وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 08 ماي 1945

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

عنوان المذكرة

جودة الحياة لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماسترتخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة
زايدي سناء
بلهاين زينب

تحت إشراف الدكتورة:
هميسي ليلى

بهلول أنفال

لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
01	عريبي سعيدة	محاضر ب	جامعة 08 ماي 1945قالمة	رئيسا
02	هميسي ليلى	محاضر أ	جامعة 08 ماي 1945 قالمة	مشرفا،مقررا
03	قاسمي ريم	محاضر ب	جامعة 08 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة المشرفة هميسي ليلى ، كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة.

إلى الأخصائيات النفسانيات اللواتي فتحن لنا أبواب مكاتبهن.

الشكر الحار والجزيل لقرة عيناي أبي وأمي وعائلتي وزملائي وجميع الأساتذة الكرام.

الملخص:

جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على فئة أمهات أطفال التوحد، هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد ولغرض تحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتطبيق مقياس جودة الحياة لأم الطفل التوحدي للباحثة نعيمة بوعامر على عينة مكونة من ثلاثون (30) أم لأطفال توحديين، و للإجابة على فروض الدراسة تمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج spss نسخة20، حيث أسفرت النتائج إلى ما يلي:

- مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض والمتوسط.

- مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد منخفض.

- مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض المتوسط.

- مستوى جودة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض والمتوسط.

- مستوى جودة الحياة الأسرية و الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض المتوسط.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، التوحد.

Résumer :

Cette étude visait à mettre en lumière la qualité de vie des mères d'enfants autistes. L'objectif était de déterminer le niveau de qualité de vie chez ces mères. Pour atteindre cet objectif, nous avons utilisé une approche descriptive et appliqué l'échelle de qualité de vie pour les mères d'enfants autistes développée par Naïma Bouamr à un échantillon de 30 mères d'enfants autistes. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS 20. Les résultats montrent que :

- Le niveau de qualité de vie chez les mères d'enfants autistes est compris entre faible et moyen.

- Le niveau de qualité de vie psychologique chez les mères d'enfants autistes est faible.

- Le niveau de qualité de vie matérielle chez les mères d'enfants autistes est compris entre faible et moyen.

- Le niveau de qualité de santé générale chez les mères d'enfants autistes est compris entre faible et moyen.

- Le niveau de qualité de vie familiale et sociale chezles mères d'enfants autistes est compris entre faible et moyen.

- Mots-clés : Qualité de vie, autisme

Summary:

This study was held to shed light on the category of mothers of children with autism, aiming to identify the level of quality of their lives. For the purpose of achieving this goal, the descriptive approach was used, and the "Quality of Life for Mothers of Autistic Children" scale, developed by researcher Naima Bouamer, was applied to a sample consisting of thirty (30) mothers of autistic children. Statistical analysis was conducted using SPSS software, version 20, and the results showed the following:

- The overall quality of life among mothers of autistic children is between low and moderate.

- The level of psychological quality of life for mothers of autistic children is low.

- The level of material quality of life for mothers of autistic children is between low and moderate.

- The level of the overall health quality of life for mothers of autistic children is between low and moderate.

- The level of quality of family and social life among mothers of autistic children is between low and moderate.

- Keywords: Quality of life, Autism.

الفهرس

الرقم	العنوان	الصفحة
	شكر و تقدير	أ
	ملخص الدراسة	ب
	الإهداء	ج
	فهرس الجداول	د
	فهرس الملاحق	هـ
	مقدمة	1
الجانب الأول : الاطار النظري		
	الفصل الأول : الإطار التمهيدي للدراسة	
1	إشكالية الدراسة	15
2	فرضيات الدراسة	17
3	أهداف الدراسة	18
4	أهمية الدراسة	18
5	المصطلحات الأساسية للدراسة	19
6	الدراسات السابقة	20
7	التعقيب على الدراسات السابقة	22
	الفصل الثاني: جودة الحياة	
	تمهيد	25
1	- نشأة فكرة جودة الحياة.	26

2	مفهوم جودة الحياة	26
3	أبعاد جودة الحياة.	29
4	مقومات جودة الحياة..	31
5	الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	31
6.	مؤشرات جودة الحياة.	34
7	معوقات جودة الحياة	35
	خلاصة	36
	الفصل الثالث: التوحد	
	تمهيد	38
1	تعريف التوحد	39
2	النظريات المفسرة للتوحد.	40
3	أسباب التوحد.	42
4	خصائص التوحد	43
5	تشخيص اضطراب التوحد.	46
6	أم الطفل التوحدي	48
	خلاصة	52
الجانب الميداني		
	الفصل الرابع :الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
	تمهيد	55
1	الدراسة الاستطلاعية	56
2	الدراسة الأساسية	58
3	منهج الدراسة	58

4	حدود الدراسة	59
5	مجتمع الدراسة	59
6	عينة الدراسة	60
7	أداة جمع البيانات وخصائصها السيكومترية	60
8	الأساليب الاحصائية	63
	خلاصة	64
	الفصل الخامس: عرض و مناقشة نتائج الدراسة و تفسيرها	
	تمهيد	66
1	عرض ومناقشة الفرضيات	67
1-1	عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة	67
1-2	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى	69
1-3	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	71
1-4	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	74
1-5	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	76
	الاستنتاج عام	79
	خاتمة	81
	قائمة المراجع	84
	قائمة الملاحق	90

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة	61
02	فئات قيم المتوسط الحسابي و مستوى جودة الحياة الموافق لها	62
03	مستويات جودة الحياة بالدرجات	63
04	مستوى جودة الحياة لدى امهات اطفال التوحد	67
05	نتائج الدلالة الاحصائية	67
06	مستوى جودة الحياة النفسية لدى امهات اطفال التوحد	69

07	نتائج الدلالة الاحصائية	70
08	مستوى جودة الحياة المادية لدى امهات اطفال التوحد	71
09	نتائج الدلالة الاحصائية	72
10	مستوى جودة الحياة الصحة العامة لدى امهات اطفال التوحد	74
11	نتائج الدلالة الاحصائية	74
12	مستوى جودة الحياة الاسرية الاجتماعية لدى امهات اطفال التوحد	76
13	نتائج الدلالة الاحصائية	77

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الجداول الاحصائية	90
02	مقياس جودة الحياة	94

مقدمة:

مقدمـة:

يعرف اضطراب التوحد من الاضطرابات التي انتشرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة، إلا أنه اكثر تعقيدا وصعوبة مقارنة بالاضطرابات الأخرى وهو اضطراب يؤثر على الطفل وسلوكه بشكل خاص وعلى قابليته على التعلم والإعداد المهني والتدريب أو تحقيق استقلاله النفسي و الاجتماعي والسلوكي، كما يؤدي بالطفل الى الإعتماد بشكل مفرط على أمه في تحقيق احتياجاته ورغباته وهذا الاعتماد يؤدي به إلى عدم القدرة على تحمل المسؤولية، فمن الضروري الإهتمام بالاضطراب كونه يجعل الطفل منسحبا عن المجتمع، وتأثير هذا الاضطراب لا يقتصر على الطفل فقط بل على العائلة ككل ويما أنه لا يوجد علاج له هذا ما يفرض على الوالدين عبئ كبير ومن جهة أخرى تعتبر جودة الحياة ومؤشر في مساعدة الوالدين لفهم اضطراب طفلهم والتحديات التي تواجههم وهي أداة لقياس جودة حياتهم سواء من الناحية المعنوية أو التعليمية أو الاقتصادية.

وجودة الحياة هي مفهوم واسع وشامل لعدة أبعاد وجوانب سواء كانت مادية أو معنوية، كما أنها تتأثر بعوامل كثيرة تحدد مقومات جودة الحياة، مثل: المستوى التعليمي والتحصيل الدراسي، الصحة الجسمية والنفسية، القدرة على اتخاذ القرارات، والنظرة الايجابية نحو المستقبل، وتحقيق الحاجات والطموحات الشخصية.

وهذه الأخيرة ترتبط ارتباطا وثيقا بالحالة النفسية لدى الوالدين مما تؤثر على قدرة الأسرة على التكيف مع وجود طفل توحدي حيث يشمل التوحد ثلاث مستويات : التفاعل الاجتماعي ، التواصل اللفظي وغير اللفظي والسلوكيات، وهذه السلوكيات قد تؤثر على الأسرة التي يعيش فيها فتربية طفل توحدي مهمة صعبة على الوالدين بسبب مواجهة لمسؤوليات أكبر وتحديات و صعوبات أثناء تقديم الخدمات و التدخل و التشخيص للطفل فتتأثر الحالة النفسية للوالدين وترتفع الضغوطات ويحاولون الوصول إلى الرضا وتحسين جودة حياتهم لقدرتهم على دعم طفلهم.

تأتي الدراسة الحالية لتبحث عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي ولقد تضمن الجانب النظري فصول التالية:

الفصل الأول: تم تطرق فيه إلى المشكلة واعتباراتها من إشكالية الدراسة وتساؤلات الدراسة وفرضياتها بالإضافة إلى أهمية الدراسة وحدودها والتعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة وأخيرا الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: خصص هذا الفصل للمفاهيم العامة حول جودة الحياة فتطرقنا إلى نشأة جودة الحياة ثم إلى مفهومها وأبعادها ومن ثم إلى أهم الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة وفي آخر الفصل تعرفنا على مؤشرات ومعوقات جودة الحياة.

الفصل الثالث: تم تطرق فيه إلى تعريف اضطراب التوحد النظريات المفسرة للتوحد أسباب التوحد وخصائصه تشخيص اضطراب التوحد ثم التطرق إلى أم الطفل التوحدي.

أما الجانب التطبيقي تضمن الفصول التالية:

الفصل الأول: خصص هذا الفصل لدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، منهج وحدود ومجتمع وعينة الدراسة إضافة إلى أداة جمع والبيانات وخصائصها السيكومترية الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الثاني: تضمن عرض ومناقشة الفرضيات والاستنتاج العام.

الفصل الأول

الإطار التمهيدي

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- مصطلحات الدراسة

6- الدراسات السابقة

7- التعقيبات على الدراسات السابقة

1. الإشكالية :

اهتم الكثير من الباحثين والمختصين باضطراب التوحد خاصة في مجال علم النفس، لأنهم يعتبرونه من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة وتعقيدا إذ سجلت تزايد في نسب انتشاره، حيث تشير إحصائيات مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها الأميركية (CDC) عام 2023 إصابة اضطراب التوحد (ASD) إلى ما يقرب طفل واحد من بين كل 36 طفلاً في الولايات المتحدة، وذكرت أن الأولاد أكثر عرضة للإصابة بالتوحد 4 مرات من الفتيات، وأن التوحد يؤثر على جميع المجموعات العرقية والاجتماعية والاقتصادية. (عبد الحفيظ، 2023، ص481).

في ذات السياق، تشير الدكتورة الجزائرية أسماء أو صديق في آخر إحصائيات جزائرية تمت في مجال التوحد سنة2018ان في كل 10 آلاف ولادة يوجد من بين 2/5 حالات توحد ومن بين 4-5 ذكور نجد فتاة واحدة (حميدة، مقنعي، 2023، ص 4)، حيث يتميز هذا الاضطراب حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الاضطراب التوحد2013 : 5DSM «بقصور نوعي يظهر في مجالين نمائيين هما: التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط متكررة ومحدودة للسلوك والاهتمامات والنشاطات التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل السنة الثانية من العمر

(DSM5, 2013).

وفيما يتعلق بالجانب الاجتماعي والأسري للأطفال التوحديون فإن العديد من الدراسات تؤكد أن وجود طفل توحدي في الأسرة يمكن أن يسبب لها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً أو يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في النظام الأسري بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، حسب دراسة بوعامر نعيمة(2022) أقرت أن لحظة اكتشاف إصابة الطفل بالتوحد يشكل صدمة للوالدين مما يؤدي إلى تغيير كلي في عدة جوانب منها النفسي، الاجتماعي ،الاقتصادي والسلوكي وتواجه الأسرة مشكلات زوجية وأزمات وزيادة العدوانية ويصعب عليهم الفهم والتعامل مع طفلهم التوحدي مما يشكل لديهم عبء كبير خاصة الأم باعتبارها الشخص الأقرب لطفلها فتجد نفسها أمام واقع مر وليس سهل وتكون أكثر عرضة للضغوط النفسية ،مما يمكن أن تتراكم لديها مشاعر الذنب والإحباط وعدم الرضا والهروب من الواقع كذلك الصعوبات التي تواجهها والدور الجديد الذي يفرضه عليها حيال هذا الطفل ،هذا ما يؤدي إلى تغير نمط حياتها ويلزم عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة ولقد اهتمت العديد من الأبحاث و الدراسات بالحياة النفسية و جودة الحياة لدى عائلات أطفال المعاقين بصورة عامة و أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد بصفة خاصة .

في دراسة أولسون ووائج (2001) Olsson and Hwangعلى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في أمريكا هدفت للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الأمهات وبينت النتائج أن هؤلاء الأمهات يعانين من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجدوا أن مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحديين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى أباء الأطفال التوحديين. (عصفورة، 2012، ص 77).

كذا دراسة Piovesan, Scortegagna et Marchi, 2015أشارت أن عمر الأمهات وسنوات التعليم والحالة الاجتماعية المحيطة بالسكن ونشاط العمل لم تظهر ارتباطا كبيرا بجودة الحياة ووجود أعراض الاكتئاب، كما كشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين الدخل ووجود الحياة فكلما كان الدخل أقل انخفاضا في البيئة سواء كانت السلامة الجسدية، أو الحماية، أو الموارد المالية، أو الصحة، أو الرعاية الاجتماعية، الأمر الذي يشير إلى انخفاض جودة الحياة بالدخل (غرير، نوافلة، 2024، ص209).

كما أشارت الدراسة التي أجرتها Nora سنة (1991) التي هدفت إلى البحث عن المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة من حيث مشاكل التكيف والاكتئاب، بينت النتائج أن آباء وأمهات وأخوة الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة اكتئاب ومشكلات التكيف الاجتماعي مع غيرهم من الأسر، كما أشارت أن وجود إناث مصابات بالتوحد في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور. (النواصرة، 2017، ص 376).

ولحظة معرفة وجود طفل توحدي داخل الأسرة قد يؤدي إلى ضغط كبير من جهة الحماية والرعاية بالإضافة الى الضغوط المنزلية، فالأم هي التي تحمل هم ابنها في كيفية التكفل به ورعايته والسهر على تلبية حاجياته ومتطلباته، مما يؤثر على حياتها الأسرية والزوجية والاجتماعية، وأيضا قد تؤثر على حالتها النفسية من قلق، خوف وتوتر مما يترك أثرا على جودة حياتها لأن نظرتها للحياة تختلف عن نظرة الآخرين، فنجدها تعاني من الهموم والضغوط الحياتية، فهي تحتاج إلى إدراك هذه الحياة، لذا أصبح الاهتمام بجودة ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من التوجهات الحديثة في ميدان علم النفس والتربية الخاصة، فانخفاض مستوى جودة الحياة لدى الأم قد ينعكس بشكل سلبي على الطفل، مما يجعل منها شخصا معقد وسلبي أو ضعيف الإرادة مستقبلا.

ولقد أجريت العديد من الدراسات حول جودة حياة أمهات أطفال التوحد فنجد دراسة

(Pertiwi, Irwanto,2020) ، بعنوان جودة حياة الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون باضطراب التوحد أشارت النتائج إلى أن الأمهات اللاتي لم يتلقين الدعم من أزواجهن وأفراد أسرهن غالبا ما كان عليهن التعامل مع المستقبل غير المؤكد بمفردهن أولئك اللاتي يشعرن بالإنجاز في رعاية أطفالهن.

وحسب دراسة الدعدي (2009) تكمن أهم المشكلات التي تواجهها أمهات الأطفال المعاقين وتؤثر على جودة حياتهم بشكل عام الأزمات الزوجية زيادة العدوانية، القلق التوتر الصعوبات المادية والعزلة عن الناس. (بوعامر، عبد الرحمان،2021).

ويرجع مفهوم جودة الحياة إلى علم النفس الإيجابي، والذي يعيد إلى الفرد شعوره بالرضا والسعادة في ضوء ظروفه الحياتية، فكل فرد ينظر لجودة الحياة بطريقة مختلفة، فالفقير ينظر الجودة الحياة في المال، والمريض يشعر بجودة الحياة بالصحة، والأسير إلى جودة الحياة بالحرية، ويلاحظ أن علم النفس الإيجابي يهدف إلى إحداث التغير في علم النفس في التعديل الايجابي الجوانب الحياة من أجل بناء حياة ومستقبل أفضل (السلامين، 2018

،ص 12). وعليه يمكن القول ان الجودة هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته، وأن ما بلغه الإنسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، يعكس بلا شك مستوى معينا من جودة الحياة، ويقصد بجودة الحياة بشكل عام جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه الجسمي والنفسي والمعرفي ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي، إلا أن هذه الجودة قد تتعرقل عند ولادة طفل مصاب باضطراب التوحد، يكون الأمر جد صعب على الأسرة بأكملها، خاصة الأمهات يشعرن بصدمة نفسية كبيرة، إحباط واختلال في التوازن النفسي اتزان، وتدني مستوى الرضا عن الحياة حيث يواجهن تحديات كبيرة في تلبية احتياجات الطفل، والضغوط النفسية تزداد مع مرور الوقت. يقلقن كثيرًا بشأن مستقبل أطفالهن، وكيف سيعيشون حياتهم في ظل هذا الاضطراب هذه المخاوف تزيد من القلق والتوتر، وتؤثر على جودة حياتهن بشكل كبير.

من خلال ما سبق ومن الدراسة الاستطلاعية والملاحظة الإكلينيكية ارتأينا البحث في موضوع التوحد وذلك قصد الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد باعتبار الأم هي السند والمرافق الدائم للطفل مع الكشف على مستوى جودة الحياة النفسية، المادية، الصحة العامة والأسرية الاجتماعية، لذا قمنا بدراسة بحثية للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من خلال الإجابة على التساؤل التالي:

- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟

التساؤلات الجزئية :

1_ما مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ؟

2 _ما مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد ؟

3_ ما مستوى جودة الحياة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد ؟

4_ ما مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد ؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية :

مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد منخفض.

الفرضية الجزئية:

1-مستوى جودة الحياة النفسية منخفض.

2- مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد منخفض .

3- مستوى جودة الحياة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.

4-مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.

3. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد .

- تحديد مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد و معرفة العوامل التي تؤثر فيها.

-تحديد مستوى جودة الحياة المادية و الصحة العامة و الأسرية الاجتماعية و معرفة العوامل المؤثرة فيها .

4. أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة الحالية على المستويين النظري و التطبيقي من خلال النقاط الآتية :

الأهمية النظرية:

- توضيح أهمية دور الأسرة في حماية الطفل ذي اضطراب التوحد.

- تسليط الضوء على أمهات أطفال التوحد و قياس جودة الحياة لديهم.

- تزويد المكتبة ببحث علمي يستفيد منه الدارسين.

الأهمية التطبيقية:

تبرز الأهمية التطبيقية لهذا البحث من إمكانية الإفادة من نتائجه في المجالات التربوية والاجتماعية التالية:

- توفير أداة لقياس جودة حياة أمهات أطفال التوحد.

- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد استراتيجيات إيجابية تساعد أمهات أطفال التوحد بالتكيف.

- تعتبر هذه الدراسة فرصة لأمهات أطفال التوحد للتعبير عن ما يعانون و توجيههم الى كيفية تقديم المساعدة لهم.

- دعم و تعزيز العلاقات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد و ذلك من خلال جلسات توعية و برامج الدعم الاجتماعي.

5. مفاهيم الدراسة:

التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

قياس مجموعة الدرجات الكلية التي تحصل عليها أمهات أطفال التوحد على أبعاد مقياس جودة الحياة التي تتضمن بعد جودة الحياة العامة وجودة الحياة النفسية وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية وجودة الحياة المادية.

التعريف الإجرائي لأمهات أطفال التوحد:

هي أم الطفل الذي تم تشخيصه على أنه مصاب باضطراب طيف التوحد.

التعريف الإجرائي لأطفال التوحد:

هم أطفال تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التوحد والذين تتراوح أعمارهم ب ين6 و12 سنة والذين يخضعون للتكفل النفسي و الأرطوفوني بجمعية ازدهار، جمعية اصرار للتوحد والتأخر الذهني، متوسطة غموش ومستشفى ابن زهر والبالغ عددهم 30 طفل توحدي.

6. الدراسات السابقة:

6-1 الدراسات العربية:

6-1-1دراسة شيماء بدري فكري(2015): بعنوان فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهدفت إلى التعرف على فعالية البرنامج المطبق ، بتطبيق المنهج التجريبي، على عينة تكونت من (16) أم من أمهات الأطفال التوحديين الملحقين بمراكز التوحد الأهلية، وكانت أعمارهن تتراوح بين (22_35)عاما وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين كل منها تتكون من (08)أمهات: المجموعة الضابطة ، المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام مقياس جيليام لتشخيص التوحد إعداد محمد عبد الرحمان ،ومنى خليفة (2004)،ومقياس جودة الحياة لأمهات الطفل التوحدي إعداد الباحثة (2014)،وتوصلت للنتائج التالية فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين. وكذا استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي اثر القياس التتبعي.

6-1-2دراسة دويم مناء، بسمة الأشعري(2022/2020): بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد، وهدفت الى دراسة طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد، ومدى وجود فروق في مستوى الأمن النفسي ومستوى جودة الحياة، بتطبيق المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة تكونت من)50(أم من أمهات أطفال التوحد في كل من جمعية تاج للتوحد، وجمعية بسمة براءة، وجمعية براعم الخير بولاية الوادي، وقد تم استخدام مقياس جودة الحياة حرطاني (2014) ومقياس الأمن النفسي شقير (2005) تم استعمال الأساليب الإحصائية معامل الارتباط بيرسون واختبار T، وتوصلت النتائج التالية الى :وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد، وعدم وجود فروق ذات

دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تبعا لمتغير المستوى التعليمي للأم ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي، وتبعا لمتغير جنس الطفل ،والمستوى التعليمي لأم الطفل.

3-1-6 دراسة نعيمة بوعامر(2022): بعنوان جودة الحياة و علاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، وهدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمدينة الأغواط، بتطبيق المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة تكونت من (120) أم لطفل مصاب، وتم استخدام مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد من إعداد الباحثة ومقياس قلق المستقبل الزينب شفير (2005)، تمت المعالجة ببرنامج Spssواستخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (T Test) ومعامل الارتباط بيرسون، تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق وتحليل الانحدار. وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية: مستوى جودة الحياة و قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالانخفاض والارتفاع، وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى المتغير جنس الطفل التوحدي ،توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى إلى متغيري درجة إصابة الطفل بالتوحد، والمستوى الاقتصادي للأسرة.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى المتغير جنس الطفل التوحدي.

4-1-6 دراسة سارة محمد أحمد الكاشف(2023): بعنوان الاختراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بنوعية الحياة بمراكز الاحتياجات و هدفت الى معرفة مستوى الاختراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بنوعية الحياة بمراكز الاحتياجات بالخرطوم، بتطبيق المنهج الوصفي الارتباطي ، حيث تكونت عينة الدراسة من (108) من أمهات التوحد و تم الاعتماد على مقياس الاحتراق النفسي وجودة الحياة من إعدادها التحليل بيانات البحث اتبعت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss كما قامت باستخدام المعادلات الإحصائية ومعامل الارتباط بيرسون واختبار التباين الأحادي لعينتين، وتوصلت إلى النتائج التالية: لا توجد فروق في الاحتراق لنفسي تعزي للعمر كما لا توجد فروق في العمر تبعا للأبعاد الفرعية المقياس الاحتراق النفسي الضغط النفسي وعدم الرضا، توجد فروقاً للاحتراق النفسي تبعاً لبعد الاتحاد السلبي ووجود فروق في المراحل العمرية بين (35-34).

5-1-6 دراسة ساجدة أحمد غرير(2024): بعنوان مستوى جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالرفاهية النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد، وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالرفاهية النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن، بتطبيق المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة تكونت من (132) أم من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ،قد تم استخدام مقياس جودة الحياة الأسرية و مقياس الرفاهية النفسية وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن ككل قد جاء بمستوى (مرتفع)، أن مستوى الرفاهية النفسية لدى أمهات الأطفال

ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن ككل قد جاء بمستوى (متوسط)، ووجود علاقة الارتباطية بين جودة الحياة الأسرية والرفاهية النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن.

2- الدراسات الأجنبية:

2-1 دراسة (Amina Thabeth (2017: بعنوان قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و هدفت الى تقييم جودة الحياة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بتطبيق المنهج الوصفي ، حيث تكونت عينة الدراسة من (146) طفلاً يعانون من التوحد وكانت أمهاتهم يدرسن في معهد دراسات الطفولة التابع لجامعة عين شمس وعيادة طب الأعصاب للأطفال التابعة لمستشفى سوهاج، تم اختيارها بطريقة مقصودة، وتم الاعتماد على استبيان في المقابلة مكون من)3(أدوات الأداة الأولى : ورقة تقييم الطفل الأداة الثانية : ممارسة الأمهات المبلغ عنها الأداة الثالثة: استبيان جودة الحياة ، و توصلت الى النتائج التالية: أن هناك ارتباطا ايجابيا ذا دلالة إحصائية عالية بين إجمالي ممارسات الأمهات المدروسة وجودة حياة أطفالهن كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة ذا دلالة إحصائية بين إجمالي ممارسات الأمهات المدروسة و إجمالي معرفتهن، بالإضافة إلى ذلك، توجد علاقة ارتباطية موجبة ذا دالة إحصائياً بين إجمالي ممارسات الأمهات المدروسة وإجمالي معرفتهن وجودة حياة أطفالهن .

2-2 دراسة (Pertiwi,Irwanto(2020 : بعنوان جودة حياة الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد و هدفت إلى فهم العوامل المسببة للتوتر التي تؤثر على جودة حياة مقدم الرعاية الأساسي. عادة ما تكون تربية الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكثر تعقيدا وتطلبا من الأطفال غير المعاقين. تم تطبيق الدراسة على أربع دراسات حالة لتمثيل الأمهات النموذجيات الأطفال اضطراب طيف التوحد في مراحل مختلفة من النمو في إندونيسيا. تم الاعتماد على أداة والتي تم تعديلها المقابلة أشارت النتائج إلى أن الأمهات اللاتي لم يتلقين الدعم من أزواجهن وأفراد أسرهن غالبا ما كان عليهن التعامل مع المستقبل غير المؤكد بمفردهن أولئك اللاتي شعرن بالإنجاز في رعاية أطفالهن تعززت خبرات الأبوة والأمومة. يعد الدعم من المتخصصين أمرا بالغ الأهمية للأمهات بالإضافة إلى الدعم من الآخرين المهمين والأقران للحفاظ على نوعية حياتهن.

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

تباينت أهداف الدراسات السابقة ولم تتفق مجملها على هدف مشترك إذ تأرجحت بين دراسة الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بنوعية الحياة بمراكز الاجتماعية لسارة محمد، وبين الاتزان الانفعالي وعلاقته بجودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، ودراسة شيماء بدري فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

على الرغم من أن الدراسة الحالية تعد أحدث من الدراسات السابقة، إلا أنها قدمت إضافة نوعية ساعدت في توسيع الفهم حول موضوع جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد. فقد عززت نتائج دراسة نعيمة بوعامر (2022)، التي بيّنت أن مستوى جودة الحياة يتراوح بين الارتفاع والانخفاض، كما أظهرت تباينًا واضحًا مع باقي الدراسات، التي

اختلفت نتائجها بين درجات منخفضة، متوسطة، مرتفعة، أو حتى توصيفات سلبية وإيجابية. ومن هنا، أسهمت دراستنا في توضيح هذا التفاوت وإبراز أهمية السياق والعوامل المتداخلة، مما يسمح بإعادة تحليل نتائج الدراسات السابقة في ضوء معطيات جديدة أكثر دقة وعمقا.

الفصل الثاني:

جودة الحياة

تمهيد

1- **نشأة فكرة جودة الحياة.**

2- **مفهوم جودة الحياة.**

3- **أبعاد جودة الحياة.**

4- **مقومات جودة الحياة.**

5- **الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة.**

6- **مؤشرات جودة الحياة.**

7- **معوقات جودة الحياة.**

خلاصة

تمهيد :

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الغامضة و المعمقة التي تتداخل فيها ابعاد عديدة ،يعد ايضا من المفاهيم الحديثة التي نالت اهتمام كبير و متزايد في مختلف العلوم ،و قد انتشر استخدامه بشكل واسع في الاوساط العلمية و العملية و يمكن اعتبار جودة الحياة مفهوما نسبيا يختلف من فرد الى آخر فهو يتعلق بما يشعر به الانسان من رضا و تفاءل و كيف يعيش حياته بحيوية و شغف و كيف يستمتع بها مستثمرا كافة امكانيته و قدراته لتنميتها و تحقيق اهدافه و مواجهة الصعاب و التغلب عليها ،نظرا لأهمية هذا المفهوم سنتناوله في هذا الفصل من جوانب متعددة.

1- نشأة فكرة جودة الحياة:

استحوذ مفهوم جودة الحياة على الكثير من الاهتمام في السنوات الأخيرة على الرغم من أنها ليست فقط فكرة القرن الحادي والعشرين، وإنما تعود إلى الفلاسفة القدامى مثل أرسطو (322_384) قبل الميلاد، عندما كتب عن الحياة الطيبة أو المرهفة the good life والعيش بهناء ولم يدخل مفهوم جودة الحياة إلى العلوم النفسية والاجتماعية والإدارية حتى بدايات القرن العشرين، حيث أصبح أحد أهم مفاهيم علم النفس الإيجابي. وقد تم تأسيس هذا المجال عام 1998 على يد عالم النفس الأمريكي مارتن سليجمان (2002)، الذي ركّز على دراسة كيفية جعل الأفراد يعيشون حياة سعيدة. ومن هنا، أصبحت الغاية الرئيسية لعلم النفس الإيجابي هي دراسة وتحليل مواطن القوة والإبداع والعبقرية، إلى جانب دور الخصائص الإنسانية الإيجابية مثل الرضا والتفاؤل والامتنان والاعتراف بالفضل والتسامح، والأمل والتعاطف، ونوعية الحياة، مما يسهم في تحقيق السعادة الشخصية للفرد (العنزي،2023، ص ص70- 71).

إن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد فهو لا يقتصر على الراحة المادية ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والصحية من فإن التركيز على علم النفس الايجابي يساهم بشكل كبير في فهمنا لجودة الحياة، حيث يساعدنا على استكشاف العوامل التي تساهم في سعادة ورفاهية الأفراد، بالإضافة إلى ذلك يجب أن نأخذ في الاعتبار أن جودة الحياة تتأثر أيضًا بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يعيش فيها الفرد.

2- مفهوم جودة الحياة:

يتداخل مصطلح "جودة الحياة" مع عدد من المصطلحات، ولكنه ليس مرادفًا لها، بما في ذلك "الرفاهية" و"المؤشرات الاجتماعية" و"أسلوب الحياة" وغيرها (أندروز، 1980). وقد اعتمد العديد من الباحثين في هذا المجال عبارة "مستوى الرفاهية" باعتبارها العبارة التي يبدو أنها تعبر عن مفهوم جودة الحياة بإيجاز. ومع ذلك، فإن التعريف الذي سيتم الإشارة إليه في جميع أنحاء هذا التقرير هو تعريف أوسع إلى حد ما اقترحه رايس (2Kerce, 1992,P).

كما يستخدم مفهوم جودة الحياة أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية الاجتماعية التي تقدم الأفراد المجتمع، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة ويأتي الاحساس بجودة الحياة: فهي حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به (صلاح،2016، ص9).

يعد هذا التعريف لمفهوم جودة الحياة شاملاً، حيث يدمج بين مستويين المستوى الموضوعي والمستوى الذاتي حيث يشير إلى كفاءة الخدمات التي يتحصل عيها الافراد من جهة، وإلى إدراكهم الشخصي لقدرة هذه الخدمات على تلبية احتياجاتهم من جهة أخرى. ويعد هذا التكامل أساسيًا لأن جودة الحياة ليست مجرد توفر موارد مادية أو خدمات اجتماعية، بل ترتبط أيضًا بكيفية إدراك الأفراد لهذه العوامل ومدى تأثيرها على شعورهم بالرضا والسعادة.

وثمة ثلاثة اتجاهات رئيسة في تعريف جودة الحياة وهي:

- الاتجاه الاجتماعي.

- الاتجاه الطبي.

- الاتجاه النفسي.

حيث يعرف أصحاب الاتجاه الاجتماعي " جودة الحياة " من منظور يركز على الأسرة والمجتمع ، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى أما الاتجاه الطبي فقد اعتمد على تحديد مؤشرات جودة الحياة ولم يحدد تعريفا واضحا لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشئون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم بينما يركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد

(صلاح،2016، ص 109).

بشكل عام يمكن اعتبار الاتجاهات الثلاث في تعريف جودة الحياة (اجتماعية، طبية، نفسية) متكاملة ومتداخلة ولا يمكن فصل أحدهما عن الآخر، فجودة الحياة تتأثر بمجموعة متنوعة من العوامل بما في ذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحة والقيم والمعتقدات ...

ويعرف هاردينج (2001) Harding جودة الحياة بأنها تشير إلى سلامة جميع الجوانب الاجتماعية والنفسية والصحية وكذلك المستوى الاقتصادي والبيئي للأشخاص. (ناصر،2022، ص 911).

يعتبر تعريف هاردينج لجودة الحياة شاملاً وواسعًا، يشتمل على نطاق واسع من الجوانب المتعددة من حياة الانسان، بما في ذلك الجوانب الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية والبيئية. وهذا التكامل في التعريف يجعله متوافقًا مع الاتجاهات الرئيسية في تعريف جودة الحياة، التي سبق ذكرها (la **conscience phonologique**) إلى "القدرة جودة الحياة: الحالة العامة الإيجابية التي يشعر من خلالها الفرد بالصفاء والهدوء والطمأنينة والارتياح، إضافة إلى الرضا عن حياته وعن صحته النفسية والجسدية. تبرز هذه الحالة في الإحساس بالسعادة الناتجة عن تقبّل ظروف الحياة والقدرة على تلبية الاحتياجات الشخصية والاجتماعية. (فكري،2015، ص38).

نرى أن هذا التعريف لجودة الحياة يتوافق مع الاتجاه النفسي الذي يركز على المشاعر والرضا والسعادة وتشكل هذه العناصر جزءا هاما من مفهوم جودة الحياة في علم النفس.

ومع ذلك نعتقد أن جودة الحياة لا تقتصر على الجوانب النفسية فقط، بل تشمل أيضًا جوانب أخرى مثل الصحة والعلاقات الاجتماعية والظروف الاقتصادية والبيئية. لذلك، أرى أن التعريف الشامل لجودة الحياة يجب أن يأخذ في الاعتبار جميع هذه الجوانب.

يستعمل مصطلح جودة الحياة (QOL) ويفهمه أغلبية الأفراد على أنه "جودة الحياة والقدرة على العيش بنجاح وسعادة داخل البيئة". لا يجوز الخلط بين مفهوم جودة الحياة ومفهوم مستوى المعيشة القائم على الدخل. يشير إلى الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية لكون الناس. إنه أكبر من السعادة لأنه يستلزم عوامل مثل المتعة والإنجاز.

جودة الحياة أكبر أيضًا من الرضا لأنها تستلزم متغيرات مثل الطموح والتذكر، كما أنها أكبر من الرفاهية لأن جودة الحياة محايدة. إنها أوسع من الصحة لأنها تتوجب التواجد في سياق واحد أو أكثر من العوامل

(Mouhammed Abdul,2014, P565).

إن التعريف التي قدمته (QoL) لمفهوم جودة الحياة مفهوم واسع النطاق، حيث أوضحت الفرق بينه وبين بعض المفاهيم مثل مستوى المعيشة، السعادة، الرضا، الرفاهية والصحة، فانا اتفق مع هذا الطرح كونها لا تقتصر على الجوانب المادية فقط إنما تشمل على الجوانب الاجتماعية والنفسية.

ويمكن إضافة أن جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف حسب الثقافات مثلا أن بعض الأشخاص يرون أن جودة الحياة تكمن وتحقق بالاستقرار المالي والبعض الآخر يرى أنها تكمن في الحرية الشخصية أو العلاقات الاجتماعية.

تعريف منظمة الصحة العالمية: إدراك الأشخاص لمركزهم في الحياة وسياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه، وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم وأنه مفهوم واسع ومعقد يتأثر بصحة الفرد الجسمية وحالته النفسية، ومستوى استقلاله وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته. بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيه (العمري،2014، ص 31).

نرى أن تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة تعريف متين وقيم، حيث يدمج بين العوامل الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، ومن وجهة نظري هذا التعريف يجسد فهمًا عميقًا لطبيعة الإنسان، فهو يدرك أن جودة

الحياة ليست مجرد حالة مادية، بل هي تجربة شاملة تتأثر بعوامل متعددة. إذ لا يمكن قياس جودة الحياة بمؤشرات مادية فقط، بل يجب الأخذ في الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية والبيئية. فالإنسان قد يكون سليمًا جسديًا، لكنه يعيش في حالة من عدم الرضا بسبب مشكلات نفسية أو اجتماعية، وقد يكون مريضًا ولكنه يشعر بالرضا نتيجة علاقاته الاجتماعية القوية والسليمة.

إن مفهوم جودة الحياة يشمل المعايير الكمية والنوعية على مستوى الفرد وعلى مستوى المجتمع، فالمعايير النوعية على مستوى الفرد تتمثل في: الرضا عن الحياة، الإحساس بالسعادة .... وعلى مستوى المجتمع هي: القدرة على المشاركة والتأثير مقدار الترابط بينه وبين المجتمع، والمعايير الكمية على مستوى الفرد هي قياس الحالة التعليمية المهارات وعلى مستوى المجتمع فهي قياس الحالة البيئية، والاقتصادية والاجتماعية .... ومن المتوقع أن يتغير المفهوم بتغير الأفراد والمواقف، فالمريض يتوق إلى الصحة ويرى فيها جودة الحياة، والفقير يطمح إلى الغنى ويرى فيه جودة الحياة، والمعاق بصرياً يتمنى زوال إعاقته ورؤية الأشياء من حوله ويرى في ذلك جودة الحياة. وعليه، فجودة الحياة هي ذلك المفهوم الذي ظهر ليعكس مدى تمتع الفرد بالحياة وما بها من متغيرات (بن غضبان،2015، ص50).

نرى أن هذا التعريف يوضح أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، يشمل معايير كمية ونوعية التي توثر على الفرد والمجتمع، فاتفق مع هذا الطرح لأنه يعكس الفروقات الفردية في تحديد جودة الحياة، حيث يراها كل شخص من زاويته الخاصة حسب احتياجاته وأولوياته. فالمريض يربطها بالصحة، والفقير بالمال، والمعاق بتحقيق قدراته.. بالإضافة لا يمكن أن جودة الحياة لا تقتصر على تلبية الاحتياجات فقط بل تشمل أيضا الطموح والإبداع، الحرية الشخصية فهي جوانب غير قابلة للقياس لكنها لها أهمية ودور في الشعور بالرفاهية.

3. أبعاد جودة الحياة:

تتضمن جودة الحياة حسب وجهة نظر منظمة الصحة العالمية WHO (2015) أربعة أبعاد متداخلة ومتفاعلة معا و هي كالتالي:

-البعد الجسمي : وهو متعلق بالراحة والنوم وكيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة والتخلص من التعب.

- البعد النفسي : ويتكون من المشاعر الإيجابية، والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسد، ومواجهة المشاعر السلبية.

- البعد الاجتماعي : ويتضمن هذا البعد العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم الاجتماعي والزواج الناجح، وإشباع الحاجات الاجتماعية مثل : الحاجة إلى الولاء والانتماء والتقبل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي....

- البعد البيئي : ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية وبيئة المنزل، ومصادر الدخل والابتعاد عن التلوث والضوضاء.

هذا يمكن إضافة البعد الاقتصادي إلى أبعاد نوعية أو جودة الحياة، وهو متعلق بضمان دخل مناسب وكافي ومستمر (العنزي،2023، ص 71).

نرى أن منظمة الصحة العالمية أبعادًا متكاملة لجودة الحياة، تشمل جوانب رئيسية التي قد تؤثر على رفاهية الفرد مما قد يجعل الفصل بينهما صعبا في بعض الحالات، إلا أنها لم تهمل البعد الاقتصادي إذ له دور أساسي، وذلك لأنه يعتبر العامل الحاسم الذي يحدد قدرة الفرد على تحسين جميع الجوانب الأخرى في حياته والبعد الاقتصادي ليس مجرد مسألة مالية، بل هو عامل أساسي يؤثر على جميع جوانب حياة الإنسان.

كذلك تظهر مجالات لجودة الحياة منها:

الحالة الجسدية (الصحة، عبء العمل، القدرة على التحمل، التغذية).

الحالة المادية (الرفاهية، ظروف المعيشة).

الحالة النفسية (العواطف، المواقف، القيم، تقدير الذات، الرضا الوظيفي، التوتر).

التعليم وتحسين الذات (التعلم، التعليم، المهارات وتطبيق المعرفة).

العلاقات الاجتماعية (العلاقات مع الناس، الأسرة، المجتمع، الدعم).

التعبير عن الذات والترفيه (الترفيه، الهواية، الإبداع، وسائل الترفيه).

السلامة والبيئة (الأمن المادي، بيئة العمل، البيئة الاقتصادية) (3Akranaviciute,2007,P).

4. مقومات جودة الحياة:

تعتبر جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من اعتبارات تقيم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة وهي - القدرة على التفكير وأخذ القرارات.

- القدرة على التحكم.

- الصحة الجسمانية والعقلية.

- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

- المعتقدات الدينية، القيم الثقافية.

- الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحيها (حمزاوي، جلول، 2023،ص 22).

نرى أن هذه المقومات تعبر عن نظرة متكاملة لجودة الحياة، اذ تترابط العوامل الداخلية والخارجية، فمن الناحية هناك التركيز على القدرات الفردية مثل التفكير والتحكم ومن ناحية أخرى هناك الاهتمام بالظروف الخارجية مثل الصحة والأحوال المعيشية والعلاقات الشخصية.

5. الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

1-5 المنظور المعرفي: Cognitive Perspective

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على فكرتين:

-الأولى في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد ، فتأثير العوامل الذاتية هي الأكثر أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

- أما أن طبيعة إدراك الفرد هو الذي يحدد شعوره بجودة حياته.

وعلى وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظرية حديثة في تفسير جودة الحياة وهي:

-نظرية لاوتن**Lawton Theory** :

طرح لاوتنLawton ,1996مفهوم طبيعة البيئة، PressEnvironmental ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول الآتي: يتأثرإدراك الفرد لجودة الحياة بظرفان هما:

-الظرف المكاني : إذ إن هناك تأثيراً للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه الجودة حياته ، من خلال عاملين احدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً ، والآخر غير مباشر إلا انه يحمل مؤشرات ايجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

-الظرف الزماني : إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون ايجابيا مع تقدم العمر ، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته،وبالتالي يكون الفرد أكثر قدرة على التحكم في ظروف بيئته(عناد،2012،ص723).

نرى أصحاب الدراسة أن هذه النظرية أولت اهتماما في تفسير جودة الحياة في كيف يرى الفرد حياته وكيف يدركها كذلك تأثير العوامل الذاتية في حين قد تكون للعوامل الموضوعية تأثيرا أيضا على جودة حياة الفرد كذلك يختلف شعور الفرد بجودة حياته بناءا على الطريقة التي يفسرون بها محيطهم والظروف التي يمرون بها لا فقط حسب تقدم العمر.

2-5 المنظور الإنساني: Humanistic Perspective

يؤكد المنظور الإنساني أن وجود الحياة تستوجب بالضرورة التوافق بين عنصرين لا غنى عنهما: وجود كائن حي مناسب، وجود بينه يعيش فيها هذا الكائن ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور نظرية رايف التي يمكن توضيحها فيما يلي:

نظرية رايف (1999) :

تركز هذه النظرية على مفهوم السعادة النفسية Psychological happiness وجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست خصائص تمثل هذه الخصائص نقاط النقاء لتحديد معنى السعادة النفسية التي تتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته.

ويؤكد رايف أن جودة حياة الفرد تعتمد في قدرة الفرد على التعامل مع الأزمات الي يواجهها في مراحل حياته المختلفة، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة (معوض،2017، ص118)

3-5 الاتجاه النفسي :

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة. ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبرهام ماسلو (الهمص، 2010، ص43).

قدمت هذه النظرية وجهة نظر متكاملة لفهم جودة الحياة من المنظور النفسي حيث أن الإنسان لا يقيم حياته على المؤشرات الموضوعية فقط بل على كيفية إدراكها وتأثيرها عليه، كما أنها أعطت مفاهيم معترف بها في علم النفس مثل الصحة النفسية والتوافق.

4-5 الاتجاه الاجتماعي:

يرى المير هانكس أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ ١٩٨٤فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد معدلات الوفيات معدل ضحايا المرض، نوعية السكن المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى

العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله(صلاح،2016 ،ص16) .

نرى أن هذه النظرية ركزت على الجانب الاجتماعي وأهملت الجوانب النفسية والعاطفية للإنسان التي تؤثر بشكل كبير على جودة حياته كما أنه يمكن أن تكون هناك جوانب أخرى تحتاج للتطوير في هذه النظرية.

6-5 الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض بمختلف أنواعها وهذا عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة، فقد زاد اهتمام أطباء ومختصين في شؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي لهم (بن جدو. بن ناصر، 2023، ص22).

نرى أن هذا الاتجاه لم يهمل الجوانب الأخرى حيث يشمل هذا الاتجاه الجانب النفسي والاجتماعي حيث يشير إلى تحسين جودة حياة الأفراد من خلال البرامج الإرشادية والعلاجية فهو توجه هام ومؤثر على جودة الحياة.

6. مؤشرات جودة الحياة:

حدد فلوفيلد Fallowfield (1990) مؤشرات قياس جودة الحياة فيما يلي:

1-6 المؤشرات الجسمية: وتظهر في عدم شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

2-6 المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3-6 المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته، وحبه لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4-6 المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغداء، والقدرة الجنسية (بن عيسى، 2019، ص 83).

يشير العديد من علماء جودة الحياة إلى الحاجة إلى مؤشرات موضوعية وذاتية وعادةً ما يتم قياس جودة الحياة بشكل عام أو ضمن مجال حياة محدد (على أي مستوى من مستويات التحليل) من خلال مؤشرات ذاتية أو موضوعية تستند المؤشرات الذاتية في الغالب إلى الاستجابات النفسية، مثل رضا الحياة، ورضا الوظيفة، والسعادة الشخصية، من بين أمور أخرى. المؤشرات الموضوعية هي مقاييس تعتمد على التردد أو الكمية المادية. تشمل الأمثلة مستوى المعيشة والحالة الصحية البدنية والدخل الشخصي، من بين أمور أخرى. (Irina G ,2008, P855)

نرى أصحاب هذه الدراسة أن جودة الحياة أولت أهمية لجميع مؤشرات جودة الحياة منها الجوانب الجسمية والاجتماعية والمهنية والجسمية والبدنية في حين لا ننسى المؤشرات النفسية التي تلعب أهمية كبيرة غي قياس مؤشرات جودة الحياة.

7. معوقات جودة الحياة:

يظهر البناء النفسي لكل فرد مكامن قوة وضعف هذا أمر مسلم به، فعند النظر إلى مواطن الضعف، من جهة السياق الاجتماعي والثقافي يمكن تحديد مجموعة الظروف التي تعيق تحقيق الإنسان لأحلامه وطموحاته، بل أيضا قد تسبب كفا أو كمونا لمكامن القوة التي لديه في نفس الوقت. وتجدر الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية والتعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص هذا أمر محمود وإيجابي، لكن إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا ألا تركز فقط على المشكلات فقط، بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة، واستعمال مكامن القوة، وكافة الإمكانيات المتاحة لتعزيز جودة الحياة الشخصية، ومن المهم أن نميز بين الظروف الداخلية الخصائص النفسية والاجتماعية والبدنية، والظروف الخارجية تأثير البيئة والآخرين) بوعيشة،2014، ص ص97 98 (.

نرى أن معوقات جودة الحياة شملت فكرة شاملة ومهمة حول تحسين جودة الحياة الشخصية للإنسان حيث ركزت على مكامن القوة بدلا من الاكتفاء بمواطن الضعف ومن المهم ألا يتم التركيز على المشكلات فقط بل أن تشمل تعزيز للجوانب الايجابية.

خلاصة:

نستخلص من هذا الفصل أن مفهوم جودة الحياة واسع وشامل يختلف من فرد لأخر، وهو مفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي حيث يبرز النظرة الايجابية لحياة الافراد ويشمل جميع الجوانب النفسية والجسمية والعقلية والمادية والاجتماعية للفرد والتحسين لمواجهة الصعوبات والضغوطات والقدرة على التكيف مع الظروف.

الفصل الثالث:

التوحد

تمهيد

1 –تعريف التوحد

2–النظريات المفسرة للتوحد

3 –أسباب التوحد

4 –خصائص التوحد

5 –تشخيص اضطراب التوحد

6 –أم الطفل التوحدي

خلاصة

تمهيد:

في الآونة الأخيرة زاد الاهتمام في البحث والتعمق في دراسة اضطراب التوحد والذي يعتبر من أشهر الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال، اذ يعتبر الأكثر تعقيدا لكونه يؤثر بشكل كبير على نمو الطفل بما في ذلك الجوانب اللغوية والمعرفية والسلوكية، وهذا الاضطراب لا يؤثر فقط على الطفل وانما يؤثر على محيطه خاصة أفراد أسرته وبالأخص الأم حيث تعاني من صعوبات كبيرة بما في ذلك الضغط النفسي.

وفي هذا الفصل سنستعرض مفهوم التوحد، أسبابه، أعراضه والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب.

1. تعريف التوحد :

كلمة التوحدautism مشتقة من أصل يوناني auttos وتعني النفس.

واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر أو توحد الأطفال من قبل كانر واسبرجر، والتوحد إعاقة نمائية تطورية تتضح قبل الثالث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال والأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة (زريقات ،2004، ص24).

وهو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 4:1، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد. (العبادي،2006، ص12).

ويعرف ايضا التوحد هو حالة تتميز بضعف التواصل الاجتماعي، بالإضافة إلى سلوكيات مقيدة ومتكررة. ويُعتبر اضطرابًا في النمو العصبي لارتباطه بتغيرات عصبية قد تبدأ في مرحلة ما قبل الولادة أو بعدها، ويُغير النمط النموذجي لنمو الطفل، ويُنتج علامات وأعراضًا مزمنة تظهر عادةً في مرحلة الطفولة المبكرة، ولها عواقب محتملة طويلة المدى. في العقود الماضية، كان يُنظر إلى التوحد على أنه مجموعة محددة بدقة من السلوكيات، وعادةً ما تكون مصحوبة بضعف عقلي. أما اليوم، فيُعرف بأنه طيف يتراوح من خفيف إلى شديد، وتختلف فيه السلوكيات اختلافًا كبيرًا، ويتمتع غالبية الأطفال المصابين به بقدرات عقلية تتراوح بين المتوسطة والفوق المتوسطة. يناقش المؤلفون هنا عوامل خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد، ووبائياته، والحالات المصاحبة الشائعة، وتقييمه، وتشخيصه، وعلاجاته، ونتائجه

(Christensen,zubler,2020,P 2).

وقد عرفت الجمعية الأمريكية التوحد (**American, Autism Society of 2003**,) بأنه: " أحد الاضطرابات النمائية التطورية التي تظهر على الطفل من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره وسببها اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف

المخ ومختلف جوانب النمو فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات خاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية إما يفرط النشاط أو الخمول، وتكرار دائم الحركات أو مقاطع الكلمات آلياً ".

(فرح ،2015، ص32).

عرف عبد المنان ملا معمور وعادل عبد الله: التوحد على أنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

تعرف دونا وليامز **Donnawilliams**:

التوحد على أنه عجز في فهم المشاعر والانفعالات ويتمثل في الانعزالية وعدم الإحساس بوجود الآخرين، وعدم القدرة على الاستيعاب وقصور في التخيل وتسلسل الأحداث وتحليلها وتجميعها. ووجود مشكلات حادة في استخدام اللغة

وتطورها، في حين عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه اضطراب نمائي يظهر قبل عمر الثلاث سنوات، ويؤدي إلى عجز في استخدام اللغة، واللعب والتفاعل والتواصل الاجتماعي (العربي واخرون،2018، ص29).

من خلال التعاريف التي تم تناولها يمكننا تأكيد ان اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل وانه اضطراب بيولوجي معقد.

2. النظريات المفسرة للتوحد:

2-1 نظرية العقل:

تشير إلى قصور واضح في قدرة الطفل التوحدي على قراء العقل فالأطفال العاديون في عمر الرابعة لديهم القدرة على فهم ما لدى الأخرين من مشاعر وأفكار ورغبات ومقاصد هذه الأشياء هي التي تحرك وتؤثر على السلوك ولديهم القدرة على معرفة رغبات واعتقادات وأفكار الأخرين المختلفة والتي تؤدي إلى اختلاف في السلوك. الأطفال التوحديون بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة أو إدراك ما يعتقده الأخرون إلى جانب ذلك فهم لا يستطيعون التعبير عن الانفعالات المختلفة، أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل على أغلبهم فهم البيئة ومكوناتها كما أن سلوكياتهم في أغلبها

غير مقبولة(عبد التواب،2017، ص402).

نرى أن هذه النظرية ركزت على أهمية فهم تفاعل الأطفال مع بيئتهم الاجتماعية، وأنها تساعد في فهم السلوكيات الاجتماعية لأطفال التوحد ولم تأخذ بعين الاعتبار التنوع الكبير بين أطفال التوحد، حيث أهملت نظرية العقل الجوانب البيولوجية والوراثية التي قد تسهم في ظهور اضطراب التوحد.

2-2 النظرية الجنينية:

هناك ارتباط وثيق بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموزومات، إذ أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية، وخاصة الكروموزوم يسمىFrajile Xشكل وراثي حديث مسبب لطيف التوحد والتخلف العقلي، كما أن له أثر أساسا ففي حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك ألاناني، ويظهر عند الفرد الذي ل ديهFrajile Xتأخر لغوي وتأخر نمو الحركي، ومهارات حسية فقيرة، وهذا الكروموزروم يكون شائعا بين البنين أكثر من البنات، ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 10.8%من حالات طيف التوحد.

نرى نحن أصحاب هذه الدراسة أن النظرية الجينية ركزت على العلاقة الوطيدة بين الكروموزومات واضطراب التوحد ودور الكروموزومX fragil في ظهور اضطراب التوحد والتخلف العقلي، حيث انها اهملت العوامل البيئية والبيولوجية التي قد تسهم في ظهور اضطراب التوحد.

3-2 نظرية الأداء التنفيذي العاجز:

أنشأتها أزونوف (Ozonoff1995) ، ويعود الأداء التنفيذي إلى القدرة على تحرير العقل من الحالة الفورية والسياق الآني لتوجيه السلوكيات من خلال نماذج عقلية وتمثيلات داخلية، حيث قامت أزونوف بدراسة العجز في الأداء التنفيذي في التوحد ووجدت أن الخواص السلوكية للتوحديين في هذا المجال تشبه إلى حد كبير الخواص السلوكية الأفراد يعانون من تلف في القسم الصدغي من الدماغ وهم بالغين، واقترح بيلمونتي (Belmonte1997) أن هذا العجز لا يشمل القدرة على الفهم فقط، بل كذلك القدرة على التعبير، كما يذكر تيرنر (Turner 1999)، أن هذا يؤدي إلى العجز في القدرة على ابتكار أفكار وخطط عمل جديدة مما ينتج سلوك تكراري محدد (الامام، عيد الجوالده،2010.1431،ص173).

4-2 النظرية العضوية:

ترى أن هؤلاء الأطفال يأتون إلى العالم بعجز فطري ذا أساس بيولوجي يعوق نمو الاتصال العادي مع الناس لذا يمثل التوحد اضطرابات فطرياً للاتصال الوجداني. كما تتخذ هذه النظرية وجهة نظر وهي أنه يرى الباحثين والمهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته وأن هناك أسباب بيولوجية متعددة وليست سبباً واحداً حدث في وقت &ما بين العمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن الملامح الأساسية المميزة لاضطرابات التوحد (عبد التواب،2017، ص404).

نرى ان هذه الدراسة قدمت تفسيرا بيولوجيا لظهور اضطراب التوحد حيث نجد انها ركزت على الأسباب البيولوجية والتوحد كاضطراب معرفي واجتماعي في نفس الوقت واهملت العوامل البيئية والاجتماعية التي قد تسهم في ظهور هذا الاضطراب.

3. أسباب التوحد:

تكشف الأبحاث أن تطور اضطراب طيف التوحد قد يتأثر بكل من الوراثة والبيئة (). لم يحدد الباحثون بعد الجينات الدقيقة المرتبطة بهذه الحالة نظرًا لأن نسبة كبيرة من الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد لم يذكروا أي فرد من أفراد الأسرة مصاب بالمرض أيضًا، فمن المرجح أن يتأثر الشخص المعرض للخطر بالمتغيرات البيئية والمشاكل الوراثية الفريدة. من الضروري إدراك أن الطفرة هي أي تغيير في الشفرة الوراثية العادية، سواء تطور بشكل طبيعي أو انتقل عبر العائلة. قد تكون التغييرات مفيدة أو ضارة أو ليس لها أي تأثير على الإطلاق (9). على الرغم من أن الطفل قد يكون لديه استعداد وراثي للإصابة بالتوحد، إلا أن هذا لا يضمن التشخيص. وفقًا للبحث، قد يتأثر اضطراب طيف التوحد بالوراثة والبيئة (2Al-Rawi, Ibrahim, Rached, Suliema, 2023,P).

بالاضافة الى وجود اسباب أخرى محتملة تسهم في تطور اضطراب طيف التوحد، من بينها الأسباب النفسية، المناعية، والكيميائية الحيوية:

1-3 أسباب نفسية:

ترى نظرية التحليل النفس ي أن أسباب ظهور التوحد يكمن في عنصرين أساسين: الخبرات المكبوتة في اللاشعور، وشخصية آباء الأطفال التوحديين. فأما الخبرات المكبوتة في اللاشعور، فهي تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتاي فالوالدين المؤثران الأساسيان في الخبرات الاجتماعية، وبالتحديد الأم أما العنصر الثاني، فقد وصف Leo Kannerهؤلاء

الآباء بأنهم محتفظون يعانون من الجمود العاطفي مفرطون جيدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية (شرياف،2019، ص200).

نرى أن مدرسة التحليل النفسي تركز على الخبرات المكبوتة في اللاشعور ودور الوالدين في تشكيل السلوك لدى طفل التوحد واهملت الجوانب البيولوجية والوراثية في ظهور التوحد.

2-3 أسباب مناعية وكيميائية:

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السير وتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد. إلا أن هذا للمعدل لوحظ ايضا في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا إلى درجة شديدة. وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السير وتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي حيث وجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين، مما يدمر بعض الخلايا العصبية (شاكر ،2010، ص 63(.

4-3 أسباب بيوكيميائية:

أشارت بعض الدراسات إلى أنه توجد علاقة بين الأجهزة العصبية البيو كيميائية والاصابة بالذاتوية، كما أشارت إلى أن المستويات المرتفعة من أجهزة الإرسال العصبية في دم الأطفال أن الذاتويين نتج عنها تأخر في النضج والقصور في الفهم، كما أكدت دارسة أخرى YOUG أن الذاتويين يعانون من ارتفاع نسبة السير وتينين في الدم (عبد المالك، تواتي،2015، ص56).

ومنه نرى أن الأسباب المناعية الكيميائية والبيو كيميائية تتوافق في سبب الإصابة بالتوحد حيث ان الأبحاث التي أجريت تشير الى وجود ارتفاع في معدل السير وتونين لدى بعض الأطفال والأطفال المتخلفين عقليا ويعد هذا سببا فيظهور اضطراب التوحد بالإضافة إلى العلاقة بين ارتفاع معدل السير وتونين في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي ووجود علاقة بين الأجهزة العصبية البيو كيميائية والتوحد وإهمال العوامل البيئية والاجتماعية والجوانب النفسية التي قد تؤدي الى ظهور اضطراب التوحد.

4. خصائص الأطفال التوحديين:

للطفل التوحدي خصائص متنوعة، تميزه عن أي طفل أخرمن بين هذه الخصائص:

1-4 الخصائص السلوكية:

يعتبر سلوك الطفل التوحدي ضيق المدى، كما أنه يغلب في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه، هذا يعيق النمو ويكون في معظم الأحيان مصدر انزعاج للآخرين المحيطين بالطفل، ومن الخصائص الملاحظة:

- الاحتفاظ بروتين معين.

- اللعب بشكل متكرر وغير معتاد.

- تجنب النظر في عيون الآخرين.

- النشاط الزائد أو الخمول.

- الإيذاء الذاتي لدى البعض منهم.

- الاستخدام غير مناسب للعب بالأشياء (باسي، ،2016 ص29(

2-4 الخصائص العقلية والمعرفية:

هناك الكثير من الجدل حول القدرات المعرفية وأوجه العجز لدى الأفراد المصابين بالتوحد. ورغم أن الأطفال التوحديين يعانون من التأخر الوظيفي إلا أنه يبدو أن بعض الأفراد التوحديين يملكون ما يسمى بالنضج المبكر أو المهارات الجزئية ويعنى ذلك أن الطفل قد يكون موهوبا في مجال الحساب لكنه لا يستطيعمعرفة الوقت وتشمل المهارات الجزئية:

- ال القدرة على حساب عدد الأشياء بسرعة.

- القدرة الفنية.

- القدرة الموسيقية.

وتختلف القدرات المعرفية بشكل كبير عند الأطفال المصابين بالتوحد، حيث أنه يمكن أن يكونوا ذو مستوى عالي في مجال معين ومتأخرين في أدائهم لمجال اخر وهذا الاختلاف يرتبط بعدم فهم المفاهيم الأساسية، حيث تشير الدراسات الى ان معدل الإعاقة الذهنية يبلغ حوالي 75 بين الأطفال التوحديين، وتتراوح بين الخفيف والشديد.

وتسير الدراسات والأبحاث الى ان اضطراب النواحي المعرفية من أبرز الملامح المميزة للاضطراب التوحدي. وتظهر الصعوبات المعرفية الأساسية للأطفال التوحديين في منطقتين رئيسيتين:

الانتباه المشترك استخدام الرمز (سليمان ،2010، ص39(.

3-4 الخصائص الاجتماعية:

يعاني الأطفال ذو اضطراب التوحد من الصعوبات في بدء العالقات الاجتماعية المحافظة عليها مع أقرانهم. المشكلات الاجتماعية المشتركة لدى جميع الأفراد التوحديين:

صعوبة استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية: في بداية مراحل نموهم قد يتجنب الأطفال ذو اضطراب التوحد النظر في أ عين الآخرين، ولكن مع مرور الوقت تتلاشى هذه الصعوبة في معظم الحالات. كما أنهم يجدون صعوبة في فهم المشاعر والتعبير عنها من خلل العينين.

صعوبة في التعبير عن المشاعر الذاتية وفهم مشاعر الآخرين: يجد الفرد ذو اضطراب التوحد صعوبة في فهم المشاعر، ومع أنه قد يفهم المشاعر البسيطة مثل: السعادة والحزن والغضب وتستمر لديه صعوبة فهم المشاعر المعقدة التي تتطلب درجة مرتفعة من التحليل الإدراكي مثل الخجل والشعور بالذنب. قدرة على معرفة التقويم كالقدرة على تحديد اليوم المرتبط بتاريخ معين.

صعوبة في تكوين عالقات اجتماعية والمحافظة عليها: وجدا الدراسات أن الأفراد ذوي اضطراب بالتوحد لديهم انسحاب اجتماعي، ولديهم قصور في القدر ة على فهم المثيرات الاجتماعية وكيفية الاستجابة لها. ولعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد، فإنهم ال يستطيعون تكوين عالقات اجتماعية مناسبة (أوفقير، موزعيكة.2015، ص33)

4-4 الخصائص الجسمية :

هناك مجموعة من التوحديين لا توجد أية دلائل تشير الى وجود خلل جسمي معين عندما يجري الكشف الطبي عليهم، كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة لدى التوحديين خصوصا إذا لم يصطحب أعراض اضطراب التوحد باضطراب آخر، ويعزز ذلك من نظره المجتمع لهم كأفراد غير مهذبين، إلا أن عدم استجابة التوحديين للمثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب، يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مصابون في احد أعضائهم الحدسية، وهذا لا ينفي وجود

بعض التوحديين يعانون من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات ، أو التعرض لأضواء النيون، أو اللمس مما يشير الى وجود استجابات حسية غير طبيعية ناتج عن خلل في المعالجة الحسية ، بالإضافة الى صعوبة في استخدام الحواس في ان واحد. (مصطفى والشربيني، ،2011ص6).

4-5 الخصائص اللغوية:

اللغة عبارة عن نظام من الرموز يتفق علىها في ثقافة معينة، أو بين أفراد فئة معينة، أو جنس معين، ويتسم هذا النظام بالضبط والتنظيم طبقاً لقواعد محددة، ونجد أن بعض العلماء يميلون إلى قصر لفظ اللغة على تلك الرموز المنطوقة فقط أي إلى مساواة اللغة بالحديث المنطوق، وهم بذلك يخرجون منها جميع وسائل التعبير الأخرى غير الصوتية من حركات وإشارات وإيماءات وكتابة وغيرها. إلا أن البعض الآخر من العلماء يميلون الى توسيع مفهوم اللغة توسيعا كبيرا ليشمل جميع أنواع التعبير ووسائل الاتصال المعروفة. (مصطفى، الشربيني، ،2011ص98).

4-6 الخصائص النفسية:

يمثل نمط شخصية الطفل التوحدي كينونة أو وحدة طبيعية تكون متسقة عبر الزمن، فمن العام الثاني تبقى شخصية الطفل واضحة ومتسقة مدى الحياة. والشخصية والذكاء ينموان، والملامح المعينة أو المحددة إما أن تسود أو تتراجع. وتوجد صعوبات في مرحلة الطفولة المبكرة في تعلم المهارات العملية البسيطة وفي التكيف الاجتماعي. وهذه الصعوبات تنشأ بسبب مشكلات في التعلم ومشكلات المسلك، وفي المراهقة تكون هناك مشكلات في الأداء الوظيفي. أما في مرحلة الرشد فتعلن الصراعات الزواجية والاجتماعية عن نفسها. (مصطفى والشربيني، ،2011ص101.(

. نرى ان الخصائص التي تم ذكرها هي جزء من اضطراب التوحد، وان هذه الخصائص نتيجة لدراسات عديدة أجريت على اشخاص مصابين بالتوحد، لكن يجب معرفة ان كل شخص مصاب بالتوحد فريد من نوعه ويمكن ان تظهر لكل فرد خصائص مختلفة ونستنتج ان التوحد ليس نتيجة لتربية سيئة فقط بل يعد اضطراب بيولوجي معقد.

5. تشخيص اضطراب التوحد:

5-1تشخيص التوحد حسبDSM5:

تم تحديد مجالين في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (5DSM) لتشخيص اضطراب طيف التوحد. يتعلق المجال الأول بضعف التواصل الاجتماعي والتفاعل ويتجلى ذلك في صعوبات كبيرة في التواصل غير اللفظي، والمشاركة الاجتماعية والعاطفية المتبادلة. بينما يشمل المجال الثاني سلوكيات تتميز بمرونة محدودة وميل نحو الأفعال المتكررة. ويشمل ذلك تركيزا قويا على اهتمامات محددة وغير شائعة وإصرارًا على اتباع الروتينات المعمول بها

(Nagwad, Samah 2025p 109)

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس فإن التوحد يعرف بالأعراض التالية:

- A ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي، (أمثلة توضيحية، وليست شاملة

العجز عن التعامل العاطفي بالمثل، ويتمثل في الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع المشاركة بالاهتمامات والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الأخذ والرد في المحادثة، إلى الرد على التفاعلات الاجتماعية

. • العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية، المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، والضعف يتراوح من تكامل التواصل اللفظي والغير لفظي، الى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام لتعبير الوجهة والتواصل غير اللفظي

. • العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلاؤم السياقات الاجتماعية، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات.

B-أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة) • نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثال، أنماط حركية بسيطة، كصف الألعاب والأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات). • الإصرار على التشابه، و الالتزام خ المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي،مثال، (الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير.) • الاهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة آو التركيز مثال (التعلق الشديد أو الاهتمام بالأشياء الغير المعتادة المواظبة على الاهتمامات المحصورة بشدة مفرطة • فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحس ي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثال عدم الاكتراث الواضح لألم درجة الحرا ، والاستجابة السلبية للأصوات أو لأنسجة محددة

C- تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة

D- .تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل

E- إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي توقع المشترك، وللإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون الم للمستوى التطوري العام)بابا حمو،2019،ص ص(29-28.

5-2 التشخيص حسب cim 10أوicd 10 :

التصنيف الدولي العاشر نظام الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO والشكل النهائي لـ ICD 10 ظهر في عام 1993، بحيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة، ريت أو انفصام الشخصية المبكر. ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن اضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف عن التكيف والعيش السوي، ومن أجل التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة للتوحد (دعو، شنوفي،2013، ص86).

6. أم الطفل التوحدي:

6-1 استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد:

تمر الأم بعدة مراحل عند معرفتها بأن طفلها يعاني من مشكلات فأغلبية الأمهات يمرون بنفس المراحل التالية:

مرحلة الصدمة:

أول رد فعل نفسي يحدث للام حيث لا تستطيع تصديق أن الطفل غير عادي.

الإنكار:

من الطبيعي أن ينكر الإنسان كل ما هو غير مرغوب أو مؤلم، وسيلة دفاعية تلجا إليها الأم للتخفيف من القلق الناتج عن الصدمة.

الحداد والحزن:

وهي فترة حزن وحداد تعيشها الأم بعد فقدان الأمل كليا ويعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

الخجل والخوف:

يحدث الخجل والخوف بسبب توقع الأم لوجهة نظر القريبين منها اتجاه إصابة ابنها.

الغضب والشعور بالذنب:

شعور الأم بخيبة أمل كبيرة والإحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات الشعور بالذنب أو موجه لمصادر خارجية كالطبيب

الرفض أو الحماية الزائدة:

الموافق الرافضة للطفل تعرضه للإهمال وإساءة الآخرين، والحماية المفرطة تولد الاعتمادية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

التكيف والتقبل:

بعد كل المراحل تصل الأم إلى مرحلة تقبل الأمر الواقع والاعتراف بإصابة ابنها لكن من المهم أن تصل الأم لهاته المرحلة بسرعة لان التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية

(طاوسي. 2019.ص ص28-29).

نرى أن موضوع استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد تمر بمراحل شاملة وعامة بعض الشيء فلا تشمل جميع الحالات الفردية، فقد تكون بعض الأمهات قادرات على تجاوز هذه المراحل بشكل أسرع أو العكس.

2-6 أهمية العلاقة بين الأم والطفل التوحدي:

من الضروري تعزيز العلاقة بين الطفل التوحدي والأم من خلال تغيير نظرتها الى نظرة ايجابية لطفلها، فالعلاقة الجيدة بين الأم والطفل تمنحها الشعور بالسعادة والرضا عن دورها، وتجعلها أقل حزنا وكآبة.

6-2- 1 عمل الأم وتأثيره في مستوى الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي:

فقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن الأمهات اللاتي لا يعملن لديهن مستوى أعلى من القلق والحزن والكآبة على عكس الأمهات العاملات، لأن عمل المرأة يساعدها في التقليل من التفكير في إعاقة طفلها، ويشعرها بأنها تؤدي دورا هاما إضافة إلى دورها الأمومي في حين يرى آخرون أن العمل مصدر للضغوط لأنه زيادة عبء وجهد إضافي للأم يرهقها ويزيد من مسؤولياتها.

6 -2 -2 الحالة الصحية لأم الطفل التوحدي:

تؤثر الحالة الصحية للأم على رعاية طفلها والعناية به يوميا بشكل كبير فالأم التي تعاني من مشاكل صحية قد تجد صعوبة في التغلب ومواجهة المشكلات المسببة للضغط. كما تؤدّي الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية طفل توحدي إلى ظهور مشاكل جسدية ونفسية.

6 -2 -3عمر الأم ومستوى تعليمها:

حيث يظن أن الأم الأصغر سنا قادرة على تلبية حاجات الطفل وتقديم الدعم له مما يخفف من مستوى الضغوط النفسية، كما أن الأم ذات المستوى التعليمي المرتفع أكثر قدرة في الحصول على المعلومات المتعلقة بإعاقة طفلها والخدمات المتوفرة. كما أنها تصبح أكثر قدرة على فهم طفلها (براجل، جبالي. 2015.ص 73).

ننظر أن أهمية العلاقة الايجابية بين الأم وطفلها التوحدي تساعد في تحسين الحالة النفسية للأم، أما بالنسبة لعمل الأم فلا نستطيع التعميم فكل أم وقدرتها على التوازن كما تعود الأسباب الأخرى إلى قدرة الأم على تقبل ابنها لا بقياسها بالعمر أو المستوى التعليمي.

3-6 مجالات تحسين نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

أن تحسين نوعية الحياة للإنسان يتطلب التركيز على مجالات نوعية الحياة واستخدام وتوظيف قدرات وكافة الإمكانات المتوفرة لدي الأمهات لتحسين نوعية حياتهم وعدم التركيز على المشكلات التي يواجهونها فقط والسعي والتركيز على الإمكانات والقدرات

وأوضحت منظمة الصحة العالمية. WHOQOL-BREF (2004) أن مجالات نوعية الحياة تتمثل في أربعة أبعاد كما في الشكل التالي :

البعد الأول البيئة:

يتكون من ثمان مجالات هي الحرية – الأمن الموارد المادية الرعاية الصحية والاجتماعية - الفرص المتاحة لاكتساب المهارات والمعارف ووتعلم النشاطات الترفيهية - البيئة الأسرية والبيئة الطبيعية من التلوث والضوضاء ووسائل النقل.

البعد الثاني العلاقات الاجتماعية:

يتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي العلاقات الشخصية – المساندة الاجتماعية والنشاط العاطفي

البعد الثالث الصحة النفسية:

وتتكون من ستة مجالات هي المظهر العام المشاعر السلبية والإيجابية – تقدير الذات – المعتقدات الدينية – طريقة التفكير – التعليم.

البعد الرابع الصحة الجسمية:

تتكون من سبعة مجالات وهي الأنشطة الحياتية اليومية – المساعدة الطبية - القوة والإجهاد النوم والراحة القدرة على العمل - قابلية الحركة والتنقل الألم والعناء (محفوظ. 2022.ص ص45 - 46).

هذه المجالات تظهر رؤية متوازنة لجودة الحياة خاصة للأمهات اللاتي يواجهن تحديات في رعاية أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، فأنا ادعم فكرة أن تطوير نوعية الحياة ولابد من التركيز على نقاط القوة والامكانات المتاحة بدل التركيز على المشاكل فقط.

نرى أن هذه المجالات تتوافق بشكل كبير مع وجهة نظري حول جودة الحياة والتي تؤكد على أهمية التوازن بين الجوانب المختلفة ومع ذلك نريد أن نضيف بعض النقاط كالتالي:

الدعم الاجتماعي: يجب أن يكون هناك دعم مجتمعي قوي للأمهات، بما في ذلك الدعم المالي والمعنوي والاجتماعي.

التدخل المبكر: التدخل المبكر في علاج اضطراب طيف التوحد يمكن أن يحسن بشكل كبير نوعية حياة الأطفال وأسرهم بشكل عام، أرى أن تحسين نوعية الحياة للأمهات يتطلب خطة متكاملة يأخذ بعين الاعتبار جميع جوانب حياتهن.

نرى أن مجالات تحسين حياة أمهات أطفال التوحد واسعة وشاملة حيث ذكر جل الأبعاد التي تحسن من جودة حياتهم ما يساعد في تقبل الطفل وحل المشاكل التي تواجههم بدل التركيز عليها.

خلاصة:

يبقى التوحد اضطراب نمائي معقد يظهر في 3 السنوات الأولى من عمر الطفل مما يؤثر على نموهم ويعتبر من أكثر الاضطرابات انتشارا عند الأطفال وهو احد المعوقات التي تقف أمام حياة الطفل لعيش حياته طبيعيا حيث يصعب عليهم إقامة علاقات اجتماعية، وصعوبة في التواصل الاجتماعي والتواصلي اللفظي والغير لفظي ، كما أن سبب هذا الاضطراب غير معروف بعد ،ويتطلب المصابون بالتوحد دعما خاصا لتحسين جودة حياتهم، ومن ناحية أخرى، نجد أن أم الطفل التوحدي تعاني كثيرا من وضعية ابنها وتتعرض لحالات نفسية مختلف سنحاول في الفصلين اللاحقين التعرف عل جودة الحياة لديها لاعتبارها اقرب شخص للطفل التوحدي .

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1 -الدراسة الاستطلاعية.

2 -الدراسة الأساسية.

3 -منهج الدراسة.

4 -حدود الدراسة

5 -مجتمع الدراسة.

6 -عينة الدراسة.

7 -أداة جمع البيانات وخصائصها السيكومترية.

8 -الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الميدان التطبيقي الركيزة الثانية و الداعمة للبحث العلمي خاصة في تخصصنا الهادف الى العلاج و التكفل، حيث لا يمكن الاستغناء عنه حتى تمكن الباحث من الوصول الى الحقاق و المرجوة و المنظر من عينة الدراسة و من خلاله أيضا يتمكن من جمع المعلومات و المعطيات اللازمة و تحليلها بطريقة منهجية للوصول في الأخير الى نتائج نهائية ترتبط بعينة الدراسة ، و ذلك بعد تحليلها و تفسيرها و هذا يتمكن الباحث من البرهنة على صحة او خطأ فروضه و من ثم تأكيدها و تصحيحها، وهذا ما ناماه في هذا الفصل وذلك عن طريق عرض الإجراءات المنهجية للبحث و التي تضمنت الدراسة الاستطلاعية ، المنهج و حدود البحث الزمانية و المكانية ، و عينة البحث ، و أدوات الدراسة و الأساليب الإحصائية .

1. الدراسة الاستطلاعية:

لان للدراسة الاستطلاعية دورا مهما في تحديد وضبط عنوان البحث و تحديد عينته و ضبطها و أيضا تحديد المنهج و الأدوات المناسبة (زرواني، 2008، ص 24),

1-2أهداف الدراسة الاستطلاعية :

- التعرف على ميدان البحث ومدى ملائمته للقيام بالدراسة،
- الحصول على المعلومات حول عينة الدراسة ومتغيراتها،
- الاحتكاك بمجتمع الد راسة من أجل التوصل إلى اختيار العينة المناسبة للد راسة.
- التعرف على الصعوبات التي قد نواجهها أثناء اختيار عينة الد راسة.

1-3إجراءات الدراسة الاستطلاعية وأدواتها :

ارتأينا في بحثنا هذا الذي بدا كأي بحث آخر باختيار الموضوع والمتمثل في أطفال التوحد ليتم القيام بالدراسة الاستطلاعية التي شملت الجانب النظري بالبحث في أدبيات الموضوع، ومن ثم القيام بالعديد من الزيارة الميدانية إلى المؤسسات المتخصصة باستقبال حالات التوحد، ليتم قبول أوراق اعتماد بحثنا في جمعية خاصة بالطفل التوحدي منها جمعية ازدهار وجمعية اصرار للتوحد والتأخر الذهني مدرسة بن عشور و مستشفى ابن زهر.

وباعتبار المقابلة إحدى أدوات البحث العلمي و هي تقنية من التقنيات التي تستهدف البحث عن المعلومة والتحري عن الحقيقة يقوم بها الباحث من جهة أو شخص أو مجموعة أشخاص بذلك هي وسيلة شخصية مباشرة غرضها الحصول على حقائق ومواقف أو سلوك أو معتقدات أو اتجاهات يحتاج إلى تجميعها في ضوء أهداف بحثه من أجل فهم أوضح للظاهرة المبحوثة في جميع أبعادها ومؤشراتها) نقي،2021، ص86(

وقد تمت المقابلة مع الأخصائية النفسانية. اين تم سؤالها على أطفال التوحد الوافدين للجمعية فكانت اجابتها أن لديها مجموعة من الأطفال قدر عددهم ب حالات «، حالات في مرحلة انتاج الكلمة و سنهم بين و سنة.

كما قمنا بالملاحظة العيادية التي تعرف على أنها:" عملية المراقبة والمشاهدة الدقيقة للظاهر والمشكلات كالأحداث، كما تعني الد راسة العميقة أو المركزة للظواهر والحوادث والعلوم، ومعرفة سلوكها واكتشاف أسبابها ووقائعها بأسلوب ومنهجية علمية سليمة ومنضبطة. (زواتي، 2008، ص 202)

وعليه قد تم تطبيق الملاحظة العيادية بمختلف ا لسلوكات لأطفال المصابين بالتوحد. والتي خلصت الى:

- غياب مطلق للغة والتي تميزت بانها غير مفهومة جيدا من الناحية لدى اغلبية الحالات.

- غياب الاستدلالية.

- الاعتماد على لغة الإشارة كثيرا.

- ضعف في الرصيد اللغوي، التواصل البصري، والتفاعل الاجتماعي.

والدراسة الاستطلاعية لهذه الدراسة في الفترة امتدت من 24 ديسمبر 2024 الى 13 فيفري 2025 وهي الفترة الي تمكنا من خلالها حضور حصص التكفل بحالات التوحد وملاحظة طريقة التكفل وتطبيق برنامج العلاجية ومن ثم تم اختيار عنصر جودة الحياة كمتغير للدراسة لاعتبارين اثنين هما:

- أن الحالات التي يمكن القيام بالدراسة الأساسية معهم هم أمهات أطفال التوحد
- اختيار جودة الحياة كمتغير يمكن العمل عليه أمهات الأطفال التوحد بالوصف والتحليل والكشف عن مستوى جودة حياتهم.

1-4 نتائج الدراسة الاستطلاعية : خلصت الدراسة الاستطلاعية إثر القيام بالمقابلة مع الاخصائية النفسانية والملاحظة العيادية بحضور حصص التكفل الى:

• ضبط موضوع الدراسة وتحديد عنوانها.

• ضبط صياغة التساؤل والفرضيات.

• تحديد مكان إجراء الدراسة حسب العينة التي سندرسها.

•الاحتكاك بمجتمع البحث وتحديد عينة الدراسة.

•تحديد أدوات الدراسة الأساسية وحسب دراستنا تم اختيار جودة الحياة و البحث في الاختيارات التي يمكن ان تقيسها.

•تحديد الصعوبات ومحاولة مواجهتها.

2. الدراسة الأساسية:

بعد التأكد من توفر عينة الدراسة شرعنا في الدراسة الأساسية.

3. منهج الدراسة :

يعتمد اختيار نوع المنهج في الدراسات العلمية على طبيعة الموضوع المراد دراسته، و بما أن بحثنا يتناول دراسة مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بالتحليل، وباعتباره المنهج " في البحث العلمي هو مجموعة العمليات و الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقق بحه، و الذي يساعد الباحث في ضبط ابعاد و مساعي و أسئلة وفرضيات البحث ، فقد انتهجنا المنهج الوصفي الذي يتلاءم مع موضوع البحث حيث أنه يقوم على كشف، تحديد وصف وتحليل المعلومات المتحصل عليها وكذا العوامل المتدخلة في ظاهرة البحث..(زرواني ، 2008، ص 171).

والذي يعرفه حسين عمان :على انه المنهج الذي هدف الى دراسة ظاهرة بجمبع خصائصها و أبعاها في اطار معين، استنادا لبيانات المجمعة حولها، ثم محاولة الوصول الى أسبابها و العوامل المتحكمة فيها ومن ثم الوصول الى نتائج قابلة للتعميم .(حسن عثمان، 1998، ص 29) وقد انجز علم اللغة الحديث تقنين للمنهج الوصفي ، بحيث يقوم بوصف اللغة في زمن ومكان محدد، وهكذا يصف الحقائق و يناقشها، وعلى الباحث يحدد المستوى اللساني لتفادي الخلط في النتائج المظللة ، و بهذا تمثل الدراسة الوصفية للغة خطا افقيا تظهر فيه العلاقات بن العناصر اللغوية، والتحلل ينطلق من واقع المادة، ويستخدم في ذلك النظريات المفسرة للظاهرة المدروسة.

كون أن موضوع دراستنا يتمحور حول مستوى جودة حياة أمهات أطفال التوحد توجب علينا استخدام المنهج الوصفي بهدف جمع البيانات ودراستها كما هي في الواقع ووصفها وصفا دقيقا من خلال جمع وتفسير وتحليل وتركيب المعطيات النظرية والبيانات الميدانية بغية الوصول إلى النتائج.

4. حدود الدراسة:

تتمثل في النطاق أو المجال الذي أجريت فيه الدراسة ولكل دراسة مجالها الزمني والمكاني وانحصرت دراستنا الحالية فيما يلي:

الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الراهنة بعدد مختلف من الجمعيات من بينها جمعية ازدهار، جمعية اصرار للتوحد والتأخر الذهني، مدرسة بن عشور ومستشفى ابن زهر وبولاية قالمة.

الحدود الزمانية: تم الشروع في الدراسة منذ بداية من شهر فيفري إلى مطلع شهر أفريل وامتدت لغاية نصف شهر ماي من الموسم الدراسي 2025، بمعدل زيارة كل اسبوع بولاية قالمة .

5. مجتمع الدراسة:

هو مجموعة من الأفراد أو الأشياء أو الظواهر المرتبطة بمشكلة البحث وهو جميع العناصر ذات الصلة بمشكلة الدراسة التي ينبغي للباحث إلى أن يعمم عليها نتائج الدراسة. (اللامي، دس، ص1)

يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لكلا الجنسين المتواجدين على مستوى ولاية قالمة وبلدياتها وتحديدا جمعية ازدهار، جمعية اصرار للتوحد والتأخر الذهني، متوسطة بن عاشور ومستشفى ابن زهر.

6. عينة الدراسة:

كما هو متعارف عليه في مجال العلوم الاجتماعية ان من صعوبات أي بحث هو الالمام بمجتمع الدراسة وبالتالي نلجأ على أسلوب العينة التي من بين أهدافها التوفير في الجهد الوقت،

وبما ان الهدف من بحثنا هو الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات الطفل، فقد أدى هذا بنا إلى العمل على العينة القصدية التي يظبط فيها الباحث خصائص بحثه كالجنس، السن، المستوى التعليمي ...، لاختبار فرضيات محددة.

وعليه، قد تضمنت عينة الدراسة الحالية على ثلاثون أم لطفل توحدي من بيئة اجتماعية واقتصادية متقاربة.

7. أداة جمع البيانات :

تعتبر أدوات جمع البيانات الوسيلة الهامة التي تعتمد عليها كافة العلوم في جمع الحقائق، ويتوقف صدق ودقة النتائج المتوصل إليها في أي بحث على دقة الأدوات المستخدمة ودرجة مصداقيتها، وقد حاولنا استخدام بعض الأدوات التي تمكننا من الوصول إلى البيانات المستهدفة بأكثر دقة وموضوعية وذلك حسب طبيعة الموضوع ونوع المنهج المستخدم وكيفية استجابة المبحوثين، وتم اختيار الأدوات التالية:

مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة نعيمة بوعامر:

نظرا لعدم توفر مقياس يتناسب مع أهداف الدراسة، قامت الباحثة بإعداد مقياس جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بهدف تحديد طبيعة ونوعية الحياة لديهن في ظل وجود طفل مصاب بالتوحد في حياتهن وحياة الأسرة.

وصف مقياس جودة الحياة:

يتكون المقياس من 37 فقرة موزعة على (04) أبعاد نوجزها كما يلي:

جودة الحياة الصحية: ويتكون من 11 عبارة (1-5-9-13-17-21-25-29-32-35-37)..

جودة الحياة النفسية: ويتكون من 9 عبارات 2)-6-10-14-18-22-26-30-33(.

جودة الحياة الأسرية والاجتماعية: ويتكون من 10 عبارات (3-7-11-15-19-23-27-31-(36-34(.

جودة الحياة المادية: ويتكون من 7 عبارات)4-8-12-16-20-24-28(.

ويتكون المقياس من (22) فقرة موجبة، و(15) فقرة سالبة.

العبارات الموجبة هي (2-3-4-6-7-8-9-10-12-14-15-16-17-19- 21-22-24- 27-29- 32-36- 37).

العبارات السالبة هي (1- 5-11-13-18-20-23-25-26-28-30-31-33-34-35(.

مفتاح التصحيح:

يتم التعامل مع درجات المقياس عن طريق إجابة المفحوص وفق نظام ليكرت الرباعي: (دائما)، (أحيانا)، (نادرا)، (أبدا) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 01 يوضح مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة:

الفقرات	دائما	أحيانا	ابدا	نادرا
الفقرة الموجبة	**4**	**3**	**2**	**1**
الفقرة السالبة	**1**	**2**	**3**	**4**

وتتراوح درجة الفرد على الاستبيان فيما بين 37 درجة كحد أدنى و148كحد أقصى ويتم تحديد المستويات كما يلي :

تحديد مستويات جودة الحياة:

لتحديد مستويات جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، تم إعطاء إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة فيما متدرجة وفقا لمقياس ليكرت الرباعي كما هو موضح سابقا في تصحيح المقياس وتم حساب طول الفئة على النحو التالي:

حساب المدى وذلك بطرح أكبر قيمة في المقياس من أصغر قيمة (4-1-3).

حساب طول الفئة وذلك بتقسيم المدى وهو (3) على عدد الفئات (4): كما يلي (3-4-0.75) طول الفئة.

- إضافة طول الفئة وهو (0.75) إلى أصغر قيمة في المقياس وهي (1) ، وذلك للحصول على الفئة الأولى (من 1 إلى 1.74) ، ثم إضافة طول الفئة إلى الحد الأعلى من الفئة الأولى، وذلك للحصول على الفئة الثانية وهكذا للوصول إلى الفئة الأخيرة واستنادا إلى قاعدة التقريب الرياضي يمكن التعامل مع قيم المتوسطات الحسابية الإجابات أفراد عينة الدراسة كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول (02) يبين فئات قيم المتوسط الحسابي ومستوى جودة الحياة الموافق لها:

المتوسط المرجح المستوى	المستوى
[1.74-1]	منخفض جدا
[2.49-1.75]	منخفض
[3.24-2.50]	متوسط
[4-3.25]	مرتفع

المستويات حسب الدرجات:

نقوم بعملية الجداء التالية: تقوم بضرب عدد البنود في قيم المتوسط للمستويات الأربع لتصبح المستويات محددة كالتالي:

جدول رقم (03) يوضح مستويات جودة الحياة بالدرجات:

المستوى	نوع المستوى
(64-37)	منخفظ جدا
(92-65)	منخفص
(120-93)	متوسط
(148-121)	مرتفع

8. الأساليب الإحصائية المستخدمة :

ولحساب مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تم الاعتماد على تفريغ المقياس باستخدام البرنامج الاحصائي (Spss)، وتم التحليل باستخدام العمليات الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

خلاصة:

تعرضنا في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع ومتغيراتها وحدود الدراسة وتحديد المجتمع الذي أخذت منه، وكذا أهداف وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، ثم تطرقنا إلى عينة الدراسة الأساسية وخصائصها، لتعرض بعد ذلك إجراءات الدراسة الأساسية والأدوات المستخدمة الجمع البيانات من حيث وصفها وخصائصها السيكومترية، بعد ذلك عرضنا إجراءات تطبيقها وأدوات التحليل الإحصائي للبيانات المحصل عليها وستحاول في الفصل الموالي عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1- عرض ومناقشة الفرضيات.

1-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.

2-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

3-1عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

4-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

5-1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.

الاستنتاج العام

خاتمة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل نتائج البحث، عرضها، وتحليلها ومحاولة تعليلها و تركيبها تمهيدا لمناقشتها في ضوء الخلفية النظرية لموضوع البحث، سواء فيما يخص جودة الحياة او التوحد، وذلك بعرض حالات نتائج الدراسة، ثم التطرق لمناقشتها في ضوء فرضية الدراسة، لنخلص بعد ذلك لمناقشتها في ضوء الدراسات السابقة .

1- عرض ومناقشة الفرضيات:

1-1عرض نتائج الفرضية الرئيسية :

تمثلت في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد منخفض.

جدول رقم (04) يبين مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد:

المتغير	لبعينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
جودة الحياة	**30**	**2.38**	**0.44**	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (2.38) بانحراف معياري يقدر ب (0.44)، وتلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض بين (1.75-2.49)، ما يعكس تدني جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

جدول (05) يمثل نتائج الدلالة الإحصائية:

		القيمة النظرية 2.5
	مجال القيم في مستوى الثقة 95%	مستوى الدلالة:
جودة الحياة	**(2.55-2.21)**	**0.16**

كما نلاحظ أن متوسط جودة الحياة للمجتمع يتحرك على المجال (2.55-2.21) أي أنه أحيانا يكون أصغر من القيمة النظرية المقدرة ب 2.5 وأحيانا يكون أكبر منها وبالتالي المتوسط الحسابي يتراوح بين منخفض إلى متوسط ويظهر عند مستوى الدلالة (0.16) وهو أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائيا. وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة ليس دائما منخفض وبالتالي. لا يمكن تعميم النتيجة على مجتمع البحث ومنه الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية على ضوء الدراسات السابقة:

نتائج دراستنا لا تدعم الفرضية، حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تتراوح بين المنخفض إلى المتوسط وهذا يتوافق مع دراسة نعيمة بوعامر (2021) تحت عنوان: مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد والتي توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد منخفض. وأيضا دراسة سميرة خطوط(2019)بعنوان: مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد والتي توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد متوسطة، وتعارضت مع دراسة غرير.نوافلة(2024) بعنوان :مستوى جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالرفاهية النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن والتي توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة جاء بمستوى مرتفع، ويمكن تفسير ذلك بأن الأمهات اللاتي لديهن دعم قوي من العائلة والأصدقاء قد يصبحن أكثر قدرة على مواجهة المصاعب والتحديات التي تواجههن ،بينما الأمهات اللاتي ليس لديهن دعم قد يصبحن أكثر عرضة لضغوطات الحياة،بمعنى انه هناك اختلاف في كيفية تأثر كل واحد منهن مع وضعية طفلها التوحدي وهذا راجع إلى ظروفهن الاجتماعية والشخصية والنفسية . وهنا يمكن تفسير أن الأمهات اللاتي لديهن مستوى منخفض في جودة الحياة قد يفتقرن للدعم التام من طرف المجتمع، بينما اللاتي لديهن مستوى متوسط قد يمتلكن دعم قوي يساعدهن على مواجهة ضغوطات الحياة.

و اعتمدنا في دراستنا على مجموعة من النظريات التي تفسر كيفية إدراك الأفراد لجودة حياتهم وكيفية التعامل والتكيف مع ضغوطات الحياة خاصة عند تربية طفل توحدي ونجد من أبرز هذه النظريات نظرية فرانك والتي تؤكد أن جودة الحياة تقاس بدرجة رضا الفرد عن مجالات حياته مثلا المجال الصحي فحسب هذه النظرية نرى أن الأمهات قد يشعرن بالرضا في بعض المجالات رغم الظروف والتحديات التي يواجهنها هذا ما ينعكس عل الدراسة ، حيث أظهرت نتائج متوسطة و هذا راجع إلى بعض الظروف و التحديات إلى تواجهها الأم سواء كانت نفسية،اجتماعية ،أو مادية .فالضغوط التي تعيشها الأم تكوم نتيجة قلقها على مستقبل طفلها أو صعوبة التعامل معه ، كذلك من عدم توفر الدعم و الرعاية سواء من الزوج أو الأقارب ، كما أن تكاليف العلاج و الرعاية تكون مرتفعة ما يجعل الأم في توتر أو قد تضطر الأم للتوقف عن العمل مما يصعب عليها تغطية الاحتياجات اللازمة كل هذه العوامل تجعل جودة حياة الأمهات متوسطة .

ويرى لاوتن انه توجد بعض التحديات الصحية أو البيئية قد تؤثر على جودة حياة الأفراد ولكن ليست خطيرة عليه ورضا الفرد عن البيئة التي يعيش فيها مما يشعر بالانتماء فهناك جوانب ايجابية وجوانب سلبية فبالتالي يمكن أن تكون جودة الحياة متوسطة لان الفرد يواجه بعض التحديات لكن يستطيع مقاومتها.

وحسب نظرية التقييم المعرفي والتكيف ل lazarus و1984 folkman التي توضح أن كيفية استجابة الفرد حول ضغوطه يتعلق حول تقييمه المعرفي للموقف، وكيفية استخدامه على استراتيجيات التكيف المناسبة، حيث تلجأ الكثير من الأمهات ذوي أطفال التوحد على العديد من استراتيجيات المواجهة نحو حل المشكلة مثل السعي لإيجاد العلاج المناسب أو الانخراط في مجموعات دعم، أو تلجأ إلى استراتيجيات انفعالية تتمثل في قوة الصبر والتسلح بالإيمان. وهذه الأساليب تخفف من إثر الضغوط النفسية، مما يمكن للأمهات الحفاظ على مستوى مقبول ومتوسط من جودة الحياة رغم الصعاب والتحديات حتى وان لم تصل إلى مستوى مرتفع من جودة الحياة لديها.

1-2عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تمثلت في مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد منخفض.

جدول رقم (06) يبين مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد:

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
النفسي	**30**	**2.20**	**0.60**	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (2.20) بانحراف معياري يقدر ب (0.60) ونلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض (1.75-2.49) ما يعكس تدني جودة الحياة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

جدول رقم (07) يمثل نتائج الدلالة الإحصائية:

		القيمة النظرية 2.5
جودة الحياة النفسية	مجال القيم في مستوى الثقة	95%مستوى الدلالة
	(1.97-2.42)	**(0.01)**

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أن جودة الحياة للمجتمع يتحرك على المجال (1.97-2.42) أي أنه أصغر من القيمة النظرية المقدرة ب 2.5 وبالتالي المتوسط الحسابي منخفض وهذا ما أكد عند مستوى الدلالة (0.01) وهي أصغر من (0,05) وهي دالة إحصائيا وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة منخفض وبالتالي الفرضية جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد محققة.

مناقشة نتائج الفرضية على ضوء الدراسات السابقة:

نتائج دراستنا تدعم الفرضية، حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد منخفض، وهذا يتوافق مع دراسة معيطر ياسر (2023) بعنوان: مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد " والتي توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة عند أمهات أطفال التوحد في مؤشر جودة الحياة النفسية منخفض، كما تعارضت مع دراسة سليمان (2009) بعنوان: قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. وتوصلت النتائج إلى مستوى جودة الحياة كان مرتفع في بعد الحياة النفسية و دراسة مروة (2020) مؤشرات الرضا عن الحياة لدى أمهات أطفال التوحد أظهرت الدراسة أن مستوى تقييم درجة الاستقرار النفسي لدى أمهات أطفال التوحد جاء متوسط، ويمكن تفسير ذلك بسبب أن رعاية طفل توحدي قد يكون تحديا كبيرا مما يؤدي إلى الشعور بالتوتر والضغط النفسي حيث تشعر الأمهات بقلق حول مستقبل أطفالهن وكيفية تلبية احتياجاتهم ، ونجد كذلك أن بعض الأمهات قد يشعرن بالعزلة عن الأصدقاء أو العائلة بسبب العراقيل والتحديات التي يواجهنها في رعاية أطفالهن كما يجدن كذلك صعوبة في التكاليف لعلاج أطفالهن هذا يجعلهن يعشن في توتر مستمر مما يسبب لهن انخفاض في جودة حياتهن،نجد كذلك التأثير العاطفي على الإخوة والأخوات فقد يشعرون بالغيرة، الخجل من حالة أخيهم المصاب بالتوحد. هذا ما يخلق مشاكل سلوكية أو نفسية لديهم، ما يزيد من التوتر داخل الأسرة ويثقل كاهل الأم أكثر.

واعتمدنا في دراستنا على العديد من النظريات نذكر منها الاتجاه النفسي حيث نرى في هذا الاتجاه إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه لجودة حياته فهذه الأخيرة لا تعتمد على المؤشرات الموضوعية فقط كالمسكن والدخل فقط بل على إدراكه لجودة حياته وهذا إدراك يتأثر بالعديد من العوامل النفسية كالقيم والطموح والرضا النفسي فنجد ان أمهات أطفال التوحد يشعرن بان احتياجاتهم النفسية لا يتم إشباعها بقد كاف هذا يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة حياتهن

ونظرية ماسلو للحاجات الإنسانية أيضا تهدف إلى فهم الطريقة التي يسعى بها الإنسان لتحقيق رغباته واحتياجاته الأساسية وترتيب هذه الاحتياجات في شكل هرمي يعكس درجة أهميتها بالنسبة للفرد فحسب هذه النظرية يتضحان الإنسان لا يستطيع الانتقال إلى تلبية الاحتياجات العليا مثل تقدير الذات وتحقيقها ما لم تشبع الاحتياجات الأساسية أولا كالأمن والاستقرار النفسي. وعند تطبيق هذا المفهوم وإسقاطه حول أمهات أطفال التوحد نجد اغلب الأمهات يحرمن من هذه الحاجات نتيجة الضغوط النفسية فيعشن في حالة دائمة من القلق والتوتر مما يعيق شعورهن بالأمن النفسي والاستقرار وهما من الحاجات المهمة في هرم ماسلو وهذا النقص يؤدي إلى انخفاض في جودة حياتهن النفسية أي لا يمكن الوصول إلى مستويات عالية من الرضا وجودة حياة مرتفعة ما لم تلب حاجتهن الأساسية.

3-1عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تمثلت في مستوى جودة الحياة المادية لأمهات أطفال التوحد منخفض.

جدول رقم (08) يبين مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد:

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
المادي	**30**	**(2.56)**	**(0.55)**	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة المادية لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (2.56) بانحراف معياري يقدر ب (0.55)، ونلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المتوسط بين (2.50-3.24) و عليه فإن جودة الحياة المادية لدى أفراد عينة الدراسة متوسطة.

جدول (09) يمثل نتائج الدلالة الإحصائية:

القيمة النظرية 2.5		
جودة الحياة المادية	مجال القيم في مستوى الثقة% 95	مستوى الدلالة
	(2.36-2.77)	**(0.51)**

كما نلاحظ أن متوسط جودة الحياة المادية للمجتمع يتحرك على المجال (2.36-2.77) أي أنه أحيانا يكون أصغر من القيمة النظرية المقدرة ب 2.5 وأحيانا يكون أكبر منها وبالتالي المتوسط الحسابي يتراوح بين منخفض إلى متوسط ويظهر عند مستوى الدلالة (0.51) وهو أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائيا وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة المادية لدى أفراد العينة ليس دائما منخفض وبالتالي لا يمكن تعميم النتيجة على مجتمع البحث ومنه الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية على ضوء الدراسات السابقة:

نتائج دراستنا لا تدعم الفرضية حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض و المتوسط وهذا يتوافق مع دراسة ورايت وآخرون(2009) بعنوان : أثر وجود طفل توحدي على الأم التركية حيث توصلت إلى أن أمهات أطفال التوحد تعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية و المطالب الثقيلة لرعاية الطفل كذلك دراسة دهقان عبد الحق (2023) بعنوان: تأثير اضطراب التوحد على الأداء الوظيفي للأسرة حيث توصل النتائج إلى أن إصابة الطفل بالتوحد تؤثر على الأداء الوظيفي لأسرته سلبا، و دراسة سميرة خطوط (2019) بعنوان: مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد حيث توصل نتائج الدراسة إلى : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ولصالح المستوى الاقتصادي المتوسط. كما تعارضت مع دراسة Alchamri (2016) بعنوان: جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مقارنة بأسر الأطفال العاديين في ضوء العوامل الاقتصادية والاجتماعية. ومن أبرز ما توصلت إليه الدراسة: صلاحية المقياس في البيئة السعودية، وأن أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لديهم جودة حياة أسرية أقل مقارنة بأسر الأطفال العاديين، كما وجد أن المستوى الاقتصادي والحالة الزوجية هما أكثر العوامل تأثيراً في جودة الحياة الأسرية، فزيادة المستوى الاقتصادي يرتبط إيجابياً بزيادة جودة الحياة الأسرية، والعكس صحيح.

ويمكن تفسير ذلك بسبب ارتفاع تكاليف الرعاية سواء الصحية أو التعليمية لأطفال التوحد مما قد يؤدي هذا إلى ضغط على الأسرة كذلك من بين الأسباب نجد المستوى الاقتصادي المتدني للأسرة ، فالأمهات اللاتي يعملن لإعانة أنفسهن قد يضطرن إلى ترك العمل للاعتناء بأطفالهن نجد أيضا الاحتياجات الخاصة مثل العلاج النفسي، أو العلاج الوظيفي فبعض العائلات يعجزن لعلاج أطفالهن على عكس الأمهات اللاتي لديهن مستوى متوسط يمكن أن يكون للأم دخل ثابت عن طريق العمل أو دعم الزوج أو وجود مصادر دخل إضافية، مما يساعد في تحسين حياتهن المادية. كما أن بعض الأمهات قد يستفدن من الدعم أو الجمعيات الخيرية التي تقدم مساعدات مالية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة،

مما يخفف من الأعباء الاقتصادية، كذلك تبقى التكاليف العالية المرتبطة برعاية طفل التوحدي مثل جلسات العلاج النفسي من العوامل الأساسية التي تحد من إمكانية الوصول إلى مستوى معيشي عالي ما يجعل جودة الحياة المادية متوسطة.

و اعتمدنا في دراستنا على الاتجاه الاجتماعي حيث يرى المير هانكس أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ 1984فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد معدلات الوفيات معدل ضحايا المرض نوعية السكن المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

1- 4 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تمثلت في مستوى جودة حياة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.

جدول (10) يبين مستوى جودة حياة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد:

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الصحة العامة	**30**	**(2.41)**	**(0.39)**	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة الصحة العامة لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (2.41) بانحراف معياري يقدر ب (0.39)، ونلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض بين (1.75-2.49) وعليه فإن جودة حياة الصحة العامة لدى أفراد عينة الدراسة يتسم بالانخفاض.

جدول (11) يمثل نتائج الدلالة الإحصائية:

		القيمة النظرية 2.5
مستوى الدلالة	مجال القيم في مستوى الثقة95%	جودة حياة الصحة العامة
(0.24)	**(2.26-2.56)**	

كما نلاحظ أن متوسط جودة الحياة الصحة العامة للمجتمع يتحرك على المجال (2.26-2.56) أي أنه أحيانا يكون أصغر من القيمة النظرية المقدرة ب 2.5 وأحيانا يكون أكبر منها وبالتالي المتوسط الحسابي يتراوح بين منخفض إلى متوسط ويظهر عند مستوى الدلالة (0.24) وهو أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائيا وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة الصحة العامة لدى أفراد العينة ليس دائما متوسط وبالتالي لا يمكن تعميم النتيجة على مجتمع البحث ومنه الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية على ضوء الدراسات السابقة:

نتائج دراستنا لا تدعم الفرضية، حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة الصحة العامة بين المنخفض والمتوسط، وهذا يتوافق مع دراسة Elisabeth،Lars ، "Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism بعنوان: جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى آباء الأطفال في سن المدرسة المصابين بمتلازمة أسبرجر أو التوحد عالي الأداء. توصلت إلى أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQL) لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر/التوحد عالي الأداء منخفضة، خاصة من الناحية البدنية، ودراسة نادية عايدي (2019) بعنوان: مستوى جودة الحياة الصحية لدى طلبة الجامعة، وتوصلت النتائج إلى مستوى جودة الحياة الصحية المتعلقة بالصحة العامة لدى طلبة الجامعة كان متوسط.و تعارضت مع دراسة Favero-Nunes& Santos(2010) التي هدفت إلى تقييم انتشار أعراض الاكتئاب /الانزعاج لدى أمهات الأطفال التوحديين، وتحديد العلاقة بين جودة الحياة و البروفيل الديموجرافي الاجتماعي، ومن أبرز ما توصلت إليه الدراسة وجود جودة الحياة بشكل إيجابي لدى (70%) من الأمهات،في حين أن (40%) فقط منهن كن راضيات عن صحتهن، وجاء المجال الجسدي في المرتبة الأولى (الأفضل).

ويمكن تفسير ذلك أن الأمهات اللاتي لديهن مستوى منخفض من الصحة العامة قد يعشن ظروف صعبة كالطلاق او فقدان الأب ومشاكل عائلية أيضا، تدني المستوى التعليمي وغياب المساندة النفسية كانت ام اجتماعية يسبب تدهور في الصحة العامة. كما يرجع مستوى الصحة العامة المنخفض إلى أن إرهاق الأمهات لأطفال المصابين بطيف التوحد له تأثير اكبر على الوظائف المعرفية و الجسدية و النفسية و الاجتماعية علاوة على ذلك، فإن جودة الحياة والحركة البدنية والعزلة الاجتماعية وردود الفعل العاطفية للأمهات لها تأثير كبير على إرهاق الأم ،كما أن الأمهات قد يعانين من نقص في النوم بسبب احتياجات أطفالهن وأيضا قد لا يتحصلن على تغذية جيدة بسبب الانشغال برعاية أطفالهن ويهملن أنفسهن هذا يؤثر على صحتهن العامة ويمكن أن ترجع الأسباب أيضا إلى نقص النشاط البدني، كذلك الضغوط النفسية كالقلق والتوتر يسبب مشاكل صحية و غالبًا ما تهمل الأم نفسها، فتتجاهل متابعة صحتها، وتمتنع عن ممارسة الرياضة، ولا تذهب للفحوصات الطبية، لأنها تضع احتياجات طفلها في المقام الأول قبل الاهتمام بنفسها، كل هذا يمكن أن يؤدي إلى انخفاض الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد، على عكس الأمهات اللاتي لديهن مستوى متوسط فنجد لديهن وعي صحي مقبول كالمحافظة على تغذية متوازنة والحصول على فترات الراحة كذلك وجود دعم اجتماعي سواء من الأسرة أو شخص قريب للام يساعد في الرعاية و تقديم الدعم النفسي كما ان الاندماج في برامج الدعم و تعلم استراتيجيات للتكيف كالاسترخاء و المشي الخفيف تساهم في المحافظة على قدر متوسط من الصحة الجسدية و مع ذلك يمكن أن يتراجع و يصبح هشا في حالة غياب الاستمرارية.

1-5عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تمثلت في مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد متوسط.

جدول رقم (12) يبين مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد:

البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
جودة الحياة الأسرية الاجتماعية	**30**	**(2.37)**	**(0.59)**	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (2.37) بانحراف معياري يقدر ب (0.59)، ونلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض بين (1.75-2.49) وعليه فإن جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لأفراد العينة منخفضة.

جدول (13) يمثل نتائج الدلالة الإحصائية:

القيمة النظرية 2.5		
جودة الحياة الأسرية الاجتماعية	مجال القيم في مستوى الثقة95%	مستوى الدلالة
	(2.15-2.59)	**(0.26)**

كما نلاحظ أن متوسط جودة الحياة الأسرية والاجتماعية للمجتمع يتحرك على المجال (2.15-2.59) أي أنه أحيانا يكون أصغر من القيمة النظرية المقدرة ب 2.5 وأحيانا يكون أكبر منها وبالتالي المتوسط الحسابي يتراوح بين منخفض إلى متوسط ويظهر عند مستوى الدلالة (0.26) وهو أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائيا وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أفراد العينة ليس دائما متوسط وبالتالي لا يمكن تعميم النتيجة على مجتمع البحث ومنه الفرضية غير محققة.

مناقشة نتائج الفرضية على ضوء الدراسات السابقة:

نتائج دراستنا لا تدعم الفرضية، حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية بين المنخفض والمتوسط وهذا يتوافق مع دراسة فاسيلو بولوا و نيسيت(2016) :إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد" و توصلوا إلى النتائج التالية : التي بينت أن مستوى جودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء مصابين بالتوحد كان منخفضا، وكشفت النتائج أن أهم المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة لدى الأسر كانت شدة الإعاقة، ومستوى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي، وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي والمؤسسي المقدم للأسرة، و دراسة وسام نجاري (2024) بعنوان: جودة الحياة الأسرية لدى أمهات أطفال التوحد، توصلت نتائج الدراسة إلى درجة جودة الحياة الأسرية لدى أمهات أطفال التوحد من وجهة نظرهن متوسطة، كما تعارضت مع دراسة صندوق

(2015) بعنوان: جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي ، وتوصلت إلى النتائج التالية: أن مستوى جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين مرتفع.

ويفسر انخفاض جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد في التحديات و الضغوط النفسية التي تواجهها الأمهات في رعاية أطفالهن كذلك الأعباء المرتبطة بتلبية احتياجات الطفل إلى جانب نقص الدعم من الزوج خاصة ،كذلك الأسرة و المحيط الذي يساهم بشكل كبير في شعور الأمهات بالعزلة و الإرهاق النفسي كل هذه الضغوط قد تؤثر سلبا على العلاقات الأسرية و الاجتماعية على عكس الأمهات اللاتي لديهن جودة الحياة متوسطة التي تظهر في مدى سعادة أفراد الأسرة في جملة تفاعلاتهم ومدى تعلق أعضاءها بعضهم البعض والسند المتوفر تحديدا في حالات الشدة والأزمات التي قد تعترضها، لأنه مما لاشك فيه أن لكل أسرة نمط حياتي خاص بها تتبناه في طرق تعاملاتها مع الأبناء واستراتيجيات مميزة في تصديها لمختلف التحديات، ومعنى ذلك أن الجودة الأسرية هي بدورها نسبية لا يمكن أن تكون نفسها عند كل الأسر وذلك بالرغم من المؤشرات الكبرى التي تطبع بها.

و اعتمدنا في دراستنا على الاتجاه الاجتماعي حيث يرى المير هانكس أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ 1984فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد ، معدلات الوفيات ، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

الاستنتاج العام:

لقد سعت دراستنا للوصول الى مجموعة من الأهداف التي تمثلت في معرفة مستوى جودة الحياة لأمهات أطفال التوحد ومعرفة العوامل التي تؤثر فيها ، توفير الدعم الكافي لأمهات أطفال التوحد، دعم وتعزيز العلاقات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد وذلك من خلال جلسات توعوية وبرامج الدعم الاجتماعي ثم التطرق الى المنهج الوصفي الذي يعد أنسب منهج لدراستنا وقدرت عينه الدراسة ب 30 أم طفل توحدي ثم التواصل معهن من خلال التوجه للعديد من المؤسسات التي بها أطفال التوحد منها ما هي عمومية ومنها ما هي خاصة وكلها داخل نطاق ولاية قالمة حيث كانت موزعة على النحو التالي ...جمعية ازدهار،جمعية أصرار للتوحد و التأخر الذهني، مدرسة بن عشور، مستشفى ابن زهر كذلك علاقات خاصة .إضافة الى الاعتماد على أساليب احصائية لمعالجة تلك المعلومات المتحصل عليها من افراد العينة و التأكد منها معتمدين في ذلك على : الانحراف المعياري ، المتوسط الحسابي ، و بناءا على هذه الخلفية النظرية المترتبة من الدراسات السابقة توصلت دراستنا في الأخيرة الى عدة نتائج تمثلت في :

- مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بين المنخفض والمتوسط.

-مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات الطفل التوحدي منخفض .

-مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات اطفال التوحد بين المنخفض والمتوسط .

-مستوى جودة الصحة العامة لدى أمهات الطفل التوحد بين منخفض و متوسط .

-مستوى جودة الحياة الأسرية والاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحدبين منخفض والمتوسط.

خاتمة

خاتمة:

هدفت الدراسة الحالية لدراسة مستوى جودة الحياة لدى امهات الطفل التوحدي، وفي ذلك حاولنا الالتزام بكل الخطوات العلمية والمنهجية كسائر البحوث العلمية في مجال علم النفس، بدءا بالإطار النظري للدراسة حيث أعطينا تصورا عاما لمتغيرات الدراسة (جودة الحياة)، وبالاستناد إلى الدراسات السابقة التي اجريت في هذا الموضوع، فقد طرحنا فرضية نابعة من عمق الدراسات السابقة، كما قمنا باختيار أدوات الدراسة والمتمثلة في تطبيق اختبار جودة الحياة للباحثة نعيمة بوعامر.

وانطلاقا من أهداف الدراسة وما توصلت له من نتائج باستعمال المعالجة الإحصائية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) وفي ضوء الدراسة الميدانية الحالية، وبعد الإجابة عن تساؤل الدراسة واختبار فرضها، أسفرت هذه الدراسة عن كون جودة الحياة يتأثر بالعديد من المتغيرات التي تخص الحالة والتي كشف عنها ابعد الاختبار المطبق.

وفي الإطار ذاته، تجدر بنا الإشارة إلى جملة المعوقات التي اصطدمنا بها منذ بداية الدراسة فقلصت مجال هذه الدراسة وحددت من أهدافها، حيث صادفتنا الكثير من العراقيل التطبيقية والتي كانت أبرزها صعوبة الوصول الى اكبر عدد من الامهات و ذلك للحفاظ على خصوصية ابنائهن كذلك عدم توفر مراكز مختصة لأطفال التوحد بالإضافة الى تردد بعض الامهات على الاجابة عن بنود الاختبار بكل صدق و شفافية.

لهذا فإن نتائج هذه الدراسة لا تعبر عن المجتمع الأصلي بل هي مقتصرة على عينة الدراسة وأدواتها، وعليه تبقى الحاجة والضرورة ملحة للقيام بدراسات تشمل عينة أكبر.

وفي الختام؛ يمكن القول أن جودة الحياة تتأثر بشكل كبير بالحالة النفسية و الاقتصادية للأسرة، حيث ان الصعوبات و التحديات اليومية المتعلقة برعاية الطفل التوحدي تنعكس سلبا على الصحة النفسية و جودة حياة الام كما تبقى نتائج هذه الدراسة مشجعة لتوسيع أفاق الدراسة وتعميم نتائجها، والتي خلصنا من خلالها إلى تقديم جملة من المقترحات توجزها في النقاط التالية:

- الأخذ بعين الاعتبار الضغوط النفسية التي تواجهها الأم أثناء رعاية بطفلها التوحدي.
- توعية الأسرة لتبني اساليب المعاملة الايجابية نحو الاضطراب ودعم الطفل في مختلف مراحل العلاج والتأهيل.

التركيز على العمل الجماعي.

- مراعاة الفروقات الفردية في اداء الطفل واعادة النظر في اختلاف برامج التكفل وذلك بما يتماشى مع خصوصية كل حالة وظروف كل اسرة.

أما بالنسبة لأفاق الدراسة فيمكن الاشارة إلى بعض الدراسات التي من شأنها أن تزيد في اثراء هذا الموضوع وايضا تسلط الضوء على هذه الفئة من أفراد المجتمع.

- القيام بدراسات حول أثر التدخل المبكرة في لتحسين جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

- دراسة العلاقة بين الدعم الاجتماعي ومستوى التكيف النفسي لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد.
- التطرق إلى تجارب الأمهات في الريف مقارنة بالمدينة فيما يخص التكفل بالطفل التوحدي.

كما نود في سياق هذه الدراسة تقديم بعض من التوصيات:

- اعلام الاولياء باضطراب الذي يعاني منه ابنائهم وتوضيح الاثار السلبية التي يمكن ان تنجم عن اهمال التعاون مع المختصين في الخطة العلاجية وعدم التقيد بها ما يجعل شفاء الحالة يأخذ وقتا طويلا وذلك لتحفيزهم على التعاون.
- الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع وانشاء جمعياء لتوفير تبرعات من اجل التكفل بحالت ذات الدخل الضعيف
- توفير البيئة الملائمة التي تسمح لهذه الفئة من التدرب والمتابعة لادماجهم في المجتمع.
- توسيع حقل البحوث الميدانية في هذا الميدان ما يساعد على توضيح هذا الاضطراب أكثر لوصول الى برامج علاجية أكثر فاعلية.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

أوفقير، أ. وموزعيكة، ح. (2015). تأثير النشاط البدني الرياضي المكيف على ذوي اضطراب التوحد من الناحية النفسحركية (مذكرة ماستر منشورة(. جامعة بونعامة .

الامام، ص.م. وعيد الجوالدة.ف.(2010). التوحد ونظرية العقل. عمان: دار الثقافة.

بابا، ح. ه. (2019). الشعور بالتماسك وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية والتوحد (مذكرة ماستر منشورة(. جامعة قاصدي مرباح .

باسي، ه. (2016) . أساليب المعاملة الوالدية للأطفال ذوي اضطراب التوحد. (مذكرة ماستر منشورة(. جامعة قاصدي مرباح.

برجل، إ. جبالي، ن. (2015). الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد .مجلة معارف،(19)*10*، 65-88

بوعبد الله، ع. بوعيشة، خ .(2014) .جودة الحياة النفسية. عين مليلة: دار الهدى.

بوعيشة، إ. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر (أطروحة دكتوراه منشورة(.جامعة محمد خيضر.

بوعامر، ن. بن عبد الرحمان، آ .(2021) .مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات .مجلة الواحات للبحوث والدراسات،(1)*14*، .1473 -1449

بن جدو، م. بوناصر، خ. (2024). القدرة التنبؤية لليقظة العقلية بجودة الحياة لدى طلبة سنة أولى ماستر علم النفس وعلوم التربية بجامعة قاصدي مرباح –ورقلة (رسالة ماستر منشورة.(جامعة ورقلة.

بن عيسى، ص. (2019). الرضا الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية (أطروحة دكتوراه منشورة(.جامعة محمد خيضر.

بن غضبان، ف. (2015). جودة الحياة بالتجمعات الحضرية: تشخيص مؤشرات التقييم. عمان: دار المنهجية للنشر والتوزيع.

حمزاوي، ر. وجلول، م. (2023). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى الطالب الجامعي (مذكرة ماستر منشورة(.جامعة ابن خلدون.

دعو، س. وشنوفي، ن. (2013). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي (مذكرة ماستر منشورة(. جامعة آكلي محمد أولحاج.

زريقات، إ.ز. (2004). التوحد الخصائص والعلاج .الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.

.تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية. الجزائر: دار هومة. (2008) زواتي ،ر.

سليمان، أ. س. (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظري والتطبيقي .الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي .

السلامين، أ. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالطموح المستقبليلدى عينة من طلبة عرب النقب الدارسين في كلية التربية في جامعة الخليل (رسالة ماجيستر منشورة(. جامعة الخليل .

شاكر، س.م. (2010). التوحد. عمان: ديبونو للنشر والطباعة والتوزيع.

شرياف، ز. (2019). واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين. مجلة متون ،1(1) ،191-213.

صلاح، س.ص .(2016) .جودة الحياة والصحة النفسية طريقك إلى السعادة. الجيزة :مطبعة يسطرون

طاوسي، م. (2019). قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد (مذكرة ماستر منشورة(.جامعة قاصدي مرباح.

عبد الحفيظ، إ، م. (2022). دور بعض الأنشطة السلوكية في تنمية الانتباه لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .مجلة بحوث العلوم الاجتماعية والتنمية،(6)*6*،.507-481

عبد التواب، ب.ش. (2017). التوحد لدى الأطفال. المجلة العالمية كلية رياض الأطفال. جامعة المنصورة ،4(2) 410-230.

عبد المالك، ح. وتواتي، ع. ا. (2015). اضطراب الذاتوية بين الصعوبات الشخصية والآفاق العلاجية. مجلة العلوم النفسية والتربوية ،1(1)،67-53.

عصفور، غ.م .(2012) .الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين) .رسالة ماجيستر منشورة، جامعة عمان العربية(

عناد، ب، م .(2012) .جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج .مجلة كلية الآداب، (99)،.770-714

العابدي، ر. خ. (2006). التوحد .عمان: مكتبة المجتمع العربي.

العمري، م. ظ. س. (2023). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والصحة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودي: شركةNIM للطباعة

العنزي، س. غ. (2023). جودة الحياة: الأنواع والأبعاد والمؤشرات والاتجاهات المفسرة. مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، 15(1)، 65-78.

غرير، س، أ. نوافلة، و، هـ. (2024). مستوى جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالرفاهية النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن .مجلة جامعة الزيتونة الدولية للنشر العلمي ، (27) *2*،223-205

فرح، س.ت. (2015). التوحد .عمان: دار الاعصار العلمي.

فكري،ب.ش .(2010).فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة .مجلة الإرشاد النفسي،(1)1، 69-30

مصطفى،ف.أ.و الشربيني.ك.(2011). سمات التوحد .عمان: دار الميسر للنشر والتوزيع.

مقنعي، م. حميدة، ش. (2024). صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين (مذكرة ماستر منشورة(.جامعة قالمة.

معوض، د، ص، إ. (2017). جودة الحياة المدركة وعلاقتها بالكمالية المعرفية لدى طلاب كلية التربية في ضوء بعض المتغيرات .مجلة تطوير الأداء الجامعي،(2)*5*،.149-107

ناصر، ع. م. (2022). جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية،31(55)، 905-93.

نقي، أ(2021)..المقابلة : الأهمية ،ألأهداف، الأنواع ،01(02)،95-85.

النواصرة، ف، ع .(2017) .مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أسر أطفال التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات ودرجة إعاقة الطفل .مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية،(3)*25* ،.387-370

الهمص، ص. إ. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة (رسالة ماجيستر منشورة) .الجامعة الإسلامية.

المراجع الأجنبية:

Al-Rawi, A, M. Ibrahim, S, M. Rasheed, S, Y. Suliema, A. (2023). *A Review of causes, physiology, immunity and proposed drug strarigies of autism spectrum disorders. Ain Shames Medical Jornal,74*(4),941-970.

Akranaviciute, D. (2007). Quality of life and its Components Measurement.Vilnius University,2,43-48.

Christensen, D, & Zubler, J. (2020*). From the CDC: Understanding autism spectrum disorder: An evidence-based review of ASD risk factors, evaluation, and diagnosis. American Journal of Nursing, 120*(10), 30–37.

Irina, G. & Malika.P.& Yuri, A. (2008). *Quality-of-life indicators at different sales: Theoretical background*. Russian Academey of siences, *8* (6), 854-862.

Hodges, H. & Fealko, c. & Soares, N. (2020). *Autism spectrume disordre: definition, epidmiology, causes, and clincal evoluation.,9*(1),55-65.

Kerce, W, E. (1992). Quality of life: meaningmeasurement, and modles. Navy Personnel Research and Development Center San Diego, (92)15.

Nagwa I , M, H. & Samah G, H,B . (2025). *Quality of Life of Mothers Having Children with Autism Spectrum Disorder, (27)*, 109.

قائمة الملاحق

مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
المتوسط الكلي	30	2.3820	0.44994
Valid N (listwise)	30		

	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
المتوسط الكلي	0.162	-0.11802-	2.2140	2.5500

مستوى جودة الحياة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد .....

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
متوسط النفسية	30	2.2000	0.60183
Valid N (listwise)	30		

	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
متوسط النفسية	0.011	-0.30000-	1.9753	2.4247

_ مستوى جودة حياة الصحة العامة لدى أمهات أطفال التوحد.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
متوسط العامة	30	2.4139	0.39904
Valid N (listwise)	30		

	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
متوسط العامة	0.247	-0.08611-	2.2649	2.5629

_مستوى جودة الحياة المادية لدى أمهات أطفال التوحد.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
متوسط المادية	30	2.5667	0.55199
Valid N (listwise)	30		

	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
متوسط المادية	0.514	0.06667	2.3606	2.7728

_مستوى جودة الحياة الأسرية الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد.

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
متوسط الأسرية	30	2.3778	0.59414
Valid N (listwise)	30		

	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
متوسط الأسرية	0.269	-0.12222-	2.1559	2.5996

مقياس جودة الحياة :

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية (التكوين ما بعد التدرج)

قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطفونيا

عزيزتي الأم يتكون هذا المقياس من عدة عبارات، وقد وضعت لكل عبارة أربع خيارات والمطلوب منك أن تقرئي كل عبارة وتحدد إجابتك بوضع علامة + في المكان المناسب، وأحيطك علما أن إجابتك ليست للنشر وتستخدم فقط للأغراض العلمية وبكل سرية، فنرجو أن تكون إجاباتك صحيحة وموضوعية، كما نرجو الإجابة على كل العبارات .

وشكرا على تعاونكم.

المعلومات الأساسية

1 الجنس : ذكر. أنثى

2 درجة الإصابة بالتوحد: خفيفة متوسطة عميقة

3 المستوى الاقتصادي للأسرة : منخفض متوسط أعلى

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أشعر بصداع مستمر				
2	أشعر بالرضا عن نفسي				
3	أشعر بالرضا اتجاه مستقبلي				

4	أملك من المال ما يكفيني و يكفي أسرتي				
5	أتناول بعض الأدوية				
6	أشعر بالتفاؤل اتجاه مستقبل ابني الصحي				
7	تمتاز علاقاتي الاجتماعية بالإيجابية				
8	أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه				
9	التزم بنظام غذائي صحي				
10	أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب				
11	أشعر بالتباعد بيني وبين ابني المصاب بالتوحد				
12	لا يهمني ما أصرفه من مال لكي تتحسن حالة ابني				
13	أشعر أن نومي مضطرب بسبب ابني				
14	أشعر بالاستقرار النفسية				
15	أجد احتراما وتقديرا في وسطي الاجتماعي				
16	أقتصد بعض المال لدفع مستحقات علاج وتأهيل ابني المصاب بالتوحد				
17	أشعر بالحيوية والنشاط				
18	تراودني أفكار غريبة لا أعرف مصدرها				
19	أشعر بالرضا عن علاقتي بزوجي				
20	يقلقني ارتفاع التكاليف المادية لتأهيل أطفال التوحد				
21	أنا راضية عن صحتي الجسدية				
22	أتغلب على مشاعر الحزن واليأس التي تنتابني في بعض الأحيان				
23	لدي اتجاه نحو الانعزال ورفض العلاقات الاجتماعية بعد إصابة ابني بالتوحد				
24	أوفر بعض المال تحسبا لأمور طارئة				
25	أتعرض أحيانا للإصابة ببعض الأمراض				

26	أشعر بالتوتر وعدم الارتياح عندما أتعامل مع ابني				
27	أجد من يهتم بحالتي ابني ويتابعه بكل باهتمام				
28	ظروفي المادية الصعبة تقف كحاجز بيني وبين علاج ابني				
29	يتوفر لدي العلاج عندما أحتاجه				
30	أعتبر نفسي إنسانة غير محظوظة				
31	أشعر بالخجل من حالة ابني أثناء تواجد الآخرين				
32	أنا راضية على توفر الخدمات الصحية المقدمة لي				
33	أشعر أني عصبية جدا				
34	أتضايق من تدخل الآخرين في شؤوني الخاصة				
35	أشعر ببعض الآلام في جسمي				
36	أشعر أنني قادرة على التوافق مع الظروف الأسرية				
37	أمارس بعض التمارين الرياضية				