dunod.

Pirsoul, T. (2020). Les antécédents et les conséquences du burn-out. Dans M. M. Zak, E. Zech, & I. Roskan, *Burn-out professionnel ,parental et de l'aidant :comprendre,prevenir et intervenir* (pp. 59-74). Boeck supérieur.
<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807315693-burn-out-professionnel-parental-et-de-l-aidant>

Pisula, E. (2011). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorders. InTech. doi: 10.5772/18507.

Pottie, C. G., & Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 22(6), 855–864. <https://doi.org/10.1037/a0013604>

Reed, B., Hu, S. & Tugade, M. M. (2017). Émotions Positives et Résiliences : Effets des Émotions Positives sur le bien-être physique et psychologique. *Revue québécoise de psychologie*, 38(2), 5–19. <https://doi.org/10.7202/1040768a>

Ricard, J. (1997). *La relation entre la qualité du fonctionnement familiale et le soutien social des parents ayant un jeune enfant présentant des retards de développement*. [Mémoire

présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie]. Université du Québec.
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4934>

Rogers, J. S., Dawson, G., & Rogé, (2013). *L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants*. Dunod.

Roy, R. (2011). *Social support ,health and illness: a complicated relationship* University of toronto press. <https://www.jstor.org/stable/10.3138/9781442685314>

Ruffion, A. (2019). La psychologie positive pour armer les enfants contre les discours radicaux. *Les Cahiers de l'Orient*, 134, 117-133. <https://doi.org/10.3917/lcdlo.134.0117>.

Sénéchal, C. & des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 245–260. <https://doi.org/10.7202/029772ar>

Servant.D.(2012).*Gestion du stress et de l'anxiété* (3ème édition). Masson.

Sinclair, F. & Naud, J. (2005). Soutien social et émergence du sentiment d'efficacité parentale : une étude pilote de la contribution du programme ÉcoFamille. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 193–208. <https://doi.org/10.7202/012145ar>

Squillaci Lanners, M. & Lanners, R. (2008). Éducation et soutien à la parentalité. Les attentes des parents ayant un enfant handicapé. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 23, 15-38. <https://doi.org/10.3917/rief.023.0015>

Taraback, J. (2011). *Relationship satisfaction and mental health of parent with autism: a comparison of autism,ADHD and normative children*, [thesis submitted to the requirement the degree of master of science in human development] . Faculty of Virginia polytechnic institute and state. <http://hdl.handle.net/10919/31236>

Tardif, C., & Gepner, B. (2003). *L'autisme*. Paris : Nathan.

Terrisse, B., Kalubi, J. C., & SergeJ.Larivée. (2007). Resilience et handicap chez l'enfant. *Reliance* , 2 (24), 12-21. DOI:10.3917/reli.024.0012

Tisseron, S. (2011). *La resilience* (éd. 4). Paris :Presses universitaires de France.

Tonge, B. J., Brereton, A. V., Kiomall, M. C., Mackinnon, A. J., King, N. J., & Rinehart, N. J. (2006). Effect on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (5), 561-569. doi: 10.1097/01.chi.0000205701.48324.26

Tremblay, M. (1996). Préambule. Soutien communautaire et participation sociale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 3–5. <https://doi.org/10.7202/032394ar>

Trudel, E.-J. (2009). *le soutien social et l'anxiété :les predicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. [These doctorat en psychologie]. Université de Québec, Montréal. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/1870>

Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de resilience . Dans J. L. Senon, *Trauma et resilience :victimes et auteurs* (pp. 15-22).Paris :Dunod.

الملاحق

الملحق رقم(1) ادوات البحث

جامعة الجزائر 02 ابوالقاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

في اطار تحضير شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي حول موضوع "دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في ادراك الضغط النفسي لدى ابناء وامهات الاطفال المصابين بالتوحد نتوجه الى سيادتكم المحترمة بهذه المقاييس ونرجو من حضرتكم الاجابة عليها بكل عناية، ونعلمكم انما سيتم الادلاء به من معلومات ستستخدم فقط لاغراض البحث العلمي، وشكرا على تعاونكم

البيانات:

الام :

الاب:

انثى

ذكر

جنس الطفل:

عمر الطفل:

1-مقياس الصلابة النفسية من اعداد عماد محمد احمد مخيمر (2002)

ضع علامة (x) أمام العبارة التي تناسب شعورك

رقم العبارة	العبارة	تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق أبدا
1	مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي			
2	أأخذ قراراتتي بنفسي ولا أتملى علي من مصدر خارجي			
3	أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها			
4	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم			
5	عندما أضع خططي المستقبلية غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها			
6	أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها			
7	معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها			
8	نجاحي في أموري (دراسة، عمل.... إلخ) يعتمد على مجهودي وليس على الحظ أو الصدفة			
9	لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا أعرفه			
10	أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنا أعيش من أجله			
11	الحياة فرص وليست عمل وكفاح			
12	أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها			
13	لدي قيم ومبادئ معينة ألتزم بها وأحافظ عليها			
14	أعتقد أن القشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه			
15	لدي قدرة على المثابرة حين أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني			
16	لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعو للتمسك بها أو الدفاع عنها			
17	أعتقد أن كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي			
18	المشكلات تستتفر قواي وقدرتي على التحدي			
19	لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه			
20	لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ			
21	أشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث			
22	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة			

23	أعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دورا هاما في حياتي		
24	عندما أحل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى		
25	أعتقد أن البعد عن الناس غنية		
26	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي		
27	أعتقد أن مواجهة المشكلات ببيان لقوة تحملي وقدرتي على المثابرة		
28	اهتمامي بنفسى لا يترك لي فرصة للتفكير في أي شيء آخر		
29	أعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط		
30	لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي		
31	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يخدم أسرتي أو مجتمعي		
32	أعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي		
33	أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها		
34	أهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا وأحداث		
35	أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوة خارجية لا سيطرة لهم عليها		
36	الحياة الثابتة والسكونية هي الحياة الممتعة بالنسبة لي		
37	الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن أحيها		
38	أؤمن بالحظ		
39	أعتقد أن الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية		
40	أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم		
41	أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري من حولي من أحداث		
42	أتوجس من تغييرات الحياة فكل تغير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي		
43	أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن		
44	أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية		
45	التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح		
46	أغير قيمي ومبادئى إذا دعت الظروف لذلك		
47	أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث		

2- مقياس المساندة الاجتماعية من اعداد الباحثة فوزية إبراهيم رباح الكردي (2012)

ضع علامة (x) أمام العبارة التي تناسب شعورك

رقم العبارة	العبارة	نعم	بين وبين	لا
1	يقف أصدقائي بجانبني عندما أحتاجهم			
2	اعتمد على أصدقائي القريبين مني			
3	أشعر بأهميتي عندما أكون مع أصدقائي			
4	يعاملني أصدقائي بلطف بغض النظر عما أفعل			
5	اعتمد على أصدقائي لحل المشكلات التي تواجهني			
6	يهتم بي زملائي المقربين مني			
7	لا أشعر بالراحة عندما أكون بين أصدقائي			
8	أشعر بأنني عضو في مجموعة أصدقاء			
9	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من أصدقائي			
10	أشعر بالراحة عندما أطلب المساندة من أسرتي			
11	أشعر أن أسرتي يهتمها أن أكون بينها			
12	كثيرا ما أفكر في الابتعاد عن أفراد أسرتي			
13	أشعر بعدم الانتماء للأسرة			
14	أشعر بالوحدة حين أكون بين أسرتي			
15	يشاركني والداي في حل مشكلاتي			
16	لا أعرف أحد أثق فيه			
17	لدي من ألجأ إليه عندما أشعر بعدم السعادة			
18	أشعر أنني لا أحتاج للآخرين			
19	أستطيع التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة			
20	لا يوجد من يساندني في الأوقات الصعبة			
21	أشعر أنني أعيش بمفردي			
22	أحاول حل مشكلاتي بنفسي			
23	أرى أن المساعدات الحكومية غير كافية			
24	أجد الاحترام والتقدير عندما أراجع المؤسسات الحكومية			
25	توجد العديد من المؤسسات الخاصة تقدم المساعدة لي			
26	تقديم الهدايا من قبل مؤسسات المجتمع المدني يشعرني بالتقدير			
27	تقدم الجهات الحكومية المساعدات لمواطنيها			
28	لا ألقى معونة مادية من أحد			

3- مقياس ليفنستاين (1993) لإدراك الضغط النفسي

ضع علامة (x) أمام العبارة التي تناسب شعورك

رقم العبارة	العبارة	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3	أنت سريع الغضب				
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 أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16	تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن والحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تمتع نفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها				
24	تشعر أنك موضع انتقاد وحكم				
25	أنت شخص خال من الهموم				
26	تشعر بإنهاك وتعب فكري				
27	لديك صعوبة للاسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت				

4-مقياس الصحة النفسية سدني كراون و كرسب

ضع علامة (x) أمام العبارة التي تناسب شعورك

رقم العبارة	العبارة	نعم	لا
1	غالبًا ما أشعر بالانزعاج دون سبب واضح	نعم	لا
2	أشعر بالخوف لا مبرر له عندما أكون في مكان مغلق مثل مخزن أو حانوت أو ما شابه ذلك	كثيرا	أحيانا لا مطلقا
3	هل تقول على نفسك أنك حريص أكثر مما ينبغي	نعم	لا
4	هل تعاني من الدوار (الدوخة) أو تشعر بضيق التنفس	كثيرا	أحيانا لا مطلقا
5	هل تفكر بنفس السرعة التي اعتدت أن تفكر بها سابقا	نعم	لا
6	هل تتأثر بأراء الآخرين بسرعة	نعم	لا
7	هل شعرت مرة بأنه على وشك أن يغمى عليك	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
8	هل يصيبك الخوف من احتمال أن تصاب بمرض لا علاج له	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
9	هل تعتقد أن النظافة من الإيمان	نعم	لا
10	هل تعاني من سوء الهضم و الاستفراغ	نعم	لا
11	هل تشعر أن الحياة متعبة جدا	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
12	هل تتذكر بأنك تمتعت بتمثيل دور من الأدوار في فترة من حياتك	نعم	لا
13	هل تحس بالضيق وعدم الارتياح	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
14	هل تشعر بالأمان والاطمئنان عندما تكون في داخل البيت أو <u>البنية</u> على عكس ما تشعر به وأنت في الحديقة أو في الشارع	بالتأكيد	أحيانا لا مطلقا
15	هل تراودك أفكار سخرية وغير منطقية	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
16	هل تشعر بأن هناك وخزات أو تشنجات في جسمك أو أطرافك	نادرا	غالبًا لا مطلقا
17	هل تنسى كثيرا من سلوكك السابق	نعم	لا
18	هل أنت عادة إنسان عاطفي بدرجة كبيرة	نعم	لا
19	هل تشعر بالفراغ الشديد في بعض الأحيان	نعم	لا
20	هل تشعر بالضيق عند تنقلك في الحافلة أو القطار حتى عندما لا تكون واسطة النقل مزدحمة	كثيرا	قليلا لا مطلقا
21	هل تكون في قمة سعادتك عندما تزاول عمالك	نعم	لا
22	هل شعرت مؤخرا بفقدان الشهية	نعم	لا
23	هل تستيقظ مبكرا جدا في الصباح	نعم	لا
24	هل يعجبك أن تكون محط الأنظار	نعم	لا
25	هل تقول عن نفسك بأنك إنسان كثير القلق	دائما	نوعا ما لا مطلقا
26	هل تكره الخروج لوحدهك	نعم	لا
27	هل أنت من النوع الذي يتوخي الكمال في الأشياء	نعم	لا
28	هل تشعر بالتعب أو الإعياء دون سبب	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
29	هل تمر بك فترات طويلة من الاكتئاب	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
30	هل تجد نفسك تنتهز الفرص لتحقيق أغراضك الشخصية	غالبًا	أحيانا لا مطلقا
31	هل تشعر بالانقباض عندما تكون في الأماكن المغلقة	نعم	لا
32	هل تقلق دون سبب عندما يتأخر قريب لك في العودة إلى البيت	نعم	لا
33	هل تتحقق من الأشياء التي تنجزها بدرجة مبالغ فيها	نعم	لا

34	هل تستطيع أن تذهب إلى الفراش في هذه اللحظة	نعم	لا	
35	هل تبذل جهدا استثنائيا في مواجهة أزمة أو صعوبة	دائما	أحيانا	ليس أكثر من مرة
36	هل تنفق كثيرا على ملابسك	نعم	لا	
37	هل راودك شعور يوما بأنك على وشك الانهيار	نعم	لا	
38	هل تخاف من الأماكن العالية	نعم	لا	
39	هل يضايقك اختلاف حياتك عن سيرها المألوف	كثيرا	قليلا	لا مطلقا
40	هل تعاني كثيرا من تصيب العرق أو خفقان القلب	نعم	لا	
41	هل تجد نفسك بحاجة إلى البكاء	غالبا	أحيانا	لا مطلقا
42	هل تستهويك المواقف الدرامية التي تحمل انفعالات كثيرة	نعم	لا	
43	هل تراودك كوابيس مزعجة تجعلك تشعر بالضيق عندما تستيقظ	لا	أحيانا	لا مطلقا
44	هل تشعر بالفزع عندما تكون بين حشد من الناس	دائما	أحيانا	لا مطلقا
45	هل تجد نفسك قلق دون سبب حول أشياء لا تستحق القلق	كثيرا	أحيانا	لا مطلقا
46	هل حدث تغير في اهتماماتك الجنسية	ازدادت	كما هي	أصبحت أقل
47	هل فقدت قابليتك في التعاطف مع الآخرين	نعم	لا	
48	هل تجد نفسك أحيانا تدعي أو تتظاهر	نعم	لا	

الملحق رقم (2) الخصائص السيكومترية لادوات البحث:
1- الخصائص السيكومترية لمقياس ادراك الضغط النفسي:

التجزئة النصفية لمقياس ادراك الضغط النفسي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,792
		Nombre d'éléments	15 ^a
	Partie 2	Valeur	,864
		Nombre d'éléments	15 ^b
	Nombre total d'éléments		
Corrélation entre les sous-échelles			,767
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,868
	Longueur inégale		,868
Coefficient de Guttman			,853

الفا كرونباخ لمقياس ادراك الضغط النفسي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclu ^a	0	,0
	Total	100	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,904	30

معاملات ارتباط مقياس ادراك الضغط النفسي بينوده:

		المجموع الكلي للمقياس	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك بالراحة	تشعر بالوحدة او العزلة	لديك اشياء كثيرة للقيام بها	انت سريع الغضب	تجد نفسك في مواقف صراعية	تشعر بانك تقوم باشياء تحبها فعلا	تشعر بالتعب	تخاف من عدم استطاعتك ادارة الامور لبلوغ اهدافك	تشعر بالهدوء	لديك عدة قرارات لاتخاذها	تشعر بالاحباط	انت ملئ بالحياة	
المجموع الكلي للمقياس	Corrélation de Pearson	1	,336**	,307**	,580**	,381**	,543**	,508**	,596**	,547**	,568**	,353**	,327**	,431**	,401**
	Sig. (bilatérale)		,001	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

تشعر انك تحت ضغط مميت	لديك الوقت الكافي لنفسك	تشعر بعبء المسؤولية	لديك صعوبة للاسترخاء	تشعر بانهاك و تعب فكري	انت شخص خال من الهموم	تشعر انك موضع انتقاد و حكم	تشعر بانك قمت باشياء ملزم بها ليس لانك تريد	انت خائف من المستقبل	تمتع نفسك	تشعر بفقدان العزيمة	انت تحت ضغط مقارنة بالاشخاص الاخرين	لديك عدة مخاوف	تشعر بالامن و الحماية	تشعر انك في عجلة من امرك	تبدو مشاكلك انها ستتراكم	تشعر بالتوتر
,703**	,499**	,484**	,726**	,585**	,345**	,480**	,475**	,597**	,709**	,511**	,568**	,675**	,384**	,700**	,570**	,608**
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

معاملات ارتباط مقياس الصلابة النفسية بابعاده:

Corrélations					
		المجموع الكلي للمقياس	بعد الالتزام	بعد التحكم	بعد التحدي
المجموع الكلي للمقياس	Corrélation de Pearson	1	,955**	,959**	,948**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).					

الفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	84,0
	Exclue ^a	19	16,0
	Total	119	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,952	47

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

الفا كرونباخ لبعد الالتزام:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	84,0
	Exclue ^a	19	16,0
	Total	119	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,889	16

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

الفا كرونباخ لبعد التحدي:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	84,0
	Exclue ^a	19	16,0
	Total	119	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,876	15

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure

الفا كرونباخ لبعد التحكم:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	84,0
	Exclue ^a	19	16,0
	Total	119	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,835	16

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédur

التجزئة النصفية لمقياس الصلابة النفسية:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	84,0
	Exclue ^a	19	16,0
	Total	119	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur
		,898

		Nombre d'éléments	24 ^a
	Partie 2	Valeur	,915
		Nombre d'éléments	23 ^b
	Nombre total d'éléments		47
Corrélation entre les sous-échelles			,923
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,960
	Longueur inégale		,960
Coefficient de Guttman			,959

معاملات ارتباط بعد الالتزام ببئوده:

		بعد الالتزام	قيمة الحياة تتم في ولاء الفرد لبعض المبادئ و القيم	معظم اوقات حياتي تضيق في انشطة لا معنى لها	اعتقد ان لحياتي هدفا و معنا اعيش من اجله	معينة التزم بها و احافظ عليها	لا يوجد لدي من الاهداف ما يدعو للتمسك بها او الدفاع عنها	لا اتردد في المشاركة في اي نشاط يخدم المجتمع الذي اعيش فيه	ابادر بالوقوف بجانبي الاخرين عند مواجهتهم لاي مشكلة	اعتقد ان البعد عن الناس غنيمة	اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في اي شيء اخر	ابادر بعمل اي شيء اعتقد انه يخدم اسري او مجتمعي	اهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا و احداث	الحياة بكل ما فيها لا تستحق ان احياها	اشعر بالمسؤولية تجاه الاخرين و ابادر بمساعتهم	اهتم بقضايا الوطن و اشارك فيها كلما امكن	اغير قيمي و مبادئ اذا دعت الظروف لذلك	
بعد الالتزام	Corrélation de Pearson	1	,737**	,364**	,517**	,391**	,491**	,667**	,409**	,729**	,516**	,788**	,609**	,771**	,609**	,647**	,757**	,695**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد التحدي ببئوده:

		بعد التحدي	اعتقد ان متعة الحياة و اثارتها تكنم في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها	اقتحم المشكلات لحلها و لا انتظر حدوثها	لدي حب استطلاع و رغبة في معرفة ما لا اعرفه	اعتقد ان الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات استطيع ان اواجهها	لدي قدرة على المثابرة حين انتهني من حل اي مشكلة تواجهني	المشكلات تستنفّر قواي و قدرتي على التحدي	اشعر بالخوف و التهديد لما قد يطرا على حياتي من ظروف و احداث	عندما احل مشكلة اجد متعة في التحرك لحل مشكلة اخرى	اعتقد ان مواجهة المشكلات بيان لقوة تحملي و قدرتي على المثابرة	لدي حب المغامرة و الرغبة في استكشاف ما يحيط بي	ابادر في مواجهة المشكلات لانني اتق في قدرتي على حلها	ابالحياة الثابتة و الساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي	اعتقد ان الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة و روتينية	اتوجس من تغييرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي و لحياتي	التغير هو سنة الحياة و المهم هو القدرة على مواجهته بنجاح
بعد التحدي	Corrélation de Pearson	1	,794**	,437**	,765**	,664**	,670**	,539**	,376**	,388**	,514**	,687**	,639**	,710**	,803**	,578**	,466**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد التحكم بينوده:

		بعد التحكم	اتخذ قراراتتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي	عندما اضع خططي المستقبلية غالبا ما اكون متاكدا من قدرتي على تنفيذها	نجاحي في اموري (دراسة . عمل) يعتمد على مجهودي وليس على الحظ او الصدفة	الحياة فرص و ليست عمل و كفاح	اعتقد ان الفشل يعود الى اسباب تكمن في الشخص نفسه	اعتقد ان كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي	لا يوجد في الواقع شيئ اسمه الحظ	اعتقد ان الصدفة و الحظ يلعبان دورا هاما في حياتي	استطيع التحكم في مجرى امور حياتي	اعتقد ان سوء الحظ يعود الى سوء التخطيط	اعتقد ان تأثيري ضعيف على الاحداث التي تقع لي	اعتقد ان حياة الافراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها	اعتقد ان لي تأثيرا قويا على ما يجري من حولي من احداث	اخطط لامور حياتي و لا اتركها رحمة الصدفة و الحظ و الظروف الخارجية	اشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل انتحدث	
بعد التحكم	Corrélation de Pearson	1	,785**	,416**	,462**	,368**	,527**	,417**	,482**	,493**	,421**	,495**	,362**	,736**	,712**	,517**	,526**	,763**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط مقياس الصلابة النفسية ببنوده:

اعتقد ان الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات استطيع ان اواجهها	اعتقد ان الحياة فرص و ليست عمل و كفاح	اعتقد ان لحياتي هدفا و معنا اعيش من اجله	لدي حب و استطلاع و رغبة في معرفة ما لا اعرفه	نجاحي في اموري (دراسة . عمل)	معظم اوقات حياتي تضيق في انشطة لا معنى لها	اقتحم المشكلات لحلها و لا انتظر حدوثها	عندما اضغ خططتي المستقبلية غالبا ما اكون متاكدا من قدرتي على تنفيذها	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ و القيم	متعة الحياة و اثارها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها	اتخذ قراراتتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي	مهما كانت العقبات فاني استطيع تحقيق اهدافي	المجموع الكلي للمقياس	
529**	332**	369**	782**	455**	486**	442**	311**	347**	786**	821**	646**	1	Corrélation de Pearson
0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000		Sig. (bilatérale)
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	N

اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في اي شئ اخر	اعتقد ان مواجهة المشكلات بيان لقوة تحملي و قدرتي على المثابرة	استطيع التحكم في مجرى امور حياتي	اعتقد ان البعد عن الناس غنيمة	عندما احل مشكلة اجد متعة في التحرك لحل مشكلة اخرى	اعتقد ان الصدفة و الحظ يلعبان دورا هاما في حياتي	اشعر بالخوف و التهديد لما قد يطرا على حياتي من ظروف و احداث	لا يوجد في الواقع شئ اسمه الحظ	لا يوجد في المشاركة في اي نشاط يخدم المجتمع الذي اعيش فيه	المشكلات تستنفر قواي و قدرتي على التحدي	اعتقد ان كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي	لا يوجد لدي من الاهداف ما يدعو للتمسك بها او الدفاع عنها	لدي قدرة على المثابرة حين انتهي من حل اي مشكلة تواجهني	اعتقد ان الفشل يعود الى اسباب تكمن في الشخص نفسه	معينة التزم بها و احافظ عليها
839**	472**	313**	502**	320**	469**	470**	468**	337**	484**	365**	584**	543**	566**	391**
0,000	0,000	0,002	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

اشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل ان تحدث	اغير قيمي و مبادئ اذا دعت الظروف لذلك	التغير هو سنة الحياة و المهم هو القدرة على مواجهته بنجاح	اخطت لامور حياتي و لا اتركها تحت رحمة الصدفة و الحظ و الظروف الخارجية	اترجس من تغيرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي و لحياتي	اعتقد ان لي تاثيرا قويا على ما يجري من حولي من احداث	اشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين و ابادر بمساعدتهم	اعتقد ان الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة ممل و روتينية	اؤمن بالحظ و الصدفة	الحياة بكل ما فيها لا تستحق ان احيها	الحياة الثابتة و الساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي	اعتقد ان الافراد تتاثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها	اهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا و احداث	ابادر في مواجهة المشكلات لانني اتق في قدرتي على حلها	تأثيري ضعيف على الاحداث التي تقع لي	ابادر بعمل اي شئ اعتقد انه يخدم اسري او مجتمعي	لدي حب المغامرة و الرغبة في استكشاف ما يحيط بي	اعتقد ان سوء الحظ يعود الى سوء التخطيط
808**	619**	480**	494**	822**	636**	460**	785**	717**	691**	689**	769**	788**	609**	323**	575**	553**	433**
0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

3- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية

معاملات ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية بأبعاده

		المجموع الكلي لمقياس المساندة الاجتماعية	المساندة من طرف الاصدقاء	المساندة من طرف الأسرة	الاحساس الذاتي بالمساندة	المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع
المجموع الكلي لمقياس المساندة الاجتماعية	Corrélation de Pearson	1	,785**	,770**	,853**	,889**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).						

الفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclu ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,901	28

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

معاملات ارتباط بعد الاحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية بينوده

		الاحساس الذاتي بالمساندة	لا اعرف احد اتق فيه	لدي من الجا اليهم عندما اشعر بعدم السعادة	اشعر اني لاحتاج للآخرين	استطيع التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة	لا يوجد من يساعدني في الاوقات الصعبة	اشعر انني اعيش بمفردي	احاول حل مشكلاتي بنفسني
الاحساس الذاتي بالمساندة	Corrélation de Pearson	1	,633**	,697**	,538**	,576**	,763**	,731**	,573**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).									
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).									

الفا كرونباخ لبعده الاحساس الذاتي بالمساندة الاجتماعية

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclue ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,769	7

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

معاملات ارتباط بعد المساندة من طرف الاصدقاء بينوده

[illegible]

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

الفا كرونباخ لبعد المساندة من طرف الاصدقاء

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclue ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,821	9

معاملات ارتباط بعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع بينوده

		المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع	ارى ان المساعدات الحكومية غير كافية	اجد الاحترام و التقدير عنما اراجع المؤسسات الحكومية توجد المؤسسات الخاصة تقدم المساعدة لي	توجد العديد من المؤسسات الخاصة تقدم المساعدة لي	تقديم الهدايا من قبل مؤسسات المجتمع المدنيلايشعرني بالتقدير	تقدم الجهات الحكومية المساعدات لمواطنيها	لالقى معونة مادية من احد
المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع	Corrélation de Pearson	1	,539"	,408"	,637"	,708"	,571"	,703"
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

الفا كرونباخ لبعد المساندة من طرف مؤسسات الحكومة و المجتمع

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclue ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,704	6

معاملات ارتباط بعد المساندة من طرف الاسرة بينوده

		المساندة من طرف الاسرة	اشعر بالراحة عندما اطلب المساندة من اسرتي	اشعر ان اسرتي يهملها ان اكون بينها	كثيرا ما افكر في الابتعاد عن افراد اسرتي	اشعر بعدم الانتماء للأسرة	اشعر بالوحدة حين اكون بين اسرتي	بشاركني والدي في حل مشكلاتي
المساندة من طرف الاسرة	Corrélation de Pearson	1	,611**	,755**	,679**	,630**	,693**	,628**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).								
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).								

الفا كرونباخ لبعد المساندة من طرف الاسرة

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclue ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,742	6

التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	65,4
	Exclue ^a	53	34,6
	Total	153	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,812
		Nombre d'éléments	14 ^a

	Partie 2	Valeur	,840
		Nombre d'éléments	14 ^b
	Nombre total d'éléments		28
Corrélation entre les sous-échelles			,768
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,869
	Longueur inégale		,869
Coefficient de Guttman			,866

معاملات ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية بينوده

		المجموع الكلي لمقياس المساندة الاجتماعية	يقف اصدقائي بجانبني عندما احتاجهم	اعتمد على اصدقائي القريبين مني	اشعر باهميتي عندما اكون مع اصدقائي	يعاملني اصدقائي بلطف بغض النظر عما افعل	اعتمد على اصدقائي لحل المشكلات التي تواجهني	يهتم بي زملائي القريبين مني	لا اشعر بالراحة عندما اكون بين اصدقائي	اشعر انني عضو في مجموعة اصدقاء	اشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من اصدقائي	اشعر بالراحة عندما اطلب المساندة من اسرتي	اشعر ان اسرتي يهتمها ان اكون بينها	كثيرا ما افكر في الابتعاد عن افراد اسرتي
المجموع الكلي لمقياس المساندة الاجتماعية	Corrélation de Pearson	1	,640**	,646**	,591**	,376**	,516**	,524**	,447**	,456**	,533**	,393**	,522**	,428**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

اشعر بعدم الانتماء للأسرة	اشعر بالوحدة حين اكون بين اسرتي	بشاركني والدي في حل مشكلاتي	لا اعرف احد اثق فيه	لدي من الجا اليهم عندما اشعر بعدم السعادة	اشعر اني لاحتاج للاخرين	استطيع التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة	لا يوجد من يساندني في الاوقات الصعبة	اشعر انني اعيش بمفردي	احاول حل مشكلاتي بنفسني	ارى ان المساعدات الحكومية غير كافية	اجد الاحترام و التقدير عنما اراجع المؤسسات الحكومية	توجد العديد من المؤسسات الخاصة تقدم المساعدة لي	تقديم الهدايا من قبل مؤسسات المجتمع المدنيلايشعرني بالتقدير	تقدم الجهات الحكومية المساعدات لمواطنيها	لا القى معونة مادية من احد
,323**	,504**	,461**	,544**	,517**	,313**	,553**	,572**	,602**	,518**	,419**	,524**	,388**	,478**	,512**	,526**
,001	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

4- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية

الفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,947	48

الفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,875	8

الفا كرونباخ لمقياس الفوبيا

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,835	8

الفا كرونباخ لمقياس القلق الجسمي

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,816	8

الفا كرونباخ لمقياس القلق

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,833	8

الفا كرونباخ لمقياس الهستريا

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,955	8

الفا كرونباخ لمقياس الوسواس

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,872	8

معاملات ارتباط مقياس الصحة النفسية بابعاده

		المجموع الكلي	الوسواس	القلق	القلق الجسمي	الاكتئاب	الهستيريا	الفوبيا
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	,711**	,862**	,784**	,829**	,485**	,768**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد الفوبيا بينوده

		الفوبيا	هل تشعر بخوف لا مبرر له عندما تكون في مكان مغلق مثل مخزن أو حانوت أو ما شابه	هل يصيبك الخوف من احتمال ان تصاب بمرض لا علاج له	هل تشعر بالامان و الاطمئنان في داخل البيت أو البناية على عكس ما تشعر به و انت في الحديقة أو في الشارع	هل تشعر بالضيق عند تنقلك في الحافلة أو القطار أو عندما لا تكون واسطة النقل مزدوجة	هل تكره الخروج لوحده	هل تقلق دون سبب عندما يتأخر قريب لك في العودة الى البيت	هل تخاف من الاماكن العالية	هل تشعر بالفرح عندما تكون بين جمع من الناس
الفوبيا	Corrélation de Pearson	1	,844**	,851**	,552**	,543**	,611**	,834**	,614**	,565**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد الاكتئاب بينوده

		الاكتئاب	هل تفكر بنفس السرعة التي اعتدت ان تفكر بها سابقا	هل تشعر ان الحياة متعبة جدا	هل تنسى كثيرا من سلوكك السابق	هل تستيقظ مبكرا جدا في الصباح	هل تمر بك فترات طويلة من الاكتئاب	هل تبذل جهدا استثنائيا في مواجهة ازمة او صعوبة	هل تجد نفسك بحاجة الى البكاء	هل فقدت قابليتك في التعاطف مع الاخرين
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	1	,884**	,891**	,450**	,484**	,880**	,690**	,629**	,839**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد القلق الجسدي بينوده

		هل حدث تغير في اهتمامك الجنسية	هل تعاني كثيرا من تصبب العرق او خفقان القلب	هل تستطيع ان تذهب الى الفراش في هذه اللحظة	هل تشعر بالتعب او الاعياء دون سبب	هل شعرت مؤخرا بفقدان الشهية	هل تشعر بان هناك وخزات او تشنجات في جسمك او اطرافك	هل تعاني من سوء الهضم او الاستفراغ	هل تعاني من الدوار (الدوخة) او تشعر بضيق التنفس	القلق الجسمي
القلق الجسدي	Corrélation de Pearson	1	,680**	,685**	,694**	,597**	,656**	,698**	,686**	,645**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد القلق بينوده

		هل تراودك كوابيس مزجة تجعلك تشعر بالضيق عندما تستيقظ	هل راودك شعور يوما انك على وشك الانهيار	هل تشعر بالانقباض عندما تكون في الاماكن المغلقة	هل تقول على نفسك انك انسان كثير القلق	هل تشعر بالفراغ الشديد في بعض الاحيان	هل تحس بالضيق و عدم الارتياح	هل سمرت مرة بانه على وشك ان يغمى عليك	هل تشعر بالانزعاج دون سبب واضح	القلق
القلق	Corrélation de Pearson	1	,681**	,689**	,755**	,477**	,726**	,723**	,631**	
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد الهستريا بينوده

		هل تجد نفسك احيانا تدعي او تتظاهر	هل تستهويك المواقف الدرامية التي تحمل انفعالات كثيرا	هل تنفق كثيرا على ملايسك	هل تجد نفسك تنتهز الفرص لتحقيق اغراضك الشخصية	هل يعجبك ان تكون محط الانظار	هل انت انسان عاطفي بدرجة كبيرة	هل تتذكر بانك تمتعت بتمثيل دور من الادوار في فترة من حياتك	هل تتأثر باراء الاخرين بسرعة	الهستريا
الهستريا	Corrélation de Pearson	1	,469**	,449**	,591**	,494**	,462**	,469**	,490**	
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

معاملات ارتباط بعد الوسواس بينود

		هل تقول على نفسك انك حريص اكتر مما ينبغي الوسواس	هل تعتقد ان النظافة من الايمان	هل تراودك افكار سخيفة و غير منطقية	هل تكون قي قيمة سعادتك عندما تقوم بعملك	هل انت من النوع الذي يتوخى الكمال في الاشياء	هل تتحقق من الاشياء التي تتجزها بدرجة مبالغ فيها	هل يضايقك اختلاف حياتك عن سيرها المألوف	هل تجد نفسك قلق دون سبب حول اشياء لا تستحق القلق
الوسواس	Corrélation de Pearson	1	,825**	,886**	,450**	,861**	,881**	,881**	,411**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

التجزئة النصفية لمقياس الصحة النفسية

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	100	99,0
	Exclue ^a	1	1,0
	Total	101	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,914
		Nombre d'éléments	24
	Partie 2	Valeur	,887
		Nombre d'éléments	24
	Nombre total d'éléments		48
	Corrélation entre les sous-échelles		
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,928
	Longueur inégale		,928
Coefficient de Guttman			,921

معاملات ارتباط مقياس الصحة النفسية ببؤوده

هل تتذكر بانك تمتعت بتمثيل دور من الادوار في فترة من حياتك	هل تشعر ان الحياة متعبة جدا	هل تعاني من سوء الهضم او الاستفراغ	هل تعتقد ان النظافة من الايمان	هل يصيبك الخوف من احتمال ان تصاب بمرض لا علاج له	هل شعرت مرة بانه على وشك ان يغمر عليك	هل تتأثر باراء الاخرين بسرعة	هل تفكر بنفس السرعة التي اعتدت ان تفكر بها سابقا	هل تعاني من الدوار (الدوخة) او تشعر بضيق التنفس	هل تقول على نفسك انك حريص اكثر مما ينبغي	هل تشعر بخوف لا مبرر له عندما تكون في مكان مغلق مثل مخزن او حانوت او ما شابه	هل تشعر بالانزعاج دون سبب واضح	المجموع الكلي	1
337**	720**	427**	584**	602**	742**	341**	712**	621**	539**	594**	543**	المجموع الكلي	1
0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100

هل تجد نفسك تنتهز الفرص لتحقيق اغراضك الشخصية	هل تمر بك فترات طويلة من الاكتئاب	هل تشعر بالتعب او الاعياء دون سبب	هل انت من النوع الذي يتوخى الكمال في الاشياء	هل تكره الخروج لوحده	هل تقول على نفسك انك انسان كثير القلق	هل يعجبك ان تكون محط الانظار	هل تستيقظ مبكرا جدا في الصباح	هل شعرت مؤخرا بفقدان الشهية	هل تكون في قمة سعادتك عندما تقوم بعملك	هل تشعر بالضيق عند تنقلك في الحافلة او القطار او عندما لا تكون واسطة النقل مزدوجة	هل تشعر بالفراغ الشديد في بعض الاحيان	هل انت انسان عاطفي بدرجة كبيرة	هل تنسى كثيرا من سلوكك السابق	هل تشعر بان هناك وخزات او تشنجات في جسمك او اطرافك	هل تراودك افكار سلبية و غير منطقية	هل تشعر بالامان و الاطمئنان في داخل البيت او البنية على عكس ما تشعر به و انت في الحديقة او في الشارع	هل تحس بالضيق و عدم الارتياح
327**	710**	542**	579**	509**	569**	329**	372**	556**	581**	552**	454**	332**	362**	622**	590**	408**	633**
0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

هل تجد نفسك احيانا تدعي او تتظاهر	هل فقدت قابليتك في التعاطف مع الاخرين	هل حدث تغير في اهتماماتك الجنسية	هل تجد نفسك قلق دون سبب حول اشياء لا تستحق القلق	هل تشعر بالفزع عندما تكون بين جمع من الناس	هل تراودك كوابيس مزعجة تجعلك تشعر بالضيق عندما تستيقظ	هل تستهويك المواقف الدرامية التي تحمل انفعالات كثيرا	هل تجد نفسك بحاجة الى البكاء	هل تعاني كثيرا من تصبب العرق او خفقان القلب	هل يضايقك اختلاف حياتك عن سيرها المألوف	هل تخاف من الاماكن العالية	هل راودك شعور يوما انك على وشك الانهيار	هل تنفق كثيرا على ملايسك	هل تبتذل استثنائيا في مواجهة ازمة او صعوبة	هل تستطيع ان تذهب الى الفرش في هذه اللحظة	هل تتحقق من الاشياء التي تتجزها بدرجة مبالغ فيها	هل تقلق دون سبب عندما يتأخر قريب لك في العودة الى البيت	هل تشعر بالانقباض عندما تكون في الاماكن المغلقة
339**	671**	540**	516**	407**	530**	321**	568**	408**	533**	525**	596**	322**	637**	420**	596**	580**	601**
0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

الملحق رقم (3) نتائج التحليل الإحصائي :

1. نتائج معاملات الارتباط بين ادراك الضغط النفسي و الصلابة النفسية و ابعادها

Corrélations						
		الضغط النفسي	الصلابة النفسية	بعد التحكم	بعد التحدي	بعد الالتزام
الضغط النفسي	Corrélation de Pearson	1	-,199 **	-,129	-,165 *	-,159 *
	Sig. (bilatérale)		,005	,069	,019	,025
	N	200	200	200	200	200
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson	-,199 **	1	,713 **	,804 **	,763 **
	Sig. (bilatérale)	,005		,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200
بعد التحكم	Corrélation de Pearson	-,129	,713 **	1	,377 **	,278 **
	Sig. (bilatérale)	,069	,000		,000	,000
	N	200	200	200	200	200
بعد التحدي	Corrélation de Pearson	-,165 *	,804 **	,377 **	1	,446 **
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,000		,000
	N	200	200	200	200	200
بعد الالتزام	Corrélation de Pearson	-,159 *	,763 **	,278 **	,446 **	1
	Sig. (bilatérale)	,025	,000	,000	,000	
	N	200	200	200	200	200

**-. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

*-. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

2- نتائج العلاقة بين الصلابة النفسية وابعادها و بين الصحة النفسية وابعادها

Corrélations

		الصلابة النفسية	بعد التحكم	بعد التحدي	بعد الالتزام	الصحة النفسية	القلق	الوسواس	القلق الجسدي	الاكتئاب	الهستيريا	الفوبيا
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson	1	,713**	,804**	,763**	-,206**	-,191**	-,101	-,160*	-,144*	-,057	-,192**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,003	,007	,154	,024	,043	,423	,006
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
بعد التحكم	Corrélation de Pearson	,713**	1	,377**	,278**	-,189**	-,150*	-,134	-,084	-,148*	-,106	-,180*
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,007	,034	,058	,238	,036	,135	,011
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
بعد التحدي	Corrélation de Pearson	,804**	,377**	1	,446**	-,158*	-,147*	-,063	-,155*	-,032	-,046	-,186**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,025	,038	,374	,028	,657	,520	,008
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
بعد الالتزام	Corrélation de Pearson	,763**	,278**	,446**	1	-,126	-,140*	-,037	-,124	-,150*	,018	-,075
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,076	,049	,606	,080	,034	,797	,290
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الصحة النفسية	Corrélation de Pearson	-,206**	-,189**	-,158*	-,126	1	,817**	,670**	,752**	,753**	,551**	,707**
	Sig. (bilatérale)	,003	,007	,025	,076		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق	Corrélation de Pearson	-,191**	-,150*	-,147*	-,140*	,817**	1	,501**	,560**	,576**	,303**	,475**
	Sig. (bilatérale)	,007	,034	,038	,049	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الوسواس	Corrélation de Pearson	-,101	-,134	-,063	-,037	,670**	,501**	1	,403**	,420**	,333**	,314**
	Sig. (bilatérale)	,154	,058	,374	,606	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق الجسدي	Corrélation de Pearson	-,160*	-,084	-,155*	-,124	,752**	,560**	,403**	1	,523**	,248**	,393**
	Sig. (bilatérale)	,024	,238	,028	,080	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	-,144*	-,148*	-,032	-,150*	,753**	,576**	,420**	,523**	1	,349**	,383**
	Sig. (bilatérale)	,043	,036	,657	,034	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الهستيريا	Corrélation de Pearson	-,057	-,106	-,046	,018	,551**	,303**	,333**	,248**	,349**	1	,307**
	Sig. (bilatérale)	,423	,135	,520	,797	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الفوبيا	Corrélation de Pearson	-,192**	-,180*	-,186**	-,075	,707**	,475**	,314**	,393**	,383**	,307**	1
	Sig. (bilatérale)	,006	,011	,008	,290	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

3- نتائج العلاقة المساندة الاجتماعية بأبعادها وبين ادراك الضغط النفسي

Corrélations

		الضغط النفسي	المساندة الاجتماعية	المساندة من طرف الأسرة	المساندة من طرف الاصدقاء	الاحساس الذاتي بالمساندة	المساندة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية
الضغط النفسي	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 200	-,173 * ,014 200	-,139 * ,050 200	-,092 ,194 200	-,199 ** ,005 200	-,040 ,571 200
المساندة الاجتماعية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,173 * ,014 200	1 200	,732 ** ,000 200	,754 ** ,000 200	,683 ** ,000 200	,529 ** ,000 200
المساندة من طرف الأسرة	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,139 * ,050 200	,732 ** ,000 200	1 200	,289 ** ,000 200	,416 ** ,000 200	,392 ** ,000 200
المساندة من طرف الاصدقاء	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,092 ,194 200	,754 ** ,000 200	,289 ** ,000 200	1 200	,304 ** ,000 200	,173 * ,014 200
الاحساس الذاتي بالمساندة	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,199 ** ,005 200	,683 ** ,000 200	,416 ** ,000 200	,304 ** ,000 200	1 200	,170 * ,016 200
المساندة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,040 ,571 200	,529 ** ,000 200	,392 ** ,000 200	,173 * ,014 200	,170 * ,016 200	1 200

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

4- نتائج العلاقة بين المساعدة الاجتماعية وإبعادها وبين الصحة النفسية وإبعادها

Corrélations													
		المساعدة الاجتماعية	المساعدة من طرف الأسرة	المساعدة من طرف الإصدقاء	الاحساس الذاتي بالمساعدة	المساعدة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية	الصحة النفسية	القلق	الوسواس	القلق الجسمي	الاكتئاب	الهستيريا	الفوبيا
المساعدة الاجتماعية	Corrélation de Pearson	1	,732 **	,754 **	,683 **	,529 **	-,176	-,183 **	-,156	-,175 *	-,146 *	-,029	-,056
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,013	,009	,027	,013	,039	,688	,431
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
المساعدة من طرف الأسرة	Corrélation de Pearson	,732 **	1	,289 **	,416 **	,392 **	-,101	-,069	-,151 *	-,126	-,121	-,069	,061
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,153	,331	,033	,076	,087	,333	,392
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
المساعدة من طرف الإصدقاء	Corrélation de Pearson	,754 **	,289 **	1	,304 **	,173 *	-,098	-,153 *	-,087	-,075	-,095	,050	-,035
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,014	,168	,030	,220	,289	,179	,484	,626
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الاحساس الذاتي بالمساعدة	Corrélation de Pearson	,683 **	,416 **	,304 **	1	,170 *	-,222 **	-,204 **	-,117	-,243 **	-,138	-,072	-,144 *
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,016	,002	,004	,099	,001	,051	,312	,042
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
المساعدة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية	Corrélation de Pearson	,529 **	,392 **	,173 *	,170 *	1	-,061	-,046	-,081	-,040	-,034	-,022	-,041
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,014	,016		,390	,518	,257	,574	,628	,761	,562
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الصحة النفسية	Corrélation de Pearson	-,176 *	-,101	-,098	-,222 **	-,061	1	,817 **	,670 **	,752 **	,753 **	,551 **	,707 **
	Sig. (bilatérale)	,013	,153	,168	,002	,390		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق	Corrélation de Pearson	-,183 **	-,069	-,153 *	-,204 **	-,046	,817 **	1	,501 **	,560 **	,576 **	,303 **	,475 **
	Sig. (bilatérale)	,009	,331	,030	,004	,518	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الوسواس	Corrélation de Pearson	-,156 *	-,151 *	-,087	-,117	-,081	,670 **	,501 **	1	,403 **	,420 **	,333 **	,314 **
	Sig. (bilatérale)	,027	,033	,220	,099	,257	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق الجسمي	Corrélation de Pearson	-,175 *	-,126	-,075	-,243 **	-,040	,752 **	,560 **	,403 **	1	,523 **	,248 **	,393 **
	Sig. (bilatérale)	,013	,076	,289	,001	,574	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	-,146 *	-,121	-,095	-,138	-,034	,753 **	,576 **	,420 **	,523 **	1	,349 **	,383 **
	Sig. (bilatérale)	,039	,087	,179	,051	,628	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الهستيريا	Corrélation de Pearson	-,029	-,069	,050	-,072	-,022	,551 **	,303 **	,333 **	,248 **	,349 **	1	,307 **
	Sig. (bilatérale)	,688	,333	,484	,312	,761	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
الفوبيا	Corrélation de Pearson	-,056	,061	-,035	-,144 *	-,041	,707 **	,475 **	,314 **	,393 **	,383 **	,307 **	1
	Sig. (bilatérale)	,431	,392	,626	,042	,562	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

5- نتائج العلاقة بين ادراك الضغط النفسي والصحة النفسية

		الصحة النفسية	القلق	الوسواس	القلق الجسدي	الاكتئاب	الهستيريا	الفوبيا	الضغط النفسي
الصحة النفسية	Corrélation de Pearson	1	,817**	,670**	,752**	,753**	,551**	,707**	,544**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق	Corrélation de Pearson	,817**	1	,501**	,560**	,576**	,303**	,475**	,522**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
الوسواس	Corrélation de Pearson	,670**	,501**	1	,403**	,420**	,333**	,314**	,358**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
القلق الجسدي	Corrélation de Pearson	,752**	,560**	,403**	1	,523**	,248**	,393**	,387**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	,753**	,576**	,420**	,523**	1	,349**	,383**	,448**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
الهستيريا	Corrélation de Pearson	,551**	,303**	,333**	,248**	,349**	1	,307**	,266**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
الفوبيا	Corrélation de Pearson	,707**	,475**	,314**	,393**	,383**	,307**	1	,332**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	200	200	200	200	200	200	200	200
الضغط النفسي	Corrélation de Pearson	,544**	,522**	,358**	,387**	,448**	,266**	,332**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	200	200	200	200	200	200	200	200

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

6- نتائج الفروق في إدراك الضغط النفسي بين الاباء والامهات

Statistiques de groupe

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاب او الام				
الاب	91	70,68	8,157	,855
الام	109	74,75	8,716	,835

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
الضغط النفسي	,445	,506	-3,386	198	,001	-4,071	1,202	-6,442	-1,700
			-3,407	195,402	,001	-4,071	1,195	-6,428	-1,714

7- نتائج الفروق في الصحة النفسية وإبعادها بين الآباء والأمهات

Statistiques de groupe

الآباء أو الأم	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصحة النفسية	91	30,27	9,474	,993
الآباء	109	35,91	8,588	,823
القلق	91	5,00	2,472	,259
الأم	109	6,53	2,259	,216
الوسواس	91	5,95	1,980	,208
الأم	109	6,39	1,694	,162
القلق الجسمي	91	5,04	2,413	,253
الأم	109	5,76	2,415	,231
الاكتئاب	91	6,11	2,036	,213
الأم	109	7,06	1,890	,181
الهستيريا	91	3,23	1,707	,179
الأم	109	3,70	1,692	,162
الفوبيا	91	4,95	2,575	,270
الأم	109	6,48	2,508	,240

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الصحة النفسية	Hypothèse de variances égales	1,219	,271	-4,407	198	,000	-5,634	1,278	-8,154	-3,113
	Hypothèse de variances inégaies			-4,369	183,766	,000	-5,634	1,290	-8,178	-3,089
القلق	Hypothèse de variances égales	,526	,469	-4,575	198	,000	-1,532	,335	-2,192	-,872
	Hypothèse de variances inégaies			-4,538	184,503	,000	-1,532	,338	-2,198	-,866
الوسواس	Hypothèse de variances égales	2,022	,157	-1,695	198	,092	-,440	,260	-,952	,072
	Hypothèse de variances inégaies			-1,671	178,162	,096	-,440	,263	-,960	,080
القلق الجسمي	Hypothèse de variances égales	,518	,472	-2,093	198	,038	-,718	,343	-1,393	-,042
	Hypothèse de variances inégaies			-2,094	191,739	,038	-,718	,343	-1,394	-,042
الاكتئاب	Hypothèse de variances égales	,012	,913	-3,401	198	,001	-,945	,278	-1,493	-,397
	Hypothèse de variances inégaies			-3,378	185,905	,001	-,945	,280	-1,497	-,393
الهستيريا	Hypothèse de variances égales	,495	,482	-1,934	198	,055	-,466	,241	-,942	,009
	Hypothèse de variances inégaies			-1,933	191,062	,055	-,466	,241	-,943	,010
الفوبيا	Hypothèse de variances égales	,017	,896	-4,250	198	,000	-1,532	,360	-2,243	-,821
	Hypothèse de variances inégaies			-4,240	189,795	,000	-1,532	,361	-2,245	-,819

8- نتائج الفروق في المساعدة الاجتماعية وابعادها بين الاباء والامهات

Statistiques de groupe

الاب او الام	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المساعدة الاجتماعية	91	62,13	9,471	,993
الاب	109	61,63	7,805	,748
الام				
المساعدة من طرف الاسرة	91	14,12	3,025	,317
الاب	109	15,12	2,860	,274
الام				
المساعدة من طرف الاصدقاء	91	20,07	4,524	,474
الاب	109	19,14	4,173	,400
الام				
الاحساس الذاتي بالمساعدة	91	15,16	2,911	,305
الاب	109	15,20	2,978	,285
الام				
المساعدة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية	91	12,78	2,284	,239
الاب	109	12,17	1,952	,187
الام				

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
المساعدة الاجتماعية	Hypothèse de variances égales	3,405	,066	,408	198	,683	,499	1,221	-1,910	2,908
	Hypothèse de variances inégales			,401	174,302	,689	,499	1,243	-1,954	2,952
المساعدة من طرف الاسرة	Hypothèse de variances égales	,000	,993	-2,395	198	,018	-,998	,417	-1,821	-,176
	Hypothèse de variances inégales			-2,382	187,451	,018	-,998	,419	-1,825	-,172
المساعدة من طرف الاصدقاء	Hypothèse de variances égales	1,653	,200	1,508	198	,133	,928	,616	-,286	2,142
	Hypothèse de variances inégales			1,497	185,355	,136	,928	,620	-,295	2,152
الاحساس الذاتي بالمساعدة	Hypothèse de variances égales	,017	,897	-,088	198	,930	-,037	,419	-,862	,788
	Hypothèse de variances inégales			-,089	193,118	,930	-,037	,418	-,861	,787
المساعدة من طرف المؤسسات الحكومية و الاجتماعية	Hypothèse de variances égales	3,120	,079	2,023	198	,044	,606	,300	,015	1,197
	Hypothèse de variances inégales			1,994	178,065	,048	,606	,304	,006	1,205