فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم

دكتور/ محمد كمال ابوالفتوح احمد عمر

بحث منشور في مجلة التربية الخاصة ـ كلية التربية – مركز المعلومات التربوية ـ جامعة الزقازيق – جمهورية مصر العربية (مجلة علمية دورية محكمة)

العدد (٣)

الشهر (ابريل) ـ السنة (٢٠١٣ م)

فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم

د / محمد كمال ابوالفتوح أحمد عمر

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى تنمية المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات أطفال الأوتيزم، طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها ٦ أمهات متوسط أعمارهم ٢٦,١ سنة، وكل منهن لديها طفل واحد مصاب بالأوتيزم، استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس للمرونة الأسرية من إعداد الباحث، ومن خلال الجلسات الإرشادية التي طبقها الباحث من خلال إتباعه المنهج التجريبي أسلوب المجموعتين التجريبية والضابطة أفادت نتائج الدراسة إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة الدراسة التجريبية على مقياس المرونة الأسرية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج المستخدم في هذه الدراسة في اتجاه القياس الأفضل وهو القياس البعدي.

الكلمات المفتاحية : المرونة الأسرية – أطفال الأوتيزم – برنامج إرشادي.

Effectiveness of Counseling Program in development Family Resilience among Autism Children Mothers

Mohammad Kamal Abo El-Fetouh Ahmad Omar,Ph.D
Mental Health Dep- Faculty of Edu- Benha Uni- Egypt

Abstract :

The study aimed to develop the level of family resilience among mothers of Children with Autism, Appled this study on 6 mothers average age 26.1 years and all of them have a child with Autism, The researcher used in this study a family resilience scale, And through counseling meeting with experimental method style experimental and control groups reported results of the study to a statistically significant difference between the average scores experimental group on a family resilience scale before implementing the program and the average scores the same group on the same scale after application of the program used in this study in the direction of measurement better.

Key Words : *family resilience – Children with Autism – Coumseling Program.*

مقدمة الدراسة :

مع نهاية الألفية الثانية وبداية الألفية الثالثة شهد العالم وما يزال ثورة علمية هائلة حول إضطراب الأوتيزم Autism الذي يهدد الكثير من أطفال العالم، فمنذ أن بدأ كانر kanner عام ١٩٤٣م حديثه عن بعض أعراض الأوتيزم تحت مسمى آخر، بدأ الإهتمام بهذه الأعراض، ثم بدأ تأسيس أول جمعية

أمريكية للأوتيزم عام ١٩٤٣م حيث تم الإعلان بشكل رسمي عن إضطراب الأوتيزم، وفى عام ١٩٧٠م أعلنت تلك الجمعية أن هناك نحو سبعة أطفال يصابون بالأوتيزم بين كل عشرة آلاف مولود، وظلت التقديرات تتوالى إلى أعلنت الولايات المتحدة الأمريكية أن إضطراب الأوتيزم أصبح وباء حيث بلغت نسبة الإصابة به عام ٢٠١٢م طفل لكل ثمان وثمانون طفلاً بواقع ٥٤:١ للذكور و ٢٥٢:١ للإناث (CDC,2012)، وحالياً ونحن في عام ٢٠١٣م أصدرت بعض الجهات ذات الصلة تقارير تشير إلى انه من المتوقع أن تصبح نسبة الإصابة بالأوتيزم خلال الأعوام الخمسة القادمة أي حتى بلوغ نهاية عام ٢٠١٨م هي ١: ١٠ حالات ولادة (AFAA,2013).

تلك الأرقام أدت إلى وجود حالة من الفزع والهلع لدى الكثيرين على وجه البسيطة من المهتمين بالأوتيزم على كافة الأصعدة، أخصائيون أو أولياء أمور، وما زاد هذه الحالة هو أن أسباب الإصابة بالأوتيزم مازالت لغزاً محيراً لدى الجميع على الرغم من شبه الاتفاق على أن عوامل جينية وأخرى بيئية أو غذائية (Strickland,2009:82) قد تكون أسباباً محتملة أو عوامل خطورة قد تؤدي للإصابة بالأوتيزم (Newschaffer et al., 2007)، إلا أن الأمر لا يعدو كونه مجموعة من الاستنتاجات تتباين فيما بينها بتعدد الرؤى وزوايا النظر (Rodier et al. 1996).

وعلى الرغم من جدلية النقاش حول أسباب الإصابة بالأوتيزم، إلا أنه من المؤكد أنه حالة من القصور المزمن في النمو التطوري للطفل يتميز بتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه والإدراك الحسي والنمو الحركي (السرطاوي وعواد، ٢٥٤:٢٠١١)، يتم تشخيصه عادةً أثناء جيل السنتين والنصف تقريباً، أو ببلوغ تمام السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل (كامل، ٢١:٢٠٠٣)، يتميز بضعف أو قصور في الانتباه، صعوبة حادة في التواصل وإقامة علاقات وظيفية تفاعلية مع الآخرين، ضعف في تطور اللغة واستخدام المصطلحات المجردة، بالإضافة إلى أنماط سلوك مقيدة ومعارضة للتغيرات البسيطة في البيئة المألوفة مع ضعف / قصور في الانتباه المشترك، كل تلك الأمور وغيرها تجعل من طفل الأوتيزم عاجزاً نوعاً ما عن التأثير في بيئته (البلوي، ٢٠١١) متصفاً بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، حيث يميل معظم أطفال الأوتيزم للانعزال حتى بعد وصولهم سن البلوغ، فأطفال الأوتيزم يعانون من اضطراب في القدرة على إقامة علاقات صادقة تقليدية حيث غالبًا ما تنقصهم المهارات الضرورية لبدء علاقات صداقة اجتماعية (محمد،٣٦:٢٠٠٢)، كما يعد الأوتيزم من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً، نظراً لتنوع خصائص الأطفال المصابين به وتفاوت قدراتهم ومهاراتهم، ورغم وجود خصائص أساسية مشتركة بينهم فإن الأعراض والخصائص التي تشير إليه تظهر على شكل أنماط كثيرة ومتداخلة تتفاوت من البسيط إلى الشديد (البطاينة وعرنوس،٢٠١١).

كما أصبح جلياً للعيان اختلاف نسب الذكاء بين أطفال الأوتيزم، خاصة إذا ما تم النظر لهم من منظور نظرية الذكاءات المتعددة، فمنهم الموهوب في مجالات معينة، ومنهم من يمكن التعامل معه وفق مفهوم الإعاقة العقلية (Scatton et al.,2012)، الأمر الذي يحتم دائماً استخدام عمليتي المماثلة والموائمة وكذالك المجانسة والشرطية إذا ما أريد التشخيص السليم والدقيق لهذا الاضطراب (الخولي،٢٠٠٨:٣٤)، لقد أصبح الأوتيزم كجبل الجليد، نرى قمته ونحددها تحديداً دقيقاً، ولكن تظل أعماقه مليئة بالغموض والأسرار، تماماً كأطفال الأوتيزم، نتفق على فشلهم الاجتماعي، نتفق على عجزهم عن الكلام بوجه عام والكلام التلقائي بوجه خاص، نؤكد جميعاً أنهم يمارسون سلوكيات نمطية وغير ذلك الكثير، ولكن نختلف دائماً في الرؤى حينما يكون الحديث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالأوتيزم.

إن اضطراب الأوتيزم يمكن النظر إليه بأنه أكثر الإعاقات صعوبة وذلك للتفاوت الشديد بين مستويات المهارات المختلفة لدى أشخاص هذه الفئة مما يجعل فهمهم والتدخل العلاجي معهم أمرا شديد الحساسية لما يتطلبه من الدقة المتناهية في عمليات التشخيص والتقييم والملاحظة والخطط العلاجية المقدمة (الكاشف،٢٠١٢).

هذا ويتطلع الآباء إلى ميلاد طفل عادي معافى صحياً وجسمياً وعقلياً ونفسياً حيث يعد هؤلاء الأطفال بالنسبة لذويهم مشروع المستقبل والهدف من الحياة، وبالتالي فإن ميلاد طفل يعاني من قصور ما يفقد ذويه هذا الأمل المنتظر ويوقع الآباء والأمهات في سلسلة ردود الفعل السالبة حيث تتحطم الآمال والطموحات وتتولد المشكلات الأسرية والمادية والاجتماعية مما يعرض هذه الأسر لمزيد من الضغوط خاصة الضغوط النفسية، فالصدمة التي يتعرض لها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جراء ما يتعرضون له من صدمة نفسية عند تشخيص حالة الابن بالإعاقة يؤدي إلى شعورهم بعدم الاتزان وحينها يصعب عليهم مواجهة متطلبات الموقف الذي يؤثر عليهم (الشخص والسرطاوي، ١٩٩٨)، وهذا يتفق مع الرؤية التي تقول أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة ماسة إلى كثير من الاحتياجات إلا أن حاجات والديهم تكون أكبر وربما تجد حاجات الأطفال اشباعات مناسبة ولكن حاجات الآباء نادراً ما يعترف بها أو تشبع (الشناوي، ١٩٩٧:٣٤).

ومما لاشك فيه أن الأسرة نسق أو نظام بالغ التفرد والخصوصية، لأنه النسق الذي ينضم إليه الطفل عادياً كان أم ذوي احتياجات خاصة منذ بداية حياته، يشبع فيه حاجاته ويستمد منه مصادر الدعم، وتتوقف الصحة النفسية للطفل ونجاحه في الحياة على المتغيرات المرتبطة بهذا النسق وردود الفعل نحو الإعاقة وأساليب معاملة الوالدين ومدى تقبل الأسرة للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وإشباع حاجاته (حنفي، ٢٠٠٧:٩)، فالنظرة التي ترى أن الأسرة عبارة عن كيان واحد والمنبثق منها ما يعرف بالنسق الأسري *Family System* تؤكد على أن أي اعتلال أو خلل أو قصور وظيفي لدى أي فرد من

أفراد الأسرة يؤثر بصورة حتمية مباشرة على جميع أفراد الأسرة، فببساطة شديدة فالكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها البعض وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء، فالخبرة التي تؤثر على أحد أفراد الأسرة تؤثر بالضرورة على جميع أفرادهـــــــا (Friedman et al.,2003:47).

فميلاد طفل ذوي إعاقة داخل أسرة ما له نواتجه السالبة التي يدركها الآباء والأمهات على المستوى النفسي لدرجة تصل إلى حد الصدمة النفسية القوية والعنيفة ولا تتوقف فقط معاناة الآباء عند ذلك الحد بل إن المعاناة تتعاظم لديهم حينما يفشلون في مواجهة المجتمع بمثل هؤلاء الأطفال، فأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دائماً ما تنتابهم مشاعر القلق والتوتر جراء خوفهم الدائم من الفشل الاجتماعي حينما يخرجون للعالم المحيط بطفل ذوي إعاقة ما (Jones&Passey,2005).

فعادة ما يغير مولد الطفل ذو الإعاقة الأسرة كوحدة اجتماعية بطرق مختلفة، فقد يصاب الآباء والأبناء الآخرين بالصدمة وخيبة الأمل والغضب والقلق والاكتئاب والشعور بالذنب والحيرة كرد فعل، وهذا قليل مما يواجهانه، كما قد تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة إما بشكل سلبي أو ايجابي، فأثر مثل هذا الحادث يكون كبيراً وليس من المحتمل أن تبقى الأسرة كوحدة كما كانت من قبل، وخاصة عندما يعاني الآباء من أحلام اليقظة والتخيلات المحتملة للمرحلة الجديدة من الرعاية الأبوية، فالتخيلات المفرحة تتعدل بواسطة الخبرة الحقيقية للرعاية الوالدية، فعلى الآباء اتخاذ نوع مختلف من الالتزام تجاه كل منهما وتجاه الطفل أيضاً، كما أن عليهما أيضاً أن يقوما بتنظيم كيفية عملهما معاً، بحيث يستطيعا إشباع رغبات وقبول كل منهما، ومولد طفل ذي إعاقة أو صعوبة بالغة سيعقد كل هذا حيث نجد أن تصوراتهم لأنفسهم كآباء غالباً ما تتغير، فالوقت الذي كان يجب أن يحمل السرور أصبح يحمل الشك والقلق (العثمان والببلاوي،٢٠١٢).

إن وجود طفل ذو إعاقة في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية، ويصبح بداية لسلسة من الهموم والأزمات النفسية التي لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات، واختلاف الأداء، ولوم الذات و الآخرين، و يزيد من سيادة نزعات التشاؤم، والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل للإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة ككل.

هذا ويتعاظم الأمر تماماً داخل أسر أطفال الأوتيزم، فكل طفل أوتيزم هو حالة فريدة من نوعها وله مشكلاته التي تختلف إلى حد ما مع غيره من أطفال الأوتيزم، هذا التباين والاختلاف يخلق ضغوطات أكثر من تلك التي تخبرها أسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة (Kapp&Brown,2011)، فالأسرة التي تحوي طفل أوتيزم ينبغي عليها التأقلم مع كم هائل من الضغوطات المتعلقة بأمور التواصل والتفاعل الاجتماعي الضعيفة لدى هذه الفئة من الأطفال علاوة على السلوك غير المتوقع الذي يظهرونه

والروتين اليومي الصلب صعب التغيير (Drew&Norton, 1994)، أي أن الأسر التي تتعامل مع طفل أوتيزم تواجه ضغوطات ومحن كبيرة تعيق أدائها لدورها المنوطة به تجاه كافة أفراد الأسرة، وجدير بالذكر أنه خلال العقد الماضي، انشغل العديد من الباحثين المهتمين بالشؤون الأسرية بدراسة الأزمة التي قد تمر بها بعض الأسر أثناء محاولتها القيام بدورها المنوط بها والوقوف على قدميها بثبات، وتلك الأخرى التي لا تستطيع مواجهة الأمر برمته بنجاح (McCubbin et al.,1988; Walsh,1996 Patterson,2002) تمخض عن هذا الاهتمام ميلاد ما يعرف بمصطلح المرونة الأسرية *Family Resilience* والذي يعرف أحياناً بالصمود الأسري، والذي تم وصفه بأنه القدرة على الصمود في مواجهة المصاعب، والخروج من المحنة والأزمة أكثر قوة وصلابة (Walsh 1998,54).

إن مفهوم المرونة الأسرية والذي يتضمن التركيز على العوامل المؤدية لقيام الأسرة بدورها على أكمل وجه في حال حدوث أية مشكلة (Seligman&Csikszentmihalyi,2000) وتحديد العوامل المعاكسة لتلك المحبطة خطوتان هامتان في تطوير علم النفس الايجابي (Bayat,2007) والذي بدوره يرى أن لكل شخص أشياء قليلة يمكنه عملها بشكل جيد، مثل هذه الأشياء تحميه من الإصابة بالمرض النفسي ومن هذه الأشياء المهارات اللفظية، الكتابة، الاستماع إلى جانب أحد الحوارات، الزواج، العمل، الوالدية الجيدة، ويمكن للشخص – أي شخص أن يصل من خلال عمل هذه الأشياء إلى أعلى قوته، وهو بالتالي يحمى نفسه من الإصابة بأحد الأمراض كالاكتئاب مثلا، فالتركيز على معرفة الأفضل لي أو الشيء الذي أعمله بمهارة يحجب عنى الإصابة بالأمراض (الفنجري،٢٠١١)، فعلم النفس الايجابي يقوم على السعي حتى يصبح الإنسان أكثر سعادة ويرفض بشدة بعض مبادئ علم النفس القديم وخصوصاً التي تتعلق بالغرائز المدمرة، فلا توجد شواهد تفيد بأن الإنسان أناني وعدواني، فالنمو يقدم لنا الخصائص الجيدة وغير الجيدة، ومن الأهمية أن نقوم ببناء خصائصنا الإيجابية كما نقوم أيضاً بخفض أعراض المرض النفسي (Walsh, 2003).

وعادة ما يتم النظر إلى مفهوم المرونة الأسرية على أنها إما تفاعل بين مجموعتين من المخاطر *Risks* والعوامل الوقائية *Protective Factors* مع بعضهما البعض (Rutter, 1987) أو أنها عملية مرنة تشير إلى مدى قوة العائلة أو الأسرة في مواقف مختلفة خلال دورة حياتها وفي ظروف متباينة (Walsh 2003) هذا النهج الأخير يعتبر الأسرة متأقلمة ومتكيفة مع الأزمة أو المحنة التي تمر بها حينما تظهر القوة حتى وإن لم تتمكن من ذلك في بعض الأوقات الأخرى (Walsh, 2003)، إن إعطاء الأزمة أو المحنة معنى ايجابي، الصمود في وجه المشكلة والتفاؤل، والتحلي بالجانب الديني والروحاني عوامل رئيسة وأساسية تسهم في بناء روح التكيف مع وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة (Bayat,2007)، وبالإضافة إلى ذلك، فالأسرة التي تستطيع التكيف الايجابي مع وجود طفل أوتيزم داخلها ينبغي أن تمتلك

العديد من الخصائص الهامة منها المرونة، التواصل، الترابط، والقدرة على مضاعفة مصادر القوة لديها (Skinner et al. 1999 ; Scorgie& Sobsey 2000;).

لقد أثبت الباحثون أن هناك أسراً تحوي طفلاً مصاباً بالأوتيزم تمكنوا من تحقيق التكيف الايجابي في حياتهم بل وتعد زيجاتهم من أنجح الزيجات الممكنة (Summers et al.,1988)، والمثير للدهشة أن بعض هذه الأسر ترى أن وجود طفل أوتيزم داخلها تجربة أثرت داخلهم حب تعلم التواضع والصبر والتعاطف وقبول واحترام الآخر (Walsh,2006:42)، بل وأكثر من ذلك فبعض هذه الأسر أصبحت تقدم دعماً ومساعدات للأسر الأخرى التي تحوي طفل أوتيزم بل أصبحت هذه الأسر عوناً دائماً لمقدمى الخدمات النفسية والسلوكية في مجال الأوتيزم (Summers et al.,1988)، نعم ! إنها المرونة الأسرية.

ومن ناحية أخرى، فمن المؤكد أنه لا يوجد شخصان يواجهان الحزن والتوتر بنفس الطريقة تماماً (Williams &Williams,2005:72) فالرجال والنساء يميلون إلى معالجة خسائرهم بطرق مختلفة، الرجال عموماً يتجاهلون المحن والأزمات ويحاولون إيجاد سبلاً لصرف أنفسهم عن عواطفهم، و يستخدمون مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المشتتة لتفكير الحزن مثل ممارسة التمارين الرياضية واستغلال المواد أو التركيز حصرياً على عملهم (Sprecher & Hatfield, 1987) أما النساء فيملن في كثير من الأحيان إلى اجترار مشاكلهن محاولين بذلك تحديد ما إذا كن مسئولات عن الخسائر أم لا، ويجاهدون دوماً إلى تحديد ما حدث بالضبط وأسفر عن الخسارة، بالإضافة إلى ذلك، فالنساء ميالات لطلب مساعدة الآخرين ومناقشة أحزانهن في محاولة لحل مشكلة الحزن والتوتر والخسارة الناجمة (Sprecher,1989)، وتفسير ذلك يتجلى بوضوح في ضوء مصطلحي السادية والمازوشية وكذلك المجانسة والشرطية في هذا الأمر، ومما سبق فالدراسة الحالية محاولة من الباحث في هذا الإطار يسعى من خلالها إلى تنمية المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب الأوتيزم من خلال مجموعة من الجلسات الإرشادية المخطط لها مسبقاً ؟.

أهمية الدراسة :

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها من أهدافها حيث تهدف بشكل رئيس إلى دعم أي مبادرة لأسرة طفل الأوتيزم والتي تتبلور في تحقيق قدر مناسب من المرونة لدى الأم خاصة باعتبارها بوصلة التوازن والاتزان في المناخ الأسرى، فبحكم تكوينها الفسيولوجي والسيكولوجي أكثر مهارة من الأب في استخدام الكلمات لكشف ردود الأفعال الانفعالية، فالمرأة أكثر قدرة على قراءة المشاعر وخاصة الدفينة وليس من شك في أن مشاعر طفل الأوتيزم هي في واقع الأمر مشاعر دفينة لا يستطيع التعبير عنها بشكل لفظي، هذا بالإضافة إلى أنها مقارنة بالرجل أقل استثارة وأكثر قدرة على إدراك حالتها الانفعالية وإدارتها.

ولذلك تكتسب الدراسة الحالية **أهميتها النظرية** من كونها تتصدى لمفهوم المرونة الأسرية محاولة إعداد إطار نظري لها وأداة مقننة لتقييمها، كما تتبع هذه الأهمية أيضاً من كونها تتناول فئة أطفال الأوتيزم والتي تشير التقارير المتلاحقة تفاقم معدلات الإصابة وازدياد الضغوطات التي تعانيها تلك الأسر جراء وجود طفل أوتيزم بها.

أما **الأهمية التطبيقية** لهذه الدراسة فتتبع من حيث تضمُّنُها لجلسات إرشادية لتنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، الأمر الذي قد يقدم دليلاً علمياً للمهتمين ومقدمي الخدمات المساندة لأسر أطفال الأوتيزم لكيفية التعامل مع هذه الأسر وكسر الحواجز الثقافية والبيروقراطية وإعادة تشكيل المواقف الحياتية، وتخفيف الضغوطات التي يعانون منها ومساعدتهم على الاستمرار في الحياة بصورة هادئة مستقرة ايجابية وتخفيف الضغوطات التي يعانون منها ومساعدتهم على الاستمرار في الحياة .

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

١- تقديم برنامج إرشادي لأمهات أطفال الأوتيزم مما قد يؤثر إيجابًا في تنمية المرونة الأسرية لديهم الأمر الذي قد يخفف من وطأة الضغوطات التي يعانون منها، وهو ما ينعكس بوجه عام على تفاعلاتهم الأسرية ويعيد التوازن مره أخرى للأسرة ككل ويزيد من مقدار رعايتهم لطفلهم المصاب بالأوتيزم مما قد يؤدي إلى تحسين حالتهم ويزيد من نضجه الاجتماعي مما قد يساعده على الانخراط مع أفراد الأسرة أولاً، ومن ثم مع أفراد المجتمع .

٢- إعداد مقياس للمرونة الأسرية .

٣- تقديم خدمة إرشادية وتدريبية لأمهات أطفال الأوتيزم تساعدهم على تحقيق مزيد من التفاعل مع باقي أفراد أسرهم بوجه عام.

مشكلة الدراسة :

في الثاني من إبريل من عام ٢٠١٣م وهو اليوم العالمي للتوعية بالأوتيزم أصبح الأوتيزم أحد القضايا المعاصرة التي تتحدى العلماء فهو قضية ذات طابع إنساني وأخلاقي وأسرى، ولعل أولى الخطوات الضرورية والهامة في مواجهة هذا الخطر الذي يهدد أبنائنا يبدأ من الأسرة بأن تكون عيوننا وقلوبنا مفتوحة لهم وأن نحيطهم بالتعاطف والتفهم انطلاقاً من أن الأسرة هي المصدر الأولى والأساسي للدعم النفسي – الإجتماعى الذي يحتاجه طفل الأوتيزم في حياته اليومية، ولم ولن يتحقق ذالك إلا من خلال المرونة الأسرية، ذلك أن الصحة النفسية بمفهومها المتعمق هي تأرجح ما بين المرونة والجمود، هذا وتتضمن المرونة صوراً وأشكالاً متنوعة، المرونة في التفكير، المرونة في التعامل، المرونة في تقبل النقد، والمرونة الأسرية، فالمرونة من أهم أسباب نجاح أي إنسان على المستوى العاطفي، الأسري،

المهني، والاجتماعي، فمن الجنون أن تفعل نفس الأفعال وتنتظر نتائج مختلفة ومتباينة، إن الأفراد والأسر يتطورون وينمون عبر دورة حياة الإنسان، هذا التطور والنمو يصحبه تغيير حاصل لا محالة، فأولئك الذين يقاومون هذه العملية وهذا التغيير بجمود يضيفون بالتأكيد توتراً لا حاجة له في حياتهم، إن الأفراد وأسرهم الذين يتعلمون المرونة والتكيف والصمود يرفعون من إمكانية تحقيق ذواتهم وتحسين علاقاتهم الداخلية الأسرية أو الخارجية المجتمعية.

إن وجود طفل أوتيزم داخل أسرة ما يثقل كاهل الأبوين، ويسبب توتراً يجهد حياة أفراد الأسرة جميعاً، هذا التوتر يؤثر بدوره سلباً على الاتزان العاطفي للأسرة ككل، فتفقد الأسرة قدرتها على التكيف الايجابي مع متطلبات ومتغيرات الحياة، يؤدي بها إلى الشعور بالحزن والكآبة والأسى، ويوقعها في سلسة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي لا حصر لها.

إن التحول *Transformations* بنوعيه الشخصي والأسري حين اكتشاف أن الطفل الموجود داخل أسرة ما هو طفل أوتيزم يزيد من القدرة على التكيف الايجابي ويزيد من الاستمتاع بحياة هادئة ذات جودة عالية، فالتحول الشخصي يعني الحصول على أدوار جديدة داخل الأسرة والمجتمع، ويعني أيضاً اكتساب صفات ايجابية جديدة كالقدرة على التعبير عن الرأي والدفاع عن أحقية هذا الطفل في العيش بصورة مماثلة للطفل العادي والتحلي بالإيمان وإعادة بث الأمل والمعنى للحياة، أما التحول الأسري فيقتضي اكتساب ادوار جديدة داخل الأسرة وزيادة وظيفية التواصل والتفاعل بين أفرادها، الأمر الذي سينعكس بالتأكيد على تعاملات الأسرة ككل مع باقي أفراد المجتمع، فالتحول إذاً محاولة لإعادة شحن الطاقات والهمم، وما تنشد المرونة الأسرية إلا تحقيق هذا التحول.

ولا جدال في كون الأمهات أكثر تأثراً بالضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق داخل نطاق الأسرة (Ekas et al.,2009 ; Phetrasuwan&Miles,2009)، ومن المثبت أيضاً أن أمهات أطفال الأوتيزم أكثر إحباطاً وشعوراً بالضغوط النفسية من أمهات الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى (Alexandra et al.,2004).

وبالتالي فمشكلة الدراسة الحالية تتمثل في التساؤل التالي : كيف يمكن تنمية المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم وماهي الجلسات الإرشادية التي يمكن من خلالها تحقيق هذا الهدف ؟

مصطلحات الدراسة :

تتبنى الدراسة الحالية المصطلحات التالية :

- **البرنامج الإرشادي** *Counseling Program* : ويعرفه الباحث على أنه : مجموعة من الخدمات التي تتضمن النشاطات الإرشادية المختلفة التي تهدف إلى إحداث تغير معين في حالة أو موقف ما

للفرد أو الجماعة وذلك من خلال اكتساب الخبرات الجديدة التي تساعد بالتالي على النمو العقلي والاجتماعي والوجداني والمهني والأكاديمي.

- **المرونة الأسرية** *Family Resilience* : ويعرفها الباحث على أنها : القدرة على استدعاء واستغلال نقاط القوة الكامنة داخل الأسرة لمواجهة التحديات والأزمات والضغوطات والأحداث الحياتية الأليمة بشكل ايجابي والصمود أمامها و مواجهة التغيرات التي تحدثها بغية التكيف الايجابي معها وإعطائها معنىً ايجابياً لاستعادة اللياقة الأسرية مرة أخرى واستكمال دورة الحياة بصورة أفضل.

وإجرائياً : يعرفها الباحث على أنها : الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في هذه الدراسة على مقياس تقييم المرونة الأسرية المستخدم فيها.

- **أمهات أطفال الأوتيزم** *Autism Children Mothers* : ويعرفهم الباحث على أنهم : هؤلاء الأمهات اللاتي تم تشخيص احد أطفالهم تشخيصاً دقيقاً طبقاً للدليل التشخيصي الرابع DSM IV على أنه طفل أوتيزم أي طفل يعاني من اضطراب في نموه غالباً ما يبدأ قبل اكتمال سن الثلاث سنوات، وهذا الاضطراب يؤثر في مهام النمو ومعاييره فيؤدي به إلى الثبات النسبي عند مستوى معين من النمو النفسي والاجتماعي والانفعالي، مما تنعكس آثاره على الأداء المعرفي والوجداني والسلوكي فتعوزه المشاعر والأحاسيس فلا يفهم الآخرين ولا يتواص معهم إلا في حدود ضيقة ويظل صامتاً لا يتكلم لفترات طويلة منعزلاً عن العالم منهمك في حوار دائم مع الذات .

وإجرائياً : يعرفهم الباحث على أنهم : أمهات أطفال الأوتيزم (طفل واحد فقط) اللاتي يحصلن على درجات منخفضة على مقياس المرونة الأسرية المستخدم في هذه الدراسة، وممن يتراوح متوسط أعمارهم ٢٦,١ سنة.

الإطار النظري :

مما لا شك فيه أن الضغوط التي يتعرض لها الفرد تؤدي به إلى عالم لا شخصي، لا يعرف به الناس بعضهم بعضاً، حتى لو تواجدوا في بقعة جغرافية واحدة، وأكثر من ذلك، يميل الفرد إلى أن يشعر بأنه مفقود الهوية، وبسوء التكيف (علي،١٩٩٧)، فتشخيص إصابة طفل ما داخل الأسرة باضطراب الأوتيزم يؤثر على الآباء والأمهات بشكل مختلف، هذا التأثير يتجلى في العديد من المناحي الشخصية منها أو الاجتماعية أو الأحوال والظروف المادية للأسرة ككل والحياة اليومية بوجه عام (البلاوي والعثمان،٢٠١٢)، فوالدي الطفل المصاب بالأوتيزم معرضين بصورة أكبر لخطر مستويات الضغوط الزائدة كنتيجة حتمية لطبيعة وسيكولوجية هذا الاضطراب (Roberts,2008).

فالبطء الشديد في النمو الشخصي والاجتماعي وعدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية وغير ذلك كلها أمور تعد مصادراً مولدة للضغوط بالنسبة لوالدي طفل الأوتيزم (القريطي، ١٩٩٩:٥٢)، فالأطفال ذوي

الإعاقة بوجه عام يشكلون ضغوطات لذويهم يتولد عنها مجموعة من الأزمات التي لا تقتصر فقط على اكتشاف الإعاقة وإنما تظهر في أوقات عديدة، منها حين يلتحق الطفل بالمدرسة، وحين تظهر على الطفل مشكلات سلوكية غير مألوفة، وحين يمثل الطفل عبئاً ثقيلاً لا يطاق مع افتقار الآباء لمصادر رعايته وحين يرفض الطفل من المجتمع وحين يصل لمرحلة المراهقة (الأغبري و آلمشرف، ١٩٩٦:١٧٦).

وجدير بالذكر أن هناك فرقاً بين الضغط *Stress* والحزن *Grief* والأزمة *Crisis* سواء على مستوى الأفراد أو على مستوى الأسرة كمنظومة، فالضغوط التي تتعرض لها الأسرة أو كما تسمى الضغوط الأسرية هي مجموعة من الخبرات المتراكمة الناتجة عن حدث معين يصيب أحد أفراد الأسرة فيؤثر في جميع أفرادها، بدرجات متفاوتة وينتج عن هذا الحدث مجموعة من الحاجات النفسية والمادية والاجتماعية غير المشبعة، ويؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالعجز، وبالتالي بالضغط، مما يدفع الأسرة إلى إتباع بعض الأساليب التكيفية الناجحة أو غير الناجحة (كاشف،٢٠٠٠).

والضغوط ليست كلها سالبة على الإطلاق، فهناك ضغوط ايجابية، كما أن الضغوط قد تكون اختيارية أو غير اختيارية (إجبارية)، فالإنسان قد يختار الضغوط أو يسعى إليها بغية الرقي والازدهار أو لتجنب بعض العواقب السالبة، فتأثيث منزل جديد والالتحاق بعمل جديد والترقي في المناصب وغير ذلك من الأمور المولدة للضغوط لا تعبر عن ضغوطات سالبة، بل هي ضغوط ايجابية على الرغم مما تحمله من توتر قد يخل من توازن الفرد أو الأسرة ولكنه يتبدى تدريجياً ليظهر الهدوء مرة أخرى والذي بدوره يعيد للأسرة الدافع لمواجهة الحياة بما فيها من تحديات **(**Williams&Williams,2005:89**).**

أما الأزمات فتعني تهديداً خطرًا متوقعًا أو غير متوقع لأهداف وقيم ومعتقدات وممتلكات الأفراد أو الأسر أو المنظمات أو الدول والتي تحد من عملية اتخاذ القرار (جبر،١٩٩٩)، والأزمة موقف ينتج عن تغيرات بيئية مولدة للأزمات ويتضمن قدرًا من الخطورة والتهديد وضيق الوقت والمفاجأة ويتطلب استخدام أساليب إدارية مبتكرة وسريعة (شريف،١٩٩٨:٧٥)، وهي توقف الأحداث في المنظومة واضطراب العادات مما يستلزم التغيير السريع لإعادة التوازن (عليوة،٢٠٠٤:٢٥).

وهذا يعني أن الأزمة هي اللحظة الحرجة ونقطة التحول التي تتعلق بالمصير للمنظومة ككل أياً كان نوعها ويهدد بقائها وغالبًا ما تتزامن الأزمة مع عنصر المفاجأة مما يتطلب مهارة عالية لإدارتها والتصدي لها، وفي نطاق الأسرة ، تكون الأزمات إما أزمات متطورة أو أزمات خاصة، ويقصد بالأزمات المتطورة الأزمات العالمية التي تعني مجمل التغيرات التي يتعرض لها فرد في الأسرة أو الأسرة ككل خلال مراحل متنوعة في دورة الحياة الطبيعية، وهذا النوع من الأزمات يتصف بالشيوع حيث تخبره العديد

من الأسر مالم نقل الجميع يمر بها (Sprecher&Hatfield,1986)، أما الأزمات الخاصة فيقصد بها تلك المواقف التي لم تعيشها بعض الأسر وتعتبر نادرة الحدوث، والأغلبية لم يمروا بها من قبل، وبسبب الطبيعة الفريدة لهذه المواقف، فقد يكون الناس غير مستعدين لها عند حدوثها.

أما الحزن فهو عملية نفسية تسعى لحل مشكلة الفقدان أو الخسارة، هذه العملية تسير وفق تسلسل يبدأ بالإنكار فالغضب ثم المساومة فالكآبة وأخيراً التقبل، ففي حين أن الإنكار هو المرحلة الأولى للحزن والتقبل هو الهدف المنشود، فإن كثيراً من الأفراد والأسر يتأرجحون بين هذه المراحل ذهاباً وإياباً حسب قربهم أو ابتعادهم عن حل المشكلة(Sprecher&Hatfield,1986;Williams&Williams,2005).

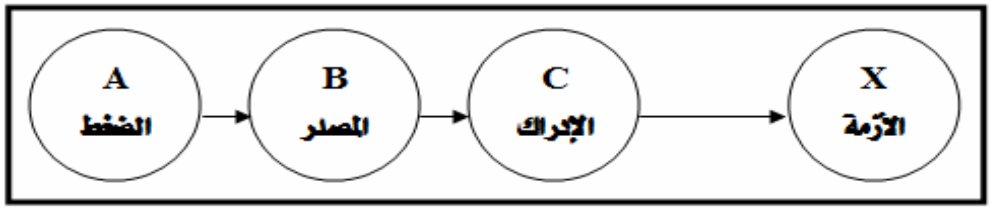
وهذا يعني بالفعل وجود فرق جوهري بين الأزمة والضغط والحزن، فالأزمة في ضوء ما تقدم هي حدث مفاجيء يتفجر في حياتنا أو داخل أسرنا بصورة حادة، فيغير الطريقة التي ننظر بها كأفراد أو كأسر وعائلات للعالم المحيط في ضوئها، والأزمة إذاً تنطوي على تهديد للحياة، أما الضغط فهو رد فعل طبيعي للأحداث الأقل إثارة في حياتنا، هذه الأحداث قد نخبرها ونعيشها بصورة يومية بشكل مباشر أو غير مباشر، بعضها سلبي وبعضها الآخر ايجابي، فالصعاب المادية والهموم اليومية والمواقف الاجتماعية المتباينة قد تسبب ضغوطات ولكنها لا تعد بطبيعة الحال أزمات.

هذه الضغوطات قد يتمخض عنها أحزان ثم أزمات قد تدوم لفترات طويلة كانت أم قصيرة، وهذا يقود إلى افتراض أن الأزمة والضغط والحزن هم حالات تقع على متصل واحد يبدأ بالضغط وينتهي بالأزمة، والسؤال الذي يطرح نفسه هنا، هل تعيش أسر أطفال الأوتيزم أزمة بالفعل بمفهومها الواسع أم أنها تعيش ضغطاً أم حزناً ؟، إن طبيعة الأوتيزم تحتم على الأسر التي يتواجد بها طفل مصاب بهذا الإضطراب أن تخبر الضغط بالتأكيد وفي ظل غياب الدعم النفسي و الاجتماعي قد تضطر إلى تجربة الحزن ثم تعيش الأزمة بالفعل، ضغط فحزن ثم أزمة، تجارب تعيشها بشكل إجباري لا اختياري الأسر التي تحوي طفل أوتيزم.

لقد أعلن الكثير من الآباء والأمهات أن الخوف من الموت لا يزعجهم بقدر خوفهم من أن يصبح طفلهم مصاب باضطراب الأوتيزم إلى الدرجة التي جعلت الكثير منهم يتخذ أي شيء نحو الأوتيزم أمراً مسلماً به، حيث أصبح مجرد سماع لفظة الأوتيزم كالكابوس المزعج وذلك خوفاً وهلعاً وخشية ما يمكن أن يحمله المستقبل لطفل مصاب بالأوتيزم، حيث أصبح طفل الأوتيزم طفل أسير، يعاني من الوحدة والحزن، يدرك من لديه خبرة ودراية كافية عن هذا الاضطراب أن البريق الذي في عيون مثل هذا الطفل يسأل : هل يمكنني الحصول على التغيير ؟ (الخولي، ٢٠١٢).

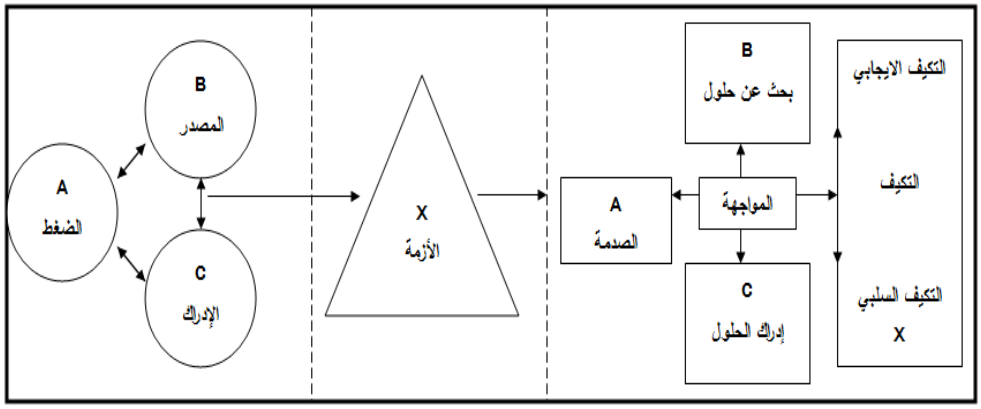
وسواء عاشت أسرة طفل الأوتيزم الأزمة أو الضغط أو الحزن، فإنها بالتأكيد لا محالة تعيش حالة من زيادة في التوتر Tension، فزيادة التوتر هو العامل المشترك بين هذه الحالات الثلاث (Williams&Williams,2005:89)، وهو الذي بدوره يخل من توازن الأسرة ويجمد قدرتها على العثور على الحلول الايجابية التي تمكنها من المضي قدماً في الحياة، مما يؤدي بها إلى خطر الأداء المنخفض مع مرور الوقت (McCubbin & McCubbin,1996).

إن نموذج التكيف الأسري *ABCX Model* مع التوتر الناجم عن الأزمات والذي قدمه روبين هيل Reuben Hill يرى أن التوتر جزء طبيعي وحتمي في حياة الأسرة (Patterson,1988)، وعند حدوثه فإنه يخل بتوازن أداء الأسرة ككل، وبالتأكيد سيكون لكل فرد من أفراد هذه الأسرة فهمه الخاص لعامل التوتر هذا، وبعد فترة من الفوضى التي تعيشها الأسرة ككل، تبدأ الأسرة في التعامل مع مسبب التوتر (مصدر الضغط) ساعية إلى استعادة توازنها مرة أخرى للحفاظ على سعيها نحو المستقبل، إن هذا النموذج يركز على ثلاث عوامل حيوية تلعب دوراً هامة في قدرة الأسرة على التكيف الايجابي مع الأزمة الناجمة (Boss,2002:45)، هذه العوامل هي مصادر التوتر، الضغوط الناجمة عن التوتر، وإدراك هذا التوتر، (انظر الشكل رقم ١) .



شكل رقم (١) : نموذج التكيف الأسري لروبين هيل (١٩٤٩) (MnCubbin&Patterson,1988)

وإذا ما استطاعت الأسرة مواجهة عامل التوتر على نحو جيد قبل حدوث توتر آخر، فذلك يطلق عليه عامل التوتر المنفصل، وستمتلك الأسرة ميلاً أكبر للبقاء صامدة في رحلتها، ولكن إذا تراكمت التوترات والأحداث فوق بعضها البعض لتشكل بعد حين عقبة في وجه الأسرة تعجز معها عن المواجهة فحينها تقع الأسرة أسيرة لما يسمى بالأزمات المتراكمة، وحينها تكون الأسرة بحاجة إلى إتباع نموذج آخر من التكيف إذا ما أرادت الصمود والمواجهة، هذا النموذج يسمى نموذج التكيف الأسري المضاعف. *The Doble ABCX Model* (انظر الشكل رقم ٢).



شكل رقم (٢) : نموذج التكيف الأسري المضاعف لماكيوبين وباترسون (١٩٨٣)

ففي عام ١٩٨١م، تم تقديم نموذج التكيف الأسري المضاعف بعناصر إضافية تشتمل على استجابة الأسرة للأزمات المتراكمة بنظرة أكثر شمولية، ونهج خطي للنموذج، حيث يرى هذا النموذج أن الأسر لكي تستطيع مواجهة مجموعة من الأزمات المتراكمة ينبغي عليها أن تعيش مرحلة يطلق عليها فترة ما بعد الأزمة (مرحلة الصدمة والمواجهة)، ومرحلة أخرى تسمى فترة ما قبل الأزمة (الإدراك)، ففي كثير من الأحيان تواجه الأسرة مجموعة من التوترات الناجمة عن العديد من الضغوطات المولدة للأزمات، مما يجعل من الصعب عليها التخلص من عامل توتر محدد على النحو الكافي قبل حدوث عوامل توتر إضافية، وهنا تدخل الأسرة مرة أخرى نموذج التكيف بعناصره (الضغوطات والمصادر والإدراك) وبتحد أكثر تعقيداً، وبظهور ضغوطات وأزمات جديدة، على الأسرة تولى مهمة التعامل مع أزمات متعددة وبوجهات نظر متعددة أيضاً.

فالحياة هي سلسلة من التوترات والصراعات التي لا بد من مواجهتها وبالتالي إما أن تكون الحلول لهذه الصراعات وخفض توتراتها حلولاً تكيفية إيجابية بنائية تزيد من المرونة الأسرية ومشاعر الترابط والتماسك بين أفراد الأسرة مهما كانت الصدمات أو الاحباطات، وقد تكون حلولا غير تكيفية أي هدمية يتمخض من خلالها خفض للتوترات ولكن على حساب قيمة الذات لكل فرد من أفراد الأسرة ومن ثم تتحول المرونة الأسرية إلى جمود ويزداد التفكك الأسري بدلا من زيادة الترابط.

وحينما تستطيع الأسرة التكيف الايجابي والتعامل مع هذه المجموعة من التوترات فإنها تكون قد استطاعت إيجاد مستوى جديد لميزانها أو التوازن فيها، هذا النوع من التكيف يجعل الأسرة تتصرف بطريقة سليمة وتبنى ميزاناً جديداً أكثر ايجابية من سابقه، وعندما يحدث هذا تمتلك الأسرة وقتها طاقة جديدة لتعزيز تطور ونمو كل فرد منها مع الحفاظ على وحدتها وهي تتحرك نحو المستقبل أي نحو معلم تنموي متقدم، ولكن إذا كان التكيف بشكل سلبي، فالأسرة بذلك تخلق مستوى من التوازن الضعيف، هذا المستوى يكون أكثر ضعفاً من المستوى الذي كانت عليه الأسرة من قبل، وفي هذه الحالة تصبح الأسرة

أكثر هشاشة أمام الضغوطات والأزمات المستقبلية المحتملة، وستكون احتمالية تعزيز التنمية لدى كل فرد فيها ضعيفة جداً وبالتالي تتضاءل فرص هذه الأسرة في المضي قدما في معترك الحياة، والسؤال الجوهري هنا، ما هي العوامل التي قد تدفع أسرة ما نحو التكيف الإيجابي مع الأزمات المتراكمة التي تواجهها في معترك الحياة أو قد يهوي بها في غياهب التكيف السلبي الذي يؤدي لا محالة إلى نفق مسدود وتقليص فرصها في المواجهة والصمود ؟.

لقد قام نموذج التكيف الأسري المضاعف على أربعة مفاهيم أساسية تلعب دور هام في تحديد المنحى الذي تتبعه الأسرة مع التعامل مع الأزمة سواء كان التكيف ايجابياً بنائياً أو كان التكيف سلبياً هدمياً، هذه المفاهيم الرئيسة هي مطالب الأسرة، قدرات الأسرة، معنى الأسرة ، والمرونة الأسرية، فليست أهمية أو حجم التوتر هو العامل الوحيد الذي يقرر نهج الأسرة في مواجهة الأزمة، إن العوامل التي تحدد مستوى تأقلم الأسرة ومواجهتها للأزمة بشكل ايجابي تتلخص في الطريقة التي يستقبلون بها المجريات، والمهارات والمصادر التي يمتلكونها في الوقت الحالي للتعامل مع التجارب العصيبة، بالإضافة إلى المصادر المتنوعة المتوفرة لهم، حيث تشتمل مطالب الأسرة على كل التحديات (الضغوط) التي تواجهها الأسرة كوحدة متماسكة (Gable et al.,2006)، ومسببات التوترات الأسرية كالقضايا التي لا نهاية لها بين أفرادها، علاوة على المشاحنات اليومية التي تتضمن تحديات كل يوم والتي تمر بها الأسرة ككل، أما قدرات الأسرة فتتضمن مصادرها وسلوكيات التعامل داخلها والتي تعد أمورا هامة جداً وضرورية في مواجهة الأزمة.

أما معنى الأسرة فيعنى إدراك الأسرة للمتطلبات التي يواجهونها والتي يطلق عليها التقييم الأساسي وفهمهم ايضاً لقدراتهم والتي يطلق عليها التقييم الثانوي، فكيف تنظر الأسرة إلى نفسها كوحدة (هوية الأسرة) ونظرتهم للعالم كأسرة، وكيف ينظر أفرادها إلى أنفسهم في علاقاتهم مع العالم الذي يحيط بهم، جميعها عوامل مهمة في إعطاء الأزمة معناها(Patterson,1988)، أما المرونة الأسرية فتعني القدرة على التجاوب مع الأزمة بشكل بناء والتصرف حيالها بايجابية، والنجاح في التصدي للشدائد، فالمرونة بوجه عام هي القطب الموجب للظاهرة الفريدة للفروق الفردية في استجابات الناس للضغوط والمحن والأزمات (Rutter,1990) وهي القدرة على إعادة بناء الشخصية والقدرة على التشافي من الأزمات والمحن (Germezy,1991) كما أنها التكيف الناجح الذي يتبع التعرض للأحداث الحياتية المؤلمة (Werner,1993).

فالمرونة إذاً مرتبطة باختزال السلوك السلبي وغير المرغوب فيه وتقديم السلوك الصحي والمنتج تحت التعرض للظروف الصعبة (Seligman et al.,2005)، فالفكرة الرئيسة للمرونة ترتبط بالتأقلم

الناجح (التكيف الايجابي) مع التغلب على المخاطرة والمحنة والأزمة أو تطوير المنافسة لمواجهة الضغوطات والأزمات القاسية والشديدة (Doll&Lyon,1988).

وجدير بالذكر أن هناك فرقاً جوهرياً بين المرونة الأسرية وما يعرف بمرونة الأنا *EgoReseilience*، فعلى الرغم من أن مرونة الأنا تشكل في مجملها الأبعاد العقلية والاجتماعية والنفسية والانفعالية والأكاديمية لشخصية الإنسان الفرد بحيث تكسبه القدرة على التكيف مع الأحداث غير المواتية والتي من المتوقع أن تعرقل مسيرة نمو الشخصية في الاتجاه الطبيعي (الخطيب،٢٠١٠) إلا أن العوامل المكونة للمرونة الأسرية تختلف عن تلك المكونة لمرونة الأنا، فالعوامل المكونة للمرونة الأسرية تتمثل في القدرة على مواجهة وإدارة الأزمات والضغوط، مهارات تنظيم الانفعال، القدرة على تحديد الأهداف التعاونية، والقدرة على حل المشكلات (Saltzman et al.,2011 ; Simon et al.,2005)، أما العوامل المكونة لمرونة الأنا فتشتمل على فعالية الذات، تقدير الذات من حيث الإثابة والتعزيز أو العقاب،، الدعم الاجتماعي، التوقعات المرتفعة، المرونة الذاتية، وروح الدعابة (Ali et al.,2010 ; Earvolino,2007 ; Fried & Penetar,2008:78).

إن نظرية المرونة الأسرية والتي قدمها "والش" *Walsh* (١٩٩٨-٢٠٠٣) تقوم في الأساس على الكفاءة والتوجه نحو القوة اللذان تتحلى بها النماذج الأسرية التي تسمح بفهم أكبر لقدرة الأسرة على إظهار التكيف الايجابي عند مواجهتهم للمحن والأزمات (Walsh,1998:75;Walsh,2003) فالمرونة الأسرية هي مجموعة المميزات والعوامل والأبعاد والخصائص المتعلقة بالأسرة والتي بدورها تساعدها على البقاء بتأقلم ناجح مع تشويش المتغيرات ومتكيفة بشكل ايجابي مع مواقف الأزمات مهما كانت حدتها (McCubbin et al.,1998)، والمتتبع للتراث النفسي المتعلق بمصطلح المرونة الأسرية يمكنه ملاحظة أن هذا المفهوم له جذوره الضاربة في ناحيتين، الأولى هي الجوانب النفسية للمواجهة Coping، أما الناحية الثانية فهي الجوانب النفسية للضغوط (Tusaie & Dyer,2004).

لقد كان الميلاد الحقيقي لمصطلح المرونة منبثقاً من علم الأوبئة، فالمنظرين سابقاً عرفوا أهمية دراسة التطور الشاذ والتطور الطبيعي كطريقة لفهم أفضل لمهام الإنسان وقدرته على المرونة، فالمرونة تنبثق تجريبياً من معرفة السلوك الإنساني وتساهم في مهنة العمل الاجتماعي وتعتمد على فلسفة تقوية الذات أثناء رعايتنا لمريض أو عند تقديم الاستشارة (Hawley,2000)، ولا شك في أن الدراسات المتعلقة بقوة الأسر والعائلات خلال أوقات المحن والأزمات تعود بتاريخها إلى بدايات القرن العشرين، على الرغم من أن مصطلح "المرونة الأسرية" لم يكن جزءاً من اللغة الوصفية التي يستخدمها الباحثون آنذاك، فالبداية الحقيقية لاستخدام مصطلح المرونة بوجه عام كانت في بداية فترة السبعينات وكانت البداية في البحوث التجريبية المتعلقة بالمرونة بين الأفراد المصابين بالفصام (Luthar et al.,2000) حيث استنتج

الباحثون آنذاك أن المصابين بالفصام كانوا قادرين على تبني أنماط التكيف والكفاءة في أداء الأعمال والعلاقات الاجتماعية السوية وإنجاز مسؤوليات الحياة إذا ما تمتعوا بدرجة مناسبة من المرونة (Plumb,2011)، وفي منتصف السبعينات ظهر مصطلح "مرونة الأطفال" كموضوع دراسة نظري وتجريبي، حيث تم التركيز آنذاك على تحديد الصفات التي تميز الأطفال الذين يتمتعون بالمرونة عند مواجهة المشكلات كسوء المعاملة والفقر والتعرض للعنف والأمراض المزمنة وحينها تم الاعتراف بدور العوامل الخارجية والبيئية في تنمية المرونة لدى الأطفال بالإضافة إلى مجموعة أخرى من العوامل الداخلية، وتم الاستقرار على أن خصائص الأطفال النفسية وخصائص أسرهم وطبيعة البيئة التي يعيشون فيها عوامل أساسية محددة لمقدار ما يتمتعون به من مرونة (Werner,2004).

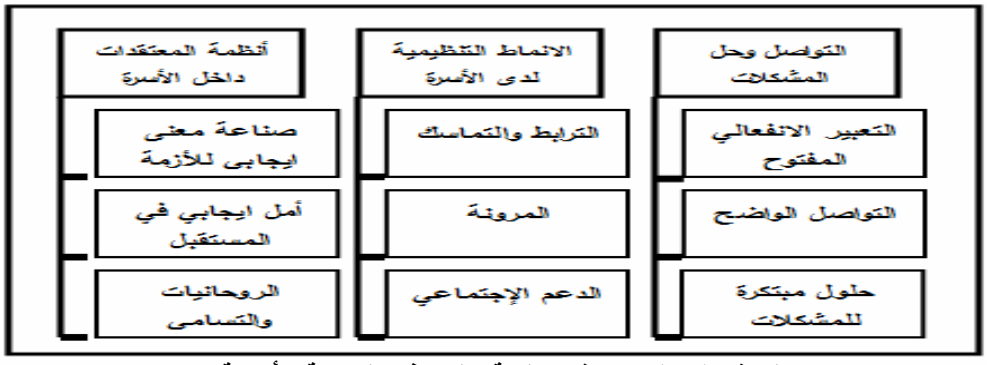
كما لم تخلو نظرية إريكسون من تناول مفهوم المرونة في مرحلة المراهقة، فالشخصية المرنة عنده ينمو لديها في مرحلة المراهقة ما يسمى بنمو الذات والشعور بذاتية الأنا التي يقابلها الارتباك، وهي عبارة عن مجموعة الحاجات النفسية الاجتماعية لمرحلة المراهقة المتأخرة في سبع مجالات عامة : تنمية الكفاية، والتعامل مع العواطف، وتنمية الاستقلالية، وتبلور الذات، وتنمية العلاقات الشخصية المتبادلة، وتنمية الغرض، وتنمية التكامل، ولكل منها عناصر فرعية أخرى أطلق عليها مصطلح " الموجهات النمائية"، وذلك لأن كل حاجة توجه الأخرى، وفي عبارة أخرى، فقد جعل حاجة تكوين الذات تتصدر الحاجات الثلاث الأولى، وعندما تتحقق تتوجه نحو تحقيق الحاجات الثلاث الأخرى .

وفي عام ١٩٩٦م، قدم "مكوبين و مكوبين" **(**McCubbin&McCubbin,1996**)** أول تصور لنظرية تدور حول مفهوم المرونة الأسرية، حيث أشارا إلى أن المرونة الأسرية هي قدرة الأسرة على ممارسة واستخدام الأنماط السلوكية الصحيحة للتعامل مع المصاعب والأزمات بغية التقدم والازدهار، وبنوا نظريتهم اعتماداً على نموذج التكيف الأسري *ABCX Model* مع التوتر الناجم عن الأزمات والذي قدمه "روبين هيل"، نموذج التكيف الأسري المضاعف*The Doble ABCX Model* والذي قدمه "مكوبين وباترسون"، نموذج التوافق / التكيف الأسري والذي قدمه "مكوبين و مكوبين"، فانبثقت أولى المحاولات الجادة لرسم تصور لمفهوم نظرية المرونة الأسرية، وكانت تلك الرؤية تقوم على اعتبار أن المرونة الأسرية هي محصلة أو ناتج التفاعل بين موارد وقدرات الأسرة و الضغوط الحياتية المعاشة، وأن مقدار التحول الناجم في الأسرة سواء باتجاه التكيف أو باتجاه التوافق يعبر عن مستوى المرونة الأسرية (McCubbin & McCubbin, 1996).

وفي بداية عام ١٩٩٨م، وهي البداية الحقيقية لبزوغ نظرية المرونة الأسرية بأبعادها، بدأ "والش" في التفكير في قدرة الأسرة ككتلة واحدة متماسكة على الإبحار بنجاح في تحديات الحياة والتغلب على الشدائد والأزمات وخاصة الأزمات المنبثقة من وجود فرد مريض من أعضائها (Alvord&Grados,2005)

فرأى أن قدرة الأسرة على مواجهة الشدائد والتغلب عليها هو محصلة للتفاعل بين المخاطر والعوامل الوقائية (Walsh,2002) ، فالمخاطر كالكوارث الطبيعية والفقر والعنصرية والمرض المزمن والاضطهاد وسوء المعاملة والرفض المجتمعي ...الخ تزيد من احتمالية هجوم التوتر أو الأفكار السلبية التي غالباً ما تعقب الأحداث الصعبة المريرة (Fraser&Richman,1999).

أما العوامل الوقائية فهي تلك الخصائص والصفات المحددة التي تمكن عملية المرونة من الحدوث، هذه العوامل منها عوامل فردية كالقدرة على حل المشكلات وطبيعة الحالة المزاجية ومنها عوامل أسرية كنظم الاعتقاد والقدرة على التحكم والسيطرة ومستوى التعليم داخل الأسرة ومهارات التكيف الفعالة (Waller,2001)، هذا وتتلخص نظرية "والش" في المرونة الأسرية مع الأزمات في مجالات ثلاث هي : أنظمة المعتقدات داخل الأسرة، الأنماط التنظيمية لدى الأسرة، و التواصل وحل المشكلات، هذه المجالات الثلاثة الرئيسة تحوي بنيات فرعية يوضحها الشكل رقم (٣) كما يلي :



شكل رقم (٣) : نموذج نظرية والش في المرونة الأسرية

(Walsh,2006:23)

فبناءً على ما جاء به "والش"، فالأنظمة والمعتقدات الإيمانية لدى الأسرة تشتمل على القيم، المواقف، التحيزات، الاهتمامات، والافتراضات، فالبشر جميعاً يعيشون ضمن سياق مجتمعي متأثراً بسياق مجتمعي آخر اكبر منه، فالأسرة المرنة هي تلك التي تسمح روحها الإيمانية ومعتقداتها الدينية على فهم الأزمة أو الحدث، ويجعل الخبرة المعاشة طبيعية، فالأسرة المرنة بروحها وقيمها الدينية السامية يمكنها تحويل الأزمة إلى خبرة سهلة وذات مغزى، واستخدامها كوسيلة مقوية لتماسك الأسرة، فحفاظ الأسرة على النظرة التفاؤلية للمستقبل خلال مرورها بالأزمة يكسبها أدوات مضاعفة للمواجهة وجني نتائج مثمرة (Walsh,1998)، ومن ناحية أخرى فتنظيم الأسرة نفسها وقت الأزمة والتحدي يوفر لها مستوى مرتفع من الاستقرار والراحة، ويبنى أساساً من الثقة يسمح لها بتواصل ايجابي مع مصادر الدعم الخارجي المتاحة في المجتمع (Black & Lobo, 2008)، فهذا التنظيم يسمح لأفرادها بالاستفادة من الشبكات المهنية والاجتماعية المحيطة بهم واللازمة لتوفير الموارد التعليمية والعلاجية والمادية لهم (Walsh,1998).

ولا جدال كون التواصل الفعال والايجابي أمر حيوي وأساسي للأسر التي تتمتع بالمرونة، فالوضوح في التواصل والانسجام في الاتصال يسهل أداء الأسرة ككل بشكل أكثر فاعلية (Walsh,2003:12) والمقصود هنا هو التعبير العاطفي / الانفعالي المنفتح، فالأسر القادرة على مشاطرة مشاعرها مع بعضها البعض يستطيع كل فرد فيها التعاطف مع الآخر (الامباثية والتي تختلف تماماً عن السمباثية)، أي أن التفاعلات الايجابية ومشاعر الترابط يوفران قدرة هائلة على المواجهة وبالتالي الصمود والتكيف الايجابي، فالأسر المرنة بطبيعة الحال تظهر مهاراتها في قدرة أفرادها على العصف الذهني لاستنباط الحلول والطرق المحتملة للخروج من الأزمة (Walsh,1998)، هذا الأمر جعل الكثير من الباحثين في مجال المرونة الأسرية يصفونها بأنها مجموعة من الأنماط السلوكية والكفاءات الوظيفية التي تساعد الأسر على التفاوض والتكيف مع الأزمات والمحن (McCubbin et al.,1998)، فالمرونة الأسرية في معناها الدقيق هي القدرة على تحديد العمليات الأسرية الرئيسة التي يمكن من خلالها تقليل حدة التوتر والضعف والهشاشة المحتملة نتيجة التعرض للمواقف والأزمات العصيبة، وبالتالي تعزيز القدرة على التعافي والخروج من الأزمة خاصة الأزمة التي توصف بأنها طويلة الأمد (Walsh,2002:130).

ومما سبق يمكن القول بأن المرونة الأسرية هي ذلك التوازن الناتج عن التفاعل بين عوامل الخطر (المخاطر) وعوامل الوقاية، هذا التوازن بالتأكيد عملية ديناميكية، فعامل الخطر الحالي قد يعد عاملاً وقائياً في المستقبل، والعكس صحيح، حسب الموقف أو السياق، أي أن عوامل الخطر والوقاية تحمل تأثيراً متموجاً، فقد يقود التفاعل بينهما إلى مخاطر أكبر (تكيف سلبي) أو إلى وقاية أكثر (تكيف إيجابي).

هذا ومن الجدير بالذكر أن الأسر في القرن الحالي تعيش تحديات وأزمات جمة مختلفة ومتتالية، تختلف تماماً عن أزمات القرن الماضي، وبالتالي فهي أمام مطلب هام وضروري وهو المرونة، فالمرونة والصمود والقدرة على المواجهة بحكمة وعقلانية والمضي قدماً للأمام بخطوات متزنة أصبحت أموراً ضرورية لا غنى عنها في هذا العصر، فالمرونة بوجهة عام والمرونة الأسرية على وجه الخصوص مهارة حياتية دقيقة متطلبة لكافة أفراد الأسرة، آباء وأمهات وأبناء، ولحسن الحظ فالمرونة يمكن تعلمها واكتسابها، هذا الأمر ظل الشغل الشاغل للعديد من الباحثين والمنظرين للوصول إلى طرق وأساليب يمكن من خلالها تنمية ما يعرف بالمرونة الأسرية.

فإيقاف التفكير الكارثي وهو التفكير الأشبه بالدوامة الذي يعيق الفرد من الاتجاه نحو القرار الصائب والصحيح، ورسم شجرة قوى الأسرة أي تحديد عوامل ومصادر القوة داخل الأسرة، وتذكر الأمور والخبرات الجيدة والسعيدة في الحياة (Seligman, et al., 2005) وتشجيع المخاطرات الإيجابية ومناقشة الدروس المستفادة من الفشل والتجديد بانتظام (الترويح) و توليد الشعور الايجابي والقيام

بالنشاطات الجسدية والذهاب للمنتجعات والرحلات (Chon et al.,2009) و تعاضد أفراد الأسرة حتى في الأوقات الجيدة قبل العصيبة وبناء الصلات الاجتماعية الصلبة والسماح لأفراد العائلة بتكرار ممارسة النجاحات (Dweck,2008:65) أمور هامة لتنمية المرونة الأسرية داخل نطاق الأسرة بل وأكثر من ذلك لتحقيق السعادة.

وقبل هذا كله، فالتكيف الايجابي وهو هدف المرونة الأسرية ولبها وصميمها لخصه عز وجل في قولـــــــــــه تعـــــــــــالى ﴿وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا﴾ سـورة البقـرة الآيـة ٢٧٧، أي أن التمسـك بالعبادات والقيم والمعتقدات الدينية السمحة هي المفتاح الحقيقي واللبنة الأولى للوصول إلى المرونة الأسرية.

هذا ومن المؤكد أن أسر الأطفال المصابين بالأوتيزم يتعرضون للعديد من الضغوط والأزمات بصورة أكبر مقارنة بتلك الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى (Deater et al.,1996) فأولى تلك الضغوط هي صعوبة ومشقة التشخيص السليم وتحديد مصاعب الطفل المحددة (Martinez&Carter,2009) مما ينتج عن ذلك ارتفاع مستوى التوتر لدى الوالدين، وإذا ما استطاعت الأسرة الحصول على التشخيص السليم فإن مستوى التوتر يزيد في الارتفاع ومعه تتهاوى الآمال والأحلام والطموحات المعلقة على هذا الطفل وتنتاب الوالدين خليط من المشاعر أكثرها مشاعر سلبية (Dale et al.,2006) وهنا تحدث الصدمة النفسية العنيفة وتتولد الأزمة الحقة ويعيش بعـــدها الوالـــدين حالـــة مـــن الحـــزن والأســـى يصـــاحبها كثيـــراً زملـــة أعـــراض اكتئابيـــة (Ariel&Naseef,2006:58).

وبمضي الوقت يزداد مستوى التوتر في الارتفاع، ضارباً بقوة توازن الأسرة بأكملها حينما يبدأ الوالدان في الاصطدام بالمصاعب السلوكية العديدة التي يظهرها الطفل، وكذلك بالصعوبات التواصلية وغيرها، وحينها تتغير الحالة، من حزن وأسى إلى قلق وعزلة اجتماعية بسبب عدم مقدرة الوالدين على التحكم بأطفالهم وبسلوكياتهم (Martinez&Carter,2009)، ولا يتوقف الأمر عند هذه العمليات العاطفية فقط، بل تتفجر مشاعر أخرى جمة، فالغضب والإنكار والتبرير ولوم الذات والشعور بالذنب كلها مشاعر حاضرة لدى آباء أطفال الأوتيزم (Dale et al.,2006).

ولا جدال في كون الأمهات يحصدن النصيب الأكبر من تلك المشاعر (Plumb,2011) مضافاً إليها مشاعر الإحباط واليأس، حيث تشعر أمهات أطفال الأوتيزم بأنهن الراعيات الوحيدات لصحة وأمور

أطفالهن، وبالتالي فهن أكثر احتياجاً للدعم المجتمعي والحصول على خدمات مساندة تقلل من مستويات إجهاد الأمومة لديهن (Dale et al.,2006)، وبالتالي فهن بحاجة إلى استراتيجيات تكيف ايجابي مناسبة، وبحاجة إلى التدريب على المرونة لتخفيف وطأة تلك المشاعر الجمة التي يعانون منها، وبحاجة ملحة للدعم الاجتماعي، وإعادة الهيكلة، وبحاجة أيضاً للتدريب على كيفية تعبئة طاقة الأسرة من جديد (Twoy et al.,2007)، فالدعم الاجتماعي يعد بمثابة الأداة المخففة لعوامل تأزم الأسرة ككل، وعامل رئيس للوصول إلى مستوى مناسب من المرونة الأسرية، وما الدعم الاجتماعي إلا وسيلة الأسرة للعودة مجدداً للتعافي ومقاومة الأزمات، فالدعم الاجتماعي والخدمات المساندة هما الوسيط الذي يهون الشدائد ويزيل العقبات (Fischer et al.,2007:413).

دراسات سابقة :

استهدفت دراسة بايات (Bayat,2007) الكشف عن مستوى المرونة الأسرية لدى عينة من آباء وأمهات أطفال الأوتيزم، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٠ أب و ١٣٤ أم جميعهم يرعون أطفال أوتيزم تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ١٨ سنة، وبعد أن تحقق الباحث من تجانس أفراد العينة قام بتطبيق استبيان للمرونة الأسرية مكون من ثلاث أسئلة مفتوحة هي : ١) ما هي الآثار السلبية أو الإيجابية التي حصلت عليها أنت نتيجة وجود طفل لديك يعانى من الأوتيزم ؟، ٢) ما هي الآثار السلبية أو الإيجابية التي حصلت عليها أسرتك ككل نتيجة وجود طفل لديك يعانى من الأوتيزم ؟ ٣) اكتب ما تريد عن طفلك المصاب بالأوتيزم ؟، وبعد ذلك قام الباحث بعمل تحليل نوعي للإجابات التي قدمها أفراد العينة وبعد إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة تبين ما يلي : ٣٠ % من أفراد العينة أجمعوا على أن وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة أثر عليها سلبياً، ٢٨ % أجمعوا على أن وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة أثر عليها بالإيجاب، أما باقي أفراد العينة فقد أجمعوا على أن وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة أثر عليها سلبياً في مناحي معينة وايجابياً في مناحي أخرى، أما على مستوى الفرد نفسه، أجمع ٣٩% أن وجود طفل أوتيزم أثر عليهم بالإيجاب، ٢١% أثر عليهم بالسلب، ٤٠% بالسلب والإيجاب، هذا وقد خلصت الدراسة إلى أن وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة يؤثر عليها ككل أكثر من تأثير ذلك على الفرد نفسه (الأب أو الأم بمفرده)، وأن مستوى المرونة الأسرية قد يتدنى إلى درجات منخفضة جداً يجعل الأسرة غير متزنة، كما أن ذلك التأثير يتجلى لدى الأمهات أكثر من الآباء، وأوصت الدراسة بضرورة تنمية مستوى المرونة الأسرية لدى الوالدين الذين يرعيان طفل أوتيزم من خلال تغيير نظرتهم للحياة وغرس معاني جديدة لها وأمال وطموحات لتحقيقها وتدعيم علاقات الترابط داخل الأسرة.

كما حاول دوبونت (Dupont,2009) الكشف عن طبيعة المرونة الأسرية لدى ١٤ أب وأم ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠ و ٦٥ سنة، حيث كان نصف أفراد العينة أعمارهم مابين ٤٠ و ٥٥ سنة،

لديهم طفل أوتيزم واحد فقط، واعتمد الباحث هنا على أسلوب المقابلة الشخصية الطليقة، حيث كان يجتمع بالأب والأم سوياً ويوجه لهم السؤال التالي : من فضلكم أخبروني عن تجربتكم وحياتكم الشخصية والأسرية في ظل وجود طفل اوتيزم لديكم ؟، وبعد تحليل الإجابات التي كان يتفق عليها الوالدان (الأب والأم) توصلت الدراسة إلى أن الآباء والأمهات قد عاشوا خبرات أليمة متعددة نغصت عليهم حياتهم وكان لها بالغ الأثر في توتر العلاقات بين أفراد الأسرة جميعا حرمتهم من العيش بطريقة طبيعية نتيجة المعاناة التي خبروها مع وجود طفل أوتيزم بينهم سواء المتعلقة بالمشكلات السلوكية الصادرة منه أو تلك المتعلقة بحاجاته الشخصية، وما زاد الأمر سوء هو قلة الخدمات المساندة التي حصلوا عليها، ولهذا أوصت الدراسة بضرورة التنمية المبكرة للمرونة الأسرية بالنسبة للآباء والأمهات مقدمي الرعاية لطفل اوتيزم كما أكدت الدراسة على تدني مستوى المرونة وأشارت إلى أن الوالدين بحاجه ملحة لبعض النواحي الانفعالية وتلك المتعلقة بالمشاعر.

ومن ناحية أخرى استهدف بودس (Budds,2010) التعرف على أثر التمسك بالمعتقدات الدينية المسيحية على مستوى المرونة الأسرية لدى آباء أطفال الأوتيزم، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٧ أسرة (١٧ أب و ١٧ أم) لديها طفل مصاب بالأوتيزم، وقام الباحث بعد التحقق من تجانسهم في المتغيرات الديموغرافية بتقسيمهم إلى مجموعتين حسب متغير التمسك بالمعتقدات الدينية المسيحية، مجموعة ذات تمسك مرتفع وأخرى منخفضة التدين، وبعد تطبيق مقياس المرونة الأسرية على المجموعتين وإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأسر الأكثر تديناً وتمسكاً بالمعتقدات الدينية المسيحية كانت تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة الأسرية مقارنة بالأسر الأقل تدنياً، وأوصت الدراسة بضرورة زيادة الوازع الديني لدى الآباء حتى يتمكنوا من الحصول على مستوى جيد من المرونة الأسرية يؤهلهم للنجاح في الحياة في ظل وجود طفل أوتيزم داخل الأسرة.

وتحت عنوان : المرونة لدى أسر طفل الأوتيزم، حاول أبراهام وآخرون (Abraham et al.,2010) الكشف عن طبيعة المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات أطفال الأوتيزم بلغ قوامها ٣٤ أماً، هذا وقد اعتمد الباحثون على نموذج مكوبي MnCubbin للتكيف الأسري في فحص مستوى المرونة لدى عينة الدراسة، وبتحليل الأرقام التي تم الحصول عليها في هذه الدراسة، أفادت النتائج بأن أمهات أطفال الأوتيزم يعيشون مستويات متدنية من المرونة، وأن عوامل محددة من شأنها أن تلعب دورا هاماً في هذه المرونة، هذه العوامل تتمثل في نظام العقائد داخل الأسرة، إيجابية الأسرة، النظرة الايجابية للحياة والتفاؤل، الدعم الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي. كما استهدف ياسوكو وشيكو (Yasuko&Chieko,2011) تنمية مستوى المرونة الأسرية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الصعوبات الفكرية (الإعاقة العقلية) والإعاقات النمائية من خلال استخدام برنامج إرشادي يتم تطبيقه من

خلال جلسات جماعية لفترة زمنية بلغت ٣ شهور، حيث استهدف الباحثون تدريب عينة الدراسة على التعبير عن العواطف، تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة، تقديم بدائل متعددة للمشكلات التي تواجهها الأمهات مع أطفالهن، تقديم دليل إرشادي لهم بمراكز الدعم الاجتماعي المتاحة والخدمات المقدمة من خلالها، وتدريبهم على كيفية التأقلم والتكيف الايجابي مع الأزمات والتوتر من خلال رسم شجرة قوى العائلة ومواردها الداعمة لها، هذا وقد أفادت نتائج الدراسة إلى أن التدريب على تلك الجوانب وخاصة التعبير عن الانفعالات والعواطف من شأنه رفع مستوى المرونة الأسرية لدى الأمهات كما أكدت الدراسة على أهمية الدعم الاجتماعي في تنمية مستوى المرونة الأسرية.

واستهدف كاب وبراون (Kapp&Brown,2011) التعرف على طبيعة المرونة الأسرية والعوامل المؤدية إليها لدى ١٩ أم لديها طفل مصاب بالأوتيزم، ومن خلال تطبيق استبيان المرونة الأسرية المستخدم في هذه الدراسة وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة أفادت النتائج أن أمهات أطفال الأوتيزم يعانين من تدنى مستوى المرونة الأسرية لديهن وأن هناك عوامل محددة تلعب دوراً هاماً في المرونة الأسرية لدى أسر أطفال الأوتيزم، هذه العوامل هي : وقت الأسرة وروتينها اليومي، القدرة على التواصل بين أفرادها وحلهم للمشكلات، الدعم المجتمعي، التقبل والرضا في حالة مرض أحد أعضاء الأسرة، والأمل والتفاؤل والمثابرة. وفي الصدد نفسه، حاول بلمب (Plumb,2011) في دراسته التي طبقها على ٥٠ من أمهات أطفال الأوتيزم (أعمارهم من ٦ إلى ١٢ سنة) التعرف على طبيعة العلاقة بين مستوى المرونة الأسرية وشبكة الدعم الاجتماعي المحيطة بالأسرة وأثرهما على مستوى الضغوط التي تعاني منها الأسرة ككل، استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس للمرونة الأسرية وآخر لشبكة الدعم الاجتماعي بالإضافة لاستبيان للضغوط وأحداث الحياة، وقد أفادت نتائج الدراسة بأن الأسر ذات مستوى المرونة المرتفع تتمتع بشبكة دعم اجتماعي قوية وإدراكها للضغوط منخفض، بينما تعاني الأسر ذات شبكة الدعم الاجتماعي البسيطة من تدنى مستوى المرونة الأسرية وتعيش أنواع مختلفة من الأحداث الحياتية الضاغطة، ومما تقدم يمكن القول بأن البحث في مستوى المرونة الأسرية لدى أسر أطفال الأوتيزم عامة ولدى أمهاتهم خاصة حظي بالعديد من الدراسات، أجمعت معظمها على تدنى مستوى المرونة لديهن، وأكدت معظم نتائج الدراسات على وجود علاقة دالة بين مستوى المرونة الأسرية وإدراك الضغوط وأن شبكة الدعم الاجتماعي القوية من شأنها رفع مستوى المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، كما أن تنمية مستوى المرونة الأسرية يتوقف على العديد من العوامل يأتي في مقدمتها التعبير عن الانفعالات والعواطف.

فروض الدراسة :

تحاول الدراسة الحالية التحقق من صحة الفروض التالية :

١- يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي للمرونة الأسرية لصالح المجموعة التجريبية .

٢- يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي المرونة الأسرية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٣- لا يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للمرونة الأسرية.

٤- يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للمرونة الأسرية لصالح القياس التتبعي.

إجراءات الدراسة

أولاً : منهج الدراسة :

انتهجت الدراسة الحالة في جانبها التطبيقي المنهج التجريبي أسلوب المجموعتين (التجريبية والضابطة)، والذي يعني ضمنياً إجراء تجربة حول موضوع ما، حيث يتدخل الباحث في بعض المتغيرات ليرى أثر الاختلاف في قيم هذه المتغيرات على متغيرات أخرى.

ثانياً : عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الفعلية الحالية من مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها ٦ أمهات والثانية ضابطة وعدد أفرادها ٦ أمهات، كل منهن لديها طفل أوتيزم، هذا وقد راعى الباحث تجانس أفراد المجموعتين في النواحي الاجتماعية والثقافية والاقتصادية من خلال تطبيقه لمقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد / محمد بيومي خليل ٢٠٠٠)، ويقيس هذا المقياس المستوى الاقتصادي/الاجتماعي/الثقافي للأسرة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية، أولها هو المستوى الاجتماعي وذلك من خلال الوسط الاجتماعي، حالة الوالدين، العلاقات الأسرية، والمناخ الأسري السائد، حجم الأسرة والمستوى التعليمي لأفرادها، نشاطهم المجتمعي، والمكانة الاجتماعية لمهنهم، أما البعد الثاني فيتمثل في المستوى الاقتصادي للأسرة ، ويقاس من خلال المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة، مستوى معيشة الأسرة ومستوى لأجهزة والأدوات المنزلية، معدل استهلاك الأسرة للطاقة، التغذية، الرعاية الصحية، العلاج الطبي، وسائل النقل والاتصال للأسرة، معدل إنفاق الأسرة علي التعليم والخدمات الترويحية، الاحتفالات والحفلات والخدمات المعاونة والمظهر الشخصي والهندام للأسرة، ويتمثل البعد الثالث في المستوى لثقافي للأسرة ويقيس المستوى لعام لثقافة الأسرة من حيث الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة، المواقف الفكرية للأسر، اتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة داخل الأسرة والمواقف الفكرية للأسرة واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، درجة الوعي الفكري والنشاط الثقافي لأفراد الأسرة ويعطي هذا المقياس ثلاثة درجات

مستقلة بمعدل درجة واحدة لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع علي عدد من المستويات (مرتفع جدا–مرتفع–فوق متوسط –متوسط –دون المتوسط –منخفض –منخفض جدا)، هذا ويتمتع هذا المقياس بمعدلات صدق وثبات مناسبة حيث تراوحت قيم (ت) الدالة على صدقة التمييزي بيين ١٢,٦–٢٣,٨ وذلك للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية، كما تراوحت قيم معاملات الثبات عن طريق إعادة الاختبار بعد ثلاثة أشهر من التطبيق الأول وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٩٢ –٠,٩٧) وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند٠,٠١. كما حرص الباحث على تجانس أفراد المجموعتين في متغير المرونة الأسرية موضوع القياس في الدراسة الحالية، حيث عمد الباحث إلى اختيار الأمهات الحاصلات على درجات منخفضة على مقياس المرونة الأسرية المستخدم في هذه الدراسة.

ويوضح الجدول رقم (١) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني والمستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة ومستوى المرونة الأسرية.

جدول رقم (١)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني والمستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة ومستوى المرونة الأسرية

مجال التجانس	المجموعات	توزيع الرتب وعددها		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
العمر الزمني	تجريبية	السالبة	٥	٣,٣	١٦,٥	٠,٢١٩	غير دالة
	ضابطة	الموجبة	١	٤,٥	٤,٥		
المستوى الاجتماعي/الاقتصادي/الثقافي	تجريبية	السالبة	٥	٥,٣	٢٦,٥	– ٠,٢١	غير دالة
	ضابطة	الموجبة	١	٥,٧	٢٨,٥		
المرونة الأسرية	تجريبية	السالبة	٢	١,٥	٣	– ١,٤١	غير دالة
	ضابطة	الموجبة	٠	٠	٠		

ثالثاً : أدوات الدراسة :

استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس لتقييم مستوى المرونة الأسرية من إعداده*، وفيما يلي وصف تفصيلي للمقياس على النحو التالي :

* للإطلاع على الصورة النهائية للمقياس انظر ملحق رقم (١).

يتكون مقياس تقييم مستوى المرونة الأسرية من ثلاثة أبعاد رئيسة، **البعد الأول : أنظمة المعتقدات داخل الأسرة** : ويتكون هذا البعد من (١٦) عبارة، وعرفه الباحث على أنه : مجمل المعتقدات الدينية (النظم العقائدية) والروحانيات التي تعتنقها الأسرة وتتخذها كوسيلة لتنظيم خبراتها وتمكين أعضائها من التعامل مع الأحداث الحياتية بتوقعات ايجابية، هذه المعتقدات تتجلى في صورة طقوس وعادات يومية وإجراءات فردية تتم داخل الأسرة ويستخدمها أعضاء الأسرة لفهم وتوجيه بعضهم بعضاً بغرض مواجهة الشدائد وصناعة معاني إيجابية من الأحداث الحياتية الضاغطة ووضع أهداف وتطلعات مستقبلية تفاؤلية تجعل الحياة ذات مغزى ومعنى، والعبارات المعبرة عن هذا البعد تحمل الأرقام التالية في الصورة النهائية للمقياس :١، ٤، ١٠، ١١، ١٥، ٣١، ٣٦، ٣٨، ٤٣، ٤٥، ٤٩، ٥٠، ٦١، ٦٣، ٦٥، ٦٧.

البعد الثاني : الأنماط التنظيمية لدى الأسرة : ويتكون هذا البعد من (٢٨) عبارة ، وعرفه الباحث على أنه : القدرة على إعادة تنظيم الأدوار والأوضاع داخل الأسرة بغرض التوافق مع الأحداث الحياتية والمطالب البيئية المختلفة والمتجددة من أجل مساعدة أي فرد من أفراد الأسرة على تقبل وضعه الجديد فيها وذلك كله بهدف استعادة الاتزان والاستقرار للأسرة من خلال بث معاني التسامح والمرونة والتكيف والمساندة العاطفية والاستفادة من جميع مصادر الدعم الاجتماعي المتاحة، والعبارات المعبرة عن هذا البعد تحمل الأرقام التالية في الصورة النهائية للمقياس : ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٤، ١٦، ١٧، ١٨، ٢٢، ٢٣، ٢٥، ٢٦، ٣٠، ٣٤، ٣٧، ٤١، ٤٦، ٥٠، ٥١، ٥٣، ٥٩، ٦٦، ٦٨، ٧٠، ٧٢، ٧٣،٧٤.

أما **البعد الثالث : التواصل وحل المشكلات** : ويتكون هذا البعد من (٣١) عبارة، وعرفه الباحث على أنه : قدرة الأسرة على التعرف على المشكلات وطرح الأفكار وتبادلها والخيارات الممكنة واتخاذ القرار الصائب حيال موضوع معين بالإضافة إلى قدرتها على إظهار وتحمل مجموعة واسعة من المشاعر من خلال القدرة على التعبير العاطفي المفتوح، والعبارات المعبرة عن هذا البعد تحمل الأرقام التالية في الصورة النهائية للمقياس :٢، ٣، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٤، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٢، ٣٣، ٣٥، ٣٩، ٤٠، ٤٢، ٤٤، ٤٧، ٤٨، ٥٢، ٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٩، ٧١.

هذا وقد مر إعداد هذا المقياس بصور ثلاث، صورة مبدئية، صورة أولية، وأخرى نهائية، حيث بلغ عدد العبارات في الصورة النهائية للمقياس ٧٥ عبارة، وقد وضع الباحث سلم تدريجي رباعي في التصحيح وفق الاستجابات التالية : أوافق بشدة = ٤ درجات، أوافق = ٣ درجات، لا أوافق = ٢ درجة، لا أوافق بشدة = ١ درجة، بحيث تعبر الدرجات المرتفعة على المقياس على التمتع بمستوى مرتفع من المرونة الأسرية، وتعبر الدرجات المنخفضة عن تدنى مستوى المرونة الأسرية، علماً بأن أعلى درجة للمقياس هي (٣٠٠)، وأدنى درجة هي (٧٥).

هذا ولقد تحقق الباحث من الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال حساب الصدق والثبات كما يلي :

- **الصدق :** قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس باستخدام أنواع الصدق التالية:

١) صدق المحكمين : حيث تم التأكد من هذا النوع من الصدق عن طريق عرض المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، ولقد تم اختيار معيار للاتفاق من الخبراء (٨٠%) لحذف أو تعديل أو الإبقاء على العبارة، وبناءً عليه أصبح المقياس في صورته النهائية يحتوى على (٧٥) عبارة.

٢) صدق المقارنة الطرفية : حيث كانت قيمة " ت " التجريبية تساوي ٧,٣٢ وهي دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١. حيث قام الباحث بحساب صدق المقارنة الطرفية وذلك للتحقق من القدرة التمييزية للمقياس، بمعنى ما إذا كان المقياس يميز تمييزًا فارقًا بين المستويين الميزانيين القوي والضعيف، أي قدرة المقياس على التمييز بين الأقوياء والضعفاء في الصفة التي يقيسها.

٣) صدق الاتساق الداخلي : حيث قام الباحث بحساب معاملات الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية، وتم اخذ معيار (٠,٠٢) للإبقاء على العبارات، في حين أن العبارات التي يكون معامل ارتباطها أقل من هذه القيمة يتم حذفها، وبعد تنفيذ ذلك تبين أن جميع العبارات المستخدمة في المقياس كان معامل ارتباطها قوي ولا يقل عن القيمة (٠,٠٢) فتم الإبقاء على جميع العبارات وعددها (٧٥) عبارة، والجدول رقم (٢) يوضح ذلك إضافة إلى أنه تم استخراج معامل الاتساق الداخلي للأداة من خلال حساب قيمة معامل الارتباط بين كل بعد من الأبعاد الثلاثة والمعدل الكلي وبين الأبعاد الثلاثة وبعضها بعضاً كما يلي :

جدول رقم (٢)

الاتساق الداخلي بين المعدل الكلي وأبعاد المقياس وبين الأبعاد وبعضها بعضاً

الأبعاد	المعدل الكلي	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث
المعدل الكلي	١	٠,٨٢٥	٠,٩٢٥	٠,٧٤١
البعد الأول	٠,٨٢٥	١	٠,٧٦٢	٠,٨٠١
البعد الثاني	٠,٩٢٥	٠,٧٦٢	١	٠,٦٩٨
البعد الثالث	٠,٧٤١	٠,٨٠١	٠,٦٩٨	١

- **الثبات :** قام الباحث بحساب ثبات المقياس بعدة طرق، الأولى هي طريقة إعادة تطبيق المقياس، أما الطريقة الثانية فكانت طريقة التجزئة النصفية، والطريقة الثالثة فكانت حساب معامل ألفا كرونباخ.

١) إعادة تطبيق المقياس بفاصل زمني قدره أسبوعان : تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين، ومن ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى بفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين وكان معامل ثبات القائمة هو ٠,٧٩٥ وهو دالّ إحصائيًّا عند مستوى ٠,٠١.

٢) التجزئة النصفية : تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بإتباع الخطوات المعروفة في ذلك حيث ثم حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي المقياس، فوجد أن معامل الارتباط هو ٠,٨٥٤ وهو دالّ إحصائيًّا عند مستوى ٠,٠١، تلا ذلك حساب معامل ثبات المقياس ويساوي = (٢ × معامل الارتباط) / (١+ معامل الارتباط) = ٠,٩٢١ وهو دالّ إحصائيًّا عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات عالية.

٣) معامل ألفا كرونباخ : حيث بلغ معامل ارتباط ألفا لعينة التقنين (٠,٨٩٥)، مما يعكس تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

رابعاً : الخطوات الإجرائية للدراسة :

اتبع الباحث الخطوات التالية في سبيل القيام بهذه الدراسة وتنفيذها :

١- بناء الإطار النظري ومراجعات بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية.

٢- الإطلاع على ما تمكن للباحث من الحصول عليه من مقاييس للمرونة الأسرية لبناء مقياسه الحالي في صورته المبدئية.

٣- تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية للحصول على صورة أولية للمقياس.

٤- تقنين المقياس المستخدم في هذه الدراسة للحصول على الصدق والثبات للوصول إلى الصورة النهائية للمقياس.

٥- إعداد وتصميم البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة وعرضه على استاذيين من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة لإبداء رأيهما وإجراء التعديلات المقترحة.

٦- اختيار أفراد العينة من أمهات أطفال الأوتيزم وتقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة والتحقق من تجانسهم.

٧- إجراء القياس القبلي للمرونة الأسرية وتطبيق البرنامج على مجموعة الدراسة التجريبية وإجراء القياس البعدي لمجموعتي الدراسة على نفس المقياس.

٨- إجراء القياس التتبعي لمستوى المرونة الأسرية لأفراد المجموعة التجريبية بعد مرور ثلاثة شهور تقريباً من انتهاء البرنامج.

٩- تصحيح الاستجابات وجدولة الدرجات وإجراء العمليات الإحصائية المناسبة.

١٠- استخلاص النتائج وتفسيرها.

هذا وقد تمثلت الأساليب الإحصائية التي لجأ الباحث إليها في سبيل استخلاص نتائج هذه الدراسة في الأساليب التالية :

- اختبار ويلكوكسون. Wilcoxon
- قيمة Z.

خامساً : البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة :

وهو برنامج مخطط ومنظم يتضمن النشاطات الإرشادية المختلفة التي تهدف إلى تنمية مستوى المرونة الأسرية لدى عينة الدراسة الحالية، وتكمن أهميته في كونه يسعى لتخفيف الشعور بالضغوط لدى أمهات أطفال الأوتيزم المشاركات في هذه الدراسة، ويهدف بصورة عامة إلى رفع مستوى المرونة الأسرية لديهن، وتفعيل العوامل المكونة لها، كما يهدف البرنامج المقترح الحالي إلى تبصير الأمهات بطبيعة اضطراب الأوتيزم وطرق تحسين حالة أطفالهم المصابين به، وتدريبهم على التعامل مع الأحداث الحياتية بتوقعات ايجابية وتكوين معنى ايجابي لحياتهم في ظل وجود هذا الطفل، إضافة إلى أنه يهدف إلى إعادة تنظيم الأدوار والأوضاع داخل الأسرة بغرض التوافق مع الأحداث الحياتية والمطالب البيئية المختلفة والمتجددة من أجل مساعدة أي فرد من أفراد الأسرة على تقبل وضعه الجديد فيها علاوة على تدريبهم على التعرف على المشكلات وطرح الأفكار وتبادلها والخيارات الممكنة واتخاذ القرار الصائب حيال موضوع معين بالإضافة إلى تدريبهم على إظهار وتحمل مجموعة واسعة من المشاعر من خلال القدرة على التعبير العاطفي المفتوح، ولا شك أن أي برنامج إرشادي لا بد وأن يستند على أساس نظري ينطلق منه، وقد استخدم الباحث أسلوب الإرشاد النفسي بمعناه الواسع باستخدام الآليات والفنيات في الإرشاد وذلك بالاعتماد على الإرشاد الجمعي الذي يستخدم نظريات الإرشاد المختلفة بحسب ما يناسب المجموعة الإرشادية وحاجاتها، ولذلك استند الباحث هنا إلى النظرية الانتقائية لكي يستخدم أساليب متنوعة في العملية الإرشادية، هذا ولقد اعتمد الباحث في إعداد للإطار العام للبرنامج الإرشادي المقترح في هذه الدراسة وفنياته ومحتوى جلساته على الإطار النظري المستخدم في هذه الدراسة وعلى ما توفر لديه من دراسات وبحوث سابقة ذات صلة بهذه الدراسة، حيث اشتمل البرنامج على (١٦) مرحلة تضمنت (٣١) جلسة جماعية، وكان الزمن المحدد لكل جلسة إرشادية تقريباً ١٢٠ دقيقة، وجدير بالذكر أن تطبيق جلسات هذا البرنامج استغرق حوالي شهر ونصف تقريباً وكانت الجلسات تقدم للمتدربات في قاعة مخصصة لذلك بمركز المخ والأعصاب بمدينة بنها حيث كانت المتدربات يترددن على هذا المركز لكي يحصل أطفالهن على جلسات تأهيلية فيه، هذا وقد اعتمد الباحث في تطبيقه للبرنامج المقترح وجلساته على العديد من الفنيات، كالمحاضرة والمناقشة والحوار والأحاديث الذاتية والتفريغ الانفعالي والواجبات المنزلية بالإضافة إلى لعب الدور والاسترخاء في بداية كل جلسة، ولقد قام الباحث بعد إعداده للبرنامج وجلساته بعرضه على اثنين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس لإبداء رأييهما فيه واقتراح التعديلات

المطلوبة عليه بما يتماشى مع هدفه وطبيعة العينة محل التطبيق، والجدول رقم (٣) يوضح ملخصاً للبرنامج ومراحله وجلساته والفنيات المستخدمة فيه.

جدول رقم (٣)

البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية

المرحلة	عنوان المرحلة	عدد الجلسات	الهدف	الفنيات المستخدمة
الأولى	تعارف وتهيئة بين الباحث والمتدربات	١	خلق جو من الألفة بين الباحث والمتدربات وتبادل التعارف بين المتدربات بعضهم بعضاً وإجراء القياس القبلي.	المحاضرة والمناقشة والحوار
الثانية	المرونة الأسرية	٢	تبصير المتدربات بمفهوم المرونة الأسرية والفرق بينها وبين مرونة الأنا وكذلك تعريفهم بأبعاد المرونة الأسرية.	الاسترخاء والمحاضرة والمناقشة والأحاديث الذاتية
الثالثة	الأوتيزم واحتمالات التحسن	٢	زيادة وعي المتدربات بطبيعة الأوتيزم وفرص التحسن الممكنة إذا تم تقديم الرعاية الكاملة للطفل المصاب.	الاسترخاء والمحاضرة والمناقشة والأحاديث الذاتية والتفريغ الانفعالي
الرابعة	الصبر والاصطبار	٢	تعزيز خلق الصبر عند المتدربات، تبصير المتدربات بقيمة الصبر وجزائه.	المحاضرة والمناقشة والحوار ولعب الدور والاسترخاء
الخامسة	صناعة الأمل في المستقبل	٢	تعزيز روح التفاؤل والمقدرة على التغيير بالإضافة إلى القناعة، تبصير المتدربات بمفهوم الإرادة وعناصر تطوير الذات.	المحاضرة والمناقشة والحوار ولعب الدور والاسترخاء
السادسة	القاعدة الذهبية	٢	تنمية مفهوم التقوى لدى المتدربات.	المحاضرة والمناقشة والحوار والاسترخاء
السابعة	التسامي بالسلوك : قوة للنفس والإنسان	٢	تنمية التعامل الإنساني مع الذات أولاً ومع الأخر ثانياً.	المحاضرة والمناقشة والحوار والاسترخاء والتفريغ الانفعالي
الثامنة	المرونة في مواجهة أحداث الحياة	٢	حث المتدربات على ذكر الأحداث الضاغطة التي تواجههن وطرق تعاملهن معها.	المحاضرة والمناقشة والحوار والاسترخاء والتفريغ الانفعالي والواجبات المنزلية.
التاسعة	التسامح	٢	تعزيز التسامح لدى المتدربات.	المحاضرة والمناقشة والحوار
العاشرة	التخطيط للمستقبل	٢	تدريب المتدربات على كيفية صياغة الأهداف المستقبلية في الحياة.	الاسترخاء والمحاضرة ولعب الدور والواجبات المنزلية

الحادية عشر	حل المشكلات	٣	تـــدريب المتـــدربات علـــى مهـــارة حـــل المشكلات.	الاسترخاء والمحاضرة والتفريغ الانفعالي والواجبات المنزلية
الثانية عشر	المشاعر	١	تبصير المتدربات بمفهوم المشاعر وأهميتها وقيمتهـا فـي العلاقـات الإنسـانية وكـذلك المشاعر الايجابية والسلبية.	الاسترخاء والمحاضرة والمناقشة والتفريغ الانفعالي والتخيل والواجبات المنزلية
الثالثة عشر	التعبير عن المشاعر	٣	تدريب المتدربات على التعبير عن المشاعر السلبية والايجابية.	الاسترخاء والمحاضرة والمناقشة والأحاديث الذاتية
الرابعة عشر	النجاح الاجتماعي	٣	تنميـة مهـارة تكـوين علاقـات اجتماعيـة ناجحة لدى المتدربات.	الاسترخاء والمحاضرة والمناقشة والأحاديث الذاتية والواجبات المنزلية
الخامسة عشر	القياس البعدي	١	تطبيق مقياس المرونة الأسرية.	المحاضرة والمناقشة
السادسة عشر	القياس التتبعي	١	تطبيق مقياس المرونة الأسرية.	المحاضرة والمناقشة

المرحلة الأولى من البرنامج كانت بعنوان (تعارف وتهيئة بين الباحث والمتدربات وإجراء القياس القبلي) وتضمنت جلسة واحدة وهدفت إلى خلق جو من الألفة بين الباحث والمتدربات وتبادل التعارف بين المتدربات بعضهم بعضاً ذلك لأن أساس جميع العلاقات/العلاجات الإرشادية هي العلاقة الشخصية المتبادلة وهي إما أن تكون موجبة (دافئة) أو سالبة (باردة)، وقد تضمنت هذه الجلسة النقاط التالية : الاتفاق بين الباحث والمتدربات على مواعيد ومكان التدريب، وضع بنود تحدد طبيعة سير العمل أثناء الجلسات، التعريف بالبرنامج وأهميته وهدفه، و تطبيق مقياس المرونة الأسرية على المتدربات، أما **المرحلة الثانية** فتضمنت جلستان وكانت بعنوان (المرونة الأسرية) وهدفت إلى تبصير المتدربات بمفهوم المرونة الأسرية والفرق بينها وبين مرونة الأنا وكذلك تعريفهم بأبعاد المرونة الأسرية.

وحملت **المرحلة الثالثة** عنوان (الأوتيزم واحتمالات التحسن) وتضمنت جلستان وهدفت إلى زيادة وعي المتدربات بطبيعة الأوتيزم وفرص التحسن الممكنة إذا تم تقديم الرعاية الكاملة للطفل المصاب، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة : توزيع مطوية تعريفية بالأوتيزم واستراتيجيات التعامل الممكنة – توزيع مطوية تحمل عناوين لمراكز دعم اجتماعي تقدم خدمات لأطفال الأوتيزم – عرض فيديوهات لأطفال أوتيزم نابغين، بينما كانت **المرحلة الرابعة** بعنوان (الصبر والاصطبار) وتضمنت جلستان وهدفت إلى تعزيز خلق الصبر عند المتدربات، وقد تضمنت الجلسات: عرض لآيات الصبر وجزائه في القرءان الكريم – تبصير المتدربات بقيمة الصبر وجزائه – سرد بعض القصص الإسلامية التي تحكي عن الصبر وقيمته وفوائده، أما **المرحلة الخامسة** فتم عنونتها بإسم (صناعة الأمل في المستقبل) وتضمنت جلستان

وهدفت إلى تعزيز روح التفاؤل والمقدرة على التغيير بالإضافة إلى القناعة، وقد تضمنت الجلسات: تبصير المتدربات بأن صناعة الأمل هي أحد عناصر تطوير الذات، تبصير المتدربات بمفهوم الإرادة وكيف ميزنا الله بها، زيادة وعي المتدربات بكيفية صناعة الأمل في المستقبل من خلال صياغة الأحلام والأماني المستقبلية، التأكيد على المتدربات بأن تحمل المسؤولية هو أهم خطوة في صناعة الأمل، تدريب المتدربات على كيفية الفعل أو رد الفعل، توعية المتدربات بأن الأمل مرتبط بالصحة.

بينما كان عنوان **المرحلة السادسة** هو (القاعدة الذهبية) وتألفت من جلستان، وهدفت إلى تنمية مفهوم التقوى لدى المتدربات، وقد تضمنت الجلسات تبصير المتدربات بأن التقوى مفتاح كل خير، وسبيل كل خير، تبصير المتدربات بأن المصائب والبلايا والمحن هي بسبب الإخلال بالتقوى، تبصير المتدربات بقيمة الصلاة ودورها في زيادة تقوى الإنسان، سرد آيات من القرءان الكريم دالة على فوائد التقوى، تبصير المتدربات بقيمة الإصرار على الطاعة والتقرب من الله في تنمية روح التقوى لديهن، وجاءت **المرحلة السابعة** بعنوان (التسامي بالسلوك : قوة للنفس والإنسان) وتضمنت جلستان وهدفت إلى تنمية التعامل الإنساني مع الذات أولاً ومع الأخر ثانياً، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة : تبصير المتدربات بأهمية التمسك بالمثل العليا إزاء مواقف الحياة المختلفة، تبصير المتدربات بقيمة العمل الخلاق والمفيد والنافع كمساعدة الآخرين، تبصير المتدربات بقيمة المسالمة واللاعنف، حث المتدربات على التعقل في التعامل الاجتماعي، بينما عنونت **المرحلة الثامنة** بـ (المرونة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة) وتضمنت جلستان وهدفت إلى حث المتدربات على ذكر الأحداث الضاغطة التي تواجههن وطرق تعاملهن معها، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة على : تدريب المتدربات على استراتيجيات المواجهة والتعامل مع الضغوط، تدريب المتدربات على بعض أنشطة التنفيس الانفعالي، تبصير المتدربات بكيفية المواجهة والصمود، **المرحلة التاسعة** من البرنامج كان عنوانها (التسامح) وتضمنت جلستان وهدفت إلى تعزيز التسامح لدى المتدربات باعتباره وسيلة لتحقيق المرونة ومواجهة الضغوط، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة على : تشجيع المتدربات على التسامح وتزويدهم بقيمته وفضله وأهميته في الحياة، و تدريب المتدربات على بعض المهارات اللازمة للتسامح، بينما كان عنوان **المرحلة العاشرة** (التخطيط للمستقبل) واحتوت على جلستين وهدفت إلى تدريب المتدربات على كيفية صياغة الأهداف المستقبلية في الحياة، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة على : تدريب المتدربات على صياغة أهداف حياتهن، تدريب المتدربات على كيفية تحقيق أهدافهن، تدريب المتدربات على وضع حلول وطرق لتحقيق الأهداف وحلول أخرى بديله.

أما **المرحلة الحادية عشر** فتم عنونتها باسم (حل المشكلات) وتضمنت ثلاث جلسات وهدفت إلى تدريب المتدربات على مهارة حل المشكلات، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة على : تدريب المتدربات على سرد المشكلات التي يواجهونها وكيفية التصرف حيالها، تبصير المتدربات بمفهوم حل المشكلات

والطرق المختلفة المتبعة في ذلك، تدريب المتدربات على العصف الذهني لإيجاد حلول مبتكرة وجديدة للمشكلات، وجاءت المرحلة **الثانية عشر** بعنوان (المشاعر) واحتوت على جلسة واحدة وهدفت إلى تبصير المتدربات بمفهوم المشاعر وأهميتها وقيمتها في العلاقات الإنسانية وكذلك المشاعر الايجابية والسلبية، لتأتي **المرحلة الثالثة عشر** بعنوان (التعبير عن المشاعر) وتضمنت ثلاث جلسات وهدفت إلى تدريب المتدربات على التعبير عن المشاعر السلبية والايجابية ، وقد تضمنت هذه الجلسات على : تدريب المتدربات على التعبير عن الأحاسيس والمشاعر، مساعدة المتدربات على التعبير عن مشاكلهن مع الآخرين وتقبل أرائهن، تزويد المتدربات باليات إدارة الغضب، تبصير المتدربات بكيفية اختيار الوقت المناسب للتواصل مع أفراد العائلة، تدريب المتدربات على كيفية التحكم في انفعالاتهم، تدريب المتدربات على كيفية التواصل مع الصديقات الأصدقاء لتبادل الخبرات في كيفية التعبير عن المشاعر والانفعالات.

أما **المرحلة الرابعة عشر** فكان عنوانها (النجاح الاجتماعي) واحتوت على ثلاث جلسات وهدفت إلى تنمية مهارة تكوين علاقات اجتماعية ناجحة لدى المتدربات، وقد تضمنت جلسات هذه المرحلة : تبصير المتدربات بقيمة العمل التعاوني، تدريب المتدربات على كيفية بناء علاقات اجتماعية ناجحة، تعزيز روح الانتماء لجماعة الأقران والجيران، تشجيع المتدربات على التواصل مع الأقارب والجيران والاستعانة بهم، لتأتي بعد ذلك المرحلة **الخامسة عشر** بهدف القياس البعدي في جلسة واحدة، **والمرحلة السادسة عشر** بهدف القياس التتبعي في جلسة واحدة.

نتائج الدراسة :

بالنسبة للفرض الأول والذي نص على : يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي للمرونة الأسرية لصالح المجموعة التجريبية، يوضح الجدول رقم (٤) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي للمرونة الأسرية.

جدول رقم (٤)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي للمرونة الأسرية

القياس	المجموعات	توزيع الرتب وعددها		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
البعدي	تجريبية	السالبة	٦	٣,٥	٢١,٥	– ٢,٢٧٤	دالة احصائياً عند ٠,٠١
	ضابطة	الموجبة	٠	٤,٥	٤,٥		

ويتضح من الجدول رقم (٤) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للمرونة الأسرية لصالح المجموعة التجريبية وهو ما يعنى تحقق الفرض الأول للدراسة.

بالنسبة للفرض الثاني والذي نص على : يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي المرونة الأسرية لصالح القياس البعدي، يوضح الجدول رقم (٥) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي للمرونة الأسرية.

جدول رقم (٥)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للمرونة الأسرية

المجموعة	القياس	توزيع الرتب وعددها		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
التجريبية	القبلي	السالبة	٠	٠	٠	–	دالة
	البعدي	الموجبة	٦	٣,٥	٢١	٢,٢٧٠	احصائياً عند ٠,٠١

ويتضح من الجدول رقم (٥) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي للمرونة الأسرية وهو ما يعنى تحقق الفرض الثاني للدراسة.

بالنسبة للفرض الثالث والذي نص على : لا يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للمرونة الأسرية، يوضح الجدول رقم (٦) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي للمرونة الأسرية.

جدول رقم (٦)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي للمرونة الأسرية

المجموعة	القياس	توزيع الرتب وعددها		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
الضابطة	القبلي	السالبة	١	٢	٢	–	غير دالة
	البعدي	الموجبة	٣	٢,٦٧	٨	١,٠٢	احصائياً

ويتضح من الجدول رقم (٦) عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي و البعدي للمرونة الأسرية وهو ما يعنى تحقق الفرض الثالث للدراسة.

بالنسبة للفرض الرابع والذي نص على : يوجد فرق ذو دلاله إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للمرونة الأسرية لصالح القياس التتبعي، يوضح الجدول رقم (٧) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للمرونة الأسرية.

جدول رقم (٧)

قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي للمرونة الأسرية

المجموعة	القياس	توزيع الرتب وعددها		متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
التجريبية	البعدي	السالبة	٠	٠	٠	–	دالة
	التتبعي	الموجبة	٦	٣,٥	٢١,١	٢,٢٠٧	احصائياً عند ٠,٠٥

ويتضح من الجدول رقم (٧) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي للمرونة الأسرية وهو ما يعنى تحقق الفرض الرابع للدراسة.

مناقشة نتائج الدراسة :

تعيش أمهات الأطفال المصابين باضطراب الأوتيزم واقعاً مريراً ليس فقط بسبب المعاناة المادية أو النفسية أو الاجتماعية التي يخبرونها كنتيجة لوجود هذا الطفل داخل أروقة الأسرة فحسب، بل بسبب أيضاً ضعف الخدمات المساندة وخدمات الدعم الاجتماعي المقدمة لهم ولأطفالهم، فلا شك أن الدعم الاجتماعي يعد أداة مخففة لتلك التوترات التي تخبرها الأسرة عموماً التي تضم طفل أوتيزم، وبالتالي فهذا الدعم يعد وسيلة لتهوين الشدائد خاصة بالنسبة لأمهات هؤلاء الأطفال، فكلما زاد الدعم الاجتماعي زاد الوعي وزاد التفاؤل لدرجة تتحول عندها مشاعر الحزن والتوتر والأسى إلى مشاعر التقبل والتكيف الايجابي، ومن المؤكد أن أقدر الناس على مواجهة المحن والشدائد والأزمات هم الأشخاص الذين يمتلكون مهارات عالية (سواء وراثياً أو بالتعلم) على المرونة، وأقل الناس حظاً هو الذين يفتقدون أو يعانون نقصاً في هذه المهارات أو لم يتم تدريبهم عليها، وبالتالي هم أهون الناس و أضعفهم في سرعة الإصابة بالاضطرابات النفسية، وكيف لا ؟ فالشخصية السوية تكون كذلك بقدر ما تنطوي عليه من

مرونة تجاه المتطلبات والحاجات الإنسانية وضغوط الحياة ومتطلبات العالم الخارجي ضمن إطار قيمي وأخلاقي، عندئذ يكون بوسعها أن تبلغ إلى الشعور بالأمن والرضا عن الذات وتقبلها، وتقبل الآخرين والرضا عن العالم المحيط، ومن ثم الشعور بالسعادة والارتياح تحت راية مبدأ الواقع.

وهذا يعني أن هناك عوز دال Lack Significant للبرامج المخصصة لتدعيم أسر أطفال الأوتيزم بوجه عام والأمهات تحديداً على وجه الخصوص لتقويتهم على مواجهة الضغوط المتولدة من تعاملهم مع طفل أوتيزم، هذه البرامج باعتبارها شكل من أشكال الدعم الاجتماعي تعتبر مساهمة كبيرة في تطورهم وتغلبهم على المشكلات الحياتية التي تعترضهم، وما أحوج الأمهات إلى برامج مخصصة لتنمية المرونة الأسرية لديهم لتخفيف ما يسمى بإجهاد الأمومة الناجم عن طفل الأوتيزم، فقد أجمعت العديد من الدراسات كدراسة (Bayat,2007) ودراسة (Dupont,2009) ودراسة (Budds,2010) وغيرهم على تدنى مستوى المرونة الأسرية لدى تلك الأمهات مما يعنى بالتأكيد خلل نسق الأسرة واضطراب مستوى اتزانها الأمر الذي يهدد بالتأكيد فرص بقائها في معترك هذه الحياة.

لقد استهدف الباحث في هذه الدراسة تنمية مستوى المرونة الأسرية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، وقام من أجل تحقيق هذا الهدف بإعداد برنامج بشكل علمي تضمن معظم جوانب المرونة الأسرية التي أشار إليها "ولش" في نظريته للمرونة الأسرية، وأضاف الباحث عليها نقطة هامة وهي تصحيح بعض الأفكار المغلوطة عن الأوتيزم لدى الأمهات المتدربات، فقد خصص الباحث الجلسات رقم (٤ و ٥) لتعديل أفكار المتدربات عن هذا الاضطراب، وأوضح لهم الفرص الممكنة لأطفالهم في المستقبل مؤكداً لهم أن هناك شواهد عدة أفادت بأن العلماء "إسحاق نيوتن" و "البرت أينشتاين" قد لوحظ عليها كثيراً أعراض الأوتيزم ومع ذلك غيروا من طبيعة هذا العالم، لقد أفادت نتائج الدراسة بوجود تحسن دال إحصائياً في مستوى المرونة الأسرية كما قاسها الباحث لدى مجموعة الدراسة التجريبية، كما أفادت النتائج أيضاً باستمرار التحسن في مستوى المرونة الأسرية من خلال تحقق الباحث من الفرض الرابع للدراسة.

إن الباحث يفسر هذه النتائج التي حصل عليها في جدول رقم (٤) و (٥) و (٦) و (٧) في ضوء المضمون الذي احتوى عليه البرنامج، فاحتواء البرنامج على جلسات استهدفت تدريب الأمهات على الصبر والتسامي بالسلوك وصناعة الأمل والتقوى هي قيم موجهة أثرت البرنامج وزادت من فعاليته والتي انعكست على مستوى المرونة الأسرية لدى المتدربات، فالتواصل الايجابي مع أفراد الأسرة يحتاج إلى الصبر ومزيد من التسامح، والمواقف الحياتية التي تعتري أي أسرة تستلزم قدرا كبيراً من الصبر، بل وأكثر من ذلك، فالتعبير عن المشاعر وضبطها والتحكم في الانفعالات يستلزم الصبر والتسامح والتسامي بالسلوك، فالقيم التي استهدفها الباحث في برنامجه من شأنها أن تعلم النفس الإنسانية التخلي عن

الغضب وضبط النفس، ومن شأنها أيضاً تزويد الفرد بالأمل وانتظار الغد المشرق السعيد، كما أن هذه القيم تدفع إلى القناعة والرضا، وما الصحة النفسية إلا هذا الرضا، ولا شك أن التدريب على التخطيط وصناعة الأهداف وحل المشكلات أفضى إلى زيادة مستوى المرونة الأسرية لدى المتدربات وهو الأمر الذي وضعه الباحث نصب عينيه، فمهارة حل المشكلات وصناعة الهدف من شأنها مساعدة الفرد على الاستقلال وعلى اتخاذ القرارات الحياتية الهامة بصورة صحيحة وتزيد من قدرة الفرد على السيطرة على الظروف والمواقف، فمثل هذه المهارات هي مهارات ضرورية لمجالات الحياة المختلفة.

ومن المؤكد أن احتواء البرنامج على جلسات مخصصة للمشاعر وكيفية التعبير عنها زاد من قيمته وفعاليته، حيث تلعب المشاعر دورا هاماً في التعايش مع الآخرين ذلك لأنها تزودنا بالمعلومات الضرورية لنجاح الأنشطة اليومية، فعندما يجد الفرد صعوبة في التعرف على انفعالاته ووصفها فإن ذلك يؤدي إلى مشكلة في عملية التعايش، كما تلعب أيضا دورا حيويا في التكيف الشخصي والاجتماعي للأفراد، وتعتبر الانفعالات جزء هام من عملية النمو لأنها أحد الأسس التي تعمل على بناء الشخصية، كما أنها تعمل على توجيه الفرد نحو المسار النمائي الصحيح بكل ما تحمله من مشاعر وعواطف وسلوك وانفعالات مختلفة، فحياة الأفراد مليئة بالخبرات والتجارب المتنوعة التي تبعث فيها الانفعالات والحالات الوجدانية ، لذا فحياة الإنسان في تغير مستمر وفي تغير دائم مما يضفي على الحياة قدراً كبيراً من القيمة والمتعة فبدون هذه الحالات الوجدانية والانفعالات المختلفة تصبح حياة الفرد مملة لا متعة فيها، فمن بديهيات الصحة النفسية مشاركة الآخرين في انفعالاتهم والتعرف عليها حيث يساعد ذلك على تنمية وتطوير العلاقات الشخصية والتي تعطي معنى وتوازن للحياة، فالأفراد الذين يعانون من الإلكسيثميا يعانون من إعاقة في التعبير عن الانفعالات مما يؤثر ذلك على التعايش أو مواجهة المواقف الضاغطة، ولا ينكر الباحث أبداً أن المتدربات كان لديهن إحساس كبير بالاهتمام والتركيز على إتمام جلسات البرنامج والمشاركة فيه الأمر الذي زاد من فعاليته، لقد كانت المتدربات حريصات على تنفيذ ما يطلب منهن من واجبات منزلية وأنشطة أثناء الجلسات، هؤلاء الأمهات كان لديهن إصرار وعزيمة على التغيير حيث أدركوا أنه لا محاله وان التغيير أمر حتمي للوصول إلى حالة من الاستقرار النفسي، فقد أدركوا من الجلسات الأولى للبرنامج قيمة المرونة الأسرية ودورها السحري في إعادة اتزان الأسرة، أدركوا أن هناك حالة تستلزم إعادة ترتيب الأوراق داخل الأسرة، أيقنوا أنهم ينبغي أن يحملوا راية المبادرة نحو الوصول لمستوى مناسب من المرونة الأسرية.

وخاتمة القول، إن المرونة الأسرية مطلب هام وضروري لكل أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولكل الأمهات عموماً، فبدونها يتصلب الرأي، ويستأسد العناد، وحينها تصبح الحياة قاتمة اللون، مملة لكل أطراف الأسرة، فذيوع المرونة داخل أفراد الأسرة الواحدة يضمن الاحترام لكل الأطراف،

ويضمن التجديد والبعد عن شبح الاختلاف فالاصطدام، أي خلق مزيد من التوترات التي تضرب بقوة الأسرة وتفقدها اتزانها، الأمر الذي يجعلها على حافة الانهيار النفسي قبل المادي.

توصيات :

١) ضرورة الاهتمام بإنشاء جمعيات إرشاد نفسي لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام وأمهات أطفال الأوتيزم على وجه الخصوص.
٢) ضرورة تفعيل مفهوم المسؤولية المجتمعية للجامعات من خلال فتح أبوابها لأمهات أطفال الأوتيزم للمشورة وتقديم النصح لهم.
٣) على وزارة الإعلام تبني حملة قومية للتوعية بمفهوم المرونة الأسرية وأهميته في حياة الأسرة.
٤) ضرورة عقد لقاءات وندوات متخصصة في هموم ومشكلات الأسر التي تحوي طفل أوتيزم تشرف عليها وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة التعليم العالي بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم.

المراجع :

- الأغبري، عبد الصمد و آلمشرف فريدة (١٩٩٦). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين (مترجم)، مطابع جامعة الملك سعود للنشر العلمي، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- البطانية، أسامه محمد و عرنوس، هاني أحمد (٢٠١١). أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (١٢)، العدد (٣)، ص ص ٢٩٧-٣٢٨.
- البلوي، نادية صالح (٢٠١١). الرضا الوظيفي مع المتعاملين مع ذوي الإعاقات المتعددة والتوحد في الأردن. *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، العدد (٢٨)، ابريل، ٣٣٤-٣٦٤.
- جبر، محمد صدام (١٩٩٩). إدارة الأزمات : نظرة مقارنة بين النموذج الإسلامي والنموذج الياباني.*الإداري*، السنة (٢١)، العدد مارس (٧٦) ، ١٤٥-١٧٨.
- حنفي، على عبد النبي (٢٠٠٧). التعامل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. ط (١)، مكتبة العلم والإيمان، دسوق، جمهورية مصر العربية.
- الخطيب، محمد جواد (٢٠١٠). دور التربية المدنية في تنمية مرونة الأنا في الشخصية الفلسطينية. *مجلة جامعة الأزهر بغزة فرع العلوم الإنسانية*، العدد (٢١)، المجلد (٢)، ٥٣٧-٥٩٤.
- الخولي، هشام عبدالرحمن (٢٠٠٨). الأوتيزم "الايجابية الصامتة" استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم. دار النهضة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

- الخولي، هشام عبدالرحمن (٢٠١٢). إلى أين نتجه مع الأوتيزم؟ : أمال وتوقعات ! استراتيجيات لتحطيم جدار الصمت. *مجلة كلية التربية ببنها*، العدد (٩١)، يوليو، ١-٢٩.
- السرطاوي، زيدان و عواد، أحمد (٢٠١١). مقدمة في التربية الخاصة : سيكولوجية ذوي الإعاقة والموهبة. دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الشخص، عبدالعزيز و السرطاوي، زيدان (١٩٩٨). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين (دليل المقاييس). دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- شريف، منى صلاح الدين (١٩٩٨). إدارة الأزمات : الوسيلة والبقاء. دار البيان للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧). التخلف العقلي : الأسباب، التشخيص، البرامج. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- العثمان، إبراهيم و البلاوي، ايهاب (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية والتوافق الزواجي وعلاقتهما بالضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. *مجلة كلية التربية بعين شمس*، جامعة عين شمس، العدد (٣٦)، الجزء (١)، ٧٣٩-٧٧٨.
- علي، علي عبدالسلام (١٩٩٧). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات. مجلة دراسات نفسية، مجلد (٧)، العدد (٢) ابريل، ٢٠٣-٢٣٢.
- عليوه، السيد (٢٠٠٤). إدارة الأزمات والكوارث : مخاطر العولمة والإرهاب الدولي. (سلسلة دليل صناع القرار). دار الأمين للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- الفنجري، حسن عبدالفتاح (٢٠١١). علم النفس الايجابي : معالمه ونماذج من تطبيقاته. مجلد المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة بنها ١٧-١٨ يوليو، ١٤٣-١٤٨.
- القريطي، عبدالمطلب (١٩٩٩). الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً. *ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة*، جامعة الخليج العربي،البحرين.
- كاشف، إيمان فؤاد (٢٠٠٠). دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. *مجلة كلية التربية*، جامعة الزقازيق، العدد (٣٦)، ١٩٩-٢٥٣.
- كاشف، إيمان فؤاد (٢٠١٢). نحو فهم أكثر عمقاً لاضطراب التوحد. *مجلة التربية الخاصة*، مجلة علمية دورية محكمة يصدرها مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية بكلية التربية بجامعة الزقازيق، العدد (١)، ٢٢-٣٥

- كامل، محمد (٢٠٠٣). الأوتيزم (التوحد) الإعاقات الغامضة بين المفهوم والعلاج. مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

- محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٢). الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية. دار الرشاد،القاهرة.

- Abraham,P. ; Walt,V. and Jan, K. (2010). Resilience in Families with an Autistic Child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45 (3), 347-355.

- Advancing Futures for Adults with Autism (AFAA). (2013). About Autism. Available at: http://www.afaa-us.org/site/c.llIYIkNZJuE/b.5063.

- Alexandra, B. ; Richard, H. ; Dave, D. & Jim, S. (2004). Pro-Social behavior and behavior problems independently predict maternal stress.*Journal of Intellectual & Developmental*, 29 (4), 339-349.

- Ali, M. M., Dwyer, D. S., Vanner, E. A., & Lopez, A. (2010). Adolescent propensity to engage in health risky behaviors: The role of individual resilience. International Journal of Environmental Research and Public Health, 7, 2161-2176. doi: 10.3390/ijerph7052161

- Alvord,M. and Grados, J. (2005). Enhancing resilience in Children: A proactive approach. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36 (3), 238-245.

- Ariel, C. & Naseef, R. (2006). Voices from the spectrum: Parents, grandparents, siblings, people with autism, and professionals share their wisdom. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers .

- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (9), 702-714.

- Boss, P. (2002). Family stress management: A contextual approach. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Budds, B. (2010). The Influence of christian beliefs on the resilience and coping abilities of families with a child with autism and prospective opportunities for educators working with them. A doctoral project submitted to the faculty of the Shirley M. Hufstedler Graduate School of Education in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology at Alliant International University, Irvine, California.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Prevalence of Autism. Available at: http://www.cdc.gov/media/releases/2012/p0329.

- Cohn, M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. Emotion, 9 (3), 361-368.

- Dale, E. ; Jahoda, A. & Knott, F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: Exploring links with maternal levels of stress, depression, and expectations about their child's future. *Autism*, 10 (5), 463-479.

- Deater-Deckard, K., Pinkerton, R., & Scarr, S. (1996). Child care quality and children's behavioral adjustment: A four-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), 937-948.

- Doll, B., and Lyon, M. (1998). Risk and resilience: Implications for the delivery of educational and mental health services in schools. *School Psychology Review*, 27, 348-363.
- Drew, C. J., & Norton, P. (1994). Autism and potential family Stressors. The *American Journal of Family Therapy*, 22, 1, 67-75.
- Dupont, M. (2009). An Exploration of resilience in familes with a child diagnosed with an Autism spectrum disorder. A dissertation sumitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in the graduate school of the Texas womans University, College of professional Education.
- Dweck, C. (2008). Mindset: The new psychology of success. New York: Ballantine Books.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. Nursing Forum, 42 (2), 73-82. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x
- Ekas, V. ; Whitman, L. & Shivers, C. (2009). Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 39 (5), 706 - 719.
- Fischer, J. ; Corcoran, K. & Fischer, J. (2007). Measures for clinical practice and research: A sourcebook. New York: Oxford University Press.
- Fraser, M. W., & Richman, J. M. (1999). Risk, production, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. Social Work Research, 23(3), 131.
- Friedl, K. E. & Penetar, D. M. (2008). Resilience and survival in extreme environments. In Biobehavioral resilience to stress. B.J.Lukey & V. Tepe (Eds.) Taylor & Francis Group: Florida.
- Friedman M.M.; Bowden V.R., & Jones E.G. (ed.) (2003). Family nursing: Research, theory and practice (5th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Gable, S. ; Gonzaga, G. & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904-917.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 101-116.
- Jones, J., & Passey, J. (2005). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behavioural problems. *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 1, 31-46.
- Kalkbrenner, A.E.; Braun, J.M.; Durkin, M.S.; Maenner, M.J.; Cunniff, C.L.; Pettygrove, S.; Nicholas, J.S. and Daniels, J.L. (2012). Maternal Smoking during Pregnancy and the Prevalence of Autism Spectrum Disorders, Using

Data from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Environmental Health Perspectives*, 120, 7, 1042-1050.
- Kapp, L. and Brown, O. (2011). Resilience in families adapting to Autism spectrum disorder. *Journal of Psychology in Africa*, 21 (3), 459-464.
- Martínez-Pedraza, F. D. L., & Carter, A. S. (2009). Autism spectrum disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3), 645-663.
- McCubbin, H. & McCubbin M. . (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37 (3), 247-254.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., & Thompson, A. I. (1988). Family Problem Solving Communication Index (FPSC). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (Eds.), Famiiy assessment: Resiiiency, coping and adaptation – Inventories for research and practice (pp. 639-686). Madison, WI: University of Wisconsin System.
- MeCubbin, H. & MeCubbin, M. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adapta tion in response to stress and crisis. In H. I. McCubbin, M. A. McCubbin, & A. I. Thompson (Eds.), Famiiy assessment: Restitency, coptng and adaptatton - Inventortes for research andpractice (pppp.1-6644) . Madison , WI: University of Wiisconsin System.
- Newschaffer, C.J.; Croen, L.A.; Daniels, J.; Giarelli, E.; Grether, J.K. and Levy, S.E.(2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*, 28 , 235-258.
- Patterson, J. (2002) Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 349–360.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. Family Systems Medicine, 6 (2), 202–237.
- Phetrasuwan, S., & Shandor Miles, M. (2009). Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14 (3), 157-165.
- Plumb, J. (2011). THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RESILIENCE ON PARENTAL STRESS IN FAMILIES WITH A CHILD DIAGNOSED WITH AN AUTISM SPECTRUM DISORDER. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertation, School of Social Policy and Practice, University of Pennsylvania.
- Roberts, H. (2008). The relationships among adaptive behaviors of children with autism spectrum disorder, their family support networks, parental stress, and parental coping. Ph.D. dissertation, United States-Tennessee: The University of Tennessee Health Science Center.

- Rodier, P.M.; Ingram, J.L.; Tisdale, B.; Nelson, S. and Romano, J. (1996). Embryological origin for autism: developmental anomalies of the cranial nerve motor nuclei. *J Comp Neurol*, 370, 2, 247-261.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, 57, 316–31.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A. S. Masten, D. Chichetti, K. H. Nuechterlin &S. Weintraub (Eds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*(pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Saltzman, W. R., Lester, P., Beardslee, W. R., Layne, C. M., Woodward, K., & Nash, W. P. (2011). Mechanisms of risk and resilience in military families: Theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 14, 213-230.
- Scattone, D. ; Raggio, D. and May, W. (2012). Concurrent Validity of the Leiter-R and KBIT-2 Scales of Nonverbal Intelligence for Children with Autism and Language Impairments. *J Autism Dev Disord,* 42, 11, 2486-2490.
- Scorgie, K. and Sobsey, D. (2000) Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. Mental Retardation, 38, 195–206.
- Seligman, M. ; Steen, T. ; Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, July-August, 410-421.
- Seligman, M. ; Steen, T. ; Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, July-August, 410-421
- Seligman, M. and Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13(4), 427-436. doi: 10.1177/1066480705278724
- Skinner, D. ; Rodriguez, P. & Bailey D. (1999). Qualitative analysis of Latino parents' religious interpretations of their child's disability. *Journal of Early Intervention*, 22, 271–85.
- Sprecher, S. & Hatfield, E. (1986). Measuring passionate love in intimate relationships. *Journal of Adolescence*, 9, 383-410.
- Sprecher, S. (1989). Expected impact of sex-related events on dating relationships. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2, 77-92.
- Strickland, Elizabeth. (2009). Eating for Autism: The 10 – step Nutrition plan to help treat your child's Autism, Asperger's, or ADHD. Da Capo Press.
- Summers, J. ; Behr, S. & Turnbull, A. (1988) Positive adaptation and coping strength of families who have children with disabilities. In: Support for

Care-Giving Families: Enabling Positive Adaptation to Disability (ed. I. Irvin), pp. 1–17. Brooks, Baltimore, MD.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18 (1), 3-10.
- Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners,*19 (5), 251-260.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (3), 290.
- Walsh F. (1998) Strengthening Family Resilience. Guilford Press, NewYork; London.
-Walsh, F. (1996) The concept of family resilience: crisis and challenges. *Family Process*, 35, 261–81.
- Walsh, F. (1998). Strengthening family resilience. New York, NY: Guilford Press.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. Family Process, 42(1), 1-18.
- Walsh, F. (2006). Strengthening family resilience. New York: Guilford Press.
- Werner, B. (2004). The everyday occupation of families with children with autism. *Journal of occupational Therapy*, 58, 543-550.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5*(4), 503-515.
- Williams, S. & Williams, W. (2005). My Family Past Present and Future A Personal Exploration of Marriage and the Family. Second 2nd Edition. Pearson Publishar.
- Yasuko, Irie. And Chieko, Tsumura. (2011). Development of a family intervention model to facilitate resilience in families of children with intellectual disabilities. Journal of Japan Academy of Nursing Science, 31 (4), 34-45.

ملحق رقم (١)

الصورة النهائية لمقياس تقييم مستوى المرونة الأسرية

م	العبـــــــــــــــــــارات	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق	لا أوافق بشدة
١	معظم الأسر والعائلات تعاني من العديد من المشكلات .				
٢	نرى أننا كيان واحد وأي شيء يحدث يؤثر فينا جميعا.				
٣	أسرتنا نمتلك مرونة في التعامل مع الأحداث غير المتوقعة التي تمر بنا عبر الأيام .				
٤	نؤمن بأن ما نتعرض له من أحداث مؤلمة هو اختبار لقوة إيماننا.				
٥	دائما ما يشارك أصدقاء الأسرة في أمور كثيرة تخصنا.				
٦	أصدقاء الأسرة المقربين منا مهمين بالنسبة لنا في حياتنا.				
٧	القواعد والأنظمة التي تقوم عليها أسرتنا مرنة يمكن تغييرها وتعديلها .				
٨	نسعى دائماً لتغيير نسقنا وعاداتنا الأسرية في ضوء احتياجاتنا ومتطلباتنا .				
٩	المجهودات التي نبذلها لأي فرد من أفراد أسرتنا تجعلنا نشعر أننا أسرة واحدة .				
١٠	نؤمن بأنه على قدر المشقة والعناء سيكون الجزاء والثواب.				
١١	نتقبل الضغوط الحياتية الصادمة لأننا نؤمن أنها جزء من الحياة .				
١٢	نستطيع تقبل المشكلات التي تعترضنا بشكل غير متوقع ونسعى جاهدين لحلها .				
١٣	معظم الأسر والعائلات تواجه في حياتها العديد من المواقف الصعبة .				
١٤	قراراتنا العائلية لا تصدر إلا من خلال اتفاقنا عليها كأفراد أسرة واحدة متماسكة .				
١٥	نلجأ للعبادة بصورة أكبر حينما تعترضنا أزمات في حياتنا.				
١٦	يستطيع أفراد أسرتنا التعامل مع بعضهم في مواقف الخصام حتى نصل إلى نقطة تفاهم وتواصل ايجابية .				
١٧	لدينا القدرة على التكيف مع المطالب والاحتياجات التي تفرض على الأسرة لمواجهة متطلبات الحياة .				

١٨	نهتم كثيراً بكيفية إسعاد أصدقاؤنا وتقديرهم وتقديم أوجه الرعاية والاهتمام المختلفة لهم .				
١٩	نحرص كثيراً على انتقاء واختيار الكلمات والعبارات التي نوجهها كأفراد أسرة واحدة لبعضنا البعض .				
٢٠	يحاول كل أفراد الأسرة جاهدين ابتكار طرق تعامل وتواصل جديدة مع بعضنا البعض .				
٢١	يحاول كل منا بذل جُل طاقته لفهم مشاعر واحتياجات ومتطلبات أي فرد في أسرتنا .				
٢٢	لا نتردد في الاستعانة بالجيران في أي وقت حينما نكون بحاجه لمساعدتهم .				
٢٣	نبادر جميعاً بتقديم خدماتنا للجيران حينما نشعر بأنهم في مشكلة .				
٢٤	يسعى كل فرد فينا داخل الأسرة إلى مراعاة عواطف ومشاعر الآخر.				
٢٥	نشعر جميعاً بالمسؤولية تجاه أي مشكلة داخل أسرتنا.				
٢٦	نقف جميعاً بجوار بعضنا البعض في الأزمات المالية .				
٢٧	نستطيع التواصل فيما بينما بطريقة فعالة.				
٢٨	نتبادل الحوار كثيراً لإيجاد سبل جديدة لمواجهة مشكلاتنا الأسرية.				
٢٩	نسعى كأسرة لتجديد الثقة فيما بيننا في المواقف والأزمات الصعبة.				
٣٠	يؤمن أفراد الأسرة بوجوب عدم التورط في المشكلات مع الآخرين.				
٣١	تعتقد أسرتنا أن مؤسسات المجتمع جيدة كمؤسسات داعمة لنا.				
٣٢	نحاول جاهدين أن نوصل لبعضنا البعض اهتمام كل طرف بالآخر .				
٣٣	الحب والمودة عامل مشترك بين جميع أفراد الأسرة بعضهم بعضاً.				
٣٤	يبدي كل فرد في أسرتنا انه مسئول عن الفرد الآخر داخل الأسرة.				
٣٥	يستمع كل فرد منا بعناية لمشكلات ومخاوف الطرف الآخر في الأسرة.				
٣٦	يلجأ أفراد أسرتنا إلى المتخصصين في الدين لطلب النصيحة والمشورة.				
٣٧	يتقبل أفراد أسرتنا الهدايا من الأصدقاء دون أدنى مشكلة.				
٣٨	يحرص جميع أفراد أسرتنا على المشاركة في المناسبات الدينية.				
٣٩	نحرص جميعاً على المشاركة في الاحتفالات والأعياد والاستمتاع بها.				
٤٠	ندرك ما نقوله لبعضنا البعض داخل الأسرة.				
٤١	يحرص كل فرد فينا على التعلم من أخطاء باقي أفراد الأسرة.				
٤٢	ندرك تماماً الأشياء المهمة للآخرين من حولنا.				
٤٣	ندرك جميعاً أن هناك دور مجتمعي لكل فرد فينا .				
٤٤	نسعى بكل قوة لحل المشكلات التي تعترض حياتنا الأسرية.				
٤٥	لدى أفراد أسرتنا ثقة بأن المستقبل والقادم سيكون أفضل لنا.				
٤٦	لأسرتنا أصدقاء مقربون جداً نهتم بهم ونعمل على إسعادهم .				

٤٧	نشعر جميعاً بانزعاج حينما يكون احد أفراد الأسرة غير سعيد.				
٤٨	لدى أفراد أسرتنا شعور بالقدرة على التغلب على أية مشكلة قد تعترضنا.				
٤٩	يشعر جميع أفراد الأسرة بأننا نعيش في بيئة ءامنة.				
٥٠	متأكدون بأن المحيطين بنا سيقفون بجانبنا في حالة حدوث مكروه لنا.				
٥١	يحرص أفراد أسرتنا على الاستمتاع بالأجازات .				
٥٢	لا يتردد أحد منا في التعبير عن آرائه أمام باقي أفراد الأسرة.				
٥٣	يؤدي جميع أفراد أسرتنا دوره المجتمعي المطلوب منه في خدمة قضايا المجتمع.				
٥٤	معظم قراراتنا الأسرية ناجمة عن مناقشات جماعية بيننا.				
٥٥	جميع قراراتنا الأسرية ترضي معظم أفراد الأسرة.				
٥٦	نهتم كأسرة واحدة بشرح المشكلة التي تواجهنا بالتفصيل حتى يفهمها الجميع.				
٥٧	نتشاور جميعا داخل الأسرة قبل أن نتخذ أي قرار.				
٥٨	يستطيع أفراد الأسرة التعامل مع المواقف الصعبة في الحياة.				
٥٩	يشترك جميع أفراد الأسرة في الأدوار المنزلية المطلوبة.				
٦٠	نحاول دائما كأسرة واحدة ابتكار أساليب تواصل وتفاعل بيننا جديدة.				
٦١	يعتقد أفراد الأسرة أنه لا مشكلة بدون حل.				
٦٢	يحترم أفراد أسرتنا كل الحلول المقترحة من قبل الآخرين .				
٦٣	نعتقد جميعاً أن الأزمات من طبيعة الحياة ويمكن مواجهتها .				
٦٤	الصدق وحرية التعبير والمواجهة هي مبادىء راسخة في عقيدة الأسرة.				
٦٥	يلتزم أفراد أسرتنا بقدر المستطاع بالصلاة في دور العبادة.				
٦٦	لا نمانع في تقديم تنازلات إذا واجهنا مشكلة في حياتنا.				
٦٧	بالتأكيد ستستمر الحياة رغم أزماتها وصعابها.				
٦٨	تستطيع أسرتنا العمل تحت الضغوط والأزمات.				
٦٩	قرارات أسرتنا هي نتيجة حواراتنا المستمرة.				
٧٠	تشعر أسرتنا بالأمن في هذا المجتمع.				
٧١	نعاني جميعاً في حالة شكوى الآخرين من احد أفراد أسرتنا.				
٧٢	يؤمن كل فرد في أسرتنا بأهمية التعلم من أخطائه.				
٧٣	نفرح بهدايا الآخرين لنا خاصة الجيران.				
٧٤	نعتقد بأننا يجب ألا نتورط مع الآخرين في المجتمع.				
٧٥	هناك أمور أخرى في حياتنا لم يتضمنها هذا المقياس.				