جامعة عبد الحميد بن باديس ـ مستغانم ـ

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة تكميلية لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص : علم نفس عيادي و صحة عقلية

جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحـــد

مقدمة و مناقشة علنا من طرف

الطالبة: بن عيسى أسماء

أمام لجنة المناقشة :

اللقب و الإسم	الرتبة	الصفة
أ.قوعيش مغنية	أستاذة محاضرة(ب)	رئيـــــسا
د.بن أحمد قويدر	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا و مقررا
د.صافية أمينـــة	أستاذة محاضرة(ب)	منـــاقـــشا

السنة الجامعية: 2017 ـ 2018

تاريخ الايداع ..... إمضاء المشرف بعد الإطلاع على التصحيحات .....

مقدمة :

تعتبر الأسرة الوحدة الإجتماعية الأولى التي تضع بصمتها على مستقبل حياة الفرد عامة و على حياة الطفل خاصة , فهي تؤثر بشكل حاسم على نمو الطفل , فإذا قامت الأسرة بوظيفتها بشكل مناسب فإن تأثيرها يكون إيجابيا , و تزداد أهمية الأسرة خصوصا إذا كان أحد أفرادها من ذوي الإحتياجات الخاصة الذين تحول قدرتهم دون اعتمادهم على أنفسهم و يحتاجون إلى رعاية و اهتمام خاص و مما لا شك فيه أن إصابة الطفل بأي نوع من الإعاقة لابد و أن يؤثر بشكل سلبي على الطفل و الأسرة معا و بالتالي يؤثر على جودة حياتهما و خاصة الأم فهي الحضن الدافء , والملاذ الآمن للأطفال

و الزوج , فهي التي تحمل العبء الأكبر في الرعاية و الإحتواء , لذا فإن تعرضها لأي نوع من الإضطرابات النفسية و العصبية , و الجسدية يهز الكيان الأسري و و بنيانه بأكمله , و على هذا الأساس تناولنا دراسة موضوع جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد و يعتبر التوحد Autisme من أكثر الإعاقات تعقيدا بالنسبة للطفل , ذلك لأنه يعد من الإعاقات النمائية التي تؤثر على العديد من جوانب النمو, الجانب المعرفي و الإجتماعي و الإنفعالي للطفل و وعلى سلوكه بوجه عام , و على قابليته للتعليم و التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق أي درجة من القدرة على العمل , أو الاستقلال الاجتماعي و الإقتصادي , و بالتالي فإن قبول الأسرة لإصابة طفلها بالتوحد و بتفهمها لطبيعة هذه الإعاقة , يعتبر أحد أبعاد جودة حياة الأسرة وبالتالي ينعكس على جودة حياة الأم إيجابا و بالتالي قدرتها على رعاية الطفل التوحدي , و من هنا يقصد بجودة الحياة بشكل عام جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه النفسي و الجسمي و المعرفي و درجة توافقه مع نفسه و مع الآخرين و تكوينه الاجتماعي و الأخلاقي (البهادلي و كاظم، 2006 ، ص69).

تأتي الدراسة الحالية لتبحث عن كيف هي جودة الحياة عند أمهات الطفل المصاب بالتوحد في ظل تطبيق مقياس فيرغسون لقياس جودة الحياة .و كيف تؤثر أبعاد مقياس جودة الحياة (الخطر , الفقدان

والتحدي) على جودة حياة الأمهات ,وللوصول إلى الأهداف المرجوة تناولنا هذا الموضوع من خلال خمسة فصول ثلاث فصول في الجانب النظري،وفصلين في الجانب التطبيقي.

يتضمن الفصل الأول الإشكالية وما يتبعها من اعتبارات منهجية، وتحديد للمفاهيم و التعاريف الإجرائية كما تم فيه عرض للدراسات السابقة ذات العلاقة.وتم التطرق في الفصل الثاني إلى التوحد حيث تناولنا فيه تعريفه ، أعراضه، أسبابه , تشخيصه ،و العلاج و البرامج العلاجية للتوحد بالإضافة إلى علاقة الأسرة بالطفل التوحدي , أما الفصل الثالث فخصص لمفهوم جودة الحياة مع التركيز على بعض النماذج و الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصفها وتفسيرها , بينما أدرجنا في الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية .و أخيرا تم إفراد الفصل الخامس لعرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، لنختم في الأخير باستنتاج عام لنتائج الدراسة.

الإشكالية:

إن اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي ,الاجتماعي و السلوكي للأسرة عامة و للأم خاصة , حيث أن هذا الحدث يضع الوالدين أمام واقع مر سواء كانت الإعاقة جسدية أو عقلية , و قد يكون الطفل مصاب باضطراب من الاضطرابات النمائية كالتوحد ,و الذي يعتبر من أكثر الاضطرابات تعقيدا (دعو,شنوفي,2013:45)

إذ لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها معرفية ,إجتماعية ,لغوية و انفعالية ,مما يجعل الطفل في تبعية دائمة للأم و ذلك لعدم قدرته على تحقيق حاجاته و رغباته بمفر ده و بالتالي هو غير قادر على تحمل مسؤوليته بنفسه الأمر الذي ينعكس على الحياة اليومية للوالدين و خاصة الأمهات عندما يتعلق بالإستجابة إلى حاجات الطفل من مأكل و مشرب , ولعب , و صراخ , و عدم الكلام , فتجد الأم نفسها في معركة حقيقية بين اضطراب ابنها و عدم قدرتها على مساعدته لتجاوز هذا الإضطراب .

و هذا ما دفع الباحثين بالإهتمام بهذا الإضطراب نظرا لتأثيره على الطفل و على الوالدين حيث غالبا ما تكون الصدمة أول رد فعل لهم يليها عدم التقبل و الغضب و الإعتقاد بأن توحدية ابنهم ناتجة عن خطأ شخص ما , و قد يستسلمون للهم و الغم و الشعور بالإحباط و الإكتئاب و كلها ردود أفعال تتكرر لدى الآباء (محمد السيد و آخرون ,2005).

فقد أظهرت دراسة wachter (1970) التي تهدف لمعرفة ردود أفعال الآباء و الأمهات نحو ميلاد طفل معاق حركيا أو ذهنيا إن اكثر ما يميز هذه الردود هي مشاعر القلق و الشعور بالذنب و الخجل و الإنسحاب و الرفض sellye et wiliam (1977).

و أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسرة قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل إلى درجة المرض , و تختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر

داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة و أخرى , و تؤكد نفس الدراسة أن الوالدين هم الأكثر تعرضا للظغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم و علاقاتهم الإجتماعية أو البيئة التي يسكنون فيها و يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب, الرفض المستمر للطفل , الحماية الزائدة , حبس الطفل في المنزل و عدم إظهاره للناس, الإنعزال عن الحياة الإجتماعية , الشعور بالنقص و الهروب من الواقع و عدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة مع عدم وجود الإنسجام النفسي بين الوالدين وبينهم و بين بقية أفر اد الأسرة.(شاكر مجيد,2010: 36).

و من خلال ما سبق فإن حدث وجود طفل توحدي في الأسرة يولد شعور بعدم الرضا عن الحياة و إلى خلل في جودة حياة والدي الطفل المتوحد خاصة الأم.

و يرى العارف بالله الغندور أن علم النفس له السبق في فهم و تحديد المتغيرات المؤثرة في جودة حياة الإنسان (**مشري، 2014 : 217)**

كما يرى **جليمان و إيستربورك وفراي (2004)** بأن جودة الحياة بمفهومها العام تخضع لمتغيرات داخلية"**(أبوحلاوة، 2010 : 02).**

و تشير دراسة عباس و الزاملي حول العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم و من أهدافها التعرف على العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، التعرف على العلاقة بين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم وكل من مستوى دخل الأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، ومحل الإقامة وجنس الأطفال، كما هدفت الدراسة إل ى الكشف عن الفروق بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم في جودة الحياة.

و درا سة : سارة عبد العظيم دياب 2014 حول الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين، رسالة ماجستير, حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية النوع ، العمر ، المستوى التعليمي

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي , وتوصلت الد ا رسة إلى الآتي:

- أن الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع.
- توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد.
- لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى والدي أطفال التوحد.

ومن خلال دراستنا سنقوم بمحاولة الكشف عن تقييم أحداث الحياة و قياس التوتر المدرك و أبعاده "التهديد و لأمهات الفقدان و التحدي لأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد و عليه كيف تكون إشكالية الدراسة كالتالي : **كيف هي جودة الحياة عند أمهات الطفل المصاب بالتوحد في ظل تطبيق مقياس فيرغسون لقياس جودة الحياة ؟**

للإجابة على هذه الإشكالية سوف نستند إلى الفرضيات المنهجية التالية **:**

- ✓ يبدو بعد الخطر أكثر تأثيرا على جودة حياة الأمهات.
- ✓ يبدو بعد التحدي أكثر تأثيرا على جودة حياة الأمهات .
- ✓ يبدو بعد الفقدان أكثر تأثيرا على جودة حياة الأمهات .

الهدف من الدراسة:"

هدفت هذه الد ا رسة الى اختبار جودة الحياة لدى اسر الأطفال المتوحدين ومن ثم صاغت الباحثة مجموعة من الأهداف المتمثلة في الآتي:

- ✓ التعرف على السمة العامة المميزة لجودة الحياة لدى اسر الأطفال التوحديين
- ✓ الكشف عن العلاقة الإرتباطيه بين جودة الحياة وحجم الإعاقة لدى أسر الأطفال التوحديين.
- ✓ توضيح الفروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال التوحديين تبعاً لأبعاد جودة الحياة بعد الفقدان ,بعد التحدي, و بعد الخطر.
- ✓ توضيح العلاقة بين متغيري اضطراب التوحد عند الأبناء و جودة الحياة لدى الأولياء باختلاف الأبعاد المكونة لجودة الحياة (,الشعور بالسعادة,الرضا عن الحياة , الدخل المادي , الصحة النفسية)

أهمية الدراسة :

تظهر أهمية الدراسة في النواحي التالية:

أولا : الناحية النظرية

- ✓ تسليط الضوء على أسر الأطفال التوحديين و قياس جودة الحياة لديهم و إجراء البحوث والدراسات العلمية التي تساعدهم على الارتقاء بجودة الحياة.
- ✓ تزويد المكتبة ببحث علمي يستفيد منه الدارسين.

ثانياً : الناحية التطبيقية:

- ✓ تبرز الأهمية التطبيقية لهذا البحث من إمكانية الإفادة من نتائجه في المجالات التربويةوالاجتماعية التالية

- ✓ استخدام المربين وأولياء الأمور ذوي الإحتياجات الخاصة لأساليب التعزيز المختلفة ، ممايسهم في الاهتمام بأطفالهم والإحساس بطعم الحياة والقدرة على إضافة مساندة ودعم أكبر لهذه الفئة.
- ✓ تقديم بحث علمي يمكن أن يكون انطلاقاً لبحوث أخرى في نفس المجال.

تحديد المفاهيم الإجرائية

جودة الحياة: فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية والجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين نوعين من الجودة .

التوحد : وهو الاضطراب الذي يظهر بشكل أساسي قبل بلوغ الطفل سن 36شهرا و اضطرابه لغويا ومعرفيا وبالاضافة الى اضطرابه الملحوظ بارتباطه وانتمائه للأماكن والأحداث و الأفراد و قصور في مها رات التواصل الاجتماعي و الأنماط السلوكية والوظيفية.

أمهات الأطفال التوحديين للأطفال الذين سنهم مابين (2-9 سنوات) بمختلف الأعمار و المستوى الثقافي اللواتي تعايشن مع إضطراب طيف التوحد.

اختبار ferguson : هو مقياس التوتر (الضغط) دْرَك، الذي بني بهدف تفعيل مفهوم "التقييم الأولي" وأبعاد التوتر المُدْرَك "التهديد والفقدان والتحدي" ، تم اختيارهم بعناية شديدة، بالرجوع إلى الأشكال الأربعة للتقييم الأولي، التي وصفها فولكمان و لازاروس Folkman et Lazarus(1985).

الدراسات السابقة:

ارتبط مفهوم جودة الحياة بعلم النفس الإيجابي و الذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية لجودة حياة الأفر اد , و قد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار و اهتم الباحثين بمفهوم جودة الحياة و بدراسته و في فهم و تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان , و هذا مايمكن التطرق إليه من خلال هذه الدراسات.

- دراسة سوسن عبد الونيس ابراهيم حجازي حول الرضا عن الحياة و علاقته بالأداء الإجتماعي لأسر الأطفال التوحديين هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الرضا عن الحياة و الأداء الإجتماعي لأسر الأطفال التوحديين و اثبتت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين الرضا عن الحياة و مساعدة الأسر للطفل التوحدي على التعبير عن احتياجات رعاية الذات و على التواصل اللفظي و البصري مع الآخرين.

- **دراسة عباس و الزاملي** (2006) حول العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلمهدفت الدراسة للتعر ف على العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لد ى الأطفا ل ذوي صعوبات التعلم، التعرف على العلاقة بين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم وكل من مستوى داخل الأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، ومحل الإقامة وجنس الأطفال، كما هدفت الدراسة إل ى الكشف عن

الفروق بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم في جودة الحياة.

عينة الدراسة(100) طفلا وطفلة 50طفلا عاديا و 50 طفلا ذو صعوبات في التعلم كما اشتملت عينة الدراسة على أولياء أمر هؤلاء الأطفال بلغ عددهم (100) والد ووالدة و كانت نتائج الدراسة كالتالي

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم فيجودة الحياة.

اختلاف مستوى جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم باختلاف مستوى دخل الأسرة.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة ترجع إلى الموقع الجغرافي.

عدم اختلاف مستوى جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم باختلاف مستوى تعليم الوالدين.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مقياس جودة الحياة بالنسبة لمتغير الجنس.

كان أهم عامل من العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة حياة الأطفال ذوي صعوبات التعلم هي جودة الحياة الأسرية، يليه العامل المرتبط بالمصادر المتاحة في المجتمع.

درا سة : سارة عبد العظيم دياب 2014 حول الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين، رسالةماجستير حيث هدفت لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية النوع ، العمر ، المستوى التعليميى استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي . وتكونت عينة الدراسة من (30) عينة 14ذكورو 16 إناث من والدي أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم استخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعداد زينب محمود شقير 2003 مقياس جودة الحياة من إعداد الأمم المتحدة للصحة العالمية 1997 م والتي تم ترجمتها في الأردن – عمان 2004 وتم تحليل بيانات الدراسة بواسطة المعالجات الإحصائية التالية :اختبار (للعينة الواحدة.) اختبارات (لعينتين مستقلتين).

- معامل الفا كارونباخ للمعامل الثابت .كاي اسكوير .معامل ارتباط اسبيرمان .المتوسطات والمنحرفات .وتوصلت الدارسة إلى الآتي:

- أن الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع.

- توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد.

- لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى والدي أطفال التوحد .

- **دراسة حرطاني أمينة** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير 2014 بعنوان جودة الحياة لدى الأمهات و علاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء هدفت هذه الدراسة إلى بحث عن العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات و المشكلات السلوكية عند أبنائهن ، و كذا البحث في إمكانية تأثر هذه العلاقة بمتغيرات سن الأم و عملها و مستواها التعليمي ، و لتحقيق أهداف الدراسة استخدم المنهج الوصفي ، تمثلت أدوات الدراسة في استبيان جودة الحياة من اعداد الباحثين و مقياس المشكلات السلوكية للأبناء (بعدما تم تكيفه على البيئة الجزائرية) أما عينة الدراسة فتمثلت في 165 تلميذ (ة) يتابعون دراستهم بالمدارس الإبتدائية لولاية سيدي بلعباس (الجزائر) و تتراوح أعمارهم ما بين 10 و 13 سنة إلى جانب أمهاتهم (في المجموع 330 فردا) ، وقد توصلت الدراسة إلى أن غالبية الأمهات تحصلن على درجة مرتفعة من جودة الحياة ، بينما تحصل غالبية أبنائهن على درجة منخفضة من مشكلات السلوكية ، وانه يوجد ارتباط دال إحصائيا و عكسي المشكلات سلوكية عدد الأبناء و جودة الحياة لدى الأمهات لا تتأثر بمتغيرات سن الأم و عملها و مستواها التعليمي ، كما لا تختلف قوة العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية و عدد الأبناء و جودة الحياة لدى الأمهات باختلاف الأبعاد لمتغير جودة الحياة .

- **دراسة : طرفاية سهيلة 2016** م بعنوان الضغط النفسي و استيراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد, مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستير , هدفت هذه الدراسة لمعرفة مدى تأثير الإستيراتيجيات المستعملة من طرف أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على مقياس إدر اك الضغط , و توصلت الدراسة من خلال عرض الحالات إلى وجود ضغط مرتفع لدى الأمهات اللواتي استعملن استراتيجيات نحو الوجدان أو الإنفعال .

- **دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله 2015** حول جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية رسالة الماجيستير , هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة

استبانة البيانات الأولية ومقياس جودة الحياة وهو مقياس منظمة الصحة العالمية تعريف (بشرى أحمد) 2008حيث قامت الباحثة بتعديله على عينة البحث الحالي ، وكان العدد الكلي لعينة البحث " 71 "فرداً من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، تم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية الطبقية المتناسبة ، بعد جمع البيانات ثم استخدم الحاسب الآلي وبرنامج الحزم الإحصائية حسب الأساليب الإحصائية ألفا كرونباخ لحساب الصدق (SPSS) للعلوم الاجتماعية والثبات ، والنسبة المئوية واختبار (ت)لعينة واحدة لمعرفة الفروق، وقيمة معامل الارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرات وتحليل التباين الأحادي (ف) لمعرفة الفروق . وبعد التحليل كانت النتائج كالتالي: السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية

- توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع) ذكر ، أنثى

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي .

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

- **دراسة إ باشا (2015)**حول autisme et dynamique familiale التوحد و الديناميكية العائلية , تتضمن الدراسة الحياة النفسية لآباء الأطفال المصابين بالتوحد و سلوكاتهم و كذا سلوكات الإخوة و مختلف المصاعب التي يواجهها الإثنين في التعامل مع الطفل المصاب باضطراب التوحد حيث يشير المقال إلى المعانات و جودة الحياة لديهم.

تمهيد:

يعد الإهتمام بالأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في المجتمع المعاصر , هو أحد المعايير المهمة لقياس مدى تقدم المجتمعات الحديثة , و لايقتصر الإهتمام على الخدمات التي تقدم لهذه الفئة , بل يتعدى ذلك إلى كيفية دمجها , و مواجهة ما تعانيه من احتياجات و مشكلات نفسية و صحية و تربوية و يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية انتشارا و تعقيدا ، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي، و الاجتماعي والحركي، وفي عمليات الانتباه والإدراك و اختبار الوقائع، ولا يتوقف تأثير إضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة، بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضعوا إلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل.

وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه، والأعراض التي يظهر عليها للتمكن من تشخيصه وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، والتعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لعلاج هذا الاضطراب ولو بدرجة ضئيلة.

تعريف التوحد:

لغتا :

التوحد «Autism»مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه و (soi- méme) و كلمة ism و تعني إنغلاق.

إصطلاحا:

وصف بعض العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه شيزوفرينيا و استخدم آخرون مصطلح التوحد الطفولي Childhood Autism في مجال التشخيص الإكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية ,إذ أن هناك العديد من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام الطفولي.

و تبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة , أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد عمر ثلاث سنوات. (شاكر مجيد ,2010 :23).

عرف ليو كانر Leo Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية .

- صعوبة تكوين الإتصال و العلاقات مع الآخرين .
- إنخفاض في مستوى الذكاء.
- العزلة و الإنسحاب الشديد في المجتمع .
- الإعادة الروتينية للكلمات و العبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.
- الإعادة و التكرار للأنشطة الحركية.
- إضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو إمتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية .
- ضعف الإستجابة للمثيرات العائلية.

- الإضطراب الشديد في السلوك و إحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب .(نفس المرجع ,ص24).

و يعرفه كنو بلوك Knoblock (1980) بأنه إضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ ,غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث ال,لى من عمر الطفل و يتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين , و ضعف واضح في التفاعل , و عدم تطوير اللغة بشكل مناسب , و ظهور أنماط شادة من السلوك , وظعف في اللعب التخيلي (القمش, معايطة,2007: 295).

أما **هولين (1995)** فيعرفه على أنه مصطلح يطلق على أحد إضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في النمو الإدراك الحسي و اللغوي , و بالتالي في نمو القدرة على التواصل , التخاطب , التعلم , النمو المعرفي و الإجتماعي , و تصاحب ذلك نزعة اسحابية انطوائية و انغلاق على الذات مع جمود عاطفي و انفعالي.(أسامة فاروق,الشربيني ,2011 : 23).

أما **عكاشة** فأطلق عام 1969 على إعاقة التوحد إسم التوحد الطفولي و يعرفه بأنه نوع من الإضطراب الإرتقائي المنتشر يدل على وجوده:

- نمو أو إرتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.
- نوع مميز من الآداء غير طبيعي في المجالات النفسية الآتية

أ- التفاعل الإجتماعي

ب- التواصل و السلوك المحدد المتكرر.

ج- وجود مشكلات أخرى متعددة و غير محددة مثل الرهاب , و اضطرابات النمو و الغذاء, و العدوان الموجه نحو الذات .

و يرى عكاشة أن نسبة انتشار هذا الإضطراب بين الأطفال يترواح ما بين4-5 أطفال بين كل عشرة آلاف طفل . (شاكر مجيد ,2010 :25).

أما الدكتور يحيا الرخاوي فقد وصف التوحد الطفولي عام 2003 بأنه نوع من الإنغلاق على الذات منذ الولادة , حيث يعجز الطفل عن التواص مع الآخرين بدءا من أمه و بالتالي يعاق نموه اللغوي ,و الإجتماعي و المعرفي. (شاكر مجيد ,2010 :28).

ويرى إسماعيل بدر (1997) أن التوحد هو: « إضطراب إنفعاليوا ٍجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية، خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية » .(محمد أحمد خطاب، 2009 :17)

إضافة إلى التعاريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA التوحد على أنه: « إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتاج إضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث ، كما أنه قليل الإنتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الإجتماعية والعرقية . »(سعيد حسن ، 2002 : 34).

كما تعرف منظمة الصحة العالمية طيف التوحد الطفولي على أنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث من عمر الطفل , و يؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي , اللعب,و التواصل الإجتماعي

و يعرف اضطراب طيف التوحد كما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 لعام 2013 في نسخته الخامسة على أنه ":اضطراب في النمو العصبي، ويتميز بإعاقة شديدة في التواصل(اللفظي وغير اللفظي)، والتفاعل الاجتماعي، ومحدودية في الأنماط السلوكية و تكرارها و الإهتمامات و النشاطات .(آية عز الدين ,2018 :18).

ومن خلال ما سبق نجد أن التوحد إضطراب متعدد الأسباب والأعراض، ويسبب قصورا في النمو وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع إضطرابات أخرى , فهو يصيب الطفل في سنواته الأولى،ويظهر في شكل أعراض متنوعة ومتعددة ومختلفة في درجتها وشدتها، من طفل لآخر، والمؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة، التواصل، النمو الحسي والحركي، النمو الإنفعالي، النمو الإجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي إلى آخره ما يجعله منطويا ومنسحبا عن العالم الخارجي مكونا لذاته عالما خاصا به.

2- أعراض التوحد :

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها و عددها من طفل لآخر حيث تمس :

- التفاعل الإجتماعي
- التواصل اللفظي و غير اللفظي.
- خلل في الحواس.
- ضعف في اللعب و التخيل.
- ظهور أنماط شادة من السلوك.(شاكر مجيد ,2010: 298).

2-1- أعراض التوحد حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM-5

يعتبر الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات العقلية مرجعا لمختلف الإخصائيين لتسهيل عملية تصنيف أو تشخيص الأمراض النفسية و العقلية , منذ اصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1952,و من بين هذه الإضطرابت إضطراب التوحد الذي شهد هو كذلك تغيرات جمة في مختلف طبعات ال DSM على مدار السنين .

تعريف DSM :

هو دليل لتصنيف الإضطرابات العقلية و الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي و هذا الأخير أعطى لعلماء النفس لغة مشتركة و مبادئ توجيهية لتشخيص مئات الأمراض العقلية , وقد خضع للعديد من المراجعات فتوالى نشر طبعات مختلفة منه , أما **DSM-5** هي النسخة الأخيرة و التي نشرت سنة 2013.

شبكة DSM-5 للمعايير التشخيصية للتوحد

هو نظام متعدد المحاور , يسهل هذا النظام في تقييم شامل و منهجي و لقد أخذ إضطراب التوحد نصيبه من مختلف الطبعات , و سيتم فيما يلي تتبع تصنيف التوحد و المعايير التشخيصية الخاصة به .

و لتشخيص اضطراب التوحد يتوجب التأكد من الشروط الأربعة التالية كما يلي :

1- الشرط الأول – عدد الأعراض

من الضروري أن تتوفر 5 أعراض في مجالين(2)

- في مجال التواصل و التفاعل الإجتماعي يجب توفر كل من الأعراض 3/3
- في مجال أنماط متكررة محددة من السلوك , و الإهتمامات يجبتوفر إثنين عى الأقل من أربعة أعراض4/2.(مجدوب ,كبيش ,2017: 48).

1-2- مجال التواصل و التفاعل الإجتماعي في المواقف المختلفة, سواء في المراحل الحالية أو ماقبلها , و هي مبنية فيما يلي بأمثلة توضيحية و ليست شاملة.

العرض الأول: صعوبة في التبادل الإجتماعي –العاطفي و يتراوح مثلا ما بين :

- التعامل الإجتماعي غير الطيبيعي
- الفشل في تبادل حوار اعتيادي مثلا
- الفشل في المشاركة في الإهتمامات و العواطف و المزاج
- الفشل في بدء تفاعل اجتماعي أو الإستجابة له.

العرض الثاني : صعوبة في سلوكات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الإجتماعي و يتراوح مثلا ما بين:

- ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي .
- إلى خلل في التواصل البصري و لغة الجسد أو صعوبة في فهم و استخدام التعبير الجسدي(الإيماءات).
- إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه و التواصل غير اللفظي.

العرض الثالث : صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها و يتراوح مثلا من:

- صعوبات في ضبط السلوك ليتلائم مع مختلف المواقف الإجتماعية
- إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إنشاء صداقات
- إلى فقدان الإهتمام بالأقران.(مجدوب ,كبيش 2017: 49).

2-2 مجال أنماط متكررة محددة من السلوك , الإهتمامات , أو الأنشطة

سلوك , اهتمامات أو أنشطة ذات نمط محدد أو متكررو تظهر في إثنين على الأقل مما يلي , سواء في المراحل الحالية أو ماقبلها , و منها ما يلي :

العرض الأول: نمطية و تكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام مثلا:

- أنماط حركية بسيطة
- صف الألعاب أو قلب الأشياء
- إعادة ترديد الكلام المسموع ك (صدى /الصدى اللفظي).
- ترديد عبارات خاصة ليس لها معنى

العرض الثاني: الإصرار على التشابه , و ارتباط غير مرن بالأفعال الروتينية,أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي و غير اللفظي مثلا:

- الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة
- صعوبات عند التغيير
- أنماط تفكير متصلبة
- الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم

العرض الثالث: اهتمامات محددة و ثابتة بشكل كبيرو بصورة غير طبيعية من ناحية الشدة و التركيز مثلا:

- التعلق الشديد أو الإنشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية
- التقيد بصورة مبالغ فيها, أو المواظبة على الإهتمام بشيئ محدد

العرض الرابع: فرط أو ضعف التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي بالجوانب الحسية للمحيط مثلا:

- عدم الإكتراث الواضح للألم أو لدرجة الحرارة .
- الإستجابة السلية لأصوات أو لأحاسيس لمس معينة .
- الإفراط في شم و لمس الأشياء.
- الإنبهار البصري بالأضواء أو الحركة.

3-2- **الشرط الثاني – الشدة**

من الضروري أن نحدد الشدة على أساس ضعف التواصل الإجتماعي و أنماط السلوك المحددة , المتكررة كما يلي:

درجة الشدة لإضطراب التوحد		
مستوى الشدة	**التواصل الإجتماعي**	**السلوكيات النمطية المتكررة**
المستوى3 **يحتاج** لدعم **كبير جدا**	- عجز **شديد** في مهارات التواصل اللفظي و الغير اللفظي مسببا اختلالات شديدة في الأداء - بدء **محدود جدا** للتفاعل الإجتماعي , مع أقل الإستجابات للآخرين **مثلا**: شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح و نادرا ما يبدأ التفاعلات و إذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الإحتياجات فقط و للإستجابة و المقاربات الإجتماعية المباشرة فقط.	- انعدام المرونة في السلوك - صعوبة **شديدة** في التأقلم مع التغيير -السلوكات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع النواحي . -ضيق **شديد /صعوبة كبيرةلتغيير** التركيز أو الفعل
المستوى2 يحتاج لدعم كبير	-عجز **واضح** في مهارات التواصل اللفظي و الغير اللفظي - الإختلالات الإجتماعية واضحة حتى مع وجود الدعم - بدء محدود للتفاعل الإجتماعي مع استجابات ضعيفة أو شاذة مع الآخرين.	- انعدام المرونة في السلوك - صعوبة في التأقلم مع التغيير -أوأن السلوكات النمطية /المتكررة تظهر بتكرار كاف لتبدو واضحة لمراقب خارجي و

	- مثلا شخص يستعمل جملا بسيطة و تفاعلاته محددة .	تتداخل مع الآداء في العديد من السياقات. - ضيق /صعوبة لتغيير التركيز أوالفعل.
المستوى1 يحتاج لدعم	-**دون وجود دعم** , فالعجز في التواصل الإجتماعي يسبب اختلالات اجتماعية واضحة - صعوبة في بدء التفاعلات الإجتماعية مع أمثلة واضحة للإستجابات الغير الناجحة أو الغير المعتادة لإستهلالات الآخرين. - و قد يبدي اهتمام ضعيف للتفاعلات الإجتماعية مثلا: شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة و قد يشترك في التواصل و لكن المحادثة و الأخذ و الرد مع الآخرين تفشل و و محاولاته لتكوين صداقة مع الآخرين تكون غريبة و غير ناجحة عادة.	- انعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الآداء في واحد أو أكثر من السياقات - صعوبة التغيير بين الأنشطة - مشاكل التنظيم و التخطيط تعرقل الإستقلالية.

جدول رقم (1) يمثل الشطر الثاني – الشدة- من شبكة DSM-5

2-4- **الشرط الثالث – فترة وجود الأعراض**

من الضروري أن نحدد فترة وجود الأعراض يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة مبكرة من نمو الطفل (12 -24 شهر) ,قد تظهر قبل 12 شهر إن كان تأخر النمو شديد أو بعد 24 شهر إن كان اقل شدة و لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الإجتماعية مدى محدودية قدراتالطفل التوحدي, أو قد لا تظهرأبدا لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو.(مجدوب,كبيش 2017: 56).

2-5- **الشرط الرابع- ضرر الأعراض**

من الضروري أن تسبب هذه الأعراض ضررا واضحا في مجالات الأداء الإجتماعي و الوظيفي أو في غيرها من النواحي المهمة. (مجدوب ,كبيش ,2017: 56).

3- أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه إضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجح إليها حدوثه، سواء كانت نفسية، بيولوجية، وراثية، جينية أو كيماوية حيوية.

وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

3-1 العوامل الجينية:

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي (FRITH 1989) فأكثر البحوث تشير إلى وجود العامل الجيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الإضطراب , حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة أكثر من التوأم الأخوية . (أسامة فاروق,الشربيني, 2011 ,ص 24)

3-2 العوامل المناعية :

اشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي فالعوامل الجينية و كذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين.

3-3 العوامل العصبية:

أظهر الفحص العصبي للأطفال التوحديين إنخفاظا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على الإستجابة السوية و اللغة .

3-4 التلوث البيئي:

ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات و تركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق و الكاديوم في ولاية كليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

3-5 العقارير:

ارتباط الإصابة بالتطعيمات و خاصة التطعيم الثلاثي حسب ويكيفدل wakefidle 1998 , و يعزز هذا الإفتراض زيادات التطعيمات التي تعطى للأطفال .

3-6 الخمر و المخدرات:

اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني و التوحد , فالأثينول معروف على أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي مما يزيد مخاطر الإصابة بالتوحد.

3-7 التدخين:

انتهت نتائج دراسة هيلتمان و آخرون إلى ارتباط التدخين الأموي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد .

3-8 إصابة الأم بالأمراض المعدية:

أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال التوحديين من المحتمل أنها تكون ناتجة عن العدوى, حيث أوضح فودجاني أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب و هما عدوتان شائعتان .(أسامة فاروق,الشربيني, 2011 : 26).

3-9 الأسباب النفسية :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر(Kanner) في نظرية" البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء"، بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة

وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح الطفل بالإتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال .(جمال مثقال قاسم،2000).

ولقد أشار بيتلهاين(Bettelhein) إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطورالطبيعي لذخيرة إستجابات الطفل (سعيد حسني العزة، 2002 : 61)

كما يرى أولجرمان (Olgorman) (1980) بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب إضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه ، وقد يرجع الإضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الإضطراب إلى إصابة الأم بالإنفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالدها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في إضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولية عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا في الإعاقة، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها مع الطفل بسبب غيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل إهتماماتها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلا، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد .(سعيد حسني العزة، 2002 : 61)

3-10 - أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد.

وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

- الإلتهابات الفيروسية (Viral infection):

-الحصبة الألمانية :وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-تضخم الخلايا الفيروسية :وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-الإلتهاب الدماغي الفيروسي :وهو إلتهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة .

4- تشخيص اضطراب التوحد:

تعتبر عملية التشخيص من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل التوحدي , حيث أن التشخيص بحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات في الجانب الطبي , النفسي , و الإجتماعي , و التربوي السلوكي .

أولا-التشخيص الطبي :

ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكت تلخيصها في :

أ- التاريخ التطوري و المرضي للأسرة و الطفل.

ب- الكشف السريري (الكشف المباشر على الطفل).

ج – الفحوصات الطبية مثل فحص الرنين المغناطيسي , فحص السمع , البصر , الدم ,البراز ,البول

د- ملاحظة الوضع العام و السلوك العام للطفل من خلال الزيارات الأولى في العيادة .

هـ- المشاركة في عملية التشخيص و التشخيص الفارقي أي تحديد نوع الإضطراب لدى الطفل التوحدي (القمش و معايطة ,2007: 300)

ثانيا : التشخيص و التقييم السلوكي و التربوي

و حتى نصل إلى تشخيص تكاملي لحالة الطفل التوحدي , فإنه لابد من التطرق إلى الجزء المكمل في عملية التشخيص و هو الجانب السلوكي و التربوي , و الجدير بالذكر فإن أهم أدوات الكشف المستخدمة للتعرف على جوانب الإضطراب بشكل عام هي :

1-4 التصنيف الدولي العاشر نظام(ICD 10):

أ- وجود قصور أو عجز في نمو واحدة أو أكثرمما يلي: و ذلك قبل ثلاث سنوات و هي اللغة التعبيرية ,نمو التفاعل الإجتماعي , و اللعب الرمزي أو الوظيفي

ب – القصور في التفاعل الإجتماعي المشترك : من خلال عدم القدرة على عدم متابعة النظر لأعين الآخرين و التعبير بالوجه و الجسم مع عدم القدرة على تطوير العلاقات , و نقص في المشاركة الإجتماعية و العاطفية و العجز في الإستجابة لعواطف الآخرين.

ج- قصور التواصل : حيث يلاحظ على الطفل التوحدي تأخر و نقص كامل في اللغة المنطوقة و عدم ملائمة الصوت في درجة الصوت النبرة .

د- الأنشطة و الإهتمامات :غالبا ما تكون محدودة , التعلق بأشياء غير عادية و غريبة و سلوك نمطي متكرر و آلي و الإهتمام بتفاصيل غير مهمة في البيئة المحيطة (القمش و معايطة ,2007: 300)

2-4- مقياس تقدير التوحد في الطفولة CARS

أ- تعريف المقياس

لقد شهد مقياس **CARS** دراسات و بحوث أكدت مصداقيته منذ أن وضعه كل من Schopler ;Renner ;Reichler سنة 1980 و في سنة 1989 أعتبر أداة صالحة و موثوقة لفحص المراهقين و البالغين .

يطبق مقياس CARS على الأطفال من جميع الأعمار بما في ذلك سن ما قبل المدرسة (من 2 سنة) , و قد تم تطويره لتحديد الأطفال الذين يعانون من التوحد و لتمييزها عن الأطفال الذين يعانون من الإضطرابات النمائية الأخرى , يسمح هذا المقياس بمراقبة تطور صفات التوحد في أوقات مختلفة من الحياة.

(مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

ب- بنود مقياسCARS

يقيس مقياس CARS 15 محورا و كل محور له أربع بنود و كل بند بند له درجة و هي كما يلي

1- العلاقة مع الآخرين:

تقييم سلوك الطفل في حاللات مختلفة حيث يكون هناك تفاعل مع الآخرين.

- **العانصر التي يجب ملاحظتها**

مراقبة الأوضاع المنظمة و غير المنظمة للطفل يمكن أن يكون التفاعل مع الكبار أو واحد من إخوته أو غيرهم من الأطفال

- ملاحظة كيفية تعامل الطفل في المواقف المختلفة مثلا ردة فعله للإتصال الجسدي.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك :طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس و تصرفاته بمثل عمره .

- قيمة (2) لسلوك : غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ,يتجنب عندما يجبر على التواصل,الخجل بصورة مبالغ فيها, لا يتجاوب , ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل بنفس عمره.

- قيمة (3) لسلوك:غير طبيعي بدرجة متوسطة ,انطوائي ,يحب العزلة,لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين به.

- قيمة (4) لسلوك: غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الإستجابة (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

2القدر ة على التقليد و المحاكاة:

يتناول تقييم تقليد الطفل للسلوك اللفظي و غير اللفظي,يجب أن يكون سلوك التقليد واضح و ضمن إمكانيات الطفل

- **العانصر التي يجب ملاحظتها**

-يمكن أن يشمل التقليد الشفهي تكرار الأصوات البسيطة أو تكرار الجمل الطويلة التقليد الحركي يمكن ان يتعلق بحركات اليد أو كامل الجسد , لعب مع الأشياء

- **كيفية التنقيط**

-قيمة(1) لسلوك:طبيعي يقلد الطفل الأصوات ,الكلمات الحركات بحيث تكون بحدود قدراته

قيمة(2) لسلوك : غير طبيعي بدرجة طفيفة يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات مثل التصفيق أو بعض الكلمات و يحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها.

-قيمة(3) لسلوك: غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة و لكن يحتاج إلى وقت كبير و مساعدة.

-قيمة(4)لسلوك: غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد أو لا يقلد نهائيا الأصوات و الكلمات أو الحركات حتى بوجود مساعدة

3-الإستجابة العاطفية:

كيف يتعامل الطفل مع الحالات الغير سارة و ما إذا كانت الإنفعالات تلائم وضع الحالة أم لا.

- **العناصر التي يجب ملاحظتها**

تقييم الطريقة التي يستجيب الطفل بها للمؤثرات الممتعة ,التهاني الدغدغة ,أو المثيرات الغير سارة مثل التوبيخ ,النقد.

- **كيفية التنقيط**

-قيمة(1) لسلوك:طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة و الغير السارة

-قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة : تظهر عليه أحيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع.

-قيمة(3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة : مثال الضحك الشديد بدون معنى و بدون سبب و ليس له علاقة مع الواقع.

-قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة : إستجابة منفصلة عن الواقع و إن كان مزاجه فيه شيئ معين من الصعب جدا أن يتغير .

4 -استخدام الجسم:

تقييم التنسيق و طبيعة حركات الجسم مثل سلوك الدوران و التمايل.

- **العانصر التي يجب ملاحظتها**

-مراقبة الأنشطة مثل القطع,الرسم الألعاب الأكثر نشاط

-تقييم الإستخدامات الغريبة من الجسم(مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

- **كيفية التنقيط**

- قيمة(1) لسلوك طبيعي: يشمل تناسق و تآزر و توازن لطفل بمثل عمره

- قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة:له بعض السلوك النمطي المكرر مثل التكرار في اللعب و الأنشطة

-قيمة(3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة:له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف الأصابع ,الإهتزاز والدوران ,الحملقة,إيذاء النفس ,المشي علىالأطراف,خبطالدماغ والإستمناء,تحريك اليدين و رفرتها.

-قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة : فهو يستمر في الحركات المكررة المذكورة في الأعلى حتى لو شارك في نشاط آخر .

5-استخدام الأشياء:

تقييم فائدة الطفل في اللعب أو غيرها من الأشياء و كيفية استخدامها في الواقع.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

نلاحظ كيفية تفاعل الطفل مع الألعاب و مختلف الأشياء ,يجب أن تكون مختلف هذه الأشياء تتطابق مع مهارات الطفل مع ملاحظة درجة الإهتمام الذي يبديه أمام هذه الألعاب.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي: يهتم بالألعاب و الأشياء من حوله و التعامل معها و استخدامها بالطريقة الصحيحة . (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

- قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة :يهتم بلعبة واحدة فقط و يتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالأرض

- قيمة(3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة : يظهر عدم اهتمامه بالأشياء و إن أظهر تكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت و ينظر لها من زاوية واحدة فقط.

- قيمة(4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة:تكرار ما سبق و لكن بطريقة مكثفة و من المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها.

6-التكيف و التأقلم:

يتعلق هذا المحور في صعوبة تغيير للروتين و كذلك صعوبة في تغيير النشاط الذي تعود عليه تغيير ردة فعل الطفل بعد تغيير النشاط .

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- ملاحظة كيفية تعامل الطفل عند تغييرالروتين مثلا عندما يتم احضاره إلى المدرسة بغير الطريق المعتاد .

- ملاحظة عندما يتم تغيير مكان الأثاث و غيرها من الأمور

- **كيفية التنقيط**

- قيمة(1) لسلوك طبيعي:يتكيف مع الموقف و التغير للروتين

- قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة:يقاوم التغيير و التكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

- قيمة(3)لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: يقاوم التغير و التكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه .

- قيمة(4) لسلوك غير طبيعي بشدة: الإصرار على ثبات الظروف و الروتين و عدم التغيير

7-الإستجابة البصرية:

يتم تقييم الأشكال الغير طبيعية من التواصل البصري و ردة فعل الطفل التي تقتصر على الإستجابة البصرية عندما يقدم له الأشياء للنظر إليها.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- مراقبة إن كان الطفل يستخدم عينيه في التواصل مع الناس أو الأشياء مثلا هل نظرته تقتصر على جزء جانبي .

- مراقبة ردود بعض السلوكات مثل تثبيت النظر في الأصابع و تحركاتها .

- **كيفية التنقيط**

قيمة(1) لسلوك طبيعي: يستخدم التواصل البصري مع الحواس لإكتشاف الشيئ الجديد أمامه

-قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة : يحتاج للتذكير لكي يتواصل و ينظر إلى الشيئ ,يهتم في النظر بالمرآة و الضوء ,النظر إلى اعلى,أو الفضاء و يتحاشى النظر إلى الأشخاص. (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

-قيمة (3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصريو تظهر نفس السلوكات السابقة.

-قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بشدة:الإمتناع عن التواصل البصري مع الأشخاص و بعض الأشياء و تظهر نفس السلوكات السابقة.

8-الإستجابات السمعية:

تقييم السلوك الغير طبيعي و الردود الغريبة لكل الأصوات .

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- ملاحظة الإهتمامات الغير طبيعية مثل الخوف الأصوات العالية مثل الضوضاء الغسالات صوت الشاحنات .

- ملاحظة ما إذا كان الطفل يستجيب بشكل ملائم لشدة الأصوات قد يبدو الطفل أنه لا يسمع الأشياء العالية مثلا صفارة الإنذار مع أنه يسمع الأصوات الخافتة كالهمس.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة(1) لسلوك طبيعي: يستمع باهتمام مع عدم وجود مخاوف للمؤثرات الصوتية مستخدما حواسه.

- قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة:رد فعل متأخر للأصوات يحتاج لتكرار الأصوات لشد انتباهه يتأثر قليلا في رد فعله لبعض الأصوات.

- قيمة(3)لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: يتجاهل الصوت مرارا ,يقفل أذنيه لبعض الأصوات

- قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بشدة: مبالغ في رد الفعل للأصوات و التجاهل نهائيا للأصوات بصورة واضحة.

9-استجابات استخدام الشم والتذوق و اللمس:

يركز على تقيم استجابة الطفل للمثيرات الذوقية و حاسة الشم و اللمس كما نلاحظ ما إذا كان الطفل يستخدم حواسه بشكل طبيعي ما عدا السمع و البصر.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- ملاحظة ما إذا كان الطفل لديه أي تجنب أو اهتمام مفرط في بعض الروائح و بعض الأطعمة ,هل يشم الأشياء مثل قطع الخبز أو بعض الألعاب ,هل يأكل الأشياء الغير صالحة للأكل .

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي : يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم و غيرها.

- قيمة (2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة:يضع أشياء في فمه يشم و يتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ.

- قيمة (3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: يبالغ باستخدام الشم و التذوق و اللمس و يتجاهل الألم

- قيمة(4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة: يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا و لا يظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغ الشديدة لحدث بسيط جدا. (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

10-الخوف و العصبية :

تقييم أو ملاحظة التصرفات الغير عادية أو التي لا يمكن تفسيرها مع الأخذ بعين الإعتبار ردة الفعل الناتجة عن الخوف و القلق.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

-ملاحظة السلوكات الناتجة عن الخوف ,الصراخ ,الضحك ,العصبيةمدتها و شدتها و ترددها

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي : يتصرف الطفل مع الموقف المناسب لعمره

- قيمة (2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة: يتصرف الطفل بصورة مبالغ فيها قليلا أو يتجاهل الحدث قليلا .

- قيمة (3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: يتصرف بصورة مبالغة واضحة أو تجاهل واضح.

- قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بشدة: خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة و من الصعب جدا تهدئته و ليس له ادراك للمواقف الخطرة و المواقف الغير خطرة.

11- التواصل اللفظي:

تقييم جميع جوانب اللغة المتمثلة في وجود اللغة من عدمها في حين اكتساب اللغة تقييم المفردات و إمكانية تكوين الجمل ,علو الصوت. (مجدوب و كبيش ,2017 , ص57).

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

-ملاحظة كيف يتحدث الطفل,الإجابة عن الأسئلة و تكرار كلمات أو أصوات الشخص الذي يتكلم معه.

- ملاحظة المشاكل على مستوى التواصل اللفظي ,التي تشمل الصمت أو عدم وجود لغة,

- التأخر في اكتساب اللغة,استخدام لغة تخص الأطفال الأصغر سنا ,مع النظر لتواتر و شدة ما ذكر سابق.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي:يظهر الطفل كل مظاهر النطق و الكلام و اللغة.

- قيمة (2) لسلوك طبيعي بدرجة طفيفة: تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم,ترديد كلام,لا يستخدم الضمائر أنا أنت ,المهمهة ,الخروج عن الحديث المألوف عكس المقاطع أو الكلمات .

- قيمة (3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: صمت , و عند وجود نطق هناك ترديد كلام واضح , همهمة.

- قيمة (4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة: لا يستخدم اللغة في التواصل فقط همهمة وأصوات غريبة و إظهار أصوات مزعجة

12- التواصل الغير اللفظي:

يتم تقييم التواصل الغير اللفظي عن طريق تعابير الوجه,الإيماءات و حركات الجسم,كما نقيم استجابة الطفل في التواصل الغير لفظي للآخرين ,إذا كان للطفل لغة جيدة ,قد يفتقر إلى التواصل الغير لفظي.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- ملاحظة كيفية استخدام طريقة تواصل الغير لفظي عندما يكون الطفل لديه حاجة أو رغبة في التعبير على وجه الخصوصو هل يشير الطفل إلى ما يريده من أكل و لعب عن طريق الإيماءات أو الإشارات.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي:يستخدم تعبير الوجه أو تتغيير الملامح و ألأوضاع و حركات الجسم و الرأس.

- قيمة(2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة و الوصول للشيئ بطريقة تختلف عن الطرق التي يستعملها الطفل في مثل عمره

- قيمة(3)لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة:يبالغ باستخدام الشم و التذوق و اللمس و يتجاهل الألم.

- قيمة(4) لسلوك غير طبيعي بدرجة شديدة : فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا و لا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط

13- مستوى النشاط :

تقييم معدل النشاط في كل الحالات في المواقف التي يكون فيها الطفل حر مع النظر إلى فرط النشاط أو قلته.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- ملاحظة كيفية ترك الطفل في حالات اللعب الحر,و كيف يستجيب عندما نطلب منه أن يجلس هادئا ,مع مراقبة ثبات مستوى النشاط.

- **كيفية التنقيط**

- قيمة (1) لسلوك طبيعي : نشاطه عادي مناسب لعمره

- قيمة (2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة: يتصرف الطفل بصورة مبالغ فيها قليلا أو يتجاهل الحديث قليلا يظهر نشاط زائد أو كسل زائد و يكون خاص بذاته.

- قيمة(3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة: نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام إلا قليلا فوضوي غير منتظم أو خامل لا يتحرك من مكانه

- قيمة(4) لسلوك غري طبيعي بشدة: نوبات شديدة هائم,نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيئ على الأرض ,يفتح و يقلب الأشياء.

14- مستوى و ثبات الإستجابة الذهنية :

يتم الإحتفاظ في آن واحد على المستوى العام للعمل الفكري و انتظام المستوى العملي.

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- لا يقتصر النظر في فهم و استخدام اللغة ,الأرقام و المفاهيم بل على مدى امكانية الطفل في تذكر الأشياء التي سمعها أو رآها , و الطريقة التي يكتشف بها المحيط الخارجي .

كيفية التنقيط

- قيمة (1) لسلوك طبيعي: طبيعي في أداء المهارات المناسبة لعمره

- قيمة (2) لسلوك غير طبيعي بدرجة طفيفة: يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة

- قيمة (3) لسلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة : تأخر في أداء المهارات و لكن من الممكن أن يتغاعل لنفس عمره في إحدة المهارات و تأخر في باقي المهارات.

- قيمة (4) لسلوك طبيعي بدرجة شديدة : يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتيتن و تكون مبالغ فيها و لكن يتأخر بباقي المهارات.

15- الإنطباعات العامة :

- **العناصرالتي يجب ملاحظتها**

- يتم إعطاء انطباع شخصي عن درجة التوحد من خلال البيانات التي تم جمعها في 14 محور السابق مع أخذ بعين الإعتبار المعلومات الموجودة في الملف الطبي , و المقابلة مع الوالدين

كيفية التنقيط

- قيمة (1) لسلوك ليس توحد لا تظهر فيه صفات التوحد.

- قيمة (2) لسلوك توحد بسيط لديه بعض الصفات .

- قيمة(3) لسلوك توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد .

- قيمة (4) لسلوك توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية.

لقد ساهم مقياس التوحد في الطفولة في فك الإلتباس الناتج عن تشخيص مختلف الإضطرابات التي تشبه التوحد في بعض من معاييره , و سهل عمل الإخصائيين النفسانيين و التربويين في تشخيص هذا الإضطراب .(مجدوب و كبيش,2017 ص 65).

بالإضافة إلى عدة مقاييس أخرى لتشخيص اضطراب التوحد من أهمها :

1- قائمة سلوك التوحُد The Autism Behavior Checklist (ABC)

2- جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد The Autism Observation Schedule (ADOS)

3- قائمة شطب السلوك للتوحُدي Checklist for Autism in Toddlers, CHAT

4- مقياس جيليام لتصنيف التوحُد -الإصدار الثاني The Gilliam Autistic Rating Scale

5- مقابلة تشخيص التوحُد المعد Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

6- استبانة التواصل الإجتماعي Social Communication Questionnaire.

7- المقابلة النمائية التشخيصية المتعددة Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview-3DI-5 (آية عز الدين,2018 ,ص 19)

5- العلاج و البرامج العلاجية لإضطراب التوحد:

هناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين و يجب التأكد من أنه ليست هناك طريقة علاجة واحدة يمكن أن تنجح مع جميع الأشخاص المصابين بالتوحد , كما أنه يمكن إستخدام أجزاء من طرق علاجية مختلفة لعلاج الطفل الواحد نلخصها فيما يأتي :

5- 1 التحليل النفسي:

يشتمل العلاج بإستخدام التحليل النفسي على مرحلتين

الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الإنفعالي من قبل المعالج .

الثانية: يركز العلاج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية حيث تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء .(شاكر مجيد, 2010,ص 130)

2-5 العلاج السلوكي :

اقترح بعض الباحثين استخدام الأساليب العلاجية السلوكية كطرق لتعديل السلوك في علاج إعاقة التوحد , سواءا في البيت بواسطة الآباء أو فصول دراسية خاصة بسبب سلوكهم الفوضوي و قصورهم في مجالات السلوك الإجتماعي و الذهني و هذا عن إقدام البعض عن إيذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم على الحائط أو عض أيديهم ,مع عدم استجابتهم للبيئة المحيطة .

و يمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي و بوقت قصير من بينها :

- مهارات التعلم اللغوي للكلام
- السلوك الإجتماعي الملائم
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية
- اللعب بالألعاب الملائمة
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام (شاكر مجيد ,2010: 131).

3-5 العلاج الطبي :

الهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية،كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لإكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

لقد إستخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحدين بشكل مباشر ، إستعمل الليثوم (Lithium) في علاج الإضطرابات الإنفعالية(الهوس-الإكتئاب) وقد أظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين و مع الإضطراب الإنفعالي

الهوسي الإكتئابي، وعقار النالتركسون (Nalterxonen) لا زال قيد الدراسة ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ وخفض السلوكات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

وعقار الفنفلورامين (Fenfluramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، لقد لوحظ عض التحسن بعد تناول الأطفال التوحدين لهذا العقار منها تحسن السلوك الإجتماعي و فترة انتباه أفضل وخفض التململ الحركي وهناك بعض العلامات والإرشارات السلبية مثل فقدان الوزن والنعاسوا إضطرابات في النوم(دعو و شنوفي ,2013 : 95)

كما أن العديد من الأطفال التوحدين لديهم نوبات صرعية وخصوصا أولئك الأشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) ويعطون أدوية مضادة للصرع ، أيضا الحبسة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد ولقد أعطيت العقارات الدوائية أهميةا إنتباها ويحتاج الآباء والمعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريبهم على علاج التوحد بإستخدام أدوية مثل بارالديهاد (Paraldehyde) (Valium)أو الفوليوم ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال التوحدين لضبطها بشكل مناسب .

ولدى العديد من الأفراد التوحدين مشكلات في النوم، ويمكن لمادة ميلاتونين المنتجة Melatonin) من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ أن تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم -الصحيان

وهناك أدلة على أن فيتامين(B 06) مساعد في علاج التوحد، حيث أن المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة، كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات، تقوى دور الأنزيمات في الجسم.

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذه الأدوية والعقارات يؤثر في نوبات الهيجان والغضب لدى الطفل التوحدي كما يؤثر على سلوكه بالتالي لا بد من مساعدة الطفل على تعديل السلوك وذلك يكون من خلال العلاج السلوكي. (نفس المرجع، :96).

4-5 العلاج الغذائي:

إن الدور الذي يلعبه الغذاء و الحساسية في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية و قد كانت ماري كالهن أول من اشارت إلى العلاقة بين الحساسية المخية و التوحد الطفولي , و أشارت بأن إبنها تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت على إعطائه الحليب البقري , فالمقصود بالحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ , فعدم تحمل غذاء ما يؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ التي تؤدي بدوها إلى إضطراب في التعلم و السلوك , و هناك مواد غذائية مرتبطة بالإطرابات السلوكية أكثر من غيرها و هي السكر ,الطحين ,الحليب و القمح و الشكولاتة و الدجاج و الطماطم و بعض الفواكه , إضافة إلى المواد الإصطناعية المضافة إلى الطعام و المواد الكيماوية و العطور و الرصاص و الألمنيوم (شاكر مجيد,2010: 142).

5-5 العلاج التعليمي:

يعتبر العلاج التعليمي من أهم الطرق العلاجية للأطفال التوحديين حيث يركز على تحسين إعداد و تدريب و تنمية قدرات و مهارات الطفل التوحدي في مجال التواصل اللغوي و الغير لفظي و النمو الإجتماعي و الإنفعالي , و معالجة السلوكيات النمطية و الشاذة و العدوانية و التدريب على رعاية الذات و التدريب النفسحركي و المهني, و يتم ذلك عبر الطرق الآتية.

البرامج العلاجية لإضطراب التوحد

- **طريقة البرنامج التعليمكي الفردي IEP**:

تهدف عذه الطريقة إلى تهيئة الطفل التوحدي لظروف بيئية تعليمية خاصة تسمح بتعليمه بسرعة أقل مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية و طرق التدريس و تكنولوجية خاصة لتمكينه من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد , كما يتضمن البرنامج توصيفا دقيقا للسلوكيات الشاذة و العدوانية و النمطية لدى الطفل .(شاكر مجيد,2010: 136)

- **برنامج Teach:**

هو برنامج أسسه(Eric Schopler) يهدف إلى مساعدة الأطفال على تعلم الاستقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل للعالم من حولهم، حيث يحصلون فيه على المساعدة في مهارات التواصل وفي تعلم اتخاذ القرارات .ويعتمد برنامج تيتش على المثيرات البصرية باعتبارها تجذب انتباه الطفل أكثر وتساعده على الاستجابة للتدريببشكلٍ أفضل من المثيرات اللفظية.

ولذلك فتطبيق هذا البرنامج يحتاج الى ترتيب البيئة التي يتم فيها تدريب الطفلبشكلٍ يشعر الطفل بالأمان وتركيز الإنتباه ، لذلك يتم ترتيبهابناءً على استخدام جدول غني بالمثيرات البصرية تمكنه من التعرف على جدوله الدراسي بشكلاستقلاليٍ وسهل ليتمكن من الانتقال من نشاط الى آخر بعملية منظمة،ويعتمد هذا البرنامج على التوافق والتكامل بين النظرية السلوكية والنظرية المعرفية والتي تأخذ بعين الإعتبارضرورة استخدام التعليمات والمعززات المناسبة دون اهمال الفروق في النمو، وينمي هذا البرنامج، الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين لأنه يركز على تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية .(آية عز الدين ,2018: 35).

- **برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA).**

- تعريف تحليل السلوك التطبيقي ABA

عرفت هذه الطريقة بأسماء مختلفة منها التدخل السلوكي ، التحليل السلوكي ، وغيرها . ترجع هذه الطريقة إلىIvor lovaas

(سوسن شاكر مجيد. 2010 . ص 134 - 133) ويعرف تحليل السلوك التطبيقي بأنه تصميم وتنفيذ وتقييم التعديلات البيئية لإنتاج تحسين اجتماعي هام في السلوك الإنساني

كما يعتبر برنامج تحليل السلوك التطبيقي برنامجا طويل للتدريب على المهارات بشكل منظم ومنطقي ومكثف ويشير لوفاس إلى إمكانية دمج الأطفال التوحديين في حال طبق البرنامج بشكل منتظم ومكثف . يتم فيه تحديد المثيرات السابقة واللاحقة بعد استجابة الطفل ويتم معرفة السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة وبعد ذلك

يتم تشكيل المهارات الجديدة بتنظيم المثيرات والتعزيز الفوري . هذا البرنامج يتطلب مشاركة الآباء والمتطوعين وكل المحيطين بالطفل التوحدي(مجدي فتحي , 2007 : 27 – 26).

انه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقطوا إنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين الإجتماعيين وغيرهم على إستخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدرب عليها بشرط أن يكون الهدف واضحا و هو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الإجتماعية بعد تدريبهم أساليب السلوك الاجتماعي(عبد الرحمان سيد سليمان، 2000 :94).

أ- جلسات تحليل السلوك التطبيقي:

جلسات التحليل السلوك التطبيقي هي عبارة عن تطبيق لخطة علاجية متكاملة و موضوعة بشكل خاص للطفل لتناسب قدراته و احتياجاته و تطبق من قبل الأشخاص المعنيين بشكل فردي .

تعتبر برامج تحليل السلوك التطبيقي مرحلة مهمة جدا في علاج الطفل التوحدي و يتم استخدامها بكثرة في محيط الطفل من مدرسة و بيت و يمكن تطبيقه من قبل الناس المحيطين بالطفل بعد تلقيهم التدريب.

برامج تحليل السلوك التطبيقي تستخدم مع جميع مستويات الإعاقة الذهنية سواء كان الطفل ذو مهارات ذهنية منخفضة أو عالية ابتداء من المهارات البسيطة من تقليد و تواصل بصري إلي مهارات المستوى الأعلى مثل التفريق و الطلب الكلامي و المهارات الاجتماعية.

وهذه مجموعة من البرامج الشائعة التي يتم العمل عليها حسب مبدأ تحليل السلوك التطبيقي (ABA):

- التواصل البصري - الموائمة(إطاعة الأوامر) -التقليد و المحاكاة السلوك اللغوي - التدريب علي استخدام الحمام- التخلص من السلوكيات الخطرة - التخلص من الحركات التكرارية النمطية-المهارات الاجتماعية - المهارات اللغوية- مهارات الاعتماد على النفس- الإصغاء و الانتباه الارتباط بالعمل و المهمة المعطاة - المهارات الأكاديميةمهار ات المحادثة .

يعتمد نجاح جلسات تحليل السلوك التطبيقي علي عدة عوامل

أولا : احد أسرار نجاح جلسات تحليل السلوك التطبيقي ABA هو التعامل مع الطفل علي أساس مبدأ أن الأشياء الحلوة و المحببة إليه سيصل إليها في حال قام بالسلوكيات الصحيحة أو ما يقرب إليها و هذه الأشياء المحببة تسمي في علم تحليل السلوك التطبيقي (ABA)بالمعززات و هي أنواع إما معزز شفهي بمعني الإطراء و المدح أو شيء يؤكل مثل الحلويات المحببة إليه أو الفواكه أو معززات حسية مثل القيام بتدليك للطفل أو الاحتضان

ثانيا : أما زيادة حدوث و تكرار سلوك جيد(مثل التواصل البصري أو التقليد.. الخ)أوالتقليل من سلوكيات غير محببة و غير صحيحة(مثل الحركات التكرارية و السلوك العدواني) باختصار الهدف هو بناء سلوكيات جيدة و زيادة نسبة حدوثها و التقليل من السلوكيات الغير جيدة و وضع سلوكيات بديلة عنها تعطي نفس الوظيفة

ثالثا : تعتمد و بشكل كبير على مبدأ الإعادة و التكرار لتطبيق الهدف و البرنامج حتى نصل بالمهارة إلي الإتقان و يعتمد أيضا علي مبدأ تجزئة المهارة إلي مهارات فرعية تؤدي في مجملها إلي المهارة الأساسية عندما يتم تسجيل عدد مرات ناجحة لتكرار حدوث السلوك الجيد تعتبر المهارة قد أتقنت و يتم وضع مهارة جديدة بتسلسل منطقي و متوائم مع المهارة السابقة أما المهارة التي تم إتقانها تدخل ضمن برنامج تعميم يتم من خلاله تعميم استخدام هذه المهارة أو السلوك في أكثر من مكان مع أكثر من شخص (صفاء منصوري ,2015: 33).

- **برنامج بيكس لتبادل الصور(Picture Exchange Communication System (PECS:**

يعتبر برنامج بيكس PECS من أفضل برامج العلاج السلوكي التي تعزز مهارات التواصل لأطفال التوحد، حيث قام كلاً من بوندي وفروست (1985) بتصميم هذا البرنامج لتقديم لغة تواصل بديلة عن اللغة المنطوقة , ويعتمد هذا البرنامج على نظام التواصل من خلال تبادل الاتصال عن طريق الصور بين الأطفال ذوي اضطراباالتوحُد، ويعتبر هذا النظام طريقة تواصل بديلة حيث إن أنهم يتواصلون مع الآخرين من خلال الصور نظرا للصعوبات التي يعانون منها في التقليد اللفظي والحركي.

والهدف من برنامج بيكس هو تعليم الأطفال كيفية بدء عملية التواصل ، ولهذا يمكن لهم الإتصال من دون أية متطلبات، التطور واستخدام التكلم ليس هدف أولي لبرنامج بيكس ومع ذلك فالأبحاث بينت ان البحث الذي يستخدم نظام الإتصال المعزز والبديل ، من ضمنها هذا البرنامج لن تعيق تطوير الكلام بل وربما تحسنه عند الأطفال في بعض الحالات .

ولقد قدمت احدى الجمعيات الدولية وهي جمعية نور الحياة (1997)بحثاً عبر عن هذا البرنامج بأنه وسيلة تعليمية غير معقده أو مكلفة، حيث أنه لا يشترط مطالب مسبقة كالبرامج الأخرى ويعمل على تعزيز العوامل المؤثرة والفعالية مثل المعززات المادية، بالإضافة إلى إعتماد البرنامج إستراتيجيات مساعدة مثل المساعدات الجسدية الكلية والجزئية، والمساعدات اللفظية، الإشارات، والنماذج, ففي حين بعض الوسائل التعليمية تعتمد على الإستراتيجية السلوكية والتي من خلالها يتعلم الطفل ذو إضطرابات التوحد التواصل الوظيفي بالإشارة لطلب مايريده، يعتمد PECS على تعليم الطفل المعني على إختيار الصورة أو الرمز إما للتعبير عن جسم ما أو لتكوين جملة لما يرغب التعبير عنه، وبالتالي يصبح الطفل قادرا على التعبير والتواصل مع من حوله بالإعتماد على هذه الوسائل الصورية(الصور والرموز) .

ويوضح شارلوب كريستي وآخرون (Charlop-Christy et al., 2002) بأن برنامج PECS مصمم على أساس مبدأ التحفيز من خلال السماح لطفل التوحد بإختيار المحفز وتوفير البيئة الملائمة والمستجيبة لتصرفاته .كما أن البرنامج فعال بالنسبة لأطفال التوحد نتيجة لكونه معتمداً على المهام المنظمة للتبادل

المادي والملموس والذي يدمج التمييز البصري والتواصل الحركي بشكل يتجاوب مع قدراتهم الإستيعابية ويعزز سرعة التعلم واكتساب المهارات لهؤلاء الأطفال وهو ما أكدت عليه العديد من الأبحاث.

وبالتالي فإنه من الممكن إعتبار برنامج PECS البرنامج التعليمي الصوري الأكثر إعتماداً واستخداماً في العديد من مؤسسات وأبحاث إضطرابات التوحد، مما يشير إلى ضرورة الإهتمام والعناية بتصميم الوسائل الصورية المستخدمة لهذا البرنامج. (آية عز الدين,2018: 55).

- **برنامج صن- رايز SON-RISE**

1- تقنيات برنامج برنامج صن- رايز SON-RISE

1-1- استعمال محيط خالي من المشتتات :

- يجب توفير غرفة أو مكان واسع خالي من الأثاث أو المثيرات حتى يتمكن الطفل من التواصل مع المدرب بشكل سهل.

1-2- استعمال التصرفات التكرارية :

- يكرر المدرب نفس الحركات و يصدر نفس الأصوات للطفل التوحدي و الهدف منها هو تنمية التواصل مع الطفل و شد انتباهه له و هذا بعد عدة محاولات.

1-3- التواصل البصري :

التواصل البصري هو أهم تقنيات برنامج **SON-RISE** لأنها عامل مهم جدا في تشجيع الأطفال على خلق روابط اجتماعية

- يقوم المدرب أو الوالدين بجعل الطفل ينظر في أعينهم و الهدف من هذه المرحلة الإستمتاع بالنظر في عيني والديه و ليرى المحبة و الحنان و ليحس بالقرب الشديد مع من حوله و إنهم مرتبطون به و يحبونه ,و كلما نظر الطفل في أين والديه أكثر كلما تعلم أكثر كيفية تواصل الناس مع بعضهم البعض ,أوشك على الشفاء

4-1- كيفية اللعب مع الطفل بطريقة **SON-RISE**

- تحديد الدوافع المحفزة : تحديد قائمة بالدوافع المحفزة للطفل مثل : الأرقام-الديناصورات-الأغاني و الألعاب الموسيقية-الرقص – السيارات –التمثيل المضحك – الحيوانات.
- تحديد التحديات : كتابة قائمة بأربعة أو خمسة عناصر و التي تعتبر من أهم ما يعاني منه الطفل مثل:التواصل البصري-استخدام أسئلة و أجوبة بسيطة (ماذا,من , أين)- اللعب التخيلي –طلب المساعدة
- تبادل الأفكار: اختيار محفز و دافع واحد مثلا (الدينصورات و استخدام أسئلة بسيطة , يخبئ المدرب الديناصور في مكان واضح و يجعل الطفل يسأل أين الدينصور بمجرد أن يسأل الطفل يقوم بتسليمه اللعبة أو الصورة).(أمينة الصفتي: 78)

2- ميزات مدرب برنامج SON-RISE

يجب أن يتميز مدرب برنامج صن-رايز بما يلي

1- الصبر و التفاؤل

2- - امتلاك الطاقة الإيجابية

3- الثقة بالنفس

4- الثقة بالطفل

5- عدم اليأس و تكرار المحاولات

6- التنوع و التجديد (المكان و الأدوات).(أمينة الصفتي : 81)

6- الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة :

الآثار النفسية:

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسرة قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل إلى درجة المرض , و تختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة و أخرى , و تؤكد نفس الدراسة أن الوالدين هم الأكثر تعرضا للظغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم و علاقاتهم الإجتماعية أو البيئة التي يسكنون فيها و يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب, الرفض المستمر للطفل , الحماية الزائدة , حبس الطفل في المنزل و عدم إظهاره للناس, الإنعزال عن الحياة الإجتماعية , الشعور بالنقص و الهروب من الواقع و عدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة مع عدم وجود الإنسجام النفسي بين الوالدين , وبينهم و بين بقية أفراد الأسرة.(شاكر مجيد,2010: 36).

- **الآثار الإجتماعية** :

أكد فاربر 1963 في أبحاثه على أثر وجود الطفل التوحدي على العلاقات الإجتماعية بين أفراد الأسرة , حيث اشار إلى وجود آثار سلبية و أخرى إيجابية على تكيف الإخوة و الأخوات في المجتمع و خاصة في المدرسة.

و أشار سيمونسون 1981 إلى أن وجود الطفل التوحدي قد يخلق جوا من عدم التنظيم الأسري , وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة مما قد تؤدي إلى إنفصال الوالدين , و قد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع و قطع علاقتها مع الأسر الأخرى.(شاكر مجيد,2010: 36).

الآثار الإقتصادية :

لا شك أن وجود طفل توحدي في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية و الإجتماعية أعباءا أخرى مالية و إقتصادية , علما أن هذه الأعباء غالبا ما تكون دائمة و تستمر طوال فترة حياة الطفل نظرا للمتطلبات الخاصة و الكثيرة , فالأسرة بحاجة إلى وقت و رعاية و حضانة وتدريب و تكاليف أكثر من الأسرة العادية , و قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل قد يساهم بشكل كبير في إنقطاعها عن العمل.

(شاكر مجيد ,2010: 36).

خلاصة:

يعتبر التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي كما أنه اضطراب غامض و لم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الإجتماعية والاتصال والأفعال القهرية.وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب ريت، أسبرجر، إعاقة عقلية، تخلف عقلي، فصام الطفولة،الصمم...الخ مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقي لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي،بيئي، أو غيره وكذا مساعدة الأسرة على تقبل هذا المرض ومحاولة التوافق مع طفلهم حيث أن الأم خاصة قد تتعرض للضغط و تواجه العديد من الصعوبات و المسؤوليات في تعاملاتها مع طفلها . و بعد أن تعرضنا إلى فصل جودة الحياة و كذا التوحد في الجانب النظري ، سنحاول في الجانب التطبيقي الذي سنتعرض إليه في الفصل الموالي الإجابة على فرضيات الدراسة.

الفصل الثاني : جودة الحياة

1- تعريف جودة الحياة لغتا:

-طبقا لإبن منظور فالجودة أصلها الفعل الثلاثي " جود" والجيد، نقيض الرديء وجاد بالشيئ جوده ، وجودة، أي صار جيدا (مشري ,2014: 224).

و من جهة أخرى يرتبط مفهوم الجودة Quality بالكلمة اللاتنية و هي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدقة والإتقان .(مشري,2014 : 223)

و كذلك يرتبط مفهوم الجودة بالتميز excellence والإتساق consistency والحصول على محكات criteria ومستويات standars محددة مسبقا (عبد الحفيظي ,2016 : 25)

.تعريف جودة الحياة اصطلاحا:

في هذا السياق، تعددت وتباينت تعاريف العلماء والباحثين لمفهوم جودة الحياة.

فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال ويشير هذا إلى أن الأفراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية و الجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين نوعين من الجودة , و عادة ما يتم التعريف في ضوء بعدين أساسيين يبين كل منهما مؤشرات معينة : البعد الذاتي , و البعد الموضوعي (مشري 2014: 224).

- **فيشمل البعد الذاتي** : إدركات الفرد لظروفه من خلال تقويم الجوانب النفسية، ويركز هذا التقويم على قياس الرفاهية النفسية أو الرضا والسعادة الشخصية، كما يقيس أيضا المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وتوقعاتهم للحياة.
- **أما البعد الموضوعي** : فيركز على البيئة الخارجية، وتتضمن الظروف الصحية والرفاهية الاجتماعية والعلاقات و الظروف المعيشية والتعليم والأمن والسكن (نفس المرجع)

و يرى جليمان و إيستربورك و فراي(2004) أن تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقا لميكانزمات داخلية , و بالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن الإتجاه نحو الحياة بصفة عامة. (أبو حلاوة ,2010).

وعرفها تايلور و روجدان(**Taylor & Rgdan)1990 ,** على أنها رضا الفرد بقدره في الحياة و الشعور بالراحة و السعادة , أما جود **(Good)** فعرفها بأنها امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى .(منسي و كاظم ,2006,ص64).

تعريف **دنيس وآخرون** حيث يعرفونها بأنها "اكتفاء الإنسان بمتطلبات حياته وفقا لخبراته في هذا العالم"، وهذه متطلبات تشمل الاكتفاء من الحاجات المادية و التربية و التعليم و البيئة، وهو مفهوم نابع من الأدب المهني في مجال السياسات العامة . (عبد الحفيظي ,2016 :17)

و يعرفها **ليمان Lehman (1998)** بأنهاالإحساس بالرفاهية و الرضا التييشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية. (عبد الحفيظي ,2016 :17)

تعريف بونومي وباتريك وبوشنيل :أكدوا على أن جودة الحياة مفهوما واسعا يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها.(مسعودي ,2015: 205).

و يرى **عبد المعطي (2005)** أن جودة الحياة هي رقي مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية والنفسية التي تقدم لأفراد المجتمع، وهي التي تعبر عن نزوع الأفراد نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف ، و هذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه . (مسعودي ,2015: 205).

تعريف عبد الفتاح وحسين :

الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال،وا إشباع الحاجات،والرضا عن الحياة،وا إدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وا إحساسه بالسعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع .

تعريف منسي وكاظم : هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. (منسي و كاظم.,2006: 65)

ويرى جليمان وايستربورك وفا رى (Gilman, R., Easterbrooks, S., & Frey,) أن تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظموفقً ا لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن :الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وادراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحاته .وسرعان ما انتشر هذا التوجه في مجال أدبيات الإرشاد والتأهيل النفسي. (مشري ,2014 :226).

و ترى **كارول رايف و آخرين (Ryff ;et al)(2006)**

أن جودة الحياة هي" الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته، و حياته بشكل عام كذلك سعيه المتواصل لتحقيقه أهداف شخصية مقدرة، و ذات قيمة،و معنى بالنسبة له لتحقيق استقلاليته في تحديد وجهة مسار حياته ومسارهاوا ٍقامته، واستمراره في علاقات اجتماعية و إيجابية متبادلة مع الآخرين،كما ترتبط بكل من الإحساس العام بالسعادة، والاستمتاع بالحياة و السكينة و الطمأنينة النفسية (مشري ,2014: 226).

و تتوافق هذه التعريفات نسبيا مع التعريف الذي وضعته المجموعة الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية **WHOQOL Group** (1995) لجودة الحياة على أنها إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة و سياق الثقافة و نسق القيم التي يعيشون فيه , و في علاقة ذلك بأهدافهم و توقعاتهم و مستوياتهم و بالتالي تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (أبو حلاوة 2010 :).

و يرتبط مفهوم جودة الحياة من الناحية الموضوعية بالبيئة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والطبيعية التي يعيش فيها الفرد ومن الناحية الذاتية بتقييم الفرد لحياته ونوعيتها . لذلك انقسم الباحثون إلى تيارين. :

التيار الأول: يرى أن نوعية الحياة مفهوم ذاتي فرداني، لذلك لا مناص من مقارنته ابتداء بتاريخ الفرد، وانتهاء بخبرة الحياة كما يحياها .

التيار الثاني: ويرى أن المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة ذات أهمية قصوى حيث لا يمكن الاعتماد على تقييم الفرد الذاتي. (زعطوط رمضان :254).

- مؤشرات جودة الحياة :

تحدد مؤشرات جودة الحياة على حسب ما يراه كل فرد من معايير لتقييم حياته , وقد ظهرت هذه المعايير من خلال التعريف الإصطلاحي للمفهوم من طرف الباحثين , و تتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في :

1. القدرة على التفكير و أخذ القرارت
2. القدرة على التحكم
3. الصحة الجسمانية و العقلية
4. الأحوال المعيشية و العلاقات الإجتماعية
5. المعتقدات الدينية – القيم الثقافية و الحضارية
6. الأوضاع المالية و الإقتصادية و التي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيئ بالنسبة له و الذي يحقق سعادته في الحياة.(حرطاني أمينة ,2014 :26).

من جهة فقد حدد فلوفيلد **fallowfied** (1990) مؤشرات لجودة الحياة في مايلي

1. **المؤشرات النفسية** : تظهر في درجة شعور الفرد في القلق و الإكتئاب , أو التوافق مع المرض , أو الشعور بالسعادة و الرضا
2. **المؤشرات الإجتماعية**: تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية و نوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الإجتماعية و الترفيهية .
3. **المؤشرات المهنية** : تتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته و حبه لها , و مدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته , و قدرته على التوافق مع واجبات عمله .
4. **المؤشرات الجسمية و البدنية**: و يقصد بها رضا الفرد عن حالته الصحية و قدرته على التعايش مع الآلام , و النوم و الشهية , و القدرة الجنسية .(كاظم و منسي,2006: 65).

2. الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

1.2-الإتجاه النفسي لجودة الحياة:

يرتبط الإتجاه النفسي لجودة الحياة بمحددين أساسيين ، أولها المحدد المتعلق بالمفاهيم النفسية كالقيم و مفهوم الحاجات و الإدراك الذاتي و الاتجاهات و مفهوم الطموح و التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا والتوافق والصحة النفسية , أما المحدد الثاني فهو الإدراك، إذ أن فهم و تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الفرد هي ما يدركه منها.(عبد الحفيظي,2016: 32)

وترتبط جودة الحياة حسب هذا الإتجاه بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع منها:

العلاقات الاجتماعية، ، السعادة والرضا، الانتماء الأسري، التوافق الاجتماعي، ملء أوقات الفراغ وإدار تها, المشاركة في الأعمال التعاونية، المسؤولية الاجتماعية و الشخصية، درجة المرونة الفكرية (نفس المرجع).

كما أن جودة حياة الفرد تتأثر بنوعية البيئة و الثقافة المحيطين به أي ترتبط بالمؤشرات الذاتية مثل الرضا عن الحياة و عن العمل و الحالة الاجتماعية و السعادة و المفهوم الإيجابي للذات، و ببعض المؤشرات الموضوعية مثل :نظافة البيئة و الحالة الصحية و المستوى الاقتصادي و الحالة السكنية و مستوى التعليم و الإمكانات المادية المتاحة ، توافر فرص التعليم، توافر الخدمات الصحية، أماكن الترفيه و الاستجمام، العدالة الاجتماعية و غيرها من العوامل الموضوعية.(عبد الحفيظي,2016: 32).

2.2 -الإتجاه الاجتماعي لجودة الحياة:

يعتمد المنظور الاجتماعي على المؤشرات الموضوعية المتعلقة أساسا بالرفاه الاجتماعي كهدف للثروة، و القدرة على الوصول إلى مصدرها مما يمكن الأفراد من التحكم في مستوى معيشتهم اعتمادا على المال و المعرفة والملكية والصحة الجسدية،و العلاقات الاجتماعية،و الأمن و غيرها من المؤشرات .

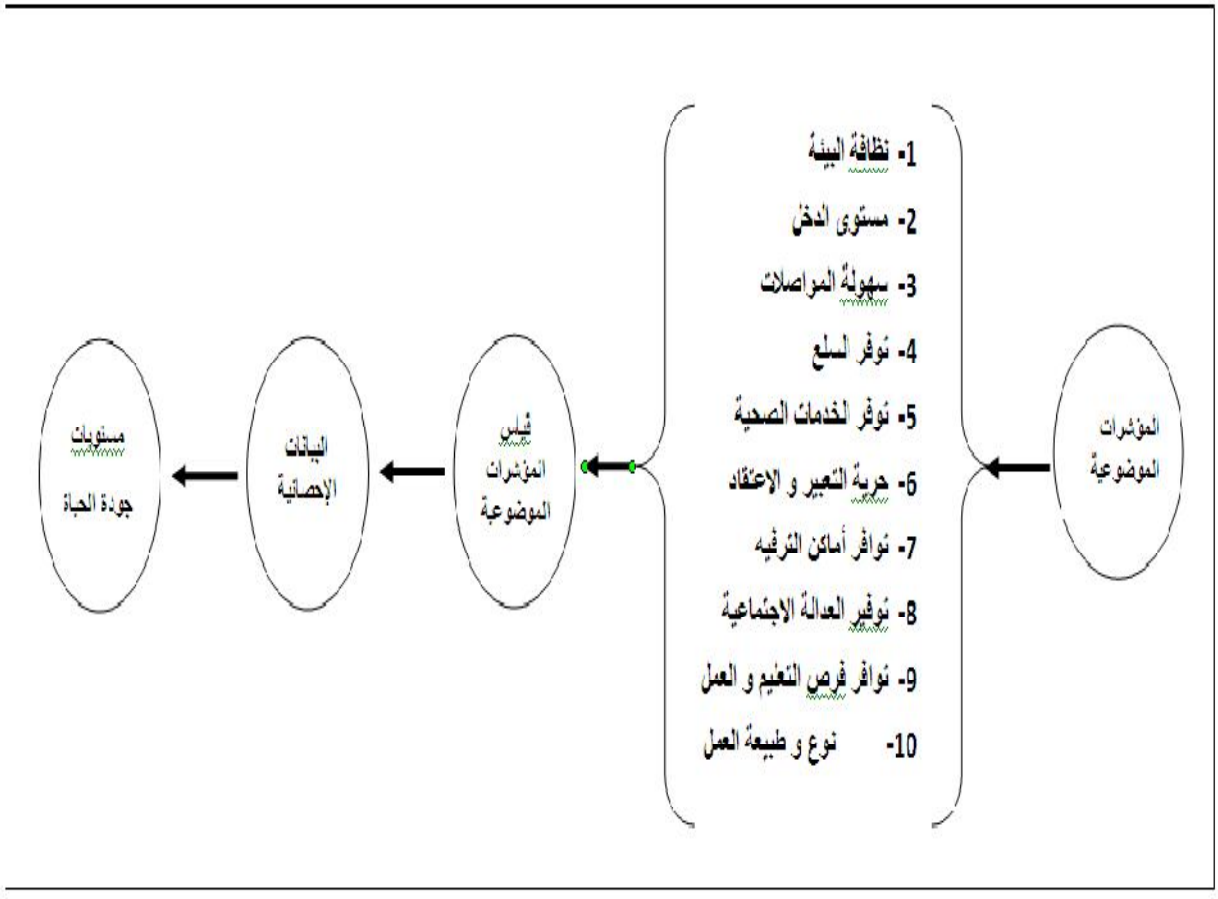
(زعطوط ، 2014 ، ص22)

ويتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة حسب بعض الباحثين وفق هذا الإتجاه مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر مثل :أوضاع العمل مستوى الدخل المكانة الاجتماعية و حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية , وقد حدد **فاريام(Vaariam2004)** مجموعة المؤشرات المؤثرة في جودة الحياة و هي:

- الخصائص الفردية :السن، الصحة، القدرات المعرفية .
- العوامل الاجتماعية :الأسرة، الشبكات الاجتماعية، المشاركة الاجتماعية .
- العوامل الاقتصادية :الدخل، هيكل الأسرة .
- العوامل البيئية :السكن، المرافق، أسباب الراحة.
- العوامل الشخصية :الاستقلال، القدرة على الاختيار، الرقابة
- الأنشطة الرياضية :الأنشطة الإنتاجية، العمل .(عبد الحفيظي 2016: 32).

كما ارتبط مفهوم جودة الحياة حسب **صالح (1990)** من المنظور الاجتماعي بعدد من المؤشرات الاجتماعية الموضوعية و التي أوردتها كالآتي :نظافة البيئة، سهولة المواصلات، نوع العمل و طبيعته، توفر السلع، زيادة الدخل،توفر فرص التعليم والعمل، توفر الخدمات الصحية المناسبة، حرية التعبير و الاعتقاد، توفر أماكن الترفيه والاستجمام،توفر العدالة الاجتماعية(نفس المرجع).

و حسب **جوان بكر (2013)** يمكن تلخيص المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة حسب المخطط التالي:



شكل : 01 يوضح منظور علم الاجتماع لمؤشرات جودة الحياة وطريقة قياسها(عبد الحفيظي 2016,ص 33).

إن مفهوم جودة الحياة بدلالات إشباع الاحتياجات و جوانبها المادية يواجه بصعوبة اكتشاف مدى سعادة الأفراد من جراء هذا الإشباع ، و تحت أي ظروف يتم إشباع الناس، و لا تعتمد الإجابة على الظروف الموضوعية فقط، لكن على الإلهامات الشخصية للفرد، و أن تعريف جودة الحياة بدلالات الموارد يعد بمثابة مفهوم ضعيف.(نفس المرجع).

3-الإتجاه الطبي لجودة الحياة:

اعتمد قياس جودة الحياة وفق هذا المنظور على دراسة حالة المريض و علاج الأمرا و أعراضها بدلا من الحالة النفسية للمريض و معايشته للمرض مع إهمال تأثير البيئة المحيطة و السياق الإجتماعي و قد عرف هذا الإتجاه عدة انتقادات واسعة يمكن تلخيصها فيما يلي

- إن التغيرات الحيوية الكيميائية لا تؤدي إلى ظهور الأمراض حتما، فالمرض هو نتيجة تفاعل عوامل متعددة جزئية وفردية و اجتماعية، بل إن الاضطرابات النفسية و الاجتماعية قد تظهر على شكل خلل حيوي كيميائي.
- لا تلقي التغيرات الحيوية و الكيميائية الضوء على المعنى و الدلالات التي تكتسبها أعراض المريض، و لا تساعد الطبيب على إيجاد طريقة للتعامل معها و جمع المعلومات الضرورية لرعايته.
- تكتسب المتغيرات النفسية الاجتماعية أهمية أكثر على حساسية و شدة و مسار المرض .
- تبنى دور المريض لا يرتبط حتما بالاضطرابات الحيوية الكيميائية .
- أغلب النجاحات التي تحققها الأدوية في العلاج مرتبطة بمتغيرات نفسية اجتماعية (عبد الحفيظي ,2016 ,ص33).

4- الإتجاه التكاملي:

يرتبط مفهوم جودة الحياة حسب أصحاب هذا الإتجاه بتداخل النواحي الذاتية و الموضوعية و التي تعد أساس قياس جودة الحياة

ويشير **أبو حلاوة (2010)** إلى أن جودة الحياة تعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كناتج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن

الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي لها لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد من ناحية أخرى.(أبو حلاوة، 2010 :06).

يرى **كاظم والبهادلي (2006)** أن جودة الحياة في أي مجتمع، ترتبط بالعديد من المؤشرات الموضوعية مثل :نظافة البيئة، وسهولة المواصلات، وتوافر السلع، وزيادة الدخل، وتوافر فرص التعليم والعمل، وتوافر الخدمات الصحية المناسبة، وحرية التعبير، وتوافر أماكن الترفيه والاستجمام، والعدالة الاجتماعية ...كما ترتبط أيضا بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع مثل :السعادة والرضا عن الذات وعن الآخرين والعلاقات الاجتماعية الايجابية،والوعي بمشاعر الآخرين، وضبط الانفعالات، والضبط الداخلي للسلوك والمسؤولية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية والمشاركة في الأعمال التعاونية والولاء والانتماء للأسرة والمدينة والوطن والتوافق الشخصي والاجتماعي والصحي والأسري والمهني والتفاؤل(عبد الحفيظي2016: 36)

و تعتبر منظمة اليونسكو مفهوم جودة الحياة مفهوما هاما يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد , و هو يتسع لشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته.(مشري 2014: 26).

3-النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة

لا يمكن الحديث عن جودة الحياة دون التطرق إلى مختلف النماذج النظرية المفسرة لها و التي يمكن ذكر البعض منها.

- ✓ **نموذج شالوك(2002)**

قدم **شالوك**(Schalok 2002) تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا

الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته .ويبين الجدول التالي المجاالات الثمانية النظرية (شالوك) و مؤشرات كل مجال من هذه المجالات(**مبارك، 2012 ، ص724).**

	المجالات							
	السعادة الوجدانية	**العلاقات بين الشخصية**	**السعادة المادية**	**النمو الشخصي**	**السعادة البدنية**	**تقرير المصير**	**الاندماج الاجتماعي**	**الحقوق البشرية والقانونية**
المؤشرات	- الرضا - مفهوم الذات - انخفاض الضغوط	التفاعلات العلاقات الإسناد	الحالة المادية العمل المسكن	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	- الصحة - الأنشطة اليومية - وقت الفراغ	الاستقلالية الأهداف لاختبارات	-التكامل الترابط الاجتماعي الأدوار	-الحقوق البشرية -حقوق الجماعة -القانون والعمليات الواجبة

جدول رقم (2) يمثل تصورات جودة الحياة حسب شالوك (مبارك,2012: 725)

من خلال الجدول رقم (02) يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة كالآتي:

-**الناحية الذاتية :**التقييم الوظيفي كمقياس المدى" مستوى الوظيفة وملاحظة المشاركة واستبيانات الظروف، والتعليم، « الأحداث البيئية، و التفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير المصير.

-**الظروف الخارجية و المنبهات الاجتماعية** ":مستوى المعيشة و مستوى العمل(مبارك، 2012 :725).

ويشير شالوك إلى أن المجالات الثمانية يمكن أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة.(نفس المرجع).

نموذج أندرسون (2002) **Anderson Theory :**

قدم أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة والحياة Happiness ومعنى الحياة Meaning Of Life، و نظام المعلومات البايولوجي

The Biological Information Syste وتحقيق الحاجاتFulfillment of Needs و الحياة الواقعية Realizing Life، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى

إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة (مبارك، 2012 :728).

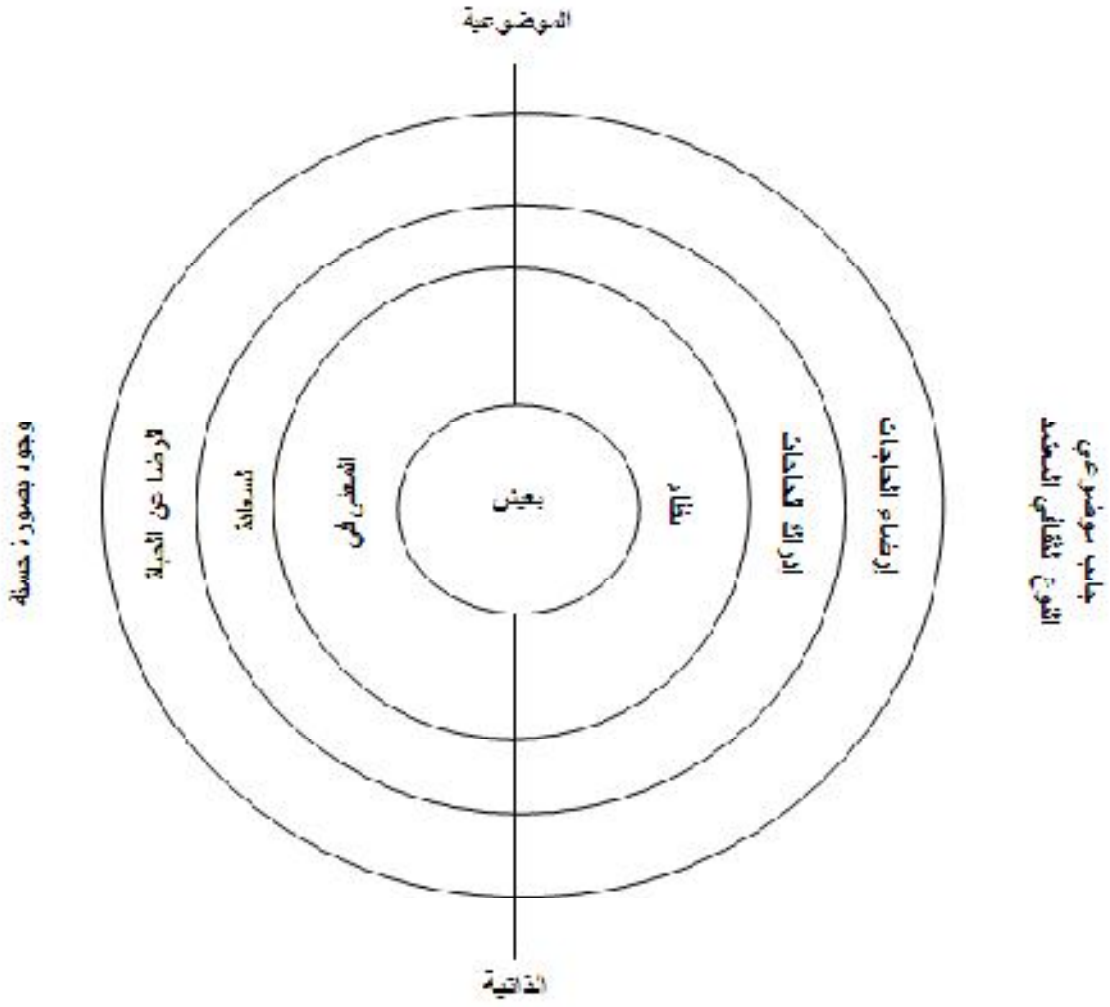
فقد أشار **أندرسون** "إلى أن إدراك الفرد لحياته ، يجعله يقيم شخصيا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا و أن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة كي يصل إلى الرضا عن الحياة.

الأولى :و هي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه

الثانية :المعنى الوجودي الذي ينصف العلاقة بين الأفكار و الأهداف

الثالثة:الشخصية و العمق الداخلي (مبارك، 2012 :728).

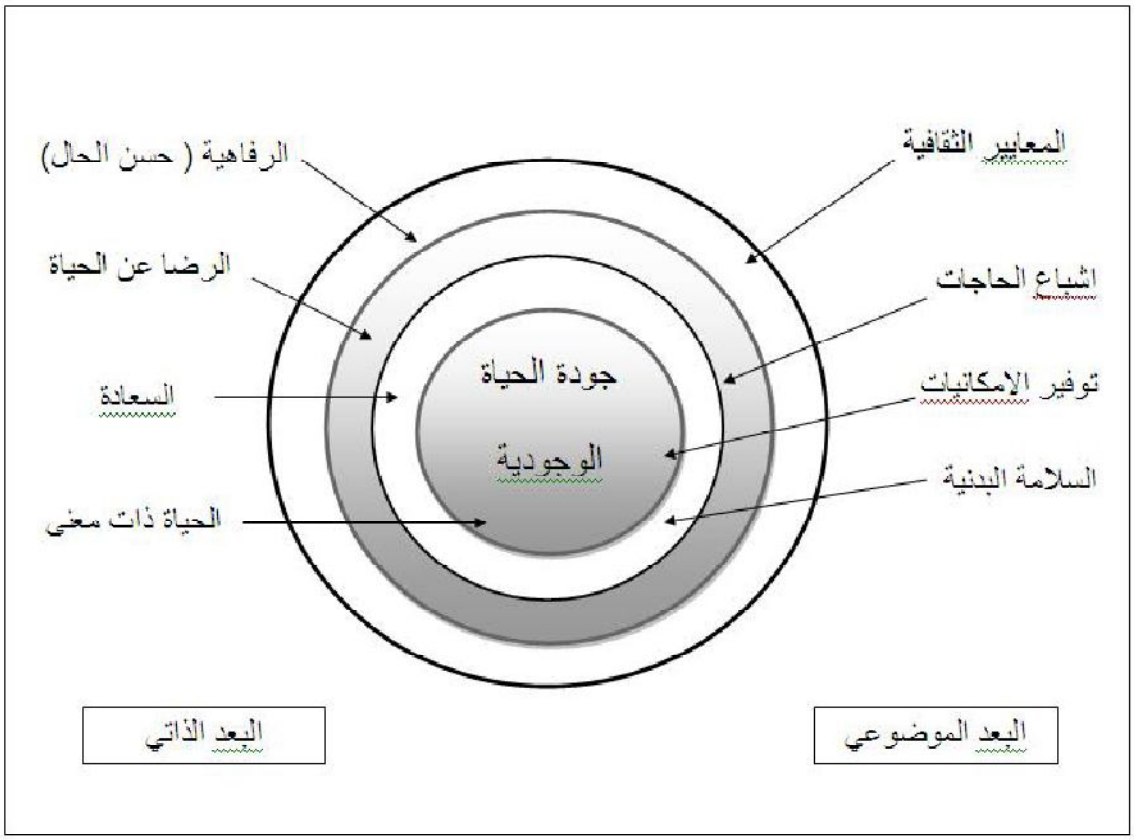
شكل : 03 يوضح النموذج التكاملي لجودة الحياة. حسب أندرسون (مبارك، 2012 : 729)



شكل : 03 يوضح النموذج التكاملي لجودة الحياة. حسب أندرسون (مبارك :729)

نموذج فينتيجودت و آخرون2003 (Ventegodt, et , al,)

تعد التصورات التي يطرحها هذا النموذج من أهم التصورات لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي و البعد الموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة **Quality-Of-Life Spectrum** و طرحوا في ضوئه ما يعرف بالنموذج التكاملي لجودة الحياة، و يوضح الشكل التالي أبعاده و طبيعة التفاعل بين هذه الأبعاد(أبو حلاوة، 2010 : 10).



الشكل رقم :(04) يوضح أبعادالنموذج التكاملي لجودة الحياة(أبو حلاوة ,2010,ص 10).

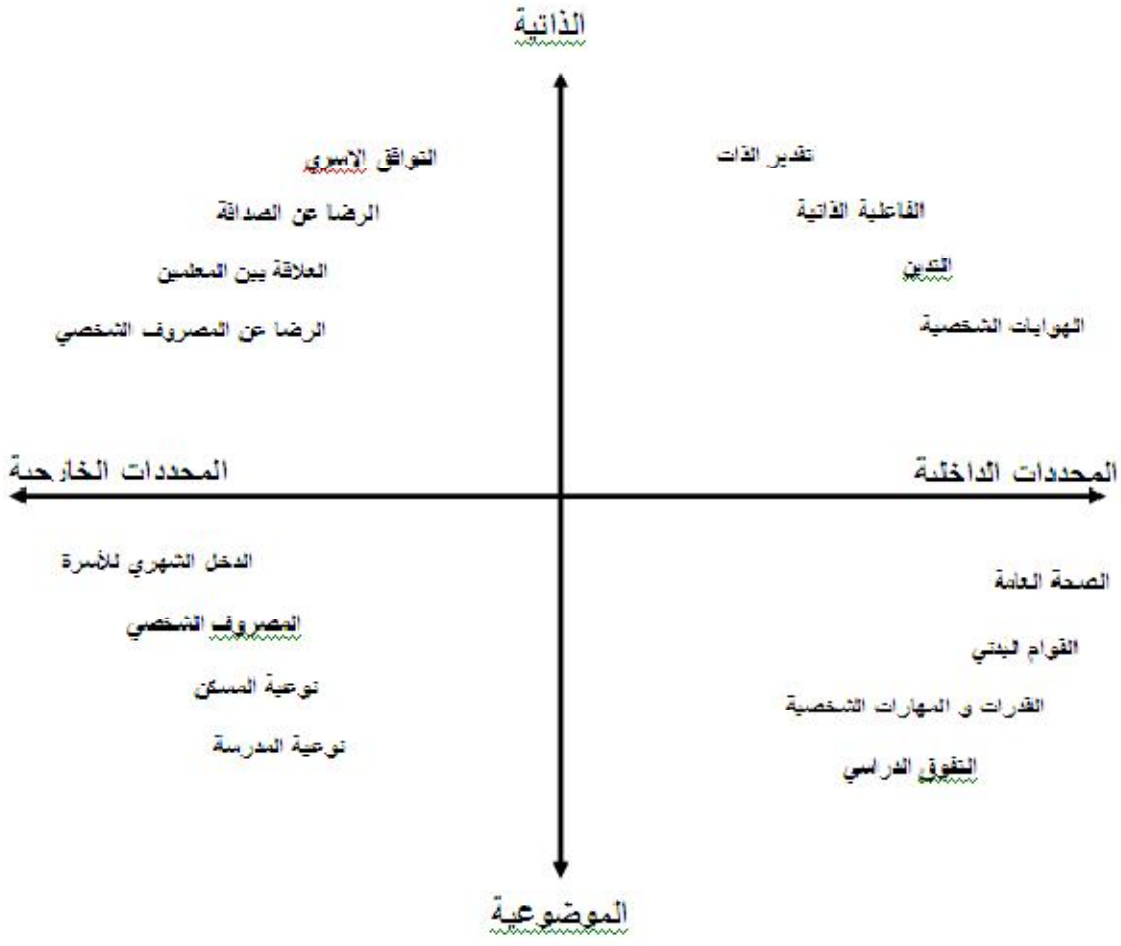
يتضح من الشكل رقم (04) أن جودة الحياة أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل" جودة الحياة الوجودية وفقا لرؤية **فينتيجودت و آخرون (2003)** تتضمن بعدين :

البعد الذاتي: ويتضمن أبعادا فرعية تتمثل في :الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، الحياة ذات المعنى.

البعد الموضوعي : و يتضمن أبعاد فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل :المعايير الثقافية، إشباع الحاجات ، تحقيق الإمكانات، السلامة البدنية .(أبو حلاوة، 2010 :10)

نموذج أبو سريع وآخرون لجودة الحياة (2006)

يقترح **أبو سريع و شوقي و أنور مرسي (2006)** نموذجا لتفسير و تقدير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب مكونها داخل الشخص أو خارجه و تسمى" بعد المحددات الشخصية" و يمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أساس قياسها و تقدير مدى تحققها ، و التي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من المنظور الشخصي كما يدركها و يشعر بها، إلى أسس موضوعية تشمل الاختبارات و المقاييس و مقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية ، أو اعتمادا على معايير كمية، وكيفية مثل الملاحظة و مقاييس التقدير، و يسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية (عبد الحفيظي,2016: 49).



شكل: 05 تصور أبو سريع وآخرين لتصنيف محددات جودة الحياة في حياة الطلب وفق موقعها(داخلية وخارجية وطريقة قياسها (ذاتية وموضوعية) .(عبد الحفيظي,2016: 49).

يتبين من خلال الشكل رقم (05) أن محددات جودة الحياة تتوزع على بعدين أحدهما خارجي والذي يتضمن التوافق الأسري، الرضا عن الصداقة، الدخل الشهري للأسرة، العلاقة مع الآخرين، نوعية السكن، والآخر داخلي يتضمن تقدير الذات، الصحة العامة، القوام البدني،التفوق الدراسي، الفاعلية الذاتية، التدين، القدرات والمهارات الشخصية.

نموذج العوامل الستة لكارول رايف

ترى **رايف Ryff** أن جودة الحياة الذاتية من المفاهيم ذات الطابع الجدل تسهم فيه مجموعة من المكونات وهو مفهوم ديناميكي متعدد الأوجه يشتمل على أبعاد ذاتية و اجتماعية و نفسية، فضلا عن السلوك المرتبط بالصحة،والموازين لتحديد الجوانب المتعدد للرضا

و قياسها، والأمن النفسي و الاجتماعي لدى الأفراد (عبد الحفيظي2016: 43).

و يقوم نموذج رايف **Ryff** حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددتها رايف بمجموعة من المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن حياته بشكل عام، وحددتها في ستة أبعاد رئيسية وينطوي تحت كل بعد ستة صفات

"تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته

1- الاستقلالية (Atonomy)

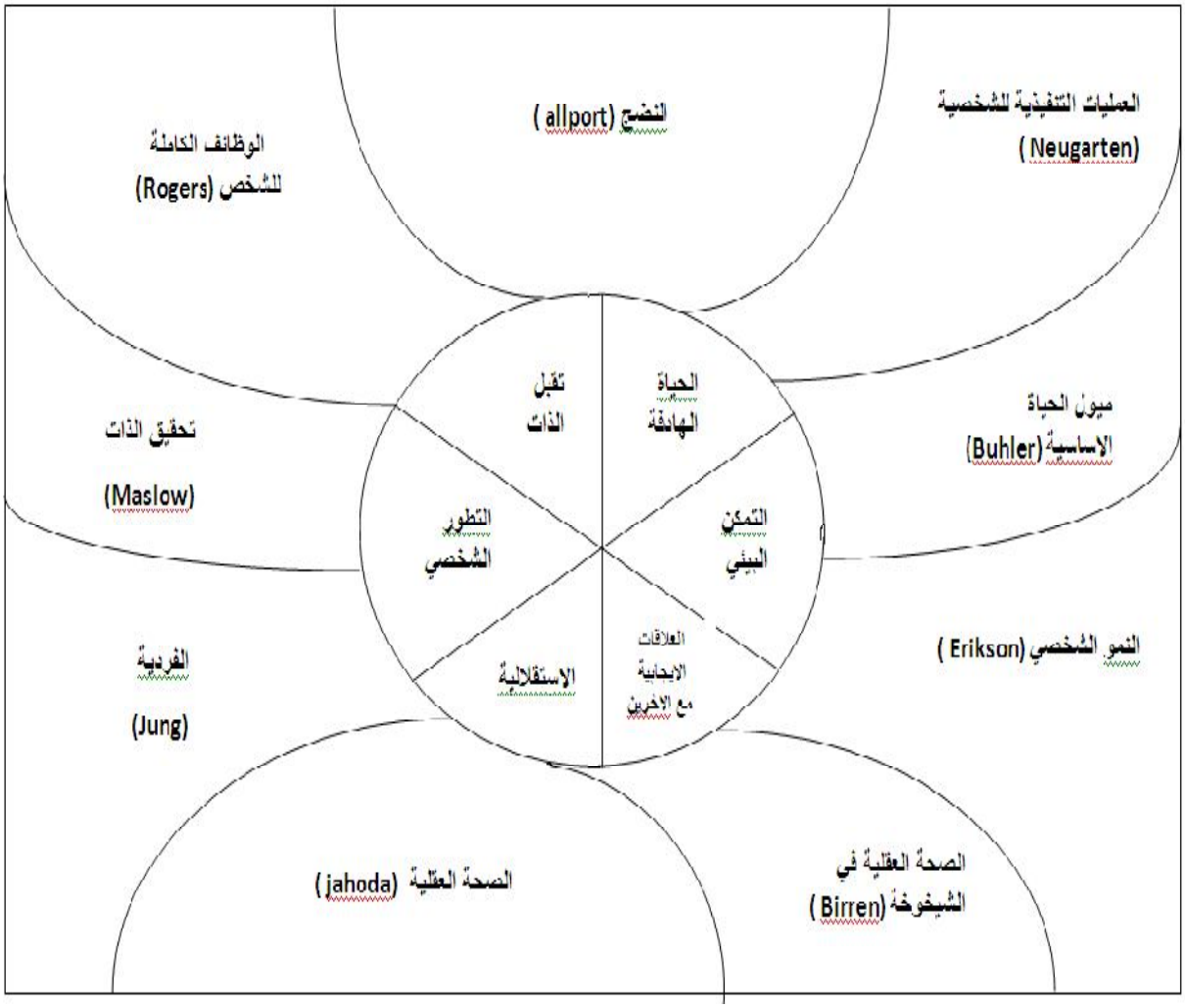
2-التمكن البيئي

3-التطور الشخصي

4-العلاقات الإيجابية مع الآخرين

5- الحياة الهادفة

6- تقبل الذات (مبارك :726)



شكل 06 : يوضح إسهامات المفاهيم النظرية في مجال الشخصية في بناء نموذج العوامل الستة لرايف.

قياس جودة الحياة :

يشير منسي و كاظم (2006) بأن القياس الجيد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيدة , و التعرف على مستويات الجودة و من هذه المقاييس لذا أصبح تصميم مقياس جودة الحياة في البحوث الإكيلينيكية مهمة أساسية بالنسبة للكثير من الباحثين في هذا المجال , وذلك بسبب التنوع في السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم و في هذا الصدد نعرض أهم مقاييس جودة الحياة.

مقياس جودة الحياة لفريش frish (1992)

و هو يقيس الرضا عن الحياة(جودة الحياة) , و يتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل:العمل ,الصحة , أوقات الفراغ و العلاقات مع الأصدقاء و لأبناء , ومستوى المعيشة و فلسفة الحياة و العلاقات مع الأقارب و الجيران و العمل الوطني ....إلخ ,حيث يطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة و كذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد (حرطاني ,2014: 33).

- **مقياس بيرنس لجودة الحياة (1995):**

الذي يشتمل على أربعة مقاييس فرعية مر تبطة بالشخصية , و الحالة الإجتماعية و الحالة الأسرية , و العمل و يساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي و الإحساس بالإنجاز

(كاظم و منسي,2006: 66)

- **مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL(1997).**

و من جهتها قامت منظمة الصحة العالمية OMS بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد و لكي يصبح وسيلة موجهة لإستخدام عالميا مع الأخذ بعين الإعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل.يتكون من 100 بند في شكله الأصلي و آخر مختصر , تم إعدادها و تكييفها في 15 دولة تحت إشراف المنظمة نفسها , حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير 6 ميادين لجودة الحياة : الصحة الجسمية,الصحة النفسية ,الإستقلالية , العلاقات الإجتماعية , المحيط

و الجانب الروحي .

أما النسخة المختصرة فتتكون من 28 بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين وهي :

الصحة الجسمية ,الصحة النفسية, العلاقات الإجتماعية ,المحيط و الإستجابة من خمس نقاط وفقا لسلم التقدير ليكرت Likert و تتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140و تشير الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة مرتفعة .

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج و آخرون Leplege &all(2000) تم تطبيقها على عينة من 2012 فردا يعانون من مرض عصبي –عضلي و تمت ترجمته ل 20 لغة , علما أنه تم إضافة بعض البنودالخاصة لبعد الصحة الجسمية لأمراض معينة

(حرطاني,2014: 43).

و قام **كومينس(Cummins 1997)** بتصميم مقياس لجودة حياة ذوي صعوبات التعلم , يتكون المقياس من بعدين:

- أولا: البعد الموضوعي و يقيس هذا البعد بعض البيانات و الإمكانات الخاصة بالفرد, و يتكون من 21 فقرة تتوزع على سبعة ابعاد فرعية بواقع ثلاث فقرات (الإرتياح المهني, و الصحة و الإنتاجية و و الألفة ,الأمان , و المكانة الإجتماعية و الإشباع الوجداني)

- ثانيا: البعد الذاتي و يقيس بعض البيانات الوجدانية الخاصة بشعور الفرد و يتكون من بعدين فرعيين , هما الأهمية و الرضا , يركز البعد الأول على الشعور نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة الأهمية التي تمثلها له , ويشتمل على 7 فقرات أما البعد الثاني فيركز على شعور الفرد نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة رضاه عنها و يشتمل على 7 فقرات أيضا.

(كاظم و منسي,2006 : 66).

مقياس أساليب مواجهة الضغوط الصورة المعدلة من إعداد **فولكمان وآخرون** Fulkman & allوالمقياس في صورته الأصلية مكون من (46) عبارة تتوزع على (8) أبعاد، قام قوته، 1997) بترجمته وتقنينه على البيئة الفلسطينية، وتحتوي الصيغة العربية المقننة على (44) عبارة، تتوزع على سبعة أبعاد هي : التفكير بالتمني والتجنب، التخطيط لحل المشاكل، إعادة التقييم، الانتماء، تحمل المسئولية، التحكم بالنفس، الارتباك والهروب.

مقياس مكينا (2001) والتي اهتمت بتطوير وتقنين مقياس يهتم بتحديد مستويات جودة الحياة لدى فئة المسنين، اشتمل المقياس على خمسة مجالات وهي الحياة الاجتماعية والإدراك الايجابي للصحة والاستقلالية والمصادر،كشف المقياس عن تمتعه بخصائص سيكومترية جيدة إذ اتسم المقياس وأبعاده الفرعية بثبات مرتفع بطريقة إعادة التطبيق بينما في مجال الصدق المحكي تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على المقياس ودرجاتهم على بعض المقاييس الأخرى التي تقيس جودة الحياة وبينت معاملات الارتباط تمتعها بالدلالة الإحصائية . (كاظم و منسي,2006: 66).

محاولة **محمود منسي وعلى كاظم** (2006) من المحاولات الأولى في الوطن العربي التي اهتمت بدراسة جودة الحياة لدى الطالب الجامعي على اعتبار أن مرحلة التعليم الجامعي إحدى أهم المراحل التعليمية التي تؤثر في تنمية مدركات المتعلمين لجودة حياتهم لأن طلبة الجامعة يمرون بمرحلة نمائية مهمة في حياتهم،

حيث يستعدون للالتحاق بالمهن المختلفة، والزواج و الاستقرار الأسري، و من ثم فإنظر تهم لجودة حياتهم تؤثر على أدائهم الدراسي و في دافعيتهم للإنجاز، و تحقيق الأهداف الذاتية و الموضوعية لهم

أسفرت هذه الدراسة عن بناء وتقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين بالبيئة العمانية، اشتمل المقياس على ستة مجالات وهي جودة الصحة العامة وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية وجودة التعليم وجودة العواطف وجودة الصحة النفسية وجودة شغل الوقتوا إدارته ويتيح المقياس الكشف عن مستوى الجودة في المجالات المختلفة التي يتناولها حيث يعطي درجة لكل منها على حدى مما يسمح بتوفير صفحة نفسية.

(عبد الحفيظي ,2016: 9).

يرى ماندزيك و ملان (Mandzuuk&Mcmillan) 2005 أن هناك صعوبات تواجه الباحثين في قياس جودة الحياة تتمثل في:

- أن الأفراد يعتمدون في تقييم جودة حياتهم على انطباعاتهم الشخصية

- يربط الأفراد رضاهم عن حياتهم بمدى قيامهم بأدوارهم في المجال الإجتماعي (المساندة و الأدوار الإجتماعية, الصداقة و الأسرة , المشاعر) زيادة على الحالة الإنفعالية,الروح المعنوية, الدافعية و الإنجاز الحالة الصحية و القدرة الوظيفية.(حرطاني ,2014: 37).

خلاصة

مما سبق نخلص إلى أن الشعور بجودة الحياة أمرا نسبيا , لأنه يرتبط ببعض العوامل الذاتية مثل المفهوم الإيجابي للذات , الرضا عن الحياة و عن العمل , و الحالة الإجتماعية , و السعادة التي يشعر بها الفرد , كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية , مثل الإمكانيات المادية و الدخل , الحالة الصحية, مستوى التعليم و غيرها من العوامل التي تؤثر في الفرد ,و إلى مدى أهمية المؤشرات الأربعة (الصحة الجسمية, العلاقات الإجتماعية, الحالة المادية , الصحة النفسية) التي يمكن استخدامها عند إعداد مقاييس في هذا المجال .

تمهيـــد:

تعد جودة حياة أولياء أمهات الأطفال التوحديين من بين المواضيع التي تثير الإهتمام حيث أن التعامل مع طفل توحدي ليس بالأمر السها ,مما يجعل الأولياء يقومون بتضحيات من أجل أطفالهم و يقتطعون من وقتهم و صحتهم لتوفير و صحتهم لتوفير الجو الماسب لهم .

و سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي بحث حيث سنتناول فيه أولا المنهج المستخدم ، مكان الدراسة ، مجموعة البحث ، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

منهجية البحث:

تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي باعتباره منهجا علميا معمولا به في علم النفس العيادي " و الذي يتناول دراسة الفرد بوصفه وحدة شاملة لا تقبل التجزئة و دراسة السلوك المتكيف و السلوك غير السوي مع الإعتماد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة و التعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم" .(عبد الرحمان الوافي 2010 ,ص 65).

2- الدراسة الإستطلاعية:

حسب مجدي عزت إبراهيم (1981) فإن الدراسة الإستطلاعية تعتبر مرحلة هامة أولية في البحث العلمي تسبق التطبيق الفعلي للمقياس و منها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث قصد ضبط المتغيرات ((عبد الرحمان الوافي 2010 ,ص 67).

3-الإطار المكاني و الزماني

أجريت الدراسة الحالية بمدينة مستغانم , و الجزائر العاصمة

ابتداءا من تاريخ 2018/03/15 و استغرق توزيع و جمع النسخ من مقياس جودة الحياة " تقييم أحداث الحياة "لأمهات الأطفال المتوحدين مدة شهرين.

4- عينة الدراسة:

عينة الدراسة تم إختيارها حسب طبيعة البحث العلمي و قد تم هذا الإختيار بطريقة غرضية و قصدية إذ أن الغرضية مناسبة للتعرف على أنواع معينة من الحالات لدراستها دراسة معمقة أما القصدية فيعتمد عليها الباحث لإختياره حالات معينة مما يحقق له الغرض من الدراسة.

مجموعه البحث تتكون من 3 حالات و هن أمهات أطفال توحديين من مختلف الأعمار و المستوى الثقافي.

جدول خصائص مجموعة البحث:

الحالات	السن	المستوى الدراسي	عمر الإبن	سن اكتشاف الإضطراب
1- أم "ع"	35 سنة	الثالثة ثانوي	9 سنوات	3 سنوات
2- أم "إ"	45 سنة	جامعي	8 سنوات	سنتين
3- أم "س"	33 سنة	جامعي	5 سنوات	سنتين و نصف

5-أدوات البحث:

تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات ، و قد تم الإستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة و المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة ، مقياس جودة الحياة ل (Ferguson) و الذي نعتبره الأنسب لدراسة و تحليل نتائج مقياس جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

5-1 المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من الأدوات الرئيسية لجمع المعلومات "و هي عبارة عن مقابلة مباشرة أو محادثة موجهة يقوم بها الباحث مع فرد او عدة أفراد بهدف الحصول على مختلف المعلومات المراد توظيفها في الدراسة " (علي طاجين 2007,ص 17).

إن طبيعة البحث الذي نقوم به يستدعي إستعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع بحثنا، فهي ليست مفتوحة تماما، إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال و تعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح.

و في هذه الدراسة تم صياغة دليل المقابلة على شكل أسئلة مفتوحة لتسهيل عملية جمع المعلومات لتطبيق مقياس جودة الحياة لferguson .

5-2 مقياس جودة الحياة لفرغيسون ferguson :

تعريف المقياس

هو مقياس التوتر(الضغط)دُ ر َ ك، الذي بني بهدف تفعيل مفهوم "التقييم الأولي" اد التوتر المُ دُ ر َ ك "التهديد والفقدان والتحدي" ، تم اختيارهم بعناية شديدة، بالرجوع إلى الأشكال الأربعة للتقييم الأولي، التي وصفها فولكمان و لازاروس Folkman et Lazarus(1985). هذا التقييم لمفهوم التوتر، ليس مرتبطا فقط بالمحيط، ولكن أيضا بادراك العوامل السياقية.

ويتكون مقياس جودة الحياة لفرغيسون من محورين

- المحور الأول يضم 16 سؤال يتعلق بتقييم الحدث لحظة حودثه يقع تحت ثلاثة أبعاد فرعية موزعة على النحو التالي:

1- بعد الخطر و هي الأسئلة التي تحمل رقم:1-4-7-10-13-15.

2- بعد التحدي و هي الأسئلة التي تحمل رقم: 5-2-8-14-13-11.

3 بعد الفقدان و هي الأسئلة التي تحمل رقم:3-6-9-12.

- المحور الثاني يضم 16 سؤال يتعلق بتقييم الحدث حاليا يقع تحت ثلاثة أبعاد فرعية موزعة على النحو التالي:

1- بعد الخطر و هي الأسئلة التي تحمل رقم:1-4-7-10-13-15.

2- بعد التحدي و هي الأسئلة التي تحمل رقم: 5-2-8-14-13-11.

3 بعد الفقدان و هي الأسئلة التي تحمل رقم:3-6-9-12.

3-5 دليل المقابلة العيادية النصف موجهة :

و يحمل مجمل البيانات الشخصية للعينة محل الدراسة .

الفصل الرابع : عرض النتائج و تحليلها

1- الحالة الأولى السيدة أم (س)

2-الحالة الثانية السيدة أم(ع)

3-الحالة الثالثة السيدة أم(إ)

إستنتاج عام

النتائج وتحليلها:

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى النتائج التي تم التوصل إليها مع الحالات الثلاث من خلال المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس جودة الحياة لفرغيسون على كل حالة

الحالة الأولى : أم(س)

أم (س) تبلغ من العمر33 سنة ، أم لثلاث أطفال كلهم ذكور, موظفة مستواها التعليمي جامعي ، المستوى الإقتصادي لا بأس به.

(س) يبلغ من العمر 5 سنوات و هوالثاني بين إخوته ، إكتشفت أنه مصاب بالتوحد عندما كان في عمر السنتن و نصف .

تحليل محتوى المقابلة:

من خلال المقابلة مع السيدة أم (س) و من خلال التاريخ الشخصي للحالة فإن ظروفها العائلية كانت جد حسنة كما تقول "لم أتعب كثيرا في حياتي و حققت كل ما أريده و ذلك بمساعدة والدي اللذان وفرا لي كل شيئ حتى أنهما لم يعارضاني في أي شيئ حتى اختياري لزوجي لأن مستواي الثقافي كان أحسن منه فلم يكمل دراسته الجامعية إلا أن علاقتنا الزوجية كانت مستقرة.

حمل الأم ب(س) كان مرغوبا فيه و منتظرا من قبل كلا الوالدين ، ظروف الحمل و الولادة طبيعية تقول الأم: "عياني الحمل شوية ، و كنت حابة نجيب طفلة بصح الحمد لله".

بعد أشهر من ولادته تقريبا عشرة أشهر لاحظت الأم على إبنها سلوكات غير عادية لم تكن تلاحظها عند إخوته فهو لا يستجيب لإبتسامتها ، و عند بلوغه السنتين لم يتكلم و أصبح جد عدواني و منعزل ،لا يوجه نظراته إليها و كأنه يعيش في عالم خاص به يقوم بحركات متكررة و الإهتزاز هذا ما دفعها إلى إستشارة عدة أخصائيين بدءا من طبيب الأطفال ، أخصائي في أمراض الأذن ، ثم أخذت إبنها إلى الخارج بالضبط فرنسا و قاموا هناك بمتابعته دوريا أين شخص الطبيب حالته و أخبر الأم و الأب بأنه يعاني من اضطراب التوحد تقول" :كخبرنا بالمرض نتاعو جاتنا الصدمة قوية ما أمنتش ، حيث أنها تفاجئت بما لم تكن تنتظره" .كنت نستنى كل حاجة غير هذه لا ، بكيت درت حالة " كانت تعتقد أن إبنها يعاني فقط من

مشكل في السمع و النطق هذا ما يجعله عدوانيا ، وما جعل عدم تقبل الأمر صعبا هو أنها تعرف جيدا معنى أن يكون لديها طفل توحدي ، حيث قالت ":سبع شهور عذاب، بكاء مش قادرة نصدق، و خايفة خفت من responsabilité"و الحياة العائلية لم تتغير رغم أن الأم كانت جد متوترة ،لأن زوجها كان متفهما و ساعدها كثيرا بالتكفل بإبنه " عايلتوا الكل ساعدوني la famille "هو ثاني كان مقلق malgré تقول "زاجلي وقف بجنبي بزاف لدرجة أن إبني متعلق بيه بزاف و يقعد معاه بزاف , حيث اصبحت حياتنا الزوجية أقل استقرارا و خصوصا علاقتنا مع أبنائنا اللآخرين الأمر الذي أدى بنا إلى تقاسم الأدوار أنا وزوجي تقول" أنا أهتم بإبني الأكبر و خصوصا عندما أصبح يشعر بأننا أهملناه و لا نهتم به , و بإبني الأصغر الذي أصبح جد عنيف و خصوصا عندما أهتم بإبني (س)

تقول لهذا السبب تشجعت و بديت نبحث في مرض التوحد و نقرى عليه في الأنترنيت باه نساعد وليدي باش يبرى " و لكي تعيد حياتها كما كانت عليه سابقا.

أما بالنسبة للإبن (س) هو شديد العزلة, لا يتكلم ، لا يحب اللعب مع أخوته و لكنهم يتقربون منه شيئا فشيئا, و يصبح عدواني عندما سشعر بالتوتر و القلق أحيانا نجهل سبب القلق و العصبية.

أما عندما سألتها عن نظرتها المستقبلية لإبنها قال" راني عارفا بلي ولدي جامي يولي طبيعي بصح نتمنى تتحسن حالة و يقدر يقرى و يتابع دراستو شفت بزاف توحديين كملو قرايتهم و نجحوا هذا الأمر لي خلاني نتابعه في فرنسا يعرفو كيفاش يتعاملو معاه و يطبقو برامج علاجية جيدة و راني نشوف بلي تحسن بزاف على من قبل "

و تتأسف عن عدم وجود مراكز متخصصة في اضطراب التوحد في مدينة مستغانم هذا يساعدها على متابعته دوريا و لربح الوقت في العلاج و نقص التكلفة المالية .

و من خلال الإستمارة التي قامت بالإجابة عليها الخاصة بوصف الحدث الذي سبب لها توترا شديدا و عاشت لحظاته كتجربة قاسية في غضون الثلاث أشهر السابقة تقول" كنت جد حائرة و تائهة بخصوص

مرض إبني و خصوصا و أن الأطباء اختلفوا في تشخيص طبيعة مرضه , لكن الأكثر ما كان يقلقني و يزعجني هو تأكيد فرضية التوحد لديه و من خلال البحوث التي قمت بها في الأنترنيت كنت شبه متأكدة من وجود هذا المرض لدى إبني و خاصة و أن الأعراض كانت جد متقدمة لديه"

وبعدإجر اء المقابلة الأولى مع الحالة أم(س) في ، تم تقديم دليل المقابلة على شكل أسئلة مفتوحة تمت صياغتها اعتمادا على مقياس جودة الحياة لفرغيسون

أما في المقابلة الثانية و الثالثة تم تطبيق مقياس جودة الحياة الجدول الأول خاص لحظة حدوث المرض و الجدول الثاني متعلق بالظروف الحالية و تظهر النتائج في الجدولين التاليين:

عندما حدث هذا الامر كان : AU MOMENT OU IL S'EST PRODUIT **L'EVENEMENT**

ETAIT

قيم		Valeurs						الصفات Adjectifs		
		5	4	3	2	1	0	مَدِد، فيه خطر	Menaçant	1
		5	4	3	2	1	0	مُثير	Provoquant	2
		5	4	3	2	1	0	يُحتمل	Intolérable	3
		5	4	3	2	1	0	مُخيف	Epouvantable	4
		5	4	3	2	1	0	مُتع	Agréable	5
		5	4	3	2	1	0	مُؤلم	Douloureux	6
		5	4	3	2	1	0	مُحيِّر،	Inquiétant	7
		5	4	3	2	1	0	مُحفز	Stimulant	8
		5	4	3	2	1	0	مُحزن	Déprimant	9
		5	4	3	2	1	0	عدائي (فيه عدائية)	Hostile	10
		5	4	3	2	1	0	دوخ	Grisant	11
		5	4	3	2	1	0	مُشفق (يستوجب العطف و الرحمة)	Pitoyable	12
		5	4	3	2	1	0	مَهيب	Effrayant	13
		5	4	3	2	1	0	مُذّب، مُؤدب	Instructif	14
		5	4	3	2	1	0	مُفزع	Terrifiant	15
		5	4	3	2	1	0	مُهيِّج	Excitant	16

جدول رقم (2)

أجد ظروفي الحالية: JE TROUVE MES **CIRCONSTANCES ACTUELLES:**

	Adjectifs	الصفات	Valeurs						قيم	
1	Menaçant	مُهدِّد، فيه خطر	5	4	3	2	1	0		
2	Provoquant	مُثير	5	4	3	2	1	0		
3	Intolérable	لا يُحتمل	5	4	3	2	1	0		
4	Epouvantable	مُخيف	5	4	3	2	1	0		
5	Agréable	مُمتع	5	4	3	2	1	0		
6	Douloureux	مُؤلم	5	4	3	2	1	0		
7	Inquiétant	مُحيِّر،	5	4	3	2	1	0		
8	Stimulant	مُحفز	5	4	3	2	1	0		
9	Déprimant	مُحزن	5	4	3	2	1	0		
10	Hostile	عدائي (فيه عدائية)	5	4	3	2	1	0		
11	passionnant	مُدوخ	5	4	3	2	1	0		
12	Pitoyable	مُشفق(يستوجب العطف و الرحمة)	5	4	3	2	1	0		
13	Effrayant	مَهيب	5	4	3	2	1	0		
14	Instructif	مُذّب، مُؤدب	5	4	3	2	1	0		
15	Terrifiant	مُفزع	5	4	3	2	1	0		
16	Excitant	مُهيِّج	5	4	3	2	1	0		

جدول رقم(3)

2- مناقشة مقياس جودة الحياة للحالة أم (س)

Menace	n=20	L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU	L'événement perçu ACTUEL
	1-Menaçant	100	80
	2-Eouventable , paniquant	80	60
	4-Inquiétant	100	80
	5- Hostile, destructrice	80	40
	14- effrayant	80	60
	15-Terrifiant , boulversante	80	60
	%	520/600 86.66%	380/600 63.33%
Défi		**L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU**	**L'événement perçu ACTUEL**
	3-Agréable	0	0
	6-Défi, provocateur	60	100
	7-provoquant	20	80
	8-Passionnant	80	100
	13-excitant	80	80
	12-instructif informatif	60	60
	total	300/600 50%	420/600 70%
	%		
perte		**L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU**	**L'evennement perçu ACTUEL**
	9-Douloureuse	100	80
	10-Déprimante	100	60
	11-malheureuse , pitoyable	100	80
	16-intolérable, insupportable	100	40
	total	400/400 100%	260/400 65%
		L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU	**L'evennement perçu ACTUEL**
	Menace	86.66%	63.33%
	Défi	**50**	**70**
	perte	**100,00**	**65,00**

جدول رقم (4) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للسيدة أم (س)

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ أن :

- تبين أن أم الحالة(س) أثر الصدمة عليها كان قويا جدا عند معرفتها بإضطراب ابنها حيث تحصلت على نسبة تقدر ب% 86.66 لبعد الخطر هذا ما يفسر أنها كانت تعيش حالة من التوتر و القلق و الخوف الشديد و لكن بمقارنتها مع الدرجة المتحصل عليها في نفس البعد المتعلق بظروفها الحالية تحصلت على نسبة 56.66 % أي أن نسبة بعد الخطر أصبحت أقل من المرحلة الأولى من هنا نستنتج أن الحالة أم(س) تحسنت حالتها النفسية وأصبحت متعايشة أكثر مع اضطراب إبنها و هذا ما اكتشفناه من خلال المقابلات السابقة.

- أما بالنسبة لبعد التحدي فتحصلت على نسبة 50% عند حدوث الإضطراب و على نسبة 70 % عند تقييم ظروفها الحالية من خلال النسبتين نستنتج أن نسبة التحدي ارتفعت بشكل ملحوظ هذا ما يفسر أم (س) أصبحت أكثر قوة و لديها طموح كبير لمعرفة اضطراب التوحد و البحث فيه لتطوير حالة إبنها و هذا ما ذكرته خلال المقابلة " تقول لهذا السبب تشجعت و بديت نبحث في مرض التوحد و نقرى عليه في الأنترنيت باه نساعد وليدي باش يبرى " و لكي تعود حياتنا كما كانت عليه سابقا" .

-أما بعد الفقدان الذي كانت نسبته عالية 100% أثناء معرفتها بأن إبنها يعاني من إضطراب التوحد هذا يفسر أن أم(س) كانت حالتها النفسية جد سيئة يشوبها الحزن و التذمر و الألم و هذا طبيعي لأن هذا ما تحس به أي أم في مكانها لشدة الموقف و تعقيده .

و بمقارنة النسبة الأولى مع نسبة الفقدان أثناء الظروف الحالية نجدها قد انخفضت بشكل ملحوظ أصبحت النسبة 65 % و هذا ما يفسر أن أم(س) استطاعت تخطي الصدمة و تغيير نظرتها السلبية إلى نظرة إيجابية للمرض و تقبلها لإعاقة إبنها و الرضا عن حياتها. و هذا ما أشارت إليه سوسن عبد الونيس " يعد الرضا عن الحياة من المتغيرات الهامة التي تؤثر على شخصية الإنسان و تكيفه و بالتالي قدرته على أداء

أدواره و مسؤولياته و ك لك على علاقاته في المحيط الإجتماعي الذي يعيش فيه.(سوسن عبد الونيس : 266).

- و بمقارنة الأبعاد الثلاث : بعد الخطر و بعد التحدي و بعد الفقدان في المرحلة الأولى نلاحظ أن بعد الفقدان ظهر بنسبة عالية جدا و هذا ناتج لشدة الموقف . هذا ما ذكره (محمد السيد و آخرون ,2005) حيث غالبا ما تكون الصدمة أول رد فعل لهم يليها عدم التقبل و الغضب و الإعتقاد بأن توحدية ابنهم ناتجة عن خطأ شخص ما , و قد يستسلمون للهم و الغم و الشعور بالإحباط و الإكتئاب و كلها ردود أفعال تتكرر لدى الآباء .

- أما في المرحلة الظروف الحالية نرى أن بعد التحدي ظهر بنسبة عالية هذا ما يفسرتحسن حالة أم (س) وقدرتها على ضبط إنفعالاتها و توافقها مع نفسها و تقبلها لإبنها كما هو عليه , فحسب حامد زهران " التوافق الشخصي يتضمن السعادة مع النفس و الرضا عن النفس , و إشباع الدوافع و الحاجات الداخلية , حيث يقل الصراع الداخلي .(حامد زهران ,2005: 27).

3-نتائج الحالة أم (س) :

من خلال النتائج المتحصل عليها لمقياس جودة الحياة للحالة الأولى أم (س) و قد بين مقياس فرغيسون إلا أن الأم تتمتع بجودة حياة جيدة نتيجة العديد من العوامل

1- نجاح علاقتها الأسرية مع الزوج و الأبناء يولد لديها صحة نفسية جيدة و شعور بالإرتياح النفسي مما ينعكس إيجابا على حياتها و تعاملها مع إضطراب إبنها مما يساهم في التغير الإيجابي في سلوكيات الطفل و تجهلها أكثر توازنا بما يساعد في إنشاء أسرة متوازنة يسودها الهدوء و الإستقرار عموما .

كما أشار الطفل (عادل عز الدين الأشول) إلى أهمية التأثير المتبادل لجودة الحياة بين الآباء و الأمهات و الأبناء , فالأمهات اللاتي حدث لهن تغير في جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهن ذوي الإحتياجات الخاصة , وهذا يمكن أن يؤثر بالإيجاب في حد ذاته على جودة الحياة لدى هؤلاء الأبناء.(جمال شفيق,2016,ص 20).

2- المستوى التعليمي : إن المستوى التعليمي لديه دلالة هامة في الصحة النفسية للأم و هذا ما لاحظناه من خلال المقابلة أن الأم التي يكون مستواها التعليمي جيد تستطيع الاهتمام بطفلها بصورة علمية أفضل ، ووعي بمشكلة إبنها و مواجهتها لها من خلال تقديم برامج تدريبية فعالة يرفع درجة جودة الحياة لديها و الشعور بالرضا عن الحياة .

لكن هذه النتيجة لا تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة حرطاني أمينة 2014 التي أثبتت أن المستوى التعليمي لا يؤثر في جودة العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات و بين المشكلات السلوكية لدى الأبناء .

- مقياس جودة الحياة: خلصت نتائج الدراسة إلى ارتفاع في مقياس جودة الحياة بالنسبة لبعد التحدي مما أدى بالنتيجة إلى تخطي الحالة أو(س) الصدمة وضبط إنفعالاتها و تكيفها مع حالة إبنها و هذا ما يتوافق مع تعريف لونجست 2008 لمفهوم جودة الحياة و الذي يظهر من خلال قدرة الفرد على إشباع الحاجات الصحية النفسية و الإستقرار الأسري و الرضا عن العمل , و القدرة على مقاومة مختلف الضغوط .

و من خلال هذه النتيجة يتضح أنه كلما ارتفعت جودة الحياة عند الأم كلما ارتفعت نسبة بعد التحدي و يمكن تفسير ذلك من خلال تعريف **كاظم و منسي (2006)** أن جودة الحياة في أي مجتمع، مرتبط بالعديد من المؤشرات الموضوعية كما ترتبط أيضا بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع مثل : السعادة والرضا عن الذات وعن الآخرين والعلاقات الاجتماعية الايجابية،والوعي بمشاعر الآخرين، وضبط الانفعالات، والضبط الداخلي للسلوك والمسؤولية الشخصية و **(** كاظم ومنسي، 2006 ، ص71).

2- الحالة الثانية السيدة أم (ع) :

أم (ع) سيدة تبلغ من العمر35 سنة,عاملة ، ذات مستوى إقتصادي لا بأس به و مستوى تعليمي الثالث ثانوي ، إكتشفت بأن إبنها يعاني من اضطراب طيف التوحد TSAعندما كان عمره 3 سنوات**.**

1-1-1 تحليل محتوى المقابلة :

عاشت السيدة أم (ع) ظروف عائلية جد حسنة فكانت عائلتها ميسورة الحال فكانت مدللة كثيرا من طرف والديها , أما بالنسبة لزواجها فتزوجت بطريقة تقليدية فلم تتعرف على الزوج من قبل إلا في فترة الخطوبة و قبلت بالزواج منه رغم أن مستواه المعيشي كان أقل منهم فلم يكن يملك سكنا خاصا فاضطرت إلى السكن مع أفراد عائلته أين واجهتها عدة مشاكل بعد الزواج .

حمل الأم ب (ع)كان أجمل ذكرى،لأنه الطفل الأول، فترة الحمل جد عادية إلى غاية الشهر السابع أين تعرضت الأم لبعض المضاعفات نتيجة وجود مشاكل مع الزوج تقول " تعاركت مع زوجي و تقلقت بزاف لعشية حسيت بوجع في بطني كي رحت للمستشفى قالولي عندك الزيادة درك" فالعلاقة الزوجية بين الطرفين كانت متوترة لعدة أسباب منها عدم توفر سكن فردي لهما و طباع الزوج العنيفة ,هذا ما أدى بها إلى ولادة قبل أوانها (7 أشهر).

عند ولادة الطفل لاحظت الأم تغير واضح في طباع الزوج الذي بدأ يهتم بإبنه و تغيرت معاملته لها و عند بلوغ الطفل (ع) و الشهر الثامن بدأت تلاحظ الأم بعض السوكات على الطفل مثلا لا يستجيب لها و لا يضحك و لم يجلس مثل باقي الأطفال في الوقت العادي وتأخر في الكلام بدأت الشكوك تراودها " بديت نشك كي لحق الثمن شهور و ماضحكش ومقعدليش وحتى للعامين ما تكلمش جعل شكوكها تزداد هو أن الطفل يتصرف بطريقة توحي إليها بأنه لا يستمع لمناداتها وكلامها , لا يوجه نظراته إليها أو إلى أي شخص آخر , كثير الحركة و لا يهتم بمن حوله و منعزل عنهم , يصدر أصواتا غريبة مع انعدام اللغة ,يقوم بحركات متكررة كالدوران حول نفسه أحيانا عدواني يقوم بعضها , لديه مشاكل في التغذية فلا يأكل كل

أنواع الطعام يحب نوع واحد فقط فهذا ما دفعها إلى استشارة عدة أخصائيين و مراكز مثل: أخصائي في أمراض الأذن، مختصة أرطفونية ، مركز الصم البكم ، بالإضافة إلى المختصة النفسية التي كانت تساعده بدورها وأخبرت الأم بأن طفلها غير عادي ويعاني من تأخر حسي حركي في مختلف جوانب نموه ، عندها ذهبت الأم لإستشارة أخصائية نفسية أخرى قالت لها بأن طفلها معوق ذهنيا ووجهته إلى مختص في الطب العقلي وهنا عرفت أن (ع) حقيقة مصاب بالتوحد.

بعد إعلامها بالخبر أصبحت الأم كثيرة البكاء و الحزن كانت الصدمة جد قوية عليها خصوصا أنها كانت تنتظر قدومه بفارغ الصبر تقول " كنت صابرة علاجال وليدي وقلت هذا هو سندي في الدنيا و ندير كل ما بيدي باه يصير عنده مستقبل مليح و يخرج حاجة بصح فرحتي ما كملتش "

كما كانت تأخذه بمفردها فلم يبالي الزوج بمشكلة ابنه ضنا منه أنها تبالغ في خوفها على ابنها قائلا" ما زال صغير وراه مدلل بزاف درك يكبر و يرجع نورمال" و بعد مدة عندما تأكد من صحة الخبر إزدادت العلاقة بينهما سوءا و بدا يلقي عليها اللوم أنها هي السبب في مرض ابنها و قلقها الزائد في فترة الحمل هو من سبب له هذا المشكل فتكفلها بمفردها بإبنها و اضطراب العلاقة الأسرية و عدم وجود الدعم العائلي لها سواء من أهل الزوج الذين لم يبالوا بمرض الطفل و أو من طرف أهلها بسبب بعد المسافة كل هذا زادها تعبا و سوءا لحالتها النفسية و أثر على الحالة النفسية للطفل فهذه الظروف لا تمكنه من التكيف الجيد , فالتكفل بطفل متوحد ليس بالأمر الهين خصوصا أن معرفتها للإضطراب محدودة فكانت تسمع عليه عبر التلفاز فقط .

فأخذت أم(ع) تطرح عدة أسئلة عن طبيعة المرض وأسبابه تار ة تلوم نفسها ثم تفكر بأن الأمر قضاء الله وعليها تقبله , فقامت بتعطلها عن العمل مؤقتا و أعطت كامل وقتها لإبنها ، وبدأت تطبق كل تعليمات الأخصائية النفسية و تتبعها عدة برامج علاجية على أمل أن يشفى ، ولاحظت أن إبنها تطورت لديه بعض المهارات مثل الكلام و النظافة و الأكل بمفرده .

ويتضح من خلال المقابلة أن أم (ع) متعلقة كثيرا بطفلها حيث قالت" الحاجة لتهمني في هاذ الدنيا نبقى مع وليدي وهذا ما يفسر وجود عناية كبيرة وحماية مفرطة له.

تعاني الأم (ع) مشاكل مع الزوج الذي ترك لها مسؤولية الطفل وعدم مساندته لها و هذا ما تركها تكتفي بطفل واحد خوفا من إهماله.زيادة على قلقها وخوفها على مستقبله حيث تقول" :تمنيت يبرا نشوفو راجل يتكل على روحو" و أن عدم تقبلها لمرض طفلها و خوفها الشديد على إبنها جعلها تلازمه لأطول وقت ممكن و تعطيه حماية مفرطة وتهتم به حتى على حساب حياتها الشخصية.

و هذا ما صرحت به في استبيان الخاص بوصف الحدث الذي سبب لها توتر شديد في غضون الثلاث أشهر السابقة "عند معرفة بمرض ابني حزنت حزنا شديدا و كرهت الحياة و حسبت بلي أنا سببتله هذا المرض و خصوصا كيما عرفتش واش عنده بالضبط".

وبعد إجراء المقابلة الأولى مع الحالة أم(ع) تم إعطائها مقياس جودة الحياة و وضحت لها المقياس.

و في المقابلة الثانية سلمت لي الإستمارة وظهرت النتائج المتحصل عليها في الجدولين التاليي

عندما حدث هذا الامر كان : AU MOMENT OU IL S'EST PRODUIT **L'EVENEMENT** ETAIT

	Adjectifs الصفات		Valeurs						قيم	
1	Menaçant	مُهدِد، فيه خطر	0	1	2	3	4	5		
2	Provoquant	مُثير	0	1	2	3	4	5		
3	Intolérable	لا يُحتمل	0	1	2	3	4	5		
4	Epouvantable	مُخيف	0	1	2	3	4	5		
5	Agréable	مُمتع	0	1	2	3	4	5		
6	Douloureux	مُؤلم	0	1	2	3	4	5		
7	Inquiétant	مُحيِّر،	0	1	2	3	4	5		
8	Stimulant	مُحفز	0	1	2	3	4	5		
9	Déprimant	مُحزن	0	1	2	3	4	5		
10	Hostile	عدائي (فيه عدائية)	0	1	2	3	4	5		
11	passionnant	دامِج	0	1	2	3	4	5		
12	Pitoyable	مُشفق (يستوجب العطف و الرحمة)	0	1	2	3	4	5		
13	Effrayant	مُهيب	0	1	2	3	4	5		
14	Instructif	مُذّب، مُؤدب	0	1	2	3	4	5		
15	Terrifiant	مُفزع	0	1	2	3	4	5		
16	Excitant	مُهيِّج	0	1	2	3	4	5		

جدول رقم (5)

أجد ظروفي الحالية: JE TROUVE MES **CIRCONSTANCES ACTUELLES**

	Adjectifs	الصفات	Valeurs						قيم	
1	Menaçant	َدِد، فيه خطر	0	1	2	3	4	5		
2	Provoquant	ُثير	0	1	2	3	4	5		
3	Intolérable	ْيُحتمل	0	1	2	3	4	5		
4	Epouvantable	ُخيف	0	1	2	3	4	5		
5	Agréable	ُمتع	0	1	2	3	4	5		
6	Douloureux	ُؤلم	0	1	2	3	4	5		
7	Inquiétant	حَيِّر،	0	1	2	3	4	5		
8	Stimulant	ُحفز	0	1	2	3	4	5		
9	Déprimant	ُحزن	0	1	2	3	4	5		
10	Hostile	عدائي (فيه عدائية)	0	1	2	3	4	5		
11	passionnant	ُدوخ	0	1	2	3	4	5		
12	Pitoyable	ُشفق (يستوجب العطف و الرحمة)	0	1	2	3	4	5		
13	Effrayant	َهيب	0	1	2	3	4	5		
14	Instructif	ذَّب، مُؤدب	0	1	2	3	4	5		
15	Terrifiant	ُفزع	0	1	2	3	4	5		
16	Excitant	ُهيِّج	0	1	2	3	4	5		

جدول رقم(6)

- مناقشة مقياس جودة الحياة للحالة أم (ع)

Menace	n=20	L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU	L'événement perçu ACTUEL
	1-Menaçant	100	80
	2-Eouventable , paniquant	100	60
	4-Inquiétant	100	80
	5- Hostile, destructrice	100	40
	14- effrayant	80	60
	15-Terrifiant , boulversante	80	60
	%	560/600 93.33%	500/600 83.33%
Défi		**L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU**	**L'événement perçu ACTUEL**
	3-Agréable	0	0
	6-Défi, provocateur	60	100
	7-provoquant	20	80
	8-Passionnant	80	100
	13-excitant	80	80
	12-instructif informatif	60	60
	total	360/600 60%	360/600 60%
	%		
perte		**L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU**	**L'evennement perçu ACTUEL**
	9-Douloureuse	100	80
	10-Déprimante	100	60
	11-malheureuse , pitoyable	100	80
	16-intolérable, insupportable	100	40
	total	400/400 100%	380/400 95%
		L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU	**L'evennement perçu ACTUEL**
	Menace	93.33%	83.33%
	Défi	**60**	**60**
	perte	**100,00**	**95,00**

جدول رقم (7) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للسيدة أم (ع)

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ أن :

- تبين أن أم الحالة(ع) تحصلت على نسبة تقدر ب% 93.33 لبعد الخطرو هي نسبة مرتفعة جدا هذا بسبب قوة الصدمة (choc) فالصدمة هي أول رد فعل نفسي يحدث للوالدين فلا يستطيعان تصديق حقيقة أن طفلهما غير عادي فإدراك حقيقة الإصابة فهذا يبعث على خيبة الأمل و الحزن , و هذا أمر طبيعي و بمقارنة النسبة مع النسبة المتحصل عليها في نفس البعد المتعلق بظروفها الحالية تحصلت على نسبة 83.33 % أي أن نسبة بعد الخطر أصبحت أقل من المرحلة الأولى و لكن بفارق بسيط من هنا نستنتج أن الحالة أم(ع) تحسنت حالتها النفسية وأصبحت متعايشة نسبيا مع اضطراب إبنها نظرا للظروف الصعبة و المشاكل التي تواجهها مع الزوج من جهة و اضطراب ابنها من جهة أخرى و هذا ما لاحظناه من خلال المقابلات السابقة.

- أما بالنسبة لبعد التحدي فتحصلت على نسبة 60% عند حدوث الإضطراب و على نفس النسبة 60 % عند تقييم ظروفها الحالية من خلال النسبتين نستنتج أن أم (ع) رغم محاولتها لتقبل اضطراب ابنها و مساعدته إلا أنها لم تستطع و هذا لأنها بحاجة إلى الدعم النفسي و الإجتماعي و هذا ما لاحظناه من خلال المقابلة , وفي هذا الصدد أشارت دراسة إيهاب عبد الخالق 2004 "إلى أن سيطرة المشاعر السلبية على النسق الوالدي و ما يتبعه من رفض و اسحاب أو شعور بالذنب يمثل ضغطا كبيرا يؤثر سلبا على علاقة الوالدين بطفلهما و على أساليب رعايتهما له.(سوسن عبد الونيس ,ص 269)

-أما بعد الفقدان الذي كانت نسبته عالية 100% أثناء معرفتها بأن إبنها يعاني من إضطراب التوحد فالألم و عدم التحمل و الإحباط و الحزن و الشعور بالذنب و الوصمة هي كلها ردود أفعال يمر بها أغلبية الآباء و بالأخص الأمهات عند معرفتهن بإصابة أطفالهن .

و بمقارنة النسبة الأولى مع نسبة الفقدان أثناء الظروف الحالية نجدها قد انخفضت بشكل ملحوظ أصبحت النسبة 95 % و هذا ما يفسر أن أم(ع) رغم ظهورها من خلال حديثها في المقابلات أنها تبذل قصار جهدها للتكيف مع الأمر الواقع إلا أن النتائج بينت عكس ذلك فلم تنتهي بعد من الأحزان و الشعور بالألم و لم تصل بعد إلى مرحلة التقبل و الرضا .

- و بمقارنة الأبعاد الثلاث : بعد الخطر و بعد التحدي و بعد الفقدان نلاحظ أن بعد الفقدان ظهر بنسبة عالية جدا و هذا ناتج لشدة الموقف ولشدة المعاناة فهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل عندما أدركت أن إبنها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

3-نتائج الحالة أم (ع):

من خلال النتائج المتحصل عليها لمقياس جودة الحياة للحالة أم (ع) أن الحالة لم تصل بعد إلى التوازن النفسي و الرضا عن الحياة و ذلك بسبب ظروفها الصعبة و حالتها النفسية و غياب عدة مؤشرات فالحاجة للدعم الاجتماعي كمطلب أساسي لأولياء الأطفال المصابين بالتوحد رغم أن الأم تسعى كثيرا الى ان تكون مثالية غير ان هذا المطلب يصعب عليها تحقيقه ,و يجعلها تشعر بالإرهاق والقلق و الاكتئاب و مشاعر الذنب نظرا للمتطلبات التي يجب توفيرها لطفلها المصاب , و قد تبين من خلال مقياس فرغيسون إلى أن الأم تعاني من عدم وجود حياة متوافقة و متزنة نتيجة للعديد من العوامل منها.

1- تصورها لطفلها : حيث من خلال المقابلة مع الحالة تبين أن الأم كانت ترى في مولودها الجديد المخلص الوحيد من جملة المشاكل الزوجية التي كانت تعيشها و التي كانت في الغالب تتسم بعدم التوافق و عدم الإنسجام مع الزوج و امتداده العائلي (الوسط الذي تعيش فيه) و عكس التوقعات وقع خبر اضطراب إبنها بطيف التوحد كصدمة شكلت أولى ردود أفعالها تالتها نوبات من الغضب و عدم التقبل و الإعتقاد بأن اضطراب ابنها ناتج عن خطأ شخص ما , و قد أظهرت دراسة wachter (1970) التي تهدف لمعرفة

ردود أفعال الآباء و الأمهات نحو ميلاد طفل معاق حركيا أو ذهنيا أن اكثر ما يميز هذه الردود هي مشاعر القلق و الشعور بالذنب و الخجل و الإنسحاب و الرفض .

و أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسرة قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل إلى درجة المرض, و تؤكد نفس الدراسة أن الوالدين هم الأكثر تعرضا للظغوط النفسية و يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب, الرفض المستمر للطفل , الحماية الزائدة , حبس الطفل في المنزل و عدم إظهاره للناس, الإنعزال عن الحياة الإجتماعية , الشعور بالنقص و الهروب من الواقع و عدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة مع عدم وجود الإنسجام النفسي بين الوالدين.(شاكر مجيد,2010,ص 36).

كما بينت نتائج دراسة بلانشو و ألوارد (1998) " أن نصف الأمهات و بسبب الصعوبات اليومية و المرتبطة بإضطراب التوحد لإبنائهم يضحون بحياتهم المهنية (50%) ,و يخصصون أقل وقت لحياتهم الخاصة (60%) , و حياتهم العلائقية (55%) و يعانون من مشاكل صحية بدنية (50%) و عقلية .

(باشاو عمران ,2015,ص 22).

و من خلال ما سبق فإن حدث وجود طفل توحدي في الأسرة يولد شعور بعدم الرضا عن الحياة و إلى خلل في جودة حياة والدي الطفل المتوحد خاصة الأم.

2- الحياة الأسرية : تتسم بحياة يومية صعبة تزيدها حدة عدم وجود الدعم العائلي الضروري لمثل هذه الحالات في ظل غياب الأب مما يولد شعورا لدى الأم بمسؤولية أكبر إتجاه أبنها مما يزيد من قلقها و درجة إحباطها, مما يشكل عائقا مباشرا للتكفل الجيد بإبنها هذا ما يؤثر بشكل مباشر على سلوكيات الطفل و على برامجه العلاجية .

هذه الأسباب مجتمعة تحول دون تحقيق جودة حياة مناسبة للأم و الطفل على حد سواء , و هذا ما تشير إليه بعض الدراسات أن وجود الأب و مشاركته الفعلية و الجادة و تحمله المسؤولية و تقديمه المساندة من شأنه أن يخفف عن الأم وطأة الشعور بالضغط و بالتالي إحساس الأم بالرضا عن الحياة و علاقتها الأسرية (حرطاني أمينة,2014: 111).

3- مقياس جودة الحياة: منخفض بشكل ملفت للنظر خاصة مع بعد الخطر و و الفقدان

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول (6) يمكن الإجابة عن التساؤل الرئيسي للدراسة توجد علاقة سلبية بين جودة الحياة و بين الأبعاد الثلاث لمقياس جودة الحياة (الفقدان و التحدي والخطر) للسيدة أم (ع)

الحالة الثالثة السيدة أم (إ)

أم (إ) سيدة تبلغ من العمر 45 سنة، هي أم لثلاثة أطفال بنت و ولدان مستوى جامعي ,و موظفة ميسورة الحال ,يبلغ إبنها من العمر 8 سنوات و هوالأصغر من بين إخوته إكتشفت اضطرابه بطيف التوحد في سن السنتين.

تحليل معطيات المقابلة:

عاشت السيد أم(إ) ظروف عائلية جيدة يسودها التفاهم , أكملت دراستها الجامعية في ظروف عادية بعد تخرجا توظفت في إحدى الإدارات العامة و بالنسبة لزواجها فقد كان عن طريق التعارف فقد تعرفت على زوجها ببضع سنوات قبل الزواج فكانت حياتها الزوجية جيدة على العموم كما قالت " حياتي الزوجية كيما قاع الناس فيها لحظات مليحة و نهارات شوية مع الضغوط نتاع الخدمة برا و في الدار و تربية الأولاد ماشي ساهلة "

كانت ظروف حملها و ولادتها لطفلها (إ) عادية ، و في الأشهر الأولى عند ولادة الطفل لم تلاحظ عليه أي مشكل إلى غاية بلوغه سنتين لاحظت أن الطفل لا يتكلم و لم ينطق بأي حرف و لم تهتم بالجوانب الأخرى من نمو الطفل مثل المهارات الحس حركية إلى غيرها فكانت قلقة فقط على الكلام.

قررت هي و زوجها أن تأخذه إلى طبيب مختص "أذن و حنجرة " للتأكد من سلامة السمع و النطق و من هنا بدأت رحلتها مع التشخيص عندما أكد لها الطبيب أنه سمعه سليم , من مختص إلى آخر و بعدها توجهت إلى طبيب عقلي و مختصطب أطفال أين تم تشخيصه بأنه مصاب بالتوحد الأمر الذي جعل الأم و الأب لا يصدقان ويشككان في التشخيص قالا " راهم يعرفوا غي مرض التوحد لي ما يهضرش يقولو عليه فيه التوحد " و ازدادت تمسكهم بعدم إصابة طفلهم بالتوحد فاتبعوا طرق علاجية أخرى بديلة مثل طب الأعشاب و الرقية الشرعية ضنا منهم أن إبنهم أصابه مكروه قالت لي " كان يحب يلعب بالماء بزاف و في أي وقت قلت صراتلو حاجة ماشي مليحة" و لكن بعد مرور الوقت بدأت الأم لاحظت أن حالة إبنها أز دادت تعقيدا و نصحوها بأنه كلما كان التشخيص و العلاج مبكر كلما كانت النتيجة جيدة و بدأت تلاحظ تلك الأمور التي ظهرت في التشخيص و تلاحظ حركات إبنها مثل :العزلة ، ترجيح الجسد، الصوت الحاد، النظر غير المستقر, نوبات غضب شديدة مجهولة الأسباب يضحك في أوقات غير مناسبة و يتعلق بصفة غير طبيعة بالأشياء الغريبة و هذه الحركات هي التي تسبب إزعاجها زد على ذلك مشاكل في التغذية يتناول طعام واحد لفترة طويلة .

حينها تم تقبلهم لمرض إبنهما تقول ": ملي عرفت بلي راه مريض ، كي يحكو الناس على أي مرض أنا نشوف لوليدي نكره حياتي"

الأم يائسة من شفاء إبنها تقول" : ما عندو حتى مستقبل ، مريض و الناس الكل قالولي ميبراش "الزوج والأسرة يساعدون الأم على الإهتمام بالطفل لكنها ترى أن مرض إبنها يلزمها البقاء في البيت و الإهتمام به أين تخلت عن وظيفتها قالت " يليق نبقى معاه في الدار باش نقدر نتكفل بيه و هذا المرض يليقله الخدمة

بزاف " و نظرا لأن العائلة ميسورة الحال تم متابعة الطفل دوريا من طرف مختصة في الأرطفونيا إضافة إلى خضوعه لبعض البرامج العلاجية و حاليا تم تسجيله بمؤسسة خاصة بالجزائر العاصمة لمعالجة اضطراب التوحد مع انخراط الأم في جمعيات الأطفال المتوحدين و متابعتها لدورات تكوينية في خاصة بالبرامج العلاجية لإضطراب التوحد.

من خلال المقابلة مع الحالة (إ) تبين لنا أنها تسعى للتأقلم مع اضطراب إبنها و أصبحت أكثر وعيا, غير أنها قلقلة على مستقبله تقول" لوكان نموت أنا شكون يكون بيه" و عند ما سألتها عن مساعدة زوجها لها و علاقته بها و بإبنه خصوصا عند معرفته لإضطراب إبنه قالت " في هاذيك اللحظة تقلقنا بزاف كل العائلة تقلقت و اصبح عصبي بزاف و كثرت المشاكل بيناتنا أحيانا يلومني يقولي سمحت فيه بلاك لحمى طلعتله بزاف و ما شفتيهاش و بعد مدة بدى يقولي ماراكيش تعطيه وقت كافي , قعدت شوية و حبست الخدمة , و بعد مرور الوقت تقبل الأمر من باب الوازع الديني و اعتباره قضاءا و قدر و أنه لا راد لقضاء الله حيث قام بمواساتي و تخفيف العبئ عني و أصبح في أيام العطل الأسبوعية يقعد معاه بزاف و يخرجه ورجع قريب ليه أكثر من إخوته).

أما بالنسبة لإخوته قالت لي تأثروا بزاف و بكاو بزاف كي عرفو بلي خوهم مريض , وخصوصا أخته تهتم بيه بزاف).

من خلال المقابلة تبين أن عند معرفة أفراد العائلة بإصابة الطفل بإضطراب التوحد عرضهم لضغوط نفسية شديدة و أثر سلبا على أداء الوالدين لمسؤوليتهم و أدوارهم اتجاه الطفل.

وبعد إجراء المقابلة الأولى مع الحالة أم (إ) تم إعطائها استمارة مقياس جودة الحياة

و في المقابلة الثانية سلمت لي الإستمارة وظهرت النتائج المتحصل عليها في الجدولين التاليين:

عندما حدث هذا الامر كان : AU MOMENT OU IL S'EST PRODUIT **L'EVENEMENT**

ETAIT

		Valeurs						الصفات Adjectifs		
قيم										
		5	4	3	2	1	0	مُهدِّد، فيه خطر	Menaçant	1
		5	4	3	2	1	0	مُثير	Provoquant	2
		5	4	3	2	1	0	لا يُحتمل	Intolérable	3
		5	4	3	2	1	0	مُخيف	Epouvantable	4
		5	4	3	2	1	0	مُتع	Agréable	5
		5	4	3	2	1	0	مُؤلم	Douloureux	6
		5	4	3	2	1	0	محيِّر،	Inquiétant	7
		5	4	3	2	1	0	مُحفز	Stimulant	8
		5	4	3	2	1	0	مُحزن	Déprimant	9
		5	4	3	2	1	0	عدائي (فيه عدائية)	Hostile	10
		5	4	3	2	1	0	دوِخ	Grisant	11
		5	4	3	2	1	0	مُشفق (يستوجب العطف و الرحمة)	Pitoyable	12
		5	4	3	2	1	0	مَهيب	Effrayant	13
		5	4	3	2	1	0	مذِّب، مؤدب	Instructif	14
		5	4	3	2	1	0	مُفزع	Terrifiant	15
		5	4	3	2	1	0	مُهيِّج	Excitant	16

جدول رقم (8)

أجد ظروفي الحالية: JE TROUVE MES **CIRCONSTANCES ACTUELLES:**

	Adjectifs	الصفات	Valeurs						قيم	
1	Menaçant	مُهدِّد، فيه خطر	5	4	3	2	1	0		
2	Provoquant	مُثير	5	4	3	2	1	0		
3	Intolérable	لا يُحتمل	5	4	3	2	1	0		
4	Epouvantable	مُخيف	5	4	3	2	1	0		
5	Agréable	مُمتع	5	4	3	2	1	0		
6	Douloureux	مُؤلم	5	4	3	2	1	0		
7	Inquiétant	مُحيِّر،	5	4	3	2	1	0		
8	Stimulant	مُحفز	5	4	3	2	1	0		
9	Déprimant	مُحزن	5	4	3	2	1	0		
10	Hostile	عدائي (فيه عدائية)	5	4	3	2	1	0		
11	Grisant	مُدوخ	5	4	3	2	1	0		
12	Pitoyable	مُشفق (يستوجب العطف و الرحمة)	5	4	3	2	1	0		
13	Effrayant	مُهيب	5	4	3	2	1	0		
14	Instructif	مُذّب، مُؤدب	5	4	3	2	1	0		
15	Terrifiant	مُفزع	5	4	3	2	1	0		
16	Excitant	مُهيِّج	5	4	3	2	1	0		

جدول رقم (9)

- مناقشة مقياس جودة الحياة للسيدة أم (إ)

Menace	n=20	L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU		L'événement perçu ACTUEL	
	1-Menaçant		100		80
	2-Eouventable , paniquant		100		40
	4-Inquiétant		100		80
	5- Hostile, destructrice		40		40
	14- effrayant		80		60
	15-Terrifiant , boulversante		80		60
	%	520/600	83.33%	360/600	63.33%
Défi		**L'événement perçu QUAND IL A EU LIEU**		**L'événement perçu ACTUEL**	
	3-Agréable		0		0
	6-Défi, provocateur		60		100
	7-provoquant		20		100
	8-Passionnant		80		100
	13-excitant		80		60
	12-instructif informatif		60		60
	total	340/600	60 %	420/600	70%
	%				
perte		**L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU**		**L'evennement perçu ACTUEL**	
	9-Douloureuse		100		80
	10-Déprimante		100		60
	11-malheureuse , pitoyable		100		80
	16-intolérable, insupportable		100		40
	total	400/400	100%	260/400	65%

	L'evennement perçu QUAND IL A EU LIEU	L'evennement perçu ACTUEL
Menace	83.33%	63.33%
Défi	**60**	**70**
perte	**100,00**	**65,00**

جدول رقم (10) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للسيدة أم (إ)

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول نلاحظ أن :

- تبين أن السيد أم الحالة(إ) تحصلت على نسبة تقدر ب% 83.33 **لبعد الخطر** و هي نسبة مرتفعة جدا هذا بسبب قوة الصدمة (choc) فالصدمة تكون شديدة عند معرفة الوالدين لإضطراب طفلهما فلا يستطيعان تصديق حقيقة أن طفلهما غير عادي و هذا ما أكدنه دراسة هاستنجز 2001 حيث تشير أن إصابة الطفل بالتوحد تعرض والديه لضغوط نفسية شديدة قد تصل على حد التشاؤم من حالته مما قد يؤثر على أدائهم لمسؤولياتهم و أدوارهم تجاه الطفل " (سوسن عبد الونيس : 265). بمقارنة النسبة مع النسبة المتحصل عليها في نفس البعد المتعلق بظروفها الحالية تحصلت على نسبة 63.33 % أي أن نسبة بعد الخطر أصبحت أقل من المرحلة الأولى من هنا نستنتج أن الحالة أم(إ) تحسنت حالتها النفسية وأصبحت واعية أكثر باضطراب إبنها .

- أما بالنسبة لبعد **التحدي** فتحصلت على نسبة 60% عند حدوث الإضطراب و على نسبة 70 % عند تقييم ظروفها الحالية من خلال النسبتين نستنتج أن نسبة بعد التحدي في ظروفها الحالية ارتفعت مقارنة ببداية معرفتها للحدث و هذا يشير إلى أن السيد أم (إ) أصبحت أكثر تكيفا و مرونة مع الحالة و هذا نتيجة الدعم و المساندة من قبل الزوج و الإخوة و هذا ما أكدته دراسة سوسن عبد الونيس " حول مدى تكيف الأسرة و قبولها لإصابة طفلها للتوحد و الذي يجعلها بالنتيجة أكثر مرونة في العلاقات و الإتصالات في الوسط الداخلي و الخارجي للأسرة" .

-أما بعد الفقدان الذي كانت نسبته عالية 100% و هذا عند معرفتها بأن إبنها يعاني من إضطراب التوحد فكان رد الفعل الأول هو الشعور بالإحباط و الخوف و التوتر و الحزن و الشعور بالذنب و الوصمة فهذه كلها ردود أفعال يمر بها أغلبية الآباء و بالأخص الأمهات عند معرفتهن بإصابة أطفالهن

و بمقارنة النسبة الأولى مع نسبة بعد الفقدان أثناء الظروف الحالية نجدها قد انخفضت بشكل أصبحت النسبة 65 % و هذا ما يفسر أن أم(إ) تغلبت على الشعور بالإكتئاب و الحزن و الشفقة فظهرت راضية و متقبلة لحالة ابنها و اصبح همها الوحيد هو تحسين حالة طفلهاو البحث عن تدخل علاجي سليم للطفل.

و في هذا الصدد أشارت دراسة شال كارول 2000 "ان مجرد اعتراف الأسرة بأن إصابة الطفل بالتوحد يؤثر سلبا على الأوضاع الإجتماعية للأسرة , يعتبر نوع من الجاعة التي تؤهلها للتغلب على الإضطراب و الخوف الذي ينتابها نتيجة إصابة الطفل بهذه الإعاقة "(سوسن عبد الونيس : 257).

- و بمقارنة الأبعاد الثلاث في المرحلة الأولى عند معرفتهم للحدث: بعد الخطر و بعد التحدي و بعد الفقدان نلاحظ أن بعد الفقدان ظهر بنسبة عالية جدا و هذا بسبب شدة الموقف و صعوبته فهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم و هذا رد فعل طبيعي يمرو به أغلبية أسر الأطفال المصابين بالتوحد

- أما بمقارنة الأبعاد الثلاث في مرحلة الظروف الحالية فبعد التحدي ظهر بنسبة مرتفعة وهذا ما يفسر رضا الأم عن حياتها و تقبلها للحدث نتيجة مساندة زوجها لها و تقبلهم لقضاء الله و الإيمان بالوازع الديني و هذا ما ظهر خلال المقابلة و هذا ما أكده هولت و زملاؤه ان التدين يلعب دورا هاما كوسيط للتوافق النفسي وتحسين الأداء الوظيفي النفسي والجسدي لدى الامريكيين ذي أصل إفريقي وأشار الي الامركيين المصابين بالسرطان، كثيرا يستعملون الدين كأسلوب مواجهة للكرب والصدمة الناتجة عن المرض ، كما يزداد إقبال المرضى على السلوكيات الدينية والطقوس وزيارة المعابد , و لقد أشار Laumeier إلي أثر التدين في نوعية حياة المرضى المصابين بالسرطان حيث تؤدي خبرة التدين والتعلق بالله إلي تسهيل نشوء معنى للمرض مما يمكن الفرد من مواجهته .(زعطوط :260).

-نتائج الحالة أم (إ):

من خلال النتائج المتحصل عليها لمقياس جودة الحياة للحالة أم (إ) أن الحالة تتمتع بجودة حياة متوافقة و الرضا عن الحياة و و قد يرجع ذلك إلى وجود عدة عوامل:

1- وجود الدعم المادي و المعنوي : حيث من خلال المقابلة مع الحالة تبين أن تقبل الأسرة و تكيفها مع إصابة طفلها بالتوحد يجعلها أكثر مرونة في العلاقات و الإتصالات بين أعضاء الأسرة و بالتالي ينعكس هذا إيجابا على الأم من جهة و هذا يساعدها بتقديم الرعاية اللازمة للطفل, و على الطفل من جهة أخرى , و هذا ما توصلت إليه نتائج دراسة فوقية و آخرون(2006)على أن الأمهات اللاتي لهن تغييرات مقصورا في جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة في التعامل مع أطفالهن , و هذا في حد ذاته يمكن أن يؤثر بالإيجاب على سلوكيات الأبناء.(ارجع الصفحة رقم 13)

أما بالنسبة للدعم المادي فالمستوى الإقتصادي الجيد حاجة ضرورية للرعاية الجيدة للطفل المصاب بالتوحد و هذا الأخير يحتاج إلى برامج علاجية عديدة و التي لا تتوفر في المؤسسات العامة وبالتالي تضطر العائلة إلى التوجه إلى مراكز خاصة و هذه الأخيرة تفرض مبالغ معتبرة لعلاج هذا الإضطراب , هذا ما اشارت إليه دراسة كل من شيك و لي (2007) و دراسة جرير(2003) في كون أن انخفاض الدخل الأسري و زيادة الضغوط الإقتصادية و كذا الأعباء الأسرية تؤثر في مستوى الإحساس بجودة الحياة.

(حرطاني,2014:120).

2- المستوى التعليمي : من خلال نتائج المقابلة مع الحالة توجد علاقة بين جودة الحياة و المستوى التعليمي الجيد للأم فكلما كان مستوى التعليمي للأم جيد كانت جودة الحياة جيدة و هذا راجع لقدرة إستيعاب الأم للبرامج العلاجية التي في معظمها تعرض و تدرب للأولياء أكثر من الأطفال و بالتالي تتعلم كيف تتعامل مع سلوكيات الطفل للتحسين من حالته.

3- مقياس جودة الحياة : من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول (9) يمكن الإجابة عن التساؤل الرئيسي للدراسة توجد علاقة ايجابية بين جودة الحياة و بين الأبعاد الثلاث لمقياس جودة الحياة (الفقدان و التحدي والخطر) للسيدة أم (إ) .

الإستنتاج العام

يعتبر التوحد من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة و تعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة ، و لا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض إبنها وضعيات ومسؤوليات جديدة و هذا ما يجعلها تحاول التكيف معه , ففشل الأم في تحقيق التكيف و عجز قدراتها و إمكاناتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل جودة حياتها غير متزنة و متوافقة ، و لهذا أردنا من خلال موضوع دراستنا التعرف على كيف هي جودة حياة أم الطفل المصاب بطيف التوحد و علاقتها بأبعاد مقياس جودة الحياة بعد الخطر و التحدي و الفقدان و انطلقنا من ثلاث فرضيات .

ولقد تم التحقق من الفرضيات بإستعمال المقابلة النصف موجهة و مقياس جودة الحياة لفرغيسون و فيما يخص مجموعة البحث فقد اخترنا ثلاث حالات و هن أمهات لأطفال توحديين.

حيث أظهرت نتائج الدراسة بأنه تختلف جودة حياة الأمهات من إيجابية إلى سلبية و غير متوافة حيث تتأثر جودة حياتهن ببعض المتغيرات المستوى الثقافي ,و المستوى المعيشي و العلاقة الأسرية و الدعم الأسري.

كما اوجدت الدراسة أن كلما ارتفعت نسبة بعد الخطر و بعد الفقدان لدى الأمهات انخفضت جودة الحياة لديهن , و كلما ارتفعت نسبة بعد التحدي ارتفعت جودة الحياة لديهن .

وقد دلت عملية تحليل النتائج على تحقق الفرضية العامة حيث تتأثر جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بالأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية , العلاقات الأسرية , الشعور بالسعادة , الرضا عن الحياة , الدخل المادي , الصحة النفسية).

إقتراحات و توصيات:

بناءا على ما تم التوصل إليه من خلال نتائج هذه الدراسه و المتعلقه بجودة حياة أمهات الأطفال التوحديين و لإستكمال و بلوغ الأهداف المتوخاة من الدراسة إرتأينا إقتراح مايلي:

- ✓ التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي و بأمهات الأطفال المرضى عموما.
- ✓ تلعب طريقه الإعلان عن المرض دورا كبيرا في التخفيف من الآلام و الضغط النفسي لدى الأم ، فالكلمات المختاره و التفاعل الوجداني و فهم طبيعة المرض قد يساعدها على المشكل بطريقة أفضل من الافضل متابعة الأم من قبل مختص نفسي و يكمن دوره في مساعدتها على إيجاد و إستثمار قدراتها الأموميه و تزويدها بالبرامج العلاجية و تدريبها عليها.
- ✓ .تنظيم الملتقيات للتعريف أكثر بهذا الإضطراب و الأعراض الخاصه به ، لمساعده الأولياء على فهمه إضافه لتقديم الإقتراحات و الإرشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقه بين الطفل و أوليائه .

خاتمـــة

إن إضطراب التوحد لا يؤثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض إبنها وضعيات ومسؤوليات جديدة و هذا ما يجعلها تحاول التكيف معه , ففشل الأم في تحقيق التكيف و عجز قدراتها و إمكاناتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل جودة حياتها غير متزنة و متوافقة, و في دراستنا هذه حاولنا التطرق إلى معرفة جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد محاولين الإجابة على الإشكالية البحث , و قمنا بدراسة لثلاث حالات لأمهات أطفال توحديين مستعينين بالمقابلة النصف موجهة و مقياس فرغيسون لقياس جودة الحياة و على ما توفر من دراسات سابقة , قمنا بتحليل النتائج المتحصل عليها ,حيث أظهرت نتائج الدراسة بأنه تختلف جودة حياة الأمهات من إيجابية إلى سلبية و غير متوافة حيث تتأثر جودة حياتهن ببعض المتغيرات المستوى الثقافي ,و المستوى المعيشي و العلاقة الأسرية و الدعم الأسري.

فهرس المحتويات

التشكرات.....أ

الإهداء.....ب

ملخص البحث.....ج

قائمة المحتويات.....د

مقدمة.....1

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

الإشكالية و فرضيتها.....03

الهدف من الدراسة 06

تحديد المفاهيم 07

الدراسات السابقة 08

الجانب النظري

الفصل الأول: طيف التوحد

تمهيد

1- تعريف التوحد 16

2- أعراض التوحد 19

3- أسباب التوحد 24

4- تشخيص اضطراب التوحد 27

5- العلاج و البرامج العلاجية لإضطراب التوحد 42

6- الآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة.....52

خلاصة

الفصل الثاني : جودة الحياة

1- تعريف جودة الحياة 55

2- مؤشرات جودة الحياة 59

3- الإتجاهات المختلفة المفسرة لجودة الحياة 60

4- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة 64

5- مقاييس جودة الحياة 72

- خلاصة.....77

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : منهجية البحث

تمهيد

1-منهج البحث 78

2-الدراسة الإستطلاعية 78

3- الإطار المكاني و الزماني 78

4- عينة الدراسة 79

5- أدوات البحث 79

الفصل الرابع : عرض النتائج و مناقشتها

1- عرض الحالات 82

2- الحالة الأولى 83

3- الحالة الثانية 91

4- الحالة الثالثة 100

الإستنتاج العام 110

توصيات و اقتراحات.....112

قائمة المراجع 113

قائمة المراجع 121

قائمة المراجع :

1. أسامة فاروق مصطفى , السيد كامل الشربيني(2011), سمات التوحد , الطبعة الأولى,عمان ,دار المسيرة للنشر و التوزيع.
2. ابراهيم محمد بدرة(2000), الطفل التوحدي التشخيص و العلاج , مكتبة الأنجلو المصرية , 2004 .
3. أمال محمد عبد المنعم , الإرشاد النفسي الأسري و مواجهة الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين. عقليا , ط 1 , مكتبة زهراء الشرف القاهرة.
4. آية عز الدين أحمد جاد الله (2018), رسالة ماجستير بعنوان دور الشكل و الملمس و اللون كعناصر فعالية في التصميم الجرافيكي لتحسين منهاج تعلم أطفال التوحد في رياض الأطفال في الأردن – جامعة الشرق الأوسط كانون الثاني.
5. أمينة الصفتي , أخصائية تربية خاصة , برنامج صن رايز .
6. بوعيشة أمال (**2014**) , جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب ."رسالة د كتوراه غير منشورة كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية .جامعة بسكرة الجزائر.
7. بشرى عناد مبارك , جودة الحياة و علاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتأخرات في الزواج – مجلة كلية الآداب العدد 99.
8. جمال شفيق أحمد (2016), دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإحتياجات طبعة الأولى , شركة الأمل للطباعة و النشر .
9. حامد عبد السلام زهران(2005) , الصحة النفسية و العلاج النفسي, مصر , الطبعة الرابعة, الشركة الدولية للطباعة.
10. حرطاني أمينة (2014) - مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري منشورة بعنوان جودة الحياة لدى الأمهات و علاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء (دراسة وصفية تحليلية في وجود

بعض المتغيرات سن الأم,عمل الأم , المستوى التعليمي للأم).- كلية العلوم الإجتماعية –علم النفس و علوم التربية .

11. رائد خليل العبادي (2006), التوحد ,ط1 , مكتبة النشر العربي للنشر و التوزيع , عمان.

12. سوسن شاكر مجيد(2010) , التوحد , أسبابه –خصائصه- تشخيصه - علاجه , بغداد ديبونو للطباعة و النشر و التوزيع .

13. رمضان زعطوط ,عبد الكريم قريشي , دراسة بعنوان نوعية الأحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات , جامعة قاصدي مرباح ورقلة العدد الحادي عشر .

14. سوسن عبد الونيس , ابراهيم حجازي دراسة بعنون , الرضا عن الحياة و علاقته بالأداء الإجتماعي لأسر الأطفال التوحديين .

15. عبد الرحمان الوافي(2010) , المختصر في مبادئ علم النفس , ديوان المطبوعات الجامعية , الجزائر, الطبعة الرابعة.

16. علي طاجين(2007), تطبيقات إحصائية و مبادئ منهجية في علم النفس, دار الغرب للنشر و التوزيع , وهران.

17. عبد الحفيظي يحي (2016) , مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس و علوم التربية منشورة –بعنوان تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي و علي كاظم على الطلبة الجامعيين – جامعة قصدي مرباح ورقلة .

18. عذبة صلاح خضر خلف الله (2015), بحث تكميلي لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد النفسي و التربوي بعنوان – جودة الحياة لدى اسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية بمركز التربية الخاصة محلية الخرطوم – جامعة السودان .

19. عبد الفتاح، فوقية أحمد السيد و حسين، سعيد محمد حسين (2006)العوامل الأسرية والمدرسية و المجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم - وقائع المؤتمر العلمي الرابع .دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة.كلية التربية .

20. فواطمية محمد , دراسة واقع جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الإبتدائي العدد 31 ديسمبر 2017 جامعة مستغانم.

21. محمد السعيد أبو حلاوة (2010) , ورقة عمل بعنوان جودة الحياة المفهوم و الأبعاد –كلية التربية دمنهور - جامعة الإسكندرية في اطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي- جامعة كفر الشيخ

22. مصطفى نوري القمش , خليل عبد الرحمان المعايطة(2007) , سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة – مقدمة في التربية الخاصة ,عمان دار المسيرة للنشر و التوزيع .

23. مسعودي محمد (2015) , مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية– بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية.

24. محمود عبد الحليم منسي , علي مهدي كاظم (2006), مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة , وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة , جامعة السلطان قابوس ,مسقط .

25. منصوري صفاء(2015), مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس منشورة – تخفيض بعض أعراض التوحد بتطبيق برنامج ABA . جامعة بسكرة.

26. مجدوب سامية, ليندة كبيش (2017) ' الفروق التشخيصية بين DSM-5 و CARS في مرحلة الطفولة المبكرة.

27. محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة (2006) – علم النفس الإيجابي الوقاية الإيجابية و العلاج النفسي الإيجابي – كلية التربية –قسم علم النفس جامعة الدمنهور -الإسكندرية –مصر.

28- نادية إبراهيم ابو السعود(2008) , الطفل التوحدي في الأسرة , مؤسسة حورس الدولية , الإسكندرية.

قائمة الرسائل العلمية باللغة الأجنبية:

29 - Julie Denis(2013) ; etre parent d'un enfant autiste ; dificulté et répercussions sur ça vie prssonnels ; conjugals ;familial ;social et professionnel- université de Quebec .

30- Émilie Cappe ; Marion Wolff ; René Bobet ; Jean-Louis Adrien(2010) Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant -14 janvier .