

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: D.PS/3C/03/18

الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى
أمهات أطفال التوحد (دراسة ميدانية بولاية المسيلة).

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في تخصص: علم النفس الصحة

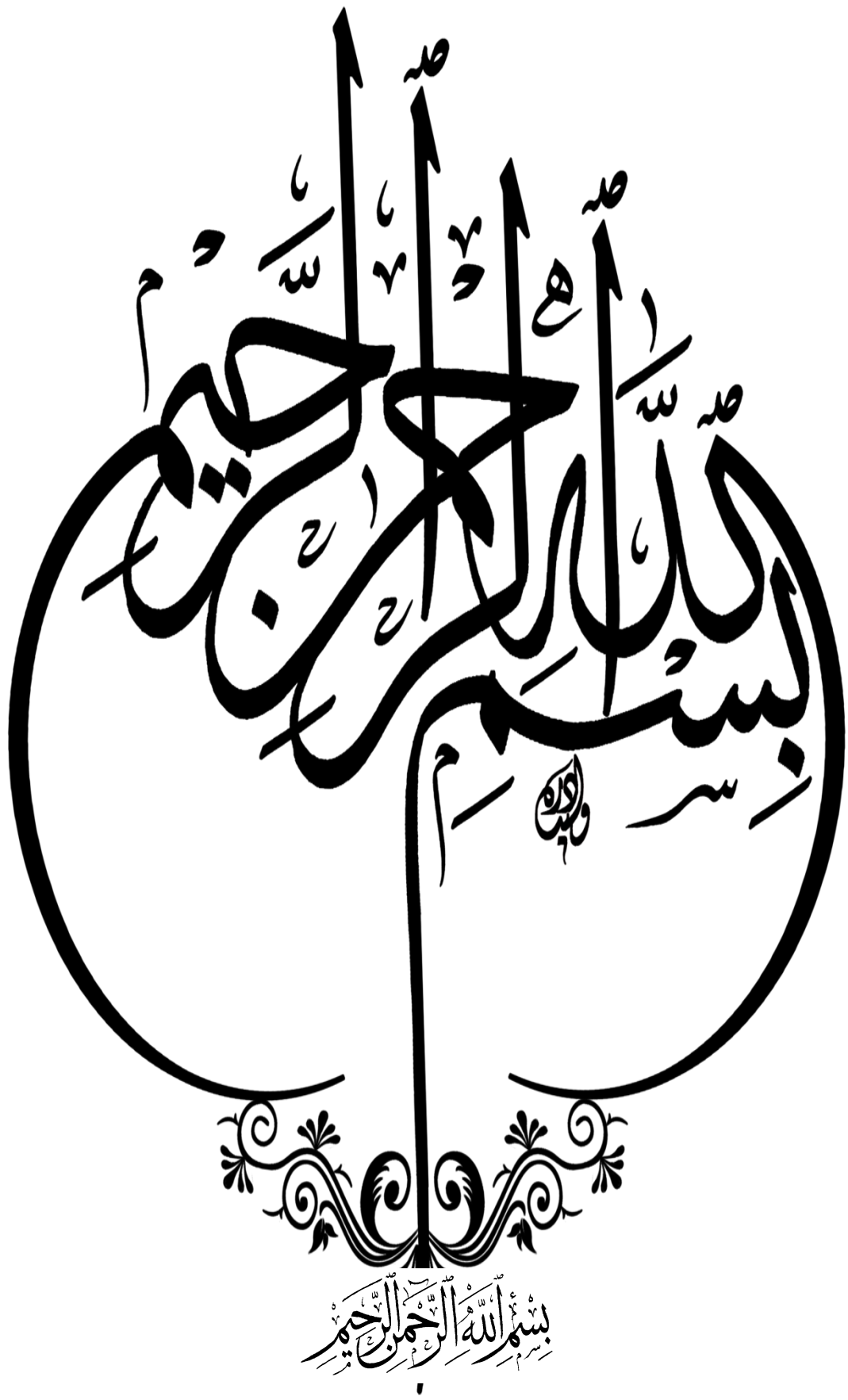
إعداد الطالبة:

عائشة بوساق

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
1				رئيسا
2	نوال بوضياف	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	مشرفا ومقررا
3				عضوا مناقشا
4				عضوا مناقشا
5				عضوا مناقشا
6				عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021



شكر وعرفان

الحمد لله الذي منحنا القوة والقدرة واناار بصيرتنا للعلم والمعرفة ولإتمام هذا العمل .

بداية أشكر كل من منحني حرفا منذ بدايات الأولى من معلمي في الابتدائي إلى أساتذتي في المتوسط والثانوي إلى كل أساتذتي الأعزاء في جامعة المسيلة قسم علم النفس خاصة وإلى أساتذتي الغالية مشرفتي بوضيف نوال التي أنارت دربي بنصائحها وإرشاداتها من أجل الوصول إلى هذه اللحظة المميزة في حياتي. أطال الله في عمرها ومنحها الصحة والعافية.

إلى كل عائلتي التي شجعنتي وساندتني والداي أطال الله في عمرهما وكل أخوتي وأخواتي.

إلى كل زملائي في العمل وزملائي في مسار التكوين في الدكتوراه دفعة 2018-2019 أثار

الله دبركم ووفقكم في مستقبلكم.

فهرس المحتويات

شكر وعران

فهرس المحتويات

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

ملخص الدراسة

مقدمة: أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية: 6

2-أهداف الدراسة: 9

3- أهمية الدراسة: 10

4-تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة: 10

5- الدراسات السابقة: 12

6-فرضيات الدراسة: 24

الفصل الثاني: الصمود النفسي

تمهيد: 27

1-مفهوم الصمود النفسي: 28

2-الصمود النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة: 30

3-النظريات والنماذج المفسرة للصمود النفسي: 32

4-خصائص الأشخاص الصامدين: 40

5-مكونات الصمود النفسي: 42

6-أنماط الصمود النفسي: 43

7-دورة الصمود النفسي: 44

8-العوامل المؤثرة في الصمود النفسي: 46

9-الصمود النفسي لدى أسر أطفال التوحد: 46

47 خلاصة:

الفصل الثالث: التوجه نحو الحياة

49 تمهيد:

50 1- مفهوم التوجه نحو الحياة:

57 2- النماذج المفسرة للتوجه نحو الحياة:

64 3- أبعاد التوجه نحو الحياة:

68 4- مظاهر التوجه نحو الحياة:

70 5- سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه الإيجابي:

71 6- سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه السلبي:

72 7- توجه أم الطفل التوحيدي نحو الحياة:

73 خلاصة:

الفصل الرابع: المعتقدات الصحية

75 تمهيد:

76 1- مفهوم المعتقدات:

77 2- أنواع المعتقدات:

79 3- خصائص المعتقدات:

80 4- مفهوم المعتقدات الصحية:

81 5- أنواع المعتقدات الصحية:

81 6- خصائص المعتقدات الصحية:

82 7- النظريات والنماذج المفسرة للمعتقدات الصحية:

89 8- معتقدات أمهات أطفال التوحد حول الاضطراب:

90 خلاصة:

الفصل الخامس: إضراب التوحد

92 تمهيد:

93 1- مفهوم اضطراب التوحد:

94 2- خصائص الطفل المصاب باضطراب التوحد:

96 3- أعراض اضطراب التوحد:

97	4-العوامل المسببة في ظهور اضطراب التوحد:
99	5-النظريات التي فسرت اضطراب التوحد:
106	6-ردود فعل الاسرة من اضطراب التوحد:
108	خلاصة:

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

110	تمهيد:
110	1-الدراسة الاستطلاعية:
111	2-المنهج المستخدم في الدراسة:
111	3-مجتمع الدراسة وعينته:
116	4-حدود الدراسة:
117	5-أدوات الدراسة:
125	6-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:
138	7-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:
139	خلاصة:

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

141	تمهيد:
142	1-التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:
143	2-عرض وتحليل نتائج الدراسة:
164	3-مناقشة نتائج فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري:
178	4-توصيات واقتراحات الدراسة:
181	الخاتمة:
184	قائمة المراجع:

قائمة الاشكال

- الشكل رقم 1: يوضح نموذج ريتشاردسون للصدود النفسي 34
- الشكل رقم 2: يوضح المبادئ الأساسية لنظرية التواصل الاجتماعي حسب منظور سام جولدستن 35
- الشكل رقم 3: يوضح القوى الثلاثة للشخصية حسب فرويد 36
- الشكل رقم 4: يمثل دورة الصدود النفسي 45
- الشكل رقم 5: متلازمة الإيجابية في الحياة 51
- الشكل رقم 6: يمثل مخطط توضيحي حول مفهوم التوجه نحو الحياة 53
- الشكل رقم 7: يوضح مكونات السعادة في إطار علم النفس الإيجابي 54
- الشكل رقم 8: يمثل متطلبات التوجه نحو الحياة حسب أدلر (Adler) 58
- الشكل رقم 9: يمثل رسم توضيحي لنظرية البنى الشخصية حسب جورج كيلي 59
- الشكل رقم 10: يمثل رسم توضيحي لنظرية الضبط السلوكي 60
- الشكل رقم 11: يوضح هرم الحاجات لماسلوا 61
- الشكل رقم 12: يمثل العناصر الأساسية في تشكيل التوجه الإيجابي نحو الحياة fagerstrom 65
- الشكل رقم 13: يمثل متلازمة التوجه الإيجابي 66
- الشكل رقم 14: يوضح مظاهر التوجه الإيجابي نحو الحياة 68
- الشكل رقم 15: يوضح مظاهر التوجه السلبي نحو الحياة 69
- الشكل رقم 16: يمثل نموذج المعتقدات المعرفية حسب بيوهل وألكسندر 78
- الشكل رقم 17: يوضح نموذج المعتقدات الصحية 83
- الشكل رقم 18: يمثل أساسيات نموذج المعتقد الصحي 84
- الشكل رقم 19: نظرية السلوك المخطط 85
- الشكل رقم 20: يمثل نموذج مراحل التغيير 87
- الشكل رقم 21: يمثل نموذج عملية تبني الوقاية 88
- الشكل رقم 22: تفسير النظرية السلوكية للتوحد حسب التوافق ثلاثي الأطراف (ABC) 101
- الشكل رقم 23: يمثل توزيع عينة الدراسة على المركزين واقسام الدمج 113
- الشكل رقم 24: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات الصدود النفسي 142
- الشكل رقم 25: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات التوجه نحو الحياة 143
- الشكل رقم 26: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات المعتقدات الصحية 143


قائمة الجداول

- الجدول رقم 1: يمثل عوامل الوقاية وعوامل الخطر من وجهة نظر ميستن (2001)..... 39
- الجدول رقم 2: يمثل المؤشرات السلوكية لأبعاد التوجه السلبي نحو الحياة 67
- الجدول رقم 3: يوضح مجتمع الدراسة لبعض المراكز وأقسام الدمج لأطفال التوحد بولاية المسيلة 112
- الجدول رقم 4: يمثل توزيع عينة أفراد الدراسة على المراكز وأقسام الدمج لأطفال التوحد..... 113
- الجدول رقم 5: يمثل خصائص عينة الدراسة حسب عمر الأم. 114
- الجدول رقم 6: يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأم. 115
- الجدول رقم 7: يوضح قيم البدائل لمقياس الصمود النفسي..... 118
- الجدول رقم 8: يوضح العبارات التي تم تغييرها في مقياس الصمود النفسي. 118
- الجدول رقم 9: يوضح العبارات السلبية والعبارات الإيجابية لمقياس التوجه نحو الحياة 120
- الجدول رقم 10: يوضح قيم البدائل لمقياس التوجه نحو الحياة..... 120
- الجدول رقم 11: يوضح العبارات التي تم تغييرها في مقياس التوجه نحو الحياة 121
- الجدول رقم 12: يمثل أبعاد العبارات التي تنتمي إليها في استبيان المعتقدات الصحية. 122
- الجدول رقم 13: يوضح نسبة اتفاق المحكمين حول أداة الصمود النفسي. 126
- الجدول رقم 14: يوضح قيمة الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي وأبعاده الفرعية..... 127
- الجدول رقم 15: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس الصمود النفسي بمجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه .. 128
- الجدول رقم 16: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصمود النفسي..... 129
- الجدول رقم 17: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملي التصحيح سبيرمان وجيتمان لمقياس الصمود النفسي ... 130
- الجدول رقم 18: يوضح نسبة اتفاق المحكمين حول أداة التوجه نحو الحياة 131
- الجدول رقم 19: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس التوجه نحو الحياة بالدرجة الكلية للمقياس. 132
- الجدول رقم 20: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التوجه نحو الحياة 133
- الجدول رقم 21: يوضح حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية لأداة التوجه نحو الحياة. 133
- الجدول رقم 22: يوضح نسبة اتفاق المحكمين حول أداة المعتقدات الصحية..... 134
- الجدول رقم 23: يوضح قيمة الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية وأبعاده الفرعية..... 135
- الجدول رقم 24: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات استبيان المعتقدات الصحية بمجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه 136
- الجدول رقم 25: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان المعتقدات الصحية..... 137
- الجدول رقم 26: يوضح حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية لأداة المعتقدات الصحية 138
- الجدول رقم 27: يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة لمتغيرات الدراسة 142
- الجدول رقم 28: يوضح معامل الارتباط المتعدد بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية..... 144
- الجدول رقم 29: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد استبيان الصمود النفسي والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة..... 145
- الجدول رقم 30: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية..... 146

الجدول رقم 31: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد استبيان المعتقدات الصحية والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة	149
الجدول رقم 32: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير الصمود النفسي بالنسبة لعمر الأم	150
الجدول رقم 33: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير الصمود النفسي وأبعاده بالنسبة للمستوى الدراسي للأم	151
الجدول رقم 34: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير التوجه نحو الحياة بالنسبة لعمر الأم	153
الجدول رقم 35: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير التوجه نحو الحياة بالنسبة للمستوى الدراسي للأم	153
الجدول رقم 36: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير المعتقدات الصحية بالنسبة لعمر الأم	154
الجدول رقم 37: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير المعتقدات الصحية بالنسبة للمستوى الدراسي للأم	156
الجدول رقم 38: يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد	158
الجدول رقم 39: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد	160
الجدول رقم 40: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد	161

فهرس الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة الأساتذة المحكمين للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية	206
الملحق رقم (02): مقاييس الدراسة في صورها الأولية قبل تحكيم عباراتها	207
الملحق رقم (03): مقاييس الدراسة في صورتها النهائية	217
الملحق رقم (04): يمثل الأسئلة التي تم توجيهها للأمهات أثناء مقابلتهم في المركزين البيداغوجيين:	223
الملحق رقم (05): مخرجات SPSS	224

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns, featuring leaves, flowers, and butterflies, framing the central text.

ملخص الدراسة

الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد(دراسة ميدانية

بولاية المسيلة)

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين المتغيرات الثلاثة(الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية) لدى أمهات أطفال التوحد، وهدفت أيضا إلى التعرف على العلاقة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة، وبين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية، حيث طبقت الدراسة في ولاية المسيلة، وهدفت إلى الكشف عن الفروق في كل من الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية تبعا للمتغيرات الديموغرافية التالية: عمر الأم والمستوى التعليمي لها، ومعرفة مستوى متغيرات الدراسة لدى امهات أطفال التوحد، وتكونت عينة الدراسة الحالية من (121) أم لطفل توحدى موزعة على المراكز النفسية البيداغوجية (مركز المسيلة ومركز بوسعادة) وعلى أقسام الدمج الموجودة في بعض بلديات الولاية: المسيلة، حمام الضلعة، سيدي عيسى، حيث تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة ولتحقيق أهداف دراستنا البحثية تم التحقق أولا من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة بعد عرضها على مجموعة من المحكمين وتطبيقها في الدراسة الاستطلاعية التي قدر عدد العينة فيها ب 30 أم لطفل مصاب باضطراب التوحد، حيث استخدمنا مقياس الصمود النفسي للباحثة أزهار عبد المعطي غيث، واستبيان التوجه نحو الحياة للباحثة نيفين فتحي دقة، واستبيان المعتقدات الصحية من إعداد الطالبة الباحثة، كما اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي وبعد إجراء المعالجة الإحصائية للبيانات المحصل عليها باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية تم التوصل غلى النتائج التالية:

1-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

2- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد

3- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد

4- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال

التوحد.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.

8- مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع.

9- مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع.

10- مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع.

الكلمات المفتاحية: الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية، أمهات أطفال التوحد.

Summary:

Psychological resilience and its relationship to life orientation and healthy beliefs among mothers of autistic children (field study in The State of M'sila)

The study aimed to identify the nature of the relationship between the three variables (psychological resilience, life orientation, health beliefs) in mothers of autistic children, and also aimed to identify the relationship between psychological resilience and life orientation, and between psychological resilience, health beliefs, life orientation and health beliefs, where the study was applied in the state of Masila, and aimed to reveal differences in both psychological resilience, life orientation and health beliefs according to the following demographic variables: The age and educational level of the mother, and the level of study variables in the mothers of autistic children, and the sample of the current study consisted of (121) The mother of a unitary child distributed on the pedagogical psychological centers (M'sila Center and The Center of Bousada) and on the integration departments in some municipalities of the state: Al-Masila, Hammam al-Riba, Sidi Issa, where the sample was selected in a simple random manner and to achieve the objectives of our research study was first verified the characteristics of seiko metrics used in the study after being presented to a group of arbitrators and applied in the survey, in which the sample was estimated at 30 mothers of a child with autism disorder, where we used the psychological resilience measure of the researcher **Zahra Abdul Muti Ghaith**, the direction of life questionnaire for researcher **Nevin Fathi Daqqa**, and the questionnaire of health beliefs prepared by the student researcher, as we relied on the descriptive method of association and after conducting statistical treatment of the data obtained using the program statistical package for social sciences was reached to the following results:

1. There is a statistically significant correlation between psychological resilience, life orientation and healthy beliefs in mothers of autistic children.
2. There is a statistically significant relationship between psychological resilience and life-orientedness in mothers of autistic children
3. There is a statistically significant relationship between psychological resilience and health beliefs in mothers of autistic children
4. There is a statistically significant relationship between life orientation and healthy beliefs in mothers of autistic children .

5. There is no statistically significant increase in the psychological resilience variable in mothers of autistic children due to the following variables, respectively: mother's age, child's age, mother's educational level.
6. There are no statistically significant differences in the life-oriented variable in mothers of autistic children due to the following variables, respectively: mother's age, child's age, mother's educational level.
7. There are no statistically significant differences in the variable of health beliefs in mothers of autistic children due to the following variables, respectively: mother's age, child's age, mother's educational level.
8. -8The level of psychological resilience of mothers of autistic children is high.
9. The level of life-orientedness in mothers of autistic children is high.
10. The level of health beliefs of mothers of autistic children is high.

Keywords: Psychological resilience, life-oriented, healthy beliefs, mothers of autistic children.

مقدمة

مقدمة:

إن النظر في محيط الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والطفل التوحدي على وجه الخصوص هو أحد العوامل الخارجية التي تساهم في مساعدته على الاندماج والتقبل وتعديل سلوكه والمحافظة على صحته النفسية والجسدية؛ إذ تعتبر أسرة الطفل التوحدي ذلك الوسط الاجتماعي المصغر الذي قد يساهم في تحسن الطفل بمتابعته وفهم حالته ومساندته وفهم نوع اضطرابه ومتابعته نفسياً وتوفير جميع الإمكانيات له وقد يكون العكس، إذ أن أم الطفل التوحدي حسب الدراسات التي أجريت أكثر تأثراً بولادة طفل غير طبيعي أو مصاب باضطراب التوحد، حيث أشارت الدراسات أن وجود طفل باحتياجات خاصة في البيت له تأثير كبير في نمط حياة الأهل وبالخصوص الأم كونها محور أساسي للتعامل والتفاعل مع أطفالها، لذلك تتعرض لمجموعة من الضغوطات والصدمات جراء لومها في أغلب الأحيان وكأنها المسبب الرئيسي لإعاقة الطفل وهذا ما يؤدي بها إلى مشاكل حياتية وضغوطات نفسية وصحية (الكبيسي والحياي، 2014، ص 293).

واضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية التي تحتاج إلى رعاية وتربية خاصة، حيث أن تزايد في الآونة الأخيرة بشكل ملحوظ ويرى كل من (شقيير وموسى، 2007، ص 27) أن التوحد كاضطراب نمائي عام يتميز بالقصور العام في جوانب الطفل المعرفية والسلوكية والاجتماعية... إلخ، إذ يترك هذا الاضطراب داخل الأسرة آثاراً سلبية مختلفة على جميع جوانبها.

ولضمان الصحة النفسية والجسدية للطفل وجب سلامة الأهل والمحيط وخصوصاً الأم، إذ يعتبر وجود طفل توحدي مشقة نفسية لها وجب توفير قدر كبير من الصبر والكفاح والصمود لتخطي مشاكلها وضغوطاتها الحياتية، إذ يعد الصمود النفسي من المتغيرات الإيجابية الحديثة وهو بذلك عملية ديناميكية متعددة الجوانب (شخصية، نفسية، انفعالية، معرفية) والشخص الصامد يكون أكثر تكيفاً وتفاعلاً عند مواجهة الصعوبات، ويكون متوافقاً مع نفسه ومع الحياة (السيد، 2017، ص 310) والأم الصامدة تضمن تحسن ابنها بمتابعته المستمرة لامتلاكها سمة العزم والإصرار في شخصيتها من أجل علاج ابنها، كما أنها أم متحدية لكل الظروف والصعوبات التي تعيقها وتعيق حياة ابنها فتجدها أقل عرضة للاكتئاب والقلق ومختلف الأمراض النفسية الأخرى.

لذلك فقد أصبح الصمود النفسي من المفاهيم الإيجابية المهمة التي تساعد الأخصائيين والباحثين في فهم الفرد واضطراباته النفسية والمرضية (أبو العنين، 2020، ص 351).

وعندما يحدث اضطراب للطفل داخل الأسرة يزيد ذلك أعباءا عليها من عدة جوانب وخاصة منها النفسية، حيث يعتبر الجانب النفسي للأبوين في حالة سماع خبر إصابة طفليهما باضطراب يرافقه مدى الحياة ويستلزم اهتمام ورعاية يزيدان ذلك ضغوطات حياتية، إذ أن التفكير في الاضطراب وفهمه وطريقة توجه الام نحو الحياة في وجود الاضطراب ومعتقداتها الصحية كلها مؤشرات وعوامل تضمن التقبل وإما عدم التقبل، إذ يعتر التوجه نحو الحياة محصلة لمجموعة من الأفكار والمعتقدات الناتجة جراء تجارب شخصية خلال حياة الفرد والتي تحدد طريقة نظرتة للأمور إما بالتقاول أو التشاؤم.

وفي هذا المنطلق يمكننا القول أن مفهوم التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد يعبر عن عدة عناصر ومحددات شخصية ونفسية ويختلف من أم إلى أخرى وذلك حسب التقبل ودرجة الإيمان بعلاج وتحسن الحالة الصحية لابنها ودرجة الاضطراب في حد ذاته والخبرات وعمق التجارب التي خاضتها في رحلتها مع هذه الإعاقة، إذ يرى (صقر، 2018، ص206) أن التوجه نحو الحياة هو عبارة عن تأثر انفعالي نحو جوانب الحياة المختلفة منها: الاجتماعية، الاقتصادية والصحية وذلك راجع لوجود خبرة سابقة للفرد تؤثر على مدركاته ومختلف سلوكياته إما إيجابيا أو سلبيا.

حيث أن هناك عوامل عدة تساهم إما بالإيجاب أو السلب في تكوين مفهوم التوجه نحو الحياة، ومن أهم العوامل: الأسرة وكل ما هو بداخلها من تواصل وتفاعل بين أفرادها وطرق التنشئة والتربية والرعاية والاهتمام الوالدي، ثم بعد ذلك المجتمع وطبيعته من ظروف سياسية واقتصادية وظواهر اجتماعية مختلفة، ثم تأتي في الأخير العوامل النفسية التي تساهم في بناء توجه الفرد نحو الحياة من جهة ومن جهة أخرى تضمن له حياة صحية خالية من الأمراض (نصر الدين، 2008، ص18).

إذ أن الحياة الصحية السليمة للأفراد بصفة عامة وللأمهات أطفال التوحد بوجه الخصوص مرتبطة ارتباطا وثيقا بالسلوكيات الصحية اليومية، هذه السلوكيات تشكلت انطلاقا من معتقدات الافراد حول الصحة بصفة عامة، حيث أننا هنا يمكننا القول أن لمعتقدات ام الطفل التوحي حول اضطراب التوحد دخل كبير في حالتها النفسية والصحية، حيث أشار (schweitzen,2014, P389) أن المعتقدات الصحية عبارة عن مخططات معرفية وكلنا لدينا معتقدات حول ما يخلفه المرض في أجسادنا، حيث أن هذه التصورات تؤثر أيضا في نوعية الحياة وتوجه الفرد نحوها.

لذلك ونظرا لأهمية الموضوع المعالج الذي يتبنى فئة مهمة وجب علينا مراعات الجانب النفسي لها، اختارت الطالبة الباحثة تناول العلاقة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى

أمهات أطفال التوحد(دراسة ميدانية بولاية المسيلة)، إذ رأينا أن تقسم الدراسة إلى قسمين، قسم نظري وقسم تطبيقي:

القسم الأول (القسم النظري) ويشمل خمسة فصول:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة: حيث يتضمن مشكلة الدراسة وفرضياتها، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، تحديد مصطلحات الدراسة، والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة والتعليق عليها.


الفصل الثاني: الصمود النفسي: ويشمل جملة من العناصر منها: مفهوم الصمود النفسي، النظريات المفسرة للصمود النفسي، خصائص الأشخاص الصامدين والمكونات والأبعاد والعوامل المؤثرة في الصمود النفسي والصمود لدى أمهات أطفال التوحد.

الفصل الثالث: ويتضمن هذا الفصل مفهوم التوجه نحو الحياة والنظريات المفسرة للتوجه نحو الحياة، أبعاد التوجه نحو الحياة (السلي والايجابي)، مظاهر التوجه نحو الحياة، سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه الإيجابي وسمات الشخصية المتمتعة بالتوجه السلبي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

الفصل الرابع: المعتقدات الصحية حيث يحتوي هذا الفصل على العناصر التالية: مفهوم المعتقدات وأنواعها وخصائصها، مفهوم المعتقدات الصحية وخصائصها، النظريات المفسرة لها والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

الفصل الخامس: اضطراب التوحد: حيث يحتوي هذا الفصل على مفهوم الاضطراب والنظريات المفسرة له وخصائص الأطفال المصابين باضطراب التوحد وردود الأفعال الأسرية نحو اضطراب التوحد.

القسم الثاني (القسم التطبيقي): ويشمل فصلين الفصل السادس: ويتناول إجراءات الدراسة الميدانية حيث يحتوي على الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية من حيث المنهج المعتمد ومجتمع الدراسة وعينته وأدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما الفصل السابع: فيتناول عرض نتائج الدراسة مع مناقشة وتحليل النتائج وتفسير الفرضيات مع تقديم جملة من المقترحات على ضوء النتائج المتحصل عليها وخاتمة.

A decorative rectangular border with intricate floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.

2- أهداف الدراسة.

3- أهمية الدراسة.

4- تحديد مفاهيم الدراسة.

5- الدراسات السابقة.

6- فرضيات الدراسة.

خلاصة

1- الإشكالية:

تعاني العديد من الأسر في العالم من وجود طفل توحدي داخلها، حيث تفيد إحصائيات ذكرتها منظمة الصحة العالمية في اليوم العالمي للتوحد بتاريخ 2 أبريل 2015 أن معدل الإصابة بالتوحد بين الأطفال في العالم بلغ 20 حالة لكل 10.000 طفل تقريبا وأن طفلا واحدا من أصل 160 طفلا معرض للإصابة بدرجة ما من درجات التوحد، كما وصل عدد المصابين بالتوحد في العالم إلى حوالي 67 مليون طفل (عجمي، 2019، ص24)، وأما الإحصائيات العالمية المتعلقة بالتوحد في سنة 2018 عن تسجيل 500 ألف طفل مصاب بالتوحد في الجزائر وهذه الإحصائيات حذر منها الأخصائيون بشأن دق ناقوس الخطر كما رفعوا دعوة للأولياء من أجل الحيطة واليقظة (عن الإذاعة الجزائرية القناة الأولى 3-12-2018)، حيث أن العديد من الأبحاث تناولت تأثير الجانب النفسي للوالدين جراء الضغوطات الشديدة وقد تصل هذه الضغوطات لظهور أمراض نفسية تلاحظ في سلوك الوالدين كالشعور بالذنب، ورفض الطفل والحماية الزائدة والانعزال عن الحياة والشعور بالنقص وعدم التقبل (الجبلي، 2015، ص25)، وقد يتحول شعور الأهل بالألم والحزن على حالة طفلهم إلى إحساس شديد بالكآبة والبؤس ويتطور ذلك إلى شعور بالتشاؤم وفقدان الثقة بالنفس، وقد يمتد التأثير ليشمل عدم القدرة على النوم وفقدان الشهية للطعام عندها لا بد للأهل من الاستعانة بأخصائيين وطلب المساعدة للخروج من محتهم، ومن حسن الحظ أن الكثير من الآباء والأمهات يتكيفون بطريقة إيجابية مع المشكلة بعد فهم الاضطراب (حمزة، 2016، ص108)، ويواجه آباء الأطفال التوحديين الخوف والحزن وخيبة الأمل وغيرها من ردود الأفعال الانفعالية المعقدة التي تظهر تزامنا مع خبر وجود طفل توحدي في الأسرة، مما يضطرون للتضحية وذلك لإشباع وتحقيق حاجات طفلهم وقد يتعامل بعض الآباء في مثل هذه المواقف الصعبة بفاعلية أمام الضغوطات النفسية التي يواجهونها خلال عملية تنشئتهم لأبنائهم (عادل، 2013، ص184).

وفي هذا الصدد فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأمهات بصفة خاصة يشعرن بأن الإعاقة تفرض قيودا على نشاطاتهن الاجتماعية وأنهن غير مسرورات بأدوارهن كأمهات وأن مثل هذا الإحساس بالقيود يكون شائعا لديهن، فإن هذه المشاعر قد تستمر حتى بعد أن يكبر الأطفال وخاصة إذا زادت أو استمرت حاجاتهم إلى الرعاية (أيمن أحمد، 2013، ص79)؛ ولأجل تخطي هذه المراحل الصعبة في حياة الأمهات يجب أن تتوفر في سماتهم الشخصية عدة صفات من بينها الصلابة والصمود لأجل التعايش والانسجام وتقبل الاضطراب، حيث أن الصمود النفسي هو مجموعة العوامل النفسية والسمات

الإيجابية في الشخصية ويعبر عنه بوجود توافق والمواجهة الايجابية للضغوطات، إذ أن الأشخاص الأكثر كفاءة وتحملا للمسؤولية هم أكثر صمودا كما تميزهم أيضا مجموعة من الموصفات من بينها: المرونة والتقاؤل والتماسك الشخصي (أبو مشايخ، 2018، ص25)، وفي هذا يرى الباحث وآخرون (2018، ص128) أنه لكي يصبح الفرد أكثر صمودا يجب أن تكون لديه القدرة على التكيف مع مختلف الضغوطات والسعي لإيجاد حلول لمعظم المشكلات التي يواجهها، إذ أن هذه الخاصية مرتبطة ارتباطا بقوة الفرد النفسية وبالمواقف التي يتعرض لها وخبراته الشخصية الخاصة، ويعتبر الصمود مصدرا داخليا لمقاومة المواقف السلبية بهدف تحقيق الصحة النفسية والجسدية وتخطي الصعاب، وهناك عدة عوامل سيكولوجية لها ارتباط بالصمود النفسي وهي كالتالي: نمط المواجهة النشط، محيط الفرد الأخلاقي والروحاني، الدعم الاجتماعي، المرونة المعرفية، التقبل، الخبرات السابقة، القدرة على إعادة برمجة الأحداث السلبية لأحداث إيجابية (عايدة وأبو هديوس، 2014، ص351).

وينشأ الصمود النفسي من علاقات أسرية جيدة فالعلاقة الأولى أم-طفل تصنع أساسا للعلاقات الآمنة مستقبلا، فإذا أشبعت حاجات الطفل وأخذ الاهتمام الكافي من قبل الأم سيصبح أكثر قدرة على تنظيم انفعالاته وينمو لديه الشعور بالتقدير فيكون نموه سليما، وإذا تعرضت الأسرة لمشاكل فإن الآباء سيستجيبون بطريقة إيجابية وكفاءة للتهديد وسلوكياتهم ستكون واقية وحامية لأطفالهم (علام، 2013، ص111)، كما أن الأشخاص الأكثر صمودا هم أشخاص ناجحون في حياتهم المهنية وحياتهم الأسرية يحسنون تربية أبنائهم وتنشئتهم تنشئة سليمة خالية من المشكلات التي تعيق نموهم، والأشخاص الأكثر صمودا لديهم القدرة على مواجهة مخاوفهم والتعامل معها بإيجابية، وتجدهم متفائلين نحو مختلف مواقف الحياة ويمتلكون مهارات عدة كمهارة التقييم المعرفي ولديهم كفاءة اجتماعية وقيم روحية عالية يميلون للمساندة الاجتماعية في الظروف الصعبة (الرفاعي وأحمد، 2018، ص849)، والصمود النفسي مفهوم ثري في مجال الصحة النفسية لاحتوائه على جوانب متعددة تلعب دورا كبيرا في تحديد مدى قدرة الفرد على مواجهة أحداث وصددمات الحياة الضاغطة بشكل فعال؛ إذ يكتسب الصمود النفسي أهمية في كونه عاملا هاما يلعب دوره في زيادة قدرة الفرد على التوافق النفسي والتوجه نحو الحياة والوصول إلى قدر مناسب من الصحة النفسية (العزاوي، 2018، ص21)، وتلعب رؤية الجوانب الإيجابية في جميع جوانب الحياة دورا هاما في حياة أم الطفل التوحيدي فتعطيها الاستمرار والسعي لتحقيق أهدافها والوصول إلى ما ترغب في الوصول إليه رغم ما تتعايش معه من صعاب ومشكلات وضغوطات على صعيد حياتها الأسرية، إذ أن التوجه نحو الحياة بشقيه الإيجابي والسلبي والذي من خلاله يمكننا معرفة سمات

الأشخاص من تفاؤل وتشاؤم، حيث يعبر عن مدى استمتاع الفرد بالحياة وإقباله عليها، إذ يعطي التوجه الإيجابي للحياة الفرد انطلاقة لمواجهة الصعاب وتعزيز قدرته على تحدي العقبات وأهمية وجود هذا المتغير في حياة أمهات أطفال التوحد، والتوجه نحو الحياة عموماً يتعلق بالطريقة أو السلوك الذي يسلكه الفرد في الحياة وكيفية تعامله مع الأحداث الصعبة مثل: الأمراض أو الخسارة وبالتالي فإن توجه الشخص نحو الحياة هو أحد تعبيرات عن الصحة الداخلية (fagerstom.2010.p350)

وأكدت العديد من الدراسات ارتباط كل من النظرة الايجابية للحياة والتفاؤل والصحة، كما اتضح أيضاً ارتباط التفاؤل الذي يعتبر بعد من أبعاد التوجه الإيجابي نحو الحياة ارتباطاً إيجابياً بالسيطرة على الضغوط ومواجهتها، إذ تعتبر مواجهة الضغوط والسيطرة عليها وحل المشكلات بنجاح والبحث على الدعم الاجتماعي والنظرة الايجابية للمواقف من سمات الشخص الذي يتمتع بصمود نفسي مرتفع هذه الجملة من الصفات تجعل الفرد يتمتع بصحة جسمية وتوافق نفسي وبالانبساط بالإضافة إلى سرعة الشفافي من مختلف الأمراض (الحربي، 1429، ص18)، إذ تحدث الأمراض نتيجة للعادات الغير صحية والسلوكيات الصحية الخاطئة التي يمارسها الفرد باستمرار باعتقاده الصحي الخاطيء أنها سلوكيات صحية، ويلعب المعتقد الصحي دوراً في كونه متغير تنبؤي لصحة الفرد وهو أساس من أسس الشخصية السليمة التي تسعى المجتمعات لزرعها في أبنيتها المستقبلية المجتمعية (مهدي، 2016، ص495)

فالمعتقدات الصحية تساهم بشكل كبير في تحديد سلوكيات الأفراد وممارساتهم الصحية وعاداتهم اللاتي يقومون بها (الشيخ، 2000، ص19)، كما أشارت نتائج دراسة جيمسون وآخرون 2015 أن التوجه الإيجابي نحو الحياة والمعتقدات حول إمكانية التكيف في المستقبل يسهم في تحسين الصحة الجسدية والنفسية للمرضى الخاضعين للعلاج (عبد الواحد، 2017، ص317). وما يلاحظ أن معتقدات أمهات أطفال التوحد حول الاضطراب تساهم بصفة كبيرة في تغيير حياة ابنها الصحية والسلوكية وحتى النفسية، وبهذا الصدد يقول (الحارثي، 2014، ص3) أن المعتقدات الصحية تؤثر في حياة الفرد وفي سلوكه وفي مدى فاعليته ونشاطه، فتدخل هذه المعتقدات في نمط حياة الأمهات وطريقة فهمها للمواقف مما يعكس ذلك على صعيد سلوكياتها الصحية ونظرتها لمختلف جوانب الحياة، والمعتقدات في مفهومها تعني مجموعة التقييمات الايجابية أو السلبية يضعها الافراد نحو المواقف أو الأشياء وهي الوحدة البنائية لتوجهات الأفراد (محمود، 2016، ص164)، إذ أن المعتقدات الغير صحية لدى الأشخاص هي إحدى العوامل التي تسبب انتشار الأمراض وهذا يجعل اعتبارنا أن المعتقدات الصحية تؤثر بشكل مباشر في تغيير الإدراكات والممارسات إذ أنها المصدر للمعلومات وتعمل على بناء شخصية الفرد وبناء تكوينه

المعرفي والوجداني والسلوكي (تايلور، 2008، ص165)، ويمكننا الإشارة هنا أنه من خلال تقييمات الأم ومعتقداتها حول الأمور الحياتية وحول الاضطراب التوحد خصوصا تتحدد نظرتها وتوجهها نحو الحياة فإذا كانت التقييمات إيجابية كانت معتقداتها الصحية إيجابية كان فيما بعد توجهها إيجابي نحو الأزمات ومختلف الصعوبات والتي مع مرور الوقت تكتسب سمة الصمود والثبات في شخصيتها، ولهذا تم تحديد مشكل الدراسة بالإجابة على ما يلي:

•التساؤل الرئيسي الاول:

هل توجد علاقة ارتباطية خطية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد؟ ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

التساؤلات الجزئية:

1-هل توجد علاقة ارتباطية خطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد؟

2-هل توجد علاقة ارتباطية خطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد؟

3-هل توجد علاقة ارتباطية خطية ذات دلالة إحصائية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد؟

4-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم؟

5-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم؟

6-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات الديمغرافية التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم؟

8-ما مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد؟

9-ما مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد؟

10-ما مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد؟

2-أهداف الدراسة:

يمكن تحديد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- معرفة نوع العلاقة الارتباطية الموجودة بين كل من الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

- معرفة نوع العلاقة الارتباطية الموجودة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.
- معرفة نوع العلاقة الارتباطية الموجودة بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.
- معرفة نوع العلاقة الارتباطية الموجودة بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.
- الكشف عن الفروق في كل من متغيرات الدراسة (الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية) لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير عمر الأم.
- الكشف عن الفروق في كل من متغيرات الدراسة (الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية) لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم.

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية دراستنا الحالية في عدة نقاط من بينها :

- دراسة الارتباط بين كل من الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد وهذا راجع لندرة الدراسات التي لم تتناول العلاقة بين المتغيرات مما قد يفتح آفاق جديدة بحثية مستقبلا وذلك لتعزيز الدراسات في علم النفس الصحة وعلم النفس الايجابي .
- تناولها لمتغير الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة باعتبارهما متغيرات إيجابية في الشخصية.
- قد تساهم الدراسة في بناء برامج التدخل المبكر واستراتيجيات مبنية على متغيرات الدراسة الثلاثة لمساعدة أمهات أطفال التوحد التخلص من الضغوطات والنظرة التشاؤمية للحياة وتصحيح الأفكار الصحية الخاطئة حول اضطراب التوحد.
- ارتباط متغير المعتقد الصحي لأول مرة حسب حدود علم الباحثة مع عينة الدراسة الحالية.
- قد تساهم هذه الدراسة في مساعدة الباحثين بصفة عامة والأخصائيين بصفة خاصة إلى الاهتمام أكثر بفئة امهات أطفال التوحد ومعالجة الجوانب النفسية التي أصبحت تشكل تعقيدا على الام أكثر من الابن المصاب بالتوحد في حد ذاته.

4-تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:

اشتملت الدراسة الحالية على مجموعة من المفاهيم تحتاج إلى التعريف وهي كالتالي:

- 1-4 **الصمود النفسي:** حيث يعرف الصمود على أنه عمل الشخص بإيجابية واستعادته لتوازنه بعد تعرضه للمحن والضغوطات والتوترات والظروف الصعبة والتفاعل بيسر مع الآخر ووضوح وواقعية الأهداف ووضع حلول للمشكلات والسيطرة عليها (ابراهيم، 2017، ص22).

4-1- التعريف الإجرائي للصدود النفسي: ويعرف الصدود النفسي إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي تتحصل عليها أمهات أطفال التوحد عند إجابتها على بنود مقياس الصدود النفسي المستخدم في الدراسة الحالية.

4-2 التوجه نحو الحياة: ويعرف التوجه نحو الحياة بأنه تقييم الفرد للحياة التي يعيشها حيث يعتمد التقييم على مقارنة المكافآت بمستوى الحياة التي يعيشها، والنظرة الإيجابية والاعتقاد بأن جميع الأشياء والأحداث والمواقف والتصرفات تنزع نحو الخير والسعادة والأقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد بدل حدوث الجانب السيء (أنور، 2012، ص 1271).

التوجه الإيجابي نحو الحياة: التوجه الإيجابي للحياة هو سمة في الشخصية تتميز بأنها رؤية إيجابية واستعداد كامن لدى الفرد بحيث يمكنه هذا الاستعداد إدراك كل ما هو إيجابي من أمور الحياة الجيدة والغير جيدة وذلك في إطار الحاضر والمستقبل (العريفي، 2018، ص 570).

التوجه السلبي نحو الحياة: التوجه السلبي نحو الحياة هو استعداد الفرد للتوقعات السلبية لمجريات الأحداث الحياتية واعتقاده السلبي للمستقبل وما يوجد بداخله وحول الآخرين من أفكار سلبية وشعوره بانعدام معنى للحياة، إضافة لذلك نظرته التشاؤمية للحياة (غانم وأبو حلاوة، 2021، ص ص 230-231).

4-2 التعريف الإجرائي للتوجه نحو الحياة: وهو مجموع الدرجات التي تتحصل عليها أمهات أطفال التوحد من خلال إجابتهم على مقياس التوجه نحو الحياة حيث تعبر هذه الدرجات على التوجه الإيجابي والتوجه السلبي.

4-3 المعتقدات الصحية:

المعتقد: يعرف المعتقد على أنه برمجة فكرية يؤمن بها فرد ما وعلى أساسها تتحدد سلوكياته وتصرفاته سواء كانت: دينية، ثقافية، تربوية، صحية (بوخنوس وبوشدوب، 2018، ص 148).

الصحة: حيث عرفت منظمة الصحة العالمية عام 1946 بأنها حالة من التكامل الجسمي والعقلي والاجتماعي وليس مجرد غياب المرض أو الضعف (هناء، 2012، ص ص 22-23).

التعريف بالمعتقدات الصحية: تعرفها هناء على أنها طريقة التفكير في الصحة لها تأثير على السلوك الصحي وهي نتاج عوامل متعددة ومختلفة منها: وسائل الإعلام، الأسرة، البيئة... إلخ (هناء، مرجع سابق، ص 43).

التعريف الإجرائي للمعتقدات الصحية: وهي الدرجة التي يتحصل عليها أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد عند استجابتهم على استبيان المعتقدات الصحية المنجز من طرف الطالبة الباحثة.

4-4 أمهات أطفال التوحد:

اضطراب التوحد: هو عبارة عن اضطراب يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة وعادة قبل ثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل، ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للطفل بما في ذلك التواصل اللفظي والغير اللفظي، وانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية ورغبة في الأعمال الروتينية، حيث يستمر هذا الاضطراب مع الطفل في حين قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية (الزعبي، 2014، ص24).

أمهات أطفال التوحد: وهن مجموعة الأمهات اللاتي طبقت عليهن أدوات الدراسة الحالية بولاية المسيلة وبعض بلدياتها.

5- الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة أرضية الانطلاق لأي باحث في دراسته، فمن خلالها يتم حل مشكلة الدراسة الحالية وأيضا لها الفضل في توجيه الباحثين والاستفادة منها في التحليل ومناقشة الفرضيات، وموضوعنا الحالي الذي يتناول الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة، لم تجد الطالبة الباحثة -في حدود علمها- على دراسة مطابقة للدراسة الحالية لكن الدراسات تعددت في متغيراتها على حدى وارتباط البحوث بمتغيرات نفسية أخرى وفيما يلي يتم عرضها بالتدرج:

1-الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيرين من متغيرات البحث.

2-دراسات متعلقة بمتغير الصمود النفسي.

3-دراسات متعلقة بمتغير التوجه نحو الحياة

4-دراسات متعلقة بمتغير المعتقدات الصحية.

الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيرات البحث

1-دراسات تناولت العلاقة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة:

* دراسة العزاوي (2018): حيث تهدف الدراسة إلى معرفة مستوى الدلالة الإحصائية لكل من الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى طلبة الجامعة تعزى لمتغير الجنس والتخصص كما هدفت أيضا إلى التعرف على نوع العلاقة الارتباطية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى عينة الدراسة، حيث قام الباحث ببناء أدوات الدراسة وطبقت على عينة قدرت بـ (400) طالب وطالبة من جامعة تكريت وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية: أن مستوى الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى الطلبة كان مرتفع، وأنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لمتغير الصمود النفسي تبعا للجنس والتخصص لدى عينة الدراسة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية للتوجه نحو الحياة وفقا لمتغير الجنس ولصالح الذكور وفروق في التوجه نحو الحياة وفقا لمتغير التخصص ولصالح التخصص العلمي، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات البحث

(الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي) لدى طلبة الجامعة، حيث تعتبر الدراسة الوحيدة التي تحصلت عليها الطالبة وجمعت بين متغيرين اثنين في الدراسة وهنا لجأت الطالبة للاستعانة بالدراسات التي ربطت متغير الصمود النفسي بأحد أبعاد التي اعتبرها الباحثون أبعاداً لمتغير التوجه نحو الحياة التفاوض والتشاؤم وهي:

* **دراسة حمدي وبنا(2018)**، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصمود النفسي والأمل والتفاوض لدى عينة الدراسة، كما هدفت أيضاً إلى الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة الثلاثة وفقاً للمتغير التخصص والجنس، واعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي، كما قدرت عينة الدراسة بـ (200) طالبا وطالبة وبتطبيق أدوات الدراسة المستخدمة أسفرت الدراسة على النتائج التالية: هناك علاقة بين الصمود النفسي والتفاوض، وكذا وجود فروق في الصمود النفسي والتفاوض والأمل تعزى لمتغيري: الجنس والتخصص الدراسي.

2- الدراسات التي تناولت متغير الصمود النفسي:

* **دراسة يوسف والزامل(2022)** وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى المغتربات في الأحساء، كما هدفت أيضاً إلى التعرف على مستوى الصمود النفسي لدى المعلمات المغتربات في الأحساء وأيضاً مستوى الضغوط النفسية، بلغت عينة الدراسة 140 معلمة تم اختيارها بالطريقة العشوائية التطبيقية وبتطبيق أدوات الدراسة أسفرت الدراسة على النتائج التالية: أن مستوى الصمود النفسي لدى المعلمات المغتربات جاء بدرجة مرتفعة، كما جاء أيضاً مستوى الضغوط النفسية مرتفع وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لسنوات الاغتراب والحالة الاجتماعية.

* **دراسة قشقش ومنصور دلله(2021)** هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد قدرت بـ 50 أما اختيرت بالطريقة القصدية وذلك في ضوء المتغيرات الديموغرافية التالية: العمر والمستوى التعليمي وعدد الأبناء وسنوات الزواج، وبعد تطبيق مقياس الصمود النفسي أسفرت الدراسة على النتائج التالية: لا يوجد صمود نفسي لدى أمهات أطفال التوحد، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: العمر، عدد الأبناء، المستوى التعليمي، سنوات الزواج.

* **دراسة الشربيني(2021)** هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصمود النفسي وجودة حياة العمل لدى عينة الدراسة، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق في متغيرات الدراسة تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: النوع، التخصص، تكونت عينة الدراسة من 110 أعضاء هيئة التدريس الجامعي لدول الخليج السالفة الذكر (34 قطر، 39 السعودية، 37 عمان)، استخدم الباحث مقياس الصمود النفسي ومقياس جودة الحياة وباستخدام المنهج الوصفي الارتباطي كانت نتائج الدراسة كالتالي: وجود علاقة إيجابية ودالة

إحصائياً بين الصمود النفسي وأبعاد جودة الحياة لدى عينة الدراسة، وأيضاً وجود فروق بين عينة الدراسة تعزى لمتغير النوع والتخصص.

* **دراسة إبراهيم (2018)** هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من الصمود النفسي والتوافق الزوجي والرضا عن الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما هدفت أيضاً إلى الكشف عن الفروق في مستوى كل من الصمود النفسي والتوافق الزوجي والرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات (المستوى الاقتصادي، العمل، التعليم، عمر الأم، شدة الإعاقة، نوع الإعاقة)، حيث تكونت عينة الدراسة من 110 من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة القيوم، بحيث قسمت الباحثة العينة إلى 49 من أمهات الأطفال التوحيديين 61 من أمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وتراوحت أعمار العينة بين (22-50 سنة) وأعمار الأطفال بين (3-12 سنة)، كما استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن واستخدمت مقياس الصمود النفسي من إعداد كونفر دافيدسون 2003 من تعريبها، ومقياس التوافق الزوجي من إعداد طريق شوقي، محمد حسن 1999، ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد: مجدي الدسوقي 2013 وفي الأخير توصلت الباحثة إلى النتائج التالية: وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى كل من الصمود النفسي والتوافق الزوجي والرضا عن الحياة تعزى إلى متغيرات الدراسة السابقة الذكر لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى كل من الصمود النفسي و متغيرات الدراسة تعزى لكلاً من: عمر الأم، ونوع الإعاقة .

* **دراسة غيث (2017)** وهدفت الدراسة إلى بناء نموذج نظري مقترح للعلاقة السببية بين متغيرات الدراسة: الأمل، الصمود، والضغوط النفسية، وبعد ذلك تم التحقق من صحة هذا النموذج من خلال فحص التأثير المباشر وغير المباشر للأمل على كل من الصمود النفسي والضغوط النفسية، حيث تكونت عينة الدراسة من 100 أم من أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة عام 2014، كما استخدمت الباحثة ثلاث أدوات وهي: مقياس الأمل من إعداد سنايدر وآخرون، مقياس الصمود النفسي من إعداد الباحثة، ومقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحثة كما أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي: أن درجة الصمود النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة وصلت إلى 86.10، كما أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي وأبعاده وسمة الأمل وأبعادها لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة 2014، والشعور بالأمل له دور وسيط في تحسين الصمود النفسي بعد التعرض للضغوط النفسية فقط تبين أن الشعور بالأمل لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقات قام بدور وسيط بين الضغوط النفسية والصمود النفسي.

* **عبد الكريم السيد (2017)** وهدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين الاعتقاد بعدالة العالم والصمود النفسي لدى الأرامل وهدفت للتعرف على الفروق في متغيري الدراسة الاعتقاد بعدالة العالم والصمود النفسي وفقاً للمتغيرات الديموغرافية التالية: محل الإقامة، الحالة المهنية، العمر، عدد الأبناء، المدة المنقضية على وفاة الزوج والدخل الشهري حيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي

الارتباطي المقارن، كما استعملت الأدوات التالية: استمارة جمع البيانات من اعدادها، استبانة الاعتقاد بعدالة العالم، واستبانة الصمود النفسي من اعدادها طبقت الدراسة على عينة قوامها 156 أرملة تراوحت أعمارهن بين 21-63 سنة وفي الاخير أسفرت الدراسة على النتائج التالية: توجد علاقة موجبة دالة إحصائيا بين درجات الصمود النفسي الكلية والاعتقاد بعدالة العالم، كما توجد علاقة موجبة دالة إحصائيا بين درجات بعد البنية الروحانية والدينية والاعتقاد بعدالة العالم، بينما لا توجد علاقة بين بعد الكفاءة الشخصية وبعد مهارات الاتصال وحل المشكلات والاعتقاد بعدالة العالم وعدم وجود فروق في الدرجة الكلية للصمود النفسي تعزى لمتغير محل الإقامة (ريف، مدينة)، عدم وجود فروق في الدرجة الكلية للصمود النفسي تعزى لمتغير الحالة المهنية، ولمتغير العمر وعدد الابناء والمدة المنقضية لوفاة الزوج.

*دراسة عبد الصاحب وناصر (2017): وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصمود النفسي لدى المرأة وكذلك مستوى العنف الموجه نحوها، وإلى الكشف عن العلاقة بين الصمود النفسي والعنف، وقد بلغت عينة الدراسة 300 امرأة، وبعد تطبيق مقاييس الدراسة أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي: مستوى الصمود النفسي لدى المرأة كان مرتفع، كما أنه توجد علاقة بين الصمود النفسي والعنف الموجه ضد المرأة.

* دراسة درويش (2016): هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المتغيرات الثلاثة (الصمود النفسي والمساندة الاجتماعية والانبساطية) وكذلك هدفت إلى التعرف على مدى وجود فروق بين الارامل في الصمود النفسي وفقا لسنوات الترميل ومستوى تعليم الارملة وعدد أبنائها والعمل والكشف عن المتغيرات النفسية المنبئة بالصمود النفسي لدى الارملة، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي وادوات الدراسة المتمثلة في: مقياس الانبساطية وهو أحد المقاييس الفرعية لقائمة إيزنك للشخصية ومقياس المساندة الاجتماعية لسارسون واخرون 1983 ومقياس الصمود النفسي لوانيلد ويونج 2009 طبقت على عينة قوامها 211 أرملة وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا بين الصمود النفسي والانبساطية لدى عينة الدراسة، وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا بين المساندة الاجتماعية والصمود النفسي، توجد فروق في المتوسطات الحسابية لمستوى الصمود النفسي تعزى لاختلافهن في سنوات الترميل وفي العمل لصالح الارملة العاملة ولاتوجد فروق في مستوى الصمود النفسي تعزى لمتغير عدد الابناء والمستوى التعليمي .

* دراسة علي قشقش(2016) هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة في الخلافات الزوجية في ضوء الصمود النفسي وفي ضوء المتغيرات الديموغرافية التالية: العمر، مدة الزواج، عدد الأبناء، المستوى التعليمي، حيث طبقت الباحثة مقياس الصمود النفسي ومقياس الخلافات الزوجية على عينة قدرت ب 87 زوجة تراوحت أعمارهن بين 20 و42 سنة باستخدام المنهج الوصفي أسفرت الدراسة على النتائج التالية: لا توجد فروق دالة إحصائيا بين مرتفعي ومنخفضي درجة الصمود النفسي

على مقياس الخلافات الزوجية، وأنه لا توجد فروق في الصمود النفسي تبعا لمتغير العمر ولمتغير مدة الزواج وعدد الأبناء ومستوى التعليم.

* دراسة صالح وأبو هديوس (2014)، حيث هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الصمود النفسي لدى النساء الأرملة وكذلك إلى التعرف على أكثر الاستراتيجيات استخداما لديهن، والكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين الصمود النفسي واستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة، كما هدفت أيضا إلى معرفة الفروق بين متوسطات درجات الافراد على كل من مقياس الصمود النفسي ومقياس استراتيجيات مواجهة تحديات الحياة تعزى للمتغيرات التالية: العمل-المستوى التعليمي-طبيعة موت الزوج-عدد الأبناء، حيث استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي التحليلي وادوات الدراسة المتمثلة في: مقياس استراتيجيات تحديات الحياة ومقياس الصمود النفسي من إعداد الباحثتان طبقت على عينة مقدارها (164) امرأة فلسطينية من الأرملة المترددات على مديرية الشؤون الاجتماعية اختيرت بطريقة عشوائية منتظمة وفي الاخير أسفرت الدراسة على النتائج التالية: كانت الاستراتيجيات الدينية أكثر شيوعا في استخدامها من طرف الارامل وكان مستوى الصمود النفسي لديهن متوسط، وتوجد علاقة ارتباطية ايجابية بين مستوى الصمود النفسي واستراتيجيات تحديات الحياة المعاصرة لدى عينة الدراسة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية ولمتغير المستوى التعليمي و متغير طبيعة وفاة الزوج وعدد الأبناء مدة الترملة و متغير الحالة الاجتماعية و متغير العمر، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصمود النفسي تعزى لمتغيرات الحالة الاقتصادية، وفاة الزوج ومدة الترملة والمستوى التعليمي وعدد الأبناء بينما هناك فروق لمستوى الصمود النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لعينة الدراسة .

*دراسة عبد الجواد وعبد الفتاح (2013) ،حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصمود النفسي وطيب الحال لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما هدفت أيضا إلى التعرف على الفروق في الصمود النفسي وطيب الحال لدى عينة الدراسة وذلك حسب اختلاف مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، شدة الإعاقة، نوع الإعاقة .واعتمد الباحثان في الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي وقام الباحثان ببناء مقياس الصمود النفسي ومقياس طيب الحال وتم تطبيقهما على عينة قدرت ب 200 من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون إعاقاة واحدة ذهنية او سمعية او اوتيزم وفي الاخير أسفرت الدراسة على النتائج التالية :وجود علاقة ارتباطية دال إحصائيا بين الصمود النفسي وطيب الحال لدى عينة الدراسة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لكل من المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي وشدة الإعاقة ونوع الإعاقة وكذلك بالنسبة للمتغير الثاني طيب الحال.

* دراسة BaydaaA.Shirraq(2012) أجريت هذه الدراسة من أجل تقييم مستوى الصمود النفسي للوالدي أطفال التوحد، حيث طبقت على عينة قوامها 100 ولي لطفل توحدي كانوا يترددون على العيادة

النفسية الخارجية بمستشفى الطفل المركزي ببغداد ومن خلال توزيع استبيان تم جمع بيانات الدراسة الحالية، كما هدفت الدراسة أيضا إلى الكشف عن العلاقة بين الصمود النفسي وبعض الخصائص مثل: عمر الطفل، سن الام، عدد الأطفال المصابين بالتوحد في الاسرة، المستوى التعليمي الحالة الاجتماعية، عمر الطفل وجنسه إذ أسفرت نتائج الدراسة إلى ما يلي: مستوى الصمود النفسي لدى الآباء المصابين بالتوحد متوسط، وكذا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى للمتغيرات التالية: نوع العلاج، عمر الأم عند ولادة الطفل، مستوى التعليم والمستوى الاجتماعي للأسرة.

3- الدراسات التي تناولت متغير التوجه نحو الحياة:

*دراسة الببلاوي والحلواتي(2020): وهدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين التوجه الايجابي نحو الحياة والمتغيرات الديموغرافية(النوع، التخصص الدراسي، والمستوى الدراسي)، كما هدفت أيضا إلى الكشف عن الفروق في التوجه الايجابي نحو الحياة بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية السابقة الذكر، طبقت الدراسة على عينة مقدارها 120 طالب وطالبة وبعد تطبيق مقياس من إعداد الباحثة يقيس التوجه الإيجابي أسفرت الدراسة على النتائج التالية: لا توجد فروق في التوجه الإيجابي نحو الحياة تعزى لمتغير الجنس والتخصص، وأنه توجد فروق في التوجه الإيجابي لدى الطلبة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

*دراسة فهد الجبيلة(2020) هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى التوجه نحو الحياة وباقي متغيرات الدراسة، كما هدفت أيضا الي البحث في الفروق في التوجه نحو الحياة ومرونة الأنا والليقظة العقلية بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية التالية: النوع والتخصص، طبقت على عينة قوامها 403 من طلاب الجامعة وكانت نتائج الدراسة بعد تطبيق الأدوات المناسبة كالتالي: كان مستوى التوجه نحو الحياة مرتفع لدى الطلاب وأنه يمكننا التنبؤ بالتوجه نحو الحياة من خلال مرونة الأنا والليقظة العقلية، وكذا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير النوع والتخصص.

* ودراسة المعمر(2019) هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين كل من أحادية الرؤية والتوجه نحو الحياة والأمن الفكري لدى الطالبات، كما هدفت الدراسة أيضا إلى معرفة مستوى كل من الامن الفكري والتوجه نحو الحياة، والتعرف على الفروق الجوهرية في متغيرات الدراسة تعزى للتخصص(العلمي والأدب) وأيضا التعرف للفروق التي تعزى لمتغير المستوى الدراسي والمستوى الاقتصادي، حيث تكونت عينة (العينة العنقودية)الدراسة من 380 طالبة واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وأدوات الدراسة التالية: مقياس أحادية الرؤية إعداد رشدي وحنفي تعديل خالد2007، مقياس التوجه نحو الحياة من شاير وكارفر 1994 تعريب وتقنين السيد فهمي 2010،مقياس الأمن الفكري من إعداد السيد فهمي وأسفرت الدراسة على النتائج التالية الذكر: كان مستوى التوجه نحو الحياة مرتفع لدى الطالبات، ووجود فروق دالة إحصائية بين الطالبات تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

* وأيضاً دراسة علي معشي (2018) والتي هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التوجه نحو الحياة والسعادة الزوجية والقدرة على إدراك الانفعالات الوجيهة، وكذلك إمكانية التنبؤ بالسعادة الزوجية من خلال التوجه نحو الحياة كما هدفت أيضاً إلى استكشاف الفروق في التوجه نحو الحياة والمتغيرات الدراسة الأخرى، حيث تكونت عينة الدراسة من 145 موظفاً وموظفة من جامعة جازان تراوحت أعمارهم من 30-50 سنة، كما استخدمت ثلاث أدوات للدراسة (مقياس الشعور بالسعادة، مقياس التوجه نحو الحياة، ومقياس القدرة على فهم الانفعالات)، وفي الأخير توصلت الدراسة على النتائج التالية: وجود علاقة دالة إحصائياً بين السعادة الزوجية والتوجه نحو الحياة وإدراك الانفعالات الوجيهة لدى عينة الدراسة، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الموظفين في كل من متغير التوجه نحو الحياة والسعادة الزوجية والقدرة على إدراك الانفعالات الوجيهة تعزى لمتغيري النوع والعمر .

* دراسة أبو هديوس (2018) حيث هدفت الدراسة على معرفة العلاقة بين متغيراتها الثلاثة (المساندة الاجتماعية المدركة، الكفاءة الذاتية، والتوجه نحو الحياة) لدى مرضى السرطان، كما تهدف أيضاً إلى معرفة الفروق بين المتوسطات لأفراد العينة في كل من التوجه نحو الحياة ومتغيرات الدراسة الأخرى تعزى لمتغير الجنس وسنوات المرض والمستوى التعليمي، حيث بلغت عينة الدراسة 118 مريضاً بالسرطان منهم 36 ذكور و82 إناث واستخدمت الباحثة مقياس الدراسة من إعدادها وتحصلت على النتائج التالية: أنه لا توجد فروق بين متوسطات مستوى التوجه نحو الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس كما أكدت النتائج وجود فروق لمستوى التوجه نحو الحياة يعزى لمتغير سنوات المرض .

* دراسة عبد الله وعيد رفاعي (2018) وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن قدرة التدين واليقظة العقلية على التنبؤ بالتوجه نحو الحياة وأيضاً معرفة مستوى استجابات أفراد العينة على كل من القدرة التنبؤية للتدين واليقظة العقلية وكذلك التوجه نحو الحياة، حيث استخدم الباحثين ثلاث مقاييس في الدراسة متعلقة بمتغيرات البحث وطبقت على عينة مقدارها 359 منهم الإناث والذكور وفي الأخير أسفرت نتائج الدراسة على النتائج التالية: أن بعدي التدين كانا في المستوى المتوسط، وكذلك اليقظة الذهنية وأبعادها جاءت متوسطة، في حين جاء مستوى التوجه نحو الحياة ضمن المستوى المرتفع، وأيضاً وجود علاقات ارتباطية موجبة بين متغيرات الدراسة وأبعادها.

* دراسة محمد علي (2016) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التوجه نحو الحياة لدى عينة الدراسة في بعض المدارس الحكومية بمنطقة المزة، وكذا الكشف عن الفروق في التوجه نحو الحياة لدى العينة تعزى للمتغيرات التالية: الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمر الزمني وبلغت عينة الدراسة 260 موظفة في بعض مدارس منطقة المزة تراوحت أعمارهم بين 25-55 سنة، كما استخدم مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكارفر 1985 وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى عينة البحث تعزى لمتغير الحالة العائلية لصالح المتزوجات فالعازبات ثم المطلقات، ووجود

فروق في التوجه نحو الحياة لدى عينة البحث تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح حملة الإجازة الجامعية ثم المعهد المتوسط ثم الثانوية وعدم وجود فروق في التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير العمر. *دراسة سعدات (2016) وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية والتوجه نحو الحياة لدى النساء المهذمة بيوتهن في العدوان الإسرائيلي عام 2014، كما هدفت أيضا إلى تحديد مستوى كل من التوجه نحو الحياة والكفاءة الاجتماعية وأيضا إلى الكشف عن الفروق لدى متغيرات الدراسة تعزى على الحالة الاجتماعية وعدد أفراد الأسرة العمر والمستوى التعليمي...إلخ. واستخدمت الباحثة مقياس الكفاءة الاجتماعية والتوجه نحو الحياة من إعدادها وطبقت الدراسة على عينة قوامها 359 سيدة تتراوح أعمارهن من 25 إلى 50 سنة واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: وجود علاقة بين متغيرات الدراسة وأن مستوى التوجه لدى النساء جاء مرتفع، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير العمر والمستوى التعليمي.

*دراسة أحمد أرنوط(2016) حيث هدفت الدراسة على الكشف على طبيعة العلاقة بين متغيراتها وكذلك مستوى كل من التوجه نحو الحياة واضطراب الشخصية التجنبية لدى عينة الدراسة والتي تراوحت 70 مطلق بينهم 37 امرأة و33 ورجل طبقت الباحثة مقياس التوجه نحو الحياة لشاير وكايفر(اعداد الانصاري) ومقياس اضطراب الشخصية من إعدادها وفي الأخير توصلت الباحثة إلى النتائج التالية: مستوى متوسط لدى عينة الدراسة في كل من التوجه نحو الحياة واضطراب الشخصية التجنبية، ووجود علاقة قوية ارتباطية سالبة بين التوجه نحو الحياة واضطراب الشخصية التجنبية.

* دراسة شعبان (2013) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الشعور بالسعادة والتوجه نحو الحياة لدى عينة الدراسة، كما هدفت أيضا إلى معرفة الفروق بين متوسطات درجات الطلاب على مقياس التوجه نحو الحياة ومقياس السعادة تعزى على المتغيرات التالية (العمر، الجنس، درجة الإعاقة، الحالة الاقتصادية)، طبقت الدراسة على عينة بلغت 122 طالبا وطالبة من المعاقين حركيا ببرامج التعليم المستمر بالجامعة الإسلامية واستخدمت الباحثة مقياسي الشعور بالسعادة والتوجه نحو الحياة من إعدادها وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب على مقياسي التوجه نحو الحياة والشعور بالسعادة تعزى لمتغير الجنس كما أظهرت النتائج وجود فروق في متوسطات درجات الطلاب على مقياس التوجه نحو الحياة والشعور بالسعادة تعزى لمتغير العمر لصالح (21-30 سنة) ودرجة الإعاقة لصالح الكبيرة جدا.

* دراسة المطيري (2013) حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين قلق المستقبل والتوجه نحو الحياة لدى السجناء، كما هدفت إلى معرفة الفروق في التوجه نحو الحياة وقلق المستقبل لدى عينة الدراسة وفقا للمتغيرات التالية (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي الجنسية، نوع الجريمة)، حيث تكونت الدراسة من 150 سجينة واستخدمت الباحثة مقياس قلق المستقبل إعداد زينب الشقير ومقياس التوجه نحو الحياة إعداد شاير وكارفر 1985 تعريب الانصاري 2002 وتوصلت الدراسة إلى النتائج

التالية: توجد فروق دالة إحصائية في التوجه نحو الحياة لدى السجينات وفقا لمتغير العمر بينما لا توجد فروق دالة إحصائية في التوجه نحو الحياة لدى السجينات وفقا للمتغيرات: الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي الجنسية، نوع الجريمة.

***دراسة عبد الكريم والدوري (2010)** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التفاوض والتوجه نحو الحياة لدى عينة قدرت ب 319 طالبة، واستخدم مقياس التفاوض من إعداد الباحثة ومقياس التوجه نحو الحياة الذي من إعداد شاير وكارفر 1985 المترجم من قبل الأنصاري وكما استخدمت الباحثة المنهج الارتباطي وأسفرت الدراسة على النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية بين التفاوض والتوجه نحو الحياة، مستوى التفاوض لدى الطالبات أعلى من متوسط المجتمع وكذلك مستوى التوجه نحو الحياة كان أعلى، وجود فروق في التوجه نحو الحياة دالة إحصائياً تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

4- الدراسات التي تناولت متغير المعتقد الصحي:

***دراسة لشهب (2021)** حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات لدى عينة الدراسة، كما هدفت أيضا إلى معرفة الفروق في متغيرات الدراسة بالنسبة لمتغير الجنس والمستوى التعليمي، حيث بلغت عينة الدراسة 40 مسنا ومسنة ومن خلال تطبيق المقاييس المناسبة للدراسة توصلت الباحثة إلى النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

***دراسة يوسف وعبد الله (2021)** وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المعتقدات الصحية لدى المتعافين من جائحة كورونا في محافظة واسط بالكويت، بلغت عينة الدراسة 400 فردا، طبقت أدوات الدراسة على العينة فتوصلت إلى النتائج التالية: تمتع المتعافين من جائحة كورونا بقدر جيد من المعتقدات الصحية

***دراسة أيت حمودة (2019)** حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وتكونت عينة الدراسة من 88 مريض، حيث تم استخدام مقياسي المعتقدات الصحية والملاءة العلاجية فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: مستوى المعتقدات الصحية جاء متوسط لدى مرضى الربو وأنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة.

***دراسة يحيى محمود (2016)**. وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة المعتقدات الصحية لدى الرياضيين وأيضا هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية للاعبين والسلوك الصحي، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، كما تم اختيار العينة بالطريقة العمدية الطبقية وكانت أعمارهم تحت 20 سنة، حيث بلغ عددهم 164 لاعب، كما استخدمت الباحثة استبيان المعتقدات الصحية واستبيان السلوك الصحي وتحصلت على النتائج التالية: أن عينة البحث تمتاز بمستوى مرتفع من المعتقدات الصحية الإيجابية.

•دراسة هاشم (2016) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في المعتقد الصحي لدى أفراد العينة تبعاً للأعمار (6،7،9،11) سنة وأيضاً التعرف على الفروق في المعتقد الصحي لدى الأطفال تبعاً لمتغير الجنس، حيث تكونت الدراسة من 160 طفلاً وطفلة في مدينة بغداد من المدارس الابتدائية طبقت عليهم مقياس المعتقد الصحي من إعدادها مكون من 24 فقرة، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى النتائج التالية: وجود معتقد صحي لدى الأطفال بعمر 6 سنوات، وجود مسار تطوري مرحلي في تطور المعتقد الصحي لدى الأطفال، وجود فروق في المعتقد الصحي تبعاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث.

* دراسة فرج مبروك (2015) هدفت الدراسة إلى اكتشاف الفروق في المعتقدات السائدة حول الصحة العامة لدى المصريين تعزى للمتغيرات التالية: النوع، المستوى التعليمي، ومكان الإقامة، حيث تكونت عينة الدراسة من 455 فرداً منها 211 من الرجال و244 من السيدات كانت أعمارهم محصورة بين 15-83 سنة، استخدم الباحث قائمة لقياس المعتقدات الصحية تتعلق هذه القائمة بالمعتقدات حول انتشار الأمراض، ومسبباتها وعوامل استمرارها والمعتقدات المتصلة بالسلوك الوقائي والمعتقدات حول العلاج فكانت نتائج الدراسة كالتالي: وجود مجموعة من الفروق فيما يملكه الأفراد من نسق معتقداتهم حول الصحة والمرض، تنوع الفروق بناءً على خصائص الأفراد كنوعهم وعمرهم والخصائص الاجتماعية، وجود فروق أيضاً في المعتقدات الصحية تبعاً للمستوى التعليمي ومكان الإقامة.

* دراسة عبد الرضا عسكر (2013) وحيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى المعتقدات الصحية لدى الطلبة وكذلك التعرف على مستوى فاعليتهم الذاتية، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في المعتقد الصحي وذلك وفقاً لمتغير الجنس (الذكر/أنثى)، ولمتغير التخصص (علمي/إنساني)، حيث قامت الباحثة ببناء مقياس المعتقدات الصحية واستخدام مقياس لا وسي لفاعلية الذات، بحيث طبقت على عينة الدراسة قوامها 200 طالب وطالبة اختيروا بالطريقة الطبقيّة العشوائية وفي الأخير توصلت الباحثة للنتائج التالية: توجد معتقدات صحية لدى الطلبة كما أن لديهم فاعلية ذاتية، في حين توجد فروق في المعتقدات الصحية ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير الجنس ولصالح الإناث، كما أنه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية وفقاً لمتغير التخصص.

* دراسة خشاب (2011) وهدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، وأيضاً معرفة الفروق في كل من المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين تعزى للمتغيرات التالية: السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي. استخدمت الباحثة مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن من إعدادها وطبقت الدراسة على عينة قوامها 70 فرداً متزوج من كلا الجنسين، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير

السن، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

5-1 التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات التي تم الاطلاع عليها يمكن تحديد الاستنتاجات كالتالي:

من حيث الموضوع:

بعد عرض مجموعة من الدراسات التي لها علاقة ولو في متغير واحد من دراستنا الحالية الموسومة بعنوان: الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد، فإن أوجه الاستفادة منها تمثل في عدة جوانب منها المفاهيم النظرية التي اعتمدها الباحثة في إطارها النظري من مفاهيم ونظريات ومختلف العناصر الموجودة في الفصول النظرية.

من حيث الهدف:

اتفقت معظم الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية من حيث الهدف فقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين متغيراتها مثل دراسة العزاوي (2018)، ودراسات أخرى تماثلت معها في معرفة مستوى كل متغير من متغيرات الدراسة مثل: دراسة غيث (2017) التي توصلت إلى أن درجة الصمود النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة بلغت 86.10، ودراسة صالح وأبو هديوس (2014) ودراسة المعمر (2014)، وأرنوط (2016) وعبد الكريم والدوري (2010)، ودراسة الرفاعي (2018) ودراسة سعادت (2016) التي تسعى لمعرفة مستوى التوجه نحو الحياة والدراسات التي درست الفروق كدراسة الشربيني (2021) التي هدفت إلى الكشف عن الفرق في الصمود النفسي بالنسبة للنوع والتخصص، ودراسة إبراهيم (2018) التي تهدف إلى الكشف عن الفروق عن الفروق في مستوى الصمود النفسي بالنسبة للمتغيرات الديمغرافية التالية: المستوى الاقتصادي والتعليمي، عمر الأم، شدة الإعاقة ونوع الإعاقة) ودراسة السيد (2017) التي توصلت إلى وجود فروق في الصمود النفسي تعزى لمتغير مكان الإقامة (ريف، مدينة)، ودراسة درويش (2016) التي تهدف إلى وجود فروق في مستوى الصمود النفسي بالنسبة للمستوى التعليمي، ودراسة قشقش (2016) ودراسة عبد الفتاح (2013)، والدراسات التي تناولت الكشف على الفروق في التوجه نحو الحياة دراسة معشي (2018)، أبو هديوس (2018)، علي (2016) ودراسة شعبان (2013) ودراسة المطيري (2013) وعبد الكريم والدوري (2010)، وفيما يخص المعتقدات الصحية فهناك دراسات كان هدفها معرفة مستوى المعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة

كدراسة محمود(2016) ودراسة عسكر (2013)، ودراسة أيت حمودة(2019)، والدراسات التي ركزت على الفروق في المعتقد الصحي مثل: دراسة هاشم(2016) ودراسة مبروك(2015) ودراسة خشاب (2011)، ودراسة لشهب(2021).

من حيث العينة:

تنوعت واختلقت العينات التي أجريت عليها الدراسات السابقة الذكر بين: أمهات وطلبة جامعيين ومرضى الربو ومرضى السرطان ومرضى السكري، ورياضيين وأطفال ومساجين وأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة ومعلمات وأعضاء هيئة التدريس وموظفين في الإدارة ونساء أرامل ومطلقات.

بحيث نجد دراسة العزاوي(2018) شملت طلبة الجامعة هي وكل من دراسة عبد الكريم والدوري(2021)، ودراسة لمعمر(2019) مع دراسة علي (2016)، حيث اشتملت دراسة الشربيني(2021) مع دراسة علي معشي(2018) عينة هيئة التدريس، أما دراسة إبراهيم(2018) وغيث(2017) كانت عينتها أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة عبد الكريم السيد(2017) كانت على عينة الأرامل مع دراسة درويش (2016) ودراسة أبو هدروس(2014).

أما الدراسات التي شملت عينة المرضى، دراسة أبو هدروس(2018) مرضى السرطان ودراسة لشهب(2021) مرضى داء السكري، أيت حمودة (2019) مرضى الربو، ودراسة أرنوط(2017) التي شملت النساء الأرامل، حيث تم اختيار العينات على الطريقة العشوائية البسيطة وأخرى على الطريقة القصدية، واهتمت معظمها على المنهج الوصفي الارتباطي، في حين تفاوت حجم العينة في الدراسات السابقة التي تم عرضها حيث تراوح بين(40-455) لأقل حجم وأكبر حجم.

من حيث أدوات الدراسة:

تم الاستفادة من عبارات مقياس الصمود النفسي للباحثة أزهار عبد المعطي غيث من دراستها الموسومة بعنوان: الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى امهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة(2017).

واستبيان التوجه نحو الحياة للباحثة نيفين فتحي دقة من دراستها بعنوان:

من حيث النتائج:

توصلت معظم الدراسات إلى وجود علاقة بين أحد متغيراتها ومتغيرات نفسية إيجابية أخرى، كما توصلت أيضا إلى وجود فروق في مستوى متغيرات الدراسة بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية التالية: عمر

الأم، المستوى التعليمي، وعمر الطفل، كما أن بعض الدراسات وجدت مستوى متغيراتها مرتفع في حين أخرى وجدته منخفض.

5-2 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسات الحديثة: حيث تمثلت الاستفادة من الدراسات السابقة في الجوانب التالية:

في الجانب النظري: تمثلت الاستفادة في ما يلي:

- وضع مخطط لكل فصل من فصول الدراسة الحالية.
- تغطية الجانب النظري من المعلومات المتطرق إليها في الدراسات السابقة الذكر.
- إسنادها كمراجع للدراسة الحالية.
- تدعيم إشكالية وفرضيات الدراسة الحالية.
- كما تم الاستناد إليها والاستفادة منها في بناء استبيان المعتقدات الصحية، أما المقاييس الأخرى الخاصة بمتغير الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة فقد استمدت من الدراسات السابقة حيث تم فقط تعديل عباراتها وعرضها على عدد من المحكمين من تخصصات مختلفة.

في الجانب التطبيقي: فتم الاستفادة في الجانب التطبيقي من الدراسات السابقة في تفسير ومناقشة فرضيات دراستنا الحالية ودعمها بنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

6-فرضيات الدراسة:

حسب تساؤلات الدراسة المذكورة أنفا فإن فرضياتها جاءت على النحو التالي:

الفرضية الأساسية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية خطية ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة الثلاث: الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد، ويتفرع عنها ثلاث فرضيات جزئية نذكرها كالتالي:

- 1- توجد علاقة ارتباطية خطية بين كل من الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى عينة الدراسة.
- 2- توجد علاقة ارتباطية خطية بين كل من الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة.
- 3- توجد علاقة ارتباطية خطية بين كل من التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة
- 4- توجد فوق ذات دلالة إحصائية في متغير الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الام، المستوى التعليمي للأم.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الام، المستوى التعليمي للأم.
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الام، المستوى التعليمي للأم.

- 8- مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.
- 9- مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.
- 10- مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.

الفصل الثاني: الصمود النفسي

تمهيد:

- 1- مفهوم الصمود النفسي.
- 2- الصمود النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة.
- 3- النظريات المفسرة للصمود النفسي.
- 4- خصائص الأشخاص الصامدين.
- 5- مكونات الصمود النفسي.
- 6- أنماط الصمود النفسي.
- 7- دورة الصمود النفسي.
- 8- العوامل المؤثرة في الصمود النفسي.
- 9- الصمود النفسي لدى أسر أطفال التوحد.

خاتمة.

تمهيد:

إن الخوض في التجارب الحياتية الصعبة والمواقف الصادمة يتطلب مجموعة من العوامل التي يمتلكها الفرد سواء كانت داخلية موجودة في بناءه الشخصي أو خارجية اكتسبها من خلال عملية التنشئة الأسرية ومن خلال تفاعلاته الدائمة والمستمرة مع محيطه، حيث أن الوصول بنتائج إيجابية لتجربة قاسية يعتبر أحد الانتصارات والنجاحات التي تضمن للفرد توازنه واستقراره وكذا تكيفه وهدوءه النفسي، إذ يعتبر الصمود النفسي أحد المؤشرات التي تميز الفرد الذي تصدى لضغوطات وأزمات حول المحن إلى تجارب إيجابية أصبح من خلالها أكثر قوة وثباتاً، وإن المفاهيم الإيجابية التي تكون مكوناً أساسياً في شخصية الفرد سواء أكانت فكرة أو انفعالا أو سلوكاً إيجابياً ستساهم بطريقة أو بأخرى في الارتقاء النفسي وإحداث التغير الإيجابي والفعال على مستوى الصحة النفسية والجسدية، فمفهوم الصمود من المفاهيم الحديثة في علم النفس الإيجابي التي برزت في الآونة الأخيرة مع كثرة الأزمات والضغوطات وانعكاس لما كان معروف سابقاً وهو تناول المواضيع السلبية والتركيز على حدوثها في علم النفس، كالأزمات والاضطرابات مع إهمال الشق الإيجابي ففي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم الصمود النفسي وعلاقته بالمتغيرات النفسية الأخرى ومختلف النظريات التي قامت بتفسيره مع إبراز خصائص وسمات الأشخاص الصامدين ومكوناته كمتغير نفسي يستحق الفهم والبحث بالإضافة للأبعاد ومن ثم فهم دورة مراحل الصمود النفسي.

1- مفهوم الصمود النفسي:

-المفهوم اللغوي:

كلمة الصمود لغة تعني الثبات وهي مصدر للكلمة "صمد" بمعنى ثبت، وبناءا على أن كلمة صمد مصدره الصمد ومعناه القصد أو الصلابة، فتبعاً للقاموس فإن معنى الثبات غير بعيد عن الصلابة وهي أحد أصول الصمود (يعقوب، 1957، ص157).

-صمود(مفرد): من المصدر صمد على/صمد في يصمد صمدا وضمودا، فهو صامد، والمفعول مصمود عليه، وصد الشخص على الأمر: أي ثبت واستمر عليه "صمد الجيش أمام العدو"(عمر، 2008، ص1318).

-صمد: صمدا، وضمودا: أي ثبت واستمر، ومنه قول الإمام علي "صمدا صمدا حتى يتجلى الحكم عمود الحق" ثباتا، (أصمد) الأمر إليه: أي أسنده وألجأه (صامده) مصامدة وصادا: أي غالبه في الصمود والثبات (ضيف وآخرون، 2004، ص522-523).

ومن خلال المفاهيم اللغوية السابقة يتجلى معنى الصمود بكونه مصطلح يدل على الثبات بالدرجة الأولى مع الاستمرار في ذلك الثبات.

-المفهوم الاصطلاحي:

الصمود النفسي هو مقدرة الفرد الذاتية للمحافظة على الإيجابية والتأثير الفعال والتماسك والثبات الانفعالي في الظروف الصعبة مع الشعور بحالة من الاستبشار والتفاؤل والاطمئنان إلى المستقبل(أبو حلاوة، 2013، ص9).

ويعتبر الصمود النفسي نمط من التوافق الإيجابي في إطار محنة وقعت في الماضي أو قائمة في الحاضر، ويرى تيلديسكي وكالهنون أن الصمود يعتبر عادة القدرة على السير مع الحياة بعد المشقة والشدة، أو مواصلة العيش في حياة هادئة بعد المرور بالصعوبات والمشقة(يونس، 2018، ص22).

والصمود النفسي أيضا هو قدرة الفرد على استعادة توازنه بعد التعرض للصدمات التي تواجهه(السيد عامر، 2020، ص6).

وهو عملية دينامية متعددة الجوانب يكون فيها الشخص أكثر تكيفا وتفاعلا في مواجهة الضغوطات الحياتية مما يجعل تخطيه للمحن بطريقة سهلة ويكون متوافقا مع ذاته ومع الحياة(حميدة، 2017، ص310).

والصمود النفسي يعبر عن مدى تحمل الفرد للشدائد والصعاب التي تعترضه(خليفة، 2014،

ص443)

إذ يعتبر الصمود النفسي عملية أو سمة أو قدرة أو خاصية شخصية تمكن الفرد المواجهة الإيجابية لمختلف المواقف الضاغطة والأزمات المارة والمحن مع الاستمرار في التعايش الإيجابي مع الحياة، وقد شمل مفهوم الصمود النفسي على عدة عناصر منها:

- الصمود على أنه سمة في الشخصية تحسن الأفراد من مختلف التأثيرات السلبية في الحياة.
 - الصمود باعتباره عملية دينامية تضمن العيش بإيجابية في الحياة.
 - الصمود بصفته ناتج يضمن الوصول إلى تحقيق أهداف نفسية تمثلت في نواتج إيجابية كالتوافق والهناء والاستقرار النفسي... إلخ (شوقي، 2014، ص ص 144-145).
- ويشير مصطلح الصمود النفسي إلى تعلم أساليب من أجل التوافق مع التحديات والعمل على تغيير الأفكار السلبية بأخرى إيجابية والتوافق معها ومع العادات السوية القديمة في آن واحد (الصبوة، 2019، ص 288).

والصمود النفسي حسب (عبد الهادي، 2018، ص 177) هو مجموعة من الخصائص الشخصية التي تتوسط بين الآثار السلبية للضغوط وتحسين عملية التوافق، كما يتضمن أيضا القدرة على الاحتفاظ بالتوازن الداخلي والخارجي تحت تأثير التهديدات ذات الدلالة وذلك من خلال الأنشطة الانسانية التي تتضمن أفعالا وأفكارا تؤدي إلى تحقيق نواتج موجبة في مواجهة المحن.

ويعبر عن الصمود النفسي أيضا بأنه عملية ديناميكية تنحصر في كفاءة الفرد في التغلب على الشدائد والمحن وذلك من خلال خصائص ايجابية تتمثل في: التوجه الإيجابي نحو المستقبل، الصلابة، المرونة، الكفاءة الاجتماعية، القيم الروحية... إلخ (أبو غالي، 2017، ص 422).

والصمود النفسي هو قدرة الفرد على مواجهة مختلف الأمراض والتصدي لها رغم معاناة الفرد منها مع محافظته على الجانب الإيجابي وعدم التركيز على آلامه المرضية (علي، 2018، ص 342).

من خلال ما سبق عرضه من مفاهيم لمختلف الباحثين فمصطلح الصمود النفسي حسب وجهة نظر الطالبة الباحثة مصطلح متشعب متعلق بعدة جوانب في شخصية الفرد والذي يعني قدرته على التحمل وتجاوز المحن والتكيف معها والوصول إلى توازن داخلي نفسي دون أي ضرر أو خسارة ويرتبط ذلك بقدرة الفرد على رؤية الجانب الإيجابي من الموقف الصادم أو الضاغط والصمود النفسي مصطلح إيجابي يساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسدية للفرد وذلك عن طريق التحكم في المشاعر والانفعالات العنيفة والسلبية المؤذية للذات وهو بذلك مفهوم دينامي يضمن استمرارية ثبات الأفراد وقدرة التحمل خلال وبعد الحدث الضاغط أو الصادم.

2-الصمود النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

تستخدم بعض المصطلحات كمرادفات للصمود النفسي والتي تجعل الأفراد يقاومون الصدمات التي يتعرضون إليها نتيجة عوامل خارجية أو داخلية صعبة كالأزمات والمحن وسنذكر هنا بعض المفاهيم وهي كالتالي:(حمدي وآخرون، 2018، ص314).

1-2- الكفاءة: ويرى إبراهيم الشافعي أن الكفاءة تعتبر مقدرة الشخص والإمكانيات المتوفرة لديه لتخطي مشكلة ما أو عقبة من عواقب الحياة(عبد الرؤوف،2018، ص196)، وقد تم الإشارة إلى مفهوم الكفاءة في مستويين وهو كالتالي:

-المستوى الأول: ويشترط توفر المعرفة للفرد حول مشكلة ما ليستطيع تخطيها بسهولة ومن ثم مواجهتها.

-المستوى الثاني: ويتمثل في مجموعة الخبرات الفردية وقدرته الشخصية في التعامل مع المواقف التي تواجهه.

حيث أن الكفاءة هي مجموعة القدرات المعرفية والنفسية والانفعالية وطريقة استخدام هذه القدرات في مختلف الأحداث والمواقف، والكفاءة مفهوم أشمل من المهارة حيث أن الكفاءة=المهارة+ المعارف+ الاتجاهات+ الميول(عده، 2020، ص16).

2-2 المرونة الإيجابية: حيث يقصد بالمرونة استجابة الأفراد للمثيرات الخارجية وتكون هذه الاستجابات مناسبة، كما أن الشخص يقبل على التغيير والتجديد الحاصل في حياته بما يتناسب مع توافقه فكلما كان الشخص مرناً كلما كان أكثر توافقاً(الفاخري، د س، ص170).

2-3 الصلابة النفسية: إن مفهوم الصلابة النفسية مفهوم حديث نسبياً ويعتبر خاصية نفسية مهمة يمتلكها الفرد لمواجهة الضغوطات الحياتية بنجاح، وأول من وضع أساس لهذا المصطلح هي الباحثة كوبازا Kopasa من خلال ملاحظاتها على أفراد استطاعوا تجاوز المحن بنجاح رغم تعرضهم للإحباطات، حيث اشتقت المصطلح من الفكر الفلسفي الوجودي الذي ينظر لحالة الإنسان على أنه في سيرورة مستمرة ويركز على مستقبله بدل ماضيه حيث اعتبرت كوبازا أن الشخصية الصلبة لها 03 مميزات رئيسية وهي:

- القدرة على الالتزام اتجاه الحياة واتجاه الآخرين.
- التحكم والتأثير في مجريات أمور الحياة.
- اعتبار التغيير تحدي للذات.

ومن خلال هذا فإن مصطلح الصلابة النفسية هو مجموعة من معتقدات الفرد حول نفسه في تفاعله مع عالمه الخارجي والذي تكون الشجاعة والدافعية للعمل عامل أساسي في تحويل الظروف

الضاغطة والصعبة إلى فرص هامة (كماش وحسان، 2018، ص ص 349-350)، كما اعتبرت الصلابة النفسية بأنها عامل وسيط هدفه تعديل أثر الضغوطات على صحة الفرد النفسية والجسدية من خلال عناصر ثلاثة مهمة: الالتزام والتحكم، السيطرة (شرتي، 2020، ص 94).

2-4 الالتزام: هو مصطلح حديث في علم النفس ويعتبر الالتزام عملية نفسية تتميز بجملة من الأبعاد النفسية والاجتماعية (الحوري والعزاوي، 1991، ص 186).

2-5 التحكم أو مصدر الضبط: وهو عبارة عن سمة في الشخصية تحدد طريقة استجابة الفرد للموقف الضاغط، وهو بذلك عبارة عن نمطين: ضبط داخلي وضبط خارجي، حيث أن الضبط الداخلي الأشخاص هنا يعتقدون أن لديهم تحكم في أحداث الحياة ولذلك نرى أن قدراتهم لها تأثير في حياتهم، أما الأشخاص الذين يتميزون بالضبط الخارجي يفسرون حدوث المواقف والأحداث الضاغطة راجع إلى أسباب خارجية وخارج عن سيطرتهم، وهنا سليجمان عام 1975 قال بأن الأشخاص ذوي الضبط الخارجي هم أكثر إصابة بالعجز ويمتازون بالانسحابية من المواقف بينما ذوي الضبط الداخلي تميزهم المواجهة (إسماعيل، 2004، ص ص 89-90).

2-6 التماسك النفسي: يعتبر مفهوم التماسك النفسي عند معظم الباحثين خاصية نفسية والهدف منها وقاية الأشخاص من الوقوع في الاضطراب النفسي أثناء تعرضهم للأزمات والمحن والضغوطات الحياتية المختلفة، إذ يعطي التماسك للفرد تقييمه الإيجابي والمواجهة الفعالة للمواقف المهددة له مما يوفر للفرد الحماية النفسية والجسدية (يوسفي، 2017، ص 61).

2-7 الشجاعة: تعرف الشجاعة في علم النفس بأنها ذلك الأداء او مجموعة من الأداءات السلوكية التي تكون قصدية، وتتوفر فيها شرط الثبات النسبي في مواجهة المواقف الضاغطة وهدفها فرض معايير أخلاقية وحضارية أو تحقيق هدف قيم يتميز بالأصالة وقوة الإرادة وفاعلية الذات وكذلك القدرة على المبادرة بالإضافة إلى مجموعة المقومات الجسدية والعقلية والمادية (الكلوت وحامد، 2018، ص 12).

2-8 فاعلية الذات: وتعرف على أنها اعتقاد الفرد وإيمانه بإنجاز سلوك معين بنجاح وتظهر فاعلية الذات في المواقف الصعبة ومجهودات الفرد الشخصية في مختلف الأنشطة ومدى ثقته بنفسه وبقدراته (روبيبي، 2021، ص 95).

3- النظريات والنماذج المفسرة للصمود النفسي:

3-1 نظرية ويكس 2005 wicks: ترى هذه النظرية أن مفهوم الصمود هو مفهوم معقد ومركب،

فبعض العناصر فيه مختفية والجزء الآخر ظاهر حيث تتضمن النظرية عدة أبعاد وهي كالتالي :

- **البعد الأول:** يمثل الرؤية الشخصية وهي الطريقة التي يدرك بها الفرد العالم، حيث يتضمن هذا الجانب الهدف، المعنى المبادئ والقيم والأهداف.

- **البعد الثاني:** ويتضمن هذا البعد توقع المشكلات والسعي لإيجاد حلول لها، ويقصد بهذا التوقع

قدرة الفرد على التخطيط الواقعي، ويظهر التوقع من خلال العمليات الآتية: الاستجابة السريعة

للخطر البحث على المعلومات، الميل للمخاطرة المحسوبة (محمد علي، 2017، ص7).

3-2 نظرية ماستين وكوتسورت 1998 (Mastten et coostsuorth): قدم هاذان الباحثان

نموذجاً نمائياً للصمود النفسي حددت فيه مجموعة من الخصائص أطلق عليها خصائص المرونة في

المراهقة والشباب وهي كالتالي:

- **على مستوى الفرد individual:** أن يكون لديه مجموعة من الصفات المتمثلة في: الجاذبية، أن

يكون اجتماعي وكفى ولديه الثقة في النفس وموهور، ولديه كفاءة ذاتية وتقدير عالي للذات.

- **على مستوى الأسرة family:** أن يتمتع بعلاقات اسرية جيدة ووطيدة، وأن يكون لديه دعم داخل

العائلة.

- **خارج نطاق الأسرة extrafamily:** أن يكون لديه حضور اجتماعي قوي مع الآخرين ومع

المنظمات الاجتماعية في بيئته المجتمع. (محمد علي، 2017، ص7).

3-3 نظرية ريتشاردسون (richardson): 2002: هي من أوائل النظريات لتفسير عملية الصمود

النفسي حيث قام ريتشاردسون بصياغة مفاهيم الصمود وقال بأنه القوة التي توجد داخل كل فرد، والتي

تدفعه إلى تحقيق الذات والايثار والحكمة، وأن يكون على تناغم تام مع المصدر الروحي للقوة (محمد

علي، 2017، ص7)، فقد اقترح في نظريته ما أطلق عليه ما وراء الصمود النفسي، ويعتقد في نظريته أن

الصمود يتطور من خلال 03 موجات موضحة كالتالي:

الموجة الأولى: والتي تدرس الخصائص الأولى المحددة للأشخاص الصامدين الذين يتفاعلون مع

الاضطرابات بإيجابية وفاعلية ويطورون صمودهم النفسي من خلالها.

الموجة الثانية: ركزت هذه المرحلة على أهمية العمليات التي من خلالها يكتسب الأفراد العوامل أو

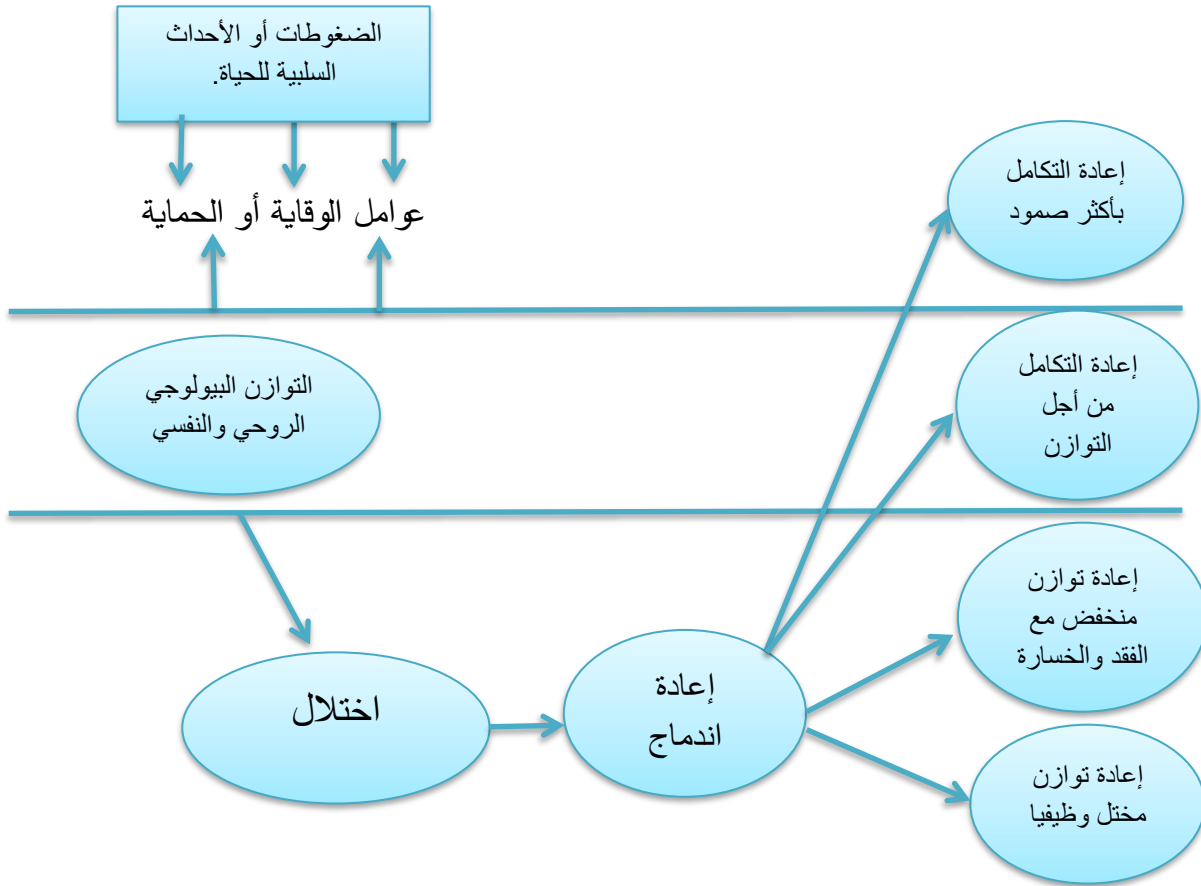
الخصائص الشخصية المدعمة لصمودهم النفسي أما **الموجة الثالثة:** ركزت على أهمية الصمود الفطري

في تعزيز القدرة على النمو.

فمن خلال هذه النظرية تكون مفهوم الصمود النفسي على أنه قوة داخلية موجودة في كل شخص، هذه القوة تدفعه إلى السعي لتحقيق الذات والسلام الداخلي، والافتراض الأساسي لهذه النظرية هو التوازن والذي يسمح بتكيف العناصر الثلاثة: العقل والروح والجسد مع الصعوبات الحياتية. فقد تؤثر الضغوطات والمواقف السلبية بشكل يومي على الفرد فتتزع قدرته على التكيف مع المطالب الحياتية فتتأثر قدرته على الصمود، فالتفاعل مع ضغوطات الحياة وعوامل الحماية الفردية هي التي تحدد مدى توافق الفرد وقدرته على التحكم وعدم ظهور الاضطرابات فيما بعد. فقد يؤدي التعرض للمواقف الصعبة إلى نتائج سلبية ومجموعة من الاستجابات العاطفية فإن إعادة الإدماج أو الآلية التوازن التي يستخدمها الفرد تؤدي به إلى إحدى النتائج التالية الذكر:

- إما إعادة الإدماج بأكثر صمود وأكثر توازن.
 - إما العودة إلى التوازن الأساسي محاولة لتجاوز الاضطراب.
 - إما الخسارة والوصول إلى أدنى مستوى من التوازن.
 - إما استخدام استراتيجيات غير قابلة للتكيف كتدمير الذات (إعادة التكامل المعتدل وظيفياً).
- وبالتالي يمكن أن يفسر الصمود كنتيجة لقدرات تكيفية ناجحة، إذ لقت هذه النظرية عدة تجارب على عينات مختلفة من النساء عام 1991، وأطفال بالغين عام 1996 وطلاب الجامعات، حيث كانت منطلقاً لعدة أبحاث ودراسات أخرى موالية، والنموذج التالي يوضح نموذج ريتشاردسون للصمود النفسي (Ritchardson.2002.p313).

الشكل رقم 1: يوضح نموذج ريتشاردسون للصمود النفسي



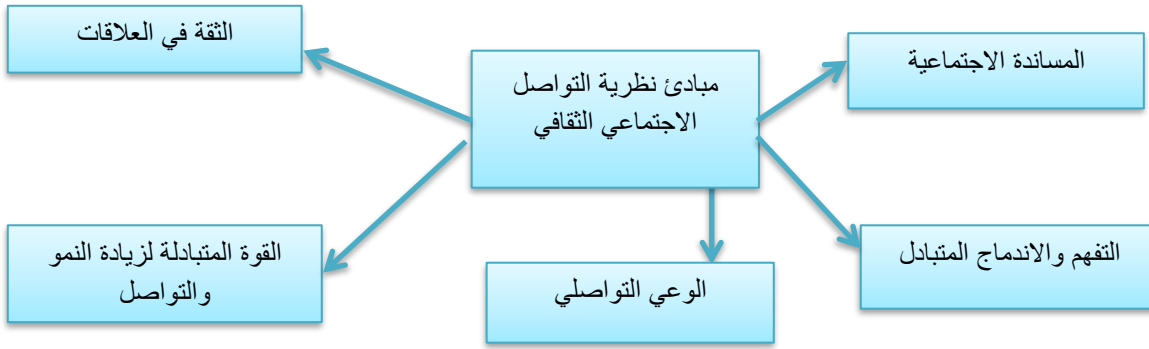
(المصدر: Ritchardson.2002).

3-4 نظرية التواصل الثقافي الاجتماعي: RTC تؤكد هذه النظرية أن الفرد ينمو نتيجة الترابط والتواصل الاجتماعي الفعال، وأن الدافع الرئيسي في الحياة هو المشاركة الاجتماعية ضمن علاقات تدعم وتزيد نمو وتطور الفرد، فينتج عن هذا التواصل الحماس والحيوية والشعور بالقيمة الاجتماعية والعطاء، ويشكل الانعزال مصدرا للألم والمعاناة، حيث تفترض هذه النظرية أن الصمود يمكن الأفراد من التوجه لتكوين علاقات داعمة لنموهم وتطورهم في الأوقات الصعبة، إلا أن العلاقات الاجتماعية الإيجابية والتي تقوم فعلا بتقوية الصمود النفسي تكون متبادلة، فقد أكدت النظرية أن الصمود النفسي سمة داخلية بل إن حاجة الفرد للفرد الآخر سعيا للحصول منه على التقدير والتقبل والمساندة لضمان معنى للحياة، فكلنا نحتاج إلى استجابة الآخرين لنا في حياتنا، فكلنا في حاجة انشغالنا بالآخرين وانشغال الآخرين بنا وفي حاجة تكوين علاقات تضمن النمو والارتقاء لكل الأفراد، وأكدت النظرية أن النموذج التواصلي للصمود النفسي يتضمن المبادئ التالية :

- المساندة الاجتماعية أثناء التعرض للمحن والخطر.
- اندماج متبادل مبني على التفهم.

- الثقة: أي بناء علاقات يعتمد عليها
- خلق القوة المتبادلة لتشجيع النمو والارتقاء المتبادل.
- الوعي التواصلي.

الشكل رقم 2: يوضح المبادئ الأساسية لنظرية التواصل الاجتماعي حسب منظور سام جولدستن



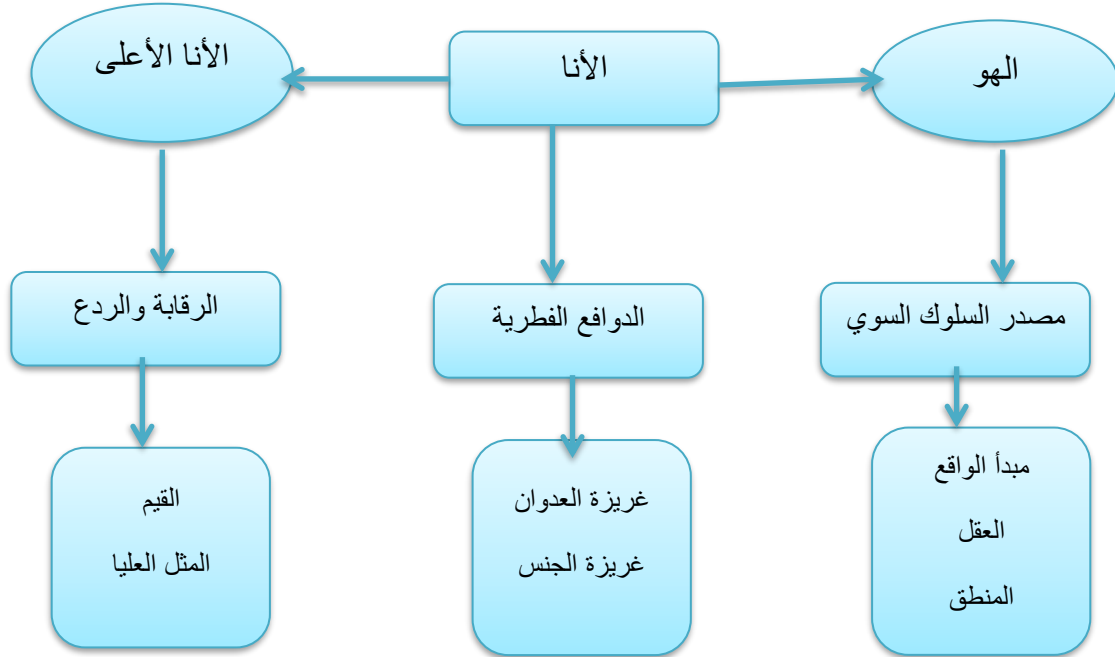
(المصدر: من إعداد الطالبة الباحثة).

فترى هذه النظرية أن من دلالات الصدود النفسي داخل النسق الجماعي أو الجماعة هو اللجوء إلى طلب المساندة والتبادلية من الآخر عند التعرض للخطر والمحن، حيث فسرت العزلة بافتقار الفرد للمرونة وبوجود اختلال وظيفي، فالمساندة الاجتماعية تعتبر عامل حيوي في الصدود النفسي، حيث تؤكد معظم الدراسات أن المساندة الاجتماعية علاقة من أجل الحصول على الحب والمساعدة، أما في النظرية الحالية فركزت على أهمية التبادلية في زيادة القوة الفردية والثقة والتقدير داخل الجماعة (جولدستن ترجمة الأعرس، 2011، ص ص 148-149-150).

3-5 نظرية التحليل النفسي: وبالرجوع إلى هذه النظرية التي اهتمت بمراحل النمو الأولى للفرد والتي ترجع أسباب التناؤل الذي هو أحد أبعاد التوجه الإيجابي للحياة وسمة في شخصيته من خلالها نرى توجه الأشخاص، إذ أن التناؤل اعتبره فرويد كقاعدة عامة في الحياة، أي أنه موجود لدى الفرد إذا لم تحدث له عقد نفسية ومشكلات حياتية تحوله إلى شخص متشائم، حيث اعتبر فرويد التشاؤم والتناؤل ينشأ من المرحلة الفمية للطفل، فأشباع الحاجة للطفل والاهتمام والرعاية يخلق شخص متفائل، أما عدم الإشباع يشكل إحباطاً وعدواناً فيؤدي ذلك إلى التشاؤم، حيث يقول أريكسون أن في هذه المرحلة تتشكل الثقة بالذات فإذا اكتسبها الفرد سيصبح مستقبلاً شخصاً متفائلاً متمتعاً بالأمل والإيجابية في الحياة والعكس (عوض، 2012، ص ص 58-59).

كما يرى فرويد أن للشخصية ثلاث قوى كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل رقم 3: يوضح القوى الثلاثة للشخصية حسب فرويد



(المصدر: إعداد طالبة الباحثة).

حيث يرى فرويد أن مواجهة الصعاب والشدائد والضغوطات الحياتية هو في الحقيقة راجع إلى مدى قوة الأنا ونجاحها في إحداث التوازن لدى الفرد ووظيفتها الدفاع عن الشخصية والعمل على توافيقها مع البيئة، أي أن صمود الفرد في الحياة مرتبط بالثلاثة بنى للشخصية وحسب قوة أنا الفرد وطريقة تفاعله مع الأحداث الصعبة (غنى، 2010، ص 40) نقلا عن (أبو العنين، 2020، ص ص 351-352).

كما أكد أريكسون (Erickson) أن هناك عدة خصائص للشخصية الصامدة في تخطي الأزمات وهي: الأمل والحب والهدف والصلابة والإرادة والاهتمام والحكمة، حيث أن هذه الخصائص تساعد الفرد في التخلص من مشاعر اليأس والعجز وتساعد في تخطي الظروف الصعبة وتجعله يمتلك نظرة واضحة في الحياة وأن يخطط لمستقبله كما أنه يجعل لحياته أهداف ومعنى (شلتز، 1982، ص 144).

3-6 نظرية التنمية الذاتية البنائية لساكفتين وآخرون: حيث اقترحت هذه النظرية ما يسمى بمصطلح "نظرية بناء الذات"، والتي تقول أن الفرد الذي ينجو من الإجهاد نتيجة المواقف الصادمة هو راجع لنتيجة استخدامه استراتيجيات تكيفية، هذه الأخيرة يطورها الفرد من أجل إدارة التهديدات والسلامة النفسية والأمن الداخلي، حيث أشار ساكفتين أن هناك 05 مناطق أو ما يعرف بالمجالات الذاتية تتأثر بالأحداث المؤلمة وقام بشرحها كالتالي:

المجال الأول: هو طريقة الفرد في فهمه لذاته ولعالمه الخارجي، إضافة إلى ذلك جانبه الروحي.

المجال الثاني: يخص القدرة الذاتية ويشمل قدرة الفرد على التسامح والاندماج والحفاظ على علاقاته واتصالاته بذاته وبالآخرين.

المجال الثالث: ويعني كل المواد اللازمة لتلبية الاحتياجات النفسية بطريقة ناضجة مثل: القدرة على مراقبة الذات وذلك وفق استعمال المهارات المعرفية والاجتماعية للفرد.

المجال الرابع: وتعني كل الاحتياجات النفسية المتطورة وينعكس ذلك في المخططات المعرفية للأفراد منها (الثقة-السلامة-السيطرة-الاحترام...إلخ).

المجال الخامس: ويتمثل في نظام الإدراك الحسي والذاكرة بما في ذلك الجوانب البيولوجية (التكيفات البيولوجية) والخبرات الحسية.

فوفق ساكفيتن وزملائه فإن الفرد الذي تعرض للحدث الصادم أو المواقف الصعبة قام بدمج هذا الحدث وفق معتقداته النفسية والجسدية والعاطفية والشخصية والتجارب الماضية لها دور في تخطي الفرد للصعوبات، كما أن عناصر التجربة تحدد مدى توفر الحدث للعلاج، فالنمو والألم مرتبطان ارتباط وثيق في الخروج من الصدمة أو الخسارة.

وأن نمو ما بعد الصدمة يكون مرتبط بزيادة التوافق بين فهم الفرد للحدث الصدمي والمعنى الشخصي، ويحدث النمو عندما يفهم الفرد تجربته الحالية ومشاعره وتطوراته ومعتقداته المرتبطة في سياق الصدمة السابقة، والنمو قد يؤدي إلى تحولات كبيرة في المعتقدات حول الذات والعالم.

هذه النظرية لاقت اهتمام كبير، لكن لحد الآن لم تختبر تجريبياً، حيث أن لها إسهامات كبيرة في الدراسات السابقة، لكنها تفتقر إلى الاتجاه الواضح والتصوير البناء فهي بحاجة إلى المزيد من البحث (Wald et al.2006.pp17-18).

3-7 نظرية كوفي: (COVY) (1990) حيث يرى هذا النموذج أن هناك مبادئ تزيد من الصدود النفسي وهي كالتالي:

- النشاط والفاعلية: وهي أن يكون الفرد قادر على ممارسة مختلف النشاطات في حياته اليومية مع وجود عنصر الفاعلية التي بدورها تحدد أدوار الفرد المختلفة في تفاعله مع الحياة من أجل الوصول إلى تحقيق ذاته.
- تسطير القيم واختيار الأولويات: وذلك من أجل الوصول إلى أهدافه وتحقيقها.
- حسن استثمار الوقت وإدارته والتحكم فيه.
- توظيف العقل من أجل الوصول إلى ما يريد.
- تقبل الآخر وتفهم وجهات نظرهم.

▪ التعاون وذلك من خلال الإحساس بالآخر والعمل معه من أجل رفع الروح الجماعية المعنوية (الغبور، 2018، ص43)

3-8 النظرية الوجودية: ركز أصحاب هذه النظرية على مصطلح الكينونة في العالم الخارجي للأفراد، حيث أن النظرية استندت على مجموعة من الأسس الفلسفية التي بحثت فيها الكثير من الدراسات النفسية والتي اهتمت بالصمود النفسي، حيث أنها قالت بأن الأفراد يسعون إلى الوجود في الحياة وبيئة الفرد الاجتماعية خاضعة للتغير المستمر، حيث يرى فرانكل أن الوجودية هي سعي الفرد وراء وجوده وتحسين معناه وذلك راجع إلى قيمه ومبادئه وترى أيضا أن الأفراد باستطاعتهم مواجهة الصعوبات وتحويل الضغوطات والاجهادات في الحياة إلى فرص لمصلحتهم، ويرى أصحاب النظرية الوجودية أن الأفراد قادرون على اختيار سلوكياتهم في أي وقت، وأن الصمود النفسي حسب هذه النظرية هو تحمل لمسؤولية الفعل والسلوك وقرارات الفرد بالرجوع إلى العقل وتحمل الأحداث الضاغطة ومواجهتها من خلال وجود هدف بالحياة؟، ومفهوم الصمود النفسي في هذه النظرية هو تحمل الفرد لمسؤولياته نتيجة أفعاله وقراراته وذلك بالرجوع إلى العقل لتحمل مشقات الحياة والوصول بذلك لأهداف مستقبلية في الحياة (البحيري، 2011، ص26) نقلا عن (شاكر، العزاوي، 2018، ص7).

حيث تشكل المفاهيم النفسية الداخلية للكائن البشري مثل: المقاومة والعمليات اللاشعورية عنصرا محوريا في النظرية الوجودية ومختلف تطبيقاتها العلاجية، فقد استفاد منها الكثير من المعالجين الذين امتلكوا ميولات إنسانية مثل: ألفرد أدلر، وأوثورانك، وإريك فروم... إلخ (عدوي والصايم، 2015، ص124)

3-9 نموذج عوامل الوقاية وعوامل الخطر: وجهة نظر ميستن (2001)، حيث يعتبر الصمود النفسي ظاهرة نفسية إيجابية يشكلها الأفراد نتيجة تأقلمهم الإيجابي مع صعوبات ومشاكل الحياة، حيث أن النموذج الذي اعتمده ميستن لتفسير الصمود لدى الأفراد يحتوي على ثلاثة عناصر وهي كالتالي: عوامل متعلقة بالخطر، عوامل متعلقة بالوقاية، عوامل متعلقة بالنتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 1: يمثل عوامل الوقاية وعوامل الخطر من وجهة نظر ميستن(2001).

عوامل الخطر	عوامل الوقاية	النتائج
وتتمثل في: • أنواع الشدائد والمخاطر • مشاكل صحية. • تهديدات • صعوبات • أمراض • أزمات اجتماعية...إلخ	حيث تشمل العناصر التالية: • فاعلية الذات • تقدير الذات • الضبط الداخلي.	وهو كل ما يترتب عن كل ما هو عنصر خارجي (عوامل الخطر) والعناصر الشخصية الداخلية (عوامل الوقاية) وإما بالصمود أو لا صمود

(المصدر: علي، 2018، ص341)

والملاحظ هنا في هذا النموذج أن صمود الفرد النفسي يعتمد بدرجة كبيرة على نوعية الخطر الخارجي وشدته وعوامل الوقاية وهي عوامل متعلقة بالتكوين الشخصي للفرد ومدى فاعليتها وإمكانية التصدي للمشكلات والصعوبات.

التعقيب حول النظريات ومختلف النماذج التي فسرت الصمود النفسي:

من خلال مجموعة النماذج والنظريات التي تناولت متغير الصمود النفسي تفسيراً وتحليلاً، وبالرجوع إلى نظرية ويكس التي اعتبرت الصمود النفسي مركب من عدة عناصر متداخلة ومعقدة فيما بينها وعالجته من عدة أبعاد حيث من خلالها وضعت مفهوم للصمود النفسي، ركزت هذه الأبعاد على جوانب معرفية منها: حل المشكلات، التخطيط، الأهداف، والرؤية الشخصية... إلخ، وأهملت العوامل الخارجية التي تساهم في الأخرى في بناء الصمود النفسي للأفراد، أما نظرية ماستين وكورشورت، اعتمدا في نظريتهما على تحديد الخصائص الشخصية للصمود النفسي، وهذه النظرية ركزت على الجانب الظاهري أي ما يلاحظه الآخر في الفرد وأهملت الجانب العقلي والفكري والجانب النفسي للأفراد، أما نظرية ريتشاردسون نظرت إلى الصمود على أنه عبارة عن قوة كامنة داخل الأفراد تتطور من خلال ثلاث مراحل واهتمت بمصطلح الصمود الفطري عكس النظريتين السابقتين، كما ربطت الروح بالعقل وبالبيئة الخارجية هذه العناصر الثلاثة لتكوين الصمود النفسي، أما نظرية التواصل الاجتماعي ركزت على الترابط داخل البيئة والوسط الاجتماعي وأهميته في تكوين صمود الأفراد مبرزة دور المساندة الاجتماعية في ذلك وأن التبادلية سمة من سمات الصمود النفسي، حيث ركزت على بيئة الفرد وأهملت الخصائص الداخلية للشخصية عكس نظرية التحليل النفسي التي ركزت على البنى الشخصية الثلاث(الأنا، الهو، الأنا

الأعلى) وأهملت العوامل الخارجية للفرد، أما النظرية البنائية ركزت على الاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد أثناء المحن والصعوبات وحددت خمس مجالات تتأثر بها ذاتية الأفراد وتتمثل في: القدرات الذاتية، طريقة فهم الفرد لذاته، المهارات المعرفية والاجتماعية، الإدراك... إلخ، حيث ركزت على جوانب الفرد الداخلية وأهملت محيطه الخارجي، ونظرية كوفي ركزت على مبادئ يتبناها الفرد في حياته تحفز نمو الصمود النفسي لديه، في حين تعتبر الوجودية أن أساس الصمود النفسي هو سعي الأفراد لوجودهم في الحياة وتحقيق أهدافهم واعتبر نموذج عوامل الخطر والوقاية أن الصمود النفسي في تشكله يمر بثلاثة محطات وهي: عوامل الخطر الخارجية، عوامل الدفاع الداخلية والعوامل الناتجة وهي التي تحدد المظهر النهائي للصمود النفسي، وما يلاحظ أن هذه النظريات والنماذج درست الصمود النفسي من جوانب عدة منهم من أسنده إلى عوامل داخل الفرد ومنهم من قال أن الصمود هو نتاج عوامل خارجية، ومنهم من جمع بين الرأيين لذلك تعددت مفاهيم الصمود النفسي بين ما هو سمة في الشخصية وبين ما هو فطري ومكتسب عن طريق الخبرات الحياتية وتحدي الصعاب ومختلف المحن.

4- خصائص الأشخاص الصامدين:

تري عايدة وياسرة (2014، ص ص 8-9) أن كوتو عام 2002 (coutu:2002) قد أشار في دراسة له إلا أن الأفراد الذين يتمتعون بالصمود النفسي لهم عدة خصائص وسمات من بينها مايلي :

- أنهم أشخاص متوازنون نفسياً.
 - يواصلون حياتهم بالرغم من المحن وسوء الحظ لديهم.
 - يجدون معنى للحياة وسط الارتباك والاضطراب النفسي.
 - واثقون من أنفسهم ويدركون جيداً قوتهم وقدراتهم الخاصة.
 - لا يشعرون بالضغط ويستطيعون مواجهتها بمفردهم.
 - يتقون بقدراتهم على المواظبة والمثابرة.
 - يتميزون بالاستقلالية .
 - يدركون تعاملهم مع تحديات الحياة الحتمية وصعوباتها.
- وكذلك دراسة توجادا وفريدريكسن عام 2004 التي أشارت إلا أن الافراد ذوي الصمود النفسي يتميزون بجملة من الخصائص التالية:

- سرعة وفاعلية استعادة نشاطهم وحماسهم من الخبرات الضاغطة.
- استخدام الانفعالات الايجابية للنهوض من إخفاقاتهم.
- يبحثون على الجوانب الإيجابية أثناء مواجهة الضغوط والظواهر السلبية .

- يتمتعون بذكاء انفعالي.
 - وأشارت دراسة ليزرنج وآخرون 2004 إلا أن الأفراد ذوي الصمود النفسي يوصفون بـ:
 - يمتلكون اهتمامات واسعة بالحياة.
 - لديهم مستوى مرتفع من الروح المعنوية والمهارات الاجتماعية.
 - متحمسون وتوكيديون وغير انهزاميين.
- كما صنف (werner 1989) أيضا خصائص الأفراد الصامدين وذكر منها: أنهم أشخاص ناجحون رغم الصعاب يقومون بحل مشاكلهم بطريقة نشطة كما يميلون إلى إدراك تجاربهم في الحياة بشكل بناء ولهم القدرة على اكتساب اهتمام إيجابي من الآخرين، كما أنهم متفائلون ويؤمنون بالمستقبل.
- كما ذكر (Mcelvee2007) أن هناك ثلاثة خصائص لسمات الصمود تتمثل في التالي:
- الخصائص الفردية مثل: المرونة والمواقف الإيجابية أو التوجه الإيجابي نحو الحياة.
 - الروابط الاجتماعية التي يمكن أن تكون لها القدرة على التكيف مثل: العلاقات الفعالة مع الوالدين والآخرين في حياة الفرد.
 - الدعم الاجتماعي مثل: الأنماط المقبولة اجتماعيا كمعايير للسلوك (machuca، 2010،p4).
- ويرى كل من (غولي والعكيلي، 2019، ص ص 308-309) أن الأشخاص الذين يمتلكون صمود نفسي خلال تعرضهم للضغوطات والمواقف الصعبة بمايلي:
- يتصفون بالصبر أثناء المواقف الضاغطة والمؤلمة.
 - هم مثابرون ولديهم ائزان انفعالي.
 - يتميزون بالرزانة وعدم التسرع في اتخاذ قراراتهم
 - لديهم القدرة على التحكم في الغضب وإدارته وعدم التهيج.
 - يتميزون بخاصية قوة الإرادة والدافعية والمرونة.
 - متسامحون ومتفائلون.
 - لديهم القدرة على الصفح والعفو وتجاوز أخطاء الآخرين.
 - لديهم القدرة على حل المشكلات المختلفة في جميع مناحي حياتهم.
- وفي هذا الصدد فقد ذكر كل من (الرفاعي وأحمد، 2019، ص844) أن الجمعية الأمريكية ذكرت أن للصمود النفسي خصائص عدة من بينها:
- أن يمتلك الشخص مهارات المواجهة الإيجابية
 - أن تكون له القدرة على حل المشكلات التي تعترضه في حياته اليومية.
 - المثابرة من أجل السعي وراء النجاح وتحقيق الأهداف
 - الوعي بالذات وذلك لمعرفة الإنسان لذاته وماذا يريد

- إعطاء الشخص قيمة لنفسه وذلك بتقديرها.
- أن تكون نظرتة للحياة نظرة تفاؤلية مليئة بالأمل
- الأشخاص الأكثر صمودا هم الأشخاص الذين لديهم دعم ومساندة سواء من العائلة او من الاصدقاء.
- يمتلك الاشخاص الصامدون مهارات اجتماعية تمكنهم من التكيف والتفاعل داخل بيئتهم الاجتماعية.

5- مكونات الصمود النفسي:

أشارت (إيمان، 2015، ص 26) أن مكونات الصمود النفسي تشمل على العناصر التالية الذكر:

-الكفاءة الشخصية: حيث يختلف مفهوم الكفاءة الشخصية عن مفهوم الذات، بحيث أن الكفاءة تشير إلى تقييم الفرد لكفاءته أو قدرته على أداء مهمة خاصة في سياق محدد (على قاسم، 2018، ص383).

كما تعني الكفاءة الشخصية حسب (الجبالي، 2016، ص140) هي قدرة الفرد على التعامل مع ذاته من حيث معرفته لقدراته وإمكانياته مع نقاط القوة ونقاط الضعف التي يمتلكها مع استطاعته للتنظيم الذاتي لمختلف رغباته في الحياة ودوافعه النفسية والاجتماعية.

-حل المشكلات: حيث أنها مجموعة من الاستراتيجيات الفكرية التي يستخدمها الفرد عند التعرض لمشكلة ما أو موقف صعب سواء كان على الصعيد العملي أو الأسري أو الصحي، حيث تعتبر حل المشكلات اسلوب عقلي يعتمد على النشاط الذهني ويتطلب من الفرد توظيف أفكار وطرق عند وقوعه في حدث مقلق من أجل وصوله إلى تفسيرات أو حلول مقبولة الشكل (غانم، 2016، ص179)، أو هي عبارة عن تفكير عقلي يقوم به الشخص أثناء مواجهة الصعاب التي لم يسبق له مواجهتها (بن ناصر، 2017، ص175)، وتعتبر حل المشكلة مجموعة من الاجراءات يتخذها الفرد فتقله من حالة القصور والفشل في تحقيق الأهداف إلى حالة أخرى تسمح له بالوصول وتحقيق ما يريد (لونيس، 2017، ص22).

والقدرة على حل المشكلات هي مجموعة من الخطوات والأحداث يستخدم فيها الفرد بعض المبادئ والعلاقات للوصول إلى بعض الأهداف، وهي قدرة الفرد على التغلب على بعض المصاعب (فرحات، 2019، ص77).

وهنا نرى أن هذا المكون أو الخاصية صفة أساسية في الفرد الصامد نفسيا، بحيث أن طريقة وأسلوب التفكير وكيفية تبسيط وتفهم وتقبل المشكلات الصعبة عنصر مدعم وأساسي للصمود

- المرونة: تختلف المفاهيم في هذا المصطلح باختلاف ميدان استخداماته، وتعني المرونة قدرة الشخص على الاستجابة لمختلف المواقف، وهي في علم النفس سمة من سمات الشخصية (أحمد وكرار، 2015، ص175)، كما يشير رزوق عام 1979 على أن المرونة هي مقدرة الفرد على التوافق والتكيف، ويعبر

هذا المصطلح على الانفتاح في القدرات والقوى والاستعدادات، والمرونة استجابة انفعالية وعقلية تمكن الأشخاص من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة (الجنابي، 2019، ص 227)

-إدارة العواطف: ويعني ذلك قدرة الفرد على تعامله مع الأحداث المقلقة والمواقف الصعبة بدون استثارة وبنفس هادئة (محمد، 2014، ص 60)، والعواطف هي عبارة عن مجموعة من التفاعلات التي تحدث في سياقات تاريخية اجتماعية تقودها أهداف ومعتقدات شخصية (بوطة ومناصرية، 2018، ص 78).

-التفاؤل: يعرف التفاؤل على أنه "قول أو فعل يستبشر به وتفاؤل بشيء والفأل ضد الطيرة والتفاؤل ضد التشاؤم." والتفاؤل هو استعداد انفعالي، ومعرفي معمم ونزعة للاعتقاد أو الاستجابة انفعاليا تجاه الآخرين، وتجاه المواقف وتجاه الأحداث بطريقة إيجابية وواعدة، وتوقع نتائج مستقبلية جيدة ونافعة، والمتفائل أكثر ميلا للاعتقاد بأن الأمور الطيبة ستحدث الآن وتكون مبهجة وسارة وستستمر لتبهجه (سناء، 2014، ص 9).

-العلاقات الاجتماعية: حيث يتم تكوين العلاقات الاجتماعية داخل المجتمع بين الأفراد وذلك لأهداف عديدة من ضمنها إشباع الحاجات التي يسعون لها، حيث تعتبر العلاقات الاجتماعية مصدر استمرار الحياة (عبد العزيز، 2017، ص 494).

ويعتبر اكتساب الفرد للمهارات والخبرات الاجتماعية في المحيط الاجتماعي أحد أهم الدعائم لإعطائه القدرة والقوة في تحدي الصعاب ومختلف المشكلات النفسية والصحية والاجتماعية، فالعلاقات الاجتماعية المختلفة تساهم في جعل الفرد أكثر ثباتا وبالتالي أكثر صمودا.

الإيمان: فالإيمان بالله يؤدي إلى شفاء النفس من الأمراض ويحقق الشعور بالأمن والطمأنينة، وما يلاحظ أن في القرآن الكريم قد أوضح أهمية الإيمان في تحقيق الأمن النفسي، فالإيمان بالله يزيد الفرد ثقة في نفسه وقدرته على الصبر وتحمل مشقة الحياة وصعابها (الفار، 2016، ص 61).

6- أنماط الصمود النفسي:

وفي هذا الصدد يقول (أبو المشايخ، 2018، ص 30) ان (Van Breda.) اعتبر العوامل الخارجية التي تشكل خطر وتهديد للفرد بوجود مشكلات ومحن هي أحد المكونات الهامة للصمود النفسي، وجود تهديد في حياة الأشخاص ينتج عنه قلق وتوتر، حيث يمكن الاستدلال بوجود صمود نفسي عن طريق وجود عوامل حماية وعوامل الخطر، حيث ذكر في هذا الصدد أربعة أنماط من الصمود وهي كالتالي:

- النمط التنظيمي: وتمثل مجموعة جوانب الفرد الشخصية التي تنظم صموده في مواجهة المحن والأزمات وتتضمن مجموعة من العناصر الأساسية الذكر ومنها:
- الصحة الجسمية الجيدة.

- سيطرة الذات.
- الثقة في النفس والإحساس بقيمة الذات.
- **النمط الارتباطي:** ويمثل مجموعة مهام وأدوار الفرد في المجتمع والحياة، كما يمثل أيضا مدى علاقته مع الأفراد الآخرين في المجتمع، وقد تتعدى العلاقات إلى تشكيل نظام أوسع في المجتمع.
- **النمط الموقفي:** حيث يتحدد في مدى تفاعل وترابط بعض خصائص الفرد في المواجهة لمختلف المحن والمواقف الضاغطة، حيث تشمل مجموعة من العناصر المهمة وهي كالتالي:
 - قدرة الافراد على حل المشكلات.
 - قدرتهم على تقييم مختلف المواقف والاستجابة لها.
 - الاستعداد لمواجهة المواقف الصعبة.
- **النمط الفلسفي:** حيث يهتم هذا النمط بنظرة الفرد للحياة، وهذا النمط يحمل عدة من المعتقدات بنظرة الفرد للحياة وهذا النمط يحمل عدة من المعتقدات تختلف حسب ثقافات الأفراد وحتى بين الأفراد فيما بينهم، وهذه المعتقدات هي التي تطور الصمود النفسي وتشمل العناصر التالية الذكر:
 - أهمية النمو الذاتي لوجود الصمود النفسي.
 - إيمان الشخص أن حياته لها أهداف يسعى لتحقيقها والعمل من أجل الوصول إليها.
 - حيث أن تشكل الصمود النفسي للأفراد يتأثر بالبيئة الاجتماعية وطبيعة الثقافة إضافة إلى الجوانب المختلفة في الشخصية واختلافها من شخص إلى آخر (جسمية، نفسية، معرفية، ...إلخ).

7-دورة الصمود النفسي:

فحسب (الطالع، 2016، ص 49، ص 50) نقلا عن (pearsall , 2003) قد وضع نموذج للأداء النفسي أثناء تعرض الفرد للمحن والشدائد أطلق عليه اسم دورة الصمود النفسي بداية من ظروف الفرد العادية حيث يكون في اتزان نفسي وخلال تعرضه للظروف الضاغطة أو الاستثنائية يدخل الفرد في الاضطراب بحيث أطلق عليه اسم اضطراب المحن (Adversity Strikes)، وهنا يرى "pearsall" أن الأفراد يبدون ردود أفعال مختلفة تبعا لمستوى الصمود الذي يتمتع به كل منهم. حيث يرى أن دورة الصمود النفسي تتم على النحو التالي:

▪ مرحلة التدهور Deteriorating:

وتبدأ بمجموعة من المشاعر السلبية من بينها: الغضب والحزن والإحباط، في حين مع استمراريتها تنمو هذه المشاعر وتتحوّل حتى تصبح أكثر كثافة مؤدية إلى المزيد من التدهور حيث يبدأ الفرد من التقليل في قيمة ذاته وإلقاء اللوم على الآخرين، وحين يفشل الفرد في دفع المشاعر السلبية من خوف

وإحباط فإنه يدخل في مرحلة غير صحية ويمكن أن تتحول في الوقت الراهن إلى صحية إذا نجح الشخص في تعامله مع الإحباط والغضب بشكل بناء وهذه المرحلة قد تتميز بقصر وقتها كما يمكن أن تأخذ وقت طويل وذلك راجع إلى المكونات الشخصية وخبرات الفرد السابقة في التعامل مع المواقف المحزنة والضاغطة .

▪ مرحلة التكيف :Adapting:

بعد مرحلة التدهور والانحدار نحو الانخفاض والاختلال يرقد الفرد مرة أخرى عكس مسار التدهور صاعدا بقدر كافي يسمح له بالتأقلم مع الأوضاع الراهنة ويحدث ذلك عندما يتخذ الفرد بعض التدابير والإجراءات التي تمكنه من التغيير وينظر إلى هذه المرحلة الانتقالية كخطوة ضرورية للانتعاش ،لكن لا ينبغي أن تكون الأخيرة

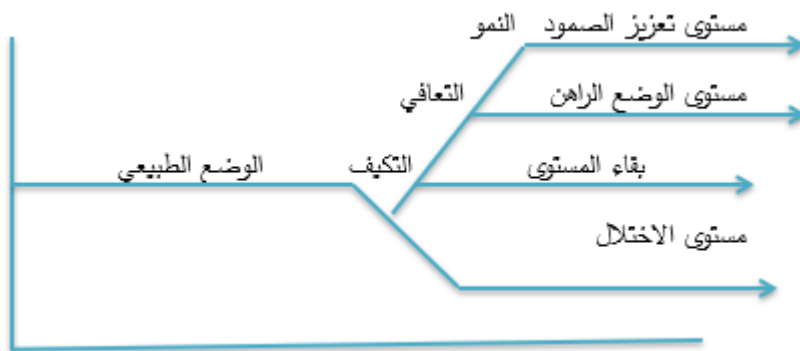
▪ التعافي :Recovering:

تعتبر هذه المرحلة مستمرة للمرحلة السابقة (التكيف)،حيث يتم فيها مواصلة المسار الصاعد وتكون مرحلة التكيف بمثابة وسيلة أو خط ربط للوصول إلى التعافي وهو ما يعرف بالعودة إلى مستوى الوضع الراهن، مستوى ما قبل بدء الأزمة وستكون الأمور على ما يرام إذا كان الفرد في مستوى الوضع الراهن، وقد يستمر الأداء النفسي بشكل كاف ولكن يبقى النمو والازدهار كأهم خبرة مستفادة من الأزمة أ والتحدي.

▪ النمو :Growing:

في هذه المرحلة يتعلم الفرد من المحن والشدائد التي تعرض لها ويصل بهذا التعلم إلى مستوى مرتفع من الأداء النفسي يفوق أداءه قبل التعرض للمحن وهو ما يسمى باستعادة التوازن الفردي للفرد في الاتجاه التصاعدي.

الشكل رقم 4: يمثل دورة الصمود النفسي



(المصدر: pearssal ,2003).

8-العوامل المؤثرة في الصدود النفسي:

يرى كل من (عيسى والخولي، 2021، ص119) أن من أهم العوامل المؤثرة في الصدود النفسي من حيث دعمه وقوته المساندة الاجتماعية إذ تشكل هذه الأخيرة عنصر هام من حيث دعمه وقد تكون هذه المساندة من البيئة الخارجية أو من الاسرة ومجموعة الأقران، إضافة إلى ذلك قدرة الفرد الخاصة في تحمل المواقف الطارئة والمحن، أي ما يعرف بالتماسك الذاتي أثناء المواقف الصعبة، كما يشكل وضع الخطط والاستراتيجيات البديلة للعبور من الأزمات من بين أهم العوامل المدعمة للصدود النفسي.

9-الصدود النفسي لدى أسر أطفال التوحد:

9-1 الصدود النفسي لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة: إن أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عند ميلاد طفل غير باق الأطفال (طفل غير طبيعي)، فإنهن يتعرضن إلى الكثير من الضغوط نتيجة تلقي الخبر الصادم بأن ابنها من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تبدي الأم ردود أفعال متعاقبة تظهر في شكل الإنكار والرفض والشعور بالذنب، لوم الذات ولوم الآخرين حيث تظهر بعض الأمهات مشاعر تتأرجح بين الحب الشديد والكراهية الشديدة من ناحية أخرى، وهناك بعض الأمهات تتقبل الطفل وتبدأ في البحث عن المصادر التي تعينها في اتخاذ الإجراءات والتدابير التي تساعد على التعامل مع الموقف بإيجابية(محمد، عزة، 2013، ص284).

وقد أشارت العديد من الدراسات في هذا الصدد على أن هناك قسمين من الأسر عندما تواجهها بعض المحن، فبعض العائلات تتخطاها بكل سهولة وبطريقة وظيفية فتصبح أكثر قوة، في حين أن هناك أسر أخرى رغم مواجهتها لنفس المواقف لكن ردود أفعالها تكون العكس، وهذا هو جوهر الفرق بين العائلات الصامدة والغير صامدة، وفيما يلي هناك العديد من العوامل التي تساهم في الصدود النفسي للأسر اتجاه النكبات هذه العوامل تمثلت فيما يلي:

- وضع معنى ومفهوم واضح للنكبات والمحن.
- جعل كل قوى الفرد من تفكير ومشاعر وسلوك في المنحى الإيجابي.
- تقوية الجانب الروحي للأشخاص
- تقوية جانب المعتقدات وتصحيح المعتقدات الخاطئة التي يحملها الأفراد.

كل هذه العوامل المذكورة تساهم بشكل كبير في تصدي الأسر لمختلف الصعوبات التي واجهتها مع وجود عناصر أخرى يجب أخذها بعين الاعتبار مثل: المرونة النفسية، الترابط والتواصل بين أفراد الأسرة مع قدرة الاسرة على توظيف إمكانياتها من جميع الجوانب في مواجهة مختلف المحن(بن عزوزي، 2019، ص162).

خلاصة:

يعتبر الصمود النفسي من بين الخصائص الإيجابية في الشخصية، حيث أن توفرت هذه الصفة في الأفراد تجعلهم أكثر صلابة وثباتا في المحن ومختلف المشكلات النفسية والاجتماعية ومختلف الأمراض والاضطرابات الموجودة في حياتهم، فالأشخاص الصامدون هم أكثر الأشخاص سعادة وتجدهم متفائلين لجميع الأمور خيرا كانت أم شرا، يعيشون بأمل فيحققون راحة نفسية وخلو أجسامهم من الأمراض، أكثر رزانة وحكمة في حل المشكلات ويصلون إلى أهدافهم سريعا.

الفصل الثالث: التوجه نحو الحياة

تمهيد:

- 1- مفهوم التوجه نحو الحياة.
- 2- النماذج المفسرة للتوجه نحو الحياة.
- 3- أبعاد التوجه نحو الحياة.
- 4- مظاهر التوجه نحو الحياة.
- 5- سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه الإيجابي.
- 6- سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه السلبي.
- 7- توجه ام طفل توحدي نحو الحياة.

خلاصة.

تمهيد:

يعبر عن مصطلح التوجه نحو الحياة بشقيه السلبي والإيجابي غالبا بعدة معطيات منها: سلوكيات الأفراد وردود أفعالهم في المواقف الحياتية المختلفة وأيضا طريقة تفكيرهم والسمات الغالبة على شخصياتهم، فمن خلال هذه البيانات نستطيع أن نحدد كباحثين مختصين في المجال وكأخصائيين نفسانيين ملامح شخصية الفرد ونوعية توجههم للحياة والمستقبل، فنجاح الأفراد في حياتهم وتغلبهم على المحن والأزمات ومختلف الصدمات ووصولهم إلى تحقيق أهدافهم وتمتعهم بالصحة النفسية والجسدية وتوافقهم وتوازنهم النفسي في الحياة قد يكون التوجه الإيجابي للحياة أحد العوامل المساهمة في ذلك، هذا الأخير تشكل من خلال إيمان الفرد واقتناعه أن ما يحدث له خير ومفرح ويغلب عليه الطابع التفاؤلي بأمور الحياة، أما التوجه الفردي السلبي للحياة يساهم بدرجة كبيرة في عدم وصول الفرد لأهدافه وعدم تحقيقها والفشل الحتمي فيما بعد، وصعوبة تخطيه للعقبات التي تعترضه في الحياة تجعله دائم التشاؤم واليأس وقانط من الحياة، وهذا ما سنحاول التطرق إليه من خلال هذا الفصل بعنوان التوجه نحو الحياة والذي سنتحدث فيه عن العناصر التالية الذكر: مفهوم التوجه نحو الحياة، النماذج المفسرة للتوجه نحو الحياة، أبعاد التوجه نحو الحياة (البعد السلبي، والبعد الإيجابي)، ومظاهر التوجه نحو الحياة والسمات الشخصية المتمتعة بالتوجه الإيجابي للحياة كما تطرقنا أيضا للشخصية المتمتعة بالتوجه السلبي وفي الأخير خلاصة للفصل تم ذكر ما توصلت إليه الباحثة من مفهوما وتحليلها لمتغير التوجه نحو الحياة.

1- مفهوم التوجه نحو الحياة:

فقبل التطرق إلى مفهوم التوجه نحو الحياة وجب علينا التطرق إلى معنى الإيجابية في الحياة ومعنى السلبية ومعنى التوجه.

1-1 الإيجابية في الحياة: حيث تعتبر الإيجابية توجه يمتاز بالتفاؤل والانفتاح داخل الفرد، حيث يدفعه هذا الشعور بالتفاؤل إلى تقبل الذات والرضا وتقبل الآخر، هذا التوجه الإيجابي يدفع الفرد إلى التفكير والاهتمام بالذات والغير (ثابت، دس، ص 9). كما تعني الإيجابية في الحياة الميل الإنساني إلى التركيز على كل ما هو خير وحق وجمال ومثمر في الحياة حيث يمثل هذا التوجه مؤشر للسواء النفسي من منظور علم النفس الإيجابي (أبو حلاوة، 2020، ص5).

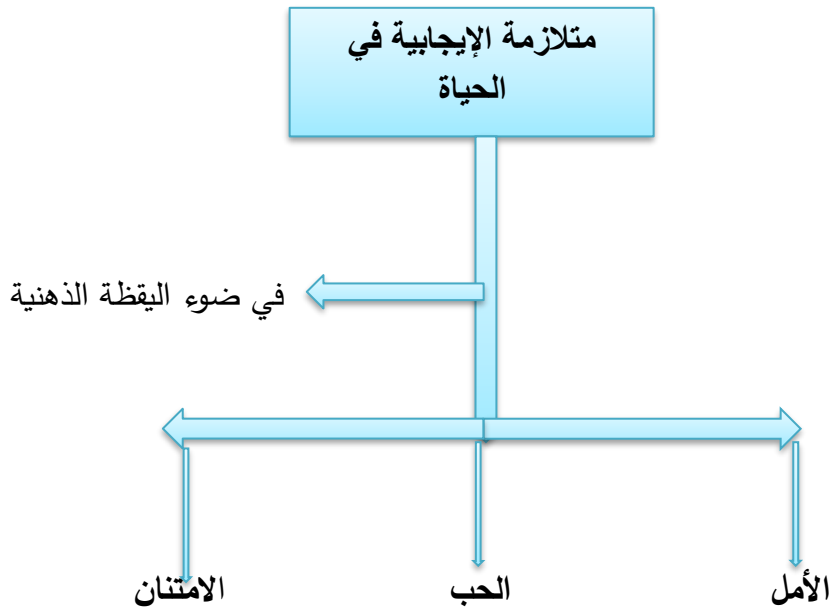
متلازمة الإيجابية في الحياة: فقد تصورت الدراسات أن تفسير ووصف الإيجابية في الحياة يقع ضمن دمج اليقظة الذهنية أي الإشارة هنا إلى الوعي بالذات ودوره في التفاعل مع وقائع الحياة ودور الخبرة في استثمار عطاء الذات كل هذه العوامل تتدخل في إعطاء صورة إيجابية للحياة وانطلاقاً من هذا التصور تأتي متلازمة الإيجابية في الحياة بمكونات هي كالتالي:

الأمل: يعبر عنه بامتلاك البنية النفسية للشخص بتوقع الخير في ضوء: الهدف والمسار والاقتدار وفق تصورات ريك

الحب: ويعبر عنه بتقبل الفرد للآخرين والرفق معهم بكل ود وتراحم، مع إقباله للحياة وترحيبه بها بكل تفاؤل واستبشار.

الامتنان: وهو امتلاء البنية النفسية للشخص بالشكر والعرفان بالجميل لكل النعم الموجودة في الحياة. كما هو موضح عبر المخطط الشكلي التالي:

الشكل رقم 5: متلازمة الإيجابية في الحياة



(المصدر: أبو حلاوة، 2020، ص 6-7).

1-2 مفهوم التوجه لغة:

يقال شئ موجه أي إذا جعل على جهة واحدة لا يختلف على أخرى ويقال أيضا: خرج الناس ليوجهوا للمارين الطريق توجيهها إذا سلكوه أي أن أثر الطريق يستبان لمن يسلكه وتتجلى المعاني اللغوية في مفهوم التوجه كالتالي:

▪ إدارة الأشياء إلى الجهات التي يمكن أن يتجه إليها الفرد.

▪ إقامة الشئ أو تعديله على نحو معين (عيسى، 2019، ص 162).

ويعرف الاتجاه أو التوجه على أنه موقف اتخذته الفرد إزاء شئ معين سواء كان هذا الشئ فكرة أو عاطفة أو رأي أو أسلوب حياة...إلخ، ويكون هذا التوجه إيجابي أو سلبي راجع إلى خبرات الفرد الشخصية التي كونها نتيجة التجارب الحياتية ومعلوماته المكتسبة (شحاته، 2003، ص 16).

يعرف التوجه على أنه عملية استخدام الفرد لحواسه المتعلقة بالجانب العقلي (الانتباه-التذكر-إدراك العلاقات...الخ) وذلك بغية تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته في محيطه الاجتماعي (القريطي، 2001، ص 399).

من خلال التعاريف السابقة الذكر التي تم سردها حول مفهوم التوجه يلاحظ بأن التوجه هو عبارة عن مسار أو فكرة أو موقف حقق للفرد إشباع لحاجة معينة فقرر تبني الفكرة وإتباع مسارها.

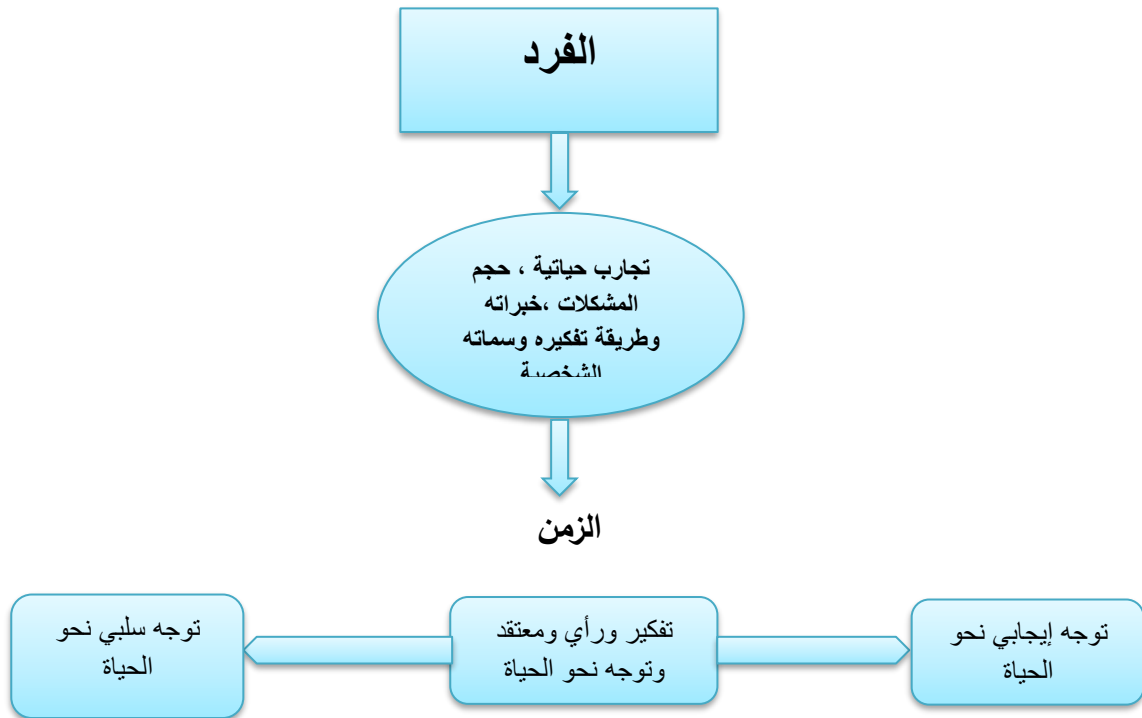
1-3 التوجه نحو الحياة اصطلاحاً:

- يعرف التوجه نحو الحياة بأنه التحمس والإقبال للحياة برغبة قوية من الفرد على العيش، إذ يعتبر علامة مهمة تدل على تمتع الفرد بالصحة النفسية السليمة (العقاد، 2019، ص182).
- كما أعتبر التوجه نحو الحياة سمة في الشخصية وليس حالة من خاصيتها التوجه نحو المستقبل وتؤثر في سلوك الحاضر للأفراد وترتبط بالجانب الإيجابي لشخصية الفرد كما أن درجاتها تختلف من شخص إلى آخر (مرسي، 2019، ص97).
- وعرف التوجه نحو الحياة أيضاً بأنه حالة وسمة في آن واحد، فتؤثر هذه السمة على أداء الفرد إما بالسعادة والتفاؤل والإقبال على الحياة وإما بالاعتزال عن المجتمع والتشاؤم وذلك حسب المواقف المعرض لها وحجم المشكلات التي تعترض الإنسان (شقيير، 2019، ص16).
- والتوجه نحو الحياة هو نظرة استبشار نحو المستقبل تحمل للفرد توقع الأحداث السارة والخير مع استبعاد كل الأشياء المؤلمة للفرد (هادي، 2008، ص206).
- كما أن التوجه نحو الحياة شعور داخلي يستدل عليه عن طريق السلوكيات الخارجية، فكل ما يسعى الفرد لتحقيقه في الحياة هو مرتبط بنظرته الإيجابية وبأمله وتفاؤله وشعوره بالراحة النفسية وتمتعه بالسعادة والتوافق النفسي (حسن، 2018، ص29).
- والتوجه نحو الحياة هو عبارة عن تأثر انفعالي نحو مختلف جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والصحية لدى الأفراد، راجع لوجود خبرة سابقة تؤثر على إدراكه وسلوكاته فيما بعد إما بالإيجاب أو السلب (صقر، 2018، ص206).
- ويعد التوجه نحو الحياة أحد البناءات الإيجابية التي ترتبط بالصحة النفسية العامة في المجالات المعرفية المختلفة حيث ينظر للشخص على أنه يمتلك توجهات إيجابية في الحياة بتوقعه للحصول الأشياء الجيدة (دقة، 2011، ص8).
- ويعرف أيضاً التوجه نحو الحياة بأنه ميل الشخص إما للتفاؤل أو التشاؤم أي توقع الأشياء الإيجابية أو السلبية وكلاهما يعبر عن التوجه نحو الحياة إما بالسلب أو بالإيجاب (بادي وبلول، 2016، ص120).
- ويرتبط مفهوم التوجه نحو الحياة بتقييم الشخص لنوعية حياته معتمداً في ذلك على نظره الإيجابية واعتقاداته التي تحمل كل الخير ولمكافأته في الحياة (علي، 2013، ص1271).
- ويعتبر التوجه نحو الحياة نظرة الفرد للحياة في تحديد سلوكه التوافقي معها إيجابياً أو سلبياً (علي، 2011، ص286).
- أما (بعلي، 2021، ص463) فقد رأى أن التوجه نحو الحياة هو الميل للأشياء الجيدة والحسنة وهو ما يعرف بالتفاؤل (توجه إيجابي)، أو عكس ذلك وهو التشاؤم (توجه سلبي).

■ ومن خلال مجموعة التعاريف التي تطرقت إليها الطالبة الباحثة فإننا نستخلص منها أن مفهوم التوجه نحو الحياة منهم من عرفه في بعدين (اتجاهين إيجابي والآخر سلبي) أي يقصد بهما عنصري التفاؤل والتشاؤم ومنهم من حصره مباشرة في الجانب الإيجابي (أي بعد واحد) التفاؤل أو ما يقصد به التوجه الإيجابي، كما ان معظم التعريفات تطرقت إليه من حيث أنه سمة في شخصية تشكلت نتيجة عدة عوامل منها: طبيعة التنشئة الأسرية والبيئية ومواقف الحياة الصعبة والأزمات التي تعترض الإنسان في حياته هذه السمة ساهمت في تشكيل سلوك الفرد، وأخرى اعتبرت التوجه نحو الحياة حالة أو تأثير انفعالي نتيجة مواقف وخبرات سابقة هذه الحالة مكتسبة وأصبحت كخبرة أو تجربة شخصية.

أما الطالبة الباحثة فتعرف التوجه نحو الحياة بأنه عبارة عن مجموعة أفكار أو معتقدات أو آراء تشكلت لدى الفرد من خلال عدة تجارب شخصية خاضها طيلة حياته ومن خلال إشباعه لمختلف حاجاته وصل من خلالها إلى نقطة أن ما يعيشه أو يسعى للوصول إليه سيكون إيجابي (التفاؤل)، أو سلبي (التشاؤم)، أي بمعنى آخر نظرة الفرد للحياة من خلال عدة عوامل منها خبراته الشخصية وحجم المشكلات وطريقة التعامل معها وأسلوب تفكيره، بحيث تكون هذه النظرة أو الفكرة تحمل كل معاني الخير والجوانب الإيجابية كما هو موضح في المخطط التالي:

الشكل رقم 6: يمثل مخطط توضيحي حول مفهوم التوجه نحو الحياة



(المصدر: إعداد الطالبة الباحثة)

ويرتبط مفهوم التوجه نحو الحياة بعدة مفاهيم متقاربة منها: الشعور بالسعادة، التفاؤل، الأمل، الرضا عن الحياة، وجودة الحياة (النواجحة، 2016، ص289).

1-4 المفاهيم المتقاربة لمفهوم التوجه نحو الحياة:

-السعادة: تعتبر السعادة ذلك الشعور النابع من الداخل يتسم بالبهجة والسرور، حيث أنه ينعكس على حالة الفرد النفسية وعلى مزاجه أيضا، مما يجعل الفرد ينظر بشكل إيجابي للحياة أي أن السعادة تلعب دور مضاد للمواقف الحزينة التي تولد للفرد التشاؤم والطاقات السلبية (أبو النصر والنجار، 2020، ص25)، ويعتبر التوجه نحو الحياة أحد مكونات الرئيسية للسعادة وهو نوع من التقدير للحياة الحاضرة والمستقبلية (علي، 2013، ص1268)، إذ السعادة متغير أساسي للشخصية ارتبطت دراساتها بالدراسات الحديثة في علم النفس الإيجابي أصبحت هدفا أساسيا في حياة الإنسان من أجل الوصول إلى شعوره بالرضا وتحقيق الذات والتفاؤل وتلبية هذه الحاجات تؤدي منطقيا إلى التوجه الإيجابي نحو الحياة وهي حالة عقلية تتسم بالإيجابية بعيدة عن المرض النفسي والكآبة (صالح، 2013، ص190 ص 196)، والسعادة في إطار علم النفس الإيجابي كمؤشر لجودة الحياة والتتعم وراحة البال والرفاه تتضمن السعادة حسب المخطط التالي ما يلي :

الشكل رقم 7: يوضح مكونات السعادة في إطار علم النفس الإيجابي



(المصدر: إعداد الطالبة الباحثة)

وحسب كل من جو ديزبينزا (joe dispenza) وكاندا بيرت (canda bir)، أن الانفعالات الإيجابية تمكن الإنسان من استعادة عافيته النفسية وتجدد طاقة إقباله للحياة وعندما تسيطر في الفرد الانفعالات الإيجابية فإنه يزداد الإبداع لديه ويطور مرونة نفسية على المدى البعيد مما يمكنه من التعامل الإيجابي والمواجهة الإيجابية لأي ضغط أو منغصات حياتية تحدث له، حيث تتضمن الانفعالات

الإيجابية الوعي بالحالة الداخلية للفرد فتترجم إلى سلوكيات وردود أفعال إيجابية (أبو حلاوة، 2014، ص 15 ص 16).

فمن خلال جملة المفاهيم المتطرق إليها في مفهوم السعادة إذ تعتبر حسب رأي الباحثة مظهراً ومؤشراً هاماً على أن الفرد راضي بقراراته وكل اختياراته التي وفرت له رضا عن حياته وهذا يعكس التوجه الإيجابي لحياته ومستقبله.

-التفاؤل: والتفاؤل يعرف على أنه توقع النتائج الإيجابية للأحداث القادمة وحدث الأشياء الإيجابية بدل الأشياء السلبية(عبد الكريم والدوري،2010، ص246)، كما يعتبر التفاؤل استعداد انفعالي اتجاه الآخرين واتجاه المواقف واتجاه الأحداث بطريقة إيجابية والشخص المتفائل يتوقع المستقبل بطريقة إيجابية ونافعة، والشخص المتفائل يرى الأمور طيبة والسعادة مستمرة وموجود، إذ تكون نظرة الفرد إيجابية ولديه إقبال للحياة وأكثر قوة في التغلب على الصعوبات والمحن الحياتية التي قد تواجهه (سليمان، 2014، ص ص 19-20).

وفي السياق ذاته يرى سليجمان (seligman .1995) أن الشخص المتفائل يقاوم النكبات التي تعترض حياته بشكل أفضل عن الشخص المتشائم رغم تعرضهما لنفس الشدة والحدة للمواقف الحزينة والمزعجة، حيث أن المتفائل شخص لا يستسلم ويعود للحياة بشكل طبيعي بعد التعرض للأزمة رغم قساوتها، فالمتفائل يتميز بالمرونة والحيوية والدافعية للإنجاز ويتمتع بحياة صحية ونفسية أفضل (علي، 2013، ص 1270)

كما لخصت (علام، 2021، ص 338) التفاؤل في مجموعة من النقاط أهمها:

- التفاؤل أساس الصحة النفسية والجسدية للفرد.
 - يرتبط التفاؤل ارتباط قوي بالسعادة والأشخاص المتفائلون هو أكثر سعادة كما أن التفاؤل يمنح القدرة على رؤية كل شيء جميل في الحياة.
 - التفاؤل يعيد للشخص الأمل ويدفعه لتحقيق أهدافه دون الشعور باليأس
- وعليه فقد أكدت دراسات عديدة ارتباط سمة التفاؤل بالصحة النفسية والجسدية والانفعالات الشخصية للفرد، كما اعتبروا التفاؤل عامل رئيسي من عوامل العيش بصحة جيدة والنجاح في الحياة فيرتبط بدرجات الهناء والرفاهية الانفعالية لدى من يعانون مشاكل صحية حادة أو مزمنة فالتفاؤل يساعد المرضى على التحكم النفسي للانفعالات حسب (Taylor.1992) وإدراكه لتطور مخاطر المرض كما يساعده على التغلب للضغوط بنجاح والنظر إليها بنظرة إيجابية (العريفي، 2018، ص 570).

فمن خلال المفاهيم الواردة عن التفاؤل فيمكننا القول أن لولا هذه الصفة في الشخص لما كان توجهه سليم وسوي في الحياة، أي أن توقع الأشياء الجميلة والسعيدة في الحياة بصفة عامة والمستقبل بصفة خاصة تجعل الفرد له ادراك إيجابي نحو الأشياء وبالتالي توجهه إليها يكون إيجابي.

الأمل: عرفه سنايدر (Snyder.2000) بأنه استراتيجية معرفية وحالة إيجابية دافعة تتضمن التوجه نحو الحياة، حيث يؤكد فيها على وجود التفاؤل وفي هذه الحالة يشعر الفرد ان بإمكانه القيام بمهام وأدوار الحياة المختلفة فينتج بكل طاقة وحيوية نحو تحقيق أهدافه (محمود، 2009، ص 130).

أما (معمرية، 2011، ص 74) فيرى أن مصطلح الأمل لاقى اهتماما بالغا لدى السيكولوجيين بتحديد وضبط مفهومه وتنظيم الأفكار حوله، حيث أشارت الدراسات إلى أن الأمل هو التوقعات الإيجابية لبلوغ الهدف، أي أن وجود الأمل له دور فاعل في حياة الفرد وتغييرها بصورة تلفت الانتباه.

فالملاحظ هنا أن مصطلح الأمل بمفهومه ومكوناته وجوده لدى الأفراد يرفع من مستوى الإيجابية سواء في التفكير أو التوقع وحتى التوجه.

الرضا عن الحياة: يعتبر الرضا عن الحياة شعور الفرد بالفرح والسعادة والراحة والطمأنينة وإقباله للحياة بحيوية نتيجة لتقبله لذاته وعلاقاته الاجتماعية ورضاه عن إشباع حاجاته (المجدلاوي، 2012، ص 211). حيث إن موضوع الرضا عن الحياة يتأثر بخبرة الأحداث السارة والمواقف المبهجة فتولد لدى الفرد مشاعر إيجابية وإن وضع الأفراد في أحداث ومواقف مبهجة يزيد من شعورهم بالرضا عن الحياة (علي، 2013، ص 1269)،

جودة الحياة: يعرف مفهوم جودة الحياة بأنها قيمة الفرد لنوعية حياته والرضا عنها، ويشمل جانبين: المزاجي والمعرفي بحيث أن الفرد يشعر بجودة الحياة حين مروره بالخبرات السارة أكثر منها من الغير سارة بالإضافة إلى تغلب المشاعر الإيجابية على المشاعر السلبية (أحمد، 2017، ص 129)، وجودة الحياة هي حسن توظيف بعض الإمكانيات العقلية، وتعني أيضا جودة الحياة شعور الفرد بالراحة والسعادة والاستمتاع بالحياة، كما تعني أيضا القدرة على التواصل والتفاعل الإيجابي في علاقته بالآخرين هذه العوامل تحقق له التوافق النفسي والاجتماعي ومنها تحقيق جودة الحياة (برابح، 2020، ص 71).

معنى الحياة: ويقصد بها الأحوال السيئة أو الحسنة التي يشعر بها الفرد والتي لها علاقة بمدى إشباعه لحاجياته وإدراكه الذي يعبر عن مشاعره واتجاهاته واستجابته للحياة ككل (الحانوتي، 2016، ص 205).

أما هورم باك وشاو (hormbake and show) عرفا نوعية الحياة بأنها نتاج الظروف الموضوعية لعدد من العوامل مرتبطة بالاتجاه الإيجابي الذي تتبناه الأفراد نحو الظروف الحياتية وشعور الفرد بالرضا والسعادة وازدهار لمجمل الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية... إلخ (أحمد البقيلي، 2014، ص14).

2- النماذج المفسرة للتوجه نحو الحياة:

تنوعت النماذج التفسيرية التي أعطت منطلقا تحليليا للتوجه نحو الحياة أو مفهوم السلبية والإيجابية الحياتية في ظل عدة متغيرات داخلية وخارجية، فكل نظرية أعطت تفسيراً بناءً على وجهة نظرها ونقاط قناعتها ومفاهيمها التي تركز عليها إلا أن النظريات تبقى مجرد نقاط تفسيرية احتمالية قابلة للنقد والتغيير والتحيين والزيادة وفي هذه الفقرة سنتطرق إلى معظم النظريات التي قامت بتفسير التوجه نحو الحياة على أن التفاؤل والتشاؤم الوجه الآخر له كالتالي:

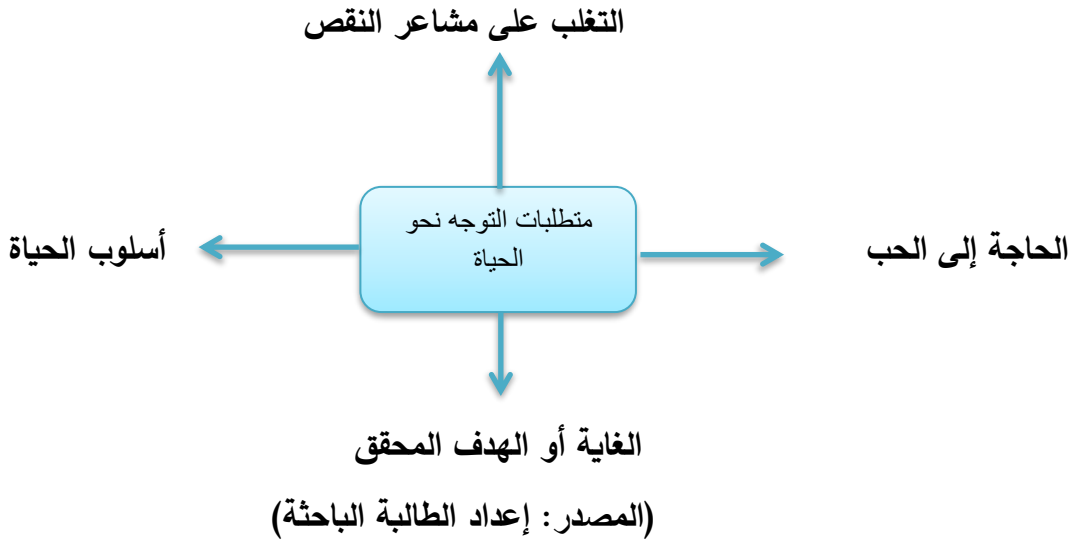
2-1 نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن التفاؤل قاعدة عامة للحياة والتشاؤم ما هو إلا نتيجة تشكل عقد نفسية في حياة الفرد، حيث عبر عن العقد النفسية بوصفها بأنها ارتباط وجداني سلبي تجاه موضوع ما، سواء كان داخلي أو خارجي أي مرتبط بالجانب النفسي والمعرفي والوجداني للشخص أو هو خارجي في محيطه الاجتماعي أي أن الفرد يكون متفائلاً ويحمل توجه إيجابي نحو الحياة والمستقبل وبمجرد حدوث موقف مؤلم أو محزن فإنه يتحول إلى متشائم فتتغير توجهه للحياة بطريقة سلبية وتختلف درجات التشاؤم والتفاؤل حسب كل فرد فقد تكون مؤقتة وسريعة الزوال وقد يحدث العكس (الأنصاري، 1998، ص12).

أما أدلر (Adler) فقد أكد أن نمط حياة الفرد وأسلوبه يمكننا من فهم شخصيته حيث أنه خلال حياته يطور أساليب تتماشى مع خبراته التي اكتسبها في مراحل العمرية فيصل إلى تحقيق أهدافه والنجاح في حياته، بحيث ركز أدلر في نظريته على مفاهيم تؤدي إلى التوجه الإيجابي للحياة كالتالي:

- التغلب على مشاعر النقص: ومواجهتها وبالتالي يضمن تحقيق ما يسعى إليه في بيئته الاجتماعية وهذا ما يؤدي غالباً إلى الاتجاه الإيجابي نحو الحياة.
- الحاجة إلى الحب: وذلك من أجل الوصول إلى تحقيق رغباته وإشباعها وفرض ذاته في البيئة المحيطة فيشعر بالاستقرار والتوازن النفسي فيحقق ذاته وبالتالي يتوجه بسلوك إيجابي للحياة.
- أسلوب الحياة: يكمن في اتخاذ أسلوب أو منهج معين في حياة الشخص من أجل الوصول إلى ما يريد وبالتالي إلى تحقيق ذاته واستقراره وتحقيق السعادة.
- الوصول إلى الهدف: حيث أن الوصول إلى الهدف وتحقيقه يضمن تحقيق وجود إيجابي لكل شخص (الزبادي والخطيب، 2001، ص67).

الشكل رقم 8: يمثل متطلبات التوجه نحو الحياة حسب أدلر (Adler).



2-2- نظرية التعلم الاجتماعي:

ومن بين ما قدمه أصحاب هذه النظرية ان بناء الشخصية لدى الفرد ما هو إلا مجموعة من الأهداف والطموحات والتوقعات تصب في شكل أبنية تعمل بشكل تفاعلي مع المحيط الخارجي وذلك عن طريق التعلم بالملاحظة إضافة الى الاستجابة عن طريق مثيرات خارجية وتعزيز السلوك ودعمه من قبل الأسرة والمجتمع ولهذا فإن سلوكيات الأفراد يرتبط بتاريخ تلقي الدعم لبعض المواقف الحياتية، وبهذا قد ينجح الفرد في أداء بعض المهارات التي دعمت أو تعلمها في مختلف المواقف فتتشكل لديه توقعات إيجابية وثقة بالنجاح في المستقبل إزاء نفس الموقف أو مواقف حياتية مختلفة، في المقابل قد يفشل الأفراد في أداء هذه المهام نتيجة المواقف الغير مدعمة أو لافتقار الخبرة وبالتالي تتشكل لديهم توقعات سلبية اتجاه المواقف وذلك لانعدام الثقة والخبرة فيغلب عليهم التشاؤم والنظرة السلبية للحياة ولهذا يختلف الأشخاص في توقعاتهم المستقبلية إما بالنجاح والفشل وهذا ينعكس على حياتهم اليومية وسلوكياتهم إما بالتفاؤل والإقبال على الحياة وإما بالتشاؤم والفشل وتوقع الأشياء السلبية (الأنصاري، 1998، ص ص 11-12).

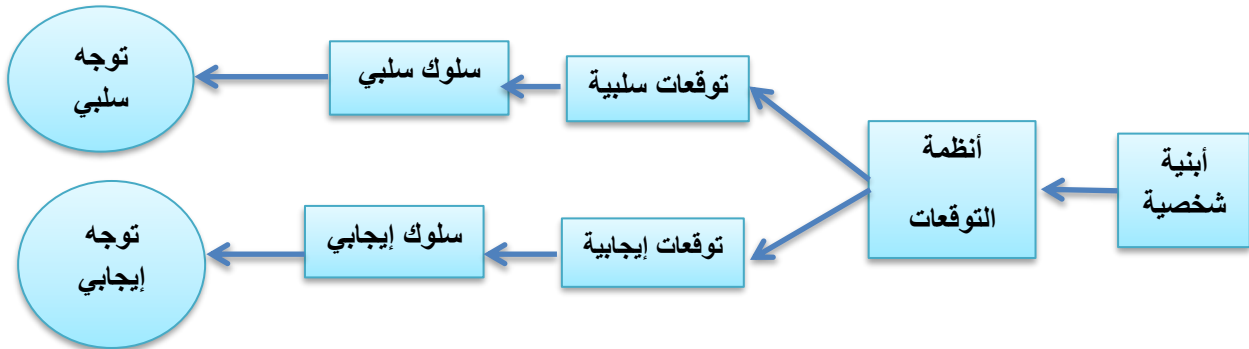
2-3 نظرية البنى الشخصية: صاحب هذه النظرية هو جورج كيلي (Kelly) الذي اعتبر مصطلح البنية الشخصية للفرد المفهوم الأساسي لهذه النظرية، حيث يقول أنها عبارة عن نظام أو مجموعة من الاعتقادات أو التوقعات، حيث أن هذا النظام هو الذي يتحكم في سلوكياتنا الصادرة في حياتنا اليومية، وفسر السلوك انطلاقاً من النظام المعتقد الذي يمثل بنيته الشخصية، بحيث أن كل فرد يحمل توقع إيجابي وتوقع سلبي والفرد له حرية اختيار الأشياء الإيجابية (توقعات إيجابية) فيكون توجهه إيجابي نحو

الحياة، أما انتقاء الأشياء السلبية (توقعات سلبية) أي يكون توجهه سلبي نحو الحياة وذلك وفقا لنظامه التوقعي الموجود في شخصيته (sarason.2013.P23).

ومن وجهة نظر كيلي (kelly) أن الأبنية الإدراكية الشخصية ماهي إلا عبارة عن أبعاد يستخدمها الفرد في فهم مجريات الحياة الراهنة أي التنبؤ بحوادثها ثم الاستعداد النفسي والسلوكي للتعامل معها، فهو بذلك حسب إدراكه للواقع يسعى إلى تحديد وضبط مسار أحداثه اليومية (حمدان، 2015، ص87).

وما يلاحظ في هذه النظرية حسب تفسير الطالبة الباحثة أن الفرد يكون متفائلا أو متشائما تبعا لمدركاته أو المعلومات الموجودة في أبنيته الشخصية فإذا كون معلومات ومدركات ومعارف إيجابية حول تجاربه الحياتية والصعوبات التي مر بها كانت أفكاره وسلوكياته إيجابية وبالتالي تؤثر على توجهه فيكون توجهها إيجابيا، أما إذا شكل مدركات سلبية حول ما يوجد في واقعه وبيئته فإن أفكاره وسلوكياته ستكون سلبية ومشاعره متشائمة وبالتالي سيكون توجهه سلبي نحو الأشياء بصفة خاصة ونحو الحياة بصفة عامة كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 9: يمثل رسم توضيحي لنظرية البنى الشخصية حسب جورج كيلي



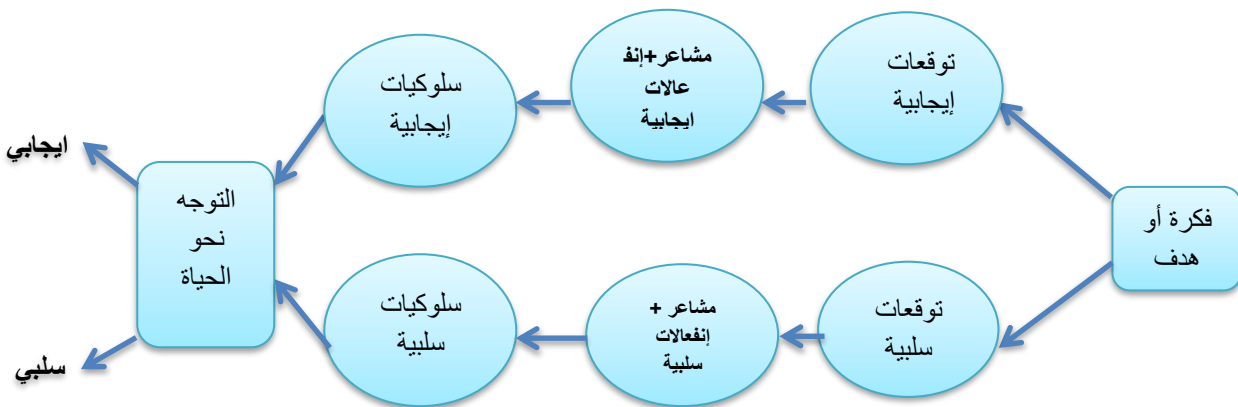
(المصدر: إعداد الطالبة الباحثة).

2-4 نظرية العجز المتعلم أو المكتسب: تعود أصل هذه النظرية إلى العالم سليجمان (seligman) الذي قدم فيها تفسيرين للأسلوب التفاؤل والتفسير الآخر لأسلوب التشاؤم، حيث قال أن أسلوب التشاؤم في منظومة العجز الذي اكتسبه الفرد لذاته قد يؤدي به للاكتئاب وعدم القدرة على مواجهة الأحداث والتحكم فيها، حيث يقوم بتضخيم الحدث فيزداد لديه الإحساس بالخطر وقد يؤدي ذلك إلى العلل بالأمراض النفسية والجسمية وفي هذا الصدد أكدت الأبحاث أن الأشخاص المتشائمون يتعرضون للأمراض الجسدية وخاصة المزمنة منها كالسكري والقلب والضغط... إلخ إضافة إلى عجز وفشل في مختلف مجالات الحياة الدراسية والعملية، كما أشار سليجمان في دراساته حول التفاؤل إلى أن التفاؤل

يمكن تعلمه كما يتعلم الفرد التشاؤم والحزن مؤكداً أن التفاؤل والتشاؤم ليست أمور فطرية بل يتعلمها الإنسان طيلة مسيرته الحياتية من خلال ما يحدث له في الحياة، فالشخص المتفائل ينظر إلى الصعوبات والعقبات الحياتية أنها تحديات وإعاقات لن تهزمه ويجد سعادة في التغلب عليها (غانم، 2014، ص77).

2-5 نظرية الضبط السلوكي لشاير وكارفر: حيث استندا في نظريتهم على أن التنظيم أو ضبط السلوك هو جزء لا يتجزأ من التوجه الحياتي، وركزا فيها حول التوقعات التي يحملها الأفراد حول أهدافهم المستقبلية أو النتائج النهائية لمجريات الواقع، واعتبرا أن المشاعر الإيجابية لها ارتباط وثيق بتوجه الأفراد نحو مساعهم وأهدافهم في الحياة وحركتهم المتواصلة نحو ذلك، ففسروا الانفعال على أنه ليس ارتباط فقد نحو الهدف بل هو ارتباط بالتوقعات المتعلقة بالنتائج، إذا فالإيجابية في الحياة لا ترتبط فقط بالتقدم نحو الأهداف بل ترتبط أيضا بالتوقع الإيجابي لنتائج التقدم (التفاؤل)، أما السلبية فهي ترتبط بابتعاد الفرد عن أهدافه والتي ترتبط بالتوقعات السلبية للنتائج (التشاؤم)، كما اعتقد الباحثان شاير وكافر في نظريتها أن التوجه الإيجابي للأفراد مرتبط بأساليب المواجهة والتعامل مع ضغوطات الحياة فالأفراد المتفائلون ذوي التوجه الإيجابي يشكلون جهدا أكبر لمواجهة الصعوبات والضغوطات من الأشخاص ذوي التوجه السلبي للحياة (بعلي، 2021، ص465) والمخطط التالي من إعداد الباحثة يوضح المبادئ التي تقوم عليها النظرية على النحو التالي:

الشكل رقم 10: يمثل رسم توضيحي لنظرية الضبط السلوكي



(المصدر: إعداد الباحثة).

2-6 النظرية الوجودية: تنظر هذه النظرية على أن التوجه للحياة له اتجاهين إيجابي وسلبي، وكل مفاهيمها ترتكز على شخصية الفرد وطريقة تفكيره والقرار الذي يتخذه في الحياة، فإذا نظر الشخص بأن الحياة عبارة عن صراعات ومشاكل وفيها كل الأشياء السلبية، وأن حياته ليس لها معنى وفي قلق دائم

ومستمر على ما سوف سيحصل له مستقبلا فإذا كان متشائم ويكون توجهه نحو الحياة سلبي، أما إذا كانت نظرتة للحياة فيها أمل وسعادة ورضا عما هو فيه وسمات شخصيته التفاؤل فإنه حتما سيكون توجهه إيجابي نحو الحياة وقراراته إيجابية (سعدت، 2016، ص66).

2-7 نظرية الحاجات: ومن أصحاب هذه النظرية كل من روجرز وماسلو، حيث يرى روجرز أن طبيعة البشر إيجابية فهو يرفض الجانب السلبي فيهم، فيراهم حسب وجهة نظره بناؤون ومتعاونون يميلون إلى النضج النفسي ويركزون في حياتهم على الحاضر لا على الماضي، كما تركز هذه النظرية حول الواقع الإيجابي أو الشطر الإيجابي لحياة الأفراد، وخصصت بذلك حاجة الفرد في تحقيقه لذاته في المراحل المبكرة (مرحلة الطفولة) وأهمية إشباع وتلبية الحاجات الأساسية للأفراد وهذا ما وضحه ماسلو في سلم الحاجات (هرم الحاجات). (سعدت، 2016، ص ص 64-65).

حيث اعتبر هذا الأخير أن هناك نظام هرمي للحاجات بدءا من الحاجات الأساسية صعودا إلى الحاجات السيكولوجية الأكثر تعقيدا كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 11: يوضح هرم الحاجات لماسلو



(المصدر: دخل الله، 2015، ص49).

حيث يظهر في الهرم أن الحاجة لتحقيق الذات في أعلى الهرم وللوصول إلى إشباع هذه الحاجة لابد من إشباع جميع الحاجات الأساسية المذكورة في الهرم من القاعدة إلى الأعلى وهذا ما يفسر أن كل ما تحقق الإشباع لجميع الحاجات كل ما كان إقبال الفرد للحياة إيجابي وتوجهه نحو الحياة إيجابي.

التعقيب حول النظريات السابقة الذكر: تعددت التفسيرات النظرية للتوجه نحو الحياة رغم ندرة الأبحاث التي سلطت الضوء على علم النفس الإيجابي بصفة عامة وعلى مصطلح التوجه نحو الحياة بصفة خاصة، وجل النظريات فسرت التوجه نحو الحياة من منطلق التفاؤل والتشاؤم باعتبارها بعدين وقطبين لهذا الأخير فمثلا الملاحظ في نظرية التحليل النفسي لفرويد حيث ربط الفرد المتشائم بأنه يعاني من عقد نفسية نتيجة للمشاعر السلبية الناتجة عن المواقف الحياتية التي لم يستطع تخطيها أو شكلت لديه أزمة نفسية مما جعلت نظريته وتوجهه للحياة سلبي، أما الشخص المتفائل فقد كانت مراحل نموه النفسية سليمة وتخطى جميع الصعوبات والمواقف المحزنة على أنها تجارب إيجابية في الحياة لذلك تشكل لديه توجه إيجابي، وكما أشار في نظريته أن توجه الفرد للحياة سواء سلبي أو إيجابي يختلف من فرد إلى آخر، أما أدلر فقد ركز على مفاهيم مهمة في شخصية الفرد تؤدي به للتوجه نحو الحياة وهي: التغلب على مشاعر النقص والثقة بالنفس ومواجهة النقائص والعيوب الموجودة في الفرد بالإضافة إلى الحاجة للحب وإثبات الذات والاستقرار وهذا ما يمنحه توجه إيجابي نحو الحياة وإتباع أسلوب معين في الحياة من أجل تحقيق ما يريد وفي الأخير تحقيق الهدف، فمن خلال ما قدمه أدلر وتفسيره للتوجه نحو الحياة من خلال عناصر شخصية تحقق التوافق النفسي والاجتماعي، فهنا ابتعد على تفسيره للتوجه من خلال مفهومي التشاؤم والتفاؤل وركز على عناصر معينة لوجود توجه إيجابي للحياة بالمقابل قد لا يعني توفر هذه المفاهيم أو العناصر أو تحقيقها من قبل الفرد إلى توجه إيجابي في الحياة والدليل وجود أفراد تحققت لديهم هذه المطالب ومع ذلك بقيت أفكارهم وتوجههم نحو الحياة لها طابع السلبي.

أما فيما يخص نظرية التعلم الاجتماعي ونظرية البنى الشخصية فقد ركزت كل من هذه النظرية على شخصية الفرد وبنائها الداخلي وكيفية تفاعلها مع بيئته الاجتماعية، فنظرية التعلم الاجتماعي ركزت على التعلم بالملاحظة في التحكم في سلوك الفرد وبالتالي تحديد نوع توجهه نحو الحياة مع ضرورة الدعم والتعزيز في مواصلة الفرد هذا السلوك والثبات على توجهه إيجابي نحو الحياة، أما نظرية البنى الشخصية فركزت على إدراك الفرد للوقائع فإذا كانت المدركات إيجابية كان السلوك إيجابي والعكس صحيح، فكلتا النظريتين تصبان في نفس المفهوم لتفسير التوجه الإيجابي والتوجه السلبي، إلا أن نظرية التعلم الاجتماعي ركزت على محيط الفرد (الأسرة والبيئة) في تأثيرها على الفرد أما نظرية البنى الشخصية ركزت على الفرد في طريقة استجابته وتأثر مدركاته، فالملاحظ هنا أن نظرية البنى الشخصية أهملت عامل الخبرة فقد نجد أن الفرد له مدركات إيجابية نحو الحياة وتوجهه إيجابي لكن افتقاره للخبرة أو

للمواجهة الصعوبات الحياتية قد تغير توجهه من إيجابي إلى سلبي، أما نظرية التعلم الاجتماعي فالبيئة ليست المصدر الوحيد لتطور مهارات الأفراد إذا لم يقومون بالسعي لذلك.

في حين أن نظرية الحاجات ركزت على طريقة إشباع الفرد لمختلف حاجاته للوصول إلى تحقيق ذاته وركزت أيضا على المراحل العمرية الأولى (السنوات الأولى). وهنا نمو الفرد لا يكون في السنوات العمرية الأولى فقط فعلىنا الا نغفل المراحل العمرية الموائية وأهميتها في التأثير على شخصية الفرد وعلى أفكاره ومشاعره وحتى على توجهه نحو الحياة وخاصة مرحلة المراهقة التي تحدث فيها جملة من الصعوبات والتغيرات قد تؤدي إلى تغير أفكار وسلوكيات الأفراد وبالتالي تغير توجههم نحو الحياة.

أما نظرية العجز المتعلم ركزت على مفهومي التفاؤل والتشاؤم وفسرت التشاؤم على أنه عجز قام باكتسابه الفرد حول أحداثه الحياتية المختلفة من فشل وطرق خاطئة لتخطي الصعوبات، والتفاؤل هو سلوك متعلم وكل منها ليس فطري بل سلوك متعلم فالملاحظ هنا أن الفرد المسؤول الوحيد للتوجه الإيجابي أو للتوجه السلبي نحو الحياة أي أن هذه النظرية أغفلت وجود العناصر الأخرى التي قد تكون العنصر الرئيسي لتوجه الأفراد منها التنشئة الاجتماعية، وفسرت نظرية الضبط السلوكي التوجه نحو الحياة من خلال جملة التوقعات النهائية التي يحملها الأفراد حول النتائج المتوقعة الحدوث وركزت على سلوك الفرد وطرق تعديله حيث أنه يلعب دورا هاما في تحديد نوع التوجه سواء بالسلب أو بالإيجاب، إلا أن نظرية الضبط السلوكي مرجعية السلوك هي الفكرة أو الهدف في حين أن نظرية البنى الشخصية حسب باحثها فإن مرجعية السلوك هي الأنظمة الشخصية أو البنى الفردية.

كما تسعى جهود النظرية الوجودية تركيزها على الفرد وأنه هو الوحيد باستطاعته أن يكون متفائلا (التوجه الايجابي نحو الحياة) أو متشائما (التوجه السلبي نحو الحياة) وذلك حسب قراراته الشخصية وطريقة تفكيره، أي أن التوجه نحو الحياة هو قرار شخصي واختيار فإذا كان قراره صائب وإيجابي كان توجهه إيجابي، أما إذا كان قراره سلبي فإن توجهه للحياة حتما سيكون سلبي .

والملاحظ هنا حسب رأي الباحثة أن هذه النظريات أهملت بعض الجوانب التي تشكل عناصر

أساسية في توجه الافراد نحو الحياة منها ما هو داخلي وما هو خارجي كالتالي:

- خلو الفرد من الأمراض والاضطرابات النفسية والجسمية.
- طبيعة التنشئة الاجتماعية والأسرية والتي أهملتها بعض النظريات حيث تلعب دورا هاما في طبيعة توجه الافراد نحو الحياة.
- مستوى الفرد الثقافي والاجتماعي بالإضافة إلى خبراته الحياتية.

▪ خلو بيئة الفرد من الصراعات والمشكلات التي قد تعرقل نموه النفسي والعاطفي وجل حاجاته الشخصية.

3- أبعاد التوجه نحو الحياة:

حيث يرتبط مفهوم التوجه نحو الحياة ارتباطاً بالتشاؤم وتقاؤل الفرد حول أمور الحياة ويعتبر الأنصاري 2002 من الباحثين الذين اهتموا بموضوع التوجه نحو الحياة وإعداد صورة عربية لمقياس التوجه نحو الحياة حيث اهتم في هذا الجانب بارتباط المقياس بالجوانب الشخصية كالتقاؤل والتشاؤم وأن هاذان المفهومان قديمان ويستدل بهما بمفهوم التوجه نحو الحياة (أبو هدروس، 2013 ص198).

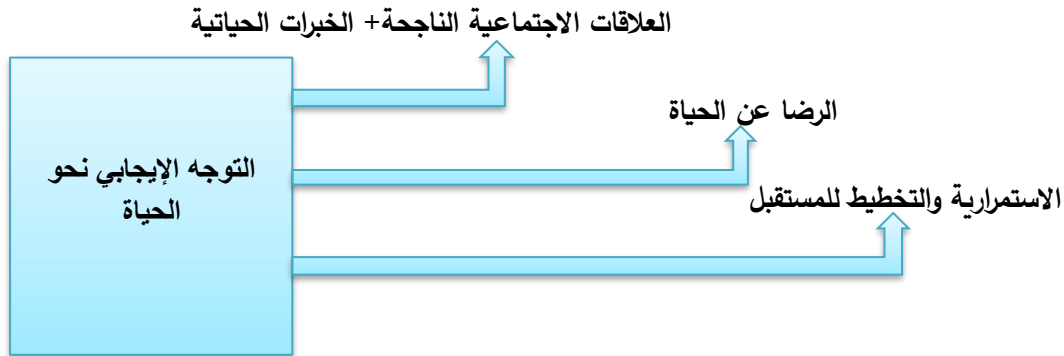
ومما يؤكد وجود وجهان أو بعدان للتوجه نحو الحياة (الإيجابي والسلبي) فإن كارفر وشاير عام 1985 عند إعدادهما اختبار التقاؤل والتشاؤم أطلقا عليه اسم: اختبار التوجه نحو الحياة (life lot) orientation (شقيير، 2019، ص17)، أما في بعض الدراسات الحديثة فقد قالت أننا لا نستطيع اعتبار التقاؤل بالكل هو التوجه الإيجابي نحو الحياة والتشاؤم هو التوجه السلبي للحياة، ففي التقاؤل يميل الفرد إلى توقع النتائج على أمل تحقيقها في المستقبل يعني احتمالية حدوثها أو عدم حدوثها موجودة أما في التوجه الإيجابي للحياة يركز الفرد بشكل إيجابي على خبرته الحياتية وعلى أساسها يأتي التوقع المطلق بالإيجابية حاضرا ومستقبلا (Agrawal.Ajit.2016.p03) وهذا ما جعلنا نتطرق بين آراء القديمة وآراء الجديدة في مفهوم التوجه نحو الحياة لنبرز فيما بعد مدى الفرق أو جعل إطار مفاهيمي مضبوط لمفهوم التوجه نحو الحياة.

3-1 التوجه الإيجابي نحو الحياة:

فقد تناولت مختلف الأبحاث مصطلحي التقاؤل والتوجه نحو الحياة على أنهما بديلان لبعضهما البعض حيث يرى كل من كارفر وشاير أن التقاؤل مرادف للتوجه نحو الحياة وهو التوقع الإيجابي لكافة الأشياء والمواقف حاضرا ومستقبلا (carver et Scheier.2014.p294) هذا التوجه كان قديما أما مع تعقد معطيات الحياة ومجرياتها بالإضافة للتقاؤل هناك عناصر أخرى، حيث يمكن ان نقول أن التوجه الإيجابي نحو الحياة يرتبط ارتباطا وثيقا بالمفاهيم التالية: منها التقاؤل والمشاعر الإيجابية والرفاه العاطفي وعموما نستطيع تعريف التوجه الإيجابي نحو الحياة على أنه استعداد لتركيز الانتباه بشكل انتقائي على الإيجابية في أي حالة من حالات الفرد، ولهذا فإن التوجه الإيجابي نحو الحياة يتولد لدى الإنسان من رغبة داخلية بأن الحياة لها معنى بالإضافة على انسجام الشخص في العيش داخل المجتمع، كما انه يتشكل من خلال استمرار ثلاث عناصر أساسية وهي كالتالي:

- العلاقات الاجتماعية والخبرات الحياتية.
- الرضا عن الحياة: أي أن الحياة لها معنى وفيها هدف يسعى الفرد لتحقيقه.
- الاستمرارية والتخطيط للمستقبل رغم وجود العقبات والصعوبات (fagerstrom.2010.pp 349-350).

الشكل رقم 12: يمثل العناصر الأساسية في تشكيل التوجه الإيجابي نحو الحياة fagerstrom

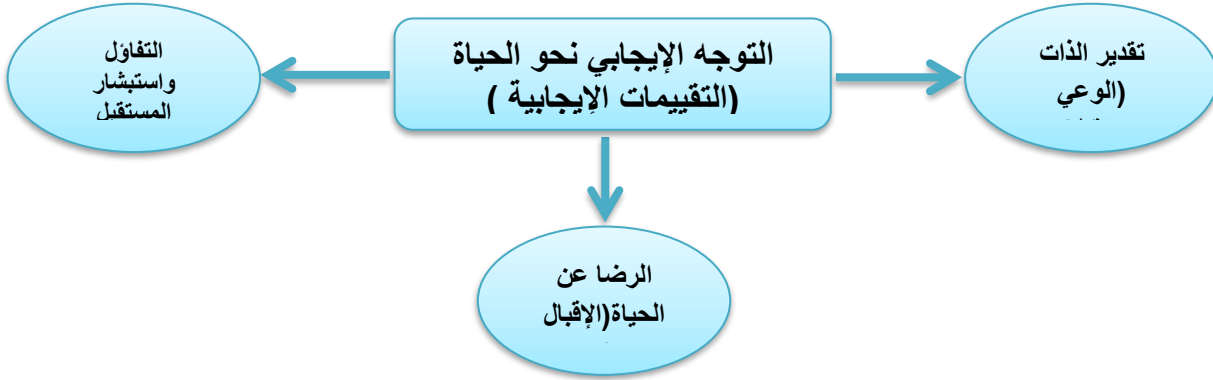


(المصدر: إعداد الطالبة الباحثة)

كما يعتقد ان التوجه الإيجابي للحياة هو سمة في الشخصية تتميز بأنها رؤية إيجابية واستعداد كامن لدى الفرد بحيث يمكنه هذا الاستعداد إدراك كل ما هو إيجابي من أمور الحياة الجيدة والغير جيدة وذلك في إطار الحاضر والمستقبل (العريفي، 2018، ص570).

والتوجه نحو الحياة هو ميل الشخص لعمل تقييمات إيجابية عن ذاته وحياته ومستقبله كما عرفت مالجورزاتا سوبول كوابنسكاعام (2016) على أنه ميل عام من خلاله يستجيب الفرد بطريقة إيجابية لخبرات الحياة كما أكدت على أن بؤرة التوجه الإيجابي نحو الحياة هو تركيز الشخص على استخلاص معاني إيجابية في كل وقائع الحياة وخبراتها مع إدراك الحياة من منظور التفاؤل والاستبشار، كما يشير تصور أن التوجه الإيجابي يحتوي المفاهيم الثلاثة الآتية الذكر: التفاؤل optimism أو مايعرف بالمتعهم أو الهناء العام، تقدير الذات self-esteem، والرضا عن الحياة life satifation

الشكل رقم 13: يمثل متلازمة التوجه الإيجابي



(المصدر: أبو حلاوة، 2020، ص ص 10-11).

إذا فالتوجه الإيجابي للحياة لدى الأفراد هو نتيجة لعدة معطيات وقرار الشخص بعيش حياة هانئة مليئة بالصحة النفسية والسعادة، هذه المعطيات هي اختيارات فردية نتيجة اتخاذ الفرد قرار بجعل الإيجابية في حياته وأنه قادر على بلوغ أهدافه وتحقيقها ووجود الصعوبات في حياة الأفراد والمشاكل والأمراض هي كلها أمور فيها الخير والإيجابية.

3-2 التوجه السلبي نحو الحياة:

عرف الباحثان (غانم وأبو حلاوة، 2021، ص ص 230-231) التوجه السلبي نحو الحياة بأنه استعداد الفرد للتوقعات السلبية لمجريات الأحداث الحياتية واعتقاده السلبي للمستقبل وما يوجد بداخله وحول الآخرين من أفكار سلبية وشعوره بانعدام معنى للحياة، إضافة لذلك نظرتة التشاؤمية للحياة.

أما (شقيير، 2019، ص 18) فتقول أن المشكلات والصعوبات التي يمر بها الأفراد تجعل في داخلهم أثرها النفسي من خبرة ماضية أو نظرة سوداوية وغير مشرقة للحياة، مما تجعل الفرد يتسم بالأفكار التشاؤمية التي يلاحظ فيها اليأس والقنوط هذه الأخيرة عندما تصبح واقع معاش بالتكرار وعدم التغيير تشكل للفرد طبيعة توجهه (التوجه السلبي) فيصبح كارها للحياة تملؤه مشاعر الاكتئاب والقلق نحو مستقبله ونحو الحياة.

فالتوجه السلبي للحياة في بحثنا الحالي وحسب وجهة نظر الطالبة الباحثة هو عبارة عن أسلوب حياة تشكل نتيجة أفكار خاطئة حول تجارب حياتية فاشلة وأهداف لم يبلغ الفرد نتائجها وإخفاقه في تحقيقها نتيجة لظروف قاسية لم يستطع الفرد تجاوزها لعدة أمور من بينها نقص الاطلاع والمعرفة أو ما تسمى بالخبرات الحياتية أو اتخاذه لبعض الطرق الخاطئة في اختيار القرارات الصائبة أم لإتباعه

استراتيجيات خاطئة في حل مشكلاته، وقد تنشأ السلبية في الحياة نتيجة تركيز الفرد على الجوانب السلبية للأمور.

وترى (غانم وأبو حلاوة، 2021، ص231) ان التوجه السلبي للحياة له الأبعاد التالي الذكر:

- التشاؤم
- لوم الذات
- الضجر

حيث عرفا التشاؤم على أنه ابتعاد الفرد عن الحياة وذلك راجع إلى التوقعات السلبية في جميع الأمور أما لوم الذات فاعتبرته تفكير سلبي حول الذات ينجر عنه جلد لذات الشخص نتيجة اللوم المستمر ومشاعر الاستياء والكدر الانفعالي نتيجة أحداث حزينة سابقة وحلقة اكتئابيه تجعل الفرد يتعايش فيها باستمرار، أما الضجر هو حالة انفعالية سلبية تتميز بنقص تفاعل الفرد وانفعالاته مع مجريات الحياة نتيجة جملة من التغيرات الانفعالية الغير سارة.

ووضعت جدولاً يمثل أبعاد التوجه السلبي نحو الحياة ومؤشراته السلوكية وفقاً لتعريفها كما يلي:

الجدول رقم 2: يمثل المؤشرات السلوكية لأبعاد التوجه السلبي نحو الحياة

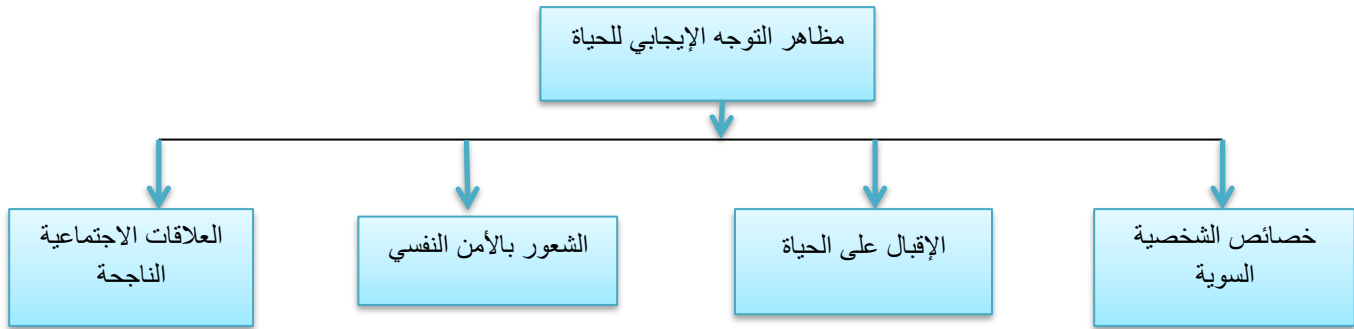
المؤشرات السلوكية	البعد
<ul style="list-style-type: none"> • المزاج المكتئب • الاستسلام للأحداث الضاغطة • تدني نشاط الفرد المتشائم 	التشاؤم
<ul style="list-style-type: none"> • القلق • فقدان الثقة • الإحباط • الكدر الانفعالي 	لوم الذات
<ul style="list-style-type: none"> • الشعور بالإحباط والملل • الميل للأفكار السلبية • التوتر المستمر 	الضجر

(المصدر: غانم، 2021، ص28).

4- مظاهر التوجه نحو الحياة:

فقد توصلت الأبحاث والدراسات إلا أن مظاهر التوجه الإيجابي تتجسد في أربع نقاط أساسية، هذه النقاط تشكل: خصائص الشخصية السوية، الإقبال على الحياة (النزعة التفاعلية)، الشعور بالأمن النفسي والعلاقات الاجتماعية الناجحة.

الشكل رقم 14: يوضح مظاهر التوجه الإيجابي نحو الحياة



(المصدر: العقاد، 2019، ص 182)

4-1- خصائص الشخصية السوية: ومن بين خصائص الشخصية السوية تقدير الذات ويتضمن هذا المفهوم كل التقديرات الذاتية للمرء لنفسه ككيان إيجابي حيث تكون اعتقاداته بذاته وانفعالاته إيجابية فيظهر ذلك في تصرفاته وأفعاله وسلوكياته حيث يرى ناثانيل (nathaniale) عام 1969 ان تقدير الذات هو الإحساس بالكفاءة والقدرة على مواجهة أو التصدي الإيجابي لمصاعب وعثرات الحياة، باعتقاده أن له القدرة على عيش حياة هائلة وسعيدة (أبو حلاوة، 2014، ص ص 77، 78)، كما ركز علماء النفس والباحثين في أن الشخصية السوية تتميز بالتوافق النفسي والاجتماعي بالإضافة إلى تفاعلها الإيجابي مع الآخرين، كما أن لها القدرة الفعالة على مواجهة الصعاب ومواقفها إيجابية في الحياة (أبو النصر، 2005، ص 134).

4-2- الإقبال على الحياة (النزعة التفاعلية): ويعني التحمس للحياة مع وجود رغبة حقيقية للعيش فيها والاستمتاع، حيث يعتبر الإقبال على الحياة من مظاهر الصحة النفسية للأفراد (الغير، 2017، ص 14).

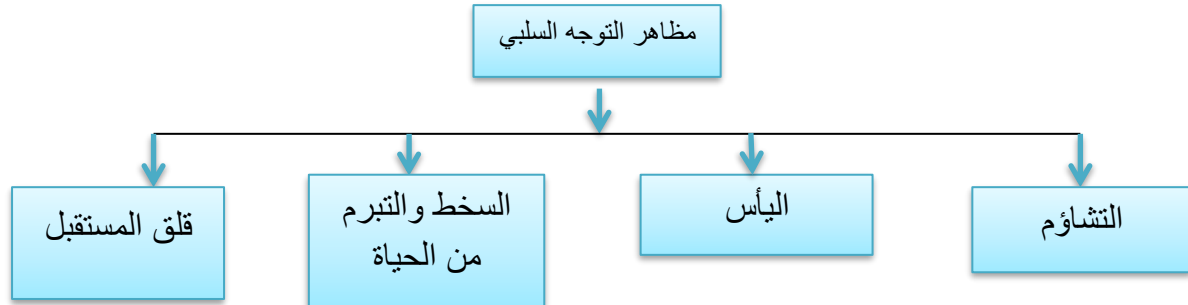
4-3- الشعور بالأمن النفسي: حيث يعتبر هذا المفهوم ثبات النفس وسكونها عند تعرضها للآزمات والمخاطر، وكذلك شعور الفرد بالحماية من التعرض للأخطار سواء على مستوى الأسرة أو المحيط، وذلك في جميع مجالات الحياة المختلفة والأمن هو شعور الفرد بالسعادة مع نفسه ومع محيطه الاجتماعي (أبرييم، 2020، ص 14).

والأمن النفسي يعني سعي الفرد من إشباع حاجاته النفسية وإن إشباع هذه الحاجة يتدخل في تحديد أنماطه السلوكية فيما بعد وهو أيضا التحرر من الخوف والتهديدات (حلاسة، 2016، ص245). حيث يتشكل الأمن النفسي بفعل عوامل التنشئة الاجتماعية وأساليب المعاملة ويتشكل أيضا من المواقف والإحباطات التي يواجهها الفرد في حياته (أبو النصر، 2005، ص108).

4-4-العلاقات الاجتماعية الناجحة: حيث تعتبر العلاقات الناجحة من اهم مظاهر السعادة وشعور الفرد بالبهجة في الحياة وتحقيق الهناء، كما أنها تحمي الفرد من المشقة وتزيد من تقديره لذاته وتقلل من الانفعالات السلبية وتساعد الأفراد على حل المشكلات التي تعترضه في الحياة (إبراهيم، 2016، ص127).

فالعلاقات الاجتماعية الناجحة تجعل الأفراد أسوياء يتمتعون بالتوازن النفسي وبالصحة النفسية والجسدية الجيدة وتجلب لهم الراحة والسعادة والطمأنينة (العراقي، 2020، ص39). كما أن مظاهر التوجه السليبي نحو الحياة تتلخص في أربعة نقاط أهمها: التشاؤم، اليأس، السخط والتبرم من الحياة وقلق المستقبل (الشقير، 2019، ص18) والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم 15: يوضح مظاهر التوجه السليبي نحو الحياة.



(المصدر: إعداد الباحثة).

- **التشاؤم:** حيث يكون الشخص المتشائم ملقيا اهتماماته على الاحتمالات السلبية في جميع جوانب حياته، بحيث أن التشاؤم هو توقع سلبى للأحداث الحياتية ويتوقع الشخص المتشائم خيبة الأمل قبل حدوث موقف ما، فهو فاقد للقدرة والإرادة كما أن أثره على المحيطين به سلبى ودائم الشعور بالخوف والتردد في المواقف التي تعترضه (محمود، 2009، ص13).
- **اليأس:** هو توقع أن الحياة بشكل عام غير مبهجة يتميزون بالهمم المثبطة فالشخص اليأس يعتقد أن المواقف الحالية غير سارة، وأن الأمور لن تتحسن في المستقبل وهو بذلك شخص فاقد للأمل ويرى أن المشكلات الحياتية سوف تستمر وتزداد ولا وجود لأمل في حلها كما أن معظمهم يفكرون

في وضع حد لحياتهم بالانتحار، حيث أن التفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري يرتبطان باليأس أكثر من ارتباطهم بالاكتئاب (عبد الخالق، 2016، ص48).

▪ **السخط والتبرم من الحياة:(الضجر):** حيث ينعكس هذا الشعور على المظهر الخارجي للإنسان وعلى تصرفاته بصفة عامة، كما أن الشعور بالسخط من الحياة يلاحظ في علاقاته المحدودة وانزعاجه وكرهه للحياة بحيث أنه لا يحب عمله وما يقوم به من نشاطات كما أن حياته تحتوي على الكثير من التوتر والقلق (النجار وأبو النصر، 2020، ص35).

▪ **قلق المستقبل:** اعتبرت (فتحي، 2020، ص 73) قلق المستقبل بأنه جزء لا يتجزأ من القلق العام إنما تختلف المواضيع باختلاف القلق، وهنا القلق يكون موجه حول المستقبل بحيث يشعر صاحبه بوجود تهديد والشعور بالارتباك وعدم الارتياح مع فقدانه للطمأنينة النفسية والتشاؤم مع فشل في تحقيق الذات وتحديد الطموحات، وقلق المستقبل هو عبارة عن حالة انفعالية غير سارة مرتبطة بتوقع خطر ما مستقبلا، وهو يختلف على الأنواع الأخرى من القلق ويرتبط بعوامل عدة موجودة في الحاضر(نويوة، 2018، ص 150)، وهو أيضا حالة من الشعور بالخوف من الأمور القادمة في حياة الشخص يصاحب ذلك عدم الراحة والشعور بالضيق(يحيي، 2019، ص 133).

5- سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه الإيجابي:

من بين مجموعة السمات التي تميز الشخص الإيجابي هو أنه يتمتع بالسعادة ولديه رؤية مشرقة لمختلف مواقفه الحياتية، كما له القدرة على إدارة الأزمات بمشاعر إيجابية متفائلة، والشخص الإيجابي نجد لديه رضا عن حياته حيث تتميز بالازدهار والنجاح، ولديه أيضا استراتيجيات إيجابية متعددة لمواجهة الضغوط والمواقف المحزنة، يتميز أيضا بالضبط في مشاعره وأفكاره السلبية كما انه يمتلك قوى وموارد نوعية إيجابية تعززت هذه الموارد من خلال نظريته الإيجابية والرضا في الحياة، كما أنه يستطيع تخطي الفشل بفضل قدراته التي طورها من خلال الصعاب التي وقعت له في الماضي وخبراته الحياتية من المواقف المؤلمة، فهو شخص يمتلك الصمود في مواجهة المواقف الضاغطة وينتهي منها محققا للفوز لذاته وللآخرين من حوله، بالإضافة إلا ذلك فالأشخاص الإيجابيين لديهم درجة عالية من الكفاءة والعقلانية والفاعلية الاجتماعية إلى جانب ذلك يتمتعون بالصحة النفسية والجسدية (أبو حلاوة، 2014، ص8).

كما أن صفات الشخصية الإيجابية تتمثل في: القدرة على الحب والعمل، الشجاعة، مهارة في العلاقات، الحس والذوق الجمالي، المثابرة، التسامح والأصالة، التطلع والانفتاح العقلي على المستقبل كما تتميز أيضا بالموهبة العالية والحكمة (أبو حلاوة، 2006، ص3).

أما في دراستنا الحالية فالسمات الملاحظة لدى أمهات أطفال التوحد اللاتي لديهم توجه إيجابي نحو الحياة حسب اطلاعي الميداني وإجراء جلسات المقابلة معهم ومع الأخصائيين النفسانيين والمربيات لديهم السمات السلوكية التالية:

- التفاؤل للحياة.
- التقبل والرضا بالقضاء والقدر.
- كثرة الاستفسار وسؤال الأخصائيين على الطرق الأصح والأنجح للتعامل مع مختلف سلوكيات أبنائهم.
- عدم الخجل في الحديث عن وضع ابنها أمام الآخرين.
- تقديم المساعدة للأمهات.
- لديها الأمل بأن حياة ابنها ستصبح أجمل وأفضل.
- التفكير في مستقبل ابنها والتخطيط له.
- لديها حب وعطف ملاحظ لابنها.
- المرافقة والمتابعة النفسية والطبية لابنها بانتظام مع عدم تأخرها على موعد الأخصائية النفسانية.

6-سمات الشخصية المتمتعة بالتوجه السلبي:

فهنا تكون توقعات الشخص سلبية وتوجهاته سلبية نحو الحياة ويكون ساخطا على الواقع، حيث يرى الأمور عاتمة ويتربص حدوث الشر وحدث الأسوأ كما أنه دائم الشعور باليأس وفاقد للأمل، وتتميز الشخصية ذات التوجه السلبي للحياة بمايلي:

- توقعها للفشل مقدما قبل الوصول لأهدافها، أي أن رؤيتها للأمور سلبية منذ البداية.
- تمتاز بتعقيد الأمور دون بذل جهد في حلها، والشعور بالضيق والإحباط.
- الفشل بسبب تراكم الأفكار السلبية.
- تكون إنجازاتها العملية وعلاقتها الاجتماعية ضعيفة ولا تحقق إلا القليل من أهدافها (رزوقي وسهيل، 2018، ص303).

وحسب دراستنا الحالية فإن التوجه السلبي للحياة للأمهات أطفال التوحد يتجلى في عدة مظاهر

وسلوكيات منها:

- عدم تقبل بأن ابنها مصاب باضطراب التوحد
- الدخول في صراع نفسي وتشاؤم للحياة
- النظرة السوداوية لمستقبلها ومستقبل ابنها.
- إهمالها لحضور ملتقيات أو دورات تحسيسية تقيدها وتفيد ابنها.

- عدم الرغبة في الحديث عن ابنها وتكوين علاقات مع باقي الأمهات.
- تنظر للحياة بنظرة ضيقة وبحلول منعمة لمشكلة ابنها.
- عدم تتبع نصائح الأخصائيين والأطباء بانتظام.

7-توجه أم الطفل التوحدي نحو الحياة:

تمثل الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع ندرة وذلك راجع لحدائثة المصطلح -حسب علم الباحثة - ففي دراستنا الحالية ومن خلال اطلاعنا على مختلف النظريات واستطلاعنا للميدان؛ فإن الحديث عن توجه أم الطفل التوحدي للحياة يمكن تقسيمه إلى:

- **الأم المتقبلة لاضطراب ابنها:** هذه الفئة من الأمهات تكون نظرتهم للحياة بأمل وتفاؤل وترى مستقبل ابنها على أنه غير مستحيل كما أنها تسعى بكل جهودها للاكتشاف والبحث على الدراسات الحديثة والتقنيات الجديدة والعلاجات النفسية والطبية الجديدة في الميدان وذلك من أجل علاج ابنها وتحسن سلوكه، كما أنها تحرص على تطوير نفسها وتحسين مستواها التعليمي إذا كانت غير متعلمة، وتنفذ كل تعليمات الأخصائيين النفسيين وتعمل بها في المقابل فإن صحتها النفسية والجسدية تكون جيدة كما أنها لا تخجل من الحديث عن حالة ابنها الصحية مع الآخرين
- **الأم الغير متقبلة لاضطراب ابنها:** وهنا حسب الأخصائيين النفسيين والباحثين في المجال فإن حالتها النفسية تنعكس على حالة ابنها بالإهمال وعدم الاكتراث، حيث نلاحظ ذلك في تراجع سلوكيات ابنها نتيجة رفضها التام لوضعه، فيتأخر علاجه مما ينعكس بالسلب على الطفل فنجدها في حالة الكآبة والتشاؤم رافضة لواقعها وواقع ابنها وتتمنى دوما لو كان ابنها طبيعي، كل هذه الأفكار تنعكس على سعيها وراء وجود حلول والبحث على علاج أنسب لوضع ابنها لأنها ترى أن مستقبله منعدم وأن حياته توقفت مع إعاقته.

خلاصة:

وفي الأخير وبناء على ما تم التطرق إليه في فصل التوجه نحو الحياة باعتباره مصطلح ذو شقين إيجابي وسلبى، فالإيجابي يبحث على كل ما هو إيجابي في شخصية الفرد وفي بيئته المحيطة أما السلبية فركزت على كل ما هو سلبى في جميع جوانب شخصية الفرد، إذ نستطيع القول في النهاية أن التوجه نحو الحياة هو محصلة عدة عوامل ارتبطت بأفكار سقلت من خلال الزمن فأصبحت سلوك ثم أصبحت واقع معاش ثم أصبحت توجه يميز الأفراد، هذا التوجه راجع لنجاح الفرد وتحقيق أهدافه وحجم الصعوبات التي اعترضته والمشكلات التي صادفته وطبيعة عيشه في الحياة، فإذا كانت أفكار الفرد سليمة تبحث في كل ما هو حسن وإيجابي وأفكاره كلها خير وفيها فائدة لنفسه ولغيره كان توجهه إيجابي وينعكس على حياته اليومية من صحة نفسية وجسدية وهناء نفسي وتوافق وتحقيق الذات والوصول لأهداف أبعد وأسمى في حين يكون التوجه السلبى نحو الحياة يجعل الفرد دائما في حلقة مستمرة ومتكررة عنوانها الكآبة والضجر ومع التعود على هذه الحالة تصبح حياته مليئة بالاضطرابات النفسية وعدم التوافق مع الذات ومع الواقع فيفقد صحته الجسمية والنفسية ومع الوقت يفقد رغبته في الحياة لعدم وصوله لتحقيق أهدافه.

الفصل الرابع: المعتقدات الصحية

تمهيد.

1- مفهوم المعتقدات

2- أنواع المعتقدات

3- خصائص المعتقدات.

4- مفهوم المعتقدات الصحية

5- أنواع المعتقدات الصحية

6- خصائص المعتقدات الصحية.

7- النظريات والنماذج المفسرة للمعتقدات الصحية.

8- المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد

خلاصة

تمهيد:

يوجه سلوك الأفراد عن طريق فكرة وتشكل مجموعة الأفكار المعرفة الإنسانية التي من خلالها يطور الفرد مهاراته وأسلوبه وتوجهاته في الحياة، وإن ما يميز المعتقد عن المعرفة أنها قابلة للتغيير والتصحيح عبر مراحل الزمن عكس ذلك نجد المعتقد يشترك فيه حيز مجتمعي أو بيئة اجتماعية كبيرة، عكس المعرفة قد تكون فردية أو مقتصرة على مجموعة من الأفراد في مجال معين، وقد تكون أيضا جماعية حسب نوع المعلومات المقدمة، إذ أن كل مجالتنا وجوانب حياتنا تميزها معتقدات معينة في كل موضوع من المواضيع لذلك تعتبر المعتقدات الصحية الحيز الذي يميز الجانب الصحي؛ إذ هي مجموعة من التصورات تخص اضطراب أو مرض معين أو أي شيء له علاقة بالصحة الجسدية والنفسية، شكلت هذه المعتقدات صورة ذهنية راسخة ومتوارثة عبر الأجيال من خلال مجموعة الخبرات والتجارب الشخصية، فمن خلال معتقداتنا الصحية تحدد مجموعة السلوكيات التي نمارسها في حياتنا اليومية عن طريق جملة من المعلومات الصحية المكتسبة من مصادر خارجية: كالإعلام - الكتب- ووسائل الاتصال المختلفة ... إلخ، وقد تكون هذه المعتقدات إيجابية كما أيضا يمكن أن تكون سلبية (خاطئة)، ولفهم الموضوع أكثر والتعمق فيه سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم المعتقدات الصحية بدءا في التطرق لمفهوم المعتقد ونوع كل منهما وصولا إلى نموذج المعتقد الصحي والنماذج الأخرى التي تطرقت في تفسيرها للمعتقدات الصحية وأيضا التطرق للمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

1- مفهوم المعتقدات

1-1 المعتقد لغة:

- الاعتقاد لغة هو التصديق بالأمر والإيمان به، وهو من الفعل اعتقد، ويقال اعتقد بالشيء، أي أقنع به وأثبت له (ابن منظور، 1992، ص 301).
- أيضا يعني المعنى اللغوي للاعتقاد: اعتقد الشيء أي معناه صلب واشتد (وهبة، 2007، ص 74).
- والاعتقاد في اللغة من المصدر يعتقد والأصل عقد وأصل العقد هو ربط الشيء بالشيء، فالاعتقاد هو ارتباط القلب بما انطوى عليه ولزمه، ويطلق العلماء على الاعتقاد بوجود معنيين الأول: معناه التصديق المطلق والثاني: هو أعلى درجات العلم (الظاهري، 2010، ص 36).
- ومن خلال عرض التعاريف اللغوية لمفهوم المعتقد نستطيع القول أنه يعني ارتباطه بالإقناع والثبات أي الإشارة إلى تمسك الفرد بالفكرة أو المعلومة التي اعتقد أنها هي القرار الصحيح.
- **اصطلاحا:**
- المعتقد اصطلاحا عبارة عن حكم يرتبط بالواقع يقبله الفرد باعتباره حقيقيا، وهو عبارة عن اعتناق فكرة والتسليم بصحتها ويقوم المعتقد على اعتبارات اجتماعية أو وجدانية أو عقلية (الصالح، 1999، ص 64).
- والمعتقد عبارة عن إيمان ناشئ عن مصدر لاشعوري يكره الإنسان على تصديق فكر أو رأي أو مذهب، وهو الذي يحدد أفكار الأفراد ومن ثم اتجاهاتهم (زعيتر، 2014، ص ص 17-18).
- و المعتقد هو أول أشكال التعبيرات الجمعية التي خرجت من حيز الانفعال العاطفي إلى حيز التأمل الذهني (فخري، 2018، ص 27).
- والمعتقد أو الاعتقاد هو القبول بأن شيئا ما موجود أو صحيح وحتى لو لم يوجد أي دليل أو هو الثقة في شيء ما ومن مميزات المعتقدات أنها قوية ولها آثار كبيرة على الأفراد ومفهومها يمكن اعتباره نفسي (بران ترجمة عبد الحميد، 2018، ص 233).
- وتعرف أيضا المعتقدات بأنها العامل الثاني التي تحدد أفكار الإنسان بعد المعرفة وتكون متوارثة غالبا من الأجداد إلى الآباء فالأبناء خصوصا في المجال الصحي، وتقبل المعتقدات على حالها دون التأكد من صوابها، وتغييرها أمر في غاية الصعوبة (شريم، 2012، ص 98).
- والمعتقدات عبارة عن مجموعة من المورثات المتعلقة بالعالم الخارجي وال فوق الطبيعي، والتي تحتل عقول الأفراد وتشغل حياتهم، ومسلم بها لدى الأفراد فهي غير قابلة للمناقشة وتتمتع بقدر من السرية (خليل، 2006، ص 199).
- وتعتبر المعتقدات جزء من ثقافة الناس وسلوكياتهم وتبين ما هو مرفوض وما هو مقبول، وهي عميقة الجذور وصعبة التغيير خصوصا عند كبار السن، الذين يتمسكون بمعتقداتهم المتوارثة ويرفضون

تغييرها، والتي تولدت عن طريق التجربة والخطأ وليس كل المعتقدات خاطئة بل هناك منها الصحيحة (مصيفر، 2000، ص2).

ومن خلال ما سبق ذكره فإن المعتقدات حسب الطالبة الباحثة هي عبارة عن مسلمات متوارثة عن طريق التنشئة الاجتماعية وكل مجتمع أو منطقة لديها معتقدات خاصة بها تحكمها عدة عوامل منها اللغة وطريقة التفكير والعادات والتقاليد والثقافة ولكل مجال من مجالات الحياة مجموعة معتقدات تمثل كخلفية فكرية ومعرفية تحدد عن طريقها سلوكيات الأفراد ونمط شخصياتهم.

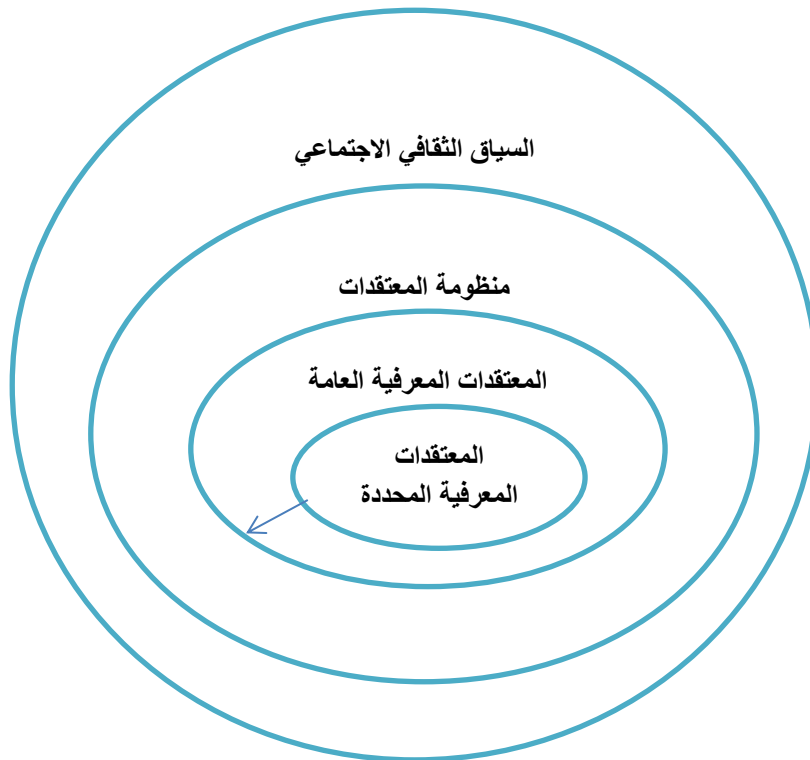
2- أنواع المعتقدات:

تنوعت المعتقدات بتنوع ميادين الحياة المختلفة وسنذكرها كالتالي:

1-2 المعتقد المعرفي: فقد اختلف الباحثون في تناول مفهوم المعتقدات المعرفية فمنهم من تناوله على أنه، بنية نمائية معرفية أو مجموعة من المعتقدات والاتجاهات أو الافتراضات التي تؤثر في العمليات المعرفية أو عمليات معرفية في حد ذاتها، فيجب على الباحثين المهتمين بدراسة المعتقدات المعرفية أن يهتموا بالمصطلح من منظور فلسفي ومن منظور نفسي فالأعمال الفلسفية سوف تساعد في توضيح طبيعة المعتقدات والدراسات النفسية تكون مفيدة في تفسير طبيعة العلاقة بين المعتقدات والسلوك بالإضافة إلى فهم وظيفة وبنية المعتقدات، فالمعتقدات تعد مصطلحا غامضا بوجه خاص في التراث النفسي، وقد حاول العديد التمييز بين المعتقدات والاتجاهات حيث أوضحوا أن الاتجاهات أكثر وجدانا والمعتقدات أكثر معرفة (الجنابي، 2019، ص ص 279-280)، حيث أن نظام المعتقدات المعرفية هو من يوضح نظرة الفرد لعالمه الخارجي وهو عبارة عن نظام تخزن فيه المعلومات والأفكار والمفاهيم (عبد الحسن، 2015، ص14)

ويرى بيوهل وألكسندر (buehl et Alexander) أن المعتقدات المعرفية تعتبر عدسة يفسر من خلالها الأفراد المعلومات ويضعون المعايير ويقررون طريقة الأداء المناسبة (الجنابي، 2019، ص285)، والشكل التالي يمثل نموذج المعتقدات المعرفية.

الشكل رقم 16: يمثل نموذج المعتقدات المعرفية حسب بيوهل وألكسندر



(المصدر: الجنابي، 2019)

2-2 المعتقد الديني: وتعتبر هذه المعتقدات جزء من المعتقدات التقييمية فالمعتقد الديني يحدد طريقة النظر للأشياء وطريقة التصرف اتجاه هذه الأشياء، فالمعتقدات الدينية تعالج وتهتم بالمشاكل الأخلاقية للفرد ومواقف الأفراد في المجتمع وفي الكون، والمعتقدات الدينية يظهر الناس نحوها الالتزام بالمعايير الأخلاقية في المجتمع (الهوراني، 2008، ص198).

3-2 المعتقد الشعبي: حيث يعتبر المعتقد الشعبي ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية وتصوراتهم حول الحياة (فخري، 2018، ص28)، كما تعتبر المعتقدات الشعبية موروثات احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم، حيث أن التسليم بها والخضوع لحكمها من المسلمات والبيديات التي لاشك فيها تعاقبت هذه المعتقدات بين الأجيال ورسخت في الوعي، كما أنها أضحت جزءاً هاماً من الوجدان الشعبي فالمعتقدات الشعبية تمثل جانب المعلومات والمفاهيم الأكثر تصلباً والأكثر بعداً عن حياتنا اليومية عن طريق وسائل غيبية ومحاطة بالتقديس ولا مكان لها للمناقشة وقريبة من الخطأ (خليل، 2006، ص199).

أما روكيش (rokiche) فقد ميز بين 4 أنواع من المعتقدات وهي:

- معتقدات وصفية: Discriptive-Beliefs وهي التي توصف بالصحة أو الزيف كالاعتقاد أن الشمس تشرق من جهة الشرق.
 - معتقدات تقييمية: Evaluation-Beliefs وهي التي توصف على أساسها موضوع الاعتقاد بالحسن أو القبيح (كالاعتقاد أن طعام ما مفضل).
 - معتقدات أمرية -ناهية Perscriptive-proscriptive ويحكم بمقتضاها على بعض الوسائل والغايات بجدارة الرغبة فيها أو عدم الجدارة (كالاعتقاد بأنه من المرغوب فيه أن يطيع الأطفال آباءهم).
 - المعتقدات السببية: Causality-Beliefs التي تشير لماذا توجد المعتقدات بهذا الشكل وكيف يسلك الفرد طبقا لها.
- كما أشار روكيش (Rokeach.1976) إلى أن كل معتقد يقع داخل بناء الاتجاه يتضمن 03 مكونات: معرفي، وجداني، سلوكي (خليفة، 2006، ص14)

3-خصائص المعتقدات:

فحسب (مبروك، 2015، ص137)، فإن المعتقد له عدة مميزات نذكر منها ما يلي:

- المعتقدات مكتسبة ويتعلمها الفرد من خلال خبرته في الحياة ويظهر ذلك من خلال تقييمه لموضوع معين بطريقة معينة.
 - المعتقدات مكونات معرفية أي تحتوي مجموعة معارف الأفراد حول موضوع معين.
 - المعتقدات توجه سلوكيات الأفراد سواء بالسلب أو بالإيجاب.
 - يساهم في تكوين المعتقدات عدة عوامل منها: طبيعة التنشئة الاجتماعية وثقافة المجتمع.
 - للمعتقدات موضوعات متعددة ومختلفة فقد تكون فكرة أو حدث أو ظاهرة...إلخ
 - المعتقدات عمليات اجتماعية معرفية قابلة للتغيير.
 - تتأثر المعتقدات بالخبرات الشخصية ومستوى تعليم الفرد والقيم الشخصية.
- وللمعتقدات عدة خصائص تميزها منها:
1. المعتقدات ثابتة، وذلك راجع لخضوعها إلى مخلفات ثقافية مغروسة في المجتمع عن القضايا والأشياء وتكون متوارثة عبر الأجيال.
 2. تخضع المعتقدات للسيادة في تأثيرها على سلوكيات الأفراد وذلك لوجود اقتناع فكري ومسلم بها، حيث تخضع لخصائص الظواهر الاجتماعية
 3. تعتبر المعتقدات تراث شعبي متوارث (بن الشيخ، 2015، ص26).

4- مفهوم المعتقدات الصحية

تعتبر المعتقدات الصحية تلك الممارسات الصحية التي تتأثر بعاملين: إدراك الفرد للتهديد الصحي، وإيمانه بالقيام بسلوكيات تخفف من التهديد (موفق، 2017، ص 169).

والمعتقدات الخاصة بالصحة عبارة عن تصورات مبنية على أسس نفسية واجتماعية اتجاه المرض، لذلك فهي تلعب دور الوسيط في تصور المرض والوقاية منه، بحيث تساهم المعتقدات الصحية في فهم السلوكيات الصحية الممارسة من قبل الفرد (خشاب، 2017، ص 116).

والمعتقدات الصحية تعرف على أنها عبارة عن تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض (بوخنوس وبوشدوب، 2018، ص 151).

وأيضاً المعتقدات الصحية هي عبارة عن مجموعة المعلومات والتصورات والأفكار التي كونها الفرد حول أسباب حدوث المرض وأيضاً طرق الوقاية والعلاج وذلك خلال خبرته في الحياة ونظراته حول هذا الموضوع حيث أصبح التسليم بها أمراً بديهياً وهذه المعتقدات هي التي تؤدي إلى توجيه سلوكه سواء بطريقة صحيحة أو خاطئة (مبروك، 2015، ص 138).

كما ترى (انتصار، 2016، ص 425) أن المعتقد الصحي هو متغير تنبئي لصحة الفرد، وهو أساس من أسس الشخصية السليمة التي تسعى المجتمعات إلى زرعها وترسيخها في أبنيتها المستقبلية المجتمعية.

والمعتقدات الصحية هي طريقة تفكيرنا في الصحة ولها تأثير ملحوظ في انخراطنا اللاحق في ممارسة السلوك الصحي ويمكن أن تتشكل المعتقدات الصحية من خلال عدة عوامل متعددة ومختلفة (الشويخ، 2012، ص 43).

ومن خلال عرض التعاريف السابقة، فإن المعتقدات الصحية هي عبارة عن أفكار ومعلومات حول المرض بصفة عامة ويعبر عنها عن طريق سلوكيات وقائية سواء أكانت صحيحة أم خاطئة، حيث تعطي لنا هذه السلوكيات صورة عن المعتقدات التي شكلها الأفراد في أذهانهم خلال مدة زمنية معتبرة.

5- أنواع المعتقدات الصحية:

المعتقدات الصحية العامة: تعرف الطالبة المعتقدات الصحية العامة بأنها مجموع السلوكيات الصحية المتعلمة من قبل فرد في حياته اليومية وتشمل جميع السلوكيات المتعلقة بالصحة. المعتقدات الصحية التعويضية: اعتبرها كل من (الداغستاني والمفني، 2010، ص87) بانها ممارسات سلوكية صحية تعويضية تقوم على أساس معتقدات لدى الأفراد وذلك من أجل التعويض عن سلوكيات غير صحية حيث يكون تأثيرها لثلاثة عناصر أساسية وهي:

- إدراك الفرد للخطورة.
 - شعوره بالتهديد وأن حالته الصحية في خطر.
 - اقتناعه بأن السلوك الصحي التعويضي يخفف من السلوك الغير صحي والضرار.
- والمعتقدات الصحية التعويضية تتماثل وتشبه عملية التثقيف الصحي فهدفها الأساسي تغيير السلوكيات الصحية الخاطئة للأفراد وتعديلها عن طريق عدة وسائل منها: محاضرات صحية - البرامج الصحية والبرامج التوعوية... إلخ (المسعد، 2005، ص3).

6- خصائص المعتقدات الصحية:

أشار (عبد الله ورضوان، 2009، ص752) أن hjelm عام 2008 ذكر 03 خصائص للمعتقدات الفرد حول الصحة وهي كالتالي:

- أن المعتقدات الصحية تتأثر وتؤثر في الوعي الصحي الخاص بسلوكيات الخطر سواء الظاهرة أو المحتمل ظهورها.
 - أن المعتقدات الصحية تحدد السلوك الصحي السليم للأفراد كما تجعل اهتمامهم بذاتهم قائم.
 - وأن المعتقدات الصحية قابلة بدرجة أو بأخرى للتعديل ولتغيير.
- كما ذكر (ماجد، 2021، ص121) أن خصائص المعتقدات الصحية حسب (melaine.2002) هي كالتالي:

- أن الصحة تلعب دور مهم في التصدي من الأمراض المزمنة والوقاية من الانتكاس والعواقب المترتبة على الإصابة بالمرض.
- إتباع السلوك الصحي ومن ثم الحفاظ على الصحة.
- أن المعتقد الصحي تشكله عوامل شخصية واجتماعية.
- هي مكون أساسي للسلوك الإنساني.
- لها دور في قرار المريض للامتثال للخطط العلاجية.

▪ هو معنى جوهرى باختيار المرضى لأسلوب حياتهم الصحي من حيث أدائهم للسلوكات الصحية المحددة لهم وغير المحددة لهم أيضا.

7- النظريات والنماذج المفسرة للمعتقدات الصحية:

صنفت النماذج الثلاثة (نموذج المعتقد الصحي، نموذج السلوك المخطط، ونموذج مراحل التغيير) على أنها نماذج معرفية اجتماعية حيث تقوم بمعالجة المعلومات الصحية لدى الأفراد والمتعلقة بالسلوك وبالتالي فإنها تركز على السياق الاجتماعي لتغيير السلوك وان هناك ارتباط بين السياق الاجتماعي والعمليات المعرفية التي تحدد ما إذا كنا سننخرط في تغيير السلوك أم لا (الشويخ، 2012، ص56).

7-1 نموذج المعتقد الصحي:

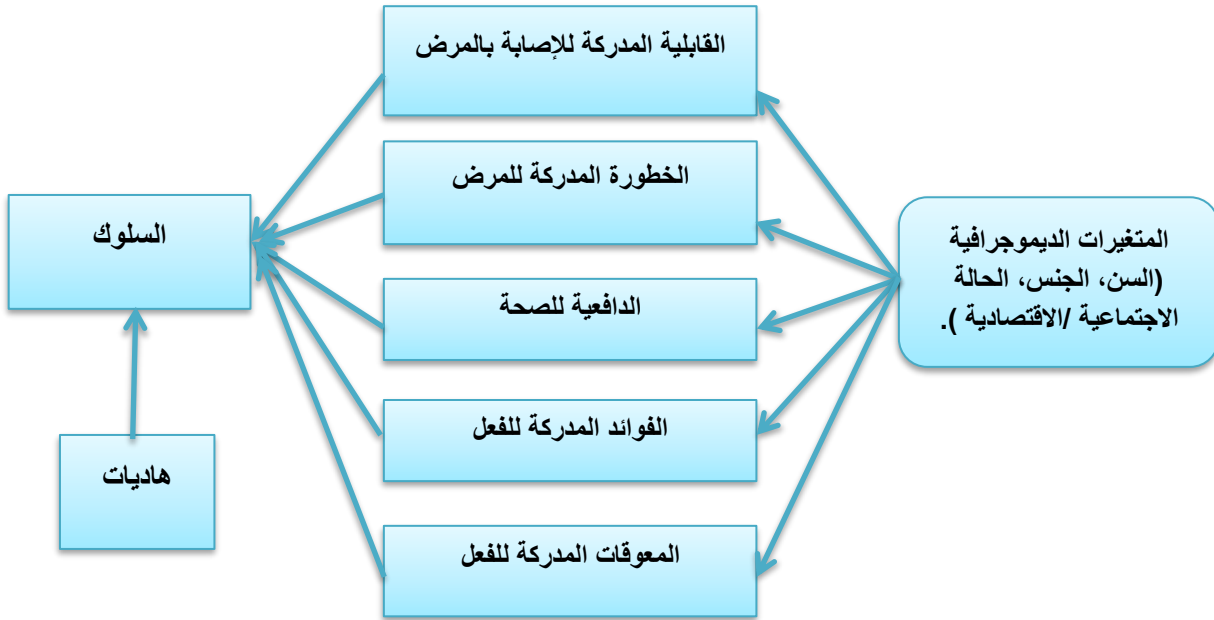
7-1-1 مفهوم نموذج المعتقد الصحي:

التطور التاريخي للنموذج: في عام 1970 طور مجموعة من علماء النفس الاجتماعيين في الولايات المتحدة نموذج المعتقدات الصحية، حيث وصفه الباحثون بجد الآباء لجميع النماذج وافترضه الرئيسي هو أن انخراط الأفراد أو عدم انخراطهم في السلوك الواقي للصحة يعتمد على عدد من المعتقدات الصحية (مرجع سابق)

تم صياغة هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك (Rosenstock) عام (1966)، وذلك لشرح أسباب لماذا لا يأخذ الأشخاص بالاستفادة من التقدم الطبي في ذلك الوقت عندما وجد أن هناك استمرارا لمرض شلل الأطفال على الرغم من توفر لقاح سالك، وفي عام 1974 قام بيكر بتطوير وتنقيح نموذج المعتقدات الصحية وذلك لشرح التنبؤ بالامتثال من قبل الأشخاص الذين تم تشخيصهم بكونهم مرضى (محمد، 2018، ص 342)، ومفاد هذا النموذج بأنه نظام للتنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية وايضا للاستجابة السلوكية العلاجية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة حادة ومع ذلك تم في السنوات الاخيرة استخدام هذا النموذج للتنبؤ بتشكيلة واسعة من السلوكيات المرتبطة بالصحة (رياض، 2016، ص114)، ويعد نموذج المعتقد الصحي من أكثر النماذج النظرية التجريبية التي اهتمت بها الأبحاث العلمية حيث أبرز كل من جانز وبيكر عام 1984 فاعلية النموذج في السلوكيات الصحية الوقائية مثل: لقاح الإنفلونزا، الكشف الذاتي للثدي، حضور البرامج الوقائية...إلخ، فقد تعدى استعمال هذا النموذج لمعالجة قضايا قد لا يدرك الأشخاص خطورتها مثل: الخوف المرضي، القلق العصابي، والضغط الزائدة وغير ذلك من المخاطر والتهديدات (عبد العزيز، 2013، ص117)، وهنا يجدر بنا

الإشارة بأن الاستخدام الكلاسيكي للنموذج الذي كان يقتصر على الأمراض والعلل الجسدية فقد أصبح يغطي أيضا الجوانب النفسية من اضطرابات واختلالات وعلل في الجانب الشخصي والنفسي

الشكل رقم 17: يوضح نموذج المعتقدات الصحية



(المصدر: شويخ، 2012، ص 61).

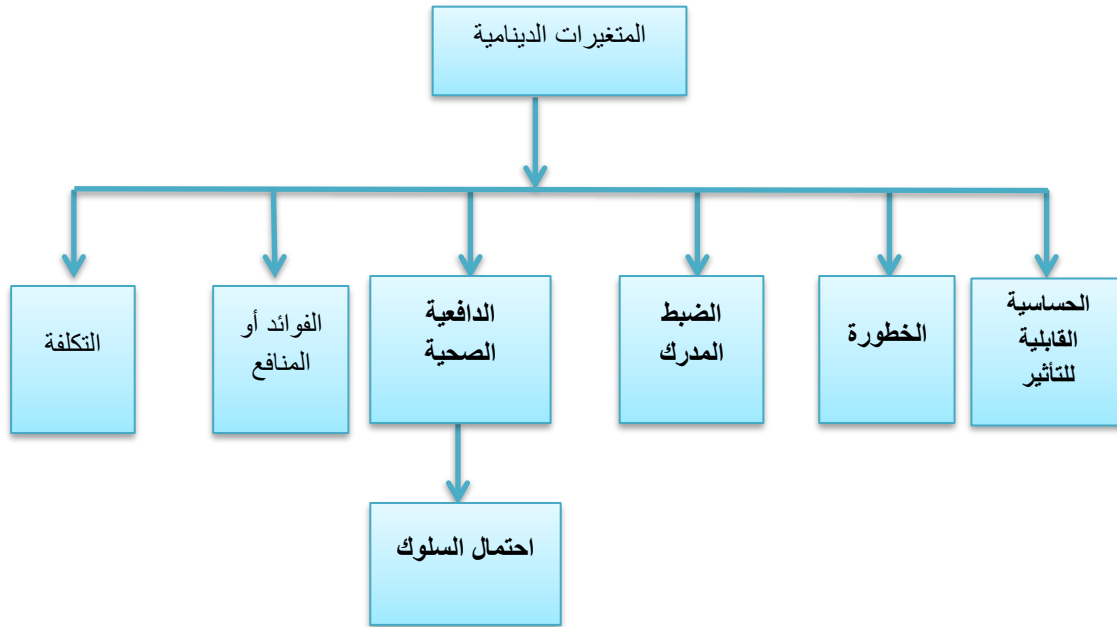
العناصر الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية: والتي تبنتها الباحثة كمحاور لأداة القياس التي استخدمتها في دراستها الحالية ونذكر كالتالي:

- القابلية المدركة للإصابة: Perceived Susceptibility ويعني ذلك أن الفرد يعتقد تمام أنه قد يصاب بمرض معين لوجود مؤشرات أو أعراض المرض ولعدة اعتبارات اخرى.
- الخطورة المدركة للمرض: Perceived Severity أي النواتج التي تترتب على المرض أو عجز معين عند إصابة الفرد به.
- الفوائد المدركة للفعل: Perceived Benefits وهي الفوائد المحققة نتيجة ممارسة الأفراد للسلوكات الصحية
- التكاليف المدركة للفعل: Perceived Barriers/Costs أي ماهي الفوائد التي يجنيها الفرد عند إتباع سلوك صحي معين او عدم إتباعه.
- الدافعية الصحية: Health Motivation وتعني أن الأفراد يختلفون في تقديرهم لمستويات الصحة ويختلفون أيضا في رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

▪ **الهاديات للتصرف:** Cues to action وهي العوامل التي تؤدي بالفرد بممارسات صحية معينة وقد تكون داخلية مثل الأعراض المرضية التي يدركها ويشعر بها المريض، وقد تكون خارجية مثل الحملات التوعوية والبرامج الصحية والنصائح الطبية... إلخ (شويخ، 2012، ص 62).

حيث أن روزنستوك وبيكر عام 1987 وضعاً تنقيحاً للنموذج الأصلي بإضافة أساسيات أخرى مثل الدافعية الصحية وتعني استعداد الفرد للقلق حول المسائل الصحية، وفي الأونة الأخيرة فقد اقترح كل من بيكر وروزنستوك أساس آخر تم إضافته للنموذج وهو الضبط المدرك حيث أن النموذج في البداية كان بأربع أساسيات وتم إضافة هاذان الأساسين والشكل التالي يوضح أساسيات نموذج المعتقد الصحي

الشكل رقم 18: يمثل أساسيات نموذج المعتقد الصحي



(المصدر: العاسمي، 2016، ص 115)

ووفقاً للنموذج الصحي فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن يتحقق من خلال معرفة عاملين هما:

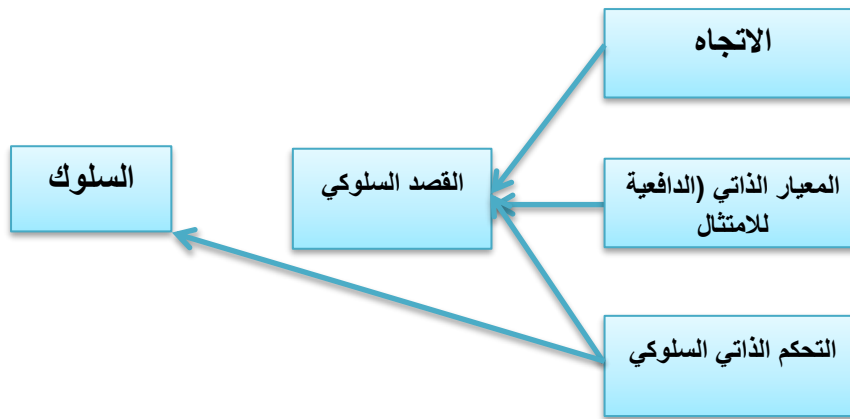
- الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي.
- إدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من التهديد. (موفق، دس، ص 196).
- ويفترض نموذج المعتقدات الصحية أن الناس لا يحاولون اتخاذ أي إجراء للوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كانوا يمتلكون حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافية للمرض، حيث يتضمن نموذج المعتقدات الصحية العناصر التالية:

- أ. استعداد الفرد للقيام بالسلوك الصحي يقوم بتحديد حماية من تعرضه للمرض.
- ب. تقييم الفرد لفائدة السلوك المقترح ومقارنة الفائدة بالسلوك.
- ج. المثير الخاص بالسلوك: قد يكون داخليا يدفع الفرد للقيام بسلوك معين والمثير يكون داخليا كالإحساس بالأعراض المرضية وخارجي من خلال احتكاك الفرد ببيئته الخارجية .
- حيث يفيد تفسير السلوك الصحي عن طريق المعتقدات الصحية في فكرتين هما:
1. أن السلوك الصحي للأفراد يتحدد من خلال اعتقادهم بخطورة المرض واحتمالية تعرضهم له.
 2. سلوك الفرد ناتج من خلال الصراع بين الأهداف والدوافع وأن السلوك يتبع أقوى الدوافع (الشاعر وآخرون، 2000، ص149).

7-2 نموذج السلوك المبرر (نظرية السلوك المخطط):

قام بتطوير هذا النموذج من نموذج الفعل المبرر إلى نظرية السلوك المخطط كل من العالمين آزن وفيشبان (Ajzen et Feshbein) وذلك خلال الفترة (1970-1980)، حيث افترضت هذه النظرية أن سلوكيات الأفراد يمكن أن نتنبأ بها من خلال مقاصدهم في تبني سلوك ما، حيث يتشكل المقصد من خلال اتجاهات الأفراد نحو السلوك وإدراك التحكم السلوكي بالإضافة إلى اعتقادات الفرد في التحكم بالسلوك كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 19: نظرية السلوك المخطط



(المصدر: شويخ، 2012، ص66)

حيث ترى هذه النظرية أن نية الأفراد في ممارسة سلوكيات معينة ماهي إلا نتيجة لمعتقداتهم الذاتية، إضافة إلى ذلك مواقفهم اتجاه هذا السلوك، وترى أيضا أنه بإمكاننا تفسير سلوكيات الناس من

خلال معتقداتهم وأكدت النظرية على تصورات الأفراد حول سلوك معين يساهم بشكل كبير في ممارسة هذا السلوك أو التخلي عليه (علي، 2014، ص11).

حيث تتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- **الاتجاهات:** إذ تعتبر الاتجاهات وظيفية للمعتقدات والاتجاهات هنا تمثل مجموعة المشاعر الإيجابية أو السلبية الناتجة عن تبني سلوك معين للأفراد.
 - **المعايير الذاتية:** وهي معتقدات الفرد حول وجود دعم خارجي من الأسرة أو المجتمع للسلوك الذي سينخرط فيه وهل هم سيقومون بمتابعة هذا السلوك أم لا؟
 - **التحكم الذاتي السلوكي:** وهو قدرة الفرد واعتقاده على ممارسة سلوك معين بنجاح، وهو نتيجة لخبرة الفرد في الماضي ومعتقداته عن قدرته في الانخراط في السلوك.
- حيث أن بعض الأبحاث وجهت انتقادات لهذه النظرية وذلك بضرورة إدماج عناصر أخرى مثل المعايير الأخلاقية والهوية الذاتية، إضافة إلى عامل آخر ذكر مؤخرا وهو الندم المتوقع (شويخ، 2012، ص67).

7-3- نموذج مراحل التغيير: إن تغيير عادة سيئة أو سلوك صحي غير ملائم لا يحدث دفعة واحدة، فالأفراد يمرون بمراحل أثناء تغيير عاداتهم الصحية، حيث أن هذا النموذج صمم خصيصا لتغيير عادات سيئة مثل التدخين والإدمان، فقد قام كل من بروشاسكا (prochaska) وآخرون عام 1992 في تطوير هذا النموذج، حيث يمكن تطبيقه الآن في عادات سلوكية أخرى مثل: الرياضة، والفحوصات الدورية لبعض الأمراض المزمنة، إذ يمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الأفراد عند محاولتهم تغيير سلوكهم إلى ما يلي:

***مرحلة ما قبل العزم:** تحدث هذه المرحلة حيث يكون الفرد في غياب النية تماما لتغيير السلوك، فمعظم الأفراد هنا لا يدركون بوجود مشكلة أو سلوك خاطئ على المستوى الصحي، لكن يوجد أفراد هنا تجدهم يبحثون على حل للمشكلة.

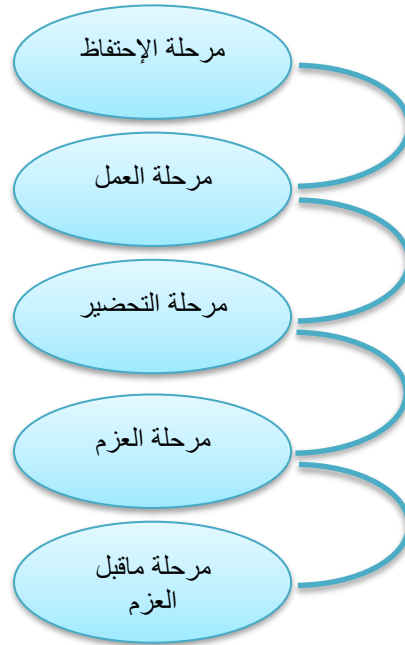
***مرحلة العزم:** هنا يكون شعور الفرد بوجود مشكلة صحية فيبادرون بالتفكير لإيجاد حلول لها، مع عدم التزامهم بسلوك معين فكثير من الأشخاص يظلون هنا في هذه المرحلة لسنوات عديدة ومثال ذلك: المدخنين الذين هم غير قادرين على التخلي على سلوك التدخين.

***مرحلة التحضير:** وهنا يعقد الأفراد عزمهم على تغيير السلوك فيقوم معظم الأفراد على التخلي أو تعديل السلوك لحد ما وليس كليا.

***مرحلة العمل:** يتم تعديل السلوك ويتطلب في هذه المرحلة الالتزام من أجل التغيير الفعلي.

*مرحلة الاحتفاظ: وهنا يعمل الفرد من أجل الوقاية من الانتكاسة وتعزيز السلوك الصحي المكتسب. لذلك فنموذج مرحلة التغيير هو عبارة عن زنبك (لولب)، حيث ينتقلون الأفراد فيه بشكل دائري حتى يصلون إلى الحفاظ على السلوك المحدث، وقد يتعرضون للانتكاس ويمكن أن يعودوا إلى مرحلة ما قبل العزم وينتقلون بشكل دائري خلال المراحل المتتابعة كما هو موضح في الشكل التالي (تايلور ترجمة درويش وشاكر، 2008، ص ص 151-153)

الشكل رقم 20: يمثل نموذج مراحل التغيير



(المصدر: درويش وشاكر، 2008)

7-4-نظرية الفعل المنطقي:

أما فيما يخص السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي من خلالها يمر الناس في مراحل لتقييم المسألة الصحية والوصول إلى تغيير السلوك ومثال ذلك (مراحل سلوك الحمية والإدمان) فقد وصفت النماذج التالية وأطلق عليها النماذج المرحلية لتفسير السلوكيات الصحية: نموذج اتخاذ الحذر واينشتاين ونموذج بروشاسك وديكليمانت ما وراء المعرفة (العاسمي، 2016، ص 229).

7-5 نموذج اتخاذ الحذر او نموذج تبني الوقاية: قام (weinstein) بالعمل على هذا النموذج عام 1988 فافترض أن الأفراد عند بداية ممارستهم أو اتخاذهم لسلوك صحي معين فإنهم يمرون بذلك عبر سلسلة من المراحل وهنا الأفراد ليس بالضرورة انتقالهم من مرحلة إلى أخرى بالترتيب ولكنهم قد يعودون لمرحلة سابقة أو ينتقلون لمرحلة لاحقة بين المراحل، حيث أن هذا النموذج يشبه نموذج التحول النظري

لكن يختلف معه في عدد المراحل التي يفترضها وأيضا العمليات التنبؤية التي يقومون بها معظم الأفراد خلال انتقالهم.

وصف النموذج: يشمل النموذج على 07 مراحل كما هي موضحة في الشكل التالي:

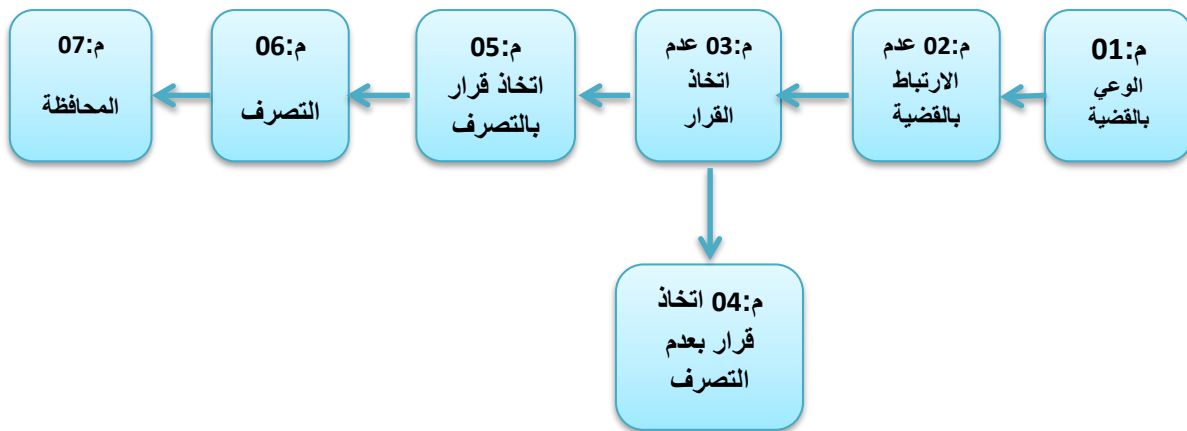
المرحلة رقم 01: غياب وعي الأفراد للمرض أو الاضطراب أو المشكلة الصحية ومثال ذلك: عدم التغذية الكافية قد يسبب فقر الدم ومشاكل صحية لاحقة لكن معظم الأفراد لا يعطون المسألة اهتماما.

المرحلة رقم 02: هنا الأفراد لديهم وعي صحي بأن سلوك ما يؤدي إلى خطر صحي لكن اعتقادهم أن الآخر هو الذي معرض للخطر وإبعاد الخطر عنهم ومثال ذلك أنك تعرف خطورة زيادة الوزن على جسم الإنسان لكن ممارستك للرياضة ومعرفة أن وزنك مثالي تبعدك عن خوض التجربة.

المرحلة رقم 03: وتسمى مرحلة صنع القرار وهنا يمكن للأفراد الانتقال للمرحلة الخامسة ويكونون على علم بالمخاطر الناتجة وفي المرحلة الخامسة قد يتخذون قرارا بشأن الفعل لحماية أنفسهم من المخاطر وفي هذه المرحلة سيتخذون قرارا للتغيير، ولكنهم قد ينتقلون إلى المرحلة الرابعة ويرون أن فعل تغيير السلوك غير لازم.

المرحلة رقم 06 و 07: ففي هذه المرحلة يبدأ الأفراد في تغيير سلوكياتهم وفي المرحلة السابعة يحافظ الناس على تلك السلوكيات لفترة زمنية، وفي ظل هذه المراحل تتغير معتقدات الناس الخاطئة وتعوض بمعتقدات جديدة عن السلوك الصحي الذي سيتبناه الأفراد لاحقا، والشكل التالي يوضح المراحل السبعة للنموذج.

الشكل رقم 21: يمثل نموذج عملية تبني الوقاية



(المصدر: كاثرين ترجمة عيسى وشواس 2019، ص ص 106-107).

▪ التعقيب حول مختلف النظريات والنماذج:

من خلال النظريات والنماذج السابقة التي تطرقت في تفسيرها إلى مصطلح المعتقد الصحي التي ركزت معظمها على الجانب الاجتماعي المعرفي للأشخاص، فنموذج المعتقد الصحي هو عبارة عن مجموعة من التنبؤات التي يحملها الفرد على الجانب الصحي وتظهر على شكل لوكات صحية أو غير صحية يمارسها في الحياة اليومية، وقد أصبح نموذج المعتقدات الصحية مؤخرًا له دخل أيضا في الاضطرابات النفسية، أما نموذج السلوك المبرر فقد فسّر السلوك على أنه ناتج من مقاصد الأفراد واتجاهاتهم حول أمر صحي ما، وتبني السلوك وممارسته هو نتيجة لتصورات الفرد حول سلوك ما، أما نموذج مراحل التغيير فقالت أن الأفراد لا يغيرون سلوكياتهم الصحية فجأة بل هناك مراحل، وهذه المراحل تتطلب وقت معين حيث أن هذا النموذج صمم للمعتقدات الخاطئة وللعادات الصحية الخاطئة، وانطلاقا لما تطرقت إليه النماذج في تفسيرها للمعتقدات الصحية عن طريق السلوك الصحي الذي يعتبر الجانب الظاهر للمعتقد أما الجانب الخفي في الفكرة، ورغم ذلك لازالت النظريات في هذا المجال قليلة جدا وذلك في حدود علم الطالبة الباحثة حيث أنها لم تدرس تفسيرها معمقا للمعتقد الصحي.

8-معتقدات أمهات أطفال التوحد حول الاضطراب:

وفي هذا الصدد أجريت دراسة على 43 من آباء أطفال التوحد من بينهم (27 أم و16 أب) في إيران، عن طريق مقابلتهم في منازلهم من خلال جلستين، حيث كان محتوى المقابلتين معرفة ما يدور حول معتقداتهم عن اضطراب التوحد وأسبابه التي أدت إليه، وتجاربهم أيضا مع المرض فاستخلصت الدراسة إلى ضرورة فهم السياق الثقافي وتدخلاته في نمو الطفل وهذا أمر مهم لتعزيز الوعي الصحي لديهم، حيث ترى الدراسة أن التوحد يتميز بمجموعة من الصفات منها: ضعف التواصل والتفاعل مع وجود اضطرابات في النمو العصبي علما أن أسباب الاضطراب مازالت غير معروفة إلا أن عامل الوراثة عامل مهم ومن الأسباب التي شكلت التوحد، لذلك فقد أكدت الدراسة تأثير معتقدات الآباء حول السبب الرئيسي للتوحد وفي ظل غياب النظريات المبررة لذلك فقد تؤثر معتقداتهم في طريقة التدخل العلاجي والمتابعة النفسية للطفل حيث أوصت الدراسة بضرورة مراعات معتقدات الآباء والجوانب الاجتماعية والثقافية قبل البدء في علاجهم لأن هذا يلعب دور كبير في مساعدة وتحسن الأطفال

(samadi.2020.p1.p2p12)

خلاصة:

وخلاصة لما سبق ذكره في فصل المعتقدات الصحية نستطيع القول أن المعتقدات الصحية هي أفكار تبناها الفرد وفقا للمعلومات المكتسبة من محيطه، حيث أن طرق تنفيذ وتبني السلوكيات الصحية راجعة لعدة اعتبارات منها: أسلوب حياته، طبيعة شخصيته، مستوى ثقافته...إلخ، والمعتقد الصحي يلعب دورا كبيرا في توجيه الفرد والمحافظة على صحته الجسمية والنفسية، كما يساهم في تكوين أهم أسس تكوين الشخصية واختيارات الفرد في الحياة، إذ للمعتقدات جانب كبير في تكوين شخصية الفرد وسلوكه سلوك صحي إيجابي، فإذا كانت معتقداته إيجابية فإن أفعاله وتوجهه نحو الصحة العامة سواء جسمية أو نفسية تعود عليه بالإيجاب في نشاطاته وسلوكياته اليومية، أما إذا كان العكس فتؤدي به إلى سلسلة غير متناهية من المتاعب الصحية والأمراض، لذلك يجب الاهتمام نحن كأفراد بصفة عامة والأمهات اللاتي يعانين أبنائهن من أمراض مختلفة واضطرابات من بينها التوحد الاهتمام جيدا بأفكارنا وتصحيح معتقداتنا الخاطئة لأجل سلوك صحي جيد وتمتع بصحة أفضل وحياة أسعد.

الفصل الخامس: إضراب التوحد

تمهيد.

- 1- مفهوم اضطراب التوحد.
- 2- خصائص الأطفال المصابين بالتوحد.
- 3- أعراض اضطراب التوحد.
- 4- العوامل المسببة لظهور اضطراب التوحد.
- 5- النظريات المفسرة للاضطراب التوحد
- 6- ردود فعل الأسرة لاضطراب التوحد.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر اضطراب التوحد من بين الاضطرابات التي قد تشكل مشكلة أو عائقا لبعض الأسر والعائلات وقد يدخل بعض الأسر في دوامة بين العلاج وامكانية الشفاء والتحسين والتطلع بأن يصبح الطفل عادي كبقية أقرانه من الأطفال فيلعب ويندمج ويتعلم... إلخ، لذلك تعيش أم الطفل التوحدي منذ إخبارها بتشخيص ابنها حيرة غير باقية الأمهات فتبدأ رحلتها الصعبة والشاقة في إيجاد الحلول لاندماج طفلها، وقد تتأثر هي الأخرى وتصل أن تصاب بالإحباط وفقدان الأمل بالمقابل أن هناك من تصمد وتسعى للتأقلم والتكيف والتفكير بإيجابية نحو ابنها فتسعى جاهدة للاهتمام بصحته النفسية والجسدية بالذهاب به لأفضل المراكز وأشهر الأخصائيين لمتابعته وعلاجه، واضطراب التوحد هو قصور في التواصل والاندماج الاجتماعي للطفل، مما يزيد الأمر صعوبة بالنسبة للأهل في فهم الطفل وتعليمه المهارات المختلفة كباقي الأطفال في سنه، ونظرا للأبحاث والدراسات التي كرست مجهودات عديدة لفهم هذا النوع من الاضطراب إلا أن مشكلة غموضه مازالت تفرق الكثير من العائلات على المستوى النفسي والاقتصادي، وانطلاقا من هذا فسوف نتناول في هذا الفصل مفهوم التوحد وأهم النظريات التي فسرت هذا الاضطراب، كما سنتناول أيضا خصائص الأطفال المصابين بالتوحد وأسباب الاضطراب وأخيرا سنتطرق إلى مختلف الردود الأسرية نحو هذا الاضطراب.

1- مفهوم اضطراب التوحد:

يعتبر كانر (caner) أول باحث قدم مفهوما علميا لمصطلح التوحد بقوله "أنه اضطراب يحدث في الطفولة وله جملة من الخصائص الرئيسية المتمثلة في: فشل اللغة، فشل إقامة العلاقات مع الآخرين والعزلة والسلوكيات النمطية، في نفس الوقت جاء الطبيب الألماني أسبيرج ببحث علمي يصف فيه مجموعة من الأعراض المرضية تتشابه مع أعراض كانر ومنذ ذلك الوقت ظهر مصطلح "متلازمة أسبيرج".

حيث أنه في عام 1980 صنف التوحد على أنه إعاقة انفعالية شديدة تم بعدها عام 1981 تم تصنيفه ضمن الإعاقات الصحية، معتمدين في ذلك على منظمات منها: الجمعية الوطنية للأطفال التوحد والمعهد الوطني للاضطرابات العصبية واضطرابات التواصل، وعام 1994 تم اعتماده في الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية بأنه اضطراب نمائي شامل (غال، 2017، ص22).

1-1 المعنى اللغوي:

كلمة توحد مشتقة من الكلمات التالية: توحد، أحاد، موحد، توحد بمعنى توحد برأيه أي انفرد به والمتوحد هو المنعزل أي منفرد بنفسه، ويعيش وحيدا في منعزل عن الآخرين (حمري، 2000، ص12). ومصطلح أوتيزم "autism" جاء من اللغة الإغريقية أوتوس AUTOS وتعني بالإغريقية النفس (الذات) و ism تعني الحال الغير سوية (عبد الجليل، 2018، ص35).

والملاحظ من خلال المعنى اللغوي أن كلمة التوحد مشتقة من الوحدة وحب العزلة والتفرد بالذات وعدم إقامة أي تواصل مع الأفراد.

1-2 المعنى الاصطلاحي:

التوحد من الإعاقات التطورية صعوبة للطفل، ذو أسباب غامضة غير محددة رغم العديد من الابحاث، حيث يرجح الكثير الإصابة إلى وجود أسباب عضوية وهذا ما جعل العلاج الطبي غير محدد، إلا أن وجود العديد من البرامج التعليمية والسلوكية أظهرت الكثير من التقدم (عبد اللطيف، 1992، ص9).

ويعتبر التوحد اضطراب في النمو الارتقائي الشامل والذي يتميز بعدة مؤشرات منها: قصور وتوقف الإدراك الحسي واللغة مما يؤدي الى توقف القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم، بما في ذلك النمو المعرفي والاجتماعي، اضافة الى الانطواء والانسحاب والانغلاق والجمود العاطفي والانفعالي (عبد الرحمن، 2018، ص ص 71-72).

وقد اختلف التوحد في مفهومه بين مختلف الباحثين والعلماء، حيث يتميز هؤلاء الأطفال التوحديين بالانغلاق حول أنفسهم، كما أنهم يفتقرون لتكوين علاقات اجتماعية وعدم استخدام اللغة، ولهم سلوكيات نمطية متكررة، والتوحد اضطراب في النمو العصبي يؤثر في نمو وتطور ثلاث مجالات: التواصل، المهارات الاجتماعية والتخيل (فوزية، 2016، ص ص 8 -9).

والتوحد إعاقة نمائية تطويرية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بالقصور في التعامل الاجتماعي والاتصال، والاطفال التوحديون سلوكياتهم نمطية ومقيدة (أسامة وكامل، 2011، ص 23)

وكلمة التوحد كمصطلح وضعت تحديدا لوصف أعراض معينة لما لها من دلالة هامة وتشير بشكل آخر إلى جملة من الأعراض المحددة كعيش الطفل في عالم خاص به دون أدنى اعتبار بالآخرين (محمود، 2018، ص ص 6 -7).

كما حدد مصطلح التوحد في معجم علم النفس بأنه: تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات، إدراك العالم من خلال الرغبات بدل الواقع والانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية (أحمد، 2019، ص 14).

وعرف اضطراب التوحد أيضا بأنه حالة من حالات الإعاقة تعيق طريقة استيعاب المخ للمعلومات ومعالجتها، فينتج عنها خلل في الاتصال وفي اكتساب مهارات التعلم والسلوكيات الاجتماعية لدى الطفل (غال، 2017، ص 23).

ومما سبق من عرض عدة مفاهيم لمختلف المؤلفين لاضطراب التوحد، فإن الطالبة الباحثة ترى أن اضطراب التوحد هو قصور على مستوى الجوانب الإدراكية والنفسية والمعرفية وحتى الاجتماعية للطفل مما يؤثر على نموه في تكوين علاقات اجتماعية وانعدام التواصل مع أقرانه من الأطفال وتراجع لغته كما تظهر بعض السلوكيات الغير مرغوبة كالعصبية الزائدة والصراخ والعنف وعدم تقبل الآخر.

2- خصائص الطفل المصاب باضطراب التوحد:

للأطفال التوحديين جملة من السلوكيات الظاهرة التي تميزهم: أن لديهم تفاوت ملحوظ في المهارات، وكانت الخصائص المشتركة لتشخيصهم بالتوحد مصدر حيرة العديد من الباحثين إلى أن توصلوا مؤخرا إلى شبه اتفاق على أن التوحد هو اضطراب في النمو العصبي مما يؤثر على التطور في ثلاث مجالات أساسية:

- صعوبة شديدة في فهم المحيطين بهم والارتباط بهم وإدراك الحياة في الوسط الاجتماعي.

- تأخر ملحوظ في النمو اللغوي والقدرة على الاستخدامات الصحيحة للغة.
 - النمطية والاصرار على المحافظة على الروتين على وتيرة واحدة وانعدام الخيال أثناء التفكير واللعب) وفاء، 2004، ص 22)
- كما أن هناك مجموعة من الخصائص والسمات والتي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة وهي كالتالي:

- قليل المشاركة في الألعاب الجماعية والتفاعل الاجتماعي.
- يبدو وكأنه أصم عند مناداته باسمه لكن قد يستجيب إلى صوت يصدر في البيئة الخارجية.
- لديه نقص في التواصل البصري.
- لا يصدر صوت المناغاة كباقي الأطفال.
- يفتقد للقدرة على التخيل أو اللعب التمثيلي.
- يعاني ضعف في مهارات التقليد
- تأخر وفقدان التطور اللغوي
- صعوبات في النوم عند بعض الأطفال التوحديين.
- نوبات غضب شديدة وصعوبة فهم انفعالات وعواطف الآخرين.
- استجابات حسية غير طبيعية كعدم الإحساس بالألم والحرارة.
- حركات نمطية متكررة (كالرفرفة، الدوران حول أنفسهم). (سليمان، 2004: 36)

وفي دراسات هوارد وأورلنكسي عام 1980 فإنه قد ذكر ست خصائص موجودة في أطفال التوحد تتمثل فيما يلي:

- 1- العجز الجسمي الظاهري: وهذا يلاحظ في سلوكياته اليومية فقط يبدو الطفل عديم الحركة عند مرور الأشخاص بجانبه أو حتى الابتسام له فهو غير مبالي وغير مشاهد لما يدور حوله، فغالبا ما تشك الأمهات أن طفلها أصم أو كفيف.
- 2- البرود العاطفي الشديد: من الخصائص أيضا الملاحظة على الطفل بشكل متكرر هي عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق وإظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحدا ولا يهتم بأن يكون وحيدا أو في صحبة الآخرين.
- 3- الإثارة الذاتية: وهي من أكثر السلوك الملفت للنظر لدى هؤلاء الأطفال وهو تكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز (هز الجسم إلى الامام وإلى الخلف أثناء الجلوس، الدوران حول النفس، التلويح بالذراعين، الهمهمة وترديد ثلاث أو أربع كلمات أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت).

4- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب: فقد يحدث أن يشتكي الاهل بقيام الطفل بأشياء تؤذيه كعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة النزيف أو يقوم بضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط أو بأشياء حادة حتى تتورم رأسه، وفي بعض الاحيان يوجه الطفل عدوانية نحو الاخرين في الاسرة او المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة أو رفس وقد يقضي معظمهم مستيقظون ليلا يصدرن أصواتا مما قد يشكل عجزا لدى الاهل في طرق التعامل مع هذه السلوكات.

5- الكلام النمطي: إن معظم هؤلاء الأطفال يتصرفون بالبكم، لكن يهتمون أو يطلقون أصواتا بسيطة وقد يعيد الطفل التوحدي بعض العبارات التي سمعها في الصباح، أو في اليوم السابق أو يقوم بإعادة الاعلانات التي سمعها من التلفاز وغير ذلك، فقد أشار كل من دونالد وكابرولو إلى أن 60% من الأطفال المتوحدون تقل درجة ذكائهم عن 50 %

6- قصور السلوك: يتصف هؤلاء الأطفال بالتأخر في نمو السلوك أو قصور السلوك فقد نجد طفل توحدي ذو 5 سنوات قد يظهر سلوكا يتناسب مع سلوك الطفل العادي ذو السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات النظافة فالطفل التوحدي يمتلك منها إلا القليل فهو يحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه (ماجدة، 2015 ص ص 171-172).

ومن خلال عرض جملة من الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين على الأطفال العاديين، إلا أن هذه الخصائص لا يمكن أن نجدها في جميع الأطفال، حيث أن الطفل الواحد يختلف بخصائصه التي تميزه عن باقي أطفال وكل طفل لديه خصائص معينة وهنا تكمن الصعوبة في تشخيص ومن ثم علاج اضطراب التوحد.

3- أعراض اضطراب التوحد:

فقد صنفت الاعراض المصاحبة لإضراب التوحد على النحو التالي:

- شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي غالبا معدل الذكاء يتراوح بين (35-49).
- شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين، القفز وحركات الوجه التكشيرية) والممشى على أطراف الأصابع القدمين والاضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي
- شذوذ في الاكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المتكرر بكثرة في الليل والمصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس.
- سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس بعنف أو شد الشعر أو عض الأصابع أو اليد أو إيذائها دون أن يتألم.

- يوجد لدى الأطفال المصابين بالتوحد قدرات معرفية مبتكرة أو بصرية حركية فائقة بدرجة غير عادية مثل الذاكرة الغير عادية لبعض الألحان الموسيقية أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحيانا يتفوقون في الطلاقة اللغوية في القراءة برغم انهم لا يفهمون ما يقرأون (بدر، 2004، ص ص 27-28).
- حيث أكد لطفي أن الاعراض لاتكون واضحة في العام الاول والثاني للأطفال التوحديين لكن قد يظهرون بعض علامات العنف والمقاومة والرفض عند قيام الأم برعايتهم، أو العكس كالهذوء الزائد وعدم المبالاة وهذه الاعراض التي تبدأ بعد العام الثاني أهمها:
- يكون الطفل التوحدي منعزل وسلبي ويقوم بنشاط متكرر مهتما بشيء ما يستخدمه في اللعب.
- بيدي نوبات انفعالية شديدة وثوران عند أخذ أشياءه منه.
- استجابته للمؤثرات والأصوات تكون غير طبيعية فقد يتجاهل صوت مرتفع بينما يستجيب لصوت آخر.
- يجد صعوبات في فهم اللغة ويبدو كما لو انه لا يفهم معنى الكلام عموماً.
- لايرد على من يناديه باسمه، وبعض هؤلاء الأطفال لايتكلمون نهائياً بينما الاخرين لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف.
- لا يستطيع الطفل التوحدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء من الصورة حين يتمعن في النظر فيها.
- لا يمكنهم أيضا فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين المعبرة، وتصدر عنهم حركات جسدية غير مألوفة مثل الدوران حول النفس أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع.
- لديهم بعض مظاهر العشوائية وعدم التناسق في أداء الحركات مما يزيد من صعوبة تعليمهم مهارات خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كما لو أنهم وحدهم وليس معهم أحد.
- لديهم مقاومة للتغيير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم أو تعلم السلوك الاجتماعي الملائم (لطفي، 2015، ص ص 19-20)

4-العوامل المسببة في ظهور اضطراب التوحد:

تشير الدراسات الحديثة أنه لا يمكن فهم الأسباب الصحيحة للتوحد إذ أن الأدلة الطبية تشير إلى أن الأطفال التوحديين يولدون به، حيث أجمعوا على أن التوحد له أساس بيولوجي إما نتيجة اللاتوازن الكيميائي او من اختلاف وظيفي أو تشريحي للمخ، إذ أكدوا أن الوراثة لها دخل في الاضطراب كما تبقى الأسباب المتعلقة بالأسرة وبالوالدين وبالتنشئة الاجتماعية أسباب احتمالية لم تتعمق الدراسات فيها ولا بد من وجود أدلة بحثية تدعمها (تيريل وباسينجير ترجمة عبود، 2013، ص 63).

إن ما يعيق تحديد أسباب اضطراب التوحد هي عدة معطيات منها: تداخله مع عدة اضطرابات أخرى كالإعاقة بأنواعها بالإضافة أيضا إلى عدم تشابه أعراض الأطفال المصابين بالتوحد وكون الطفل لديه اتصال منعقد مع العالم الخارجي لكن بعض العلماء حدد جملة من الأسباب منها:

1-4 العوامل الوراثية (الجينية): ترى رحاب (2013: 20) أن دراسة (Howlin, 1998)) أكد على أن التوحد ينتشر بين الأطفال الذين لديهم أخوة يعانون من التوحد في أسرهم ب (210) ضعفا عن انتشاره بين الأطفال في المجتمع، وأن التوحد يرجع إلى عوامل جينية فقد ظهر أن (2%: 4%) من أشقاء الاطفال التوحديين يصابون بهذا الاضطراب بمعدل 50 مرة أكثر من غيرهم، وأن معدل ظهور التوحديين التوائم المماثلة 36% إلا أن ريتاجوردن، وببول عام 2007 أوضح أن الاسباب المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث التوحد، لكنها ليست الوحيدة المسؤولة عن حدوثه.

2-4 العوامل الاسرية -اجتماعية: حدد (خطاب، 2005، ص 40 ص 41) أن الدراسات كشفت عن جملة من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب بالتوحد منها:

- تعرض الأسرة إلى المشكلات الاقتصادية والاجتماعية التي تساعد في ظهور التوحد.
- خوف الطفل وانعزاله وانسحابه من الاسرة.
- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة.
- تدني العلاقات العاطفية والشعور بفراغ حسي وعاطفي للطفل داخل أسرته.
- ضغوطات والدية متعددة.
- تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.

كما أثبتت بعض الدراسات أن الولادة العسرة وحقق الأم بتطعيم الحصبة الألمانية وتعرضها لحالات النزيف قد يزيد احتمالية زيادة طفل توحدي.

3-4 العوامل النفسية: تقول (سنا، 2014، ص 65 ص 66) يرى بعض العلماء أن العوامل النفسية قد تكون سببا في الإصابة باضطراب التوحد وبذكر (أوجورمان -1970) ogorman أن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الام والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما، وربما يكون الاضطراب بسبب إصابة الام من مرض عاطفي لا يمكنها القيام بدورها، وقد يكون التعارض في العلاقة بين الام والاب سببا في ظهور الاضطراب للطفل، كما أن الام الأقل إحساسا

بالأمومة والأب الأقل إحساسا بالأبوة يشكل عائقا في عدم قدرة الطفل على تشكيل علاقة مع والديه، كما أن العلاقة الغير سعيدة تشكل سببا في ظهور الاضطرابات.

كما يرى بيتلهم (Bettlheim 1967) أن الطفل قد ينسحب من الواقع ويعاني من التوحد مع ميلاد الطفل الاصغر الذي يأخذ الاهتمام من الوالدين وخاصة الام، فيشعر بالغيرة والحرمان ونقص اهتمام الام به.

4-4 العوامل المناعية: يرى (شكري، 2020، ص 17) أن العديد من الدراسات توصلت إلى أن هناك علاقة بين مشاكل المناعة والإصابة بالتوحد حيث أشارت إلى أن من 30 - 70 % من الأطفال التوحديون يتسمون بحالات شذوذ الأنظمة المناعية لديهم، كما توصلت دراسات أخرى إلى أن هناك خلل في عدد جزيئات البروتين الذي ينقل الرسائل بين الخلايا المناعية والتي من المحتمل أنها السبب في الإصابة بالتوحد، كما أن إصابة الأم أثناء الحمل بالفيروسات

5- النظريات التي فسرت اضطراب التوحد:

يعتبر موضوع التوحد من المواضيع التي مازالت الدراسات والاهتمام فيه متواصل لعدم وضوح الأسباب الرئيسية لحدوث الاضطراب، حيث أن هناك عدة نماذج ونظريات قامت بتفسيره في الجوانب النفسية والطبية والاجتماعية وحتى البيولوجية وفي هذا الصدد أكد كل من نائل ومحمود أنه لم يتم الاتفاق على نظرية واحدة في تفسير حدوث حالات التوحد إذ لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت في هذا الجانب إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، وهناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث التوحد وأشهرها:

5-1-1 النظريات النفسية:

5-1-1-1 النظرية السيكلوجية: بدأها كانر وهي أقدم النظريات التي تفسر حالات التوحد على أنه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة بين الام وطفلها والتي قد تكون نتيجة للعلاقة بينها وبين زوجها، ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الام أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها، وتعد هذه العلاقة علاقة مرضية لا يتخللها الحب والحنان، لذلك فالسلوكات التي تظهر من الطفل هي عبارة عن وسيلة دفاع نتيجة لرفضه عاطفيا لذلك فالنشأة الاولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية، فقد وصفت الامهات بأن عواطفهن ومشاعرهن جامدة وباردة وان الامهات لم يزودن أبنائهن بالحنان والدفء والرعاية المناسبة، كما توالت الدراسات التي بحثت في تلك الفرضية وصولا لنتائج قاطعة بأن ضعف العلاقة بين

الامهات والاطفال لم يكن سببا في ظهور اضطراب التوحد لدى الأطفال حيث لاقت هذه النظرية رفضا من قبل الكثير من المهتمين في هذا الشأن أشهرهم ريملاندر (Rimland) الذي رد على بتلهام بتلهم (bettelhiem) الذي يعد من أشهر المؤيدين لهذه النظرية بقوله من الواضح أن بعض الاطفال المصابين بالتوحد مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المرضية الابوية التوحدية، كما أن الاطفال المصابين بالتوحد من الناحية السيكلوجية غير اعتياديين منذ لحظة الميلاد ولقد أيد لوجود توكينات بيولوجية في كتابه نشأة الطفولة التوحدية Infantile Autism وهذا ما يخالف الرأي القائل بأن الابوين هما اللذان يسببان التوحد لدى الأطفال (نائيل ومحمود، 2013، ص ص 66-67).

حيث قام (bettelhiem bruno) مؤيد نظرية التحليل النفسي بوصف أم الطفل التوحدي بالثلاجة وتحميلها مسؤولية اضطراب ابنها عام 1960، وقال أن الطفل التوحدي في الأصل يمتلك ذكاء لكن السبب وراء عدم تواصله هو تعرضه لأحداث صادمة داخل الأسرة، حيث يقول أيمن جيره عام 1984 أن فشل تكوين الإدراك نحو الأم من قبل الطفل يعتبر السبب الرئيسي في ظهور اضطراب التوحد، فالأم بمثابة ممثل أول للعالم الخارجي للطفل.

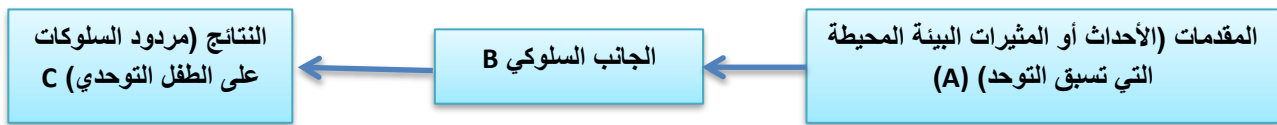
كما أكد كل من أرونس وجيتينس (Aarons et gittens) عام 1992 أن التوحد هو نتيجة لإصابة شديدة ومبكرة في المراحل السوية لتكوين الأنا، فالتوحد ما هو إلا نتيجة حتمية لمناخ وجداني انفعالي مرضي (نتيجة خبرات غير مشبعة وتهديدية)، أما سامية قطان عام 1979 اعتبرت الطاقة النفسية التي يولد بها الطفل تنقسم إما بصورة مكبوتات وصورة دفاعات والطاقة المتبقية تكون تحت تصرف الجانبين الشعوري واللاشعوري من قبل الأنا لذلك فسّر مختلف الباحثين التوحد بالرجوع إلى الأنا والطاقة النفسية، إذ يعتبرون ضعف الأنا بسحب الطفل عن العالم الخارجي (عالم الواقع) ليغرق في عالم الخيالات، وأما رشاد موسى (2002) اعتبر ظهور التوحد راجع للأساليب الخاطئة ووجود شخصية غير سوية للوالدين (أبو الفتوح، 2012، ص ص 63-64).

5-1-2 النظرية المعرفية لاضطراب التوحد (نظرية العقل): حيث ترى رجاء التوتيان عام 2009 ان الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية لدى الطفل التوحدي ناتجة عن شذوذات في الدماغ، حيث توصل بارون كوهين العالم الأمريكي وصاحب نظرية العقل ان الطفل التوحدي لا يستطيع فهم وقرءة أفكار الآخرين عكس الأطفال العاديين ولا يستطيعون تفسير الأشياء وفهما من خلال وجهة نظر الآخر، وفي ذلك يشير إبراهيم الزريقات (2004) ان المشكلات الاجتماعية ماهي إلا نتيجة للعجز الإدراكي، كما يرى عبد الرحيم (2013) أنه عند تحسن قدرة الأطفال التوحديين على إدراك الحالات

العقلية والشعورية لدى الأشخاص المحيطين بهم فإن ذلك سيؤدي إلى تطور مهاراتهم الحياتية ونجاحهم الدراسي (على محمد، 2016، ص 23).

3-1-5 النظرية السلوكية لاضطراب التوحد: أتفق كل من cone عام 1997 وشيرمان 2000 (sechreiman) على أن أطفال التوحد يظهرون سلوكيات بكثرة تسمى (إفراطات) سلوكية كما يظهرون في بعض الأحيان سلوكيات نادرة تسمى نواقص أو عيوب سلوكية، لذلك فإن التفسير السلوكي للتوحد ما هو إلا تكوين مركب من زوائد ونواقص سلوكية بحيث تتمثل النواقص في: العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه، أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية، وإثارة الذات... إلخ، ولكي نعطي تفسير لهذه السلوكيات لابد من الوقوف على المثيرات التي تسبقها وعلى طبيعتها الوظيفية، أي ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 22: تفسير النظرية السلوكية للتوحد حسب التوافق ثلاثي الأطراف (ABC)



(المصدر: إعداد الطالبة الباحثة).

إن من وجهة نظر السلوكية فإن التوحد ما هو إلا ارتباط العدد من السلوكات المحددة بمثيرات معينة للحد منها يجب ضبط السلوك (أبو الفتوح، 2012، ص ص 66-67).

3-1-4 نظرية ضعف التماسك المركزي: نشأت هذه النظرية من قبل يوتافيرث (1989-2003) نظرية الترابط المنطقي المركزي الضعيف حيث تركز هذه النظرية على الفروق المعرفية (مواطن العجز والقوة) في التوحد.

وجود المصطلح "النزعة الداخلية" في النظام المعرفي السوي لتشكيل تماسك عبر أوسع مدى من المثيرات وتعميمها على أوسع مدى ممكن من السياقات، لذلك فإن التوحدين يفتقدون لهذا الشكل من الترابط، حيث تقول النظرية أن التوحدين يعانون من عجز في دمج المعلومات على مستوى أعلى من المعلومات الكلية، وهذا يعني أن أداءهم يكون جيد في اختبارات النماذج الأساسية لكن تكمن الصعوبة في رؤية "الصورة الكلية" حيث تعتقد مؤسسة النظرية فيرث تفسير الأجزاء النمطية في القدرات لدى التوحد وكذلك عدم القدرة في التركيز على المعلومات ذات المعنى وتجاهل ما ليس له علاقة مما يؤدي إلى عدم

القدرة على تقويم ما ليس له معنى ولرؤية معنى ونظام في كل شيء، بحيث قام هابي بتطوير هذه النظرية باستخلاصه بأن الترابط المركزي قد يشكل سلسلة الأسلوب المعرفي التي تبدأ من ضعيف إلى قوي (الإمام وعبد الجواد، 2010، ص ص 171-172).

5-2 النظرية الاجتماعية الأسرية: يرى كانر kanner أن الطفل التوحدي عام 1994 تعرض إلى العديد من العوامل التي تساهم في ظهور الاضطراب منها:

- تعرضه لمشكلات اقتصادية والاجتماعية داخل الاسرة.
- الخوف والانعزال الاسري.
- الحرمان الأسري الشديد.
- الفراغ الحسي نتيجة تدني نتيجة تدني العلاقات العاطفية داخل الاسرة.
- الانغلاق على النفس والضغوطات الوالدية.
- تعرض الطفل للصددمات والحوادث (السعيد، د ص، ص 98).

5-3 النظريات الطبية:

5-3-1 النظريات الوراثية والجينية: يرى أصحاب هذه النظرية أن العوامل الوراثية تلعب دورا مهما في ظهور بعض حالات التوحد، وإن العوامل الجينية تسهم بقدر كبير في الإصابة بالتوحد حيث أشارت وفاء الشامي (2004) إلى أن القلة من المصابين بالتوحد لديهم خلل في كروموزومات معينة ولكن معظم الدراسات تعتمد على دراسة حالات فردية وبالتالي لا يمكن تعميمها، كما أشار كل من زينب شقيرو محمد موسى (2007) إلى أن من أهم العوامل الجينية والوراثية التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلي على وجه التحديد ما يلي:

▪ حالات التصلب الدرني tuberous sclerosis

▪ الفينيلكيتونيوريا phenyl ketonuria

▪ حالات كرموسوم X الهش fragile x chromosome

وينكر سليمان (2012) أن مؤسسة الدراسات الوراثية العالمية للتوحد قامت بتقديم بحث نشر في المجلة الرسمية للجمعية الأمريكية للجينات البشرية حيث قاموا بدراسة عدد كبير من جينات عائلات الاطفال المصابين بالتوحد وتأكدوا من مسئولية الكروموزومات 17،2،16،7 وقام البحث بتحديد الكروموزومات الاكثر أهمية في الإصابة بالتوحد 2 ثم 7 ثم 16 ثم 17، وان 4 % من حالات التوحد تقترن باضطرابات جينية مصاحبة للتوحد، وأن نسب الإصابة بالتوحد بين التوائم المتطابقة 36-96 % و3-9 بين الاخوة، وأقل من 6 % للأقرباء (وليد، 2015، ص ص 19-20).

5-3-2 الأساس العصبي للتوحد : أثبتت بعض الدراسات والأبحاث أن هناك عوامل بيوعصبية مسؤولة عن ظهور اضطراب التوحد والذي يعتبرونه أنه ناتج عن خلل عضوي دماغي يعيق وظائف القشرة الدماغية فالطفل المصاب بالتوحد يجب ان يثبت الأطباء إصابة في الفص الجانبي للدماغ حيث يفسر بوجود نشاط دماغي غير سوي ينعكس في ما بعد على سلوكه المعرفي والتواصل الاجتماعي واللغوي الذي يكون تحت مسؤولية الفص الدماغى، حيث أكدت الأبحاث علميا أن الطفل التوحدي يعاني من تباطؤ حركة السائل العصبي في الوحدات والنقاط العصبية المسؤولة عن تفاعله اجتماعيا وعن تطوير ذاته وتكيفه مع المحيط(علامة، 2016، ص ص 65-66).

5-3-3 الفرضيات البيو كيميائية:

توجد مواد كيميائية مسماة بالناقلات العصبية تقوم هذه الناقلات عندما تصل الإشارات الكهربائية للفرعات الطرفية للخلايا العصبية من خلال نقاط التشابك بالسماح للإشارة العصبية بالانتقال من خلية لأخرى تليها، ووجد أن هذه الناقلات لدى بعض ذوي اضطراب التوحد لا تعمل بالشكل الصحيح، إذ أن الخلل قد يكون وظيفيا وليس في تركيب الدماغ أو تكوينه، وأن هناك عددا لا بأس به من حالات اضطراب التوحد التي تستجيب للعقار الطبي وتعديل من إنتاج الناقلات العصبية وإفرازها.

ومن أكثر الناقلات العصبية بحثا في مجال اضطراب التوحد: السيروتونين، الدوبامين، النوربيرفينين 1-السيروتونين: ويرتبط هذا الناقل بعدد من المشاكل السلوكية التي تظهر غالبا على أفراد مصابين باضطرابات نمائية أو إعاقة عقلية ونشاط زائد مثل: الاكتئاب، الصداع النصفي، اضطراب ضعف الانتباه، العدوان والعنف وله ارتباط في السيطرة أو معالجة المعلومات الحسية، الإحساس بالألم، الذاكرة وقد تبين من خلال الفحوصات التي أجريت على دم مجموعة من أطفال ذوي اضطراب التوحد ان هناك نسبة عالية من السيروتونين في دمهم، أما بالنسبة لمن يعانون من اضطراب التوحد فإن إنتاج السيروتونين ينخفض تدريجيا ما بين سن الثانية وسن الخامسة عشرة دون أن يصل إلى المستوى الطبيعي.

2-الدوبامين: هو ناقل يؤثر في مختلف الأنشطة الهامة التي تشمل الحركة والانتباه الاختياري والتعلم والاكل والشرب واكتشاف البيئة وهو ينظم الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية، وتسبب قلة كميته مرض باركينسون والرعشة وأن زيادته تسبب بعض السلوكيات المشابهة لسلوكيات الافراد ذوي اضطراب التوحد.

3-النوربينفرين: وهو معني بالمحافظة على اليقظة والاحلام وتنظيم المزاج وله علاقة قوية بالتوتر والقلق والاثارة وله تأثير على الدمج الحسي والحركي(حسين وآخرون،2012، ص 349 ص 350).

5-3-4 نظرية الاضطراب الأيضي: أن في هذه النظرية يفترض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتيدي خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة، هذه المواد البيبتيدات تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الاغذية المحتوية على الغلوتين مثل: القمح والشعير والشوفان كما الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الالبان. لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الاشخاص ومع ذلك لم يصابو بالتوحد، لذلك جاءت نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدث أعراض التوحد (فاطمة، 2013، ص ص 241-242).

التعقيب على النظريات السابقة: من خلال النظريات التي عرضت في هذا الفصل والتي قسمت إلى ثلاث أقسام وهي كالتالي:

- نظريات اهتمت بالجانب النفسي للطفل التوحدي
- ونظريات اهتمت بالجانب الاجتماعي والاسري للطفل
- ونظريات ركزت على الجانب البيولوجي والوراثي.

فالباحثين في النظريات السيكلوجية قاموا بتفسير اضطراب التوحد حسب وجهات النظر التالية:

1. قد يكون التوحد بسبب الام (الام الثلاثة)، أي وجود خلل في العلاقة أم - طفل بمعنى انعدام العاطفة.

2. الطفل هو السبب الرئيسي لوجود الاضطراب وذلك بسبب فشل إدراكه حول محيطه الخارجي (الأم).

3. عدم تكوين الأنا تكوين سليم.

4. والتوحد راجع إلى انحياز الطفل إلى عالمه الخيالي

5. ووجهة نظر أخرى فسرتة على أساس أساليب التنشئة الخاطئة وأن شخصية أحد الوالدين غير سوية.

فالملاحظ هنا أن النظرية السيكلوجية أسندت سبب حدوث اضطراب التوحد إلى عوامل متعلقة بالأم وأخرى متعلقة بالطفل وبالسنوات الأولى، وأهملت الجوانب الأخرى النفسية التي لها علاقة مباشرة بظهور اضطراب التوحد كأهمية مراحل السنوات الأولى والتي تطرقت إليها باختصار شديد، كما أهملت أيضا الجوانب الأخرى الطبية والوراثية والاجتماعية... إلخ.

أما النظرية المعرفية فتطرت إلى السبب الرئيسي للتوحد وهو وجود شذوذ على مستوى الدماغ وتوصلوا إلى أن الطفل التوحدي ليس باستطاعته فهم وقراءة أفكار الآخرين عكس الأطفال العاديين، وأن علاجهم وتحسنهم مربوط بتحسين الإدراك لديهم، والملاحظ في هذه النظرية أنها ركزت على العمليات المعرفية التي يقوم بها الدماغ مهمة في ذلك العوامل المحيطة بضمان تطور هذه العمليات (الانتباه، الإدراك، الذكاء... إلخ)، وهي المحيط الخارجي وما يحدث فيه من مجريات وأيضاً إهمال العلاقة الوالدية. والنظرية السلوكية فسرت التوحد على أنه زوائد ونقائص في السلوك، وهذه النقائص تتمثل في:

- قصور في الانتباه.
- الصعوبات الاجتماعية.
- انعدام اللغة أو قلتها.

أما الزيادات السلوكية فتتمثل في: -السلوكيات النمطية - الحركات الزائدة على المستوى الطبيعي للطفل فركزت هذه النظرية على السلوك وأهملت الجوانب الأخرى كالنفسية والمعرفية والبيولوجية، أما نظرية ضعف التماسك المركزي ركزت حول الفروق المعرفية حيث فسرت التوحد على أنه عجز في دمج المعلومات وتجميعها على مستوى أعلى (صعوبة في الرؤية الكلية للمعلومات)، والنظرية الاجتماعية والأسرية ركزت على عدة عوامل اجتماعية ساهمت حسب رأيها في ظهور اضطراب التوحد منها: الخوف، الانعزال، الحرمان الأسري، والضغوطات الوالدية إضافة لتعرض الطفل إلى الصدمات النفسية وفي الأخير النظريات الطبية كالنظرية الوراثية والجينية التي ركزت على العوامل الوراثية وأهمها الجينات التي تلعب دوراً في ظهور التوحد (خلل على مستوى الكروموزومات)، حيث حددوا نوعاً معيناً من الكروموزومات المسؤولة على ظهور هذا الاضطراب فوجهة نظر العصبية للتوحد ركزت على العوامل البيو عصبية الناتجة عن وجود خلل عضوي دماغي، والطفل التوحدي له إصابة في الفص الجانبي للدماغ، أو وجود نشاط دماغي غير سوي ينعكس على الجانب المعرفي والسلوكي، حيث تعتبر وجهة النظر الوحيدة التي ربطت مختلف الجوانب العصبية والنفسية والمعرفية والاجتماعية في ظهور التوحد، أما وجهة نظر البيوكيميائية فسرت التوحد بوجود ناقلات عصبية معطلة وأن الخلل هو وظيفي وليس عضوي بالنسبة لوجهة النظر العصبية، حيث أن هذه الناقلات هي: السيروتونين، الدوبامين، النوربينيفرين. وكل ناقل عصبي مسؤول على قصور معين سواء في الجانب السلوكي أو المعرفي أو النفسي... إلخ، ووجهة نظر الاضطراب الأيضي تقول أن التوحد ناتج على بيبتيديات ناشئة على التحلل الغير كامل للغذاء حيث تؤثر هذه البيبتيديات على الناقلات العصبية.

ومن خلال اطلاعنا على مختلف التفسيرات التي تناولتها مختلف النظريات فإنها سعت لإيجاد تفسير واضح ومقنع لحدوث الاضطراب لدى الطفل، لكن الأبحاث العلمية الحديثة لازالت قيد البحث في هذا الموضوع وذلك لصعوبة تفسيره والحصول على حلول نهائية لعلاجها

6-ردود فعل الاسرة من اضطراب التوحد:

تعتبر اللحظة التي تتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة جد حاسمة، حيث أنها تحدث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين، فقد يشعر الوالدين عموماً والأُم خاصة بالألم والصدمة عند استقبالها نبأ إعاقة طفلها، وهذا الشعور بالصدمة يتفاوت بين أم وأخرى وبين أسرة إلى أخرى وبين إعاقة وأخرى.

إن الصدمة تظهر بدرجات متفاوتة وتمر بمراحل مختلفة ومظاهرها تكمن في الحيرة وعدم فهم متطلبات الطفل الجديد، حيث حدد ماشيث (Machith) عام 1973 ردود فعل الوالدين نحو طفلها التوحد في الجوانب التالية:

- ردود فعل تتعلق بالحماية الزائدة أو الرفض.
 - ردود فعل تتعلق بعدم الكفاءة (في التربية والتنشئة والإنجاب...إلخ).
 - ردود فعل تتعلق بالشعور بالصدمة.
 - الشعور بالذنب
 - الشعور بالإحراج وذلك بالتفكير بنظرة المجتمع لهم
- إن العديد من الدراسات التي تناولت تأثير وجود طفل غير عادي داخل الأسرة لخصت ذلك بظهور عدة مشاكل تتعلق بمختلف الجوانب منها:

- الأثار النفسية: أشارت الدراسات التي سلطت الضوء على الجانب النفسي لأسر أطفال التوحد ان معاناتها النفسية تكمن في وجود ضغوطات نفسية شديدة تنتهي في غالب الأحيان إلى المرض، ويختلف الضغط من أسرة إلى أخرى ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر التالية على الوالدين: مشاعر الذنب، الرفض عدم إظهار الطفل للمجتمع الانعزال والشعور بالدونية والنقص والهروب من الواقع مع عدم القدرة على التقبل والمواجهة الحقيقية.
- الأثار الاجتماعية: فقد أشار سيمسنسون (simeonsson) عام 1981 ان وجود طفل توحد قد يخلق جوا من عدم التنظيم الأسري وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة كما تميل بعض الأسر عن عزل نفسها داخل المجتمع وقطع علاقتها بغيرها.

- الآثار الاقتصادية: إن الطفل التوحيدي يضيف على الأسرة أعباء أخرى مادية بحيث أنه يحتاج إلى متطلبات مالية أخرى فهم بحاجة إلى رعاية وحضانة وتكاليف أكثر من غيرهم (الجبلي، 2015، ص 24-25-26).

خلاصة:

والجدير بالذكر أن ما بحثت فيه جل النظريات النفسية والطبية والاجتماعية... إلخ، إلا أن موضوع التوحد لا يزال مبهم وغامض في نظر الكثير وذلك رغم تقدم الأبحاث العلمية والاكتشافات الحديثة في ذلك وسعيها للتوصل لحلول نهائية على المستوى النفسي والطبي، فالتوحد اضطراب معقد ومركب يمس عدة جوانب، وتتجلى مظاهره السلوكية والمعرفية في سمات مختلفة ومختلطة للطفل ومتشابكة فيما بينها فنجد قصور اللغة مع الحركة الزائدة، إلا أن الجانب النفسي لتأهيل الأطفال بذل جهود للوصول والرقى بهم لمستوى أفضل وتحسن ملحوظ، حيث أنه فكر أيضا في محيط الطفل وخاصة الوالدين وذلك للملاحظات العديدة التي مست جانبهم النفسي من وجود ضغوطات مادية وأخرى نفسية تعود على صحتهم واستقرارهم ووضع استراتيجيات تدريبية للأباء كمساعدتهم والاهتمام بهم لكونهم حلقة من حلقات التكفل النفسي بالطفل.

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية.

تمهيد

- 1- الدراسة الاستطلاعية
- 2- المنهج المستخدم في الدراسة.
- 3- مجتمع الدراسة وعينته
- 4- حدود الدراسة.
- 5- ادوات الدراسة.
- 6- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.
- 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

لكي نعطي البحوث العلمية عامة والبحوث في العلوم الانسانية والاجتماعية خاصة جانبا كليا ووزنا رقميا لابد من الاستدلال بها بواسطة أعداد تضع الظواهر المدروسة داخل حيز ليسهل علينا تحليلها وتفسيرها من جهة وعلى القارئ فهمها من جهة أخرى، لذلك سنقوم في هذا الفصل بالضبط بالإجراءات المنهجية للدراسة والمتمثلة في تحديد المنهج المناسب ومجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية والأساسية وحدود الدراسة المكانية والزمانية، وأيضا تحديد أدوات الدراسة المناسبة لها وخصائصها السيكمترية والأساليب المستخدمة في الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

وحسب رأي الطالبة الباحثة فإن الدراسة الاستطلاعية هي دراسة فحصية تهدف إلى جمع المعلومات والبيانات حول العينة وطبيعة مجتمع الدراسة، حيث تعطي للباحث رؤية تنبؤية حول نتائج الدراسة الأساسية.

ومن بين أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

- استطلاع ظروف البحث والتعرف على صعوباته.
- التعرف على أهم الفرضيات التي يقوم الباحث باستنباطها من خلال البيانات والمعطيات الموجودة.
- توضيح مفاهيم المصطلحات العلمية وتحديد معانيها تحديداً دقيقاً (إبراهيم، 2000، ص 39).
- حيث هدفت الدراسة الاستطلاعية الحالية إلى بلوغ مجموعة من الأهداف منها:
- التأكد من الخصائص السيكمترية (الصدق والثبات)، للأدوات المستخدمة في الدراسة وصلاحيّة استخدام هذه الأدوات في الدراسة الأساسية ومدى ملائمة بنودها ومحاورها مع عينة الدراسة.
- من خلالها استطعنا ملامسة الواقع المعاش والمعاش النفسي والاحتياجات النفسية للأمهات أطفال التوحد.
- التقرب من انشغالات الأمهات أكثر والإحساس بالمعاناة في السعي وراء العلاج من أجل شفاء أبنائهن.
- من خلال القيام بالدراسة الاستطلاعية برزت جوانب عديدة لها أهمية في البحث العلمي قد تساعدني مستقبلاً في إجراء عدة بحوث علمية تخدم احتياجات فئة الدراسة الحالية وأمهاتهم، وذلك من خلال التقرب منها وإجراء حديث معها شعرت الطالبة الباحثة بمقدار المعاناة والألم النفسي في البحث عن أي علاج أنجع وفعال لطفلها التوحد، كما أن لمعظمهن تخوف وغموض حول مستقبل أبنائهن.

- أيضا فادنتي في تعديل العبارات الصعبة والمركبة الغير مفهومة لأفراد عينة الدراسة بعبارات أسهل وأبسط.
- الوقوف على الصعوبات التي يمكن أن تعترض البحث وإيجاد حلول لها قبل الدراسة الأساسية.

2-المنهج المستخدم في الدراسة:

يعتبر المنهج الخطوات المنظمة التي يتبعها الباحث أو الدارس في معالجة الموضوعات التي يقوم بدراستها إلى أن يصل إلى نتيجة معينة، أي أنه الطريق المؤدي للكشف عن الحقيقة في العلوم المختلفة عن طريق جملة من القواعد(درويش، 2018، ص17).

حيث تعددت أنواع المناهج في البحوث حسب موضوع الباحث، حيث أننا استخدمنا في بحثنا الحالي المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعتبر ملائما لطبيعة موضوع دراستنا الحالية، فالبحث الوصفي هو كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر نفسية أو اجتماعية أو تعليمية...إلخ، أو هو تشخيص علمي لظاهرة قائمة بقدر ما يتوافر من أدوات موضوعية ثم يعبر عن هذا التشخيص برموز لغوية ورياضية مضبوطة وفق تنظيم محكوم(التميمي،2012، ص21).

3-مجتمع الدراسة وعينته:

3-1 مجتمع الدراسة:

يعبر المجتمع عن مجموعة من العناصر التي تمتلك خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها من غيرها من العناصر الأخرى والتي جرى عليها البحث أو التقصي(أنجرس، 2004، ص298).

كما يعتبر المجتمع الإحصائي الذي تجرى عليه الدراسة، ويشمل أنواع المفردات كلها(محمد، 2021، ص81).

وعليه فإن مجتمع الدراسة هو جميع الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابين باضطراب التوحد ويزاولون دراستهم ومتابعتهم النفسية ضمن المراكز وأقسام الدمج التي أجريت فيها الدراسة الميدانية للعام الدراسي 2021/2020 والذي يبلغ عددهم حسب إحصائيات الضمان الاجتماعي حوالي (212) طفل وطفلة والجدول التالي يوضح ذلك. يبقى هذا العدد نسبي حسب المسؤول عن الإحصائيات وذلك لعدة اعتبارات منها:

- ضعف التشخيص.
- عدم التصريح بالرقم الفعلي الموجود بالواقع من طرف المراكز وأقسام الدمج.

- انقطاع بعض الأطفال لعدة أسباب منها بعد المسافة وعدم مواصلة المتابعة النفسية... إلخ
- تراجع في العدد بسبب الظروف الصحية للوباء.
- العدد غير ثابت خلال العام الدراسي بسبب انفصال الدراسي للأطفال، والجدول التالي يوضح توزيع الأطفال وعددهم التقريبي الذي يتراوح من 3 نحو 6 أو 7 أطفال في أقسام الدمج وفي المراكز النفسية البيداغوجية.

الجدول رقم 3: يوضح مجتمع الدراسة لبعض المراكز وأقسام الدمج لأطفال التوحد بولاية المسيلة

أقسام الدمج ببعض بلديات المسيلة																	
المجموع الكلي للأطفال	قسم الدمج بالمسيلة										المركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة	المركز البيداغوجي بالمسيلة	إجمالي				
	212	مدرسة بن الصديقي	مدرسة بن الخفي	قسم الدمج بسيدى عيسى (عبد الحميد بن باديس)	مدرسة موسى معروف بالخيانة	مدرسة الأمير عبد القادر بعين الملح	قسم الدمج بالمعاريف	قسم الدمج بعين الخضراء	قسم الدمج بمقرة	قسم الدمج بسيدى عامر				قسم الدمج بضمام الضلعة (مدرسة - جميع)			
		07	02	06	09	07	05	06	11	08				06			
														100	45	عدد الأطفال الكلي	

(المصدر: الضمان الاجتماعي).

3-2- عينة الدراسة:

يتوقف حجم عينة البحث على مجموعة من العوامل منها: (أهداف البحث حجم المجتمع الأصلي كون المجتمع متجانس أو متباين والإمكانيات المتاحة أمام الباحث). (محمد، 2021، ص87). وفي دراستنا الحالية استطعنا الحصول على عينة قدرت ب (121) أم لطفل توحيدي موزعة بين مركزي كل من بوسعادة والمسيلة وأقسام الدمج في البلديات التالية التي استطعنا الوصول إليها: (قسمي دمج من بلدية

المسيلة من ابتدائية بن المخفي، بن الصديق السعيد - قسم دمج من بلدية سيدي عيسى من ابتدائية عبد الحميد ابن باديس - قسم دمج من بلدية حمام الضلعة من مدرسة جعيجع)، وهذا راجع لعدم تغطية العدد الفعلي للعينة لعدة اعتبارات منها: رفض بعض الأمهات في المركز وخاصة مركز بوسعادة الإجابة على الاستبيانات المستخدمة في الدراسة، عدم الحضور للمركز، بعد المسافة بالنسبة للباحثة أثر نسبيا على التواجد اليومي في المركز وأقسام الدمج التابعة لمدينة بوسعادة والإحصائيات موضحة في الجدول التالي:

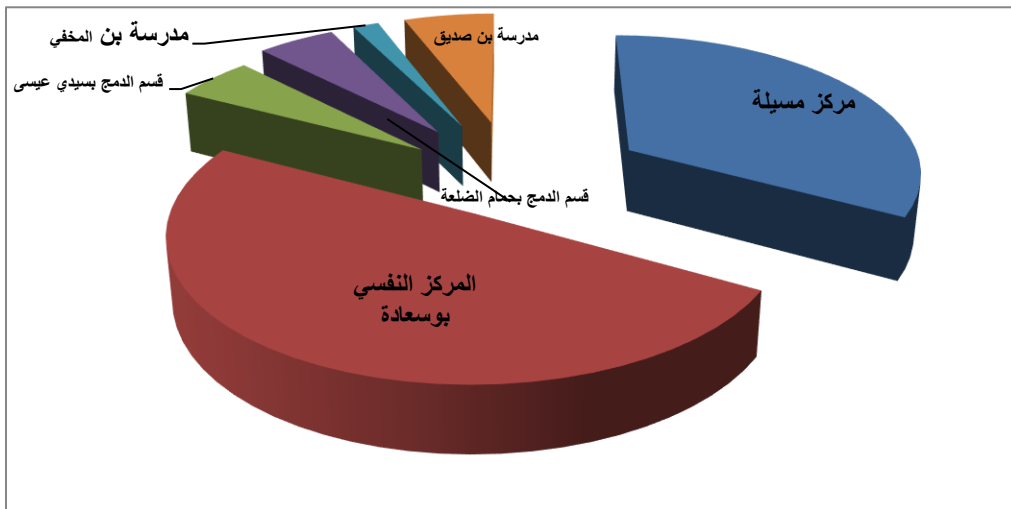
الجدول رقم 4: يمثل توزيع عينة أفراد الدراسة على المراكز وأقسام الدمج لأطفال التوحد.

العدد الإجمالي	أقسام الدمج ببعض بلديات المسيلة				المركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة	المركز البيداغوجي بالمسيلة	المكان
	قسامي الدمج بالمسيلة		قسم الدمج بسيدي عيسى (عبد الحميد بن باديس)	قسم الدمج بحمام الضلعة (مدرسة جعيجع)			
121	مدرسة بن الصادق السعيد	مدرسة بن المخفي	06	06	60	40	عدد الأمهات
	07	02					

(المصدر: حسب الدراسة)

3-2-1 خصائص عينة الدراسة: تمثلت خصائص عينة الدراسة في (عمر الأم والمستوى الدراسي للأم).

الشكل رقم 23: يمثل توزيع عينة الدراسة على المراكز وأقسام الدمج



اولاً: من حيث عمر الأم: الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة من حيث العمر.
الجدول رقم 5: يمثل خصائص عينة الدراسة حسب عمر الأم.

أقسام الدمج ببعض بلديات المسيلة								المركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة		المركز البيداغوجي بالمسيلة		المكان
قسمي الدمج بالمسيلة				قسم الدمج بسيدي عيسى(عبد الحميد بن باديس)		قسم الدمج بحمام الضلعة(مدرسة جعيجع)						
مدرسة بن الصادق السعيد		مدرسة بن المخفي		النسبة	العدد	النسبة	العدد					
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	عمر الأم
0	0	0	0	16.66%	1	16.66%	1	21.66%	13	0	0	بين سنة (20-30)
14.42%	1	50%	1	33.33%	2	66.66%	4	41.66%	25	37.5%	15	أبين سنة (31-40)
71.42%	5	50%	1	33.33%	2	16.66%	1	30%	18	55%	22	بين سنة (41-50)
14.28%	1	0	0	16.66%	1	0	0	6.66%	04	7.5%	03	أكبر من 50
100	07	100	02	100	06	100	06	%100	60	100	40	الحجم الإجمالي للعينة

(المصدر: استبيانات الدراسة)

يلاحظ من الجدول رقم (05) أن نسبة عمر أمهات التوحد الأكبر قد قدرت بـ 55% لصالح الأمهات في مركز المسيلة والتي تتراوح أعمارهن بين (41-50) سنة والأقل لصالح الأمهات التي أعمارهن فوق 50 سنة بنسبة قدرت بـ 7.5%، أما بالنسبة لمركز بوسعادة فالأكبر نسبة تراوحت 41.66% لصالح الأمهات التي أعمارهن بين (31-40) سنة، أما بخصوص أقسام الدمج فكانت أكبر نسبة من عمر الأمهات قدرا بـ 71.42% لا أمهات أعمارهن بين (41-50) في مدرسة الصديق السعيد،

وأن أصغرهن نسبة جاءت منعدمة لأمهات تراوحت اعمارهن بين (20-30) في كل من قسمي الدمج بالمسيلة: مدرسة بالمخفي/مدرسة بن الصديق السعيد.

ثانيا: من حيث المستوى التعليمي للأم:

الجدول رقم 6: يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأم.

أقسام الدمج ببعض بلديات المسيلة								المركز النفسي البيداغوجي ببوسعادة		المركز البيداغوجي بالمسيلة		المكان
قسمي الدمج بالمسيلة				قسم الدمج بسيدي عيسى(عبد الحميد بن باديس)		قسم الدمج بحمام الضلعة (مدرسة جعيجع)						
مدرسة بن الصديق السعيد		مدرسة بن المخفي										
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	المستوى التعليمي للأم
0%	0	50%	01	16.66%	1	0%	0	11.66%	07	15%	06	مستوى جامعي
14.28%	1	0%	0	50%	3	16.66%	1	23.33%	14	42.5%	17	مستوى ثانوي
57.14%	4	50%	1	0%	0	50%	3	36.66%	22	20%	08	مستوى متوسط
28.57%	2	0%	0	33.33%	2	33.33%	2	28.33%	17	22.5%	09	أخر
%100	07	100%	02	%100	06	100%	06	%100	60	%100	40	الحجم الإجمالي لعينة

(المصدر: استبيانات الدراسة)

أما فيما يخص المستوى التعليمي للأم فإننا نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) وبالنسبة للمركز البيداغوجي بالمسيلة فالمستوى الثانوي قدرت قيمته بـ (42.5 %)، في حين أن مركز بوسعادة قدرت أكبر نسبة لصالح أمهات ذو المستوى المتوسط من التعليم وبلغت 36.66%، في المقابل وبالنسبة لأقسام الدمج لمختلف بلديات المسيلة فإن أكبر نسبة لمستوى التعليم المتوسط بمدرسة بن الصديق السعيد حيث

تراوحت ب: 57.14% والمستوى الجامعي تقريبا جاءت نسبه منعدمة في بعض مؤسسات الدمج وأخذ النسبة الأصغر في كل من المركز البيداغوجي بالمسيلة وبوسعادة حيث قدر على التوالي: 15% و11.66%.

4- حدود الدراسة:

تعرف حدود البحث بأنها الإطار الذي يختار الباحث البحث ضمنه، ويتم اختياره بإرادته ويسعى فيه إلى تحقيق الهدف الرئيسي للبحث (السبعيني، 2021، ص 3)، حيث يتكون حدود البحث من المجالات التالية:

المجال البشري: ويخص عينة الدراسة ومواصفاتها الرئيسية وانتمائها وفتتها وجنسها، المجال المكاني: وهو المكان الذي يجري فيه الباحث تجربته أو بحثه سواء كان مؤسسة أو كلية أو مدرسة... إلخ، أما المجال الزمني فتتمثل في الفترة الزمنية التي يحتاجها الباحث لإكمال بحثه (الكاظمي، 2013، ص ص 51-52).

أما دراستنا البحثية فقد تضمنت على الحدود التالية:

- **الحد الزمني:** تم إجراء هذه الدراسة ما بين الأشهر التالية: أبريل، ماي، جوان من العام الدراسي 2021/2020.
- **الحد المكاني:** تم إجراء الدراسة بالأماكن التالية بولاية المسيلة هي كالتالي:
- ملحقة المركز البيداغوجي النفسي لأقسام التحضيرى لأطفال التوحد ببلدية المسيلة ولاية المسيلة، والتي تم فتحها بتاريخ 03 ديسمبر 2015، تضم 45 طفلا، وقد تراجع عدد الأطفال المنخرطين ضمن هذه الملحقة بسبب الظرف الصحي الحالي جراء وباء كورونا وتعمل الملحقة بنظام التكفل نصف الداخلي وتراوح عمر الأطفال بين (5 إلى 14 سنة)، بالإضافة إلى الحالات الخارجية والتي تتابعها الاخصائية النفسانية والاقبل من السن 5 سنوات من مختلف دوائر ولاية المسيلة بالإضافة إلى وجود مدارس تدمج هذه الفئة الخاصة.
- المركز النفسي البيداغوجي والطبي الاجتماعي لأطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة، تأسس عام 2020.
- أقسام الدمج التابعة لمديرية التربية تمثلت بالمدرستين: بن المخفي وبن الصديق السعيد، ومدرسة عبد الحميد ابن باديس بسيدي عيسى، ومدرسة حمام الضلعة جعيجع.

▪ **المجال البشري:** يضم أمهات أطفال التوحد الذين ينخرطون أبناءهم ويتابعون حالاتهم النفسية بالأماكن المجرات فيها الدراسة الميدانية للعام الدراسي 2021/2020 حيث قدر عددهم بـ (121) أم لطفل توحيدي.

5- أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات جمع البيانات من العناصر الأساسية في البحث العلمي بشكل عام، وتختلف الأدوات باختلاف أهداف البحث وأسئلته، ومهما يكن فليس هناك أداة مثالية تمتاز عن غيرها، ولكن هناك أداة مناسبة لقياس متغير بعينه (الطيبي وأبو سمرة، 2020، ص 81)، ولكل بحث علمي موضوعه وهدفه، ولبلوغ أهدافه وتطبيقها وجب استخدام أدوات ووسائل لذلك منها الاستبيانات التي تتلائم مع موضوع ومنهج الدراسة، حيث يعتبر الاستبيان من أكثر الأدوات البحثية تطبيقاً في أنواع البحوث التربوية والنفسية وذلك لأهميتها في تجميع بعض المعلومات الضرورية التي تفيد الباحث في موضوعه (عبد الرؤوف وعيسى، 2017، ص 178).

وقد تم خلال دراستنا الحالية استخدام مقياس الصمود النفسي واستبيان التوجه نحو الحياة واستبيان المعتقدات الصحية.

5-1 مقياس الصمود النفسي: وتم الاعتماد على مقياس الباحثة أزهار عبد المعطي غيث (2017) الذي أعدته في دراستها "الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة" استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي، ويتكون المقياس من (35) عبارة تقيس الصمود النفسي في 04 أبعاد: الكفاءة الشخصية: العبارات من (1 إلى 09)، الكفاءة الاجتماعية: العبارات من (10 إلى 16)، والتوجه الإيجابي نحو المستقبل: العبارات من (17 إلى 25)، وبعد القيم الروحية: يحتوي العبارات من (26 إلى 35) حيث أن كل عبارات المقياس كانت موجبة.

أما بالنسبة لتقدير درجات المقياس لاستجابات أفراد العينة على المقياس فكانت وفقاً لتدرج الخماسي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 7: يوضح قيم البدائل لمقياس الصمود النفسي

موافق بشدة	موافق	لا رأي	غير موافق	غير موافق بشدة
5	4	3	2	1

قامت الباحثة الطالبة بتغيير بعض عبارات المقياس وتكييفها مع خصائص عينة الدراسة وإبدال كلمة طفل معاق ب: طفل توحدي بما يتماشى مع هدف الدراسة الحالية الا أن التغييرات كانت بسيطة تمثلت في الإضافة على العبارة أو إبدال كلمة إبنني المعاق بإبنني التوحدي في العبارات التالية: 01-02-04-12-16-18-22-23-26-29-33-34. وتغيير العبارات التالية نسبيا كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 8: يوضح العبارات التي تم تغييرها في مقياس الصمود النفسي.

العبارة	في المقياس الأصلي	بعد التغيير
العبارة رقم (03)	يتق الآخرون بقدراتي.	يتق الآخرون بقدراتي في التعامل مع طفلي التوحدي.
العبارة رقم (13)	أشكر الله في السراء والضراء.	أشكر الله لأنه ابتلاني بمرض ابني
العبارة رقم (17)	أشارك في أعمال الخير	أشارك في أعمال الخير لمساعدة أطفال التوحد.
العبارة رقم (19)	أسير في الحياة وفق خطط مدروسة لمستقبل.	أسير في الحياة وفق خطط مدروسة لمستقبل إبنني التوحدي.
العبارة رقم (31)	أتقرب إلى الله بالعبادة عندما تواجهني المشاكل	أتقرب إلى الله بالعبادة عندما تواجهني المشاكل مع ابني التوحدي

أما العبارات رقم (05)-(06)-(07)-(08)-(09)-(10)-(11)-(14)-(15)-(20)-(21)-(24)-(25)-(27)-(28)-(30)-(32)-(35) فلم يتم أي تغيير فيها.

بعد إجراء التعديلات على المقياس ليصبح متلائم مع موضوع البحث ومع البيئة التي ستجرى فيها الدراسة الميدانية وللتحقق من دلالات صدق المحتوى (الظاهري)، قامت الطالبة الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس وعلوم التربية، وكان عددهم (07) أساتذة والملحق رقم (01) يوضح ذلك، وهذا بغرض إبداء رأيهم في المقياس بعد إحداث التغييرات عليه وملائمته مع هدف وعينة الدراسة، فكانت نسبة الاتفاق على أداة الدراسة (الصمود النفسي) ب (90%). وقبل المقياس بكل عباراته مع بعض التصحيحات في الصياغة اللغوية.

أما بالنسبة لتحديد مستويات الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تم الاعتماد على معايير على النحو التالي:

أ. الحد الأعلى لبدائل أداة الدراسة الصمود النفسي (5).

ب. الحد الأدنى لبدائل أداة الدراسة للصمود النفسي (1).

ب طرح الحد الأعلى من الحد الأدنى (5-1=4)، نقوم بتقسيم الفارق بين الحدين على خمسة مستويات كما هو موضح كالتالي:

* $0.8 = 4/5$ (والمستويات: المرتفع جدا، المرتفع، المتوسط، المنخفض، المنخفض جدا).

وعليه يكون:

الحد المنخفض جدا $1.80=0.80+1$

الحد المنخفض: $2.60=0.8+1.80$

الحد المتوسط: $3.40=0.80+2.60$

الحد المرتفع: $4.20=0.80+3.40$

الحد المرتفع جدا: 4.21 إلى 5.

فتصبح أوزان العبارات كالنحو التالي :

- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (5-4.21) يكون مستوى الصمود النفسي مرتفع جدا.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (4.20-3.41) يكون مستوى الصمود النفسي مرتفع.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.40-2.61) يكون مستوى الصمود النفسي متوسط.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.60-1.81) يكون مستوى الصمود النفسي منخفض.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (1.80-0.80) يكون مستوى الصمود النفسي فيها منخفض جدا.

5-2 مقياس التوجه نحو الحياة: تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس نيفين فتحي دقة (2011)

الذي أعدته في دراستها الموسومة بعنوان " التوجه نحو الحياة وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة الجامعة الأردنية في عمان"، استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس التربوي تخصص نمو وتعليم، مستوحى هذا المقياس من مقياسين أجنيين هما: -مقياس التوجه نحو الحياة (LOT) يتكون المقياس من (23) عبارة مكون من عبارات إيجابية وأخرى سلبية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 9: يوضح العبارات السلبية والعبارات الإيجابية لمقياس التوجه نحو الحياة

العبارات السلبية	(6)-(7)-(10)-(15)-(19)-(22).
العبارات الإيجابية	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)-(8)-(9)-(11)-(12)-(13)-(14)-(16)-(17)-(18)-(20)-(21)-(23).

لا يحتوي المقياس على أبعاد، أما بالنسبة لتقدير درجات المقياس لاستجابات الأفراد عينة الدراسة على المقياس فكانت وفقا للتدرج الخماسي الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 10: يوضح قيم البدائل لمقياس التوجه نحو الحياة.

كبيرة جدا	كبيرة	متوسطة	قليلة	قليلة جدا
5	4	3	2	1

أما بالنسبة لتحديد مستويات التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تم الاعتماد على معايير على النحو التالي:

أ. الحد الأعلى لبدائل أداة الدراسة التوجه نحو الحياة (5).

ب. الحد الأدنى لبدائل أداة الدراسة التوجه نحو الحياة (1).

ب طرح الحد الأعلى من الحد الأدنى (5-1=4)، نقوم بتقسيم الفارق بين الحدين على خمسة مستويات كما هو موضح كالتالي:

$$0.8 = \frac{5}{4} \text{ (والمستويات : المرتفع جدا، المرتفع، المتوسط، المنخفض، المنخفض جدا). وعليه يكون:}$$

$$\text{الحد المنخفض جدا} = 0.80 + 1 = 1.80.$$

$$\text{الحد المنخفض: } 1.80 + 0.8 = 2.60.$$

$$\text{الحد المتوسط: } 2.60 + 0.8 = 3.40.$$

$$\text{الحد المرتفع: } 3.40 + 0.8 = 4.20.$$

$$\text{الحد المرتفع جدا: } 4.21 \text{ إلى } 5.$$

فتصبح أوزان العبارات كالنحو التالي:

- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (4.21-5) يكون مستوى التوجه نحو الحياة مرتفع جدا.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.41-4.20) يكون مستوى التوجه نحو الحياة مرتفع.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.61-3.40) يكون مستوى التوجه نحو الحياة متوسط.

- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (1.81-2.60) يكون مستوى التوجه نحو الحياة منخفض.
 - العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (0.80-1.80) يكون مستوى التوجه نحو الحياة فيها منخفض جدا.
- أما بالنسبة للعبارات فقمنا بتغيير بعضها والبعض الآخر اكتفينا بالإضافة فقط مثل العبارات رقم: 02-04-05-10-13-14-15-16-17-18-20-23.
- أما العبارات التي بقيت على حالها هي 01-03-06-07-08-09-11-12-19-21-22، كما تم حذف الكلمات دائما، مطلقا، أبدا في العبارات رقم: 04-06-07 وهذا راجع لملاحظات بعض المحكمين كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 11: يوضح العبارات التي تم تغييرها في مقياس التوجه نحو الحياة

العبارة	في المقياس الأصلي	بعد التغيير أو الإضافة
العبارة رقم (02)	من السهل علي أن أسترخي.	من السهل علي أن أسترخي عند مواجهتي للضغوطات .
العبارة رقم (04)	أنا دائما متفائل بالنسبة لمستقبلي.	أنا متفائلة بالنسبة لمستقبلي ومستقبل إبني التوحيدي.
العبارة رقم (05)	أستمتع كثيرا بصحبة أصدقائي.	أستمتع وأنا أعتني بابني التوحيدي.
العبارة رقم (10)	أخوف من أشياء يمكن أن تحدث لي.	أخوف من أشياء يمكن أن تحدث لابني التوحيدي.
العبارة رقم (13)	أشعر أن الفرصة موجودة من أجل تقدمي.	أشعر بأن الفرص موجودة من أجل علاج ابني.
العبارة (14)	أتوقع أن أشغل مركزا مرموقا في الأعوام القادمة.	أتوقع أن يتحسن ابني في الأعوام القادمة.
العبارة رقم (15)	غالبا ما أتوقع شيئا سلبيا في المستقبل.	أتوقع شيئا سلبيا في مستقبل ابني التوحيدي.
العبارة رقم (16)	لدي الثقة الكبيرة في نجاحي.	لدي الثقة الكبيرة في نجاح ابني.
العبارة رقم (17)	أنفءل بمستقبل مزهر	أنفءل بمستقبل مزهر لابني التوحيدي.
العبارة رقم (18)	تبدو لي الحياة جميلة.	تبدو لي الحياة جميلة عندما أساعد ابني التوحيدي.
العبارة رقم (20)	الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل.	الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل لي ولابني.
العبارة رقم (23)	لا أستسلم للحزن	لا أستسلم للمواقف الحزينة.

بعد إجراء التعديلات على المقياس ليصبح متلائم مع موضوع البحث ومع البيئة التي ستجرى فيها الدراسة الميدانية وللتحقق من دلالات صدق المحتوى (الظاهري)، قامت الطالبة الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس وعلوم التربية وكان عددهم (07) أستاذ وأستاذة والملحق رقم (01) يوضح ذلك وهذا بغرض إبداء رأيهم في المقياس بعد إحداث التغييرات عليه وملائمته مع هدف وعينة الدراسة، فكانت نسبة الاتفاق على أداة الدراسة (التوجه نحو الحياة) بـ (85%) وقبل المقياس بكل عباراته مع بعض التصحيحات في الصياغة اللغوية.

3-5 استبيان المعتقدات الصحية:

يهدف هذا الاستبيان إلى قياس المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وتم بناؤه اعتماداً على التراث النظري وخصائص نموذج المعتقدات الصحية، وذلك لندرة وجود أدوات قياس تناولت عينة البحث الحالي في الدراسات السابقة حسب إطلاع الطالبة الباحثة، ولغرض بناء أداة الدراسة تم الاعتماد والمرور بالخطوات التالية الذكر:

أولاً: تحديد أبعاد استبيان المعتقدات الصحية: تم الاطلاع والاعتماد على الدراسات السابقة والابحاث المتعلقة بمتغير المعتقد الصحي في تحديد الأبعاد، بعد ذلك تم اللجوء إلى خصائص نموذج المعتقد الصحي والمتمثلة في (06) خصائص اعتمدنا عليها في دراستنا كأبعاد للاستبيان وهي كالتالي: (القابلية المدركة للمرض-الخطورة المدركة للمرض-الفوائد المدركة للمرض-التكاليف المدركة للفعل-الدافعية الصحية-الهاديات للتصرف).

الجدول رقم 12: يمثل أبعاد العبارات التي تنتمي إليها في استبيان المعتقدات الصحية.

عدد العبارات	الأبعاد
05	القابلية المدركة للمرض
05	الخطورة المدركة للمرض
05	الفوائد المدركة للمرض
05	التكاليف المدركة للفعل
05	الدافعية الصحية
05	الهاديات للتصرف

ثانياً: تحديد عبارات استبيان المعتقدات الصحية: بعد تحديد أبعاد أداة الدراسة تم الاستفادة من الاطلاع على كتب منهجية البحث العلمي مع توجيهات بعض الأساتذة والأستاذة المشرفة في صياغة العبارات حيث تم وضع 05 عبارات لكل بعد من أبعاد الاستبيان المتمثلة في 06 أبعاد ليكون في الأخير مجموع العبارات (30) عبارة، كما هو موضح في الملحق رقم (02)، حيث كانت كل العبارات إيجابية.

ثالثاً: تعليمات استبيان المعتقدات الصحية: تم في هذه المرحلة صياغة تعليمات الاستبيان لغرض تعريف عينة الدراسة (أمهات أطفال التوحد) بأهداف وأداة والخطوات الواجب إتباعها في ملئ والإجابة على عبارات الاستبيان، وكذلك تدوين المعلومات المتعلقة بالأم الطفل المصاب بالتوحد والمتمثلة في: السن الذي حصر في مجالات كالتالي: (20-30)/(31-40)/(41-50)/أكثر من 50.

والمستوى التعليمي أعطيت له الاختيارات التالية: جامعي، المرحلة الثانوية، المرحلة المتوسطة، آخر كما كانت المعلومات الأخرى متعلقة بعمر الطفل صنفناها إلى قسمين (أقل من 5 سنوات وأكبر من 5 سنوات).

رابعاً: عرض استبيان المعتقدات الصحية على المحكمين: وذلك لغرض التحقق من الصدق الظاهري (المحتوى) تم عرضه في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس وعلوم التربية وعددهم (07) أستاذ وأستاذة... ملحق رقم (01)، حيث طلبنا منهم إبداء رأيهم في ملائمة العبارات وسلامتها اللغوية وتقديم الإضافات والتعديلات المناسبة لها، حيث قدرت نسبة اتفاق المحكمين على أداة (المعتقدات الصحية) ب: 95% .

خامساً: تقدير درجات الاستجابات على استبيان المعتقدات الصحية: حيث كان الهدف منها هو تحديد درجات أداة القياس وفقاً للتدرج الخماسي بأسلوب ليكرت من (5 إلى 01 درجة) وفق الترتيب التالي: موافق بشدة، موافق، لا رأي، غير موافق بشدة، غير موافق، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(13): يوضح قيم البدائل لاستبيان المعتقدات الصحية.

موافق بشدة	موافق	لا رأي	غير موافق بشدة	غير موافق
05	04	03	02	01

سادساً: تحديد المستويات استبيان المعتقدات الصحية: أما بالنسبة لتحديد مستويات المعتقدات الصحية

لدى أمهات أطفال التوحد تم الاعتماد على معايير على النحو التالي:

أ. الحد الأعلى لبدائل أداة الدراسة المعتقدات الصحية (5).

ب. الحد الأدنى لبدائل أداة الدراسة المعتقدات الصحية (1).

ب طرح الحد الأعلى من الحد الأدنى (5-1=4)، نقوم بتقسيم الفارق بين الحدين على خمسة مستويات كما هو موضح كالتالي:

0.8=4/5 والمستويات: (المرتفع جدا، المرتفع، المتوسط، المنخفض، المنخفض جدا). وعليه يكون:

الحد المنخفض جدا=1+0.80=1.80.

الحد المنخفض: 1.80+0.8=2.60.

الحد المتوسط: 2.60+0.8=3.40.

الحد المرتفع: 3.40+0.8=4.20.

الحد المرتفع جدا: 4.21 إلى 5.

فتصبح أوزان العبارات كالنحو التالي:

- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (5-4.21) يكون مستوى المعتقدات الصحية مرتفع جدا.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (4.20-3.41) يكون مستوى المعتقدات الصحية مرتفع.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (3.40-2.61) يكون مستوى المعتقدات الصحية متوسط
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (2.60-1.81) يكون مستوى المعتقدات الصحية منخفض.
- العبارة التي يتراوح متوسطها الحسابي بين (1.80-0.80) يكون مستوى المعتقدات الصحية فيها منخفض جدا.

كما تم أيضا إجراء مقابلات مع بعض الأمهات بغرض جمع بعض المعلومات التي تساعدنا في الدراسة الحالية، حيث وجهت لهم الطالبة الباحثة مجموعة من الأسئلة بغية الاستفادة من أجوبتها في حل بعض إشكاليات الدراسة، حيث تعتبر المقابلة حسب (عبد الرؤوف، المصري، 2017، ص 248) هي عبارة عن لقاء مهني بين القائم بالمقابلة والمبحوث، يهدف إلى حل مشكلة والحصول على معلومات يحتاجها الباحث في إطار أسس وقواعد منظمة تحقيقا لعملية المساعدة على حل الإشكال الموجود.

6- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

قمنا بحساب صدق المحكمين وللتأكد من ان أدوات الدراسة صالحة للتطبيق قمنا بتوزيع الاستبيانات الثلاثة (الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية) على عينة استطلاعية قدرت ب (30) أم لطفل توحدي من مجتمع الدراسة الأصلي لاختبار أنواع الصدق الأخرى والمتمثلة في صدق الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة موضحة في الخطوات التالية بالترتيب:

6-1 الخصائص السيكومترية لمقياس الصمود النفسي:

6-1-1 الصدق:

صدق المحكمين (صدق المحتوى): حيث يعرف على أنه الصدق الذي يتم عن طريق إجراء تحليل منطقي لمواد المقياس وفقراته وبنوده، وذلك لغرض تحديد مدى تمثيلها لموضوع القياس والمواقف التي يقيسها وبعبارة أخرى أن يقوم الفاحص بفحص مضمون الاختبار فحصا دقيقا (شاكر، 2006، ص 99) وأيضا يعتبر أحد المؤشرات التي يتم التوصل إليه من خلال حكم مختص على درجة قياس المقياس للسمة المراد قياسها (الفتلاوي، 2011، ص 166).

ويقصد بصدق المحتوى بأن يقوم الباحث النفسي بفحص مضمون الاختبار فحصا دقيقا منتظما وذلك لتحديد ما إذا كان يشتمل على عينة ممثلة لميدان السلوك الذي يقيسه (إسماعيل، 2004، ص 86)

كما يمكن التأكد من صدق المحتوى بعدة طرق منها:

- عرض الأداة على المختصين لإبداء الرأي في شموليتها لمفردات المحتوى
- تحليل المحتوى ومقارنته بالأداة البحثية.
- الاعتماد على بحوث ودراسات سابقة ذات الصلة بنفس موضوع الأداة. (عطوان، 2018، ص 112).

وللتأكد من صدق أداة الدراسة (مقياس الصمود النفسي)، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المختصين في مختلف المجالات من جامعة المسيلة وبعض جامعات الوطن، الملحق رقم (01) يوضح ذلك، وبعد عرض الاستبيان في صورته الأولية على السادة المحكمين الملحق رقم (02)، تم بعد ذلك حساب نسبة الاتفاق والاختلاف بين المحكمين وذلك عن طريق معادلة لاوشي Lawshe التالية:

$$CVR = \frac{n-N/2}{N/2}$$

بحيث: CVR تمثل صدق المحتوى

N: العدد الكلي للمحكّمين

n: عدد المحكّمين الذين اتفقوا على أن الفقرة أساسية.

الجدول رقم 13: يوضح نسبة اتفاق المحكّمين حول أداة الصمود النفسي.

الأبعاد	العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق	الأبعاد	العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق
بعد الكفاءة الشخصية	الرقم 01	06	01	71	التوجه الإيجابي نحو المستقبل	الرقم 19	07	00	100
	الرقم 02	07	00	100		الرقم 20	06	01	71
	الرقم 03	05	02	43		الرقم 21	06	01	71
	الرقم 04	06	01	71		الرقم 22	07	00	100
	الرقم 05	07	00	100		الرقم 23	07	00	100
	الرقم 06	07	00	100		الرقم 24	07	00	100
	الرقم 07	06	01	71		الرقم 25	06	01	71
	الرقم 08	07	00	100	بعد القيم الروحية	الرقم 26	07	00	100
	الرقم 09	07	00	100		الرقم 27	07	00	100
نسبة اتفاق المحكّمين على بعد الكفاءة الشخصية		92.06		الرقم 28		07	00	100	
بعد الكفاءة الاجتماعية	الرقم 10	07	00	100		الرقم 29	07	00	100
	الرقم 11	06	01	71		الرقم 30	07	00	100
	الرقم 12	07	00	100		الرقم 31	07	00	100
	الرقم 13	07	00	100		الرقم 32	06	01	71
	الرقم 14	07	00	100		الرقم 33	07	00	100
	الرقم 15	06	01	71		الرقم 34	07	00	100
	الرقم 16	07	00	100		الرقم 35	07	00	100
نسبة اتفاق المحكّمين على بعد الكفاءة الاجتماعية.		81.63%		نسبة اتفاق المحكّمين على بعد القيم الروحية		92.05%			
	الرقم 17	06	01	71					
	الرقم 18	07	00	100					

(المصدر: جدول المحكّمين)

من خلال نتائج الجدول رقم (13) يتبين لنا أن نسبة آراء المحكمين الموافقين على عبارات كل بعد بالنسبة لمقياس الصمود النفسي كانت على التوالي: بعد الكفاءة الشخصية (92.06) % ، بعد الكفاءة الاجتماعية (81.63) %، بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل (85.20) %، بعد القيم الروحية (93.02) %، وعليه فإن صياغة عبارات المقياس كلها تقريبا تقيس ما وضعت لأجله وهذا من خلال نسبة الاتفاق بين المحكمين التي تجاوزت 75 %، حيث قدرت بـ 92.50 %.

صدق الاتساق الداخلي (صدق التكوين الفرضي): تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وعن طريق حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية الذي تنتمي إليه. أولاً: حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم 14: يوضح قيمة الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي وأبعاده الفرعية.

أبعاد مقياس الصمود النفسي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد الكفاءة الشخصية	0.590**	0.01
بعد الكفاءة الاجتماعية	0.83*	0.05
بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل	0.63*	0.05
بعد القيم الروحية	0.519**	0.01

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال البيانات الموضحة في الجدول رقم (14) أعلاه يتضح أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس الصمود النفسي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، بحيث قدرت القيم بين (0.519) و (0.83) وهذا ما يبين أن مقياس الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد يتمتع بدرجة عالية من الصدق ويسمح بتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

ثانيا: حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

الجدول رقم 15: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس الصمود النفسي بمجموع

درجات البعد الذي تنتمي إليه

الأبعاد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الأبعاد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	
الكفاءة الشخصية	01	0.692**	0.01	التوجه الإيجابي نحو الحياة	19	0.415*	0.05	
	02	0.558**	0.01		20	0.535**	0.01	
	03	0.367*	0.05		21	0.537**	0.01	
	04	0.497**	0.01		22	0.580**	0.01	
	05	0.402*	0.05		23	0.564**	0.01	
	06	0.316*	0.05		24	0.589**	0.01	
	07	0.390*	0.05		25	0.716**	0.01	
	08	0.476**	0.01		26	0.888**	0.01	
	09	0.836**	0.01		27	0.665**	0.01	
	الكفاءة الاجتماعية	10	0.867**		0.01	القيم الروحية	28	0.424*
11		0.564**	0.01	29	0.462*		0.05	
12		0.511**	0.01	30	0.462*		0.05	
13		0.424*	0.05	31	0.429*		0.05	
14		0.575**	0.01	32	0.383*		0.05	
15		0.492**	0.01	33	0.547**		0.01	
16		0.632**	0.01	34	0.552*		0.05	
17		0.866**	0.01	35	0.625**		0.01	
		18	0.477**	0.01				

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط ل فقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور

الذي تنتمي إليه جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01 و 0.05) حيث تراوحت معاملاتها بين

(0.316 و 0.888) وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الصمود النفسي.

6-1-2 الثبات: وفي الدراسة الحالية تم قياس ثبات مقياس الصمود النفسي بطريقتين هما:

أولاً: طريقة معامل ألفا كرو نباخ وذلك عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية spss تم الحصول على النتائج التالية موضحة في الجدول التالي وذلك بحساب ثبات كل بعد على حدى، ثم قياس ثبات المقياس ككل كما يلي:

الجدول رقم 16: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصمود النفسي

المقياس	الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
الصمود النفسي	الكفاءة الشخصية	09	0.653
	الكفاءة الاجتماعية	07	0.690
	التوجه الإيجابي نحو المستقبل	09	0.704
	القيم الروحية	10	0.656
	الدرجة الكلية للمقياس ككل	35	0.711

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال نتائج الجدول رقم (16) يتبين أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصمود النفسي جاءت مرتفعة، حيث تراوحت بين (0.65 و 0.71) وللمقياس ككل قدرت ب (0.711)، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ثانياً: طريقة التجزئة النصفية: حيث تم ذلك عن طريق تطبيق حساب معاملات الارتباط لدرجات أفراد العينة الاستطلاعية لنصفي مقياس الصمود النفسي بتطبيق معادلة سبيرمان - براون ومعادلة جيتمان، وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي المقياس للحصول على معامل ثبات الاختبار ككل والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 17: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملي التصحيح سبيرمان وجيتمان لمقياس الصمود النفسي

المجموعة 2	المجموعة 1	مقياس الصمود النفسي
19 إلى 35	1 إلى 18	عدد الفقرات
0.874	0.870	معامل نصفي الاختبار
0.727		معامل سبيرمان براون
0.727		معامل جيتمان

(المصدر: مخرجات spss)

يتبين من خلال نتائج الجدول رقم (17) أن قيمة معامل نصفي الاختبار للمجموعة الأولى قدر ب:0.870 كما قدر معامل نصفي الاختبار للمجموعة الثانية ب:0.874 وهما قيمتان مرتفعتان ومتساويتان بالتقريب، وبما أن الثبات لنصفي الاختبار جاء متساوي بين المجموعتين (01) و(02) ولا يوجد فرق فإننا نعتمد في هذه الحالة معامل الثبات لسبيرمان براون، والذي بلغت قيمته في الدراسة الحالية (0.727) إذن فهو معامل عال ومنه فالمقياس ثابت ويصلح لاستخدامه في الدراسة الأساسية وجاء مساوي أيضا لمعامل جيتمان والذي قدر ب (0.727).

6-2 الخصائص السيكومترية لمقياس التوجه نحو الحياة:

6-2-1 الصدق:

صدق المحكمين (صدق المحتوى):

وللتأكد من صدق أداة الدراسة (مقياس التوجه نحو الحياة)، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المختصين في مختلف المجالات من جامعة المسيلة وبعض جامعات الوطن، الملحق رقم (01) يوضح ذلك، وبعد عرض الاستبيان في صورته الأولى على السادة المحكمين الملحق رقم (02)، تم بعد ذلك حساب نسبة الاتفاق والاختلاف بين المحكمين وذلك عن طريق معادلة لاوشي Lawshe التالية:

$$CVR = \frac{n - N/2}{N/2}$$

بحيث CVR : تمثل صدق المحتوى

N : العدد الكلي للمحكمين

n : عدد المحكمين الذين اتفقوا على أن الفقرة أساسية.

الجدول رقم 18: يوضح نسبة اتفاق المحكمين حول أداة التوجه نحو الحياة

العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق	العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق
الرقم 01	07	0	100	الرقم 13	07	00	100
الرقم 02	06	01	71	الرقم 14	07	00	100
الرقم 03	05	02	100	الرقم 15	06	01	100
الرقم 04	06	01	100	الرقم 16	07	00	100
الرقم 05	07	00	100	الرقم 17	07	00	100
الرقم 06	07	00	43	الرقم 18	07	00	100
الرقم 07	06	01	71	الرقم 19	06	01	43
الرقم 08	06	01	71	الرقم 20	07	00	100
الرقم 09	05	02	43	الرقم 21	06	01	71
الرقم 10	06	01	71	الرقم 22	5	02	43
الرقم 11	07	00	100	الرقم 23	06	01	71
الرقم 12	07	00	100				

(المصدر: جدول المحكمين).

من خلال نتائج الجدول رقم (18) يتبين لنا أن نسبة آراء المحكمين الموافقين على عبارات مقياس التوجه نحو الحياة كانت متراوحة بين (43 و100)، وعليه فإن صياغة عبارات المقياس كلها تقريبا تقيس ما وضعت لأجله وهذا من خلال نسبة الاتفاق بين المحكمين التي تجاوزت 75 %، حيث قدرت ب 82%

صدق الاتساق الداخلي (صدق التكوين الفرضي): تم حساب صدق المقياس التوجه نحو الحياة عن طريق حساب ارتباط كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية له موضحة في الجدول التالي علما أن المقياس لا يحتوي على أبعاد.

الجدول رقم 19: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس التوجه نحو الحياة بالدرجة الكلية للمقياس.

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	**0.561	0.01	13	**0.723	0.01
02	*0.409	0.05	14	**0.780	0.01
03	*0.609	0.05	15	*0.374	0.05
04	**0.715	0.01	16	*0.687	0.05
05	*0.436	0.05	17	**0.734	0.01
06	*0.430	0.05	18	**0.470	0.01
07	*0.448	0.05	19	*0.402	0.05
08	*0.437	0.05	20	**0.734	0.01
09	*0.437	0.05	21	*0.384	0.05
10	*0.445	0.05	22	*0.431	0.05
11	**0.485	0.01	23	*0.393	0.05
12	**0.498	0.01	* داله عند 0.05 ** دالة عند مستوى دلالة 0.01		

(المصدر: مخرجات spss.)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لفقرات المقياس والدرجة الكلية جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01 و 0.05) حيث تراوحت معاملاتها بين (0.374 و 0.780) وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس التوجه نحو الحياة.

6-2-2 الثبات: وفي دراستنا الحالية تم حساب ثبات مقياس الصمود النفسي بطريقتين كما هو موضح كالتالي:

أولاً: طريقة معامل ألفا كرو نباخ وذلك عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية spss تم الحصول على النتائج التالية موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 20: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التوجه نحو الحياة

المقياس	معامل ألفا كرونباخ
التوجه نحو الحياة	0.898

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة الثبات بلغت قيمته (0.898). وهذا يعني ان المقياس يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يسمح لنا باتخاذ كأداة للدراسة الأساسية. **ثانيا:** طريقة التجزئة النصفية: حيث تم ذلك عن طريق تطبيق حساب معاملات الارتباط لدرجات أفراد العينة الاستطلاعية لنصفي مقياس التوجه نحو الحياة بتطبيق معادلة سبيرمان - براون ومعادلة جيتمان، وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي المقياس للحصول على معامل ثبات الاختبار ككل والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 21: يوضح حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية لأداة التوجه نحو الحياة.

المجموعة 2	المجموعة 1	مقياس التوجه نحو الحياة
13 إلى 23	1 إلى 12	عدد الفقرات
0.842	0.789	معامل ألفا كرونباخ لنصفي الاختبار
0.893		معامل سبيرمان براون
0.893		معامل جيتمان

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه رقم (21)، يظهر بأن معامل الارتباط كرونباخ للنصف الاول من المقياس قدر ب (0.789)، أما المعامل الثاني لنصف الثاني لمقياس التوجه نحو الحياة قدر ب (0.842)، وبما أن معامل الارتباط لألفا كرونباخ لنصفي المقياس جاء غير متساوي فإننا نعتد معادلة جيتمان حيث بلغت 0.893 وهي متساوية مع معامل سبيرمان براون، ومن هنا يمكن القول أن مقياس التوجه نحو الحياة ثابت ويمكن استخدامه كأداة قياس في الدراسة الأساسية.

6-3 الخصائص السيكومترية لاستبيان المعتقدات الصحية:

6-3-1 الصدق:

صدق المحكمين: وللتأكد من صدق أداة الدراسة (استبيان المعتقدات الصحية)، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المختصين في مختلف المجالات من جامعة المسيلة وجامعات أخرى.. الملحق رقم (01) يوضح ذلك، وبعد عرض الاستبيان في صورته الأولية على السادة المحكمين الملحق رقم (02)، تم بعد ذلك حساب نسبة الاتفاق والاختلاف بين المحكمين وذلك عن طريق معادلة لاوشي Lawshe التالية:

$$CVR = \frac{n - N/2}{N/2}$$

بحيث CVR تمثل صدق المحتوى

N : العدد الكلي للمحكمين

n : عدد المحكمين الذين اتفقوا على أن الفقرة أساسية.

الجدول رقم 22: يوضح نسبة اتفاق المحكمين حول أداة المعتقدات الصحية.

الابعاد	العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق	الابعاد	العبارات	يقيس	لا يقيس	% الاتفاق
القابلية المدركة للمرض	الرقم 01	06	01	71	التكاليف المدركة للمرض	الرقم 16	07	00	100
	الرقم 02	06	01	71		الرقم 17	07	00	100
	الرقم 03	06	01	71		الرقم 18	07	00	100
	الرقم 04	07	00	100		الرقم 19	07	00	100
	الرقم 05	06	01	71		الرقم 20	07	00	100
نسبة اتفاق المحكمين على بعد				75.02	نسبة اتفاق المحكمين على بعد				100
الخطورة المدركة للمرض	الرقم 06	7	00	100	الدافعية الصحية	الرقم 21	07	00	100
	الرقم 07	7	00	100		الرقم 22	07	00	100
	الرقم 08	7	00	100		الرقم 23	07	00	100
	الرقم 09	07	00	100		الرقم 24	07	00	100
	الرقم 10	07	00	100		الرقم 25	07	00	100
نسبة اتفاق المحكمين على بعد				100	نسبة اتفاق المحكمين على بعد				100

100	00	07	الرقم 26	الهاديات للتصرف	100	00	07	الرقم 11	الفوائد المدركة للمرض
100	00	07	الرقم 27		100	00	07	الرقم 12	
100	00	07	الرقم 28		71	00	06	الرقم 13	
100	00	07	الرقم 29		100	00	07	الرقم 14	
100	00	07	الرقم 30		100	00	07	الرقم 15	
100	نسبة اتفاق المحكمين على بعد				82.30	نسبة اتفاق المحكمين على بعد			

(المصدر: جدول المحكمين).

من خلال نتائج الجدول رقم (22) يتبين لنا أن نسبة آراء المحكمين الموافقين على عبارات كل بعد بالنسبة لاستبيان المعتقدات الصحية كانت على التوالي: بعد القابلية المدركة للمرض (75.02%)، بعد الخطورة المدركة للمرض (100%)، بعد الفوائد المدركة للمرض (82.30%)، بعد التكاليف المدركة للمرض (100%)، وبعد الدافعية الصحية والهاديات للتصرف (100%)، وعليه فإن صياغة عبارات المقياس كلها تقريبا تقيس ما وضعت لأجله وهذا من خلال نسبة الاتفاق بين المحكمين التي تجاوزت (75%)، حيث قدرت بـ 95%.

صدق الاتساق الداخلي (صدق التكوين الفرضي): تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وعن طريق حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية الذي تنتمي إليه. أولاً: حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم 23: يوضح قيمة الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية وأبعاده الفرعية.

أبعاد استبيان المعتقدات الصحية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد القابلية المدركة للمرض	*0.427	0.05
بعد الخطورة المدركة للمرض	*0.443	0.05
بعد الفوائد المدركة للمرض	**0.480	0.01
بعد التكاليف المدركة للمرض	*0.392	0.05
بعد الدافعية الصحية	*0.384	0.05
بعد الهدايا للتصرف	*0.418	0.05

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال البيانات الموضحة في الجدول رقم (23) أعلاه يتضح أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد استبيان المعتقدات الصحية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01 و 0.05)، بحيث قدرت القيم بين (0.384 و 0.480) وهذا ما يبين أن استبيان المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد يتمتع بدرجة من الصدق ويسمح بتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية .
ثانياً: حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

الجدول رقم 24: يوضح قيم الارتباط بين كل عبارة من عبارات استبيان المعتقدات الصحية بمجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه

الأبعاد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الأبعاد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التكاليف المدركة للمرض	16	**0.699	0.01	التكاليف المدركة للمرض	01	**0.742	0.01
	17	**0.612	0.01		02	**0.467	0.01
	18	**0.570	0.01		03	**0.627	0.01
	19	*0.385	0.05		04	**0.710.	0.01
	20	*0.382	0.05		05	**0.764	0.01
الدافعية الصحية	21	**0.818	0.01	الخطورة المدركة للمرض	06	*0.379	0.05
	22	**0.892	0.01		07	*0.401	0.05
	23	**0.801	0.01		08	*0.376	0.01
	24	**0.917	0.01		09	*0.429	0.01
	25	**0.856	0.01		10	*0.415	0.01
الهاديات للتصرف	26	**0.598	0.01	الفوائد المدركة للمرض	11	*0.391	0.05
	27	**0.595	0.01		12	*0.437	0.05
	28	**0.537	0.01		13	**0.556	0.01
	29	**0.537	0.01		14	*0.427	0.05
	30	**0.544	0.01		15	**0.485	0.01

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط ل فقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01 و 0.05) حيث تراوحت معاملاتها بين (0.376 و 0.917) وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للأداة كمؤشر لصدق التكوين في استبيان المعتقدات الصحية.

6-3-2 الثبات: وفي الدراسة الحالية تم قياس ثبات استبيان المعتقدات الصحية بطريقتين هما:

أولاً: طريقة معامل ألفا كرو نباخ وذلك عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية spss تم الحصول على النتائج التالية موضحة في الجدول التالي وذلك بحساب ثبات كل بعد على حدى، ثم قياس ثبات الاداة ككل كما يلي:

الجدول رقم 25: يمثل قيم معامل ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان المعتقدات الصحية

الاداة	الأبعاد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
استبيان المعتقدات الصحية	القابلية المدركة للمرض	05	0.930
	الخطورة المدركة للمرض	05	0.930
	الفوائد المدركة للمرض	05	0.927
	التكاليف المدركة للمرض	05	0.931
	الدافعية الصحية	05	0.926
	الهاديات للتصرف	05	0.930
	الدرجة الكلية للمقياس ككل	30	0.943

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال نتائج الجدول رقم (25) يتبين أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان المعتقدات الصحية جاءت مرتفعة، حيث تراوحت بين (0.926 و 0.943) والاستبيان ككل قدرت بـ (0.943)، وهذا يعني أن الاستبيان يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ثانياً: طريقة التجزئة النصفية: حيث تم ذلك عن طريق تطبيق حساب معاملات الارتباط لدرجات أفراد العينة الاستطلاعية لنصفي استبيان المعتقدات الصحية بتطبيق معادلة سبيرمان - براون ومعادلة جيتمان، وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي الاستبيان للحصول على معامل ثبات الاختبار ككل والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 26: يوضح حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية لأداة المعتقدات الصحية

المجموعة 2	المجموعة 1	إستبيان المعتقدات الصحية
16 إلى 30	1 إلى 15	عدد الفقرات
0.750	0.754	معامل ألفا كرونباخ لنصفي الاختبار
0.891		معامل سبيرمان براون
0.897		معامل جيتمان

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه رقم (26)، يظهر بأن معامل الارتباط كرو نباخ للنصف الاول من المقياس قدر ب (0.754)، أما المعامل الثاني لنصف الثاني لمقياس التوجه نحو الحياة قدر ب،(0.750)، وهما قيمتان مرتفعتان ومتساويتان بالتقريب، وبما أن الثبات لنصفي الاختبار جاء متساوي بين المجموعتين (01) و(02) ولا يوجد فرق فإننا نعتد في هذه الحالة معامل الثبات لسبيرمان براون، والذي بلغت قيمته في الدراسة الحالية (0.891) إذن فهو معامل عال ومنه فالمقياس ثابت ويصلح لاستخدامه في الدراسة الأساسية وجاء مساوي أيضا لمعامل جيتمان والذي قدر ب (0.897).

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

ولغرض التحقق من فرضيات الدراسة الحالية تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

7-1 الأساليب الإحصائية الوصفية: تمثلت في بعض الرسومات البيانية لوصف مجتمع وعينة الدراسة، النسب المئوية والتكرارات ومقاييس النزعة المركزية كالمتوسطات الحسابية وهدفها المقارنة بين المجموعات، ومقاييس التشتت كالانحراف المعياري.

7-2 الأساليب الإحصائية الاستدلالية: تمثلت في التالي:

*معامل ألفا كرونباخ: لقياس ثبات أدوات الدراسة (الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية).

*معادلة سبيرمان -براون ومعادلة جيتمان وذلك من أجل التحقق من ثبات أدوات الدراسة الحالية.

*اختبار بيرسون: لقياس العلاقة بين المتغيرات المستخدمة في الدراسة.

*إختبار T teste: للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية .

*إختبار التباين الأحادي.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل والذي تطرقنا فيه الى الإجراءات الميدانية للدراسة كالمنهج المتبع في الدراسة وهو المنهج الوصفي الارتباطي المناسب لطبيعة الموضوع، ثم إلى تحديد عينة الدراسة والتي كانت عينة عشوائية 30 أم طفل توحدي للدراسة الاستطلاعية بغية تحديد الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المستعملة، ولجمع بيانات الدراسة استخدمنا مقياس الصمود النفسي ومقياس التوجه نحو الحياة واستبيان المعتقدات الصحية وذلك بعد تحكيمها، وبعد جمع البيانات المتحصل عليها من العينة الأساسية التي بلغت (121) أم طفل توحدي قمنا بمعالجتها إحصائياً ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهذا ما سوف نتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

-تمهيد.

1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.

2- عرض وتحليل نتائج الدراسة.

3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

4- توصيات واقتراحات الدراسة.

-الملاحق.

تمهيد:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للأدوات المستخدمة في الدراسة وإمكانية تطبيقها في الدراسة الأساسية على عينة بلغت (121) أم لطفل توحدي وذلك لغرض اختبار الفرضيات المقترحة ولبلوغ الأهداف المسطرة في البحث الحالي، فإننا في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض نتائج الدراسة بعد المعالجة الإحصائية لها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والأطر النظرية التي عالجت متغيرات الدراسة، وذلك من أجل إبراز النقاط التي عولجت نظريا بنتائج إحصائية رقمية للوصول في الأخير إلى جملة من الاقتراحات والاستنتاجات كحلول مؤقتة إلى جملة المشكلات التي لامستها الطالبة الباحثة ميدانيا والمتعلقة بمتغيرات وعينة الدراسة.

1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:

قبل البدء في المعالجة الإحصائية للفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة وجب علينا التحقق أولاً من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة الحالية والمتمثلة في (الصمود النفسي-التوجه نحو الحياة-المعتقدات الصحية) موضحة في الجدول التالي:

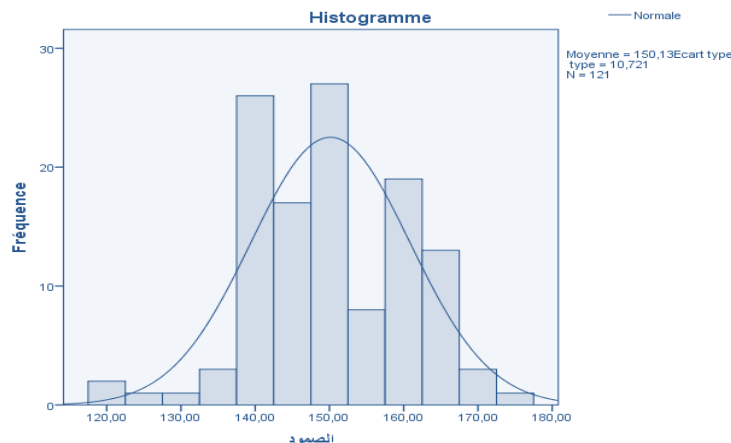
الجدول رقم 27: يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة لمتغيرات الدراسة

القرار	كولموغوروف سميرنوف (Kolmogorov-Smirnova)			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0.021	120	0.039	الصمود النفسي
غير دال	0.03	120	0.031	التوجه نحو الحياة
غير دال	0.016	120	0.040	المعتقدات الصحية

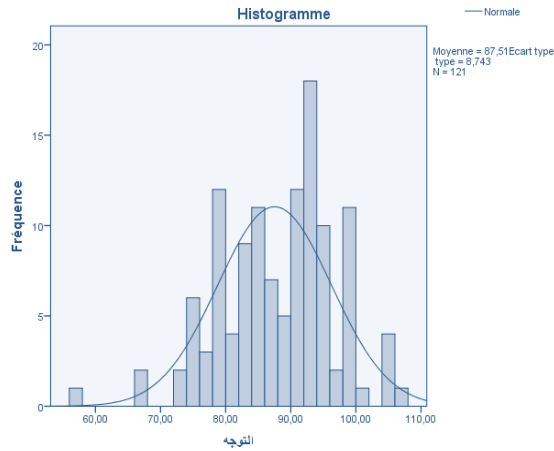
(المصدر: مخرجات spss)

بناء على المعطيات الموضح في الجدول أعلاه رقم (27) وذلك بتطبيق اختبار (Kolmogorov-Smirnova) كولموغوروف سميرنوف، يتضح أن كل القيم بالنسبة للمتغيرات الدراسة (الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية) جاءت غير دالة عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ ، وهذا يعني ان بيانات الدراسة غير متباعدة وتتنوع وتوزع طبيعياً مقارنة بمتوسطها وهذا يعني ان كل الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في معالجة فرضيات الدراسة هي أساليب بارامترية، والأشكال التالية توضح التوزيعات الطبيعية لمتغيرات الدراسة:

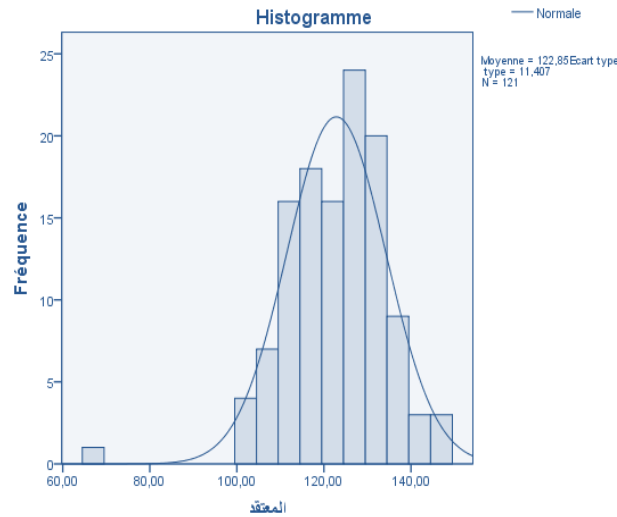
الشكل رقم 24: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات الصمود النفسي



الشكل رقم 25: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات التوجه نحو الحياة



الشكل رقم 26: يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات المعتقدات الصحية



(المصدر: مخرجات spss)

2- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

فقبل البدء في المعالجة الإحصائية واستخلاص نتائج الدراسة وجب التذكير بفرضيات الدراسة. الفرضية العامة الأولى: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة. ويتفرع عن هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

-الفرضية الجزئية الأولى: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

-الفرضية الجزئية الثانية: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

-الفرضية الجزئية الثالثة: هل توجد علاقة ارتباطية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

-الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الام، المستوى الدراسي للأم

-الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمرا لام، المستوى الدراسي للأم

-الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الام، المستوى الدراسي للأم

الفرضيات الجزئية الأخرى:

1-مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط.

2-مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط.

3-مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط.

1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة الأولى: تنص الفرضية العامة على أنه: « توجد علاقة

ارتباطية دالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط المتعدد والنتائج موضحة في

الجدول التالي:

الجدول رقم 28: يوضح معامل الارتباط المتعدد بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات

الصحية

القرار	حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط المتعدد	المتغيرات
دال إحصائيا عند 0.01	121	0.05	0.327 **	الصمود النفسي
				التوجه نحو الحياة
				المعتقدات الصحية

(المصدر: مخرجات spss)

يتضح من خلال الجدول أعلاه وجود علاقة ارتباطية متعددة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية حيث بلغت قيمتها (0.327^{**})، وهي قيمة موجبة وضعيفة نوعاً ما كما أنها دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تنفي وجود علاقة بين المتغيرات الثلاثة للبحث، وقبول الفرضية القائلة بأنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة. علماً أن نسبة التأكد هو 99% واحتمال الخطأ هو 1%.

2-1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى: ينص الفرض الجزئي الأول على: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة. وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي وأبعاده التالية (الكفاءة الشخصية، الكفاءة الاجتماعية، التوجه الإيجابي نحو المستقبل والقيم الروحية) وبين الدرجة الكلية لمقياس التوجه نحو الحياة وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 29: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد استبيان الصمود النفسي والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة.

الأبعاد	الكفاءة الشخصية		الكفاءة الاجتماعية		التوجه الإيجابي نحو المستقبل		القيم الروحية		الصمود النفسي	
	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig
التوجه نحو الحياة	**0.345	0.000	**0.397	0.000	**0.298	0.000	**0.328	0.000	**0.382	0.000

** مستوى الدلالة عند (0.01) * مستوى الدلالة عند (0.05) (المصدر: مخرجات spss)

تدل البيانات الموضحة في الجدول أعلاه رقم 29 أن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية لمقياس التوجه نحو الحياة قد بلغ قيمة قدرت ب 0.382^{**} وهي قيمة دالة عند (0.01) ولكنها نوعاً ما تحت المتوسط أي توجد علاقة ضعيفة وموجبة بين الصمود النفسي

والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة كما يلاحظ في الجدول أن معاملات الارتباط أبعاد مقياس الصمود النفسي مع الدرجة الكلية لمقياس التوجه نحو الحياة جاءت على التوالي (0.345-***-0.397-***-0.298-***-0.328-**) جاءت هذه القيم موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01). إذن حسب البيانات المتواجدة في الجدول أعلاه نستطيع القول أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد ومنه تحقق الفرضية الجزئية الأولى.

2-1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية: ينص الفرض الجزئي الثاني على: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي وأبعاده التالية (الكفاءة الشخصية الكفاءة الاجتماعية، التوجه الإيجابي نحو المستقبل، القيم الروحية) وبين الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية وأبعاده التالية: (القابلية المدركة للمرض، الخطورة المدركة للمرض، الفوائد المدركة للفعل المدرك للفعل، الدافعية الصحية، الهاديات للتصرف) وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 30: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية

الصمود النفسي		القيم الروحية		التوجه الإيجابي نحو المستقبل		الكفاءة الاجتماعية		الكفاءة الشخصية		الأبعاد
معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	
0.037	*0.190	0.679	0.038	0.043	*0.185	0.155	0.130	0.054	0.176	القابلية المدركة للمرض
0.030	*0.197	0.847	0.018	0.443	0.070	0.381	0.080	0.124	0.141	الخطورة المدركة للمرض
0.015	*0.220	0.005	**0.256	0.400	0.077	0.080	*0.186	0.01	*0.207	الفوائد المدركة للفعل
0.021	*0.210	0.208	0.115	0.012	*0.227	0.047	*0.181	0.02	*0.202	التكاليف المدركة

للفاعل										
0.000	**0.350	0.001	**0.287	0.007	**0.246	0.006	**0.248	0.006	**0.247	الدافعية الصحية
0.01	**0.234	0.003	**0.270	0.053	0.176	0.001	**0.290	0.002	**0.275	الهاديات للتصرف
0.000	**0.638	0.00	**0.366	0.000	**0.376	0.000	**0.360	0.000	**0.434	المعتقدات الصحية

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه (30) يتبين أن البيانات الموضحة بأن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية قد بلغ قيمة قدرت ب ($**0.638$) وهي قيمة دالة عند (0.01) وموجبة أي أنه توجد علاقة قوية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، كما يلاحظ في الجدول أن معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الصمود النفسي (الكفاءة الشخصية، الكفاءة الاجتماعية، التوجه الإيجابي، القيم الروحية) مع الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية جاءت على التوالي ($**0.434$ - $**0.360$ - $**0.376$ - $**0.366$) جاءت هذه القيم موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01) ومنه توجد علاقة موجبة بين أبعاد مقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية.

أما قيم الارتباط بين البعد الأول لمقياس الصمود النفسي (الكفاءة الشخصية) وأبعاد مقياس المعتقدات الصحية فقد جاءت كالتالي: بين الكفاءة الشخصية والقابلية المدركة للمرض وبعد الخطورة المدركة للمرض جاءت كالتالي: (0.176 - 0.141) فهي غير دالة ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية أما مع الأبعاد الأخرى (الفوائد المدركة للفاعل، والتكاليف المدركة للفاعل) فجاءت دالة إحصائياً عند (0.05) بقيم على التوالي ($*0.207$ ، $*0.202$)، أما مع بعد الدافعية الصحية والهاديات للتصرف فجاءت دالة عند (0.01) بقيم ($**0.247$ ، $**0.275$) فتوجد علاقة موجبة.

أما قيم الارتباط بين البعد الثاني لمقياس الصمود النفسي (الكفاءة الاجتماعية) وأبعاد مقياس المعتقدات الصحية فقد جاءت كالتالي: بين الكفاءة الاجتماعية والقابلية المدركة للمرض وبعد الخطورة المدركة للمرض جاءت كالتالي: (0.130 - 0.080) فهي غير دالة ولا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية أما مع الأبعاد الأخرى (الفوائد المدركة للفاعل، والتكاليف المدركة للفاعل) فجاءت دالة إحصائياً عند

(0.05) بقيم على التوالي (0.186،*0.181)، أما مع بعد الدافعية الصحية والهاديات للتصرف فجاءت دالة عند (0.01) بقيم (0.248،**0.290) فتوجد علاقة موجبة.

أما بعد التوجه نحو المستقبل مع أبعاد المعتقدات الصحية فقد جاءت دالة مع الأبعاد التالية (القابلية المدركة للمرض، التكاليف المدركة للفعل، والدافعية الصحية) بالقيم التالية: *0.185- *0.227-0.246** عند (0.01) و(0.05) أي توجد علاقة موجبة أما مع البعد (الخطورة المدركة للمرض-الفوائد المدركة للفعل-الهاديات للتصرف) فهي غير دالة ولا توجد علاقة.

أما بعد القيم الروحية مع أبعاد المعتقدات الصحية فقد جاءت دالة مع الأبعاد التالية (الفوائد المدركة للفعل، الدافعية الصحية، والهاديات للتصرف) بالقيم التالية: *0.256-***0.287- *0.270** عند (0.05) أي توجد علاقة موجبة أما مع باقي الأبعاد فهي غير دالة إحصائياً.

أما بين أبعاد المعتقدات الصحية 06 والدرجة الكلية للصدوم النفسي فجاءت النتائج على التوالي كما يلي (0.190-0.197-0.220-0.210-0.350-0.234)** وهي موجبة ودالة عند (0.05،0.01) إذن حسب البيانات المتواجدة في الجدول أعلاه نستطيع القول أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والصدوم النفسي لدى أمهات أطفال التوحد ومنه تحقق الفرضية الجزئية الثانية.

2-1-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: ينص الفرض الجزئي الثالث على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون لاختبار طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة وبين استبيان المعتقدات الصحية وأبعاده التالية:(القابلية المدركة للمرض، الخطورة المدركة للمرض، الفوائد المدركة للفعل، التكاليف المدركة للفعل، الدافعية الصحية،الهاديات للتصرف) وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 31: يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد استبيان المعتقدات الصحية والدرجة الكلية مع الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة

المعتقدات الصحية		الهاديات للتصرف		الدافعية الصحية		التكاليف المدركة للفعال		الفوائد المدركة للفعال		الخطورة المدركة للمرض		القابلية المدركة للمرض		الأبعاد
قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	قيمة sig	معامل الارتباط	التوجه نحو الحياة
0.01	*0.228	0.266	0.102	0.003	**0.265	0.066	0.167	0.073	0.163	0.59	0.049	0.649	0.042	

المصدر: مخرجات (spss).

تدل البيانات الموضحة في الجدول أعلاه رقم (31) أن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة والدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية قد بلغ قيمة قدرت ب 0.228*، وهي قيمة دالة عند (0.05) ولكنها نوعاً ما تحت المتوسط أي توجد علاقة ضعيفة وموجبة بين المعتقدات الصحية والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، كما يلاحظ في الجدول أن معاملات الارتباط أبعاد مقياس المعتقدات الصحية مع الدرجة الكلية لمقياس التوجه نحو الحياة جاءت على التوالي (0.042-0.049-0.163-0.167-0.265-0.102) جاءت هذه القيم غير دالة إحصائياً عند ما عدا في البعد الدافعية الصحية والتوجه نحو الحياة قيمة الارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند (0.01). إذن حسب البيانات المتواجدة في الجدول أعلاه نستطيع القول أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد ومنه تحقق الفرضية الجزئية الثالثة.

2-1-4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: ينص الفرض الجزئي الرابع على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة تعزى للمتغيرات التالية على التوالي: عمر الأم، المستوى الدراسي.

أ/ بالنسبة لمتغير عمر الأم: ينص الفرض الجزئي على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات أطفال التوحد في متغير الصمود تعزى لمتغير عمر الأم، ولتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي على متغير الصمود النفسي وأبعاده والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 32: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير الصمود النفسي بالنسبة لعمر الأم

مستوى الدلالة	قيمة الاختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الصمود النفسي
0.617	0.599	5.812	3	17.43	بين المجموعات	بعد الكفاءة الشخصية
		9.697	117	1134.5	داخل المجموعات	
			120	1152	المجموع الكلي	
0.767	0.381	3.632	3	10.89	بين المجموعات	بعد الكفاءة الاجتماعية
		9.524	117	1114.26	داخل المجموعات	
			120	1125.15	المجموع الكلي	
0.643	0.560	8.615	3	25.84	بين المجموعات	بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل
		15.38	117	1800.56	داخل المجموعات	
			120	1826.41	المجموع الكلي	
0.208	1.540	24.92	3	74.76	بين المجموعات	بعد القيم الروحية
		16.18	117	1893.23	داخل المجموعات	
			120	1968.00	المجموع الكلي	
0.503	0.787	123.49	3	370.478	بين المجموعات	مقياس الصمود النفسي ككل
		156.86	117	18352.5	داخل المجموعات	
			120	18723.0	المجموع الكلي	

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال نتائج الجدول الموضحة أعلاه يتبين لنا أن قيمة اختبار التباين ف في عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد حسب كل بعد جاءت النتائج كالتالي:

- بعد الكفاءة الشخصية: فقد بلغت قيمة ف ب (0.599) عند مستوى دلالة (0.617) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير عمر الام لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد الكفاءة الاجتماعية: فقد بلغت قيمة ف ب (0.381) عند مستوى دلالة (0.767) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الاجتماعية تعزى لمتغير عمر الام لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل: فقد بلغت قيمة ف ب (0.560) عند مستوى دلالة (0.643) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل تعزى لمتغير عمر الام لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد القيم الروحية: فقد بلغت قيمة ف ب (1.540) عند مستوى دلالة (0.208) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد القيم الروحية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- أما مقياس الصمود النفسي ككل فقد بلغت قيمة ف ب (0.787) عند مستوى دلالة (0.503) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الصمود النفسي تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

ب/ بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي: ينص الفرض الجزئي على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات أطفال التوحد في متغير الصمود تعزى لمتغير المستوى الدراسي، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي على متغير الصمود النفسي وأبعاده والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 33: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير الصمود النفسي وأبعاده بالنسبة للمستوى الدراسي للأم

مستوى الدلالة	قيمة الاختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الصمود النفسي
0.114	2.027	18.971	3	56.914	بين المجموعات	بعد الكفاءة الشخصية
		9.360	117	1095.08	داخل المجموعات	
			120	1152.00	المجموع الكلي	
0.158	1.764	16.228	03	48.685	بين المجموعات	بعد الكفاءة الاجتماعية
		9.201	117	1076.47	داخل المجموعات	
			120	1125.15	المجموع الكلي	
0.206	1.548	23.245	03	69.736	بين المجموعات	بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل
		15.014	117	1756.67	داخل المجموعات	
			120	1826.41	المجموع الكلي	
0.091	2.204	35.089	03	105.26	بين المجموعات	بعد القيم الروحية
		15.921	117	1862.73	داخل المجموعات	
			120	1968.00	المجموع الكلي	
0.089	2.228	337.29	03	1011.88	بين المجموعات	مقياس الصمود النفسي ككل
		151.37	117	17711.17	داخل المجموعات	
			120	18723.05	المجموع الكلي	

(المصدر: مخرجات spss)

- علما أن المستوى الدراسي أعطيت له الخيارات التالية: جامعي، ثانوي، متوسط، آخر.
- من خلال نتائج الجدول الموضحة أعلاه يتبين لنا أن قيمة اختبار التباين ف في المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد حسب كل بعد جاءت النتائج كالتالي:
- **بعد الكفاءة الشخصية:** فقد بلغت قيمة ف ب (2.027) عند مستوى دلالة (0.114) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - **بعد الكفاءة الاجتماعية:** فقد بلغت قيمة ف ب (1.764) عند مستوى دلالة (0.158) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - **بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل:** فقد بلغت قيمة ف ب (1.548) عند مستوى دلالة (0.206) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التوجه الإيجابي نحو المستقبل تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - **بعد القيم الروحية:** فقد بلغت قيمة ف ب (2.204) عند مستوى دلالة (0.091) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد القيم الروحية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - **أما مقياس الصمود النفسي ككل** فقد بلغت قيمة ف ب (2.228) عند مستوى دلالة (0.089) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الصمود النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- 2-1-5 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة: ينص الفرض الجزئي الرابع على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة تعزى للمتغيرات على التوالي: عمر الأم، المستوى الدراسي للأم.

أ- بالنسبة لمتغير عمر الأم:

الجدول رقم 34: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير التوجه نحو الحياة بالنسبة لعمر الأم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الإختبار "ف"	مستوى الدلالة
التوجه نحو الحياة	بين المجموعات	480.78	3	160.26	2.175	0.097
	داخل المجموعات	8691.44	117	74.28		
	المجموع الكلي	9172.23	120			

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن قيمة اختبار ف لمتغير التوجه نحو الحياة قد بلغت (2.175) عند مستوى دلالة (0.097)، وهي قيمة أكبر من (0.05) ومنه نستطيع القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

ب- بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي للأم:

الجدول رقم 35: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير التوجه نحو الحياة بالنسبة للمستوى الدراسي للأم

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة الإختبار "ف"	مستوى الدلالة
التوجه نحو الحياة	بين المجموعات	510.004	03	170.001	2.296	0.081
	داخل المجموعات	8662.22	117	74.036		
	المجموع الكلي	9172.231	120			

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن قيمة اختبار ف لمتغير التوجه نحو الحياة قد بلغت (2.296) عند مستوى دلالة (0.081) وهي قيمة أكبر من (0.05) ومنه نستطيع القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

2-1-6 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة: ينص الفرض الجزئي السادس على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة تعزى للمتغيرات على التوالي: عمر الأم، المستوى الدراسي للأم. أ-بالنسبة لمتغير عمر الأم: الجدول رقم 36: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير المعتقدات الصحية بالنسبة لعمر الأم.

مستوى الدلالة	قيمة الاختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعتقدات الصحية
0.226	1.470	30.91	3	92.753	بين المجموعات	بعد القابلية المدركة للمرض
		21.03	117	2460.7	داخل المجموعات	
			120	2553.5	المجموع الكلي	
0.419	0.951	7.64	3	22.940	بين المجموعات	بعد الخطورة المدركة للمرض
		8.04	117	940.94	داخل المجموعات	
			120	963.88	المجموع الكلي	
0.696	0.482	4.08	3	12.247	بين المجموعات	بعد الفوائد المدركة للمرض
		8.47	117	991.472	داخل المجموعات	
			120	1003.71	المجموع الكلي	
0.660	0.534	4.822	3	14.465	بين المجموعات	بعد التكاليف المدركة للمرض
		9.022	117	1055.53	داخل المجموعات	
			120	1070.00	المجموع الكلي	
0.087	2.241	32.007	3	96.021	بين المجموعات	بعد الدافعية الصحية
		14.284	117	1671.26	داخل المجموعات	
			120	1767.28	المجموع الكلي	
0.694	0.484	3.581	3	10.742	بين المجموعات	بعد الهاديات للتصرف
		7.398	117	865.522	داخل المجموعات	
			120	876.26	المجموع الكل	
0.616	0.601	78.97	3	236.919	بين المجموعات	الاستبيان ككل
		131.42	117	15376.4	داخل المجموعات	
			120	15613.32	المجموع الكل	

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال نتائج الجدول الموضحة أعلاه يتبين لنا أن قيمة اختبار التباين ف لعمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد حسب كل بعد جاءت النتائج كالتالي:

- بعد القابلية المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (1.470) عند مستوى دلالة (0.226) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد القابلية المدركة للمرض تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- بعد الخطورة المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.951) عند مستوى دلالة (0.419) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الخطورة المدركة للمرض تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- بعد الفوائد المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.482) عند مستوى دلالة (0.696) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الفوائد المدركة للمرض تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- بعد التكاليف المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.534) عند مستوى دلالة (0.660) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- بعد الدافعية الصحية: فقد بلغت قيمة ف ب (2.241) عند مستوى دلالة (0.087) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- بعد الهاديات للتصرف: فقد بلغت قيمة ف ب (0.484) عند مستوى دلالة (0.694) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- استبيان المعتقدات الصحية ككل: فقد بلغت قيمة ف ب (0.601) عند مستوى دلالة (0.616) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

ب- بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي للأم:

الجدول رقم 37: يمثل قيمة اختبار التباين الأحادي "ف" لمتغير المعتقدات الصحية بالنسبة للمستوى الدراسي للأم.

مستوى الدلالة	قيمة الاختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعتقدات الصحية
0.064	2.492	51.122	3	153.367	بين المجموعات	بعد القابلية المدركة للمرض
		20.514	117	2400.15	داخل المجموعات	
			120	2553.521	المجموع الكلي	
0.872	0.234	1.919	3	5.758	بين المجموعات	بعد الخطورة المدركة للمرض
		8.189	117	958.127	داخل المجموعات	
			120	963.884	المجموع الكلي	
0.446	0.895	7.508	3	22.524	بين المجموعات	بعد الفوائد المدركة للمرض
		8.386	117	981.195	داخل المجموعات	
			120	1003.719	المجموع الكلي	
0.752	0.402	3.642	03	10.926	بين المجموعات	بعد التكاليف المدركة للمرض
		9.052	117	1059.074	داخل المجموعات	
			120	1070.000	المجموع الكلي	
0.187	1.626	23.580	03	70.74	بين المجموعات	بعد الدافعية الصحية
		14.500	117	1696.54	داخل المجموعات	
			120	1767.28	المجموع الكلي	
0.528	0.744	5.471	03	16.412	بين المجموعات	بعد الهاديات للتصرف
		7.349	117	859.852	داخل المجموعات	
			120	876.264	المجموع الكلي	
0.668	0.522	68.785	03	206.335	بين المجموعات	الاستبيان ككل
		131.683	117	15406.96	داخل المجموعات	
			120	15613.32	المجموع الكلي	

(المصدر: مخرجات spss)

علما أن المستوى الدراسي أعطيت له الخيارات التالية: جامعي، ثانوي، متوسط، آخر.

من خلال نتائج الجدول الموضحة أعلاه يتبين لنا أن قيمة اختبار التباين ف في المستوى الدراسي

لدى أمهات أطفال التوحد حسب كل بعد جاءت النتائج كالتالي:

- بعد القابلية المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (2.492) عند مستوى دلالة (0.064) وهي قيمة

غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

في بعد القابلية المدركة للمرض تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد الخطورة المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.234) عند مستوى دلالة (0.872) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الخطورة المدركة للمرض تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد الفوائد المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.895) عند مستوى دلالة (0.446) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الفوائد المدركة للمرض تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد التكاليف المدركة للمرض: فقد بلغت قيمة ف ب (0.402) عند مستوى دلالة (0.7524) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد الدافعية الصحية: فقد بلغت قيمة ف ب (1.626) عند مستوى دلالة (0.187) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- بعد الهاديات للتصرف: فقد بلغت قيمة ف ب (0.744) عند مستوى دلالة (0.528) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- استبيان المعتقدات الصحية ككل: فقد بلغت قيمة ف ب (0.522) عند مستوى دلالة (0.668) وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه يمكننا القول: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الكفاءة الشخصية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

2-1-7 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السابعة: ينص الفرض الجزئي السابع على أن "مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما استخدمت الأبعاد المقياس والمقياس ككل كما تم

استخدام الوزن النسبي والمتوسط الفرضي للمقياس وقيمة اختبار ت للحكم على النتيجة، فجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 38: يمثل المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للسمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد

المتغيرات	عدد الفقرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة	معايير الحكم	القرار
الكفاءة الشخصية	09	121	39.727	3.098	37	120	9.682	0.000	16.2-9/منخفض جدا 23.4-16.2/منخفض 30.6-23.4/متوسط 37.8-30.6/مرتفع 45-37.8/مرتفع جدا	مرتفع جدا ودال
الكفاءة الاجتماعية	07	121	30.405	3.062	26.5	120	12.232	0.000	12.6-7/منخفض جدا 18.2-12.6/منخفض 23.8-18.2/متوسط 29.4-23.8/مرتفع 35-29.4/مرتفع جدا	مرتفع جدا ودال
التوجه الإيجابي نحو المستقبل	09	121	38.214	3.901	37	120	3.425	0.001	16.2-9/منخفض جدا 23.4-16.2/منخفض 30.6-23.4/متوسط 37.8-30.6/مرتفع 45-37.8/مرتفع جدا	مرتفع جدا ودال
القيم الروحية	10	121	44.909	4.049	42.5	120	7.902	0.000	18-10/منخفض جدا 26-18/منخفض 34-26/متوسط 42-34/مرتفع 50-42/مرتفع جدا	مرتفع جدا ودال
الاستيعاب ككل	35	121	153.25	12.491	143	120	9.032	0.000	63-35/منخفض جدا 91-63/منخفض 119-91/متوسط 147-119/مرتفع 175.5-147/مرتفع جدا	مرتفع جدا ودال

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال بيانات الممثلة في الجدول أعلاه للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس

السمود النفسي وأبعاده الأربعة جاءت النتائج كما يلي:

- بالنسبة لمحور الكفاءة الشخصية فقدّر المتوسط الحسابي ب (39.727) بانحراف معياري (3.098) وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب (37) حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي (2.727)، كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها 9.682 عند مستوى دلالة (0.000) وهذا ما يدل أن مستوى بعد الكفاءة الشخصية في مقياس السمود النفسي مرتفع جدا لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

- أما بالنسبة للمحور الثاني محور الكفاءة الاجتماعية فقدّر المتوسط الحسابي ب **30.405** بانحراف معياري **3.062** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **26.5** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **3.905** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائياً وبلغت قيمتها **12.232** عند مستوى دلالة (**0.000**) وهذا ما يدل أن مستوى بعد الكفاءة الاجتماعية في مقياس الصمود النفسي مرتفع جداً لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - والمحور الثالث محور التوجه نحو المستقبل فقدّر المتوسط الحسابي ب **38.214** بانحراف معياري **3.901** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **37** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **1.214** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائياً وبلغت قيمتها **9.682** عند مستوى دلالة (**0.000**) وهذا ما يدل أن مستوى بعد التوجه نحو المستقبل في مقياس الصمود النفسي مرتفع جداً لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
 - ومحور القيم الروحية فقدّر المتوسط الحسابي ب **44.909** بانحراف معياري **4.094** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **42.5** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **2.409** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائياً وبلغت قيمتها **7.902** عند مستوى دلالة (**0.000**) وهذا ما يدل أن مستوى بعد القيم الروحية في مقياس الصمود النفسي جاء مرتفع جداً لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.
- أما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي فقد بلغ المتوسط الحسابي عند أمهات أطفال التوحد ب **153.25** وانحراف معياري قدره **12.941**، وهو أعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ **143**، والمقارنة بين المتوسطين الحسابي والفرضي نجد الفرق يساوي **10.25** وبالرجوع إلى معيار الحكم وقيمة **Tteste** البالغة **9.032** في الدراسة والدالة إحصائياً عند (**0.000**) نستطيع القول أن مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة جاء مرتفع جداً.
- 2-1-8 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:** ينص الفرض الجزئي الثامن على أن "مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما تم استخدام الوزن النسبي والمتوسط الفرضي للاستبيان وقيمة اختبار ت للحكم على النتيجة، فجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 39: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

القرار	مقيار الحكم	مستوى الدلالة	قيمة ت	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	عدد الفقرات	التوجه نحو الحياة
مرتفع ودال احصائيا	41.4-23/منخفض جدا 59.8-41.4/منخفض 78.2-59.8/متوسط 96.6-78.2/مرتفع 115-96.6/مرتفع جدا	0.000	6.936	120	82	8.742	87.512	121	23	

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي للتوجه نحو الحياة لدى أفراد العينة فقد بلغ عند أمهات أطفال التوحد بـ **87.512** وانحراف معياري قدره **8.742**، وهو أعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ **82**، والمقارنة بين المتوسطين الحسابي والفرضي نجد الفرق يساوي **5.512** وبالرجوع إلى معيار الحكم وقيمة ت البالغة **6.936** في الدراسة والدالة إحصائيا عند (**0.000**) نستطيع القول أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة جاء مرتفع أي أن أفراد العينة لديهم توجه إيجابي نحو حياة أبنائهم.

2-1-9 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية التاسعة: ينص الفرض الجزئي التاسع على أن "مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما استخدمت الأبعاد الاستبيان والاستبيان ككل كما تم استخدام المتوسط الفرضي للاستبيان وقيمة اختبار ت للحكم على النتيجة، فجاءت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 40: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد

المتغيرات	عدد الفقرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	قيمة ت	الدلالة	معايير الحكم	القرار
ق.م. للمرض	05	121	16.768	4.612	11	120	13.756	000.	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	متوسط ودال إحصائيا
خ.م. للمرض	05	121	20.132	2.8341	19	120	4.394	000.	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا
ف.م. للمرض	05	121	21.644	2.892	16	120	21.469	000.	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا
ت.م. للمرض	05	121	21.636	2.986	17	120	17.079	0.000	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا
الدافعية الصحية	05	121	20.297	3.837	17	120	9.452	0.000	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا
الهاديات للتصرف	05	121	22.371	2.702	20	120	9.655	0.00	09-05/منخفض جدا 13-9/منخفض 17-13/متوسط 21-17/مرتفع 25-21/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا
الاستبيان ككل	30	121	122.85	11.40	108	120	14.32	000.	54-30/منخفض جدا 78-54/منخفض 102-78/متوسط 126-102/مرتفع 150-126/مرتفع جدا	مرتفع ودال إحصائيا

(المصدر: مخرجات spss)

من خلال بيانات الممثلة في الجدول أعلاه للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستبيان

المعتقدات الصحية وأبعاده الستة جاءت النتائج كما يلي:

- بالنسبة لمحور الأول القابلية المدركة للمرض فقدر المتوسط الحسابي ب **16.768** بانحراف معياري **4.612** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **11** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **5.768** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **13.756** عند مستوى دلالة **0.000** وهذا ما يدل أن مستوى المحور الأول القابلية المدركة

- للمرض في استبيان المعتقدات الصحية متوسط لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، وهذا ما تم التأكد به من خلال مجالات معيار الحكم للبعد.
- أما بالنسبة للمحور الثاني الخطورة المدركة للمرض فقدر المتوسط الحسابي ب **20.132** بانحراف معياري **2.8341** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **19** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **1.132** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **4.394** عند مستوى دلالة (0.000) وهذا ما يدل أن مستوى بعد الخطورة المدركة للمرض جاء مرتفع لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وهذا ما تم التأكد منه من خلال مجالات معيار الحكم للبعد.
 - والمحور الثالث الفائدة المدركة للمرض فقدر المتوسط الحسابي ب **21.644**، بانحراف معياري **2.892** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **16** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **5.644**، كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **21.469** عند مستوى دلالة 0.000 وهذا ما يدل أن مستوى بعد الفائدة المدركة للمرض في استبيان المعتقدات الصحية جاء مرتفع جدا لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة. وهذا ما تم التأكد منه من خلال مجالات معيار الحكم للبعد.
 - ومحور الرابع التكاليف المدركة لمرض فقدر المتوسط الحسابي ب **21.63** بانحراف معياري **2.986** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **17** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **4.63** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **17.079** عند مستوى دلالة 0.000 وهذا ما يدل أن مستوى بعد التكاليف المدركة في استبيان المعتقدات الصحية جاء مرتفع لدى أمهات أطفال التوحد.
 - والمحور الخامس الدافعية الصحية القيم الروحية فقدر المتوسط الحسابي ب **20.297** بانحراف معياري **3.837** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **17** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **3.297** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **9.452** عند مستوى دلالة 0.000 وهذا ما يدل أن مستوى بعد الدافعية الصحية في استبيان المعتقدات الصحية جاء مرتفع لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة
 - ومحور السادس الهاديات للتصرف فقدر المتوسط الحسابي ب **22.371** بانحراف معياري **2.7020** وعند مقارنة المتوسط الحسابي بالمتوسط الفرضي الذي قدر ب **20** حيث أن الفرق بين المتوسطين الحسابي والفرضي يساوي **2.371** كما ان قيمة ت جاءت دالة إحصائيا وبلغت قيمتها **9.655** عند مستوى دلالة (0.000) وهذا ما يدل أن مستوى بعد الهاديات للتصرف في استبيان المعتقدات الصحية جاء مرتفع جدا لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة.

أما بالنسبة للدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الصحية فقد بلغ المتوسط الحسابي عند أمهات أطفال التوحد بـ **122.85** وانحراف معياري قدره **11.40**، وهو أعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ **108**، والمقارنة بين المتوسطين الحسابي والفرضي نجد الفرق يساوي **14.85** وبالرجوع إلى معيار الحكم وقيمة ت تاست البالغة **14.32** في الدراسة والدالة إحصائياً عند **0.000** نستطيع القول أن مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة جاء مرتفع. وهذا ما أكده معيار الحكم للاستبيان.

3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري:

3-1 مناقشة نتائج الفرضية العامة: نصت الفرضية العامة على أن: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات تم التأكد من تحقق الفرضية العامة، حيث ترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية ومقبولة؛ وهذا لأن الأم التي لديها طفل توحيدي إذا كانت معتقداتها الصحية سليمة وصحيحة حول اضطراب التوحد فنجدها تسعى لمساعدة ابنها نفسياً وتربوياً وعلاجياً... الخ، فيزداد توجهها لحدوث الأشياء الجيدة في الحياة وتصبح أم متفائلة بحالة ابنها خصوصاً إذا لاحظت تحسناً أو تعديلاً في سلوكياته فيزيديها ذلك متابعة وإصرار وصمود لأجل الوصول بابنها إلى مرحلة أفضل، فتشعر بالتحدي وتصابر للحصول على أفضل النتائج فيما بعد، وهذا ما تم التطرق له من خلال (صقر، 2018، ص 206) الذي اعتبر التوجه نحو الحياة تأثر انفعالي نحو مختلف جوانب الحياة منها: الاجتماعية والاقتصادية والصحية وذلك لوجود خبرة سابقة حيث تؤثر هذه الخبرة على إدراك الفرد وسلوكياته إما بالإيجاب أو بالسلب.

إذ أن التأثير الانفعالي بالإيجاب للأم على صحة ابنها التوحيدي هذا سيرجع في البداية إلى فهمها وإدراكها المعرفي حول الاضطراب وكيف ستنظر إليه، فإذا كانت الأم إيجابية في تفكيرها سيتشكل لديها الأمل والنظرة التفاؤلية لإمكانية تحسن صحة ابنها مستقبلاً كما يكون توجهها إيجابي نحو الحياة والعكس. هذا الأخير (التوجه الإيجابي للحياة) يضيف للأم عدة عناصر وسمات في شخصيتها منها الصبر على وضع ابنها، وبالنظر إلى الحالة النفسية التي يعانها الوالدين مع ابنهم التوحيدي والتي لها آثار أسرية على جوانب عدة حسب (الجبلي، 2015، ص ص 24-26) أن الآثار النفسية تتمثل في الضغوطات التي تتحول مع الوقت إلى أمراض: كالقلق والاكتئاب وأمراض جسدية أخرى، لذلك يلعب الصمود النفسي في هذا الموقف كوقاية نفسية وجسدية للأم وحمايتها ومرورها بهذه المرحلة من حياتها بأقل الأضرار، أما الآثار الاجتماعية التي تتمثل في قطع التواصل بالمحيط الخارجي والتي تعود على الأم والطفل بالسلب وهنا يلعب دور العلاقات والمساندة وسمة الشخصية الإيجابية التي لها التوجه الإيجابي دوراً فعالاً في تحسن صحة أمهات أطفال التوحد وصحة أبنائهم، فبوجود الصمود النفسي والتوجه الإيجابي لدى الأم مع امتلاكها معتقدات صحية سليمة حول الاضطراب تستطيع التغلب على مخاوفها وتسعى للحفاظ على حالتها النفسية والصحية.

3-2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية الأولى على أن: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، ومن خلال نتائج معامل ارتباط بيرسون ثبت وجود علاقة بين الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي واستبيان التوجه نحو الحياة ووجود أيضا علاقة بين الدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة وأبعاد مقياس الصمود النفسي، وهذا يعني أنه كلما زاد الصمود النفسي عند الأمهات زاد توجههم نحو الحياة والعكس صحيح حيث جاءت قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى الدلالة وعليه تحققت الفرضية الجزئية الأولى، ولندرة الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة، فالطالبة الباحثة تحصلت على دراسة واحدة فقط لها علاقة بالموضوع والتي اتفقت نتائجها مع نتائج دراستنا الحالية، دراسة العزاوي(2018) والتي توصلت لوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات بحثها لدى طلبة الجامعة حيث يمكننا مناقشة هذه الفرضية على ضوء ما أشارت إليها الدراسات التي ربطت بين التفاوض باعتباره بعد من أبعاد التوجه نحو الحياة والصمود النفسي، وفي هذا الصدد يقول salfadr makdy أن الإنسان بطبيعته كائن بشري يحتاج إلى التفاعل داخل المجتمع من أجل تحقيق ذاته وبناء هويته، وأن لتحقيق ذلك لابد من وجود عنصرين مهمين هما الصمود النفسي والتفاوض الذي يعتبر كبعد وسمة من سمات الشخصية المتوجهة بالإيجاب للحياة، وجزء لا يتجزأ من التوجه الإيجابي وأن الأشخاص المتفائلون هم الأشخاص الأكثر صمودا (Maddis.2002.P95)، كما أوضحت دراسة (Lund Man.2007) أن للأشخاص الصامدون جملة من الصفات والموارد ومن بين هذه الصفات التفاوض، كما أوضحت دراسة ياسين وبنا (2018) التي استخلصت نتائجها وأوضحت في الأخير أن التفاوض منبئ للصمود النفسي.

ومن خلال هذا الطرح نستطيع القول حسب وجهة نظرنا ان الأشخاص الإيجابيين في أفكارهم وأسلوب حياتهم وفي جميع سلوكياتهم وإيجابيين نحو أهدافهم ونحو الاشياء التي تحدث لهم في الحياة سواء كانت أحزان أو أمراض أو اضطرابات يشكلون مع مرور الزمن شخصية صلبة قادرة على مواجهة مختلف الضغوطات النفسية متمتع بالصمود النفسي والذي سيصبح سمة مميزة من سمات الشخصية.

والصمود النفسي يعتبر عاملا مهما في زيادة توجه الفرد نحو الحياة ونحو الصحة النفسية والتوافق(العزاوي، 2018، ص21)، أما (الحربي،2009، ص 18) فقال: أن العديد من الدراسات أكدت ارتباط التفاوض والصمود النفسي إذ تعتبر نظرة الفرد الإيجابية للمواقف من سمات الشخص الذي يتمتع بصمود نفسي مرتفع، وكما أكدت أيضا دراسة (Amandajane.2007) ان هناك فرق بين أمهات

أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصامدات والغير صامدات، حيث قالت أن الأمهات الصامدات، من سماتهن أنهن يمتلكن نظرة إيجابية نحو المستقبل، كما يتميزن بمجموعة من الصفات منها: السيطرة على مشاعرهن وتقبل أطفالهن (أبو مشايخ، 2018، ص 33)

وعند ربط هذه المتغيرات وإسقاطها على عينة دراستنا الحالية وأثناء مقابلتنا للأمهات أطفال التوحد والحديث معهم في المركزين البيداغوجيين (المسيلة وبوسعادة) وجدنا أن من بينهم أمهات إيجابيات ومتفائلات لوضع أبنائهم ويمتنعن بمجموعة من الصفات من بينها:

- هن أكثر صلابة وتحدي وصمود لمشكلاتهن ومشكلات أبنائهن.
- يتميزن بالصبر مع سلوكيات أبنائهن المتعبة
- يتابعن حصص أبنائهن النفسية بانتظام ويطبقن نصائح المربيات والأخصائيين.
- لديهم روح الكفاح والسعي لفهم أعمق وكل ما هو جديد حول اضطراب التوحد.

3-2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئية الثانية على أن: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، ومن خلال نتائج معامل الارتباط بيرسون تبين أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصمود النفسي والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وبين أبعاد مقياس الصمود النفسي والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية والعكس.

ونظرا لافتقار الدراسات السابقة المماثلة لفرضية هذه الدراسة فيمكن تفسيرها استنادا للجانب النظري والذي تطرق إليه (بن عزوزي، 2019، ص 16) في دراسته للصمود النفسي لدى عائلة الطفل المعاق، حيث قال أن هناك العديد من العوامل التي تساهم في الصمود النفسي للأسر حيث ذكر منها تقوية جانب المعتقدات وتصحيح المعتقدات الخاطئة التي تعني الأمراض أو الاضطرابات أو خلل وظيفي في الجسم، بحيث يقول أن جملة العناصر المذكورة تساهم في زيادة الصمود النفسي لدى الأسر المتعرضة للضغوطات والصعوبات، واستنادا أيضا للجانب النظري الموجود في فصل الصمود النفسي فإن (أبو مشايخ، 2018، ص 31) أن (Ven Breda.2001) في تطرقه إلى أنماط الصمود النفسي وبالتحديد في النمط الفلسفي فسر انطلاق الفرد نحو الحياة يعتمد على مجموعة من المعتقدات هذه المعتقدات هي التي تطور صموده النفسي أي أن هناك علاقة بين الصمود النفسي والمعتقدات.

وتفسر الطالبة الباحثة نتيجة هذه الفرضية استنادا إلى ما لاحظته خلال الدراسة الميدانية بالمراكز البيداغوجية ومخالطتها وجلوسها مع الأمهات، فإن الأمهات اللاتي لديهن وعي صحي حول إضراب

التوحد وخلفية معرفية عن السلوكيات التي يصدرها الطفل في مختلف مراحل العمرية وكيفية تعديلها والتعامل معها، كما أن لديها ثقافة صحية عن الاضطراب نتيجة تجربتها من جهة وحبها للاطلاع من جهة أخرى، إذ تجدهن يتمتعن بالرزانة لكف السلوك الغير لائق للطفل، ويتمتعن أيضا بنفس طويل في تطبيق البرامج العلاجية ومختلف النشاطات المعطاة من قبل الاخصائية النفسية ومتابعتها بدقة، تجدها أيضا أكثر هدوء ومشكلاتها لا تعتبر عائقا بالنسبة لها تسعى لتطوير نفسها وتطوير مهارات ابنها التوحيدي كل هذه العلامات هي مؤشرات للصمود، إذا فالمعتقد الصحي الإيجابي لدى الأم حول اضطراب التوحد يساهم بطريقة أو بأخرى في التعامل مع مختلف المشكلات بكل هدوء وثقة وبذلك سيساهم في بناء الصمود النفسي للأم.

3-3 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثالثة على أن: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، ومن خلال نتائج معامل الارتباط بيرسون تبين أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للتوجه نحو الحياة والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية، وبين أبعاد استبيان المعتقدات الصحية والدرجة الكلية لاستبيان التوجه نحو الحياة. وفسرت الطالبة الباحثة هذه العلاقة واستنادا إلى ما قالته (السيد، 2018، ص 309) أن ممارسات السلوكيات الصحية راجع لوجود معتقدات حول الصحة لدى الفرد تشكلت جراء أفكار إيجابية وقناعات واعتقادات بأن هذه الممارسات لا بد أن يطبقها الأفراد في حياتهم اليومية، حيث أن هذه الممارسات الصحية يعتقدون أنها تضمن لهم صحة نفسية وجسدية جيدة، وأن تفكير الفرد للوصول لحياة إيجابية خالية من الأمراض والمعاناة ومختلف الاضطرابات راجع توجهاته الفكرية في الحياة واقتناعه بها، وهنا نلاحظ ارتباط المعتقدات الصحية بالتوجه نحو الحياة فكلما كان التوجه إيجابي نحو الصحة والحياة كانت السلوكيات الصحية إيجابية، هذه الأخيرة راجعة إلى معتقدات وقناعات فردية نابعة من سمات إيجابية في الشخصية، وافتقار الدراسات التي ربطت متغير التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية ارتباطا مباشرا بل بأحد مؤشرات التوجه نحو الحياة كالتفاؤل والنظرة المشرقة للمستقبل فإن (الحربي، 1429، ص 18) تقول أن مختلف النظريات أكدت ارتباط التفاؤل بالسعادة والصحة والنظرة الإيجابية للحياة، كما اتضح أن التفاؤل يرتبط ارتباطا إيجابيا بكل من إدراك السيطرة على الضغوطات المختلفة ومواجهتها وإعادة التفسير الإيجابي للموقف وحل المشكلات، كما أنه يرتبط بالنظرة الإيجابية للمواقف وسرعة الشفاء من المرض والانبساط والتوافق والصحة الجسمية، وما تلاحظه الطالبة الباحثة من خلال الطرح الذي قدم عن ارتباط

التفاؤل بالصحة والشفاء من المرض وهذا يعني أن الأشخاص المتفائلون يتمتعون بصحة جيدة بالمقارنة مع الأشخاص المتشائمون قليلا ما يصيبهم المرض لامتلاكهم مناعة نفسية وجسمية دفاعية، فالشخص المتفائل تكون أفكاره إيجابية نحو جميع جوانب الحياة سواء كانت معرفية أو اجتماعية أو صحية... إلخ، فهو يهتم بجانبه الصحي وبأفكاره وسلوكياته الصحية ولديه وعي صحي عن أخطار الاضطرابات والمرض فنجد معتقداته الصحية إيجابية، وهنا يظهر ارتباط التوجه نحو الحياة بالمعتقدات الصحية، فكما كان توجه الفرد للحياة إيجابي كانت أفكاره حول الصحة إيجابية ويتبنى سلوكيات صحية إيجابية ولديه قدر من الوعي والثقافة الصحية وأيضا ما تطرق إليه (Brissete 2002) نقلا عن (عطية، 2020، ص11) أن التوجه الإيجابي نحو الحياة مفيد لصحة الفرد، حيث أنه يجعل الفرد يستخدم عادات صحية جيدة.

ورجوعا لأمهات أطفال التوحد فالأمهات الايجابيات اللاتي يمتلكن توقع ايجابي للأشياء وينظرن لاضطراب التوحد من الجانب الايجابي نجد أنهم يحرسون على سلوكيات أبنائهم الغير صحية وكيفية تعديلها بالتقرب للمراكز للحديث مع الأخصائية والمربين من أجل المسارعة في حل الاشكال وحماية أطفالهن وهذا راجع الى المعتقدات التي يمتلكها الامهات على خطورة السلوكيات الغير صحية لأطفالهن التوحيديين في المستقبل، وهنا يمكننا القول أن الأمهات الايجابيات التي يمتلكن توجه إيجابي للحياة تكون لديهم قدر معتبر من المعتقدات الصحية الايجابية.

3-4 مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

أ / تنص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لمتغير عمر الأم وتفسر الطالبة هذه النتيجة بالرجوع إلى ما يراه بونانو (Bonanno) 2005 (نقلا عن (صالح وأبو هديوس، 2014، ص350) أن الصمود النفسي الحقيقي هو عملية غير قابلة للزوال بمرور الوقت لدى الافراد، حيث اعتبرها سمة ثابتة مستقرة في حياة الفرد أكثر من كونه عملية ديناميكية، وهنا ترى الطالبة الباحثة تفسيرها لعدم وجود فروق في متغير الصمود النفسي بالنسبة للأمهات أطفال التوحد إلى أن سمة الصمود النفسي هي سمة ثابتة ولا تتغير مع عمر الأم، إلا أنها تزداد بازدياد خبراتها في الحياة فتطور استراتيجيات أخرى باختلاف تنوع الصعوبات والمشكلات الحياتية، وأن أم الطفل التوحيدي هي في الاصل كانت قبل ولادة طفلها تتمتع بصمود نفسي الذي هو سمة من سمات شخصيتها، وأن

حدث اكتشاف أن طفلها مصاب بالتوحد يعتبر كصدمة نفسية لها في البداية، هذا الحدث زادها مع الوقت صلابة وقوة بناء على ما تحمله شخصيتها من صمود قبل الحدث، فالصمود عملية مستقرة وثابتة والمتغير هو الأحداث الصادمة وطرق التعامل معها، وإضافة لذلك أن العديد من الدراسات وجدت أن متغير الصمود النفسي عند الأطفال يمكن أن يكون مرتفع أكثر ممن هم متقدمون في العمر، وأن الصمود النفسي مرتبط بعوامل داخلية وخارجية في شخصية الفرد أكثر من ارتباطه بالعمر.

حيث انققت هذه النتيجة مع دراسة قشقش ومنصور دله (2021) بعنوان: الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد، ودراسة السيد (2017) العلاقة بين الاعتقاد بعدالة العالم والصمود النفسي لدى الأرمال، ودراسة قشقش (2016) الصمود النفسي والخلافات الزوجية لدى عينة من الليبات المتواجدات في مصر، ودراسة أبو هديوس (2014) الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرمال بقطاع غزة

كما اختلفت مع دراسة ودراسة (Baydaa-Shirraq)2012 تقييم مستوى الصمود النفسي لوالدي أطفال التوحد، ودراسة إبراهيم (2018) الصمود النفسي وعلاقته بكل من التوافق الزوجي والرضا عن الحياة لدى أمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث أقرت بوجود فروق في مستوى الصمود النفسي.

ب / تتص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصمود النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وترى الباحثة الطالبة في تفسيرها هذه الفرضية بناء على ما جاء به (stein.2005. p3) أن للصمود النفسي مصادر من بينها الدعم الخارجي ويقصد بالدعم الخارجي الأسرة أو المجتمع الواسع أي مؤسسات اجتماعية، وتختلف المؤسسات الاجتماعية من مؤسسات تعليمية كالجامعة والمدارس والثانويات والمساجد والجمعيات إلى أن عملية تنمية الصمود النفسي لا تقتصر فقط على مؤسسات التعليم فهناك أفراد تتطور لهم عملية الصمود النفسي حسب خبراتهم من المحيط الاجتماعي الذي ليس هو بالضرورة مكان لرفع المستوى واكتساب شهادات علمية عليا.

حيث أشار العديد من الباحثين حسب (علام، 2013، ص120) في هذا الطرح أن الصمود النفسي قد يكتسب في الكثير من الحالات من عوامل خارجية محيطية بالفرد وقد بحثوا في هذه العوامل ووجدوا أنها كالتالي:

- من سمات الأفراد أنفسهم: وهنا يتضح من خلال العودة إلى عينة الدراسة أمهات أطفال التوحد أن هنالك أمهات لم يتابعن دراستهم التعليمية في الاطوار الثانوية والمرحلة الجامعية، لكن نرى أن الصمود النفسي كان سمة من سماتهم الشخصية.
 - خصائص البيئة الاجتماعية: وهنا نرى مساندة الأقرباء للأمهات أطفال التوحد سواء من قريب أو من بعيد وحتى الجيران، فالمساندة الاجتماعية وحتى المساعدة المعنوية والمادية والتكافل الاجتماعي يلعب دورا أساسيا في بناء صمود أمهات أطفال التوحد.
 - خصائص الأسرة: وبالعودة إلى أم الطفل التوحدي فإن السند الأول لها هو الزوج ثم الأبناء إذ يلعب الاهتمام العلائقي وروح التواصل والتفاعل والمشاركة الزوجية في تخطي الصعاب دورا أساسيا وهاما في صقل الصمود النفسي لأم الطفل التوحدي.
- ومن خلال هذا الطرح فالمستوى التعليمي يعتبر كعامل ثانوي في تنمية الصمود وليس أساسي كدور الأسرة والأقارب الرئيسي الذي غيابه لن تعوضه عوامل أخرى.

حيث اتفقت هذه النتيجة مع دراسة درويش(2016) الانبساطية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالصمود النفسي لدى النساء الارامل في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، ودراسة قشقش(2016) الصمود النفسي وعلاقته بالخلافات الزوجية لدى عينة من الليبات، ودراسة أبو هديوس(2014) الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل بقطاع غزة، ودراسة قشقش وعلي منصور دل(2021) الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بمدينة سبها كما اختلفت مع دراسة عبد الفتاح وعبد الجواد(2013) الصمود النفسي وعلاقته بطيب الحال لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة 2012 (Baydaa-Shirraq) تقييم مستوى الصمود النفسي لوالدي أطفال التوحد، ودراسة إبراهيم (2018) الصمود النفسي وعلاقته بكل من التوافق الزوجي والرضا عن الحياة لدى أمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث أقرت بوجود فروق في مستوى الصمود النفسي.

3-5 مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

أ / تتص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير عمر الأم، ويمكن تفسير هذه الفرضية بناء للرجوع للإطار المفاهيمي لمصطلح التوجه نحو الحياة، حيث يعرف بأنه النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة وترى الطالبة الباحثة أن النظرة

الإيجابية للحياة لا تكون لدى الفرد في عمر محدد، فيمكن أن يكون الشخص صغير السن وله نظرة تفاؤلية بالحياة والعكس، وهذا الطرح يعكس ارتباط مصطلح التوجه نحو الحياة بعمر الشخص.

وبما أن امهات أطفال التوحد في دراستنا الحالية تراوحت أعمارهن بين (30-50) للأغلبية وإن هذه المرحلة يكون فيها المستوى المعرفي الإدراكي متماثل بين الأمهات لذلك جاءت الفرضية بعدم وجود فروق في التوجه نحو الحياة بالنسبة لعمر الأمهات.

وفي هذا الصدد يرى (الحربي، 2008) نقلا عن (الشناوي، 2021، ص1559) في النظرية النفسية لفرويد أن التوجه نحو الحياة ينشأ في مراحل عمرية مبكرة وبالتحديد في المرحلة الفمية، وذلك راجع للإشباع وعدم إشباع حاجات الطفل في تلك المرحلة العمرية، والملاحظ في هذه المرحلة الفمية وجود علاقة جيدة بالوالدين وخاصة الأم (مرحلة التثبيت)، فإذا لبي الفرد حاجاته النفسية وتحصل على الإشباع تكونت في شخصيته مستقبلا سمة التفاؤل والاستبشار بالحياة ويكون شخصا ذو توجه إيجابي للحياة والعكس وإذا لم يحدث إشباع في هذه المرحلة ينمو الشخص متشائم هذا راجع لوجود نقائص نفسية في تكوين شخصيته.

حيث اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة سعادات (2016) الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى النساء اللواتي هدمت بيوتهن في العدوان الإسرائيلي على غزة، ومع دراسة على (2016) التوجه نحو الحياة وفق بعض المتغيرات لدى عينة من المدرسات والاداريات.

واختلفت مع دراسة معشي (2018) بعنوان: التوجه نحو الحياة والقدرة على إدراك الانفعالات الوجيهة كمنبئات بالسعادة الزوجية لدى عينة من موظفي الجامعة المتزوجون، ودراسة شعبان (2013) الشعور بالسعادة وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من المعاقين حركيا المتضررين من العدوان الإسرائيلي على غزة، ودراسة المطيري (2013) قلق المستقبل وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من السجينات بمدينة جدة.

ب / تتص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وفي هذا الصدد فسرت الطالبة الباحثة نتيجة هذه الفرضية التي تقر بعدم وجود فروق في التوجه نحو الحياة لدى الأمهات، وذلك راجع إلى تقارب مستوى الأمهات من جهة في كلا المركزين البيداغوجيين بالمسيلة وبوسعادة، بحيث أن أغلبية الأمهات ذات

مستوى المتوسط أو الثانوي، ولأن التوجه نحو الحياة لا يقتصر فقط على المستوى التعليمي فهناك عناصر أخرى تدخل في تكوين التوجه لدى الأشخاص كالتنشئة الأسرية البيئية، حجم الصعاب والأزمات التي مر بها الفرد وصقلت فيما بعد طبيعة توجهه نحو الحياة، وهذا ما جاء به الأنصاري في شرحه لمبادئ نظرية التعلم الاجتماعي (1998، ص ص 11-12) إذ أبرز أهمية الدعم الخارجي الآت من المحيط في تشكيل هوية الشخص وتشجيعه على الرؤية الايجابية لمختلف جوانب الحياة والتوجه الايجابي نحو المستقبل، وأن التوجه السلبي نحو الحياة هو نتيجة للمواقف الغير مدعمة من قبل بيئة الفرد، وقد لا نجد في المدارس والجامعات ما يدعم أفكار الأفراد وتوجهاتهم وتصحيح سلوكياتهم بقدر ما نجد ذلك في البيئة الأقرب من الفرد (الأسرة)، أما النظرية الوجودية (سعدت، 2016، ص 66) فقد اعتبرت أن توجه الفرد للحياة يرتكز على طبيعة شخصيته بالدرجة الأولى وطرق تفكيره، والتوجه الحياتي قرار يتخذه الفرد إما بالإيجاب أو بالسلب، أما فيما يخص نظرية الحاجات تقول أن الفترات الأولى للطفولة وإشباع حاجات الطفل هي التي تحدد توجهه فيما بعد.

وبالنظر إلى ما تم التطرق إليه أن مستويات الدراسة تلعب دورا في التوجه نحو الحياة لكن ليس بالقدر التي تلعبه المراحل الأولى لتنشئة الطفل والبيئة التي تكونت شخصيته من خلالها.

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة سعدت (2016) الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى النساء اللواتي هدمت بيوتهن في العدوان الاسرائيلي على غزة 2014، واختلفت مع دراسة المعمر (2019) أحادية الرؤية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة والأمن الفكري لدى طالبات المرحلة الثانوية بمنطقة الرياض، ودراسة علي (2016) التوجه نحو الحياة وفق بعض المتغيرات، ودراسة عبد الكريم وريا الدوري (2010) التفاوض وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى طالبات كلية التربية، ودراسة عطية وآخرون (2020) التوجه الإيجابي نحو الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية.

3-6 مناقشة الفرضية الجزئية السادسة:

أ / تنص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير عمر الأم لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير عمر الأم، وفي هذا الصدد ترى الطالبة الباحثة وانطلاقا مما تطرق إليه (تايلور، 2008، ص 121) أن صحة الفرد الجيدة هي نتاج شخصي تراكمي وهي عبارة عن التقيد بنماذج لسلوكيات صحية سليمة في مرحلة مبكرة من العمر وتطورها مع الوقت، والمحافظة على هذه السلوكيات

الصحية في مرحلتي الرشد والشيخوخة، وانطلاقاً من هذا الطرح فإننا يمكن القول أن المعتقدات الصحية حول الأمراض أو اضطرابات معينة هي محصلة لتنشئة اجتماعية أسرية (التربية الصحية) تلقاها الفرد في مراحل عمرية أثناء عملية النمو، وبالرجوع إلى أعمار الأمهات أطفال التوحديين هن جميعاً تخطين مراحل النمو العمرية لذلك فإن معتقداتهم الصحية ترجع لطبيعة البيئة الاجتماعية المشابهة في الأفكار والثقافة والمعتقدات التي ينتمي لها الأمهات ولا علاقة لذلك بعمر الام، ويقول (تايلور 2008، ص ص 31-32) أن العادات الصحية يتعلمها الفرد من الصغر فتصبح فيما بعد معتقدات راسخة ويصعب تغييرها، حيث يمكننا الإشارة هنا أن المعتقد الصحي ليس بالسهولة على الفرد تغييره مع الوقت أو مع العمر فهو يعطى للفرد ويتعلمه في مراحل عمرية معينة.

ومن خلال خصائص المعتقدات الصحية والتي ذكرها (خليفة، 1998، ص 95) أن المعتقدات لها خاصية الثبات النسبي عبر الزمن، والملاحظ في هذه الخاصية أن معتقدات الأمهات حول اضطراب التوحد، وكيف ترى هذا الاضطراب حسب مخططاتها المعرفية والادراكية هي معلومات ثابتة بخبرتها مع طفلها التوحد في مختلف مراحل متابعة علاجه، ولن تتغير هذه المعتقدات إلا بعد فترة زمنية واقتناع بسلوكيات صحية وعلاجات أخرى أكثر فاعلية لاضطراب التوحد، ورجوعاً إلى هذا الطرح فإن حسب (مهدي، 2016، ص 505) أن نظرية السلوك المقصود لإيزن ترى أن بدايات المعتقدات الصحية تكون في مرحلة الطفولة المتوسطة.

واختلفت دراستنا الحالية مع دراسة عبد الكريم ومبروك (2015) المعتقدات السائدة حول الصحة العامة لدى المصريين، واتفقت مع دراسة خشاب (2011) علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين.

ب / تنص الفرضية الجزئية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام اختبار ف للتباين الأحادي توصلت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وفي هذا الصدد تفسر الطالبة الباحثة الفرضية التالية رجوعاً إلى الإطار النظري للمعتقدات الصحية وتحديداً إلى ما توصل إليه (مبروك، 2015، ص 137) أن من بين خصائص المعتقدات الصحية التي تميزها هي أنها مكونات معرفية تدخل في تكوينها عدة عوامل من بينها: طبيعة التنشئة الاجتماعية وثقافة المجتمع إلا أنها قابلة للتأثر بالخبرات الشخصية في الحياة وأيضاً بالمستوى التعليمي للفرد، وبناء على ما توصلنا إليه في الفرضية أنه لا توجد فروق في المعتقدات

الصحية تعزى للمستوى الدراسي وذلك راجع إلا أن العينة الدراسية في مستوى تعليمي متقارب، وان المعتقد الصحي تشكله عوامل شخصية واجتماعية، أي عوامل داخلية وخارجية أكثر من كونه عنصر يتأثر بثقافة الفرد والمستوى الدراسي، ولا تقتصر العوامل الخارجية على المدارس والجامعات فقط بل على المؤسسات الاجتماعية المتعددة التي تسعى دوما لتشر الوعي الصحي بين أفرادها للتمسك بالسلوك الصحي الجيد والحفاظ على الصحة كوسائل الاعلام مثلا.

ورجوعا إلى نظرية السلوك المخطط التي نرى أننا يمكننا تفسير السلوكيات الصحية للأفراد من خلال معتقداتهم الصحية وذلك من خلال 03 عناصر أساسية وهي:

- **الاتجاهات:** وتقول النظرية أن الاتجاهات وظيفية للمعتقدات، أي قبل انخراط أمهات أطفال التوحد في سلوك صحي معين هذا السلوك يتحكم فيه طبيعة اتجاهها نحوه أي مشاعر الأم الايجابية او السلبية حول سلوك صحي معين أي أن الاتجاه هو الذي يحدد انخراط الام في سلوك صحي معين أم لا، وهنا الاتجاه يتعلق بجانب شخصي لا بمستوى دراسي.
 - **المعايير الذاتية:** حيث أن هذه المعايير تكتسبها الأم من الاسرة التي هي بمثابة المدرسة الاولى، وذلك تبعا لتثنتتها الاسرية وثقافة أفراد عائلتها التي تستمد منها معتقداتها حول الصحة ومن ثم سلوكياتها الصحية خلال مراحل معينة.
 - **التحكم الذاتي للسلوك:** وهذا راجع الى خبرات الام الحياتية التي تتحكم في ممارسة سلوكيات صحية معينة وهي عوامل ذاتية(داخلية) (شويخ، 2012، ص67).
- وهذه النظرية اهتمت بوجود عوامل داخلية وخارجية لتكوين المعتقدات الصحية بعيدا على مستوى الافراد الدراسي.

واختلفت الدراسة مع دراسة لشهب(2021) المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي لديه، ودراسة عبد الكريم ومبروك(2015) المعتقدات الصحية السائدة حول الصحة العامة لدى المصريين، ودراسة خشاب(2011) علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن.

3-7 مناقشة الفرضية الجزئية السابعة:

نصت الفرضية الجزئية السابعة على أن: **مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط، ومن خلال نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبين أن مستوى الصمود النفسي لدى الأمهات جاء مرتفع، حيث أن الطالبة الباحثة تفسر هذه النتيجة إلى أن الصمود النفسي لدى الأمهات له علاقة بعدة أمور من بينها: تقبلها لاضطراب ابنها والتعايش معه واكتشافها**

لتجربة أن ابنها مصاب بالتوحد أعطاها قوة ودافع أكثر مع مرور الزمن في مواجهة مختلف الصعاب ومشكلات الحياة، وهذا ما لوحظ من خلال تقربي للأمهات اللاتي يتمتعن بالصمود والمكافحة، وبالرجوع إلى جانب الوازع الديني نجد أن معظم الأمهات تكتسب الصمود من الجوانب الدينية (الإيمان بالقضاء والقدر وأن الله هو الشافي) ذلك زادهن صلابة وصمود وأمل لحالة أبنائهن.

ويقول (الزامل، 2022، ص504) أن الصمود النفسي المرتفع يلعب دورا مهما في مواجهة الظروف الضاغطة من أجل التكيف، ويعد ارتفاع الصمود النفسي استثمار الفرد لمواجهة الضغوط الحالية واستعدادا للضغوط المستقبلية لأنها أصبحت جزءا من حياة الأفراد لكثرة متطلبات هذا العصر وزيادة تحدياته.

وفي هذا الصدد ترى الطالبة الباحثة أننا يمكن أن نفسر هذه الفرضية وذلك بالرجوع إلى الإطار النظري لفصل الصمود النفسي وتحديد لعنصر دورة الصمود النفسي والتي يمر فيها الفرد بمراحل من أجل اكتسابه صمودا ضد مشكلة معينة وقعت له، حيث يكون أداء الفرد متوازن في الظروف العادية وعند التعرض للظروف الاستثنائية مثلا كتعرض الأم لصدمة ولادة طفل توحيدي، إذ يدخل الفرد في هذه المرحلة في اضطراب وامراض نفسية، وتختلف الأمهات في تصديهم لخبر وجود طفل توحيدي في الأسرة وفقا لمستوى صمودهن إذ تمر دورة الصمود بالمراحل التالية:

المرحلة الأولى: وتسمى مرحلة التدهور، وهنا أم الطفل التوحيدي تصاب بحالة من الحزن والقلق والاكتئاب ورفض الواقع، ويرى الباحثين في هذه المرحلة قد تتطور هذه الاعراض وتتدهور إلى الأسوأ، ومدة هذه المرحلة تقتصر على بناء المكونات الشخصية والخبرات السابقة للفرد.

المرحلة الثانية: وتسمى مرحلة التكيف، وهنا تعود الأم عكس مسار التدهور مما يسمح لها بالتكيف مع حالة طفلها ومع الاضطراب وتأخذ الام مصيرها بالتغيير وبداية تفكيرها في ابنها.

المرحلة الثالثة: وتسمى مرحلة التعافي، وهنا تبدأ الأم بالتفكير في حالة ابنها وكيفية مساعدته ومواجهة مشاكلها وتقبلها.

المرحلة الرابعة: وتسمى مرحلة النمو، وهنا تكون الأم قد تعلمت من تجربتها مع إصابة ابنها بالاضطراب فتصل إلى مستوى أعلى من الصمود، حيث تعتبر هذه المراحل كخبرة لها تستمد منها القوة والصلابة والثبات والصمود في حل جميع مشكلاتها وتفسيرا لفرضيتها التي توصلنا فيها إلا أن صمود أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع ان معظمهن لديهن مدة زمنية وهن يتعاملن مع اضطراب التوحد، بمعنى أنهن مررن بجميع المراحل السابقة الذكر بقوة ونجاح وتأقلمن مع أبنائهن.

وتقول (غيث، 2017، ص22) في هذا الصدد أن الصمود النفسي هو قدرة أم الطفل المعاق على تحمل الضغوط والأزمات التي تتعرض لها مع القدرة على استعادة التوازن النفسي والاجتماعي عن طريق كفاءتها الشخصية والاجتماعية وتوجهها الايجابي نحو المستقبل وتمتعها بالقيم الروحية مع ضرورة الالتزام بها إضافة الى ذلك وجود القيم الأخلاقية.

وتختلف نتيجة دراستنا الحالية مع دراسة كل من أبو هديوس (2014) الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل حيث جاء مستوى الصمود متوسط، ودراسة (Baydaa.Ashinag.) (2012) لتقييم مستوى الصمود النفسي لوالدي أطفال التوحد، ودراسة قشقيش ومنصور دله (2021) الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بمدينة سبها.

وتتفق مع دراسة الزامل (2022) التي تناولت الصمود النفسي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى المعلمات المغتربات، ودراسة العزاوي (2018) بعنوان الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، ودراسة غيث عبد المعطي (2017) الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين، ودراسة عبد الصاحب وناصر محمد (2017) الصمود النفسي لدى النساء المعنفات.

3-8 مناقشة الفرضية الجزئية الثامنة:

نصت الفرضية الجزئية الثامنة على: أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة متوسط، ومن خلال نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبين أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى الأمهات جاء مرتفع، حيث تفسر الطالبة الباحثة ارتفاع مستوى التوجه نحو الحياة لدى الامهات راجع لعدة عوامل منها أن أغلبية العينة كانت من المركز البيداغوجي للتوحد ببوسعادة والذي أفتتح مؤخرا واستقطب عدد كبير من الأطفال والتكفل النفسي بهذه الفئة لم يكن في السابق الا أن هذا المركز يعتبر في حد ذاته كمنبر لتحفيز وإعادة الأمل والتفاؤل بالنسبة لأمهات أطفال التوحد لرؤية مشرقة لمستقبل أبنائهن، حيث أننا تقرينا من المركز أثناء إجراء دراستنا الميدانية ولاحظنا أن هناك اهتمام وإقبال للأمهات على المركز خصوصا لما يتوفر على أخصائيين في المجال لمتابعة أبنائهن وهذا الشيء لم يكن سابقا، حتى أن نشاطات المركز أعطت انطبعا ونظرة إيجابية للأمهات.

إذا فالتوجه نحو الحياة هو نتيجة لعدة معطيات وهو قرار شخصي يعيش الفرد حياة هادئة مليئة بالصحة النفسية والسعادة، كلها اختيارات فردية نتيجة اتخاذ الفرد قرار بجعل الايجابية في حياته وأنه قادر على بلوغ أهدافه وتخطي جميع مشكلاته.

وفي هذا الصدد يقول (أبو حلاوة، 2006، ص3) أن من بين الصفات التي تميز الشخصية الإيجابية التي لديها رؤية مستقبلية مشرقة ومتفائلة هي: تمتلك مهارة في بناء العلاقات وهذا ما لوحظ في المراكز البيداغوجية الخاصة بالأطفال العلاقات الموجودة بين الأمهات من تألف ومساندة ومساعدة وإرشاد بعضهم البعض للاستفادة من خبراتهم، التطلع والانفتاح العقلي على المستقبل حيث تتجلى هذه العناصر من خلال حديثي مع الاخصائيين وعلاقتهم ببعض الأمهات ممن يمكن عزيمة وإرادة ويسعين لتحسين تعليم أبنائهم ومتابعتهم باستمرار، المثابرة: وذلك بعدم انقطاعها أو تأخرها عن أي دورة أو برنامج مسطر للأمهات بغية إفادتهن وجلب أبنائهن باستمرار في الوقت لمتابعة تعليمهم.

في حين تختلف نتيجة دراستنا الحالية مع دراسة أرنوط (2016) التوجه نحو الحياة وعلاقته باضطراب الشخصية التجنبية لدى المطلقين، حيث جاء مستوى التوجه نحو الحياة متوسط.

وتتفق مع دراسة الجبيلة(2020) التوجه نحو الحياة وعلاقته بمرونة الأنا واليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة، ودراسة العزاوي(2018) الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، ودراسة المعمر(2019) أحادية الرؤية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة والأمن الفكري لدى طالبات المرحلة الثانوية بمنطقة الرياض، ودراسة عيد رفاعي(2018) القدرة التنبؤية للتدين واليقظة الذهنية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من المجتمع الأصلي، ودراسة سعادات(2016) بعنوان الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى النساء اللواتي هدمت بيوتهن في العدوان الاسرائيلي على غزة ودراسة صادق وريا الدوري(2010).

3-9 مناقشة الفرضية الجزئية التاسعة:

نصت الفرضية الجزئية التاسعة على أن: مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد متوسط، ومن خلال نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبين أن مستوى المعتقدات الصحية لدى الأمهات جاء مرتفع، وفي هذا الصدد ترى الطالبة الباحثة في تفسيرها إلى وجود درجة مرتفعة للمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد راجع ذلك لارتفاع الوعي الصحي في الآونة الأخيرة خصوصا حول اضطراب التوحد، وذلك من خلال نشر هذا الوعي في الإذاعات ومواقع التواصل الاجتماعي وحصص التلفاز المخصصة لذلك مع برمجة دورات تدريبية بين الحين والآخر في المراكز البيداغوجية وفي مراكز البحث العلمي والجامعات حول اضطراب التوحد وطريقة التعامل معه مما أدى إلى نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع والأمهات بصفة خاصة، أدى هذا إلى اكتساب معتقدات حول التوحد بالوعي والتثقيف الصحي وتصحيح ما كان معتقد في السابق من أفكار ومعلومات خاطئة.

حيث يرى (موفق، دس، ص 196) أن المعتقدات الصحية يمكنها أن تتحقق وذلك من خلال معرفة عاملين مهمين وهما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض لتهديد صحي على المستوى الشخصي، وعند إسقاط هذا المفهوم على أمهات أطفال التوحد فإن وعيهم يقودهم إلى معرفة مدى خطورة أن الطفل يبقى بنفس الحالة فيزداد اضطرابه سوءاً فتزداد معاناة الأمهات، ويتجلى إدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد، وهنا يلعب التدخل المبكر للأُم والنظن والسعي لتحسين سلوكيات ابنها وتطوير مهارات اتصاله ومهاراته اللغوية والمعرفية والنفسية بأنها أحد العوامل لحمايته كطفل من جهة والتخفيف من معاناة الأم من جهة أخرى، لذلك نجد أن المعتقدات الصحية مرتفعة لدى الأمهات اللاتي وعيهم الصحي نحو الاضطراب مرتفع.

حيث اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة محمود(2016) المعتقدات الصحية لدى الرياضيين وعلاقتها بالسلوك الصحي، ودراسة يوسف وعبد الله(2021) المعتقدات الصحية لدى المتعافين من جائحة كورونا

واختلفت الدراسة مع دراسة آيت حمودة(2019) بعنوان المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وعلاقتها بملاءمتهم العلاجية، حيث جاء مستوى المعتقدات الصحية متوسط.

4-توصيات واقتراحات الدراسة:

وفي ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الحالية فإنه يمكننا اقتراح التالي:

1. بناء برامج تستند إلى مفاهيم علم النفس الصحة لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد
2. تصميم برامج إرشادية تستند إلى نظريات علم النفس الإيجابي (التفاؤل، الأمل، الهناء النفسي.... إلخ من أجل العمل على تحسين صورة الحياة وتوجهاتها لدى أمهات أطفال التوحد.
3. ضرورة النظر والتكفل بهذه الفئة من قبل السلطات المعنية لتحسين حالتهم من جهة وبت الأمل من جهة أخرى حول إمكانية العلاج الأفضل لأبنائهم.
4. توفير متخصصين في مجال الصحة النفسية داخل المراكز البيداغوجية لأطفال التوحد.
5. أهمية إنشاء مؤسسات تربوية ومهنية تضمن مستقبل أطفال التوحد من أجل اندماجهم في المجتمع والحياة الاجتماعية والأكاديمية.
6. ضرورة تطبيق نفس متغيرات الدراسة الحالية على عينة الآباء باعتبارهم الشريك الثاني في عملية التكفل بأفراد عينة الدراسة مما تنعكس عليهم مشقة نفسية حول وضعية أبنائهم.
7. ضرورة المساندة المالية والاجتماعية لضمان حقوق هذه الفئة.


8. العمل والحرص على إقامة دورات تدريبية حول برامج التدخل المبكر في فترات غير متقاطعة وذلك من أجل مساندة أمهات التوحد في اضطراب أبنائهم.
9. ضرورة تنمية المعتقد الصحي والوعي الصحي لدى أطفال التوحد.

الخاتمة

يعد الصمود النفسي عاملا من عوامل الشخصية القوية والذي يحدد قدرة الفرد على تخطي مختلف المواقف الصعبة في حياته من مشكلات نفسية، وصحية، وأخرى مختلفة، والصمود النفسي تلك السمة التي تشكلت فأصبحت سمة بارزة للأفراد الناجحين هي قائمة في الأساس على نظرة الفرد للحياة وتوجهاته نحوها، فكلما كان توجه الأشخاص إيجابيا اجتمعت فيهم جملة من الصفات: كالصبر والحنكة والذكاء في تجاوز عقبات الحياة وخاصة التي تمس الجانب الصحي سواء كانت أمراضا مزمنة أو اضطرابات نفسية تستلزم خصائص نفسية وجسدية معينة للتعايش معها وتم تقبلها كان صمودهم النفسي عال، وعكس ذلك في الجانب السلبي للحياة ورؤيتها بشكل سوداوي ومظلم كلما كان توجه الأشخاص سلبي في جميع الأمور أثر ذلك على جوانب عديدة فتصبح شخصية الفرد تتميز بقلّة الذكاء وانعدام الصبر وعدم الأمل في الحياة، وقلّة الثبات فتزداد الأمراض التي تصيبه وتصيب أفراد عائلته سوء وتعقيدا، كما أن معتقداتنا الصحية ترتبط ارتباطا مباشرا بحالتنا النفسية وأفكارنا والمعارف التي اكتسبناها من بيئتنا الاجتماعية، ولأن الصحة الجسدية ترتبط بمعتقداتنا حول الأمراض والاضطرابات وترتبط أيضا بطريقة توجهنا للحياة لأن هناك علاقة لا بد منها بين معتقداتنا حول الصحة وتوجهنا الحياتي، حيث كلما كان التوجه نحو الحياة إيجابيا كانت الصحة النفسية والجسدية جيدة وبالتالي زادت معتقداتنا الإيجابية حول مفهوم الصحة، حينها يزيد مستوى الثقافة الصحية لدى الأفراد فيحمي نفسه ومن حوله من الأمراض والاضطرابات فكلما كان الجانب الصحي جيد كانت رغبة الفرد للحياة أعلى وكان توجهه إيجابيا، وبذلك تزداد شخصيته صلابة وثقة في أفكاره ومعتقداته فيصبح أكثر صمودا لمشاكل الحياة وصعوباتها، ولهذا سعت دراستنا الحالية إلى البحث في العلاقة بين المتغيرات الثلاثة: الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة وقد تم ذلك من خلال توزيع استبيانات لمتغيرات الدراسة للأمهات والإجابة على بنودها التي تخدم أهداف الدراسة الحالية واختيار هذه الفئة بالذات راجع لعدة معطيات باعتبارها الفئة الأقرب للطفل التوحد في الأسرة وأن حالة ابنها المضطرب تشكل إرهاقا نفسيا فتكثر لديها الضغوطات النفسية وخاصة عند عدم معرفتها بالطرق الصحيحة التي تتعامل بها مع ابنها، فعندما يصبح أكبر سنا وتواجهه مشكلات نفسية عليها الصمود لها خلال هذه الفترة، في حين أن قلقها المستمر حول مستقبل ابنها وتوجهها نحو الحياة وتفكيرها المستمر مرتبط بمعتقداتها حول هذا الاضطراب، فكانت نتائج الدراسة الحالية كالتالي:

1. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.

2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد
3. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد
4. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوجه نحو الحياة والمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: عمر الام، المستوى الدراسي للأم.
8. مستوى الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع.
9. مستوى التوجه نحو الحياة لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع.
10. مستوى المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد جاء مرتفع

A decorative border with intricate floral and scrollwork patterns in black ink, framing the central text. The border features stylized leaves, small flowers, and elegant curves.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. أبرييم، سامية خالد (2020). سيكولوجية الأمن النفسي. أم البواقي. الجزائر: دار التعليم الجامعي،
2. أبو العنين، أميرة سامي عوض. (2020). التفاؤل كعامل مؤثر على الصمود النفسي لدى الأطفال في مجموعات عمرية متفاوتة، مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة عين شمس، المجلد 21، العدد 03، ص ص 345-373.
3. أبو الفتوح عمر، أحمد كمال (2012). الأطفال الأوتستيك: ماذا تعرف عن اضطراب التوحد. عمان. الاردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
4. أبو النصر، مدحت (2005). سلسلة المدرب العملية، البرمجة اللغوية العصبية NLP: مجموعة النيل العربية.
5. أبو حلاوة، محمد السعيد أبو جواد (2013). حالة التدفق، المفهوم الابعاد القياس، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية. تمور. العدد 29.
6. أبو غالي، عطاق محمد (2017) فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الصمود النفسي لمواجهة الضغوط لدى المراهقات المتصدعات أسريا، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد 18، العدد 01 ص ص 407-440.
7. أبو مشايخ، عرفات حسين (2018). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالصمود النفسي لدى معلمي المعاقين عقليا أطروحة مقدمة لنسلة شهادة الماجستير في الصحة النفسية غزة بجامعة فلسطين.
8. أبو هدروس، ياسرة محمد أيوب محمد (2013). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض والتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان. المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل، مجلد، العدد 02، ص ص 179-237.
9. أبو هدروس، ياسرة، عايدة شعبان، صالح (2014). الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل بقطاع غزة، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربية للعرب، الجزء 2، العدد 50..
10. أحمد حسين، رؤوف سالم (2018). الإعلام الصحي وتطبيقاته في المجالات الطبية. القاهرة. مصر: دار العلم والإيمان ودار الجديد للنشر والتوزيع.
11. الإمام، محمد صالح، وعبد الجوالدة فؤاد (2010). التوحد ونظرية العقل (ط1). عمان. الاردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

12. الأنصاري، بدر محمد(1998). التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات(ط1). التأليف والتعريب، الكويت: الشويخ لجنة التأليف والتعريب والنشر
13. البقلي، أحمد عبد العزيز أحمد (2014). مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور، ورقة بحثية مقدمة إلى معهد التخطيط القومي - المركز الديموجرافي المؤتمر السنوي 43،(قضايا السكان والتنمية الواقع وتحديات المستقبل ما بعد 2015). القاهرة. مصر.
14. الجبالي، حمزة (2016). التوحد والاضطرابات الذاتية ما هو التوحد وماهي أعراضه وكيفية علاجه سلوكيا وطيبيا: دار الاسرة ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
15. الجبالي، حمزة. (2016). الذكاء العاطفي (القدرة على فهم الانفعالات ومعرفتها والتميز بينها والقدرة على ضبطها والتعامل معها بإيجابية. مصر: دار الأسرة ودار العلم والثقافة للنشر والتوزيع.
16. الجباني، صاحب عبد المرزوك (2019). علم النفسي المعرفي، رؤية تربوية معاصرة: دار اليازوتي العلمية.
17. الجبلي، سوسن شاكر (2015). التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه تشخيصه علاجه، دار مؤسسة رسلان للنشر والتوزيع
18. الجبيلة، الجوهرة بنت فهد (2020). التوجه نحو الحياة وعلاقته بمرحلة الأنا واليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة، المجلة التربوية، العدد78، ص ص 1346-1381.
19. الجنباني، عبد مرزوك (2019). علم النفس المعرفي رؤية تربوية معاصرة: دار اليازوري العلمية.
20. الحانوتي، سعدي محمد (2016). الاضطرابات العصبية. (ط1). الرياض. السعودية: العبيكان للنشر.
21. الحوراني، محمد عبد الكريم (2008). النظرية المعاصرة في علم الاجتماع. عمان. الأردن: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
22. الداغستاني، سناء عيسى، المغني، ديار عوني(2010). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية.
23. الرفاعي، زينب محمد، بدرية كمال أحمد (2019). الصمود النفسي وعلاقته بالدافع للإنجاز لدى عينة من طلاب الدراسات العليا الوافدين، مجلة دراسات عربية، مجلد18، عدد 4.

24. الزبادي، أحمد محمد، الخطيب، هشام محمد(2001). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمان. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
25. الزعبي، عبد الله حسين (2014). التوحد تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين. عمان . الاردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.
26. السعيد، هلا (د ص). الطفل الذاتوي بين المعلوم والمجهول دليل الآباء والمتخصصين: مكتبة الأنجلو المصرية.
27. السيد أحمد، شيماء(2018). الأمل والتفاؤل محددان للصمود النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة بجامعة عين شمس، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 19.
28. السيد حميدة، محمد إسماعيل.(2017). فعالية برنامج قائم على الكفاءة الإجتماعية-الإنفعالية في تنمية الصمود النفسي وأثره على الرجاء لدى طلاب المرحلة الثانوية بحث تنبؤي-تجريبي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد 27، عدد 96.
29. الشويخ، هناء أحمد محمد (2012). علم النفس الصحي، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
30. الشيخ، صلاح(2000). الأمراض وشفائها، مجلة الصيدلي، نقابة الصيادلة في العراق: العدد 7.
31. العاسمي، رياض نايل (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي. (ط1). الجزء الأول. دمشق. سوريا: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
32. العجيلي، عائشة (2019). الوعي الصحي وعلاقته بنمط الشخصية الإيجابية لدى الطلاب، كلية الآداب جامعة سبها.
33. العراقي، رياض (2020). قطوف من روائع الفكر والأدب والفلسفة: دار الكتب العلمية.
34. العريفي، ناصر بن علي (2018). اتجاهات الفروق بين الجنسين في التوجه الإيجابي نحو الحياة -دراسة عاملية- جامعة المنصورة، مجلة كلية الآداب، العدد 63.
35. العزاوي، وسام كردي غضب (2018). الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة والطموح الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة تكريت العراق.
36. الغبور، سماح محمد جمعة (2019). فاعلية برنامج ارشادي لبعض استراتيجيات الصمود النفسي في خفض العجز المتعلم والكفاءة الاجتماعية والتوافق المدرسي لدى عينة من المراهقات

- ذوات صعوبات التعلم رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الدراسات التربوية في الصحة النفسية (تربية خاصة) بجامعة الأزهر.
37. الفاخري، سالم عبد الله (د. س). علم النفس العام، جزء 02: مركز الكتاب الأكاديمي.
38. الكبسي، عبد الواحد، الحياني، صبري (2014). مدخل إلى التربية الخاصة.
39. الكلوت، قيس محمد هادي، أسامة حامد، محمد (2018). بناء مقياس للشجاعة النفسية لدى طلبة جامعة، مجلة دراسات موصلية، العدد 50.
40. المجدلاوي، ماهر يوسف (2012). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفس جسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركو عملهم بسبب الخلافات السياسية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 20، العدد 02.
41. المطيري، أمل بنت سافر بن صدقي (2013). قلق المستقبل وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من السجينات بمدينة جدة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير بكلية الآداب والعلوم الانسانية قسم علم النفس بجامعة السعودية.
42. المعمر، ريم بنت عبد الله يعود (2019). أحادية الرؤية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة والأمن الفكري لدى طالبات المرحلة الثانوية رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في جامعة نايف العربية قسم علم النفس تخصص الصحة النفسية الرياض السعودية.
43. النواجحية، زهير عبد الحميد (2016). التمكين النفسي والتوجه الحياتي لدى عينة من معلمي المرحلة الأساسية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، مجلد 4 العدد 15.
44. آيت حمودة، ديهية، آيت حمودة، حكيمة (2019). المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو وعلاقتها بملائمتهم العلاجية، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، مجلد 4، العدد 15، ص ص 09-29.
45. بران، أمي (2018). ترجمة أسعد طلعت، عبد الحميد. علم الأعصاب للمدربين جامعة المنصورة، مصر: دار روابط والشقروي للنشر.
46. بن عزوزي، إبراهيم (2019). الصمود النفسي لدى المعاق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية بجامعة بسكرة، مجلد 12، العدد 2.

47. تالور، شيلي. ترجمة: درويش، بريك وفوزي، شاكرا (2008). علم النفس الصحي. (ط1). عمان . الاردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
48. ثابت، القس ثروت (د. س). الإيجابية وفن إدارة الأزمات: دار الثقافة.
49. جولستين، سام، روبرت ب بروكس ترجمة: صفاء الأعسر (2011). الصمود لدى الأطفال. (ط1). مصر: المركز القومي للترجمة والنشر.
50. حلاسة، فايزة (2016). أثر برنامج تدريبي قائم على السلوك التوكيدي في رفع كل من مصدر الضبط ومهارات الإتصال لدى عينة من المراهقين. عمان. الاردن: دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع.
51. حمدان، محمد زيدان (2015). تصنيف ونظرية للسلوك الاجتماعي نحو إطار علمي لدراسة وتنمية الاجتماع الإنساني. دمشق. سوريا: دار التربية الحديثة للنشر.
52. حمري، مأمون (2000). المنجد في اللغة العربية المعاصرة. (ط1). بيروت. لبنان: دار المشرق للطباعة والنشر.
53. خليفة، مي السيد (2014). الذكاء الاجتماعي لدى طلاب كلية التربية في ضوء مستويات الصمود والتخصص والتحصيل الأكاديمي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد 24، العدد 85.
54. خليفة، عبد اللطيف محمد. (2006). مقاييس المعتقدات والاتجاهات. القاهرة. مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
55. دخل الله، أيوب (2015). علم النفس التربوي (الخصائص النمائية والفروق الفردية والبيئة الصفية وانعكاساتها على العملية التعليمية). بيروت. لبنان: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع.
56. درويش، زينب عبد المحسن (2016). الانبساطية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالصمود النفسي لدى النساء الأرامل في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، اجاث مجلة كلية الآداب، العدد 29 الجزء الثاني.
57. دقة، نيفين فتحي (2011). التوجه نحو الحياة وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة الجامعة الأردنية في عمان، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس التربوي بجامعة الأردن.
58. رزوقي، رعد مهدي، جميلة عيدان، سهيل (2018). سلسلة التفكير الإيجابي وأنماطه (02)، دار الكتب. بيروت. لبنان: دار الكتب العلمية.

59. روبيبي، حبيبة (2021). أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية فاعلية الذات لدى تلاميذ المرحلة الثالثة ثانوي (دراسة ميدانية بإحدى ثانويات ولاية المسيلة). اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص علم النفس التربوي بجامعة المسيلة.
60. ريا الدوري، إيمان صادق عبد الكريم(2010). التفاؤل وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى طالبات كلية التربية للبنات.مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد26/27.
61. سعادت، إسلام عطا سعادة (2016). الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى النساء اللواتي هدمت بيوتهن في العدوان الإسرائيلي على غزة 2014. رسالة مكملة لنيل متطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص الصحة النفسية بالجامعة الإسلامية غزة.
62. سليمان، سناء محمد(2014). التفاؤل. والأمل من أجل حياة مشرقة ومستقبل أفضل.
63. سيد عبد الله، معتز، شعبان، جاب الله رضوان (2009). أبعاد نسق المعتقدات حول الصحة العامة: دراسة عاملية مقارنة بين الذكور والإناث الجامعيين، مجلة دراسات عربية، مجلد 08، العدد04.
64. شحاته، حسن، النجار، زينب، حامد، عمار(2003). معجم المصطلحات التربوية والنفسية. (ط1). القاهرة. مصر: الدار المصرية اللبنانية.
65. شريم، محمد بشير (2012). الثقافة الصحية، المملكة الأردنية عمان الاردن: مطبعة السفير للطباعة والنشر.
66. شعبان صالح، عيادة (2013). الشعور بالسعادة وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من المعاقين حركيا المتضررين من العدوان الإسرائيلي على غزة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، 17(01).
67. شقير، زينب محمد(2019). التوجه نحو الحياة للمرأة المعاقة بصريا (مؤشر لمعوقات التمكين النفسي والاجتماعي)، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، المجلد09، العدد 32 (الجزء الاول).
68. شقير، زينب محمود، موسى، محمد زينب (2007). اضطراب التوحد: مكتبة الأنجلو المصرية
69. شوقي، إبراهيم ثامر (2014). الصمود النفسي وعلاقته بكل من الضغوط النفسية والصلابة النفسية والرجاء لدى عينة من طلاب الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد24، العدد85.

70. صالح حسن، أماني عبد التواب (2018). فعالية برنامج قائم على مهارات التمكين النفسي في تحسين الكمالية التكيفية والتوجه نحو الحياة لدى طالبات الجامعة. مجلة التربية، العدد 180 الجزء 1/2.
71. عبد الباسط، فاطمة الزهراء (2017). العلاقة بين التوجه نحو الحياة وعلاقته بمستوى الطموح لدى عينة من المعاقين سمعياً الموهوبين رياضياً وغير الموهوبين. مجلة دراسات عربية، مجلد 16، العدد 2.
72. عبد الجليل، إبراهيم زكي (2018). مهارات الحب الوالدي مدخل: علاج وتأهيل طفل التوحد (الأوتيزم). أطلس للنشر والإنتاج والإعلام. (ط1). الجيزة. مصر: أطلس للنشر والإنتاج والإعلام
73. عبد الكريم السيد، هند كمال (2017). العلاقة بين الاعتقاد بعدالة العالم والصمود النفسي لدى الإراامل، مجلة كلية الآداب، العدد 45، الجزء 2.
74. عبد الكريم، إيمان صادق، الدوري، ريا (2010). التفاؤل وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى طالبات كلية التربية البنات، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 26-27.
75. عبد المحسن، وسام صلاح. (2015). التعلم المتناغم مع الدماغ (تطبيقات لأبحاث الدماغ في التعلم). بيروت. لبنان: دار الكتب العلمية.
76. عبد المعطي غيث، أزهار (2017). الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى امهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الارشاد النفسي، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الأقصى فلسطين.
77. عبد الموجود علي، محمد عبد القادر. (2018). الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والاصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، مجلد 6، العدد 3.
78. عبد الرؤوف، طارق، المصري، إيهاب عيسى. (2017). المقاييس والاختبارات (التصميم-الإعداد-التنظيم): المجموعة العربية للتدريب والنشر.
79. عسكر، سهيلة عبد الرضا (2013). المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 39.

80. علام، سحر فاروق (2013). الصمود النفسي وعلاقته بالتماسك الأسري لدى عينة من طالبات كلية البنات (جامعة عين شمس)، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد 36.
81. علي قشقش، زهرة سالم (2016). الصمود النفسي والخلافات الزوجية "عينة من اللبيات المتواجدات بمصر"، مجلة العلوم الانسانية والعلمية والاجتماعية، العدد 2، جامعة المرقب مصر.
82. علي قشقش، زهرة سالم، منصور دله، وكنز حسان علي (2021). الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بمدينة سيها (دراسة ميدانية على عينة من أمهات أطفال التوحد بمركز الصفاء للصحة النفسية بمدينة سيها)، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد 20، العدد 01.
83. غالم، يمينة (2017). الاتصال اللغوي وغير اللغوي للطفل التوحيدي: مركز الكتاب الأكاديمي.
84. غانم، محمد حسن (2016). التفكير علم وتعلم وحل للمشكلات: مكتبة الانجلو المصرية.
85. غوردن، جين. (2016). ترجمة معصومة. علامة التوحد تخلف عقلي أم خلل نمائي سلوكي، بيروت. لبنان: دار القلم للطباعة والنشر.
86. فخري، نضال (2018). المعتقدات الشعبية في فلسطين: ابن الرشد للطباعة والنشر.
87. فرج مبروك، عزة عبد الكريم (2015). المعتقدات السائدة حول الصحة العامة لدى المصريين: دراسة مقارنة على أساس بعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية، مجلة القاهرة كلية الآداب، مجلد 75 العدد 1.
88. فرحات، بن ناصر (2019). علاقة أساليب التفكير بالقدرة على حل المشكلات وبمستوى الطموح لدى تلاميذ السنة ثانياً ثانوي بولاية المسيلة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس تخصص علوم التربية بجامعة المسيلة.
89. قطناني، محمد حسين وآخرون (2012). التربية الخاصة رؤية حديثة في الإعاقات وتعديل السلوك، عمان. الاردن: أمواج للطباعة والنشر والتوزيع.
90. كاثرين. ترجمة: مراد علي، عيسى وتيسير، إلياس شواش (2019). علم نفس الصحة فهم العلاقة بين العقل والجسد (ط1). عمان. الاردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
91. كماش، يوسف لازم، عبد الكاظم، جليل حسان (2018). سيكولوجية التعلم والتعليم (ط1). عمان. الأردن: دار الخليج للصحافة والنشر.

92. لشهب، أسماء (2021). المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي لديه، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية بجامعة زيان عاشور بالجلفة، المجلد السادس، العدد 4.
93. مبروك، عزة عبد الكريم فرج (2015). المعتقدات السائدة حول الصحة العامة لدى المصريين: دراسة مقارنة على أساس بعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية، مجلة كلية الآداب، مجلد 75، الجزء 1.
94. محشي، محمد بن علي (2018). التوجه نحو الحياة والقدرة على إدراك الانفعالات الوجيهة كمنبئات بالسعادة الزوجية لدى عينة من موظفي الجامعة المتزوجون في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، جامعة الأزهر، مجلة التربية المجلد 2، العدد 179.
95. محمد علي، بشرى (2016). التوجه نحو الحياة وفق بعض المتغيرات (دراسة ميدانية على عينة من المدرسات والإداريات والمستخدمات في بعض المدارس الحكومية)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 32، العدد الثاني.
96. محمد علي، مي فاروق (2017). الصمود النفسي والكفاءة الاجتماعية محددات لصعوبات التعلم لتلاميذ المرحلة الابتدائية، العدد 18 الجزء 3 . جامعة عين شمس كلية البنات.
97. محمود، جيهان يحيى (2016). المعتقدات الصحية لدى الرياضيين وعلاقتها بالسلوك الصحي، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، العدد 78، جامعة حلوان.
98. مسير، نهلة عبد الهادي (2018). الصمود الجامعي لدى طلبة كلية التربية بجامعة القادسية، لآك للفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية، الجزء 2، العدد 31.
99. مصيقر، عبد الرحمان عبيد (2000). دراسات في التنقيف الصحي والغذائي. (ط1). البحرين: مركز البحرين للدراسات والبحوث للنشر والتوزيع.
100. معمريه، بشير (2011). تقنين استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف) على البيئة الجزائرية، مجلة تنمية الموارد البشرية، العدد 1، المجلد 6.
101. ميك، كوبر ترجمة: رطه ربيع طه عدوي، الصايم، رانيا شعبان (2015). العلاجات النفسية الوجودية: مكتبة الأنجلو المصرية.

102. نصر الدين، نوال (2008). أنماط التفكير السائدة وعلاقتها بسلوكيات التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة في محافظة جنين رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير بجامعة فلسطين.
103. هاشم، انتصار (2016). تطور المعتقد الصحي لدى الأطفال، مجلة بغداد، جامعة بغداد، العدد 115.
104. وهبة، مراد (2007). المعجم الفلسفي. القاهرة. مصر: دار قباء الحديثة للنشر.
105. إبراهيم، يونس (2018) نمو ما بعد الصدمة (النظرية والقياس والممارسة): دار النشر بسطرون.
106. إبراهيم خليل، عفراء (2017). الصمود النفسي لدى طلبة الجامعة في ضوء. مجلة الاستاذ. العدد الخاص بالمؤتمر العلمي الخامس. 19-36.
107. ابن منظور (1992). لسان العرب. مادة عقد. المجلد التاسع. بيروت، لبنان: دار صادر للنشر والتوزيع
108. أبو النصر، مدحت (2005). الإعاقة النفسية المفهوم الأنواع والبرامج الرعاية: مجموعة النيل العربية.
109. أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد (2006). علم النفس الإيجابي، الوقاية الإيجابية والعلاج النفسي الإيجابي. كلية التربية بدمهور جامعة الاسكندرية.
110. أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد (2020). التوجه الإيجابي في الحياة: مقارنة فلسفية نفسية، مجلة بحوث كلية الآداب، المجلد 31، العدد 122.
111. أبو حلاوة، محمد العيد عبد الحواد (2014). علم النفس الإيجابي: ماهيته ومنطلقاته النظرية وأفاقه المستقبلية. كتاب إلكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية: العدد 34.
112. أبو سمرة، محمود، الطيطي، محمد (2020). منهج البحث العلمي من التبيين إلى التمكين: دار اليازوتي العلمية من للنشر والتوزيع.
113. أحمد عمرو، عبد الله، وإسلام عيد رفاعي، إسلام عيد (2018). القدرة التنبؤية للتدين واليقظة الذهنية بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من المجتمع المصري، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 17، العدد 2.

114. أحمد محمد عبد الخالق (2016). اكتئاب الطفولة والمراهقة (التشخيص والعلاج). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
115. أحمد مختار، عمر (2008). معجم اللغة العربية المعاصرة، المجلد 01. (ط1). القاهرة. مصر: عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع.
116. أحمد، بني عيسى (2019). المدخل إلى الإدارة الإسلامية الحديثة. بيروت. لبنان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
117. أخرجس، نائل محمد عبد الرحمن، محمود أمين، محمود ناصر (2013). التربية الخاصة للأطفال ذوي اضطراب التوحد. (ط1). الرياض. السعودية: مكتبة الرشد للنشر.
118. التميمي، محمود كاظم (2012). منهجية كتابة البحوث والرسائل في العلوم التربوية والنفسية. (ط1). عمان الاردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
119. الجلامدة، فوزية عبد الله (2016). قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد. السعودية: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
120. الجنابي، صاحب عبد المرزوك (2019). علم النفس المعرفي رؤية تربوية معاصرة، عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية.
121. الحارثي، إسماعيل (2014). مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير بجامعة أم القرى السعودية.
122. الحربي (2008). أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بكل من التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من تلاميذ المتوسط والثانوية بالسعودية مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه.
123. الحسين، علي ماجد (2021). المعتقدات الصحية ووصمة الذات لدى عينة من مدمني المخدرات. مجلة التربية وثقافة الطفل، المجلد 18، العدد 1 الجزء 02، جامعة المنيا.
124. الحوامد، أحمد محمد (2019). الأساليب التربوية والتعليمية لتعامل مع اضطراب التوحد. (ط1). عمان، الاردن: دار ابن النفيس للنشر والتوزيع.
125. الحيرواني، هالة إبراهيم، الصديق، رحاب محمد (2013). مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. الاسكندرية. مصر: دار الجامعة الجديدة للنشر.
126. الزامل، منيرة يوسف الصالح (2022). الصمود النفسي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى المغتربات في الأحساء، مجلة الشباب الباحثين، جامعة سوهاج، العدد 10.

127. السيد سليمان، أحمد (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق، دولة الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
128. السيد عبيد، ماجدة (2015). الاضطرابات السلوكية. (ط1)، عمان. الاردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
129. الشامي، وفاء علي (2004). خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، السعودية: مكتبة الملك فهد.
130. الشربيني، عاطف مسعد الحسيني (2021). الصمود النفسي وعلاقته بجودة حياة العمل لدى أعضاء هيئة التدريس في دول الخليج (قطر، السعودية، عمان)، مجلة العلوم التربوية، العدد17.
131. الشربيني، لطفي (2015). أوتيزم. دليل التعامل مع حالات التوحد. (ط1): دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
132. الشراوي، محمود عبد الرحمان (2018). التوحد ووسائل علاجه(ط1): دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
133. الشويخ، هناء أحمد محمد.(2012). علم النفس الصحي. (دط). القاهرة. مصر: مطبعة محمد عبد الكريم حسان: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر.
134. الظاهري، ابن عزم(2010). الأحكام في أصول الأحكام: دار الكتب العلمية.
135. العقاد، عصام عبد اللطيف (2019). مظاهر التوجه الإيجابي نحو الحياة كمنبئات تشخيصية للشخصية الإيجابية لدى عينة من الشباب والمسنين المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين، مجلد7، العدد2.
136. العنزي، غربي أسماء (2021). الورقة العلمية في حدود ومصطلحات البحث، متطلب مقدم ضمن مقرر حلقة البحث في المناهج وطرق التدريس بجامعة الكويت.
137. الغرير، أيمن إسماعيل (2017). علم الصحة النفسية.
138. الفار، خالد المختار (2016). سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والأمن النفسي لدى متعاطي المخدرات. (ط1): مكتبة جزيرة الورد.
139. الفرحاتي، السيد محمود(2009). العجز المتعلم سياقاته وقضاياها التربوية والاجتماعية. قراءات في علم النفس الإيجابي.

140. القرطي، عبد المطلب أمين (2012). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. (ط5). القاهرة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
141. الكاظمي، ظافر هاشم(2013). التطبيقات العلمية لكتابة الرسائل والأطاريح التربوية والنفسية (التخطيط والتصميم)، بغداد، العراق: دار الكتب العلمية.
142. المسعد، سارة بن محمد (2005). تغيير السلوك الصحي يقلل من الأمراض ويزيد من الإنتاجية، الرياض. الجريدة اليومية.
143. النجار، أحمد عبد العزيز، مدحت، أبو النصر(2020).صناعة السعادة: تحقيق جودة الحياة والعمل: (ط1). القاهرة. مصر: دار الكتب المصرية المجموعة العربية للتدريب والنشر.
144. النواسية، فاطمة عبد الرحمان (2013). ذو الاحتياجات الخاصة التعريف بهم وإرشادهم. (ط1). الاردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
145. إميل بديع، يعقوب (1971). موسوعة علوم اللغة العربية، الجزء 6. لبنان: دار الكتب العلمية.
146. أنور جبار، علي. (2012). التوجه نحو الحياة وعلاقته بالاستقرار الزواجي، مجلة الاستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 12. العدد 203.
147. بادي، نورة، بلول، أحمد (2016). التوجه نحو الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلبة الدراسات العليا-دراسة ميدانية بجامعة الجزائر3،2،1. فعاليات الملتقى الوطني: حول تشخيص واقع الطالب الجامعي . مخبر الوقاية والأرغونوميا، العدد6.
148. براج، نعيمة (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الانجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه بجامعة المسيلة.
149. بشرى، إسماعيل(2004).ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية: مكتبة الأنجلو المصرية.
150. محمد عبد القادر، عبد الموجود علي (2018). الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، المجلد6، العدد 03.
151. بعلي، مصطفى (2021). مستوى التوجه نحو الحياة لدى عينة من المراهقين المتمدرسين المصابين بالسمنة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة المسيلة، المجلد 11، العدد1.

152. بن الشيخ، عبد الحميد(2015). أثر المعتقدات الشعبية في سلوك الإنسان الجزائري المعاصر، دراسة ميدانية لعينة من المثقفين، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه العلوم في علم الاجتماع الثقافي بجامعة الجزائر.
153. بوخنوس، سارة، بوشروب، شهرزاد (2018). المعتقدات الصحية -تناول نظري، مجلة دراسات في علم النفس الصحة، العدد 7.
154. بوخنوس، سارة، بوشدوب، شهرزاد(2018). المعتقدات الصحية: تناول نظري، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، العدد7.
155. بوطه، عبد الحميد، مناصريه، عمر(2018). موقع المكون الوجداني في العملية التعليمية الحديثة وسبل تفعيلها في المدرسة الجزائرية، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد9، العدد03.
156. حمدي محمد ياسين، فادي إميل بنا(2018). الأمل والتفاؤل محددان للصمود النفسي لعينة من طلبة الجامعة، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 19.
157. حوراء محمد، علي قاسم(2018). الكفاءة الشخصية وعلاقتها باليقظة الذهنية لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، المجلد15، العدد 57.
158. خشاب، سعاد (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم نفس الصحة بجامعة الحاج لخضر باتنة.
159. خشاب، سعاد(2017). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد02، المجلد11.
160. خطاب، محمد أحمد (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها، تصنيفها، أعراضها تشخيصها أسبابها والتدخل العلاجي. (ط1). عمان، الاردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
161. خليفة، عبد اللطيف (1998). دراسات في علم النفس الاجتماع، القاهرة. مصر: دار قباء للطباعة والنشر.
162. درويش، محمود أحمد (2018). مناهج البحث في العلوم الإنسانية. (ط1). مصر: مؤسسة الأمة العربية للنشر والتوزيع.

163. دقة، نيفين فتحي (2011). التوجه نحو الحياة وعلاقته بمستوى الطموح لدى طلبة الجامعة الاردنية في عمان، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس التربوي تخصص نمو وتعليم بجامعة الأردن.
164. سامي، عبد العزيز(2013). التسويق الاجتماعي والسياسي. القاهرة. مصر: دار النهضة للنشر.
165. سناء، محمد سليمان (2014). الطفل الذاتوي (التوحد) بين الغموض والشفقة ... والفهم والرعاية. عمان. الاردن: عالم الكتب للطباعة والنشر.
166. سناء، محمد سليمان. (2014). التفاؤل ... والأمل (من أجل حياة مشرقة ومستقبل أفضل). (د ط). كلية البنات. جامعة عين شمس: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
167. شاهين، هيام (2013). الامل والتفاؤل مدخل لتنمية الصمود لدى عينة من المراهقين ضعاف السمع، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس 14 (04).
168. شرتي، حورية (2020). تقدير الذات وعلاقته بالصلاية النفسية والضبط النفسي لدى متعلمي الطور الثانوي (التلاميذ المقبلين على اجتياز امتحان البكالوريا)، دراسة ميدانية في بعض ثانويات المدينة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه بجامعة المسيلة.
169. شقير، زينب محمود أبو العينين(2019). التوجه نحو الحياة للمرأة المعاقة بصريا: مؤشر لمعوقات التمكين النفسي والاجتماعي، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، مجلد9، العدد32.
170. شلتز، دوان: ترجمة الكربولي، حمدلي، النفيسي، عبد الرحمان (1982). نظريات الشخصية. بغداد. العراق: وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
171. شوقي ضيف وآخرون(2004). المعجم الوسيط. (ط4). مصر: مكتبة الشروق الدولية.
172. شيلا، راجا ترجمة: أحمد الصبوة، محمد نجيب (2019). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. القاهرة. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
173. صفاء صلاح، سند إبراهيم (2016). جودة الحياة والصحة النفسية: طريقك إلى السعادة: دار النشر يسطرون.

174. صقر، شيماء الحسيني محمد (2018). علاقة الرضا السكني بالتوجه نحو الحياة لدى عينة من المسنات المصريات والسعوديات. المجلة المصرية للدراسات المتخصصة، العدد 18.
175. طارق، عبد الرؤوف (2018). مفهوم وتقدير الذات. (ط1). القاهرة، مصر: دار العلوم للنشر والتوزيع.
176. طلعت أحمد، حسن علي (2012). فعالية برنامج إرشادي نفسي مبني على المساندة الاجتماعية وأثره في التحصيل الأكاديمي والاتجاه نحو الحياة لدى طلاب كلية التربية ببني سويف بعد ثورة يناير 2011. مجلة كلية التربية، الجزء الأول.
177. عادل محمد العدل، عادل محمد (2013). صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة. مصر: دار الكتاب الحديث.
178. عاطف خليل، نجلاء (2006). في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض. القاهرة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
179. عايدة شعبان صالح، ياسرة ابو هديوس (2014). الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل بقطاع غزة، مجلة الدراسات العربية في التربية وعلم النفس، المجلد 36.
180. عبد الجواد، وفاء محمد، عبد الفتاح، عزة خليل (2013). الصمود النفسي وعلاقته بطيب الحال لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي، العدد 31.
181. عبد الرؤوف طارق، المصري إيهاب عيسى (2017). المقاييس والاختبارات (التصميم - الإعداد - التنظيم): المجموعة العربية للتدريب والنشر.
182. عبد السلام، فاتن، الشناوي، حسن (2021). النمو الإيجابي بعد الصدمة وعلاقته بالتوجه نحو الحياة والمساندة الاجتماعية لدى عينة من الأرامل، مجلة قطاع الدراسات الانسانية، المجلد 1، العدد.
183. عبد المجيد، الشاعر وآخرون (2000). علم الاجتماع الطبي. عمان. الاردن: دار اليازوري العلمية.
184. عبد المجيد، مروان إبراهيم (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. (ط1). عمان الاردن: مؤسسة الرواق للنشر والتوزيع.

185. عبد المطلب، نورة عطية، وآخرون(2020). التوجه الإيجابي نحو الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلاب الجامعة تخصص صحة نفسية، مجلة دراسات وبحوث التربية النوعية، المجلد6، العدد02.
186. عبد الناصر، السيد عامر(2020). إسهام الصمود النفسي في جودة الحياة في ظل جائحة كورونا covid19، المجلة التربوية، العدد76.
187. عبد الهادي السيد عبده(2020). الكفاءة الشخصية(الانفعالية، الاجتماعية والأخلاقية): مكتبة الأنجلو المصرية.
188. عبدالعزيز، أحمد، أبو النصر، مدحت (2020). صناعة السعادة (تحقيق جودة الحياة والعمل). (ط1). القاهرة. مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
189. عصام، علي(2014). المهارات الحياتية للشباب دليل تدريبي. (ط1). القاهرة. مصر: مطبعة سيوبرس.
190. عكلة، سليمان الحوري، العزاوي كامل عبود (1991). الإعداد النفسي للرياضيين: دار الكتاب الثقافي.
191. علام، سحر فاروق (2013). الصمود النفسي وعلاقته بالتماسك الأسري لدى عينة من طالبات كلية البنات جامعة عين شمس، مجلة الارشاد النفسي، العدد36.
192. علام، غادة صلاح حامد(2021). التفاؤل والسعادة والمرونة النفسية في التنبؤ بشفقة الذات لدى المراهقين. بحث مقدم استكمالاً لنيل درجة الماجستير في التربية تخصص صحة نفسية، مجلة التربية بجامعة السادات بمصر.
193. عيسى، محمود عبد الرحمان (2018). مشكلات الطفل التوحدي. (ط1): دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
194. غانم، محمد حسن(2014). التفاؤل والتشاؤم (تأصيل نظري ودراسة ميدانية): مكتبة الأنجلو المصرية.
195. غانم، هناء، وآخرون(2021). نموذج بنائي للعلاقات بين المناعة النفسية واليقظة الذهنية وأساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب الجامعة من ذوي التوجه السلبي نحو الحياة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير تخصص التربية بجامعة دمنهور بمصر.

196. غانم، هناء محمد إسماعيل، أبو حلاوة، محمد السعيد (2021). التوجه السلبي نحو الحياة في ضوء المناعة النفسية واليقظة الذهنية لدى طلاب الجامعة، مجلة سوهاج للشباب الباحثين، العدد1.
197. غوستان، لوبرن (2014). ترجمة عادل زعيتير. الآراء والمعتقدات. (ط1): مؤسسة هندايو للتعليم والثقافة.
198. فتحى، وادة(2020). قلق المستقبل وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من طلبة جامعة الوادي، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد5، العدد4.
199. فخري، نضال (2018). الطقوس والمعتقدات الشعبية في فلسطين، رام الله. (دط) فلسطين: ابن الرشد للنشر والتوزيع.
200. فرحات، بن ناصر(2017). علاقة أساليب التفكير بالقدرة على حل المشكلات لدى عينة من تلاميذ الثانية ثانوي (دراسة ميدانية ببعض ثانويات دائرة مقرة)، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد5، العدد 1.
201. فكرة، عبد العزيز(2017). العلاقات الاجتماعية من منظور سوسولوجي، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة تبسة الجزائر، المجلد10، العدد01.
202. فلاح، عجيل يوسف، مالك فضيل، عبد الله(2021). المعتقدات الصحية لدى المتعافين من جائحة كورونا، مجلة كلية التربية، جامعة واسط، العدد45، ج1.
203. قطب، عبد الله شعبان(2021). مهارات كتابة خطة البحث (منهجيا وفنيا)، جامعة عين شمس.
204. لين تيريل وتيري باسنجير (2013) ترجمة مارك عبود. التوحد فرط الحركة. خلل القراءة والأداء، ط1، الرياض السعودية: دار المؤلف للنشر والتوزيع.
205. ماجد محمد، عثمان عيسى، محمد الخولي، منال علي(2021). الاحترق الأكاديمي لدى طلبة الجامعة خلال جائحة كوفيد 19 في ضوء الصمود النفسي وتوجهات أهداف الإنجاز، مجلة التربية، العدد179.
206. مازن عبد الهادي، أحمد، كراز، مازن هادي (2015). قراءات متقدمة في التعلم والتفكير: دار الكتب العلمية.
207. محمد هاني، محمد(2014). إدارة الموارد البشرية. (ط2). عمان. الأردن: المعتر للنشر والتوزيع.

208. محمود بدر، إبراهيم (2004). الطفل التوحدي تشخيص وعلاج. القاهرة. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
209. مرسي، منى مصطفى فرغلي (2019). إسهام التنظيم الانفعالي والتوجه الروحي نحو الحياة في التنبؤ بالانفصال العاطفي لدى عينة من السيدات المتزوجات "دراسة ارتباطية تنبؤية. المؤسسة العربية للبحث العلمي والتنمية البشرية، المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية. العدد34.
210. مسعودي، أحمد(2017). جودة الحياة النفسية، مجلة روافد، العدد الاول المركز الجامعي عين تيموشنت.
211. مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني، كامل (2011). سمات التوحد. (ط1). عمان، الاردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
212. مصحح الصالح(1999). الشامل في قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية(ط1). الرياض. السعودية: دار عالم الكتب للطباعة والنشر.
213. منتهى مطشر، عبد الصاحب، وسن، ناصر محمد(2017)، المؤتمر الأكاديمي الثامن عشر في جامعة إسطنبول بتركيا.
214. موريس، أنجيس(2004) ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصة للنشر، الجزائر.
215. موفق، ديهية (2017). أثر المعتقدات الصحية على الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، المجلد 02، العدد 02.
216. نحاوة، لونيس(2017). استراتيجية الاتحادات الرياضية في حل المشكلات الإدارية للرفع من الفعالية التنظيمية في المنافسات الرياضية، دراسة ميدانية بالاتحادية الرياضية الجزائرية لكرة الطائرة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في نظرية ومنهجية التربية البدنية بجامعة المسيلة.
217. نورس، شاكور هادي(2008). اشتقاق المعايير لمقياس التوجه نحو الحياة. مجلة كلية التربية جامعة بابل، عدد خاص.
218. نوهة، على محمد عبدو البجباح، وآخرون(2018). تنمية الصمود النفسي لدى طالبات الجامعة باستخدام بعض استراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا، مجلة البحث العلمي في التربية بمصر، العدد19، الجزء 10.

219. نويوة، فيصل (2018). النمو النفس اجتماعي (فاعليات الأنا) ومصدر الضبط وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المراهق المتمدرس بمرحلة التعليم الثانوي (دراسة ميدانية بمدينة المسيلة)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس تخصص علم النفس العيادي.
220. هاشم مهدي، إنتصار (2016). تطور المعتقد الصحي لدى الأطفال، مجلة الآداب، العدد 115.
221. هلا، حسين، عجمي رشاد (2019). فضائي الداخلي الدليل التصميمي للبيئة الداخلية لذوي اضطراب طيف التوحد. (ط1). دار مدارك للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية. دار مدارك للنشر، الرياض.
222. وجدان جعفر، الحكاك، جواد (2001). بناء مقياس التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة جامعة بغداد، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير.
223. وليد محمد، علي محمد (2015). استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين. الاسكندرية. مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
224. وليد محمد، علي محمد (2016). استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال المتوحدين، مؤسسة فورس للنشر والتوزيع. الإسكندرية. مصر: مؤسسة فورس للنشر والتوزيع.
225. يحيى، أحلام (2019). فاعلية برنامج قائم على الإرشاد النفسي الديني في التخفيف من قلق المستقبل لدى طلبة جامعة محمد بوضياف، أطروحة مقدمة لنيل رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة المسيلة. في علوم التربية.
226. يحيى، محمود جهان (2016). المعتقدات الصحية لدى الرياضيين وعلاقتها بالسلوك الصحي، المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية، العدد 78.
227. يسرا راضي إبراهيم الافندي (2018). الصمود النفسي وعلاقته بكل من التوافق الزواجي والرضا عن الحياة لدى أمهات الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة كلية الآداب علم النفس العصبي بجامعة فروم مصر.
228. يوسف، حدة (2017). الشعور بالتماسك النفسي كمورد صحي للوقاية من الضغوط النفسية، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي، العدد 21.

مراجع اللغة الأجنبية:

1. Fagerström, L. (2010). **Positive life orientation--an inner health resource among older people.** Scand J Caring Sci. 2010 Jun;24(2):349-356.
2. Sayyed Ali samadi(2020).**parental beliefs and fee lings about Autism spectrum disorder in iran.** International journal of environment-research and public helth pp 01-13..
3. -ayda'a, A. I. (2012). **Determination of Parents' Resilience with Autistic child in Baghdad City.** Journal of the Faculty of Medicine, 54(4), 325-330.
4. Bonanno , G ,Moskowitz , Folkmans (2005). **Resilience to loss inberreaved spouses, bereaved parents and bereaved gaymen,** journal of personality et social psychologie,88 ,pp 827-843.
5. Carver, C., S. & Scheier, M., F. (2014). **Dispositional optimism. trends cogn** Sci. 18 (6). 293–299.
6. Ritchardson.G.E.(2002).**The methatheory of resilience and resiliency.**Journal of clinicalpsychology.58.pp307-321.
7. Sarason. Cevine (2013) . **Affective mediators of the influence of gratitude of life sattistion late adolescence.**
8. Scheitzen,M et bonjut ,E)2014(**psychologie de la santé (2eme edition)**)
9. Stein M(2005). **Resilience and young people leaving care:** Overcoming the odds, Research Report, joseh Rowan tree foundation york.rk

الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة الأساتذة المحكمين للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية

الرقم	اسم المحكم	الجامعة	الرتبة
01	كتفي عزوز	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	-أستاذ محاضر -أ
02	براخلية عبد الغاني	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أستاذ محاضر -أ-
03	بن زطة بلدية	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	أستاذة محاضرة -ب-
04	محمد أحمد شاهين	جامعة القدس المفتوحة	أستاذ
05	عذراء إسماعيل زيدان الفرجاوي	جامعة بغداد -العراق-	أستاذة مساعدة
06	روبي محمد	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	-أستاذ محاضر -أ
07	عمومن رمضان	جامعة الأغواط عمار ثليجي	أستاذ التعليم العالي

الملحق رقم (02): مقاييس الدراسة في صورها الأولية قبل تحكيم عباراتها

الاسم:.....

اللقب:.....

الدرجة العلمية:.....

التخصص:.....

الجامعة:.....

أستاذي الفاضل أضع بين يديكم أدوات القياس هاته قصد الاستفادة من خبرتكم في تحكيم بنودها،
علما أن أداة المعتقدات الصحية من بناء الباحثة، والأداتين الأخرتين: الصمود النفسي والتوجه نحو الحياة
تم تكييف بعض عباراتها واستبدال أخرى وذلك من أجل بلوغ هدف الدراسة، وذلك في إطار تحضيري
لأطروحة الدكتوراه الموسومة بعنوان: الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية
لدى أمهات أطفال التوحد- دراسة ميدانية بولاية المسيلة.

وشكرا على تعاونكم معنا

استبيان المعتقدات الصحية:

الرقم	العبارة	تقيس	لا تقيس
القابلية المدركة للمرض			
01	كنت أعلم أن إبني مصاب بالتوحد		
			التصحيح
02	كانت تبدو لي بعض السمات التي تصنف ضمن اضطراب التوحد		
			التصحيح
03	سمعت كثيرا عن التوحد وكنت على شك أن إبني قد يكون مصاب به		
			التصحيح
04	شككت أن إبني غير طبيعي في فترة نموه		
			التصحيح
05	عندما كنت حامل كنت أتوقع ولادة طفل توحي		
			التصحيح
الخطورة المدركة للمرض			
01	أعلم أن الشفاء الكلي لطفلي لن يتحقق		
			التصحيح
02	لن يتحسن إبني ما لم أعرض حالته على مختصين نفسانيين وأطباء		
			التصحيح
03	اضطراب التوحد مرض غامض أتعني كثيرا		
			التصحيح
04	ليس له علاج شامل لكن هناك تحسن في سلوكيات الاطفال بعد العلاج		
			التصحيح
05	سيصعب علي تعليم ابني والتعامل معه ما لم أقم بمتابعة حالته مبكرا		
			التصحيح
الفوائد المدركة للفعل			
01	سيتحسن ابني وسيعدل سلوكه مادمت أتابع البرامج العلاجية المقررة له من طرف الاخصائيين في المنزل .		
			التصحيح

		سيتعلم ابني المهارات الاجتماعية ويتحسن عندما أدخله لمركز متخصص لحالات التوحد	02
			التصحيح
		أعلم أن بذل جهدي وطاقتي في شفاء ابني لن تكون بدون نتيجة .	03
			التصحيح
		أؤمن ان كاشفي المبكر لابني وسعيي لعلاجـه هو نصف العلاج .	04
			التصحيح
		متابعة ارشادات ونصائح الاخصائيين والمربين ستحسن من سلوكيات ابني	05
			التصحيح
التكاليف المدركة للفعل			
		ادرك أن اهمالي لابني قد يؤخر من مهاراته التواصلية	01
			التصحيح
		اهمال الرعاية الصحية والنفسية لابني قد يزيد من تعقد حالته.	02
			التصحيح
		متابعتي المستمرة لابني قد يزيد من فرص تحسن حالته	03
			التصحيح
		ممارسة الانشطة لابني في المنزل المتبعة من طرف الاخصائية عدلت سلوكيات ابني العنيفة	04
			التصحيح
		الاعتناء الخاص بابنني والحرص على تطبيق كافة نشاطاته قلل من خوفي على حالته	05
			التصحيح
الدافعية الصحية			
		سيصبح ابني في حالة صحية جيدة مستقبلا	01
			التصحيح
		سيكون ابني مثل باق الاطفال	02
			التصحيح
		سيتمكن ابني من تخطي الصعوبات المتعلقة بالاضطراب	03
			التصحيح

		سأرى طفلي بطلا ناجحا في المستقبل	04
			التصحيح
		سي تغلب ابني على التوحد ويندمج ضمن أسرته وفي المجتمع .	05
			التصحيح
الهدايات للتصرف			
		انصح كل ام ان تعتني بصحتها وصحة ابنها أثناء وبعد الحمل	01
			التصحيح
		أفيد الامهات بتجربتي الخاصة مع ابني	02
			التصحيح
		احث الامهات على التشخيص المبكر لأولادهم	03
			التصحيح
		احكي للأمهات عن تجربتي مع ابني من اجل افادتهن	04
			التصحيح
		انصح الامهات بالعيادات والمراكز التي تحسن من سلوك ابنائهن.	05
			التصحيح

استبيان الصمود النفسي:

الرقم	العبارات	تقيس	لا تقيس
01	أشعر أن إيماني بالله يخفف عني الصعاب التي تواجهني في معاملتي مع ابني التوحيدي		
02	أستطيع تحمل المواقف الضاغطة التي تواجهني بسبب اضطراب ابني		
03	يثق الآخرون بقدراتي		
04	أهتم بمستقبل ابني التوحيدي		
05	ألجأ إلى الله بالدعاء وقت الشدة		
06	أثق في قدراتي رغم صعوبة الحياة		
07	أساند المحيطين بي عند مرورهم بأوقات صعبة		
08	أؤمن بالمقولة: لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس .		
09	أصبر عندما أتعرض للمحن.		
10	أستطيع مواجهة المشاكل التي تفاجئني .		

		أرى أن علاقاتي الاجتماعية ناجحة.	11
		أنظر إلى الجانب الإيجابي في حياة ابني التوحيدي.	12
		أشكر الله في السراء والضراء.	13
		أدير انفعالاتي بطريقة متزنة.	14
		أتعاطف مع الآخرين في أفراحهم وأحزانهم .	15
		أهتم بالأهداف المستقبلية لابني التوحيدي.	16
		أشارك في أعمال الخير .	17
		أمتلك القدرة على التخطيط السليم لمستقبل ابني التوحيدي.	18
		أسير في الحياة وفق خطط مدروسة.	19
		أومن بالقضاء والقدر .	20
		أحتفظ بهدوئي في الأزمات .	21
		أساعد ابني التوحيدي على تخطي العقبات التي	22

		تواجهه.	
		أتوقع أن تسير الأمور لصالح ابني التوحيدي.	23
		التزامي الديني يساعدني على مواجهة الضغوط.	24
		أستعيد توازني بعد مواجهة الشدائد.	25
		أتوقع بأن الأفضل ينتظر ابني التوحيدي.	26
		أحمد الله الذي لا يحمده على مكروهه سواه.	27
		أتكيف مع ظروف الحياة المتقلبة.	28
		أتحمل المسؤولية الكبيرة اتجاه ابني التوحيدي.	29
		أشعر بالتفاؤل رغم التحديات التي تواجهني في التعامل مع إبني.	30
		أتقرب إلى الله بالعبادة عندما تواجهني المشاكل.	31
		أستطيع اتخاذ قرارات صائبة عند مواجهة المشكلات.	32

		أقدم الخدمات التي يحتاجها ابني التوحيدي .	33
		أساعد ابني التوحيدي أن يقبل على الحياة بكل تفاؤل.	34
		أومن بأن بعد العسر يسرا.	35

استبيان التوجه نحو الحياة:

الرقم	العبارات	تقيس	لا تقيس
01	أتوقع الأحسن حتى في الظروف الصعبة .		
02	من السهل علي أن أسترخي.		
03	أنظر عادة إلى الجانب المشرق في الحياة.		
04	أنا دائما متفائلة بالنسبة لمستقبلي ومستقبل إبني التوحيدي.		
05	أستمتع كثيرا وأنا أعتني بابني.		
06	لم أتوقع مطلقا أن تسير الأمور في صالحني.		
07	لن تتحقق الأمور أبدا بالطريقة التي أريدها.		

		ليس من السهل أن أصبح قلقة .	08
		أؤمن بالفكرة القائلة بعد العسر يسرا	09
		أتخوف من أشياء يمكن أن تحدث لابني التوحيدي .	10
		أنظر للحياة على أنها تسير إلى هدف مفيد.	11
		أتقبل الحياة ببشاشة مهما تكن الأحوال.	12
		أشعر بأن الفرص موجودة من أجل علاج ابني.	13
		أتوقع أن يتحسن ابني في الأعوام القادمة.	14
		غالبا ما أتوقع شيئا سلبيا في المستقبل.	15
		لدي الثقة الكبيرة في نجاح إبني.	16
		أتفاؤل بمستقبل مزهر لإبني .	17
		تبدو لي الحياة جميلة.	18
		أتوقع عدم تحسن الأشياء في المستقبل.	19

		الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل	20
		حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها	21
		يأخذ اليأس مكانا كبيرا في حياتي.	22
		لا أستسلم للحزن.	23

الملحق رقم(03): مقاييس الدراسة في صورتها النهائية

البيانات الشخصية:

عمر الام: 20-30 () . 31-40 () . 41-50 () . أكثر من 50 () .

المستوى الدراسي: جامعي () . المرحلة الثانوية () . المرحلة المتوسطة () ، آخر.....

عمر الطفل: أقل من 5 سنوات () أكثر من 5 سنوات () .

لأجل القيام بدراسة علمية لنيل درجة الدكتوراه في ميدان علم النفس تخصص علم النفس الصحة بجامعة المسيلة تقوم الطالبة الباحثة بدراسة علمية ميدانية لا مهات أطفال التوحد بولاية المسيلة قصد تطبيق دراستها الميدانية لعنوان البحث التالي: الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة وبالمعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد دراسة ميدانية بولاية المسيلة، ولذلك قمنا بتقديم لكم هذه الاستبيانات للإجابة عليها لغرض خدمة البحث العلمي كما نعلمكم أن إجاباتكم ستحظى بالسرية التامة وسيطلع عليها الا الباحثة وفي الاخير تقبلوا مني جزيل الشكر والامتنان على تعاونكم معنا.

الباحثة: بوساق عائشة

استبيان المعتقدات الصحية:

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لا رأي	غير موافق	غير موافق بشدة
01	كنت أعلم أن ابني مصاب بالتوحد					
02	بدت لي مسبقا بعض الاعراض التي تصنف ضمن اضطراب التوحد.					
03	كنت على إعتقاد أن ابني قد يكون مصاب بالتوحد.					
04	كنت أشك أن ابني غير طبيعي في فترة نموه.					
05	عندما كنت حاملا توقعت ولادة طفل					

					توحيدي بسبب ظروف الحمل.	
					أعلم أن الشفاء الكلي لطفلي لن يتحقق	06
					لن يتحسن إبنني مالم أعرض حالته على مختصين نفسانيين وأطباء	07
					اضطراب التوحد مرض غامض	08
					ليس له علاج تام لكن هناك تحسن للأطفال عند متابعتهم للعلاج.	09
					سيصعب علي التعامل مع ابني وتعليمه معه مالم اتابع حالته مبكرا	10
					سيتحسن ابني وسيتعدل سلوكه مادمت أتابع البرامج العلاجية المقررة له من طرف الاخصائيين في المنزل.	11
					سيتعلم ابني المهارات الاجتماعية ويتحسن عندما أدخله لمركز متخصص لحالات التوحد.	12
					أعلم أن بذل جهدي وطاقتي في شفاء ابني لن تكون بدون نتيجة	13
					أؤمن ان كسفي المبكر لابني وسعيي لعلاجه هو نصف العلاج.	14
					متابعة ارشادات ونصائح الاخصائيين والمربين ستحسن من سلوكيات ابني التوحيدي.	15
					اهمالي لابني قد يؤخر من مهاراته التواصلية	16
					اهمال الرعاية الصحية والنفسية لابني قد يزيد من تعقد حالته..	17
					متابعتي المستمرة لإبني قد تزيد من	18

					فرص تحسن حالته.	
					19 ممارسة الانشطة لإبني في المنزل المتبعة من طرف الاخصائية عدلت سلوكاته العنيفة.	
					20 الاعتناء الخاص بإبني والحرص على تطبيق كافة نشاطاته قلل من خوفا على حالته.	
					21 سيصبح ابني في حالة صحية جيدة مستقبلا.	
					22 أتوقع أن يكون إبني مثل باقي الأطفال العاديين.	
					23 سيتمكن ابني من تخطي الصعوبات المتعلقة بالاضطراب.	
					24 سأرى طفلي بطلا ناجحا في المستقبل	
					25 سيتغلب ابني على التوحد ويندمج ضمن أسرته ومجتمعه.	
					26 انصح كل ام ان تعتني بصحتها وصحة ابنها أثناء وبعد الحمل.	
					27 أفيد الامهات بتجربتي الخاصة مع ابني التوحيدي.	
					28 احث الامهات على التشخيص المبكر لأولادهم.	
					29 احكي للأمهات عن تجربتي مع ابني من اجل افادتهن.	
					30 انصح الامهات بالعيادات والمراكز التي تحسن من سلوك ابنائهن..	

استبيان الصمود النفسي:

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لا رأي	غير موافق	غير موافق بشدة
01	أشعر أن إيماني بالله يخفف عني الصعاب التي تواجهني في معاملتي مع ابني التوحيدي					
02	أستطيع تحمل المواقف الضاغطة التي تواجهني بسبب اضطراب ابني					
03	يثق الآخرون بقدراتي في التعامل مع طفلي التوحيدي.					
04	أهتم بمستقبل ابني التوحيدي					
05	ألجأ إلى الله بالدعاء وقت الشدة					
06	أثق في قدراتي رغم صعوبة الحياة					
07	أساند المحيطين بي عند مرورهم بأوقات صعبة					
08	أومن بالمقولة: لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس .					
09	أصبر عندما أتعرض للمحن.					
10	أستطيع مواجهة المشاكل التي تقابني .					
11	أرى أن علاقاتي الاجتماعية ناجحة.					
12	أنظر إلى الجانب الإيجابي في حياة ابني التوحيدي.					
13	أشكر الله لأنه إبتلاني بمرض إبني .					
14	أدير انفعالاتي بطريقة متزنة.					
15	أتعاطف مع الآخرين في أفراحهم وأحزانهم .					
16	أهتم بالأهداف المستقبلية لابني التوحيدي.					

الملاحق

					أشارك في أعمال الخير لمساعدة أسر أطفال التوحد.	17
					أمتلك القدرة على التخطيط السليم لمستقبل ابني التوحيدي.	18
					أسير في الحياة وفق خطط مدروسة لمستقبل إبني التوحيدي.	19
					أومن بالقضاء والقدرة.	20
					أحتفظ بهدوئي في الأزمات .	21
					أساعد ابني التوحيدي على تخطي العقبات التي تواجهه.	22
					أتوقع أن تسير الأمور لصالح ابني التوحيدي.	23
					التزامي الديني يساعدني على مواجهة الضغوط.	24
					أستعيد توازني بعد مواجهة الشدائد.	25
					أتوقع بأن الأفضل ينتظر ابني التوحيدي.	26
					أحمد الله الذي لا يحمده على مكروهه سواه.	27
					أتكيف مع ظروف الحياة المتقلبة.	28
					أتحمل المسؤولية الكبيرة اتجاه ابني التوحيدي.	29
					أشعر بالتفاؤل رغم التحديات التي تواجهني في التعامل مع إبني.	30
					أقترب إلى الله بالعبادة عندما تواجهني المشاكل مع إبني التوحيدي.	31
					أستطيع اتخاذ قرارات صائبة عند مواجهة المشكلات.	32
					أقدم الخدمات التي يحتاجها ابني التوحيدي .	33
					أساعد ابني التوحيدي أن يقبل على الحياة بكل تفاؤل.	34

استبيان التوجه نحو الحياة:

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	لا رأي	غير موافق	غير موافق بشدة
01	أتوقع الاحسن حتى في الظروف الصعبة .					
02	من السهل علي أن أسترخي عند مواجهتي للضغوطات.					
03	أنظر عادة إلى الجانب المشرق لحياة ابني.					
04	أنا متفائلة بالنسبة لمستقبلي ومستقبل ابني التوحيدي.					
05	أستمتع كثيرا وأنا أعتني بابني.					
06	لم أتوقع أن تسير الأمور في صالحني.					
07	لن تتحقق الامور بالطريقة التي أريدها.					
08	ليس من السهل أن أصبح قلقة .					
09	أؤمن بالفكرة القائلة بعد العسر يسرا					
10	أتخوف من أشياء يمكن أن تحدث لابني التوحيدي .					
11	أنظر للحياة على أنها تسير إلى هدف مفيد.					
12	اتقبل الحياة ببساطة مهما تكن الأحوال.					
13	أشعر بأن الفرص موجودة من أجل علاج ابني.					
14	أتوقع أن يتحسن ابني في الاعوام القادمة.					
15	أتوقع شيئا سلبيا في مستقبل ابني .					
16	لدي الثقة في نجاح ابني.					
17	أتفاؤل بمستقبل مزهر لابني التوحيدي					

الملاحق

					تبدو لي الحياة جميلة عندما أساعد ابني التوحيدي.	18
					أتوقع عدم تحسن الأشياء في المستقبل.	19
					الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل لي ولإبني.	20
					حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها	21
					يأخذ اليأس مكانا في حياتي.	22
					لا أستسلم للحزن.	23

الملحق رقم (04): يمثل الأسئلة التي تم توجيهها للأمهات أثناء مقابلتهم في المركزين البيداغوجيين:

السؤال 01: صفي شعورك حينما سمعتي أول مرة أن ابنك لديه اضطراب التوحد؟

السؤال 02: هل قمتي بحضور برنامج تدريبي يخص أمهات التوحد؟ وماذا استفدتي من ذلك؟

السؤال 03: هل تقبلتي طفلك التوحيدي أم مازال الأمر مصدر انزعاج بالنسبة لك؟

السؤال 04: هل تهتمين بصحتك النفسية؟

السؤال 05: كيف تتصرفين في المنزل مع ابنك؟ وهل تفهمين تصرفاته حينما يريد شيئا؟

السؤال 06: هل تقومين بتعليم ابنك السلوكيات الصحية ومحاولة تدريبه عليها يوميا؟

الملحق رقم (05): مخرجات SPSS

Corrélations

		الشخ	الاج	المستقبل	الروحية	الصمود	التوجه
الشخ	Corrélation de Pearson	1	,689**	,709**	,703**	,866**	,345**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	121	121	121	121	121	121
الاج	Corrélation de Pearson	,689**	1	,740**	,711**	,878**	,397**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	121	121	121	121	121	121
المستقبل	Corrélation de Pearson	,709**	,740**	1	,705**	,898**	,298**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,001
	N	121	121	121	121	121	121
الروحية	Corrélation de Pearson	,703**	,711**	,705**	1	,893**	,328**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	121	121	121	121	121	121
الصمود	Corrélation de Pearson	,866**	,878**	,898**	,893**	1	,382**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	121	121	121	121	121	121
التوجه	Corrélation de Pearson	,345**	,397**	,298**	,328**	,382**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001	,000	,000	
	N	121	121	121	121	121	121

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		الصمود	التوجه
الصمود	Corrélation de Pearson	1	,382**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	121	121
التوجه	Corrélation de Pearson	,382**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	121	121

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

العلاقة بين الصمود النفسي والمعتقدات الصحية:

Corrélations

		المعتقد	الصمود	الشخصية	الإجتماعية	المستقبل	الروحية	القابلية	الخطورة	الفرائد	التكاليف	الدافعية	الهاديات
المعتقد	Corrélation de Pearson	1	,638**	,434**	,360**	,376**	,366**	,215*	,345**	,235**	,271**	,180*	,258**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,018	,000	,010	,003	,049	,004
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الصد مود	Corrélation de Pearson	,638**	1	,541**	,584**	,623**	,637**	,190*	,197*	,220*	,210*	,350**	,234**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,037	,030	,015	,021	,000	,010
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الشخ صية	Corrélation de Pearson	,434**	,541**	1	,654**	,695**	,689**	,176	,141	,207*	,202*	,247**	,275**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,054	,124	,023	,026	,006	,002
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الإجتما عية	Corrélation de Pearson	,360**	,584**	,654**	1	,723**	,689**	,130	,080	,186*	,181*	,248**	,290**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,155	,381	,041	,047	,006	,001
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
المستقب ل	Corrélation de Pearson	,376**	,623**	,695**	,723**	1	,705**	,185*	,070	,077	,227*	,246**	,176
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,043	,443	,400	,012	,007	,053
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الروح ة	Corrélation de Pearson	,366**	,637**	,689**	,689**	,705**	1	,038	-,018	,256**	,115	,287**	,270**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,679	,847	,005	,208	,001	,003
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
القابلية	Corrélation de Pearson	,215*	,190*	,176	,130	,185*	,038	1	,282**	-,011	,097	,082	,074
	Sig. (bilatérale)	,018	,037	,054	,155	,043	,679		,002	,901	,291	,371	,417

	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الخطوة	Corrélation de Pearson	,345**	,197*	,141	,080	,070	-,018	,282**	1	,276**	,308**	,130	,059
	Sig. (bilatérale)	,000	,030	,124	,381	,443	,847	,002		,002	,001	,157	,518
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الفوائد	Corrélation de Pearson	,235**	,220*	,207*	,186*	,077	,256**	-,011	,276**	1	,265**	,287**	,205*
	Sig. (bilatérale)	,010	,015	,023	,041	,400	,005	,901	,002		,003	,001	,024
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
التكاليف	Corrélation de Pearson	,271**	,210*	,202*	,181*	,227*	,115	,097	,308**	,265**	1	,380**	,222*
	Sig. (bilatérale)	,003	,021	,026	,047	,012	,208	,291	,001	,003		,000	,014
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الدافعية	Corrélation de Pearson	,180*	,350**	,247**	,248**	,246**	,287**	,082	,130	,287**	,380**	1	,238**
	Sig. (bilatérale)	,049	,000	,006	,006	,007	,001	,371	,157	,001	,000		,008
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الهاديات	Corrélation de Pearson	,258**	,234**	,275**	,290**	,176	,270**	,074	,059	,205*	,222*	,238**	1
	Sig. (bilatérale)	,004	,010	,002	,001	,053	,003	,417	,518	,024	,014	,008	
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		القابلية	الخطورة	الفوائد	التكاليف	الدافعية	الهاديات	المعتقد	التوجه
القابلية	Corrélation de Pearson	1	,093	-,096	-,154	,026	,052	,384**	,042
	Sig. (bilatérale)		,311	,297	,092	,781	,568	,000	,649
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
الخطورة	Corrélation de Pearson	,093	1	,464**	,355**	,141	,116	,572**	,049
	Sig. (bilatérale)	,311		,000	,000	,122	,203	,000	,593
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
الفوائد	Corrélation de Pearson	-,096	,464**	1	,507**	,366**	,344**	,668**	,163
	Sig. (bilatérale)	,297	,000		,000	,000	,000	,000	,073
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
التكاليف	Corrélation de Pearson	-,154	,355**	,507**	1	,344**	,377**	,622**	,167
	Sig. (bilatérale)	,092	,000	,000		,000	,000	,000	,066
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
الدافعية	Corrélation de Pearson	,026	,141	,366**	,344**	1	,430**	,667**	,265**
	Sig. (bilatérale)	,781	,122	,000	,000		,000	,000	,003
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
الهاديات	Corrélation de Pearson	,052	,116	,344**	,377**	,430**	1	,618**	,102
	Sig. (bilatérale)	,568	,203	,000	,000	,000		,000	,266
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
المعتقد	Corrélation de Pearson	,384**	,572**	,668**	,622**	,667**	,618**	1	,228*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,012
	N	121	121	121	121	121	121	121	121
التوجه	Corrélation de Pearson	,042	,049	,163	,167	,265**	,102	,228*	1
	Sig. (bilatérale)	,649	,593	,073	,066	,003	,266	,012	
	N	121	121	121	121	121	121	121	121

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
الصمود	1,272	3	117	,287
الشخصية	2,316	3	117	,079
الإجتماعية	,111	3	117	,954
المستقبل	1,160	3	117	,328
الروحية	,559	3	117	,643

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الصمود	Intergruppes	370,478	3	123,493	,787	,503
	Intragruppes	18352,580	117	156,860		
	Total	18723,058	120			
الشخصية	Intergruppes	17,436	3	5,812	,599	,617
	Intragruppes	1134,564	117	9,697		
	Total	1152,000	120			
الإجتماعية	Intergruppes	10,896	3	3,632	,381	,767
	Intragruppes	1114,261	117	9,524		
	Total	1125,157	120			
المستقبل	Intergruppes	25,844	3	8,615	,560	,643
	Intragruppes	1800,569	117	15,389		
	Total	1826,413	120			
الروحية	Intergruppes	74,767	3	24,922	1,540	,208
	Intragruppes	1893,233	117	16,181		
	Total	1968,000	120			

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
الضمود	,060	3	117	,980
الشخصية	,258	3	117	,855
الإجتماعية	1,359	3	117	,259
المستقبل	,851	3	117	,469
الروحية	1,101	3	117	,352

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الضمود	Intergruppes	1011,884	3	337,295	2,228	,089
	Intragruppes	17711,174	117	151,378		
	Total	18723,058	120			
الشخصية	Intergruppes	56,914	3	18,971	2,027	,114
	Intragruppes	1095,086	117	9,360		
	Total	1152,000	120			
الإجتماعية	Intergruppes	48,685	3	16,228	1,764	,158
	Intragruppes	1076,472	117	9,201		
	Total	1125,157	120			
المستقبل	Intergruppes	69,736	3	23,245	1,548	,206
	Intragruppes	1756,678	117	15,014		
	Total	1826,413	120			
الروحية	Intergruppes	105,266	3	35,089	2,204	,091
	Intragruppes	1862,734	117	15,921		
	Total	1968,000	120			

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوجه نحو الحياة

1/ بالنسبة لعمر الأم

Test d'homogénéité des variances

التوجه

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,740	3	117	,531

ANOVA

التوجه

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	480,788	3	160,263	2,157	,097
Intragroupes	8691,443	117	74,286		
Total	9172,231	120			

2-بالنسبة للمستوى الدراسي:

Test d'homogénéité des variances

التوجه

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
3,034	3	117	,032

ANOVA

التوجه

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	510,004	3	170,001	2,296	,081
Intragroupes	8662,227	117	74,036		
Total	9172,231	120			

توجد فروق في المعتمدات الصحية

- بالنسبة لعمر الأم:

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
المعتقد	,582	3	117	,628
بعد 1	1,133	3	117	,339
بعد 2	,802	3	117	,495
بعد 3	,678	3	117	,568
بعد 4	,542	3	117	,654
بعد 5	1,634	3	117	,185
بعد 6	,161	3	117	,922

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
المعتقد	Intergruppes	236,919	3	78,973	,601	,616
	Intragruppes	15376,403	117	131,422		
	Total	15613,322	120			
بعد 1	Intergruppes	92,753	3	30,918	1,470	,226
	Intragruppes	2460,768	117	21,032		
	Total	2553,521	120			
بعد 2	Intergruppes	22,940	3	7,647	,951	,419
	Intragruppes	940,945	117	8,042		
	Total	963,884	120			
بعد 3	Intergruppes	12,247	3	4,082	,482	,696
	Intragruppes	991,472	117	8,474		
	Total	1003,719	120			
بعد 4	Intergruppes	14,465	3	4,822	,534	,660
	Intragruppes	1055,535	117	9,022		
	Total	1070,000	120			
بعد 5	Intergruppes	96,021	3	32,007	2,241	,087
	Intragruppes	1671,268	117	14,284		
	Total	1767,289	120			
بعد 6	Intergruppes	10,742	3	3,581	,484	,694
	Intragruppes	865,522	117	7,398		
	Total	876,264	120			

2- بالنسبة للمستوى الدراسي

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
المعتقد	,606	3	117	,613
بعد 1	3,477	3	117	,018
بعد 2	,643	3	117	,589
بعد 3	,767	3	117	,515
بعد 4	1,158	3	117	,329
بعد 5	1,493	3	117	,220
بعد 6	,820	3	117	,485

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
المعتقد	Intergruppes	206,355	3	68,785	,522	,668
	Intragruppes	15406,968	117	131,683		
	Total	15613,322	120			
بعد 1	Intergruppes	153,367	3	51,122	2,492	,064
	Intragruppes	2400,154	117	20,514		
	Total	2553,521	120			
بعد 2	Intergruppes	5,758	3	1,919	,234	,872
	Intragruppes	958,127	117	8,189		
	Total	963,884	120			
بعد 3	Intergruppes	22,524	3	7,508	,895	,446
	Intragruppes	981,195	117	8,386		
	Total	1003,719	120			
بعد 4	Intergruppes	10,926	3	3,642	,402	,752
	Intragruppes	1059,074	117	9,052		
	Total	1070,000	120			
بعد 5	Intergruppes	70,740	3	23,580	1,626	,187
	Intragruppes	1696,549	117	14,500		
	Total	1767,289	120			
بعد 6	Intergruppes	16,412	3	5,471	,744	,528
	Intragruppes	859,852	117	7,349		
	Total	876,264	120			

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصفود	121	153,2562	12,49102	1,13555

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 143					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الصفود	9,032	120	,000	10,25620	8,0079	12,5045

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد الأول الكفاءة الشخصية:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الشخصية	121	39,7273	3,09839	,28167

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 37					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الشخصية	9,682	120	,000	2,72727	2,1696	3,2850

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد الثاني الكفاءة الإجتماعية:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإجتماعية	121	30,4050	3,06208	,27837

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 27					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الإجتماعية	12,232	120	,000	3,40496	2,8538	3,9561

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد الثالث التوجه نحو المستقبل:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المستقبل	121	38,2149	3,90130	,35466

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 37					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
المستقبل	3,425	120	,001	1,21488	,5127	1,9171

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للبعد الرابع القيمة الروحية:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الروحية	121	44,9091	4,04969	,36815

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 42					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الروحية	7,902	120	,000	2,90909	2,1802	3,6380

الانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية وقيمة ت لمقياس التوجه نحو الحياة

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التوجه	121	87,5124	8,74273	,79479

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 82					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التوجه	6,936	120	,000	5,51240	3,9388	7,0860

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للمعتقدات الصحية

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المعتقد	121	122,8512	11,40662	1,03697

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 108					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
المعتقد	14,322	120	,000	14,85124	12,7981	16,9044

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد الاول

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد 1	121	16,7686	4,61295	,41936

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 11					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد 1	13,756	120	,000	5,76860	4,9383	6,5989

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد الثاني

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد 2	121	20,1322	2,83414	,25765

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 19					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد 2	4,394	120	,000	1,13223	,6221	1,6424

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد الثالث:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد3	121	21,6446	2,89211	,26292

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 16					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد3	21,469	120	,000	5,64463	5,1241	6,1652

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد الرابع:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد4	121	21,6364	2,98608	,27146

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 17					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد4	17,079	120	,000	4,63636	4,0989	5,1738

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد الخامس:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد5	121	20,2975	3,83763	,34888

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 17					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد 5	9,452	120	,000	3,29752	2,6068	3,9883

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة ت: للبعد السادس:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد 6	121	22,3719	2,70226	,24566

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 20					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
بعد 6	9,655	120	,000	2,37190	1,8855	2,8583

Corrélations

	المعتقد	الصدود	الشخصية	الإجتماعية	المستقبل	الروحية	القابلية	الخطورة	الفوائد	التكاليف	الدافع ة	الهاديات
المعتقد	Corrélation de Pearson 1 Sig. (bilatérale) N	,638** ,000 121	,434** ,000 121	,360** ,000 121	,376** ,000 121	,366** ,000 121	,215* ,018 121	,345** ,000 121	,271** ,010 121	,271** ,003 121	,180 ,049 121	,258** ,004 121
الصدود	Corrélation de Pearson ,638** Sig. (bilatérale) N	1 ,000 121	,541** ,000 121	,584** ,000 121	,623** ,000 121	,637** ,000 121	,190* ,037 121	,197* ,030 121	,220* ,015 121	,210* ,021 121	,350** ,000 121	,234** ,010 121
الشخصية	Corrélation de Pearson ,434** Sig. (bilatérale) N	,541** ,000 121	1 ,000 121	,654** ,000 121	,695** ,000 121	,689** ,000 121	,176 ,054 121	,141 ,124 121	,207* ,023 121	,202* ,026 121	,247** ,006 121	,275** ,002 121
الإجتماعية	Corrélation de Pearson ,360** Sig. (bilatérale) N	,584** ,000 121	,654** ,000 121	1 ,000 121	,723** ,000 121	,689** ,000 121	,130 ,155 121	,080 ,381 121	,186* ,041 121	,181* ,047 121	,248** ,006 121	,290** ,001 121

المستقبل ل	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,376** ,000 121	,623** ,000 121	,695** ,000 121	,723** ,000 121	1 ,000 121	,705** ,000 121	,185* ,043 121	,070 ,443 121	,077 ,400 121	,227* ,012 121	,246** ,007 121	,176 ,053 121
الروحية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,366** ,000 121	,637** ,000 121	,689** ,000 121	,689** ,000 121	,705** ,000 121	1 ,000 121	,038 ,679 121	-,018 ,847 121	,256** ,005 121	,115 ,208 121	,287** ,001 121	,270** ,003 121
القابلية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,215* ,018 121	,190* ,037 121	,176 ,054 121	,130 ,155 121	,185* ,043 121	,038 ,679 121	1 ,002 121	,282** ,901 121	-,011 ,291 121	,097 ,291 121	,082 ,371 121	,074 ,417 121
الخطوة	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,345** ,000 121	,197* ,030 121	,141 ,124 121	,080 ,381 121	,070 ,443 121	-,018 ,847 121	,282** ,002 121	1 ,002 121	,276** ,002 121	,308** ,001 121	,130 ,157 121	,059 ,518 121
الفوائد	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,235** ,010 121	,220* ,015 121	,207* ,023 121	,186* ,041 121	,077 ,400 121	,256** ,005 121	-,011 ,901 121	,276** ,002 121	1 ,003 121	,265** ,003 121	,287** ,001 121	,205* ,024 121
التكاليف	Corrélation de Pearson	,271**	,210*	,202*	,181*	,227*	,115	,097	,308**	,265**	1	,380**	,222*

	Sig. (bilatérale)	,003	,021	,026	,047	,012	,208	,291	,001	,003		,000	,014
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الدافعي	Corrélation de Pearson	,180 [*]	,350 ^{**}	,247 ^{**}	,248 ^{**}	,246 ^{**}	,287 ^{**}	,082	,130	,287 ^{**}	,380 ^{**}	1	,238 ^{**}
ة	Sig. (bilatérale)	,049	,000	,006	,006	,007	,001	,371	,157	,001	,000		,008
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121
الهادي	Corrélation de Pearson	,258 ^{**}	,234 ^{**}	,275 ^{**}	,290 ^{**}	,176	,270 ^{**}	,074	,059	,205 [*]	,222 [*]	,238 ^{**}	1
انت	Sig. (bilatérale)	,004	,010	,002	,001	,053	,003	,417	,518	,024	,014	,008	
	N	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المخلص:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين متغيراتها المتمثلة في: الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية لدى أمهات أطفال التوحد بولاية المسيلة، طبقت على عينة قوامها (121) أم، وباستخدام المنهج الوصفي الارتباطي وتحليل البيانات إحصائيا توصلنا إلى جملة من النتائج: أنه توجد علاقة ارتباطية بين كل متغيرات البحث مع بعض وبين كل متغيرين على حدى، مستوى كل المتغيرات البحثية جاء مرتفع، وأنه لا توجد فروق بالنسبة للمتغيرات تعزى لعمر الأم ومستواها التعليمي، حيث أننا توصلنا في الأخير جملة من المقترحات والتوصيات تفيد الباحثين والمختصين في مجالات بحثية مستقبلية.

الكلمات المفتاحية: الصمود النفسي، التوجه نحو الحياة، المعتقدات الصحية، أمهات أطفال التوحد.

Résumé:

L'objectif de cette 'étude était de connaître la relation entre les variables suivantes : résilience psychologique, orientation vers la vie, croyances en matière de santé chez les mères d'enfants autistes dans la wilaya de M'sila. Cette étude a été appliquée à un échantillon de (121) mamans, en utilisant méthode descriptive et en analysant statistiquement les données. Nous avons les résultats suivants: il existe une corrélation entre toutes les variables de cette recherche entre elles et entre chaque variable individuellement, le niveau de tous les variables de recherche est élevé et il n'y a pas de différences par rapport aux variables attribuables à l'âge de la mère et à son niveau d'éducation. En fin de compte, nous sommes parvenus à un certain nombre de propositions et de recommandations qui profitent aux chercheurs et aux spécialistes dans les domaines de recherche futurs.

Mots-clés: résilience psychologique, orientation vers la vie, croyances saines, mères d'enfants autistes.

Summary:

The aim of the study was to know the relationship between its variables: psychological resilience, orientation towards life, health beliefs in mothers of autistic children in the state of Msila, applied to a sample of (121) or, using the descriptive link approach and statistically analyzing data we reached a number of results: that there is a correlation between all the variables of research with each other and between each variable individually, the level of all research variables came high, and that there are no differences in relation to variables attributable to the age of the mother and their educational level In the end, we have reached a number of proposals and recommendations that benefit researchers and specialists in future research areas.

Key words: psychological resilience, life-oriented, healthy beliefs, mothers of autistic children.