مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

الفروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية

ياسمين حسن عبدالجليل محمد
مقيدة ومسجلة بالدراسات العليا في قسم علم النفس
كلية الآداب – جامعة الفيوم
أ.د/ هناء أحمد محمد شويخ
أستاذ علم النفس
كلية الآداب – جامعة الفيوم
د/ خلود عويس محمود حسن
مدرس بقسم علم النفس
كلية الآداب – جامعة الفيوم

DOI: 10.21608/qarts.2024.272664.1893

مجلة كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي – المجلد (٣٣) العدد (٦٥) أكتوبر ٢٠٢٤
الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X
الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X
موقع المجلة الإلكتروني: https://qarts.journals.ekb.eg

الفروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة طبقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية

الملخص :

استهدفت الدراسة الراهنة استكشاف الفروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة طبقا لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر– الحالة الاجتماعية– الوظيفة– ترتيب الطفل المصاب في الأسرة– تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه– يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه– عدد الأطفال المصابين في الأسرة), وتكونت عينة الدراسة من (٧٣) أماً، تتراوح أعمارهم ما بين(٢٠– ٥٢) عامًا بمتوسط عمري مقداره (٣٧,٣٨) سنة وانحراف معياري يقدر بـ± (٥,٧٨) سنة, وطُبق على العينة: مقياس النمو ما بعد الصدمة إعداد "تيدسيكي؛ وكالهون" (Tedeschi & Calhoun, 1996)؛ ترجمة: كيرا؛ وآخرون (Kira, et al, 2013)، استمارة البيانات الديموجرافية، وقد روعي التحقق من الفعالية السيكومترية للأدوات؛ وتوصلت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال لجميع المتغيرات الديموجرافية (العمر– الحالة الاجتماعية– الوظيفة– ترتيب الطفل المصاب في الأسرة– تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه– يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه– عدد الأطفال المصابين في الأسرة) في النمو ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد, حيث جاءت قيم "ف" في تلك المؤشرات غير دالة إحصائياً.

الكلمات المفتاحية: النمو ما بعد الصدمة, اضطراب طيف التوحد, المتغيرات الديموجرافية.

مقدمة الدراسة

يُعد تشخيص طفل داخل الأسرة باضطراب طيف التوحد[١] بمثابة الصدمة[٢] للأسرة بشكل عام وللأمهات بشكل خاص؛ فعند تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد فإنهم يعانون من مشاعر سلبية لوجود طفل غير متوقع وهذا يرتبط بالصدمة, والإنكار, والخوف, والشعور بالذنب, والغضب (Fernandez, et al, 2016: 312-321), مما يعرض الأمهات إلى أكبر درجات الضغوط, وبالتالي تؤثر على صحتهم النفسية (Zahang, et al 2015: 29).

وتعرض الأفراد للصدمات والخبرات السلبية يؤدي إلى حدوث ظاهرة "نمو ما بعد الصدمة[3]", فالنمو لا يحدث كنتيجة مباشرة للصدمة, ولكنه يحدث من صراع الفرد مع الواقع الجديد في أعقاب الصدمة، الأمر الذي يكون حاسماً في تحديد إلى أي مدى يحدث نمو ما بعد الصدمة, فهو بمثابة تطور نفسي إيجابي شامل لجوانب الشخصية؛ حيث يُعرف بأنه خبرة التغير الإيجابي الذي يحدث بوصفه نتيجة الصراع مع التحديات والأزمات الشديدة في الحياة, فهو يعكس العمليات النفسية المفيدة للأشخاص الذين يمرون بخبرات صادمة (يونس, ٢٠١٨: ٢-٣).

وجاء مفهوم نمو ما بعد الصدمة لأول مرة على يد عالم الاجتماع الطبي" أرون أنتونوفسكي" في كتابه (الصحة والإجهاد والتوافق), ومن ثم بدأ الباحثين التركيز على كيفية بقاء الفرد في صحة جيدة في مواجهة الكرب النفسي واستثارة الجوانب الإيجابية في حياته بدلاً من مجرد التركيز على علاج المرضى فقط، ومن هنا ظهرت اتجاهات إيجابية مُرتبطة بخبرة الألم أو ما يُطلق عليه "نمو ما بعد الصدمة" والذي يُعبر عن ميل الأفراد إلى إحداث نوع من التغيير الإيجابي بعد المرور بحدث صدمي

---

[1] **Autism spectrum disorder**
[٢] **Trauma**
[3] **Post-Traumatic Growth**

(Tedeschi & Calhoun, 2004: 1-18), وتشير الأبحاث الحالية إلى إنه يتم الاهتمام بنمو ما بعد الصدمة على نطاق واسع, نظرا لأهميته في مساعدة ما يقرُب من (٧٠٪) من الناجين من أشكال مختلفة من الصدمات, وتعزيز التغيير الإيجابي في مجال واحد على الأقل من مجالات الحياة لديهم (Jayawickreme & Blackie, 2014: 312)

ويعرفه "تيدسيكي؛ وكالهون" (Tedeschi & Calhoun, 2004) بأنه التغيير النفسي الإيجابي الذي يحدث نتيجة الصراع مع ظروف الحياة الصعبة, فهو يشير إلى نتائج التغيير الإيجابي بعد تجربة حياتية مؤلمة؛ كما يتضمن تنمية الأفراد بما يتجاوز المستوى السابق للتكيف أو الأداء النفسي والوعي بالحياة, وتغيير أساسي في الفرد ككل, فهو يظهر نتيجة لجهد معرفي يعيد تحديد المعتقدات التي زعزعتها الصدمة مع إعادة إدراك للذات, للآخرين, والعالم؛ كما أنه يعمل على استيعاب الصعوبات والضيق المُعاش لمواجهة ومقاومة تبعاتها بالاعتماد على مصادر شخصية وروحية, مما يسمح بتيسير الخبرات الصدمية في الاتجاه الإيجابي.

ويتمثل تلك التغيير الإيجابي في زيادة التقدير للحياة، ونمو علاقات مع أخرين, وتحديد أولويات جديدة للحياة، والشعور بزيادة القوة الشخصية، والإيجابية للتغيير الروحي, مما يساعد الفرد في التخلص من الآثار السلبية للحدث المؤلم (الذهبي؛ النصراوي, ٢٠١٦: ٢٦٨).

مشكلة الدراسة

يُعد اضطراب طيف التوحد أحد أكثر الاضطرابات المُربكة التي لم يتم تحديد سبب دقيق لها ولم يتم العثور على علاج نهائي حتى الآن (Ali, et al, 2019: 48), فهو من أكثر الإعاقات التي تسبب الكثير من الضغوط لما يحيط به من غموض حيث تتحمل الأسرة الكثير من الصعوبات بعد تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد, ومن

ثم تواصل الأسرة تحمل الضغوط المادية والمعنوية مع ظهور شعور بتزعزع ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذاتهم (القمش, ٢٠١١: ٢٥٧), حيث أن تشخيص طفل داخل الأسرة باضطراب طيف التوحد يكون بمثابة الصدمة للأسرة, مما يعرض الأمهات إلى أكبر درجات الضغوط, وبالتالي تؤثر على صحتهم النفسية (Zahang, et al 2015: 29).

وأفادت بعض الدراسات المضبوطة جيداً بمعدلات عالية الانتشار لاضطراب طيف التوحد في الدول الأوروبية, في حين لم يتم التعرف على معدل انتشاره حتى الآن في عدة بلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (منظمة الصحة العالمية, ٢٠١٧). حيث كشفت الدراسات الوبائية الحالية عن زيادة انتشار اضطراب طيف التوحد على مدى العقدين الماضيين؛ وتم تشخيص اضطراب طيف التوحد في الأولاد أكثر من الفتيات, وذلك بنسبة (١: ٣) (Papadopoulos, 2021: 1).

والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يكون لديهم تأخر في اكتساب بعض المهارات كالمهارات الحركية, ومهارات الفهم, والإدراك, والمهارات اللغوية, وحتى المهارات الاجتماعية والنفسية, وذلك لصعوبة ارتباطهم مع المجتمع والمكان المحيط بهم مع عدم قدرتهم على التواصل لغوياً مع الآخرين (صندقلي, ٢٠١٢: ١٣)؛ لذلك فإن تربية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد تجربة مرهقة وصعبة، وخصوصاً في البلدان التي تكون فيها خدمات الدعم محدودة (Papadopoulos, 2021: 1).

وأشارت العديد من الدراسات كدراسة "إيستس؛ وزملاؤه" (Estes, et al, 2013: 133), ودراسة "فيرثورن؛ وزملاؤه" (Fairthorne, et al, 2015), ودراسة "ليلياس؛ وزملاؤه" (Ilias, et al, 2018) إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غالبا ما يعانون من ضعف في الصحة العقلية, وتدني نوعية الحياة والرفاهية، كما يعانون من مستويات عالية من التوتر؛ حيث كشفت نتائج الدراسات السابقة أن تلك الأمهات أفادوا بارتفاع الضغط النفسي، وانخفاض مستويات المرونة لديهن, وزيادة

المشكلات المتعلقة بالصحة, فهم أكثر عرضة لأمراض السرطان وكان لديهم خطر متزايد للوفاة المبكرة.

وركزت العديد من الدراسات على نمو ما بعد الصدمة وخبرات النمو الإيجابية لأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد والتي تمت دراستها بشكل متزايد (Liu& To, 2021)؛ حيث عانى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من مشاكل في الصحة العقلية، وأعباء ثقيلة من مقدمي الرعاية، وضعف التشخيصات التي ارتبطت بفكرتهم الانتحارية وسلوكهم (Akram, et al., 2019: 504–508), كما أظهرت الدراسات أنه على الرغم من أن يعاني الأمهات من مشاعر سلبية، فإن لديهم أيضاً تجارب إيجابية في تربية طفلاً مصاباً بالتوحد، والذي كان مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا بزيادة النمو الشخصي للوالدين وتقليل حدة الأعراض لدى أطفالهم (Qin, et al, 2020: 59-67), ويُعد استكشاف تنبؤات نمو ما بعد الصدمة بين أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتعزيز التجارب الإيجابية لهم أمرًا بالغ الأهمية لتحقيق نتائج أفضل لهؤلاء الأطفال وأولياء أمورهم (Feng, et al, 2022: 602–613), وأكدت نتائج دراسة "زانج؛ وزملاؤه" (Zhang, et al, 2015: 34-35) على استفادة الأمهات من تعزيز نمو ما بعد الصدمة؛ ومن خلال ما سبق سعى البحث الحالي إلى استكشاف الفروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة طبقا لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر– الحالة الاجتماعية– الوظيفة– ترتيب الطفل المصاب في الأسرة– تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه– يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه– عدد الأطفال المصابين في الأسرة).

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

هل توجد فروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو متبعد الصدمة, طبقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية: (العمر– الحالة الاجتماعية–

الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة- تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

- تناول الدراسة لمفاهيم مهمة في علم النفس بصفة عامة، والإكلينيكي بصفة خاصة تتمثل في النمو ما بعد الصدمة.
- إثراء المكتبة العربية والمصرية خاصة بمثل هذه الدراسات التي تخص أحد الموضوعات الحديثة في وقتنا الحالي.
- ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي ربطت بين متغيرات الدراسة الراهنة؛ ذلك على حد علم الباحثة.
- تطمح الباحثة أن تكون هذه الدراسة نواة لباحثين آخرين لإعداد برامج إرشادية وعلاجية لمحاولة العلاج، وتحسين النمو ما بعد الصدمة؛ وذلك من خلال الكشف عن متغيرات أخرى.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- الفروق بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة طبقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر- الحالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة- تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة).

مفاهيم الدراسة والإطار النظري

أولاً: النمو ما بعد الصدمة

تعريف النمو ما بعد الصدمة

ظهر في الأدبيات منذ حوالي (٢٥) عامًا مصطلح "نمو ما بعد الصدمة" ولكن فكرة أن التغيير الإيجابي يمكن أن ينشأ من الألم والمعاناة أقدم بكثير؛ وفي أدبيات علم النفس الأكاديمي زاد الاهتمام بطبيعة نمو ما بعد الصدمة، وبالعوامل التي تساعد على حدوثه بسررعة (Maitlis, 2020: 395–419)؛ حيث يتعرض الأفراد خلال حياتهم إلى العديد من الصدمات والأزمات القاسية، والتي تؤدي بدورها إلى إحداث تغييرات عنيفة في جوانب الشخصية لديهم ومعتقداتهم وأحاسيسهم، واتجاهاتهم؛ فالحدث الصادم بحد ذاته لا يسبب الاستجابات السلبية بقدر ما تسببه طريقة تفسير وادراك الفرد لهذا الحدث (السليتي؛ بني مصطفى, ٢٠٢٠: ٣). فكلما كانت شخصية الفرد وطريقة إدراكه وأداءه في معالجة انفعالاته الناتجة عن معاناته مع الحدث الصادم أكثر إيجابية فإنه ينتج عن ذلك ما يسمي بنمو ما بعد الصدمة (Vloet, et al, 2017: 1).

ويشير الخطيب (٢٠٢١) إلى النمو ما بعد الصدمة بأنه نوع من التعافي النفسي بعد التعرض للأزمات، والإحباطات التي يتعرض لها الفرد في حياتيه اليومية والاجتماعية.

ويضيف يونس (٢٠٢٢: ٤) بأنه الوعي بمجموعة التغيرات الإيجابية المتنوعة التي تكتسبها أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد, وما تبع ذلك من ضغوط.

وتعرفه الباحثة بأنه فكرة إيجابية تنتج عن تعرض الفرد لحدث مؤلم صادم, يقوم بتنفيذها لرغبته في تحقيق تغيرات إيجابية, تساعده على التكيف مع الوضع المؤلم

والصراعات التي يمر بها, ويبذل الجهد لتقبله بحثاً عن الاستفادة من خلاله لتحقيق السلام النفسي.

وقدما "تيدسيكي؛ وكالهون" (Tedeschi & Calhoun, 1996) قائمة لنمو ما بعد الصدمة متضمنة خمسة أبعاد, هي:

١- **زيادة تقدير الحياة:** ويتمثل في الشعور بتحول كبير في كيفية التعامل مع الحياة اليومية وتقدير لحظات الحياة والهدف منها والشعور بأهميتها مع ترتيب الأولويات.

٢- **نمو العلاقات مع الآخرين:** وتتمثل في إدراك حدوث تغيرات إيجابية في العلاقات مع الآخرين بتعميق الصلات والتقارب معهم وإدراك أهمية وجود العلاقات الاجتماعية مع من حولنا وتقدير قيمتهم، وحماية الذات من التعرض للإساءة من الآخرين.

٣- **قوة الشخصية:** وتشير إلى شعور الفرد بتغيرات إيجابية في إدراك الذات والإحساس بجوانب قوة الشخصية والثقة في الذات وجدارتها وقدرتها على إدارة الضغوط ومواجهتها في المواقف المختلفة والمحتملة مستقبلاً.

٤- **الفرص الجديدة:** وتتمثل في إدراك الفرد للفرص الجديدة والفوائد المحتملة التي نتجت عن حدوث الصدمة.

٥- **التغيرات الروحية:** وتعني حدوث تغير إيجابي في المعتقدات الروحية من خلال زيادة الإحساس بالمعنى والهدف وتعميق الإيمان والقيم الروحية والحفاظ على المعتقدات الروحية.

ويُعد هذا النموذج هو الأكثر صدقاً وثباتاً في بنيته العاملية, حيث يمتاز بأنه ينظر للنمو ما بعد الصدمة على أنه عملية ونتيجة، رغم أن عملية التكيف وتحديد

التغيرات الإيجابية للنمو بعد الصدمة هي عملية طويلة المدى (Jayawickreme & Blackie, 2014, 314)؛

ثانيًا: النظريات والنماذج المفسرة للنمو ما بعد الصدمة

١- نموذج "تيدسيكي؛ وكالهون" (Tedeschi & Calhoun: 1996)

ويفترض هذا النموذج أن الأحداث المؤلمة لا تؤدي إلى النمو, لكن الصراع العاطفي الذي يعقب الصدمة يوفر الحافز من أجل التغيير؛ والجزء الأول من هذه النظرية يؤكد على أهمية الخصائص الفردية في التنبؤ للنمو, وقد تم تحديد عدد من المتغيرات الديموجرافية المتعلقة بالنمو، ومن هذه المتغيرات الديموجرافية هي "العمر, الجنس والتعليم", حيث أن الأطفال الأصغر سناً لديهم فرصة للنمو أكثر من الكبار، وكذلك أكد "تيدسيكي؛ وكولهان" أن الشباب في العادة يكونون أكثر انفتاحاً في تغيير المخططات في حياتهم وخبراتهم وبالتالي تكون هناك زيادة في النمو, كما أكدت النظرية أن المرأة تشهد زيادة في النمو أكثر من الرجل (Stanton, et al., 2006: 27).

٢- نموذج "بالس؛ وآدم" (Pals& Adams: 2004)

فسر هذا النموذج "النمو بعد الصدمة" من خلال إظهار أهمية دور السَرد, حيث تُعد مراجعة قصة حياة الفرد المحرك الأساسي لاستيعاب تفاصيل الحدث الصدمي والمحفّز للتغيرات المعرفية والسلوكية التي تسهم في تطوير النمو؛ ومن هذا المنظور تعتبر قصة حياة الفرد وسرده لتفاصيلها سيرورة يتشارك فيها الأفراد لإعادة بناء قصص حياتهم استناداً إلى فهم كيفية تغيرهم منذ وقوع الحدث, وهذا ما يعكس دور السّرد في نمو ما بعد الصدمة والعلاقة الوثيقة بينه وبين قصة الحياة؛ ففهم النمو ما بعد الصدمة في هذا السياق هو عملية بناء فهم سردي لتغيّر الذات بشكل إيجابي من خلال الحدث الصدمي, فتسمح عملية السرد بالاعتراف ومعالجة الجوانب العاطفية

السلبيّة للتجارب الصدميّة ووصف تأثيرها على الذات مما يسمح برؤية التغيرات الإيجابية وتحريكها لخلق إمكانات لجوانب جديدة في اتجاه التغيّر الذاتي الإيجابي تمهيداً لظهور نمو ما بعد الصدمة (معوض؛ محمد, ٢٠١٢: ١٤– ٨٣).

٣– نموذج فرانكل (frankl, 1963)

أشار "فرانكل" (frankl, 1963) في هذا النموذج إلى أن إحدى العوائق الضارة للصدمة النفسية هي "تآكل إحساس الشخص بالهدف والمعنى في الحياة" وعلى أساس هذا الفهم، صاغ "فرانكل" نظرية العلاج بالمعنى, حيث إن الناس يناضلون من أجل المعنى، وهذا المعنى هو ما يساعد الفرد على التأقلم مع الصدمة (Grad& Zeligman, 2017: 191) ويستطيع الفرد أن يكتشف المعنى بثلاث طرق هما: (الإتيان بفعل أو عمل, ومعايشة خبرة قيمة ما, ومعايشه حالة من المعاناة)؛ فيمكن للإنسان أن يواجه المعاناة من خلال تحويل الألم لإنجاز وأن يتخذ من الذنب فرصة لتغيير نفسه، وأن يتخذ من زوال الحياة دافعاً ليتصرف بشكل أكثر مسئولية في الحياة, فعند التعرض لحادث صادم يمكن أن نلاحظ الثلاث طرق لاكتشاف "المعنى" ومن ثم يحدث النمو بدرجة مرتفعة (معوض؛ محمد, ٢٠١٢: ١٤–٨٣).

ثانياً: اضطراب طيف التوحد

ظهر "اضطراب طيف التوحد" على يد العالم "كانر" (kanner) في عام (1943) أثناء فحصه لمجموعة الأطفال المتأخرين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث لفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية مشتركة بين (١١) طفلاً متأخر عقلياً، كما لاحظ أن سلوكياتهم لا تتشابه مع أى اضطرابات أخرى عُرفت سابقاً؛ وأطلق على هذه الفئة مصطلح "التوحد الطفولي", حيث وجد "كانر" أن هذه الفئة من الأطفال تُعانى من مشكلات عديدة منذ الطفولة المبكرة، تتمثل فى قصور

واضح فى التواصل اللفظي, والتواصل الاجتماعي, وغيرها من الجوانب الأخرى (إبراهيم, ٢٠٢٠: ٢١- ٥٠).

وعرفه الإمام (٢٠١٧: ٢٢), و"علي؛ وزملاؤه" (Ali, et al, 2019: 48) بأنه اضطراب نمائي يؤثر بدرجة واضحة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر, فهو يؤثر في الملامح الأساسية, وتشتمل خصائصه على قصور في التواصل والانشغال بتكرار أنماط سلوكية معينة وتحديات في مقاومة التغيير في البيئة والروتين اليومي واستجابة غير مألوفة للخبرات الحسية, مما يؤثر سلباً على الأداء التربوي.

وتعرفه الباحثة بأنه" اضطراب نمائي شامل يتسم بوجود قصور في العمليات المعرفية, وفقدان في التواصل الاجتماعي مع وجود أنماط سلوكية تكرارية؛ حيث يتطلب التعامل مع طفل توحدي كثيراً من الصبر والمثابرة والتقبل لهذا الاضطراب فهو بحاجة إلى التدريب بشكل مستمر ومتكرر لكي يتم تأهيله والوصول به إلى ما هو أقرب للطفل الطبيعي".

أسباب اضطراب طيف التوحد

أسباب اضطراب طيف التوحد لا تزال غامضة حتى الآن, ولأنه يتميز "باضطراب الطيف"، فيمكن أن يكون هناك العديد من المتغيرات المختلفة التي يمكن أن تؤدي دوراً في التسبب في مستويات مختلفة منه (Rochel, 2015: 104), **وفيما يلي يتم عرض بعض العوامل المسببة لظهور اضطراب طيف التوحد:**

١- **العوامل الجينية:** وتفسر حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل وراثي, فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني له تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب, حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة من بويضة واحدة

أكثر من التوائم الأخوية من بويضتين مختلفتين (مصطفي؛ الشربيني, 2011: 38).

٢- **العوامل الاجتماعية:** وتشير أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد (عبيد, 2010: 64).

٣- **العوامل البيئة:** وتؤكد على وجود عوامل التسمم بالرصاص والزئبق واستهلاك الكحول من الأم، وتعاطي المخدرات والتدخين، والتعرض لحمض الفالبرويك أو الثاليدومايد في مرحلة مبكرة من الحمل، ونقصان الأكسجين والاختناق؛ فمن الأسباب المحتملة للإصابة في الفترة المحيطة بالولادة هو ممارسة قطع الحبل السري للأطفال مباشرة بعد الولادة قبل أن يأخذوا أنفاسهم الأولى, فقد يرتبط اضطراب طيف التوحد أيضاً بلف الحبل السري حول عنق الطفل عند الولادة (Joshi, Percy& Brown, 2002: 12).

النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد

١- نظرية العقل

برز "بارون؛ كوهن" (Baron–cohen) أن ثالوث التوحد يتمثل في: (قصور النمو الاجتماعي- قصور التواصل- قصور اللعب الرمزي), وما هو في الحقيقة إلا محصلة لعجز في تطور قراءة الحالات العقلية أي قصور في نظرية العقل؛ وحسب هذه النظرية يعتبر أن هذا القصور مرتبط باضطراب طيف التوحد (يوب, ٢٠١٦: ٨١).

٢- النظرية السيكوديناميةٍ

ركزت هذه النظرية على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي, وتؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد, ويضع أصحاب هذه النظرية المسئولية على العلاقات الوالدية المعوَقة بالطفل, والمعاملة الوالدية الشاذة.

الدراسات السابقة

وجاءت دراسة "زانج؛ وزملاؤه" (Zhang, et al, 2015) التي اختلفت طبيعتها عن الدراسات السابقة, حيث هدفت إلى تحديد العوامل التي تسهل نمو ما بعد الصدمة, وتم تجنيد مجموعه مكونة من (١١) أماً لأطفال ما قبل المدرسة من خمسة مراكز لإعادة تأهيل الأطفال المعوقين في شنغهاي, وأجريت المقابلات شبه المنظمة بين أغسطس (٢٠١٢) وأكتوبر (٢٠١٢) وتم تحليلها باستخدام التحليل الموضوعي, وتوصلت النتائج إلى أربعة عوامل تسهل النمو بعد الصدمة هما: (الدعم الاجتماعي المتصور، الأقران، أسلوب المواجهة الفعال, وتعزيز الكفاءة الذاتية)؛ كما أوصت بضرورة الاهتمام بتعزيز نمو ما بعد الصدمة لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

وأشارت دراسة يونس (٢٠١٨) إلى التحقق من طبيعة العلاقة بين مهارات التفكير الإيجابي ونمو ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وجمعت العينة (٧٤) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والتي تراوحت أعمارهن بين (٢٥-٥٥)، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين مهارات التفكير الإيجابي ونمو ما بعد الصدمة، كما وُجد علاقة موجبة بين مهارات التفكير الإيجابي وعمر الأم عند مستوى دلالة (٠.٠٥), في حين لا توجد علاقة دالة بين مهارات التفكير الإيجابي وبين المدة الزمنية بعد التشخيص,

ولا توجد علاقة دالة بين نمو ما بعد الصدمة وبين كل من (عمر الأم، والمدة الزمنية بعد التشخيص).

كما هدفت دراسة "فينج؛ وزملاؤه" (Feng, 2022) إلى فحص ما إذا كان الدعم الاجتماعي ووظيفة الأسرة يخففان العلاقة بين شدة الأعراض والنمو بعد الصدمة لدى آباء الأطفال المصابين بالتوحد, وتكونت العينة من (٣٨٥) من الآباء والأمهات, وتم استخدام قائمة النمو ما بعد الصدمة، ومقياس تقييم الدعم الاجتماعي، وقائمة مراجعة سلوك التوحد، ومؤشر أبغار العائلي, وأظهرت النتائج ارتباطاً كبيراً بين كل من (الدعم الاجتماعي– وظيفة الأسرة) والنمو بعد الصدمة، حيث خفف الدعم الاجتماعي العلاقة بين شدة الأعراض والنمو بعد الصدمة، وبناءًا على ذلك تبين أن الدعم الاجتماعي عامل مهم عند تقديم التدخلات التي تهدف إلى تقليل شدة الأعراض وتحسين النمو الإيجابي, كما استنتجت أن توفير الدعم الاجتماعي الكافي أدى إلى تعزيز التجربة النفسية الإيجابية للوالدين, فهو يُعد هدفاً مهماً للتدخل لتحسين النمو النفسي لآباء الأطفال المصابين بالتوحد.

هدفت دراسة قطب؛ زهران؛ المصري(٢٠٢٢) إلى الكشف عن الفروق التى تعزى لبعض المتغيرات الديموجرافية (نوع الطفل التوحدي, مستوى تعليم الأم, مستوى تعليم الأب, شدة الاضطراب) في نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات التلاميذ ذوى اضطراب طيف التوحد, وتكونت العينة من (١٤٢) أمًا من أمهات التلاميذ التوحديين، وقد تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (٢٢–٤٩) سنة، وتم استخدام مقياس نمو ما بعد الصدمة, وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق تعزى لاختلاف (نوع الطفل, مستوى تعليم الأم, مستوى تعليم الأب, شدة الاضطراب) في النمو بعد الصدمة.

كما هدف بحث عبد الحافظ (٢٠٢٣) إلى تقصي العلاقة بين كل من المرونة النفسية والرغبة في الحياة وبين نمو ما بعد الصدمة لدى المرأة، وذلك على عينة مكونة

من(١٣٨) امرأة ممن تعرضت لأحد الصدمات كفقدان أحد الأقارب أو إعاقة أحد الأبناء أو الإصابة بحادث أو التعرض لخطورة صحية، ممن تراوحت أعمارهن بين (٢٠-٤٥), وتم استخدام مقياس المشقة التراكمي ومقياس المرونة النفسية ومقياس الرغبة في الحياة ومقياس نمو ما بعد الصدمة, وأسفرت النتائج عن عدم دلالة الفروق في المرونة النفسية والرغبة في الحياة ونمو ما بعد الصدمة طبقًا لمتغيرات (العمر, مستوى التعليم, الحالة الاجتماعية).

فروض الدراسة

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة تعزى لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر- الحالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة- تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة).

المنهج والإجراءات

١- منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي، ذلك للتحقق من فرض الدراسة.

٢- عينة الدراسة:

وتكونت عينة الدراسة من (٧٣) أماً، تتراوح أعمارهم ما بين(٢٠- ٥٢) عامًا بمتوسط عمري مقداره (٣٧,٣٨) سنة وانحراف معياري يقدر ب± (٥,٧٨) سنة؛ ذلك للتحقق من فروض الدراسة.

٣- الأدوات:

- استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة): تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية: (العمر- الحالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة- تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة).
- مقياس النمو ما بعد الصدمة من (إعداد "تيدسيكي؛ وكالهون" &Tedeschi) (Calhoun, 1996؛ ترجمة: كيرا؛ وآخرون (Kira, et al, 2013)،

أولًا: النمو ما بعد الصدمة

وصف المقياس

أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٢٠) بنداً؛ مقسمين على (٥) أبعاد فرعية هي:

١- **البُعد الأول:** زيادة تقدير الحياة ويتكون من (٣) عبارة

٢- **البُعد الثاني:** نمو العلاقات مع الآخرين ويتكون من (٦) عبارات.

٣- **البُعد الثالث:** قوة الشخصية ويتكون من (٤) عبارات.

٤- **البُعد الرابع:** الفرص الجديدة الإيجابي ويتكون من (٥) عبارة.

٥- **البُعد الخامس:** التغيرات الروحية ويتكون من (٢) عبارة.

ويتم الإجابة عن هذا المقياس من خلال الأمهات عن طريق الاختيار من بين ثلاثة بدائل هي: (لا تنطبق مطلقاً, تنطبق أحياناً, تنطبق تماماً) بوضع علامة (√) على الاختيار الذي يتطابق مع الفرد؛ علماً بأن الدرجات المحتسبة لهذه الإجابات الثلاثة هي على الترتيب (١, ٢, ٣), وتتراوح الدرجة الكلية لهذا المقياس ما بين (٢٠- ٦٠) مما تشير الدرجات المرتفعة إلى وجود مستوى مرتفع من النمو ما بعد الصدمة للفرد, بينما تشير الدرجات المنخفضة على وجود مستوى منخفض من النمو ما بعد

الصدمة, كما يمثل (١, ١٩) أدنى درجة يحصل عليها المفحوص في الأبعاد والمقياس ككل.

الكفاءة السيكومترية للمقياس

أولاً: الثبات

تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وجدول رقم (١) يوضح ذلك, وقد تحققت الباحثة من ثبات وصدق المقياس وتراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بين (٤٩٧.- ٧٣٩.), والتجزئة النصفية بين (٥٤٥.- ٧٣٨.), مما يدل على تمتع المقياس بدرجة ثبات جيدة, واعتمدت الباحثة على صدق الاتساق الداخلي, وصدق المقارنة الطرفية, وقد تمتع المقياس بدرجات جيدة من الصدق.

جدول(١) يعرض معاملات الثبات لمقياس النمو ما بعد الصدمة

الإختبار		معامل ثبات ألفا	معامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون
النمو ما بعد الصدمة	البُعد الأول: زيادة تقدير الحياة	.٤٩٧	.٥٤٥
	البُعد الثاني: العلاقات مع الآخرين	.٦٧٢	.٥٩٠
	البُعد الثالث: قوة الشخصية	.٥٢٧	.٧١٩
	البُعد الرابع: الفرص الجديدة	.٧٣٠	.٧٠٣
	البُعد الخامس: التغيرات الروحية	.٧٠٦	.٧٠٧
	الدرجة الكلية للمقياس	.٧٣٩	.٧٣٨

من خلال عرض الجدول السابق يتضح تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات.

ثانياً الصدق

تم حساب الاتساق الداخلي من خلال إيجاد معامل الارتباط بين البند, والبُعد الذي ينتمي إليه – وبين البُعد والدرجة الكلية للمقياس ككل, كما تم أيضاً حساب الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض, وتبين النتائج أن فقرات مقياس نمو ما بعد الصدمة كانت دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١), وذلك لتشبع العبارات على نسبة تشبع أكبر من (٠.٣), مما يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس, كما تم استبعاد العبارة رقم (٧) غير الدالة في بعد نمو العلاقات مع الآخرين لحصولها على تشبع أقل من (٠.٣)؛ كما تم حساب صدق المقارنة الطرفية لكل بُعد على حدا من أبعاد المقياس وللمقياس ككل, وهو نوع من أنواع الصدق يهدف للمقارنة بين مجموعتين مختلفتين ليثبت أنهم بالفعل غير مرتبطين, واتضح من خلال النتائج أن قيمة (ت) كانت دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١) وهذا مستوى يشير إلى أن هناك فروق جوهرية بين متوسط درجات الأفراد الضعيفة وبين درجات الأفراد القوية, مما يثبت صدق المقياس لما أعد له, وكذلك يستطيع أن يميز بين الأفراد ذوي الدرجات الدنيا, والدرجات العليا للمبحوثين.

٤- الأساليب الإحصائية

- اختبار (ت) T. Test لمعرفة الفروق بين مجموعتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي للمجموعات.

عرض النتائج ومناقشتها

ينص فرض البحث الحالي على أنه "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة تعزى لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر- الحالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب**

في الأسرة- تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة).

واستعانت الباحثة بتحليل التباين الأحادي بالنسبة لمتغيرات (العمر- حالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة), واختبار (ت) T, TEST لمتغيرات (تناوُل الطفل مهدئات من عدمه- اتباع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة)، وللتحقق من صحة الفرض؛ سوف نعرض في جدول رقم (٢) الفروق بين متغيرات الدراسة وفقًا لمتغيرات (العمر- حالة الاجتماعية- الوظيفة- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة).

جدول (٢) يعرض دلالة الفروق بين الأمهات في متغير النمو ما بعد الصدمة وفقًا لمتغيرات (العمر[2]- حالة الاجتماعية[3]- الوظيفة[4]- ترتيب الطفل المصاب في الأسرة[5])

المتغيرات المستقلة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
العمر	بين المجموعات	٩٩.٧٧	٣	٣٣.٢٦	٠.٤٢	غير دال
	داخل المجموعات	٩٧٢٩.٢٨	١٠٦	٣٥.١٨		
	الكلى	٣٨٢٩.٠٦	١٠٩			
الوظيفة	بين المجموعات	٩٤.٦٩	٢	٤٧.٣٥	١.٣٦	غير دال
	داخل المجموعات	٣٧٣٤.٣٦	١٠٧	٣٤.٩٠		
	الكلى	٣٨٢٩.٠٦	١٠٩			

[٢] تم تقسيم الأعمار إلى أربعة مجموعات، يفصل بين المجموعة والأخرى ١٠ سنوات, وتتراوح من (٢٠- ٥٢).
[٣] تم تقسيم الحالة لولي الأمر إلى أربعة مجموعات (مقيم, مسافر, متوفي, منفصل).
[٤] تم تقسيم الوظيفة إلى ثلاثة مجموعات، (لا أعمل, حكومي, قطاع خاص).
[٥] تم تقسيم ترتيب الطفل المصاب في الأسرة إلى ثلاثة مجموعات, (الأول, الأوسط, الأخير).

المتغيرات المستقلة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
حالة الأب	بين المجموعات	٢٦٢.٢٩	٣	٨٧.٤٣	٢.٥٩	غير دال
	داخل المجموعات	٣٥٦٦.٧٦	١٠٦	٣٣.٦٥		
	الكلى	٣٨٢٩.٠٦	١٠٩			
ترتيب الطفل داخل الأسرة	بين المجموعات	٢٥٥.٠٣	٦	٤٢.٥١	١.٢٣	غير دال
	داخل المجموعات	٣٥٧٤.٠٣	١٠٣	٣٤.٦٩		
	الكلى	٣٨٢٩.٠٦	١٠٩			

نتائج الفرض ومناقشته

يتضح من نتائج الجدول السابق تحقق الفرض, حيث أن قيم "ف" كانت بالنسبة لكل من (العمر– حالة الاجتماعية– الوظيفة– ترتيب الطفل المصاب في الأسرة), جاءوا غير دالين في تأثيرهم بالنمو ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وفيما يتعلق بترتيب الطفل في الأسرة وفي ضوء الاتفاق مع نتيجة البحث الحالي:

أيدت دراسة "الكيال وطه" (Elkayal & Taha, 2020) نتائج البحث الحالي, حيث كشفت عن عدم وجود ارتباطات إيجابية للنمو ما بعد الصدمة مع ترتيب ولادة الطفل في الأسرة.

وفيما يتعلق بالوظيفة, فقد كشفت نتائج البحث الحالي عن عدم وجود تأثير دال إحصائياً يرجع للوظيفة للمجموعات الثلاثة (حكومي, قطاع خاص, لا أعمل) في النمو ما بعد الصدمة, مما يعني أن نوع الوظيفة لا يؤثر في مستوى النمو ما بعد الصدمة لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد, ويمكن تبرير هذه النتيجة بأن نوع الوظيفة من عدمه الأمهات لا يمثل دور في تحسين النمو ما بعد الصدمة لديهم,

ويمكن ذلك لاعتمادها الكلي على دور الأب, أو لوجود عوامل أخرى أكثر أهمية تؤثر في النمو ما بعد الصدمة كالدعم الاجتماعي, والجهد الذاتي في تحقيق التغيرات الإيجابية.

وفيما يتعلق بالعمر والحالة الاجتماعية وفي ضوء الاتفاق والاختلاف مع نتيجة الدراسة الحالية:

أيَد بحث عبد الحافظ (٢٠٢٣) نتيجة البحث الحالي, حيث أشار إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأمهات في النمو ما بعد الصدمة طبقاً للمتغيرات الديموجرافية (العمر – الحالة الاجتماعية للأم).

بينما تعارضت دراسة قطب؛ وزهران؛ والمصري (٢٠٢٢) مع نتائج البحث الحالي, حيث توصلت نتائجها إلى أن هناك علاقة بين المتغيرات (العمر, والحالة الاجتماعية للأمهات) ونمو ما بعد الصدمة, مما يشير إلى أن الأمهات الأصغر سنًا أعلى قد تظهر مستويات أعلى من النمو من الصدمة وتتكيف بشكل أفضل مع الحدث المؤلم, وكذلك يشير "كراكوفيتش" (Krakovich, et al, 2016) أن عدم استقرار الأسرة يرتبط بارتفاع مستوى الضيق لديهم مما يعكس انخفاض النمو ما بعد الصدمة.

وتشير الباحثة إلى أنه المتوقع أن غياب الأب قد يؤثر على التطور ما بعد الصدمة للأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد, فقد ينقص من الدعم ويزيد من عبء مسؤوليات الأبوة والأمومة على الأم فقط، مما قد يخفض من النمو بعد الصدمة, أو زيادة للصعوبات النفسية الأخرى المتوقعة, ومع ذلك فقد تعارضت نتيجة البحث الحالي مع ذلك, حيث أثبتت نتيجة البحث حقيقة أن كون تشخيص باضطراب طيف التوحد هو الحدث الصدمي الأكبر في حياة الأم, وأن تحسين النمو يرجع لقدرتها الذاتية في التقبل لذلك الحدث, والبحث عن التغيير الإيجابي لسلامتها النفسية بغض النظر عن عمرها, وحالتها الاجتماعية.

جدول (٢)

دلالة نتائج الفروق في الدرجة للنمو ما بعد الصدمة وفقًا لكل من (تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه[٦]- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه[٧]- عدد الأطفال المصابين في الأسرة[٨])

المتغيرات	التصنيف	م	ع	قيمة ف	الدلالة
يتناول الطفل أدوية مهدئة بمشورة من طبيب مخ وأعصاب	نعم (٥٧)	٤٦.٢٣	٥.٦٣	-٠.٣٨	غير دال
	لا (٥٣)	٤٦.٦٦	٦.٢٨		
يتبع الطفل حمية غذائية	نعم (٢٠)	٤٤.٩٥	٥.٢٦	-١.٢٣	غير دال
	لا (٩٠)	٤٦.٧١	٦.٠٤		
عدد الأطفال المصابين	طفل واحد (١٠٧)	٤٦.٤٠	٥.٩٩	-٠.٣٦	غير دال
	أثنين فأكثر (٣)	٤٧.٦٧	٢.٣١		

نتائج الفرض ومناقشته

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود بعض الفروق ذات الدلالة الإحصائية وفقًا للبعض المتغيرات المستقلة (تناوُل الطفل أدوية مهدئة من عدمه- يتبع الطفل حمية غذائية من عدمه- عدد الأطفال المصابين في الأسرة) لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

[٦] تم تقسيم تناول الطفل المصاب لمهدئات, إلى مجموعتين (نعم, لا).
[٧] تم تقسيم اتباع الطفل لمهدئات, إلى مجموعتين (نعم, لا).
[٨] تم تقسيم عدد الأطفال المصابين في الأسرة, إلى مجموعتين (طفل واحد, طفلين أو أكثر).

فقد كشفت نتائج البحث الحالي عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في النمو ما بعد الصدمة ترجع لبعض المتغيرات الديموجرافية (تناوُل الطفل أدوية مهدئة بمشورة من طبيب مخ وأعصاب من عدمه, اتباع الطفل حمية غذائية من عدمه, عدد الأطفال المصابين في الأسرة وفقاً للمجموعات (نعم, لا)- (طفل واحد, أكثر من طفل), مما يعني أن تناوُل الطفل أدوية مهدئة بمشورة من طبيب مخ وأعصاب من عدمه, واتباع الطفل حمية غذائية من عدمه, أو ترتيبه في الأسرة لا يؤثر في مستوى النمو لدى الأمهات, ويمكن تبرير هذه النتيجة بإثبات حقيقة أن كون تشخيص باضطراب طيف التوحد هو الحدث الصدمي الأكبر في حياة الأم, وأن تحسين النمو يرجع لقدرتها الذاتية في التقبل لذلك الحدث, والبحث عن التغيير الإيجابي لتحقيق السلامة النفسية, بغض النظر عن عدد الأطفال المصابة وحالتهم؛ فمن المهم أن ندرك أن تجربة كل أم فريدة من نوعها، فقد يختلف تأثير إنجاب طفل مصاب بالتوحد, ويختلف تقبل ذلك الحدث من أم لأخرى.

مراجع البحث

أولاً: المراجع باللغة العربية

إبراهيم, أحمد.(٢٠٢٠, مايو). التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته, المجلة الاجتماعية القومية, ٥٧(٢), ٢١- ٥٠. 10.21608/JNS.2020.205310

الإمام, محمد صالح .(2017). التوحد من اضطرابات النمو الشامل. القاهرة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

الخطيب, عبدالله.(٢٠٢١, سبتمبر). الإسهام النسبي للمساندة في التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة والاعتزاز بالذات لدى أمهات شهداء مسيرات العودة بقطاع غزة, مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية, جامعة القدس المفتوحة, ١٢(٣٦), ٦٦- ٨٣. 10.33977/1182-012-036-005

الذهبي, هناء مزعل؛ النصراوي, حيدر كامل.(٢٠١٦). الأسناد الاجتماعي وعلاقته بالنمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بسرطان الثدي, ، مجلة العلوم النفسية, ١(٢٢),

السليتي, روان عبد الهادي؛ بني مصطفي, منار(٢٠٢٠). قدرة الصحة النفسية وبعض المتغيرات على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة, قسم علم النفس الإرشادي والتربوي, جامعة اليرموك, كلية التربية, رسالة ماجستير, الأردن.

صندقلي, هناء.(2012). التوحد: اللغز الذي حير العلماء, لبنان: دار النهضة العربية.

عبد الحافظ, إيمان عزت. (أكتوبر-٢٠٢٣). المرونة النفسية والرغبة في الحياة بوصفها محددان لنمو ما بعد الصدمة لدى المرأة. مجلة كلية الآداب بقنا, ٣٢(٦١), ٧٨٣.

عبيد, سوسن شاكر.(2010). التوحد: أسبابه- خصائصه- تشخيصه – علاجه. عمان: ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع

قطب, نورهان.(٢٠٢٢, يوليو). نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات التلاميذ ذوى اضطراب طيف التوحد فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية, دراسات تربوية واجتماعية, جامعة حلوان, كلية التربية, مجلة دورية, ٢٨(٤), ٣٠- ٩٠.

القمش, مصطفي نوري.(٢٠١١). اضطرابات التوحد الأسباب ،التشخيص ،العالج ،دراسات علمية .عمان :دار المسيرة

مصطفى, أسامة فاروق ؛ الشربيني, السيد كامل.(2011). التوحد: (الأسباب – التشخيص – العلاج). عمان: دار المسيرة.

معوض, محمد عبد التواب؛ محمد, سيد عبد العظيم.(٢٠١٢). العلاج بالمعنى: النظرية الفنيات التطبيق، القاهرة: دار الفكر العربي.

منظمة الصحة العالمية.(2017). اضطراب طيف التوحد, http://www.who.int/ar/news-room.

يوب, زهرة.(2016). نظرية العقل عند الأطفال المصابين بالتوحد: دراسة ميدانية في ضوء المتغيرات, مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية, 1(20) , 81- 160.

يونس, إبراهيم.(٢٠١٨). مهارات التفكير الإيجابي وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية, مجلة البحث العلمي في التربية, ٥(١٩), ١- ٢٢.

ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية

Akram, B., Batool, M., & Bibi, A. (2019). Burden of care and suicidal ideation among mothers of children with autism spectrum disorder: Perceived social support as a moderator. Journal of the Pakistan Medical Association, 69(4), 504–508.

Ali. E., M.; Al- Adwan. F., z.& Al-Naimat. Y., M.(2019). Autism Spectrum Disorder (ASD); Symptoms, Causes, Diagnosis, Intervention, and Counseling Needs of the Families in Jordan, *Modern Applied Science*, 13(5): 48- 56. doi:10.5539/mas.v13n5p48.

Elkayal. M.& Taha, S.(2020). Influence of Rumination and Coping on Post-Traumatic Growth among Mothers of Children with Autism, *Egyptian Journal of Health Care*, (11)2: 890-903.

Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G.& Munson, J.(2013- February). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders, *Brain Dev*, 35(2): 133–138. doi:10.1016/j.braindev.2012.10.004.

Fairthorne. J., de Klerk. N., Leonard. H.(2015). Health Of Mother Of Children With Intellectual Disability Or Autism Spectrum Disorder: A Review Of The Literature. *Medical Research*, (2015)3: 1-21.

Feng, Y., Zhou, X., Liu, Q., Deng, T., Qin, X., Chen, B., Zhang, L.(2022). Symptom severity and posttraumatic growth in parents of children with autism spectrum disorder: The moderating role of social support, *Autism Research*, (2022)15: 602–613, 10.1002/aur.2673.

Ferna´ndez- Alcántara M, García-Caro.M, Pérez-Marfil.M, Hueso-Montoro.C, Laynez-Rubio.C, Cruz-Quintana.F (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosedwith autism spectrum disorder (ASD), *Research in Developmental Disabilities*. 55 . 312–321

Grad, R. I., & Zeligman, M. (2017). Predictors of post-traumatic growth: The role of social interest and meaning in life. *The Journal of Individual Psychology, 73*(3), 190–207. https://doi.org/10.1353/jip.2017.0016.

Ilias K, Cornish K, Kummar AS, Park MS-A and Golden KJ (2018) Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. *Front. Psychol*. 9:280. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00280

Jayawickreme, Eranda& Blackie, Laura ER. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(8) .220-205.

Joshi, I., Percy, M.& Brown, I.(2002). Advances in understanding causes of autism and effective interventions. Journal on Developmental Disabilities, (9)2, 2-16.

Kira, I.; Abou-Mediene, S., Ashby, J.; Odenat, L.; Mohanesh, J. & Alamia, H. (2013). The Dynamics of Post-traumatic Growth across Different Trauma Types in a Palestinian sample. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 18:120–139.

Krakovich T.M., McGrewJ.H., andYu(2016): Stress in parents of childrenwithautism spectrum disorder: An explorationof demands and resources. *J AutismDevDisord*, 46:2042-53.

Maitlis, S.(2020): Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior "Posttraumatic Growth at Work". Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav. 2020.7:395-419. Downloaded from www.annualreviews.org Access provided by 197.167.57.156 on 02/20/24. For personal use only.

Papadopoulos, D.(2021- Mar). Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study, *Brain Sci*, 11(3): 309. doi: 10.3390/brainsci11030309.

Qin, X., Feng, Y., Qu, F., Luo, Y., Chen, B., Chen, M., Zou, Y.& Zhang, L. (2020). Posttraumatic growth among parents of children with autism spectrum disorder in China and its relationship to family function and mental resilience: A cross-sectional study, *Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families*, 57: e59–e67, 10.1016/j.pedn.2020.10.026.

Rochel, P.(2015). What Are the Possible Causes for Autism Spectrum Disorder?. The Science Journal of the Lander College of Arts and Sciences, 9 (1), 99-105.

Stanton, A.L., Bower, J.E. and Low, C.A.(2006). Posttraumatic Growth after Cancer. In: Calhoun, L.G. and Tedeschi, R.G., Eds., Handbook of Posttraumatic Growth, *Research and Practice, Erlbaum, Mahwah*, 138-175.

Tedeschi R, G& Calhoun, L. G.(2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, 1(15), 1–18.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.

Vloet. D., Vloet, A., Bürger, A.& Romanos, M.(December, 2017). Post-Traumatic Growth in Children and Adolescents, *Journal of Traumatic Stress Disorders& Treatment*, 6(4): 1-7 10.4172/2324-8947.1000178

Zhang, W., Yan, T T., Barriball, K, L., While, A, E.& Liu, X, H.(2015). Post-traumatic growth in mothers of children with autism: A phenomenological study, Autism, 19(1): 29-37, https://doi.org/10.1177/1362361313509732

Differences Between Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Post-Traumatic Growth According to Some Demographic Variables

ABSTRACT:

The current study aimed to explore the differences between the mothers of children with autism spectrum disorder in post-traumatic growth according to some demographic variables (age - marital status - job - the order of the affected child in the family - the child's taking sedative drugs or not - the child follows a diet or not - the number of affected children in the family), and the study sample consisted of (73) mothers, aged between (20-52) years with an average age of (37.38) years and a standard deviation of (5.78) years± and applied to the sample: Post-traumatic growth scale prepared by Tedeschi & Calhoun (1996); translated by Kira, et al, 2013), demographic data form, the psychometric effectiveness of the instruments was verified and the results found that there was no significant effect of all demographic variables (age - marital status - job - ranking of the affected child in the family - the child taking sedative drugs or not - the child follows a diet or not - the number of infected children in the family) in post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder, where the values of "P" in these indicators were not statistically significant.

Keywords: post-traumatic growth, autism spectrum disorder, demographic variables.