



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر . بسكرة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية



علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد

. دراسة ميدانية بمراكز و جمعيات التوحد في الجزائر .

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم النفس

تخصص : علم النفس المرضي للراشد

إشراف الأستاذ الدكتور:

نور الدين جبالي

إعداد الطالبة:

إحسان براجل

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
جابر نصر الدين	أستاذ	بسكرة	رئيسا
جبالي نور الدين	أستاذ	باتنة	مشرفا ومقررا
عدوان يوسف	أستاذ	باتنة	عضوا مناقشا
العقون لحسن	أستاذ محاضر أ	بسكرة	عضوا مناقشا
نحوي عائشة	أستاذ محاضر أ	بسكرة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2016 . 2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾ الآية " 19 " من سورة النمل

المختص بمحبته نبينا محمد عليه وسلم فالحمد لله حمدا كثيرا احتسبنا لعلنا نصل إلى ما نتمناه

إلى الأول بلا ابتداء، والآخر بلا انتهاء، أرفع أجل وأسمى آيات الحمد لأول محمود وآخر معبود للحبي الذي لا يموت على موفور عطائه وجزيل نعمه حمدا أستزيد به من نعمه وأستجير به من نقمه، وأصلي به على الحبيب

المختص بمحبته نبينا محمد عليه وسلم فالحمد لله حمدا كثيرا احتسبنا لعلنا نصل إلى ما نتمناه

أتوجه بشكري وامتناني إلى الذي منحني فيض عمله وكثير نصحه وتوجيهه، إلى الذي أعطى فأحسن العطاء وأعان فكان نعم المعين، ولم يبخل علي بفكره، إلى أستاذي الفاضل أ. د/ نور الدين جبالي الذي شرفني بالإشراف على هذه الأطروحة، وبذل معي من الجهد والعناء رغم مسؤولياته المتعددة، أسأل الله أن يجازيه عني خيرا جزاء .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين، الذين تجشموا عناء قراءة هذه الأطروحة، فلهم مني فائق التقدير والاحترام وأدعو الله سبحانه وتعالى أن يمتنعهم بدوام الصحة والعافية، ويجازيهم الله عني خيرا جزاء.

كما أتقدم بوافر شكري وتقديري إلى الأساتذة الأفاضل الذين كانوا لي خيرا سند في إنجازي لهذه الأطروحة و أحص بالذكر من د/ عائشة نحوي من جامعة بسكرة و د/ لبنى أحمان من جامعة باتنة اللتان لم تبخلا علي من العلم ما أوتيتا، أسأل الله أن يجعل هذا في ميزان حسناتهما وأن يرفع درجاتهما.

كما أتوجه بالشكر لرؤساء الجمعيات ومديري المراكز في مختلف المدن الجزائرية التي أجريت فيها الدراسة الميدانية، وأيضا الأخصائيين النفسيين والأرطفونيين الذين مدوا لي يد العون في توزيع وجمع المقاييس الخاصة بالدراسة التطبيقية.

أيضا الشكر موصول إلى أفراد العينة المتمثلة في أمهات أطفال التوحد من مختلف المدن الجزائرية، واللواتي ساهمن في إنجاز هذا البحث العلمي.

كما لا يفوتني أن أشكر أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة باتنة 1 وأيضا أساتذة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة بسكرة على كل الدعم المعنوي الذي قدموه لي.

وفي الأخير أشكر كل من ساهم في إنجاز هذا البحث العلمي من قريب أو من بعيد

الطالبة: إحسان براجل

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد في الجزائر، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما نمط مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة؟
 2. ما درجة الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة؟
 3. ما الاضطراب السيكوسوماتي السائد لدى أفراد العينة؟
 4. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة؟
 5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد؟
 6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد؟
- وللإجابة على هذه التساؤلات، تمت الدراسة في المراكز والجمعيات المتكفلة بأطفال التوحد في تسع ولايات جزائرية (باتنة، بسكرة، قسنطينة، سطيف، تبسة، الوادي، خنشلة، جيجل، ميلة) خلال السنة 2015-2016 على عينة قوامها 150 أمًا، تراوحت أعمارهن بين 25 - 59 سنة. وقد تم الاعتماد الدراسة على مقياسين تم التأكد من خصائصهما السيكومترية:

- ❖ مقياس " مصدر الضبط لروتر" تعريب علاء الدين كفاقي.
 - ❖ قائمة " كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية " تعريب محمود السيد أبو النيل.
- وبعد الاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة، تم التوصل إلى النتائج التالية:
1. نمط مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة هو مصدر الضبط الداخلي.
 2. أظهر أفراد العينة درجة شديدة من الاضطراب السيكوسوماتي.
 3. الاضطراب السيكوسوماتي السائد لدى أفراد العينة: اضطرابات الجهاز الهضمي ثم يليه القلب و الأوعية ، ثم التعب .
 4. توجد علاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة في كل من: القلب والأوعية، التعب، الاكتئاب، الغضب، التوتر والدرجة الكلية.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد . بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأم لصالح المستوى الابتدائي. (ضبط خارجي)
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المتغيرات التالية:

- الوضعية المهنية للأم في كل من: السمع والإبصار، الجلد، الأمراض المختلفة، عدم الكفاية، الاكتئاب والتوتر.
- المستوى التعليمي للأم في كل من : القلب والأوعية، التعب، الاكتئاب، الغضب، التوتر
- بينما لم توجد أي فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير السن ومدة إصابة الطفل بالتوحد.

ABSTRACT:

The Current study aims to investigate the relationship between Locus of control and Psychosomatic disorders in mothers of children with Autism in Algeria aiming to answer the following questions:

1. What's the dominant type of Locus of control among the elements of the sample?.
2. What's the dominant psychosomatic disorder among the elements of the sample?.
3. What's the level of psychosomatic disorder the elements of the sample?.
4. Is there a statistically significant correlation between Locus of control and psychosomatic disorders among the elements of the sample?.
5. Are there any statistically significant differences among the elements of the sample in Locus of control according to the following variables: Mother's age, Mother's professional situation, Mother's educational level, Child's injury autism duration?.
6. Are there any statistically significant differences among the elements of the sample in Psychosomatic disorders according to the following variables: Mother's age, Mother's professional situation, Mother's educational level, Child's injury autism duration?.

To answering this questions, the study was applied in centers and associations who providing children with Autism in Nine (9) Algerian cities (Batna , Biskra , Constantine , Setif , Tebessa , El-Oued , Khenchela , Jijel , Mila) through the year 2015 – 2016. The sample Consists 150 mother of child with autism with a range age of 25 – 59 year. The study depended on two scales which there psychometric properties were carefully calculated:

- ❖ Rotter's Locus of control sale translatedby :AlaadineKafafi.
- ❖ The Coenell medical index translated by: Mahmoud SayedAbou Nil.

After analyzing the results with the appropriate statistical methods,, The study results were as follows:

1. the dominant type of Locus of control among the elements of the sample is The external locus of control.
2. The elements of the sample showed an intense degree of psychosomatic disorder.
3. the dominant psychosomatic disorder among the elements of the sample is digestive tract then cardiovascular system, fatigability.
4. The existence of statistically significant correlation between locus of control and psychosomatic disorders among the elements of the sample in: cardiovascular system, fatigability, Depression , Anger , Tension and the total degree.
5. There are no statistically significant differences among the elements of the sample in Locus of control according to the following variables: Mother's age, Mother's professional situation, Child's injury autism duration. While statistically significant differences were found in the sample attributable to the variable: Mother's educational level favor Primary level.(external control)
6. There are statistically significant differences among the elements of the sample in Psychosomatic disorders according to the following variables:
 - Mother's professional situation in : Eyes and ears, Skin, Frequency of illness, Inadequacy, depression and Tension
 - Mother's educational level in:cardiovascular system, fatigability, Depression, Anger , Tension
 - While there are no statistically significant differences in the sample attributable to the variable:Mother's ageand Child's injury autism duration.

الصفحة	فهرسالمحتويات
	شكر وتقدير
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة	
11	1. أهداف الدراسة
11	2. إشكالية الدراسة
17	3. أهمية الدراسة
18	4. الدراسات السابقة
46	5. فرضيات الدراسة
47	6. تحديد مصطلحات الدراسة
الفصل الثاني: مصدر الضبط	
50	تمهيد
50	1. مفهوم مصدر الضبط
54	2. الأصول النظرية لمفهوم مصدر الضبط
60	3. أبعاد مصدر الضبط
63	4. العوامل المؤثرة في مصدر الضبط
68	5. سمات الأفراد من ذوي الضبط الداخلي والخارجي .
72	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الاضطرابات السيكوسوماتية	
74	تمهيد
74	1. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية
77	2. النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية
78	1.2 النظريات الفزيو - بيولوجية:
78	1.2.2. نظرية الضعف البدني.
81	2.2.2. نظرية رد الفعل النوعي
82	3.2.2. نظرية كانون.
83	4.2.2. نظرية الجسم والضغط

84	2.2 النظريات النفسية:
85	1.3.2. نظرية التحليل النفسي.
88	2.3.25 النظرية السلوكية.
90	3.3.2 النظرية المعرفية.
94	تعليق عام
الفصل الرابع: التوحد داخل الوسط الأسري	
96	تمهيد
96	أولاً: اضطراب التوحد
97	1. نبذة تاريخية
100	2. تعريف اضطراب التوحد
103	3. الأسباب والمداخل التفسيرية لاضطراب التوحد
106	4. خصائص الطفل التوحدي
109	5. تشخيص اضطراب التوحد
111	ثانياً : التوحد داخل الأسرة:
111	1. ردود أفعال الأولياء تجاه اضطراب التوحد.
113	2. ردود أفعال الإخوة تجاه اضطراب التوحد.
114	3. مشكلات أسر الأطفال التوحديين.
116	4. واقع التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر.
119	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
122	1. منهج الدراسة
122	2. الدراسة الاستطلاعية
122	3. إجراءات الدراسة الأساسية
123	4. حدود الدراسة
124	5. عينة الدراسة
126	6. أدوات الدراسة
140	7. الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: عرض نتائج الدراسة

143	1. عرض نتائج الفرضية الأولى
143	2. عرض نتائج الفرضية الثانية
145	3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
146	4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
148	5. عرض نتائج الفرضية الخامسة
152	6. عرض نتائج الفرضية السادسة

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

165	1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
166	2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
169	3. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
171	4. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
173	5. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
174	6. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة
176	خاتمة + اقتراحات الدراسة
182	قائمة المراجع
	الملاحق

الصفحة	الجدول	
70	الجدول (1) يوضح الفروق بين الأفراد من ذوي الضبط الداخلي والخارجي	1
123	الجدول (2) يوضح المراكز والجمعيات المتكفلة بأطفال التوحد في عدد من المدن الجزائرية	2
124	الجدول (3) يوضح المتوسط الحسابي لسن أفراد العينة	3
125	الجدول (4) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	4
125	الجدول (5) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية	5
126	الجدول (6) يوضح المتوسط الحسابي لمدة إصابة الطفل باضطراب التوحد	6
127	الجدول (7) يوضح مفتاح التصحيح لاختبار مصدر الضبط	7
128	الجدول (8) يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس مصدر الضبط	8
128	الجدول (9) يوضح قيمة معامل الارتباط لمقياس مصدر الضبط	9
129	الجدول (10) يوضح الفروق بين متوسطات الفئة العليا و الدنيا على مقياس مصدر الضبط	10
129	الجدول (11) يوضح معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط	11
131	الجدول (12) يوضح المقاييس الفرعية لقائمة كورنل الخاصة بالنواحي السيكوسوماتية و العصابية	12
133	الجدول (13) يوضح مستويات الإصابة بالمرض السيكوسوماتي حسب قائمة كورنل	13
134	الجدول (14) يوضح معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة و الدرجة الكلية	14
135	الجدول (15) يوضح الفروق بين متوسطات الفئة العليا و الدنيا على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	15
137	الجدول (16) يوضح المصفوفة الارتباطية للمقاييس الفرعية لقائمة كورنل	16
138	الجدول (17) يوضح معاملات ألفا كرونباخ الخاصة بكل مقياس من المقاييس الفرعية للقائمة	17
139	الجدول (18) يوضح معاملات الارتباط للمقاييس الفرعية و الدرجة الكلية لقائمة كورنل	18
143	جدول (19) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس مصدر الضبط لدى أفراد العينة	19
143	جدول (20) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقاييس الفرعية لقائمة كورنل والدرجة الكلية	20
145	الجدول (21) يوضح مستويات الإصابة بالمرض السيكوسوماتي حسب قائمة كورنل	21
145	جدول (22) يوضح الفروق بين مستويات الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة	22

146	جدول (23) يوضح معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية لقائمة كورنل وبين مقياس مصدر الضبط	23
148	جدول (24) يوضح الفروق بين المجموعات حسب العمر على مقياس مصدر الضبط	24
149	جدول (25) يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين حسب الوضعية المهنية على مقياس مصدر الضبط	25
149	جدول (26) يوضح الفروق بين المجموعات حسب المستوى التعليمي على مقياس مصدر الضبط	26
150	جدول (27) يوضح اتجاه الفروق في مصدر الضبط حسب متغير المستوى التعليمي	27
151	جدول (28) يوضح الفروق بين المجموعات حسب مدة إصابة الطفل بالتوحد على مقياس مصدر الضبط	28
152	جدول (29) يوضح الفروق بين المجموعات حسب العمر على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	29
155	جدول (30) يوضح الفروق بين المجموعات حسب الوضعية المهنية على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	30
158	جدول (31) يوضح الفروق بين المجموعات حسب المستوى التعليمي على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	31
160	جدول (32) يوضح اتجاه الفروق حسب متغير المستوى التعليمي في المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	32
162	جدول (33) يوضح الفروق بين المجموعات حسب مدة إصابة الطفل بالتوحد على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	33
الصفحة	الشكل	الرقم
58	الشكل (1) يوضح العناصر الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي لروتر	1
62	الشكل (2) يمثل فئات الضبط	2
80	الشكل (3) يوضح وجهة نظر نظرية الضعف البدني في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي	3

مقدمة

مقدمة:

تعد الضغوط النفسية ظاهرة من الظواهر الإنسانية التي يعيشها الفرد في مواقف مختلفة وفي مراحل مختلفة من حياته. حيث يختبر الفرد الأحداث الضاغطة في حياته على أنها أحداث غير مرغوب فيها، إذ يعيش من خلالها كما هائلا من الضغط والتوتر الذي يهدد مختلف جوانب حياته الشخصية منها والأسرية والمهنية والاقتصادية والاجتماعية ككل وحتى الصحية، إذ تلعب الأحداث الضاغطة الدور الكبير في تدهور صحة الفرد بشقيها النفسية والجسمية. وبذلك، فإن قدرة الفرد على التكيف والتوافق مع بيئته الخارجية يصبح أمرا صعبا.

وبعد دخول طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حياة أسرة ما حدثا منبئين الأحداث الضاغطة التي تخلف الكثير من الآثار السلبية والتي من شأنها أن تهدد الاستقرار النفسي والاجتماعي للأفراد داخل الأسر. حيث أن ولادة طفل في الأسرة يعتبر حدثا يتشوق الوالدان وأفراد الأسرة له، ويبنون عليه الكثير من الأحلام والآمال والتوقعات. فيبدأ الوالدان بالاستعداد لقدوم طفلهما ، فيحلمان بشكله ويرسمان صورة لطفل سليم معافى، ويضعان خططا لمستقبله. إلا أن صورة هذا الطفل المثالي تنتشوه وتختل عندما يأتي هذا الطفل حاملا لإعاقة أو اضطراب مهما كان نوعه، فيدخل الوالدان وبقية أفراد الأسرة في حالة من الحزن العميق التي تشابه تلك التي يمر بها الفرد إذا فقد شخصا عزيزا.

إن هذه الخبرة تعتبر صادمة بالنسبة لأفراد الأسرة، فبالإضافة إلى المخلفات السلبية التي تتركها على مستوى الجانب النفسي والمعرفي بما فيه من أفكار ومعتقدات وأيضاً الجانب السلوكي، نجد أيضاً الأدوار والمسؤوليات الجديدة التي يفرضها عليهم هذا الوضع الجديد والتي تحملهم أعباء ثقيلة تنعكس بدورها على نشاطاتهم الحياتية المختلفة.

وقد يكون الوضع مختلفا نوعا ما إذا كان الاضطراب الذي يحمله الطفل هو اضطراب " التوحد " ، وهذا نظرا للخصائص التي يتميز بها الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال من ذوي الاضطرابات والإعاقات المختلفة، فالتوحد اضطراب نمائي يتميز بقصور في الجانب التواصلية والتفاعل الاجتماعي، هذا ما يجعله اضطرابا صعبا من حيث الفهم، والتشخيص و التكفل به، بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي، هذا ما يجعل أفراد أسرة الطفل التوحدي يعيشون توترات وضغوطات جمة، خاصة الأم، التي يقع على عاتقها مسؤولية رعاية هذا الطفل وتلبية احتياجاته.

إن الدور الذي تلعبه أم الطفل التوحيدي يجعلها تعيش خبرات وأفكار وسلوكيات ومشاعر مرافقة لحالة الضغط المتزايد، إذ أشارت أغلب الدراسات التي أجريت في هذا المجال، بأن أمهات الأطفال التوحيدين يعانون من مشكلات نفسية متعددة مقارنة بأمهات الأطفال المعاقين، حيث أن الأم تجد نفسها عاجزة أمام هذا الاضطراب الذي أخذ منها طفلها وسلب حياتها، فتجدها تعيش مشاعر الإنكار برفضها لهذا الوضع، وتعيش أيضا الشعور بالذنب والإحباط، وتزداد حالتها تعقيدا إذا تعلق الأمر بمستقبل الطفل.

ومن خلال تعرض الأم لكل هذه الضغوط النفسية والاجتماعية في غياب تبني استراتيجيات المواجهة التكيفية والملائمة للتعامل مع هذه الضغوط، وأيضا غياب الدعم الاجتماعي ومساندة الآخرين، نجد بأن هذه الأم وبعد مقاومتها لكل هذه الضغوط، تجد نفسها وبعد أن خارت كل قواها قد وصلت إلى مرحلة الإنهاك، فتأخذ استجابتها للضغوط منحى آخر لتنتقل إلى أعراض جسدية مختلفة. وبالتالي فإن وجود طفل توحيدي في حياة الأم يهدد وبطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسدية. إلا أنه قد نجد اختلافا وتباينا لدى الأمهات في هذه المسألة، حيث نجد بعض أمهات أطفال التوحد ورغم إصابة أطفالهن إلا أنهم يمتلكون قدرة على مواجهة هذه الضغوط والتعامل معها بشكل يسمح لهن في المضي قدما نحو رعاية أطفالهن والمساهمة في التكفل بهم وتعليمهم، هذا ما ينعكس إيجابا على تحسن حالة أطفالهن.

ومن جهة أخرى، نجد أمهات يستسلمن لهذه الظروف بداعي القدر والنصيب، بينما تلجأ بعض الأمهات إلى الهرب من مسؤولية هذا الطفل، أو يعتمدن على إلقاء اللوم على الآخرين، وبالتالي نجد هذا النوع من الأمهات لا يحاولن أدنى محاولة في التحسين من حالة أطفالهن، وذلك لاعتقادهن بعدم قدرتهن على مواجهة هذا الأمر. وبالتالي يبقى اهتمام الأم ينصب في هذه المعتقدات التي تزيد من وطأة الضغوط لديها، وهذا ما يجعل صحتها مهددة بالتدهور.

وبذلك، فإن صحة الأم تتأثر بإدراكها للأحداث من حولها، وبالأخص إصابة طفلها باضطراب التوحد، فإذا اعتقدت الأم في قدرتها على مواجهة هذه الضغوط الناجمة عن إصابة طفلها بالتوحد والتحكم في الأحداث من حولها، فإن هذا يساعد على التحسين من حالتها وتطوير ذاتها لتقديم الأفضل من أجل تطوير حالة طفلها، وهنا نتحدث عن الضبط الداخلي، أما إذا اعتقدت الأم بعدم قدرتها على التحكم في الأحداث من حولها ومواجهة الضغوط الناجمة عن إصابة طفلها، فإن هذا ينعكس سلبا على صحتها وعلى فرص التحسين من حالة طفلها.

ومن هذا المنطلق، جاءت فكرة هذه الدراسة لتقصي العلاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد في الجزائر، خصوصا وأن واقع التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر يعتبر متدنيا نظرا لنقص المختصين والمراكز المتكفلة بهذه الفئة، هذا ما يجعل أسر الأطفال التوحديين في الجزائر يعانون من ضغوط إضافية، ويرسم الكثير من علامات الاستفهام لدى هذه الأسر حول هذا الاضطراب .

وبذلك فإن الطالبة ومن خلال هذه المقدمة، حاولت أن تقدم صورة شاملة حول موضوع الدراسة، إلا أن ذلك لا يعني اكتمال هذه الصورة ووصولها إلى ما يمكن أن تكون صورة كاملة لها، ذلك نظرا للصعوبات والعوائق المنهجية والعلمية التي واجهت الطالبة أثناء إعدادها لهذه الدراسة، ولعل أهم صعوبة واجهت الطالبة في إنجاز هذا البحث هي إمكانية الوصول إلى أفراد العينة وهذا يعود إلى عدم توفر مراكز خاصة بأطفال التوحد في الجزائر، ماعدا جمعيات ومراكز طبية بيداغوجية وعدد من العيادات النفسية وعيادات اضطرابات النطق الموجودة عبر عدد من المدن الجزائرية. بالإضافة إلى ذلك فإن استرجاع المقاييس من أفراد العينة لم يكن بالأمر الهين وقد استغرقت مدة جمعها من أفراد العينة حوالي السنة.

ومع ذلك، فإنه لا يوجد هناك بحث علمي خال من الصعوبات، فالبحث صعوبة ومعاناة، وبالتالي فإنه من الطبيعي أن تظهر فيه أخطاء منهجية ونقائص علمية قد لا تقدر عليها الطالبة أو لا تدركها. فقد حاولت الطالبة جاهدة أن تقدم بحثا علميا يرقى إلى مصاف البحوث النفسية المتخصصة في علم النفس المرضي للراشد، فإن وفقت في ذلك فتلك هي غايتها، وإن لم توفق، فإنها ستسعى إلى أن يحالفها الحظ لتوفق في بحوث أخرى – إن شاء الله.

الجانب النظري

الفصل الأول

إشكالية الدراسة

- 1) أهداف الدراسة
- 2) إشكالية الدراسة
- 3) أهمية الدراسة
- 4) الدراسات السابقة
- 5) فرضيات الدراسة
- 6) تحديد مصطلحات الدراسة

1. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ✍ فهم الوضعية النفسية و الصحية والاجتماعية لأم الطفل التوحيدي.
- ✍ التعرف على المعتقدات والأفكار التي تتبناها أمهات أطفال التوحد والمرتبطة بالأم في حد ذاتها ونظرتها لمستقبلها في ظل رعايتها لطفلها التوحيدي، الجانب الأسري والاجتماعي بصفة عامة، الأفكار المرتبطة بالطفل التوحيدي ومستقبله.
- ✍ الكشف عن مصدر الضبط السائد لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✍ الكشف عن الاضطراب السيكوسوماتي السائد لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✍ الكشف عن مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✍ التأكد من وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✍ التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط بين أمهات أطفال التوحد تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.
- ✍ التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات السيكوسوماتية بين أمهات أطفال التوحد تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.

2. إشكالية الدراسة:

لقد حظي موضوع التوحد في الآونة الأخيرة باهتمام كبير من قبل المختصين والباحثين في مختلف التخصصات الطبية العصبية، والتربوية النفسية، وهذا نظرا للغموض الذي يحيط بهذا الاضطراب مما يجعله لغزا مازال يحير الكثير من العلماء سواء من ناحية الوصول إلى الأسباب والعوامل الدقيقة التي التي تساهم وتعزز في ظهوره، أو من ناحية التشخيص السليم للاضطراب نظرا لتداخله مع الكثير من الاضطرابات المشابهة، أو من ناحية التعامل مع الطفل التوحيدي.

ويعتبر **ليو كانر (Leo Kanner)** أول من أشار إلى اضطراب التوحد الطفولي، وذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين لاحظ عليهم **كانر** انغلاقهم وتقوقعهم على الذات والعزلة والانطواء. ويعد التوحد اضطرابا نمائيا شديدا، يتميز بالقصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى قصور في التطور الحسي. إذ يعرفه **(Ratajczak, 2011)** على أنه اضطراب عصبي نمائي يتسم باختلال في مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي، كما يتميز بالسلوكات النمطية **(Ratajczak, 2011, P 69)**

ويعتبر التوحد من بين أكثر الاضطرابات انتشارا في دول العالم. حيث أن تزايد الحالات المصابة بهذا الاضطراب في تزايد سريع. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، وصلت نسبة نمو السكان 13 % سنة 1990، ووصلت نسبة الإعاقات في المجتمع الأمريكي 16%، بينما كانت نسبة حالات التوحد 172% وهذا حسب ما أقرت به جمعية التوحد. **(Yasko,2011,P 1)**.

بينما في الجزائر، يتصدر أطفال التوحد قائمة الأمراض العصبية الأكثر انتشارا لدى الأطفال. حيث بلغ عدد الحالات وطنيا أكثر من 80 ألف مصاب، مع العلم أن هذا الاضطراب غير مصنف بعد في الجزائر.

ويتميز الطفل التوحدي بعدة خصائص تتمثل في اعتلال وعجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي، سلوكات محددة بأنماط متكررة، العجز الفكري، استخدام الحواس، مشكلات التغذية والنوم، بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية. **(Poza, 2015, P 51)**.

بالإضافة إلى ذلك، فإن النمو النفسي للطفل التوحدي لا يسير بالشكل السوي وفق أنماط النمو النفسي السليم، حيث يمكننا أن نلاحظ الفرق بين الطفل التوحدي وبقيّة أقرانه من الأطفال في نفس المرحلة العمرية. وقد يمر الطفل التوحدي بنمو نفسي سليم، ثم فيما بين الشهر الثامن عشر والشهر السادس والثلاثون يظهر هذا الطفل رفضا للآخرين بصورة فجائية، ويبدأ بالتصرف بصورة غريبة تفقده مهارات كان اكتسبها كاللغة والمهارات الاجتماعية **(السعيد، 1997، ص 5)** وبالتالي فإن سلوك الطفل التوحدي غير العادي يصبح ملاحظا من قبل المحيطين به خاصة أفراد أسرته.

ونظرا لهذه الخصائص والمميزات، يمكننا اعتبار اضطراب التوحد من بين الاضطرابات التي تترك أثرا سلبيا كبيرا على أفراد الأسرة. إذ تعد رعاية طفل مصاب بالتوحد تحدي كبير، ويعد اكتشاف أعراض

ومؤشرات التوحد لدى الطفل بمثابة حدث صادم للأسرة. إذ تشير العديد من الدراسات إلى أن أسر الأطفال التوحديين يعانون من ضغوط ومشكلات نفسية واجتماعية أكثر من أسر الأطفال العاديين، حيث أجرى (Marcysiak, 1999) دراسة مقارنة في مستويات القلق والضغوط النفسية بين أسر الأطفال التوحديين وأسرة الأطفال العاديين في بولندا، وقد توصلت الدراسة إلى أن مستويات القلق والتوتر لدى أسر الأطفال التوحديين كانت أعلى منها لدى أسر الأطفال العاديين. (خليفة وعيسى، 2008، ص 302).

وفي دراسة قام بها (Walker, 2000) هدفت إلى المقارنة بين أولياء أمور الأطفال المصابين بفرط النشاط، وأولياء الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وأولياء الأطفال العاديين في مستويات التوتر، حيث توصل في دراسته إلى أن أولياء الأطفال ذوي فرط النشاط، وأولياء الأطفال ذوي التوحد أظهروا مستويات عالية من التوتر مقارنة بأولياء الأطفال العاديين، وكانت أهم مصادر التوتر تتمثل في خصائص الطفل التوحدي. (Walker, 2000, P 52).

وبالتالي، فإن اضطراب التوحد له نتائج عكسية على سعادة ورفاهية الوالدين، فوجود طفل معاق في الأسرة يسبب لها مشكلات إضافية و علاقات أسرية أكثر تعقيدا، و قد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة، و إيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها، فبالإضافة إلى مطالب وحاجات الرعاية الصحية الخاصة بالطفل التوحدي، نجد أيضا القلق على مستقبل الطفل، وردود الأفعال التي تعترضهم أثناء معرفتهم بإصابة طفلهم، والمتمثلة في الصدمة والإنكار والشعور بالذنب خاصة الأم التي تواجه العديد من المشكلات و الصعوبات في ظل المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية المعاصرة نتيجة لتعدد أدوارها كزوجة و أم و ربة منزل و في الكثير من الأحيان امرأة عاملة، مما يعرضها لكثير من الضغوط النفسية (أحمد، 2011 ص 185).

حيث تعتبر الأم الشخص الأقرب للطفل التوحدي مقارنة بباقي أفراد الأسرة، فهي من يقوم برعايته والاهتمام به، وبالتالي فهي تعتبر الشخص الأول المستهدف للتعرض للضغوط النفسية.

ويؤكد (Malhotra and Sharma, 2013) على أن دخول هذا الطفل غير العادي حياة الأم يعتبر حدثا غير مرغوب به وغير مرحب به، حيث أن الأم لا تواجه فقط مشاعر الشعور بالذنب، وإنما تواجه أيضا مشاعر العجز حيال الدور الجديد الذي يفرضه عليها وجود هذا الطفل، وأيضا المسؤوليات التي تنتظرها والتي تعد غير معروفة ومجهولة تماما بالنسبة لها إلى حد كبير، وبالتالي

تحدث تغييرات في نمط حياتها وتفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة.

(Malhotra and Sharma, 2013, P 24)

ويشير (Dunn et al, 2001) إلى أن أم الطفل التوحدي تظهر درجة من الضغوط أكثر من أمهات الأطفال المصابين بإعاقات أخرى، هذا ما زاد من النتائج الصحية السلبية لدى أمهات أطفال التوحد مثل الاكتئاب وعدم الرضا الزوجي بالإضافة إلى عدم القدرة على التكيف الأسري مقارنة مع أمهات أطفال متلازمة داون. (Dunn et al, 2001, P 39). و حسب (الدعدي، 2009) تكمن أهم المشكلات التي تواجهها أمهات الأطفال المعاقين بشكل عام الأزمت الزوجية، زيادة العدوانية، القلق و التوتر و الصعوبات المادية، و العزلة عن الناس. (الدعدي، 2009، ص3).

إن هذه المشكلات والضغوط والانفعالات التي تعيشها الأم تهدد بطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسمية، إذ توصلت دراسة (Alik et al, 2006) والتي أجريت حول أمهات الأطفال المصابين باضطراب الأسبرجير، إلى انخفاض في مستوى الصحة الجسدية لدى الأمهات والتي كانت مرتبطة بخصائص الطفل.

وفي دراسة مقارنة قام بها (Benjak, Mavrincac, & Simetin, 2009) حول الصحة المدركة لوالدي الطفل التوحدي في كرواتيا، توصلت الدراسة إلى أن أولياء الطفل التوحدي أظهروا صحة متدنية في مختلف الأبعاد (الصحة الجسدية، الانفعالية، العقلية، الآلام الجسدية، الحيوية والطاقة، والصحة العامة) مقارنة بأولياء الأطفال ذو النمو العادي. (Benjak, Mavrincac, & Simetin, 2009, P 403).

وفي هذا الصدد، أشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى أن للانفعال والضغط النفسي دور جد هام في إثارة الحالة العضوية، والتي تساهم في نشأة ما يسمى "بالاضطرابات السيكوسوماتية" هذه الاضطرابات تتميز بوجود أعراض جسمية نتيجة لعوامل انفعالية، حيث أن الضغوط ترهق النفس، وإذا فاقت الضغوط قدرة تحملها، فإن الجسد يشاركها في ذلك، فالجسد قد يتفاعل مع الضغوط فيصيبه الاضطراب الدائم أو المؤقت، وقد يعاني الإنسان من أعراض مختلفة قد تستمر دون معرفة سببها كالقيء والغثيان وآلام البطن والصداع.....إلخ. (غانم، 2011، ص 72).

وبالتالي فإنه لا يمكننا الفصل بين الحياة الوجدانية والواقع النفسي الذي تعيشه أم الطفل التوحدي عن التفاعلات التي تتم داخل أعضاء جسمها. حيث أن الاضطرابات السيكوسوماتية والأعراض الجسدية التي تظهر لدى أم الطفل التوحدي ما هي إلا نتيجة للضغوط والانفعالات الناجمة عن حالة طفلها، هذا الاضطراب الذي تجد الأم نفسها في كثير من الأحيان عاجزة أمامه وغير قادرة على المواجهة والتعامل مع الضغوط المرتبطة به.

وبذلك فإن إدراك الأم لهذه الضغوط التي تتعرض لها يختلف باختلاف اعتقاداتها وتصوراتها حول أهم العوامل التي تتحكم في حالتها والتي ساعدت على وصولها إلى هذه الوضعية، و مدى اعتقادها بقدرتها على التحكم في هذه الضغوط والسيطرة عليها، وهنا نتحدث عن " مصدر الضبط " الذي يعد من أهم متغيرات الشخصية التي ترتبط باعتقاد الفرد بمدى قدرته على التحكم في المواقف والأحداث من حوله.

ويشير (جبالي، 2007) إلى أن مفهوم الضبط ارتبط بعدة متغيرات من بينها: الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث أكدت العديد من الدراسات في الثقافات الغربية ارتباط مصدر الضبط بالوضع الصحي للأفراد، حيث ينقسم الأفراد إلى قسمين: أفراد ذوو الاعتقاد بالضبط الداخلي والذين يعتقدون أن أحداث الحياة تعتمد مباشرة على سلوكياتهم وقدراتهم الشخصية، بينما الأفراد ذوو الاعتقاد الخارجي فيؤولون أحداث الحياة إلى عوامل خارجية. ولقد تبين بأن مصدر الضبط هو عامل وسيط بين في حدوث المرض. (جبالي، 2007، ص 12 - 13)، حيث أثبتت الدراسات والأبحاث أن الأفراد ذوو مصدر الضبط الداخلي هم أقل عرضة للضغوط والقلق والإجهاد. ولقد درس مصدر الضبط لدى الوالدين في الأسر التي لديها طفل ذو إعاقة ذهنية أو نمائية، وقد هذه أظهرت هذه الدراسات وجود علاقة بين مصدر الضبط بصفة عامة وبين تكيف الأمهات، وأيضاً وجدت علاقة بين مصدر الضبط وبين الضغوط الوالدية.

وتشير دراسة (Hassall et al, 2005) إلى أن آباء وأمهات الأطفال المعاقين والذين يميلون إلى وجهة الضبط الداخلية لديهم مستويات أقل من الإجهاد (Wah, 2011, P 13). كذلك دراسة (Dunn et al, 2001) توصلت إلى أن مصدر الضبط الخارجي ارتبط بدرجة مرتفعة من الاكتئاب لدى والدي الطفل التوحدي. (Lloyd & Hastings, 2009, P 105).

ومنه، فإنه يمكننا القول بأن مصدر الضبط الخارجي يرتبط ارتباطا وثيقا بعدم التكيف والتوتر وحتى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحديين، هذه العوامل من شأنها أن تزيد من حظوظ الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي والتي تعيق عملية التكفل الجيد بالطفل التوحدي. بينما يرتبط مصدر الضبط الداخلي بدرجات أقل من التوتر وبالتالي فإن مصدر الضبط وخاصة الضبط الداخلي يعد من بين العوامل الوقائية والمؤثرة والتي تساعد أمهات أطفال التوحد على مواجهة الأحداث اليومية المجهدة، وتبني هذا الاتجاه يقلل من إمكانية الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي، وبالتالي تحسين التكيف مع الحياة.

وبناء على ما سبق ذكره، تأتي الدراسة الحالية في توجيه الاهتمام بدراسة مصدر الضبط لدى أمهات أطفال التوحد، حيث أن معرفتنا بطريقة اعتقاد وإدراك الأم للأحداث والمواقف من حولها تساعدنا على فهم دقيق للوضعية التي تعيشها، وبالتالي مساعدتها على تبني مصدر الضبط الذي من شأنه أن يقلل من درجة الضغط والتوتر النفسي والذي بدوره يؤثر سلبا على صحتها النفسية والجسدية.

من خلال هذا الطرح، فإن إشكالية التي تقدمها الدراسة الحالية تهدف إلى مناقشة العلاقة بين مصدر الضبط والاضطراب السيكوسوماتي في ظل بعض المتغيرات المختارة لدى أمهات أطفال التوحد في الجزائر، ومعرفة مدى تأثير وجهة الضبط على الصحة النفسية والجسدية للأم، و ذلك من خلال التساؤلات التالية:

1. ما نمط مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة؟
2. ما الاضطراب السيكوسوماتي السائد لدى أفراد العينة؟
3. ما درجة الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة؟
4. هل توجد علاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد؟.

6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد؟.

3. أهمية الدراسة:

لكل بحث علمي أهمية تدفع بالباحث إلى الغوص في أعماق الموضوع ومحاولة الوصول إلى إجابات عن التساؤلات التي يطرحها حول هذا الموضوع. والدراسة الحالية تستمد أهميتها من حيث طبيعة الموضوع الذي تتناوله من جهة، ومن نوع الإشكالية التي تطرحها للتحقيق والتقصي من جهة ثانية، حيث أن الاهتمام بدراسة وضعية أمهات الأطفال التوحديين تعد في حد ذاتها ذات أهمية قصوى وهذا باعتبارها عينة جد حساسة تحتاج إلى مساندة ودعم وإرشاد من أجل تقبل حالة الطفل التوحيدي ومساعدته على تنمية قدراته ومهاراته من أجل الوصول به إلى حال أفضل وبالتالي دمج في الحياة الاجتماعية.

وعليه تتمثل أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

للدراسة الحالية عبارة عن إثراء للتراث العلمي، إذ تقدم نظرة شاملة للوضعية التي تعيشها أم الطفل التوحيدي خاصة في الجزائر، هذا ما يساعد على توسيع الآفاق من أجل تقديم المساعدة اللازمة والخدمة النفسية والاجتماعية بغرض تدريب الأمهات على استخدام استراتيجيات المواجهة المناسبة التي تساعدن على إدارة الضغوط التي تعترين أثناء قيامهن بعناية أطفالهن التوحديين، هذه الضغوط إذا لم تدار بطريقة صحيحة، فإن حالة الأم الصحية والجسدية تصبح عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

أغلب الدراسات التي أجريت حول أمهات الأطفال التوحديين ركزت على متغير " الضغوط النفسية" وعلاقته بمتغيرات أخرى مثل استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية، إلا أنه و في حدود اطلاع الطالبة، فإنه لم تكن هناك دراسة مباشرة قد تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات الأطفال التوحديين.

أهمية دراسة مصدر الضبط لدى أمهات أطفال التوحد، إذ يعد مصدر الضبط متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية التي تتعلق باعتقادات الأم عن أي العوامل التي تكون أقوى أو أكثر تحكماً في النتائج المهمة في حياتها.

تبرز أهمية الدراسة الحالية باعتبار أنها تركز على الأم التي تعتبر ركيزة الأسرة وأساسها، وباعتبار أن أم الطفل التوحد هي الشخص الأول الذي يقوم برعاية هذا الطفل والاهتمام به، فبالإضافة إلى دورها كأم، فهي أيضاً زوجة وربة بيت وفي كثير من الأحيان امرأة عاملة، مما يقع على عاتقها الكثير من المسؤوليات التي تجعلها معرضة لمختلف أنواع الضغط النفسي .

يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في بناء برامج إرشادية تدريبية لأمهات الأطفال التوحدين تهدف إلى تعليم وتدريب الأمهات على اتخاذ استراتيجيات متنوعة لمواجهة وإدارة الضغوط، كذلك تدريب الأمهات على تبني الضبط الداخلي وتعديل معتقداتهن حول مصدر الضبط التي لها علاقة بالإصابة بالمرض الجسدي.

4. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع من أهم العناصر المعينة على حل مشكلة البحث، و الدراسات السابقة تمثل التقارير أو الوثائق التي تحتوي على معارف و معلومات مرتبطة بمشكلة البحث.

وجاء البحث الحالي بهدف الكشف عن العلاقة القائمة بين كل من مصدر الضبط و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد، و من أجل الاستفادة من الدراسات و البحوث التي قدمت في هذا الموضوع، قامت الطالبة بالاطلاع على عدد كبير من الدراسات والأبحاث ذات الصلة بموضوع البحث، فعلى الرغم من وفرة الدراسات التي اهتمت بأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، وأمهات الأطفال التوحدين بشكل خاص، إلا أن الطالبة لم تتمكن من إيجاد دراسات ذات صلة مباشرة بالموضوع و التي تتناول العلاقة بين متغيري الدراسة الحالية لدى عينة البحث، فقد كانت أغلب الدراسات تصب في موضوع " الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى الأمهات" و بالتالي فإن هذا الأمر يحسب على هذه الدراسة، و أيضاً يعزز من أصالتها و جدة موضوعها.

و في البحث الحالي، ركزت الطالبة على مجموعة من الدراسات التي تم الوصول إليها و التي اهتمت بدراسة الحالة النفسية لأمهات الأطفال التوحديين أو أمهات الأطفال الذين يعانون من صعوبات ذهنية.

و في ما يلي عرض لأهم الدراسات التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها:

الدراسات العربية:

1. دراسة الصبان (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينة مكة المكرمة وجدة.

هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن أسباب المشكلات الجسمية والنفسية الناتجة عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة مما يؤدي إلى ضرورة الاهتمام بمقاومة الضغط النفسي عن طريق المساندة الاجتماعية. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 400 امرأة سعودية من مختلف المهن (معلمات، ممرضات، طبيبات، إداريات وعضوات هيئة التدريس) واللاتي تراوحت أعمارهن بين 30 - 45 سنة. وقد تمثلت المقاييس التي تم اعتمادها في: مقياس المساندة الاجتماعية، قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية ومقياس الضغوط النفسية. وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

_ تترتب الضغوط النفسية حسب شدتها لدى النساء السعوديات المتزوجات العاملات على النحو التالي: ضغوط انفعالية، ضغوط الخادمت، ضغوط الأصدقاء، ضغوط العمل، ضغوط عائلية، ضغوط الأبناء، ضغوط الزوج، ضغوط اقتصادية وصحية.

_ توجد علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية.

_ توجد علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية.

_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات نوات الإرباعي الأعلى وذوات الإرباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على مقياس الضغوط النفسية لصالح نوات الإرباعي الأدنى.

_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات نوات الإرباعي الأعلى وذوات الإرباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية لصالح نوات الأرباعي الأدنى ماعدا مقياس القلب والأوعية الدموية كان لصالح نوات الأرباعي الأعلى.

_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر فيما عدا بعد ضغوط العمل وضغوط اقتصادية، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير العمر، فيما عدا القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمي والهيكلي العظمي وأمراض مختلفة وعدم الكفاية والدرجة الكلية لمقاييس القائمة.

2. دراسة جبالي (2007): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن النمط السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى العينة الجزائرية، والكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي بين كل من: الجنسين، المستويات الثقافية، الحالة الاجتماعية، وأيضاً الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والاضطرابات السيكوسوماتية. وقد شملت الدراسة 205 فرداً راشداً من الجنسين ومن مختلف المستويات التعليمية. وقد استخدم كل من: مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (Wallston)، وقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

_ احتلت إصابات الجهاز العصبي، الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي قائمة الاضطرابات، كما أظهرت النتائج سيادة الضبط الداخلي لدى عينة الدراسة.

_ وجود فروق في مصدر الضبط الخارجي بين الجنسين في بعد نفوذ الآخرين تعزى إلى الذكور.

_ _ وجود فروق في مصدر الضبط الخارجي بين المتزوجين والغير متزوجين في بعد نفوذ الآخرين لصالح المتزوجين.

_ وجود فروق في مصدر الضبط الخارجي في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستويات التعليمية، ففي البعد الداخلي وجدت فروق لصالح الجامعيين وفي الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين والحظ) وجدت فروق لصالح المستوى الابتدائي. كما اتضح أنه هناك علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين) والعمر.

_ وجود فروق جوهرية بين الجنسين في كل من الجهاز التنفسي، والدرجة الكلية لصالح الذكور، بينما وجدت فروق لصالح الإناث في كل من الجهاز الهضمي، الجلد، الجهاز العصبي، التعب، تكرار المرض، عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية والتوتر.

_ وجود فروق جوهرية بين المتزوجين والعزاب لصالح العزاب على المقاييس التالية: الجهاز التنفسي، القلب والأوعية، الجهاز العصبي، عدم الكفاية، الاكتئاب والتوتر.

_ وجود فروق جوهرية بين المستويات التعليمية على المقاييس التالية: الدرجة الكلية، القلب والأوعية، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي، تكرار المرض، أمراض مختلفة، العادات، عدم الكفاية، الاكتئاب، الغضب والتوتر.

_ وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين درجات أبعاد مصدر الضبط ودرجات المقاييس الفرعية لقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية في كل من السمع والإبصار، الجهاز التنفسي، القلب والأوعية، تكرار المرض، أمراض مختلفة، العادات، عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية والتوتر.

_ وجود علاقة جوهرية سالبة بين العمر والمقاييس التالية: الجهاز التنفسي، الجهاز العصبي، الجهاز العصبي، عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية، التوتر، والدرجة الكلية.

3. دراسة الكواري Kuwari (2007) : الصحة النفسية لمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في قطر

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وأمهات الأطفال العاديين في نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين أفراد العينة وأيضاً التعرف على المحددات المرتبطة بالاضطرابات النفسية لديهن. وقد أجريت الدراسة في قطر من يناير إلى يونيو 2005. وقد استخدم استبيان الصحة العامة على عينة قوامها 195 من الأمهات الأطفال المعوقين عقلياً كمجموعة دراسة، و139 من أمهات الأطفال غير المعوقين باعتبارها مجموعة المقارنة. وقد توصلت الدراسة إلى أن انتشار الاضطرابات النفسية كان أعلى بين أمهات الأطفال المعوقين من أمهات غير المعوقين كما توصلت الدراسة إلى بعض المحددات التي تزيد من انتشار الاضطرابات النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين: وجود أكثر من طفل معاق، سن الطفل المعاق أقل من 5 سنوات، ترتيب الطفل المعوق الأول في الأسرة، ووجود المرض المزمن بالإضافة إلى الإعاقة العقلية، وجود نوع آخر من الإعاقة إلى جانب الإعاقة العقلية. المستوى التعليمي للأم التي تقوم برعاية الطفل المعاق لديه تأثير وقائي من تطور الاضطراب النفسي.

4. دراسة زعاير (2009): مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحيديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات:

هدفت الدراسة لتقصي مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحيديين في الأردن، وعلاقتها ببعض المتغيرات، مثل جنس الطفل التوحيدي وعمره. تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم لأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة بالأردن، طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص (1998). وبعد معالجة البيانات إحصائياً، أشارت الدراسة إلى النتائج التالية :

- أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحيديين شيوعاً بالترتيب: القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادراً للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحيديين بدرجات متفاوتة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحيديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية ، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل .

- أكثر أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيديين كانت ضمن الأبعاد ممارسات معرفية عامة ، ممارسات وجدانية وعقائدية ، ممارسات معرفية متخصصة، بينما كانت الممارسات المختلطة وممارسات تجنبه أقل أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيديين .

- وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس الضغوط النفسية وأبعاد مقياس أساليب المواجهة ومعظمها كانت دالة إحصائياً من وجهة نظر الآباء والأمهات.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصادر الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس من وجهة نظر الأمهات في ضوء جنس الطفل. بينما وجدت فروق دالة إحصائية في بعد (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل)، من وجهة نظر الآباء، وكانت الفروق لصالح الذكور، ولا توجد فروق دالة إحصائية على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً لجنس الطفل التوحيدي.

- وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لدرجات آباء وأمهات الطفل التوحدي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس وذلك تبعاً لمتغير عمر الطفل. وكانت الفروق لصالح الأطفال في المرحلة العمرية (من 12 سنة إلى 15 سنة) في الأبعاد السابقة، بينما كانت لصالح الفئة العمرية (أكثر من 15 سنة) في الدرجة الكلية للمقياس، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لدرجات آباء وأمهات الأطفال التوحديين على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً للمتغير العمري للطفل.

5. دراسة الدعدي (2009): الضغوط النفسية و التوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء و أمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع و درجة الإعاقة و بعض المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية.

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في طبيعة الضغوط النفسية و كل من التوافق الزواجي و الأسري لدى عينة من آباء و أمهات الأطفال المعاقين مقارنة بعينة من آباء و أمهات الأطفال العاديين، كما هدفت إلى كشف العلاقة بين الضغوط النفسية بمتغيري التوافق الزواجي و الأسري لدى آباء و أمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع الإعاقة و درجة الإعاقة في ضوء بعض العوامل الديموغرافية و الاجتماعية (السن ، الجنس ، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي). و تكونت عينة الدراسة من 308 من آباء و أمهات الأطفال المعاقين مقارنة ب-عينة مكونة من 340 من آباء و أمهات الأطفال العاديين. و لتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق كل من مقياس المؤشرات السلوكية الدالة على الضغط للطيرري (1991) ، و مقياس التوافق الزواجي للشمسان(2004)، و مقياس التوافق الأسري لعبد الحميد (1986) و من خلال تطبيق المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و السببي. و قد أظهرت النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة ارتباط كل من التوافق الزواجي و الأسري ارتباطاً إيجابياً دالاً ، في حين ارتبطت الضغوط النفسية بهذين المتغيرين ارتباطاً سلبياً دالاً ، و قد تبين أن الضغوط النفسية و التوافق الزواجي و الأسري تتأثر بدرجة إعاقات الأبناء ، فكلما كانت الإعاقة شديدة كلما زاد الضغط النفسي و قل التوافق الزواجي و الأسري ، و على العكس من ذلك تبين أن هذه المتغيرات لا تتأثر بالمتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية المحددة في هذه الدراسة ، كما تبين عدم وجود فروق في الضغوط النفسية بين كل من آباء و أمهات الأطفال المعاقين و آباء و أمهات الأطفال العاديين ، و قد يرجع ذلك إلى طبيعة المقياس المستخدم لقياس الضغوط النفسية و الذي يقيس الضغوط النفسية بصفة عامة، بينما كانت هناك فروق دالة بين آباء و أمهات الأطفال المعاقين و آباء و أمهات الأطفال العاديين في كل من التوافق الزواجي و الأسري باتجاه آباء و أمهات الأطفال العاديين .

6. دراسة العازمي(2009): الضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال المعاقين:

هدفت الدراسة إلى التعرف علي الضغوط الأسرية التي يتعرض لها اسر المعاقين وتحديد مستوي هذه الضغوط واختلافها باختلاف نوع الإعاقة وجنس الطفل المعاق , وفي إطار هذه الأهداف تم صياغة الفروض التالية: -تختلف الضغوط الأسرية عند أمهات الأطفال المعاقين باختلاف نوع الإعاقة (عقلية - بصرية - شلل دماغي).-تختلف الضغوط الأسرية عند أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية باختلاف جنس الطفل.-تختلف الضغوط الأسرية عند أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية باختلاف جنس الطفل.-تختلف الضغوط الأسرية عند أمهات الأطفال ذوي الإعاقة بالشلل الدماغي باختلاف جنس الطفل وقد تكونت عينة الدراسة الحالية من 261 أمّاً لأطفال (ذكوراً - اناث) في عمر زمني (11 - 15) بمتوسط عمر قدره 13,59، وانحراف معياري قدره 3,66 وقد قسمت العينة الكلية الي (94) أمّاً لأطفال معاقين عقلياً،(81)أمّاً لأطفال معاقين بصرياً،(86) أمّاً لأطفال مصابين بشلل دماغي، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية من قوائم مدارس التربية الخاصة بالكويت . كما استعمل الباحث في دراسته كل من:

-استمارة تحديد المستوي الاجتماعي والاقتصادي إعداد : عبد العزيز الشخص (1995)

-اختبار ستانفورد - بينيه (الصورة الرابعة) إعداد : روبرت ثورنديك - اليزبيث هاجن - جيريم ساتلر تعريب وتفتين : مصري حنورة (1999)-مقياس الضغوط الأسرية إعداد : هولرويد تعريب : جلال جرار (1989)توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05) علي متغير الضغوط الاسرية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأمهات المعاقين بصريا في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.- كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية على متغير الضغوط الاسرية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأمهات المصابين بالشلل الدماغي.- كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ثقة (0,05) علي متغير الضغوط الأسرية لدي أمهات الأطفال المعاقين بصرياً وأمهات المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي ثقة (0,05) على الضغوط الأسرية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا في اتجاه الذكور.

- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي ثقة (05,0) على الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين بصرياً في اتجاه الإناث.

- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه الإناث .

7. دراسة العرعير (2010): الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقتها ببعض المتغيرات:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقاتها ببعض المتغيرات، وتم تطبيق أدوات الدراسة استبانة الصحة النفسية -من إعداد الباحث ، و استبانة التوافق الزوجي -من إعداد إيمان اللدعة، و استبانة التدخين، من إعداد سمية موسى. وتمثلت عينة الدراسة في 461 أمًا من أمهات أطفال ذوي متلازمة داون.

و قد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

ارتفاع مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

جاء ترتيب أبعاد الصحة النفسية كما يلي: البعد الروحي ، البعد الجسماني ، البعد الاجتماعي، البعد النفسي، البعد العقلي.

توجد علاقة موجبة دالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية بصفة عامة لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون ومستوى التوافق الزوجي لديهن و كذلك الالتزام الديني.

لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير جنس المعاق، عدد المعاقين في الأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق، تعليم الأم .

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، عدد الأبناء في الأسرة، عمر الأم الحالي، عمل الأم.مدة الالتحاق بخدمات التأهيل.

8. دراسة أحمد (2011): الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي و علاقته بإدارة موارد الأسرة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي و علاقته بإدارة موارد الأسرة، و ذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هي علاقة الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي على إدارة موارد الأسرة؟

- هل هناك علاقة بين بعض المتغيرات الديموغرافية و الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي و إدارة موارد الأسرة؟

- ما أكثر محاور الإنهاك النفسي تأثيرا على إدارة الأم ذات الطفل التوحيدي لمواردها الأسرية؟

و قد اشتملت أدوات الدراسة على استمارة البيانات العامة للأسرة و استبيان الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي، و استبيان عن إدارة موارد الأسرة من إعداد الباحثة، و اشتملت عينة الدراسة على 184 ربة أسرة عاملة و غير عاملة و قد تمت الدراسة بمدينة عين شمس، و كان من أهم نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إدارة موارد الأسرة (الدخل، الوقت، الجهد) تبعا لمتغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي (نقص المساندة و الدعم، التعب البدني، الضغوط الانفعالية) مع متغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي (نقص المساندة و الدعم، التعب البدني، الضغوط الانفعالية) مع متغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم). وكذلك بالنسبة للضغوط الاقتصادية فقد وجد أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين تعليم الأم و الدخل الشهري للأسرة بينما لا توجد فروق بين الضغوط الاقتصادية و عمر الأم و عملها.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين محاور الإنهاك النفسي و محاور إدارة موارد الأسرة.

- اختلفت نسبة مشاركة العوامل المؤثرة على إدارة الموارد فقد جاء نقص المساندة و الدعم في المركز الأول، يليه الضغوط الاقتصادية ثم الضغوط الانفعالية ثم التعب البدني.

9. دراسة الشامي (2011) : مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية:

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

تكونت العينة من 190 من الأمهات من بينهم 95 أمًا لطفل توحدي ممن يراجعون المراكز التابعة للمجلس الأعلى لشؤون الأفراد المعاقين وعدد من المراكز الخاصة، و 95 أما لأطفال أسوياء من مدينة عمان، و تم تطبيق قائمة بيك للاكتئاب، و اختبار حالة القلق للكبار، ومقياس الضغوط النفسية على جميع الأمهات ، و توصلت الدراسة إلى أن:

_ أمهات الأطفال التوحديين يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط النفسي و القلق و الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال الأسوياء.

_ أما فيما يتعلق بالفروق في مستويات القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد و أمهات الأطفال الأسوياء تبعا لمتغيرات المستوى التعليمي و العمل و عدد الأطفال و دخل الأسرة، فلم تتوصل الدراسة إلى إيجاد فروق تعزى لهذه المتغيرات الديموغرافية.

10. دراسة أحمان (2012): دور كل من مصدر الضبط والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي.

اعتمدت الدراسة على عينة عرضية جزائرية قوامها 335 فردا من الجنسين (139 ذكر ، 196 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 19 و 60 سنة. وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (Wallston et al) والذي كيفه وقتنه على البيئة الجزائرية جبالي نور الدين. مقياس المساندة الاجتماعية لـ (Sarason et al) والذي عربه وقتنه على البيئة العربية محمد الشناوي وسامي أبو بيه. المقاييس الخاصة بالأعراض البدنية من قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية لـ

(Brodman et al) ترجمة محمود السيد أبو النيل. مقياس ضغوط أحداث الحياة لـ (Constance L. Hammen) والذي عرّبه حسن عبد المعطي. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

يمتاز اعتقاد أفراد العينة بالانخفاض في مصدر الضبط الصحي الخارجي، والارتفاع في مصدر الضبط الداخلي. _ الذكور والأفراد الأكبر سناً أكثر اعتقاداً في مصدر الضبط الصحي الخارجي. _ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري السن والجنس في كل من بعدي مصدر الضبط الصحي: الداخلي والحظ. وأيضا في متغير المساندة الاجتماعية وأبعاده. _ تتوزع قيم متغير الضغوط النفسية توزيعاً اعتدالياً، وأفراد عينة الدراسة لا يعانون من ضغوط نفسية. _ الذكور أكثر عرضة للضغوط النفسية مقارنة بالإناث، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير السن في الضغوط النفسية. _ انخفاض مستوى المرض الجسدي لدى أفراد العينة. _ عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في المرض الجسدي، بينما أكدت النتائج على أن الأفراد الأقل سناً أكثر معاناة من المرض الجسدي مقارنة بالأفراد الأكبر سناً. _ وجود ارتباط جوهري موجب بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي. _ عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المرض الجسدي وكل من المساندة الاجتماعية ببعديها، وأبعاد مصدر الضبط الصحي. _ المساندة الاجتماعية، مصدر الضبط الصحي لا يلعبان دوراً ملحوظاً في العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي. _ العلاقة التفاعلية بين المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي لا تلعب دوراً ملحوظاً في العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي.

11. دراسة نجاتي (2012) : حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة

العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات

هدفت الدراسة إلى التعرف على حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات والتي تمثلت بمتغير العمر، والمستوى التعليمي لولي الأمر، درجة اضطراب التوحد، والدخل الشهري لولي الأمر. ولتحقيق هذا الهدف استخدم المنهج الوصفي. وتكونت عينة الدراسة من (87) من أولياء أمور الطلبة جرى اختيارهم بصورة عشوائية. وقد تم بناء أداة للتعرف على حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث تكونت الاستبانة من (35) فقرة موزعة على (3) أبعاد، وقد قام الباحث بالتحقق من صدق الأداة وثباتها. وقد أظهرت نتائج الدراسة

أن الحاجات المادية جاءت في المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي، تلتها في المرتبة الثانية الحاجات الأساسية للأسرة، بينما جاءت الحاجات الاجتماعية في المرتبة الأخيرة، وبلغ المتوسط الحسابي للحاجات ككل (2.53) كما بينت نتائج الدراسة المتعلقة بمتغير العمر أنه لا توجد فروق ذات دلالة تعزى لأثر العمر في جميع الحاجات وفي الحاجات ككل، وفيما يتعلق بمتغير درجة اضطراب التوحد بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة تعزى لدرجة اضطراب التوحد في جميع الحاجات وفي الحاجات ككل، كما بينت نتائج الدراسة فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي لولي الأمر وجود فروق ذات دلالة بين مستوى دون الثانوي من جهة وكل من ثانوي وجامعي من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح دون الثانوي. أما فيما يتعلق بمتغير الدخل الشهري لولي الأمر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة الدخل الذين هم من 1 _ 5 آلاف وفئة الدخل من 6 _ 10 آلاف ، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة الدخل من 6 _ 10 آلاف وفئة الدخل من 11 فما فوق لصالح فئة الدخل من 11 ألف فما فوق .

12. دراسة عصفور (2012) : الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين. وسعت إلى الإجابة عن السؤالين التاليين: ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة في درجة الضغوط

النفسية تعزى إلى متغيرات : جنس المراهق، الترتيب الولادي للمراهق، المستوى التعليمي للأم، المستوى الاقتصادي، عدد الأبناء؟

تكونت عينة الدراسة من (40) أمًا من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية . واستخدم مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد. وبعد استخراج دلالات الصدق والثبات للمقياس تم تطبيقه على عينة الدراسة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المستوى المتوسط . وان أعلى متوسط كان لبعدها تحمل أعباء المراهق التوحدي، في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط. كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين . بينما أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية لمجالى القلق على مستقبل المراهق وتحمل أعباء المراهق التوحدي لصالح الأسرة التي يكون فيها

المراهق التوحيدي آخر مولود في الأسرة .وكذلك مجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة التي يزيد عدد أبنائها عن خمسة أفراد.

13. دراسة العيثان وآخرون(2012): التكتم وعلاقاته باضطرابات المزاج لدى الأمهات للأطفال المعاقين في البيئة المملكة العربية السعودية :

هدفت إلى دراسة أعراض فقد التعبير الانفعالي (أعراض التكتم) لدى أمهات الأطفال المعوقين في المملكة العربية السعودية، وبحث فيما إن كان أعراض فقد التعبير الانفعالي مصاحباً لصعوبة المزاج وبعض العوامل الديموغرافية. وقد أجريت دراسة استطلاعية تتابعية خلال الفترة من يناير 2011م حتى 2012 م على 86 أم (شكلن مجموعة الدراسة) اللواتي يعنتين بأطفال لديهن إعاقة جسمية، أو عقلية، أو حسية والذين يراجعون مستشفى تأهيلي متخصص، الرياض المملكة العربية السعودية .كما شملت الدراسة أيضا على 32 أم لأطفال أصحاء والتي تشكل (مجموعة الضابطة) واستخدم مقياس المستشفى للاكتئاب والقلق لقياس أعراض مزاج الأمهات .كما استخدم مقياس تورنتو 20 -فقد التعبير الانفعالي(التكتم) لتقدير درجة أعراض التكتم. كما تم جمع المعلومات الديموغرافية للأمهات والأطفال.أظهرت الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين لديهن درجة عالية بدلالة إحصائية من أعراض التكتم ودرجة متوسطة على مقياس القلق وبدرجة عالية بدلالة إحصائية ومقياس الاكتئاب. هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة الكسثيميا مع درجة درجة الاكتئاب ودرجة القلق، لكن لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أعراض التكتم و عمر الطفل وعمر الأم ومدة الإعاقة.

14. دراسة جبالي (2012) : الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ومعرفة نوع استراتيجيات مواجهة تساعد في خفض مستوى الضغط النفسي لديهن. كما هدفت إلى معرفة طبيعة الفروق في مستوى الضغوط النفسية وفي نوع إستراتيجيات المواجهة المتبعة لدى الأمهات حسب المتغيرات: سن الابن المصاب و جنسه ،سن الأم و مؤهلها التعليمي. و استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، و قد قامت بتصميم أدوات الدراسة و هي: استمارة الدراسة الاستطلاعية، استمارة البيانات الشخصية، استبيان الضغوط النفسية، استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

و تكونت عينة الدراسة من 66 أمًا. و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-تعاني أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون من مستوى متوسط من الضغوط النفسية.
-تتبع أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون استراتيجيات مواجهة ايجابية و المتمثلة في التدين و التقبل وطلب المعلومة و التخطيط .

-إن لمتغير جنس الطفل المصاب بمتلازمة داون تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرف الأم حيث أن أمهات الإناث المصابات بمتلازمة داون يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور المصابين بمتلازمة داون، كما أن أمهات الذكور المصابون بمتلازمة داون يلجأون إلى إتباع استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل في الإنكار مقارنة مع أمهات الإناث المصابات بمتلازمة داون .

-لا يؤثر متغير سن الابن المصاب بمتلازمة داون على مستوى الضغوط النفسية أو نوع استراتيجيات المواجهة المتبع لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

-إن لمتغير سن أم الطفل المصاب ابنها بمتلازمة داون تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرفهن، بحيث أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون و أعمارهن تسعة و ثلاثون سنة وأقل يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية في بُعد الأعراض العضوية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون و أعمارهن أربعون سنة وأكثر، كما أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون و أعمارهن تسعة و ثلاثون سنة وأقل يلجأون إلى إتباع استراتيجيات مواجهة إيجابية تتمثل في التخطيط وطلب المعلومة مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون و أعمارهن أربعون سنة وأكثر .

-إن لمتغير المؤهل التعليمي لأم الطفل المصاب بمتلازمة داون تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرفهن، بحيث أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المستوى التعليمي ابتدائي وأقل يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المستوى التعليمي الجامعي، كما أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المؤهل التعليمي "المتوسط" و "الابتدائي وأقل" يلجأون إلى إتباع الإستراتيجيات

السلبية المتمثلة في الإنكار ولوم الذات، في حين أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المؤهل التعليمي "الجامعي" يلجأن إلى إتباع الإستراتيجيات الإيجابية المتمثلة في طلب المعلومة.

15. دراسة العضل(2012) : العلاقة بين الضغوط الأسرية و المساندة الاجتماعية لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى و مصادر الضغوط الأسرية التي يعاني منها آباء و أمهات الأطفال التوحديين، و التعرف على مستوى و أنماط و مصادر المساندة الاجتماعية التي يتلقونها أيضا، و كذلك دراسة العلاقة بين الضغوط الأسرية و المساندة الاجتماعية لدى هؤلاء الأولياء، و ذلك في ضوء بعض المتغيرات و التي شملت: جنس الطفل التوحدي، جنس الوالدين، المستوى التعليمي للوالدين، الدخل الشهري للأسرة، و لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية: مقياس الضغوط الأسرية، مقياس المساندة الاجتماعية. و شملت عينة الدراسة (80) أبا و أما ل- (40) طفلا و طفلة توحديين (20) ذكور و (20) إناث، تتراوح أعمارهم بين (6 - 12) سنة.

و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني آباء و أمهات الأطفال التوحديين من ضغوط أسرية بمستوى مرتفع.
 - يتلقى آباء و أمهات الأطفال التوحديين المساندة الاجتماعية بمستوى متوسط.
 - إن أكثر أنواع الضغوط الأسرية التي يعانيها آباء و أمهات الأطفال التوحديين مرتبة كالتالي:
- الضغوط الناجمة عن خصائص الطفل التوحدي، ضغوط رعاية الطفل التوحدي، الضغوط الاجتماعية، الضغوط المالية، الأعراض النفسية و العضوية، و أخيرا ضغوط القلق على مستقبل الطفل التوحدي.
- إن أكثر أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها آباء و أمهات الأطفال التوحديين مرتبة كالتالي:
- مساندة الأصدقاء، المساندة العاطفية، المساندة الإرشادية، المساندة بالمعلومات، و أخيرا المساندة المادية.
- إن أكثر مصادر المساندة الاجتماعية مرتبة من الأكثر إلى الأقل هي: الزوج أو الزوجة، الأقارب، الأصدقاء، الأسر التي لديها طفل توحدي، المرشد النفسي، الجيران و رجال الدين.

- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الضغوط الأسرية و مستوى المساندة الاجتماعية لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية حسب متغير جنس الطفل التوحدي لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين، و هذا الفرق يعود لصالح الأطفال التوحديين الإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط الأسرية حسب متغير جنس الوالدين لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين، و هذا الفرق يعود لصالح أمهات الأطفال التوحديين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية حسب متغير جنس الوالدين لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين و هذا الفرق يعود لصالح آباء الأطفال التوحديين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط الأسرية حسب متغير المستوى التعليمي لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الضغوط الأسرية و الدخل الشهري للأسرة لدى آباء و أمهات الأطفال التوحديين.

16. دراسة بوشعراية و طاهر (2017): الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمّهات أطفال التوحّد:

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً لبعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس ، العمر، المستوى التعليمي، عدد أفراد الأسرة) حيث تكونت عينة الدراسة من 120 أباً وأماً لأطفال توحديين (60 أب و 60 أما) واستجابوا لمقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ومقياس التوافق الأسري. وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين الضغوط النفسية والتوافق الأسري لدى أولياء أمور أطفال التوحّد، في الوقت الذي بينت الدراسة إن هناك فروق في مستوى الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، بالإضافة إلى عدم وجود أي فروق في الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (عمر الوالدين، المستوى التعليمي، عدد أفراد الأسرة).

الدراسات الأجنبية:**17. دراسة Kobasa (1979):**

هدفت الدراسة إلى معرفة المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد للاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى قوامها 86 فردا تعرضوا لأحداث حياة ضاغطة، والثانية قوامها 75 فردا لم يتعرضوا لأحداث ضاغطة. وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين الأحداث الضاغطة والمرض، كما أن الشخصية التي تتميز بشدة الصلابة والتي تتعرض للضغوط كانت أكثر صمودا ومقاومة وإنجازا وسيطرة وقيادة، وكانت أكثر ضبطا داخليا، بينما المجموعة الأخرى ذات الضبط الخارجي كانت أكثر تعرضا للضغوط وأقل صلابة ويجدون أنفسهم في بيئة مملّة وليس لها معنى، كما كانت المجموعة الأولى أكثر شعورا بالأمن والمرونة والنشاط والمبادأة والواقعية. (أحمان، 2012، ص 40).

18. دراسة Barakat et al (2005): دور مصدر الضبط الوالدي و أداء الأسرة في جودة**الحياة لوالدي الأطفال المصابين بمرض الخلايا المنجلية**

تمثل هدف الدراسة في دراسة العلاقة بين مصدر الضبط الوالدي بنوعية حياة الأطفال الذين يعانون من مرض الخلايا المنجلية وتحديد دور الوساطة المحتملة لأداء الأسرة. وأيضاً العلاقة مع شدة المرض. وتكونت العينة من 31 من مقدمي الرعاية الأساسيين، وتم استخدام مقياس مصدر الضبط الوالدي، وأداء الأسرة، ونوعية الحياة أثناء إظهار أطفالهم للألم والحمى. وقد بينت النتائج أن الدرجة الكلية للمصدر الضبط الوالدي ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة من حيث الكفاءة الذاتية وأظهرت دلالة هامشية مع الكفاءة الاجتماعية. إلا أنه كان مرتبطاً بشكل سلبي إلى حد كبير بأداء الأسرة. ارتباط مصدر الضبط الوالدي بجودة الحياة. لم تكن شدة المرض مرتبطة بدرجات مصدر الضبط الوالدي وأظهر الأولياء ميلهم للضبط الوالدي الخارجي.

19. دراسة Alik et al (2006): جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل المتمدرس**المصاب باضطراب الأسبرجر:**

هدفت الدراسة إلى تقييم جوانب جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل المتمدرس المصاب باضطراب الأسبرجر وعلاقتها بالخصائص السلوكية للطفل، ولقد تكونت عينة الدراسة من 31 أ/ 30

أب ل 32 طفل ذ اضطراب الأسبرجر وطيف التوحد ذو المستوى العالي، 30 أم و 29 أب ل 32 طفل عادي من نفس العمر والجنس. وقد استخدم نموذج المسح الصحي القصير المتكون من 12 بنداً الذي يقيس الرفاهية النفسية والجسدية، كما تم تقسيم الخصائص السلوكية للطفل باستخدام الاستبيانات المنظمة . وتوصلت الدراسة إلى أن :

_ أمهات الأطفال المصابين يعانون من جودة حياة منخفضة متعلقة بالصحة مقارنة بالمجموعة الضابطة.

_ انخفاض الصحة الجسدية (صحة الأم المتعلقة بالمشكلات السلوكية للطفل مثل فرط الحركة).

_ وجود علاقة ارتباطية بين رفاهة الأم والخصائص السلوكية للطفل.

20. دراسة (Wright et al 2007) : دور مصدر الضبط في التوسط بين التوتر والقلق والاكنتاب لدى أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من اضطراب نمائي:

هدفت الدراسة إلى تمت مقارنة مستويات الإجهاد الوالدي والاكنتاب والقلق بين آباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد والأطفال الذين يعانون من متلازمة داون والأطفال العاديين (ن = 619) ودور الوساطة الذي يلعبه مصدر الضبط في ذلك . وقد أشارت النتائج إلى أن القلق والاكنتاب كان مرتفعاً لدى أولياء أمور الأطفال الغير عاديين، وكانت الدرجات الأعلى لدى أولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد. كما كان أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من التوحد أكثر خارجية في مصدر الضبط. كم أسفرت النتائج عن فشل مصدر الضبط للتوسط في العلاقة بين التوتر والقلق والاكنتاب لدى أولياء أمور الأطفال المضطربين.

21. دراسة (Koydmir et al 2009): أثر وجود طفل توحد على الأم التركية

أجريت هذه الدراسة بهدف التحقيق في أثر وجود طفل توحد على حياة الأم التركية، وعن طريق إجراء المقابلات شله منظمة مع 10 أمهات لأطفال مصابين بالتوحد، حيث قام بتصميم أسئلة المقابلة للكشف عن جوانب كثيرة من تجارب الأمهات مع طفل معاق. وأسفرت النتائج عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب الأم، كردود الفعل إثر ولادة طفل معاق، مصادر الضغوط، استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الضغوط. وذكرت جميع الأمهات أنهن يعانين من

ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل، وأظهروا أيضاً أن هناك قلق حول مستقبل الطفل مما يضاعف حجم الضغوط لديهم. (عايش ومنصوري، 2013، ص 201).

22. دراسة Lloyd & al (2009): مصدر الضبط الوالدي والصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقات ذهنية:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الوالدي والرفاهة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الصعوبات الذهنية، وقد تمثلت فرضيات الدراسة فيما يلي:

_ توقع وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي وكل من: القلق، الإجهاد والاكنتاب لدى الأم.

_ ارتباط مصدر الضبط الداخلي إيجابياً بمعتقدات الأم حول الطفل.

_ لاتوجد علاقة بين الرفاهة النفسية للأم ومصدر الضبط الوالدي.

وقد شملت الدراسة 91 أمًا لطفل يعاني من إعاقة ذهنية، تتراوح أعمارهن بين 28 . 58 سنة. 41 أم مستوى جامعي، 43 أم مستوى ثانوي، 7 أمهات دون المستوى التأهيلي. 53 أم عاملة، 38 أم غير عاملة. 39 طفل توحدي، 15 طفل مصاب بمتلازمة داون، 12 طفل مصاب بالشلل الدماغي، و 25 طفل اضطراب سلوكي غير محدد.

وقد استخدم في هذه الدراسة: مقياس الضبط الوالدي (PLOC , Campis et al , 1986) مقياس المعتقدات الإيجابية للأم (PGCS, Behr et al , 1992)، السلم الاستشفائي للقلق والاكنتاب (Zigmond and Sneath, 1983)، استبيان الإجهاد . النسخة القصيرة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

_ وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين تصورات الأم الإيجابية حول الطفل وبين معتقدات الأم حول الحظ والصدفة، بينما وجدت العلاقة سلبية مع ضبط الأم. وأن الأم ترى أن ابنها عامل إيجابي في حياتها، كذلك تعتقد الأمهات بقوة الحظ (ضبط خارجي) واعتقدن أنهن أكثر قدرة على مراقبة وضبط سلوك أطفالهن (ضبط داخلي).

_ وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين كل من القلق وضبط الطفل والدرجة الكلية لمصدر الضبط الوالدي. حيث أن درجة القلق والاكتئاب والتوتر كانت مرتفعة بالنسبة للأمهات ذوات الضبط الخارجي (أمهات الضبط الخارجي أشرن إلى أن مطالب ابنائهن المعاقين سيطرت على حياتهن وأنهن غير قادرات على السيطرة على سلوك أطفالهن، وبالتالي فإن الأمهات ذوات الضبط الخارجي يشعرن بعدم القدرة على السيطرة على أبنائهن ويظهرن اكتئاب وإجهاد والشعور بقلة الفعالية في دورها الأمومي.

23. دراسة Hung et al (2010): الصحة النفسية لوالدي الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية:

الهدف من هذه الدراسة هو إلقاء الضوء على الصحة النفسية والعقلية لوالدي الأطفال الذين يعانون من إعاقة جسدية، وأيضاً التعرف على العوامل التي تؤثر على الصحة العقلية الوالدية. وقد شملت الدراسة على 91 من والدي الأطفال المعاقين جسدياً والذين يرتادون عيادات إعادة التأهيل. وقد تم جمع البيانات من خلال المقابلة مع الأولياء، وقد استخدم مقياس الضغوط الوالدية (Parentin Stress Index) ولتقييم الصحة العقلية للوالدين تم استخدام استبيان الصحة الصيني (Chinese Health Questionary). وقد توصلت النتائج إلى:

_ 44% من الأولياء صنفوا كحالات اضطرابات عقلية في مقياس الصحة الصيني.

_ العوامل المتعلقة بالطفل والتي أثرت سلباً على الصحة العقلية للوالدين تمثلت في: ضعف القدرة على المشي، الاعتماد على الآخرين لأداء أنشطة الحياة اليومية.

_ العوامل المتعلقة بالوالدين والتي أثرت سلباً على الصحة العقلية للوالدين تمثلت في: الدخل المنخفض، عدم الاعتماد على المعتقدات الدينية، الضيق الوالدي، اختلال وظيفة التفاعل بين الوالدين والطفل، الصعوبات التي يعاني منها الطفل.

_ الأثر الأكثر أهمية في الصحة العقلية العامة للوالدين حسب التحليل المتعدد المتغيرات تمثل في : الضغوط أو الشدة الوالدية.

24. دراسة Wah (2011): دور مصدر الضبط الوالدي في جودة الحياة لدى والدي الطفل التوحيدي:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الوالدي وجودة الحياة لدى والدي الأطفال التوحيدين في هونج كونج، وافترضت الدراسة:

_ والوالدين ذو الضبط الخارجي يظهرون جودة حياة منخفضة خاصة فيما يخص جوانب الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية.

وقد شملت الدراسة على 50 أبا وأما للأطفال التوحيدين. وقد استخدم:

وتوصلت الدراسة إلى أن والدي الطفل التوحيدي يتميزون بضبط خارجي، وأن الضبط المدرك للطفل لحياة الوالدين كان مرتبطا عكسيا بالصحة النفسية وأبعاد العلاقات الاجتماعية. وخلصت الدراسة إلى أنه يجب مساعدة آباء وأمّهات أطفال التوحد من أجل الحفاظ على حياة أكثر توازنا.

25. دراسة Gomez and Gomez (2011): جودة الحياة لدى أولياء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة :

سعت هذه الدراسة إلى وصف جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفلبين، وذلك من خلال محددات جودة الحياة لدى الوالدين. وقد اعتمد على المنهج المختلط في هذه الدراسة. وتكونت العينة من 76 والدا. وطلب منهم الإجابة على استبيان منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الموجز (النسخة الفلبينية). أجريت المقابلات أيضا بين عينة من الآباء الذين أجابوا على الاستبيان في وقت سابق (ن = 6) وأشارت لنتائج إلى أن التحصيل التعليمي للوالدين والدخل السنوي والظروف المرضية المشتركة للطفل وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين، كما الآباء من الأطفال الفلبينيين ذوي الاحتياجات الخاصة أظهروا ضغوطا سلبية والتي تؤثر على حياتهم.

26. دراسة **Riahi & Mazidi (2012)**: دراسة مقارنة للصحة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال العاديين بمدينة الأهواز الإيرانية:

هدفت من هذه الدراسة إلى مقارنة الصحة النفسية للأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال العاديين، حيث تكونت عينة هذه الدراسة ن 32 أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد و 29 أمهات الأطفال بدون التوحد. في مستشفيات مدينة الأهواز . وقد استخدم الاستبيان الديموغرافي واستبيان الصحة العامة. وتمت المعالجة الاحصائية بالاعتماد على تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA). وأسفرت النتائج عن وجود فروق كبيرة في الصحة العقلية أن اختلافات كبيرة موجودة في الصحة النفسية القلق ($F = 5.69, P = 0.02$) /الأرق ($F = 4.82, P = 0.03$) بين أمهات أطفال التوحد وأمهات الأطفال العاديين ولم تظهر أي فروق في بقية المحاور.

27. دراسة **Malhotra and Sharma (2013)**: دراسة لتقييم أثر الإعاقة على آباء وأمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي في دلهي

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر الإعاقة على آباء الأطفال المتخلفين عقليا الذين يدرسون في المدارس الخاصة في مدينة دلهي الهندية . حيث أجريت الدراسة على 100 من آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقليا المسجلين في هذه المدارس وإجراء مقابلات معهم. وقد تم استخدام برنامج SPSS من أجل تحليل المعطيات لمعرفة العلاقة السببية بين شدة التخلف العقلي ومختلف مجالات الصحة العقلية للوالدين. وقد توصلت الدراسة إلى أن الإعاقة لديها تأثير على غالبية الآباء نتيجة للقيود الاجتماعية وفقدان الدعم من الأقارب، بالإضافة إلى أن غالبية أفراد العينة أظهروا بأن صحتهم تدهورت بسبب التخلف العقلي للطفل.

28. دراسة **Seymour et al (2013)**: التعب، الاجهاد واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال طيف التوحد

أشارت هذه الدراسة إلى أن الصعوبات السلوكية لدى الطفل التوحدي قد تساهم في إرهاق الوالدين والذي بدوره يساهم في تبني الأم استراتيجيات مواجهة غير تكيفية وغير فعالة والتي تزيد من الإجهاد لديها ، حيث تناولت هذه الدراسة تأثير التعب لدى الأمهات واستراتيجيات المواجهة على العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل و الضغط الأمومي لدى 65 أما من الأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد (الذين تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات). و أظهرت النتائج أن التعب لدى الأمهات واستراتيجيات المواجهة غير الملائمة تتوسط العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والإجهاد لدى الأمهات.. وأبرزت أهمية التعب على رفاه الأمهات باعتبارها مجالاً هاماً للبدن من نظر فيه لدى أمهات أطفال التوحد.

29. دراسة Giallo et al (2013): التعب والرفاهية النفسية والفعالية الذاتية الوالدية لدى أمهات أطفال طيف التوحد:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تعرض الأمهات للتعب وعلاقتها بجوانب أخرى من الرفاهية الوالدية. وتمثلت عينة الدراسة في 50 من أمهات من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وقد استخدم استبيان تقييم مستوى التعب، الكفاءة الذاتية الوالدية، استبيان مشكلات الطفل السلوكية والانفعالية، استبيان نوعية النوم، استبيان احتياجات الدعم لدى الوالدين، واستبيان النشاط البدني العام، و أظهرت النتائج أن الأمهات يعانين من درجات عالية من التعب، وكانت العوامل المرتبطة بالمستويات العالية من التعب هي ضعف نوعية النوم لدى الأمهات، وارتفاع الحاجة إلى الدعم الاجتماعي وضعف النشاط البدني. وكان التعب مرتبطاً بشكل كبير بجوانب أخرى من الرفاه، بما في ذلك التوتر والقلق والاكتئاب، وانخفاض فعالية الأمومة والارتياح.

30. دراسة Garriot et al (2014): الصحة الذاتية المدركة لدى والدي الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد:

هدفت الدراسة إلى الأطفال الكشف عن الصحة الذاتية المدركة لدى 124 من الآباء والأمهات باستخدام المسح الصحي القصير الشكل (SF-36). في الخطوة الأولى، تم إجراء تحليل مقارن بين مجموعة ضابطة وثلاث مجموعات من الآباء لأطفال طيف التوحد مصنفة وفقاً لمستويات شدة اضطراب طيف التوحد في الخطوة الثانية، تم إجراء تحليل الارتباط بين الصحة الذاتية المدركة لأولياء أطفال اضطراب التوحد ومقياس التقييم المستمر لمستوى شدة اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال، مقياس التوحد في مرحلة الطفولة (كارس) والمراقبة التشخيصية للتوحد. وأظهرت النتائج أنه مع زيادة مستوى شدة أعراض طيف التوحد يتناقص إدراك الأمهات لصحتهن. كما كشف التحليل الإحصائي عن علاقة قوية جداً بين الصحة العقلية للأمهات اضطراب أطفالهن وخاصة في العجز في التفاعل

الاجتماعي. السلوك التقييدي والمتكرر والصعوبة في اللعب كان له تأثير مباشر بدرجة أقل على نوعية حياة الأمهات. وقد لوحظ انخفاض شديد في نوعية الحياة لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد الشديد، وصعوبة أداء الأنشطة، بسبب المشاكل النفسية والجسدية.

31. دراسة Hannigan and Gallagher (2014): الاكتئاب والظروف الصحية المزمنة

لدى والدي الأطفال من ذوي الاضطرابات النمائية و الأطفال العاديين: دراسة بالأراضي
الإيرلندية:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الاكتئاب وبين الظروف الصحية المزمنة لدى والدي الأطفال المصابين باضطرابات نمائية ومقارنتهم بأولياء الأطفال العاديين، وقد اشتملت الدراسة على عينة قوامها 627 والدا للأطفال يحملون اضطرابات نمائية و 7941 والدا للأطفال بنمو عادي، وقد استخدم كل من : مقياس الاكتئاب للمركز البوائي، مقياس الظروف الصحية المزمنة، السلم الديمغرافي الاجتماعي، مقياس الخصائص السلوكية للطفل، وقد أسفرت النتائج على وجود علاقة بين رعاية طفل باضطراب نمائي و درجات عالية من الاكتئاب لدى أولياء الأطفال المضطربين مقارنة بأولياء الأطفال العاديين، كذلك ارتبط انتشار الحالات الصحية المزمنة بوجود طفل معاق، كذلك وجود علاقة بين المشكلات السلوكية للطفل والاكتئاب لدى الأولياء.

32. دراسة Piovesan et al (2015): جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى أمهات الأفراد

التوحيدين:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن جودة الحياة ووجود الأعراض الاكتئابية لدى أمهات الأطفال من ذوي الاضطراب التوحيدي. وتمثلت عينة الدراسة في 40 أم تراوحت أعمارهن بين 28 . 72 سنة، متزوجات، ذو دخل متوسط، مستوى تعليمي منخفض، وتراوحت أعمار أبنائهن بين 10 . 40 سنة. وتمثلت أدوات الدراسة في : استبيان الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والصحة، مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، مقياس بيك للاكتئاب واليأس، ومقياس (Baptista) للاكتئاب نسخة الراشدين. وتوصلت الدراسة إلى :

_ عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة وظهور الأعراض الاكتئابية تعزى لمتغير عمر الطفل.

_ وجود علاقة ارتباطية سلبية عالية بين جودة الحياة والمستويات العالية من الأعراض الاكتئابية، وارتباط معتدل بين البيئة والدخل.

33. دراسة Reed et al (2016) : التقرير الصحي الذاتي وعلاقته بالضغط النفسي لدى

أمهات أطفال طيف التوحد:

هدفت هذه الدراسة إلى كشف العلاقة بين الضغط (الضغط العام والضغط الوالدي) وكلا من جودة الحياة المرتبطة بالصحة وأعراض الصحة البدنية، وقد تمت الدراسة على عينة قوامها 122 أمًا لأطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد. وقد قام أفراد العينة بالإجابة على استبيانات الإجهاد العام، جودة الحياة المتعلقة بالصحة والأعراض الجسدية، وقد تمت الإجابة عن طريق الإنترنت. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

_ وجود علاقة ارتباطية بين كل من الضغط العام المدرك وانخفاض جودة الحياة المتعلقة بالصحة وزيادة الأعراض الجسدية.

_ الضغط الوالدي ارتبط مع انخفاض جودة الحياة المتعلقة بالصحة، ولم تكن هناك علاقة ارتباطية بالصحة الجسدية.

34. دراسة Aschbacher et al (2017): ارتباط الإجهاد المزمن بانخفاض عدد الخلايا

السلفية المكونة للدم لدى الأمهات الراعيات لأطفال التوحد.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين الإجهاد المزمن و انخفاض عدد الخلايا السلفية المكونة للدم لدى الأمهات الراعيات لأطفال التوحد. حيث يعتبر الإجهاد النفسي المزمن هو أحد عوامل الخطر لأمراض القلب والأوعية الدموية والوفيات. الخلايا السلفية المكونة للدم تقوم بالحفاظ على التوازن الأوعية الدموية ترتبط تصلب الشرايين، والتنبؤ بأثر إحداث اضطرابات القلب والأوعية الدموية. وانطلقت هذه الدراسة من افتراض مفاده أن الإجهاد المزمن لدى الأم الراعية لطفل توحيدي يخفض من عدد الخلايا السلفية المكونة للدم.

وتم التحقق من مستويات التوتر و تحليل الخلايا السلفية المكونة للدم على عينة الدراسة التي تكونت من 68 أم - 31 من أمهات الأطفال من اضطراب طيف التوحد (M-ASD) و 37 طفلا

(M-NT) (neurotypical). وتم استخدام مقياس الضغط المدرك واستمارة لأعراض الاكتئاب ، والتقرير اليومي عن التفاعل مع أطفالهن وأزواجهن لمدة 7 أيام.

بينت النتائج أن أمهات أطفال طيف التوحد أظهرن انخفاضا في عدد خلايا السلفية المكونة للدم مع السيطرة على عوامل السن ومؤشر كتلة الجسم، والنشاط البدني. كذلك وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التفاعل وارتفاع عدد خلايا السلفية المكونة للدم وأيضا ارتبطت التفاعلات السلبية بانخفاض الخلايا السلفية. كذلك أظهرت أمهات أطفال طيف التوحد انخفاضا في مستوى الدهون الصحية (الكوليسترول / HDL) والذي بدوره كان مرتبطا مع خفض في الخلايا السلفية. وبالتالي فالإجهاد المزمن يؤثر سلبا على عدد خلايا السلفية المكونة للدم ، والعلامات البيولوجية في مرحلة مبكرة أن تنبئ بخطر الإصابة بتصلب الشرايين والأمراض القلبية الوعائية بغض النظر عن عوامل الخطر القلبية الوعائية التقليدية والعوامل الالتهابية. وبالنسبة لأمهات أطفال طيف التوحد ، والإجهاد بين شخصي المتعلق بالطفل التوحدي يعتبر مؤشرا نفسيا أساسيا لخطر الأمراض القلبية الوعائية المرتبطة بالتوتر.

التعليق على الدراسات السابقة:

إن المتأمل للدراسات السابقة التي تم عرضها والتي يمكن أن نعتبرها ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية، يتجلى له التنوع في المتغيرات التي اعتمدها هذه الدراسات، بالإضافة للأدوات وعينات البحث المختلفة، كما نجد أن بعضها اتفق من حيث النتائج، بينما تعارض البعض الآخر في ذلك. وسنقدم عرضا لبعض النقاط التي تشابهت واختلفت فيها هذه الدراسات، وذلك من حيث: المتغيرات، العينة، المنهج، الأدوات والنتائج.

من حيث متغيرات الدراسة:

اختلفت بعض الدراسات وتشابه بعضها الآخر من حيث المتغيرات التي عالجتها فنجد أن الدراسات اعتمدت على متغير الضغوط النفسية، جودة الحياة، المساندة الاجتماعية، الصحة النفسية، التكتم، مصدر الضبط (الصحي، الوالدي)، الصحة الجسدية ، استراتيجيات المواجهة، التوافق الأسري وغيرها ، كمتغيرات أساسية للدراسة، فيما اعتمدت دراسات أخرى على الربط بين هذه المتغيرات بمتغيرات أخرى ديمغرافية.

من حيث العينة:

اختلفت التي الدراسات التي تم عرضها من حيث عينة الدراسة، فمنها من اعتمدت على عينة من أفراد المجتمع العام مثل دراسة (جبالي 2007)، دراسة (أحمان 2012)، دراسة (Kobasa, 1979)، بينما اهتمت دراسة (الصبان، 2003) بالنساء المتزوجات، فيما ركزت دراسة (جبالي، 2012)، (الكواري، 2007)، (العازمي، 2009)، (الدعدي، 2009)، (العرعير، 2010)، (العيثان 2012)، (Lloyd, 2009)، (Malhorta & Sharma, 2013) على أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً، أما دراسة كل من (أحمد، 2011)، (الشامي، 2011)، (عصفور، 2012)، (Koydmir, 2009)، (Riahi & Mazidi, 2012)، (Seymour, 2013)، (Giallo, 2013)، (Piovesan, 2015)، (Reed, 2016)، (Aschbacher, 2017) فقد اعتمدت على أمهات أطفال التوحد كعينة لدراستها وهي نفس العينة التي اعتمدها الدراسة الحالية، بينما نجد دراسات أخرى لم تركز على أم الطفل التوحدي فقط وإنما على الوالدين معا (أم وأب) كدراسة (زعارير، 2009)، (نجاتي، 2012)، (بوشعراية و طاهر، 2017)، (العضل، 2012)، (Wah, 2011)، (Garriot, 2014)، (Alik, 2006). فيما اعتمدت دراسة (Hung, 2016) فقد ركزت على والدي الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية، ودراسة (Barakat, 2005) على أولياء أمور الأطفال المصابين بمرض الخلايا المنجلية.

كذلك نجد أن هذه الدراسات قد أجريت على عينات متباينة من حيث العدد (تراوحت بين 10 إلى 627). حيث اعتمدت دراسة كل من : (العيثان 2012)، (عصفور، 2012)، (نجاتي، 2012)، (Barakat, 2005)، (Kobasa, 1979)، (العضل، 2012)، (Lloyd, 2009)، (Koydmir, 2009)، (Hung, 2016)، (Wah, 2011)، (Gomez, 2011)، (Riahi & Mazidi, 2012)، (Seymour, 2013)، (Giallo, 2013)، (Piovesan, 2015)، (Aschbacher, 2017) (Gallagher, 2014 Hannigan &) على عينات أقل من 100، بينما اعتمدت بقية الدراسات على عينات أكبر من 100.

من حيث المنهج:

اعتمدت كل الدراسات المدرجة على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، ماعدا دراسة (Koydmir, 2009) فقد اعتمدت على المنهج العيادي، فيما اعتمدت دراسة (Gomez, 2011) على المنهج المختلط.

من حيث الأدوات:

اختلفت الأدوات التي اعتمدها الدراسات السابقة التي تم عرضها، حيث اعتمدت دراسة (الصبان،2003) ، (جبالي،2007)، (أحمان،2012) على قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية، وهي نفس الأداة التي اعتمدها الدراسة الحالية، بينما لجأ باحثون آخرون إلى بناء وتصميم أدوات البحث مثل دراسة (جبالي،2012)،(العرعير،2010) ، (أحمد،2010) ،(نجاتي،2010)، بينما اعتمدت بقية الدراسات على أدوات تقيس المتغيرات التي درستها.

من حيث النتائج:

اتفقت معظم الدراسات على أن أمهات الأطفال المصابين سواء باضطراب التوحد، أو إعاقات ذهنية وجسدية، أو أمراض عضوية يعانون من درجة عالية من الضغوط النفسية، جودة حياة منخفضة، وتدهور في الصحة النفسية والجسدية وهذا ما أثبتته دراسة (الدعدي،2009)، (العرعير،2010)، (الشامي،2011)، (العضل،2012) ، (بوشعراية و طاهر،2017)،(Alik, 2006)،(Hung ,2010)،(Gomez,2011)،(Riahi And Mazidi,2012)،(Malhorta &)،(Sharma,2013)،(Piovesan,2015)،(Aschbacher,2017) ، (Reed,2016)،(Seymour,2013) Gallagher, 2014)&Hannigan). كما أسفرت نتائج دراسة (Seymour,2013)،(Giallo,2013) على مستويات عالية من التعب وضعف نوعية النوم لدى أمهات أطفال التوحد.

وقد أسفرت نتائج دراسة (جبالي، 2007)، (أحمان،2012) على داخلية الضبط لدى أفراد العينة، بينما توصلت دراسة (Barakat,2005) (Wah,2011)، (Wright,2007) إلى أن والدي الطفل التوحيدي يتميزون بضبط خارجي وهذا ما يتعارض مع نتائج الدراسة الحالية التي توصلت إلى أن أمهات أطفال التوحد يتميزن بضبط داخلي.

مكانة الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة:

يتضح لنا مما سبق أن الدراسات السابقة التي تم عرضها في الدراسة الحالية قد صبت اهتمامها حول الضغوط النفسية والأعراض الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد، وحاولت أن تربطها بعدد من المتغيرات مثل استراتيجيات المواجهة، التوافق الزوجي والأسري، المساندة الاجتماعية، جودة الحياة. إلا أن الدراسات التي تبنت متغير مصدر الضبط تمثلت في دراستين أو ثلاث فقط، هذا المتغير الذي

يلعب دورا هاما في إدراك الأم للأحداث والضغوط والتي تواجهها، والذي بدوره يمثل دور الوسيط بين الضغوط والصحة الجسدية للأم. كما أن الدراسات التي هدفت إلى تقصي الحالة الصحية الجسدية لهؤلاء الأمهات كانت قليلة جدا، حيث أن الصحة الجسدية تتأثر بدرجة كبيرة بالضغوط النفسية التي تعيشها هذه الأم، وتعتبر الأعراض الجسدية كنتاج لهذه الضغوط. ومنه، فإن الدراسة الحالية تعتبر دراسة تكميلية للدراسات السابقة، إذ أنها جمعت بين متغيرين هامين في دراسة للعلاقة بينهما وهما: مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية.

وبذلك، فإن الدراسة الحالية لا تهدف إلى دراسة الضغوط النفسية في حد ذاتها، وإنما دراسة ما تخلفه هذه الضغوط على الصحة الجسدية للأم التي تتأثر باعتقادات الأم حول قدرتها على التحكم والسيطرة في الأمور من حولها وخاصة فيما يتعلق بحالة طفلها التوحيدي.

5. فرضيات الدراسة :

من خلال إشكالية الدراسة، والدراسات السابقة التي تم عرضها، فإن فرضيات الدراسة الحالية تتمثل في الآتي:

- (1) نتوقع هيمنة نمط مصدر الضبط الخارجي لدى أفراد العينة.
- (2) نتوقع انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الانفعالية لدى أفراد العينة.
- (3) نتوقع درجة إصابة شديدة بالاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة.
- (4) توجد علاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة
- (5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.
- (6) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى المتغيرات التالية: سن الأم، المستوى التعليمي للأم، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.

6. تحديد مصطلحات الدراسة:

يعتبر تحديد المصطلحات والمفاهيم التي يتضمنها البحث من أهم الخطوات في البحث العلمي، ولقد ورد في هذه الدراسة مجموعة من المصطلحات الأساسية المرتبطة بالموضوع والتي تحتاج إلى ضبط منهجي وتحديد دقيق حتى يتضح معناها، والسياق الذي استخدمت به في هذا البحث، وتتمثل مصطلحات الدراسة في:

الضبط الداخلي والخارجي: هو: عندما يدرك الفرد التعزيز بعد أدائه العديد من الأفعال، ويعتقد أن هذا التعزيز لا يتوقف على أدائه كلية، فإن هذا يدرك على أنه نتيجة للحظ والصدفة والقدر، أو تحت هيمنة الآخرين الأقوياء، أو نتيجة لشيء غير متوقع بسبب أن هناك تعقيدات من القوى التي تحيطه. وعندما يدرك الفرد الحدث بهذه الطريقة، فإننا نصف هذا الفرد بأنه ذو مصدر ضبط خارجي. بينما إذا أدرك الفرد أن وقوع الحدث يتوقف على سلوكه وعلى خصائصه، فنحن نصف هذا الفرد بأنه ذو ضبط داخلي

ويقصد بمصدر الضبط في الدراسة الحالية بأنه في اعتقاد الأم عن أي العوامل التي تكون أقوى أو أكثر تحكما في النتائج المهمة في حياتها خاصة فيما يخص حالتها النفسية والجسدية المرتبطة برعايتها لطفلها التوحيدي. وينقسم مصدر الضبط إلى قسمين:

_ مصدر الضبط الداخلي: اعتقاد أم الطفل التوحيدي أنها هي المسؤولة عما يحدث لها من أحداث إيجابية أو سلبية في حياتها، معتمدة على قدراتها ومهاراتها وإمكاناتها الخاصة.

_ مصدر الضبط الخارجي: اعتقاد أم الطفل التوحيدي أنها غير مسؤولة عما يحدث لها من أحداث إيجابية أو سلبية في حياتها، إذ ترجع ذلك إلى الحظ أو الصدفة أو الآخرين.

ويتحدد مصدر الضبط تطبيقيا في الدرجة التي تتحصل عليها الأم من خلال إجاباتها على مقياس مصدر الضبط المستخدم في الدراسة.

الاضطرابات السيكوسوماتية: هي مجموعة من الاضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية و تتضمن إصابة جهاز واحد أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة.

ويقصد بالاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسة الحالية: مجموعة الاضطرابات الجسدية التي تعاني منها أم الطفل التوحدي، والتي تظهر نتيجة الانفعالات و الضغوط النفسية التي تصاحب رعايتها لطفلها التوحدي.

ويتحدد الاضطراب السيكوسوماتي تطبيقيا من خلال الدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل التوحدي من خلال إجاباتها على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية.

أمهات أطفال التوحد: هن أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد وهو اضطراب نمائي يظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، و يؤثر على النمو السوي، إذ يظهر لدى الطفل التوحدي قصور في الاتصال اللفظي و غير اللفظي، التفاعل الاجتماعي والتطور الحسي.

ويقصد بأمهات أطفال التوحد في الدراسة الحالية: أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نمائي يؤثر على التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل لديهم، والذي تم تشخيصه في المراكز والجمعيات المتكفلة بالطفل التوحدي في الجزائر التي تمت فيها الدراسة الميدانية.

الفصل الثاني

مصدر الضبط

تمهيد

1. مفهوم مصدر الضبط
2. الأصول النظرية لمفهوم مصدر الضبط
3. أبعاد مصدر الضبط
4. العوامل المؤثرة في مصدر الضبط
5. خصائص الأفراد من ذوي الضبط الداخلي و الخارجي

خلاصة

تمهيد:

ارتبط مفهوم " مصدر الضبط " بنظرية روتر (Rotter) في التعلم الاجتماعي، وقد طور هذا المفهوم من قبل فارييس وجيمس (Phares and Gemes) حيث احتل مكانة جد هامة في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين. وينظر علماء النفس إلى مصدر الضبط بوصفه متغيرا أساسيا من متغيرات الشخصية، إذ يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يعيشها، والشروط التي تضبط وتوجه الأحداث البيئية التي تحد من حوله. فقد يرجع الفرد سلوكا غالبا في الواقع المختلفة إما إلى أسباب داخلية شخصية، وبذلك يكون ذو مصدر ضبط داخلي، أو يرجعها إلى أسباب خارجية لا علاقة لها بقدراته الشخصية وإمكاناته مثل الحظ، الصدفة، نفوذ الآخرين وما إلى ذلك، وبالتالي يكون مصدر الضبط لديه خارجيا.

(1) . مفهوم مصدر الضبط:

نشأ مفهوم مصدر الضبط في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter) في منتصف الخمسينيات، حيث قدم مفهومي "التحكم الداخلي للتدعيم" و " التحكم الخارجي للتدعيم" للإشارة إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي تحدث له؛ فالأفراد ذوو التحكم الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية، أو بعوامل تتعلق بشخصيته، مثل الذكاء والمهارة والكفاءة وسمات الشخصية. أما الأفراد ذوو التحكم الخارجي، فيعتقدون أن التدعيمات سواء كانت إيجابية أو سلبية ترتبط بعوامل خارجية مثل: الحظ والقدر، وتأثير بعض الأفراد الآخرين. (عبد الله، 1998، ص 257).

وقد أثار ظهور مفهوم مصدر الضبط اهتمام الكثير من المختصين منذ البداية، فتناولوه بالدراسة والبحث. ونظرا لوفرة وكثرة تعاريف مصدر الضبط التي قدمت في هذا الصدد بغرض توضيح هذا المفهوم ، سنقوم بعرض لمجموعة من التعاريف التي نرى بأنها الأكثر دقة وشمولية:

. يعرف (Rotter, 1966) الضبط الداخلي والخارجي بأنه: عندما يدرك الفرد التعزيز بعد أدائه العديد من الأفعال، ويعتقد أن هذا التعزيز لا يتوقف على أدائه كلية، فإن هذا يدرك على أنه نتيجة للحظ والصدفة والقدر، أو تحت هيمنة الآخرين الأقوياء، أو نتيجة لشيء غير متوقع بسبب أن هناك تعقيدات من القوى التي تحيطه. وعندما يدرك الفرد الحدث بهذه الطريقة، فإننا نصف هذا الفرد بأنه ذو مصدر ضبط خارجي. بينما إذا

أدرك الفرد أن وقوع الحدث يتوقف على سلوكه وعلى خصائصه، فنحن نصف هذا الفرد بأنه ذو ضبط داخلي. (موسى، 1988، ص 321).

. بينما يرى (Phares , 1957) أن مصدر الضبط يعني إدراك الفرد للنتائج التي يحصل عليها، فإذا أدرك أن هذه النتائج تعود إلى الحظ أو الصدفة، فإنه في هذه الحالة يكون ذا موضع ضبط خارجي، أما إذا أدرك أن نتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى إنجازها، فإنه في هذه الحالة يكون ذا موضع ضبط داخلي. (أحمان، 2012، ص 129).

أما (Crandall, 1973) فيشير إلى أن الضبط الداخلي هو أن يتصور الأفراد أن الأحداث الإيجابية التي تحدث لهم تكون نتيجة جهودهم الخاصة، بينما الأحداث السلبية تكون نتيجة القدر والحظ والصدفة، أما الضبط الخارجي هو أن يتصور الأفراد أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي. أما الأحداث الإيجابية فتكون نتيجة لكرم الآخرين أو من القدر. (معمرية، 2012، ص 15).

بينما يشير (Worill et Still Well, 1981) إلى أن مصدر الضبط يصف التوقع العام للفرد حول العلاقة بين مجهوده ومهاراته وهدفه في النجاح والتفوق، فعلى سبيل المثال، يميل الطلاب ذوو الضبط الخارجي إلى عزو نجاحهم أو فشلهم لمهاراتهم الخاصة وجهدهم الشخصي أو لإهمالهم. أما الطلاب ذوو الضبط الخارجي فيميلون إلى عزو نجاحهم وفشلهم إلى عوامل خارجية مثل الحظ الحسن أو السيء أو أن الامتحان سهل أو صعب، أو أن الأستاذ عادل أو غير منصف. (معمرية، 2012، ص 15).

. ويذكر (Wolter , 1981) أن أصحاب وجهة الضبط الداخلية يشعرون بأن التدعيمات تتبع سلوكهم الشخصي، وأن هذه التدعيمات سواء كانت إيجابية أو سلبية أو محايدة فإنها تتحد أساساً بناءً على تصرفات الفرد نفسه، وأن النتائج الحسنة أو السيئة ترجع إلى مجهودهم الشخصي أكثر من كونها نتيجة عوامل الحظ أو الصدفة أو القدر، بينما أصحاب وجهة الضبط الخارجية بعكس ذلك تماماً حيث يشعرون بأنهم لا يستطيعون التحكم في النتائج وأن هناك قوى خارجية تحدد هذه النتائج، ومن الصعب ضبط هذه القوى الخارجية أو السيطرة عليها نتيجة لعوامل الحظ والصدفة أو تأثير نفوذ الآخرين، وهذه العوامل هي المسيطرة عليهم و على نتائج سلوكهم. (بدر، 2006، ص 17).

وحسب دراسات عاملية قامت بها (Levinson, 1973) فإنها تفصل مصدر الضبط إلى ثلاثة أبعاد:

الضبط الداخلي: ويعني اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن الأحداث في حياته وعن النتائج التي يحصل عليها، وأن هذه الأحداث والنتائج تعتبر نتيجة منطقية للأعمال التي يقوم بها، وأنه يشعر بالتمكن والكفاءة والقدرة على التحكم في حياته وعالمه الخاص.

الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين): هو اعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ هم المسؤولون عن الأحداث والنتائج، وأنه يشعر بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله.

الضبط الخارجي (الحظ أو الفرصة): هو اعتقاد الفرد بأن القوى الغيبية كالحظ، أو الفرصة، أو القدر، هي المسؤولة عن الأحداث الإيجابية أو السلبية والنتائج في حياته، واعتقاده بأن هذه النتائج غير مرتبطة بأفعاله الخاصة أو بصفاته الشخصية. (جبالي، 2007، ص 55 - 56)

. وقد أوضحت (Marks, 1998) بأن المقصود بمفهوم الضبط هو العملية التعليمية، حيث الأفراد ذوو الضبط الداخلي أكثر قابلية لتغيير سلوكهم بعد أي تعزيز سواء أكان إيجابياً، أم سلبياً مقارنة بذوي الضبط الخارجي، وحتى يحدث تغيير السلوك لذوي الضبط الداخلي يجب أن يكون التعزيز ذا قيمة لدى الفرد، ويرتبط تغيير السلوك بمقدار زيادة، أو نقص تلك التعزيزات. أما الأفراد ذوو الضبط الخارجي فمن غير المحتمل أن يغيروا سلوكهم؛ وذلك لاعتقادهم بعدم تأثر السلوك بهذه التعزيزات. (بني خالد، 2009، ص 493).

. ويعرف (Mayers 1999) مصدر الضبط بأنه هو المدى الذي يؤمن فيه الأفراد بأن ما يحدث لهم محكوم داخليا وهذا يرجع لمجهوداتهم الذاتية أو أنها محكومة خارجياً بالصدفة أو قوى خارجية. (أنو و شانان، 2011، ص 106).

. ويعرفه (كفاي، 1982) بأنه الطريقة التي يدرك الفرد بها مصدر التعميمات، فبعضهم يرى أن التدعيم يأتي من الخارج أي يعتمد على تأثير الآخرين والحظ والصدفة وهم ذوي الضبط الخارجي. أما إذا كان إدراك الفرد للأحداث يقع بصورة متسقة مع سلوكه الشخصي أو مع سماته المميزة والدائمة فإننا نسمى هذا اعتقاداً في الضبط الداخلي. (كفاي 1982 ص 4).

- وينظر (صفوت فرج، 1991) لهذا المتغير بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية التي تتعلق باعتقادات الفرد عن أي العوامل التي تكون أقوى أو أكثر تحكماً في النتائج المهمة في حياته، العوامل الذاتية من مهارة و قدرة وكفاءة أم العوامل الخارجية من صدفة وحظ وقدر وآخرين أقوى، كما يحتل هذا المفهوم مكانة خاصة بالنسبة لمحاولة فهم وتعديل السلوك و التحكم في الانفعالات. (الأحمد، 2001، ص 240).

أما (أبو ناهية، 1984) فيرى أن الضبط الداخلي يعني اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يكرر الأحداث الايجابية أو السلبية في بيئته أو عالمه الخاص، أما الضبط الخارجي فيعني اعتقاد الفرد أن أصحاب النفوذ والسلطة يتحكمون في مصيره ويقررون الأحداث في بيئته أو عالمه ولديه شعور بالعجز وضعف المسؤولية الشخصية أو يعتقد أن هناك قوى خارجية كالحظ أو القدر هي التي تحكم الأحداث. (أبو ناهية 1984 ص 11).

بينما تعرفه (حلمي، 1984) بأنه إدراك الفرد لمصدر المسؤولية عن النتائج والأحداث وهل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه مسؤولية النجاح أو الفشل أو نتيجة جهوده الخاصة وقدراته الشخصية، أم أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد، فالضبط الداخلي يعني زيادة اعتقاد الفرد أنه على علم لما يحدث له من تدعيمات إلى أبعد حد ممكن، وأن من أما الضبط الخارجي هو زيادة اعتقاد الفرد أن التدعيمات التي يحصل عليها تكون فوق متناول ضبطه الشخصي مثل القدر والحظ والصدفة وعوامل خارجية مثل صعوبة المهمة. (جبالي، 2007، ص 53).

تعليق:

من خلال عرضنا لمختلف التعريفات التي قدم مختلف الباحثين الأجانب والعرب والذين اهتموا بمفهوم "مصدر الضبط"، يتبين لنا بأن أغلب هذه التعريفات تدور حول المفهوم الذي قدمه "جوليان روتر" لمصدر الضبط، كما أن هناك من قدم تعريفا لمصدر الضبط بشكل عام، وهناك من اقتصر في تعريفه على التمييز بين مصدري الضبط الداخلي والخارجي. إذ أن مصدر الضبط يعبر عن مدى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم والسيطرة في مختلف الأحداث والمواقف الخارجية التي تؤثر فيه، وينقسم الناس في وجهة الضبط إلى قسمين: هناك من يدرك التعزيزات بأنه نابعة من قدراته وإمكاناته الشخصية والذاتية، وتكون سلوكياته نابعة عن هذا التعزيز وبالتالي فإن هذا الفرد يكون ذو جهة ضبط داخلية، أما إذا اعتقد أن هذه التعزيزات خارجية وليس له دخل في التحكم في المواقف والأحداث من حوله، فإنه في هذه الحالة يكون ذو وجهة ضبط خارجية.

وبالتالي فإن الطالبة ترى بأن "مصدر الضبط" هو متغير من متغيرات الشخصية وأحد أهم مكوناتها، إذ أن الأفراد يختلفون في إدراكهم لأي العوامل أكثر تحكما في حياتهم، العوامل الداخلية والتي تتمثل في القدرات الشخصية والإمكانات الذاتية، وهذا ما يسمى بـ: مصدر الضبط الداخلي، أما مصدر الضبط الخارجي فيرتبط باعتقاد الفرد بسيطرة وتحكم العوامل الخارجية بحياته والتي تتجسد في الحظ، أو الصدفة، أو قوى خارجية أخرى كنفوذ الآخرين.

(2) الأصول النظرية لمفهوم مصدر الضبط:

لقد قدم **جوليان روتر (1916)** التطور اللاحق لنظرية التعلم الاجتماعي، ففي عام 1954 نشر كتابه " التعلم الاجتماعي و علم النفس الإكلينيكي " والذي يعد بمثابة الإعلان الرسمي عن ميلاد هذه النظرية، وقد اهتم روتر مثله مثل **دولارد (Dolard)** و**ميلر (Miller)** بتطبيق علم النفس المخبري والدراسات العيادية وتكاملها بحيث تكون نظرية موسعة للشخصية، ولكن على العكس منهما، فإن روتر أدخل العناصر المعرفية العقلية في نظريته. (عبد الله، 2000، ص 494). وقد انبثقت نظرية التعلم الاجتماعي من أصول نظرية سيكولوجية عريقة لمدرستين رئيسيتين هما: المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، وتستخدم المفاهيم السائدة لكل من النظرية السلوكية و النظرية المعرفية، ونظرية الدافعية ونظرية المواقف، في تناسق متكامل لتفسر بعد ذلك كيف يحدث السلوك في المواقف الاجتماعية المعقدة مما جعلها نظرية خصبة واسعة للاهتمام يمكن لأي باحث في التعلم أو الصحة النفسية أو الشخصية أو التربية أو المشكلات الاجتماعية أن يجد ما يفيد. (معمرية، 1995، ص 187).

وقد نشأ موضوع مصدر الضبط والتحكم الإنساني الذاتي بداية في ضوء الاتجاه السبرنيتيكي على يد **فينر (Viener)** أثناء الحرب العالمية الثانية، ومنذ ذلك الحين لم يتوقف البحث في موضوع الضبط والتحكم الإنساني الذاتية بواسطة التغذية الراجعة، وكان هذا المنحى يقوم على مبادئ أساسية تشير إلى أن الإنسان يملك جهازا عصبيا وهو في نفس الذات جهاز التحكم الذاتي للسلوك، إذ يساعد هذا الأخير الإنسان على أن يوجه حركاته بنفسه، وينظم الاستجابات عن طريق معرفة الفرق بين النشاط الصادر عنه وبين الهدف المراد الوصول إليه. (جبالي، 2007، ص 57).

وقد تأثر روتر بأفكار المحللين النفسيين مثل: **فرويد (Freud)** و **آدلر (Adler)**، بالإضافة إلى تأثره بأفكار المنظرين التجريبيين من أمثال **هل (Hell)** و **تولمان (Tolman)** وقد اتضح تأثير **آدلر** بشكل خاص على أفكار روتر في تأكيداته على أهمية المكون الاجتماعي في الوظائف النفسية، فأشار روتر إلى ضرورة الانتباه إلى أن تعلمنا في معظمه يحدث في إطار سياق اجتماعي، وأن أغلب تنبيهات دوافعنا مصدرها الآخرين. أما تأثيرات **هل و تولمان** فقد ظهرت في أفكار روتر وذلك من خلال تأكيده على أهمية المعززات و الجوانب المعرفية في الوظائف النفسية. (برافين، 2010، ص 186).

ويشير أبو ناهية إلى أن نظرية التعلم الاجتماعي تهتم بالبحث في السلوك المعقد للأفراد في المواقف الاجتماعية المختلفة، فهي لا تعتمد على تقديم تفسير دقيق للأساليب التي من خلالها يتم اكتساب أنماط معينة من السلوك الإنساني، وإنما هي نظرية كلية تهدف إلى التنبؤ بالسلوك الذي يمكن حدوثه في موقف ما، فهي تؤكد على أداء الإنسان في المواقف الاجتماعية، الأمر الذي أدى إلى أن تكون بعيدة عن دراسة سلوك الحيوان أو الدراسات المعملية الفسيولوجية، وتعد بذلك من أوسع نظريات السلوك الإنساني، إذ أنها تقدم إطاراً للتعامل مع السلوك الظاهري والسلوك المعرفي والشخصية الإنسانية، بالإضافة إلى العديد من المتغيرات الأخرى.

✓ فرضيات نظرية التعلم الاجتماعي:

تقوم نظرية التعلم الاجتماعي على عدة مبادئ صاغها " روتر " على شكل فرضيات يوضح من خلالها المتغيرات والمفاهيم التي يفسر بها حدوث السلوك (معمرية، 1995، ص 196_ 199):

الفرضية الأولى: وحدة البحث هي التفاعل بين الفرد وبيئته ذات المعنى:

تبين هذه الفرضية أن نظرية روتر هي نظرية تفاعلية تعتمد على كل من المتغيرات الشخصية والموقفية لتفسير السلوك. ويشير تعبير " البيئة ذات المعنى " إلى البيئة كما تدرك، فالبيئة لا يكمن دورها في مؤشراتنا الموضوعية، وغنما في المعنى الذي نكتسبه بالنسبة للفرد، فالمواقف على هذا الأساس ليست مجموعة من المثيرات الطبيعية أو المادية، بل مجموعة من الإشارات القائمة على الخبرات السابقة التي تثير التوقعات الخاصة ببعض الأحداث أو التي تثير التوقعات بالنسبة لاحتمال أن القيام ببعض أنماط السلوك يؤدي إلى بعض النتائج.

الفرضية الثانية: خبرات الفرد يؤثر بعضها على بعض، أي أن الشخصية وحدة متكاملة.

ويقصد بهذا أن الخبرة الجديدة تتلون بالخبرة المكتسبة، والخبرة التي سبق اكتسابها تتأثر وتتغير بفعل الخبرة الجديدة، كما أن التنبؤ بالسلوك المتعلم يتطلب معرفة تامة بالخبرات السابقة، فالأفراد يختارون الخبرات والمواقف التي سيمرون بها في ظل المعاني التي اكتسبوها من خلال خبراتهم السابقة، وهذا من شأنه أن يقدم وحدة واستقراراً متزايدين لأنماط السلوك مع مرور الزمن، مما يجعلنا نتعرف على شخصية الفرد أكثر فأكثر. وحسب " روتر " فإن هذا لا يعني تجاهل دور العناصر الموقفية الخاصة في تحفيز السلوك، كما انه لا يعني تجاهل تأثير الخبرات السابقة، إذ أن هذه النظرية ترفض التفسيرات النفسية التي تركز اهتمامها بصورة مطلقة

على خبرات الطفولة متجاهلة الخبرات الأكثر عهدا، هذا لأن نظرية التعلم الاجتماعي نظرية ديناميكية تأخذ بعين الاعتبار التفاعل الحاصل بين الشخصية والموقف، وأيضا ميل الأفراد إلى المواقف السلوكية التي يرون بأنها تتفق مع خبراتهم.

الفرضية الثالثة: السلوك موجه نحو هدف، ويمكن استخلاص ذلك من خلال الظروف المعززة.

يشير " روتر " من خلال هذه الفرضية إلى المبدأ الأكثر رواجاً في علم النفس والذي يتمثل في أن السلوك الإنساني يقوم على الدافعية وموجه نحو هدف سواء في الإقدام أو الإحجام على المواقف البيئية. وبالتالي فإن الآثار المعززة الإيجابية أو السلبية لحدث ما يمكن استخلاصها من حركة الشخص نحو الهدف أو بعيداً عنه. وحسب هذه الفرضية. وتنتظر نظرية التعلم الاجتماعي إلى المثبرات على أنها تمتلك خصائص تعزيزية بإمكانها إحداث نشاط داخل الفرد في الاتجاه نحوها أو الابتعاد عنها. ومنه، فإن الأهداف الأولى المكتسبة تلعب دوراً كبيراً في تحديد الأهداف التالية لها، وأن الحدوث المنتظم للسلوك يتحدد بالتعزيز، كما أن أنماط سلوك الإنسان وحاجاته وأهدافه تنتمي إلى أنظمة مترابطة وظيفياً، وهذا يتحدد من خلال الخبرات السابقة.

الفرضية الرابعة: السلوك لا يتحدد فقط عن طريق الأهداف والمعززات، بل يتحدد كذلك عن طريق توقع الشخص المعنى بحدوث هذه الأهداف والمعززات :

ركزت الفرضية السابقة على المكون الدافعي، بينما تركز هذه الفرضية على المكون المعرفي والمتمثل في : التوقع، والذي يعتمد على الخبرات السابقة والتي تفيد بأن المعززات سوف تحدث، فبالإضافة للتعزيز، فإن التوقع يعتبر متغيراً ضرورياً لتفسير السلوك الإنساني تفسيراً ملائماً.

تعليق:

من خلال عرضنا للفرضيات السابقة الذكر والتي تقدم المبادئ التي تطرحها نظرية التعلم الاجتماعي لتفسير السلوك، وحسب هذه النظرية، فإن سلوك الفرد يميز بأنه تفاعلي وأنه يتحدد بأهدافه التي يصبو إليها، وأن الفرد يسلك بالطريقة أو الأسلوب الذي تعلم من خلاله أنه سيوصله إلى الإشباع في موقف معين. كما أن هذه النظرية تعطي أهمية للظروف المحيطة بالفرد والتي تحدد اختياراته لإمكانات السلوك المتاحة له. والمفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي التي قدمها روتر ستساعدنا على فهم وتفسير السلوك الإنساني حسب وجهة نظره.

✓ المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي:

قدم " روتر " مجموعة من المفاهيم التي تقوم عليها نظرية التعلم والاجتماعي والمتمثلة في : إمكانية السلوك، قيمة التعزيز، التوقع، الموقف السيكولوجي.

(أ) إمكانية السلوك: (Behavior Potential)

وتعني القدرة الكافية لأي سلوك يحدث في أي موقف من المواقف أو في أكثر من موقف، كما هو محسوب بالنسبة لأي شكل أو مجموعة أشكال التدعيم. وهذا يعني أن إمكانية حدوث السلوك يكون في موقف ووضع محدد. ففي أي وضع هناك عدة طرق مختلفة للاستجابة، وكل استجابة لها إمكانية الحدوث، حيث أن للسلوك احتمالات مختلفة في حدوثه بمواقف وأوضاع مختلفة (عبد الله، 2000، ص 494).

(ب) التوقع: (Expectancy)

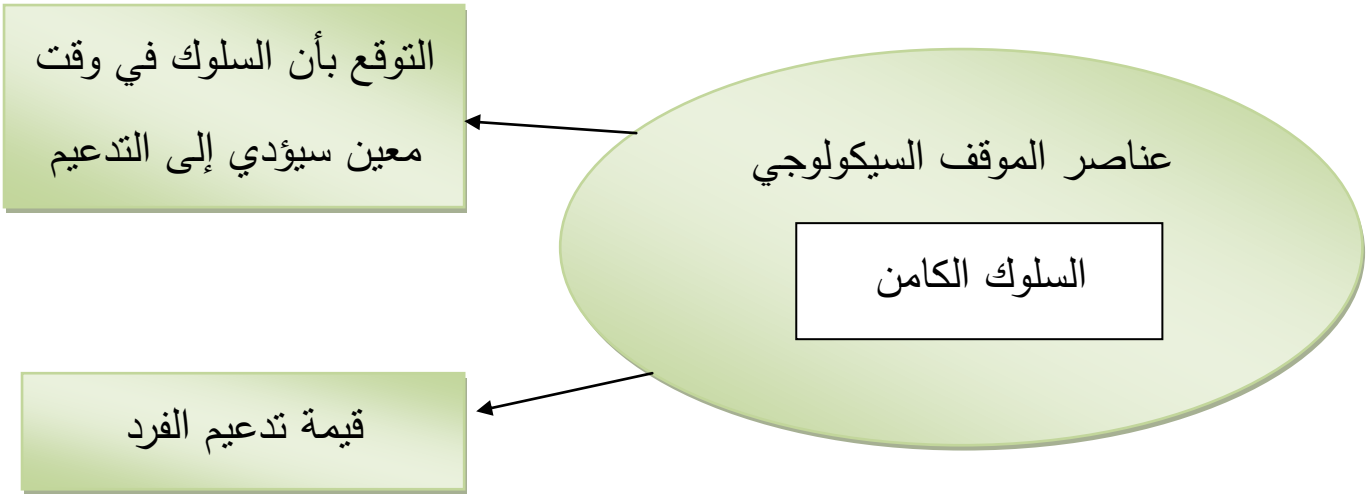
ويشير (موسى، 1988) إلى أن التوقع يقصد به التوقع بأن أنواعا معينة من السلوك سوف تؤدي إلى إشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد. فقد يحدث أن يكون الفرد قد تعلم طرقا كثيرة للحصول على رعاية الآخرين كطفل ولكنه في الوقت الحاضر قد يكون توقعه بأنها سوف تؤدي إلى أية اشباعات ضئيلة. ويعرف (Rotter, 1954) التوقع بأنه الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيرا معيننا سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف معين، ويكون التوقع مستقلا بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز. (موسى، 1988 ص 324).

(ج) قيمة التعزيز/ التدعيم: (Reinforcement Value)

وهي درجة تفضيل المرء ورغبته في حدوث تعزيز معين، إذا كانت فرص حدوث أشكال التعزيز الأخرى متساوية. وقيمة التدعيم مفهوم دافعي لدى روتر، كما أنه مفهوم نسبي، حيث أنها دائما نسبية مع المدعمات الأخرى المتاحة، وتتحدد قيمة التدعيم بالتوقع بأن التدعيم سوف يؤدي إلى تدعيمات أخرى للقيمة فالمال قيمة ليس في حد ذاتها وإنما فيما نشتره به من أشياء ذات قيمة مثل الطعام والملابس وغيرها. (تفاحة، 1992، ص 17)

(د) الموقف السيكولوجي _ النفسي : (Psychological situation)

يتفاعل الفرد باستمرار مع مظاهر البيئة الداخلية والخارجية، ويحدث هذا التفاعل بطريقة تتفق مع خبرة الفرد الفريدة، والموقف النفسي هو تلك البيئة الداخلية أو الخارجية التي تحفز الفرد على أن يتعلم كيف يصل إلى أفضل الإشباع في ظروف معينة. والطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف هي التي تؤثر على التوقع وقيمة التعزيز ومن ثم تؤثر على القدرة الكامنة لحدوث سلوك ما. وبالتالي فإن الموقف النفسي يلعب دورا هاما في تقرير اتجاه السلوك. (معمرية، 1995، ص 24).



شكل (1) يوضح العناصر الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي لروتر

(هـ) الحاجة: (Need)

نقلا عن (أبو ناهية 1984) فقد وضع " روتر " تركيبا ثلاثيا للحاجات والذي يشمل:

جهد الحاجة (Need Potential): ويشير إلى مجموعات سلوكية مرتبطة وظيفيا ببعضها بدلا من سلوكيات مفردة، كما يشير إلى القوة الكامنة لمجموعة من الأنماط السلوكية التي يمكن أن تستخدم في ظروف معينة.

قيمة الحاجة (Need value): وهو قيمة التفضيل لمجموعة تعزيزات مرتبطة وظيفيا، حيث أن قيمة التعزيز تشير إلى تفضيل الفرد تعزيزا عن تعزي آخر، مع اعتبار أن توقع الحدوث يبقى ثابتا. فعلى سبيل المثال: إذا أتيحت الفرصة للحصول على تعزيزين أو إشباعين فإن فردا ما يفضل أن يقوم بشيء يؤدي حصوله إلى

إعجاب الآخرين به (الحاجة إلى الاعتراف) في حين يفضل شخص آخر أن يقوم بشيء يؤدي إلى حصوله على حب الآخرين (الحاجة إلى الحب).

حرية الحركة (Freedom of movement): عندما يتوقع الفرد بدرجة عالية حصوله على تعزيزات اتجاه حاجة معينة ، فهنا يمكننا القول بأن لديه حرية حركة عالية نحو هذه الحاجة، والعكس، إذا كان توقع اتجاه هذه الحاجة، فهنا نقول بأن لديه حرية حركة منخفضة.

وقد قام " روتر " بتطوير خمس فئات من الحاجات العريضة المتضمنة معظم السلوك النفسي المتعلم:

الحاجة للاعتراف والمكانة: حاجة الفرد للتفوق أو الأفضلية، المكانة الاجتماعية أو الجاذبية الجسمية...

الحاجة إلى السيطرة: حاجة الفرد في التحكم في أعمال الآخرين بما في ذلك الأسرة والأصدقاء، وأن يكون مركز قوة، وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة.

الحاجة إلى الاستقلال: حاجة الفرد إلى اتخاذ القرارات والاعتماد على النفس وتطوير المهارات اللازمة للحصول على الإشباع والوصول إلى الأهداف المراد تحقيقها.

الحاجة إلى الحب والعطف: حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم وعطفهم، وأن يحظى باهتمامهم وانتباههم وإخلاصهم.

الحاجة إلى الراحة الجسمية: حاجة الفرد إلى الإشباع الجسدي المرتبط بالأمن وتجنب الألم. (مدور، 2005، ص 19 - 20).

(و) التوقعات المعممة: (Generalized expectancy)

تلعب التوقعات المعممة دورا هاما في نظرية التعلم الاجتماعي، فهي توضح انتقال التعلم من موقف لآخر، وهي تعطي ثباتا لسلوك الفرد عبر المواقف المختلفة، كما أنها يمكن أن تقرر كيف يؤثر التعزيز في السلوك، فمثلا إذا طور الفرد توقع معمم بأنه سيفشل في مواقف تستدعي تفاعله مع الغرباء، فمن المتوقع أن يتفادى بعد ذلك تلك الأوضاع وربما نجده قد أصبح خجولا. (أبو ناهية، 1984، ص 43). وبالتالي فإن التوقعات المعممة تلعب دورا هاما في توضيح العديد من الظواهر، كما أنها تكون أكثر تحديدا للسلوك في المواقف الجديدة، وذلك من خلال الخبرة السابقة في المواقف المتشابهة. (تفاحة، 1992، ص 21).

(3) أبعاد مصدر الضبط:

اعتبر مصدر الضبط الداخلي . الخارجي في بداية ظهوره على أنه متغير أحادي البعد، وأنه عامل واحد متصل كما يقبسه " روتر "، وهو مركز اهتمام الكثير من الباحثين الذين أجروا دراسات عديدة على هذا المفهوم، ومن الدراسات التي أوضحت أن هذا المفهوم أي " مصدر الضبط" هو مفهوم أحادي العامل: الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي، وهي دراسات تلاميذ روتر أمثال : فيرز (Phares) وفرانكلين (Franklin) و ولك (Walk) وغيرهم. (معمرية، 1995، ص 49). وقد كشف "روتر" أن مقياس (I – E : Internal external locus of control) هو أحادي البعد، وقد توصل إلى هذه النتيجة من خلال اعتماده على نتائج التحليلات العاملية التي قام بها فرانكلين (Franklin) وبقي افتراض أحادية البعد مسلما به. و في تقرير (Gurin et al, 1969) والذي كشف أن مقياس مصدر الضبط الداخلي الخارجي يحتوي على عوامل عديدة أهمها الضبط الشخصي، والضبط الإيديولوجي، وهي تتعلق بضبط الناس على المواقف بصفة عامة. (جبالي، 2007، ص 71). كما أن هناك دراسات أخرى تمت حول هذا المفهوم، وتوصلت إلى أن مفهوم " مصدر الضبط " هو مفهوم متعدد الأبعاد، ومن بين هذه الدراسات دراسات مايلز (Myles) و شوارتز (Shawartz) و كولينس (Colins) وآخرون.

وبالتالي فإن هذه التناقضات في نتائج هذه الدراسات المذكورة تجعلنا نتساءل حول مفهوم مصدر الضبط: هل هو أحادي البعد أم متعدد الأبعاد؟ أو بمعنى آخر هل يعتبر مصدر الضبط توقعاً عاماً حول الضبط الداخلي مقابل الخارجي، أم توقعات متعددة للضبط والتي تشمل على عدد مختلف من مصادر الضبط.

ومن بين الدراسات التي كشفت على أن مصدر الضبط هو متغير متعدد العوامل:

الدراسة التي قام بها (Shnuder , Persons 1970): حيث كشفت هذه الدراسة على خمسة أبعاد لمصدر الضبط أو تصنيفات فرعية لمقياس مصدر الضبط الداخلي . الخارجي لروتر، وتتمثل هذه الأبعاد في (جبالي، 2007، ص 72):

✓ الحظ والقدر Fate , Luck

✓ القيادة والنجاح Leadership , Succes

✓ الاحترام Respect

✓ السياسة Political

✓ الأكاديمية Academic

وتوصل غيورين وآخرون (Gurin et al, 1969) من خلال التحليل العاملي، إلى أن مقياس مصدر الضبط يحتوي على أربعة أبعاد وهي:

✓ الضبط الشخصي Personal Control

✓ الضبط الإيديولوجي Ideological Control

✓ إمكانية تعديل النظام System Modifiability

✓ إيديولوجية العنصر Race Ideology

كما توصل (Collins, 1974) من خلال التحليل العاملي للاستجابة على بنود مقياس " روتر " لمصدر الضبط إلى الكشف عن أربعة عوامل لإدراك العالم، وتمثل هذه العوامل في:

✓ العالم الصعب مقابل العالم السهل: وهو ما يتعلق بالبيئة، ويعني الاعتقاد بأن البيئة المحيطة تتسم بالصعوبة والتعقيد والأعمال التي لا يمكن إنجازها.

✓ العالم العادل مقابل العالم الظالم: وهو الاعتقاد بأن هناك عدلا في البيئة المحيطة بالفرد، وأن التغذية التي يتلقاها الأفراد من العالم هي دلالة على جهودهم الخاصة، حيث توجد علاقة سببية مباشرة بين سلوك الفرد والتغذية الرجعية التي يتلقاها.

✓ العالم القابل للتنبؤ مقابل العالم غير القابل للتنبؤ: وهو الاعتقاد بأن العالم يمكن التنبؤ به، وأنه غير محكوم بالعشوائية والحظ والقدر.

✓ العالم المستجيب سياسيا مقابل العالم غير المستجيب سياسيا: وتمثل هذا البعد في العقيدة التي يتبناه الفرد في الحساسية السياسية في بيئته.

أما (Leveson, 1973) فقد أشارت إلى ثلاث عوامل أو أبعاد خاصة بمصدر الضبط والمتمثلة في (جبالي، 2007، ص 73) :

✓ الاعتقاد في الضبط الداخلي.

✓ الاعتقاد في الآخرين ذوي النفوذ.

✓ الاعتقاد في الصدفة.

بينما أشار (صلاح أبو ناهية، 1984) إلى أن مصدر الضبط متعدد الأبعاد، حيث تم استخراج ثلاثة أبعاد لمصدر الضبط وهي:

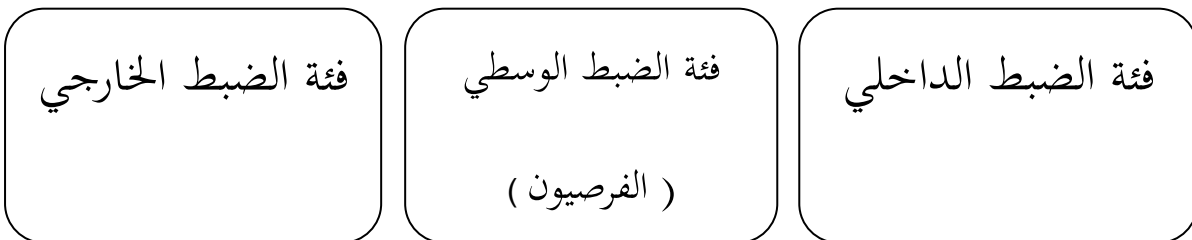
✓ **الضبط الشخصي:** حيث يشير إلى اعتقاد الفرد بأن له القدرة على التحكم في الأحداث التي يمر بها، والسيطرة على البيئة المحيطة به.

✓ **ضبط الآخرين والأقوياء:** حيث يشير إلى اعتقاد الفرد بأن لأصحاب النفوذ والأقوياء قدرة على التحكم في البيئة، فهم يقررون الأحداث التي يمر بها.

✓ **ضبط الحظ:** ويشير إلى الاعتقاد بأن هناك قوى خارجية تلعب دورا كبيرا في سير الأحداث، ممثلة في الحظ أو الصدفة. (سليمان، 2008، ص 81).

ويضيف (أبو ناهية، 1984) في هذا الشأن بأنه توجد مجموعة من المجموعتين من ذوي التوجه الداخلي والخارجي معا، حيث يعتقد هؤلاء بأنه وبالرغم من عدم قدرتهم على تغيير العالم إلا أنهم يستطيعون بزيادة فهمهم للعالم الخارجي أن يزيدوا من إشباع حاجاتهم الخاصة. ويمكن لهؤلاء الأشخاص أن يتصفوا بالمجهودات القوية لتعديل أنفسهم للتوافق مع الأوضاع والمواقف الجديدة ولزيادة فهمهم لأقصى حد لنظام الأشياء أو لطبيعة الناس الآخرين، بعض هؤلاء الأفراد يمكن أن يوصفوا بأنهم يغتنمون الفرص أو " فرصييين " (أحمان، 2012، ص 135).

ويشير ماك كونيل (Mc Connel, 1977) إلى أنه لا توجد أنماط نقية بين الفئتين، ولا يجب أن تقع في خطأ الاعتقاد بأن الفرد يجب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو الخارجي، فلكل منا درجته على خط يمتد بين النهايتين والاختلاف في الدرجة وليس في النوع. (الذواد، 2002، ص 128).



شكل (2) يمثل فئات الضبط

4) العوامل المؤثرة في مصدر الضبط:

يرتبط مركز الضبط ببعض العوامل التي تؤثر بشكل كبير في تحديد مصدره، ومن أهم هذه العوامل:

• البيئة الأسرية:

تعتبر الأسرة الإطار المرجعي الأساسي للفرد، فمن خلالها تكتسب الخبرات والعادات والقيم، وأساليب المعاملة الوالدية هي التي تساعد على تحديد توجه الضبط داخليا كان أو خارجي وذلك حسب سلوك الوالدين في المواقف المختلفة. حيث أن أساليب المعاملة الوالدية القائمة على الدفاء والمعايير المستقرة في التنشئة تؤدي إلى الاتجاه الداخلي للضبط، بينما الأساليب القائمة على القسوة والحماية الزائدة تؤدي إلى الاتجاه الخارجي للضبط". (الخشعي، 1999 ، ص 63).

وبالتالي، فإنه يمكننا القول بأن هناك خلفية بيئية مسؤولة عن نمو مصدر الضبط داخليا كان أم خارجيا.

وقد أشار ليفكورت (Lefcourt 1982) إلى أن الخلفيات وراء مصدر الضبط تتمثل في منح الأطفال بعض المسؤوليات في ضبط مسار حياتهم، والأمر يختلف في حالة الضبط الخارجي، حيث يحرم الطفل من هذه المسؤولية . وبالتالي فإن البيئة الأسرية لها دور في تنمية الضبط الداخلي أو الخارجي لدى الطفل. فما يمنحه الآباء من دفاء ورعاية وثناء وإتاحة الفرصة للأبناء لاتخاذ القرارات في بعض الأمور وتشجيعهم على أداء السلوكيات الإيجابية من أجل حصولهم على التديع والثواب وتجنب العقاب، هذا كله يعد من الاتجاهات الوالدية البناءة التي تساعد على تنمية وجهة الضبط الداخلي لدى الأبناء. (النيال، 1994، ص 541).

• الجنس:

أثبتت معظم الدراسات مثل دراسة Devin و Stellion و Helbern 1978 و Maccoby و Jaklin و Seidenberg أن الذكور أكثر تحكما داخليا من الإناث و ذلك بسبب الثقة العالية بالنفس والشعور بالقوة والتحكم في الأحداث وذلك لأن البيئة والمجتمع يطلب من الذكور مطالب معينة تتسم بالصرامة والقوة حيث يدفعون من الصغر لشق طريقهم ذاتيا عكس الإناث. (مدور، 2005، ص 24 ص 25).

وفي دراسات أخرى أثبتت أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الداخلي مثل:

دراسة خانا وخانا (Khana & khana, 1979) بالهند والتي أجريت بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط على عينة تكونت من 386 تلميذا وتلميذة من مدارس الثانوية، وأخذت ثلاث

مجموعات دينية: هندوس ومسيحيين ومسلمين. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين الجنسين داخل كل مجموعة حيث كانت الإناث أكثر توجهها نحو الضبط الداخلي من الذكور. (أحمان، 2012، ص 137).

كما أجرت (Hochreich, 1975) دراسة على عينة عشوائية تتكون من 100 طالب و طالبة ،ممن سبق وأن طبق عليهم مقياس وجهة الضبط، وقد قامت الباحثة بتقسيمهم إلى قسمين أو مجموعتين بحيث أعطت تعليمات للمجموعة الأولى بأن يجيبوا على المقياس إجابة الذكر النموذجي أو الإجابة التي تمثل الذكور وأعطت تعليمات للمجموعة الثانية (الإناث) وطلبت منهم أن يجيبوا على المقياس إجابة الأنثى النموذجية أو الإجابة التي تمثل الأنثى. وكانت النتيجة أن الإجابات التي تمثل الذكور كانت منخفضة جدا مما يشير إلى الوجهة الداخلية المرتفعة، والإجابات التي تمثل الإناث مرتفعة جدا مما يشير إلى الوجهة الداخلية المرتفعة، وتمت مقارنة الاستجابات النموذجية للمفحوصين بالاستجابات الواقعية السابقة على المقياس فوجد أن الاستجابات الواقعية للذكور كانت أقل في الوجهة الداخلية من الاستجابات النموذجية أو النمطية وكان الفرق بينهما ذو دلالة عالية. كما كانت هذه الاستجابة أقل في الوجهة الخارجية من الاستجابات النموذجية أو النمطية للأنثى. (بوزيد، 2009، ص 72).

كذلك دراسة (Nerguz et al, 2010) والتي أجريت بهدف تحليل ومقارنة العوامل التي تؤثر في متغير مصدر الضبط لدى طلبة الجامعة بمدينة نيقوسيا بقبرص. وتوصلت إلى أن الطلاب الذكور أكثر ميلا إلى الضبط الداخلي من الطالبات.

كما أجرى (كفاي، 1982) دراسة بعنوان: الفروق الجنسية في وجهة الضبط، والتي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في وجهة الضبط. حيث تكونت عينة دراسة من 428 طالبا وطالبة من كلية التربية بالفيوم (182 طالب، 255 طالبة). وقد طبق عليهم مقياس وجهة الضبط. وقد توصلت الدراسة إلى أن الذكور أكثر ميلا إلى الوجهة الخارجية في إدراكهم لمصادر التدييمات مقارنة بالإناث. (كفاي، 1982، ص 41).

بينما توصلت دراسات أخرى إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط، ومن بينها دراسة قام بها (Naik, 2015) حول مصدر الضبط لدى طلاب الجامعة هدفت إلى معرفة الفروق بين الطلاب في مصدر الضبط حسب عدد من المتغيرات الديموغرافية بما في ذلك الفروق الجنسية (الذكور والإناث)، بين طلاب الجامعات. وقد أجريت الدراسة على 171 طالب جامعي من مدينة جولبارجا الهندية الذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في مصدر الضبط بين الذكور والإناث.

وفي دراسة أخرى أجراها (Rastegar& Heidari, 20013) حول العلاقة بين مصدر الضبط والقلق و التوجهات الدينية لدى عينة من الطلاب الإيرانيين، حيث توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في مصدر الضبط.

تعليق:

نلاحظ مما سبق، أن نتائج هذه الدراسات جاءت متباينة، فمنها من يشير إلى أن الذكور يتميزون بضبط داخلي مقارنة بالإناث، ومنها من يشير إلى أن الإناث يظهرن ضبطا داخليا أكثر من الذكور، بينما أظهرت دراسات أخرى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في مصدر الضبط، وبالتالي فإن هذا يدل على أن متغير مصدر الضبط هو متغير غير مستقر، وبالتالي فإن الطالبة ترى بأن مصدر الضبط متغير تتحكم فيه سمات شخصية الفرد أكثر من جنسه.

• السن:

يعتبر مصدر الضبط من بين المتغيرات التي تتأثر بالعمر، حيث أن مصدر الضبط يتجه نحو الوجهة الداخلية مع التقدم في السن، فمع تقدم النمو وزيادة النضج المعرفي والشخصي يزداد إدراك الفرد لقدراته وإدراكه للعلاقة السببية بين ما يقوم به من مجهودات وما يحصل عليه من نتائج.

وقد أجريت العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط والسن، ونذكر منها:

دراسة لاو (Lao, 1974) والتي توصلت إلى أن هناك زيادة دالة إحصائيا في الإحساس بالكفاءة والفعالية الشخصية أي الضبط الداخلي في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد/

وتوصلت الدراسة التي قام بها ريشمان ومالكيسكي (Rychman & Malkikioski 1974) حيث تم استخدام مقياس ليفنسون متعدد الأبعاد إلى أن استقرار الاعتقاد في الضبط الداخلي في مرحلة وسط العمر في السن 30 ت 40 سنة.

وتشير دراسة مورجانتني وآخرون (Morganti et al, 1988) ودراسة نيهرك وآخرون (Nehrke et al, 1977) إلى أن الضبط الداخلي يتطور بالتقدم في العمر، حيث أن الأطفال وكبار السن يميلون إلى أن يكونوا خارجي الضبط في حين أن الراشدين كانوا داخليين من حيث الضبط وذلك من خلال تفسيرهم للأحداث فكانوا أكثر ارتباطا بالجهد والمثابرة والمقدرة من ارتباطه بالظروف البيئية. (الخفاف، 2013، ص 179).

• العوامل الثقافية:

تعتبر العوامل الثقافية من بين العوامل التي لها دور في تحديد مصدر الضبط لدى الأفراد. وترى (Marks, 1998) أن عملية نمو وتطبيق مفهوم الضبط قد خضعت على مر السنين للتركيز الثقافي الاجتماعي الغربي، والذي يعتبر فيه حصول الإنصاف بالتحكم الداخلي على المواقف والأحداث هو أفضل السيناريوهات. وأن الثقافة الغربية التي ظهر فيها مفهوم الضبط الداخلي والخارجي دائما ما تعطي قيمة مرتفعة للاستقلال الشخصي، وبالتالي فإن هذا الأمر قد أثر في نمو مفهوم مصدر الضبط، وبالتالي فإن التركيز المستمر داخل مجال علم النفس على الضبط الشخصي يوازي انشغال المجتمع الغربي بالاستقلالية. (جبالي، 2007، ص 81 - 82).

وبالتالي فقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود فروق في مصدر الضبط تعود إلى عوامل ثقافية وعرقية وحتى اجتماعية. اقتصادية، حيث أظهرت الطبقات الاجتماعية الدنيا والأقليات ضبطا خارجيا. ونذكر من هذه الدراسات:

وجد (Mc Ginnies et al, 1974) في دراسة مقارنة لخمس مجموعات تنتمي إلى عدة أقطار: أستراليا، نيوزلندا، الولايات المتحدة، اليابان، السويد أن مجموعات الطلاب من أستراليا ونيوزيلندا والولايات المتحدة قد تشابهت درجاتهم على مقياس الضبط الداخلي - الخارجي، وأن المجموعات الثلاث كانت أكثر داخلية من مجموعة الطلاب اليابانيين، في حين أن مجموعة الطلاب السويديين كانت أكثر خارجية من بقية المجموعات. (أبو ناهية، 1992، ص 211).

وفي دراسة قام بها (Okeke, Draguns, Sheku, & Allen, 1999) التي أجريت على الأفارقة الأصليين، ومثل الأمريكيين الأصليين السود بشكل عام، سجلوا درجات أعلى من الضبط الخارجي مقارنة بالبيض أمريكيي المولد. (Shultz & Shultz, 2012, P 434).

وفي دراسة عبر ثقافية أجراها (Stocks et al , 2012) حول مصدر الضبط والرفاهية الذاتية في كل من الصين وجنوب إفريقيا، وقد أشارت النتائج إلى أن أظهرت توجهها نحو الضبط الخارجي، بينما سكان جنوب إفريقيا اتجهوا نحو الضبط الداخلي على الرغم من أن الأدبيات أشارت إلى أن سكان هذه المنطقة يظهرون التوجه نحو الوجهتين الداخلية والخارجية.

وتوصلت دراسة على جماعة من الأطفال الأمريكيين من أصل إفريقي والذين ينحدرون من عائلات ذو دخل مرتفع إلى أن هؤلاء الأطفال لديهم معتقدات قوية في الحظ وقوى الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم الصحية من الأطفال الذين ينحدرون من أسر ذو دخل منخفض. (عزوز، 2015، ص 74).

وذكر عبد الحميد وكفافي (1988) بأن مفهوم مصدر الضبط مفهوم قد يتأثر بالثقافة والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمعات، فعلى سبيل المثال أن مسألة الإيمان بالقدر خيره وشره هي جزء أساسي في عقيدة المسلم وقد تجعل لمفهوم مصدر الضبط وضعا خاصة في الثقافة العربية، مع التأكيد على التسليم بالقضاء والقدر، وبالتالي فإن هذا المفهوم مختلف عن مفهوم " القدرية " الذي أشار إليه **Rotter** وهي قدرية يشير بها إلى اتجاهات الفرد السلبية نتيجة خبراته مع قوى خارجية قوية لها تأثيرها القوي في تحديد ما يلاقه من تدعيم إيجابي أو سلبي أكثر من تأثير قدراته وإمكاناته الذاتية. (جبالي، 2007، ص 86).

وبالتالي، تجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسات النفسية منذ ظهور مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي ، قد وصلت إلى ما يشبه الإجماع على أن الاعتقاد في الضبط الداخلي يُعتبر أكثر قبولا من الاعتقاد في الضبط الخارجي ؛ وتدعم هذه الدراسات وتتماشى مع الفكر الاجتماعي الغربي. ولأن النظرية النفسية تتأثر بالتحيزات الثقافية وبالقيم السائدة، فلم يكن من المستغرب أن تكون الجماعة ذات القوة أو الضبط في المجتمع والمرتفعة في المستوى الاجتماعي - الاقتصادي هي التي تحدد وتعرف المواصفات المرغوبة والتي يتم تبنيها من جانب الباحثين والممارسين ؛ وبالتالي وتماشيا مع النتائج التي وجدت علاقات إيجابية لدى هؤلاء ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي مقارنة بهؤلاء ذوي الاعتقاد في الضبط الخارجي، فإن الاختلافات في مقاييس مركز الضبط بين الثقافات وداخل الثقافات قد تم ظهورها . (غريب، 2004، ص 107)

تعليق:

من خلال ما سبق ذكره، ومن خلال نتائج العديد من الدراسات التي حاولت أن تدرس تأثير بعض العوامل الشخصية والديمغرافية والثقافية من حيث الجنس ذكور وإناث ، السن صغار وراشدين ، التنشئة الأسرية والعوامل الثقافية والعرقية، حيث أن الدراسات التي تم عرضها اختلفت وتباينت من جانب تحديد وجهة الضبط السائدة لدى الأفراد في ظل المتغيرات السابقة. ومنه نستنتج بأن مصدر الضبط يعتبر متغيرا شخصيا يتأثر بهذه المتغيرات التي تساعد في رسم وتحديد وجهة لدى الفرد سواء نحو الضبط الداخلي أو الخارجي أو حتى الاثنين معا.

وبالتالي فإن طالبة تسعى من خلال هذه الدراسة إلى تحديد إمكانية تأثير بعض من هذه العوامل مثل السن، وأيضاً باعتبار أن عينة الدراسة تتمثل في النوع الأنثوي، وأيضاً المستوى التعليمي، وكذلك العامل الثقافي باعتبار أن الدراسة تم تطبيقها على عينة جزائرية. ومنه تحديد مدى إمكانية انطباق مفهوم الضبط الداخلي والخارجي على المرأة الجزائرية.

(5) سمات الأفراد من فئتي الضبط الداخلي و الخارجي:

يشير (Darshani, 2014) إلى أن ذوو الوجهة الداخلية يعتقدون بأنهم هم المسؤولون في المقام الأول عن السيطرة على ما يحدث لهم، على عكس ذوي الوجهة الخارجية فهم يعتقدون بأن الآخرين أو القوى الخارجية هي التي تحدد الأحداث الكبرى في حياتهم. ومن بين المميزات التي تميز الأفراد ممن لديهم مصدر ضبط خارجي بأنهم يظهرون المزيد من معدلات الضغوطات والتوترات مقارنة بمن هم داخليو الوجهة. كما أن ذوي الضبط الداخلي يمتلكون شعوراً دائماً بالثقة بالنفس، وبأن البيئة الداخلية والخارجية قابلة للتنبؤ، وأن الأمور تسير بالطريقة التي تم التنبؤ بها، معتمدين في ذلك على مجهوداتهم الذاتية. هذا يعني بأن لديهم تصور بأنهم هم الوحيدون الذين يملكون التأثير على حياتهم وعلى الأحداث المحيطة بهم. وذلك من خلال ممارستهم للخيال والمهارة والمعرفة. بالإضافة إلى هذا، فإن الفرد ذو الضبط الداخلي يتميز بمستوى عال من الدافعية للإنجاز، وأكثر انفتاحاً على المحيط الخارجي، اجتماعي، نشط، قليل التوتر، ولا يظهر الكثير من مظاهر التحجر الفكري. (Darshani, 2014, P 3)

كما يضيف (Millet, 2005, P 13) مجموعة من السمات التي تميز بين الأفراد ذوي الضبط الداخلي

وذوي الضبط الخارجي وهي على النحو التالي :

* سمات الأفراد ذوي الضبط الداخلي وهي :

- يعتقدون أنهم مسؤولون عن نجاحهم أو فشلهم .

- يتحدثون كثيراً عن سلوكهم وأفعالهم ودوافعهم

- يؤدون الأعمال بطريقة جيدة .

- يحبون موقع القيادة في حل المشكلات .

-يميلون إلى المشاركة والتعاون وتبادل العواطف .

-أكثر ثقة بالنفس وأكثر نشاطاً وحيوية .

-يتسمون بالمخاطرة .

-أقل شعوراً بالضغوط النفسية والقلق وأكثر توافقاً .

-يميلون إلى ممارسة التفكير التباعدي .

* سمات الأفراد ذوي الضبط الخارجي وهي :

-يعززون النجاح إلى الحظ والصدفة .

-يختارون التحديات الأسهل .

-يستسلمون سريعاً وأقل توافقاً نفسياً .

-أقل مشاركة وانسجام مع الآخرين .

-أداؤهم الدراسي ضعيف .

-أكثر شعوراً بالضعف والعجز .

-يميلون إلى ممارسة التفكير التقاربي .

وأشار كل من (Lefcourt 1976) و (Phares 1976) إلى أن الأفراد الداخلي الضبط يختلفون عن الخارجيين في عدة مظاهر، حيث يظهر الأشخاص الداخليين اتخاذ المزيد من المبادرة وتحمل المسؤولية في أدائهم، كما يسعون إلى الاستفادة من المعلومات ، ويبيدون أكثر كفاءة وأكثر اتصال مع الحقائق الخارجية. هذه الخصائص التي تنسب إلى الأشخاص ذوي الضبط الداخلي هي عوامل أساسية في تعزيز دافعية الإنجاز. وعلى سبيل المثال، يمكننا التنبؤ بالنجاح الأكاديمي من خلال الضبط الداخلي . الخارجي، حيث جادل " روتر " هذا من خلال إشارته بأن الأشخاص الداخلي الوجهة يظهرون استمراراً في المهام ويشعرون بالمسؤولية حيال أعمالهم.

وبعد مراجعة العديد من الدراسات توصل (Lefcourt 1976) إلى استنتاج أن الأشخاص خارجي الوجهة من المرجح أن لا يستمروا في مهمة لأنهم لا يشعرون بأن الجهد المبذول من الطاقة من المرجح أن تؤدي إلى نتائج ذات معنى. وبالتالي فإن لديهم الاعتقاد بأن العوامل الخارجية، مثل المصير والحظ وقوة الآخرين. (Fagbohunge & Jayeoba, P 77). ويمكن تلخيص سمات الأفراد من ذوي الضبط الداخلي والخارجي في الجدول التالي:

جدول (1) يوضح الفروق بين الأفراد من ذوي الضبط الداخلي والخارجي:

المتغيرات	الأفراد من ذوي الضبط الداخلي	الأفراد من ذوي الضبط الخارجي
القدرات	ميل للأنشطة التي تمكنهم من إبراز قدراتهم	يفضلون الأنشطة التي من خلالها يظهرون دور الحظ في حياتهم
المسؤولية	يشعرون بأنهم مسؤولون عن اتخاذ القرارات الخاصة بهم، ويدركون بأن مصيرهم لا يتأثر بالعوامل الخارجة عن سيطرتهم وإنما مرتبط بقراراتهم بأنفسهم.	يحاولون زيادة وتعزيز الظروف الجيدة في حياتهم ومن ناحية أخرى يبذلون جهداً للحد من مستوى الظروف السيئة.
التغير	يعتقدون بأنه بإمكانهم السيطرة على مصيرهم خلال فترات التغيير، كما أنهم يشعرون بالمسؤولية اتجاه أفعالهم.	يعتقدون بأن أي تغيير هو خطر عليهم، ولا يمكنهم السيطرة على القوى التي تؤثر على حياتهم
المحيط	يستخدمون المزيد من السيطرة في محيطهم، مهارات تعليمية أفضل، عندما يتعلق الأمر بمعلومات حول أنفسهم، فإنهم يبذلون نشاطاً في ابحث عن معلومات جديدة ، استخدامهم للمعلومات بشكل أفضل إذا كانوا في حاجة إلى حل المشكلات المعقدة	يظهرون التزاماً وامتنالاً أقل في المواقف مقارنة بذوي الضبط الخارجي
التوتر	تتبي مصدر الضبط الداخلي يمكن أن يساعد الموظفين على التعامل مع التوتر الصعوبات التي تواجههم في مجال الأعمال التجارية.	الموظفون من ذوي الضبط الخارجي لا يمكنهم مواجهة التوترات والصعوبات بصورة جيدة

<p>مصدر الضبط الخارجي يرتبط بصورة سلبية بالرضا الوظيفي</p>	<p>الرضا الوظيفي للأفراد داخلي الضبط أعلى من الأفراد خارجي المظهر. ينجزون الأعمال بصورة أفضل مما يساعدهم على الاستفادة أو الحصول على جوائز. يميلون إلى التحسين أو التقدم السريع والحصول على مزيد من الأجور.</p>	<p>الرضا الوظيفي</p>
<p>لا يتوقعون النجاح في الأداء</p>	<p>يعتقدون في الغالب أن جهودهم ستنتهي بالأداء الجيد. هم أكثر ثقة بالنفس و يثقون بقدراتهم. يملكون المزيد من التوقع أنهم سيتمنحون العروض الجيدة ويعتقدون أن وضعهم في العمل هو أكثر نزاهة</p>	<p>الدافعية للعمل</p>

(Kutanis et al, 2011, PP 116 – 117)

خلاصة الفصل:

يعتبر مفهوم مصدر الضبط الذي أتى به " روتر " والذي اشتق من نظريته الشهيرة ط نظرية التعلم الاجتماعي " من المفاهيم التي أثارت اهتمام الباحثين في مجال علم النفس والشخصي، إذ يعتبر متغيراً شخصياً جديماً، والذي يرتبط أساساً بدرجة إدراك الفرد لأهم العوامل التي تتحكم في الأحداث من حوله، حيث أن الفرد ذو الاعتقاد في الضبط الداخلي يدرك أن أحداث الحياة وعواقبها تعتمد بطريقة مباشرة على قدراته وسلوكياته، بينما يدرك الفرد ذو الضبط الخارجي بأن هذه الأحداث تعتمد على قدراته الخاصة وإنما تتحدد بعوامل خارجية.

وبالتالي فإن هذه المفهوم يتأثر بعدة عوامل فردية بما فيها الجنس والسن، وعوامل اجتماعية تتمثل في التنشئة السرية، وأيضاً عوامل ثقافية عرقية. هذه العوامل تساهم في ترسيخ تبني شكل من أشكال الضبط .

وبناء على ذلك، فإن العديد من الباحثين أشاروا إلى أهمية تغيير وجهة الضبط الخارجية وتبني وجهة الضبط الداخلية باعتبار أن الإنسان قادر على التغيير وإحداث هذا التغيير في نفسه إذ لا بد أن يعتقد الفرد بقدرته على الضبط الذاتي.

الفصل الثالث

الاضطرابات السيكوسوماتية _ المفهوم و النظريات

1) مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي

2) النظريات المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي

1.2 النظريات الفزيو - بيولوجية: وتشمل:

1.2.2. نظرية الضعف البدني.

2.2.2. نظرية رد الفعل النوعي

3.2.2 نظرية كانون

4.2.2. نظرية الجسم والضغط

3.2 النظريات النفسية: وتشمل:

1.3.2. النظرية التحليلية.

2.3.2 النظرية السلوكية.

3.3.2 النظرية المعرفية.

تمهيد:

إن فهم العلاقة الارتباطية بين النفس و الجسد و التأثير المتبادل بينهما ليس وليد العصر الحالي، بل هو قديم قدم الإنسانية، حيث يتأثر الجسد و يعتل إذا ما تعرض الإنسان إلى توترات و ضغوط نفسية تحدث فيه تغيرات جسدية عضوية و فسيولوجية عديدة. وقد أظهرت الدراسات والأبحاث العلمية أن تعرض الإنسان للانفعالات والضغوط و التوتر يضعف جهاز المناعة لديه ويؤثر سلبا على الخلايا المناعية، فيصبح هذا الإنسان عرضة للإصابة بالالتهابات والأمراض المعدية بسهولة أكثر من غيره. كما أظهرت دراسات أخرى أن اعتدال الحالة النفسية والمزاجية للإنسان يؤثر بصورة إيجابية على جهاز المناعة مما يساعده على مقاومة الكثير من الأمراض العضوية.

1. تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

قدمت تعريفات عديدة للاضطرابات السيكوسوماتية، وذلك لتعدد وجهات النظر، ونظرا لكثرة التعريفات ستكتفي الطالبة بعرض عدد من هذه التعريفات:

يرى (Dongier, 1976) أن الأمراض السيكوسوماتية تطلق على مجموعة من الأمراض كارتفاع الضغط الشرياني، والقرحة المعدية والربو الشعبي... الخ. وهذه الأمراض تلعب العوامل النفسية دورا رياديا في ظهورها . ففي هذه الحالة يفترض وجود علاقة دقيقة بين السبب والنتيجة، بين الحالة العقلية و الاختلال العضوي .ويتعلق الأمر بالأمراض التي يلعب فيها الضغط دورا أساسيا. كذلك يمكن للحوادث الضاغطة قصيرة الأمد أو منقطعة أن تمارس نشاط مستمر بواسطة عمليات عقلية على مستوي النظام العصبي والغدد الصماء، مما يؤدي إلى تغيرات في الحالة الوظيفية للأعضاء. (ريحاني، 2010، ص 69)

أما محمود أبو النيل: يعرفها بأنها اضطرابات جسمية مألوفة للأطباء و التي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم، أو خلل في وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض التي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده شفاءها شفاء تاما نظرا لاستمرار الضغط الانفعالي و عدم علاج أسبابه النفسية الحقيقية إلى جانب العلاج الجسمي. (أبو النيل،

1984

بينما يعرفها لاشمان (Lachman, 1972) على أنها اختلالات فسيولوجية وتلفيات بنائية في الجسم ناتجة بصفة أولية عن عمليات نفسية أكثر من عوامل فيزيقية آنية كما هو الحال في الأمراض العضوية. (جبالي، 2007، ص 102).

ويصفها دافيزيون و نيل Davison & Neal على أنها مجموعة من الاضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية و تتضمن إصابة جهاز واحد أو أكثر من أجهزة الجسم المختلفة والتي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللإرادي، وأن استمرار الضغط والانفعال السيء على الجسم يقود إلى تدهور في أجهزة الجسم وشلل تام في أداء وظائفها، وهذا يشمل العديد من الأجهزة الجسمية. (غانم، 2011، ص 26)

ويرى جالاتين (Gallatin, 1982) أنها اضطرابات تنتج عن أسباب نفسية، غالبا ما تلعب الضغوط النفسية دورا كبيرا في حدوثها، وأن الآلام النفسية التي تنعكس في حدوث مرض أو أكثر في أجهزة الجسم المختلفة ، وأن الأمر في هذه الحالة لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الاضطراب والتلف لعدة أجهزة جسم الفرد.

ويعرفها (الزراد 1984) على أنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. (الزراد 1984، ص 121)

أما أنساني (Anastasi A) ترى بأن مصطلح " اضطراب سيكوسوماتي يطلق على تلك الاضطرابات الجسمية التي تلعب فيها المشقة والضغط النفسية - الانفعالية دورا جدهام في إصابة الفرد وتحويله إلى حالة مرضية ملموسة وواضحة. وأن هذا المصطلح بمعنى أوسع يوضح أثر العوامل النفسية على الوظائف الفسيولوجية مؤكدة على وجود تأثيرات سلبية على مثل هذه الأجهزة وكذا وظائف الأعضاء، وأن العوامل الانفعالية لا يمكن إنكار دورها في ظهور مثل هذه الاضطرابات التي تصيب الجسم وتصيب وظائفه بالشلل والدمار التام. (غانم، 2011، ص 27).

ويرى ميلون و ميلون (Million & Million, 1994) أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية ناشئة عن عدم قدرة الفرد على تجنب المضايقات أو ضغوط وشدائد الحياة، وأن هذه الاضطرابات الجسمية تنتج من أمرين:

- الأول: تراكم الانفعالات المؤلمة لمدة طويلة.
- الثاني: عجز الفرد عن المواجهة الصحيحة - السوية لأزمات وضغوط الحياة، وأن هذا الفشل ينعكس على إصابة العديد من أجهزة الجسم.

ويعرفها ريتشارد سوين (Suin R, 1979) على أنها عبارة عن حالات تكون فيها الاضطرابات في بنية الجسم راجعة أساس إلى الاضطرابات الانفعالية وهذا يؤكد حقيقة العلاقة القائمة بين النفس والجسد. وأن الجهاز العصبي المستقل يفشل في إعداد الجسم لمواجهة حالة الخطر التي يتعرض لها الفرد مما يؤدي إلى تفجر حالة من القلق تنعكس سلبا على أجهزة الجسم المختلفة. (غانم، 2011، ص 27)

ويعرفها كيف بودمان وآخرين (Keev Brodman et al) معدي قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية: زملة الأعراض الجسمية التي تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية والتي قد تتسبب في حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقي يصيب عضواً أو جزءاً من أجزاء الجسم، أو بسبب خلل في أداء هذا العضو لوظيفته، بحيث لا يفلح في علاج هذه الأعراض وشفاؤها تماماً. وتنشأ هذه الأعراض غالباً نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية حادة مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة أو اتسامه بسمات شخصية معينة للوقوع في هذه الاضطرابات مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة مثل ضعف فسيولوجي في أحد الأعضاء أو وجود اضطرابات فسيولوجية وهرمونية وغيرها. (أبو النيل، 2001).

بينما يعرفها أحمد عكاشة (عكاشة، 1998) بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاماً وعادة ما يكون ذلك من الجهاز العصبي اللاإرادي، وبالتالي فإن هذه الاضطرابات تعتبر تورتاً انفعالياً في الأعضاء والأحشاء التي تغذى بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الإثني عشر والربو الشعبي.

ويعرفها (عطوف، 1988) على أنها اضطرابات ناتجة عن اختلال شديد أو مزمن في التوازن الهيموستازي في كيمياء الجسم نتيجة للضغوط النفسية، فالاضطراب السيكوسوماتي هو عبارة عن مرض جسدي ذو جذور نفسية، ويظهر على شكل استجابات وردود أفعال عضوية في أحد أجهزة الجسم. (عطوف، 1988، ص 31)

ويعرفها حامد زهران (زهران، 2005) بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الاضطرابات الانفعالية)، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. (زهران، 2005، ص 468)

تعليق:

من خلال العرض السابق لمختلف التعاريف التي قدمه العديد من العلماء والباحثين الغربيين والعرب ، نجد بأن كل تعريف ينظر إلى الاضطرابات السيكوسوماتية من زاوية معينة، فنجد من التعريفات من التي تركز على مفهوم و خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية، والتي تخلص إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية تنتج عن عمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية أجزاء الجسم، هذا التعقد الذي يؤدي إلى إنهاك أعضاء الجسم و مثال ذلك تعريف أبو النيل، وتعريف دافيزيون ونيل (Divisio & Neal) و تعريف جالاتين (Gallatin) نجد أيضا من التعريفات من ركزت على دور الضغوط النفسية اليومية التي يعايشها الفرد ويفقد القدرة على مواجهتها والتي تساهم بشكل مباشر في إحداث الاضطراب السيكوسوماتي، وهذا ما جاء به تعريف أنستازي و ميلون، وريتشارد سوين. كما أن هناك من قدم تعريفا للاضطراب السيكوسوماتي الذي يعكس تفاعل الانفعالات المزمنة وأعضاء الجسم المختلفة مثل تعريف عكاشة، كيف بودمان وآخرين. أما بقية التعريفات فقد اكتفت بوصف عام للاضطراب السيكوسوماتي بأنه ناتج عن أسباب نفسية انفعالية.

والخلاصة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن اضطرابات جسدية تحدث نتيجة الخبرات الانفعالية السيئة التي تلعب الدور الرئيسي في إحداث الخلل في وظائف الأعضاء، كما أن للضغوط اليومية وأحداث الحياة الضاغطة وفشل الفرد في مواجهتها وإدارتها الدور الحاسم في تدهور الحالة الصحية الجسدية للفرد

2. النظريات المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي:

اتجه العديد من الباحثين والمختصين في هذا المجال إلى بذل محاولات من أجل تقديم تفسير لتكوّن ونشأة الاضطراب السيكوسوماتي لدى الفرد، فتشعبت الرؤى و وجهات النظر في تفسير ذلك كل حسب اختصاصه و وجهة نظره التي تتشعب وتتعارض كما قد تتلاقى، في محاولة منها تقديم توضيحات و تفسيرات لفهم كيفية نشوء الاضطراب السيكوسوماتي.

وبالتالي، سنقوم بعرض مجموعة من النظريات التي اهتمت بهذا الموضوع والتي سنقسمها إلى مجموعتين:

2.2 النظريات الفزيو - بيولوجية: وتشمل:

1.2.2. نظرية الضعف البدني.

2.2.2. نظرية رد الفعل النوعي

3.2.2. نظرية كانون

4.2.2. نظرية الجسم والضغط

3.2 النظريات النفسية: وتشمل:

1.3.2. النظرية التحليلية.

2.3.2. النظرية السلوكية.

3.3.2. النظرية المعرفية.

2.2. النظريات الفزيو - البيولوجية:

تشير النظريات البيولوجية إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية ترجع إلى الضعف النوعي أو النشاط الزائد للأجهزة العضوية للفرد عند الاستجابة للضغط، وتتمثل هذه النظريات في:

1.2.2. نظرية الضعف البدني (Somatic weakness Theory):

نادى كل من (Drapper) و (White) سنة 1964 بافتراض أن الفرد يصاب في أضعف عضو في جسمه، حيث أن الاضطراب أول ما يصيب العضو الضعيف أو الأكثر قابلية للإصابة كما يحدث في ضعف الأجهزة التنفسية في الربو الشعبي وضعف الأوعية الدموية في حالة ضغط الدم الأساسي. (جبالي، 2007، ص 116).

أي أن أي فرد لا بد أن يكون لديه عضو ضعيف، وأن هذا الضعف قد ينتج من خلال العوامل أو الأسباب التالية:

- الإصابة بسبب عوامل وراثية.

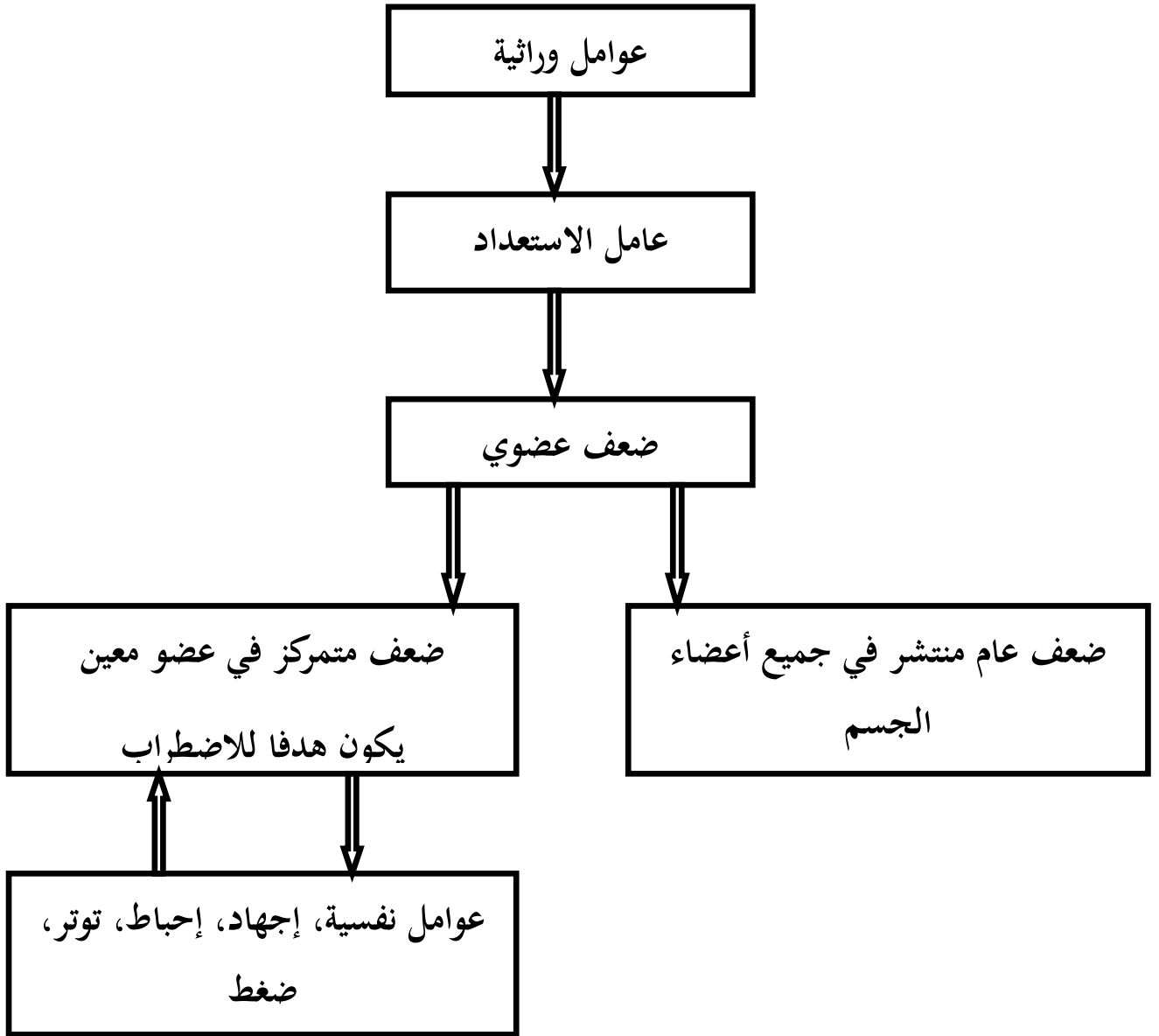
- الإصابة والضعف بسبب سوء التغذية.
- الضعف بسبب الإصابة بمرض مبكر.
- الضعف بسبب إهمال العلاج.

وأيا كان السبب فإن أي فرد لابد أن يكون لديه هذا العضو الضعيف، وأن هذا الضعف يجعل الفرد مهيناً لأن يصاب مستقبلاً. ومن خلال هذا العضو دون غيره، نستطيع أن نتنبأ بإمكانية وطبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية التي من الممكن أن يصاب بها الفرد مستقبلاً أو يكون مرشحاً لذلك.

فمثلاً، الشخص الذي يكون جهازه التنفسي ضعيف وذلك نتيجة لعوامل متعددة، فإن هذا الشخص يكون مهيناً ومهدداً بالإصابة بالربو الشعبي مستقبلاً إذا ما تعرض هذا الشخص إلى أي توتر قد يواجهه، عكس الشخص الذي يكون مهيناً وراثياً للاستجابة للتوتر من خلال استجابات مفرطة في أجهزة ذاتية معينة، مما يؤدي إلى إمكانية إصابة هذا الفرد بضغط الدم المرتفع حين يواجه أي توتر مستقبلاً. (غانم، 2011، ص 116)

ومن ثم توضح النظرية أن هناك نوعاً من الارتباط بين الضعف الجسدي المتمثل في ضعف عضو معين والأمراض السيكوسوماتية التي هي نتيجة لتعرض الفرد للضغوط المستمرة التي تؤثر على العضو الأكثر ضعفاً.

ونظراً لعدم القدرة على تحديد مدى تأثير العامل الوراثي أو عامل الإصابة السابقة الذكر (المكتسبة) وغلبة أحدها على الآخر فيصعب الاعتماد على هذه النظرية في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي. ويمكننا تلخيص هذه النظرية في الشكل التالي:



إذا:

عامل الاستعداد + العامل النفسي ← يؤدي إلى إصابة العضو الأضعف والأقل مقاومة

عامل الاستعداد + عضو مصاب سابقا + العامل النفسي ← يهيء لإصابة نفس العضو

(الزباد، 2000، ص 128)

شكل (3) يوضح وجهة نظر نظرية الضعف البدني في تفسير الاضطراب السيكوسوماتي

2.2.2. نظرية رد الفعل النوعي:

ويذهب أنصار هذه النظرية إلى وجود أجهزة عصبية - ذاتية معينة يمتلكها الفرد تكون بطبيعتها مهينة وراثيا، معناه أن ليس للفرد أي دخل فيها، فتجعله يستجيب للتوتر والقلق والانفعالات السيئة بردود أفعال مفرطة مما يؤدي إلى فتح المجال لإمكانية الإصابة باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة وفقا لاستجابة الفرد. (غانم، 2010، ص 116).

وتشير هذه النظرية إلى وجود اختلافات تكوينية في طريقة استجابة الأفراد للضغط، فلكل إنسان أسلوب مميز في استجابة جهازه العصبي المستقل للضغط، ففي الوقت الذي تسرع فيه ضربات قلب شخص ما نجد شخصا آخر يستجيب بطريقة مختلفة عنه، وذلك عن طريق زيادة سرعة معدل التنفس دون حدوث زيادة في ضربات القلب. ولهذا نجد أن الشخص الذي يتأثر جسمه بتلك التغيرات بشكل كبير أكثر تعرضا من الأشخاص الآخرين للاضطرابات السيكوسوماتية، فالشخص الذي يستجيب للضغط بإفراز كميات كبيرة من الأحماض المعدية، قد يتعرض للإصابة بالقرحة المعدية، بينما الشخص الذي تكون استجابته بارتفاع معدل ضخ الدم قد يتعرض للإصابة بضغط الدم المرتفع. (شمال، 2007، ص 52)

هذه الفروق في الاستجابة للضغط والشدائد تعني أن كل من تعرض للضغط والشدة تظهر لديه اضطرابات سيكوسوماتية مختلفة رغم تساوي نوع الشدة وقوتها. ولقد كثرت المفاهيم والأبحاث حول تفسير المشكلات النوعية والعوامل النفسية وغير النفسية المحددة للاضطرابات السيكوسوماتية . وبالتالي، فإن العلماء والباحثين يتناولون قضية نوعية ردة الفعل من خلال ثلاث عوامل:

- الشخصية المؤدية إلى المرض أو الاستعداد.
- دراسة طبيعة ونوعية الشدة المؤدية والمسببة للمرض.
- حدة الميكانيزمات الوسيطة.

أما (Shappiro et al, 1980) فإنهم يعزون نوعية الاستجابة وظهور المرض السيكوسوماتي النوعي للفرد إلى ثلاث عوامل افتراضية:

- افتراضات بوجود أسباب نوعية بيولوجية كامنة.
- افتراضات بوجود أسباب نفسية تؤثر على الأعضاء.

- افتراض وجود ميكانيزمات مباشرة تربط العمليات السلوكية والبيئية بالعمليات البيولوجية.

(بني يونس، 2008، ص 534)

إذا، نستخلص من هذه النظرية أن المرض السيكوسوماتي الذي يرافق الفرد يكون وفقاً لاستجابة الفرد لانفعال معين، وبالتالي يمكننا التنبؤ بإمكانية إصابة الفرد بمرض معين دون شخص آخر لديه استعداد للاستجابة للضغوط مختلف عن غيره من الأفراد.

3.2.2. نظرية كانون:

تعرض **كانون (Canon)** لحادثة تسببت بإحداث خوف عميق من الموت لديه، فلاحظ أن هذا الخوف أدى لإصابته بارتعاش في أطرافه إضافة لعدد من المظاهر العصبية، ولاحظ أن هذه الأعراض تظهر لدى الحيوان أثناء حقنه بالأدرينالين، وكانت نتيجة أبحاثه أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية (الخوف، الألم، الغضب، الجوع...) من شأنه أن يؤدي لإفراز الجسم لكميات من الأدرينالين التي من شأنها أن تحدث بعض المظاهر مثل ارتفاع الضغط، تسارع دقات القلب، توسع حدقة العين... إلخ. (النايلسي، 2001، ص 76).

ويؤكد كانون على أن:

- الجسم والنفس وجهان ملتصقان لعملة واحدة، وأن نقط الالتقاء بينهما هي الدماغ باعتباره عضو العقل الذي تصدر منه كافة الإيعازات التنظيمية لجميع أنحاء الجسم، وفي الدماغ تجري كافة العمليات من أفكار وعواطف وخطط وذاكرات.
- لا يوجد أي سلوك أو نوع من الانفعال دون أن يرافق تغيرات عضوية فالقلق يصاحبه خفقان وارتجاف وتعرق وشحوب عن طريق جهاز عصبي يغذي جميع الأحشاء الداخلية للإنسان وهو الجهاز العصبي الذاتي بشقيه السمبتاوي والباراسمبتاوي.
- السلوك (مثير واستجابة) يعتمد على محور الغدتين النخامية _ الكظرية.
- كل صدمة أو سدة نفسية تؤدي لردود أفعال واستجابات متتالية في الجسم وتتدخل الهرمونات مثل الأدرينالين والنورأدرينالين وغيرهما، وتحدث التغيرات الفسيولوجية. (عطوف، 1988، ص ص 50_51).

4.2.2. نظرية الجسم والضغط:

ما من حديث عن الضغط (**Stress**) إلا ويجبرنا على طرق نظرية هانز سيللي (Seley H , 1956) التي شرحها في مؤلفه ضغط الحياة (**Stress of life**) والتي يذهب فيها إلى أن الجسم يستجيب للمثير المزعج بتحرك مصادر فيسيولوجية وأجهزته العضوية، وأنه يواجه الضغوط بحدود الأفعال المعدة لمواجهة الخطر والضغط النفسي، وتصبح أجهزة وآليات المواجهة في حالة من الإجهاد، وقد ينتج عن ذلك بعض الأعراض الفسيولوجية (السيكوسوماتية). (جبالي، 2007، ص 114).

اقترح سيللي (1976) في البداية نموذج ثلاثي يعتبر الأساسي في نوع الاستجابة للضغط والإجهاد حيث يتكون من ثلاث عناصر:

- تضخم القشرة الكظرية
- ضمور الغدة الصعترية (على سبيل المثال، الغدة الصعترية، العقد الليمفاوية، والطحال)
- القرحة المعدية المعوية.

هذه الأسباب الثلاثة كما أشار سليل كانت مترابطة؛ ويبدو أنها ترافق معظم الأمراض، ويتم تحفيزها بغض النظر عن المرض. وقد تمكن سيللي من إثارة الاستجابة لدى الفئران المخبرية من خلال عناصر مثل الفورمالين، والأنزيمات، والهرمونات، والحرارة، والبرد. كما لاحظ سيللي هذا الأمر لدى المرضى الذين يعانون من مشكلات صحة مختلفة مثل الإلتهابات، السرطان، أمراض القلب.

(Rice, 2012 , P 23)

ويعتقد سيللي أن رد الفعل الدفاعي يمضي ويزداد مع التعرض المؤقت أو المتكرر للحدث الضاغط عبر ثلاث مراحل، وتمثل هذه المراحل مع بعضها زملة التكيف العام (General Adaptation Syndrome) وهي (عبد الرحمن، 2014، ص ص 289 _ 290):

(أ) استجابة الإنذار أو التنبيه (**Alarm**):

وفيها يتم إثارة الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئي للضاغط، وفي نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة، وإذا كلن الضاغط من الشدة بدرجة كافية فإن المقاومة تنهار وتحدث الوفاة.

ب) المقاومة (Resistance):

وفي هذا المرحلة، يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله، وعادة ما تظهر هذه المرحلة إذا كان التعرض المستمر للضغوط متسقا مع التكيف وتختفي التغيرات البدنية المميزة لمرحلة الإنذار، ويحل محلها التغيرات المميزة لتكيف الفرد أو الكائن مع الموقف، وتزداد المقاومة عن المعتاد.

ج) الإنهاك (Exhaustion):

حيث تنهك الطاقة اللازمة للتكيف ويحدث الانهيار النهائي، ويعاني الجسد من تلف ودمار لا يمكن إبطاله بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، وقد تظهر علامات استجابة الإنذار من جديد بينما يموت الشخص أو الكائن.

ويشير سيلبي إلى أنه إذا كانت الاستجابة الدفاعية ذاتها شديدة وامتدت لفترة طويلة ينتج عنها حالات مرضية أطلق عليها سيلبي : **أمراض التكيف (Diseases od Adaptation)**، ويعتبر المرض في هذه الحالة ثمنا للدفاع ضد العوامل الضاغطة، ويحدث ذلك عندما يزيد الدفاع عن الإمكانيات الخاصة بالجهاز الفسيولوجي أو عندما يكون الدفاع لدرجة عالية.

وقد جاءت نظرية أخرى مكتملة لما قدمه "سيلبي" وهي **نظرية وولف (Wolff)** التي جاءت بفكرة اختيار المرض السيكوسوماتي لعضو ما، حيث يرى **وولف** بأن السيكوسوماتية ترجع غالبا إلى ضغوط المواقف المختلفة في الحياة ، تلك الضغوط التي لا تتفق مع تكوين الفرد الفسيولوجي أو النفسي، ويحدث في هذه المواقف ما يضغط على نفسية الفرد ويثير قلقه وتوتره ، مما يجعل الحالة الإنفعالية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية. فتضطرب الوظائف وتصاب الأعضاء. (عبد المعطي، 2003، ص 52).

ووفقا لـ وولف، فإن الاضطرابات السيكوسوماتية يمكن أن تفهم على أنها الاستجابات البيولوجية التكيفية للتهديدات الرمزية، وعندما يكون الفرد تحت الضغط، سواء جسديا أو رمزيا، فإنه يتفاعل باحتقان، تورم، فرط نشاط، وبالتالي فإن ترميز الضغط يحدد الجهاز الذي سيمثل الرمز. (Wittkower, 1977, P 10)

معنى هذا أن فشل الفرد في التكيف معى المواقف الضاغطة يثير لديه القلق والتوتر، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب الوظائف الحيوية وإصابة الأعضاء بالعطب.

3.2 النظريات النفسية:

تحاول النظريات النفسية لأن تفسر تطور الاضطرابات السيكوسوماتية من خلال دراسة العوامل الانفعالية التي تتم في اللاشعور والسمات الشخصية و القيم المعرفية ، ونذكر من بين هذه النظريات:

1.3.2 . النظرية التحليلية:

أكدت نظرية التحليل النفسي بشدة على أن كل عرض مرضي ينتج من صراع انفعالي لاشعور . وقد كان لأعمال فرويد (Freud) أثر في تركيزه على أن التغيرات الجسمية تحمل معنى رمزي وذلك عند حديثه عن الهستيريا التحولية وقد أشار إليها في كتابه " ما فوق مبدأ اللذة " حيث أشار إلى أن الطاقة النفسية المكبوتة تجد منفذاً لها من خلال الوظائف الفسيولوجية. (وهبان، 2008، ص 201).

ويعتبر ألكسندر فرانز (F . Alexander) واضع أسس السيكوسوماتيك التحليلية. فقد حاول هذا العالم أن يوفق بين النظريات الفسيولوجية وبين التحليل النفسي، وخرج بهذا المزج بنظرة دينامية، بعيدة عن الجمود، مرتكزة أساساً على مبدأ الصراع وخاصة الصراع اللاواعي، فهو يرى أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض وسلوكه الظاهري، وإنما يكمن في لاوعي المريض وفي أنماط الصراعات الكامنة لدى المريض مثل العدائية والتعلق، وأيضاً في آلياته الدفاعية المستخدمة، فتبعاً لهذه الآليات يمكن للعدائية مثلاً أن تتبدى بصور مختلفة، كأن تظهر كما هي أي تظهر في سلوك عدائي مباشر أو غير مباشر (عن طريق تحويله لخدمة أهداف أو مثاليات معينة)، كما يمكن للعدائية أن تظهر بشكل عكسي بحيث يعرب عنها بمواقف الخضوع والسلبية. (النابلسي، 1992، ص 46)

وقد أشار فرانز إلى أن هناك بعض الصراعات لها خاصية التأثير في أعضاء معينة، فالخوف والغضب ينعكسان غالباً على صعيد القلب والأوعية، في حين أن المشاعر التبعية والحاجات للحماية ينعكسان غالباً على صعيد الجهاز الهضمي، كما أشار إلى أن الاستعداد للإصابة بمر ما هو سبب غير كاف للإصابة بهذا المرض ما لم تضاف إليه العوامل الانفعالية . المكبوتة وغير المعبر عنها. وتبعاً لدرجة تظاهر الانفعالات والصراعات يميز ألكسندر بين الاضطراب الهستيريا والعصاب العضوي: الهستيريا: تحصر في الاضطرابات النفسية البحتة التي يمكنها أن تنعكس على الأعضاء

المستخدمة في العلاقة مع العالم الخارجي (الجهاز المفصلي . الحركي، أعضاء الحواس كالأنف، الجلد... إلخ). أما الصراعات المكبوتة وغير المتظاهرة فتتجلى باضطرابات عصبية تلقائية تطال الأعضاء وتحدث العصاب العضوي الذي يمكن أن يتحول إلى مرض عضوي حقيقي. (بني يونس، 2008، ص 482).

وبذلك، فإن فرانز يؤكد على أن التوترات الانفعالية اللاشعورية المكبوتة تجد تعبيرات خلال قنوات البدن، وبناء على هذا المفهوم فإن ارتفاع الضغط العالي تحول من غضب مكبوت، وأن المؤيدين لهذا المفهوم يذهبون لأبعد من هذا فيقولون إن قرحة الهضم، يجب أن تعتبر عرض تحولي، فبعض الانفعالات المكبوتة كأخيلة الوهن تجد التعبير الجسدي في تغييرات في أنسجة المعدة. (أبو النيل، 1984، ص 112).

وقد رفض فرانز ألكسندر افتراض أي علاقة حول سمات الشخصية بأي مسألة سيكوسوماتية بالرغم من أنه قبل فكرة أن بعض المرضى المصابين بالقرحة المعدية مثلا يلجؤون في أغلب الأحيان إلى كبت حاجاتهم للحب، ولكن ذلك لا ينطبق على جميع المصابين بالقرحة. ويفترض بأنه لا بد على كل باحث يبحث في العلاقة بين الشخصية والمرض السيكوسوماتي لا بد أن يفترض عاملا مهما جدا أسماه ب : **طريقة الحياة (The way of life)** بالنسبة لكل مريض، وهذا مايزيد الباحث قدرة على فهم وتحليل المرض السيكوسوماتي. كما أكد على إمكانية تحديد عدد من أنماط الشخصية للمرضى بالاعتماد على تحليل صراعاتهم، هذا مايفتح الباب لفهم الأمراض السيكوسوماتية من خلال صراعات المرضى العميقة بالإضافة إلى أنماط شخصياتهم. (الزراد، 2000، ص 139).

أما فلاندرز دنبار (Dunbar, 1943) فقد وضعت نظريتها القائمة على نمط الشخصية أو البروفيل الشخصي (**Personality Profile**) وذلك من خلال مجموعة من الدراسات السيكوسوماتية شملت ثمان (8) أنواع من الاضطرابات هي: حالات الكسور، التهاب اللوزتين، اضطرابات الشريان التاجي، ارتفاع ضغط الدم، روماتيزم القلب، ارتفاع إيقاع القلب، الحمى الروماتيزمية والسكري. وقد استخدمت منها ارتباطيا من أجل التعرف على سمات كل اضطراب. (جبالي، 2007، ص 123).

فقد أكدت على أوجه الشبه في البروفيلات الشخصية للمرضى بنفس المرض السيكوسوماتي الواحد، وحددت لكل اضطراب سيكوسوماتي بروفيل شخصية خاص به، ففي حالة مريض الربو فإن أهم ما يميزه أنه لا يشعر بالأمن بل يعاني قلق فقدان السند ويعتبر السعال تعبير رمزي عن البكاء طلبا للأمن،

وهو أيضا يبدو متواكلا بشكل واضح وصريح في كل تصرفاته. (وهبان، 2008، ص 202). ومثال ذلك أنها صاغت مصطلح "الشخصية المعرضة للشريان التاجي" وحاولت أن تشرح أن هناك من السمات الشخصية التي تجعل الفرد يكون أكثر عرضة للإصابة بمرض جسدي . و كان الأفراد ذوي الشخصية التاجية أكثر عرضة لدفع رغباتهم، والصراعات في اللاوعي، هذا ما سماه فرويد "القمع". (Sharma, 2007)

ولقد افترضت دنبار تبعا للنظرية الليبيدية أن الطاقة النفسية تحدث لها إعاقة تمنعها من التعبير الملائم عنها في السلوك، ومن ثم تتحرف إلى الأخدود تحت اللحائي حيث تنشئ لها منفذا من خلال التعبير الحشوي. وما الخلل في بناء أنسجة العضو إلا نتيجة لإطالة فترة هذا التفريغ المنحرف وتبديد الطاقة.

وبذلك قامت بإطلاق تسميات مثل: الشخصية القرحية، الشخصية ذات الضغط المرتفع، الشخصية المصابة بالتهاب المفاصل و غيرها. ومن خلال هذا البروفيل أرادت أن تقدم صورة شمولية عن شخصية مرضاها. وأدمجت عددا من العوامل منها العامل التاريخي، العامل الفيزيقي والعامل الانفعالي، هذه العوامل التي تساهم في نشأة المرض. ومن ثم فإن دنبار اهتمت بتنظيم الشخصية عند السيكوسوماتيين. (سلامي، 2008، ص 118).

أما بيار مارتي (Pierre Marty) وهو صاحب نظرية المعنى السيكوسوماتي، فإنه يعتبر أن الإنسان وحدة حية مدفوعة الحياة لمدة معينة، وهو يعتبر أيضا أن لهذه الوحدة فرديتها وتمييزها عن سائر الوحدات الأخرى، فالطفل منذ ولادته بل وقبلها يولد مميذا تبعا لعوامل وراثته، ظروف الحمل، الحالة النفسية للأم أثناء الحمل، وغيرها، كما يولد مجهزا بالآليات الدفاعية _ الجسدية (المناعة) التي تتيح له مقاومة الالتهابات، العوامل الفيزيائية، والكيميائية والفيروسات...إلخ. إلا أن توطيد هذه الآليات الدفاعية من جسدة ونفسية إنما تتم من خلال علاقة الطفل بالأم. (النابلسي، 1992، ص ص 52 _ 53).

فإنه يفترض أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة والموت، كما اهتم مارتي بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة والتي تعني النشاط التمثيلي والهوامي للفرد، وبما أن ربط التمثلات يتم في نظام ما قبل الشعور، فتقييم العقلنة يكافئ تقييم ما قبل الشعور فحسب مارتي، تدرك العقلنة حسب ثلاث محاور:

- الغلاظة: تخص عدد طبقات التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد.
- السيولة: تخص نوعية التمثيلات وانتقالها فيما بينها.
- الديمومة: تعكس توفر مجموعة التمثيلات في كل وقت على المستوى الكمي كما على المستوى الكيفي. (كربال، 2010، ص 43).

وبذلك، فقد ركزت نظرية مارتي على غياب العقلنة في السيرورات النفسجسدية، حيث يلعب ما قبل الشعور دور عامل الربط بين تمثيلات الأشياء وتمثيلات الكلام. ومنه، فإن نظرية مارتي لا تنتظر فقط للمريض أثناء فترة ظهور المرض بل تتبعه في مختلف مراحل تطوره أثناء الصحة والمرض، وأثناء التوازن والاختلال.

وقد ساهمت هذه النظرية في تفسير الكثير من الأمراض من بينها الربو، حيث يرى مارتي أن الربو يشكل نكوصا جسديا سابقا أو مزامنا لنكوص نفسي مصحوب بقلق أو شدة الأعراض العصبية مثل الخوف، وتتجلى هذه الحركة بعد إثارة على المستوى العاطفي، ولها دور صدمي. ويشكل الربو الإصابة الجسدية حيث يظهر على شكل استجابة للظروف المفردة الإثارة والمترابطة التي لم يتمكن الطفل من تفريغها عن طريق ما يسمى بالإرصان أو البناء العقلاني. وبهذا تتضح أهمية النكوص والتنشيط في ظهور الربو، بالإضافة إلى أهمية العلاقة طفل أم وكيف لصحة الطفل أن تكون تابعة لهذه العلاقة الثنائية. (معالم، 2008، ص 42).

2.3.2. النظرية السلوكية:

لم يعط الاتجاه السلوكي أهمية للمعنى الرمزي للعرض في المرض السيكوسوماتي، فالأهمية من وجهة نظر أصحاب الاتجاه السلوكي تكون للعامل الموقفي، والسلوك الانفعالي ليس استجابة مستقلة مفردة، فهناك أنماط عديدة مستقلة وممكنة من حيث الأعضاء التي يشملها الاضطراب، لكنها تختلف في النمط وتعتمد على الظروف المثيرة المختلفة، وعلى متغيرات مهياة، كما توجد فروق خلال تعلم الاستجابة الانفعالية والمنبهات الجديدة تستثير خلال التعلم أنماط جديدة من الاستجابات الانفعالية . (الهول، 2015، ص 73).

وبالتالي فإن النظرية السلوكية تعتمد في تفسيرها للاضطرابات السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية ، وبذلك اهتموا بالعوامل

الموقفية المتضمنة في الموقف بدلا من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري) ، وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط (التعلم الشرطي) أي أن الفرد يكون لديه أصلا حساسية نحو الغبار وهذه الحساسية تؤدي به إلى الربو عن طريق تعميم المثير ، وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو ، إضافة إلى ذلك فإن المرضى المصابون بالاضطرابات السيكوسوماتية يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى (المعاملة الخاصة أو المعالجة) أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة. (الطالع، 2000، ص 66).

ويرى بعض السلوكيون أن الاضطرابات السيكوسوماتية ماهي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ويجد حلا لصراعاته، وبهذا الشكل تكون هذه العادات هادفة وتحقق للفرد مكسبا، حتى الكبت هو عبارة عن استجابة تخفف من حدة القلق لدى الفرد، (معزز إيجابي). ويرى هؤلاء أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الإشرط، (الزرد، 2000، ص 96).

وقد طور **لاشمان (Lachman)** اتجاها جديدا في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية يعتمد على نظرية التعلم السلوكية، فهو يرى أن السلوك الانفعالي يتكون من استجابات عامة تشمل ميكانيزمات الاستجابة العصبية المستقلة، وترتبط بهذه الفكرة مبادئ تذكر منها:

- مختلف أنماط الاستجابة يمكن تعلمها.
- المنبهات غير الفعالة في الأصل قد تثيرها فيما بعد استجابات عصبية مستقلة.
- تختلف الأعضاء في قابليتها للإصابة المرضية. وتكون هذه القابلية جزئية محددة وراثيا.
- إن تكرار وزمن وشدة الاستجابة العصبية المستقلة قد تؤدي إلى تشكيلة من الحالات البناءة والمضطربة وفقا لطبيعة الاستجابة ونمطها . (جبالي، 2007، ص 111).

ويرى أن المرض يحدث لأول مرة بالصدفة كالطفل الذي يشعر بآلام المعدة يتم إعفاؤه من الواجبات اليومية نتيجة لمرضه، ومن ثم يرتبط هذا المرض بأوضاع يرغب الطفل تحشيتها كالذهاب إلى المدرسة. وكنتيجة لذلك فإن معدة الطفل تأخذ زيادة في الإفراز، وكلما كان على الطفل أن يقوم بأداء الواجبات اليومية تعرض لنوبة سوء الهضم التي تقوده إلى الإعفاء من الواجبات. وفي هذه الحالة يقع الطفل في دائرة مغلقة، وبمرور الوقت تنمو القرحة لديه. (الصبان، 2003، ص 72).

معناه أن الاستجابة الحشوية للمثير تتميز بالمقاومة للإنطفاء، أي أن تكرار المثير يستمر في إعطاء نفس الاستجابة. .

ويشير **لاشمان** إلى أن التعلم الذاتي ليس السبب الوحيد للإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي فقد ترجع الإصابة إلى أسباب بيولوجية، أو أن يكون العضو المصاب مهيناً مسبقاً، وغالباً ماتكون الاستجابات الفسيولوجية للمنبهات الانفعالية إمدادا للدفاع، أي أنها استجابات توافقية، فإذا كانت التغيرات الفسيولوجية ذات شدة كبيرة أو تستغرق وقتاً طويلاً، كان لها الأثر الضار على صحة الفرد وبالتالي نشوء الأمراض النفسجسدية. (الطلاع، 2000، ص 67).

ومنه، يمكننا القول أن عمليات الإشرط الوسيلى تلعب دوراً هاماً في الاضطراب السيكوسوماتي، حيث يستمر التعبير عن هذا الاضطراب كلما استمر الحصول على المعزز كما هو الحال في تجارب سكير، وهذه النتيجة دفعت الباحثين إلى الاهتمام بالتغذية الراجعة الحيوية كتكنيك تطبيقي لمعرفة أثر التدعيم. (الزراد، 2000، ص 100).

3.3.2. النظرية المعرفية:

يرى أصحاب الاتجاه المعرفي أن الإنسان يتميز بالتفكير، وأن سلوك الفرد ليس محكوماً بالمشيريات الحسية وحدها، إذ يرى المعرفيون أن سلوك الإنسان يتأثر بطريقة تفكيره وتفسيره للمشيريات، وأن كثيراً من السلوكيات يمكن تعديلها من خلال تغيير الأفكار، لأن هذه السلوكيات ماهي إلا نتيجة لأفكار غير عقلانية.

أثبتت نتائج البحوث السيكوفسيولوجية أن العمليات المعرفية والعقلية لها تأثير على العمليات الفسيولوجية، وهذه الفكرة تفترض أن اتجاهات معينة أو خاصة يتميز بها كل شخص من ذوي الاضطراب الجسدي الواحد، وقد تم اختبار هذا الافتراض وبطرق عديدة.

حيث أجرى **جراهام (Graham L, 1972)** وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتيين بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية وتبين له من خلال المقابلات أن هناك عنصرين في غاية الأهمية يرتبطا بالاضطراب السيكوسوماتي هما:

- ما يشعر به الفرد من سعادة وحزن.

- ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة. (الزراد، 200، ص 101).

ويرى رواد المدرسة المعرفية أمثال ألبرت أليس و آرون بيك (A. Ellis and A . Beck) أن البنية المعرفية للفرد يمكن أن تكون المسؤولة عن ظهور الاستجابات الانفعالية المختلفة التي تتجم عنها الاضطرابات الجسدية.

حيث يرى ألبرت أليس أن هناك علاقة بين مواقف الحياة الصعبة التي يمر بها الفرد، وإدراك الفرد لهذه المواقف هو الذي يترتب عليه انفعالات قد تضر بجسمه، فالإنسان لا يمكنه أن يفصل بين جوانب تفكيره ومدركاته والجوانب الانفعالية لديه، وكذلك بين الاضطراب الذي يعاني منه. إذ أن عملية التفكير تصاحبها جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي يفكر فيه الإنسان، فضلا عن ظهور تغيرات سلوكية وعضوية تصاحب الانفعالات. والإدراك عادة ما يتوسط بين المواقف الحياتية وسلوك الإنسان، وبالتالي فإن الاضطراب يكون متفاعلا مع مدركات الفرد ونشاطه الفكري لذلك فإنه يمكن تهدئة الإنفعال عن طريق تهدئة الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية. (الزراد، 2000، ص 50).

تعليق عام:

من خلال العرض السابق للتناولات النظرية المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية ، نلاحظ اختلاف المداخل والأسس النظرية، مع العلم أن هذه النظريات ليس كل ما قدم في مجال تفسير الاضطراب السيكوسوماتي، فهناك العديد من النظريات والتناولات في هذا المجال، إلا أن الطالبة حاولت أن تركز على ما هو أكثر أهمية في دراسة العلاقة بين النفس والجسد.

إن تعدد وجهات النظر واختلاف التناولات والتفسيرات راجع إلى صعوبة الفصل بين ماهو نفسي وما هو جسدي عضوي، كذلك صعوبة الفصل بين ماهو وراثي وبين ما هو مكتسب، بين ماهو شاق وبين ما هو لاحق له، ومن خلال كل هذا، حاول العلماء تقديم تفسير للمرض السيكوسوماتي انطلاقا من التوجه الذي يتبناه. حيث ذهبت التناولات البيولوجية إلى أن للعامل الوراثي والاستعداد للإصابة بالمرض الدور الأكبر في الإصابة بالمرض، فيما أشارت النظريات الفسيولوجية الفسيولوجية إلى أن الضغط أو الشدة هي أساس المرض.

أما التناولات النفسية فقد أشارت إلى أن الصراع الداخلي والتوترات الانفعالية اللاشعورية المكبوتة تجد تعبيرات خلال العضوية، هذا من وجهة نظر تحليلية، أما المدرسة السلوكية فقد أشارت إلى أن الاضطراب السيكوسوماتي هو سلوك متعلم، وأن السيكوسوماتية ماهي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ويجد حلا لصراعاته، وأن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الإشرط.

وبهذا فإن محاولة تفسير المرض السيكوسوماتي لا يمكن تناوله من وجهة نظر واحدة والاستغناء عن باقي التفسيرات، هذا لأن الظاهرة المرضية لا تنتج من عامل واحد دون غيره، وإنما هي نتاج لتفاعل وتداخل مجموعة من العوامل والمسببات التي تؤدي ظهور الاضطراب السيكوسوماتي.

وعليه، فإن الفصل بين ماهو بيولوجي وبين ماهونفسي ليس بالأمر الصائب، لأن ارتباط العامل الوراثي بالعامل الانفعالي هو أمر لا يجب إغفاله، حيث أنه ومن المرجح أن قابلية إصابة الفرد بالاضطراب السيكوسوماتي مرتبطة بالاستعداد العضوي الذي يحمله الفرد الذي هو بدوره مرتبط بالعامل الانفعالي.

إن معظم الأمراض لها أكثر من سبب، حيث تتعدد العوامل في إحداث أمراض القلب مثلا، حيث يتداخل الاستعداد الجسمي والعامل الوراثي ونوعية الغذاء الذي تناوله الفرد، والتدخين، ونقص النشاط البدني، بالإضافة إلى الضغط النفسي والانفعال.

إن منظور تعدد العوامل في شق طريقه إلى التنظير السائد للأمراض بشكل عام، وقد أكدت النظريات السابقة الذكر مثل نظرية رد الفعل النوعي ونظرية الضعف البدني على أن الاستعدادات الفسيولوجية للمرض تنشط بفعل الاضغط والانفعال، كما أن وبالعودة إلى الواقع، فإن بعض المواقف الضاغطة البسيطة يمكن أن يكون لها الأثر الأقوى في إحداث المرض، وهذا يعود إلى بنية الفرد واتجاهه نحو التوافق والتكيف مع الأحداث.

إن تفسير الاضطراب السيكوسوماتي يتطلب النظرة التكاملية والشمولية بين مختلف النظريات والتوجهات المقدمة في هذا الشأن، إذ أنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً وشاملاً للاضطراب السيكوسوماتي، فهي إذا تناولت بعدا في علاقته بالاضطراب، فإنها أغفلت أبعاداً أخرى لا يمكن استبعادها في تفسير هذا الاضطراب، هذا لأن العلاقة بين البيئة الخارجية للفرد

التمثلة في المحيط والعناصر الاجتماعية، والبيئة الداخلية والتمثلة في العناصر النفسية والبيولوجية ، هي علاقة بيولوجية يحدث فيها التفاعل والحركة الدائمين لدرجة استحالة الفصل بين هذه العوامل.

الفصل الرابع

اضطراب التوحد داخل الأسرة

أولاً: اضطراب التوحد

1. نبذة تاريخية
2. تعريف اضطراب التوحد
3. الأسباب والمداخل التفسيرية لاضطراب التوحد
4. خصائص الطفل التوحدي
5. تشخيص اضطراب التوحد

ثانياً : التوحد داخل الأسرة:

1. ردود أفعال الأولياء تجاه اضطراب التوحد.
2. ردود أفعال الإخوة تجاه اضطراب التوحد.
3. مشكلات أسر الأطفال التوحديين.
4. واقع الطفل التوحدي في الجزائر.

تمهيد:

إن مصطلح التوحد هو ترجمة للكلمة الإغريقية (autos) أي الذات الأنا التي تشير إلى الانطواء والتوحد مع الذات. و التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من العمر، الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة العزلة والتفوق حول الذات. وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية .

أولا اضطراب التوحد:

1. نبذة تاريخية عن التوحد:

يعتبر موضوع التوحد موضوعاً أثار اهتمام الكثيرين منذ القدم، إذ تشير الروايات و السجلات القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، و قد وصف هؤلاء الأشخاص الذين يظهرون أعراض التوحد على أنهم ضعيفي الطفل، أو سحرة، أشخاص متوحشين، أو مجانين، أو أنهم أشخاص تحكهم الشياطين و تستحوذ عليهم.و يعد موزدلي Maudsly أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال و ذلك عام 1867، و كان يعدها ذهانات. (البطاينة وآخرون، 2009، ص 571). إلا أن تسمية التوحد كانت من طرف الطبيب النفسي " أيجون بلولر"(Blouler . A) السويسري سنة 1911، و قد استنبط عبارة التوحد من اليونانية "أي موضع و تعني بالفرنسية "Autos أي ذاتي ، و ismos للدلالة على الانطواء على الذات الذي لاحظته بلولر عند بعض الأفراد أثناء دراسة التي كان يجريها حول انفصام الشخصية و قد أطلق التسمية الأولى Autoérotisme و لاستبعاد المفهوم الجنسي المستخدم من قبل فرويد فقد أصبحت التسمية (Autism) (صندقلي، 2012، ص 15) و قد وصف به احدى السمات الأولية للفصام و الانشغال بالذات. و يري أنه حركة العملية المعرفية اتجاه اشباع الحاجات. و قد اعتبر التوحد آنذاك

من بين الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة إذ سمي بالذهان الذاتوي أو الذاتوية الطفولية المبكرة. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 22).

و في سنة 1943 أتى ليو كانر Léo Kanner و هو طبيب نفسي أمريكي و مؤلف كتاب " طب نفس الطفل" عام 1935 و الذي أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة، و ذلك عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا، إذ كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح : اضطراب الذاتوية الطفولية Early infantile autism، إذ لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات و ابتعادهم عن الواقع و الانطواء و العزلة و عدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم (الجليبي، 2005، ص 11). و قد نشرت ملاحظات كانر في صفحة تصف أعراض التوحد ، حيث أثارت هذه الصفحة اهتماما كبيرا و ملحوظا و التي كانت البداية لدراسة أعراض و حالات التوحد، حيث تتابعت البحوث و الدراسات في استخدامه كمحاولة لإجلاء الغموض عنه. (البطاينة و آخرون، 2009، ص 572).

هذا و يمكننا تقسيم مراحل دراسة اضطراب التوحد إلى ثلاث مراحل على النحو التالي:

المرحلة الأولى :

من أهم رواد هذه المرحلة الذين ساهموا بمجهوداتهم سواء من خلال القيام بدراسات أو كتابة تقارير : ايزنبرج ليون (Eisbenberg ,1959)، ليو كانر (Kanner ,1943)، هانز اسبرجر (Hans Eisperge , 1953)

و يطلق على هذه المرحلة مرحلة الدراسات الوصفية الأولى و هي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط و أواخر الخمسينيات و كان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين، و أثر الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي التوحد المبكر حيث كان يشخص التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة المبكرة، و قد أدى تحليل نتائج هذه الدراسات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد، إلا أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد

أدى الى الحصول على القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل. (عبدالله،،2013،ص18)

المرحلة الثانية :

كانت هذه المرحلة امتداد للمرحلة الأولى، ففي هذه الفترة يقرر أحد الباحثين هو فيكتور لوتر **Victor Lotter 1978** أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة و كانت منذ أواخر الخمسينيات الى أواخر السبعينيات لا تزال في طور التقارير المبدئية لآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات و المهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب.

ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة: مايكل روتر (**Michael Rotter, 1960**)
ميتلر (**Mittler, 1966**)

و يمكن أن نستخلص ثلاث ملاحظات أساسية من دراسات هذه المرحلة ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالت الذاتوية و هي:

. التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث أن الاستخدام الجيد و الواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.

. النظر في مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل المهمة التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، حيث أن الأطفال الذاتويين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة ممن تقل نسبة ذكائهم عن 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.
. -القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات التوحد. (عبد الله، 2013، ص 18،19).

و نذكر على سبيل المثال دراسة مايكل روتر **1960** حيث تم في هذا البحث دراسة تفصيلية لعدد 63 فرد تم تشخيص حالتهم على أنها حالات توحد في مستشفى مود سلي لندن، و من متابعة 38 فرد من أفراد هذه المجموعة تتراوح أعمارهم ما بين 16 عام أو أكثر وجد أن عدد 02 منهم ما زال في المدرسة، بالإضافة إلى 03 فقط هم الذين استطاعوا الحصول على عمل بأجر أكثر من نصف أفراد العينة كان نزيفاً لفترات طويلة في المستشفى و ما زال 07 يعيشون مع آبائهم بالإضافة إلى 04

يذهبون للمراكز اليومية ولاحظ روتر أثناء هذه الدراسة أنه على الأقل يوجد بعض الأفراد الذين يعيشون في منازلهم أو في تجمعات مخصصة لهم من الممكن أن يكونوا قادرين على العمل في مكان آمن مع توفر التدريب الجيد .

وفي نفس الوقت أظهرت نتائج دراسة **فكتور لوتر 1974** نفس الملاحظات وأكدت على أهمية التطور المبكر للغة و كذلك مقدار انخفاض القدرات العقلية و الأخرى القابلة للتعلم و محاولة التدريب. (كامل ، 2003، ص 18)

المرحلة الثالثة :

و يشار إليها في أدبيات البحث العلمي في ميدان علم النفس و التربية الخاصة و بالتحديد في مجل اضطراب التوحد بأنها شهدت تيارا ثابتا من التقارير المتتابعة و الكثيرة في مجال دراسات موضوع التوحد، و استغرقت هذه الدراسات عقد الثمانينات و بداية التسعينات، و من الأسماء التي برزت في هذه المرحلة: **شينج ولي (Chang and lee, 1990)** **كوباياشي (Kobayshi, 1992)**

أهم ملاحظة يمكن أن نلاحظها أن هذه المرحلة لا تزال مستمرة حتى الآن، حيث أن الدراسات في الفترات المؤخرة قد ركزت على الخصوص على ما يلي:

. أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في مرحلة الطفولة.

. إن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية و اللغوية الجيدة نسبيا لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل: العمليات الحسابية أو الموسيقى

. إن المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة أكثر تنظيما و موضوعية من الدراسة السابقة لها، و على ذلك فقد توصلت هذه الدراسات اللاحقة إلى نتائج على درجة من الأهمية لم تتطرق إليها الدراسات السابقة.

. إن عددا من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبيا، و بالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر ايجابية لو قمنا بمقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

. إن وسائل التشخيص و من ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكرة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، و من ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسة سوف تختلف نتیجته النهائية و كذلك النتائج المترتبة عليه وفقاً لاختلاف الأدوات المستخدمة و أماكن الدراسات و الخلفية الثقافية و الاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدة.

إن الملاحظ أن مجمل الدراسات كانت وصفية و غير دقيقة إلى حد ما، ذلك لاهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة و بعض الاتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الإباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم ، بالإضافة إلى أن أساليب تشخيص حالات الذاتوية في المراحل المبكرة لاكتشاف زملة إعراضها لم تكن مرضية دائماً.

2. تعريف اضطراب التوحد:

قدم ليو كانر (Kanner,1943) تعريفاً للتوحد على أنه اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة، و يعني به التوقع حول الذات. (صندقلي، 2012، ص 18).

و قد أشار كانر إلى عدد من السلوكيات المميزة للتوحد، و التي تشمل على:

. عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.

. تأخر في اكتساب الكلام.

بينما عرفه (روتر 1978 Rutter): على أنه اضطراب نمائي يتميز بثلاث خصائص رئيسية:

. إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

. نمو لغوي متأخر أو منحرف.

. سلوك طقوسي و استحواذي. (عبد الله، 2013، ص 24)

أما كريك Krik فقد عرف التوحد على أنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، و أنه يعاني من اضطراب في الإدراك، و ضعف في الدافعية، كما يظهر لديه خلل في تطور الوظائف المعرفية، و عدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية و المكانية و لديه عجز شديد في استعمال

اللغة و تطورها، كما يظهر لديه ما يوصف باللعب النمطي و ضعف القدرة على التخيل و يقاوم حدوث تغييرا في بيئته. (عبد الله، 2013، ص 24)

ويعرفه (Bashir et al , 2014) هو اضطراب عصبي معقد يؤثر على وظيفة الدماغ ويظهر عادة ضمن السنوات الثلاث الأولى من الحياة. وهو يسبب عجزا في مجالات متعددة من النمو بما في ذلك التفاعل الاجتماعي، التواصل والسلوك. (Bashir et al , 2014, P 64)

وتشير (Hoshi et al, 2002) إلى أن التوحد الآن أصبح يعرف بأنه اضطراب في نمو الدماغ مع أساس وراثي قوي، وهو اضطراب غير متجانس، مع أشكال أكثر اعتدالا من الأشكال الكلاسيكية أو أكثر شدة.

بينما يعرف (Ratajczak, 2011) التوحد على أنه اضطراب عصبي . نمائي، يتميز بضعف في التواصل و التفاعل الاجتماعي، كما يتميز بظهور السلوكيات التكرارية.

أما (Lindgren and Doobay, 2011) يؤكدان على أن تعريف اضطراب التوحد أو يتم من خلال الإعاقات النوعية في ثلاثة مجالات (1) التفاعل الاجتماعي، (2) التواصل، و (3) التقيد بالتكرار والنمطية في السلوك، والاهتمامات، والأنشطة. وتشمل الأعراض الشائعة ضعف اتصال العين، وضعف "قراءة" الإشارات الاجتماعية، وعدم تطوير علاقات مع الأقران، وعدم المعاملة بالمثل الاجتماعية أو العاطفية، وتأخر الكلام، وصعوبة في استمرار الحوار ، الحركات المتكررة، و الالتزام الصارم بالروتينات. وتكون هذه الأعراض موجودة قبل 3 سنوات من العمر. (Lindgren and Doobay, 2011, P 4)

أما (رمضان القذافي 1993) فقد عرف التوحد بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، و على الرغم من مظهرهم الطبيعي، إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي و الاجتماعي و الانفعالي و الذهني، و اعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة. (عبد الله، 2013، ص 25).

أما منظمة الصحة العالمية: فتعرف التوحد على أنه اضطراب نمائي. تشمل أعراضه الأساسية: ضعف القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي، الاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، انخفاض القدرة الفكرية العامة، (WHO, 2013 , P 6)

تعريف الجمعية الوطنية للتوحد NAS UK: التوحد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، و على الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث من الإعاقات في:

.التفاعل الاجتماعي Social interaction

.الاتصال الاجتماعي Social communication

.التخيل Imagination

بالإضافة إلى هذا الثالوث تعتبر النماذج السلوكية المتكررة ملحوظة لديهم

<http://www.autism.org.uk>

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA) Autism society of America : يعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة، و تظهر عادة خلال الأعوام الثلاث الأولى من العمر، و يؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية :

.الاتصال اللفظي و الغير لفظي Verbal and non- verbal communication

.التفاعل الاجتماعي Social interaction

.التطور الحسي Sensory development

(الإمام و الجوالدة،2010، ص 21)

من خلال التعاريف المقدمة، ، نجد بأن مختلف العلماء والباحثين في مجال التوحد اتفقوا على أن التوحد اضطراب نمائي يؤثر على التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل، والذي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، إذ أن العجز يلمس ثلاث مجالات أساسية وهي: الاتصال بشقيه اللفظي وغير اللفظي ، التفاعل الاجتماعي والتطور الحسي. بالإضافة إلى اهتمامه بالنشاطات النمطية المتكررة، كل هذا نتيجة الخلل العصبي الموجود بالجهاز العصبي المركزي للطفل التوحدي.

3. الأسباب و المداخل التفسيرية لاضطراب التوحد:

إن الأبحاث و الدراسات التي أجريت في مجال التوحد لم تتوصل بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسببة لهذا الاضطراب، و هذا يرجع إلى عدم وجود عرض معين أو مباشر، و إنما يظهر هذا الاضطراب على شكل زملة من الأعراض و التي تختلف من طفل إلى آخر من حيث شدتها و نوعيتها.

و منذ زمن " كانر"، قدمت عدة نظريات حاولت أن تعطي تفسيرات لهذا الاضطراب الغامض، و من بين النظريات التي كانت سائدة في فترة الخمسينات و الستينات نظرية "الأم الثلجة Refrigerator Mother Theory" و التي مفادها أن اضطراب التوحد ما هو إلا نتيجة انسحاب أو هرب نفسي لما يدركه الطفل من اللامبالاة في علاقته بأمه، و أنه ينتمي لبيئة باردة عاطفياً. إلا أن هذه النظرية لاقت المعارضة من طرف المهتمين بهذا الشأن، باعتبار أن هناك آباء لأطفال مصابين بالتوحد و لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية المرضية، بالإضافة إلى أن الأطفال التوحديين غير عاديين منذ الميلاد من حيث الناحية النفسية. إلا أن الأبحاث الحالية الحديثة أثبتت أن التوحد ناتج عن إصابة عصبية، و أن النظرية الأكثر شيوعاً في الوقت الحالي هي " النظرية البيولوجية Bilogical Theory" و التي تشير إلى أن التوحد قد يكون نتيجة إصابة عصبية أو خلل وظيفي في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يظهر نمو غير سوي، إلا أن طبيعة و أسباب هذا النمو الغير سوية مازالت موضع جدل لدى العلماء و الباحثين. و يشير (الإمام و الجوالدة، 2010، ص 94) إلى أنه يمكن أن يكون أحد هذه العوامل البيولوجية سبباً في إصابة الدماغ بهذه الاختلالات:

. العوامل الجينية.

. العوامل العصبية و التشريحية.

. العوامل الفيروسية.

. العوامل الكيميائية الحيوية . الشذوذ الأيضي .

1.3 العوامل الجينية:

أظهرت الدراسات التي أجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن تصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم الغير متماثلة، فالتوحد ينتشر بنسبة 96 % بالنسبة للتوائم و بنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 38)، و يمكن أن يكون التوحد وراثيا، إذ يخمن بعض الباحثين أن ما بين 3 . 20 جين قد ترتبط بالتوحد (الإمام و الجوالدة، 2010، ص 94)، إلا أنه لم يتم التعرف على الجين المسبب للتوحد، و هل هو جين واحد أم عدة جينات؟ و هل هذه الجينات توجد في كروموزوم واحد أم تتجمع في عدة كروموزومات؟، فرغم وجود اجتهادات في هذا الشأن، إلا أنها لم تصل لحد الآن إلى كيفية التعامل مع هذه الجينات، حيث توجد ثورة علمية تستخدم طرقا حديثة في العلاج بالجينات **Gene Therapy** و قد يكون لأفراد التوحد نصيب كبير في هذه الثورة (الإمام و الجوالدة، 2011، ص 83)

و هناك استدلالات تقترح أن مناطق في الكروموزوم (2) و (17) قد تتضمن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، و الكروموزوم (7) و (16) لهما دور في تحديد إمكانية إصابة الطفل بالتوحد. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 40)

2.3 العوامل العصبية التشريحية:

لقد دعمت الأدلة العلمية افتراض أن التوحد ما هو إلا نتيجة عيوب في الجهاز العصبي المركزي، فمعظم الخصائص التي تميز الطفل التوحدي (مثل إعاقة تطور اللغة، و السلوك الحركي الشاذ، و الخمول، و مستوى الاستجابة و الحركة للمثيرات السمعية و البصرية) تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي، بالإضافة إلى أن الفحوصات الطبية تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا مثل يلان اللعاب و النشاط الزائد، و قد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون هذه الإشارات العصبية. (المغلوث، 2006، ص 57 ، 58). كما أن الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي تقارن بين الأشخاص التوحديين و العاديين، وجدت بأن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد، و قد ظهرت هذه الزيادة في كل من الفصوص: القفوي، الجداري و الصدغي. و لم توجد فروق في الفصوص الأمامية. و على الرغم من أن أسباب هذا الكبر غير معروفة، فإنه من الممكن أن يظهر ازدياد أنسجة المخ الغير عصبية مثل الخلايا الجليالية Glial cells أو الأوعية الدموية. و بالرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة دقيقة باعتبارها

عجز تشريحي لدى التوحديين، فإن الفص الصدغي يعتبر منطقة حرجة من شدوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحد. (خطاب، 2005، ص 45، 46).

و يحاول الأطباء و المختصون في هذا المجال تطوير الأبحاث على دماغ الحيوان قبل و بعد ولادته للتوصل إلى توضيح ما لهذا الشذوذ الحاصل في دماغ التوحدي و الذي يعتبر مانعا في تطوير مهاراته المعرفية و الإدراكية و الاجتماعية. كما تتمحور جهود المختصين في هذا المجال حول التركيز بشكل أفضل على الدورات الكهربائية الحاصلة في الدماغ و التي تنشئ الطبائع الإنسانية كاللغة و العاطفة و الإدراك و التكيف مع الآخرين، و التي تبدو مختلفة تماما في دماغ التوحدي عن غيره من العادين. إضافة إلى ذلك، فإن علم الأعصاب يضع التوحد في المقدمة، إذ يركز المختصون في هذا المجال على كيفية التفاعل الديناميكي لمناطق الدماغ، و كيفية نشوء تشوه في السلوك الإنساني. (صندقلي، 2012، ص 75) .

3.3 العوامل الفيروسية:

يشير (Ratajczak , 2011,74) إلى أن الالتهابات و العدوى الفيروسية لها صلة سببية في تطور السلوك التوحدي، و التي تشمل: التهاب الدماغ الناجم عن الحصبة (Encephalitis caused by measles) الحصبة الألمانية الخلقية (Congenital rubella) فيروس الهربس البسيط (Herpes simplex virus ، النكاف (Mump) الحماق (Varicella) الفيروس المضخم للخلايا (Cytomegalovirus) فيروس الشبح (Stealth virus)، بالإضافة إلى ذلك، فإن فيروس الحصبة و النكاف تسبب التهاب الدماغ و الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب التوحد في وقت لاحق. و يضيف (الكردي، 2005، 34) في هذا الشأن، على أن هناك نظرية تفيد بأن فيروساً يصيب الطفل قبل الولادة وهو جنين، وعندما يولد الطفل يبدو طبيعياً عند الولادة ، إلا أن الفيروس يكون كائناً في الطفل وينشط عند تعرض الطفل لصدمة معينة، إضافة إلى أن برنامج التطعيم وخاصة جرعة الحصبة و التلوث البيئي قد تكون سبب لحدوث التوحد ، أو بسبب أو التقدم التكنولوجي في الولادة، وهناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تاريخ مرضي بالإصابة بالحساسية ، وضيق التنفس.

4.3 العوامل الكيميائية الحيوية . الشذوذ الأيضي :

يؤكد (Joshi et al ,2002 ,P 7) بأنه و على الرغم من أن البحوث التي اهتمت بالتوحد في هذا المجال قد ركزت على مستويات السيروتونين ، إلا أنه مؤخرا تم إشراك العوامل الكيميائية الحيوية الأخرى و التي تشمل هذه الأحماض الأمينية والأحماض العضوية، ونظائرها دورة كريبس، الميلاتونين، دوري AMP، gangliosides، الاندورفين، وأملاح / البيروفات، الدبقية يفي البروتين الحمضية، والكاتيكولامينات. وقد وضعت العديد من الدراسات الحديثة تركيزها في هذه المناطق في محاولة لتوفير مزيد من التبصر التي قد تفسر الاختلافات في المستويات لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، لتحديد علامات من شأنها أن تساعد في وقت مبكر جدا تشخيص مرض التوحد، وتطوير مناهج التمثيل الغذائي للتدخل.

4. خصائص الطفل التوحدي:

يتسم الطفل التوحدي بعدة خصائص تميزه عن غيره من الأطفال العاديين، ونذكر منها:

1-4 الخصائص المعرفية:

حسب (المغلوث، 2006، ص 35 36) فإن الدراسات و الأبحاث تشير إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، فحسب ما تشير إليه بعض الدراسات بأن ثلاثة أرباع الأطفال التوحيديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات اخرى فإن بعض هؤلاء الأطفال يتمتعون بدرجة متوسطة من الذكاء و تتراوح المستويات المعرفية للأطفال التوحيديين ما بين 25% من توحد و تخلف عقلي شديد، و 50% يعانون من توحد و مستوى تخلف عقلي متوسط و 25% يعانون توحد و نسبة ذكاء حوالي 70 فأكثر. و يعد كل من الانتباه و الإدراك و التفكير و الفهم و اللغة و التخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حالة اضطراباتها. فإن الأطفال التوحيديون يعانون اضطرابات في التفكير و فقدان الكلام، و أيضا الاستجابات الفكرية غير المناسبة ، كما أن طبيعة تفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة.

4-2 الخصائص الاجتماعية:

يشير (القمش، 2011، ص 40) إلى أن (أوزنوف و آخرون . Ozonoff et al) قد درسوا طبيعة العجز الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، فوجدوا أن 80 بالمائة من التوحديين غير قادرين على التنبؤ بمعتقدات الآخرين، كما أنهم أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية و الجسمية و فهم الوظائف العقلية للمخ، كما توصلوا إلى أن الأطفال التوحديين يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم و عواطفهم. و حسب أوزنوف فإن الطفل التوحدي يتصف بمجموعة من السمات التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي و التي نعرضها على النحو التالي:

. رفض التلامس الجسدي و عدم الرغبة في الاتصال البدني و العاطفي.

. قصور في فهم العلاقات الاجتماعية و التزاماتها.

. عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم.

. عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بمن فيهم أسرهم.

. قصور في التواصل البصري.

. عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر.

. يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين.

4-3 الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل التوحدي سلوكا محدودا و ضيق المدى، كما أن النوبات الانفعالية شائعة بشكل كبير، و سلوكه هذا غالبا ما يكون مصدر إزعاج للآخرين، و معظم سلوكيات الطفل التوحدي تكون بسيطة تكرارية مثل تكوير قطعة من اللبان بين يديه، أو تدوير قلم بين أصابعه، و هذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل يراه و كأنه هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث أن التغيير في أية صورة من صورته يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه، ويقدم روث سوليفان Sullivan R 1988 وصفا لسلوكيا لحالات التوحد و أن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

. الاحتفاظ بروتين معين

. الوحدة الشديدة و عدم الاستجابة للآخرين و الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم و استخدام اللغة

بشكل سليم.

و يضيف سوليفان أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة، و نذكر منها:

. قصور شديد في التواصل مع الآخرين.

. فقدان القدرة على الكلام و بعض الأطفال يهمسون عندما يريدون الكلام و البعض يتكلم بنغمة ثابتة دون تغيير.

. حزن شديد لأي تغييرات بسيطة في بيئته، الاستخدام الغير مناسب للعب و الأشياء و اللعب بشكل متغير. . الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم ، الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع.

. استجابات و ردود أفعال غير مناسبة غير مناسبة للمثيرات الإدراكية.

. يتجنب النظر إلى العيون. (الجلي، 2005، ص ص 25 . 27).

5. تشخيص اضطراب التوحد:

تعتبر عملية التشخيص من الأمور المهمة والصعبة في مجال التوحد ، وذلك راجع إلى ما يحمله هذا الاضطراب من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة.

ولقد استعمل مفهوم التوحد تاريخيا كمفهوم واسع، وحسب المفهوم الذي جاء به كانر، أما الآن فقد أصبح لمفهوم التوحد خصوصية أكبر، فقد ظهرت أنواعه المختلفة (متلازمة ريت، متلازمة أسبرجر وغيرها) في التصنيفات العالمية (التصنيف الدولي العاشر للأمراض و الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية) ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية الشاملة.

ويحتل التوحد النمطي بالشكل الذي وصفه كانر موقعا أكثر خصوصية من الأنواع الأخرى، وذلك بفضل الاختصاصيين والباحثين فيه (رضوان، 2008، ص 64).

وقد لجأ (DSM5) إلى استخدام تسمية تشخيصية موحدة تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو "اضطراب طيف التوحد (Disorder Autism Spectrum) حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و اضطراب التفكك الطفولي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM ، حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها. كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد. ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها. لذا، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصه. وفيما يلي عرض للمعايير التشخيصية للتوحد حسب (DSM 5) :

المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد وفق الدليل التشخيص الإحصائي الخامس
(American Psychiatric Association, 2013, P P 50 51):

(A) العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المختلفة ، لا يحسب بسبب تأخر النمو العامة، و يظهر 3 الأعراض:

(A1) العجز في التعامل و العاطفي و الاجتماعي بالمثل ؛ بدءا من نهج اجتماعي غير طبيعي وفشل في المحادثات من خلال تقليل تقاسم الاهتمامات والعواطف، نقص تام في بدء التفاعل الاجتماعي.

(A2) العجز في السلوك التواصلي غير اللفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي، بدءا من ضعف الاتصال اللفظي وغير اللفظي من خلال تشوهات في الاتصال بالعين ولغة الجسد، عجز في فهم واستخدام التواصل غير اللفظي وصولا إلى انعدام وجود تعبيرات الوجه والإيماءات.

(A3) عجز في تطوير والحفاظ على العلاقات، المناسبة للمستوى النمائي بدءا من صعوبات السلوك التكيفي المتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وفي تكوين صداقات وصولا إلى غياب واضح للاهتمام بالأشخاص.

(B) أنماط محددة ومتكررة من السلوك، الاهتمامات، والأنشطة، ويظهر 2 من 4 من الأعراض التالية:

(B1) النمطية والتكرار، استخدام الأغراض أول الكلام مثل أنماط حركية بسيطة، ترتيب الألعاب وصفها، تقليد الأشياء، الصدى اللفظي، فتح وغلق الأبواب، فتح وغلق الأضواء
(B2) التقيد المفرط بالروتين، أنماط طقوسية من السلوك اللفظي وغير اللفظي، المقاومة المفرطة للتغيير، (مثل الطقوس الحركية، والإصرار على نفس الطريق أو الطعام، والأسئلة المتكررة، الضائقة الشديدة من تغييرات صغيرة).

(B3) تقيد تام، اهتمامات مثبتة غير طبيعية في الشدة والتركيز (والانشغال بالأشياء غير العادية، والمحددة بشكل مفرط أو المثابرة المفرطة).

(B4) فرط أو تدني التفاعل الحسي المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية بالجوانب الحسية للبيئة. مثل اللامبالاة لظاهرة للألم / الحرارة / البرد، والاستجابة السلبية لأصوات محددة ، الإفراط في شم و لمس الأشياء، الإنيهار بالأضواء).

(C) يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محددة)

(D) تحد هذه الأعراض من الأداء اليومي.

(E) هذه هذه الاضطرابات لا تفسر بشكل أفضل من قبل الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو التأخر النمائي العام. الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ولوضع التشخيصات المرضية المشتركة بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية، يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع للمستوى التطوري العام.

ثانيا . اضطراب التوحد داخل الأسرة:

إن اضطراب التوحد لا يؤثر فقط على الطفل المصاب، و لكنه يؤثر على جميع أفراد أسرته بدرجات متفاوتة، و بالتالي فإن وراء كل طفل توحيدي أسرة ذات احتياجات خاصة أيضا، فالأسرة لا تحمل فقط المسؤوليات التي تحملها أسرة عادية، و لكنها تتحمل مسؤوليات إضافية خاصة مثل تنشئة الطفل التوحيدي، و تنشئة اخوته بأقل مردود نفسي سلبي و التغلب على الضغوطات التي تواجهها.

1. ردود أفعال الأولياء تجاه اضطراب التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد عادة ما يتم في السنة الثالثة من عمر الطفل، وعندما تبدأ أعراض التوحد في الظهور نجد الوالدين في حالة من عدم الفهم والحيرة فيما يخص حالة طفلهم غير الطبيعية. تختلف ردود أفعال أسرة الأطفال التوحديين عند ولادة طفلها، و ذلك حسب شخصية الوالدين و كذلك النمط الثقافي الاجتماعي للأسرة، و بالتالي فإن هذا الحدث يتطلب جهداً من أجل التعامل مع هذا الطفل. و تتمثل ردود أفعال تجاه اضطراب التوحد مرتبة كما يلي:

1.1 الصدمة:

و هي المرحلة التي تكتشف فيها الأسرة أن طفلها مصاب باضطراب التوحد، فيصاب الوالدان بالذهول و العجز التام عن فعل أي شيء، و غالباً ما يرفضان تصديق ذلك، و تبدأ هنا مرحلة الانفعالات العنيفة و المليئة بالحزن و الألم و عدم الرضا، و الإحساس بالذنب، فقد تشعر الأم أنها السبب في ذلك، و يشعر الوالد أن هلم يقم بواجبه كما ينبغي، و أحياناً ما يكون التأييب لأي من الوالدين من الوراثة التي ورثها لطفله، بالإضافة إلى الشعور بالإحباط و الفشل. (القمش، 2011، ص 257)

وبذلك نجد معظم الآباء والأمهات من يصل بهم الأمر إلى فترة من الحداد، والذي يقصد به الأم والمعاناة والذي يعرفه معجم المصطلحات النفسي على أنه: عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي. و بالتالي فإن حالة الوالدين هذه تشبه إلى حد كبير حالة الحداد التي يعيشها الفرد إذا ما فقد شخصاً عزيزاً.

2.1 الإنكار:

تشير (الخالدي، 2014، ص 34) إلى أن الصدمة غالباً ما يتبعها إنكار لهذا الواقع الحقيقي، و عدم التصديق و التشكيك فيه، إذ ينكر الوالدان وجود هذا الاضطراب عند ابنهم و يفسرون الخلل إلى خطأ في عمليات التشخيص، و قد تبحث الأسرة عن مصادر متعددة لتشخيص الحالة، و يركز الوالدان في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل و التي تدل على عدم وجود مشكلة لديه و أنه مختلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد، و هذا الوضع قد يستمر لفترات مؤقتة و قد يطول، و إذا استمر لفترات طويلة فسيضعف ذلك فرص التدخل المبكر.

و في مرحلة الإنكار و الرفض يبدأ الوالدان في التساؤل كيف يدعي الطبيب بأن طفلنا يعاني من التوحد؟ فهما يحاولان تجاهل الواقع، و يعتريهم الغضب لأنهم لا يمتلكون أسلوبا للتعامل مع مواجهة اليأس و الألم.

1 . 3 مرحلة الانفعالات:

يعتبر الحزن و الأسى رد فعل يحدث مباشرة بعد التشخيص، فهذه المشاعر لا تتبع فقط من وجود طفل توحيدي في الأسرة، بل أن هذا الشعور قد يتولد نتيجة شعور الوالدين بأنهما السبب في وجود هذا الطفل و أن التوحد غير مجرى حياتهم و لم يعد بمقدورهم الاستمتاع بطعم الحياة. و الإحساس بالتعاسة و الشعور بالأسى و خيبة الأمل يصاحبه الانطواء و البكاء و بعض الأعراض الجسمية مثل الأرق و فقدان الشهية. و بعد أن يستفيق الوالدان من الصدمة و إنكار الواقع الذي يجب تقبله، يدخلان في حالة حزن عميق ممزوج بالقلق مع الشعور بالغضب و السخط و عد الرضا، و قد يوجهان هذه الانفعالات نحو الخارج بداية من الطبيب الذي أخبرهما بحالة طفلهما، إلى الطفل الحالة الذي سبب لهما هذا الألم و حطم أحلامهما. و قد يصب الزوج غضبه على زوجته أو العكس، و حتى على الأبناء إخوة الطفل التوحيدي. (الخالدي، 2014، ص 35).

1 . 4 مرحلة الشعور بالذنب:

تستبدل مشاعر الحزن و الغضب بشعور عميق بالذنب، يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله لذنوبهما، و يبدأ كل واحد منهما بإلقاء اللوم على الطرف الآخر في أنه سبب في إصابة الطفل، و أن الأم لم تتبع سبل الوقاية أثناء فترة الحمل، أو أهملت أساليب التغذية السليمة. و قد يشعر الوالدان بالذنب و تأنيب الضمير و يوجه النقد نحو الذات بحيث يلوم كل من الأب و الأم نفسه، و في كثير من الأحيان نجد الأمهات يشعرن بطريقة أو بأخرى بن عليهن مسؤولية كبرى بالنسبة لعجز طفلها. و يتطور هذا الشعور بالذنب إلى اكتئاب، و يظهر الوالدان الاستسلام حول اضطراب طفلها، و قد ينعزل الوالدان عن الآخرين و قد يهرب أفراد الأسرة من المحيط الاجتماعي إلى محيط آخر، و يرفض الوالدان مقابلة الآخرين، و تخفي الأسرة وجود طفل توحيدي خوفا من نظرة الآخرين و المجتمع بصفة عامة. . (الخالدي، 2014، ص 36).

5.1 مرحلة التقبل:

تمثل هذه المرحلة تقبل الوالدين و اعترافهما بالحقيقة، و يصل الأمر إلى الواقعية و التفكير في كيفية التعامل مع الطفل التوحدي دون الشعور بالخجل أو الذنب، و يتخلى الوالدان عن فكرة اللوم و تحميل المسؤولية للطرف الآخر. و يهتم الوالدان في هذه ببرامج رعاية الطفل التوحدي، فيشعران بالمسؤولية تجاهه و يبدأن في البحث و التعرف على البرامج التي تساعد في تنمية مهاراته لأقصى درجة ممكنة.

2. تأثير اضطراب التوحد على الإخوة:

لا تقتصر آثار وجود طفل توحدي في الأسرة على الوالدين، وإنما تمتد لتشمل بقية أفراد أسرة بما فيهم الأخوة ، حيث أن تكليفهم بمسؤوليات رعاية أخيهم التوحدي قد تشعرهم بالضغط النفسي، وقد تتناوبهم مشاعر الشعور بالذنب والغضب وسرعة الاستثارة، أو حسد أخيهم التوحدي على الرعاية والاهتمام الذي يحظى به من الوالدين (عبدات، 2007، ص 10). كما أن عدم فهم أخوة الطفل التوحدي لوضعية أخيهم نتيجة لغياب المعلومات التي تجيب عن الكثير من الأسئلة التي تدور في أذهانهم أمر قد يعرضهم إلى مشاكل نفسية و صراعات قد تمتد جذورها إلى مختلف مراحل تطور جهازهم النفسي ، وهذا ما توصل إليه كل من فاداسي و فيويل و ماير و شيل (MEYER D., SCHELL G, 1984). وفي دراسة قاموا بها حول إخوة الأشخاص المعاقين مؤكدين زيادة احتمال تعرض هؤلاء الإخوة للضغوطات النفسية و المشكلات الانفعالية. (شرادي و ميزاب، 2014، ص 105).

3. مشكلات أسر الأطفال التوحديين:

إن إصابة الطفل بالتوحد تولد لدى الأسرة مشكلات مختلفة تبدأ منذ إعلامهم بأن طفلهم مصاب بهذا الاضطراب ، إذ يختل توازن الأسرة و تفقد قدرتها على أداء وظائفها و تبذل محاولات كبيرة للتوافق معها إلا أنها تفشل في تحقيق ذلك دون دعم و مساعدة، و تتمثل هذه المشكلات في :

3.1 مشكلات نفسية:

غالباً ما ينتاب الأهل موجة من اليأس و الإحباط منذ لحظة إعلامهم بأن طفلهم مصاب بالتوحد، حيث تحدث الصدمة، ومشاعر الإنكار والرفض، وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكنتاب ولوم الذات، وإسقاط المشاعر على الآخرين من أطباء ومختصين وأقارب، وقد يشمل الأمر مدى قدرة الفرد على القيام بالسلوك المقبول اجتماعياً، والاستجابات السريعة وسرعة الاستثارة والغضب (صندقلي،

2012، ص 289)، بالإضافة إلى ردود أفعال عاطفية يشوبها القلق حول عدم قدرة الطفل على رعاية نفسه، و إيذائه لذاته، كذلك السلوكات الشاذة التي يبديها الطفل مثل السلوكات النمطية. كما يظهر على الوالدين الخوف من المستقبل الذي يعتبر خبرة وجدانية غير سارة تنتج عن استغراقهما في التفكير اتجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل، إذ يفكر الوالدان في حالة الطفل إذا تغيرت أوضاع الأسرة بما لا يساعد على تلبية حاجيات الطفل عندما يكبر، و عدم قدرته على الكسب، و الزواج و تكوين أسرة و أنه سيبقى على حاله و بالتالي فإن الحالة النفسية لأسرة الطفل التوحدي لا تغير شيئاً في الأمور بل سوف تزيد الوضع سوءاً، (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 263، 264) و يظل بعض الآباء والأمهات يخبرون حالة من اللابقين، فليجئون إلى حالة من العزلة نتيجة إحساسهم بأنه لا يوجد أي شخص آخر يفهم ما يمرون به ويواجهونه. فقد تعوزهم الثقة في قدرتهم على تلبية حاجات الأسرة والأبناء؛ وقد يخبرون حالة من الشك إزاء قدرة الإخصائيين والمؤسسات المعنية بصفة عامة على تحقيق توقعاتهم من البرامج و الخدمات المناسبة لأبنائهم. (منصور، 2009، ص 19) ونتيجة لهذه المشكلات النفسية فقد يصاب بعض أفراد الأسرة بأعراض سيكوسوماتية تتمثل في الصداع، و فقدان الشهية، و آلام في الجهاز الهضمي إضافة إلى الأرق.

3 . 2 مشكلات أسرية:

إن انضمام طفل توحدي إلى الأسرة يخلق جوا عاطفيا و نفسيا داخل الأسرة، و قد يمزق تماسكها و يفكك وحدتها، و قد تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة بسبب متطلبات الطفل التوحدي، و التي قد تتطلب من أفراد الأسرة العمل تحت ظروف من الضغط النفسي و التوتر و القلق و الحرمان من إشباع حاجاتهم الشخصية، و ينعكس هذا على علاقات الأفراد بينهم، و يخلق مشاعر من الضعف و التذمر الدائم إضافة إلى الخلافات التي تقع بين الأفراد سواء بين الزوجين أو بين الإخوة، أو بين الآباء و ابنائهم(الخالدي، 2014، ص 52) كذلك انشغال الأم بشكل كبير بالطفل المعاق مما يقلل من تلبية احتياجات بقية أبنائها، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمت زوجية ومشكلات أسرية قد تقود في بعض الأحيان إلى انفصال الوالدين، مما قد يولد شعورا بالرفض اتجاه الطفل التوحدي و الشعور بالكراهية و الرغبة في الهروب من هذا الوضع بشكل عام، قد يدفع بعض أفراد الأسرة إلى مغادرة المنزل لبعض الوقت ، و هذا بدافع الهروب من تحمل مسؤولية الطفل التوحدي.

3.3 مشكلات اجتماعية:

يؤثر وجود طفل توحدي في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة، وهذا يمتد إلى مدى تكيف الأخوة مع بيئتهم التعليمية وفرصهم في الزواج المستقبلي، وتتعرض الأسرة أيضاً لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييراً في أنماط الحياة (عبدات، 2007، ص 10). ولعل أهم المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها أسر الأطفال التوحديين تلك الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالطفل المصاب باضطراب التوحد، وهو الشخص الموصوم اجتماعياً، المنبوذ و المرفوض، تحيط به نظرات الازدراء و الاحتقار، أو الخوف و الإشفاق، و يحيط بهذا الاضطراب هالة اجتماعية مرتبطة بسلوكات الطفل الغير عادية و الخارجة عن السيطرة، و التي تعتبر غير مقبولة اجتماعياً. بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية كالسخرية و التهكم و التطفل، (عبد اللطيف، 2007، ص 136).

كذلك نجد أن بعض أفراد المجتمع خاصة الأقارب الذين يحملون الوالدين مسؤولية إصابة الطفل خاصة الأم التي تتجه إليها أصابع الاتهام و بأنها أهملت الطفل و لم تقم بواجبها كما ينبغي. هنا تتلخص مشكلة أخرى من المشكلات الاجتماعية و التي تتمثل في انخفاض مستوى الدعم و المساندة الاجتماعية و إن كان هذا معدوماً في كثير من الأحيان. هذه المشكلات الاجتماعية و غيرها تعتبر أعباء إضافية تضاف إلى الأعباء التي يجب أن تتحملها الأسرة، هذه الأخيرة التي هي بحاجة إلى دعم و مساعدة اجتماعية خاصة من الأقارب و الأصدقاء، و التي تخفف من وطأة الضغوط التي تتعرض لها هذه الأسر بصورة يومية.

4.3 مشكلات مادية :

إن وجود طفل توحدي في الأسرة يستنزف الكثير من إمكانياتها ومواردها المادية، و بالتالي فإن هذا يحدث تأثيرات سلبية على الدخل الاقتصادي لها لما تنفق على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الطفل التوحدي، والتي قد تكلف أكثر من النفود التي تنفقها الأسرة على أخوته العاديين، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن بعد اكتشافهن بإصابة طفلهن، من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له، مما يقلل من دخل الأسرة (عبدات، 2007، ص 9)، و بالتالي فإن أفراد أسرة

الطفل التوحدي يشعرون بنوع من الالتزام الاقتصادي، خاصة إذا كان هناك نوع من العلاقات الأسرية القوية، أما إذا انعدمت فسيرجع ذلك سلبا على الطفل. (عبد اللطيف، 2007، ص 134). من خلال ما تم ذكره، يتضح لنا أن مشكلات أسر الأطفال التوحديين النفسية و الاجتماعية تنتشا نتيجة للاتجاهات السلبية لدى كل من أفراد الأسرة نحو اضطراب التوحد، و جهل الوالدين و الإخوة بأساليب التعامل مع هذا الطفل، بالإضافة إلى نظرة المجتمع لهذا الطفل بأنه فرد مرفوض و منبوذ، لذلك فإن هذه الأسر بحاجة إلى رفع مستوى الوعي لديهم بهذا الاضطراب، وإرشادهم و توجيههم إلى سبل مواجهة الضغوط النفسية و الاجتماعية و تقبل طفلهم من أجل تسهيل عملية التعامل معه و تقديم الرعاية اللازمة له.

واقع الطفل التوحدي في الجزائر:

يتصدر مرضى التوحد قائمة الأمراض العصبية الأكثر انتشارا لدى الأطفال. وفي الوقت الذي بلغ عددهم وطنيا أكثر من 80 ألف مصاب، هذا الاضطراب غير مصنف بعد في الجزائر لا تزال العيادات المتخصصة والأطباء المعالجون لا يلبون احتياجات هذه الفئة الهشة التي تكمن أهم مشاكلها في التواصل مع محيطهم. و يجهل الكثير من الأولياء المشاكل التي يعاني منها مريض التوحد، إلا أنهم يقلقون بمجرد ظهور إحدى الأعراض الغريبة على الطفل، في ظل غياب مفاهيم عامة وسليمة توضح الرؤية لهم. وفي الوقت الذي يعاني الكثيرون من مشاكل التكفل بهذه الفئة يبقى الأولياء يعانون خلال رحلة البحث عن إمكانية التكفل بصغارهم ومحاولة إدماجهم .

إن هذا الاضطراب العصبي الحاد، يصيب الأطفال في السنوات الأولى من العمر، ويمكن ملاحظة ذلك إذا قام الطفل بالانطواء على نفسه والانصراف إلى عالم خاص به، لذلك كلما كان لتكفل بهؤلاء الصغار مبكراً كلما ضمنا تطورا حسنا للصغير واندماجا جيدا له بالمجتمع، في ظل استحالة الشفاء من الاضطراب، و من أهم المشكلات أو المعوقات التي يعاني منها الطفل التوحدي في الجزائر:

. نظرة المجتمع للطفل التوحدي:

يعيش أطفال التوحد معاناة يومية وسط مجتمع تسود فيه الذهنيات المتحجرة والمتخلفة التي تنتظر لمريض التوحد على أنه إنسان غير سوي ومختل عقلي، فالمجتمع هو المسؤول عن تأزم وضعية الأطفال المرضى بسبب النظرة السيئة وتصنيفهم كمختلين عقليين، الأمر الذي يؤثر على الوالدين وأفراد الأسرة مما يزيد من حدة التعقيدات والضغوط التي يعيشونها.

. التكفل بالأطفال كأنهم مرضى عقليون :

يرفض الأطباء المختصون في علاج الأمراض النفسية والعقلية في بلادنا تصنيف مرض التوحد ضمن قائمة الأمراض العقلية، لاسيما أن البحث لا يزال قائما لمعرفة أسبابه وطريقة علاجه. وفي الوقت الذي يعتبره آخرون مرضا نفسيا، إلا أن الأطباء لم يجمعوا بعد على تصنيفه أو تحديد مسبباته لأن هذا الاضطراب له أعراض قد تتداخل مع أعراض لأمراض عقلية أخرى، ومن بينها معاناة الطفل من عزلة عاطفية وضعف حسي، فنجد أن هذا الأخير لا يستطيع التواصل مع غيره . كما أكد العديد من المختصين على عدم تأييدهم لفكرة علاج مرضى التوحد في مصحات الأمراض العقلية على اعتبار أنهم مرضى عقليين، كما أن مراكز الطب البيداغوجي للمتخلفين ذهنيا يرفضون التكفل بهؤلاء الأطفال، وعلى الرغم من قلتها وعدم توفر المختصين بها. وبذلك، فإننا لا نجد مركزا معتمدا من قبل السلطات المعنية في الجزائر يعنى بهذه الفئة، ماعدا جهود بعض الأولياء وأفراد المجتمع في إنشاء جمعيات ومراكز تتكفل بهؤلاء الأطفال.

. نقص المختصين :

إن نقص المختصين يعتبر مشكلا كبيرا جدا ومعيقا للتكفل بهؤلاء الأطفال ومعالجتهم، والمتمثل في نقص المراكز المتخصصة في علاج مرضى التوحد، . فالمركز المتخصص لاستقبال هذه الفئة في الجزائر يعتبر حديث النشأة وهو مركز قاريدي "2" الذي أنشئ خصيصا لاستقبال الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فعلى الرغم من وجود كفاءات وخبرات وطنية إلا أنهم في ذات الوقت لم يتمكنوا من تطبيق ما تلقوه من دراسة وتكوين على أرض الواقع، وذلك لذات السبب المتمثل في غياب المراكز المتخصصة التي يطبقون خلالها ما تلقوه بشكل نظري.

إن هذا الاضطراب غير معترف به من قبل السلطات العمومية، ناهيك عن النقص الكبير للمراكز الخاصة بالتكفل بهؤلاء الأطفال. ففي العاصمة تحديدا يتم التكفل بهؤلاء الأطفال بكل من مركزي الشرافة ودريد حسين، غير أن الإقبال الكبير على المركز وتباعد المواعيد بين الفحوصات الطبية يظهر عدم تمكن المركزين من علاج كل الحالات، خاصة إذا علمنا بوجود حالات لا تزال تنتظر الدور منذ أزيد من 9 أشهر.

. مشكلة التمدريس:

تعد مشكلة تمدريس الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد من أهم العوائق التي يتلقونها في حياتهم، لاسيما أن التواصل مع الآخرين مطروح بشدة خلال العملية التعليمية . فدمج الأطفال في المدارس العادية أو الخاصة يطرح مشكلا في كلتا الحالتين، ففي الحالة الأولى وبعد عناء الأخذ والرد مع مدراء المدارس الابتدائية للحصول على رخصة التسجيل بها، يواجه الأطفال مشكل التأقلم مع باقي التلاميذ، لاسيما أن هذه الفئة يصعب عليها التواصل والتعامل مع المحيط. ، كما أن تكوين أساتذة المدارس العمومية في طريقة تعاملهم مع فئات مختلفة يعتبر مشكلا في حد ذاته ، بالإضافة إلى أن مناهج التعليم والتكوين الجزائرية لا تتيح للمعلم الاستفادة من خبرة التعامل مع أطفال يعانون من مشاكل نفسية أو ذهنية.

. تكاليف المتابعات الطبية المتعددة:

في ظلّ النقص الفادح في المراكز العمومية المختصة في علاج الأطفال التوحديين، تعرض عيادات خاصة في الطب العقلي للأطفال خدماتها بأسعار تُثقل كاهل الأبوين، كما أن تكلفة متابعة طبية متعدّدة الاختصاصات لصغير مصاب بالتوحد تتجاوز 8000 دينار أسبوعيا وهذا الأمر قد تستصعبه الكثير من العائلات في ظل الظروف المعيشية الراهنة.

ومن خلال ماتم ذكره، فإننا نجد بأن أطفال التوحد وأسرهم يعيشون واقعا مزرريا في الجزائر، فهو اضطراب أخذ طريقة في الانتشار والتزايد المخيف، في ظل انعدام المراكز المتكفلة بهم، الأمر الذي يقلل من فرص التدخل المبكر وتحسين جودة الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال.

وبهذا يمكننا تقديم عدد من الاقتراحات لتحسين وضع أطفال التوحد في الجزائر، ونذكر منها:

- ضرورة وضع برنامج خاص وتكوين المعلمين للتعامل معهم
- إن أفضل ما يمكن أن يحصل عليه الأطفال التوحديين لضمان تدرّسهم بصفة لائقة وسليمة هو فتح أقسام خاصة بالأطفال المتوحّدين ضمن الإبتدائيات والمتوسّطات في المدارس العمومية.
- ضرورة التفاتة الدولة لهذه الفئة من خلال إنشاء مراكز ومصحات خاصة ، و تكوين المختصين في هذا المجال.

- نشر الوعي في أوساط المجتمع، و القيام بحملات تحسيسية توعوية بهدف التعرف على هذا الاضطراب.
- دمج هؤلاء الأطفال في المجتمع، و اعتبارهم كغيرهم من الأفراد لهم حقوق و عليهم واجبات.
- تناول موضوع التوحد في البحوث و الدراسات العلمية ، و اقتراح برامج تدريبية للتطوير من مهارات الأطفال التوحديين.
- إقامة مراكز متخصصة في كل الولايات حتى تتاح الفرصة لكل أطفال الجزائر التوحديين الإنخراط في هذه المراكز.

خلاصة:

يعتبر موضوع الاضطرابات النمائية والإعاقات والفئات الخاصة من أهم الموضوعات التي يتطرق لها العلم في الوقت الحال، وهذا نظرا لتزايد نسبة هذه الفئة التي لا يستهان بها في المجتمع.

إلا أن التوحد يعد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا و التي تثير حيرة المختصين والباحثين في هذا المجال، وهذا نظرا للغموض الذي يميز هذا الاضطراب سواء من حيث الأسباب، أو التشخيص وحتى العلاج. فهو اضطراب تتداخل فيه عدة عوامل كما أنه يخلف آثارا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية للطفل. الأمر الذي يجعل التعامل معه صعبا سواء بالنسبة للأخصائيين القائمين على تعليم هذا الطفل، أو بالنسبة لأفراد الأسرة التي ينتمي إليها هذا الطفل التوحدي.

إن وجود الطفل التوحدي داخل الأسرة يخلق الكثير من المعوقات لدى أفرادها، بداية من الوالدين ووصولاً إلى الإخوة، إذ يفرض عليهم هذا الاضطراب نمط حياة مختلف عن النمط الذي اعتادوا عليه، فتختل العلاقات بين الأفراد، وتنشأ الصراعات سواء بين الزوجين أو بين الآباء والأبناء. وبالتالي فإن التوحد لا يؤثر فقط على الفرد المصاب به وإنما يمتد ذلك إلى أفراد أسرته والمحيطين به.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

1) منهج الدراسة

2) الدراسة الاستطلاعية

3) إجراءات الدراسة

4) حدود الدراسة

5) عينة الدراسة

6) أدوات الدراسة

7) الأساليب الإحصائية المستخدمة

(1) منهج الدراسة:

اعتمدت الطالبة في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، من أجل الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد، وأيضا الكشف عن الفروق بين الأمهات و هذا تبعا لمتغيرات الدراسة المتمثلة في: مصدر الضبط، الاضطراب السيكوسوماتي، سن الأم، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية، مدة إصابة الطفل بالتوحد.

(2) الدراسة الاستطلاعية:

قامت الطالبة بدراسة استطلاعية على أمهات أطفال التوحد بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر . ولاية باتنة، و ذلك بهدف:

1. التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجهها الطالبة خلال القيام بالدراسة الأساسية.
2. التأكد من تجاوب أمهات أطفال التوحد مع مقاييس الدراسة، خاصة مقياس كورنل للنواحي السيكوسوماتية و العصابية نظرا لطول القائمة.
3. إجراء مقابلات مع الأمهات بهدف التعرف على وضعية الأم والأسرة جراء وجود طفل توحيدي في الأسرة.

(3) إجراءات الدراسة الأساسية:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن تساؤلاتها، واختبار فرضياتها، فقد اتبعت الطالبة الخطوات التالية:

- أ) اختيار و ضبط موضوع الدراسة و تساؤلاتها.
- ب) جمع المادة النظرية لمتغيرات الدراسة، و الاطلاع على الدراسات السابقة من أجل الوصول إلى صياغة فرضيات الدراسة.

(ج) الحصول على أدوات الدراسة و المتمثلة في : مقياس مصدر الضبط لجوليان روتر وقائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية .

(د) توزيع المقاييس على أفراد العينة في عدد من ولايات الوطن (9 ولايات) .

(هـ) استرجاع النسخ الموزعة وتفريغ البيانات المتحصل عليها في برنامج SPSS واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة ثم تفسير النتائج و مناقشتها.

4 حدود الدراسة:

قامت الطالبة بإجراءات الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة ما بين ماي 2015 إلى غاية مارس 2016، و ذلك من خلال توزيع المقاييس المستخدمة في الدراسة على أمهات أطفال التوحد بمراكز وجمعيات التوحد في عدد من الولايات الجزائرية حيث قامت الطالبة بالاتصال بجمعيات لأولياء أطفال التوحد، ومراكز متخصصة في الأمراض العقلية . مصالح الطب العقلي للأطفال، عيادات خاصة بالتكفل الأرففوني للتوحد بالإضافة إلى العيادات النفسية المتكفلة بأطفال التوحد، حيث تم توزيع 300 نسخة من المقاييس، و تم استرجاع 170 نسخة، و نظرا لعدم صلاحية بعض الاستمارات، قامت الطالبة بإلغاء 20 نسخة غير صالحة للدراسة، و بالتالي اعتماد 150 نسخة كعدد نهائي لعينة الدراسة. والجدول التالي يبين المراكز والجمعيات في عدد من المدن الجزائرية والتي تمت فيها الدراسة الميدانية:

الجدول (2) يوضح يبين المراكز والجمعيات المتكفلة بأطفال التوحد في عدد من المدن الجزائرية

الرقم	الولاية /المدينة	المركز /الجمعية
1	باتنة	المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية
		جمعية الطفولة السعيدة
		المركز الطبي البيداغوجي
2	بسكرة	عيادة نفسية للأخصائية استقلال شيلي
		عيادة التكفل النفسي والأرففوني . بسكرة
		جمعية أخوة الاجتماعية
3	قسنطينة	جمعية وفاء لأولياء أمو الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية

4	سطيف	سطيف	جمعية طيور الجنة للإعاقة
5	ميلة	وادي العثمانية	مركز امتياز للاستشارة والتدريب
6	خنشلة	خنشلة	عيادة التواصل لأخصائي التخاطب عدلان الهاشمي
7	تيسة	تيسة	جمعية جسر الأمل لأطفال التوحد
8	جيجل	جيجل	جمعية حنين لأطفال التوحد
9	الوادي	قمار	جمعية بسمة براءة لأطفال التوحد والتأخر الذهني

5 عينة الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة في أمهات أطفال التوحد في الجزائر، و قد تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بطريقة عشوائية بغرض الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأمهات في عدد من الولايات التي تم ذكرها سابقا، و قد تمثلت عينة الدراسة في 150 أمًا، موزعة كما يلي:

أ. خصائص العينة من حيث السن:

الجدول (3) يوضح المتوسط الحسابي لسن أفراد العينة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العليا	الدنيا	السن
6.055	38.57	59	25	

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن أعمار أفراد العينة تتراوح بين 25 و 59 سنة بمتوسط حسابي يقدر بـ 38.57

ب. خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

الجدول (4) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المستوى التعليمي
15.3%	23	ابتدائي
18.7%	28	متوسط
28.7%	43	ثانوي
37.3%	56	جامعي
100%	150	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن عدد الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي قد بلغ 23 أمًا بينما بلغ عدد الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط 28 أمًا، فيما يرتفع عدد الأمهات من المستوى التعليمي الثانوي إلى 43 أمًا، بينما المستوى الجامعي فقد مثل أكبر فئة بعدد 56 أمًا.

ج. خصائص العينة من حيث الوضعية المهنية:

الجدول (5) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الوضعية المهنية
21.3%	32	عاملة
78.7%	118	غير عاملة
100%	150	المجموع

يوضح الجدول السابق توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية، إذ بلغ عدد الأمهات العاملات 32 أمًا، بينما كانت أغلبية الأمهات من الغير عاملات بعدد 118 أمًا.

د. خصائص العينة من حيث مدة إصابة الطفل باضطراب التوحد:

الجدول (6) يوضح المتوسط الحسابي لمدة إصابة الطفل باضطراب التوحد

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العليا	الدنيا	مدة إصابة الطفل
2.71	3.79	19	1	

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن مدة إصابة الطفل باضطراب التوحد قد تراوحت بين 1 سنة و 19 سنة، بمتوسط حسابي قدره 3.79 و انحراف معياري قدره 2.71

(6) أدوات الدراسة:

من أجل القيام بالدراسة الميدانية، والإجابة على تساؤلاتها، واختبار فرضياتها، لا بد من اللجوء إلى أدوات منهجية بهدف الإلمام بكل جوانب الإشكالية البحثية موضوع الدراسة، وبالتالي فقد اعتمدت الطالبة في هذه الدراسة على مقياسين وهما:

- مقياس روتر لمصدر الضبط . تعريب علاء الدين كفاي.
- قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية . تعريب محمود السيد أبو النيل.

1. مقياس مصدر الضبط: وصف المقياس:

يعتبر مقياس الضبط هو آخر صورة لمحاولات عديدة قام بها روتر **Rotter** والعديد من الباحثين، و قد بنقنيه في مصر " علاء الدين كفاي " وهو مقياس يهدف إلى قياس إدراك الفرد للعالم المحيط به من ناحية وعلاقته بسلوكه وما يحصل عليه من تدعيم إيجابي أو سلبي فهو يقيس الاتجاهات الهامة في الشخصية ويمكن استخدامه في العديد من المجالات التربوية والشخصية ويصلح للاستخدام مع الأسوياء وغير الأسوياء .

يتكون المقياس من (23) فقرة، كل واحدة منها تتضمن عبارتين، إحداها تشير إلى وجهة الضبط الخارجية، و الثانية تشير إلى وجهة الضبط الداخلية، و قد أضيفت إلى الثلاث و العشرين عبارة ست (6) عبارات دخيلة تمويهية وضعت لغرض التقليل من احتمال ظهور الاستعدادات للاستجابة بصورة

معينة، و قد اختيرت هذه العبارات الدخيلة حتى تمثل قضايا متقابلة كمسألة الوراثة مقابل البيئة. و المطلوب من المفحوص أن يقوم بقراءة العبارتين معا ثم عليه أن يختار أيهما تتفق مع وجهة نظره، و إذا كانت العبارتين مناسبتين لرأي المفحوص فإنه يطالب باختيار العبارة الأكثر قبولا لديه.

طريقة تصحيح المقياس: يتم تصحيح العبارات على النحو التالي:

- ❖ درجة واحدة على كل عبارة تشير إلى الضبط الخارجي .
- ❖ صفر على كل عبارة تشير إلى الضبط الداخلي .

حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى وجهة الضبط الخارجية و المقدرة ب (12 فما فوق) أما الدرجة المنخفضة لوجهة الضبط الداخلية وتقدر ب (11 فما أقل).

ويتم تصحيح المقياس وفقا للمفتاح المبين في الجدول التالي:

الجدول (7) يوضح مفتاح التصحيح لاختبار مصدر الضبط

الفقرة	التصحيح	الفقرة	التصحيح	الفقرة	التصحيح
1	فقرة دخيلة	11	ب	21	أ
2	أ	12	ب	22	ب
3	ب	13	ب	23	أ
4	ب	14	فقرة دخيلة	24	فقرة دخيلة
5	ب	15	ب	25	أ
6	أ	16	أ	26	ب
7	أ	17	أ	27	فقرة دخيلة
8	فقرة دخيلة	18	أ	28	ب
9	أ	19	فقرة دخيلة	29	أ
10	ب	20	أ		

الخصائص السيكومترية للمقياس:

✓ الثبات: تم حساب ثبات مقياس " مصدر الضبط " بطريقتين:

➤ طريقة ألفا كرونباخ:

الجدول (8) يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس مصدر الضبط

العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
150	23	0.58

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل ألفا كرونباخ يقدر بـ : 0.58 و هو معامل مقبول ويعبر عن ثبات المقياس.

➤ طريقة التجزئة النصفية:

الجدول (9) يوضح قيمة معامل الارتباط لمقياس مصدر الضبط

العينة	عدد البنود	معامل الارتباط
150	23	0.69

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يقدر بـ : 0.69 و هو معامل عال ويعبر عن ثبات المقياس.

✓ الصدق:

➤ الصدق التمييزي:

من أجل حساب الصدق التمييزي للمقياس، تم ترتيب الدرجة الكلية للعينة على المقياس ككل ترتيباً تنازلياً، ثم أخذ المجموعتين الواقعتين تحت الدرجة المئوية 27 % . وبالتالي تم اختيار 40 فرداً من المجموعة العليا و 40 من المجموعة الدنيا كمجموعتين متناقضتين، وتم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للمقياس. والجدول التالي يبين الفروق بين متوسطات الفئة العليا للمقياس

الجدول (10) يوضح الفروق بين متوسطات الفئة العليا و الدنيا على مقياس مصدر الضبط

مصدر الضبط	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدنيا	40	5.97	1.74	25	0.01
العليا	40	14.22	1.14		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا و الدنيا، حيث بلغت قيمة ت 25 وهي دالة عند مستوى 0.01 وهذا ما يؤكد لنا تمتع مقياس مصدر الضبط بالقدرة التمييزية بين المجموعتين.

➤ صدق التكوين:

من أجل معرفة مدى صدق المقياس، تم حساب صدق التكوين لمقياس روتر لمصدر الضبط، وذلك من خلال حساب المصفوفة الارتباطية للبند الثالث والعشرون مع الدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يبين ذلك.

الجدول (11) يوضح الفروق معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط

الدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط	بنود مقياس مصدر الضبط	الرقم
0,486**	البند الأول	1
0,380**	البند الثاني	2
0,416**	البند الثالث	3
0,007	البند الرابع	4
0,190*	البند الخامس	5
0,434**	البند السادس	6
0,396**	البند السابع	7
0,504**	البند الثامن	8
0,449**	البند التاسع	9
0,359**	البند العاشر	10
0,244**	البند الحادي عشر	11

0,218**	البند الثاني عشر	12
0,256**	البند الثالث عشر	13
0,421**	البند الرابع عشر	14
0,292**	البند الخامس عشر	15
0,324**	البند السادس عشر	16
0,184*	البند السابع عشر	17
0,300**	البند الثامن عشر	18
0,441**	البند التاسع عشر	19
0,179*	البند العشرون	20
0,209*	البند الحادي والعشرون	21
0,321**	البند الثاني والعشرون	22
0,146	البند الثالث والعشرون	23

نلاحظ من خلال الجدول السابق مايلي:

- عدد الارتباطات: 23 معامل ارتباط.
- عدد الارتباطات الدالة: 21 ارتباطا دالا بنسبة (91%).
- عدد الارتباطات غير الدالة: 2 ارتباطا غير دال بنسبة (9%).
- عدد الارتباطات الدالة عند مستوى 0.01: 17 ارتباطا بنسبة (74%).
- عدد الارتباطات الدالة عند مستوى 0.05: 4 ارتباطا بنسبة (17%).

2. قائمة كورنل للنواحي العصابية و السيكوسوماتية:

أعدت قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية من طرف برودمان، إردمان و وولف (Brodman, Erdman, Wolf, 1946) كأداة تتضمن أسئلة تكشف عن الاضطرابات السيكوسوماتية والعصابية والطب نفسية، كما تكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع، واضطرابات التنجج والصداع النصفي والربو، وتركز بوجه خاص على الحالات الإكلينيكية المسماة بالاضطرابات السيكوسوماتية. وبعد أربعين عام من صدور طبعة 1946 للقائمة، قام فريق الباحثين (برودمان، إردمان، ولف و مسكوفيتز، Brodman,

(Erdman , Wolf, Miskovits) بإخراج طبعة جديدة سنة 1986 و التي تمثل تطورا كبيرا للقائمة، والذي يتجلى في أن القائمة الجديدة قد تضمنت 18 مقياسا بدلا من 10 مقاييس في القائمة القديمة (1946)، كما تضمنت القائمة الجديدة 223 سؤالاً بدلا من 101. وقد قام محمود السيد أبو النيل بتعريب الصورة الأخيرة للقائمة والتي ظهرت عام 1986، واستغرق هذا الجهد خمس سنوات. وتتكون القائمة من كراسة أسئلة، وورقة إجابة، وتوجد صورة للإناث وصورة للذكور، وعدد الأسئلة في النسخة الأمريكية 223 سؤالاً لصورة الذكور، و228 سؤالاً لصورة الإناث. وقد وجد أبو النيل أن الصورة الأمريكية الخاصة بالذكور تسمح للتطبيق على الجنسين، وذلك لوجود أسئلة بصورة الإناث قد يسبب الإجابة عليها حرجا للفتاة في الثقافة العربية. وتنقسم القائمة لأربعة أقسام:

١. الأعراض البدنية

٢. ماضي المرض

٣. التاريخ العائلي

٤. السلوك والمزاج والمشاعر.

وتتخصر هذه الأقسام الأربعة في مجموعتين هما:

. مجموعة مقاييس خاصة بالنواحي البدنية.

. مجموعة مقاييس خاصة بالنواحي الانفعالية والمزاجية.

وتتجمع أسئلة كل مقياس فرعي مع بعضها وتأخذ التسلسل الأبجدي. والجدول التالي يوضح المقاييس الفرعية للقائمة وعدد بنود كل مقياس فرعي.

الجدول (12) يوضح المقاييس الفرعية لقائمة كورنل الخاصة بالنواحي السيكوسوماتية و العصابية

الرقم	المقياس الفرعي	الرمز	عدد البنود
1	السمع و الإبصار	A	13
2	الجهاز التنفسي	B	17
3	القلب و الأوعية	C	19
4	الجهاز الهضمي	D	20

11	E	الجهاز العظمي	5
7	F	الجلد	6
18	G	الجهاز العصبي	7
13	H	الجهاز البولي . التناسلي	8
7	I	التعب	9
9	J	تكرار المرض	10
18	K	أمراض مختلفة	11
20	L	العادات	12
12	M	عدم الكفاية	13
6	N	الاكتئاب	14
9	O	القلق	15
6	P	الحساسية	16
9	Q	الغضب	17
9	R	التوتر	18

✓ المقاييس الفرعية الخاصة بالأعراض البدنية:

- (1) مقياس السمع و الإبصار: و يتعلق بقياس الشكاوي و الأعراض التي تختص بضعف السمع و الإبصار.
- (2) مقياس الجهاز التنفسي:يتعلق باضطرابات الجهاز التنفسي.
- (3) مقياس القلب و الأوعية:يتعلق باضطرابات القلب و الأوعية الدموية.
- (4) مقياس الجهاز الهضمي:و يتعلق باضطرابات الهضم و الجهاز الهضمي.
- (5) مقياس الهيكل العظمي: يتعلق بالجهاز العظمي . المفاصل و آلام الظهر.
- (6) مقياس الجلد:يتعلق بالأمراض الجلد و الحساسية الجلدية و الجروح.
- (7) مقياس الجهاز العصبي: يتعلق باضطرابات الجهاز العصبي
- (8) مقياس الجهاز البولي التناسلي: يقيس اضطرابات وإصابات الجهاز البولي و التناسلي.
- (9) مقياس التعب:يتعلق بالنوبات المتكررة من التعب و الإجهاد و الإنهاك.
- (10) مقياس تكرار المرض: و يتعلق بتكرار حدوث المرض.

(11) مقياس الأمراض المختلفة: و يتعلق بإصابات مختلفة لم يتم إدراجها في المقاييس الأخرى.

(12) مقياس العادات: يتعلق باضطرابات النوم و التدخين و تناول المنبهات و العقاقير.

✓ المقاييس الفرعية الخاصة بالنواحي الانفعالية:

(13) مقياس عدم الكفاية: يتعلق بالعصبية وعدم الثبات و الارتباك في أداء العمل و صعوبة اتخاذ القرار.

(14) مقياس الاكتئاب: يقيس الشعور بالوحدة و عدم السعادة و الشعور المستمرة بالكآبة و الحزن و فقدان الأمل.

(15) مقياس القلق: يتعلق بالشعور بالقلق و التوتر.

(16) مقياس الحساسية: يتعلق بالخجل الزائد و إساءة فهم الآخرين.

(17) مقياس الغضب: يتعلق بالاندفاع المفاجئ و سهولة الإثارة و الغضب لأتفه الأسباب.

(18) مقياس التوتر: و يتعلق بالعصبية الشديدة و الشعور بالضعف من مواجهة الآخرين.

✓ تطبيق و تصحيح القائمة:

يمكن تطبيق القائمة بشكل فردي أو جماعي، و يمكن أن تدوم فترة إجابة المفحوص على القائمة من 10 إلى 30 دقيقة، و يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس التي تشتملها القائمة على حدة، و ذلك بإعطاء درجة على كل سؤال يجيب عليه المفحوص بـ (نعم)، و تعطى درجة صفر على كل سؤال يجاب عنه بـ (لا)، و بالتالي فإن عدد العبارات في كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على هذا المقياس. و يحدد مستوى الاضطراب على النحو التالي:

الجدول (13) يوضح مستويات الإصابة بالمرض السيكوسوماتي حسب قائمة كورنل

الدرجة	مستوى الاضطراب
أقل من 29	الأسوياء
من 30 . 39	اضطراب خفيف
من 40 . 50	اضطراب متوسط
من 51 فما فوق	اضطراب شديد

✓ الخصائص السيكومترية للقائمة:

أجريت العديد من الدراسات العربية والأجنبية للتأكد من صدق وثبات القائمة، وقد استخدمت في ذلك معظم الطرق السيكومترية المتعارف عليها لقياس الصدق والثبات، وقد أثبتت الدراسات على أن الأداة تتمتع بثبات وصدق عاليين في كل مقاييسها الفرعية. (جبالي، 2007، ص 147).

وقد قام كل من (جبالي، 2007) و (أحمان، 2012) بحساب الخصائص السيكومترية لقائمة كورنل في البيئة الجزائرية، وقد توصلت الدراستين إلى أن الأداة تتمتع بمعاملات صدق وثبات عاليين.

✓ الصدق:

➤ الاتساق الداخلي:

الجدول (14) يوضح معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة و الدرجة الكلية

الرقم	المقياس الفرعي	معامل الارتباط	الدلالة
1	السمع و الإبصار	0.50	0.01
2	الجهاز التنفسي	0.54	0.01
3	القلب و الأوعية	0.65	0.01
4	الجهاز الهضمي	0.51	0.01
5	الجهاز العظمي	0.67	0.01
6	الجلد	0.24	0.01
7	الجهاز العصبي	0.73	0.01
8	الجهاز البولي . التناسلي	0.49	0.01
9	التعب	0.72	0.01
10	تكرار المرض	0.61	0.01
11	أمراض مختلفة	0.25	0.01
12	العادات	0.59	0.01
13	عدم الكفاية	0.53	0.01
14	الاكتئاب	0.63	0.01
15	القلق	0.66	0.01
16	الحساسية	0.49	0.01

0.01	0.59	الغضب	17
0.01	0.64	التوتر	18

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الارتباط تراوحت بين 0.24 على مقياس الجلد و 0.73 على مقياس الجهاز العصبي، وهي كلها دالة عند مستوى 0.01.

➤ الصدق التمييزي:

من أجل حساب الصدق التمييزي للقائمة، تم ترتيب الدرجة الكلية للعينة على المقياس ككل ترتيباً تنازلياً، ثم أخذ المجموعتين الواقعتين تحت الدرجة المئوية 27%. وبالتالي تم اختيار 40 فرداً من المجموعة العليا و 40 من المجموعة الدنيا كمجموعتين متناقضتين، وتم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل مقياس فرعي. والجدول التالي يبين الفروق بين متوسطات الفئة العليا والدنيا للمقاييس الفرعية للقائمة.

الجدول (15) يوضح الفروق بين متوسطات الفئة العليا و الدنيا على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

الدالة	قيمة ت	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		المقياس الفرعي
		م.حسابي	إ.معياري	م.حسابي	إ.معياري	
0.01	20.54	0	0	1.21	3.95	السمع و الإبصار
0.01	5.29	1.56	1.60	2.48	4.05	الجهاز التنفسي
0.01	5.55	1.97	2	2.68	4.92	القلب و الأوعية
0.01	4.79	2.04	2.67	2.24	4.97	الجهاز الهضمي
0.01	5.83	1.41	1.27	2.12	3.62	الجهاز العظمي
0.01	4.05	0.87	0.52	1.65	1.72	الجلد
0.01	6.54	1.81	1.45	3	5.07	الجهاز العصبي
0.01	4.31	1.54	1.37	2.55	3.41	الجهاز البولي التناسلي
0.01	5,53	1.77	1.75	1.51	3.8	التعب
0.01	5.36	0.70	0.37	2.5	2.58	تكرار المرض
0.01	3.09	1.63	1.17	1.83	2,37	أمراض مختلفة
0.01	3.88	1.59	1.65	1.61	3.04	العادات

0.01	3.78	2.66	3.4	2.34	5.52	عدم الكفاية
0.01	5.08	1.26	1.27	1.59	2.90	الاكتئاب
0.01	5.07	1.76	1.22	1.74	3.21	القلق
0.01	3.39	1.65	2.25	1.52	3.46	الحساسية
0.01	3.8	1.78	2.05	2.25	3.77	الغضب
0.01	6.3	1.49	1.12	2.04	3.65	التوتر
0.01	11.06	14.44	27.18	16.91	66.1	الكلية

يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن المقاييس الفرعية لقائمة كورنل تتمتع بمعامل صدق مرتفع، حيث اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة العليا والدنيا للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية، وهذا يدل على أن هذه القائمة تتميز بقدرة تمييزية عالية .

➤ صدق التكوين:

من أجل معرفة مدى صدق الاختبار، تم حساب صدق التكوين لقائمة كورنل للنواحي العصائية والسيكوسوماتية، وذلك من خلال حساب المصفوفة الارتباطية للمقاييس الفرعية للقائمة مع بعضها البعض، وأيضاً مع الدرجة الكلية للقائمة، والجدول التالي يبين المصفوفة الارتباطية للمقاييس الفرعية للقائمة.

الجدول (16) يوضح المصفوفة الارتباطية للمقاييس الفرعية للقائمة

الدرجة الكلية	التوتر	الغضب	الحساسية	القلق	الاكتئاب	عدم الكفاية	العادات	أمراض مختلفة	تكرار المرض	التعب	التناسلي اليولي	الجهاز العصبي	الجلد	الجهاز العظمي	الجهاز الهضمي	القلب و الأوعية	الجهاز التنفسي	السمع والإبصار
السمع والإبصار																		
الجهاز التنفسي																	246	356
القلب و الأوعية																298	298	332
الجهاز الهضمي																420	298	343
الجهاز العظمي															333	420	380	338
الجلد															183	125	181	196
الجهاز العصبي													262	528	539	491	386	398
اليولي التناسلي												524	164	337	430	329	300	355
التعب											242	431	-031	473	186	468	279	177
تكرار المرض										386	285	463	052	450	321	301	303	426
أمراض مختلفة									040	-036	390	271	181	219	250	295	135	185
العادات								274	283	449	360	496	132	393	342	310	333	194
عدم الكفاية							203	-054	273	344	207	247	-004	301	118	222	344	196
الاكتئاب						370	304	-043	362	648	028	302	-054	342	166	454	161	130
القلق					556	399	429	-029	336	570	113	356	104	306	177	302	324	182
الحساسية				507	350	430	189	-022	243	293	006	182	207	189	163	131	213	131
الغضب			568	650	359	359	237	-165	391	611	-023	260	-038	319	-006	305	187	127
التوتر		588	326	472	348	348	258	-093	400	666	076	310	-098	376	129	466	177	182
الدرجة الكلية	662	627	497	679	652	550	587	244	613	739	479	719	232	675	432	660	543	488

نلاحظ من خلال الجدول السابق مايلي:

- عدد الارتباطات: **171** معامل ارتباط.
 - عدد الارتباطات الدالة: **142** ارتباطا دالا بنسبة (**83%**).
 - عدد الارتباطات غير الدالة: **29** ارتباطا غير دال بنسبة (**17%**).
 - عدد الارتباطات الدالة عند مستوى 0.01 : **116** ارتباطا بنسبة (**68%**).
 - عدد الارتباطات الدالة عند مستوى 0.05 : **26** ارتباطا بنسبة (**15%**).
- ✓ **الثبت:** تم حساب ثبات القائمة بطريقتين:
- **معامل ألفا كرونباخ:**

الجدول التالي يبين معاملات ألفا الخاصة بكل مقياس من المقاييس الفرعية للقائمة، و كذلك الدرجة الكلية للقائمة ككل.

الجدول (17) يوضح معاملات ألفا كرونباخ الخاصة بكل مقياس من المقاييس الفرعية للقائمة

الرقم	المقياس الفرعي	معامل ألفا كرونباخ	الدالة
1	السمع و الإبصار	0.61	0.01
2	الجهاز التنفسي	0.58	0.01
3	القلب و الأوعية	0.66	0.01
4	الجهاز الهضمي	0.34	0.01
5	الجهاز العظمي	0.62	0.01
6	الجلد	0.44	0.01
7	الجهاز العصبي	0.57	0.01
8	الجهاز البولي . التناسلي	0.52	0.01
9	التعب	0.78	0.01
10	تكرار المرض	0.58	0.01
11	أمراض مختلفة	0.65	0.01
12	العادات	0.49	0.01
13	عدم الكفاية	0.63	0.01
14	الاكتئاب	0.82	0.01

0.01	0.69	القلق	15
0.01	0.60	الحساسية	16
0.01	0.72	الغضب	17
0.01	0.82	التوتر	18
0.01	0.87	الكلية	

يتبين لنا من خلال الجدول السابق أن معاملات الثبات قد تراوحت بين 0.34 بالنسبة للجهاز الهضمي و 0.87 بالنسبة للدرجة الكلية، و هذا ما يدل على ثبات المقياس.

➤ طريقة التجزئة النصفية:

تم تجزئة المقاييس الفرعية للقائمة إلى نصفين، إذ يحتوي النصف الأول على المفردات الفردية، أما النصف الثاني فيحتوي على المفردات الزوجية، وتم حساب معامل الارتباط بين النصفين لكل مقياس على حدة، ثم تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون

الجدول (18) يوضح معاملات الارتباط للمقاييس الفرعية و الدرجة الكلية لقائمة كورنل

الرقم	المقياس الفرعي	معامل الارتباط	الدلالة
1	السمع و الإبصار	0.61	0.01
2	الجهاز التنفسي	0.50	0.01
3	القلب و الأوعية	0.69	0.01
4	الجهاز الهضمي	0.36	0.01
5	الجهاز العظمي	0.50	0.01
6	الجلد	0.34	0.01
7	الجهاز العصبي	0.59	0.01
8	الجهاز البولي . التناسلي	0.58	0.01
9	التعب	0.79	0.01
10	تكرار المرض	0.53	0.01
11	أمراض مختلفة	0.72	0.01
12	العادات	0.69	0.01
13	عدم الكفاية	0.77	0.01
14	الاكتئاب	0.87	0.01

0.01	0.78	القلق	15
0.01	0.77	الحساسية	16
0.01	0.74	الغضب	17
0.01	0.78	التوتر	18
0.01	0.93	الكلية	

نلاحظ من خلال أن معاملات الارتباط تراوحت بين 0.34 و 0.79 بالنسبة للمقاييس الفرعية. و 0.93 بالنسبة للدرجة الكلية، وهذا يدل على أن القائمة تتمتع بمعامل ثبات عال.

7) الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل اختبار فرضيات البحث، ومعالجة النتائج، استخدمت الطالبة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 20 (برنامج SPSS V 20)، ذلك بغرض حساب الفروق بين متغيرات البحث، كما استخدمت الطالبة الاختبارات الإحصائية التالية:

النسب المئوية من أجل حساب خصائص العينة من حيث: السن، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية ومدة إصابة الطفل باضطراب التوحد.

➤ **الإحصاء الوصفي:** استخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

➤ **الإحصاء الاستدلالي:** تم استخدام الاختبارات التالية:

❖ اختبار ت (T test) وذلك بهدف:

❖ حساب الصدق التمييزي لأدوات البحث، وأيضا الكشف عن :

❖ الفروق بين أفراد العينة العاملات وغير العاملات وذلك في الدرجات المتحصل

عليها في كل من قائمة كورنل و مقياس مصدر الضبط.

❖ اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) للكشف عن:

- ❖ الفروق بين أفراد العينة الأكبر سنا و الأقل سنا وذلك في الدرجات المتحصل عليها في كل من قائمة كورنل و مقياس مصدر الضبط.
- ❖ الفروق بين أفراد العينة في المستوى التعليمي وذلك في الدرجات المتحصل عليها في كل من قائمة كورنل و مقياس مصدر الضبط.
- ❖ الفروق بين أفراد العينة في مدة إصابة الطفل بالتوحد، وذلك في الدرجات المتحصل عليها في كل من قائمة كورنل و مقياس مصدر الضبط.
- ❖ . اختبار كاي² للكشف عن الفروق في التكرارات بين المجموعات.
- ❖ . معامل الارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين المتغيرات.
- ❖ . معامل ألفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي للاختبار .
- ❖ . معادلة سبيرمان براون وذلك بهدف تصحيح طول معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية.

الفصل السادس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً : عرض نتائج الدراسة:

(1) عرض نتائج الفرضية الأولى

(2) عرض نتائج الفرضية الثانية

(3) عرض نتائج الفرضية الثالثة

(4) عرض نتائج الفرضية الرابعة

(5) عرض نتائج الفرضية الخامسة

(6) عرض نتائج الفرضية السادسة

ثانياً: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة

أولاً : عرض النتائج:

1. الفرضية الأولى: نتوقع هيمنة الضبط الخارجي لدى أمهات أطفال التوحد.

جدول (19) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس مصدر الضبط لدى أفراد العينة

الدالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	مصدر الضبط
0.01	37.75	3.36	10.36	150	

يبين الجدول أن متوسط الحسابي لمصدر الضبط قدر بـ : 10.36 وهو أقل من المتوسط المقدر لمصدر الضبط والمتمثل في 11، وبالتالي فإننا نستنتج أن مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة هو الضبط الداخلي.

الفرضية الثانية: انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات أطفال التوحد .

ولمعرفة مدى انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بين أفراد العينة، تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمقاييس الفرعية للقائمة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (20) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقاييس الفرعية لقائمة كورنل والدرجة الكلية لدى أفراد العينة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقياس الفرعي	الرقم
1.68	1.54	السمع و الإبصار	1
2.20	2.86	الجهاز التنفسي	2
2.57	3.63	القلب و الأوعية	3
2.20	3.70	الجهاز الهضمي	4
1.90	2.42	الجهاز العظمي	5
1.61	1.06	الجلد	6

2.70	3.12	الجهاز العصبي	7
2.08	2.14	الجهاز البولي . التناسلي	8
2.18	3.19	التعب	9
1.80	1.48	تكرار المرض	10
1.90	1.64	أمراض مختلفة	11
1.61	2.51	العادات	12
2.46	4.52	عدم الكفاية	13
2.06	2.39	الاكتئاب	14
1.94	2.55	القلق	15
1.66	2.80	الحساسية	16
2.38	3.22	الغضب	17
2.62	3.18	التوتر	18
21.57	48.00	الدرجة الكلية	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن متوسطات العينة الكلية على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل الخاصة بالنواحي العصابية و السيكوسوماتية قد تراوحت بين 1.06 بالنسبة للمقياس الخاص بالجلد وبين 4.52 بالنسبة لعدم الكفاية. وذلك حسب الترتيب التالي:

2.55:القلق (10)	4.52: عدم الكفاية: (1)
2.51: العادات: (11)	3.70: الجهاز الهضمي: (2)
2.42: الجهاز العظمي: (12)	3.63: القلب والأوعية: (3)
2.39: الاكتئاب: (13)	3.22: الغضب: (4)
2.14: الجهاز البولي التناسلي: (14)	3.19: التعب: (5)
1.64: أمراض مختلفة: (15)	3.18: التوتر: (6)
1.54: السمع والإبصار: (16)	3.12: الجهاز العصبي: (7)
1.48: تكرار المرض: (17)	2.86: الجهاز التنفسي: (8)
1.06: الجلد: (18)	2.80: الحساسية: (9)

كما يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن الاضطرابات السيكوسوماتية الأكثر شيوعاً لدى العينة تمثلت في : عدم الكفاية بمتوسط حسابي 4.52، ثم الجهاز الهضمي بمتوسط حسابي 3.70 ثم يليه القلب و الأوعية بمتوسط حسابي 3.63، ثم الغضب بمتوسط حسابي 3.22 ، ثم يأتي التعب بمتوسط 3.19.

الفرضية الثالثة: نتوقع درجة إصابة شديدة بالاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة:

ولمعرفة مستوى الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة، تم الاعتماد على كراسة تعليمات قائمة كورنل للنواحي السيكوسوماتية والعصابية، والتي تحدد درجات ومستويات الاضطراب السيكوسوماتي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (21) يوضح مستويات الاضطراب السيكوسوماتي حسب قائمة كورنل

الدرجة	مستوى الاضطراب
أقل من 29	الأسوياء
من 30 . 39	اضطراب خفيف
من 40 . 50	اضطراب متوسط
من 51 فما فوق	اضطراب شديد

ولمعرفة درجة الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد عينة الدراسة، تم استخدام اختبار χ^2 للكشف عن الفروق بين التكرارات والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (22) يوضح الفروق بين مستويات الاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة

الدالة	χ^2	النسب المئوية	التكرارات	مستوى الاضطراب
0.01	43.33	21 %	31	سوي
		16 %	24	اضطراب خفيف
		15 %	23	اضطراب متوسط
		48 %	72	اضطراب شديد
		100 %	150	الكلية

يتبين لنا من خلال هذا الجدول وجود فروق في توزيع مستويات الإصابة بالاضطرابات

السيكوسوماتية لدى أفراد العينة، حيث كان أكبر عدد تكرارات لصالح الاضطراب السيكوسوماتي

الشديد ، إذ بلغ عدد تكرارات مستوى الاضطراب الشديد (70) بنسبة 48% أي حوالي نصف عدد العينة ، كما بلغت قيمة χ^2 : 43.33 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وبالتالي فإن أمهات أطفال التوحد يظهرن درجة شديدة من الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي.

2. الفرضية الرابعة: توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط و الاضطرابات السيكوسوماتية

لدى أفراد العينة:

وللكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط والاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة، تم الاعتماد على معامل الارتباط " بيرسون " بين كل من المقاييس الفرعية لقائمة كورنل و مقياس مصدر الضبط، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (23) يوضح معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية لقائمة كورنل و بين مقياس مصدر الضبط

الرقم	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	مصدر الضبط
1	السمع و الإبصار	0.005
2	الجهاز التنفسي	0.001
3	القلب و الأوعية	0.18*
4	الجهاز الهضمي	0.047
5	الجهاز العظمي	0.128
6	الجلد	0.043
7	الجهاز العصبي	0.058
8	الجهاز البولي . التناسلي	0.098
9	التعب	0.26**
10	تكرار المرض	0.12
11	أمراض مختلفة	-0.044
12	العادات	0.12
13	عدم الكفاية	0.090

0.31**	الاكتئاب	14
0.15	القلق	15
0.15	الحساسية	16
0.25**	الغضب	17
0.31**	التوتر	18
0.21**	الدرجة الكلية	

* معامل الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.05

** معامل الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتبين لنا من خلال الجدول السابق، أن عدد الارتباطات الدالة إحصائياً بين مقياس مصدر الضبط والمقاييس الفرعية لقائمة كورنل قد بلغ 6 ارتباطات من أصل 18 ارتباطاً بنسبة 33%، وكانت هذه

الارتباطات الدالة في كل من : القلب والأوعية (0.18*)، التعب (0.26**)، الاكتئاب

(0.31**)، الغضب (0.25**) والتوتر (0.31**)، بينما لم يتم الكشف عن ارتباطات أخرى في

باقي المقاييس ، إلا أن النتائج أسفرت عن وجود ارتباط جوهري بين الدرجة الكلية لقائمة كورنل

والدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط (0.21**).

3. الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مقياس مصدر

الضبط تعزى إلى متغير العمر، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.

➤ العمر:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن الفروق في مقياس مصدر الضبط بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير العمر. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (24) يوضح الفروق بين المجموعات لمقياس مصدر الضبط حسب متغير العمر

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	مصدر الضبط
0.30 غير دالة	1.22	13,77	3	41,32	بين المجموعات	
		11,24	146	1642	داخل المجموعات	
			149	1683,33	الكلي	

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن تحليل التباين الأحادي لم يكشف عن فروق جوهرية بين

المجموعات، حيث كانت قيمة "ف" (1.22) بدلالة (0.30) وهي درجة غير دالة ، وبالتالي فإنه لا

توجد فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى متغير السن.

➤ الوضعية المهنية:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار ت (T test) بغرض الكشف عن الفروق في

مقياس مصدر الضبط بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير الوضعية المهنية. وذلك موضح

في الجدول التالي:

جدول (25) يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين لمقياس مصدر الضبط حسب متغير الوضعية المهنية

الدالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	مصدر الضبط
0.061 غير دالة	1,88	3.25	10,62	118	غير عاملة	
		3,59	9,37	32	عاملة	

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ت لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات،

حيث كانت قيمة "ت" (1.88) بدلالة (0.061) وهي درجة غير دالة. وبالتالي فإنه لا توجد فروق

بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى متغير الوضعية المهنية.

➤ المستوى التعليمي:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن

الفروق في مقياس مصدر الضبط بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (26) يوضح الفروق بين المجموعات لمقياس مصدر الضبط حسب متغير المستوى التعليمي

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	مصدر الضبط
0.014 دالة 0.05	3,65	39,2	3	117,6	بين المجموعات	
		10,72	146	1565,73	داخل المجموعات	
			149	1683,33	الكلية	

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ف كشف عن فروق جوهرية بين المجموعات، حيث

كانت قيمة "ف" (3.65) بدلالة (0.014) وهي دالة عند مستوى (0.05). وبالتالي فإنه توجد

فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

وبما أن تحليل التباين لا يكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات ، فقد تم استخدام القياس البعدي (Post Hock_ LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها والتي نبينها كالاتي:

جدول (27) يوضح اتجاه الفروق في مصدر الضبط حسب متغير المستوى التعليمي

الدالة	الفروق بين المتوسطات	المستوى التعليمي للأم	المتوسط	المستوى التعليمي للأم	مصدر الضبط
0,012	2,33569*	متوسط	12,2759	ابتدائي	LSD
0,039	1,75905*	ثانوي			
0,002	2,61268*	جامعي			
0,012	-2,33569*	ابتدائي	9,9402	متوسط	
0,470	-,57663	ثانوي			
0,715	,27699	جامعي			
,039	-1,75905*	ابتدائي	10,5169	ثانوي	
,470	,57663	متوسط			
,201	,85362	جامعي			
,002	-2,61268*	ابتدائي	9,6632	جامعي	
,715	-,27699	متوسط			
,201	-,85362	ثانوي			

نلاحظ من خلال الجدول:

_ وجود فروق دالة إحصائية عند 0.05 بين المستويين الابتدائي والمتوسط لصالح الابتدائي (0.012).

_ وجود فروق دالة إحصائية عند 0.05 بين المستويين الابتدائي والثانوي لصالح الابتدائي (0.039).

_ وجود فروق دالة إحصائية عند 0.01 بين المستويين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي (0.002).

وبالتالي، وجود فروق في الدرجة الكلية لمصدر الضبط حسب متغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي بمتوسط 12.27، وهو أكبر من المتوسط 11، وبذلك فإن الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي يظهرن ميلا إلى الضبط الخارجي مقارنة ببقية المستويات.

➤ مدة إصابة الطفل بالتوحد:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن الفروق في مقياس مصدر الضبط بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير مدة إصابة الطفل بالتوحد. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (28) يوضح الفروق بين المجموعات لمقياس مصدر الضبط حسب متغير مدة إصابة الطفل بالتوحد

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	التباين	مصدر الضبط
0.082 غ دالة	2,27	25.61	3	76.83	بين المجموعات	
		11.24	137	1541,02	داخل المجموعات	
			140	1617,85	الكلية	

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ف لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات، حيث كانت قيمة "ف" (2.27) بدلالة (0.082) وهي درجة غير دالة إحصائية. وبالتالي فإنه لا توجد فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط تعزى إلى متغير إصابة الطفل بالتوحد.

4. الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في قائمة كورنل

للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغيرات الدراسة (العمر، المستوى التعليمي، الوضعية

المهنية للأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد) :

➤ عمر الأم:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن

الفروق بين الأمهات في مقياس كورنل للنواحي السيكوسوماتية العصابية بين أفراد العينة حسب

متغير العمر. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (29) يوضح الفروق بين المجموعات حسب العمر على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

الرقم	المقياس الفرعي	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1	السمع و الإبصار	بين المجموعات	16,510	3	5,503	1,974	0,120 غ دالة
		داخل المجموعات	406,941	146	2,787		
		الكلي	423,452	149			
2	الجهاز التنفسي	بين المجموعات	9,006	3	3,002	,614	0,607 غ دالة
		داخل المجموعات	714,012	146	4,890		
		الكلي	723,019	149			
3	القلب و الأوعية	بين المجموعات	58,692	3	19,564	3,076	0,030 دالة 0.05
		داخل المجموعات	928,468	146	6,359		
		الكلي	987,160	149			
4	الجهاز الهضمي	بين المجموعات	6,735	3	2,245	,457	0,713 غ دالة
		داخل المجموعات	716,727	146	4,909		
		الكلي	723,463	149			
5	الجهاز العظمي	بين المجموعات	39,416	3	13,139	3,813	0, 11 غ دالة
		داخل المجموعات	503,031	146	3,445		
		الكلي	542,447	149			

0,196 غ دالة	1,583	4,075	3	12,226	بين المجموعات	الجلد	6
		2,575	146	375,930	داخل المجموعات		
			149	388,156	الكلي		
0,106 غ دالة	2,075	14,837	3	44,511	بين المجموعات	الجهاز العصبي	7
		7,151	146	1044,064	داخل المجموعات		
			149	1088,575	الكلي		
0,343 غ دالة	1,119	4,849	3	14,548	بين المجموعات	الجهاز البولي . التناسلي	8
		4,333	146	632,562	داخل المجموعات		
			149	647,110	الكلي		
0,098 غ دالة	2,136	10,000	3	30,000	بين المجموعات	التعب	9
		4,681	146	683,393	داخل المجموعات		
			149	713,393	الكلي		
0,505 غ دالة	,784	2,567	3	7,701	بين المجموعات	تكرار المرض	10
		3,276	146	478,223	داخل المجموعات		
			149	485,924	الكلي		
0,309 غ دالة	1,208	4,348	3	13,045	بين المجموعات	أمراض مختلفة	11
		3,600	146	525,571	داخل المجموعات		
			149	538,615	الكلي		
0,263 غ دالة	1,341	3,482	3	10,445	بين المجموعات	العادات	12
		2,595	146	378,905	داخل المجموعات		
			149	389,349	الكلي		
0,925 غ دالة	,156	,969	3	2,908	بين المجموعات	عدم الكفاية	13
		6,202	146	905,426	داخل المجموعات		
			149	908,333	الكلي		
0,137 غ دالة	1,872	7,823	3	23,470	بين المجموعات	الاكتئاب	14
		4,179	146	610,144	داخل المجموعات		
			149	633,613	الكلي		
0,254	1,372	5,135	3	15,405	بين المجموعات	القلق	15

غ دالة		3,742	146	546,315	داخل المجموعات		
			149	561,720	الكلي		
0,535 غ دالة	,732	2,029	3	6,086	بين المجموعات	الحساسية	16
		2,772	146	404,743	داخل المجموعات		
			149	410,829	الكلي		
0,202 غ دالة	1,558	8,739	3	26,217	بين المجموعات	الغضب	17
		5,610	146	819,091	داخل المجموعات		
			149	845,308	الكلي		
0,090 غ دالة	2,205	14,842	3	44,525	بين المجموعات	التوتر	18
		6,730	146	982,631	داخل المجموعات		
			149	1027,156	الكلي		
0,056 غير دالة	2,571	1051,210	3	3153,630	بين المجموعات	الدرجة الكلية	
		408,811	146	59686,343	داخل المجموعات		
			149	62839,973	الكلي		

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ف لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات في الدرجة الكلية ، الدرجة الكلية فقد بلغت قيم ف 2.57 بدلالة 0.056 وهي قيمة غير دالة إحصائياً .

➤ الوضعية المهنية للأمم:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار ت (T test) بغرض الكشف عن الفروق بين الأمهات في مقياس كورنل للنواحي السيكوسوماتية العصابية حسب متغير الوضعية المهنية. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (30) يوضح الفروق بين متوسطات المجموعتين على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل حسب الوضعية المهنية

الرقم	المقياس الفرعي	الوضعية المهنية	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
1	السمع و الإبصار	غير عاملة	118	1,35	1,62	-2,625	0.01 دالة
		عاملة	32	2,22	1,75		
2	الجهاز التنفسي	غير عاملة	118	2,85	2,12	-0,041	غ دالة 0.96
		عاملة	32	2,87	2,49		
3	القلب و الأوعية	غير عاملة	118	2,85	2,46	0,641	غ دالة 0.52
		عاملة	32	2,87	2,95		
4	الجهاز الهضمي	غير عاملة	118	3,77	2,28	0,850	غ دالة 0.39
		عاملة	32	3,40	1,89		
5	الجهاز العظمي	غير عاملة	118	2,47	1,84	0,657	غ دالة 0.51
		عاملة	32	2,22	2,14		
6	الجلد	غير عاملة	118	0,88	1,30	-2,651	دالة 0.01 0.009
		عاملة	32	1,71	2,34		
7	الجهاز العصبي	غير عاملة	118	3,37	2,53	0-,596	غ دالة 0.55
		عاملة	32	2,03	3,28		
8	الجهاز البولي . التناسلي	غير عاملة	118	2,03	2,10	-1,186	غ دالة 0.23
		عاملة	32	2,53	1,99		
9	التعب	غير عاملة	118	3,28	2,30	1,019	غ دالة 0.31
		عاملة	32	2,84	1,66		
10	تكرار المرض	غير عاملة	118	1,51	1,81	0,488	غ دالة 0.62
		عاملة	32	1,34	1,80		
11	أمراض مختلفة	غير عاملة	118	1,33	1,67	-3,896	دالة 0.01 0.000
		عاملة	32	2,75	2,28		
12	العادات	غير عاملة	118	2,49	1,55	0-,260	غ دالة 0.79
		عاملة	32	2,58	1,85		
13	عدم الكفاية	غير عاملة	118	4,75	2,41	2,187	دالة 0.05 0.030
		عاملة	32	3,68	2,52		
14	الاكتئاب	غير عاملة	118	2,59	2,08	2,321	0.022

دالة 0.05		1,82	1,65	32	عاملة		
غ دالة 0.81	0-,233	1,95	2,53	118	غير عاملة	القلق	15
		1,93	2,62	32	عاملة		
غ دالة 0.30	1,038	1,63	2,87	118	غير عاملة	الحساسية	16
		1,74	2,53	32	عاملة		
غ دالة 0.17	1,369	2,30	3,36	118	غير عاملة	الغضب	17
		2,60	2,71	32	عاملة		
دالة 0.023 دالة 0.05	2,305	2,76	3,43	118	غير عاملة	التوتر	18
		1,71	2,25	32	عاملة		
غ دالة 0.75	0,308	20,71	44,57	118	عاملة	الدرجة الكلية	
		20,16	43,31	32	غير عاملة		

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبارات لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات

في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة "ت" (0.30) بدلالة (0.75) وهي قيمة غير دالة .

إلا أن اختبارات كشف عن وجود فروق بين المجموعات في المقاييس الفرعية التالية:

_السمع والإبصار: حيث بلغت قيمة ت (-2,625) بدلالة 0.01 وهي قيمة دالة إحصائياً

لصالح الفئة العاملة بمتوسط حسابي قدر بـ: 2,22 وهو أكبر من متوسط الفئة غير العاملة

والذي قدر بـ 1.35.

_الجلد: فقد بلغت قيمة ت (2.65) بدلالة 0.009 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01

لصالح الفئة العاملة بمتوسط حسابي قدر بـ: 1.71 وهو أكبر من متوسط الفئة غير العاملة

والذي قدر بـ 0.88.

_ أمراض مختلفة : حيث بلغت قيمة ت (3.89) بدلالة 0.000 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01. لصالح الفئة العاملة بمتوسط حسابي قدر ب: 2,75 وهو أكبر من متوسط الفئة غير العاملة والذي قدر ب 1.33.

_ عدم الكفاية : حيث بلغت قيمة ت (2.18) بدلالة 0.03 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.05. لصالح الفئة غير العاملة والذي قدر ب 4.75 وهو أكبر من متوسط الفئة العاملة الذي قدر ب: 3.68.

_ الاكتئاب : حيث بلغت قيمة ت (2.32) بدلالة 0.02 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.05. لصالح الفئة غير العاملة والذي قدر ب 2.59 وهو أكبر من متوسط الفئة العاملة الذي قدر ب: 1.65.

_ التوتر: حيث بلغت قيمة ت (2.30) بدلالة 0.02 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.05. لصالح الفئة غير العاملة والذي قدر ب 3.43 وهو أكبر من متوسط الفئة العاملة الذي قدر ب: 2.25. وبالتالي، يمكننا القول بأن الفروق بين أمهات أطفال التوحد جاءت على النحو التالي:

- السمع والإبصار، الجلد وأمراض مختلفة لصالح الفئة العاملة.

- عدم الكفاية، الاكتئاب والتوتر لصالح الفئة غير العاملة.

➤ المستوى التعليمي:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن الفروق بين أفراد العينة في مقياس كورنل للنواحي السيكوسوماتية العصابية حسب متغير المستوى التعليمي. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (31) يوضح الفروق بين المجموعات حسب المستوى التعليمي على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

الرقم	المقياس الفرعي	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1	السمع و الإبصار	بين المجموعات	3,536	3	1,179	0,410	0,74 غ دالة
		داخل المجموعات	419,916	146	2,876		
		الكلي	423,452	149			
2	الجهاز التنفسي	بين المجموعات	9,590	3	3,197	0,654	0,58 غ دالة
		داخل المجموعات	713,429	146	4,886		
		الكلي	723,019	149			
3	القلب و الأوعية	بين المجموعات	77,413	3	25,804	4,141	0,008 دالة 0.01
		داخل المجموعات	909,747	146	6,231		
		الكلي	987,160	149			
4	الجهاز الهضمي	بين المجموعات	12,372	3	4,124	0,847	0,47 غ دالة
		داخل المجموعات	711,091	146	4,870		
		الكلي	723,463	149			
5	الجهاز العظمي	بين المجموعات	10,137	3	3,379	0,927	0,43 غ دالة
		داخل المجموعات	532,310	146	3,646		
		الكلي	542,447	149			
6	الجلد	بين المجموعات	2,238	3	,746	0,282	0,83 غ دالة
		داخل المجموعات	385,918	146	2,643		
		الكلي	388,156	149			
7	الجهاز العصبي	بين المجموعات	27,517	3	9,172	1,262	0,29 غ دالة
		داخل المجموعات	1061,058	146	7,268		
		الكلي	1088,575	149			
8	الجهاز البولي . التناسلي	بين المجموعات	30,948	3	10,316	2,444	0,06 غ دالة
		داخل المجموعات	616,162	146	4,220		
		الكلي	647,110	149			
9	التعب	بين المجموعات	93,971	3	31,324	7,383	0,000 دالة
		داخل المجموعات	619,422	146	4,243		

0.01			149	713,393	الكلية		
0,06 غ دالة	2,468	7,816	3	23,449	بين المجموعات	تكرار المرض	10
		3,168	146	462,475	داخل المجموعات		
			149	485,924	الكلية		
0,52 غ دالة	0,754	2,739	3	8,216	بين المجموعات	أمراض مختلفة	11
		3,633	146	530,399	داخل المجموعات		
			149	538,615	الكلية		
0,54 غ دالة	0,720	1,892	3	5,677	بين المجموعات	العادات	12
		2,628	146	383,672	داخل المجموعات		
			149	389,349	الكلية		
0,58 غ دالة	0,653	4,009	3	12,027	بين المجموعات	عدم الكفاية	13
		6,139	146	896,306	داخل المجموعات		
			149	908,333	الكلية		
0,000 دالة 0.01	7,743	28,991	3	86,972	بين المجموعات	الاكتئاب	14
		3,744	146	546,642	داخل المجموعات		
			149	633,613	الكلية		
0,08 غ دالة	2,217	8,157	3	24,472	بين المجموعات	القلق	15
		3,680	146	537,249	داخل المجموعات		
			149	561,720	الكلية		
0,79 غ دالة	0,338	,945	3	2,836	بين المجموعات	الحساسية	16
		2,794	146	407,993	داخل المجموعات		
			149	410,829	الكلية		
0,012 دالة 0.05	3,756	20,189	3	60,567	بين المجموعات	الغضب	17
		5,375	146	784,741	داخل المجموعات		
			149	845,308	الكلية		
0,001 دالة 0.01	5,479	34,648	3	103,945	بين المجموعات	التوتر	18
		6,323	146	923,211	داخل المجموعات		
			149	1027,156	الكلية		
0,11	1,997	825,545	3	2476,634	بين المجموعات	الدرجة الكلية	

غ دالة		413,448	146	60363,339	داخل المجموعات
			149	62839,973	الكلية

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ف لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة "ف" (1.99) بدلالة (0.11) وهي قيمة غير دالة .

إلا أن تحليل التباين كشف عن وجود فروق بين المجموعات في المقاييس الفرعية التالية:

_ القلب والأوعية: حيث بلغت قيمة ف (4.14) بدلالة 0.008 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01.

_ التعب : فقد بلغت قيمة ف (7.38) بدلالة 0.000 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01.

_ الاكتئاب : حيث بلغت قيمة ف (7.74) بدلالة 0.000 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01.

_ الغضب : حيث بلغت قيمة ف (3.75) بدلالة 0.012 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.05.

_ التوتر: حيث بلغت قيمة ف (5.47) بدلالة 0.001 وهي قيمة دالة إحصائياً عند 0.01.

وبما أن تحليل التباين لا يكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات ، فقد تم استخدام القياس

البعدي (Post Hock_ LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها والتي نبينها كالتالي:

جدول (32) يوضح اتجاه الفروق حسب المستوى التعليمي للأم في المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

الدالة	الخطأ المعياري	الفروق بين المتوسطات	المستوى التعليمي للأم	المستوى التعليمي للأم		
,005	,70247	1,98003*	متوسط	ابتدائي	LSD	القلب والأوعية
,001	,64485	2,11720*	ثانوي			
,003	,61821	1,85792*	جامعي			

,000	,57964	2,14286*	متوسط	ابتدائي	LSD	التعب
,000	,53210	2,39535*	ثانوي			
,000	,51012	1,92857*	جامعي			
,000	,54452	2,17271*	متوسط	ابتدائي	LSD	الاكتئاب
,000	,49986	2,18874*	ثانوي			
,000	,47922	1,99534*	جامعي			
,018	,65242	1,55705*	متوسط	ابتدائي	LSD	الغضب
,001	,59891	1,98241*	ثانوي			
,027	,57417	1,27950*	جامعي			
,003	,70765	2,12382*	متوسط	ابتدائي	LSD	التوتر
,000	,64960	2,31405*	ثانوي			
,000	,62277	2,37145*	جامعي			

يتبين من الجدول مايلي:

_ القلب والأوعية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الابتدائي والمتوسط، وبين الابتدائي

والثانوي وبين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي.

_ التعب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الابتدائي والمتوسط، وبين الابتدائي والثانوي

وبين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي.

_ الاكتئاب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الابتدائي والمتوسط، وبين الابتدائي والثانوي

وبين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي.

_ الغضب: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الابتدائي والمتوسط، وبين الابتدائي والثانوي

وبين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي.

_ التوتر: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الابتدائي والمتوسط، وبين الابتدائي والثانوي

وبين الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي.

➤ مدة إصابة الطفل بالتوحد:

للتأكد من الفرضية، تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) بغرض الكشف عن الفروق بين الأمهات في مقياس كورنل للنواحي السيكوسوماتية العصابية حسب متغير مدة إصابة الطفل بالتوحد. وذلك موضح في الجدول التالي:

جدول (33) يوضح الفروق بين المجموعات حسب مدة إصابة الطفل بالتوحد على المقاييس الفرعية لقائمة كورنل

الرقم	المقياس الفرعي	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
1	السمع و الإبصار	بين المجموعات	13,434	3	4,478	1,54	0,20 غ دالة
		داخل المجموعات	397,054	137	2,898		
		الكلي	410,488	140			
2	الجهاز التنفسي	بين المجموعات	8,162	3	2,721	0,58	0,62 غ دالة
		داخل المجموعات	636,067	137	4,643		
		الكلي	644,229	140			
3	القلب و الأوعية	بين المجموعات	22,322	3	7,441	1,11	0,34 غ دالة
		داخل المجموعات	912,271	137	6,659		
		الكلي	934,593	140			
4	الجهاز الهضمي	بين المجموعات	21,654	3	7,218	1,47	0,22 غ دالة
		داخل المجموعات	669,798	137	4,889		
		الكلي	691,452	140			
5	الجهاز العظمي	بين المجموعات	20,912	3	6,971	1,88	0,13 غ دالة
		داخل المجموعات	505,598	137	3,690		
		الكلي	526,510	140			
6	الجلد	بين المجموعات	5,771	3	1,924	0,70	0,55 غ دالة
		داخل المجموعات	373,675	137	2,728		
		الكلي	379,446	140			

0,82 غ دالة	0,30	2,340	3	7,019	بين المجموعات	الجهاز العصبي	7
		7,715	137	1056,939	داخل المجموعات		
			140	1063,958	الكلي		
0,54 غ دالة	0,71	3,221	3	9,664	بين المجموعات	الجهاز البولي . التناسلي	8
		4,509	137	617,750	داخل المجموعات		
			140	627,414	الكلي		
0,14 غ دالة	1,81	8,688	3	26,063	بين المجموعات	التعب	9
		4,786	137	655,696	داخل المجموعات		
			140	681,759	الكلي		
0,35 غ دالة	1,10	3,671	3	11,013	بين المجموعات	تكرار المرض	10
		3,334	137	456,707	داخل المجموعات		
			140	467,721	الكلي		
0,46 غ دالة	0,86	3,252	3	9,756	بين المجموعات	أمراض مختلفة	11
		3,782	137	518,183	داخل المجموعات		
			140	527,939	الكلي		
0,91 غ دالة	0,17	,472	3	1,417	بين المجموعات	العادات	12
		2,684	137	367,660	داخل المجموعات		
			140	369,077	الكلي		
0,91 غ دالة	0,17	1,127	3	3,382	بين المجموعات	عدم الكفاية	13
		6,282	137	860,606	داخل المجموعات		
			140	863,987	الكلي		
0,17 غ دالة	1,70	7,209	3	21,626	بين المجموعات	الاكتئاب	14
		4,239	137	580,773	داخل المجموعات		
			140	602,399	الكلي		
0,30 غ دالة	1,23	4,547	3	13,641	بين المجموعات	القلق	15
		3,691	137	505,614	داخل المجموعات		
			140	519,255	الكلي		
0,77 غ دالة	0,37	1,037	3	3,110	بين المجموعات	الحساسية	16
		2,773	137	379,911	داخل المجموعات		

			140	383,021	الكلي		
0.3 غ دالة	2,92	15,836	3	47,508	بين المجموعات	الغضب	17
		5,407	137	740,737	داخل المجموعات		
			140	788,245	الكلي		
0,09 غ دالة	2,17	14,687	3	44,060	بين المجموعات	التوتر	18
		6,761	137	926,255	داخل المجموعات		
			140	970,315	الكلي		
0,55 غ دالة	0,69	293,616	3	880,847	بين المجموعات	الدرجة الكلية	
		424,231	137	58119,626	داخل المجموعات		
			140	59000,47	الكلي		

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن اختبار ف لم يكشف عن فروق جوهرية بين المجموعات في الدرجة الكلية ، حيث كانت قيمة "ف" (0.69) بدلالة (0.55) وهي قيمة غير دالة. كما أن تحليل التباين لم يكشف عن وجود فروق بين المجموعات في المقاييس الفرعية.

ثانيا: مناقشة وتحليل النتائج:

(1) مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

التذكير بالفرضية: نتوقع هيمنة الضبط الخارجي لدى أمهات أطفال التوحد.

يبين الجدول رقم (17) أن المتوسط الحسابي لمصدر الضبط قدر بـ : **10.36** وهو أقل من المتوسط المقدر لمصدر الضبط والمتمثل في **11**، وبالتالي فإننا نستنتج أن مصدر الضبط السائد لدى أفراد العينة هو الضبط الداخلي، وقد جاءت هذه النتيجة عكس ما توقعته الطالبة، حيث توقعت سيادة الضبط الخارجي، وبالرجوع إلى خصائص العينة، فإننا نجد أن أفراد العينة غالبيتهم من الفئة ذات المستوى التعليمي الجيد (المستوى الثانوي **43** أم بنسبة **28.7%**، المستوى الجامعي **56** أم بنسبة **37.3%**) وهذا ما تؤكدته العديد من الدراسات في ارتباط وجهة الضبط الداخلية بالمستوى التعليمي المرتفع مثل دراسة (الديب، **1985**) والتي أوضحت أن هناك فروقا بين الأفراد في مركز الضبط تعود إلى مستوى تعليمهم الأكاديمي، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أنه كلما انخفض مستوى مؤهلات الفرد العلمية انخفضت معها درجاته في الضبط الداخلي وكان أكثر ميلا نحو الضبط الخارجي. (الأحمد، **2014**، ص **220**).

كذلك فيما يخص السن، فقد يكون أيضا لمتغير السن دخل في سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى أفراد العينة، حيث أن متوسط العمر **38,57**، وكما ذكرنا سابقا بأن مصدر الضبط يتأثر بعوامل عدة من بينها السن، حيث كلما تقدم الفرد في السن كلما زاد توجه مصدر الضبط لديه إلى الوجهة الداخلية.

كذلك، أفراد عينة الدراسة هم من الإناث، وقد أوضحت العديد من الدراسات التي اهتمت بدراسة الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط إلى ميل الإناث إلى الضبط الداخلي ومن بينها: دراسة (Khana and Khana, 1979)، (Horchreich, 1975)، (كفافي، **1982**)، (جبالي، **2007**)، (Nerguz et al , 2010) و دراسة (أحمان، **2012**)،

وبما أن عينة الدراسة هي عينة جزائرية، فإننا يمكن أن نعتمد على التفسير الذي قدمه (جبالي، **2007**) فيما يخص التنشئة الاجتماعية في المجتمع الجزائري، باعتباره مجتمعا يتميز بقيم وعادات وتقاليد تحث على الضبط الداخلي، كما أنه مجتمع إسلامي، والدين الإسلامي من خلال قيمة

وركائزه ينمي الاعتقاد بالضبط الداخلي، وبالتالي فإن هذه النتيجة متفقة مع النتيجة التي توصل إليها (جبالي، 2007) من حيث سيادة الضبط الداخلي.

كما ترجع الطالبة هذه النتيجة إلى أن الأم أكثر شخص يفهم حالة طفلها التوحيدي، فهي على قدر من المعرفة في كيفية التعامل معه ومحاولة تطوير قدراته دون الحاجة إلى الآخرين الذين لم ولن يفهموا اضطراب طفلها، فبالنظر إلى الوضعية التي تعيشها أم الطفل التوحيدي المتمثلة في تحمل عدة مسؤوليات، فهي أم لطفل غير عادي يتطلب منها بذل مجهود مضاعف مقارنة بالمجهود الذي تبذله أم الطفل العادين وذلك يتطلب رعاية خاصة واهتماما مميذا لتلبية متطلباته، وأيضا هي زوجة وربة بيت مطالبة بالاهتمام بجميع أفراد أسرتها وتلبية رغباتهم، وقد تكون عاملة في أحيان كثيرة مما يفرض عليها أن توازن بين أسرتها وعملها، وبالتالي فإن هذا الوضع يجعلها مجبرة على الاعتماد على نفسها وعلى قدراتها الشخصية من أجل القيام بجميع مهامها. وكما ذكرنا سابقا، بأن أم الطفل التوحيدي تواجه العديد من المشكلات ومن بينها إلقاء اللوم عليها بأنها هي المسؤولة الوحيدة عن اضطراب طفلها، وبالتالي فالأم تجد نفسها في وضعية رفض لهذا الاتهام وتحاول تغيير هذه النظرة التي يراها بها الآخرون، فتسعى جاهدة إلى مساعدة طفلها والتحسين من حالته وتطوير مهاراته. وبالتالي اعتقادها بأنها أكثر قدرة على مراقبة وضبط سلوك طفلها التوحيدي.

وانتقلت هذه النتائج مع دراسة (Llyod and Hastings, 2009) بينما تعارضت هذه النتائج مع نتائج دراسة (Barakat, 2005) (Wah, 2011)، (Wright, 2007) والتي توصلت إلى أن والدي الطفل التوحيدي يتميزون بضبط خارجي.

2 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

التذكير بالفرضية: انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من الاضطرابات الانفعالية لدى أمهات أطفال التوحد .

حسب النتائج المدرجة في الجدول ، احتل مقياس عدم الكفاية المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره 4.52، وهو مقياس فرعي من المقاييس الانفعالية لقائمة كورنل، هذا المقياس الذي يمثل العصبية وعدم الثبات والارتباك في أداء الأعمال وصعوبة اتخاذ القرار، فأم الطفل التوحيدي تجد نفسها تتحمل العديد من المسؤوليات وتقوم بالعديد من الأعمال داخل وخارج البيت مما يجعلها أكثر

عصبية وارتباكاً في أدائها لأعمالها، طبعاً كل هذه الأمور تؤثر على الجانب المعرفي لديها وتصبح من عملية اتخاذ القرارات، فتجد نفسها دائماً في حيرة وارتباك وتوتر .

بينما احتل الجهاز الهضمي المرتبة الثانية فيما يخص المقاييس العامة لقائمة كورنل، والمرتبة الأولى فيما يخص المقاييس الخاصة بالنواحي السيكوسوماتية.

وترجع الطالبة هذه النتيجة إلى أن إصابات الجهاز الهضمي تنجم عن الضغوطات والانفعالات التي تعاني منها الأمهات نتيجة وجود طفل توحدي في حياتهن. فأم الطفل التوحدي ترفض وبشدة وضعية طفلها المصاب، والذي أسفر وجوده في حياتها عن الكثير من المشكلات والضغوطات والتوترات النفسية والاجتماعية، إذ أن الكثير من الأمهات يعتبرن دخول الطفل التوحدي حياتهن هو بمثابة الحرمان من متعة الحياة، وبالتالي فإن هذا الرفض يترجم عن طريق إصابات الجهاز الهضمي إذ أن المعدة تهضم متقبله من الطعام، وتستقرغ كل ما ترفضه.

وبالعودة إلى النظريات المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي، وحسب ما جاء به **ولف (Wolff)**، فإن أم الطفل التوحدي تفشل في التوافق والتكيف مع الضغوطات التي يفرضها عليها وجود هذا الطفل في حياتها، مما يثير قلقها وتوترها، فيقوم الجهاز الهضمي باستجابات لهذا الضغط تتمثل في زيادة الإفرازات الحشوية كالأحماض الهاضمة بالمعدة، وكلما زادت الحالة الانفعالية كلما اضطربت الوظائف الحشوية مما يؤدي في النهاية إلى الإصابة بقرحة المعدة أو القولون.

وحسب نظرية **فرانز ألكسندر (Franz Alexander)** والتي جاءت بفكرة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي استجابة نوعية للصراع، حيث يرى أن كل اضطراب سيكوسوماتي يعكس نمطاً معيناً من الصراع، وحسب هذه النظرية، فإن الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الفرد الراشد تعكس نوعاً من إعادة تنشيط ردود الفعل الفسيولوجية المزمّنة المرتبط بالطفولة.

وحسب **فرانز**، فإن أم الطفل التوحدي تعاني من صراعات مثبتة خاصة بالاعتمادية أثناء المرحلة الفموية من النمو الجنسي النفسي، وعندما تجد الأم نفسها أمام حدث ضاغط يسبب لها التوتر (**طفلها التوحدي**)، فإن هذا الأمر ينشط، وبالتالي فإن استجاباتها الجسمية تتخذ شكل الإفرازات المعوية المعدية. وأيضاً افترض **فرانز** أن مرضى القرحة يكتبون الحب الوالدي الطويل في الطفولة، وأن هذا الكبت يحدث زيادة في نشاط المعدة الذي يؤدي إلى الإصابة بالقرحة، وبهذا فإن المعدة تكون مستعدة بصفة مستمرة لتلقي الطعام الذي يساوي الحب الوالدي.

كما احتل جهاز القلب والأوعية المرتبة الثالثة من الاضطرابات التي تنتشر لدى أمهات أطفال التوحد، فالمعروف بأن الجهاز الدوري يعتبر من أكثر الأجهزة المستهدفة و المعرضة للاعتلال نتيجة للانفعالات والضغوط والتوترات التي يواجهها الفرد، ففي حالات الانفعال الشديد تزداد ضربات القلب، وتقوى جدران الأوعية الدموية، وذلك لأن القلب تتغير حركته ودرجة دفعه للدم في مواقف الخوف والقلق. وبالتالي فإن التوتر والإجهاد الذي تعاشيه أم الطفل التوحيدي يزيد من قابلية إصابتها بتصلب الشرايين والقلب والأوعية. وهذا يتفق مع نتائج دراسة (Aschbacher, 2017) والتي هدفت إلى دراسة العلاقة القائمة بين الإجهاد المزمن و انخفاض عدد الخلايا السلفية المكونة للدم لدى الأمهات الراعيات لأطفال التوحد. وقد توصلت الدراسة إلى أن أمهات أطفال التوحد أظهرن انخفاضا في عدد الخلايا السلفية المكونة للدم، وأيضا انخفاض في مستوى الكوليستيرول، وكذلك أشارت الدراسة إلى أن الإجهاد بين شخصي المتعلق بالطفل التوحيدي يعتبر مؤشرا نفسيا أساسيا لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية المرتبطة بالتوتر.

أما فيما يخص مقياس الغضب فقد جاء في المرتبة الرابعة، وقد يرجع هذا إلى المهام المتعددة التي تقوم بها أم الطفل التوحيدي، مما يؤثر سلبا على تصرفاتها وسلوكاتها، وتصبح سهلة الاستنارة من قبل الآخرين، حيث أنها تشعر بالتعب والإرهاق، فتجد نفسها في حالة غضب دائم.

بينما احتل مقياس التعب المرتبة الخامسة، وهذا أمر يبدو منطقيا في رأي الطالبة، فأم الطفل التوحيدي تجد نفسها تقوم بجهد مضاعف في تربية هذا الطفل الذي يجد صعوبة في القيام بأبسط الأمور التي يجيدها أي طفل عادي كالمهارات اليومية الاعتيادية، فنجد الأم تحاول إدارة أسرتها بشكل جيد وأن توفق بين هذا وذاك، كل هذا مع غياب الدعم و المساندة مما يعرضها للتعب والإنهاك، وهذا ما يتفق مع دراسة (أحمد، 2011) والتي توصلت إلى أن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين محاور الإنهاك النفسي والذي يتضمن (نقص المساندة والدعم، التعب البدني، الضغوط الانفعالية) وبين محاور إدارة موارد الأسرة، بمعنى أنه كلما ارتفع الإنهاك النفسي لدى أم الطفل التوحيدي كلما انخفض مستوى إدارتها للموارد الأسرية. كما أن هذه النتائج تتفق مع نتائج دراسة كل من (Seymour, 2013)، (Giallo, 2013) التي أسفرت عن مستويات عالية من التعب وضعف نوعية النوم لدى أمهات أطفال التوحد.

3 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

التذكير بالفرضية: نتوقع درجة إصابة شديدة بالاضطراب السيكوسوماتي لدى أفراد العينة:

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة بأن أمهات أطفال التوحد يعانون من درجة إصابة شديدة بالاضطراب السيكوسوماتي، حيث وصل عدد الأمهات من فئة الاضطراب الشديد إلى 72 أما بنسبة 48 %، فيما توزع بقية أفراد العينة على الاضطراب المتوسط (23 أما بنسبة 15 %)، الاضطراب الخفيف (24 أما بنسبة 16 %)، الأسوياء (31 أما بنسبة 21 %)

وقد جاءت هذه النتيجة موافقة لما توقعته الطالبة، ومن هنا يمكننا أن نرجع هذا إلى معاناة أم الطفل التوحدي وتعرضها لدرجة شديدة من الضغوط النفسية المختلفة، خاصة فيما يخص حالة طفلها التوحدي، وهذا ما أشارت إليه دراسة كل من (الكواري 2007)،(الشامي 2011) و (العضل 2012) إذ توصلت هذه الدراسات إلى أن الأمهات يعانين من درجات مرتفعة من الضغوط النفسية، حيث أن رعاية طفل توحدي مع ما يميزه من خصائص والتي تسبب عجزا في التواصل مع قصور في السلوك التكيفي، فالطفل التوحدي يجد صعوبة في تعلم مهارات العناية بالذات أو النظافة الشخصية والأكل وارتداء الملابس، هذه المهارات تعتبر وظائف روتينية يتمكن منها الطفل العادي بكل بساطة، مما يجعل أعباء الوظائف الاستقلالية مصدر قلق و إزعاج للأم التي تقوم بنفسها بهذه الأمور، كل هذه المشكلات تجعل الأم في حالة حيرة فهي لا تستطيع وضع خطط للمستقبل خاصة وأن ابنها لا يستطيع مواجهة الحياة بإمكانياته المحدودة.

كذلك نجد أيضا الضغوط الاجتماعية التي تواجهها الأم جراء رعايتها لهذا الطفل، حيث تعيش الأم حالة ضيق وتوتر تحاول الخروج منها عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بنظرة المجتمع الذي يعتبر الطفل التوحدي وصمة عار تلحق بالأسرة وبالأم خصوصا، وهذا يعود إلى عدم فهم الآخرين لاضطراب طفلها.

وبما أن الدراسة أجريت في مراكز وجمعيات التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر، وكنا قد اشرنا في الجانب النظري إلى واقع التكفل بهؤلاء الأطفال في الجزائر الذي مازال لم يرقى بعد إلى مستوى التكفل الجيد كم هو الحال في بعض الدول العربية مثل الأردن ودولة الإمارات العربية و المملكة السعودية، هذا الواقع المتمثل في نقص المختصين المتكويين في مجال اضطراب التوحد، وأيضا

انعدام المراكز المختصة بهذه الفئة، وكذلك إشكالية التشخيص وفهم الاضطراب من قبل العاملين في مجال التكفل بالفئات الخاصة بالجزائر، كل هذه الأمور تساعد في زيادة حجم المعاناة التي تعيشها الأم. فتحمل الأم مشاعر الذنب وتكبتها مما يجعلها تظهر أعراضا جسدية والتي تتعد لتصبح أمراض عضوية. وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Alik et al, 2006) والتي توصلت إلى أن الأمهات يظهن انخفاضاً على مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة وكذلك انخفاض في مستوى الصحة الجسدية مقارنة بالمجموعة الضابطة (أمهات أطفال عاديين). أيضا دراسة (Malhorta and Sharma, 2013) والتي توصلت إلى أن وجود طفل معاق أدى إلى تدهور الصحة الجسدية للوالدين، ودراسة (Reed et al, 2016) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الضغط المدرك وانخفاض جودة الحياة المتعلقة بالصحة وزيادة الأعراض الجسدية. وتوصلت دراسة (Aschbacher, 2017) إلى أن أمهات أطفال التوحد أظهرن انخفاضا في عدد الخلايا السلفية المكونة للدم والتي تعمل على الحفاظ على توازن الأوعية الدموية والتي ترتبط بتصلب الشرايين، وأيضا انخفاض في مستوى الكولستيرول.

وبالتالي فإن الاضطراب السيكوسوماتي لدى أم الطفل التوحدي هو تحصيل حاصل لكمية الضغوط والتوترات التي تعيشها يوميا، وهذا ما أشار إليه وولف (Wolff) إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية غالبا ما ترجع إلى ضغوط الحياة المختلفة، تلك الضغوط التي لا تتفق مع تكوين الفرد الفسيولوجي.

كما أنه لا يمكننا أن نتجاهل أمرا في غاية الأهمية والمتمثل في موضوع الجسدية، ففي حين أن الفرد الغربي يجد سهولة في التعبير عن انفعالاته وعن حالته النفسية، فإننا نجد الفردي العربي والجزائري خاصة يميل إلى التعبير عن ذلك من خلال جسده، فنجده يعبر عن الاكتئاب من خلال آلام في أحد أجزاء جسمه، وهنا نتحدث عن " الاكتئاب المقنع " الذي تغيب فيه الأعراض الانفعالية الكلاسيكية التي تختفي تحت ستار الأعراض الجسدية، وهذا ما أشارت إليه دراسة (زعطوط، 2002) حيث توصلت إلى أن الفرد الجزائري يعبر عن اكتتابه من خلال أعراض هي: أعراض الجهاز العصبي والدماغ 28% مثل الصداع والدوار والإحساس بالتتميل ثم أعراض الجهاز الهضمي 14.4% مثل آلام البطن واضطراب الأمعاء الوظيفية، ثم أعراض الجهاز الوعائي والقلب 14% مثل آلام القلب واضطراب النبض، وهناك نسبة هامة 11% عبرت عن

معاناتها بأعراض التعب والوهن؛ وأخيرا أعراض المفاصل والعظام والآلام غير المحددة. وهي تقريبا نفس الاضطرابات الجسدية التي أظهرها أفراد العينة الحالية.

وفي دراسة مسحية قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) بالجزائر سنة 1990 وشملت العينة 93680 شخصا، اختيروا بطريقة عشوائية وهدفت الدراسة إلى تقييم واقع الصحة في الجزائر، وقد شمل الجزء المخصص للصحة العقلية الأمراض العقلية المزمنة واضطرابات السلوك والإدمان والجسدية، وقد وجدت الدراسة أن أكثر من 16% أي 15371 شخصا عانوا من اضطرابات نفسية. وفي تحديد أسباب ودواعي الفحص شكل الاكتئاب نسبة 62.9%. وعليه يمكن اعتبار الاكتئاب أحد أهم مشاكل الصحة العمومية في الجزائر بسبب الظروف الصعبة التي مر بها الجزائريون في العشرية الأخيرة من القرن الماضي. (زعطوط، 2002).

فالجسدية هي وسيلة للتعبير عن المعاناة النفسية تعاشها الأم بصورة يومية، هذه المعاناة التي لم تجد طريقها في الظهور بصورتها الأصلية، فتترجم عن طريق أعراض واضطرابات جسدية مختلفة، وهنا كذلك نشير إلى مفهوم " التكتّم " الذي يتمثل في فقدان التعبير الانفعالي، حيث أشارت دراسة (العثيان وآخرون، 2012) إلى أن أمهات الأطفال المعاقين لديهن درجة عالية من أعراض التكتّم.

كذلك يمكننا أن نرجع هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة يمثلون الجنس الأنثوي، وكما هو معروف فإن الهرمونات الأنثوية لدى المرأة تؤثر على الحالة الانفعالية لديها، كما تقوم بتثبيط المناعة لديها وهذا ما يجعلها معرضة لمختلف الإصابات الجسدية.

4 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

التذكير بالفرضية: توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أفراد العينة:

أشارت نتائج الفرضية الرابعة إلى أن عدد الارتباطات الدالة إحصائيا بين مقياس مصدر الضبط والمقاييس الفرعية لقائمة كورنل قد بلغ 6 ارتباطات من أصل 18 ارتباطا بنسبة 33%، وكانت هذه الارتباطات الدالة في كل من : القلب والأوعية (0.18^*)، التعب (0.26^{**})، الاكتئاب (0.31^{**})، الغضب (0.25^{**}) والتوتر (0.31^{**})، بينما لم يتم الكشف عن ارتباطات أخرى في

باقي المقاييس ، إلا أن النتائج أسفرت عن وجود ارتباط جوهري بين الدرجة الكلية لقائمة كورنل والدرجة الكلية لمقياس مصدر الضبط (0.21^{**}). وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (جبالي، 2007) وأيضا دراسة (آمال عبد الحليم، 1999)، التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط والاضطراب السيكوسوماتي، بينما تتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة (أحمان، 2012) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والمرض الجسدي.

إذا، فإن مصدر الضبط يعتبر متغيرا وسيطا بين الصحة والمرض، فالصحة مرتبطة بمدى اعتقاد الفرد حول قدرته على التحكم في الضغوط من حوله، وإدراكه للضغوط النفسية التي تواجهه والتي بدورها تتطور لتصبح أمراضا جسدية. إذ تشير (أحمان، 2012) إلى أن الأساس المعرفي لمفهوم الضبط في علاقته بالضغوط النفسية تكمن في توقعات الفرد عن قدرته على التحكم في المواقف غير المألوفة والغامضة والأحداث السالبة.

ومنه، فإن اعتقاد أم الطفل التوحيدي بعدم قدرتها على التحكم والسيطرة في الحدث الذي يعتبر ضاغطا وموترا والمتمثل في إصابة طفلها باضطراب التوحد يجعلها عاجزة على مواجهته ، أما اعتقدت الأم بقدرتها على السيطرة والتحكم في هذا الحدث فإنها تجد نفسها في موقف المواجهة والقدرة على التكيف مع هذا الوضع. وبهذا فإن قدرة الأم على التوافق مع الضغوط المختلفة التي تعاشها بسبب وجود طفلها التوحيدي تتأثر بمصدر الضبط لديها، وبالتالي فإن الأم التي تميل إلى الضبط الداخلي قادرة على التعامل مع الضغط وتحاول جاهدة أن تواجه بمختلف الاستراتيجيات وهذا الأمر يقلل من تطور الضغوط التي ينتج عنها مختلف الاضطرابات الجسدية، أما الأم التي تميل إلى الضبط الخارجي تجد نفسها عاجزة عن التوافق مع هذا الوضع وهذا لاعتقادها بعدم قدرتها على التحكم في وضعها الذي يفرضه عليها وجود طفل توحيدي في حياتها وبالتالي تصبح صحتها الجسدية مهددة بالتدهور.

وبذلك يتجلى دور مصدر الضبط باعتباره عاملا وسيطا في حدوث المرض، كما تبين أن له أهمية في المساهمة في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض. وتشير (أحمان، 2012، ص) في هذا الصدد إلى أن مصدر الضبط يلعب دورا هاما في الوقاية أو الإصابة بالأمراض الجسدية المختلفة، وهذا يتوقف على طبيعة مصدر ضبط الأفراد، إذ بينت عدة دراسات أن الأفراد ذوي الضبط

الصحي الداخلي والذين يعتقدون أن لهم القدرة على التحكم في صحتهم هم أكثر الأشخاص الذين يسلكون سلوكا صحيا وقائيا من غيرهم من ذوي الضبط الخارجي الذين يعتقدون في تأثير القدر أو الحظ أو تأثير الآخرين في مسارهم الصحي،

وقد أجريت العديد من الدراسات في هذا الصدد، والتي أشارت إلى أن ذوي الضبط الداخلي هم أكثر تمتعا بالصحة الجسدية وأقل عرضة للإصابة بالأمراض، إلا أن الدراسة الحالية التي توصلت إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط لدى أفراد العينة (ضبط داخلي) وبين الاضطرابات السيكوسوماتية (إصابة شديدة)، أي أن أمهات أطفال التوحد رغم ميلهن إلى الضبط الداخلي إلى أنهن أظهرن درجة إصابة شديدة بالاضطرابات السيكوسوماتية عكس ما توصلت إليه العديد من الدراسات. وبهذا، فإن الطالبة ترجع هذه النتيجة إلى الخلفية الثقافية الجزائرية التي تميل إلى الجسدية، والتعبير عن الحالة النفسية والانفعالية من خلال الأعراض الجسدية.

5) مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

التذكير بالفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مقياس مصدر الضبط تعزى إلى متغير العمر، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية للأُم، مدة إصابة الطفل بالتوحد.

أشارت نتائج هذه الفرضية إلى غياب الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين أمهات أطفال التوحد في مصدر الضبط تبعا لمتغيرات الدراسة: العمر، الوضعية المهنية، مدة إصابة الطفل بالتوحد. إلا أن النتائج أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية بين أمهات أطفال التوحد في مصدر الضبط تعزى لمتغير المستوى التعليمي، إذ أظهر الجدول (27) أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي أظهرن ميلا إلى الضبط الخارجي، وهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في العديد نتائج الدراسات التي توصلت إلى ارتباط مصدر الضبط بالمستوى التعليمي.

حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أنه كلما انخفض مستوى مؤهلات الفرد العلمية انخفضت معها درجاته في الضبط الداخلي وكان أكثر ميلا نحو الضبط الخارجي مثل دراسة (جبالي، 2007) التي توصلت إلى وجود فروق جوهرية في مصدر الضبط تبعا لمتغير المستوى التعليمي لصالح الابتدائي، وهي نتيجة تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية، أي أن المستوى التعليمي يعتبر عاملا من العوامل التي قد يتأثر بها مصدر الضبط لدى الأفراد.

فأم الطفل التوحدي ذات المستوى التعليمي المتدني تلجأ إلى الاعتماد على الآخرين (أطباء ومختصين ومربين أو حتى الأهل) فيما يخص حالة طفلها وهذا يعود إلى عدم فهمها لهذا الاضطراب وكيفية التعامل معه، فنظرا لتدني مستواها التعليمي، فإنها لن تستطيع الوصول إلى المعلومات الوافية التي تجيب على الكثير من الأسئلة التي تدور في ذهنها حول حالة طفلها التوحدي، هذا يقلل من فرص فهمها للاضطراب والتعامل معه. على خلاف الأم ذات المستوى التعليمي المتوسط والمرتفع والتي يساعدها مستواها التعليمي على فهم هذا الاضطراب وذلك من خلال البحث في الكتب والمواقع الالكترونية من أجل الحصول على المعلومات الكافية و التعرف على أهم البرامج التدريبية التي تساعد طفلها في التحسين من مهاراته. وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة (جبالي، 2012) التي أشارت إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المستوى التعليمي الابتدائي يتبعن استراتيجيات سلبية في مواجهة الضغوط الناجمة عن إصابة طفلهن بالمتلازمة، وتتمثل هذه الاستراتيجيات في الإنكار ولوم الذات (الانفعال) ، بينما تلجأ الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي إلى اتباع استراتيجيات إيجابية والمتمثلة في البحث عن المعلومات.

6 مناقشة وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

التذكير بالفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في قائمة كورنل

للاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغيرات الدراسة (العمر، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية للأم، مدة إصابة الطفل):

توصلت نتائج الفرضية السادسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي، أي أن الأم ذات المستوى التعليمي الابتدائي أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، إن هذه النتيجة تتفق مع الدراسات التي توصلت إلى أن الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتدني هم أوفر حظا للإصابة بالأمراض الجسدية مثل دراسة (جبالي، 2007). إن هذه النتيجة تتفق نوعا ما مع ما جاءت به دراسة (جبالي، 2012) التي أشارت إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ذوات المستوى التعليمي الابتدائي يتبعن استراتيجيات سلبية في مواجهة الضغوط الناجمة عن إصابة طفلهن بالمتلازمة، وتتمثل هذه الاستراتيجيات في الانفعال الذي قد يؤدي بها في نهاية

المطاف إلى الإصابة الجسدية. إن عدم قدرة الأم على التحكم في الضغوط وإدارتها يجعلها أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسدية

كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية تبعاً لمتغير الوضعية المهنية لصالح الفئة العاملة، وهذه نتيجة جد منطقية، فالمرأة العاملة تتلقى ضغوطاً وتعقيدات أكثر من المرأة غير العاملة، وهذا نظراً لكثرة المسؤوليات التي تقع على عاتقها، فبالإضافة إلى أنها عاملة وما يتطلبه منها العمل من مواظبة ومثابرة دائمين، تقع عليها أيضاً مسؤولية الزوج والأبناء وإدارة البيت، كل هذا وهي أم لطفل توحي الذي يتطلب رعاية مضاعفة واهتماماً خاصاً، وبالتالي فإن هذه الأم تجد نفسها غير قادرة على مواجهة كل هذه المسؤوليات، فأخذ استجابتها لهذه الضغوط المنحة الجسدي، فنتجماً حالتها الانفعالية عن طريق الأعراض الجسدية. تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (الصبان، 2003) التي أحرقت على النساء العاملات والتي توصلت إلى أن المرأة العاملة تظهر عليها العديد من الاضطرابات السيكوسوماتية.

أما فيما يخص متغير العمر ومدة إصابة الطفل بالتوحد، فلم تظهر أي فروق بين أفراد العينة في الاضطرابات السيكوسوماتية، أي أن أم الطفل التوحي مهما كان عمرها أو مدة إصابة طفلها بالاضطراب فإنها تلجأ إلى التعبير الجسدي كآلية للتخفيف من الضغوط التي تعاني منها. وهذه النتيجة تتعارض مع نتائج (أحمان، 2012) و (جبالي، 2007) التي توصلت إلى فروق تعزى إلى متغير السن في الأمراض الجسدية لصالح الفئة الأصغر سناً.

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة الحالية التي حاولت إبراز العلاقة القائمة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد، يمكننا تلخيص النتائج فيمايلي:

- أظهرت أمهات أطفال التوحد ميلا إلى الضبط الداخلي أكثر من الضبط الخارجي.
- أظهرت أمهات أطفال التوحد إصابة شديدة في الاضطرابات السيكوسوماتية التي كانت أكثر انتشارا من الاضطرابات الانفعالية.
- وجود علاقة جوهرية بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد.
- غياب الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين أمهات أطفال التوحد في مصدر الضبط تعزى إلى المتغيرات المختارة: عمر الأم، الوضعية المهنية، مدة إصابة الطفل بالتوحد، إلا أن النتائج أسفرت عن فروق بين الأمهات في مصدر الضبط تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأم لصالح فئة المستوى الابتدائي التي أظهرت ميلها إلى الضبط الخارجي مقارنة مع باقي المستويات.
- أخيرا، غياب الفروق بين أمهات أطفال التوحد في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى لمتغيرات الدراسة المختارة: عمر الأم، مدة إصابة الطفل بالتوحد، إلا أن النتائج توصلت إلى وجود فروق بين الأمهات في الاضطرابات السيكوسوماتية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، وكانت الفروق لصالح المستوى الابتدائي، وأيضا الوضعية المهنية لصالح الفئة العاملة التي انتشرت بينها الاضطرابات الجسدية فيما اقتصررت الاضطرابات الانفعالية على الفئة غير العاملة.

لقد أثبتت نتائج الفرضية الأولى أن أمهات أطفال التوحد يسود بينهن الضبط الداخلي، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على اعتقاد الأم حول قدرتها على الضبط والتحكم في الأمور من حولها، وإيمانها بإمكانياتها التي تؤهلها إلى تقبل طفلها ومساعدته على تحسين وتطوير مهاراته. كما أن الأم ترى بأنها هي المسؤولة على هذا الطفل وعلى رعايته والاهتمام به، وأن لا أحد يمكن أن يفهم طفلها أو يهتم به كما تفعل هي، وبأنها قادرة على التحكم في سلوكياته التي قد تكون مصدر ضغط كبير لدى الكثير من الأمهات، وبالتالي فإن الأمهات ذوات الضبط الداخلي يملكن قدرة على مواجهة الضغوط النفسية التي تنجم عن حالة الطفل والمتعلقة أساسا بسلوكه غير الطبيعي وأيضا التفكير في مستقبل هذا الطفل وعدم قدرته على مواجهة الحياة نظرا لقدراته ومهارته المحدودة.

كما أدلت نتائج الفرضية الثانية والثالثة على انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد وبدرجة شديدة، وهذا الأمر يعود إلى الوضع المتدني الذي تعيشه أسر الأطفال التوحديين في الجزائر نظرا للتكفل المتدني لهؤلاء الأطفال والذي لا يرتقي إلى مستوى التكفل بفئة خاصة، هذا ما يزيد من حدة الضغط لدى أمهات أطفال التوحد. بالإضافة إلى المعاش النفسي للأُم في ظل وجود طفل توحدي في حياتها، حيث أن الصورة المثالية التي رسمتها لهذا الطفل قبل اكتشاف إصابته بالاضطراب قد شوّهت، وسقطت كل الآمال والأحلام التي بنتها من أجل مستقبل هذا الطفل، فبمجرد تشخيص حالة الطفل، تدخل الأم في حالة صدمة وإنكار ورفضها لهذا الوضع وهذا نظرا لما تخلفه كلمة " التوحد " من وقع ثقيل على الأم، وتبدأ الأفكار المشوهة والخاطئة وغير عقلانية في الاستحواذ على تفكير الأم التي تحمل خلفية مرعبة عن اضطراب التوحد، هذه الأفكار المشوهة والتي ساهم اللاوعي وعدم الفهم الصحيح لاضطراب التوحد في انتشارها ليس فقط بين أسر أطفال التوحد وإنما بين أفراد المجتمع كافة. كما لا يمكننا أن نستهيّن بدور الوسط الاجتماعي الذي تنتمي إليه هذه الأم والذي يساهم في ترسيخ بعض المعتقدات الخاطئة حول الاضطراب، بالإضافة إلى نظرة الآخرين للطفل التوحدي المتمثلة في الشفقة، أو السخرية أو علامات الانزعاج من سلوك الطفل الخارج عن السيطرة، بالإضافة إلى وصم هذا الطفل بالمرضى أو المجنون، كل هذه الأمور تدفع الأم إلى الانسحاب من الحياة الاجتماعية والاحتكاك بالآخرين نتيجة الضغوط التي تفوق قدرتها على التحمل، وبالرغم من حاجة الأم للدعم والمساندة من قبل الآخرين، تجد نفسها في موقف الرفض والنبذ الاجتماعي لها. هذا الأمر يجعلها تعيش حالة الحداد والانسحاب الاجتماعي.

وانطلاقا مما سبق، ونظرا للحالة التي تعيشها أم الطفل التوحدي، فإن هذا الأمر من شأنه أن يجعلها مستهدفة من قبل الضغوط النفسية بالدرجة الأولى، هذه الأخيرة التي تفوق قدرة الأم على المواجهة وعلى التحمل، فيختل التوازن الداخلي، وتجد هذه الانفعالات مخرجا آخر عن طريق التعبير الجسدي وتترجم على شكل اضطرابات سيكوسوماتية تستهدف أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الهضمي، الدوري، التنفسي وغيرها.

كما بينت نتائج الدراسة غياب الفروق بين الأمهات من أفراد عينة الدراسة في مصدر الضبط تبعا لمتغير السن والوضعية المهنية للأُم ومدة إصابة الطفل بالتوحد، وهذا يشير إلى أن هذه المتغيرات لم تلعب دورا في خلق فروق بين الأمهات، حيث أنه وبغض النظر عن عامل السن، والوضعية المهنية

وعامل الإزمان، فإننا نستنتج أن أم الطفل التوحيدي مهما كان سنها، ومهما كانت وضعيتها المهنية عاملة أو غير عاملة، ومهما كانت مدة إصابة طفلها بالتوحد قصيرة أو طويلة، فإنها تؤمن بقدرتها على التحكم في الأحداث من حولها خاصة تلك المتعلقة بوجود طفل توحيدي في حياتها، لأنها في النهاية أمٌ تحمل مسؤولية فلذة كبدها. ومن خلال ثققتها بنفسها وبقدراتها الشخصية تسعى جاهدة إلى دراسة الوضع وفهمه ومواجهة الضغوط الناتجة عنه بالاعتماد على استراتيجيات ايجابية تساعدها في التكيف مع مختلف الأحداث.

كما أن النتائج أشارت إلى وجود فروق بين الأمهات في الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي تبعا لمتغير الوضعية المهنية والمستوى التعليمي للأم، بينما لم تظهر الفروق بين الأمهات تبعا لسن الأم و مدة إصابة الطفل بالتوحد. ومن خلال هذه النتيجة نستنتج أن المستوى التعليمي لعب دورا في ظهور الاضطراب السيكوسوماتي لدى الأم، فالأم ذات المستوى التعليمي المتدني تجد نفسها عاجزة أمام طفلها وهذا نظرا لغموض اضطراب التوحد بالنسبة لها وعدم إلمامها بالمعلومات الكافية حول هذا الاضطراب، والبحث عن الاستراتيجيات والبرامج التي تساعد على تنمية مهارات الطفل التوحيدي. وبالعودة إلى الخلفية الثقافية للأم فهي تنتمي إلى مجتمع جزائري تسوده معتقدات اجتماعية غير منطقية في تفسيره للصحة والمرض، هذه المعتقدات التي قد تجد لها صدى بين فئات المجتمع من ذوي المستوى التعليمي المتدني، فبالإضافة إلى الأفكار الخاطئة التي قد تحملها الأم حول التوحد، فإنها تعتمد على مرجعيات فكرية في تفسيرها لإصابة طفلها (العين والسحر) وفي إمكانية علاجه عن طريق الرقية و حتى الشعوذة.

كل هذه العوامل من شأنها أن تجعل الأم تنظر إلى وضع طفلها على أنه معقد، وأن تحسنه يعتبر أمرا مستحيلا. هذا ما يزيد من معاناتها وسوء حالتها، ويضعف قدرتها على التكيف والتوازن مع هذا الحدث الضاغط وتحمل الضغوط المتعددة، لينتهي بها المطاف إلى الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتي. وهذا ما توصلت إليه الدراسات التي أشارت إلى أن الأفراد ذوو المستوى التعليمي المتدني هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الجسدية.

أما فيما يخص الوضعية المهنية للأم، فقد جاءت النتائج لصالح الأمهات العاملات في إصابتهن بالاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا ما يعكس حجم الضغوط التي تواجه هذه الأم من ضغوط العمل، ضغوط تتعلق بالطفل التوحيدي، ضغوط أسرية تتمثل في ضغوط الزوج والأبناء وتحمل مسؤولية إدارة

البيت، ضغوط اجتماعية تتمثل في نظرة المجتمع لطلها التوحدي. كل هذا من شأنه أن يفقد قدرة الأم على التحمل والتكيف مما يساعد على ظهور الاضطراب السيكوسوماتي لدى الأم العاملة.

كما أسفرت نتائج الفرضية الرئيسية للدراسة التي تمحورت حول دراسة العلاقة بين مصدر الضبط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد، على وجود علاقة جوهرية بين متغيري الدراسة لدى أفراد العينة، وهذا يدل على أن مصدر الضبط يلعب دورا هاما في الصحة والمرض على حد سواء، فبالرجوع إلى نتائج الدراسات السابقة وما جاء في الجانب النظري، فإن الأفراد الذين يتبنون ضبطا داخليا هم أقل عرضة للتوتر والإجهاد وبالتالي أقل عرضة للإصابات الجسدية، على عكس الأفراد خارجي الضبط الذين يظهرون قابلية للتعرض للضغوط والتوترات وبالتالي فإن فرصة تعرضهم للإصابات الجسدية تكون أكبر، إلا أن نتائج الدراسة الحالية جاءت معاكسة لهذا الأمر، فقد أبدت أمهات أطفال التوحد توجهها نحو الضبط الداخلي مقابل إصابة شديدة بالاضطراب السيكوسوماتي، وهذا الأمر يرتبط أساسا بالخلفية الثقافية الجزائرية، حيث أن الفرد لا يملك القدرة على التعبير عن حالته الانفعالية، وإنما يلجأ إلى الجسدية حتى يلقى المساندة والدعم، وهذا يعود مفاده إلى أن الشخص المريض جسديا غالبا ما يتلقى رعاية خاصة من قبل المحيطين به. فأم الطفل التوحدي كما ذكرنا سابقا على الرغم من اعتقادها بقدرتها على التحكم في الأحداث من حولها، إلا أنها بحاجة إلى المساندة الاجتماعية التي تخفف عنها عبء الضغوط والتعقيدات التي تواجهها، فتصطمم بنظرة المجتمع الذي لا يقدر وضعها ووضع طفلها، فتجد الأم نفسها تدور في حلقة مفرغة، وتبحث عن مخرج لهذا الوضع، وبالتالي تفقد القدرة على التكيف والمواجهة، وتصل إلى حالة من الإنهاك النفسي والجسدي.

وبناء على كل ما سبق، فإن الدراسة الحالية حاولت أن توجه بوصلة البحث نحو أمهات أطفال التوحد، وجاءت بنتائج تعكس الواقع الذي تعيشه أمهات الأطفال المصابين باضطراب قد يعد الأكثر تعقيدا مقارنة ببقية الاضطرابات النمائية والسلوكية التي قد تصيب الأطفال أثناء مراحل نموهم وتطورهم. وعليه فإن الطالبة ومن خلال هذه الدراسة تقترح ما يلي:

- تنظيم ندوات ومحاضرات حول اضطراب التوحد لأفراد المجتمع العام وتصحيح بعض الأفكار الخاطئة حول التوحد والسائدة بين أوساط المجتمع المختلفة.

- ضرورة الاهتمام بأسر أطفال التوحد وخاصة الأمهات وذلك من خلال تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل للأمهات.
- إقامة ندوات علمية وحملات تحسيسية للأمهات حول اضطراب التوحد.
- تنظيم ندوات ومحاضرات حول الضغط النفسي ومضاعفاته التي تصل إلى درجة الإصابة الجسدية.
- إجراء دورات تدريبية للأمهات أطفال التوحد لتدريبهن على مهارات مواجهة الضغوط المتعلقة بالطفل، وذلك بهدف التخفيف من حدة الاجهاد وإدارته باستراتيجية ايجابية تساهدن على التكيف.
- إنشاء مراكز خاصة بأطفال التوحد على المستوى الوطني، وهذا نظرا للتزايد المستمر للحالات مقابل انعدام المراكز المختصة.
- توفير الدعم المادي والمساندة الاجتماعية اللازمة للأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأسره من أجل التكفل الجيد بهذه الفئة.
- إن نتائج هذه الدراسة تساعد الباحثين والأكاديميين والممارسين المهتمين بأمهات أطفال التوحد على إعداد برامج تدريبية للأمهات لتعزيز المعتقدات الايجابية لديهن سواء بتبني الضبط الداخلي أو تصحيح المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لديهن.
- تساهم نتائج هذه الدراسة في فتح باب البحث في هذا الموضوع وذلك بتبني متغيرات أخرى مثل المساندة الاجتماعية واستراتيجيات المواجهة، الصدمة والجلد، الجسدية والتكتم لدى أمهات أطفال التوحد.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

1. أبو النيل محمود السيد (2001): قائمة كورنل الجديدة للنواحي السيكوسوماتية العصابية، القاهرة، المؤسسة الإبراهيمية.
2. أبو ناهية صلاح (1992) : العلاقة بين الضبط الخارجي والداخلي وبعض أساليب المعاملة الوالدية ، مجلة علم النفس ، القاهرة ، النهضة المصرية .
3. أبو ناهية صلاح الدين (1984): مواضع الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، الانفعالية والمعرفية، لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، القاهرة، جامعة عين شمس.
4. أحمان لبنى (2012): دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.
5. أحمان لبنى(2012): دور كل من المساندة الاجتماعية و مصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي و المرض الجسدي، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.
6. الأحمد أمل(2001): دراسات في علم النفس، ط1، بيروت مؤسسة الرسالة
7. أحمد شعبان إيمان (2011): الإنهاك النفسي للأُم ذات الطفل التوحيدي و علاقته بإدارة موارد الأسرة، المؤتمر السنوي (العربي السادس - الدولي الثالث) تطوير برامج التعليم العالي النوعي في مصر و الوطن العربي في ضوء متطلبات عصر المعرفة، مصر، كلية التربية النوعية بالمنصورة.
8. أسامة محمد البطاينة و عبد الناصر ذياب الجراح و مأمون محمود غوانمة (2000): علم نفس الطفل غير العادي، عمان، دار المسيرة.
9. الأمام محمد صالح و الجوالدة فؤاد عيد (2010): التوحد ونظرية العقل، ط1، عمان، دار الثقافة
10. الأمام محمد صالح و الجوالدة فؤاد عيد (2011): اضطرابات النمو الشامل، ط1، عمان، دار الثقافة .
11. أنو فاطمة أحمد علي أحمد و شنان أحمد محمد الحسن(2011): الفروق في مركز التحكم ومفهوم الذات بين الموهوبين والعاديين من تلاميذ مرحلة الأساسي، العدد 3، مجلة المجلة العربية للتطور والتفوق اليمن.

12. بدر، فايقة محمد (2006): وجهة الضبط وتوكيد الذات - دراسة مقارنة بين طلاب الجامعة المقيمين في المملكة العربية السعودية وخارجها، دراسات عربية في علم النفس، المجلد الخامس، العدد الأول.
13. برافين لورانس (2010): علم الشخصية، الجزء الأول، ترجمة عبد الحليم محمود السيد وأيمن محمد عامر و محمد يحي الرخاوي، القاهرة، المركز القومي للترجمة.
14. بني خالد محمد سليمان (2009): مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت، المجلد السابع عشر، العدد الثاني مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) غزة، ص 491 - ص 512
15. بنيونس محمد محمود: (2008): الأسس الفزيولوجية للسلوك، ط 1، عمان، دارالشروق
16. بوزيد، ابراهيم (2009): علاقة وجهة الضبط باليأس لدى عينة من العائدين إلى الجريمة، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
17. بوشعرية راف الله وطاهر فتحي الداخ (2017): الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات أطفال التوحد، المجلة الليبية العالمية، العدد 4
18. تقاحة جمال السيد مصطفى (1992): أبعاد مصدر الضبط لدى المراهقين الجانحين والأسوياء، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، القاهرة، جامعة عين شمس.
19. تيسا جيتنس و مورين أرونس (2005): المرجع في التوحد، دليل للأسرة والمتخصصين في التشخيص والعلاج، ترجمة الكردي السيد عبد اللطيف، فلسطين، دار الكتاب الجامعي.
20. جبالي صباح (2013): الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، رسالة ماجستير، جامعة سطيف
21. جبالي نور الدين (2007): علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة.
22. الجلي سوسن شاكر (2004): التوحد الطفولي، اسبابه، خصائصه، تشخيصه وعلاجه، دمشق، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع.
23. الخثمي، صالح بن سفير بن محمد (2008): وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهيروين، دراسة ميدانية مقارنة بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية

24. خطاب محمد أحمد (2005): سيكولوجية الطفل التوحدي، عمان، دار الثقافة
25. الخفاف إيمان (2015): الذكاء الانفعالي: تعلم كيف تفكر انفعاليا، عمان، دار المناهج للنشر والتوزيع.
26. الدعدي، غزالن شمسي (2009) : الضغوط النفسية والتوافق الأسري الزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى
27. رضوان دلال (2008) : التوحد عند الأطفال، ماهو الجديد في مجال التشخيص والرعاية؟، المجلة النفسية المتخصصة، العدد 74، المجلد 29، طرابلس، مركز الدراسات النفسية الجسدية.
28. ربحاني الزهرة (2010): العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير، جامعة بسكرة.
29. الزراد فيصل محمد (2000): الأمراض النفسية - جسدية، ط1، بيروت، دار النفائس.
30. زعطوط رمضان (2002): الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين، جامعة ورقلة.
31. زهران حامد عبد السلام (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 4، القاهرة، دار عالم الكتاب.
32. سلامي باهي (2008): مصادر الضغوط المهنية و بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 2.
33. سليمان أحمد محمد (2008): أساليب مواجهة الضغوط المهنية وعلاقتها بمصدر الضبط لدى معلمي التربية الخاصة، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
34. الشامي (2011) : مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديموغرافية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية
35. شرادي نادية وميزاب ناصر (2014) : الآثار النفسية و الاجتماعية للإعاقة على إخوة المراهقين المعاقين حركيا في الأسرة الجزائرية، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 13، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
36. شمال حماني صفية (2007): استراتيجيات مقاومة الضغوط النفسية وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.

37. صندوقي هناء ابراهيم (2012): التوحد: اللغز الذي حير العلماء، بيروت، دار النهضة العربية.
38. الطلاع عبد الرؤوف (2000): الضغوط النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الاسرائيلية، كلية التربية، القاهرة.
39. العازمي فلاح (2009) الضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال المعاقين رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس
40. عايش صباح وعبد الحق منصورى (2013): الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين، مجلة دراسات نفسية و تربوية ، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية، العدد 11، جامعة ورقلة
41. عبد الحليم أمال (1999): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط: دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع، راسلة ماجستير، جامعة عين شمس.
42. عبد الرحمن محمد السيد (2014): علم الأمراض النفسية والعقلية، ط3، القاهرة، دار زهراء الشرق.
43. عبد الله مجدي أحمد (2013): طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر . التشخيص والعلاج . الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
44. عبد الله محمد قاسم (2000): الشخصية:استراتيجياتها، نظرياتها، تطبيقاتها الإكلينيكية والتربوية، دمشق، دارالمكتبي.
45. عبد المعطي حسن مصطفى (2003): الأمراض السيكوسوماتية التشخيص ، الأسباب ، العلاج القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .
46. عبير الصبان (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينة مكة المكرمة وجدة، رسالة دكتوراه، كلية التربية للبنات، جدة.
47. العرعير (2010): الصحة النفسية لدى امهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة
48. عزوز اسمهان (2015): مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة دكتوراه، جامعة باتنة.

49. عصفور غدي عمر محمود (2012): الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية.
50. العضل جمانة حسام (2012): العلاقة بين الضغوط الأسرية والمساندة الاجتماعية لدى آباء وأمهات الاطفال التوحديين، جامعة دمشق
51. عطوف ياسين (1988): الأمراض السيكوسوماتية . الأمراض النفسجسمية، بيروت، منشورات بحسون.
52. عكاشة أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر، الاسكندرية، دارالنهضة العربية
53. علي أحمد زعاريير (2009): مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمو الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
54. غريب عبد الفتاح(2004): الاكتئاب ومركز الضبط لدى عينة مصرية من الراشدين، بحوث في الصحة النفسية. الجزء الثالث. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.
55. القمش مصطفى نوري (2011): اضطرابات التوحد (الأسباب - التشخيص - العلاج - دراسات علمية)، ط1، عمان، دار المسيرة.
56. كامل محمد علي (2003): الأوتيزم -التوحد الإعاقة الغامضة بين الفهم و العلاج، مصر، مركز الاسكندرية للكتاب
57. كريال مختار (2010): استراتيجيات المواجهة لدى المساجين وعلاقتها بظهور الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، جامعة الجزائر 2.
58. كفاي علاء الدين (1982): بعض الدراسات حول وجهة الضبط وعدد من المتغيرات النفسية ، الجزء 1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
59. كفاي علاء الدين (1982): مقياس وجهة الضبط، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
60. محمد حسن غانم (2011): الاضطرابات النفسجسمية، القاهرة، دار غريب.
61. مدور مليكة (2005): وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير لدى عينة من متربصي معاهد التكوين المهني، رسالة ماجستير، جامعة بانة.
62. مصطفى فاروق أسامة و الشربيني السيد كامل (2011): التوحد الأسباب التشخيص - العلاج، ط1، عمان دار المسيرة .

63. معمريّة بشير (1995): نظرية التعلم الاجتماعي لروتر، العدد 4، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة.
64. معمريّة بشير (2012): مصدر الضبط والصحة النفسية، الجزائر، دار الخلدونية.
65. المغلوث فهد (2006): التوحد: كيف نفهمه ونتعامل معه، الرياض، إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.
66. موسى رشاد عبد العزيز (1988): سيكولوجية الفروق بين الجنسين، ب. ط، القاهرة، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
67. النابلسي أحمد (2001): جولة في أفق السيكوسوماتيك، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد 46، المجلد 12، لبنان، مركز الدراسات النفسية الجسدية.
68. نابلسي محمد أحمد (1992): مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته، ط1، مؤسسة الرسالة، بيروت.
69. نجاتي (2012): حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة دراسات للعلوم التربوية، المجلد 42، العدد 2
70. النيال مایسة أحمد (1994): مصدر الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا والعصابية والانبساط لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة بدولة قطر : دراسة عملية مقارنة، حولية كلية التربية، جامعة قطر، العدد 10.
71. الهلول اسماعيل عيد (2015): القلق الأمني وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية لدى العاملين من أفراد الشرطة الفلسطينية بقطاع غزة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 4، العدد 7
72. وليد خليفة ومراد علي عيسى (2008): الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي: المفاهيم - النظريات - البرامج، ط1، الاسكندرية، دار الوفاء لنديا.
73. الوهبان علي حسن (2008): ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر.
74. معاليم صالح (2008): محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

75. Aadil Bashir , Unjum Bashir , Afifa Lone , Zahoor ahmad (2014):**Challenges Faced by families of Autistic Children**,International Journal of Interdisciplinary Research and Innovations ,Vol. 2, Issue 1, pp: 64-68
76. Abdul Raffie Naik (2015) : **A Study on Locus of Control among College Students of Gulbarga City**, The International Journal of Indian Psychology 2349-3429 (p) Volume 2, Issue 4.
77. American Psychiatric Association (2013):**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
78. Amy Yasko(2009) : **Autism: Pathways to Recovery** , Neurological Research Institute, LLC
79. Chow Ching-wah (2011) : **The Role of Parental Locus of Control in Quality of Life of Parents of Children with Autism**, Hong Kong Baptist University
80. Clarisse Chatel Garriot, Virginie Villes, Anne Marie Bartolini, François Poinso (2014) : **Self-Perceived Health of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: Relationwith the Severity Level**, Psychology, 5, 2189-2199.
81. Collins,B.E (1974) : **Four components of the Rotter Internal – External Scale**, Journal of personality and Social psychology .
82. Darshani R.K.N.D (2014) : **A Review of Personality Types and Locus of Control as Moderators of Stress and Conflict Management**, International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 4, Issue 2

83. Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & TantleffDunn, S. (2001). **Moderators of stress in parents of children with autism**. Community Mental Health Journal, 37, 39 –52
84. Encarnación Sarriá and Pilar Pozo (2015): **Coping Strategies and Parents’ Positive Perceptions of Raising a Child with Autism Spectrum Disorders**, Chapter from the book Autism Spectrum Disorder – Recent Advances.
85. Fagbohungebe, Oni Bamikole and Jayeoba, Foluso Ilesanmi (2012): **Locus of Control, Gender and Entrepreneurial Ability**, British Journal of Arts and Social Sciences ISSN: 2046–9578, Vol.11
86. Helen V. Ratajczak (2011) : **Theoretical aspects of autism: Causes—A review**, Journal of Immunotoxicology, 8(1): 68–79 .
87. Hiie Allik, Jan–Olov Larsson, and Hans Smedje (2006): **Health–related quality of life in parents of school–age children with Asperger syndrome or high–functioning autism**, Health Quallity of Life Outcomes, BioMed central.

Implications for Nursing Research, Theory, and Practice,second edition–
Wayne State University.

88. Indu Joshi, Maire Percy, and Ivan Brown (2002) :**Advances in understanding causes of autism and effective interventions**, Journal on depvelopmental disabilities, Volum 9, No 2, P 1 _ 28.
89. Jen–Wen Hung , Yee–Hwa Wu , Yi–Chien Chiang and Chao–Hsing Yeh (2010): **Mental health of parents having children with physical disabilities**, Chang Gung medical journal 33(1):82–91

90. Kirstin Aschbacher, b, Jeffrey M. Milushc, Amanda Gilberta, Carlos Almeidaa, Elizabeth Sinclairc, Lorrie Eplingc, S. Marlene Grenond, Elysa J. Marcog, Eli Putermanh, Elissa Epela (2017): **Chronic stress is associated with reduced circulating hematopoietic progenitor cell number: A maternal caregiving model**, Brain, Behavior, and Immunity Volume 59, , P 245–252.
91. KUTANİS ÖZEN Rana, Muammer MESC and Zeynep ÖVDÜR (2011): **The Effects of Locus of Control on Learning Performance: A Case of an Academic Organization**, Journal of Economic and Social Studies, Vol. 1, No. 2
92. Al Kuwari Mohamed Ghaith (2007) : **Psychological health of mothers caring for mentally disabled children in Qatar**, Neurosciences 12(4):312–7
93. Lamia P. Barakat, Meredith J. LutzD. Colette Nicolaou Laurie A. Lash (2005) : **Parental Locus of Control and Family Functioning in the Quality of Life of Children with Sickle Cell Disease**, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Volume 12, Issue 4, pp 323–331
94. Lao R. C. (1974) **The developmental trend of the locus of control. Personality and Social Psychology** Bulletin, 1, 348–350.
95. Lindgren Scotte and Doobay Alissa(2011) :**Evidence–Based Interventions for Autism Spectrum Disorders**, Center for Disabilities and Development of the University of Iowa Children’s Hospital.
96. Llyod tracey and Hastings Richard (2009) : **Parental locus of control and psychological well–being in mothers of children with intellectual disability**, Journal of Intellectual & Developmental Disability 34(2):104–15

97. Malhotra, A. K., & Sharma, A. K. (2013). **a study to assess the disability impact on parents of children with mental retardation studying in two special schools of Delhi**. Indian J. Prev. Soc. Med, 44(1-2), pp.25-34
98. Millet, P (2005) :**Locus of control in personality**. New York , Journal of personality and social psychology (33)
99. Mina Rastegar, Nahid Heidari(2013) : **The Relationship between Locus of Control, Test Anxiety, and Religious Orientation among Iranian EFL Students**, Open Journal of Modern Linguistics 2013. Vol.3, No.1, 73-78.
100. Muwafak H. Al-Eithan, , Hathab A. Al Juban, , Asirvatham A. Robert (2012) : **Alexithymia among Arab mothers of disabled children and its correlation with mood disorders**, Saudi Med J 2012; Vol. 33 (9)
101. Nerguz Bulut Serin. Oğuz Serin. F. Sülen Şahin(2010) : **Factors affecting the locus of control of the university students**, Procedia – Social and Behavioral Sciences Volume 2, Issue 2.
102. Phil Reed , Karolina Sejunaite and Lisa A Osborne (2016): **Relationship Between Self-Reported Health and Stress in Mothers of Children With Autism Spectrum Disorders**, Journal of Autism and Developmental Disorders Volume 46, Issue 3, pp 934-941
103. Piovesan, Josieli; Scortegagna, Silvana Alba; Marchi, Ana Carolina Bertoletti De.(2015) : **Quality of life and depressive symptomatology in mothers of individuals with autism**, Psico USF; 20(3): 505-515
104. Rebecca Giallo, Catherine E Wood, Rachel Jellett, Rachelle Porter(2013) :**Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of**

- children with an Autism Spectrum Disorder**. Journal of AUTISM, Volume 17, Issue 4, pp. 465–480.
105. Riahi F, Izadi–Mazidi S(2012): **Comparison between the mental health of mothers of children with autism and control group**, Iran J Psychiatry Behav Sci. Fall;6(2):91–5.
106. Rice Virginia Hill(2012) : **Handbook of Stress, Coping, and Health**
107. Sarah Hamlyn–Wright Riccardo Draghi–Lorenz Jason Ellis(2007) :**Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parents of children with a developmental disorder**, AUTISM, Volume 11, Issue 6, November 2007, p. 489–501.
108. Schultz P Duane, Sydney .E.Schultz (2012) :**Theories of personality** ,Tenth edition , Cengage learning , USA.
109. Seymour M, Wood C, Giallo R, Jellett R. (2013): **Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder**.Journal of Autism and Developmental Disorders , Volume 43, Issue 7, pp 1547–1554
110. Sharma SC (2007) : **Psychosomatic Medicine: Bridging emotion and disease**, Kathmandu university medical journal (KUMJ) , vol.5 , no2, issue 18.
111. Stephen Gallagher and Ailish Hannigan (2014) : **Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study**, Research in Developmental Disabilities, Volume 35, Issue 2, P 448–454
112. Tomislav Benjak, Gorka Vuleti Mavrinac and Ivana Pavi Šimetin (2009) : **Comparative Study on Selfperceived Health of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders and Parents of**

Nondisabled Children in Croatia, Croatian National Institute of Public Health

113. Walker, Alexis Philbin(2000) : Parenting Stress: A comparison of mothers and fathers of Disabled and Non-Disabled children.Dissertation Prepared for the degree Doctor of Philosophy (Clinical Psychology) university of north Texas
- 114.WHO (World Health Organization) (2013) : Autism spectrum disorders & other developmental disorders MEETING REPORT From raising awareness to building capacity .
115. Z. J. Lipowski, M.D., Don R. Lipsitt, M.D., and Peter C. Whybrow, (1977): Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications; Oxford University Press, New York City.

المواقع الإلكترونية:

116. الجمعية الوطنية للتوحد (المملكة البريطانية) : (<http://www.autism.org.uk>)

الملاحق

الملحق رقم 1

مقياس مصدر الضبط الداخلي والخارجي

تعريف: علاء الدين كفاقي

الرقم	فقرة السؤال	الإجابة
1.	أ. يقع الأولاد في المشكلات لأن أبانهم يعاقبونهم أكثر من اللازم ب. مشكلة غالبية الأولاد في هذه الأيام أن الآباء يتساهلون معهم .	أ. ب.
2.	أ. الكثير من الأمور الغير سارة التي تحدث للناس في حياتهم ترجع في جزء منها إلى الحظ السيئ . ب. يرجع سوء الحظ الذي يلاقيه الناس إلى الأخطاء التي يرتكبونها .	أ. ب.
3.	أ. من الأسباب الرئيسية لاشتعال الحروب عدم اهتمام الناس بالأمور السياسية اهتماما كافيا ب. سوف تستمر الحروب وتبقى مهما حاول الناس منع وقوعها.	أ. ب.
4.	أ. بمرور الزمن يستطيع الفرد أن ينال الاحترام الذي يستحق . ب. لسوء الحظ أن جدارة الفرد وقيمه غالبا ما لا يعترف بها مهما جاهد الفرد في هذا السبيل.	أ. ب.
5.	أ. الاعتقاد بأن المعلمين لا يعدلون بين الطلبة، اعتقاد غير صحيح . ب. معظم الطلبة لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر درجاتهم المدرسية بعوامل عارضة.	أ. ب.
6.	أ. فعلا بدون توفر الفرص الثمينة. لا يمكن للإنسان أن يصبح قائدا فعلا. ب. عندما يفشل الأفراد من ذوي الكفاءة في أن يصبحوا قادة، فإن ذلك يرجع إلى أنهم لم يحسنوا الاستفادة من الفرص التي أتاحت لهم..	أ. ب.
7.	أ. مهما بذل الفرد من جهد فلن يستطيع أن يظفر بحب بعض الناس . ب. انما يفشل في اكتساب مودة الآخرين من لا يعرف كيف يندمج معهم.	أ. ب.
8.	أ. تلعب الوراثة الدور الكبير في تحديد شخصية الفرد . ب. خبرات الفرد في الحياة هي التي تحدد سلوكه .	أ. ب.
9.	أ. أعتقد في صحة المثل العامي القائل: اللي مكتوب على الجبين لازم تشوفه العين. ب. عندما أترك الأمور تحدث تحت رحمة الظروف، فإن النتائج تكون أسوأ مما لو بادرت واتخذت قرارا معيناً	أ. ب.
10.	أ. نادرا ما يقبل الطالب الذي أحسن الاستعداد لامتحان أسئلة صعبة ب. في كثير من الأحيان تكون أسئلة الامتحانات لا صلة لها بالمنهج حيث نجد أن الاستذكار قد ضاع هباء.	أ. ب.
11.	أ. يعتمد النجاح على العمل الجاد، أما الحظ فليس له إلا دور بسيط جدا أو لا دور له على الإطلاق. ب. الوصول إلى الوظائف المرموقة يتوقف بالدرجة الأولى على أن تكون في المكان المناسب في الوقت المناسب.	أ. ب.
12.	أ. يستطيع المواطن العادي أن يكون له تأثير فيالقرارات السياسية والاجتماعية العامة. ب. عالمنا هذا تتحكم فيه قلة من الأقوياء ولا يستطيع البسطاء فعل شيء إزاء ذلك .	أ. ب.
13.	أ. عندما أضع خططي فإنني غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها بنجاح. ب. ليس من الحكمة دائما أن نضع خططا طويلة المدى لان كثيرا من الأمور احتمالات النجاح والفشل فيها ترجع إلى الحظ.	أ. ب.
14.	أ. هناك بعض الناس لا يرجى منهم خير أو نفع . ب. في كل الناس جانب من الخير.	أ. ب.
15.	أ. في حياتي أرى أن وصولي إلى أهدافي لا يعتمد على الحظ إلا قليلا أو لا يعتمد عليه مطلقا. ب.في كثير من الأحيان لا يفيد التدبر أو التعقل شيئا بحيث يستوي اتخاذ القرار عن تدبر وتخطيط واتخاذ القرار عن طريق إجراء القرعة.	أ. ب.
16.	أ. في أغلب الأحيان يظفر بالرئاسة من أسعده الحظ، فكان أول من وصل إلى المكان المناسب . ب. إن حمل الناس على عمل الأشياء الصحيحة أمر يتوقف على القدرة وليس للحظ في ذلك إلا دور ضئيل أو لا دور له على الإطلاق .	أ. ب.
17.	أ. في أمور دنيانا، نجد معظمنا ضحايا لقوى لا نستطيع فهمها أو التحكم فيها . ب. إذا قام الناس بأدوار نشطة في الشؤون السياسية والاجتماعية، فإنهم يستطيعون أن يؤثروا في الأحداث من حولهم .	أ. ب.

أ. ب.	18. أ. معظم الناس لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر حياتهم بأحداث عارضة. ب. لا يوجد شيء اسمه الحظ .
أ. ب.	19. أ. يجب أن يكون الإنسان مستعدا على الدوام للاعتراف بأخطائه . ب. من الأفضل دائما أن نتستر على أخطائنا .
أ. ب.	20. أ. من الصعب أن تعرف ما إذا كان الآخرون يحبونك أم لا . ب. يتوقف عدد أصدقائك على مدى لطفك وحسن معشرك .
أ. ب.	21. أ. على المدى الطويل، نجد أن ما يقع لنا من أحداث سيئة تقابلها أحداث طيبة. إن ب. معظم الأحداث السيئة تنتج عن نقص القدرة أو الجهل أو الكسل أو كل أولئك .
أ. ب.	22. أ. لو أننا نبذل مجهودا كافيا لاستطعنا القضاء على مختلف صور الفساد. ب. من الصعب على الناس أن يتحكموا فيما يفعله أصحاب المناصب السياسية.
أ. ب.	23. أ. لا استطيع أحيانا أن أفهم كيف يتوصل المدرسون للعلامات التي يعطونها . ب. هناك صلة مباشرة بين الجهد الذي أبذله في الاستذكار والعلامات التي احصل عليها .
أ. ب.	24. أ. الزعيم الناجح يتوقع من الناس أن يقرروا لأنفسهم ما يجب أن يفعلوه . ب. الزعيم الناجح يوضح لكل فرد ما يجب أن يفعله.
أ. ب.	25. أ. كثيرا ما أشعر أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي. ب. من المستحيل أن أصدق أن الحظ أو الصدفة يلعبان دورا هاما في حياتي .
أ. ب.	26. أ. يشعر الناس بالوحدة لأنهم لا يحاولون أن يتعاملوا معا بروح الود والصدقة. ب. ليس من المجدي أن تحاول جاهدا اكتساب مودة الآخرين لأن هذا أمر ليس لك سيطرة عليه.
أ. ب.	27. أ. هناك اهتمام مبالغ فيه بالألعاب الرياضية في المدارس الثانوية . ب. الألعاب الرياضية الجماعية فرصة طيبة لتنمية الشخصية .
أ. ب.	28. أ. كل ما يحدث لي هو من صنع يدي. ب. اشعر أحيانا أنه ليس لي سيطرة كافية على الوجهة التي تسير فيها حياتي .
أ. ب.	29. أ. في كثير من الأحيان لا استطيع أن أفهم لماذا يسلك السياسيون على النحو الذي يسلكون عليه. ب. على المدى الطويل يمكننا القول أن الناس هم المسئولون عن فساد الإدارة سواء على المستوى المحلي أو المستوى القومي.

الملحق رقم 2

قائمة كورنل للنواحي السيکوسوماتية والعصابية

تعريب: محمود السيد أبو النيل

لا	نعم	العبارات	
		1- هل تحتاج نظارة للقراءة؟	A
		2- هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟	
		3- هل تطرف عينك أو تدمع باستمرار؟	
		4- هل عينك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتتهبتين؟	
		5- هل يحدث لك غالبا فقدان كامل للرؤية؟	
		6- هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك؟	
		7- هل أحسست بسحابات في العين؟	
		8- هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعين)؟	
		9- هل تستعمل عدسات لاصقة؟	
		10- هل عانيت أبدا من ازدواج الرؤية؟	
		11- هل تسمع بصعوبة؟	
		12- هل استعملت مساعدات سمعية؟	
		13- هل تلاحظ طنين في أذنيك؟	
		14- هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيرا؟	
		15- هل كثيرا ما تحس بغصة خانقة في زورك؟	
		16- هل أنفك مسدود باستمرار؟	
		17- هل أنفك يرشح باستمرار؟	
		18- هل سبق أن أصبت بنزيف حاد في الأنف؟	
		19- هل تعاني كثيرا من شدة البرد؟	
		20- هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تعيسا طوال الشتاء؟	
		21- هل أصبت بالحمى (حرارة شديدة بكل الجسم)؟	
		22- هل تعاني من مرض الربو؟	
		23- هل تعاني من التهاب الجيوب الأنفية؟	
		24- هل تضايقت الكحة المستمرة؟	

		25- هل حدث أن كانت كحتك (سعالك) مصحوبة بدم؟	
		26- هل تعاني من الالتهاب الشعبي؟	
		27- هل يحدث أحيانا أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟	
		28- هل أجريت كشف بأشعة إكس على صدرك في السنتين الأخيرتين؟	
		29- هل أصبت من قبل بالالتهاب الرئوي؟	
		30- هل أنت مدخن؟	
	C	31- هل تعاني من الذبحة الصدرية؟	
		32- هل سبق وأن أصبت بنوبة قلبية؟	
		33- هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟	
		34- هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟	
		35- هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟	
		36- هل تقوم بتدريبات منتظمة يوميا؟	
		37- هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض؟	
		38- هل سبق أن علمت بأن نسبة الكولسترول مرتفعة في دمك؟	
		39- هل تشعر بالآلام في القلب أو الصدر؟	
		40- هل غالبا ما تكون نبضات قلبك سريعة؟	
		41- هل تشعر بصعوبة في التنفس؟	
		42- هل تصبح مقطوع النفس قبل أي شخص آخر؟	
		43- هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟	
		44- هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟	
		45- هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟	
		46- هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية؟	
		47- هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟	
		48- هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟	
		49- هل سبق وأن اجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟	
	D	50- هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟	

		51- هل تعاني من نزيف في اللثة؟	
		52- هل تعاني من صعوبة في البلع؟	
		53- هل تعاني من التهابات في الفم؟	
		54- هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)؟	
		55- هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع؟	
		56- هل تعاني من تهيج في القولون أو المعدة؟	
		57- هل سبق أن حدث لك فتق؟	
		58- هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية للجزء العلوي من الجهاز الهضمي؟	
		59- هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة.	
		60- هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية؟	
		61- هل سبق أن أجريت كشفا على فتحة الشرج؟	
		62- هل سبق لك حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟	
		63- هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا؟	
		64- هل زاد وزنك مؤخرا؟	
		65- هل نقص وزنك مؤخرا؟	
		66- هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟	
		67- هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟	
		68- هل سبق أن أصبت بقرحة؟	
		69- هل سبق أن لاحظت وجود دم في البراز؟	
	E	70- هل سبق أن حدث لك كسور في العظام؟	
		71- هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشّة؟	
		72- هل تناول الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتيزم)؟	
		73- هل تعاني كثيرا من آلام أو تورمات في مفاصلك؟	
		74- هل تشعر بتيبس في عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟	
		75- هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟	

		76- هل أنت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد (التهاب المفاصل)؟	
		77- هل ينتشر الروماتيزم (داء المفاصل) في عائلتك؟	
		78- هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟	
		79- هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟	
		80- هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟	
	F	81- هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	
		82- هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك؟	
		83- هل جلدك حساس جدا أو رقيق؟	
		84- هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟	
		85- هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك؟	
		86- هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟	
		87- هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك؟	
	G	88- هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس	
		89- هل الصداع منتشر في عائلتك؟	
		90- هل الضغط والصداع في الرأس غالبا ما يجعل حياتك بائسة؟	
		91- هل تحدث لك نوبات سخونة أو برودة؟	
		92- هل غالبا ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة؟	
		93- هل كثيرا ما تشعر بالإغماء؟	
		94- هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك	
		95- هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي من أجزاء جسمك؟	
		96- هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟	
		97- هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي؟	
		98- هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الأكتاف؟	
		99- هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟	
		100- هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟	
		101- هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟	

		102- هل تعاني من التهتهة أو اللعثة؟	
		103- هل تمشي أثناء النوم؟	
		104- هل تتبول في الفراش؟	
		105- هل كنت تتبول في الفراش وعمرك من 08 إلى 14 سنة؟	
	H	106- هل غالبا ما تكون أعضائك التناسلية بها ألم أو التهاب؟	
		107- هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟	
		108- هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق؟	
		109- هل سبق أن كان تبولك مصحوبا بدم؟	
		110- هل لديك مشكلة عند بدء التبول؟	
		111- هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟	
		112- هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي؟	
		113- هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟	
		114- هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول؟	
		115- هل عادة ما تتبول كثيرا أثناء النهار؟	
		116- هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟	
		117- هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟	
		118- هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟	
	I	119- هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الإجهاد الكامل أو التعب؟	
		120- هل العمل ينهك (يجهد) قوتك كليا؟	
		121- هل عادة تحس بالتعب والإجهاد في الصباح؟	
		122- هل يجهدك أي مجهود ولو كان ضئيلا؟	
		123- هل يحدث أن تكون متعبا جدا ومنهمك لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟	
		124- هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟	
		125- هل ينتشر الإجهاد العصبي بين أفراد عائلتك؟	
	J	126- هل كثيرا ما تكون مريضا؟	

		127- هل كثيرا ما تلازم الفراش بسبب المرض؟	
		128- هل أنت دائما صحتك ضعيفة؟	
		129- هل تعتبر شخصا دائم المرض؟	
		130- هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمي المرض؟	
		131- هل آلام الصداع الشديد تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟	
		132- هل تقلق كثيرا وتكون منزعجا بخصوص صحتك؟	
		133- هل أنت دائما مريض وغير سعيد؟	
		134- هل ضعف صحتك يجعلك بائسا؟	
	K	135- هل سبق أن أصبت بمرض الحمى القرمزية؟	
		136- هل أصبت في طفولتك بحمى روماتيزمية أو آلام شديدة أو ارتعاشات في الأطراف؟	
		137- هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا؟	
		138- هل سبق علاجك من مرض أنيميا حادة؟	
		139- هل سبق أن عولجت من مرض تناسلي خبيث؟	
		140- هل سبق أن أصبت بمرض السكري؟	
		141- هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟	
		142- هل سبق أن عالجك الطبيب من ورم أو سرطان؟	
		143- هل تعاني من أي مرض مزمن؟	
		144- هل وزنك أقل من المعدل؟	
		145- هل وزنك أزيد من المعدل؟	
		146- هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟	
		147- هل سبق لك إجراء عملية خطيرة؟	
		148- هل سبق أن حدثت لك إصابة خطيرة؟	
		149- هل غالبا ما تحدث لك حوادث صغيرة أو إصابات؟	
		150- هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟	
		151- هل تعاني من انخفاض في نسبة السكر في الدم (هيبوجسليكميا)؟	

		152- هل سبق لك عمل اختبار نسبة الغلوكوز؟	
	L	153- هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم؟	
		154- هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم؟	
		155- هل تجد من المستحيل عمل تمارين منتظمة يوميا؟	
		156- هل تدخن أكثر من عشرين سيجارة يوميا؟	
		157- هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يوميا؟	
		158- هل تتناول عادة مشروبا كحوليا مرتين أو أكثر يوميا؟	
		159- هل سبق وأن أجريت لك عملية نقل دم؟	
		160- هل سبق إخبارك بأن لا تتبرع بدمك؟	
		161- هل سبق لك تعاطي المخدرات؟	
		162- هل كثيرا ما تتعاطى أدوية بدون تشخيص الطبيب؟	
		163- هل سبق أن تعرضت تعرضا شديدا للإشعاع؟	
		164- هل تتعرض أو تتعامل مع الكيماويات أثناء عملك؟	
		165- هل لك هويات غير عادية قد تؤثر في صحتك؟	
		166- هل تقطن في منزلك حيوانات غير مألوفة (سلاحف، ثعابين، قروود.. إلخ)؟	
		167- هل سبق إصابتك بمرض أثناء سفرك بالخارج؟	
		168- هل تستخدم حبوبا منومة؟	
		169- هل تستخدم فيتامينات بانتظام؟	
		170- هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟	
		171- هل سبق لك أن احتجت إلى خدمات من يعالج العمود الفقري بتقويمه يدويا (بالتدليك)؟	
		172- هل تتناول بانتظام مهدئات ومسكنات؟	
	M	173- هل تعرق أو ترتعش كثيرا أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة؟	
		174- هل تحس أنك عصبي ومهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟	
		175- هل ترتبك في عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك؟	
		176- هل تختلط عندك الأشياء تماما إذا كان عليك العمل بسرعة؟	

		177- هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لا تقع في الأخطاء؟	
		178- هل تفهم الأوامر والتوجيهات بصورة خاطئة دائما؟	
		179- هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغرب؟	
		180- هل تخاف عندما تكون وحيدا بلا أصدقاء حولك؟	
		181- هل من الصعب عليك دائما أن تأخذ قرارك؟	
		182- هل تود أن يكون هناك دائما أحد بجوارك لينصحك؟	
		183- هل تعتبر شخصا يفتقر إلى الخبرة؟	
		184- هل يضايقك تناول الطعام في أي مكان غير منزلك؟	
	N	185- هل تشعر بالعزلة والحزن أثناء تواجدك في إحدى الحفلات؟	
		186- هل تشعر عادة بعدم السعادة والاكتئاب؟	
		187- هل غالبا ما تبكي؟	
		188- هل أنت دائما مبتئس وحزين؟	
		189- هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كلية؟	
		190- هل غالبا ما تود أن تكون ميتا وبعيدا عن كل شيء؟	
	O	191- هل يحيطك القلق باستمرار؟	
		192- هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟	
		193- هل أي شيء ضئيل يثير أعصابك وينهكك؟	
		194- هل تعتبر شخصا عصيبا؟	
		195- هل العصبية من صفات أفراد عائلتك؟	
		196- هل سبق أن أصبت بانحيار عصبي؟	
		197- هل سبق أن أصيب أحد أفراد أسرتك بانحيار عصبي؟	
		198- هل سبق أن عاجلت في أحد المستشفيات النفسية؟	
		199- هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في أحد المستشفيات العقلية؟	
	P	200- هل أنت حساس أو خجول جدا؟	
		201- هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة؟	
		202- هل من السهل إيذاء شعورك؟	

		203- هل يثيرك النقد دائما؟	
		204- هل تعتبر شخصا سريعا؟	
		205- هل دائما يسيء الناس فهمك؟	
	Q	206- هل تحترس لنفسك دائما حتى وأنت مع أصدقائك؟	
		207- هل تفعل الأشياء دائما باندفاع مفاجئ؟	
		208- هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟	
		209- هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟	
		210- هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك وتجعلك غاضبا؟	
		211- هل يثير غضبك أن تجد من يبخرك بما عليك أن تفعله؟	
		212- هل غالبا ما يضايقك الناس ويثيرونك؟	
		213- هل تقع في الغضب إذا لم تستطع الحصول على ماتطلبه فورا؟	
		214- هل غالبا ما يصيبك هياج عنيف؟	
	R	215- هل غالبا ما تهتز أو ترتعش؟	
		216- هل تكون دائما تأثرا وشديد العصبية؟	
		217- هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟	
		218- هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصبح أحد في وجهك؟	
		219- هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟	
		220- هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟	
		221- هل تعاودك الأفكار المخيفة دائما؟	
		222- هل غالبا ما يعتريك خوف مفاجئ بدون سبب معقول؟	
		223- هل غالبا ما يتصبب العرق البارد من جسمك؟	