الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين

Stress in mothers of autistic adolescents

اعداد

غدي عمر محمود عصفور

إشراف

الدكتور سامي محمد ملحم

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الارشاد النفسي والتربوي

كلية العلوم التربوية والنفسية

جامعة عمان العربية

كانون الثاني – 2012

التفويض

أنا الطالبة غدي عمر محمود عصفور، أفوض جامعة عمان العربية بتزويد نسخ من رسالتي وعنوانها "الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين" للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الاسم: غدي عمر محمود عصفور

التوقيع: [redacted]

التاريخ: ٢٠١٢/٢/٨م

قرار لجنة المناقشة

نوقشت رسالة الطالبة: غدي عمر محمود عصفور، بتاريخ: 25 / 1 /2012 وعنوانها:

"الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين".

وأجيزت بتاريخ: ٢٥/٤/١٤٣٣هـ

أعضاء لجنة المناقشة:		التوقيع
الدكتور محمد خليل عباس	رئيساً	.....
الدكتور سامي محمد ملحم	عضواً ومشرفاً	.....
الدكتورة سهيلة محمود بنات	عضواً	.....

الشكر والتقدير

كل الشكر لله سبحانه وتعالى الذي ألهمني الطموح، و يسر لي أمري، و أنار لي الطريق لأصل إلى ماوصلت إليه.

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى جامعة عمان العربية، وأعضاء الهئية التدريسية المحترمين، وأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل بقبولهم مناقشة هذه الرسالة.

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأستاذي القدير ومشرفي الفاضل الدكتور سامي ملحم لتفضله بالإشراف على رسالتي، وما بذله معي من جهد و إرشاد، وما منحني من وقته وعلمه.

و أتوجه بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الدكتور محمد عباس والدكتورة سهيلة بنات على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة وعلى ملاحظاتهم التي أسهمت في إثرائها.

الباحثة

غدي عصفور

الإهـــــــداء

إلى عائلتي

إلى القلب الحنون، إلى سعة الصدر، إليك بكل معاني الحب والوفاء، يامن جاهــد وكــافح، إليك أبي أطال الله بعمرك.

إلى الصدر الذي يضمني كلما ضاقت بي الدنيا وكلما أحاطت بي المخاطر... إلى قمــري الذي لا يغيب و شمسي التي لا ينقطع دفؤها أبداً... إلى من روحها تعانق روحي... إلى أغلى و أعز مخلوق عندي إلى .... أمي.

إهداء خاص إلى من غيروا دنيتي ..... وعلموني الحنان والحب والتسامح ..... و وقفوا إلى جانبي دائماً بقلبهم و حبهم..... إخوتي أدامهم الله لي وحماهم.

وإلى كل من علمني حرفاً.....

إلى أحبائي.....

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
• **التفويض**	**ب**
• قرار لجنة المناقشة	ج
• شكر وتقدير	د
• الإهداء	ه
• فهرس المحتويات	و
• قائمة الجداول	ح
• قائمة الملاحق	ي
• الملّخص باللغة العربيّة	ك
• الملّخص باللغة الانجليزيّة	م
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميّتها	
• المقدّمة	2
• مشكلة الدراسة	5
• عناصر مشكلة الدراسة	5
• أهميّة الدراسة	6
• مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الاجرائيّة	7
• حدود الدراسة ومحدداتها	8
الفصل الثاني: الإطار النظريّة والدراسات السابقة	
• أولاً: الإطار النظريّة	10
• ثانياً: الدراسات السابقة	55
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	
• منهج الدراسة	64
• أفراد الدراسة	64
• أداة الدراسة	66
• إجراءات الدراسة	71
الفصل الرابع: نتائج الدراسة	**73**

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات	
• **مناقشة النتائج**	**99**
• **التوصيات**	**102**
قائمة المراجع:	
• المراجع العربية	105
• المراجع الاجنبية	113
الملاحق	**117**

قائمة الجداول

رقم	المحتوى	الصفحة
1	توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات الجنس ومراكز تواجد المراهقين التوحديين	67
2	توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات كل من: جنس المراهق، والترتيب الولادي للمراهق، وعدد الابناء، والمستوى التعليمي للام، والمستوى الاقتصادي	68
3	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات بدلالة سلم الاجابة للضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين	77
4	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد الاعراض النفسية والعضوية	79
5	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد مشاعر اليأس والاحباط	80
6	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	81
7	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد المشكلات الاسرية والاجتماعية	82
8	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد القلق على مستقبل المراهق	83
9	المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد تحمل اعباء المراهق التوحدي	84
10	المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغير الجنس (الذكور والاناث)	86
11	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الترتيب الولادي (الاول ، الاوسط، الاخير):	87
12	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير عدد الابناء (أقل من	88

	3 ابناء، 3 وأقل من 5 ابناء، 5 أبناء فأكثر):	
13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير عدد الابناء المستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة فأقل، الشهادة الجامعية):	89
14	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر):	90
15	نتائج اختبار(ت) لفحص الفروق في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغير جنس المراهق	91
16	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير الترتيب الولادي	93
17	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير الترتيب الولادي	95
18	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير عدد الابناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر)	96
19	نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي	98

قائمة الملاحق

الملحق	عنوان الملحق	الصفحه
1	الصورة النهائية لمقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين	118
2	نسخة تطبيق مقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين	121
3	قائمة باسماء السادة المحكمين على مقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين	123
4	كتب تسهيل مهمة تطبيق الدراسة	124

الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين

اعداد

غدي عمر محمود عصفور

اشراف

الدكتور سامي محمد ملحم

الملخص

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين. وسعت إلى الإجابة عن السؤالين التاليين:

1. ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟
2. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\propto = 0.05)$ في درجة الضغوط النفسية تعزى إلى متغيرات (جنس المراهق، الترتيب الولادي للمراهق، المستوى التعليمي للأم، المستوى الاقتصادي، عدد الأبناء)؟

تكونت عينة الدراسة من (40) أماً من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية. وقامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد.

وبعد استخراج دلالات الصدق والثبات للمقياس تم تطبيقه على عينة الدراسة ومن ثم إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة، حيث تم إستخدام إختبار (ت)، وتحليل التباين الأحـــادي (ANOVA).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المستوى المتوسط. وان أعلى متوسط كان لبعد تحمـــل أعباء المراهق التوحدي، في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط.

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـــة الإحصائية ($\alpha = 0.05$) لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمـــستوى الاقتـــصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين. بينما أظهرت فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لمجالي القلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق التوحدي لصالح الأسرة التي يكون فيها المراهق التوحدي آخر مولـــود فـــي الأسرة. وكذلك مجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة التي يزيد عدد ابنائهـــا علـــى خمسة افراد.

وفي ضوء النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الحالية توصي الباحثة بإجراء دراسات مستقبلية على عينات جديدة من الأطفال والمراهقين التوحديين بمتغيرات جديدة كمتغير المستوى الاجتماعي للأسرة وكذلك ثقافة الأبوين وعملهما إضافة إلى المتغيرات التي استخدمت في هذه الدراسة.

Stress in mothers of autistic adolescents

Prepared by:

Ghade Omar Mahmmoud Asfour

Supervised by:

Dr. Sami Mohammed Milhem

ABSTRACT

This study aimed to detect the stress in mothers of autistic adolescents, and sought to answer the following questions:

- What is the psychological stress in mothers of autistic adolescents in Jordan?
- Are there significant differences at the level of significance $(0.05 = \alpha)$ in the degree of stress due to the variables (gender of the adolescent, the adolescent birth order, mother's educational level, economic level, parents' relationship, the number of children?

The study sample consisted of (40) mothers of autistic adolescents were selected randomly, and the researcher developed a

scale of psychological stress on mothers of autistic adolescents (60) items distributed on six dimensions.

After extraction of semantics validity and reliability of the scale has been applied to the study sample and then perform the appropriate statistical analysis, was used (t) test, and analysis of variance (ANOVA).

The study results showed that the level of stress for mothers of autistic adolescents in all areas of the scale was part of the middle level. The highest average was yet to bear the burdens of an autistic teenager, while after the feelings of despair and frustration to the lowest average teenager with average arithmetic.

The results of the study showed there is no statistically significant differences at the level of statistical significance ($\alpha = 0.05$) to the variables of gender and educational level of the mother and the economic level of households in the degree of stress in mothers of autistic adolescents. While showed a statistically significant difference at the level of significance ($\alpha = 0.05$) for the areas of concern for the future of the adolescent, and bear the burdens of an autistic teenager in favor of the family in which the autistic teenager last born in the family,

as well as the area of family and social problems of the family with more than five members.

In light of the results of the current study, the researcher recommends that future studies on the new samples of children and adolescents with autism new variables as a variable social level of the family and social culture as well as parents and their work in addition to the variables used in this study

الفصل الاول

مشكلة الدراسة وأهميتها

الفصل الاول

مشكلة الدراسة واهميتها

المقدمة

تعد عملية ولادة الأطفال في مجتمعاتنا العربية إنجازاً ذاتياً للأم، لذا فإن الأم عندما تنجب تعد نفسها قد أنجزت شيئاً مهماً تهديه إلى زوجها وإلى العائلة جميعها وتتفاخر المرأة بوليدها وبالأخص إذا كان ذكراً في مجتمع ينظر إلى المولود الذكر بأنه هبة سماوية تكلل الحياة بالسعادة وتضمن لها الاستمرار بالحياة الزوجية وتنال مقابل ذلك الدلال والتقدير من أهل زوجها، وحتى عندما ترزق ببنت تكون خيبة أملها بسيطة وتأمل أن يكون مولودها الثاني ذكراً، وتصاب المرأة بالطامة الكبرى عند ولادة طفل توحدي حيث ينقلب شعورها بالإنجاز إلى شعور بالخوف وخيبة الأمل وتشعر بالذنب من أن هذا الطفل عقاباً من الله على ذنب قد ارتكبته وينتابها القلق والخجل من النظر في عيون الناس.

وتعبر هذه المشاعر عن مدى الضغط النفسي الذي تتعرض إليه أم التوحدي ويزداد الشعور كلما رأت طفلها التوحدي يكبر أمام عينها ويزيد من إحساسها بالعجز أمام مسؤولياته ومتطلباته، خاصة وأنها لا تجد من حولها من يساعدها ويسهل عليها ويعلمها الطريقة الأفضل في تربيته إلى أن يصل إلى أكثر المراحل صعوبة وضغطاً وهي مرحلة المراهقة التي تواجه فيها ضغط البلوغ وما يترتب عليه من تغيرات داخلية وخارجية في بنية جسم ابنها أو ابنتها.

و يعد ميدان التربية الخاصة أحد الميادين الحديثة التي لاقت اهتماماً بالغ الأهمية من قبل المختصين والعاملين في مختلف المجالات المهنية الأخرى ، وشهد مجال الإعاقة اهتماماً بالغاً في الآونة الأخيرة انطلاقاً من إيماننا بأن هذه الفئة هم كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في

الحياة و استغلال قدراتهم وإمكاناتهم، والنظر إليهم على أنهم جزء من الثروة البشرية يجب تنميتها و الإفادة منها إلى أقصى حد ممكن (بركات،2008).

وأسرة الطفل ذي الإعاقة كمجتمع صغير عبارة عن وحدة حية ديناميكية لها وظيفة تهدف نحو نمو الطفل نمواً إجتماعياً وسلوكياً عن طريق التفاعل العائلي الذي يقوم بدور هام في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه، ففي العائلة التي يسودها الود والوفاق والتعاون ينمو في رحابها الطفل نمواً صحيحاً سليماً وتخلق في نفسه الثقة والتماسك والاتزان (أبو السعود،2000).

و يعد التوحد إحدى فئات التربية الخاصة التي جذبت اهتمام الباحثين و الأخصائيين النفسيين، ولا يزال محط الجدل من حيث تشخيصه و أسبابه و أساليب علاجه، وهو اضطراب غير قابل للتنبؤ به، مما يؤثر بشكل كبير على الأسرة ويعكس العديد من الضغوط النفسية على الآباء و يؤدي إلى صعوبة تلبية الحاجات المرتبطة بتربية الطفل التوحدي. (الزريقات، 2004).

إن تربية الأطفال مسؤولية كبيرة وصعبة وشاقة، وتربية الطفل ذي الإعاقة أكثر صعوبة وأكثر مشقة، لما تواجهه الأسرة من مشكلات وتحديات خاصة إضافة إلى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً، فالإعاقة غالباً ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، ومع ذلك فإن آثار الإعاقة ليست متشابهة عند جميع الأسر، فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة، ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة، ففي حين أشارت بعض الدراسات مثل دراسة (الخطيب و الحديدي،2007) إلى أن إعاقة الطفل

تقود إلى تقوية العلاقة الأسرية، أشارت دراسات أخرى إلى عكس ذلك فبينت أن إعاقة الطفل قد تؤدي إلى مشكلات في الحياة الأسرية وبخاصة منها تلك المرتبطة بإساءة معاملة الطفل جسمياً أو نفسياً وتأثر العلاقة الزوجية، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسات أجريت في الدول الغربية وليست هناك دراسات كافية حول هذا الموضوع في الدول العربية، ومن يدري كيف يكون الأمر لدينا بدون دراسات جادة، فالانطباعات العامة لا تكفي والخبرة الشخصية لا يمكن تعميمها على الجميع.

وتعرض الأسرة إلى الأزمات يؤثر على قدرتها في توجيه الطفل نحو الخبرات الملائمة وتجنب الخبرات الضارة، فمع الضغوط والأزمات يركز الآباء على مشاكلهم وتستنفذ طاقاتهم وينصرفون عن أطفالهم ومشكلات النمو الخاصة بهم، وتضعف قدرتهم على الصبر والتحمل، ولما كانت الأبوة تتطلب إدارة فنية ووقتاً وجهداً حتى تؤدي وظيفتها بفاعلية وكفاءة، و تثمر طفلاً سليم النمو جسمياً ونفسياً وعقلياً، فإن تعرض الوالدين والأسرة إلى الضغوط التي تتعلق بالحياة وظروفها ومتطلباتها والتي لا يملكان – في الغالب – حيالها تحكماً أو سيطرة تؤدي إلى إعاقة أداء الوالدين وتؤثر بالتالي على الطفل كما تفشل الأسرة – عادة – في ظل تلك الظروف في توجيه الطفل نحو الخبرات الإيجابية التي تثري عملية النمو، فخصائص الطفل قد تشكل ضغوطاً على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم (أبو السعود، 2000).

و فترة البلوغ هي فترة حرجة انتقالية تصاحبها تطورات فسيولوجية (جسدية) وسيكولوجية (نفسية) و هامة جداً للطفل التوحدي فيجب تهيئة وتدريب الأم لكيفية إدراكها و التعامل معها بكافة جوانبها الإيجابية والسلبية، فهي المرحلة الفاصلة بين حياة الطفولة والنضج (الخطيب والحديدي،2007).

والمراهقة تبدأ من سن 11 أو 12 سنة وتستمر حتى بداية العشرينات من العمر، فهي تبدأ مع البلوغ، ويعتبر ستينبرغ كما ذكرت (شريم،2009) المظاهر الخمسة التالية من خصائص مرحلة البلوغ:

1. تؤدي سرعة التغير في النمو إلى الزيادة في الطول والوزن.
2. يتضمن تطور الخصائص الجنسية الأولية تطوراً إضافياً في الغدد التناسلية أو الغدد الجنسية أي الخصيتان لدى الذكور والمبيضان لدى الإناث.
3. تطور الخصائص الجنسية الثانوية، ويتضمن تغيرات في الأعضاء التناسلية والثدي ونمو شعر العانة والوجه والجسد، ونمو في الأعضاء الجنسية.
4. تغيرات في التكوين الجسدي خاصة في كمية وتوزيع الدهون والعضلات.
5. تغيرات في الجهازين الدوري والتنفسي مما يؤدي إلى زيادة القوة وتحمل الجهد البدني.

مشكلة الدراسة:

إن الغرض من هذه الدراسة هو الكشف عن الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين.

عناصر مشكلة الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

3. ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟

4. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\propto = 0.05)$ في درجة الضغوط النفسية تعزى إلى متغيرات (جنس المراهق، الترتيب الولادي للمراهق، المستوى التعليمي للأم، المستوى الإقتصادي، عدد الأبناء)؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تتناول الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين الذين يعانون من التوحد.

وتعد هذه الدراسة مهمة في جانبين:

أ. الأهمية النظرية:

تتبين الأهمية النظرية لهذه الدراسة في كونها تبحث في الضغوط النفسية لأمهات المراهقين من ذوي التوحد. وما ستقوم بإضافته هذه الدراسة من نتائج يعتبر إضافة جديدة إلى المجال العلمي في الميدان النفسي والاجتماعي والتربوي، علماً بأن العديد من الدراسات التي وجدتها الباحثة حول موضوع التوحد كانت تتعلق بفئة الأطفال وأغفلت فئة المراهقين، وهي الفئة التي تتناولها هذه الدراسة وهو مايمثل أهمية بالغة للدراسة الحالية.

ب. الأهمية التطبيقية:

توفر هذه الدراسة مقياساً يقيس مستوى الضغوط النفسية التي تتعرض إليها أمهات المراهقين من ذوي التوحد. وتنبع أهمية هذه الدراسة في كونها تسلط الضوء على ماتتعرض

إليه أمهات المراهقين التوحديين من ضغوط، مما يؤكد حاجة هؤلاء الأمهات إلـــى اكتـــساب مهارات تساعدهن على التخفيف من هذه الضغوط، وترى الباحثة أن البحث في هذا المجـــال يفتقر إلى دراسات تعالج هذا الموضوع لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن – حسب علم الباحثة – و أمهات المراهقين التوحديين في العاصمة عمان بشكل خاص، وهـــذه الفئـــة بحاجة إلى دراسة.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الاجرائية:

الضغط النفسي :

عرف عبيد (2008) الضغط النفسي على انه "استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حـــدث بيئـــي أو موقـــف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي للفرد"

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص لدى تطبيق أداة القياس الذي تقوم به الباحثة.

التوحد:

عرف الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية المشار اليه في الزارع (2010) بأنه "اضطراب نمائي شامل يؤدي إلى انحراف فـــي النمـــو العادي للطفل، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة (PDDs) ، التي تتضمن اضطراب التوحـــد (Autism Disorder) ، متلازمـــة إســـبرجر

(Aspergers Syndrome)، متلازمة ريت (Retts Syndrome)، اضطراب التفكك أو الانحلال الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد – (Pervasive Developmental Disorder–Not Otherwise Specified (PDD–NOS).

المراهقون التوحديون:

هم الأفراد التوحديون المتواجدون في مراكز التربية الخاصة في العاصمة عمان والذين تتراوح أعمارهم مابين 12 – 16 سنة .

أمهات المراهقين التوحديين:

تعرف إجرائياً بأنهن الأمهات اللواتي يعانين من صعوبة في التواصل مع أبنائهن وبناتهن التوحديين المتواجدين في مراكز التربية الخاصة في العاصمة عمان في فترة المراهقة.

حدود الدراسة ومحدداتها:

1. اقتصرت هذه الدراسة على عينة من أمهات المراهقين التوحديين المتواجدين في مراكز التربية الخاصة في عمان للعام الدراسي 2012/2011.
2. آداة الدراسة المتمثلة في مقياس الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين الذي أعدته الباحثة لأغراض هذه الدراسة.

3. يمكن تعميم نتائج الدراسة بالقدر الذي تحققه آداة القياس من خـــصائص ســـيكومترية (الصدق والثبات)، ومدى تمثيل العينة لمجتمعها. ويمكن تعميم نتائج الدراسة أيـــضاَ على المجتمعات المماثلة لمجتمع الدراسة فقط.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضا لكل من: الخلفية النظرية: وتشتمل على الضغوط النفسية، واضطرابات التوحد، والمراهق التوحدي. والدراسات السابقة.

أولاً: الإطار النظرية

الضغوط النفسية:

تعد الضغوط النفسية واحدة من أهم المشكلات التي يعيشها الإنسان في الوقت الـــراهن، حتى أصبح هذا العصر يعرف بعصر الضغوط، ومن هنا اهتمت العديد من البحوث العربيـــة والأجنبية بدراسة تلك الضغوط النفسية.

وقد تم الاهتمام في البحث في آثار الضغوط النفسية على الصحة الجسمية والفكرية فـــي بداية القرن العشرين، فقد رأى ويليام أوسلر (William Osler) عام (1970) أن هناك علاقة بين العمل الشاق والضغط الذي يعانيه مرضاه الذين يعانون من ضيق التنفس، وهنـــا بـــدأت الضغوط النفسية تدرس علـــى أنهـــا ذات علاقـــة بـــأي مـــرض يعـــاني منـــه الإنـــسان. (Davison,1982)

وقد تنظر بعض الأمهات إلى واقع ابنها التوحدي على أنه تحدٍ ومواجهة تؤثر إيجاباً على الأسرة وتحدث بينها تماسك وتحمل وتعاطف وتعاون، ومنهم من تنظر إلى الجهة المقابلة بأن المشكلات الكثيرة التي تحدث في العائلة سببها ابنهم التوحدي فيكون الشماعة لكل المـــشكلات

فيؤثر بشكل كبير على حياتهم ويحدث لها ضغوطاً نفسية كبيرة، ويصبح هناك تركيز كبير على المشكلة بحيث تستنفذ طاقاتهم، وتقل قدرتهم على الصبر والتحمل. وبذلك تصبح الأم غير قادرة على توجيه ابنها نحو الخبرات الإيجابية (أبو السعود، 2000)

ويبدو أن مستويات الضغوط النفسية التي تعاني منها أم المراهق التوحدي تتباين وفقاً لعدة متغيرات من أهمها خصائص المراهق، جنسه، شدة إعاقته، خصائصه السلوكية، خصائص الوالدين والأسرة كالمستوى الإقتصادي والإجتماعي والتعليمي والصفات الشخصية (عبد الغني،2008).

تعريف الضغوط النفسية:

تعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسة التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، وهذه الضغوط ما هي إلا رد فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي طرأت على كافة مناحي الحياة، إن الضغوط تمثل السبب الرئيس وراء الإحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية (سعد، خليفة،2008).

وقد تعددت المفاهيم الموجودة لمصطلح الضغط (Stress)، فمن المفاهيم التي إرتبطت بالضغط هي مفهوم الإحباط الذي يعني التوقف أو التأخر في تحقيق التقدم (lazarus and Monat ,1985).

وعرف الضغط النفسي بأنه عبارة عن استجابة انفعالية تتكون بشكل رئيس من الخوف أو القلق المرتبط بأعراض جسمية تظهر نتيجة الآثار المرتبطة بموقف أو الحاجة إلى القيام بعمل يهدد الشخص، أو الشعور بضعف الثقة بقدرة الفرد على النجاح وإنجاز متطلبات العمل (miller and smith,1997).

و أوضح شاكرباني (Chakerpani,1995) والمشار إليه في (الزعـــارير، 2009) أن مصطلح الضغط تطور في العصور الوسطى لكلمة (Distress)، وهو مصطلح يـــشير إلـــى حالات الأشخاص العقلية والنفسية، ثم بعد ذلك استخدم ليعني الأذى و الشدة والألم والحـــزن، وارتبط بذلك الوقت استخدامه بمعنى الإكراه والإجبار.

وذكر سيلي (Selye) المشار إليه في (الألفي،1986) أن الضغط مجموعة من الأعراض تظهر عند التعرض إلى موقف ضاغط، فهي استجابة من الجسم تجاه متطلبات البيئية، كفقدان العمل، وأوضح ظاهرة تسمى بظاهرة التكيف العام (General Adaptation Syndrome) وهي ظاهرة تتكون من ثلاث مراحل:

1. مرحلة الصدمة: وهي مرحلة يواجه فيها الفرد التهديد.
2. مرحلة المقاومة: يدافع الفرد فيها عن نفسه ضد مصادر التهديد.
3. مرحلة الانهيار: هنا يصل الفرد إلى عدم قدرته على المقاومة فيعجـــز عـــن تحقيـــق التكيف مما يؤدي به إلى الانهيار.

ويعرف (Kyriaco,1979) والمشار إليه في (سعد و خليفة،2008)، أن الـــضغط هـــو استجابة فسيولوجية ونفسية تنتج عن محاولة الفرد في التوافق والتكيف مع كل الضغوط التي يتعرض إليها.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الضغوط النفسية على أنها رد فعل إنعكاســـي لعوامل خارجية يتعرض إليها الفرد وتترك أثراً سلبياً عليه.

نظريات الضغوط النفسية:

تناول الباحثون والمنظرون عدداً من النظريات في علم النفس والتي يمكن تفسيرها للضغوط النفسية:

النظرية التحليلية:

فقد اشار منظرو التحليل النفسي الى الضغوط النفسية ضمن مفاهيم الكبت واللاشعور والعدوان، وان الإحساس بالضغوط ما هو الا نتيجة لكبت دوافع ممنوعة لا توضح نفسها بشكل واضح، فتجد لها متنفسا بالتحويل أو الإزاحة إلى موضوعات أخرى.

النظرية المعرفية:

وأكدت النظرية المعرفية على أن الفرد يسلك وفق الصورة التي يدرك بها الأحداث، و فيما يتعلق بالضغوط فإنه يعتقد بأن ما لديه من مصادر تكيفية لا تكفي لمواجهتها، مما ينجم عن ذلك الإحساس بالتوتر و الإحباط. و تندرج تحت هذه التفسيرات النظرية الفينومينولوجية (الظاهراتية)، التي تؤكد الشيء نفسه، على اعتبار أن الإنسان يتصرف تجاه الأحداث تبعاً لما تتبدى له، وليست كما هي فعلاً (الحربي، 2002).

وتعتبر هذه النظرية أن الضغط النفسي نتاج للعلاقة بين الفرد والبيئة بما تحويه من مثيرات، وتنظر إلى هذه العلاقة بأنها ديناميكية فهي تتغير باستمرار، وأنها ثنائية الاتجاه، فالفرد والبيئة يؤثر كل منهما على الآخر ويتأثر به. فهي بذلك تعطى أهمية كبيرة لتقييم وتفسير الفرد للموقف، وتنظر إلى الانفعال والاستجابات الفسيولوجية كنتائج للعمليات المعرفية. وبالتالي فإن ما يمكن أن يكون حدثا مؤثرا يعتمد بشكل كبير على الطريقة التي نفكر فيها، وكيف نقيّم ونفسر هذا الحدث (شايب 1994).

النظرية السلوكية:

وتفسر النظرية السلوكية الضغوط النفسية من مفاهيمها العامة حول المثير والاستجابة ونواتج السلوك (التعزيز أو العقاب) و يمكن الإشارة إلى أن الضغوط النفسية باعتبارها مثيرات يستجيب لها الفرد بطريقة غير مناسبة، وتولد لديه الانزعاج، ويقوم بتكرار هذه الاستجابة رغم عدم مناسبتها، في حالة تدعى بالعجز المتعلم (الإمام ، 2010– أ).

نظرية العجز المتعلم:

وطور سيلجمان Seligman المشار إليه في (البديرات، 2006) الى نظرية العجز المتعلم والتي ترى بأن الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المتعلم، وأكد سيلجمان على أن تعرض الفرد إلى حالة العجز المتعلم تجعل سلوكه غير تكيفي. و يرى أن حالة العجز المتعلم تؤدي إلى آثار تعليمية ودافعية وانفعالية من خلال عزوف الفرد عن المبادرة والمحاولة، ويتعلم الفرد أن سلوكه غير ذي جدوى، وفقدان القدرة على التحكم و السيطرة على مجريات الأمور. مما يؤدي إلى استجابات إنفعالية سلبية. و يؤكد بأن معالجة مشكلات الدافعية أكثر سهولة من معالجة المشكلات الأخرى، حيث يمكن العمل على زيادة توقعات النجاح (Expectancy of Success) لديهم مما تترتب عليه استجابات إيجابية و وصول إلى الهدف التنموي المراد.

كما يعتبر الطبيب النمساوي هانز سيلاي (Hans Selye) الأب الحقيقي لنظرية الضغط النفسي، كما انه أول من تحدث عن مفهوم الضغط النفسي في الثلاثينات من القرن الماضي، عندما نشر دراسته المرجعية عام (1936) والتي عرض فيها نتائج أبحاثه وتجاربه، وبقيت منذ ذلك الحين مرجعا رائدا حول الضغط النفسي. والمعنى الذي تضيفه دراسة سيلاي

(Selye) إلى مصطلح الضغط النفسي (Stress) هو معنى طبي بحت، حيث يقصد به مبدئيا أية استجابة غير محددة (Non-Specific Response) تقوم بها العضوية كرد فعل تجاه عوامل مؤدية، ويرى سيلاي انه حتى ساعات النوم لا تخلو من الضغط النفسي (وينج،1994.ط2). وقد طور سيلاي (Selye) نموذج كانون الذي اعتبر أن الضغط يتسبب عن مثيرات بيئية واقتراح ما يسمى متلازمة التكيف العامة (GAS) General Adaptation Syndrome. والتي قصد بها المحاولة العامة للجسم في الدفاع عن نفسه ضد عوامل مؤذية. وتحدث عن ثلاث مراحل يمر بها الجسم أثناء محاولته الدفاع عن نفسه والتي تمثل متلازمة التكيف العامة (علي ،2000) وهي :

المرحلة الأولى: التنبيه ورد الفعل (Alarm & Reaction):

يقدم الجسم في هذه المرحلة خط دفاعه الأول ضد الضغط، سواء أكان مصدر الضغط فسيولوجياً (مثل المرض) أم نفسيا (مثل إنهاء علاقة حميمة) ويتم التحضير لاستجابة المواجهة أو التهرب (Fight or Flight). ويتم إفراز الأدرينالين والابنفرين، وتزداد دقات القلب ويرتفع مستوى ضغط الدم.

المرحلة الثانية: المقاومة (Resistance):

وفيها يحضر الشخص لمواجهة الضغط والتكيف معه. وتعتمد مدة هذه المرحلة على درجة الضغط وشدته، وعلى قدرة العضوية على التكيف. وإذا استمر الضغط في هذه المرحلة، فان هذا قد يؤذي إلى تغيرات في با الوظائف والتأثيرات الهرمونية والعصبية، ومن هذه التغيرات ما سماها سيلاي بأمراض التأقلم مثل القرحة وارتفاع ضغط الدم وأمراض الدورة الدموية وارتفاع إفراز الغدة الدرقية وأزمة التنفس.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإرهاق (Exhaustion):

وفي هذه المرحلة تكون قدرة العضوية على المقاومة قد وصلت خط النهاية، وهنا يصبح نشاط الجهاز الباراسمبثاوي من الجهاز العصبي المستقل متدنياً جدا. ويرى سيلاي انه نتيجة لهذه المرحلة قد يصل الفرد إلى الاكتئاب أو اضطرابات نفسية أخرى أو حتى الموت المفاجئ(Schwartzs,1992).

طور ميسن **Meson** المشار اليه في (Braian,2002) نظريته في الضغط بطريقة اختلفت عن نظرية سيلاي، وبدأ أعماله من خلال انتقاد نظرية سيلاي، حيث إنه اختلف معه على أن الضغط استجابة غير محدده لمثير مزعج، وركز ميسن على أن جميع الموترات تشترك في العنصر الانفعالي، وتحدث عن دور هذا الجانب في زيادة نشاط الغدة النخامية والأدرينالين، واعتبر أن رد الفعل الانفعالي للتوتر أو ما يصاحب الضغط على انه يشبه البكتيريا والفيروسات التي تهاجم الجسم محدثة حالة مرضية، وفي نفس الوقت ليس كل من يتعرض إليها يصاب بالمرض، إذ إن مستويات مقاومة جهاز المناعة تختلف تبعا للأفراد، وأن الأفراد يختلفون في إمكانية الإصابة بالمرض رغم تعرضهم إلى نفس العدوى.

وانطلق لازاروس **Lazarus** في الحديث عن نظريته من خلال تعريفة للضغط على أنه علاقة خاصة بين الشخص والبيئة، وأن هذه تقيم من قبل الشخص على أساس أنها تفوق مصادره كشخص وتهدد حياته، ومن هنا فإن الطريقة التي يقيم بها الشخص على أساس أنها تفوق مصادره كشخص وتهدد حياته، ومن هنا فإن الطريقة التي يقوم بها الشخص المثير هي التي تجعل من المثير موتراً للشخص أو لا . وبذلك فإن العمليات المعرفية لدى الشخص تؤثر بطريقة مباشرة على تقييمه لمدى تهديد الحدث له، وليس الحدث البيئي بحد ذاته، فإدراك الفرد

للحدث يلعب دورا مهما. وكذلك إدراكه لمصادره النفسية، وهل تكفي هذه المصادر للتوافق مع الحدث أم لا؟ (Monat& Lazarus ,1985).

وبناء على ذلك، فإن الضغط بالنسبة للازاروس ناتج عن عملية التقييم وليس سابقا لها، وميز لازاروس بين ثلاثة أنواع من التقييم يستعملها الناس عند مواجهة الضغط، فالنوع الأول هو التقييم الأولي حيث يختبر الفرد حدثا ما قد يكون مهددا له أو يشكل تحدياً لقدراته، والنوع الثاني هو التقييم الثانوي، ويقيم فيه الفرد قدرته على التكيف مع التهديد أو التحدي، وفي النوع الثالث يقوم الفرد بإعادة التقييم ، حيث يعمل على إحداث تعديلات بناء على ما يستجد من ظروف بيئية أو داخلية (Braian,2002).

أنواع الضغوط النفسي:

تعددت أنواع الضغوط النفسية منها:

1. **الضغط النفسي الحالي:** وهي نتيجة موقف معين مثل مناقشة أو مسابقة، وإذا تم التحكم به يصبح فعالاً.
2. **الضغط النفسي المتوقع:** وهو مرتبط بدخول امتحان معين، وهذا الضغط يكون ضاراً عندما يعطيه الفرد أهمية كبيرة.
3. **الضغط النفسي الحاد:** هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر لحياة الفرد، وهو مايسمى بالصدمة، حيث يجد الفرد نفسه في موقف يهدده ولا يستطيع منعه.
4. **الضغط النفسي المزمن:** هو نتيجة لأحداث منهكة تتراكم مع الزمن بشكل سلسلة من الضغوط المتراكمة.

5. **ضغط مابعد الصدمة:** من أخطر أنواع الضغط النفسي يشعر به الشخص بعد مـــروره بصدمة قوية وعنيفة كما أنه يتسبب في جعل الشخص منفعلاً في لحظات حياته العادية ويبقى الجهاز العصبي في حالة تأهب.
6. **الضغوط الإيجابية:** ترتبط بوجود درجة مناسبة من الضغط تدفع الفرد إلـــى العمـــل بشكل متتبع محققاً لأهدافه.
7. **الضغوط السلبية:** تعرض الفرد إلى إلى المواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تـــأثير سلبي فتجعل الفرد عاجزاً عن تحقيق أهدافه وأيضاً يعجز عن التفاعل مع الآخـــرين ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسمية.
8. **ضغوط الضغط:** تعرض الفرد إلى موقف لديه دافع منخفض جداً في تحقيقه فيصبح في حالة توتر وعدم راحة.
9. **ضغوط الجهد:** تعني أن الفرد يبذل جهداً أكبر للتقليل من ضغوط التوتر وهناك علاقة إيجابية بين ضغط التوتر والجهد حيث كلما زاد التوتر زاد الجهد للتغلب عليه (سعد و خليفة،2008)

وقد قسم سونانجن (Sweaningen,1985) و المشار اليـــه فـــي (البـــديرات، 2006) الضغوط حسب استمراريتها إلى:

1. **ضغوط مؤقته:** وهي التي تحيط بالفرد لفترة مؤقته ثم تزول بزوال المواقف الضاغطة.
2. **ضغوط مزمنة:** وهي التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبياً كالالام المزمنة.

بينما ذكر موراي نوعين آخرين من الضغوط وهما:

1. **ضغط بيتا Beta Stress:** تشير إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

2. ضغط ألفا Alpha Stress: فهي تشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما هي في الواقع.

مصادر الضغوط النفسية:

لقد تعددت وتنوعت مصادر الضغوط النفسية، فقد يأتي الضغط من داخل الفرد ويسمى (الضغط الداخلي)، وقد يأتي من خارج الفرد من الظروف البيئية وهذا مايسمى (بالضغط الخارجي) (البراك،2006)

وقد حدد لونج و ويلمز (Long & Williams,1982) المشار إليه في (الزعارير،2009) مجموعة من المجالات كمصادر للضغوط النفسية:

1. الأحداث البيئية:

تشتمل الأحداث البيئية التي تحيط بالأفراد وتؤثر بكل فرد بشكل متفاوت وحسب الزمن الذي تحدث فيه، لذا فتحديد هذه الظروف يساعد على التغلب عليها ووقاية الفرد منها.

2. الإستجابة الفسيولوجية:

يؤدي الضغط إلى ردود فعل عضوية ويحدث استجابات غير محددة لأي شيء يستثيره وقد تحدث مجموعة مثيرات كالبرد، الحرارة، العقاقير، الفرح، و الحزن، وردود الفعل هذه تسبب ردود فعل كيميائية في جسم الإنسان.

3. الإستجابات النفسية:

الاستجابات النفسية مواقف حقيقية يدركها الشخص، وتؤدي به إلى القلــق والخــوف أو مشاعر غير مرغوبة، ويصاحبها توتر عصبي أو ألم في المعدة أو مغص، وأشارت الدراسات أن أسر الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من الضغط النفسي أو الأزمات أو الحــزن أو الأســى والتوتر، فيمر أسر ذوي الإعاقة بثلاث مراحل من الأزمات تبدأ بأزمة التشخيص المبدئي، ثم أزمة القيم الشخصية التي تتميز بردود فعل سلبية كالغضب والحزن ثم أزمــة الواقــع التــي يواجهونها في التعامل مع ابنهم ومع المجتمع (هويدي، 2006)

وكان اهتمام بعض الدراسات بمراحل حياة الأسرة وأنواع الضغوط التي يعيــشها أســر ذوي الاعاقة فمرحلة الطفل والرضاعة تبدأ بتشخيص الطفل ومن ثم مرحلة الطفولة وعمــر المدرسة التي تتمثل في التعامل مع ردود فعل أقرانه وترتيب رعايته والأنشطة المقدمة له، أما مرحلة المراهقة فتكون الصعوبة بمواجهة حالة الأبن والتعامل مع مشكلاته الجنسية والتغلــب على عزلته عن الأقران والتخطيط لمستقبله، وفي النهاية مرحلــة التوافــق مــع المــسؤولية المستمرة للأسرة والتعامل مع انعدام الدمج المجتمعي (وينج،1994،ط2)

ومن تعدد مصادر الضغوط النفسية يمكن الوصول إلى أن مصادر الضغوط النفسية تأتي من موقف يتعرض إليه الشخص ولا يستطيع مواجهته ومواجهة مايتطلبــه مــن ردود فعــل عضوية وعقلية وانفعالية تؤثر عليه سلباً.

الآثار المترتبة على الضغوط النفسية:

أشار ميلر و سميث (Mellor & smith, 1997) إلى أن ردود الفعل تجــاه الــضغوط النفسية تظهر من خلال مظاهر فسيولوجية وجسدية و انفعالية ومعرفية وسلوكية.

1. مظاهر فسيولوجية وجسدية:

فتظهر هذه المظاهر بمجموعة أمراض كجفاف الفم، الرجفة، آلام المفاصل، الجلطـــات، إضطرابات الأكل (Frank.2001)

2. ردود فعل إنفعالية:

من أكثر المظاهر ارتباطاً بالضغط النفسي:

- إضطرابات القلق بكل أعراضه ومظاهره سواء المرضـــي أم المـــرتبط بالمخـــاوف المرضية.
- الإكتئاب و إضطرابات المزاج التي تشير إلى انخفاض في مستويات الطاقة وتـــدني النشاط الاجتماعي والشعور باليأس والإحباط والحزن.
- المظاهر الانفعالية الحادة كالعدوان والغضب (شريف،2002)

3. ردود الفعل المعرفية:

فمن أهم الأعراض المعرفية التي تواجه الفرد من التعرض إلى الضغط النفسي:

- صعوبات التذكر.
- النزوع إلى أنماط التفكير العقلاني.
- اضطرابات التفكير والإدراك (المطيري،2006)

4. ردود الفعل السلوكية للضغط النفسي:

تقسم ردود الفعل السلوكية نحو الضغط النفسي إلى:

- **ردود فعل مباشرة:** هي انعكاسات فورية للضغط النفسي كالسلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي وحدة الطبع.
- **ردود الفعل غير المباشرة:** هي أنماط السلوك التي يستخدمها الفرد للتخفيف من التوتر والضغط النفسي، وقد تؤدي إلى الإدمان كالتدخين وتعاطي العقاقير أو النوم كوسيلة للهروب من الموقف الضاغط (ضمره،1998).

إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية:

يشير فرانك (Frank,2001) أن استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي تشتمل على كل ما نفكر فيه أو نقوم به من خلال التعرض إلى مواقف الضغط النفسي بهدف حل المشكلة و التقليل من آثارها النفسية والجسدية، وقد تنطوي عملية مواجهة الضغط النفسي الهادفة إلى التقليل من آثارها على جانبين، جانب سلبي وجانب ايجابي، فإما أن تكون عملية المواجهة ايجابية فيكون هناك تعامل ايجابي مع الضغط للتخلص من آثارها أو توظيف أساليب سلبية مما يزيد من المشكلة وزيادة الضغط النفسي.

وقد يستخدم الإنسان مجموعة من الاستراتيجيات لمواجهة ضغوط الحياة مثل:

1. استراتيجية مواجهة المشكلة: بالتعامل المباشر مع الموقف.
2. استراتيجية تغيير الإدراك: فهي عملية يقوم بها الإنسان للاستجابة للموقف، فإدراكه الخاطأ للموقف يسبب له الضغوط النفسية.
3. استراتيجية الخروج: فتستخدم هذه الاستراتيجية للخروج من الموقف الضاغط والتعامل مع المواقف المواجهة للشخص.

أما بيلنغ وموس (Billing & Moos,1984) فقد تحدثا عن استراتيجيات أخرى لمواجهة الضغط النفسي وهي:

- الاستراتيجيات السلوكية التي تشمل على السلوكات الظاهرة والتي تعكس محاولة الفرد في التعامل المباشر مع مصادر الضغط.
- الاستراتيجيات المعرفية التي تتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي ليقدر أبعاد مصادر الضغط ودرجة خطورتها.
- استراتيجيات الإحجام: أي تجنب المشكلة والحد من تأثيرها الانفعالي الناتج عن الضغط بطريقة غير مباشرة.

وذكر السرطاوي والشخص (1998) أن نظام الأسرة ودرجة الروابط بين أفرادها خاصة التوافق بين الزوجين ومستوى الآداء الأسري ومقدار الدعم الاجتماعي الذي يوفره أفراد المجتمع ومؤسساته المختلفة كلها عوامل تساعد على مواجهة الضغط النفسي المرتبط بوجود ابن ذي إعاقة في الأسرة.

إضطراب التوحد:

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد بشكل علمي عام 1943، من خلال دراسة قام بها الطبيب النمساوي ليو كانر (Leo Kanner) الذي كان يعمل في مستشفى جونز هوبكنز بالتيمور (Jonns Hopkins – Baltimore) ، في الولايات المتحدة الأمريكية، ولقد نشر كانر تقريراً بعنوان (اضطراب التوحد في مجال التواصل الانفعالي) وكان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي، البالغ عددهم (11) طفلاً، منهم (9) ذكور، و (2) إناث (الزارع،2010)

وقد لاحظ كانر من دراسته للتوحد زيادة لعدد التوحد، وأن عدد الذكور أعلى من الإناث بنسبة من 3 – 5 أولاد مقابل بنت واحدة (Nelson,1997)

ولقد لفت اهتمام كانر وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لهذه، تمثلت في الآتي(الزارع، 2010):

1. **الانعزالية المفرطة:** وصف أفراد هذه الفئة بأنهم عاجزون عن التواصل مع البيئة المحيطة بهم، ويفضلون عدم حدوث أي التقاء بصري مع أي شخص ضمن إطار بيئتهم المحيطة، ولا يستجيبون لأية مبادرة تتعلق بإحداث أي نوع من أنواع التفاعل الاجتماعي، إضافة إلى ارتباطهم بالأشياء (أي الجمادات) أكثر من ارتباطهم بالأشخاص.
2. **قصور في اللغة:** أفراد هذه الفئة يتأخرون في استخدام اللغة، بالرغم من توافر حصيلة لغوية جيدة لدى بعضهم.
3. **المصاداة:** حيث يرددون كلمات بشكل مستمر.
4. **الذاكرة القوية** والقدرة على الحفظ الكبير للمعلومات وإن كانت دون معنى.
5. **الحساسية المفرطة:** لديهم حساسية تجاه بعض المثيرات الحسية، فقد ظهر عليهم الخوف الشديد من بعض الأصوات أو الأشياء المتحركة وبعض الأضواء والأجسام المختلفة.
6. **الرفض الشديد للتغيير** (التمسك الشديد بالروتين) وتنوع محدود للأنشطة: لوحظ على الأطفال التوتر والقلق والرفض الشديد تجاه أي تغيير في نظام حياتهم اليومي أو بيئتهم. كما لوحظ عليهم محدودية في اهتماماتهم وأنشطتهم اليومية.
7. **قدرات إدراكية عالية:** حيث إن بعض الأطفال يتمتعون بقدر جيد من الذكاء، وذاكرة عالية، ومقدرة على الحفظ، وهذه مؤشرات على القدرة العقلية العالية.
8. **مظهر جسدي طبيعي:** حيث إن مظاهر نموهم طبيعيه.

مفهوم اضطراب التوحد:

لقد تعددت وتنوعت تعريفات التوحد لتعدد النظريات والأبحاث العلمية التي تحدثت عن هذا الاضطراب من معايير متنوعة.

فقد عرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) التوحد بأنه عبارة عن إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الإجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبياً على آداء الطفل التربوي ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو إنشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي إضافة إلى الإستجابات غير الإعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية (Strock,2004).

وعرف سميث (Smith,2007) اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder, ASD)، أنه مصطلح يضم مجموعات معينة من الاضطرابات:

1. التوحد أو الإضطراب التوحدي (Autism)
2. التفكك أو الإنحلال الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)
3. متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome)
4. متلازمة ريت (Rett Syndrome)
5. الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Disoreder – Not Otherwise Specified Pervasive Developmentall).

وهذه الإضطرابات تتشارك في الاهتمامات المحددة، النماذج السلوكية، والكلمة المفتاحية في اضطراب طيف التوحد (ASD) وهو الطيف الذي يتضمن خصائص متشابهة مع التنـــوع في ظهور هذه المهارات.

وعرفته الجمعية الوطنية الأمريكيـــة للأطفـــال التوحـــديين (National Society of Autistic Children) (NSAC)، أنه اضطراب أو متلازمة تعرف ســـلوكياً، وأن المظـــاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى 30 شهراً من العمر ويتضمن إضطراباً في الإستجابات الحسسية للمثيرات، واضطراباً في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطراباً في التعلق والإنتماء إلى الناس والأحداث والموضوعات (الزارع،2010)

وعرفه هوبسون (Hobson,1986) أنه إضطراب في العلاقة مع الآخرين ناتج عن عدم القدرة على فهم التعبير الإنفعالي.

وعرفته منظمة الـــصحة العالميـــة (WHO) عـــام و المـــشار إليـــه فـــي (الخطيـــب وآخرون،2007) 1982 أنه إضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات على شكل عجـــز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل الاجتماعي والتواصل.

وحدد روتر (Rutter,1978) كما ذكره (بركات،2008) ثلاث خصائص للتوحد وهي:

- نمو لغوي متأخر.
- اعاقة في العلاقات الإجتماعية.
- سلوك استحواذي أو إصرار على التماثل.

وهذه الأعراض الثلاثة تبنت من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن جمعية الإطباء النفسيين الأمريكيين.

وعرف كريك (Creaks Definition) و المذكور في (اللالا وجنيد،2006) الطفل الذي لديه اضطراب التوحد على أنه الطفل الذي لديه الخصائص التالية:

1. اضطراب في العلاقات الانفعالية.
2. اضطراب في الهوية الذاتية بحيث لا تتناسب مع عمره الزمني والعقلي.
3. ارتباط غير عادي بموضوعات محددة.
4. المحافظة على روتين معين مع مقاومة شديدة للتغيير في البيئة.
5. تجارب وخبرات إدراكية غير سوية أو منحرفة وأحياناً قد تكون شاذة.
6. قلق زائد ومتغير غير منطقي.
7. فقدان القدرة على التحدث، أو عدم القدرة على اكتساب الكلام أو الإخفاق في تطـــوير الكلام إلى المستوى الذي يتناسب مع عمره العقلي والزمني.
8. أنماط حركية مضطربة أو شاذة.
9. نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية أو وظائف عقلية تكون أحياناً غير عادية.

ويعرف مايرز وجرسمان (Mayers & Grisman,1986) التوحد أنه إضطراب فـــي غاية الغرابة ففي أحيان يكون في حالة هدوء وأحياناً أخرى يصرخ ويضوج ويقول كلمـــات غير مفهومة ويصيب الذكور أكثر من الإناث ويحدث في مرحلة الطفولة المبكرة.

وعرفته ماريكا (Marice,1990) أنه مجموعة أعراض سلوكية كالاستغراق في التفكير والإنغلاق على النفس وضعف الإنتباه وعدم القدرة على التواصل أو إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين مع وجود نشاط حركي زائد.

وعرفه كامبل وآخرون (Campbell,et,al,1991) أنه خلل عضوي في وظيفة المخ وتختلف أعراضه في نوعها وحدتها من طفل إلى آخر حسب نوع الإضطراب.

وعرفه سوارتز (Schwartz,1992) في التصنيف الدولي للأمراض في الطبعة العاشرة International Classification of Diseases (ICD-10) ، أنه اضطراب يتميز بمشكلات في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة وفي التواصل وسلوكات نمطية متكررة واهتمامات محدودة وآداء مختلف في المواقف المختلفة.

أما الدليل الإحصائي الرابع (DSM-IV) المشار إليه في (الزعارير،2009) أن التوحد تعريف ينص على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الإرتقائي للطفل يتميز بإنحراف وتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الإجتماعية واللغوية وتشمل الإنتباه، الإدراك الحسي، والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى ويصيب حوالي (5) أطفال في كل (10000) ولادة حية بنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث (4 : 1) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الإجتماعية ولم تكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي.

انتشار اضطراب التوحد:

ذكر هالاهان و كوفمان (Halahan and Kuffman.2003) أن التوحد يمكن أن يحسب لحوالي 5-7 حالة من كل 10000 طفل وهذا لدى الذكور أكثر من الإناث، وليس محتكراً لدى مجتمع عن مجتمع آخر. ومايميز 80% تقريباً من المصابين بالتوحد هو وجود إعاقة عقلية لديهم وأيضاً يمكن أن ترافقه صعوبات تعلم، صرع، واضطرابات سلوكية.

وأوضح (حموده،1991) أن هناك دراسات أجريت في انجلترا تشير إلى أن إضـــطراب التوحد يصيب (4–5) من كل 10000 طفل، ومعدل انتشار الإضطرابات مـــشوهة النمـــو (التوحد والاضطراب مشوه النمو غير المصنف) في مكان آخر غير مصنف بنسبة (10–15) حالة لكل 10000 طفل.

أما دراسة جيلبرج (Gillberg,1990) تحدد انتشار التوحد في المرحلة العمرية من (5–7) سنوات نسبتها (12.4%) لكل (10000) ولادة حية، ودراسة أخرى له تحدد نسبة انتشار التوحد بمعدل (11.6%) لكل (10000) ولادة حية في الفئة العمرية من (4–14) سنة.

وهناك دراسات أجريت في الولايات المتحدة مثل دراسة ميشيل (Micheal,1997) أنه يوجد (360000) شخص توحدي، ويعد التوحد الإضطراب الثالث الأكثر انتشاراً للإعاقـــات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي والشلل الدماغي ويحدث التوحد ل 4 أطفال من كـــل 10000 طفل.

وفي عام (1980) أشار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعتـــه الثالثة (DSM–III) أن الإضطراب نادرة نسبة انتشاره من (2–4) حالات بين كـــل عـــشرة آلاف حالة، وهذه الطبعة أزالت شيوع الإضطرابات بين أفراد الطبقة العليا فهو يصيب جميع الطبقات (كفافي،2001)

وذكرت الجمعية الأمريكيـــة للتوحـــد (The Autism Society of America,1991) والمشار اليه في (محمد،2004) بأن التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فـــرد أي بنسبة (1 : 500) ونسبة انتشاره لدى البنين تزيد على البنات بأربعة أضعاف، وأشار المركز إلى أن هناك حوالي 500000 شخص في الولايات المتحدة يعانون من التوحد.

وذكر هولين (Howlin,1998) أنه قامت في عام 1988 جامعة لوس انجلوس بولايـــة كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا على عينة مكونة من (207) أسرة وجد أن هناك (20) أسرة لكل منها أكثر من طفل يعاني من التوحد، وأن نسبة انتشار التوحد بين الأطفـــال التوحـــديين الذين يولدون لأخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى (4.5%)

ويشير محمد (2003) أن أحدث الإحصاءات التي نشرها الإتحـــاد القـــومي لدراســـات وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2003) بأن نسبة انتشار التوحد ارتفعت بدرجة عالية حيث أصبح متوسطها (1 : 250) حالة ولادة وبهذا يصبح التوحد هو ثاني أكثر الاضطرابات انتشاراً بعد الإعاقة العقلية.

وذكرت الشامي (2004،أ) نسبة انتشار اضطراب التوحد ضمن أنواعه الخمسة كالتالي:

1. **إضطراب التوحد Autistic Disorder** : تقدر نسبة انتشاره ب 5 مـــن كـــل 10000 مولود كما ذكرت (Lotter,1996) بينما تراوحت بين 5 – 15 من كل 10000 مولـــود لإضطراب التوحد بجميع درجاته.
2. **متلازمة اســـبرجر Asperger Syndrome**: تعد أكثر شيوعاً من اضطراب التوحـــد، وتحدث ل 26 – 36 من كل 10000 مولود وهي متشابهة لإضطراب التوحـــد حيـــث شيوعها بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4 : 1.
3. **متلازمة ريت Rett Syndrome**: تصيب مولوداً واحداً من كل 15000 مولود.
4. **اضطراب الإنتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder (CDD)** يعد من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من 100000 مولود وهو يـــشبه اضـــطراب اسبرجر، والتوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث.

5. **الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified .PDD-NOS –.** هنـــاك غمـــوض وصـــعوبة فـــي تشخيص هذا الاضطراب، لذا لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من تـــوفير معلومـــات ثابته محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أكثر شيوعاً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى.

أسباب التوحد:

لقد أجريت كثير من الأبحاث عن أسباب التوحد، و لم تظهر حتى الآن الا القليـــل مـــن النتائج، فالتوحد قد لا يكون له سبب واحد فقط بل قد تكون هناك عدة عوامل بيولوجية تسبب في هذا الاضطراب فإنه يظهر سلوكات غير اعتيادية عند هؤلاء الأشخاص المصابين بالتوحد (الزريقات،2004)

وتختلف أسباب التوحد من شخص الى اخر لذا تنوعت الاسباب وكانت:

1. **الأسباب الوراثية والجينية:**

عندما تتم عملية تلقيح البويضة، ينتج الحيوان المنوي 23 كروموسوماً، وتنتج البويـــضة 23 كروموسوماً آخر، أي أن نصف الكروموسومات يأتي من جانب الأم والنصف الآخر من جانب الأب. تتزاوج هاتان المجموعتان ويصبح للانسان 23 زوجاً من الكروموسومات تعرف برقمها (1-22) وزوج منها يحدد جنس الجنين وتعـــرف بكروموســـومات X و Y، وكـــل كروموسوم يحتوي على آلاف الجينات التي تحمل المعلومات الخاصة بسمة معينـــة كـــشكل الفرد، لون عيونه، فصيلة دمه....، وهناك سمات تتأثر بجين واحد كلون العيون أو ســـمات تتأثر بأكثر من جين كلون الجلد أو لون الشعر (الشامي، 2004،أ).

أشارت بعض الدراسات إلى أن قلة من المصابين بالتوحد لديهم خلل في كروموسومات معينة لكنها جميعها حالات فردية و لا تزيد نسبة اقتران التوحد بإضطرابات جينية على 4-5% و هذا لا يعد دليلاً كافياً لاعتبار التوحد اضطراباً جينياً. (أبو السعود،2000).

و الوراثة هي انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عند عملية الإخصاب وتلعب الوراثة دوراً كبيراً في انتقال العديد من الصفات الإيجابية أو الأمراض من جيل إلى جيل، وترى بعض الدراسات إلى أنه قد تكون السمات الموروثة هي بعض أنواع الإعاقة المعروفة كالإعاقة العقلية أو صعوبات القراءة، و دراسات أخرى أوضحت أن العجز الاجتماعي الموروث لطيف التوحد يتشابه مع الأعراض الطبية التي تحدث عنها (هانز اسبيرجر) حيث هناك صلة قرابة من الدرجة الأولى ممن لديهم أعراض اسبيرجر وبعض حالات التوحد (السعد، 1997).

و أشارت أدلة علمية أخرى إلى دراسات مجراة على أسر الأطفال المصابين بالتوحد أو الاعاقة العقلية، أشارت إلى أن التوحد مرتبط فقط بإعاقة عقلية ربما يكون له أساس جيني (الزريقات ، 2004).

و عندما يكون لدى الأسرة ابن توحدي ففرصة إنجاب ابن توحدي آخر تتراوح بين 3 – 6% أما بالنسبة للتوائم فهناك نوعان من التوائم المتطابقان أو أحاديا التلقيح Monozygotic أو غير المتطابقين أو زوجيا التلقيح Dizygotic، التوأمان المتطابقان ينقسمان إلى بويضة واحدة وحيوانٍ منوي واحد وينقسمان إلى نطفتين لذا فإنهما يشتركان في نفس الجينات وهما دائماً من نفس الجين فعند إصابة أحد التوأمين بإضطراب جيني فإحتمال كبير إصابة الآخر لاشتراكهما في نفس الجينات، بينما التوأم زوجي التلقيح ينتج عن تلقيح بويضتين بحيوانين

منويين فإنهما لا يشتركان في نفس الجينات و نسبة ظهور الاضطرابات علـــى التـــوأمين إن كانت جينية تساوي نسبة ظهورها على باقي الأخوة من نفس الأسرة (الشامي،2004،أ)

2. **الأسباب البيئية:**

لقد ارتبطت العوامل البيئية بمجموعة من الظروف التي قد تحـــدث اضـــطراب التوحـــد كظروف الحمل و الولادة و اللقاح والفيروسات والأمراض المعدية والكيماويـــات الـــسامة و اضطرابات التمثيل الايضي والجهاز المناعي.

أ- **ظروف الحمل والولادة:**

قد تحدث مشكلات في الحمل للأجنة التوحديين تزيد على نسبة حدوثها عند ولادة جنـــين طبيعي كالتعسر أثناء الولادة أو سحب الجنين بسبب وضعه غير الطبيعي عنـــد الـــولادة، أو اختناق الجنين بالحبل السري الذي يسبب له نقص الأوكسجين، أو نزف الأم بعد الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، أو استخدام الأم للأدوية الطبية، أو كبر سن الأم أثناء الحمل (فوق 35)، أو تسرب المادة السوداء من البطن إلى السائل المحيط بالجنين أثناء الولادة، أو ترتيـــب الطفـــل الولادي وزيادة فترة الحمل على 42 اسبوعاً، و تزيد نسبة ظهور هذه المشكلات بـــــ 25% من المصابين بالتوحد، ولكن الباحثين اتفقوا على أن صعوبات الولادة تعود إلى التطور غيـــر الطبيعي للجنين أثناء فتـــرة الحمـــل و هـــذا لا يعـــد ســـبباً قطعيـــاً لاضـــطراب التوحـــد (الزريقات،2004).

ب) **المطاعيم:**

لقاح MMR هو لقاح مركب للحماية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. و قد ورد في تقرير أن بداية ظهور التوحد لدى الأطفال كان بعد فترة تمتد مـــن 1 إلـــى 14

يوماً من إعطائهم لقاح MMR المركب وبذلك افترض وايكفيلد أن هذا اللقاح يؤدي إلى حدوث اضطراب غير محدد في الأمعاء. والذي يؤدي إلى الإصابة بالتوحد وبذلك أصبح الآباء يخشون من تطعيم أبنائهم. وأجريت دراسات حديثة في فنلندا (Patja,Davidkin & Kurki , et. al,2001) على أطفال تلقوا جرعتين من لقاح MMR جرعة اللقاح و الجرعة المنشطة من عام 1982 قامت المجموعة التي أجريت البحث بمراقبة الآثار للقاح على 1.8 مليون طفل أخذوا نحو 3 ملايين جرعة من اللقاح على مدى 14 عاماً لم تحدث أية حالة توحد أو مشكلة في الجهاز الهضمي نتيجة للقاح MMR. و لو كان ما أشار إليه ويكفيلد صحيحاً لأظهرته هذه الدراسات. و لكن آثار هذا اللقاح كانت في ظهور تشنجات أو ارتفاع في حرارة الجسم (الشامي،2004،أ).

ج) الفيروسات والأمراض المعدية:

يمكن أن تكتسب الفيروسات إما في مرحلة حياة الجنين أو في الطفولة المبكرة، و هذه الفيروسات يمكن أن تدخل إلى الدماغ من خلال الأغشية الأنفية الحلقية و تؤدي إلى تشوهات أو مشكلات في الدماغ مما يزيد من العلاقة بين الفيروسات و الإصابة بالتوحد خلال المراحل المبكرة من حياة الجنين أو في الطفولة المبكرة (زعارير، 2009).

تشير الدراسات الحديثة إلى أن الفيروسات والأمراض المعدية لا يمكن اعتبارها سبباً رئيسياً للتوحد بل يمكن ارجاع أقل من 4 % من حالات التوحد إلى الاصابة بأمراض معدية كإصابة الأم بالحصبة الألمانية حيث إن 8% من الأمهات اللاتي أصبن بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل أصيب أطفالهم بالتوحد (الشامي،2004،أ).

ح) المواد الكيماوية السامة:

إن التعرض إلى التلوث البيئي خلال الفترة الحرجة من مرحلة التطور يمكن أن يـؤدي إلى مشكلات مختلفة تؤثر على القدرات الحركية كالمشي والنطق و من هذه الملوثات الزئبق Mercury، مادة Thiomersal (مادة حافظة تستخدم لحفظ المطـاعيم)، مـادة الرصـاص Lead، أول أكسيد الكربون Carbon Monoxide، الأدوية.

ومواجهة الآباء والأمهات للمواد الكيماوية السامة قد تؤدي إلى زيادة مخاطر إنجاب أطفـال مصابين بالتوحد، ففي ابحاث (فيليستي) (Felicetti,1981) العلاقة بـين الأمهـات اللـواتي تعرضن إلى مواد كيماوية سامة و وجد أن هناك احتمالاً أكبر لانجابهن أطفال توحديين، أمـا الآلية التي تؤدي إلى الإصابة بالتوحد من خلال التعرض إلى المواد الكيماوية السامة فغيـر معروفة، حيث آلية ذلك وسببه غير معروفه (الزريقات،2004).

د) **اضطرابات التمثيل الأيضي:**

الاضطرابات الجينية قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات أيضية Metabolic Disorders مما يؤدي إلى تركيزات غير طبيعية في الجسم مثل الاصابة بالفينيلكيتنيوريـا (PKU) إلا أن دول التمثيل الأيضي في الأشخاص التوحديين ليس واضحاً كما هو الحـل فـي الـ PKU (بطرس،2011).

والطعام الذي نتناوله يحتوي على بروتينات و كربوهيدارت ودهون حيث يتم هضم هذه المواد وتجزئتها داخل الجسم إلى أجزاء صغيرة ضمن عملية (الهدم والبناء) أو مـا يـسمى عملية الانقلاب الغذائي و هي عملية أيضية تهدف إلى تحليل المواد الغذائية وتحويلهـا إلـى أحماض أمينية أو مواد أخرى تنتقل إلى الدم وتصل إلى الجهاز العصبي المركـزي لتـشكل عوامل أساسية هامة لبناء الجسم والدماغ (الفوزان،2002).

وبعض الدراسات التي تناولت تحليل بول أطفال توحديين أنهم ينتجون مقادير كبيرة جداً من الأحماض الأمينية تسمى (البيتيد) (أحماض هاضمة)، أو تكون لـــديهم تركيـــزات غيـــر طبيعية من المستقبلات كحامض اليوريك وغيره وتم الاتفـــاق علـــى أن حـــوالي 5 % مـــن الأشخاص التوحديين يعانون من اضطرابات أيضية، هذا إضافة إلى أن بعض الباحثين ذكروا أن الأطفال الذين يعانون التوحد لديهم صعوبة في التمثيل الأيضي للبـــرويتن الموجـــود فـــي الحليب ومنتجات الحبوب (الجلوتين والكازيين)، و أوضحوا أن جزئيات البروتينـــات تكـــون سلسلة طويلة من البيبتيدات قد تحدث انتفاخاً في جدار أمعاء الأطفـــال التوحـــديين فتـــصبح الأمعاء منفذة وتسرب كمية غير طبيعية من الأحماض تسير من خلال مجرى الدم وهو مـــا يعرف باسم متلازمة الأمعاء المسيلة Leaky Gut Syndrome و هـــذا هـــو الـــسبب وراء ارتفاع نسبتها في بول بعض الأشخاص التوحديين ومن خلال مجرى الدم تصل إلى المـــخ و تلتصق بخلايا المخ فيكون لها أثر المخدر عليه و انعكاسات هذه العملية قد تغيـــر التركيبـــة الكيميائية للمخ فتنتج سلوكات التوحد. و قد طرحت طريقة للعلاج من خلال الحمية الغذائيـــة التي تمنع الطفل من تناول أطعمة مكونة من الجلوتين والكازيين (الشامي،2004،أ).

3. **الأسباب البيوكيميائية:**

ركزت أبحاث التوحد على الناقلات العصبية وأصبح واضحاً إلى أن العديد من الأطفـــال التوحديين لديهم مستويات عالية من ســـيروتونين Serotonin والـــدوبامين Dopamnine (الزريقات 2004).

وتشير الأبحاث المختلفة عن كيميائية دماغ التوحديين أن العديد من الحالات التي لـــديها خلل في وظائف المخ والتي ربما تؤدي إلى أعراض التوحد، وقد تكون خلايا اعصاب مـــخ

التوحديين معزولة أكثر من الأشخاص الطبيعيين، وقد تكون سلوكات التوحد ومشكلات الأعصاب ملازمة مع الخلل الوظيفي لدوائر أعصاب معينة في الفصوص الصدغية وجذع المخ والمخيخ، والخلل الوظيفي في هذه المناطق قد يؤدي الى حالة غير سوية بكيمياء الأعصاب والتي يمكن اكتشافها عن طريق فحص السائل الشوكي المخيخي للأفراد ذوي التوحد وتترابط هذه المناطق بتداخل من خلال دوائر عصبية ولكل منها مجموعه من المهام، فجذع المخ يستقبل المثيرات الحسية، الفصوص الصدغية تسهم في فهم لغة التخاطب ودلالات الألفاظ، و المخيخ له علاقه بالعمليات الإجتماعية والتخطيط وله علاقة بالاستجابات الإنفعالية كالغضب والخوف وتطور الكلام (زعارير،2009).

وتتم عملية تبادل المعلومات بين الخلايا العصبية من خلال كيماويات تعرف ب (الناقلات العصبية) وتعمل الناقلات العصبية بأنواعها المختلفة مع خلايا عصبية تتناسب معها. فلا بد من تكافؤ بنية الناقلات العصبية مع بنية الخلايا العصبية التي تعمل معها ومن أكثر أنواع الناقلات العصبية تعرضاً إلى البحث في مجال التوحد هي سيروتونين Serotonin والدوبامين Dopamine و النوربنيفرين Norepinephrine و النيروبيبتيد Neuropepides وأضيف حديثا الأوكسيتوسين Oxytocin و الفاسوبريسين Vassopressini (الشامي 2004،أ).

1 – السيروتونين Serotonin

له دور مباشر في السيطرة على الحركة الهادفة والحد من السلوك الحركي المتهور وهذا إضافة الى أن معالجة المعلومات الحسية تتأثر بالسيروتونين الذي توجد منه تركيزات عالية في مناطق الدماغ التي تتم فيها معالجة المعلومات الحسية، و يؤثر السيروتونين أيضاً على

سلوكات متعددة كالسلوك الجنسي، السلوك العدواني، الشهية، النوم والاستيقاظ، الإحساس بالألم، الذاكرة، الاكتئاب، و التفكير في الإنتحار. (الزريقات،2004).

وبدأ الاهتمام بدور هذا الناقل العصبي في التوحد من خلال دراسة وفهم دوره في الإدراك، وعمل الباحثون على فحص للسائل المخي الشوكي ومستويات السيروتونين في الدم، وينشأ السيروتونين في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية كالأمعاء، ويخزن على شكل صفيحات أثناء الدوران حيث يتم هضمه من خلال عملية الأيض الهضمي بوساطة انزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد، الا أنه بسبب مشكلات في عملية الأيض فإنه يتركز بكميات كبيرة في الدم أو البول لدى المصابين بالتوحد (زعارير،2009)

2 – الدوبامين Dopamine

له دور هام في إكتشاف البيئة والتحفيز الذاتي و في عملية الانتباه الاختياري و الأكل والشرب و ينظم النشاط الحركي مثل الحركة المفرطة و السلوكات النمطية، و عند زيادت معدلات الدوبامين في أجسام الحيوانات لإجراء البحث (الشامي،2004،أ).

3 – النوربينفرين Norepinephrine

له علاقة بدرجة التوتر و الإثارة و درجة القلق ويؤثر على الدمج الحسي الحركي إلا أن الدراسات التي تم إجراؤها لفحص نسبة النوربينفرين لدى المصابين بالتوحد كانت متفاوتة حيث إن معظم الأبحاث لم تجد اختلافاً في نسبة النوربينفرين بين المصابين بالتوحد و غيرهم من الأسوياء (الزريقات،2004).

4 – النيوروبيبتيد Neuropeptides

و هو من الأحماض الأمينية، توجد في الخلايا العصبية و هي تعمل مثل الناقلات العصبية، و لها أنواع عديدة لكن البحث في مجال التوحد ركز على البيبتيدالأفيوني الذي يعمل كمخدر والذي بالتالي له دور في الحد من الشعور بالألم، و هي مسؤولة بشكل أساسي عن عديد من السلوكات كالانفعال و إدراك الألم و السلوك الجنسي، وهناك علاقة بين النيوروبيبتيد و التوحد حيث إنها تتدخل في إحداث أعراض التوحد كانخفاض الاحساس بالألم و سلوك إيذاء الذات و ضعف العلاقات الاجتماعية نتيجة للخلل الوظيفي فيها و إن الخلل في مستوى هذه المواد الكيماوية في الدم و السائل المخي الشوكي كان مسؤولاً عن كثير من أعراض التوحد (زعارير،2009).

أنواع التوحد:

عندما نقول اسم التوحد فنحن نتحدث عن خمسة أنواع مختلفة و هذا السبب وراء تسميته بالاضطراب الطيفي إشارة إلى توسع درجاته و شدته و كل هذه الأنواع تخرج من عباءة اضطرابات النمو المنتشرة، وجميع الحالات التي تندرج تحت تلك الإضطرابات لها تأثير كبير على النمو و تشمل هذه الاضطرابات: (الزارع،2010)

1 - اضطراب التوحد Autistic Disorder .

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه (كانر)، و يسمى أيضاً (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر) حيث يظهر فيه ثالوث الأعراض وهم الخلل في القدرة على التواصل، ضعف في الجانب الإجتماعي والانفعالي، والسلوكات الروتينية و النمطية، ويظهر عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وأعراضه تظهر باختلاف شديد من شخص إلى آخر، و يعود هذا

الاختلاف إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد (الشامي،2004،أ).

2 – متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome .

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي هانز اسبرجر (1994) ويعتبر من اضطرابات طيف التوحد، و يتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي و التواصلي و اهتمامات محددة و سلوكات نمطية و لا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفاً في القدرات العقلية أو تأخراً لغوياً و يعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعفاً في تكوين الصداقات و خلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية (الامام ، الجوالدة،2010– ب)، و تتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط (محمد،2003).

و يتم اكتشاف هذا الاضطراب بعد فترة نمو طبيعي في معظم محاور النمو التي قد تمتد من عمر (4–6) سنوات (فراج،2002).

3 – متلازمة ريت Rett Syndrome.

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث و هو من الاضطرابات النادرة، ويصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود (الشامي،2004،أ).

وقد اكتشفه (Rett,1977) والمشار اليه في (موسى،2002) وهو عبارة عن خلل عميق في المخ و يظهر في صورة حركات تكرارية لليد و قصور في المهارات اللغوية و الاجتماعية.

4 – إضطرابات الإنتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder CDD .

يظهر هذا الاضطراب بعد سنتين من العمر، يبدأ الطفل بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة، يبدأ الاضطراب بظهور حركات غير عادية مترافقة مع مشكلات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، و ظهور خلل في المهارات الاجتماعية و السلوك التكيفي و مشكلات في التواصل اللفظي و صعوبة في التعامل مع الأقران و تكوين صداقات و تظهر سلوكات تكرارية و نمطية و يترافق مع إعاقة عقلية شديدة و لا يعاني من مشكلات عضلية و عصبية (Stilman,2008) و هذا الاضطراب يعد من أندر الحالات فهو يحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، و هو يشبه اضطراب اسبيرجر و التوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث (الشامي،2004،أ).

5 – الإضطراب النمائي الشامل – غير المحدد – Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified : PDD–NOS.

يظهر هنا معظم صفات التوحد ومظاهره، و تكون غالباً أبسط صور اضطراب التوحد، و تحمل الصفات ذاتها للتوحد، و هي الخلل في الجانب الاجتماعي و الانفعالي و اضطرابات في المهارات اللفظية و غير اللفظية، ويصعب تشخيص هذه الحالات على أنها نوحد لأن هناك العديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي (Volkamar,2005).

وتجدر الاشارة إلى أن الاصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (DSM,IV,TR) لا يحتوي على معايير تشخيص الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد، و لا يذكر سوى أن هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد و شامل في نمو القدرة على التواصل و التفاعل الاجتماعي و اقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي أو مع

وجود أنماط سلوكية و اهتمامات و نشاطات نمطية ثابته و متكررة و لكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة (الشامي، 2004،أ).

خصائص التوحد:

الخصائص الهامة الثلاث للتوحد المذكورة في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع الصادر Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين American Psychiatric Association) (APA,1994 ، وهي:

1 - القصور في التواصل الاجتماعي:

يعتبر القصور في التواصل الاجتماعي السمة التي يغلب ظهورها لدى التوحديين، ويتمثل في القصور في الاشارات واللغة التواصلية الاجتماعية، و من الممكن أن يظهر بشكل كبير خاصة في الشهور ألثلاثة الأولى من حياتهم عجزاً في الانخراط في سلوكات اجتماعية بسيطة كالتواصل البصري والابتسام أو الاستجابة لمحاولة الوالدين استثارة الكلام و الألعاب التي تقتضي التفاعل مع الآخرين، و الملاحظ أنه عندما يتعلم التوحدي بعض مفردات اللغة فغالباً ما يكون استخدامها استخداماً آلياً أكثر منه اجتماعياً (Sundberg,Partington,1998).

و أشار كانر (Kanner) إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد حيث أكد على الصفة الرئيسة في اضطراب التوحد و الانحراف الاجتماعي، حيث اعتبره من أكثر و أشد الملامح المميزة لهذا الاضطراب و أن معظم التوحديين قليلو التفاعل الاجتماعي لذلك يوصفون بأنهم منعزلون عن الآخرين (Sigel.1996).

و هم لا يستمتعون بوجود الآخرين و لا يشاركونهم اهتماماتهم و يتضايق من المصافحة و لا يحب أن يسلم على أحد و لا يعطي اهتماماً للآخرين و لا يبدي الكثير من الفرح حتى برؤية أبيه و أمه، و لا يهتم بالنظر إلى الشخص الذي يكمله، ويجد صعوبة في التواصل البصري مع الآخرين، أما أقرانه فلا يحب أن يشاركوه في ألعابه و لا يحب اللعب معهم، و لا يهمه فرح أحد أو حزن أحد و لا تعنيه الابتسامة (الامام،2010-أ).

2 - خلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

يعرف الاتصال بأنه عملية تنتقل عبرها المعلومات و الخبرات بين فرد و آخر أو بين مجموعة من الناس وفق نظام معين من الرموز و خلال قناة أو قنوات، ترتبط بين المصدر أو المرسل أو المتلقي (Lindon and Mphi,1998) و قد تكون الأفعال الاتصالية لفظية (كلام، غناء...) أو غير لفظية (ايماءات حركة الوجه، حركة الجسد..) و قد تكون رمزية، و تكون مبنية على نظام رسمي و تقليدي للغة من (الإشارة – الكلام) أو تكون رمزية مثل (ايماءات – إشارات – حركات) (Schopler,1988).

و يؤثر التوحد في المقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يتصفون بالتأخر أو القصور الكلي في تطوير اللغة المنطوقة، و تكوين الخصائص الكلامية كطبقة الصوت و التنغيم و الايقاع الصوتي، استعمال اللغة التكرارية، فهم اللغة المتأخر، عدم القدرة على فهم الأسئلة، والقصور في القدرة على دمج الكلمات والايماءات. (American Psychiatric Association APA,1994).

3 - السلوك النمطي وضعف في اللعب التخيلي:

يعاني ذوو التوحد من حساسية مفرطة للمس و المسك و أحياناً السمع وضعف في الاحساس بالألم، و الرفرفة وضربات اليد وتحريك الأشياء أمام العين و هزهزة الجسم، والتي قد تمتد إلى فترات طويلة من الوقت، و يمكن تعبير سلوكات الاستثارة الذاتية بطرق عديدة قد تكون سلوكات دقيقة كحركات العين عند التعرض إلى الضوء ، أو القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة عند الحزن، وقد تكون عند بعضهم أكثر وضوحاً كهزهزة الجسم و إصدار أصوات عالية متكررة، و قد تتسم بعض السلوكات بإيذاء الذات (Stilman,2008).

و قد وصف كريك (Kirk,2003) التوحد بثلاث صفات:

1. ضعف في تطوير علاقات اجتماعية.
2. إعاقة لغوية مصاحبة بخلل في الاستيعاب اللغوي.
3. سلوكات نمطية شاذة.

المراهقة:

يسبق فترة المراهقة فترة تسمى بفترة البلوغ وهي التي يتحول فيها جسم المراهق من جسم الطفل إلى جسم الإنسان البالغ، وتتسم هذه المرحلة فيما يلي:

1. متوسط سن البلوغ عند البنات من (12–13) سنة ومتوسط سن البلوغ عند البنين من (14–15) سنة.
2. زيادة في الطول (15–20) غم خلال سنة واحدة، و زيادة في الوزن (18–22) غم خلال سنة واحدة.
3. ظهور الشعر في عدة أماكن من جسم المراهق، خاصة الشعر الأسود.
4. زيادة في حجم الأعضاء التناسلية بما يعادل 90%.

5. زيادة في حجم الأعضاء الجنسية الثانوية الداخلية.

6. زيادة في خشونة الصوت عند البنين و الحدة عند البنات.

7. كبر حجم الصدر عند الفتاة.

8. الاحتلام عند البنين و الحيض عند البنات.

9. زيادة في القدرات الحركية مثل الاتزان، سرعة رد الفعل والتوافق العضلي العصبي و التركيز (ابو سعد، 2010).

المراهقة لفظاً معناها: النمو وهي الفترة من بلوغ الحلم، وراهق الغلام معناه مقاربة الحلم، والحلم هي القدرة على إنجاب النسل، لذلك يمكن القول إن المعنى الحرفي لكلمة المراهقة هي النضج الجنسي (معوض، 1983)، و تشير إلى فترة الانتقال من الطفولة إلى البلوغ و يعرف (Ausbal) المراهقة أنها الوقت الذي يحدث فيه التحول في الوضع البيولوجي للفرد (Atkinson,1987).

تعد فترة المراهقة من أكثر المراحل العمرية التي تشهد تغييرات نفسية و انفعالية و فسيولوجية تؤثر على سلوك المراهقين و على تفاعلهم و على علاقاتهم مع أسرهم و أقرانهم و مجتمعهم، و قد اختلف الباحثون في تحديد فترة المراهقة بشكل محدد و دقيق و ذلك من حيث بدايتها ونهايتها (المطارنة،2000).

وفترة المراهقة من أكثر المراحل العمرية التي تتأثر بما سبقها من مراحل نمائية، و هي مرحلة تغير بيولوجي و سيكولوجي تتبلور أثناءها شخصية الفرد ومفهومه عن ذاته ويخطو نحو النضج الانفعالي و الفكري إلى جانب كونها مرحلة تحول اجتماعي في حياة الفرد (نوري،1981) .

لذوي الاعاقة كما لأقرانهم العاديين، حاجات و رغبات و لديهم مشاعر و اتجاهات جنسية و عاطفية، مثلما لديهم حاجات و اتجاهات و دوافع بيولوجية ونفسية يجب أن يدركها المجتمع و يؤمن بحقيقتها و أن يعملوا على توجيهها و لتحقيق مطالبها و إشباعها و إغنائها بالطرق السوية و الوسائل المقبولة التي يرتضيها المجتمع (الشمري،2000).

قبل أن يبلغ التوحدي الثالثة عشرة من عمره فإن والديه سيصبحان خبيرين في التوحدية، ويصبحان أكبر سناً و أقل حيوية في التعامل معه، أما أثناء سنوات مراهقة أبنائهم فإن كثيراً من الآباء يبدأون في تحويل تركيزهم إلى مستقبله على المدى البعيد و غالباً ما يصرف الآباء طاقاتهم في إقامة و تأمين تلك الأشياء، ومع التغيرات البدنية والعاطفية التي تصاحب الحلم، فتظهر اهتمامات أخرى كالتي تتعلق بالبلوغ الجنسي، فمعظم التوحديين ليسوا مشغولين بإقامة علاقات حميمة بأفراد من الجنس الآخر، ومع ذلك فإن كثيرين منهم إن لم يكن معظمهم يستجيبون للتغيرات البدنية والبيولوجية و الهرمونية داخل أجسامهم، و المهمة الأساسية لأم المراهق التوحدي هي الدعم ومساندة استقلاله بكل طريقة ممكنة (الزارع،2010).

التوحد و النمو الجنسي Autism and Sexual Developmental Puberty :

يعتبر التوحد من الاضطرابات السلوكية و خاصة الاضطرابات الانفعالية التي يصاحبها سوء التوافق بين الأفراد الذين يصابون بالتوحد، ويعتبر الجنس من الدوافع الأساسية أو ما تعرف بالأولية أو الوراثية أو الفطرية، التي يشترك فيها سائر المخلوقات، فالدافعية الجنسية Sexual Motivation ضرورة لكل البشر سواء أكانوا من الأسوياء أو غير الأسوياء. حيث إن اشباعها يعد أمراً حيوياً للفرد (بطرس، 2011).

وقد وجد "رويتر" Rutter في عام 1970 أن 10% من الأفراد المصابين بالتوحد يحدث لديهم تدهور واضح في القوى العقلية لأفراد التوحد خلال فترة المراهقة إضافة إلى 33% تنتابهم نوبات تشنجية Seizures و قد تحدث نوبات تشنجية صرعية Epileptic Seizures في هذه الفترة لأفراد التوحد (الزارع، 2010).

وفي عام 1979 وجد (ديمير) Demyer بأن المراهقين من أفراد التوحد لم تكن لديهم دافعية لممارسة الجنس، و أن هناك مشكلات جنسية بين مجموعة من الأفراد البالغين المصابين بالتوحد، و أوضح (ديمير) بأن 63% من أفراد التوحد يمارسون الاستمناء اليدوي، و أن 60 % من هذه المجموعة كانوا يمارسون العادة السرية بصفة مستمرة وأحياناً كل الوقت (حمود،2001).

كيف نتعامل مع المراهق التوحدي:

إن البلوغ عبارة عن مرحلة حرجة وخطيرة من عمر الطفل التوحدي تلزمنا أن نهيء انفسنا لها بكل إيجابياتها وسلبياتها، وذلك من خلال تحقيق النقاط الآتية التي يجب علينا اتباعها والأخذ بها:

أولا : تحقيق نقطة الاعتماد على النفس ومن أهمها مايلي:

1. اعتماده على نفسه في دخول دورة المياه والاستخدام الصحيح لها بدءاً من جلوسه، ثم قضاء الحاجة، ثم استخدام شطاف الماء وشد السيفون ورفع اللباس الداخلي والبنطلون وغسل يديه بالماء والصابون وتنشيفهما.
2. اعتماده على نفسه عند الاستحمام ومعرفته لكيفية استخدام الشامبو والصابون.

3. اعتماده على نفسه في ارتداء ملابسه الداخلية والخارجية وتعليمه كيفية فتح واغلاق سوسته وازراره بخطوات محدوده (عوده،2010).

ثانيا: إيصال معلومة إلى الطفل مفادها أن بعض الأعضاء في جسمه منطقة محرمة على الآخرين ولا يحق لأحد غيره أن ينظر اليها أو يلمسها فهي شيء خاص به، ويمكن توصيل هذه المعلومات بعدة طرق:

1. تعويده على إغلاق باب الحمام أثناء وجوده فيه، وكذلك إغلاق باب غرفته أثناء خلعه لملابسه.
2. تعليمه الحرص على إغلاق سوستة بنطلونه قبل خروجه من الحمام.
3. اذا كان الطفل متعودا ان يتبول وهو واقف فيمكن إجلاسه مثلا.
4. يمكن ان تطرق عليه باب الحمام من وقت إلى آخر بهدف تشتيت انتباهه ومنعه من أداء حركات غير مرغوبة واذا كان الطفل التوحدي أصما فيمكن استخدام المصباح بإضاءته من حين إلى آخر.
5. بعد انتهاء الطفل من الاستحمام يجب أن تحرص الأم على تعويده على ارتداء ملابسه الداخلية بالإضافة الى روب الحمام قبل الخروج منه.
6. إعطاء نموذج لهذه العادات بأن نقوم جميعا بإتباع هذه القاعدة حتى يستوعبها الطفل. مثال: "عدم السماح له بدخول الحمام إذا كان كان أحداً في الداخل" كذلك لا نسمح لأنفسنا أو أي شخص بالدخول عليه أثناء تواجده في الحمام (بطرس،2011).

الإضطرابات والإنحرافات الجنسية لذوي الإعاقة:

إن المعاقين مثلهم مثل الأطفال العاديين قد يمارسون العديد من صور السلوك الجنسي غير المقبول في مختلف المراحل العمرية مثل الاحتكاك الجنسي بالآخرين، واللمس المتكرر واللعب بالاعضاء التناسلية الخاصة بالذات والآخرين، العبث والاختلاط الجنسي غير المنضبط والذي قد تصاحبه الممارسة الجنسية الفعلية مع أفراد من نفس الجنس أو الجنس الآخر،الكشف عن العورة في الأماكن العامة، الاعتداء الجنسي، ممارسة العادة السرية في الاماكن العامة.

ويمكن تحديد أبرز المشكلات و الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين ذوي الاعاقة فيما يلي:

1. الاستمناء بصورة مبالغ فيها والذي عادة ما يمارس بصورة قهرية علناً في الأماكن العامة.
2. اضطراب الهوية الجنسية وخلل السلوك الجنسي و ما يقترن بذلك من عدم التوافق الجنسي والاجتماعي.
3. الجنسية المثلية أي الميل إلى ممارسة السلوك الجنسي مع شريك من نفس الجنس وترتبط هذه المشكلة بإضطراب الهوية الجنسية.
4. الاستعرائية أي الميل ألى الكشف عن الأعضاء الجنسية في الأماكن العامة.(عودة،2010)

كيف نتعامل مع المراهق التوحدي أثناء الاستثارة الجنسية:

هذه من الأمور الحساسة والمحرجة جداً بالنسبة لأولياء الأمور وحتى للمتخصصين خاصة ونحن نعيش في مجتمع محافظ له خصوصياته وعاداته وتقاليده، ولكن مايجب أن نعرفه أن هذا الموضوع أمر طبيعي. فمن الطبيعي أن الأطفال جميعا يمرّون بمرحلة يقومون

فيها باستكشاف جسمهم وذلك بلمسه والسؤال عنه أحيانا. كذلك أطفالنا، لكن الفرق بينهم وبين الطبيعيين هو ان الطفل التوحدي قد يصل إلى مرحلة الاستكشاف في مرحلة عمرية متأخرة قد تكون مابين 7 أو 10 سنوات ، كما أنه لا يستطيع السؤال كالطفل الطبيعي، فيكتفي بلمس أعضاء جسمه في أي وقت غير مبال بوجود آخرين، كما أنه قد يكتشف متعة من خلال لمسه ، فيكررها ويمارسها بشكل أكبر، وهذا ما يسمى بالعادة السرية ويكون ملجأ له للتخلص من توتراته ومصدراً دائماً للمتعة.

ولأننا غير قادرين على منع الطفل من ممارسة هذه العادة كليا، وحرصا منا على الحالة الصحية للطفل ، فإننا نسعى إلى تحديد عدد المرات المسموح بها لممارسة هذه العادة، كذلك نحاول أن نجعله يمارسها بعيدا عن الآخرين وفي مكان مغلق.

ولكي يتحقق ذلك لابد من مراعاة عدة أمور أهما:

1. أن ينام الطفل في سرير مستقل و ألاّ ينام في غرفة الوالدين.
2. الحرص على الاحتشام من جميع أفراد الأسرة داخل المنزل.
3. عدم ارتدائه الملابس الضيقة أو الملتصقة بجسمه.
4. مراقبة المواد التليفزيونية التي قد تقود إلى التقليد.
5. شغل وقت الطفل مثل:

- اشراكه في نادٍ رياضي
- اشراكه في بعض الزيارات العائلية
- مصاحبته لوالده عند الذهاب إلى السوبر ماركت.

6 . تكليفه ببعض الأعباء المنزلية مثل:

- العمل على توفير الماء في ثلاجة أو برادة المنزل
- تجهيز السفرة
- تلطيف وتنظيف غرفته
- تنظيف الخضار
- المساعدة في العجن
- عمل سلطة خضار أو سلطة فواكه
- عمل ساندويتشات العشاء .. وهكذا (بطرس،2011).

مرحلة البلوغ لدى البنات والدورة الشهرية وكيفية التصرف في مثل هذه المواقف :

إن هذا الموقف موقف شديد الحرج والخوف لدى الأم لأن الفتاة لا تعي مثل تلك الأمور. وبالقليل من الجهد سوف يظهر بعض التحسن في استيعاب الفتاة للوضع.

إن النقطة الأولى للبدء في تدريب الفتاة في التعامل مع هذه الفترة (أيام الدورة الشهرية) هو أن الإفادة من تلك الخصائص التي تتصف بها الطفلة او الشابة التوحدية وهي:

التقليد: بمعنى أن أبدأ العلاج بالتقليد:

ويتم ذلك بإحضار دمية كبيرة من القطن ووضع سائل احمر داخل ملابسها الداخلية ثم شراء فوط نسائية ومحاولة ايصال الفكرة لها بأن هذه الدمية هي فتاة أتتها الدورة الشهرية وتحاولين تدريبها بأسلوب هادىء كيف تنزع ملابسها الداخلية وترتدي تلك الفوط بنفس الأسلوب الذي ترتديه الفتاة العادية وتكرير المحاولة مرات ومرات مختلفة قبل مجيء الدورة

الشهرية، وهكذا مع بعض النصائح الخفيفة التي تفهمها خصوصية العملية إلى أن تتعود على هذه العملية وتألفها ولا تخاف منها.(عودة،2010)

الآثار النفسية للتحرش الجنسي على المراهق المعاق:

للتحرشات الجنسية عواقب كثيرة منها:

- قد يتلذذ بهذا الموقف و يستمر على ذلك.
- يشعر بالخوف من والديه.
- قد يعتدي على الاخرين كما تم الاعتداء عليه.
- قد يصبح انطوائياً ومنعزلاً بشكل أكبر.
- تسيطر عليه أحلام اليقظة.
- يصاب بالشذوذ الجنسي غير الواضح المعنى بالنسبة إليه (الزارع،2010).

علامات ودلائل جسمية ونفسية قد توحي بوجود اعتداء جنسي للمعاق:

1. وجود علاقة غريبة بينه وبين أحد الخدم أو السائقين في المنزل وخارجه.
2. رضوخه لطلبات أحد الاشخاص خوفاً منه.
3. ظهور سلوكات جنسية غير مناسبة لعمره.
4. ظهور علامات الخوف والرغبة القوية في عدم الذهاب إلى أماكن قد تعرض فيها إلى مثل ذلك الموقف.
5. فقدان شهية الطعام.

6. شكواه من أعراض جسمية في الأعضاء التناسلية.

7. خوفه من أن يلمسه أحد عند الاستحمام أو الخوف من الأماكن المغلقة.

8. الانعزال والانطواء وعدم إحساسه بالأمن النفسي.

9. قلة النشاط.

10. توافر مال وهدايا بشكل دائم غير معروفة المصدر.

11. محاولته ممارسة العملية الجنسية أو مقدماتها مع أحد.

12. اضطرابات النوم (عودة،2010).

الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين:

الضغط النفسي يزداد مع تقدم عمر الطفل في الأسرة لما له من زيادة المتطلبات الخاصة به ومحاولة التعايش معه، وأشار (الخطيب وآخرون،1992) أن أمهات المعاقين الأكبر الذين يتطلبون رعاية مستمرة بسبب المشكلات السلوكية أو الإعاقات الجسمية هن أكثر اكتئاباً من الامهات الأخريات، بينما تؤكد (كلثوم،1990) كما أشار (عبد المنعم، 2006) أن أسر المعاق تصاب بأزمة حادة وعنيفة تتميز بمراحل متعددة وهذا يتوقف على توافر الظروف والاحتياجات النفسية التي تساعد الأسرة على تخطي المصاعب.

ويغلب على الأمهات الجانب العاطفي متمثلاً في الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية نتيجة لصراع الأدوار الذي يتطلب منهن مسؤوليات وواجبات وأعباء إضافة إلى دورها كزوجة وربة منزل وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف والقلق وعدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها(عبد المنعم،2006).

وقد حدد (السرطاوي والشخص،1998) بعض العوامل المحددة للضغوط النفسية لأولياء أمور الاحتياجات الخاصة وهي:

- **العامل الأول:** الأعراض النفسية والعضوية: فهي المشاعر النفسية المتعددة التي تعيشها الأم من حزن ولوم للنفس وقلق وتوتر وإحباط....
- **العامل الثاني:** مشاعر اليأس والإحباط: التي تتضمن ما يعانيه والدا الطفل المعاق من مشاعر يأس وإحباط لإحساسهم بأنهم السبب في إعاقة الطفل و أن هذا الطفل امتداد للأسرة.
- **العامل الثالث:** المشكلات المعرفية والنفسية: وهي مشاعر القلق والتوتر التي تصيب ولي الأمر بسبب المشكلات المعرفية والنفسية التي تتمثل في صعوبة الفهم والانتباه وضعف الثقة بالنفس وافتقار الدافعية للتعلم وعدم القدرة على التكيف والتعامل مع الأقران وأفراد الأسرة مما يجعل التعامل معه صعباً.
- **العامل الرابع:** المشكلات الأسرية والاجتماعية: وهي المشكلات التي يعاني منها الوالدان في العلاقات الاجتماعية التي تظهر بوصمة عار يحس بها الوالدان، وتحديد لعلاقاتهما الاجتماعية وحد لتفاعلهم مع الآخرين بسبب الحرج الذي يعيشان فيه.
- **العامل الخامس:** القلق على مستقبل الابن: فهي مشاعر الخوف على مستقبله وكيف سيقضي حياته و أنه لا يستطيع التعايش مع الحياة بشكل طبيعي.
- **العامل السادس:** مشكلة الأداء الاستقلالي: فهي مشاعر القلق بسبب عدم تعامل الابن مع استقلاله في ظروف حياته و ما سيترتب عليه من مشكلات في مواجهة المراهقة و تطوره في النواحي الجنسية.

وقد ذكر (المطارنة،2000) أن هناك طرقاً متعددة للاستجابة للضغوط النفسية، وتختلف الاساليب والطرق التي يلجأ اليها الفرد للتكيف مع الضغوط والتعامل معها باختلاف مصدر الضغط النفسي وطبيعة الفرد وسماته الشخصية، فهناك أفراد يميلون إلى الإنسحاب و الانطواء والعزلة، والبعض الاخر يميلون إلى التمرد لتفريغ هذه الضغوط و أظهرت الدراسات إلى أن الميل إلى التمرد يبدو واضحاً في فترة المراهقة، و ذلك لما تمتاز به هذه الفترة من انفعالات حادة و ظهور نزعات إلى الاستقلال والتمرد على مصدر السلطة سواء أكانت السلطة من المدرسة أم الأسرة أم المجتمع بشكل عام.

ثانياً: الدراسات السابقة:

اتيح للباحثة الاطلاع على عدد من الدراسات السابقة التي أجريت في ميدان الارشـــاد النفسي والتربوي. وميدان التربية الخاصة والمرتبطة بموضوع الدراسة الحالية:

أ – الدراسات العربية:

دراسة ملكوش ويحيى (1995) والتي هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية والـــدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان، حيث بلغت عينـــة الدراســـة (166) أباً و أماً لأطفال معاقين و قد وجدت الدراسة أن المشاكل الأساسية التي تواجه أســـر الأفراد المعاقين هي مشاكل الأسر العادية نفسها، الا أن وجود طفل معاق في الأسرة يخلـــق مشاكل إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً ، و قد لوحظ أن إعاقة الطفل تؤثر علـــى بيئـــة الأسرة بشكل كبير، و لهذا التأثير ثلاثة مظاهر:

المظهر الأول: إثارة انفعالات قوية لدى كل من الوالدين.

المظهر الثاني: العمل على تثبيط الصحة للوالدين بسبب الشعور بالفشل المشترك.

المظهر الثالث: خلق حاجة إلى إعادة تنظيم الأسرة، خلق أرض خصبة للصراع و أظهـــرت الدراسة النتائج الآتية: معاناة آباء الأطفال و أمهاتهم من مستوى مرتفع من الضغوط، و لـــم تختلف درجة الضغوط عند آباء الأطفال المعاقين عن درجة الضغوط عنـــد أمهـــات هـــؤلاء الأطفال، و وجد أن هناك علاقة ايجابية بين الضغوط و درجة الدعم الاجتماعي.

وأجرى معالي (2003) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر التحصين ضد التوتر و التدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية و تحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة. تألفت عينة الدراسة من (60) أماً لديهن أطفال معاقون، و هن الأمهات اللواتي حصلن على أعلى الدرجات في اختبار الضغوطات النفسية، و أقل الدرجات في اختبار التكيف. و قد قسمت عينة الدراسة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات هي: مجموعتان تجريبيتان والثالثة ضابطة، وقد أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للضغوطات النفسية وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث كما بينت نتائج اختبار شبيه أن الفروق كانت بين المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت تدريباً على التحصين ضد التوتر والمجموعة الضابطة، و أظهرت كذلك وجود فروق بين المجموعة الثانية و التي تلقت تدريباً على مهارات حل المشكلات والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

وفي دراسة (زين الدين،2005) التي هدفت إلى إستقصاء العلاقة مابين أنماط تعلق المراهقين بوالديهم، وعلاقتها بتقديرهم لشدة الضغوط النفسية، و أساليب تدبرهم لها. و شملت العينة 365 طالباً (177 طالباً و 188 طالبة) من طلبة الصفين العاشر و الاول الثانوي في مدينة عمان.

و قد تم استخدام ثلاثة مقاييس لأغراض الدراسة، وهي: مقياس الضغوط النفسية: شدتها و تكرارها، مقياس أساليب التدبر المختصر، ومقياس التعلق بالوالدين.

و تبين نتائج الدراسة أن الضغوط الخمسة الأكثر شدة لدى المراهقين هي: وفاة أحد الوالدين، وفاة أحد الأخوة، إنفصال الوالدين، وفاة صديق، وعدم وجود أصدقاء مخلصين. أما أكثرها تكراراً فكانت: عدم وجود شيء تفعله وقت الفراغ، التعرض إلى الضغط للحصول على علامات عاليه، تحيز المعلمين، التعرض إلى المرض أو الاصابة به، ومرض أحد الإخوة. بينما أكثر أساليب التدبر إستخداماً فكانت: أفكر بجدية في الخطوات التي ينبغي إتخاذها، ألجأ إلى الصلاة أو الدعاء، أقوم بأعمال لتحسين الموقف، أسعى للحصول على

الراحة والتفهم من شخص ما، أحاول أن أجد طريقة أتصرف بها حيال الموقف. أما بالنسبة للفروق بين الجنسين، فقد تبين من نتائج الدراسة أن الإناث أكثر تقديراً لشدة الضغوط النفسية من الذكور. و قد كانت الإناث أكثر استخداماً لأسلوب الانسحاب السلوكي و أكثر لجوءاً إلى أساليب التدبر غير الفعالة مقارنة بالذكور. و لم تكن هناك فروق ذات دلالة بين الجنسين في إستخدامهم لما تبقى من أساليب. وقد تمت مناقشة النتائج في ضوء نظرية التعلق ونتائج الدراسات السابقة.

وهدفت الدراسة التي أجراها البديرات (2006) إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم والمستوى الاقتصادي وتألفت عينة الدراسة من 88 فرداً وشكلوا مانسبته (82.8%) من عينة الدراسة المختارة من إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين تم اختيارهم بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات وقد استخدم فيها مقياس مطور من قبل الباحث يضم (44) فقرة موزعة على أربعة مجالات وقد توصلت الدراسة إلى وجود تباين في مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير الجنس، لصالح الإناث، ومتغير درجة التعليم، لصالح المرحلة الأساسية، ومتغير الدخل الشهري، لصالح الدخل الشهري المتدني.

فقد أجرى المطيري (2006)، دراسة هدفت الى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعددة من أبرزها المستوى التعليمي للأم وعمر الأم وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة. وتكون مجتمع الدراسة من أمهات تناولت مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية الملتحقين في مراكز التربية

الخاصة التابعة للقطاع الخاص والقطاع الحكومي، والبالغ عددهن 130 سيدة، تتراوح أعمار أطفالهن التوحديين (6-14) سنة وتكونت عينة الدراسة من 95 سيدة، أي ما نسبته (76.9%) من مجموع أفراد مجتمع الدراسة، تم اختيار العينة بالطريقة القصدية وقد استخدم الباحث مقياس هيلورد (Holoryd). وتوصلت الدراسة إلى أبرز مصادر الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين كانت العناية المؤسسية، والتفكك العائلي والافتقار إلى المكافأة الشخصية، والعناية خلال فترة الحياة، أما بقية المصادر فإنها لم تشكل مصدر من مصدراً الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين.

وأجرى الخطيب والحديدي (2007) دراسة هدفت إلى معرفة أثر الاعاقة على الأسرة في الأردن ، و حاولت الدرسة التوصل إلى معرفة أثر إعاقة الطفل على أسرته، و علاقته ببعض المتغيرات، و لتحقيق ذلك تم اعداد صورة عربية من مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري، و قد تم توزيع المقياس على آباء و أمهات (72) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين (3-8(سنوات كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان عند إجراء الدراسة. وبينت النتائج أن ما يزيد على 50% من الآباء و الأمهات أفادوا بأن إعاقة أطفالهم تترك تأثيراً كبيراً جداً على صعيد ثلاث عشرة فقرة من أصل (51) فقرة يتكون منها المقياس و بينت النتائج أيضاً أن متغيري عمر الطفل والمستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن لهما أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء و الأمهات.

و هدفت دراسة جابر(2008) إلى اختبار فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، من خلال الإجابة عن السؤال التالي:

هل هناك فاعلية للبرنامج الارشادي المطور في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، وقامت الباحثة باختيار عينة مكونة من (30) سيدة، من أمهات الأطفال التوحديين المسجلين في مراكز التوحد في مدينة الرياض والبالغ عددها خمسة مراكز، ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية (المئين 7.فأعلى)، وتم توزيعهن عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وتضم (15) سيدة، و (15) سيدة للمجموعة الضابطة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الضغوط النفسية حيث تكون المقياس من (41) فقرة، كما تم بناء برنامج بعد الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية المقدمة إلى أسر ذوي الحاجات الخاصة، ويتضمن البرنامج استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي والذي يتكون من (12) جلسة ارشادية بواقع ساعة ونصف للجلسة الواحدة مرتين أسبوعياً، تتضمن التدريب على مهارات خفض الضغوط النفسية وتتضمن التحصين ضد التوتر والذي يضم (مهارة إعادة البناء المعرفي، ومهارة الاسترخاء، ومهارة حل المشكلات) والتدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال.

وفي دراسة زعارير (2009) التي هدفت إلى تقصي مصادر الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن و علاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره. وتكونت عينة الدراسة من (200) أب و أم الأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن. طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية و مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص (1998).

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن:

- أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب القلق علم مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية و النفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوته.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء و أمهات الاطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء و أمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الاعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

ب – الدراسات الأجنبية:

أشارت الدراسة التي أجرتها نورا (Nora, 1991) التي هدفت الى البحث في المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الآسرة من حيث مشاكل التكيف الاجتماعي والاكتئاب، كما ناقشت دور الجنسين في تشكل تأثير التوحد على أفراد الأسرة المختلفة، وبناء عليه فإن هذه الدراسة كانت مقارنة بين الآباء والأخوة في أسر الأطفال المصابين بالتوحد مع آباء وأخوة الأسر الأخرى، وكانت نتائج الدراسة أن آباء وأمهات وأخوة الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة اكتئاب ومشكلات تكيف اجتماعي مع غيرهم من الأسر، وأن وجود إناث توحديات في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور.

وفي دراسة أولسون ووانج (Olsson and Hwang,2001) على عينة من أمهات الأطفال التوحديين في أمريكا هدفت للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الأمهات و

بينت النتائج أن هؤلاء الأمهات يعانيين من مستوى عالٍ من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجدوا أن مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحديين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى آباء الاطفال التوحديين.

وفي دراسة براين (Brainan,2002) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية و نقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الاطفال التوحديين، وتألفت العينة من (112) أماً لأطفال توحديين، و استخدم مقياس الدعم الاجتماعي المدرك و مقياس الضغوط النفسية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الضغوط النفسية و مقدار الدعم الاجتماعي المدرك، و كانت العلاقة بينهما عكسية.

ومن خلال دراسة جري (Gray,2006) الطولية التي أجريت على الآباء وكيفية تأقلمهم مع التوحد لفترة تقارب عقدا من الزمن (10 سنوات) و ارتكزت على دراسة الثقافات المختلفة في المجتمعات والعادات والتقاليد التي تحكم حياتهم. وقد تم إجراء مقابلات مع هذه العائلات. وتسجيل الملاحظات المستنتجة من هذه العائلات. وقد تكونت العينة من 28 شخصاً (19 أماً و 9 آباء) لأطفال مصابين بالتوحد. أما الآلية المستخدمة في هذه الدراسة فكانت طرح عدد من الأسئلة المتعلقة بالسيرة المرضية للمصابين، وما اذا كان قد تم نقلهم أو تحويلهم من طبيب إلى آخر، والأعراض الموجودة حالياً عند الأطفال وتأثير التوحد على حياة الآباء أو رفاهيتهم في الحياة، وتأثير مرض التوحد على الحياة الاجتماعية للآباء والوسائل المستخدمة من قبل الآباء للتأقلم مع هذا المرض، وأيضاً المفهوم المتكون عند الآباء عن التوحد وتصوراتهم للمستقبل، ووقد أظهرت نتائج الدراسة أن الوسائل المستخدمة للتأقلم مع هذا المرض قد تغيرت منذ بداية هذه الدراسة وحتى نهايتها حيث إن النتائج كانت كما يلي:

- فئة قليلة من الآباء يتأقلمون مع هذا المرض من خلال الاعتماد على مقـدمي الخـدمات كالأطباء أو الدعم الأسري، أو الانعزال اجتماعياً أو من خلال التصرفات الفردية.
- الفئة الأكبر من العائلات كانت تواجه التوحد من خلال اعتقاداتهم الدينية و الإيمان بها أو غيرها من الأساليب التي تعتمد على العواطف.

تعليق الباحثة على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة، وجدت الباحثة العديد من الدراسات التي تحدثت عن الضغوط النفسية لأمهات الأطفال التوحديين مثل (Nora, 1991؛ ملكوش ويحيى،1995؛ Olsson and Hwang,2001؛ Brainan,2002؛ معالي،2005؛ المطيري،2006؛ جابر،2006، زعارير،2009) ، كما تناولت الباحثة دراسات تحدثت عن الضغوط النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة مثل (الخطيب والحديدي،1996؛ Gray,2006؛ البديرات،2006) ودراسة تناولت الضغوط النفسية لدى المراهقين مثل دراسة (زين الدين،2005).

ولكن بالنظر إلى الدراسات الحالية فإنها تناولت الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين وهو مايميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات، حيث أن الباحثة لم تجد – في حدود علمها– دراسات تناولت المراهقين التوحديين وأقتصرت تلك الدراسات على الأطفال التوحديين، كما تميزت الدراسة الحالية في انها بحثت في الضغوط النفسية لأمهات المراهقين في الأردن وهي فئة غالبا ما يواكبها العديد من المشكلات التي تسبب ضغوطا

نفسية كبيرة لدى اسرة المراهق. وفي اختيار لعينة أردنية التي أتاحت للباحثة إجراء الدراسة عليها بالتعاون مع المراكز ومؤسسات الرعاية الخاصة بتلك الفئة من الأفراد.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها وكيفية اختيارها و الأدوات المستخدمة فيها، والإجراءات التي تم اتباعها و الأسلوب الإحصائي الذي تم استخدامه.

أولا: منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي للتعرف على أكثر مصادر الضغوط النفسية شيوعاً لدى أمهات المراهقين التوحديين. الذي يقوم على دراسة الظاهرة في الواقع والتعبير عنها كمياً.

ثانيا: أفراد الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من أمهات المراهقين التوحديين في العاصمة عمان والبالغ عددهن (40) أماً، تم إختيارهن بطريقة عشوائية من بين (12) مركزاً من مراكز التربية الخاصة في عمان، وتراوحت أعمار أبنائهن وبناتهن ما بين (12 – 16) سنة ، واللواتي تم تشخيص أبنائهن على أنهم مصابون بالتوحد. والجدول (1) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الجنس ومراكز تواجد المراهقين التوحديين.

جدول (1): توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات الجنس ومراكز تواجد المراهقين التوحديين.

الرقم	المركز/ المؤسسة	الجنس		
		ذكور	اناث	كلي
1	المركز الأردني التخصصي للتوحد / الجندويل	2	1	3
2	جمعية مساندة الأطفال التوحديين و أسرهم الخيرية في عمان	3	1	4
3	مركز تواصل / البنيات	5	-	5
4	الأكاديمية الأردنية للتوحد / شفا بدران	5	6	11
5	مركز جنة الطفل لذوي الاحتياجات الخاصة / دابوق	1	2	3
6	مركز الشرق الأوسط لذوي الاحتياجات الخاصة / طبربور	1	1	2
7	المركز الكندي / المقابلين	-	1	1
8	المركز التخصصي لذوي الاحتياجات الخاصة / تلاع العلي	1	-	1
9	المركز الاستشاري للتوحد / شفا بدران	1	1	2
10	مركز المسار للتطور الطفل / خلدا	2	-	2
11	مركز دنيا الطفل لذوي الاحتياجات الخاصة / أبو علندا	1	-	1
12	القرية العربية لذوي التحديات الخاصة / شفا بدران	3	2	5
	المجموع الكلي	25	15	40

يبين الجدول (2) توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات كل من: جنس المراهق(ذكور واناث)، والترتيب الولادي للمراهق (الاول، الأوسط، الأخير)، وعدد الأبناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 ابناء فأكثر)، والمستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة فأقل، والشهادة الجامعة) والمستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

الجدول (2) توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات كل من: جنس المراهــق، والترتيــب الولادي للمراهق، وعدد الابناء، والمستوى التعليمي للام، والمستوى الاقتصادي.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة	الكلي
الجنس	الذكور	25	%62.5	
	الاناث	15	%37.5	40
الترتيب الولادي للمراهق	الاول	20	%50.0	
	الاوسط	13	%32.5	
	الاخير	7	%17.5	40
عدد الابناء	اقل من 3	8	%20.0	
	من 3 – واقل من 5	26	%65.0	
	5 ابناء فأكثر	6	%15.0	40
المستوى التعليمي للام	لا تقرأ ولا تكتب	3	%7.5	
	ثانوية عامة فأقل	14	%35.0	
	الشهادة الجامعة	23	%57.5	
المستوى الاقتصادي	أقل من 200 دينار	3	%7.5	
	من 200 واقل من 500	15	%37.5	
	500 دينار فأكثر	22	%55.0	40

أداة الدراسة:

تحقيقا لأهداف الدراسة الحالية وبعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية والمقاييس المرتبطــة بالــضغوط النفــسية لأمهــات المراهقين التوحديين مثل دراسات (الخفــش2001؛ والزعبــي 2003؛ واليــازجين2003؛ وسلامة2003؛ وزين الدين 2005؛ والمعايطة2006؛ وعاشور2005؛ والبــديرات2006؛ والرواشدة 2006؛ وبدر 2008؛ والزعارير2009). فقد قامت الباحثة بتطوير مقياس لقياس الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين المصابين بالتوحد

محتوى المقياس:

تكونت المقياس في صورته النهائية من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد هي:

1. **الأعراض النفسية والعضوية:** يتضمن هذا البعد المشاعر النفسية المتعددة التي تعيشها أم المراهق التوحدي من حزن و وألم النفس و قلق و تتوتر و إحباط بالإضافة إلى ما يظهر على الأم من أعراض عضوية مثل الصداع المستمر، والقلق المرضي، وتقيسه الفقرات (1، 7، 13، 19، 25، 31، 37، 43، 49، 55)
2. **مشاعر اليأس والإحباط:** ويتضمن هذا البعد ما تعانيه أم المراهق التوحدي من مشاعر اليأس والاحباط المترتبة على وجود المراهق التوحدي من خلال إحساسها بالتعاسة والإحباط وخوف من السلوكات الجنسية التي قد تظهر على ابنها، وتقيسه الأبعاد (2، 8، 14، 20، 26، 32، 38، 44،50، 56).
3. **المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق:** ويتضمن هذا البعد مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أم المراهق التوحدي بسبب المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق التوحدي والتي قد تتمثل في صعوبة فهم مرحلة المراهقة وما يترتب عليها من اعتماد المراهق على نفسه في أموره الشخصية، وثقته بذاته، وتكيفه مع أقرانه و إخوته وحاجته إلى المراقبة المستمرة من قبل الأم وتقيسه الفقرات رقم (3، 9، 15، 21، 27، 33، 39، 45، 51، 57).
4. **المشكلات الأسرية و الاجتماعية:** يتضمن هذا البعد المشكلات التي تعاني منها أم المراهق التوحدي في علاقاتها الاجتماعية والتي تظهر بإحساسها بالحرج، و الحد من التفاعل الاجتماعي، وتقيسه الفقرات رقم (4، 10، 16، 22، 28، 34، 40، 46، 52، 58).

5. **القلق على مستقبل المراهق:** يتضمن هذا البعد مشاعر الخوف والقلق على مستقبل المراهق التوحدي، وكيفية آدائه لمهام حياته مستقبلاً و توفير الحماية الزائدة له وتقيسه الفقرات رقم (5، 11، 17، 23، 29، 35، 41، 47، 53، 59).
6. **تحمل أعباء المراهق التوحدي:** يتضمن هذا البعد المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود المراهق التوحدي في الأسرة والتي تفوق قدرتها المالية ويؤدي ذلك إلى تخليها عن الكثير من الأشياء، بالإضافة إلى عدم مراعاة مشاعر الأسرة من قبل الآخرين، مما يجعلهم بحاجة إلى الدعم المادي والاجتماعي، وتقيسه الفقرات رقم (6، 12، 18، 24، 30، 36، 42، 48، 54، 60).

طريقة الإجابة والتصحيح:

عند قراءة أم المراهق التوحدي لفقرات المقياس تختار واحدة من خمسة بدائل متاحة، والتي ترى أنها تعبر عن مدى حدوث المشاعر والمشكلات التي تتعرض إليها بسبب إعاقة ابنها التوحدي. وقد اعتمدت الباحثة تحديد المعايير التالية. والاستعانة بها عند تحديد مستويات الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين:

- (1) لا يحدث أبدا
- (2) يحدث نادرا
- (3) يحدث قليلا
- (4) يحدث كثيرا
- (5) يحدث بشكل دائم

وتتراوح الدرجة الكلية على آداء أفراد العينة على المقياس ما بين (60– 300) درجة، وتصف الدرجات المرتفعة مستوى مرتفعا من الضغوط النفسية، في حين تصف الدرجات المنخفضة والتي تقترب من الدرجات الدنيا من الأداء، إلى مستوى منخفض من الضغوط

النفسية. وتم تقسيم الأداء على فقرات أداة المقياس إلى ثلاثة مستويات وفقاً لمدى الفئة التـــي تتراوح بين (1-5).

صدق المقياس وثباته:

لقد تحقق لهذا المقياس دلالات الصدق التالية:

الصدق الظاهري:-

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين بعرضه بصورته الأولية المكونة من (57) فقرة على عشرة محكمين من المختصين في التربية وعلم النفس في الجامعات الأردنية، وطلب منهم بيان مدى انتماء الفقرة إلى البعد، ومدى وضوحها، ومدى سلامة صياغتها. واعتمدت الباحثة على أغلبية (80%) فأكثر من المحكمين لقبول الفقرة، وبناءً على هذه المعايير، تم حذف إحدى الفقرات وإضافة (4) فقرات، ليصبح عدد فقرات المقياس 60 فقرة، كما هو موضح في الملحق رقم (2)، بالإضافة إلى تعديل 3 عبارات تعديلاً لغوياً. كما في العبارة رقم (9).

ثبات المقياس:

تمّ التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس حسب معادلة كرونباخ ألفا، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة مكوّنة من 20 أما من امهات المراهقين التوحديين من خارج عينة الدراسة، وقد بلغ معامل الإتساق الداخلي للمقياس (0.952) ويشير هذا المعامل إلى أن المقياس يتمتع بدلالة ثبات مرتفعة.

متغيرات الدراسة:

1. الضغوط النفسية ولها ثلاثة مستويات:
    a. منخفضة
    b. متوسطة
    c. مرتفعة
2. الجنس وله مستويان:
    a. ذكور
    b. إناث
3. الترتيب الولادي وله ثلاث مستويات:
    a. الأول
    b. الأوسط
    c. الأخير
4. عدد الأبناء وله ثلاثة مستويات:
    a. أقل من 3 ابناء
    b. 3 واقل من 5 ابناء
    c. 5 أبناء فأكثر
5. المستوى التعليمي للأم وله ثلاثة مستويات:
    a. لا تقرأ ولا تكتب
    b. ثانوية عامة فأقل
    c. الشهادة الجامعية

6. المستوى الاقتصادي وله ثلاثة مستويات:
   a. اقل من 200 دينار أردني
   b. من 200 دينار واقل من 500 دينار
   c. 500 دينار فأكثر

المعالجة الإحصائية:

استخدمت الباحثة حزمة البرنامج الاحصائي SPSS لتحليل البيانات الإحصائية التي تم جمعها.

- للإجابة عن السؤال الاول تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من إبعاد مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين
- وللإجابة عن السؤال الثاني تم إستخراج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين تبعا لمتغيرات كل من: الجنس والترتيب الولادي، والمستوى التعليمي للام، كما استخدم تحليل التباين الأحادي لإيجاد الفروق تبعا لهذه المتغيرات.

إجراءات الدراسة:

1. الاطلاع على الادب التربوي في مجال الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين.
2. إعداد آداة الدراسة واستخراج دلالات الصدق والثبات لها.
3. الحصول على الموافقة الرسمية لتطبيق أداة الدراسة من الجهات الرسمية ذات العلاقة.
4. إختيار عينة الدراسة من مراكز ومؤسسات التربية الخاصة ممن وافق على التعاون في تطبيق الدراسة.

5. الالتقاء بمسؤولي مراكز ومؤسسات التربية الخاصة الذين يتواجد لديهم أفـــراد عينـــة الدراسة وتوضيح أهداف الدراسة وتعليمات الإجابة للمختصين في المراكـــز وذلـــك لتعذر التقاء الباحثة بالأمهات بشكل مباشر وذلك لظروف خاصة.
6. توزيع أداة الدراسة على أمهات المراهقين التوحديين
7. جمع المقياس الذي تم تطبيقه على أمهات المراهقين التوحديين وبلغ عددهن (40) أماً من المختصين العاملين في المراكز.
8. تفريغ البيانات وتحليلها إحصائياً للإجابة عن أسئلة الدراسة.
9. استخراج نتائج الدراسة باستخدام حزمـــة البرنـــامج الإحـــصائي (Spss. V. 18) ومناقشتها في ضوء الأدب النظري و البحوث والدراسات السابقة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة و ذلك في ضوء التحليل الإحصائي للبيانات التي تم الحصول عليها جراء تطبيق مقياس الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين على أفراد عينة الدراسة:

الإجابة عن السؤال الاول: ونصه:

ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟

للإجابة عن السؤال الأول: حول الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين. تم استخراج المتوسطات الحسابية للدرجات المتحققة لافراد عينة الدراسة على كل مجال من المجالات ثم تم تحويلها لأغراض المقارنة بينها. والحكم عليها الى متوسطات بدلالة سلم الاجابة وذلك بقسمة هذه المتوسطات على عدد فقرات المجال حيث إن كل مجال يحتوي على عدد مختلف من الفقرات. وقد تم اعتماد التقسيم التالي لتفسير النتائج:

- المستوى المنخفض : وتتراوح درجاته بين (1- 2.33)
- المستوى المتوسط : وتتراوح درجاته بين (2.34 - 3.67).
- المستوى المرتفع : وتتراوح درجاته بين (3.68 - 5).

والجدول (3) يوضح ذلك

جدول رقم: (3): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد الدراسة والمتوسطات بدلالة سلم الاجابة للضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين

البعد/ المجال	الحد الاعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط بدلالة سلم الاجابة(*)	المستوى
الإعراض النفسية والعضوية	50	29.0500	7.98701	2.9050	متوسط
المشكلات الأسرية والاجتماعية	50	33.8250	7.91262	3.3825	متوسط
تحمل أعباء المراهق التوحدي	50	34.0500	6.27551	3.4050	متوسط
مشاعر اليأس والإحباط	50	28.3250	7.44342	2.8325	متوسط
القلق على مستقبل المراهق	50	32.7250	6.97610	3.2725	متوسط
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	50	33.0250	7.49525	3.3025	متوسط
المتوسط العام	300	188.95	38.79	3.149	متوسط

- **المتوسط بدلالة سلم الاجابة** = المتوسط الحسابي ÷ عدد فقرات البعد/ المجال

من الجدول (3) يتضح بان المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس الضغوط النفسية تراوحت مابين (28.3250 – 34.0500) وان أعلى متوسط كان تحمل أعباء المراهق التوحدي والتي كان متوسطها الحسابي (34.0500) بانحراف معياري (6.27551). في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط حيث بلغ متوسطه الحسابي (28.3250) بانحراف معياري قدره (7.44342).

وبالرجوع الى مقياس التقدير الخماسي الذي اعتمدته الباحثة فـــي دراســـتها الحاليـــة والذي يشير الى الآتي:

- **المستوى المنخفض للضغوط النفسية لأمهات التوحد** : وتتراوح درجاته بين (1– 2.33)
- **المستوى المتوسط للضغوط النفسية لأمهات التوحد:** وتتراوح درجاتـــه بـــين (2.34 – 3.67).
- **المستوى المرتفع للضغوط النفسية لأمهات التوحد:** وتتراوح درجاته بين (3.68 – 5).

فإن مستوى الضغوط النفسية لأمهات التوحد في جميع مجالات المقياس كان ضـــمن المستوى المتوسط.

كما توضح الجداول الآتية مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين على كل بعد من أبعاد الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين.

أولا: الاعراض النفسية والعضوية

جدول رقم: (4): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد الاعراض النفسية والعضوية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط	3.2500	1.00639	متوسط
2	اخفي مشاعري عندما أتعرض للضغط النفسي	3.3750	1.29471	متوسط
3	اخجل من استقبال أحد في البيت	2.0750	1.20655	منخفض
4	انهارت كل أحلامي بسبب وجود ابني التوحدي	2.8750	1.30458	متوسط
5	أتناول المهدئات بدرجة كبيرة جداً	2.0250	1.38652	منخفض
6	أشعر بالقلق دائماً على مستقبل ابني التوحدي	4.3000	1.11401	مرتفع
7	ألوم نفسي لأبسط الأمور	2.6250	1.39021	متوسط
8	انتباهي مشتت دائماً	2.8750	1.28477	متوسط
9	أعاني من صداع مستمر	2.7000	1.32433	متوسط
10	تخجلني سلوكيات ابني أمام الآخرين	2.9500	1.31948	متوسط
	الكلي	29.0500	7.98701	متوسط

يتضح من الجدول (4) ان المتوسطات الحسابية لفقرات بعد الأعراض النفسية والعضوية تراوحت مابين (2.0750 – 4.3000) وان أعلى متوسط كان لفقرة "أشعر بالقلق دائماً على مستقبل ابني التوحدي" والتي كان متوسطها الحسابي (4.300) بانحراف معياري (1.11401). في حين كانت فقرة "أتناول المهدئات بدرجة كبيرة جداً" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.0250) بانحراف معياري قدره (1.38652).

ثانيا: مشاعر اليأس والإحباط

جدول رقم: (5): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد مشاعر اليأس والاحباط

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	مهامي تفوق مهام الأمهات الأخريات	3.8250	1.19588	مرتفع
2	اشعر بالاحباط لعدم تمكن ابني التوحدي من الاعتماد على نفسه	3.8500	1.07537	مرتفع
3	أنا غير سعيدة بسبب تفكيري الدائم بمشكلة ابني التوحدي	3.5000	1.32045	متوسط
4	متطلبات رعاية ابني كثيرة.	3.9000	1.17233	مرتفع
5	أشعر بالخوف من انجاب طفل توحدي آخر	3.2750	1.58499	متوسط
6	أجد صعوبة في تعليم ابني بعض الأمور الجنسية	3.0250	1.57688	متوسط
7	لا أجد من يرشدني لتعليم ابني التوحدي في الاعتماد على نفسه	3.0750	1.38467	متوسط
8	أتردد كثيراً في إتخاذ اي قرار يتعلق بابني التوحدي	3.1750	1.35661	متوسط
9	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي.	3.3250	1.07148	متوسط
10	أنزعج من السلوكات الجنسية لابني التوحدي	2.8750	1.48820	متوسط
	الكلي	33.8250	7.91262	متوسط

يوضح الجدول (5) بان المتوسطات الحسابية لفقرات بعد مشاعر اليأس والاحباط تراوحت مابين (2.8750 – 3.9000) وان أعلى متوسط كان لفقرة "متطلبات رعاية ابني كثيرة" والتي كان متوسطها الحسابي (3.9000) بانحراف معياري (1.17233). في حين كانت لفقرة " أنزعج من السلوكات الجنسية لأبني التوحدي" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.8750) بانحراف معياري قدره (1.48820).

ثالثا: المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق

جدول رقم: (6): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	يحتاج ابني التوحدي لتعلم بعض الأمور الجنسية	2.5250	1.44980	متوسط
2	أخاف على ابني التوحدي من التعرض للاساءة من قبل الاخرين	4.2750	0.98677	مرتفع
3	يحتاج ابني التوحدي لتوجيه ومراقبة مستمرة	4.1750	0.90283	مرتفع
4	لا استطيع التواصل مع ابني التوحدي خلال فترة المراهقة	3.0250	1.31046	متوسط
5	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع الاخرين	3.3000	0.96609	متوسط
6	لا يستطيع ابني التوحدي التعبير عن نفسه بوضوح	4.2000	0.72324	مرتفع
7	يعتمد ابني التوحدي على نفسه في استخدام الحمام	3.1250	1.41761	متوسط
8	لا يستطيع ابني المشاركة في الألعاب الرياضية	2.8500	1.35021	متوسط
9	يؤلمني ايذاء ابني التوحدي لذاته	3.4500	1.50128	متوسط
10	يحافظ ابني التوحدي على نظافته	3.1250	1.24422	متوسط
	الكلي	34.0500	6.27551	متوسط

يوضح الجدول (6) بأن المتوسطات الحسابية لفقرات بعد المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق تراوحت مابين (2.5250 – 4.2750) وان أعلى متوسط كان لفقرة "يحتاج ابني التوحدي إلى التوجيه والمراقبة المستمرة" والتي كان متوسطها الحسابي (4.1750) بانحراف معياري (0.90283). في حين كانت فقرة "يحتاج ابني التوحدي إلى تعلم بعض الأمور الجنسية" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.5250) بانحراف معياري قدره (1.44980).

رابعا: المشكلا الأسرية والاجتماعية:

جدول رقم: (7): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد المشكلات الاسرية والاجتماعية

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	أعتقد أن أبني التوحدي سيبقى المشكلة الدائمة التي تشغل بال الأسرة	3.9750	1.14326	مرتفع
2	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع إخوته	2.8750	1.15886	متوسط
3	لا توجد علاقة بين ابني التوحدي واخوته	2.3750	1.23387	متوسط
4	يصعب على زوجي التكيف مع ابنه	2.4750	1.44980	متوسط
5	يتحاشى ابنائي تقديم الرعاية لابني التوحدي	2.1750	1.27877	منخفض
6	يفسد ابني إستمتاع الأسرة عند الخروج للتنزه أو زيارة الأقارب	3.3250	1.32795	متوسط
7	يتغيب زوجي كثيراً عن المنزل بسبب حالة ابني التوحدي	2.1750	1.58337	منخفض
8	ينزعج أبنائي من انشغالي الدائم عنهم	2.3000	1.15913	منخفض
9	يسعدني تقبل زوجي لابنه التوحدي	4.3000	1.20256	مرتفع
10	ينزعج زوجي من سلوكيات ابني التوحدي	2.3500	1.36907	متوسط
	الكلي	28.3250	7.44342	متوسط

يوضح الجدول (7) بأن المتوسطات الحسابية على فقرات بعد المشكلات الاسرية والاجتماعية للمراهق التوحدي تراوحت مابين (2.1750 – 4.30000) وان أعلى متوسط كان لفقرة "يسعدني تقبل زوجي لإبنه التوحدي" والتي كان متوسطها الحسابي (4.3000) بانحراف معياري (1.20256). في حين كانت الفقرتان " يتحاشى أبنائي تقديم الرعاية لابني التوحدي، يتغيب زوجي كثيراً عن المنزل بسبب حالة ابني التوحدي" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطهما الحسابي (2.1750) بانحراف معياري قدره (1.27877 ، و 1.58337) على التوالي.

خامسا: القلق على مستقبل المراهق.

جدول رقم: (8): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد القلق على مستقبل المراهق

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	أقدم العديد من التنازلات من أجل أن يحب الآخرون ابني التوحدي	3.3000	1.39963	متوسط
2	أحاول التفاهم مع من يسيء لأبني التوحدي بدلاً من لومه	3.1250	1.20229	متوسط
3	أنزعج من تعاطف الآخرين مع ابني التوحدي وشفقتهم عليه	2.6000	1.15025	متوسط
4	لا يستطيع ابني التوحدي التواصل مع الاخرين	3.3750	1.05460	متوسط
5	أشعر بالإحباط لعدم دعم المجتمع لابني التوحدي	3.2750	1.51890	متوسط
6	يخيفني وصول ابني لسن البلوغ	3.8250	1.21713	مرتفع
7	لا أجد من يرشدني للتعامل مع ابني أثناء مروره بمرحلة المراهقة	3.3000	1.48842	متوسط
8	أشعر بالانزعاج من كثرة الاستفسارات عن وضع ابني التوحدي	2.9500	1.21845	متوسط
9	يصعب على الأسرة وضع الخطط المستقبلية لابني التوحدي	3.7250	1.21924	مرتفع
10	يصعب علي اصطحاب ابني لزيارة الأقارب	3.2500	1.44559	متوسط
	الكلي	32.7250	6.97610	متوسط

يوضح الجدول (8) بأن المتوسطات الحسابية على فقرات بعد القلق على مستقبل المراهق التوحدي تراوحت مابين (2.6000 – 3.8250) وان أعلى متوسط كان لفقرة " يخيفني وصول ابني لسن البلوغ" والتي كان متوسطها الحسابي (3.8250) بانحراف معياري (1.21713). في حين كانت فقرة " أنزعج من تعاطف الآخرين مع ابني التوحدي وشفقتهم عليه" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطهما الحسابي (2.6000) بانحراف معياري قدره (1.20229).

سادسا: تحمل أعباء المراهق التوحدي

جدول رقم: (9): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة والمتوسطات على فقرات بعد تحمل اعباء المراهق التوحدي

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	أتردد كثيراً في السماح لابني الاعتماد على نفسه	2.8750	1.22344	متوسط
2	اعتمد على نفسي في تلبية احتياجات ابني التوحدي	3.9500	1.06096	مرتفع
3	احتاج الى من يساعدني في تحمل اعباء ابني التوحدي	3.4000	1.25678	متوسط
4	انا غير قادرة على تحمل اعباء ابني التوحدي بمفردي	3.2500	1.35401	متوسط
5	أشعر أني السبب في إعاقة ابني	2.3000	1.65173	منخفض
6	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي	3.4000	1.42864	متوسط
7	أشعر بالخوف من تعرض ابني للإيذاء الجسدي والتحرش الجنسي	3.6250	1.39021	متوسط
8	لا يستطيع ابني تحمل اعباء حياته اليومية	3.5250	1.26060	متوسط
9	اشعر بالخوف من سلوكيات ابني مع الاخرين	3.1750	1.12973	متوسط
10	لا يستطيع ابني تحمل مهام حياته اليومية	3.5250	1.21924	متوسط
	الكلي	33.0250	7.49525	متوسط

يوضح الجدول (9) بان المتوسطات الحسابية على فقرات بعد تحمل اعباء المراهق التوحدي تراوحت مابين (2.3000 – 3.9500) وان أعلى متوسط كان لفقرة "اعتمد على نفسي في تلبية اجتياجات ابني التوحدي" والتي كان متوسطها الحسابي (3.9500) بانحراف

معياري (1.06096). في حين كانت فقرة " أشعر أني السبب في إعاقة ابني" أدنى متوسط حيث بلغ متوسطهما الحسابي (2.3000) بانحراف معياري قدره (1.65173).

الإجابة عن السؤال الثاني ونصه:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغيرات (جنس المراهق، الترتيب الولادي، المستوى التعليمي للام وعدد الأبناء، والمستوى الاقتصادي)؟

للإجابة عن هذا السؤال:

- تم استخراج المتوسطات الحسابية لكل من متغيرات الدراسة: جنس المراهق. الترتيب الولادي، المستوى التعليمي، عدد الابناء، والمستوى الاقتصادي.
- إجراء اختبار (ت) لمعرفة الفروق تبعا لمتغير جنس المراهق (ذكور واناث).
- اجراء تحليل التباين الأحادي تبعا لمتغيرات كل من الترتيب الولادي (الأول ، الاوسط، الأخير)، والمستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة، جامعية، دراسات عليا)، وعدد الأبناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر) والمستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

أولا: المتوسطات الحسابية لكل من متغيرات الدراسة: جنس المراهق. الترتيب الولادي، المستوى التعليمي، عدد الابناء، والمستوى الاقتصادي:

توضح الجداول التالية المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيرات كل من جنس المراهق. الترتيب الولادي، المستوى التعليمي، عدد الأبناء، والمستوى الاقتصادي

أ – المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الجنس (الذكور، الاناث):

جدول رقم (10) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغير الجنس (الذكور والاناث)

الرقم		المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
1	الاعراض النفسية والعضوية	الذكور	25	27.8800	7.81729	1.56346
		الاناث	15	31.0000	8.15037	2.10442
2	مشاعر اليأس والاحباط	الذكور	25	33.6400	7.47708	1.49542
		الاناث	15	34.1333	8.85492	2.28633
3	المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	الذكور	25	33.9600	5.31099	1.06220
		الاناث	15	34.2000	7.83034	2.02179
4	المشكلات الاسرية والاجتماعية	الذكور	25	27.6000	7.38805	1.47761
		الاناث	15	29.5333	7.63326	1.97090
5	القلق على مستقبل المراهق	الذكور	25	32.2800	7.04462	1.40892
		الاناث	15	33.4667	7.03935	1.81755
6	تحمل اعباء المراهق التوحدي	الذكور	25	33.0000	7.09460	1.41892
		الاناث	15	33.0667	8.37911	2.16348

يتضح من الجدول رقم (10)، أن المتوسط الحسابي على الأبعاد (الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والنفسية، المشكلات الأسرية و الإجتماعية، القلق على مستقبل المراهق، تحمل أعباء المراهق التوحدي) للإناث كان أعلى مما هو لدى الذكور حيث بلغ المتوسط الحسابي للإناث (31.0000، 34.1333، 34.2000،

295333، 33.4667، 33.0667) والذكور (27.8800، 33.6400، 33.9600، 27.6000، 32.2800، 33.0000).

ب – المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الترتيب الولادي (الأول ، الاوسط، الأخير):

جدول رقم (11) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الترتيب الولادي (الاول ، الاوسط، الاخير):

الرقم		المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
1	**الاعراض النفسية والعضوية**	الاول	20	28.6500	8.12582	1.81699
		الاوسط	13	27.6154	8.51996	2.36301
		الاخير	7	32.8571	6.20292	2.34448
2	مشاعر اليأس والاحباط	الاول	20	34.2500	8.20703	1.83515
		الاوسط	13	31.1538	7.42570	2.05952
		الاخير	7	37.5714	7.13809	2.69795
3	المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	الاول	20	35.0500	6.70016	1.49820
		الاوسط	13	31.5385	5.53196	1.53429
		الاخير	7	35.8571	5.63999	2.13172
4	**المشكلات الاسرية والاجتماعية**	الاول	20	29.3500	8.02152	1.79367
		الاوسط	13	26.6923	6.84817	1.89934
		الاخير	7	28.4286	7.29971	2.75903
5	**القلق على مستقبل المراهق**	الاول	20	33.8000	6.54217	1.46287
		الاوسط	13	28.7692	5.91825	1.64143
		الاخير	7	37.0000	7.18795	2.71679
6	**تحمل اعباء المراهق التوحدي**	الاول	20	34.0000	7.61577	1.70294
		الاوسط	13	29.0000	6.84349	1.89804
		الاخير	7	37.7143	4.88925	1.84796

يظهر من الجدول رقم (11)، أن المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس (الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والنفسية، القلق على مستقبل المراهق، تحمل أعباء المراهق التوحدي) كانت أعلى لدى الأبن الأخير في أسرته وهي على التوالي (32.8571، 37.5714، 35.8571، 37.0000، 37.7143)، في حين كان المتوسط الحسابي للأبن الأول أعلى في بعد المشكلات الأسرية والإجتماعية وهي (29.3500).

ج – **المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير عدد الابناء (أقل من 3 ابناء، 3 وأقل من 5 ابناء، 5 أبناء فأكثر):**

جدول رقم (12) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير عدد الابناء (أقل من 3 ابناء، 3 وأقل من 5 ابناء، 5 أبناء فأكثر):

الرقم	المجال/ البعد	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
1	الاعراض النفسية والعضوية	اقل من 3	8	29.7500	6.90238	2.44036
		3 واقل من 5	26	28.6154	8.81851	1.72945
		5 فأكثر	6	30.0000	6.26099	2.55604
2	مشاعر اليأس والاحباط	اقل من 3	8	35.6250	5.70557	2.01722
		3 واقل من 5	26	32.8462	8.17651	1.60355
		5 فأكثر	6	35.6667	9.70910	3.96372
3	المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	اقل من 3	8	36.7500	5.33854	1.88746
		3 واقل من 5	26	33.3077	6.12385	1.20099
		5 فأكثر	6	33.6667	8.06639	3.29309
4	المشكلات الاسرية والاجتماعية	اقل من 3	8	27.7500	6.40870	2.26582
		3 واقل من 5	26	28.4615	8.06588	1.58185
		5 فأكثر	6	28.5000	6.97854	2.84898
5	القلق على مستقبل المراهق	اقل من 3	8	32.1250	5.35690	1.89395
		3 واقل من 5	26	32.6154	7.12223	1.39678
		5 فأكثر	6	28.5000	6.97854	2.84898
6	تحمل اعباء المراهق التوحدي	اقل من 3	8	34.6250	5.09727	1.80216
		3 واقل من 5	26	32.2308	7.80926	1.53152
		5 فأكثر	6	34.3333	9.35236	3.81809

يظهر من الجدول رقم (12) أن المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس (الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات الأسرية والإجتماعية)، كانت أعلى لمتغير 5 أبناء فأكثر وهي على التوالي (30.0000، 35.6667، 28.5000) و كانت المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس (المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، تحمل أعباء المراهق التوحدي) كانت أعلى لمتغير أقل من 3 أبناء وهي على التوالي (36.7500، 34.6250)، و

كانت المتوسطات الحسابية لبعد (القلق على مستقبل المراهق) أعلى لمتغير 3 وأقل من 5 أبناء وهي (32.6154).

د – **المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة فأقل، الشهادة الجامعية)**

جدول رقم (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة فأقل، الشهادة الجامعية):

الرقم		المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
1	**الاعراض النفسية والعضوية**	لاتقرأ ولا تكتب	3	32.0000	6.92820	4.00000
		ثانوية عامة فأقل	14	32.4286	7.85165	2.09844
		الشهادة الجامعية	23	26.6087	7.59030	1.58269
2	مشاعر اليأس والاحباط	لاتقرأ ولا تكتب	3	37.0000	1.73205	1.00000
		ثانوية عامة فأقل	14	36.7143	8.49822	2.27125
		الشهادة الجامعية	23	31.6522	7.51126	1.56621
3	المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	لاتقرأ ولا تكتب	3	34.6667	2.88675	1.66667
		ثانوية عامة فأقل	14	36.3571	6.80053	1.81752
		الشهادة الجامعية	23	32.5652	5.99868	1.25081
4	**المشكلات الاسرية والاجتماعية**	لاتقرأ ولا تكتب	3	29.6667	8.08290	4.66667
		ثانوية عامة فأقل	14	32.1429	7.12371	1.90389
		الشهادة الجامعية	23	25.8261	6.80008	1.41791
5	**القلق على مستقبل المراهق**	لاتقرأ ولا تكتب	3	36.3333	2.30940	1.33333
		ثانوية عامة فأقل	14	34.5714	6.12328	1.63651
		الشهادة الجامعية	23	31.1304	7.55167	1.57463
6	**تحمل اعباء المراهق التوحدي**	لاتقرأ ولا تكتب	3	31.6667	2.88675	1.66667
		ثانوية عامة فأقل	14	35.2143	8.06873	2.15646
		الشهادة الجامعية	23	31.8696	7.46083	1.55569

يظهر من الجدول رقم (13) أن المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس (الأعراض النفسية والعضوية، المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، المشكلات الأسرية والإجتماعية، تحمل أعباء المراهق التوحدي) كانت أعلى لمتغير المستوى التعليمي الثانوية العامة وأقل، وهي على التوالي (32.4268، 36.3571، 32.1429، 35.2143)، وكانت المتوسطات الحسابية لأبعاد

المقياس (مشاعر اليأس والإحباط، القلق على مستقبل المراهق) كانت أعلى لمتغير المستوى التعليمي لا تقرأ ولا تكتب، وهي على التوالي (37.0000، 36.3333).

هـ – المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر):

جدول رقم (14) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير المستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر):

الرقم		المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
1	**الاعراض النفسية والعضوية**	اقل من 200	3	33.3333	7.50555	4.33333
		200 واقل من 500	15	31.3333	7.04746	1.81965
		500 فأكثر	22	26.9091	8.29750	1.76903
2	مشاعر اليأس والاحباط	اقل من 200	3	30.0000	.00000	.00000
		200 واقل من 500	15	37.3333	6.64042	1.71455
		500 فأكثر	22	31.9545	8.50477	1.81322
3	المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	اقل من 200	3	29.6667	1.15470	.66667
		200 واقل من 500	15	36.8000	4.37852	1.13053
		500 فأكثر	22	32.7727	7.09750	1.51319
4	**المشكلات الاسرية والاجتماعية**	اقل من 200	3	22.6667	6.42910	3.71184
		200 واقل من 500	15	30.4667	6.64258	1.71511
		500 فأكثر	22	27.6364	7.82271	1.66781
5	**القلق على مستقبل المراهق**	اقل من 200	3	27.0000	3.46410	2.00000
		200 واقل من 500	15	35.3333	5.60187	1.44640
		500 فأكثر	22	31.7273	7.59813	1.61993
6	**تحمل اعباء المراهق التوحدي**	اقل من 200	3	32.6667	.57735	.33333
		200 واقل من 500	15	34.2000	5.80886	1.49984
		500 فأكثر	22	32.2727	8.95588	1.90940

يظهر من الجدول رقم (14) أن المتوسطات الحسابية لأبعاد (مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل المراهق، تحمل أعباء المراهق التوحدي) كانت أعلى لمتغير المستوى الإقتصادي 200 وأقل من 500، وهي على التوالي (37.3333، 36.8000، 30.4667، 35.3333، 34.2000)،

وأن المتوسط الحسابي لبعد (الأعراض النفسية والعضوية) كان أعلى للمتغير الإقتصادي أقل من 200 وهي (33.3333).

ثانيا: اختبار (ت) لفحص الفروق بين الذكور والإناث في الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين تبعا لمتغير جنس المراهق:

يوضح الجدول (15) نتائج اختبار(ت) لفحص الفروق في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن

جدول (15) : نتائج اختبار(ت) لفحص الفروق في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغير جنس المراهق

المجال	المستوى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الإعراض النفسية والعضوية	**الذكور**	25	27.8800	7.81729	1.56346	38	.179	.675
	الاناث	15	31.0000	8.15037	2.10442			
مشاعر اليأس والإحباط	**الذكور**	25	33.6400	7.47708	1.49542	38	.371	.546
	الاناث	15	34.1333	8.85492	2.28633			
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	**الذكور**	25	33.9600	5.31099	1.06220	38	1.766	.192
	الاناث	15	34.2000	7.83034	2.02179			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	**الذكور**	25	27.6000	7.38805	1.47761	38	.006	.938
	الاناث	15	29.5333	7.63326	1.97090			
القلق على مستقبل المراهق	**الذكور**	25	32.2800	7.04462	1.40892	38	.207	.652
	الاناث	15	33.4667	7.03935	1.81755			
تحمل أعباء المراهق التوحدي	**الذكور**	25	33.0000	7.09460	1.41892	38	1.273	.266
	الاناث	15	33.0667	8.37911	2.16348			
الدرجة الكلية	**الذكور**	25	188.3600	36.47131	7.29426	38	1.290	.263
	الاناث	15	195.4000	45.32707	11.70340	38		

يتضح من الجدول (15) بان قيم (ت) للاختلاف في درجة الضغوط النفسية لـــدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغير جنس المراهق للمجالات(الإعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل المراهق، تحمل أعباء المراهق التوحدي، الدرجـــة

الكلية) قد بلغت (.179، .371، 1.766، .006،.207، 1.273، 1.290) بالترتيب. حيث إن جميع هذه القيم لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية (α = 0.05) ، لذلك، ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى الى متغير جنس المراهق.

ثالثا: تحليل التباين الاحادي (ANOVA) تبعا لمتغيرات كل من الترتيب الولادي (الأول ، الأوسط، الأخير)، والمستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة، جامعية، دراسات عليا)، وعدد الأبناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر) والمستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

هذا، وقد تم اجراء تحليل التباين الاحادي (ANOVA) لمتغيرات كل من الترتيب الولادي (الأول ، الأوسط، الأخير)، والمستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة، جامعية، دراسات عليا)، وعدد الأبناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر) والمستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

أ – الترتيب الولادي: (الاول ، الاوسط، الاخير):

يوضح الجدول رقم (16) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير الترتيب الولادي:

جدول رقم (16) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير الترتيب الولادي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الإعراض النفسية والعضوية	داخل المجموعات	131.416	2	65.708	1.032	.366
	بين المجموعات	2356.484	37	63.689		
	المجموع	2487.900	39			
مشاعر اليأس والإحباط	داخل المجموعات	194.618	2	97.309	1.602	.215
	بين المجموعات	2247.157	37	60.734		
	المجموع	2441.775	39			
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	داخل المجموعات	124.862	2	62.431	1.637	.208
	بين المجموعات	1411.038	37	38.136		
	المجموع	1535.900	39			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	داخل المجموعات	55.741	2	27.871	.490	.617
	بين المجموعات	2105.034	37	56.893		
	المجموع	2160.775	39			
القلق على مستقبل المراهق	داخل المجموعات	354.467	2	177.234	4.249	.022
	بين المجموعات	1543.508	37	41.716		
	المجموع	1897.975	39			
تحمل أعباء المراهق التوحدي	داخل المجموعات	383.546	2	191.773	3.926	.028
	بين المجموعات	1807.429	37	48.849		
	المجموع	2190.975	39			
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	6138.178	2	3069.089	2.064	.141
	بين المجموعات	55013.822	37	1486.860		
	المجموع	61152.000	39			

يتضح من الجدول (16) عدم وجود فروق ذات دلالةٍ احصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) لمجالات كل من الأعراض النفسية والعضوية، و مشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، و المشكلات الأسرية والاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيم (ف) لكل من هذه المجالات على التوالي (1.032، 1.602، 1.637،.490، 2.06) وهي قيم ليست ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α = 0.05) بينما توجد فروق ذات دلالةٍ احصائية عند مستوى دلالة (α = 0.05) لمجالي القلق على مستقبل المراهق، و تحمل أعباء المراهق التوحدي. حيث بلغت قيم (ف) للمجالين على التوالي (4.249 ، و3.926) وهي قيم ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (.022 و .028) على التوالي.

وبالرجوع الى الجدول رقم (11) فإنه يلاحظ بأن المتوسط الحسابي للابن الأخير في كل من مجال القلق على مستقبل المراهق التوحدي ومجال تحمل أعباء المراهق التوحدي قد بلغت (37.0000، 37.7143) بانحراف معياري قدره (7.18795 ، 4.88925) على التوالي وهي متوسطات أكبر من متوسطات كل من الترتيب الولادي للابن الأول والابن الأوسط. مما يشير الى ان الفروق في قيم (ف) تعزى إلى صالح الترتيب الولادي للابن الأخير في مجالي القلق على مستقبل المراهق وتحمل أعباء المراهق التوحدي.

ب – المستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة، الشهادة الجامعية)

يوضح الجدول رقم (17) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير المستوى التعليمي للأم (لا تقرأ ولا تكتب، ثانوية عامة، والشهادة الجامعية).

جدول رقم (17) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير الترتيب الولادي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيم (ف)	مستوى الدلالة
الإعراض النفسية والعضوية	داخل المجموعات	14.246	2	7.123	.107	.899
	بين المجموعات	2473.654	37	66.856		
	المجموع	2487.900	39			
مشاعر اليأس والإحباط	داخل المجموعات	71.182	2	35.591	.556	.578
	بين المجموعات	2370.593	37	64.070		
	المجموع	2441.775	39			
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	داخل المجموعات	73.528	2	36.764	.930	.404
	بين المجموعات	1462.372	37	39.524		
	المجموع	1535.900	39			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	داخل المجموعات	3.313	2	1.657	.028	.972
	بين المجموعات	2157.462	37	58.310		
	المجموع	2160.775	39			
القلق على مستقبل المراهق	داخل المجموعات	12.946	2	6.473	.127	.881
	بين المجموعات	1885.029	37	50.947		
	المجموع	1897.975	39			
تحمل أعباء المراهق التوحدي	داخل المجموعات	47.151	2	23.576	.407	.669
	بين المجموعات	2143.824	37	57.941		
	المجموع	2190.975	39			
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	635.446	2	317.723	.194	.824
	بين المجموعات	60516.554	37	1635.583		

	المجموع	61152.000	39			

يتضح من الجدول (17) عدم وجود فروق ذات دلالةٍ احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) لمجالات كل من الإعراض النفسية والعضوية، و مشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، و المشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل المراهق، وتحمل اعباء المراهق النفسي. بالإضافة الى الدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيم (ف) لكل من هذه المجالات على التوالي (.107 ، .556 ، .930 ، .028 ، .127 ، .407 ، .194) وهي قيم ليست ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$).

ج – عدد الابناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر):

يوضح الجدول رقم (18) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير عدد الابناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر)

جدول رقم (18) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير عدد الابناء (أقل من 3، ومن 3 – واقل من 5، و5 أبناء فأكثر)

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيم (ف)	مستوى الدلالة
الإعراض النفسية والعضوية	داخل المجموعات	322.993	2	161.497	2.760	.076
	بين المجموعات	2164.907	37	58.511		
	المجموع	2487.900	39			
مشاعر اليأس والإحباط	داخل المجموعات	255.700	2	127.850	2.164	.129
	بين المجموعات	2186.075	37	59.083		
	المجموع	2441.775	39			
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	داخل المجموعات	126.367	2	63.183	1.659	.204
	بين المجموعات	1409.533	37	38.095		
	المجموع	1535.900	39			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	داخل المجموعات	353.090	2	176.545	3.614	.037
	بين المجموعات	1807.685	37	48.856		
	المجموع	2160.775	39			
القلق على مستقبل المراهق	داخل المجموعات	145.271	2	72.636	1.533	.229
	بين المجموعات	1752.704	37	47.370		
	المجموع	1897.975	39			

تحمل أعباء المراهق التوحدي	داخل المجموعات	103.342	2	51.671	.916	.409
	بين المجموعات	2087.633	37	56.423		
	المجموع	2190.975	39			
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	7060.687	2	3530.344	2.415	.103
	بين المجموعات	54091.313	37	1461.927		
	المجموع	61152.000	39			

يتضح من الجدول (18) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) لمجالات كل من الأعراض النفسية والعضوية، و مشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، والقلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق النفسي. بالاضافة الى الدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيم (ف) لكل من هذه المجالات على التوالي (2.760 ، 2.164 ، 1.659 ، 1.533 ، .916 ، 2.415) وهي قيم ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α = 0.05).

بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α = 0.05) لمجال المشكلات الأسرية والاجتماعية حيث بلغت قيمة (ف) لمجال المشكلات الأسرية والاجتماعية (3.614) وهي قيمة ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.037) على التوالي.

وبالرجوع الى الجدول رقم (12) فإنه يلاحظ بأن المتوسط الحسابي للمراهق في الاسرة التي يكون عدد الأبناء فيها (5) فأكثر في مجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للمراهق التوحدي قد بلغ (28.5000) بانحراف معياري قدره (6.97854) وهو متوسط أكبر من كل من الاسرة التي تتكون من أقل من (3) او (3 واقل من5). مما يشير إلى أن الفروق في قيمة (ف) تعزى إلى صالح المراهق التوحدي الذي يكون عدد أسرته (5 ابناء فأكثر) في مجال المشكلات الأسرية والاجتماعية.

د – المستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

يوضح الجدول رقم (19) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي (اقل من 200 دينار، ومن 200 واقل من 500 دينار، و500 دينار فأكثر).

جدول رقم (19) نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الضغوط النفسية تبعا لمتغير **المستوى الاقتصادي**

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيم (ف)	مستوى الدلالة
الإعراض النفسية والعضوية	داخل المجموعات	234.082	2	117.041	1.921	.161
	بين المجموعات	2253.818	37	60.914		
	المجموع	2487.900	39			
مشاعر اليأس والإحباط	داخل المجموعات	305.487	2	152.744	2.645	.084
	بين المجموعات	2136.288	37	57.738		
	المجموع	2441.775	39			
المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق	داخل المجموعات	206.970	2	103.485	2.881	.069
	بين المجموعات	1328.930	37	35.917		
	المجموع	1535.900	39			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	داخل المجموعات	175.284	2	87.642	1.633	.209
	بين المجموعات	1985.491	37	53.662		
	المجموع	2160.775	39			
القلق على مستقبل المراهق	داخل المجموعات	222.278	2	111.139	2.454	.100
	بين المجموعات	1675.697	37	45.289		

	المجموع	1897.975	39			
تحمل أعباء المراهق التوحدي	داخل المجموعات	33.545	2	16.772	.288	.752
	بين المجموعات	2157.430	37	58.309		
	المجموع	2190.975	39			
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	5189.236	2	2594.618	1.715	.194
	بين المجموعات	55962.764	37	1512.507		
	المجموع	61152.000	39			

يتضح من الجدول (19) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) لمجالات كل من الأعراض النفسية والعضوية، و مشاعر اليـــأس والإحبـــاط، والمشكلات المعرفية والنفسية للمراهق، والمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق النفسي. بالإضافة الى الدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيم (ف) لكل من هذه المجالات على التوالي (1.921 ، 2.645 ، 2.881 ، 1.633 ، 2.454 ، 288. ، 1.715) وهي قيم ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α = 0.05).

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي أفرزتها الدراسة الحالية والتوصيات.

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين.

وفيما اذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغيرات كل من جنس المراهق، والترتيب الولادي، والمستوى التعليمي للأم وعدد الأبناء، والمستوى الاقتصادي.

أولاً: مناقشة نتائج السؤال الأول ونصه:

ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟

وقد استخدمت الباحثة حزمة البرنامج الإحصائي (Spss) من أجل استخراج المتوسطات الحسابية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة على كل مجال من المجالات ثم تم تحويلها لأغراض المقارنة بينها. والحكم عليها الى متوسطات بدلالة سلم الإجابة وذلك بقسمة هذه المتوسطات على عدد فقرات المجال حيث إن كل مجال يحتوي على عدد مختلف من الفقرات.

وقد أظهرت النتائج أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المستوى المتوسط. وأن أعلى متوسط كان لبعد تحمل أعباء

المراهق التوحدي والتي كان متوسطها الحسابي (34.0500) بانحراف معياري (6.27551). في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط حيث بلغ متوسطه الحسابي (28.3250) بانحراف معياري قدره (7.44342).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسات كل من بركات (1992)، وعبد المعطي (1993)، ملكوش ويحي (1995)، و تايلور(Taylor, 1989) والتي تشير الى ارتباط درجة الضغوط لدى الامهات بمشاكل الوالدين ومشاكل الأطفال وأن ارتباط تكيف الطفل والتكيف السيكولوجي للأم والمساندة الاجتماعية ارتباط موجب. وأن لحجم الأسرة دور في زيادة الضغوط النفسية بوجود مراهق توحدي بحيث تزداد المشكلات النمائية حدة لدى الوالدين. مع التقدم في العمر وأن وجود طفل معاق يخلق مشاكل إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدًا، وبالتالي فإن آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم قد يواجهون درجة مرتفعة من الضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق في الأسرة حيث إن هذه الأسر تبذل طاقة كبيرة ليظهر الطفل بصورة مقبولة أمام الآخرين.

وترى الباحثة ان الامهات اللواتي يتواجد لديهن مراهقون توحديون يعانين أكثر من غيرهن من ضغوط نفسية ترتبط بشكل مباشر او غير مباشر وانهن يعانين من أعراض نفسية وعضوية ، ومشاعر يأس واحباط، خاصة وأن العديد من الامهات لا يدركن الأسباب الكامنة وراء وجود مراهق توحدي بين أفراد الأسرة كما أن مشاعر القلق على مستقبل المراهق التوحدي وتحمل الأعباء الناجمة عن وجوده، وتعلل الباحثة وجود ضغوط نفسية على جميع أبعاد المقياس بدرجة متوسطة بأن المراهق التوحدي لديه العديد من الحاجات والمشكلات التي تمثل عبئاً على الأم، وكذلك أنه يمر بمرحلة نمائية حرجة تتطلب بذل جهد أكبر وعناية أكبر

به، وكل هذه الأمور تخلق لدى الأم ضغطاً نفسياً بالإضافة إلى أن تفكير الأم وخوفها على مستقبل ابنها المراهق يبقى ضغطاً ملحاً يسبب لها معاناة نفسية وجسدية.

ثانيا: مناقشة نتائج السؤال الثاني ونصه:

هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن تعزى إلى متغيرات (جنس المراهق، الترتيب الولادي، المستوى التعليمي للام وعدد الأبناء، والمستوى الاقتصادي)؟

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (α = 0.05) لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين. بينما اظهرت فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) لمجالي القلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق التوحدي لصالح الأسرة التي يكون فيها المراهق التوحدي آخر مولود في الاسرة. وكذلك مجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة التي يزيد عدد ابنائها على خمسة افراد.

وتتفق هذه النتائج مع العديد من الدراسات العربية والاجنبية كدراسة تايلور(Taylor, 1989) التي أشارت الى تأثير وجود شخص معاق على وظيفة الأمهات في القدرة على حل المشكلات والحصول على الدعم الاجتماعي. ودراسة هيمان (Haman, 1991) التي بحثت في واستراتيجيات التكيف التي يستخدمها آباء وأمهات الأطفال المعاقين نمائيًا. وأن الضغوط النفسية التي ترتبط بالوكالات التي تقدم الخدمات وصحة الطفل والتأمين

الصحي لمواجهة تكاليف العناية بالطفل وأن أكثر الاستراتيجيات تكرارًا واستخدامًا هي الدعم الاجتماعي والقدرة على حل المشكلات والضبط الذاتي. ودراسة التي أشارت الى أن أشقاء الأطفال المعاقين يتكيفون ويتشكل لديهم مفهوم ذات إيجابي وتفاعل اجتماعي لدى الأشقاء مع قدرة امهات الاطفال المعاقين على حل المشكلات. ودراسة أولسون ووانج (Olsson and Hwang, 2001التي اشارت الى ان الأمهات يعانين من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين. ودراسة براين (Brain, 2002) التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية ومقدار الدعم الاجتماعي المدرك. ودراسة كريك وسوان (Craig and Swan 2002) التي اشارت الى أن الآباء الذين لديهم أطفال معاقون يعانون من مستوى عال من التوتر النفسي مقارنة بالآباء الذين ليس لديهم أطفال معاقون. ودراسة ولسن (Wilson, 2002) التي تحدثت عن أن الأمهات اللواتي يواجهن المشكلات اللاتكيفية التي ترتبط بالدخل وسلوك الطفل وصعوبة تخمين حل مناسب للمشكلات يواجهن صعوبات في مواجهة الضغوط التي ترتبط بالإعاقة وتحديد نمط التكيف معها.

و يمكن تفسير نتائج هذا السؤال على النحو التالي:

- فيما يتعلق بالجنس فإن كلاً من المراهقين والمراهقات يعانون من التوحد ولهم نفس الخصائص الإجتماعية و الإنفعالية والسلوكية و بالتالي فإن ما يترتب على ذلك من أعباء و ضغوطات تتحملها الأسرة و الأم خاصة من المتوقع أن تكون متماثلة و لايعتبر الجنس مؤثراً في ذلك.
- فيما يتعلق بالترتيب الولادي فإن المراهق الأخير في الأسرة يشكل ضغوطاً نفسية أكبر للأم تعزى إلى خوف الأم على أبنائها جميعاً بينما

يزداد خوفها على ابنها الأصغر لخوفها من ظلم إخوانه له او عدم تقبلهم له وأنه بسبب وضعه فهو بحاجة إلى رعاية أكبر.

- فيما يتعلق بعدد الأبناء فإن وجود أقل من 3 أبناء يشكل ضغطاً نفسياً أكبر للأم قد يعزى إلى عدم وجود أبناء تستطيع تلبية متطلباتها وحاجاتها النفسية من خلالهم فالأم تسعى لأن يكون ابنها أفضل ابن بتقبل المجتمع له وتواصله وتطوره مع المجتمع.
- فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للأم فإن تدني المستوى التعليمي للأم يشكل ضغطاً نفسياً أكبر فهي تفتقر إلى المهارات والمعلومات التي تستطيع من خلالها التعامل مع ابنها فلا توجد لديها فرصة للقراءة والمتابعة واستخدام الوسائل التكنولوجية والتعليمية المتطورة.
- فيما يتعلق بالمستوى الاقتصادي فالأسر ذات الدخل المتراوح بين 200إلى 500 دينار تعاني فيها الأم من ضغطٍ نفسي أكبر بسبب أن المراهق التوحدي لديه حاجات ومتطلبات ذات مبالغ مالية عالية فلا تستطيع الأم تلبيتها وإفادة ابنها منها.

وترى الباحثة أن الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات المراهقين التوحديين ترتبط بالمستوى التعليمي، وعدد الابناء، والمستوى الاقتصادي لأسرة المراهق التوحدي بحيث تشكل جميعها عوامل مشتركة لزيادة حدة الضغوط النفسية التي تعاني منها أم المراهق التوحدي.

ثانيا: التوصيات:

وفي ضوء النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الحالية توصي الباحثة بإجراء دراسات مستقبلية على عينات جديدة من الأطفال والمراهقين التوحديين بمتغيرات جديدة كمتغير

المستوى الاجتماعي للأسرة وكذلك ثقافة الأبوين وعملهما إضافة إلى المتغيرات التي استخدمت في هذه الدراسة. وأيضاً إجراء دراسات تقوم على برامج تدريبية للأمهات التوحديين لتخفيف الضغوط النفسية عنهن.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

أبو السعود، نادية (2000)، **الطفل التوحدي في الأسرة**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الاسكندرية.

أبو سعد، مصطفى (2010)، **المراهقون المزعجون، دليل عملي في المهارات التربوية للتعامل مع المراهق**، الابداع الفكري للنشر والتوزيع، الكويت.

الألفي، عزة (1986)، **استخدام العلاج الجماعي لتعديل معنى الحاجات و الضغوط لدى الأطفال المحرومين**، الكتاب السنوي في علم النفس، م5،الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.

الامام، محمد صالح (2010 – أ)، **قضايا و آراء في التربية الخاصة**، عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الامام، محمد صالح، الجوالدة، فؤاد (2010،ب)، **التوحد ونظرية العقل، سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة**، العدد 4، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

بدر، رانية (2008)، **مشكلات المراهقين المعاقين عقلياً من وجهة نظر أولياء الأمور والضغوط الأسرية الناجمة عنها في المجتمع الأردني**، اطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

البديرات، نضال (2006).، **مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية و الأسرية**، رسالة ماجستير ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

البراك، بدر (2006)، **أثر برنامج إرشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى أولياء أمور التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في دولة الكويت**، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

بركات، سري، 2008، **الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.

بطرس، بطرس (2011)، **اعاقات النمو الشاملة**، دار المسيرة، عمان، الاردن.

جابر، البندري، (2008)، **فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

الحربي، ماطر بن عواد (2002)، **مقارنة مستويات الضغط النفسي والقلق ونمط السلوك (أ) لدى الإداريين وغير الإداريين في مديريات الشؤون الصحية بالمدينة الشرقية في المملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

حمود، محمود (2001)، **الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج**، مصر، المطبعة الفنية الحديثة.

حمودة، محمود (1991)، **الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج**، الطبعة الفنية الحديثة، مصر.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى (2007)، **التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**، عمان، دار الفكر.

الخطيب، جمال، والحديدي، منى، والسرطاوي، عبد العزيز (1992) **إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن**، دار حنين.

الخفش، سهام (2001)، **استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، اطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

الرواشدة، شهريار (2006)، **أثر البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتيج) في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن**، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

الزارع، نايف (2010)، **المدخل إلى اضطراب التوحد – المفاهيم الأساسية وطرق التدخل**، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن.

الزريقات، ابراهيم (2004)، **التوحد الخصائص والعلاج**، عمان، دار وائل للنشر.

زعارير، علي (2009)، **مصادر الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن و علاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.

الزعبي، دلال محمد ذياب (2003)، **ضغوط العمل وعلاقتها بالدافعية نحو العمل لدى رؤساء الأقسام الأكاديمية في الجامعات الأردنية**، اطروحة دكتوراة غير منشورة، عمان، الجامعة الأردنية.

زين الدين، حنان (2005)، **أنماط تعلق المراهقين بالوالدين و علاقتها بتقديرهم لشدة الضغوط النفسية وأساليب تدبرهم لهذه الضغوط**، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

السرطاوي، زيدان، والشخص، عبد العزيز (1998)، **دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية**، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.

السعد، سمرة عبد اللطيف (1997)، **معاناتي والتوحد**، الكويت، منشورات ذات السلاسل.

سعد، مراد، و خليفة، وليد (2008)، الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي (المفاهيم، النظريات، البرامج)، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

سلامة، رتيبة محمد (2003)، **الممارسات الإدارية لمديري المدارس الثانوية العامة في الأردن وعلاقتها بالرضا الوظيفي والولاء التنظيمي للمعلمين**، اطروحة دكتوراة غير منشورة، عمان، جامعة عمان العربية.

الشامي، وفاء (2004 – أ)، **خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه**، (ط1)، جدة، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

الشامي، وفاء (2004 – ب)، **سمات التوحد**، (ط1)، جدة، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

الشايب، معروف (1994)، **الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الثانوية للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

شريف، ليلى (2002)، **أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية والعصبية والعامة)**، دراسات ميدانية في مدينة دمشق، الجمهورية العربية السورية.

شريم، رغدة، (2009)، **سيكولوجية المراهقة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

الشمري، طارش (2000)، **الأطفال التوحديون (أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج)**. ورقة عمل مقدمة لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، جامعة الخليج العربي، البحرين.

ضمرة، خالد (1998)، **أثر برنامج ارشاد جمعي على مهارات الأطفال للتوافق مع الضغوط وتحسين مستوى تكيفهم**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الاردن.

عاشور، محمد سميح (2005).**الضغوط المهنية وعلاقتها باستثارة دافعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة نحو التعليم لدى معلمي مدارس التربية الخاصة**. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عمان العربية. الاردن.

عبد الغني، خالد (2008)، **احتياجات وضغوط أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.

عبد المنعم، آمال (2006). **إرشاد أسر ذوي الإحتياجات الخاصة**، القاهرة، زهراء الشرق.

عبيد، ماجدة، (2008)، **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

عودة، بلال (2010)، **التربية الجنسية لذوي الاحتياجات الخاصة**، الأردن، دار المسيرة.

فراج، عثمان (2002)، **الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة**، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.

الفوزان، محمد (2002)، **طيف التوحد بين الحقيقة والغموض**، الرياض، دار عالم الكتب.

كفافي، علاءالدين (2001)، **تشخيص الاضطراب الاجتراري**، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (59)، ص 6 – 15.

اللالا، صائب، جنيد، جنيد، الموسى، ناصر(2006)، **ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**، دار الزمان.

محمد، عادل عبدالله (2003)، **الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية و برامجية**، القاهرة، دار الرشاد.

محمد، عادل عبدالله (2004)، **الاعاقات العقلية**، القاهرة، دار الرشاد.

المطارنة، خولة محمد زايد (2000)، **العقلاة بين الضغوط النفسية والتمرد لدى المراهقين وأثر كل من صفهم وجنسهم والمستوى التعليمي لوالديهم في ذلك**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤته.

المطيري، محمد نايف (2006)، **مصادر الضغوط النفسية لدى أمهات الأ"فال التوحديين بمدينة الرياض في السعودية و علاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

معالي، إبراهيم باجس (2003)، **أثر التحصين ضد التوتر والتدريب على حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية وتحسن مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الإحتياجات الخاصة،** أطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

المعايطة، خليل عبد الرحمن (2006).**فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة وتغيير اتجاهاتهم نحوها.** اطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية. الاردن

معوض، خليل (1983)، **سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)**، دار الفكر العربي، الإسكندرية، مصر.

ملكوش، رياض و يحيى، خولة (1995)، **الضغوط النفسية والدعم الإجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان،** دراسات مجلد 22(أ)، العدد 5، ص ص 2329 – 2348.

موسى، محمد سمير (2002)، **طيف التوحد بين الحقيقة والغموض،** الرياض، دار عالم الكتب.

نوري، حافظ (1981)، **المراهقة دراسة سيكولوجية** . لبنان، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

هويدي، محمد (2000)، **خصائص أسر الأطفال الذين لديهم إعاقة،** مجلة علوم التربية، المغرب.

وينج، لونا(1994)، **الأطفال التوحديون،** (ط2)، ترجمة هناء محمد المسلم، المملكة المتحدة: سانت إدمندرزيدي.

اليازجين، حليمة عبد الفتاح شهاب (2003)، **علاقة صراع الدور بالآداء الوظيفي لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية في الأردن**، اطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان.

المراجع الأجنبية:

American Psychiatric association (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 4thed. DSM-IV, Washington, D.C , Auther

Atkinson ,R.A,L(1987).**Grouping students by value profile to determine interactions within Groups**, dissertation abstracts.

Billing, A. & Moos, R, (1984) Coping, Stress and Social resources among adult unipolar depression. **J.P.S.Psycol**. 46,pp877-891.

Brarian, A. (2002). Examining the Relationship Between Stress and lock of Social Supportin Mothers of Children with Autism. **Focus on Autism & other Developmental Disabilities**, vol,17,Issue,4,pp,208-215.

Campell , M. , Anderson , L , T , Small , A.M , Adams , p . ,Gonzales , N. M.(1991) Naltrexone in autistic children : Behavioral symptoms and attentional Learning . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry . 32 , 1283-1291

Davison.J & Gand.M (1982): **Abnormal Psychology, An Experimental clinical Approach, New York**, John willey & Sons. inc.

Frank, A(2001) **Stress and health**.

http\\www.comcnet.columbia.edu\text s\guide\hmg40-0008.html.

Gillberg, C.(1990). Outcome in autism and autistic like conditions. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry,30,375-358.

Gray. D.E.(2006), The Parents of children with autism Scjool of social science, University of New England Australia.

Hallahan, D.P& Kauffman,J.M (2003) **Exptional children :** **Introduction to special Education**, (4^{th} Ed). Englewood Cliffs. N.J:Prentice.

Hobson, R, (1986), The autistic childs appraisal of expression of Emotion **Journal of child Psychology and Psychiatry**. Vol (27) pp. 321 – 342.

Hwolin, P (1998), Children with autism and asperger syndrome, **guide for practitioners and careers**, New York. Weinheim, John Wiley & Sons.

Kirk.j, Samue A Tenthe. (2003), **Educating Exeptional** children, Houghton Miffin company Boston Newyork.

Lazarus , r. & Monat .A. (1985) . **stress and coping** , second edition . Mc Graw Book Company

Lotter , V .(1966) . Epidemiology of autistic conditions in young children . I . Prevalence . social psychiatry . 1 , 124-137

Marica, D. (1990). Autism and live in the community. Successful intervention for behavior challengers. Pawul h,co, London.

Meyers, K& Grossman ,B.(1986). Autism **Question and answer**, Bancroft school, Haddon . Id NJ. Apr

Michael H. Thaut (1997) , Perceptual Preferences of Autistic Children Compering Responses to Auditory and Visuals Stimuli , Tornal of Autism and Developmental Disorders.

Miller, L & Smith, A(1997). **The difference kinds of stress** http\\helping.apa.orgllstress4.htme

Nelson,R. Wicks. 1997, **Behavior Disorders Of Of Childhood, Prentice Hall**, New Jersey.

Nora, Gold, 1991, **A gender analysis of autistic boys. Social adjustment and depression**, library and Archives Canada, University of Toronto.

Olsson, M.b.and Hwang,c.p.(2001). **Depression in Mothers and Fathers of Children with intellectual disability**. Journal of intellectual disability research,45 (6).

Schopler,F. Reichler, R. and Runner,B. (1988), **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)** , (1st ed.).Los Angeles: Western Psychological Services.

Schwartzs (1992), **Case Studies in abnormal psychology**, John Wiley, National Library, Milton Austerely.

Sigel .B (1996), The autistic children under standing and treating autistiction spectrum disorder , **Oxford University Press**. U.S.A.

Smith, D. (2007), **Introduction to Special Education: Making a Difference**,(6th ed.). Boston:Allyn and Bacon.

Stilman. M,John. (2008) **Aspergers Syndrome:** Beverly press, New York.

Strock, M. (2004), Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developemental Disorders,)1t ed.). U.S.A:National Institute of Mental Health.

Sundberg, Mark, Partington, James W. (1998) Teaching Language to children with Autism or Other Developmental Disabilites, 1941 Oak Park Boulevard, Suite 30 pleasant Hill, CA 94523.

Volkamar R, Fred (2005) **The Autism Source book Diagnosis, Treatment, Caping and healing**, Collins publishers.

الملاحق

ملحق (1) الصورة النهائية لمقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين

كلية العلوم التربوية والنفسية

قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة

التاريخ: 1/ 11/ 2011

الأم الفاضلة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

فتقوم الباحثة بدراسة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين. ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة ببناء هذه الاستبانة التي تمثل ما تتعرضين له من ضغوط نفسية نتيجة وجود ابنك التوحدي. وأرجو ملاحظة أن هذه الاستبانة:

- تهدف إلى التعرف على مدى حدوث تلك الضغوط في حياتك
- لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة وأن أي إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن وجهة نظرك بصدق
- التأكيد على أن المعلومات التي سوف تحصل عليها الباحثة ستبقى سرية وأنها لأغراض البحث العلمي فقط.

ولذلك فان المرجو منك الإجابة عن جميع فقرات الاستبانة دون أن تتركي واحدة منها . ووضع إشارة (x) في المكان الذي يمثل مدى حدوث تلك المشاعر، وعليه، فان:

- الدرجة (5) تعني أن الصفة تحدث دائما
- الدرجة (4) تعني ان الصفة تحدث كثيرا
- الدرجة (3) تعني الصفة قليلة الحدوث
- الدرجة (2) تعني أن الصفة نادرة الحدوث
- الدرجة (1) تعني أن الصفة غيلا تحدث ابدا

أولا: المعلومات الاولية

1: جنس المراهق	(1) الذكور	(2) الإناث	
2: الترتيب الولادي للمراهق	(1) الاول	(2) الاوسط	(3) الاخير
3: عدد الابناء	(1) أقل من 3	(2) من 3 – وأقل من 5	(3) 5 أبناء فأكثر
4: المستوى التعليمي للام	(1) لا تقرأ ولا تكتب	(2) ثانوية عامة فأقل	(3) الشهادة الجامعة
5: المستوى الاقتصادي	(1) أقل من 200 دينار	(2) من 200 واقل من 500	(3) 500 دينار فأكثر

1. الأعراض النفسية والعضوية:

الرقم	الفقرة	لا يحدث أبدا	يحدث نادراً	يحدث قليلاً	يحدث كثيراً	يحدث دائماً
1	**أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط**					
2	**اخفي مشاعري عندما أتعرض للضغط النفسي**					
3	**اخجل من استقبال أحد في البيت**					
4	**انهارت كل أحلامي بسبب وجود ابني التوحدي**					
5	**أتناول المهدئات بدرجة كبيرة جداً**					
6	**أشعر بالقلق دائماً على مستقبل ابني التوحدي**					
7	**ألوم نفسي لأبسط الأمور**					
8	**انتباهي مشتت دائماً**					

9	أعاني من صداع مستمر					
10	تخجلني سلوكيات ابني أمام الآخرين					

2. مشاعر اليأس والإحباط

الرقم	الفقرة	واضح بدرجة كبيرة	واضح	قليل الوضوح	غير واضح	غير واضح ابدا
1	مهامي تفوق مهام الأمهات الأخريات					
2	اشعر بالاحباط لعدم تمكن ابني التوحدي من الاعتماد على نفسه					
3	أنا غير سعيدة بسبب تفكيري الدائم بمشكلة ابني التوحدي					
4	متطلبات رعاية ابني كثيرة.					
5	أشعر بالخوف من انجاب طفل توحدي آخر					
6	أجد صعوبة في تعليم ابني بعض الأمور الجنسية					
7	لا أجد من يرشدني لتعليم ابني التوحدي في الاعتماد على نفسه					
8	أتردد كثيراً في إتخاذ اي قرار يتعلق بابني التوحدي					
9	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي.					
10	أنزعج من السلوكيات الجنسية لابني التوحدي					

3. المشكلات المعرفية والنفسية للمراهق

الرقم	الفقرة	واضح بدرجة كبيرة	واضح	قليل الوضوح	غير واضح	غير واضح ابدا
1	يحتاج ابني التوحدي لتعلم بعض الأمور الجنسية					
2	أخاف على ابني التوحدي من التعرض للاساءة من قبل الاخرين					
3	يحتاج ابني التوحدي لتوجيه ومراقبة مستمرة					
4	لا استطيع التواصل مع ابني التوحدي خلال فترة المراهقة					
5	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع الاخرين					
6	لا يستطيع ابني التوحدي التعبير عن نفسه بوضوح					
7	يعتمد ابني التوحدي على نفسه في استخدام الحمام					
8	لا يستطيع ابني المشاركة في الألعاب الرياضية					
9	يؤلمني ايذاء ابني التوحدي لذاته					
10	يحافظ ابني التوحدي على نظافته					

4. المشكلات الأسرية والاجتماعية

الرقم	الفقرة	واضح بدرجة كبيرة	واضح	قليل الوضوح	غير واضح	غير واضح ابدا
1	أعتقد أن أبني التوحدي سيبقى المشكلة الدائمة التي تشغل بال الأسرة					
2	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع إخوته					
3	لا توجد علاقة بين ابني التوحدي واخوته					
4	يصعب على زوجي التكيف مع ابنه					
5	يتحاشى ابنائي تقديم الرعاية لابني التوحدي					
6	يفسد ابني إستمتاع الأسرة عند الخروج للتنزه أو زيارة الأقارب					
7	يتغيب زوجي كثيراً عن المنزل بسبب حالة ابني التوحدي					
8	ينزعج أبنائي من انشغالي الدائم عنهم					
9	يسعدني تقبل زوجي لابنه التوحدي					
10	ينزعج زوجي من سلوكيات ابني التوحدي					

5: القلق على مستقبل المراهق

الرقم	الفقرة	واضح بدرجة كبيرة	واضح	قليل الوضوح	غير واضح	غير واضح ابدا
1	أقدم العديد من التنازلات من أجل أن يحب الآخرون ابني التوحدي					
2	أحاول التفاهم مع من يسيء لأبني التوحدي بدلاً من لومه					
3	أنزعج من تعاطف الآخرين مع ابني التوحدي وشفقتهم عليه					
4	لا يستطيع ابني التوحدي التواصل مع الاخرين					
5	أشعر بالإحباط لعدم دعم المجتمع لابني التوحدي					
6	يخيفني وصول ابني لسن البلوغ					
7	لا أجد من يرشدني للتعامل مع ابني أثناء مروره بمرحلة المراهقة					

8	أشعر بالانزعاج من كثرة الاستفسارات عن وضع ابني التوحدي					
9	يصعب على الأسرة وضع الخطط المستقبلية لابني التوحدي					
10	يصعب علي اصطحاب ابني لزيارة الأقارب					

6: تحمل أعباء المراهق التوحدي

الرقم	الفقرة	واضح بدرجة كبيرة	واضح	قليل الوضوح	غير واضح	غير واضح ابدا
1	أتردد كثيراً في السماح لابني الاعتماد على نفسه					
2	اعتمد على نفسي في تلبية احتياجات ابني التوحدي					
3	احتاج الى من يساعدني في تحمل اعباء ابني التوحدي					
4	انا غير قادرة على تحمل اعباء ابني التوحدي بمفردي					
5	أشعر أني السبب في إعاقة ابني					
6	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي					
7	أشعر بالخوف من تعرض ابني للإيذاء الجسدي والتحرش الجنسي					
8	لا يستطيع ابني تحمل اعباء حياته اليومية					
9	اشعر بالخوف من سلوكيات ابني مع الاخرين					
10	لا يستطيع ابني تحمل مهام حياته اليومية					

ملحق (2) نسخة تطبيق مقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين

جامعة عمان العربية للدراسات العليا
Amman Arab University For Graduate Studies

كلية العلوم التربوية والنفسية
قسم علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة

التاريخ: 1/ 11/ 2011

الأم الفاضلة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

فتقوم الباحثة بدراسة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين. ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة ببناء هذه الاستبانة التي تمثل ما تتعرضين له من ضغوط نفسية نتيجة وجود ابنك التوحدي. وأرجو ملاحظة أن هذه الاستبانة: تهدف إلى التعرف على مدى حدوث تلك الضغوط في حياتك. وانه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة وأن أي إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن وجهة نظرك بصدق. مع التأكيد على أن المعلومات التي سوف تحصل عليها الباحثة ستبقى سرية وأنها لأغراض البحث العلمي فقط.

ولذلك فان المرجو منك الإجابة عن جميع فقرات الاستبانة دون أن تتركي واحدة منها . ووضع إشارة (x) في المكان الذي يمثل مدى حدوث تلك المشاعر، وعليه، فان:

- الدرجة (5) تعني أن الصفة تحدث دائما
- الدرجة (4) تعني ان الصفة تحدث كثيرا
- الدرجة (3) تعني الصفة قليلة الحدوث
- الدرجة (2) تعني أن الصفة نادرة الحدوث
- الدرجة (1) تعني أن الصفة غيلا تحدث ابدا

أولا: المعلومات الاولية

1: جنس المراهق	(1) الذكور	(2) الإناث	
2: الترتيب الولادي للمراهق	(1) الاول	(2) الاوسط	(3) الاخير
3: عدد الابناء	(1) أقل من 3	(2) من 3 – وأقل من 5	(3) 5 أبناء فأكثر
4: المستوى التعليمي للام	(1) لا تقرأ ولا تكتب	(2) ثانوية عامة فأقل	(3) الشهادة الجامعة
5: المستوى الاقتصادي	(1) أقل من 200 دينار	(2) من 200 واقل من 500	(3) 500 دينار فأكثر

ثانيا: فقرات المقياس

الرقم	الفقرة	لا يحدث أبدا	يحدث نادراً	يحدث قليلاً	يحدث كثيراً	يحدث دائماً
1	**أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط**					
2	**مهامي تفوق مهام الأمهات الأخريات**					
3	**يحتاج ابني التوحدي لتعلم بعض الأمور الجنسية**					
4	**أعتقد أن أبني التوحدي سيبقى المشكلة الدائمة التي تشغل بال الأسرة**					
5	**أقدم العديد من التنازلات من أجل أن يحب الآخرون ابني التوحدي**					
6	**أتردد كثيراً في السماح لابني الاعتماد على نفسه**					
7	**اخفي مشاعري عندما أتعرض للضغط النفسي**					
8	**اشعر بالاحباط لعدم تمكن ابني التوحدي من الاعتماد على نفسه**					
9	**أخاف على ابني التوحدي من التعرض للاساءة من قبل الاخرين**					
10	**يصعب على ابني التوحدي التكيف مع إخوته**					
11	**أحاول التفاهم مع من يسيء لأبني التوحدي بدلاً من لومه**					
12	**اعتمد على نفسي في تلبية احتياجات ابني التوحدي**					
13	**اخجل من استقبال أحد في البيت**					
14	**أنا غير سعيدة بسبب تفكيري الدائم بمشكلة ابني التوحدي**					
15	**يحتاج ابني التوحدي لتوجيه ومراقبة مستمرة**					
16	**لا توجد علاقة بين ابني التوحدي واخوته**					
17	**أنزعج من تعاطف الآخرين مع ابني التوحدي وشفقتهم عليه**					
18	**احتاج الى من يساعدني في تحمل اعباء ابني التوحدي**					
19	**انهارت كل أحلامي بسبب وجود ابني التوحدي**					
20	**متطلبات رعاية ابني كثيرة.**					
21	**لا استطيع التواصل مع ابني التوحدي خلال فترة المراهقة**					

22	يصعب على زوجي التكيف مع ابنه					
23	لا يستطيع ابني التوحدي التواصل مع الاخرين					
24	انا غير قادرة على تحمل اعباء ابني التوحدي بمفردي					
25	أتناول المهدئات بدرجة كبيرة جداً					
26	أشعر بالخوف من انجاب طفل توحدي آخر					
27	يصعب على ابني التوحدي التكيف مع الاخرين					
28	يتحاشى ابنائي تقديم الرعاية لابني التوحدي					
29	أشعر بالإحباط لعدم دعم المجتمع لابني التوحدي					
30	أشعر أني السبب في إعاقة ابني					
31	أشعر بالقلق دائماً على مستقبل ابني التوحدي					
32	أجد صعوبة في تعليم ابني بعض الأمور الجنسية					
33	لا يستطيع ابني التوحدي التعبير عن نفسه بوضوح					
34	يفسد ابني إستمتاع الأسرة عند الخروج للتنزه أو زيارة الأقارب					
35	يخيفني وصول ابني لسن البلوغ					
36	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي					
37	ألوم نفسي لأبسط الأمور					
38	لا أجد من يرشدني لتعليم ابني التوحدي في الاعتماد على نفسه					
39	يعتمد ابني التوحدي على نفسه في استخدام الحمام					
40	يتغيب زوجي كثيراً عن المنزل بسبب حالة ابني التوحدي					
41	لا أجد من يرشدني للتعامل مع ابني أثناء مروره بمرحلة المراهقة					
42	أشعر بالخوف من تعرض ابني للإيذاء الجسدي والتحرش الجنسي					
43	انتباهي مشتت دائماً					
44	أتردد كثيراً في إتخاذ اي قرار يتعلق بابني التوحدي					
45	لا يستطيع ابني المشاركة في الألعاب الرياضية					
46	ينزعج أبنائي من انشغالي الدائم عنهم					
47	أشعر بالانزعاج من كثرة الاستفسارات عن وضع ابني التوحدي					
48	لا يستطيع ابني تحمل اعباء حياته اليومية					
49	أعاني من صداع مستمر					
50	طريقة تفكيري تزيد من ضغطي النفسي.					
51	يؤلمني ايذاء ابني التوحدي لذاته					
52	يسعدني تقبل زوجي لابنه التوحدي					
53	يصعب على الأسرة وضع الخطط المستقبلية لابني التوحدي					
54	اشعر بالخوف من سلوكيات ابني مع الاخرين					
55	تخجلني سلوكيات ابني أمام الآخرين					
56	أنزعج من السلوكيات الجنسية لابني التوحدي					
57	يحافظ ابني التوحدي على نظافته					
58	ينزعج زوجي من سلوكيات ابني التوحدي					
59	يصعب علي اصطحاب ابني لزيارة الأقارب					
60	لا يستطيع ابني تحمل مهام حياته اليومية					

شاكرة لكن حسن التعاون،،

ملحق (3):

قائمة باسماء السادة المحكمين على مقياس الضغوط النفسية لامهات المراهقين التوحديين

الرقم	السادة المحكمون	التخصص	مكان العمل
1	الأستاذ الدكتور أحمد عواد	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
2	الاستاذ الدكتور رياض ملكوش	تربية خاصة	الجامعة الاردنية
3	الاستاذ الدكتور عبد الله زيد الكيلاني	قياس	جامعة عمان العربية
4	الدكتور رائد الشيخ ذيب	تربية خاصة	الجامعة الاردنية
5	الدكتور سامي محمد ملحم	ارشاد نفسي	جامعة عمان العربية
6	الدكتور سليم الزبون	ارشاد نفسي	جامعة عمان العربية
7	الدكتور فؤاد الجوالده	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
8	الدكتور محمد المصري	قياس	جامعة عمان العربية
9	الدكتورة سهير التل	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
10	الدكتورة سهيلة بنات	ارشاد نفسي	جامعة عمان العربية

ملحق (4) كتب تسهيل مهمة تطبيق الدراسة

المملكة الأردنية الهاشمية

وزارة التنمية الاجتماعية

الرقم ٢١٢٨٥ خ ط/
التاريخ / / 1432 هـ
الموافق ٢١/٩/2011

السيدة مديرة شؤون الأشخاص المعوقين

الموضوع : تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد ،،،

بناءاً على تنسيبكم و إشارة الى كتاب عطوفة رئيس جامعة عمان العربية رقم 1596/7/1 تاريخ 2011/10/31 ، والمتضمن تسهيل مهمة الطالبة غدي عمر عصفور ، المسجلة في برنامج الماجستير في تخصص(الارشاد النفسي والتربوي) والتي تقوم بدراسة حول " الضغوط النفسية لدى امهات المراهقين التوحديين " وتتضمن الدراسة قيام الطالبة بتطبيق ادوات الدراسة على العينة المستهدفة من امهات مراكز التربية الخاصة التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية في المملكة ، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير .

ارجو تسهيل مهمة الطالبة المذكورة اعلاه في في المراكز التالية : مركز المنار / المدينة الرياضية ، مركز المنار / المقابلين ، مركز الامل الجديد لمتعددي الاعاقات فقط ، شريطة الالتزام بالأنظمة والتشريعات المعمول بها.

واقبلوا الاحترام ،،،

وزير التنمية الاجتماعية
نـــــــــسرين بركات

محمد مصطفى الخصاونه
الأمين العام

المملكة الأردنية الهاشمية