الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قســـــم علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: 212135091688/212135094537

الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد

–دراسةعلى عينة من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا– الشهيد مقران علي– المسيلة 01

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من إعدادالطالبة:
- بعلي نادية
- زروقي أميرة

إشراف الاستاذة:
د. بوحملة حليمة

أعضاء لجنة المناقشة

الرقم	الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
01	مناصرية عمر	محمد بوضياف. المسيلة	رئيسا
02	حليمة بوحملة	محمد بوضياف. المسيلة	مشرفا ومقررا
03	حدة النش	محمد بوضياف. المسيلة	ممتحنا

السنة الجامعية
2026 2025

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الي الكشف عن الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد –دراسة عيادية علي عينة من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للاطفال المعوقين ذهنيا الشهيد مقران علي مسيلة 01– تم استخدام المنهج العيادي ، حيث اختيرت عينة قصدية مكونة من خمس (05) أمهات لأطفال التوحد ، و بغرض جمع البيانات تم الاستعانة بمقياس الالتزام العلاجي لدي أمهات أطفال التوحد زيادة رشيدة (2022)، و المقابلة نصف موجهة من إعداد الطالبتين، وللتحقق من صحة الفرضيات استخدمنا الاساليب الاحصائية المناسبة (المتوسطات الحسابية ، الانحرافات المعيارية ، المتوسطات الفرضية ، إختبار "ت" للفروق)و توصلت الدراسة الى النتائج التنالية :

- **تمتلك أمهات أطفال التوحد مستوي وعي ثقيل فوق المتوسط.**
- **تشكل العوامل المرتبطة بالمرض عائقا متوسطا يقاوم الالتزام العلاجي و لكنه غير دال إحصائيا .**
- **يتسم مستوي السيرورة العلاجية و نظام الرعاية بالوضوح و الارتفاع الدال احصائيا**
- **تمتلك الامهات مستوي ثقة و تواصل مرتفع و دال احصائيا بشكل قوي جدا مع الفريق الطبي و المستقبل للطفل.**
- **تؤثر الظروف الاجتماعية و الاقتصادية بشكل مستقر و ايجابي دال احصائيا في تثبيت الالتزام العلاجي للامهات و حمايتهن من الانهاك .**

الكلمات المفتاحية : الالتزام العلاجي ، التوحد ، أمهات أطفال التوحد .

Abstract :

This study aimed to investigate treatment adherence amongmothers of children with autism through a fieldstudyconducted on a sample of mothers of autistic childrenat the Psycho-Pedagogical Center for Mentally Disabled Children "Martyr Mokran Ali" in M'Sila 01. The clinical method was adopted in carrying out the study. A purposivesampleconsisting of five (05) mothers of childrenwithautismwasselected. For data collection, the studyrelied on the TreatmentAdherenceScaledeveloped by Ziada Rachida (2022), as well as a semi-structured interview designed by the tworesearchers. To test the study hypotheses, appropriatestatisticalmethodswereemployed, includingarithmeticmeans, standard deviations, hypotheticalmeans, and the t-test for differences.

The studyyielded the followingresults:

- Mathers of childrenwithautismdemonstrated an above-averagelevel of awareness and acceptance (numerically), althoughthisresultwas not statisticallysignificant.
- Disease-relatedfactorsconstituted a moderate obstacle to treatmentadherence;however, thiseffectwas not statisticallysignificant.
- The therapeuticprocess and healthcare system werecharacterized by clarity and a statisticallysignificant high level.
- Mothersexhibited a high level of trust and communication with the medical team and the institutions receivingtheirchildren, with a verystrongstatisticalsignificance.
- Social and economic conditions had a stable and positive statisticallysignificanteffect in reinforcingmothers' treatmentadherence and protectingthemfrom exhaustion.

Keywords: Treatmentadherence, Autism, Mothers of childrenwithautism.

شكـــر وعرفان

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه الذي وفقنا و أعاننا علي إتمام هذا العمل المتواضع، و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وازكى التسليم

اتقدم بخالص الشكر و التقدير و الامتنان الي الاستاذة المشرفة على هذا العمل، لما قدمته لنا من توجيهات قيمة و نصائح علمية سديدة ، و متابعة مستمرة كان لها الاثر الكبير في إنجاز هذا العمل و اتمامه علي أحسن وجه .

كما نتوجه بالشكر الي جميع أساتذة القسم الذين ساهموا في تكويننا العلمي و المعرفي خلال سنوات الدراسة، و الى كل من قدم لنا يد العون و المساعدة من قريب او بعيد.

و لا يفوتنا ان نتقدم بجزيل الشكر و العرفان الي اسرتنا الكريمة ، كما اشكر كل امهات اطفال التوحد اللواتي ساهمن في انجاز هذه الدراسة ، و علي تعاونهن و تفهمهن، فلهن منا كل الاحترام و التقدير .

و في الاخير، اسال الله تعالي ان يجعل هذا العمل نافعا و مفيدا، و أن يوفقنا جميعا لما فيه الخير و النجاح.

الإهداء:

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات ، و الذي وفقنا لاتمام هذا العمل المتواضع .

نهدي ثمرة جهودنا هذا الي والدينا العزيزين ، عرفانا بجميل عطائهما و دعمهما المتواصل ، و الي كل افراد عائلتينا الذين كانوا سندا لنا طوال مسيلارتنا الدراسية .

و اليز أساتذتنا الكرام الذين أناروا لنا طريق العلم و المعرفة ، و الي كل من قدم لنا يد العون و التشجيع .

كما نهدي هذا العمل الي بعضنا البعض ، تقديرا للتعاون و الصبر و المثابرة التي جمعتنا طوال فترة انجاز هذه المذكرة .

و الي كل طالب علم يسعي الي الارتقاء بالمعرفة و خدمة الانسانية .

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
ملخص الدراسة	أ
شكر وعرفان	ب
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	د-هـ
فهرس الأشكال	و
مقدمة	ط-ي
الفصل الأول: الاطار العام للدراسة	
1- اشكالية الدراسة	12
2- فرضيات الدراسة	14
3- أهداف الدراسة	14
4- أهمية الدراسة	15
5- تحديد المفاهيم اجرائيا	16
6- الدراسات السابقة	17
7- الخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة	23
أولا الالتزام العلاجي	23
1- تعريف الالتزام العلاجي	23
2- العوامل المحددة للالتزام العلاجي	25
3- العوامل المؤثرة في للالتزام العلاجي	27
4- مضاهر تقبل العلاج	30
5- آثار الالتزام العلاجي	31
ثانيا إضطراب التوحد	33
1- تعريف التوحد	33
2- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد	35
3- أسباب اضطراب التوحد	39

4- اعراض اضطراب التوحد	**42**
5- خصائص الطفل التوحدي	**44**
6- أنواع إضطراب التوحد	**46**
7- تشخيص مرض التوحد	**48**
8- علاج الطفل التوحدي	**56**
خلاصة	**59**
الفصل الثاني: الاطار المنهجي للدراسة	
- تمهيد	
1- منهج الدراسة	**63**
2- الدراسة الاستطلاعية	**63**
3- الدراسة الأساسية	**66**
3-1- حدود الدراسة	**66**
3-2- مجتمع وعينة الدراسة	**66**
3-3- أدوات الدراسة	**67**
4- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة	**68**
الفصل الثالث: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
1-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات	**70**
2-تحليل ومناقشة نتائج المقابلة مع الاامهات	**77**
- الاستنتاج العام	**88**
- الخاتمة	**89**
- مقترحات الدراسة	**90**
- قائمة المراجع	**92**
- قائمة الملاحق	**95**

فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	يوضح: المتوسط الحسابي والدرجة الكلية للأبعاد والاستبيان	68
2	يوضح: حساب الفروق للبعد الأول بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي	70
3	يوضح: حساب الفروق للبعد الثاني بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي	72
4	يوضح: حساب الفروق للبعد الثالث بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي	73
5	يوضح: حساب الفروق للبعد الرابع بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي	75
6	يوضح: حساب الفروق للبعد الخامس بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي	76

فهرس الأشكال

لرقم	الموضوع	الصفحة
1	مظاهر تقبل العلاج	31

- **مقدمة:**

تعد اضطرابات طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي أصبحت تحظي باهتمام واسع في السنوات الاخيرة ، نظرا لتزايد معدلات انتشارها و تأثيرها المباشر في مختلف جوانب نمو الطفل و تكيفه الاجتماعي و التعليمي و النفسي . و يظهر اضطراب التوحد عادة في السنوات الأولي من عمر الطفل ، و يتسم بوجود صعوبات في التواصل و التفاعل الاجتماعي ، إضافة إلي أنماط سلوكية و اهتمامات محدودة و متكررة ، الأمر الذي يتطلب تدخلا علاجيا و تربويا مستمرا و طويل المدي .

و يعد الالتزام العلاجي من العوامل الأساسية التي تسهم في تحسين حالة الطفل المصاب بالتوحد ، إذ يعتمد نجاح البرامج العلاجية و التاهيلية بدرجة كبيرة علي مدي الاستمرارية في تطبيق التوصيات الطبية و التربوية و النفسية . و لا يقتصر الالتزام العلاجي علي تناول الأدوية فقط ، بل يشمل حضور الجلسات العلاجية ، و المتابعة الدورية ، و تطبيق الإرشادات و التدخلات السلوكية داخل الأسرة و خارجها . و في هذا السياق تؤدي إلام دورا محوريا باعتبارها الأكثر احتكاكا بالطفل و الأقرب الي متابعة حالته اليومية ، مما يجعل درجة التزامها بالخطة العلاجية عاملا مهما في تطور الطفل و تحسن مهاراته .

غير ان التزام الأمهات بالعلاج قد يتأثر بعدة عوامل نفسية و اجتماعية و اقتصادية و صحية ، و من بينها مدي تقبل إلام لحالة طفلها ، و مستوي فهمها و تطبيقها ، إضافة إلي طبيعة العلاقة بينها و بين الفريق الطبي ، و مدي توفر الدعم الاجتماعي و الاقتصادي . كما قد تشكل التكاليف المادية ، و صعوبات التنقل ، و انخفاض المستوي التعليمي عوائق تحد من استمرارية الالتزام بالخطة العلاجية .

و تبرز أهمية دراسة الالتزام العلاجي لدي أمهات أطفال التوحد من خلال السعي الي فهم العوامل المؤثرة فيه ، لما لذلك من دور في تحسين جودة الخدمات الصحية و النفسية المقدمة للأطفال و أسرهم ، و المساهمة في وضع برامج توعوية و إرشادية تساعد الأمهات علي التكيف مع حالة الطفل و تعزيز مشاركتهم الفعالة في العملية العلاجية . كما قد تسهم هذه الدراسة في

لفت الانتباه إلي ضرورة بناء علاقة قائمة علي التواصل و الثقة بين الأسرة و الفريق الطبي ، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج العلاجية الممكنة .

و من هذا المنطق جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء علي الالتزام العلاجي لدي أمهات أطفال التوحد ، و الكشف عن أهم العوامل المرتبطة به ، ومدي تاثيرها في متابعة العلاج و تحسين حالة الطفل ، بهدف الوصول إلي نتائج يمكن إن تفيد المختصين و الباحثين و الأسر في تطوير أساليب الرعاية و التكفل بهذه الفئة .

و انطلاقا من ذلك ، تكتسب هذه الدراسة أهميتها من تناولها لموضوع الالتزام العلاجي الجيد لامهات أطفال التوحد، بإعتباره من موضوعات التربية الخاصة ذات الصلة المباشرة بـ المناخ العيادي ، و في هذا الصدد سنبحث في هذا الموصوع من جوانب مختلفة للالمام به ، حيث اعتمدنا علي خطة من ثلاثثة فصول رئيسية ، و تتمثل فيما يلي :

– الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، والذي يتضمن: إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة وأهميتها، وعن المفاهيم الإجرائية لها، والدراسات السابقة. توظيف الجانب النظري لمتغيرات الدراسة.

– الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة الذي تناول العناصر التالية:

منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الاساسية، الأدوات المستخدمة في الدراسة، الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة.

– الفصل الثالث: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة، والذي يتضمن العناصر التالية: عرض نتائج الدراسة، مناقشة نتائج الدراسة، استنتاج عام، مقترحات الدراسة على ضوء النتائجالمتوصل اليها.

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

1-إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5- تحديد المفاهيم إجرائيا

6-الدراسات السابقة والتعقيب عليها

7- الخلفية النظرية للدراسة

7-1- الالتزام العلاجي

7-2- اضطراب التوحد

1- إشكالية الدراسة:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا، حيث بفرض تحديات تستمر مدي الحياة و تؤثر بشكل مباشر علي التواصل الاجتماعي و النمط السلوكي للطفل، و مع تزايد انتشار هذا الاضطراب انتقل التركيز من الممارسات العيادية الحديثة من العلاج المتمركز حول الطفل فقط الي العلاج الموجه للأسرة، و بشكل اخص نحو " الأم "باعتبارها الركيزة الاولي و المرافق الدائم للطفل في رحلته العلاجية.

ويعد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجا وحيرة، لأنها تتضمن انحرافا في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع. **(مشيرة، 2014،ص 8)**.وهو من أصعب الإعاقات التطورية التي تصيب الطفل خلال ثلاث السنوات الأولى من العمر، ويذكر أن (ليو كانر) أول من أشار إليه في عام (1943) تحت اسم التوحد الطفولي.

ان نجاح أي برنامج علاجي أو تأهيلي للطفل التوحدي لا يتفوق فقط علي علي كفاءة المختصين او جودة البروتوكولات المتبعة بل يرتبط ارتباطا وثيقا بمدي الالتزام العلاجي الذي تبديه الأم. فالالتزام العلاجي هنا يعني مجرد الحضور للمواعيد بل يمتد ليشمل استمرارية تطبيق الفنيات السلوكية في المنزل و تقبل التوجيهات، و القدرة علي مواجهة الضغوطات الرعاية الطويلة الأمد.

و مع ذلك تواجه أمهات أطفال التوحد ضغوطات نفسية، اجتماعية و اقتصادية هائلة قد تؤدي إلي تذبذب هذا الالتزام أو حتي الانسحاب من العلاج ، و من هنا تتبع الحاجة الماسة إلي علم النفس العيادي لدراسة العوامل النفسية و المتغيرات التي تعزز و تعيق هذا الالتزام ، و مع ذلك بهدف وضع استراتيجيات دعم فعالة تضمن استمرارية العلاجية و تحقيقا لأقصي استفادة ممكنة للطفل،و في ظل التحولات التي يشهدها المجال الصحي و التربوي يبرز اضطراب طيف التوحد باعتباره احد الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا و تأثيرا علي مسار نمو الطفل حيث يتميز بصعوبات في التواصل الاجتماعي و اضطرابات في السلوك، و محدودية في التفاعل مع المحيط ، بحيث يشكل هذا الاضطراب تحديا حقيقيا للأسرة بصفة عامة و للأسرة بصفة خاصة

، باعتبارها الطرف الأكثر ارتباطا بالطفل و المسؤولية بشكل مباشر عن رعايته اليومية و متابعة حالته العلاجي و التربوية ، و تعد أمهات الأطفال المصابين بالتوحد محورا أساسيا في عملية التكفل العلاجي ، إذ ينتظر منهن الالتزام بالبرامج العلاجية و الوجيهات الطبية و النفسية و التربوية المقدمة من المختصين. غير أن هذا الالتزام لا يكون دائما في المستوي المطلوب ، إذ تواجه الأمهات جملة من الصعوبات التي قد تؤثر علي مدي إستمراريتهن في تطبيق البرامج العلاجية مثل الضغوط النفسية الناتجة عن تشخيص الحالة الإحساس بالإرهاق المستمر ، نقص الدعم الاجتماعي و الأسري إضافة الي العوامل الاقتصادية التي قد تحد من إمكانية الوصول إلي المراكز المختصة ، و من جهة أخري فان اختلاف مستوي الوعي لدي الأمهات بطبيعة اضطراب التوحد و بأهمية التدخل العلاجي المبكر و المستمر يلعب دورا مهما في تحديد درجة الالتزام بالعلاج كلما كان الالتزام بالعلاج أكثر انتظاما و تكاملا بين الجوانب التطبيقية و النفسية و التربوية كانت فرص حسين قدرات الطفل اكبر و العكس صحيح في حال ضعف هذا الالتزام أو انقطاعه

انطلاقا من هذه المعطيات تتحدد إشكالية هذه الدراسة في محاولة فهم واقع الالتزام العلاجي لدي أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية و الاقتصادية التي تؤثر في هذا الالتزام أو عدمه علي تطور الحالة الصحية و السلوكية للطفل و من هنا يمكن طرح السؤال المركزي: ما مدى التزام أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد بالبرامج العلاجية المقدمة لأبنائهن؟

- **تساؤلات الدراسة :**

–ما مستوي تقبل الأم لحالة طفلها و سعيها للحصول علي المعلومات التي تساعدها في العلاج و طلب المساعدة اللازمة ؟

– ما مستوي تأثير العوامل المرتبطة بالمرض في الفهم الجيد لاضطراب التوحد من خلال الحصول على المعلومات الطبية و فهمها و تذكرها و العمل بها ؟

– ما مستوي إدراك الأم لأهمية التوصيات العلاجية، خاصة فيما يتعلق بتناول الدواء و تعليمات المختص النفسي ومتابعتها لحالة التحسن أو عدمها؟

–ما مستوي تأثير العلاقة بين الطبيب والفريق الطبي والأمهات على التزامهن بالعلاج من حيث الإصغاء والثقة المتبادلة؟

– ما مستوي تأثير العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية مثل تحمل الأمهات للتكاليف المادية و توفير وسائل النقل اللازمة للعلاج و مستواهن التعليمي علي الالتزام العلاجي؟

2– فرضيات الدراسة:

- يتجه مستوي تقبل الأمهات ووعيهن باضطراب أطفالهن نحو مستوى مرتفع .
- تشكل العوامل المرتبطة بالمرض عائقا منخفضا أمام الالتزام العلاجي للأمهات.
- يتسم مستوي استيعاب الأمهات للسيرورة العلاجية ونظام الرعاية بالوضوح والارتفاع.
- تتجه ثقة الأمهات وتواصلهن مع الفريق الطبي نحو مستوي ايجابي ومرتفع. تؤثر الظروف الاقتصادية والاجتماعية بشكل مستقر وايجابي على التزام الأمهات.

3–اهداف الدراسة:

- التعرف على العلاقة بين تقبل الأم لحالة طفلها وسعيها للحصول علي المعلومات المتعلقة بالعلاج وطلب المساعدة.
- دراسة تأثير العوامل المرتبطة بالمرض في فهم الأمهات لاضطراب التوحد والحصول على المعلومات الطبية وفهمها و تطبيقها.
- معرفة دور إدراك الأم لأهمية الالتزام بالتوصيات العلاجية في متابعة التحسن فيحالة طفلها.
- الكشف عن أثر التواصل الجيد والثقة المتبادلة بين الفريق الطبي و الأمهات في تعزيز الالتزام بالخطة العلاجية.

4- أهميةالدراسة:

4-1- الاهمية النظرية:

- تتبع أهمية الدراسة من أهمية متغيرات الموضوع، حيثيعد الالتزام العلاجي من العوامل المهمة في تحسين حالة الطفل المصاب باضطراب التوحد، لاسيما الدور الكبير الذي تقوم به الام في متابعة العلاج و الرعاية اليومية.
- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع.
- الفئة المستهدفة بالدراسة وهي أمهات أطفال التوحد كونهن العنصر الاساسي في الاسرة.
- أبرازالانعكاسات الايجابية للالتزام العلاجي للأم على الطفل والأسرة.
- إبراز دور الأم في نجاح العملية العلاجية.
- التعرف على الصعوبات التي تواجه أمهات أطفال التوحد في الالتزام العلاجي.

4-2-الاهمية التطبيقية:

- تقديم نتائج تسهم في توعية الأمهات بأهمية الاستمرار في الالتزام العلاجي.
- التعرف على العوامل التي تؤثر سلبا في الالتزام العلاجي لدى الامهات لتجنبها في المستقبل.
- وجوب الاهتمام أكثربالاطفال من ذوي اضطراب التوحد في المجتمع.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في تطوير برامج الإرشاد والدعم النفسي للأمهات.
- المساهمة في تقديم مقترحات لتحسين الدعم الصحي والإرشادي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

5- تحديد المفاهيم اجرائيا:

5-1- الالتزام العلاجي:

- **التعريف الاصطلاحي:** تعريف "Pierre –Higues Aubin" يتمثل الالتزام بالعلاج في الاتباع الجيد للعلاج الموصوف من طرف الطبيب ، خاصة فيما يتعلق باحترام التعليمات الخاصة بالدواء (**عدودة ،2015 ، ص75**).
- **في حين أن ألفن و أخرون " Alvin KPet al** " يعرفون الالتزام علي انه درجة التطابق بين سلوك الفرد "فيما يتعلق بأخذ الادوية و متابعة الحمية الغذائية أو تغيير أسلوب الحياة " و التوصيات الطبية (**عدودة ،2015، ص75**).
- **التعريف الاجرائي:** هو مدى مطابقة سلوك المريض او مقدم الرعاية لتعليمات و توصيات المختص الصحي المتفق عليها بخصوص العلاج،و يتم تحديده وفق الدرجة التي تتحصل عليها الام من خلال استجابتها على ادوات القياس(المقابلة– الاستبيان)لتشخيص الالتزام العلاجي المعتمدة في الدراسة.

5-2-اضطراب التوحد:

- **التعريف الاصطلاحي:اضطراب التوحد CHILDHOOD AUTISM(تناذر كاتر)**

اعتمد الباحث في تعريف اضطراب التوحد حسب ما ورد في دليل الصحة النفسية للأطباء و العاملين في مجال الصحة النفسية الصادر عن وزارة الصحة السورية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لعام 2001 (هو اضطراب ارتقائي شامل يصيب الأطفال في باكورة العمر ، مؤديا الي انطواء الطفل علي نفسه و محاولة تجنب الآخرين بشكل فاعل ، مع وجود صعوبات في التواصل معهم ، و انزعاج الطفل من أي تغيير قد يحدث في حياته ، و اقتنائه بالاشياء الجامدة و خاصة بأجزاء منها ، و معاملة الناس و كانهم أشياء جامدة ، نسبة انتشاره (10000/4) و نسبة إصابة التوأم الحقيقي 40 و هذا ما يدل علي عامل وراثي ، يوجد اضطراب إدراك أقارب

الطفل المصابين بالتوحد . و نسبة إصابة الذكور الي الإناث هي 1/4) **(ضيف،د س، ص 120**).

أما الالدليل الاحصائي الرابع المراجع لتشخيص الإضطرابات العقلية و النفسية –dsm–iv 2000RT فعرفه علي أنه أحد الاضطرابات الارتقائية المتشددة، الذي يشير الي ان الطفل التوحدي يكون منطوي و منعزل عن نفسه ، حيث يكاد التواصل الاجتماعي ينعدم سواء باللغة او باللعب ، فهم لا يستطيعون رعاية كما يتميزون ايضا بالنمطية و التكرار حيث يكررون دائما سلوك واحد او أكثر.

6- الدراسات السابقة:

6-1- دراسات متغير" الالتزام العلاجي"

- **دراسة زيادة رشيدة(2022):** تحت عنوان"مستوي الالتزام العلاجي لدي أمهات أطفال التوحد وعلاقته بقلق المستقبل. هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن وجود علاقة ارتباطيه بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل. تكونت عينة الدراسة من (38) من أمهات أطفال التوحد والتي اختيرت بطريقة قصدية، وقد تم استخدام المنهج الوصفي ألارتباطي لجمع البيانات تم فيه استخدام استبيان الالتزام العلاجي واستبيان قلق المستقبل. لمعالجة هذه البيانات بعد التفريغ، قامت الطالبة بإجراء المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعيةspss، توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل.
- لا توجد فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، في حين توجد فروق تعزى لكل من متغير المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي.
- لا توجد فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير)السن، المستوى التعليمي، المستوى.**(زيادة ،2022).**

- **دراسة سارة بخوش (2020):** بعنوان:**"الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات لدى مرضي القصور الكلوي**،مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية،جامعة باتنة1"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية، وكذا العلاقة بينهما لدى مرضى القصور الكلوي، وأيضا الكشف عن الفروق بين المصابين في مستوى المتغيرين تعزى للعمر، الجنس والمستوى التعليمي، أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (52) مريضا يتابعون علاجهم بكل من المستشفى الجامعي باتنة قسم تصفية الدم، وعيادة تصفية الدم مغرب، باستخدام مقياسين من تصميم الطالبة، الأول خاص بقياس الالتزام بالعلاج والثاني يقيس الرضا عن الخدمات الصحية، بعد التأكد من قدرتهما على القياس واتباع المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، تم التوصل للنتائج الآتية – ارتفاع مستوى كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد عينة البحث. – لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الالتزام بالعلاج، والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد العينة. – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية تعزى لمتغير الجنس، العمر والمستوى التعليمي (**بخوش،2020،ص239**).
- **دراسة تاغيت و بوتعني (2025)** بعنوان الدعم الاجتماعي المدرك و تاثيره علي الالتزام العلاجي لدي عينة من مرضي ارتفاع ضغط الدم الشرياني هدفت الدراسة الى تبيين كل من العلاقة و الاثر المحتملين للدعم الاجتماعي المدرك علي الالتزام العلاجي لدي افراد العينة المتكونة من (76) مريض من مختلف الاعمار ، بحيث كانت العينة عرضية من المرضي المرتادين للمؤسسات و المراكز الصحية في ولاية خنشلة ، باستخدام المنهج الوصفي ، اعتمدت الدراسة علي استبياني الدعم الاجتماعي المدرك ، و استبيان الالتزام العلاجي المتعدد MAQ.

خلصت الدراسة الي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي و الالتزام العلاجي في كل الابعاد ما عدا بعد الالتزام بتناول الكحول ، و كذلك بالنسبة للتاثير فقد بينت الدراسة القوة التنبئية لمحاور الدعم الاجتماعي علي الالتزام بنسب عالية أكثر من (50%).

6-2- دراسات متغير" اضطراب التوحد":

- **دراسة بودايب اسمهان،خماس رقية (2021):**بعنوان:**"استخراج برنامج "تيتش "في التكفلب الطفل التوحدي في الجزائر مقاربة نقدية تحليلية"**، هدفت الدراسة الى: التعرف على برنامج "**تيتش**" و استخدامه في الجزائر، حيث قمنا بعقد مقاربة نقدية تحليلية لتطبيق برنامج" **تيتش**" في الجزائر، و ذلك انطلاقا من الفرضية التالية: يمكن لبرنامج" **تيتش**" التكفل بالطفل المتوحد و تطوير قدراته الذاتية. وللإجابة على الفرضية قمنا بمقاربة نقدية للتعرف على فاعلية برنامج" **تيتش** " وتطبيقه في الجزائر اعتمادا على الدراسات السابقة، وتم التوصل الى النتائج التالية:

- البرنامج العلاجي " **تيتش**" له فاعلية في التكفل بالطفل المتوحد و تطوير قدراته الذاتية.

- **دراسة "بودهان سليمة،درواز ياسمين" (2021)**بعنوان:**واقع التكفل النفسي باطفال التوحد (دراسة ميدانية بالمراكز النفس بيداغوجية لولاية جيجل)**، هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد وأجريت في المراكز النفس و ببداغوجية لولاية جيجل على عينة تكونت من 38 أخصائي نفسي، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي، وقامت بإعداد استمارة تكونت من ثلاث محاور أساسية تمثلت في: المستوى التكويني، الوسائل والأدوات، البرامج العلاجية، وبعد توزيع الاستمارة والحصول على البيانات تم استخدام الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات والمتمثلة في: النسبة المئوية، التكرارات، معامل الارتباط بيرسون، ألفا كرونباخ، اختبار T، اختبار أنوفا، اختبار بونفيروني.

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- المستوى التكويني للأخصائي القائم بالتكفل النفسي عال.

- مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالأدوات والوسائل متوسط.
- مستوى تحكم الأخصائي القائم بالتكفل النفسي بالبرامج العلاجية تحت المتوسط.
- واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز النفسو بيداغوجية مقبول.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تعزى لمتغير الشهادة المتحصل عليها.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد عينة الدراسة حول محور الوسائل والأدوات لمتغير الخبرة المهنية، دون المحاور الأخرى (المستوى التكويني، البرامج العلاجية).

- **دراسة رشا بنت ضاوي الغامدي (2025)**بعنوان: **المشكلات الحسية و ارتباطها بالصعوبات الاجتماعية لدي ذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر معلميهم**، هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الحسية وارتباطها بالصعوبات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر معلميهم، والكشف عن الفروق في شدة هذه المشكلات الحسية المرتبطة بالصعوبات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر معلميهم. وتم إتباع المنهج الوصفي ألارتباطي، وتم اختيار عينة البحث بطريقة عشوائية، تمثلت في (114) معلماً ومعلمة، وتمثلت أداة البحث في الاستبانة، وتوصلت النتائج إلى وجود المشكلات الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة، ووجود الصعوبات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدرجة مرتفعة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابات عينة الدراسة حول شدة المشكلات الحسية المرتبطة بالصعوبات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باختلاف جنس، وعمر الأطفال، باستثناء بعد (الاضطرابات الحسية الشمية)، أما بالنسبة للدرجة الكلية للمشكلات السلوكية فقد وجدت فروق دالة إحصائياً في ضوء متغير العمر لصالح (أكثر

من 10 سنوات)، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين المشكلات الحسية والصعوبات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي ضوء ذلك قدم البحث مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة.

6-3- التعقيب على الدراسات السابقة:

أولا/أوجه الاتفاق من حيث:

- **الهدف:** تتشابه الدراسة الحالية مع دراسات كل من (**تاغيت و آخرون، 2025**) و(**زيادة رشيدة، **) في تناول متغير **"الالتزام العلاجي لدى أمهات/أولياء أطفال التوحد"** كمتغير اساسي، والبحث في العوامل الاجتماعية والنفسية المؤثرة فيه.

- **المنهج:** تشترك هذه الدراسة مع كل من دراسات (**بودهان وآخرون، 2021**)، (**الغامدي، 2025**)، (**بخوش، 2020**)، و(**تاغيت وآخرون، 2025**) في استخدام المنهج الوصفي كإطار عام لرصد الظاهرة وتشخيصها ميدانيا.

- **العينة:** تتفق الدراسة الحالية مع دراسات كل من (**بودهان و آخرون، 2021**)، (**بودايب و آخرون،** 2021) و(**زيادة رشيدة، 2022**)، في استهداف موضوع التكفل باضطراب طيف التوحد (الأخصائيين القائمين عليهم أوأمهات الأطفال).

- **الأداة:** تشترك هذه الدراسة مع جل الدراسات السابقة (**مثل دراسة الغامدي وبخوش، ،وتاغيت**) في تصميم الاستبيان وتطبيقه كأداة أساسية لجمع البيانات.

- **النتائج:** تتشابه هذه النتيجة حول إثبات الكفاءة والمستوى التكويني العالي للأخصائيين النفسيين والبيداغوجيين كما في دراسة (**بودهانو آخرون، 2021**)، وأهمية العلاقة مع الفريق الطبي كما في دراسة (**سارة بخوش و آخرون، 2020**) في ارتفاع مستوى الرضا عن الخدمات.

ثانيا/ أوجه الاختلاف من حيث:

- **حجم العينة وخصوصيتها:**الدراسة الحالية تميزت باقتصارها على عينة عيادية مصغرة (5 أمهات فقط). بينما اعتمدت الدراسات السابقة على عينات مسحية كبيرة نسبيا (قوامها يتراوح بين 38 إلى 114 حالة) بغرض التعميم الإحصائي.

-من حيث أسلوب التحليل:

الدراسة الحالية: انفردت بتبني التحليل المختلط **(الكمي والكيفي معاً)**؛ حيث تم استثمار الاستبيان إحصائياً، ثم إتباعه بالمقابلة العيادية نصف الموجهة وتحليل الحالات المفردة كلاً على حدة، وهو ما غاب عن بقية الدراسات.

الدراسات السابقة: اقتصرت على التحليل الكمي الإحصائي (النظري، الفارقي والارتباطي).

-من حيث الأساليب الإحصائية المستعملة:

الدراسة الحالية: تماشياً مع حجم عينة الحالات الصغير، اقتصر على حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسط الفرضي T-test) لعينة واحدة.

الدراسات السابقة: لأنها عيناتها كبيرة استخدمت تحليل الانحدار البسيط والمتعدد، معاملات الارتباط (بيرسون)، وتحليل التباين.**(ANOVA)**

-من حيث زاوية المعالجة:

الدراسة الحالية ركزت على تفكيك أبعاد الالتزام العلاجي الذاتية والسلوكية والمادية كمقياس مستقل بذاته عبر واقع الأمهات المعاش.

الدراسات السابقة ركزت على تقييم برامج علاجية محددة مثل برنامج، ربطت الالتزام العلاجي بم

تغيرات نفسية أخرى كـ "قلق المستقبل" **(دراسة زيادة)** أو "الدعم الاجتماعي المدرك" **(دراسة تاغيت)**.

6-4- مدى الافادة من الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة العمود الفقري التي انطلقت منها الدراسة الحالية، حيث تمت الاستفادة منها من حيث :

- بلورة الاشكالية و صياغة الفرضيات ، كما وفرت تعريفات اصطلاحية و إجرائية.
- تحديد المجتمع المستهدف بالبحث ،سواء من حيث الخصائص الشخصية و الديمغرافية
- اختيار المنهج الانسب للظاهرة المدروسة حاليا

- الاختيار الامثل للمعالجات الاحصائية المناسبة .
- مقارنة نتائجها مع النتائج التي توصلنا اليها ، لاثراء المناقشة و المساهمة في التحقق من صحة الفرضيات .

7- الخلفية النظرية للدراسة:

أولا/ الالتزام العلاجي:

- **تمهيد**

يعتبر الالتزام الصحي قضية من القضايا الرئيسية في الصحة العامة، و ذلك لما له من تأثير حاسم و دور أساسي في العملية العلاجية و المتابعة الصحية ، نظرا لانعكاساته علي مختلف جوانب الحياة المرضي لان الالتزام يدل علي فعالية مشاركة المريض و التزامه بكل ما هو مطلوب منه في سبيل الحفاظ علي النتيجة الصحية المرغوب فيها و الارتقاء بالصحة إلي ما هو أفضل ، و قد يتأثر الالتزام الصحي بالعديد من العوامل و الأسباب ذات العلاقة بالمريض و المرض و السيرورة العلاجية و الظروف الاقتصادية و الاجتماعية.

1- تعريف الالتزام العلاجي:

- **التعريف اللغوي: هو** عملية إتباع تعليمية، عادة سلوك التقيد Observance فيعرف قاموس (Larousse) الكلمة: التقيد بقواعد توجيهية و بالتالي احترام التعليمات و التوجيهات التي يحددها الطبيب.**(زيادة ،2022،ص 16)**.

- أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعان للكلمة منها: الانضباط، الامتثال، الالتزام، الانصياع، الملائمة، التقبل.... وقد اخترنا مصطلح تقبل لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع، أي المريض له دور في العملية العلاجية (**زيادة رشيدة ،2022،ص16**).

- **التعريف الاصطلاحي:**عرفه (1979) Haymes بمثابة درجة اتفاق سلوكيات المريض مع الإرشادات المتعلقة بالدواء أو الصحة و تعتبره المنظمة العالمية للصحة 2003) OMS) بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكات المصاب. الالتزام بالحمية الغذائية و تعديل أسلوب الحياة توصيات قائمة على الرعاية الصحية (الطبيب المصاب) (**زيادة ، 2022،ص16**).

– يعرف (**haynes et al 1979**) الالتزام بأنه: مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية،من حيث تناول الأدوية وإتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة (**فقير ،2024،ص86**).

- **مفهوم الالتزام الصحي:**عندما نتكلم عن الالتزام الصحي يتبادر للذهن في المقام الأول الالتزام بتناول الدواء لكن في الواقع، يجب أن ندرك أنّ كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها، وليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية، ومدة العلاج) المنصوص عليها، ولكن أيضاً توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية، وممارسة النشاط البدني اليومي للسيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم، وأداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام(**سامعي ،د س ،ص3**).

وبالتالي اختلفت وتنوعت التعريفات حسب الاستعمال، وسنستعرض بعض ما ورد منها في التراث العلمي كما يلي:

- يعرف **هاينس** (**Haynes**) الالتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية (من حيث تناول الأدوية واتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة) **(بوعافية و آخرون ، ص 3)**.
- ويعرف الالتزام الصحي على أنه درجة الانسجام (التوافق) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية، اتباع الحمية، أو تعديل سلوك الحياة واتباع الوصفات والتوصيات الطبية.
- كما يعرف الالتزام الصحي بأنه: "سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقا للشروط، والشروح التي يحددها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، الشكل، طريقة التعاطي نوعية الجرعة لكل يوم، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات والوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء .
- أما المنظمة العالمية للصحة فقد تبنت التعريف التالي: "درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم، أو القيام بتعديلات سلوكية والتعليمات، والإرشادات الصحية من قبل محترفي الصحة.

بالرغم تنوع وتعدد التعريفات الاصطلاحية للالتزام الصحي، إلا أنها تنصب على مدى اتباع المرضى لكل ما هو متعلق بمتطلبات العلاج، سواء كان أدوي، حمية غذائية رياضة، وغيرها من التوصيات والإرشادات الصحية المقدمة من طرف الفريق العلاجي للمرضى.**(سامعي ،ص3)**

2-العوامل المحددة للالتزام العلاجي:بعد بقاء المصاب في مرحلة لا تزال الأغراض فيها ساكنة حيث يسمح هذا السكون بنسيان المرض أو بقائه بعيدا عن التفكير وعندما يصبح البدا في العلاج أمرا يقره الطبيب ولازما يكون ذلك بمثابة طريق يشير لدى العديد من المصابين إلى الدخول في المرض وإدراكه كحقيقة راهنة فالخضوع للعلاج ومدى التزامه لمجموعة العوامل حددتها المنظمة العالمية للصحة عام **(2003)** فيما يلي:

- **العوامل المرتبطة بالمريض:** يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها تخضع خلالها تمثيلات المصاب، ونشاطاته، ورغباته للتوتر وتفادي ملاءمتها من قبل المصاب نفسه تبعا لهذه الوضعية، والتي تفرض عليه أدوار إجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة. ذلك لأن المصاب يقضي سيرورة تكيف اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدا العلاج لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المصاب وإنفعالات وكذلك سوابقه. ومن المشاكل المطروحة مسألة إنكار المرض من قبل المصاب إنكار خطورته وحتى وجوب تلقي علاج يحد من تفاقمه، فيصبح الالتزام عن الإجراءات العلاجية تعبيرا عن الرغبة في نسيان المرض في وقت قد يكون العلاج عامة يذكر به **(زيادة ،2022،ص18)**.
- **العوامل المرتبطة بالمرض:** يؤثر المرض على تقبل العلاج لدى المريض تأثيرات مختلفة فقد يزيد المرض من امتثال المريض. وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض وكيف يعيشها، ومن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض إزمان المرض وعدم وجود أعراض واضحة، أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها وعدم وجود خطورة للمرض **(زيادة ،2022،ص18)**.كما يتأثر تقبل العلاج بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد لعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة تقبل العلاج تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاءه ويحول دون تحسن حالته الصحية. وهنا تطرح مسألة الخضوع

المطول للعلاج. أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب ، بل تتعداها إلى تغيرات كثيرة في أسلوب حياة المريض التي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان. إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وآثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه **(زيادة ،2022،ص18)**.

- **العوامل المرتبطة بالدواء:** وتتمثل في:
  - الآثار الجانبية للدواء.
  - فشل المعالجة السابقة.
  - الوقت المستغرق في عملية الفحص.
  - إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.
  - عدد مرات تناول الدواء اليوم: حيث أظهرت بعض الدراسات أن عدد المرات التي يتناول فيها المريض دواءه تؤثر على تقبله للعلاج، حيث انه كلما زادت عدد مرات تناول الدواء نقص تقبل العلاج و العكس.

طرق تناول و استخدام الدواء حيث أثبتت الدراسات أن الذين يتناولون دواؤهم عن طريق الفم أكثر تقبلا من المرضي الذين يتناولونه بطرق أخري . طول مدة العلاج حيث أثبتت الدراسات أنه كلما طالت مدة العلاج قل الالتزام بالعلاج **(زيادة ،2022 ، ص19)**.

- **عوامل متعلقة بالعلاقة بين(الطبيب–االمريض):** من أسباب عدم تقبل العلاج لدى المرضى ورفضهمللعلاج وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وُجد انه في 23% من الاستشارات لا يكمل المريض طرح أعراضه و بث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، و في 69% من الحالات بوجه عام بعد أثنا عشر ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب **(زيادة ،2022،ص19)**.

إذن فالعلاقة **(طبيب–مريض)** قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى تقبل العلاج خاصة لدى مرضى المصابين بالإمراض المزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض

وإشراك المريض في الخطة العلاجية، و شرح المرض وأعراضه و مضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرض أكثر على مرضه و مضاعفاته و هذا يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول مما يرفع من درجة تقبل العلاج لديه.

3-العوامل المؤثرة في الالتزام العلاجي:

و في هذا السياق و بخصوص العوامل المتدخلة في تحديد مستوى الالتزام بالعلاج يوضح **(Petra Schafer et al ,2010)**، أنه ولمدة طويلة من الزمن اعتبر الالتزام العلاجي مشكلة لا تخص سوى المرضى، إلا أنه قد تم اقتراح مقاربة أخرى مفادها أن عدم الالتزام يجب أن ينظر إليه كظاهرة معقدة من التفاعلات لعوامل فردية، اجتماعية، اقتصادية، مرضية وعلاجية وكذا عوامل مرتبطة بالنظام وممتهني الصحة. و في الاخير فإن الدعم الفعال للإلتزام يفترض الأخذ بعين الاعتبار لهذا التعقيد.

وقد قدم ذات الباحث العوامل المرتبطة بعدم الإلتزام حسب كل من تصنيف منظمة الصحة العالمية **(l'OMS)** وحسب نموذج المعهد البريطاني للصحة و العلاج المتميز **(NICE)** كما يلي:

3-1-العوامل المؤثرة في الإلتزام حسب منظمة الصحة العالمية:

قدمت منظمة الصحة العالمية نموذجا يشرح الطابع متعدد الأبعاد للإلتزام العلاجي، الذي ينتج عن تفاعل الأبعاد الخمسة التالية:

- **عوامل مرتبطة بالمريض:** تتمثل هذه العوامل في موارد الفرد بما فيها: (المعارف، ووجهات النظر، الحوافز، الأفكار والتوقعات وغيرها)، إلا أن التفاعل بين هذه العوامل لا يزال غير مفهوم إلى حد ما.

-عوامل اجتماعية واقتصادية:و هي كل ما يتعلق بالجانب الإجتماعي للمريض كمرحلة النمو أو المرحلة العمرية التييعيشها باعتبار أن لكل مرحلة خصائص معينة تميزها والتي تؤثر بشكل كبير على سلوك المريض، وكذلك المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها المريض، إضافة إلى السند الإجتماعي المدرك بالنسبة للمريض .كما تتعلق هذه العوامل بالجانب المادي للمريض والذي يحدد إلى درجة معينة نمط معيشته وسلوكياته.

-عوامل مرتبطة بالمرض: تتمثل هذه العوامل في مجموعة من العناصر والمحكّات المتعلقة بالمرض كالأسباب والأعراض و الحدة و النتائج المترتبة عن الإصابة. وبالتالي فإنه باختلاف هذه المحكات تختلف معها متطلبات التكيف مع المرض أي تختلف التوصيات الموجهة من الطبيب للمريض حسب نوع مرضه وبالتالي فإن مستوى التزامه بهذه التوصيات سيخضع لتدخل هذه العوامل المذكورة المتعلقة بالمرض.

-عوامل مرتبطة بالعلاج: تختلف طبيعة العلاج من حالة مرضية إلى أخرى، فتتفاوت من البساطة إلى التعقيد. وتشمل العوامل المرتبطة بالعلاج على سبيل المثال طول مدة العلاج وتعقيد الحمية الضرورية.

-عوامل مرتبطة بالموظفين وبالنظام الصحي: من أهم هذه العوامل غياب علاقة الشراكة وغياب الثقة بين موظفي الصحة والمرضى، وقلة المعارف فيما يخص الالتزام العلاجي لدى المتكفلين بالعلاج، إضافة إلى التكاليف المادية العالية للعلاج وعدم تطبيق قواعد التسيير الفعال للأمراض المزمنة.

3-2-العوامل المؤثرة في الإلتزام العلاجي حسب نموذج (NICE) للإلتزام: بالنسبة لنموذج

المعهد البريطاني للصحة والعلاج المتميز (NICE)، يندرج الإلتزام في عملية تقييم دينامية للمرضى، حيث يقيم المرضى ويفسرون النتائج وفق توقعاتهم . حيث يتأثر تناول الأدوية بعوامل في نفس الوقت داخلية وخارجية . تشمل العوامل الداخلية المرض في حد ذاته، أعراضه والأدوية وآثارها، وكذلك قناعات وتجارب المريض التي تؤثر على رغبته في تناول الدواء وفق ما تم وصفه له. أما العوامل الخارجية فتتضمن شكل ومضمون التواصل مع العائلة والأصدقاء وموظفي الصحة . وبالتالي فإن هذا النموذج يعتبر المريض محور الإلتزام العلاجي، ويصنف العوامل المؤثرة فيه إلى قسمين منها ماهو داخلي متعلق بالمريض ومنها ماهو خارجي متعلق بمحيط المريض.

إن تحليل المفهوم و فهم العوامل المتدخلة في تحديد مستوى التزام المرضى بالعلاج والوعي بها يسمح بالتدخل الفعال لتحسين الالتزام المتدني الذي يبديه أغلب المرضى اتجاه العلاج و التوصيات الطبية المقترحة، و ذلك بالإعتماد على استراتيجيات فعالة مرتكزة

يحمله حول مرضه. كما يعد تعليم القائمين على الرعاية الصحية من أهم الإستراتيجيات المتبناة للرفع من مستوى التزام المرضى بالعلاج، و يشير بهذا الصدد دو بليك (**J.DeBlic، 2007**) إلى وجود مبادئ عملية لتحسين العلاقة (طبيب / مريض)، إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية، وغير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية التواصل بين المريض والطبيب، كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف و الإصغاء الفعال والتواصل غير اللفظي، التشجيع والتفاوض.

و كون العلاقة (طبيب/مريض) و نوعية الإتصال داخلها هي مفتاح الإلتزام العلاجي، فمن المهم التعرف على العوامل التي تمكن الطبيب من تغيير سلوك المريض بفاعلية بغية تحسين مستوى التزامه بالتوصيات الطبية والتي تتمثل في العوامل التالية :

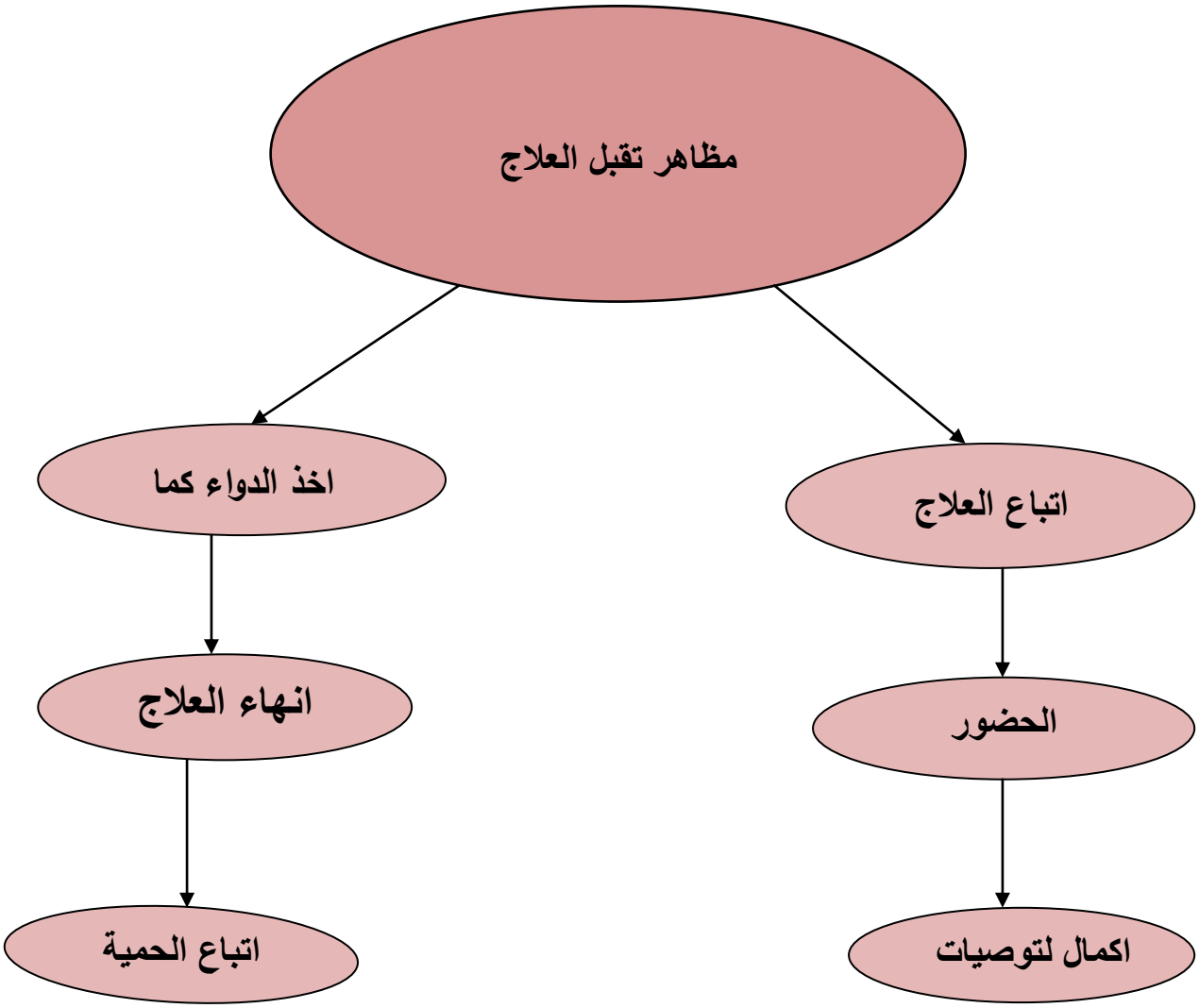
- تمتع الطبيب بمصداقية عالية كمصدر للمعرفة فيما يخص المسائل الطبية التي تواجه المريض.
- قدرة الطبيب على جعل النصائح الطبية بسيطة وتتناسب مع حاجات المريض ونقاط ضعفه.

قدرة الطبيب على مساعدة المريض على الالتزام من خلال توضيح إيجابيات العلاج، وسلبيات عدم الالتزام به.

- امتلاك الطبيب لعلاقة خاصة بمريضه وخصوصية في التفاعل (وجها لوجه)، مما يسهل عملية الانتباه للتعليمات، وتحديد مصادر المقاومة لدى المريض.
- توفير مساحة شخصية للتفاعل، مما يمكن الطبيب من بناء القوة والمرجعية، وذلك من خلال التواصل مع المريض بدفء واهتمام.

- قدرة الطبيب على الحصول على تعاون أفراد آخرين من أسرة المريض، مما يساهم في تعزيز درجة الالتزام لدى المريض.
- قدرة الطبيب على مراقبة المريض ولو جزئيا، ورصد مدى التقدم الذي يحرزه بين زيارة وأخرى **(لورسي ،2015، ص262-264)**.
- من جهة أشارت جوليا روسال **(Russell، 2005)** إلى دور المساندة الاجتماعية و أهميتها في تحسين مستوى الإلتزام العلاجي، فوضحت أن إقحام العائلة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج، و كذلك فإن اهتمام محيط المريض بأدويته ومواعيد زياراته للطبيب وحميته الغذائية يساعده على تقبل العلاج والالتزام به.

4- مظاهر تقبل العلاج :



الشكل (01) يمثل: مظاهر تقبل العلاج

5- آثار الالتزام العلاجي:

تتمثل أهمية الالتزام الصحي في ارتباطها مباشرة بنتائج العلاج، فعدم الالتزام يخلف مخاطر صحية واقتصادية سواء المباشرة أو غير المباشرة، لا تتعلق بالفرد وحده بل تتعداه إلى العائلة، المجتمع، النظام القائم على الرعاية وحتى إلى الدولة بصفة عامة.

5-1-الآثار الاقتصادية: تنخفض فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام حيث يتم إهدار المال على الأدوية الغير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي يتم إتباعها، يزيد عدم الالتزام أيضا التعيينات و الفحوصات التي لا لزوم لها و يرفع من عدد الزيارات إلى غرف الطوارئ و الاستشفاء فعلى سبيل المثال: تقدر التكاليف المرتبطة بأمراض الالتهابات المقاومة للأدوية ما بين (100 و 200) مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية، و تتعلق التكاليف الناتجة عن عدم الالتزام لدى الراشدين المصابين بأمراض مزمنة، بتضاعف تكاليف العلاج الناجمة عن الاستشفاء و بمدة الاستشفاء و النفقات المتعلقة بالرعاية الصحية.

5-2-الآثار الطبية:يحتمل أن ينجم عن عدم الالتزام آثار صحية خطيرة، أظهرت التجارب حول التحكم في مضاعفات السكري إن الحفاظ على نسبة معتدلة من السكر في الدم وبذلك بتكييف العلاج في البداية والإبطاء في المضاعفات على المدى البعيد. وهذا يتطلب مستوى عال من الالتزام بعلاج السكري.

5-3-يمكن لفشل الالتزام أن يؤثر على نوعية حياة المرضى وعائلتهم، مثلا: يمكن للأطفال غير الملتزمين لأدوية الربو أن يتعرضوا لازمات القلب في الوظيفة الرئوية والتي بدورها يمكن أن نَحُدّ من أنشطتهم اليومية.

5-4-يمكن أن يزيد عدم الالتزام لدى المصابين بإمراض مزمنة من حالات الاستشفاء أو بقائهم في المنزل لمدة قصيرة و متكررة و بالتالي التأثير السلبي لعدم أدائهم الاجتماعي **(زيادة ،2022، ص38)**.

- **خلاصة**

من خلال ما سبق يمكن القول أن الالتزام بعلاج المرض ضرورة لا جدال فيها، لتفادي أخطار الأمراض و كذلك التنبؤ بآمال المرض، لذلك لا بد من الحرص على التكفل بالعوامل التي من شأنها عرقلة استجابات المريض الايجابية للعلاج خاصة فيما يتعلق بمعتقداته حول المرض و إمكانية الشفاء، و تماثله للعلاج من خلال التركيز على دعم جوانب شخصيته و تعزيز إدراكه، و تدعيم الدعم الاجتماعي الضروري، مما يرفع من مستوىالالتزام بالعلاج، و يمنحه القدرة على تحمل أعراض المرض و سلبيات العلاج.

ثانيا/ اضطراب التوحد:

- **تمهيد**

يعتبر Autusm Spectrum disorder من الاضطرابات النمائية التي تؤثر في طريقة تواصل الفرد و تفاعله مع الاخرين ، و يظهر غالبا في مرحلة الطفولة المبكرة .و يتميز بوجود صعوبات في التواصل الاجتماعي ، إضافة الي سلوكيات و اهتمامات متكررة تختلف من شخص لاخر ، لذلك يعرف بانه اضطراب ضمن " طيف " واسع من الحالات و الدرجات .

و قد ازداد الاهتمام بدراسة التوحد في السنوات الاخيرة بسبب تزايد الوعي باهمية التشخيص و التدخل المبكر ، لما لهما من دور كبير في تحسين مهارات الطفل و قدرته علي التعلم و الاندماج في المجتمع . كما حاولت العديد من الدراسات تفسير هذا الاضطراب من خلال عوامل جينية و عصبية و بيئية ، مما ادي الي ظهور عدة نظريات تفسر اسبابه و طبيعته .

من هذا المنطلق ، يتناول هذا الموضوع مفهوم التوحد، و اعراضه و اسبابه و انواعه اضافة الي اهم النظريات المفسرة له ة التشخيص و العلاج

1-تعريف التوحد:

- يعرف" **كانر (1943)** التوحد **بأنه:**حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة **(بودياب وآخرون ،2021، ص 8).**
- يرى" **الأشول**" **(1987)** أن التوحد هو اضطراب اتصالي خطير يبدأ أثناء الطفولة المبكرة وعادة ما يبدأ قبل (30) شهراً وحتى (42) شهراً من عمر الطفل، ويتصف الطفل التوحدي بكلام عديم المعنى والانسحاب داخل الذات وعدم الاهتمام بالآخرين**(بودياب و آخرون،2021.،ص8).**
- وحسب" الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع المراجع "الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-TR: 2000) التوحد هو اضطراب نمائي شامل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة

بالاضطرابات النمائية الشاملة التي تتضمن اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر ومتلازمة ريت واضطراب التفكك الطفولي واضطراب النمائي الشامل غير المحدد **(بودياب و آخرون،2021، ص 8)**.

- عرفته "منظمة الصحة العالمية" **(WHO :2006)** بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاث أعراض أساسية هي: القصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل اللفظي والسلوكيات النمطية ومحدودية النشاط والاهتمامات، وتظهر هذه الأعراض قبل بلوغ سن الثالثة (**بودياب وآخرون ،2021،ص 9)**.
- تعرفه" جمعية التوحد الأمريكية **(2009)** "**ASA** هو نوع من الاضطرابات النمائية المركبة، ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل وينتج عن اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ، وتظهر على شكل مشكلات في عدة جوانب مثل التفاعل الاجتماعي، و التواصل اللفظي و غيراللفظي، ونشاطات اللعب مع مقاومة لأي تغيير يحدث في بيئتهم، وتكرار آلي للحركات أو الكلمات (**بودياب وآخرون ،2021،ص 10)**.
- ويرى" قحطان الظاهر" أن التوحد هو حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال، قد تظهر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة ويتميز المصابون بهذه الحالة بقصور في الانتماء أو التفاعل مع الآخرين حسياً أو لغوياً، فلا يُكوّن الطفل علاقات اجتماعية، وتظهر عليه علامات الحزن والنمطية والجمود وكذلك يتصف باضطراب الكلام(**بودياب وآخرون ،2021 ،ص 10)**.
- يعرفه "**اسامة فاروق السيد الشربيني** "**(2013)** التوحد بانه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تنتج في الجهاز العضبي المركزي ، ما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي الي قصور في التفاعل الاجتماعي ، و في التواصل اللفظي و غير اللفظي ، و عدم القدرة علي التخيل ، و يظهر في السنوات الاولي من عمر الطفل .

2-النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

2-1- النظرية المعرفية: تشير(**كريستين نصار، جانيت يونس، 2009**)إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحديين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس **Larousse** ، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته ، وتمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه ، وبالتالي يجب أخذهذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد ، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم ولتنميتهم من تنمية طاقاتهم ، فقد تكون خصائص معالجة المعلومات مسؤولة عن الصعوبات التي يواجهها.

- ويشير (**رفعت بهجت، 2007)** إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح وأن عملية بحث الطفل التوحدي عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جداً أو مستحيلة نظراً لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته ، وهذا يؤدي بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدي.

2-2-النظرية الاجتماعية: يشير(**إبراهيم بدر، 2004، سوسن الحلبي، 2005**) إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم ، فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية ، مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري ، وانطوائه على نفسه ، ويرى كانر أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية ، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحديين الذين تم تشخيصهم كانوا من ذوي التحصيل العلمي ، وكانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني ، صارمين ، منعزلين ، جادين ، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم ، كما يرى كانر بأن توحد الطفولة المبكرة قد يكون عائداً إلى تأثر الطفل ببعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة ، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء الأطفال غير التوحديين لم تظهر فروقاً ذات دلالة

بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد .

كما أشار **(Roge,B.,2003:p 71)** : إلى أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل التوحدي يعاني من صعوبات ترتبط بمختلف أشكال التبادل والإجتماعي ، والعجز عن تحقيق التآزر بين مختلف مظاهر السلوك والإجتماعي ومشاركة الآخرين تجربتهم الاجتماعية.

2-3- النظرية النفسية: تشير(**نادية أبو السعود، 2000**): أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحدي هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة ، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والإجتماعى واهتماماته.

ويعتبر (ليو) من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدو الاهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة، وقد تعرض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي ، بعد سنوات من وصف كانر لسبب التوحد ، والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأنانية الوالدية **(الشرقاوي ،2018 ،ص50)**.

2-4-نظرية العقل:تفترض هذه النظرية أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز الأطفال التوحديين تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية ، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي معهم ، ويرى بارون كوهين العالم الأمريكي ، وصاحب نظرية العقل أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين مخ خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة

نظر الشخص الآخر بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين.

- **ويشير (إبراهيم الزريقات، 2004):** إلى أن هذه النظرية تشير إلى العجز الاجتماعي الملاحظ

عند أطفال التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجزالإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل.

- **ويشير (Connor , Mike , J , 2000:p5)**إلى أن نظرية العقل تعتبر أساسية لفهم وتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين ، حيث أن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء التي تمثله ، مع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية ويبدو أنهم يفهمون يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون ، ويعرفون ، ويتوقعونويفضلون، ويريدون مع عمر أربع إلى خمس سنوات، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم.

وفي حالة الأطفال التوحديين فإن سمات الفشل تقيم نظرية العقل غالباً وحتى عندما يسلكون بشكل مناسب على مهمات معرفية أخرى في حالة الأطفال من سن (3- 4) سنوات، حيث غياب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً على الأطفال التوحديين على الفهم والتعامل مع العالم الخارجي والتواصل بشكل مناسب مع الآخرين ، وسلوك اللعب الغريب للأطفال التوحديين وخصوصاً غياب اللعب الرمزي ربما يمثل عدم القدرة على فهم أي شيء ، ولكن الحقائق المجردة قبلها **(الشرقاوي ،2018 ، ص52)**.

2-5- النظرية السلوكية:تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية ، حيث يرى البعض أن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة تقوم على عدم وجود تكامل بين الحواس بعضها ببعض وتتسم بالصفات الآتية :

- زيادة في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- نقص في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- زيادة ونقصان للاستقبال الحسي.
- استقبال القناة الواحدة.
- استثارة حاسة واحدة تؤدي الى استثارة حواس اخري **(الشرقاوي ،2018،ص52).**

2-6- النظرية الادراكية:تشير **(هدى أمين، 1999):** إلى أن أنصار هذا الاتجاه يروا أن التوحد بسبب اضطراب إدراكي نمائي فالطفل التوحدي يعاني من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة ، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرته على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب في اللغة ، كما ترجع بعض الدراسات أسباب التوحد إلى الخلل الحادث في الإدراك وعدم تنظيم الاستقبال الحسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى على البيئة ، كما تحد من قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ولوحظ أن معظم أطفال التوحد لديهم إعاقات في واحدة أو أكثر من حواسهم ، هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والاتزان والشم والإحساسات العميقة ، وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس ، وكنتيجة لذلك قد يصعب على أطفال التوحد معالجة الإحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات غير صحيحة ، فبعض أطفال التوحد يتجنبون معظم أشكال الاحتكاك الجسماني**(الشرقاوي، 2018، ص 53).**

3-اسباب اضطراب التوحد:

معرفة أسباب أي مرض أو اضطراب مهمة من الناحية الوقائية والعلاجية، إلا أنه لا يوجد حتى الآن سبب مؤكد لاضطراب التوحد، حيث تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الأسباب المؤدية إليه، بدءاً من الدراسات النفسية ومروراً بالأحداث التي ركزت على العوامل البيولوجية والوراثية والأيضية والبيوكميائية وانتهاءً بالفرضيات والنظريات التي ركزت على العوامل البيئية ودور المطعوم الثلاثي **(MMR)** وما إلى ذلك من العوامل والأسباب، ولكن حتى الآن لا توجد أسباب وعوامل واضحة ثم الاعتماد عليها بشكل قاطع يمكن أن يعزى إليها هذا الاضطراب، إلا أن تركيز العلماء في المرحلة المتأخرة يصب بشكل كبير على الجانب الجيني، الوراثي والعصبي، وهذا ما صرح به العديد من الباحثين في هذا المجال في أحدث دراساتهم، فقد قال جونسون ومايرز في دراستهم: "رغم أن البراهين الحاليةتؤسس لوجود تأثير وراثي عال لاضطراب طيف التوحد **(ASD)** إلا أن تحديد السبب الرئيسي لا يزال مجهولاً حتى الآن ويحتمل أن يكون نتيجة لعوامل جينية وبيئية متعددة، بينما"**بريك**" فقال أن أحدث النظريات المنتشرة عند معظم الجمعيات الطبية هو أن التوحد اضطراب نمائي عصبي متعدد الأسباب مع تأثير جيني قوي.

أما "**ابنفورد**" فقد ذكر في دراسته أن السبب الدقيق للتوحد غير معروف إلا أنه بشكل عام يوجد اتفاق اليوم على أن أسباب هذا الاضطراب تتضمن العديد من العوامل، وأنه اضطراب نمائي عصبي وراثي بدرجة مرتفعة مقدارها **(90%)** وفقاً للدراسة التي أعدها "**روتر**".

ولقد تطرقت العديد من الدراسات والبحوث إلى مجموعة من العوامل والأسباب التي يحتمل أن تكون مسؤولة عن الإصابة بالتوحد والتي من أهمها:

- **الأسباب السيكولوجية النفسية:**سادت في فترة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين النظريات النفسية التي أشارت إلى أن صفات الوالدين الشخصية والبيئية والإجتماعية يلعبان دوراً رئيسياً في حدوث التوحد لدى الطفل، فآباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الإنفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم واضطراب النمو اللغوي، والتفاعل الإجتماعي لدى

الطفل، ويعتبر "**برون وبتلهيم**" من أكثر المتحمسين والمؤيدين لهذه النظرية التي تفسر حدوث اضطراب التوحد من النواحي النفسية والإجتماعية، ولقد انتقد "**ريملاند**" التفسيرات النفسية للتوحد ورد عليها بشدة وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا لآباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالاً غير توحديين، كما أشقاء الأطفال التوحديين هم غالباً أطفال عاديون مما يدل على عدم صحة تلك النظرية، والتي أصبحت اليوم محل رفض الباحثين في هذا المجال **(بودهان و آخرون ،2021،ص 38)**.

الأسباب البيوكيميائية:

أكد العديد من الباحثين وجود خلل في مستوى تركيز بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال التوحديين مما يحفز ظهور أعراض التوحد ومن أهم هذه النواقل نجد:

السيروتونين (*Serotonine*): ومن النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي، والذي ينشأ من جدران القناة الهضمية، ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات والسلوكية مثل النوم، تقلب المزاج الذاكرة، درجة الحرارة

ب- **الدوبامين (Dopamine)**: وينشأ من الحامض الأميني الفينيلانين **(phynylanine)** ويلعب دورا حيويا في النشاطات الحركية، والذاكرة، واستقرار المزاج، والسلوك النمطي.

ج- **النور بنفرين:** له دور في التوتر والإثارة ودرجة القلق.

د- البيتيدات العصبية: وهي مسؤولة بشكل رئيسي على الإنفعالات وإدراك الألم وضبط السلوك الجنسي. **(بودهان وآخرون ،2021،ص39)**.

الأسباب الجينية-الوراثية:

تشير معظم الدراسات الجديدة إلى أن العوامل المسببة للتوحد تميل أن تكون وراثية متعددة الجينات، كما يعتقد أن هناك ما يزيد على عشرة جينات على صبغيات (كروموسومات) مختلفة

مسؤولة عن أعراض التوحد، بينما تؤثر جينات أخرى على ظهور بعض الأعراض أو على شدة الإصابة.

وقد لخص هيوز مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال الكروموسومات المتسببة في التوحد بقوله: "إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالتوحد، بشكل خاص **الكروموسان** (15 و17) ومن الواضح حتى الآن أن سبب التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي. **(بودهان وآخرون ،2021،ص39)**.

الأسباب العصبية:

أشارت العديد من الدراسات في علم الأعصاب إلى احتمال ارتباط الإصابة بالتوحد بوجود اختلالات بنيوية في تركيبة الدماغ لدى الأفراد التوحديين، وخاصة تلك المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ، فقد أظهر التخطيط الكهربائي للدماغ **(EEG)** وجود بعض التغيرات في الموجات الكهربائية للدماغ لحوالي 20–60 % من حالات التوحد وخاصة ذوي الذكاء المنخفض وكذلك زيادة في نوبات الصرع حوالي 30% من الأفراد التوحديين.

كما تفيد الدراسات العصبية التي أجريت على الإنسان والحيوان بوجود علاقة سببية بين تلف أو قصور النظام العصبي الطرفي **(Limbic system)** وخاصة اللوزة الدماغية **(Amygdala)** و قرن آمون **(Hippocampus)** وبين إضطرابات التوحد النفسية والسلوكية، حيث أشارت الدراسات أن قرن آمون مسؤول عن التعلم و الذاكرة ، و قد يؤدي عطبه او ازالته من الدماغ الي عدم القدرة علي تخزين المعلومات الجديد ، و ظهور السلوكيات النمطية، و النشاط الزائد.

- **الأسباب الجينية–الوراثية:**تشير معظم الدراسات الحديثة إلى أن العوامل المسببة للتوحد تميل أن تكون وراثية متعددة الجينات، كما يعتقد أن هناك ما يزيد على عشرة جينات على صبغيات (كروموسومات) مختلفة مسؤولة عن أعراض التوحد، بينما تؤثر جينات أخرى على ظهور بعض الأعراض أو على شدة الإصابة.

وقد لخص "**هيوز**" مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال "**الكروموسومات**" المتسببة في التوحد بقوله: "إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالتوحد، بشكل خاص الكروموسومان (15 و17) ومن الواضح حتى الآن أن سبب التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي.

- **الأسباب العصبية:**أشارت العديد من الدراسات في علم الأعصاب إلى احتمال ارتباط الإصابة بالتوحد بوجود اختلالات بنيوية في تركيبة الدماغ لدى الأفراد التوحديين، وخاصة تلك المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ، فقد أظهر التخطيط الكهربائي للدماغ (**EEG**) وجود بعض التغيرات في الموجات الكهربائية للدماغ لحوالي 20-60 % من حالات التوحد وخاصة ذوي الذكاء المنخفض وكذلك زيادة في نوبات الصرع حوالي 30% من الأفراد التوحديين.

كما تفيد الدراسات العصبية التي أجريت على الإنسان والحيوان بوجود علاقة سببية بين تلف أو قصور النظام العصبي الطرفي (**Limbic system**) وخاصة اللوزة الدماغية (**Amygdala**) و قرن آمون (**Hippocampus**) وبين إضطرابات التوحد النفسية والسلوكية، حيث أشارت الدراسات أن"**قرن آمون**" مسؤول عن التعلم والذاكرة، وقد يؤدي عتبه أو إزالته من الدماغ إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات الجديد، وظهور السلوكيات النمطية، والنشاط الزائد

4- أعراض اضطراب التوحد:إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي والعلاقات الاجتماعية، الإتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الإجتماعي المشكلات الحسية، اللعب والسلوك، ولذلك يمكن تلخيص أهم أعراض التوحد في النقاط التالية:

- **التواصل اللفظي وغير اللفظي:** وعادة ما يطورون أشكالا شاذة من اللغة كالمصاداة أو الترديد النمطي لما يقوله الآخرين، وعدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص.
- **التفاعل الإجتماعي:** هناك ضعف واضح في التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ويتصفون بالعزلة المفرطة **Extreme Autisitic Aloneness** والانسحاب وتجنب المواقف الإجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة.

- **خلل في الحواس:** فأحيانا لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جدا للمس أو المسك وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك وينزعجون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمكنسة والخلاطات، والمصاعد وما شابه ذلك، وكذلك الحال بالنسبة للشم، التذوق، والبعض منهم يألف أصنافا محددة من الطعام لا يحيد عنها.
- **ضعف في اللعب والتخيل:**حيث أن معظم أطفال التوحد لا يوجد لديهم إدراك لأبعاد اللعب التخيلي ويأخذ اللعب عادة شكل نمط وتكراري محدود، وعدم المشاركة أقرانهم في اللعب.
- **ظهور أنماط شاذة في السلوك:** مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه... الخ وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي **(بودهان وآخرون، 2021 ،ص41)**.

كما توجد أعراض سلوكية تظهر عند الطفل التوحدي والمتمثلة في:

- اضطراب في نمو المهارات الجسمية الاجتماعية واللغوية.
- وجود استجابات غريبة وشاذة في الخبرات الحسية، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر لدى الطفل مثل حاسة السمع والبصر، أو اللمس أو توازن أو الإستجابة للألم.
- وجود استجابات غريبة وشاذة في الخبرات الحسية، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر لدى الطفل مثل حاسة السمع والبصر، أو اللمس أو توازن أو الاستجابة للألم.
- الافتقار لمهارات الكلام (عجز في اللغة)، أو تأخر فيها بالرغم من وجود قدرات عقلية محددة لدى الطفل حيث تكون لغة الطفل على شكل ترديد وسرعة في الحديث وعكس الضمائر.
- أساليب غريبة في التعامل مع الآخرين والأشياء والأحداث.
- ظهور سلوك إيذاء الذات لدى الطفل.
- السلوك العدواني.
- ضعف عقلي شديد في بعض الأحيان.
- بعض الأطفال التوحديين يظهرون قدرات متميزة في الحساب والذاكرة والفن.

- الانزعاج من التغيرات التي تحدث في بيئتهم.
- اضطراب في التواصل.
- التفكير المتمركز حول الأشياء الملموسة.
- العجز في معالجة المعلومات.
- صدى الكلام (إعادة الكلام)
- القلق. **(بودهان و آخرون ،2021،ص 42)**.

5-خصائص الطفل التوحدي:

5-1-الخصائص المعرفية:

- تتسم أنماط التفكير التوحدي بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها.
- عدم القدرة على إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.
- صعوبة مجال الرؤية الشاملة للأشياء.
- صعوبة في التفكير، والانتباه، والتذكر، والقدرة على التخيل.
- قصور في فهم واستخدام اللغة بأنواعها.
- قصور في إدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات.

5-2-الخصائص الاجتماعية:

- الانعزال الإجتماعي، وعدم القيام بأي مبادرة أو رد فعل اجتماعي.
- غياب الرغبة في التواصل الإجتماعي.
- عدم فهم القواعد السلوكية في التفاعل مع الآخرين.
- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.
- لا يقوم بأي شيء لجذب انتباه الآخرين.
- عادة ما يفشل في تكوين صداقات والعلاقات.
- لا يستطيع التعبير بالوجه عن مشاعره، ولا يفهم مشاعر الآخرين.

- نقص في وضوح المعنى للكلام.
- يصعب تعويده على إلقاء التحية أو التوديع أو التقبيل لمن يرعاه(**بودهان وآخرون،2021،ص 43**).

5-3-الخصائص السلوكية:

- يظهر على بعض التوحديين سلوكيات نمطية آلية (التصفيق، الدوران...).
- حب الروتين ومقاومة التغيير حتى لو كان طفيفا.
- عدم الوعي بمصادر الخطر.
- الشغف بكل أنواع الحركات وخاصة المتكررة (التأرجح، المطاردة...).
- قد يصاحب التوحد حالات من النشاط الزائد.
- تقلب المزاج السريع.
- اضطراب التآزر البصري الحركي.
- الاستجابة الحسية المنعدمة (الأصوات، الألم، الأضواء...).
- تتسم أنشطته بالجفاف وعدم المرونة.

- لا تشغله سوى اللحظة الحاضرة، وترديد الكلمات بصورة آلية نمطية بدون أن تناسب الموقف (**بودهان وآخرون ،2021،ص43**).

5-4- الخصائص اللغوية:

- التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي.
- قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلا من أنا.
- ندرة استخدامهم لكلمات تشير إلى القدرات العقلية.
- المضاداة (ترديد الكلام).
- صعوبات جمة في علم دلالات الألفاظ وتطورها.
- الاستخدام المتقطع للغة حيث يمتلكون رصيدا كبيرا من الكلمات، لكن لا يمتلكون القدرة على استخدام هذه الكلمات.

- صعوبات في النطق **(بودهان آخرون ،2021،ص43)**.

5-5- الخصائص الحركية:يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من السن نفسه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية، فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كما إنأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثير منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، وهم في بعض الأحيان يكررون حركات معينة. فمثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر وتلك السلوكيات ترتبط بأوقات يكونون فيها مبهجين أو مستغرقين ببعض الخبرات الحسية **(بودهان و آخرون ، 2021، ص44)**.

6-انواع اضطراب التوحد:

بعد سنوات من البحث توصل الباحثون إلى وجود أنواع من اضطراب طيف التوحد وهو السبب الذي أدى إلى تسمية التوحد باضطراب طيفي إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأطفال المصابين به، حيث يستخدم مصطلح اضطراب طيف التوحد بترادف مع مصطلح اضطرابات نمائية شاملة ، للإشارة إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك جميعها في صفات الاضطراب في العلاقات الاجتماعية وإحدى أو كلتا الصفتين التاليتين : تأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل **(الحميدان، د س،ص 9)**.

- **ولقد حدد الجابري (2014) أنواع اضطراب طيف التوحد وهي:**

6-1-التوحد الكلاسيكي (Classic Autism):هوالانعزال والضعف أو القصور في التواصل. وغالبا ما يشمل حركات نمطية أو مقبولة ومقاومة للتغير، واستجابات غير عادية للخبرات الحسية، وعادة مايظهرعلى الطفل قبل بلوغ العام الثالث من عمره **(الحميدان،د س ،ص9)**.

6-2- متلازمة اسبيرجر (Asperger Syndrome, AS):كان أول من اكتشف متلازمة

أسبيرجر هو "**هانز أسبيرجر**"، وذلك عام (1944). إذ يطلق البعض على متلازمة أسبيرجر " التوحد ذو الأداء العالي High Function Autism ولم يتم الاعتراف بمتلازمة أسبيرجر إلا في عام (1994)، تعد متلازمة أسبيرجر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد. وتحدث لـ (26 – 36) من كل (10000) مولود. وهي مشابهة لاضطراب التوحد من ناحية شيوعها بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1 : 4) (**الحميدان، د س ،ص 10**).

6-3-دور الأم في حياة الطفل التوحدي:

يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية و الرعاية التي تمد بها الطفل و مع إتفاق العلماء أيضا على أهمية الأسرة و أثرها في التنشئةالاجتماعيةللطفل(**زيادة، 2022،ص52**). فإنهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الأساسي في عملية التنشئة... كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة إلى الشعور بالأمان الذي يهيئه غالي التوافق النفسي و الإجتماعي و يحفظ توازنه النفسي ويؤكد استقراره و هو في هذا يحتاج إلى الحب و القبول و الاستقرار كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان و الطمأنينة و هذه العناصر يستنبطها الطفل ممن يحيطون به و بصفة خاصة الأم.

هذا لأن الحب والأمان الذي يجده الطفل مع أمه يؤثر على نموه الانفعالي والجسمي والعقلي ومن هنا يتضح لنا أهمية الدور الذي تلعبه الأم في رعاية وتدقيق الصحة النفسية لأطفالها.

الأسرة ككيان لكل فرد فيه مهامه ومسؤولياته، وقد لوح أن الأم هي الملامة في اغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة، كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن اهتمام ألام بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من اهتمامها ورعايتها بزوجها و أطفالها الآخرين، كل ذلك ينعكس على الأسرة. وهنا الاحتياج للتعاون وتفاهم الوالدين سويا ومساعدة الأب للام على تخطي الصعاب وعدم تحميلها فوق قدراتها البدنية والنفسية.

تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة طفلها. فأول غذاء يحصل عليه من الأم وهي التي تسهر على رعايته وحمايته و الاعتناء به، و توفير المأكل الصحي و الملبس النظيف... و لذا يقع

على عاتقها رعاية شؤونه منذ ولادته و تولي إشباع حاجاته، و نظرا للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة للسند فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم و مرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها و بينه و لذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية و تمثل مصدر للإشباع المادي و النفسي لديه **(زيادة، 2022، ص53)**.

ومما سبق وخلاصة ما ذكر في هذا الفصل حول اضطراب التوحد والخصائص المميزة له سواء سلوكية أو إنفعاليةو غيرهما يجعل من الأم تواجه صعوبات و ضغوط كبيرة على عنايتها و حمايتها لطفلها التوحدي، إضافة إلى المسؤولية الملقاة على عاتقها في حاجة إلى الدعم و التقبل من طرف الأفراد المحيطين بها و احتراما.

7- تشخيص مرض التوحد:

منذ سنوات ليست ببعيدة لم يكن هناك وعي بمرض التوحد، وغالباً ما كان يتم تشخيص هؤلاء الأطفال على أنهم متأخرون عقلياً أو لديهم تأخر لغوي شديد لأسباب مجهولة، ولكن في الآونة الحالية قد إزداد الوعي بهذا المرض وأعراضه، ويتم تشخيص هذا المرض إكلينيكياً حيث لا توجد حتى الآن وسائل معملية أو إشعاعية تمكننا من تشخيصه، ويعتمد التشخيص الإكلينيكي على ملاحظة الطفل بواسطة الطبيب النفسي المتخصص في الطب النفسي للأطفال مع سؤال الأبوين ثم الرجوع إلى جداول ثابتة بها معايير لتشخيص هذا المرض، ومن المعروف أن هناك نسقين تصنيفيين مقننين لأمراض الطب النفسية وأشكال العجز المختلفة، يستخدمان على نطاق عالمي دولي، ولكل نسق منها أقسامه فيما يتعلق باضطراب التوحد وكل واحد منهما يتم تحديثه كل بضع سنوات أحدهما تقدمه الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ويسمى الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية، وأما ثانيهما فتقدمه منظمة الصحة العالمية ويسمى التصنيف الدولي للأمراض **(بن جاب الله و آخرون،2023،ص35)**.

ويتعين القول إنه ليس محتماً على الآباء والأمهات إستخدام قائمة المراجعة بأنفسهم، فهي من الأصل لم تعد لهم، وإنما هي في حقيقة الأمر أداة إكلينيكية أساسية بالنسبة للمتخصصين، الدليل التشخيصي والإحصائي للتوحد مقدم من الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام 1994

ويتضمن هذا الدليل التشخيصي للتوحد 12 بنداً في ثلاث مجالات أربعة منهما في مجال التفاعل الاجتماعي، وأربعة آخرينفي المقدرة على التواصل، أما الأربعة الأخرى فهي في نمطية السلوك **(بن جاب الله و آخرون،2023،ص 36)**.

- الأوضاع و الإيماءات التي تنظم التفاعلات الاجتماعية.
- خلل في تكوين علاقات مع الأصدقاء تتوافق مع مرحلة الطفل العمرية.
- عدم المقدرة على البحث التلقائي للمشاركة مع الآخرين في اهتماماتهم ومتعتهم أو إنجازاتهم مثل عدم الإشارة للأشياء التي تجذب الإهتمام أو إحضار شيء للآخرين يجذب إنتباههم ليشاهدوا.
- عدم القدرة على تبادل المشاعر مع الآخرين.

أ- في التواصل وهي تشمل:

- تأخر أو غياب كامل للكلام وعدم المحاولة لاستبدال هذا بلغة أخرى مثل لغة الإشارة.
- عدم المقدرة على بدء أو استمرار المحادثة عند هؤلاء الذين يستطيعون الكلام.
- تكرار الكلام أو استخدام لغة خاصة غير مفهومة.
- عدم المقدرة على اللعب الابتكار والتقليد المناسب لعمر الطفل.

ب-نمطية السلوك وتكراره وقلة الاهتمامات والأنشطة وهي تشمل:

- الإهتمام المتكرر بشيء غير مألوف مع : قلة إهتمامات الطفل.
- الإهتمام الشديد غير القابل للتغيير بعادات روتينية ليست ذات جدوى.
- القيام بحركات تكرارية مثل تحريك اليد أو الأصابع أو تحريك الجسم كله.
- الإهتمام المتواصل بأجزاء من الأشياء **(بن جاب الله و آخرون، 2023، ص36)**.

و يعتبر تشخيص التوحد و غيره من الاضطرابات النمائية الشاملة من أكثر العمليات صعوبة و تعقيدا ،و خصوصا في المراحل الاولي لوجود اختلافات في الاعراض ، و يتطلف تعاون فريق من الاطباء و الاخصائيين النفسانيين و الاجتماعي و اخصائي التخاطب و التحاليل الطبية و غيرها**(معزة و آخرون ،2015،ص76)**.

و ما يزال تشخيص اضطراب التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين و العاملين في مجال مشكلات الطفولة و يرجع سبب ذلك إلى:

- تشابه خصائص أو صفات اضطراب التوحد غالبا مع اضطرابات و إعاقات و أمراض أخرى.
- عدم تجانس الأفراد ذوي اضطراب التوحد في القدرات و الخصائص.
- وجود أمراض و إعاقات مصاحبة لحالات التوحد.
- تأثر جوانب النمو الاجتماعية و التواصلية و النفسية و غيرها
- تغير سلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد مع التقدم في العمر.
- اختلاف سلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد من موقف لآخر.
- التوقف الملحوظ في القدرات المختلفة.
- نقص أدوات التشخيص و قصور بعض الأدوات المتوفرة.
- نقص في الكوادر البشرية المؤهلة لتشخيص اضطراب التوحد.
- عدم وجود دلالات بيولوجية لتشخيص التوحد.
- حداثة البحوث إلى حد ما في هذا المجال و خصوصا في الدول العربية.
- طول مدة التشخيص و شدة تعقيدها **(معزة وآخرون ،2015،ص 77)**.

و يمكن الإشارة في هذا لأكثر من جانب يتم فيه عملية التشخيص و هذه الجوانب هي:

- **التشخيص الفارقي:**إن العملية التي تهدف إلى التفريق بين ذوي اضطراب التوحد و غيرهم تدعى بعملية التشخيص الفارقي، التي يتم فيها تحديد نواحي الاختلاف و خصوصية بعض الأعراض من ناحية النوع و التكرار و الشدة، بالإضافة إلى سبب ظهورها و ذلك لتمييز كل اضطراب عن الآخر، و تحديد المسمى الدقيق له من خلال مقارنة المعايير المرتبطة بكل اضطراب التي تم الاتفاق عليها من قبل الباحثين المتخصصين في المجال، وتتضمن عملية التشخيص الفارقي أيضا تمييز اضطراب التوحد عن الاضطرابات و الاعاقات الأخرى، التي لا تدخل ضمن مجال اضطراب التوحد و لكنها تشترك معه وتلازمه في بعض الأحيان مثل

حالات الإعاقة العقلية التي سيتم التطرق إليها أيضا ضمن عملية التشخيص الفارقي، و بالرغم من عملية تمييز أفراد اضطراب التوحد من غيرهم أصبحت أكثر مصداقية و ثباتا فإن التمييز بين الأفراد ضمن الفئات التشخيصية لاضطراب التوحد ما زال في غاية الصعوبة.

و ما يزيد عملية التشخيص تعقيدا هو أن بعض الأطفال يظهرون خصائص تشبه خصائص التوحد ولكنهم ليسوا ضمن الفئة التشخيصية نظرا لعدم انطباق المعايير عليهم وعادة ما تظهر هذه الخصائص لدي بعض الفئات مثل : الاعاقات الحسية (السمعية و البصرية) و مكتلازمة الكرموسوم الجنسي الهش ، و متلازمة ويليام و الخلل الوظيفي في التكامل الحسي و صعوبات التعلم غير اللفظية و اظطراب الوسواس القهري.(**معزة و آخرون ،2015،ص 78**).

إنَّ الأفراد الذين يندرجون تحت مظلة اضطراب التوحد فإن من الصعب تحقيق التشخيص الفارقي بشكل دقيق ، و تزداد الصعوبة عند تشخيص كل من أسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة خاصة مع ازدياد العمر، حيث يتميز أفراد هاتين المجموعتين بدرجة ذكاء ضمن أعلى المتوسط بالتزامن مع قدرتهم اللفظية العالية الأمر الذي يؤخر عملية التشخيص حتى عمر (11سنة) (**معزة و آخرون ،2015 ، ص78**).

- **التشخيص الفارقي للتوحد واضطرابات أخرى:**يعاني الكثير من الباحثين من قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كالإعاقة العقلية والسمعية واضطرابات التواصل ومتلازمة ريت وغيرها، وفي ما يلي أهم الفروق بين التوحد وبعض الإعاقات الأخرى.
- **التوحد واضطراب ريت:**(Rett)

ينتشر اضطراب ريت "**Rett**" أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معاً البنات والأولاد، كما أن اضطراب ريت "**Rett**" يتميز بفقدان الحركة اليدوية الهادفة وحركة غسل اليدين النمطية، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي (**زغدي ،2018،ص57**).

وعليه فإن اضطراب "ريت" يحدث لدى الإناث والذي يظهر في أعراض تتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته(**زغدي ،2018،ص57**).

يتميز اضطراب "**ريت**" عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نمواً طبيعياً بين 6_8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة هي فقدان حركة اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة(**زغدي ،2018،ص57**). فالإضطرابات صعب جداً التمييز بينهما، ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن وذو خبرة، تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب "**اسبرجر**".

- **التوحد واضطراب "اسبرجر"**:إن زملة اسبرجر "**Asperger**" نوع من الاضطرابات النمائية التي اكتشفها الطبيب النمساوي "هانز اسبرجر" سنة (1944) لذلك سميت "بمتلازمة اسبرجر"، وتتميز بغياب التواصل غير اللفظي وقصور في الحركات الدقيقة، ومخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة وخلل في تكوين العلاقات الاجتماعية (**زغدي، 2018، ص58**). كما تشمل أعراض اضطراب "**اسبرجر**" قصور في مهارات توازن الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية، وهذا يمثل التشابه بينه وبين التوحد(**قاسم، 2000،ص 140**). ولكن يوجد اختلاف بين هذين الاضطرابين ويتمثل فيما يلي :

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب "اسبرجر" ها القصور.
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل" **اسبرجر**".
- لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم **(زغدي ،2018، ص58)**.
- تظهر حركات غير متقنة عند المصابين باضطراب "اسبرجر" أكثر مما تظهر لدى التوحديين.
- مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين باضطراب "اسبرجر"، بخلاف ذلك عند المصابين بالتوحد **(زغدي،2018، ص59)**.

- **التوحد والإعاقة العقلية (التخلف العقلي):**

- كثيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط بعض أعراضهما، ولاسيما أن كان العمر العقلي للطفل أقل من 20 شهراً، وقد أشارت "مارثيون" إلى أن التوحد يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات الآتية:
- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية ،صعوبات في الكلام والتخاطب
- أما الفرق بينهما يتمثل في:
- الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على التواصل مع غيره ، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والتفاعل معه ،أما الطفل المعاق عقلياً يتميز بإمكانيته التواصل مع الآخرين ولهذا غالباً ما تكون لديهم القدرة على التفاعل مع الناس.
- الطفل التوحدي يظهر أداء متميز في بعض القدرات لديه، كالموسيقى والحساب، أما الطفل المعاق عقلياً لديه تدني ملحوظ في مستوى قدرته في العديد من المجالات.
- تكاد تنعدم العيوب الجسمية لدى الطفل التوحدي، وعند المعاق عقلياً توجد الكثير من العيوب الجسمية.
- لا يوجد لديهم وعي اجتماعي بما يدور من حولهم لدى التوحديين، أما بالنسبة للمعاقين عقلياً لديهم القدرة على إدراك الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه.
- أطفال التوحد ليس لديهم القدرة على التذكر واستدعاء الأحداث، أما المتخلفين عقلياً لديهم القدرة على تذكر الأحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى **(زغيدي ، 2018 ، ص59)**.

- الأطفال التوحديين لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي والبصري، أما الأطفال المعاقين عقلياً فهم لا يتمتعون بالقدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي والبصري.

- **التوحد و الصمم:**يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة،فالطفل التوحدي كثيراً ما يبدو وكأنه أصم وذلك لأنه غير مبالي، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة(**زغيدي،2018،ص60**).وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقياً يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه ،لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال والانحطاط في القوى والاكتئاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما إن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي لاستفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد(**زغيدي ،2018،ص60**).

إن الانسحاب الاجتماعي أو الانعزال من تغيير الروتين وسلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهر لدى الطفل التوحدي، وإذا بدا الطفلوكأنه يعاني من التوحد فلا بد من فحصه لاستبعاد الصمم ولذلك فإن اضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع(**زغدي ،2018،ص61**).

- **التوحد وفصام الطفولة:** إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإنه يوجد خلط في التشخيص، حيث ظهرت هذه الفئة في الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأول، تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفلي، وقد استمر هذا الخلط في هذه الفترة حتى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية حيث أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة فصام نوع طفلي

وكان تصنيف ذهان الطفولة فئة تشخيصية شائعة في ذلك الوقت وكانت تشير أساساً إلى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال.

وحتى "كانر" **Kanner** نفسه في فترة من فترات عمله ظن أن التوحد هو الفصام المبكر، وأن كان قد عدل عن هذا التوجه بعد ذلك، وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالفصام، حيث اعتبرت أن كل منهما كياناً مرضياً مستقلاً وقائماً بذاته **(زغدي، 2018، ص61)**.

وفي الواقع هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق عن الذات، والاضطراب الانفعالي، وقصور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصداقات مع الآخرين.

ويمكن التفريق بينهما فيما يلي :

- يظهر التوحد بشكل واضح في الطفولة المبكرة، أما الفصام نادراً ما يظهر في فترة الطفولة، وغالباً ما يظهر في بداية المراهقة.
- يعاني الفصام من الهلاوس والأوهام واضطرابات في التفكير، ولكن عند التوحدي لا توجد هلاوس، وما يبدو من ضحك الطفل التوحدي بسبب مشاكل حسية.
- لا يستجيب للمثيرات البصرية، وخاصة التقاء العيون لدى التوحد، أما الفصامي يستجيب للمثيرات البصرية، ونادراً ما يتجنب التقاء العيون.
- يعاني التوحدي من قصور في النمو اللغوي، وعدم القدرة على استخدام الرموز، مع ندرة عملية تطور اللغة لديه، أما الفصامي لديه قدرات لغوية عادية يستفيد منها ويستطيع استخدام الرموز، مع إمكانية التطور اللغوي.
- فحص جينيات التوحد قد لا يظهر الحالة، أما فحص جينيات الفصام يظهر الحالة بوضوح **(زغدي، 2018، ص62)**.**ولتشخيص** اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جداً في الأعراض، لا بد من تشخيص فارقي دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى كاضطراب "**ريت**"، اضطراب "**اسبرجر**" واضطراب الإعاقة العقلية ، وفصام الطفولة والصمم، ومختلف الاضطرابات الأخرى.

8-علاج الطفل التوحدي:

يعتبر علاج الطفل التوحدي عملاً صعباً للغاية، وربما يرجع ذلك إلى صعوبة فهم السبب الذي أصبح من أجله الطفل توحدياً، ويشير **(أوجرمان)** إلى أن تفاعل المعالج أو المدرب مع الطفل التوحدي والطرق التي يستخدمها في علاجه أو تدريبه يجب أن تكون بقدر الإمكان قائمة على إدراكه طبيعة هذا الطفل، ويضيف **(أوجرمان)** أنه عندما يفشل الطفل في التحسن بعد ساعات طويلة من العلاج والتدريب، فإن المعالج يكون غير قادر على قبول هذا الوضع كفشل لشخصيته كمعالج، ويميل إلى اعتبار الطفل غير قابل للعلاج، أما إذا كان المعالج واعياً ومثالياً فيتقبل فشل الطفل ويصبح أكثر تصميماً وإصراراً على الاستمرار في معالجته.

- **البرامج العلاجية للأطفال التو حديين:**يشير التراث السيكولوجي إلى عدد من المداخل العلاجية التي تم استخدامها مع الأطفال التوحديين ويتم عرضها على النحو التالي:

- **العلاج النفسي للطفل و الأسرة:** أستخدم هذا المدخل العلاجي أصحاب النظرية التحليلية الذين يعتبرون أن التوحد اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لإقامة علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما، ويشجع هذا المدخل ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته وإدخاله إلى إحدى المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدريج بعد إحداث تغير في البيئة المحيطة بالطفل، وبعد أن فشلت هذه الطرق التقليدية في احداث تحسن في حالة الأطفال التوحديين بدأ التفكير في أساليب أخرى للتدخل مع رفض الرأي القائل بأن التوحد اضطراب انفعالي.
- **العلاج الطبي:** أستخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية، التي تعتبر أن التوحد ناشئ عن وقد تم استخدام العلاج الطبي بالأساليب التالية: أن العلاج الجسدي يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع أو علاج الحول تحسين طريقة المشي والوقوف إن كان ذلك ممكناً بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة، فيكون عاملاً مساعداً في تحسين حالة الطفل النفسية، وقد يكون سبباً في التحسين سلوك الطفل بصفة عامة.

- **العلاج الكيماوي:** ويشتمل على أدوية فيتامينات مضادات، ويرى بعض العلماء أن العلاج الكيمياوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الأوتيزم، ومن العقاقير اللي تم إستخدامها ألبير دول **Haloperidol** أنثى دوبامين يرجيك **Antidopaminergic** في إختزال السلوكيات النمطية، وفي دراسة أخرى لكاميل، أشار إلى أن هذه العقاقير تفيد في تحسين القدرة على الكلام إذا تم إستخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها أما عقار فينفلرمين فيختزل معدل السيروتونين في الدم ويستخدم الإمفيتامين**Amphetamines** في خفض النشاطات وزيادة الإنتباه، فونترين**Phonothiozines** في خفض القلق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس وقد إستخدم فيتامين مانجنيز **B6/Magnesium** مع حالات الأوتيزم بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسن الحالات**(بن جاب الله و آخرون ،2023،ص38).**
- **العلاج بالصدمات الكهربائية:** في بعض الحالات يكون إستخدام الصدمات الكهربية مفيداً بشرط أن يكون مركزاً ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربعة أو خمسة أسابيع، ويذكر (أوجرمان) أنه إستخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات التوحد فقط في الأطوار الأكثر حدة لدى المراهقين، كما أنه مكلف من الناحية المادية **(بن جاب الله و آخرون ،2023،ص38).**
- **العلاج السلوكي:** يعتبر المنحى السلوكي وتعديل السلوك من أهم الإستراتيجيات التي سجلت نجاحاً ملموساً في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين، وتم إستخدامه في العديد من الدراسات العلاجية، وقد أمكن التغلب على كثير من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد التوحديون باستخدام أساليب ومبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها واطسون ويمكن عرضها على النحو التالي:

– ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودوريته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج التي ترتبت عليه وتتبعه.

– عند إلغاء سلوك سيئ يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار يجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيئ.

– عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة، يجب تقسيم العمل إلى خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب إتباعها بشكل واضح ومفهوم لديه، ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع الطفل القيام بالمهمة بدون مساعدة **(بن جاب الله و آخرون،2023،ص38)**.

– التعزيز والتشجيع بشتى الطرق المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل.

-المعالجة بالإحتضان: هي إحدى المعالجات الحسية، وقد بدأت **(مارثا ويلش Martha Welch)** الدكتورة النفسية المختصة بالأطفال، إستخدام المعالجة بالإحتضان كطريقة للعمل مع الأطفال التوحديين، وفي أواخر سبعينيات القرن العشرين اكتسبت المعالجة بالإحتضان شعبية واسعة وتستند هذه الطريقة على إفتراض أن العلاقة بين الطفل التوحدي و والديه لم تتأسس بما فيه الكفاية، ويفترض أيضاً أن بعض الصدمات المبكرة كالميلاد المتعسر أو المرض قد تجعل الطفل منعزلاً عن والديه، وفي هذه الطريقة العلاجية تحاول الأم أو الأب أو غيرهما معالجة مثل هذه المشكلات، والإتصال بالطفل من خلال حضنه لفترة زمنية، وبممارسة لعب طفولي معه يجلس الطفل وجهاً لوجه مع الشخص البالغ، ويتم ضمه لاسيما عندما يكون الطفل في حالة صراخ أو بكاء أو عندما يبدى شكلاً آخر من أشكال التوتر، ومن خلال الإمساك بالطفل لا يتاح له أن يتجنب أمه، أي أنه يجبر بهذه الطريقة على التفاعل **(بن جاب الله و آخرون،2023، ص39)**.

- **التحليل النفسي:**كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن. وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها، غير أن هنالك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي.

وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

- **الأولى:** يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.
- **الثانية** :يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.
- ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية (**مجيد، 2018 ،ص130**).

خلاصة

من خلال ما تطرقنا اليه في هذا الفصل النظري نجد أن هذه الفئة (المتوحدون) لديهم نوع من الإصابة و التي بدورها تعيق تطور مهاراتهم الإجتماعية وتواصلهم مع الآخرين والإستجابة المناسبة للعالم الخارجي وبالتالي يؤثر على المجتمع الذي يعيش فيه.

الفصل الثاني: الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

2-2-خطوات الدراسة الاستطلاعية

2-3- حدود الدراسة الاستطلاعية

2-4- عينة الدراسة الاستطلاعية

2-5- أدوات الدراسة الاستطلاعية

2-6- نتائج الدراسة الاستطلاعية

3- الدراسة الأساسية

3-1- حدود الدراسة الاساسية

3-2- مجتمع وعينة الدراسة الاساسية

3-3- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاساسية

3-4- الخصائص السيكومترية لاداة الدراسة

3-5- الاساليب الاحصائية المستعملة في الدراسة

تمهيد

يعتبر الإطار المنهجي للدراسة من الجوانب الأساسية في البحث العلمي، إذ يسمح بتنظيم خطوات الدراسة الميدانية وفق أسس علمية دقيقة، من خلال تحديد المنهج المعتمد، وأدوات جمع البيانات، وطبيعة العينة المدروسة، إضافة إلى توضيح المجال الزماني والمكاني للدراسة. ونظرا لطبيعة الموضوع الحالي المرتبط بالالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد، فقد تم الاعتماد على المنهج العيادي باستخدام تقنية دراسة الحالة، باعتبارها الأنسب لفهم الجوانب النفسية والسلوكية المرتبطة بمدى التزام الأمهات بالخطة العلاجية لأطفالهن. كما تم الاعتماد على الاستبيان والمقابلة نصف الموجهة باعتبارهما أداتين ملائمتين لجمع البيانات وتحليلها.

1- منهج الدراسة: وفقا لطبيعة الدراسة الحالية وإشكاليتها، تم الاعتماد على المنهج العيادي باعتباره من أنسب المناهج المستخدمة في الدراسات النفسية الإكلينيكية، خاصة تلك التي تهدف إلى فهم الجوانب النفسية والسلوكية المرتبطة بالحالات الفردية بصورة معمقة. كما تم توظيف تقنية دراسة الحالة من أجل التعرف على الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد، والكشف عن مختلف العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة فيه.

2- الدراسة الاستطلاعية

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية: تم تحديد أهداف الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

- اختيار حالات الدراسة من أمهات أطفال التوحد بملحقةالمركز النفسي البيداغوجي بالمسيلة.
- اختبار أدوات الدراسة والمتمثلة في(الاستبيان والمقابلة نصف الموجهة) للتحقق من صحتهما.
- التعرف على ظروف التكفل داخل ملحقة المركز النفسي البيداغوجي.
- استكشاف أهم الصعوبات التي قد تواجهنا أثناء التطبيق الميداني.
- بناء علاقة أولية مع الحالات قصد تسهيل عملية إجراء المقابلات العيادية.

2-2- خطوات الدراسة الاستطلاعية:شرعت الطالبتان في إجراء الدراسة الاستطلاعية من خلال زيارة ميدانية إلى المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بعد الحصول على التراخيص اللازمة، وذلك بهدف التعرف على طبيعة التكفل النفسي والتربوي داخل المركز، ومعاينة الظروف العامة التي تتم فيها متابعة الأطفال وأسرهم، بما يساعد على ضبط إجراءات الدراسة الأساسية وتحديد كيفية تطبيق أدوات الدراسة بصورة ملائمة.

كما أتاحت الدراسة الاستطلاعية للطالبتين فرصة الاحتكاك المباشر بأمهات أطفال التوحد والتعرف على بعض الجوانب المرتبطة بالالتزام العلاجي، مما ساعد على تهيئة الظروف المناسبة لإجراء المقابلات وجمع البيانات.

2-3- حدود الدراسة الاستطلاعية:

- **الحدود الزمنية:**أُجريت الدراسة الاستطلاعية خلال شهر مارس(2026).
- **الحدود المكانية** :تم إجراء الدراسة بملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا المسيلة (01) الشهيد مقران علي.
- **الحدود البشرية:** تمثلت في أمهات أطفال التوحد التابعين لملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بالمسيلة
- **الحدود البحثية:** تمثلت في متغيرات الدراسة(الالتزام العلاجي، اضطراب التوحد).

2-4- عينة الدراسة الاستطلاعية: تم تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية على عينة(حالة واحدة) من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمسيلة، وذلك بغرض اختبار صلاحية الأدوات والتأكد من ملائمتها لطبيعة الدراسة العيادية.

2-5- أدوات الدراسة الاستطلاعية: تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية على أداتين أساسيتين لجمع البيانات، تمثلتا في:

- **المقابلة نصف الموجهة:** اعتمدنا على المقابلة نصف الموجهة باعتبارها من الأدوات الأساسية في الدراسات العيادية، حيث تسمح بالحصول على معلومات معمقة حول الجوانب النفسية والسلوكية المرتبطة بالالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد، وقد أتيحت لنا لنا فرصة التواصل المباشر مع الأمهات والتعرف على مختلف الصعوبات النفسية والاجتماعية التي قد تؤثر في مدى التزامهن بمتابعة العلاج والتكفل بأطفالهن، كما ركزت المقابلة على مجموعة من المحاور(مساهمة الأمهات، العوامل المرتبطة بالمرض، السيرورة العلاجية،

العلاقة بين الطبيب والفريق الطبي، العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية)يتضمن كل محور منها على مجموعة من الاسئلة (انظر الملحق رقم 02).

- **الملاحظة:**تم الاستعانة بالملاحظة كأداة لجمع البيانات من خلال زيارتنا للمركز واجراء المقابلة مع بعض الامهات، وتم ذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الامهات وردود أفعالهن غير اللفضيةأثناء اجابتهن على الاسئلة المطروحة في المقابلة.
- **استبيان الالتزام العلاجي:** تم تطبيق استبيان الالتزام العلاجي على العينة الاستطلاعية بهدف التأكد من وضوح العبارات وسهولة فهمها من طرف أمهات أطفال التوحد، وذلك لتفادي أي صعوبات أثناء التطبيق الفعلي للدراسة الأساسية، كما سعينا من خلال هذا الإجراء إلى التأكد من ملائمة الاستبيان لخصائص الحالات المدروسة وقدرته على قياس مستوى الالتزام العلاجي بصورة مناسبة.

2-6- نتائج الدراسة الاستطلاعية: في إطار الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها، ومن خلال تطبيق أدوات الدراسة والاحتكاك المباشر بأمهات أطفال التوحد داخل ملحقة المركز النفسي البيداغوجي، تم التوصل إلى مجموعة من والمؤشرات المرتبطة بالالتزام العلاجي لدى الأمهات. وقد سمح هذا العمل الميداني بالتعرف على طبيعة الصعوبات التي تواجه الأمهات أثناء متابعة أطفالهن، إضافة إلى الكشف عن بعض الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بدرجة الالتزام بالعلاج والتكفل.

- **نتائج المقابلة نصف الموجهة:** من خلال المقابلات التي أُجريت مع أمهات أطفال التوحد، تم التوصل إلى مجموعة من المؤشرات، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- وجود تفاوت في درجة الالتزام العلاجي بين الأمهات .
- حرص بعض الأمهات على المتابعة المستمرة لجلسات العلاج والتكفل .
- معاناة بعض الأمهات من ضغوط نفسية واجتماعية تؤثر على انتظام المتابعة العلاجية .
- وجود صعوبات مرتبطة بالجانب المادي والتنقل والظروف الأسرية .
- إظهار بعض الأمهات درجة عالية من الوعي بأهمية العلاج والتدخل المبكر .
- وجود تباين في مستوى التعاون والتواصل مع المختصين داخل المركز .
- عدد الأطفال نصف الداخلي 36طفل.
- المتابعة الخارجية 23 طفل.

- **نتائج الملاحظة:**من خلال الملاحظة التي قمنا بها أثناء زيارتنا للمركز وأثناء المقابلة التي أجريناها مع بعض الامهاتتم استخلاص بعض المؤشرات الدالة على تذمر بعضهن من حالة أبنائهن، لربما بسبب الضغوطات التي يعشنها والصعوبات التي تواجههن بمختلف أشكالها(المادية، المعنوية، الالتزامات الاسرية).
- **نتائج الاستبيان:** أظهرت نتائج التطبيق الأولي للاستبيان أن معظم العبارات كانت واضحة ومفهومة بالنسبة لأمهات أطفال التوحد، مع تسجيل بعض الملاحظات البسيطة المتعلقة بصياغة بعض البنود، والتي تم تعديلها بما يتناسب مع مستوى فهم الحالات المدروسة وطبيعة الدراسة الأساسية.

3- الدراسة الأساسية:

3-1- حدود الدراسة: تمثلت حدود الدراسة فيما يلي:

- **الحدود الزمنية:**تم إجراء الدراسة خلال الفترة الممتدة من نهاية شهر أفريل إلى بداية شهر ماي من سنة 2026.
- **الحدود المكانية:** أُجريت الدراسة بملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا المسيلة (01) الشهيد مقران علي.
- **الحدود البشرية:** شملت الدراسة خمس أمهات لأطفال مصابين باضطراب التوحد والمتابعين بالملحقة.
- **الحدود البحثية:** تمثلت في متغيرات الدراسة(الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد).

3-2- مجتمع وعينة الدراسة:

- **مجتمع الدراسة:** يتمثل مجتمع الدراسة الحالي في جميع أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والمسجلين بنظام النصف داخلي بملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بالمسيلة (01) "الشهيد مقران علي"، حيث حُصر العدد الإجمالي لهذا المجتمع في ست وثلاثين (36) أما، ونظرا لطبيعة الدراسة العيادية الحالية التي تعتمد على المنهج العيادي (دراسة الحالة) بغرض الفهم المعمق والمستفيض للحالات الفردية.
- **عينة الدراسة:**تم سحب عينة قصدية مكونة من خمس (05) أمهات من المجتمع الكلي. وقد استند اختيار هذه العينة إلى مجموعة من المحكات والمعايير المنهجية، أبرزها: التقبل الطوعي والرغبة في المشاركة، إمكانية التجاوب المفتوح وإجراء المقابلات العيادية المتعمقة،

بالإضافة إلى توفر الشروط الملائمة التي تخدم أهداف الدراسة وتسمح بجمع المعطيات الكيفية بدقة.

وقد اعتمدنا في اختيار الحالات على تقنية دراسة الحالة، لما توفره من إمكانية التعمق في دراسة الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بالالتزام العلاجي، وفهم طبيعة الصعوبات التي تواجه الأمهات أثناء التكفل بأطفالهن ومتابعة البرامج العلاجية الخاصة بهم.

44- أدوات الدراسة:

4-1- استبيان الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد **سنة 2022**

- **وصف المقياس:** تم الاستعانة باستبيان "الالتزام العلاجي" المأخوذ من مذكرة شهادة ماستر في علم النفس العيادي الموسومة "مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بقلق المستقبل من إعداد زيادة رشيدة (2022).

يتكون هذا الاستبيان من خمسة ابعاد و(27) فقرة، وثلاث بدائل وهي(أوافق، متردد، لا اوافق) تم التأكد من خصائصها السيكومترية.

- **ابعاد الاستبيان:**

- **بعد مساهمة الأمهات:** وهو مدى تقبل الأم لحالة طفلها والعمل على الحصول حول المعلومات التي تساعدها في العلاج، والحصول أيضا المساندة، يتكون من (7) فقرات.
- **بعد العوامل المرتبطة بالمرض:** وهو الفهم الجيد للاضطراب التوحد، من خلال الحصول على المعلومات الطبية وفهمها، تذكرها، والعمل بها أيضا. يتكون من (4) فقرات
- **بعد السيرورة العلاجية:** إدراك الأم لأهمية التوصيات العلاجية خاصة فيما يتعلق تناول الدواء وتعليمات المختص النفسي أيضا، فحيال تحسن أعراض أو عدم تحسنها، يتكون من (5) فقرات.
- **بعد العلاقة بين الطبيب والفريق الطبي:** تأثير نوعية العلاقة التي ترتبط بين الفريق الطبي والأمهات على التزامهن بالعلاج من حيث حسن الإصغاء، الثقة المتبادلة، إيصال المعلومات بلغة بسيطة، يتكون من (5) فقرات.
- **بعد العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية:** تتمثل في مدى تحمل الأمهات للتكاليف المادية، ومدى توفر وسائل النقل التي بتطلبها العلاج، بالإضافة إلى مستوى التعليمي للأمهات، كلها عوامل تؤثر على الالتزام العلاجي لديهن، يتكون من (6) فقرات.

تصنيف وترتيب الأفراد (المعايير)

جدول(01) يوضح: المتوسط الحسابي والدرجة الكلية للأبعاد والاستبيان

البعد / الاستبيان	عدد البنود	الدرجة الدنيا	المتوسط الفرضي (المحك)	الدرجة العظمى
بعد مساهمة الأمهات	**7**	**7**	**14**	**21**
بعد العوامل المرتبطة بالمرض	**4**	**4**	**8**	**12**
بعد السيرورة العلاجية	**5**	**5**	**10**	**15**
بعد العلاقة بين الطبيب والفريق الطبي	**5**	**5**	**10**	**15**
بعد العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية	**6**	**6**	**12**	**18**
الاستبيان الكلي	**27**	**27**	**54**	**81**

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:استخدمنا الاساليبالإحصائيةالتالية:

- المتوسطات الحسابية
-الانحرافات المعيارية
-التكرارات

-(T-test) لحساب الفروق بين المتوسط الحسابي والفرضي.

الفصل الثالث:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

- **تمهيد**

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات

1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

1-2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

1-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

1-4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

1-5- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

2- تحليل نتائج المقابلة

- **الاستنتاج العام للدراسة**

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة من خلال التحقق من صحة فرضيات الدراسة وتحليل بياناتها بالأساليب الإحصائية المناسبة، ثم مناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري.

1-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات

1-1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

- **عرض النتائج:** نصت الفرضية على أنه: **يتجه مستوى تقبل الأمهات ووعيهن باضطراب أطفالهن نحو مستوى مرتفع**.وللتحقق من صحة هذه الفرضية نستخدم الحزمة الإحصائية للعلوم والاجتماعية (Spss) لحساب الفروق (T-test) بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات أفراد العينة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (02) حساب الفروق للبعد الأولبين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	$\bar{X}$	درجة الحرية Ddl	قيمة T-test	مستوى الدلالة Sig
المتوسط الحسابي	5	16	4	1.826	0.142
المتوسط الفرضي		14			

- **القراءة الاحصائية للجدول:**يوضح الجدول رقم (02)، اختبار (T-test) بين المتوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (16) والمتوسط الفرضي الذي بلغ(14) والتي بلغت قيمة الفرق (1.826) عند مستوى الدلالة (0.142) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد(0.05) وبما أن قيمة (Sig) أكبرمن(0.05)، فهذا يعني أنهلا توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لصالح المتوسط الحسابي. مما يعني أن مستوى

تقبل الأمهات ووعيهن باضطراب أطفالهن متقارب. بذلك لم تتحقق الفرضية الأولى إحصائيا.

- **مناقشة نتائج الفرضية الأولى:**بالرجوع الى مقارنة النتيجة الحالية بنتائج الدراسات السابقة فأننا نلاحظ اتفاقا مع ما توصلت إليه دراسة بخوش(2020)والتي أظهرت نتائجها ارتفاع نوعا ما في مستوى الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة، مما يدعم فكرة أن الوعي المرتفع يدفع نحو مستويات مقبولة من المتابعة. كما تقاطعت مع دراسة الغامدي(2025)التي بينت أن المشكلات والصعوبات المرتبطة بالتوحد تظهر بدرجات واضحة ومعلومة للمحيطين بالطفل، مما يفرض على الوالدين رفع مستوى وعيهم للتعامل مع العبء اليومي للاضطراب، لكن في المقابل اختلفت النتيجة الحالية نسبيا مع دراسة زيادة رشيدة(2022) في شقها الفارقي، حيث أشارت دراسة زيادة إلى وجود فروق جوهرية في مستوى الالتزام تعزى للمتغيرات الاقتصادية والتعليمية في عينة قوامها (38 أم)، بينما دراستنا الحالية لم تظهر فروقا دالة إحصائيا نظرا لصغر حجم العينة (5 حالات)، حيث يذوب الأثر الإحصائي للمتغيرات الديموغرافية داخل المجموعات الصغيرة جدا مما يوجب الاعتماد على التحليل الكيفي الفردي لكل حالة لعزل تأثير المستويات التعليمية والاقتصادية للأم على درجة تقبلها ووعيها بالمرض. وبناء على ما تقدم من أن المتوسط الحسابي جاء أكبر من المتوسط الفرضي لكنه بفارق ضئيل، وعليه يمكن القول إن الفرضية الأولى تحققت نسبيا"وصفيا وعياديا " من خلال اتجاه الأمهات نحو الوعي والتقبل، في حين لم تتحقق إحصائيا(كميا) نظرا لمحددات حجم العينة الميدانية.

1-2- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

- **عرض النتائج:** نصتالفرضية الثانية على ما يلي**: تشكل العوامل المرتبطة بالمرض عائقا منخفضا أمام الالتزام العلاجي للأمهات**، وللتحقق من صحة هذه الفرضية نستخدم الحزمة الإحصائية للعلوم والاجتماعية (Spss) لحساب الفروق (T-test) بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات أفراد العينة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (3) حساب الفروق للبعد الثانيين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	$\bar{X}$	درجة الحرية Ddl	قيمة T-test	مستوى الدلالة Sig
المتوسط الحسابي	5	9.60	4	1.554	0.195
المتوسط الفرضي		8			

- **القراءة الاحصائية للجدول:** يوضح الجدول رقم (3)، اختبار (T-test) لحساب الفروق بين المتوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (9.60) والمتوسط الفرضي الذي بلغ(8) حيث بلغت قيمة الفرق (1.554) عند مستوى الدلالة (0.195) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) وبما أن قيمة(Sig) المحسوبة أكبرمن(0.05)، فهذا يعني أنهلا توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي. وبناء على هذه النتيجة، فإننا نرفض الفرضية البديلة (البحثية) ونقبل الفرضية الصفرية، مما يعني أن العوامل المرتبطة بالمرض لدى عينة الدراسة متقاربة مع المتوسط الفرضي، وأن الفارق الحسابي الظاهري (المقدر بـ 1.60 درجة) لم يبلغ العتبة الإحصائية الكافية ليعتد به كفرق جوهري، وبذلك لم تتحقق الفرضية الثانية إحصائيا.
- **مناقشة نتائج الفرضية الثانية:**تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة بودهانودراوز(2021)اللتان كشفتا أن مستوى تحكم الأخصائيين بالبرامج العلاجية والوسائل دون المتوسط أو مقبول، مما ينعكس كعائق إضافي يواجه الأمهات ميدانيا في فهم السلوكيات المرضية لأطفالهن وتسييرها. كما تقاطعت مع دراسة الغامدي2025)التي أكدت وجود المشكلات الحسية والصعوبات الاجتماعية لدى أطفال التوحد بدرجات متوسطة إلى مرتفعة، وهي أبعاد مرضية تشكل ضغطا مستمرا يرفع من درجة العوائق اليومية أمام التزام الأمهات بالمتابعة المستقرة، لكن في المقابلاختلفت النتيجة الحاليةبشكل نسبي مع الاتجاه العام لدراسة تاغيت وبوتعني(2025) والتي بينت أن الدعم الاجتماعي المدرك يسهم بقوة تنبؤية عالية في خفض عوائق الالتزام العلاجي، وحيث إن دراستنا

الحالية لم تظهر فروقا دالا إحصائيا ولم تثبت انخفاض العائق، فإن ذلك يرجع لخصوصية الحالات الخمس التي قد تفتقر عياديا للدعم الاجتماعي الكافي، مما جعل عوامل المرض تفرض نفسها كعائق دائم لا يمكن إغفاله احصائيا أو كيفيا.وبناء على ذلك، نخلص إلى أن العوامل المرتبطة بالمرض تشكل عائقا فعليا يقترب من المتوسط في واقع الأمهات الميداني، بينما لم تثبت صحة الفرضية كميا لعدم وجود فروق دالة إحصائيا ولأن العائق لم يكن منخفضا بالصيغة النقدية المفترضة.

1-3- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

- **عرض النتائج:**نصتالفرضية الثالثة على ما يلي: **يتسم مستوى استيعاب الأمهات للسيرورة العلاجية ونظام الرعاية بالوضوح والارتفاع.**وللتحقق من هذه الفرضية نستخدم الحزمة الإحصائية للعلوم والاجتماعية (Spss) لحساب الفروق (T-test) بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات أفراد العينة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4) حساب الفروق للبعد الثالثين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	$\bar{X}$	درجة الحرية Ddl	قيمة T-test	مستوى الدلالة Sig
المتوسط الحسابي	5	12.40	4	3.539	0.024
المتوسط الفرضي		10			

- **القراءة الاحصائية للجدول:**يوضح الجدول رقم (4)، اختبار (T-test) لحساب الفروق بين المتوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (12.40) والمتوسط الفرضي الذي بلغ(10) حيث بلغت قيمة الفرق (3.539) عند مستوى الدلالة (0.024) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) وبما أن قيمة(Sig) المحسوبة أصغر من(0.05)، فهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي. وبناء على هذه النتيجة، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة (البحثية) التي نصت على يتسم مستوى استيعاب الأمهات للسيرورة العلاجية ونظام الرعاية بالوضوح والارتفاع، مما يعني

أن مستوى استيعاب الأمهات للسيرورة العلاجية ونظام الرعاية يتسم بالوضوح والارتفاع الدال إحصائيا، وبذلك تحققت الفرضية الثالثة إحصائيا.

- **مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:**أظهرت هذه النتيجة تطابقا مع دراسة بخوش(2020)التي أسفرت عن وجود ارتفاع واضح في مستوى الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد عينة دراستها، مما يؤكد أن وضوح السيرورة يرتبط طرديا بجودة الالتزام العلاجي. كما تتقاطع النتيجة الحالية مع دراسة بودايب وخماس (2021)حول فاعلية البرامج العلاجية المنظمة، حيث إن تنظيم الرعاية ووضوح خطواتها يذلل الصعاب أمام الأولياء ويقودهم للاستيعاب الفعال لخطوات العلاج. ودعمتنتيجتنا كذلك دراسة بودهان ودراوز(2021)في شقها الخاص بأن المستوى التكويني للأخصائيين القائمين بالتكفل العيادي عالٍ، وهو ما يبرر قدرة هؤلاء الأخصائيين على تبسيط السيرورة العلاجية واستخدام لغة يسيرة تفهمها الأمهات، وعلى الرغم من أن دراسة "تاغيت وبوتعني" (2025)ركزت على أن الدعم الاجتماعي الخارجي هو المحرك الأساسي للالتزام، إلا أن النتيجة الحالية تثبت أنه حتى في البيئات العيادية المصغرة، فإن الاستيعاب المعرفي الذاتي وفهم الأم لنظام الرعاية وبساطة إرشادات المختصين يشكل ركيزة تضمن الالتزام.وبناءً على ما سبق، **نخلص** إلى أن الفرضية الثالثة قد تأكدت، لتثبت أن الفهم الجيد للسيرورة العلاجية يعد دافعا جيدا لالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد.تتجه ثقة الأمهات وتواصلهن مع الفريق الطبي نحو مستوى إيجابي ومرتفع.

1-4- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

- **عرض النتائج:**نصت الفرضية الرابعة على ما يلي: **تتجه ثقة الأمهات وتواصلهن مع الفريق الطبي نحو مستوى إيجابي ومرتفع.**وللتحقق من صحة هذه الفرضية نستخدم الحزمة الإحصائية للعلوم والاجتماعية (Spss) لحساب الفروق (T-test) بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات أفراد العينة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (5) حساب الفروق للبعد الرابعبين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	$\bar{X}$	درجة الحرية Ddl	قيمة T-test	مستوى الدلالة Sig
المتوسط الحسابي	5	13.20	4	8.552	0.001
المتوسط الفرضي		10			

- **القراءة الاحصائية للجدول:**يوضح الجدول رقم (5)، اختبار (T-test) لحساب الفروق بين المتوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (13.20) والمتوسط الفرضي الذي بلغ(10) حيث بلغت قيمة الفرق (8.552) عند مستوى الدلالة (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد(0.05) وبما أن قيمة(Sig) المحسوبة أصغر من(0.05)، فهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي.وبناءً على هذه النتيجة، فإننا نرفض الفرضية الصفريةونقبل الفرضية البديلة (الفرضية البحثية)، مما يعني أن ثقة الأمهات وتواصلهن مع الفريق الطبي يتجه نحو مستوى إيجابي ومرتفع بشكل دال إحصائيا، وبذلك تحققت الفرضية الرابعة إحصائيا.
- **مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:** اتفقت هذه النتيجة بشكل وثيق مع دراسة بودهانودراوز (2021) في الشق الذي أظهر أن المستوى التكويني للأخصائي القائم بالتكفل العيادي عالٍ وهذا يعني ان التكوين العالي يبعث القدرة على التواصل وتقديم النصيحة الطبية والنفسية بشكل أفضل، كما دعمت دراسة بخوش(2020) النتيجة التي توصلنا اليها، حيث أكدت وجود

ارتفاع واضح في مستوى الرضا عن الخدمات الصحية والالتزام بالعلاج، مما يثبت عياديا أن جودة الخدمات وتفهم الطاقم الطبي يقودان حتما إلى الالتزام الإيجابي للمرضى وأوليائهم. وهو ما يفسر تمكن أخصائي الميدان من بناء جسور تواصل وتفاعل إنساني وعيادي راق مع أمهات الأطفال، مما أثمر هذه الثقة المرتفعة والدالة إحصائيا في دراستنا. كما يمكن اعتبار الدعم المؤسساتي والاحتواء النفسيالمقدم من طرف الفريق الطبي للأمهات بمثابة رافد أساسي من روافد الدعم المدرك، والذي ساهم في تذليل العقبات النفسية والوقوف أمام خطورة الاضطراب بصلابة.وبناءً على التوافق والتطابق في الرؤى بين نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة، نخلص إلى أن الفرضية الرابعة تأكدت، لتبرز أن العلاقة الإيجابية المبنية على الثقة والإصغاء والتواصل الفعال مع الفريق الطبي تشكل الضامن العيادي الأقوى لاستمرار أمهات أطفال التوحد في الالتزام العلاجي.

1-5- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

- **عرض النتائج:**نصتالفرضية الخامسة على ما يلي:**تؤثر الظروف الاقتصادية والاجتماعية بشكل مستقر وإيجابي على التزام الأمهات بالعلاج.**وللتحقق من صحةهذه الفرضية نستخدم الحزمة الإحصائية للعلوم والاجتماعية (Spss) لحساب الفروق (T-test) بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات أفراد العينة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (6) حساب الفروق للبعد الخامسبين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

المؤشرات الإحصائية	حجم العينة	$\bar{X}$	درجة الحرية Ddl	قيمة T-test	مستوى الدلالة Sig
المتوسط الحسابي	5	15.00	4	4.734	0.009
المتوسط الفرضي		12			

- **القراءة الاحصائية للجدول:** يوضح الجدول رقم (6)، اختبار (T-test) لحساب الفروق

بين المتوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (15.00) والمتوسط الفرضي الذي بلغ(12) حيث بلغت قيمة الفرق (4.734) عند مستوى الدلالة (0.009) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد(0.05) وبما أن قيمة(Sig) المحسوبة أصغر من(0.05)، فهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي. وبناءً على هذه النتيجة، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة الفرضية البحثية)، مما يعني أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية تؤثر بشكل مستقر وإيجابي دال إحصائيا على التزام الأمهات، وبذلك تحققت الفرضية الخامسة إحصائيا.

- **مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:** تتفق النتيجة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة تاغيت و بوتعني(2025) والتي أثبتت وجود قوة تنبؤية عالية تتجاوز (50%) لبعد الدعم الاجتماعي على الالتزام العلاجي، مما يؤكد أن البيئة الاجتماعية الحاضنة للأم هي الركيزة الأساسية لاستمرارها في العلاج. كما تتسق وتدعم دراسة زيادة (2022)في شقها الذي أثبت وجود فروق جوهرية في مستوى الالتزام العلاجي تعزى لمتغيري المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي، مما يبرهن مجددا على أن المتغيرات (السوسيو–اقتصادية) المستقرة تعزز جودة الالتزام العلاجي ووضوحه لدى الأمهات والاباء. كما تقاطعت هذه النتيجة بشكل إيجابي مع دراسة بخوش(2020)التي ربطت بين الرضا عن الخدمات الطبية والالتزام؛ حيث إن توفر الإمكانيات الاقتصادية والاجتماعية يتيح للأمهات حرية اختيار، وتلقي خدمات صحية وبيداغوجية وتكفل نفسي واجتماعي يرضين عنها، مما ينعكس طرديا على مستوى التزامهن بالمواعيد المقررة للطفل.وبناءً على هذا التوافق على الدور الذي يلعبه الدعم الاجتماعي والتيسير الاقتصادي، نخلص إلى أن الفرضية الخامسة قد تحققت، لتثبت أن توفر ظروف اقتصادية مستقرة وشبكة آمان اجتماعية متماسكة يقي أمهات أطفال التوحد من صعوبات الإنهاك النفسي، ويدفع بوضوح نحو مستويات التزام علاجي مرتفعة ومستدامة.

2–تحليل و مناقشة نتائج المقابلة مع الامهات

2–1– الحالة الأولى: (نفيسة ع)

تظهر نتائج المقابلة أن مستوى تقبل الأم "نفيسة" لحالة طفلها يمر بمسار إيجابي وتطور ملحوظ، حيث وصفت تقبلها بأنه في "تحسن تدريجي مرتفع" أحدث تغييراً كلياً في موقفها، وفيما يخص الوعي بالأعراض، تبين الأم أنها تعتمد بشكل أساسي على تعليمات

المختصين لفهم حالة ابنها، كما أنها تؤكد فهمها للمعلومات المقدمة لها حول الاضطراب وتذكرها المستمر لها، هذا يشير إلى أن الفرضية الأولى التي تفترض اتجاه تقبل الأمهات ووعيهن نحو مستوى مرتفع هي **فرضية محققة** لدى هذه الحالة .

أما فيما يخص العوامل المرتبطة بالمرض ومدى تأثيرها على الالتزام، أوضحت الأم أن طفلها لا يتناول أدوية حالياً، وبالتالي لا يوجد انزعاج من تعدد الجرعات أو طرق الاستخدام . وبالمقابل، يظهر التزامها قوياً جداً تجاه استمرار العلاج، فهي لا ترى في بطء التحسن سبباً للتوقف، بل على العكس، هي تصف تحسن طفلها بـ "الممتاز". وبناءً على ذلك، فإن الفرضية الثانية التي تشير إلى أن عوامل المرض تشكل عائقاً منخفضاً هي **فرضية محققة**، إذ أن حالة الطفل المحسنة وغياب تعقيدات الدواء حفزت التزام الأم .

كما يتضح من إجابات "الحالة" أنها تمتلك مستوى جيداً من الاستيعاب لنظام الرعاية؛ فهي تؤكد امتلاكها للمهارات اللازمة لمتابعة العلاج، ولا تجد صعوبة في فهم تعليمات الطبيب . كما أنها تبدي وعياً بنظام الرعاية الطبية وتعتبر نفسها متعودة عليه .هذا الاستيعاب الواضح ينعكس في حرصها الدائم على طلب المزيد من المعرفة والبحث عن معلومات إضافية لإصلاح وضع طفلها .وبذلك، فإن الفرضية الثالثة التي تتوقع اتسام مستوى الاستيعاب بالوضوح هي **فرضية محققة** تماماً لدى الحالة .

في حين تؤكد الأم وجود علاقة إيجابية وفعالة مع الفريق الطبي، حيث وصفت المختصين بأنهم "يسمعونني جيداً" و"يصغون لنا كثيراً" دون أن تجد أي صعوبة في التواصل معهم .كما أشارت إلى استخدامهم للغة بسيطة ومفهومة عند التحدث إليها .وتتوج هذه العلاقة بتصريحها الواضح بأنها "تثق كثيراً في الفريق الطبي ."هذه المعطيات تجعل الفرضية الرابعة حول اتجاه الثقة والتواصل نحو مستوى إيجابي ومرتفع **فرضية محققة** بامتياز في هذه المقابلة . كذلك تشير البيانات من خلال إجابات الحالة إلى استقرار الظروف المحيطة بالأم، فهي تعيش حالة اجتماعية مستقرة وتتلقى مساندة كافية من أسرتها في رعاية طفلها .ومن الناحية المادية، صرحت بأنها لا تعاني من انخفاض الدخل الشهري .هذا الاستقرار المادي والاجتماعي،

بالإضافة إلى حصانتها النفسية ضد نظرة المجتمع السلبية التي وصفتها بأنها لا تؤثر عليها لأنها تسعى لتكون قوية من أجل ابنها، قد ساهم بشكل مباشر في التزامها التام بالحصص النفسية المبرمة أسبوعياً .لذا فإن الفرضية الخامسة حول التأثير المستقر والإيجابي للظروف الاجتماعية والاقتصادية هي **فرضية محققة** .

2-2- الحالة الثانية:(أ. ب)

أظهرت الحالة "يا" تقبلاً ظاهرياً يوصف بالـ "عادي"، حيث قارنت موقفها بموقف الأب الذي أبدى صعوبة في التقبل .ومع ذلك، يتسم وعي الأم بنوع من التهوين العيادي للأعراض، حيث تعتبر أن ابنها يعاني من "توحد خفيف" فقط، وتراه شخصاً "عادياً ."وبالرغم من أنها تصف معرفتها بالأعراض بأنها كافية لفهم حالة طفلها، إلا أن إجاباتها اللاحقة كشفت عن وجود فجوة في هذا الوعي،وبذلك فإن الفرضية الأولى التي تفترض مستوى مرتفعاً من التقبل والوعي تعتبر محققة جزئياً؛ فالتقبل موجود لكنه يفتقر للعمق المعرفي والموضوعية في تقييم شدة الاضطراب .

أمافيما يخص العوامل المرتبطة بالمرض، صرحت الأم بأن طفلها لا يتناول أدوية حالياً، وبالتالي لا يسبب لها نظام الجرعات أي انزعاج،والأهم من ذلك عيادياً أن عدم تحسن أعراض الطفل لا يمثل بالنسبة لها دافعاً للتوقف عن العلاج، بل على العكس تماماً، يزيد من رغبتها في العمل وبذل الجهد لرؤية "نتيجة أحسن،وبناءً على هذه المعطيات فإن الفرضية الثانية التي تشير إلى أن عوامل المرض تشكل عائقاً منخفضاً أمام الالتزام هي فرضية محققة تماماً لدى هذه الحالة .

كذلك صرحت الأم بوضوح بأنها لا تملك المهارات اللازمة لمتابعة علاج طفلها .كما أنها عبرت عن شعورها بالقصور المعرفي، مؤكدة أنها "غير ملمة بالمعلومات الكافية" لفهم حالة طفلها، بل وتصف التوحد بأنه "مرض غير مفهوم" ولم يقم أحد بإفهامها حقيقته .بالإضافة إلى ذلك، أقرت بوجود صعوبة في فهم تعليمات الطبيب،وهذا ما يجعل الفرضية الثالثة التي تتوقع مستوى استيعاب مرتفع وواضح فرضية غير محققة .

وكشفت المقابلة عن وجود خلل جوهري في عملية التواصل؛ إذ أكدت الأم صراحة "عدم وجود إصغاء" من قبل المختصين لانشغالاتها،كما أشارت إلى أن الفريق الطبي لا يستخدم لغة بسيطة عند التحدث معها .ورغم هذا القصور الواضح في جودة التواصل، إلا أن الأم صرحت بأنها "تثق كثيراً في الفريق الطبي،وبناءً عليه، فإن الفرضية الرابعة محققة في جانب الثقة

العاطفية، وغير محققة في جانب التواصل الإجرائي؛ مما يعكس علاقة علاجية مبنية على الثقة العمياء رغم غياب الفهم المتبادل .

وبالرغم من استقرار الحالة الاجتماعية للأم وتلقيها المساندة من الأسرة في رعاية طفلها، إلا أنها تعاني من ضغوط اقتصادية ناتجة عن انخفاض الدخل الشهري كونها "بطالة ."ومع ذلك، أثبت التحليل أن هذه الظروف المادية الصعبة لم تمنعها من الالتزام، فهي تحرص على حضور الحصص النفسية المبرمة أسبوعيا،كما أبدت صلابة اجتماعية تجاه كلام الآخرين الذي لا يؤثر على مشاعرها بل يزيد من تقربها من طفلها،وبذلك فإن الفرضية الخامسة حول التأثير المستقر للظروف على الالتزام هي فرضية محققة سلوكياً رغم التحديات المادية .

وعليه فإن هذه الحالة تحتاج إلى برنامج "تعليمي–نفسي (Psycho–education) " لتبسيط مفاهيم التوحد لها، وتحسين مهارات التواصل لدى الفريق الطبي المعالج لضمان استمرارية الالتزام على أسس علمية لا عاطفية فقط.

2-3- الحالة الثالثة: (ع ب)

أظهرت الحالة "ع" أن مسار تقبلها لحالة طفلها كان "صعباً جداً" في البداية، إلا أنها تعودت على الوضع مع مرور الوقت .وفيما يخص الوعي بالأعراض، تصف الأم معرفتها بأنها "ليست كافية"، حيث ترى أن حالة طفلها تتطلب صبراً مستمراً وفهماً أعمق كلما حاولت التعمق فيها .وبالرغم من وعيها ببعض السلوكيات كـ "النرفزة والتوتر"، إلا أنها تؤكد فهمها للمعلومات المقدمة لها وتذكرها .وبناءً عليه فإن الفرضية الأولى **محققة جزئياً**؛ فالتقبل استقر بعد صعوبة، لكن الوعي بالاضطراب لا يزال يحتاج إلى مزيد من التعمق من وجهة نظر الأم .

وتشير المعطيات العيادية من خلال المقابلة مع الحالة وإجاباتها إلى أن عوامل المرض لا تشكل عائقاً أمام التزام الأم، حيث صرحت بوضوح بأنها "لا تستطيع التوقف" عن العلاج حتى في حال عدم تحسن الأعراض .وفيما يخص الدواء، ورغم معاناتها أحياناً من نسيان تقديم الجرعات لطفلها (توحد متوسط)، إلا أن هذا الانزعاج يبقى محدوداً ببعض الأحيان فقط .هذا الإصرار على مواصلة العلاج رغم الصعوبات يجعل الفرضية الثانية، التي تشير إلى أن عوامل المرض تشكل عائقاً منخفضاً أمام الالتزام، **فرضية محققة** .

كما يظهر التحليل أن الحالة تعتمد بشكل كلي على الأخصائيين لتزويدها بالمعلومات الكافية حول العلاج .وبالرغم من أنها تجد "أحياناً" صعوبة في فهم تعليمات الطبيب، إلا أنها صرحت بأنها تفهم المعلومات المقدمة لها حول الاضطراب وتعتبر نفسها متعودة على نظام الرعاية الطبية .كما أنها تقر بامتلاكها المهارات اللازمة لمتابعة علاج طفلها .وبذلك، فإن الفرضية الثالثة التي تتوقع مستوى استيعاب مرتفعاً وواضحاً هي **فرضية محققة إلى حد كبير**، مع وجود حاجة لتبسيط بعض التعليمات الطبية .

وكشفت المقابلة عن مستوى إيجابي جداً في التواصل والثقة؛ حيث وصفت الأم المختصين بأنهم "متفهمون" ويقومون دائماً "برفع معنوياتها" (يطلعولياالمورال) ومنحها الأمل في تحسن حالة طفلها .كما أكدت أن الفريق الطبي يستخدم لغة بسيطة عند التحدث معها،

وصرحت صراحة بأنها "تثق كثيراً" فيهم .هذه المعطيات تجعل الفرضية الرابعة حول اتجاه الثقة والتواصل نحو مستوى إيجابي ومرتفع **فرضية محققة** بامتياز .

كذلكتعيش الحالة استقراراً أسرياً (حالة اجتماعية مستقرة) وتتلقى مساندة من الأسرة في رعاية طفلها .ورغم أنها بطالة (تعمل كخياطة) وتعاني من انخفاض الدخل الشهري، إلا أن هذه الظروف المادية لم تمنعها من الالتزام التام بالحصص النفسية المبرمة أسبوعياً .كما أبدت الأم صلابة في مواجهة نظرة الآخرين؛ فرغم شعورها بـ "الغصة" (تغيضني) من استهزاء الأطفال الصغار بطفلها، إلا أن ذلك يحفزها على معاملته معاملة خاصة والتقرب منه أكثر .وبذلك، فإن الفرضية الخامسة حول التأثير المستقر للظروف على الالتزام هي **فرضية محققة** سلوكياً .

2-4- الحالة الرابعة: (س ب)

كشفت المقابلة عن مسار تقبل متعثر وصعب جداً لدى الأم، حيث صرحت صراحة بأنها لم تتقبل حالة طفلها لمدة 6 سنوات، مما أدخلها في حالة اكتئاب حاد جعلتها غير قادرة على التعامل مع طفلها. وفيما يخص الوعي بالأعراض، وصفت الأم معرفتها بأنها "غير مقبولة" وتفتقر للمعلومات الكافية، حيث وصفت تعاملها مع طفلها بأنه "تعامل فوضوي". كما أشارت إلى أنها لا تتذكر المعلومات المقدمة لها حول الاضطراب. وبناءً على ذلك، فإن الفرضية الأولى غير محققة، حيث يميل مستوى التقبل والوعي لدى هذه الحالة نحو الانخفاض والاضطراب.

وتوضح بيانات المقابلة أن العوامل المرتبطة بالمرض تشكل ضغطاً نفسياً كبيراً على الأم؛ فقد شعرت بالخوف الشديد بعد تشخيص الطبيب لدرجة أن حالتها النفسية أصبحت أسوأ من حالة ابنها. وبالرغم من أنها لا تتلقى علاجاً دوائياً وتعتمد العلاج النفسي فقط، إلا أنها ترى أن عدم تحسن الأعراض لا يمنعها من الالتزام بل تعتبره دافعاً لـ "تحدي العجز" والاستمرار. وبذلك، فإن الفرضية الثانية **محققة جزئياً** من حيث الالتزام السلوكي، لكن العوائق النفسية المرتبطة بالمرض لا تزال مرتفعة.

في حين يظهر التحليل العيادي أن الأم تعاني من ضعف واضح في استيعاب نظام الرعاية؛ فهي تقر بأنها لا تملك المهارات اللازمة لمتابعة علاج طفلها، وتجد صعوبة في فهم تعليمات الطبيب. كما أنها لم تتعود بعد على نظام الرعاية الطبية وتشعر بأنها بحاجة ماسة لمعلومات إضافية تشعر بنقصها. هذا الغموض في الاستيعاب يجعل الفرضية الثالثة التي تتوقع مستوى استيعاب مرتفع وواضح فرضية غير محققة لدى الحالة.

بالإضافة كذلك إلى أن الحالة"س ب" تبدي تضارباً في علاقتها مع الفريق الطبي؛ فمن جهة تشعر بأنها "مخاطبة" (أي يتم التواصل معها) وأن المختصين يستخدمون لغة بسيطة، وتصرح بأنها تثق في الفريق الطبي. ولكن من جهة أخرى، يظهر من سردها نوع من خيبة الأمل حيث قالت "لم أستطع أن أنقذ نفسي ولا ابني" رغم النصائح. وبناءً عليه، الفرضية الرابعة

محققة في جانب الثقة واللغة البسيطة، لكنها تفتقر للفعالية في تحويل هذا التواصل إلى مهارات عملية لدى الأم.

كذلك تعيش الحالة في وضع اجتماعي مستقر، إلا أنها تعاني من تحديات مادية لكونها بدون عمل (بطالة) وتعاني من انخفاض الدخل الشهري. كما أنها صرحت صراحة بعدم تلقيها المساندة الكافية من عائلتها. ورغم هذه الظروف الاقتصادية والاجتماعية غير المستقرة، إلا أن الأم تظهر التزاماً بالحصص النفسية المبرمة أسبوعياً. لذا، فإن الفرضية الخامسة **غير محققة** من حيث إيجابية الظروف، لكن الالتزام العلاجي تحقق رغم صعوبة هذه الظروف.

2-5- الحالة الخامسة: (ع م)

أظهرت الحالة "ع م" مستوى إيمانياً عالياً في تقبلها لحالة طفلها، حيث وصفت مسار التقبل بأنه تسليم بـ "القضاء والقدر" معبرة عن ذلك بقولها "الحمد لله". أما فيما يخص الوعي المعرفي بأعراض التوحد، فقد أقرت الأم بأن معرفتها "ليست كافية" لفهم حالة طفلها، مؤكدة على حاجتها الدائمة لأخصائي أو شخص خبير يشرح لها الحالة. ورغم شعورها بنقص المعرفة، إلا أنها أكدت قدرتها على تذكر المعلومات المقدمة لها وفهمها. وبناءً عليه، فإن الفرضية الأولى محققة من جانب التقبل النفسي، ومحققة جزئياً من جانب الوعي المعرفي الذي لا يزال يتسم بالاعتمادية على المختص.

وتشير المعطيات من خلال إجابات الحالة إلى أن العوامل المرتبطة بالمرض لا تشكل عائقاً أمام التزام الأم؛ حيث أوضحت أن طفلها لا يتناول أدوية حالياً، مما ينفي وجود أي انزعاج من نظام الجرعات. والأهم من ذلك، أبدت الأم التزاماً صارماً بمواصلة العلاج حتى في حال عدم تحسن الأعراض، مبررة ذلك بثقتها الكبيرة في المركز والمختصين. هذا الإصرار يعكس أن الفرضية الثانية التي تفترض أن عوامل المرض تشكل عائقاً منخفضاً أمام الالتزام هي فرضية محققة تماماً لدى هذه الحالة.

كما يظهر التحليل أن الأم تمتلك مستوى جيداً من الاستيعاب الإجرائي؛ فهي تؤكد عدم وجود صعوبة في فهم تعليمات الطبيب، وتعتبر نفسها متعودة على نظام الرعاية الطبية. كما صرحت بامتلاكها المهارات اللازمة لمتابعة علاج طفلها. ورغم رغبتها في الحصول على المزيد من المعلومات، إلا أن استيعابها الحالي يتسم بالوضوح. وبناءً عليه، فإن الفرضية الثالثة التي تتوقع اتسام مستوى الاستيعاب بالوضوح والارتفاع هي **فرضية محققة**.

وكشفت المقابلة عن جودة عالية في العلاقة بين الأم والفريق الطبي؛ إذ وصفت المختصين بأنهم "يصغون جيداً" لانشغالاتها، ويقدمون لها المعلومات الكافية حول العلاج. كما أكدت أنهم يستخدمون لغة بسيطة في التواصل، مما يعزز من قدرتها على المتابعة. وتتوج هذه

العلاقة بتصريحها الواضح بأنها "تثق كثيراً" في الفريق الطبي. هذه البيانات تجعل الفرضية الرابعة حول اتجاه الثقة والتواصل نحو مستوى إيجابي ومرتفع **فرضية محققة** بامتياز.

كذلك تعيش الحالة وضعاً اجتماعيًا مستقراً وتتلقى مساندة فعالة من الأسرة في رعاية طفلها. ورغم أنها تعاني من تحديات مادية ناتجة عن انخفاض الدخل الشهري وكونها "بطالة"، إلا أن ذلك لم يؤثر سلباً على التزامها السلوكي، فهي تلتزم بالحصص النفسية المبرمجة أسبوعياً. كما أبدت صلابة تجاه نظرة المجتمع، حيث ذكرت أن كلام الآخرين "لا يؤثر أبداً" على مشاعرها أو طريقة تعاملها. وبذلك، فإن الفرضية الخامسة حول التأثير المستقر والإيجابي للظروف على الالتزام هي **فرضية محققة**، خاصة في شقها الاجتماعي والنفسي.

خلاصة المقابلات:

بناءً على التحليل العيادي الكيفي للحالات الخمس المدروسة يمكن استخلاص أن الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد يتأرجح بين القوة السلوكية والضعف المعرفي؛ حيث أظهرت معظم الحالات التزاماً منضبطاً بالحصص النفسية المبرمة أسبوعياً وإصراراً على مواصلة العلاج حتى في ظل بطء تحسن الأعراض، مدفوعات بثقة مرتفعة في الفريق الطبي وتقبل نفسي يتراوح بين التسليم بالقضاء والقدر والتحسن التدريجي،ومع ذلك كشفت الخلاصة عن فجوة معرفية واضحة، حيث تعاني أغلب الأمهات من نقص في المعلومات التقنية حول الاضطراب وصعوبات في فهم التعليمات الطبية المعقدة، مع وجود حالات خاصة عانت من صدمة التشخيص والاكتئاب لفترات طويلة مما أعاق قدرتها على الاستيعاب

أما من الناحية الاجتماعية والمادية، فقد أثبتت النتائج أن الاستقرار الأسري والمساندة العائلية يشكلان ركيزة أساسية للالتزام، بينما لم يمنع انخفاض الدخل الشهري أو البطالة الأمهات من التمسك بالخيار العلاجي، مما يؤكد أن الدافعية النفسية والحصانة ضد نظرة المجتمع السلبية كانت أقوى من العوائق المادية لدى هذه العينة.

3-الاستنتاج العام:

بناءً على النتائج المتوصل اليها نخلص إلى مايلي:

- تمتلك أمهات أطفال التوحد مستوى وعي وتقبل فوق المتوسط (حسابياً) ولكنه غير دال إحصائياً.
- تشكل العوامل المرتبطة بالمرض عائقا متوسطا يقاوم الالتزام العلاجي ولكنه غير دال إحصائياً.
- يتسم مستوى السيرورة العلاجية ونظام الرعاية بالوضوح والارتفاع الدال إحصائياً.
- تمتلك الأمهات مستوى ثقة وتواصل مرتفع ودال إحصائياً بشكل قوي جداً مع الفريق الطبي والمستقبل للطفل.
- تؤثر الظروف الاجتماعية والاقتصادية بشكل مستقر وإيجابي دال إحصائياً في تثبيت الالتزام العلاجي للأمهات وحمايتهن من الإنهاك.

الخاتمة:

في نهاية هذه الدراسة التي بحثت في واقع الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد، تؤكد لنا النتائج الميدانية أن التكفل بطفل التوحد ليس مسارا طبيا معزولا أو بيداغوجيا فقط، بل هو رحلة نفسية واجتماعية شاقة تخوضها الأم بالدرجة الأولى.

لقد أثبتت هذه الدراسة –رغم حجم العينة المحدود–إلا أن التزام الأم وإصرارها على متابعة علاج طفلها لا يتوقف على رغبتها الذاتية فحسب، بل يرتكز بشكل جوهري على مدى احتواء الفريق الطبي لانشغالاتها، وتبسيط قنوات الرعاية، وتوفر الدعم الأسري والسند المادي الذي يقيهانكسات الإنهاك النفسي. إن الالتزام العلاجي هو مجموعة مركبة من الالتزامات وروح مسؤولية كبيرة بالإضافة انه مبدأ وواجب شرعي عند المسلمة تؤجر عليه، أنه تحالف عيادي وإنساني يكمل بعضه البعض تذوب أمامه العقبات الإكلينيكية للاضطراب متى ما توفر الدعم المستمر للأم كشريك أساسي في العملية العلاجية.

- **مقترحات الدراسة:** على ضوء النتائج المتوصل اليها، نقدم مجموعة من المقترحات على النحو التالي:

- انشاء خلايا مساندة تكون جاهزة في أي وقت لمرافقة الأمهات وتوجيههن في تخطي مراحل الصدمات النفسية والتوتر الذي يسببها طفل التوحد للأسرة وللام عند حدوث اضطرابات صادمة.
- تقريب مراكز الرعاية لتخفيف معضلة مشقة المواصلات والسفر التي تظهر كعائق يهدد استقرار المتابعة.
- تنظيم ورشات عمل دورية تجمع الأولياء بالفريق الطبي (نفسانيين، أرطوفونيين، أطباء)، لتدريب الأمهات على المهارات السلوكية اللازمة للتعامل مع نوبات طفل التوحد.

نشر الوعي حول اضطراب التوحد، بهدف محاربة الوصمة الاجتماعية وتوفير بيئة مجتمعية حاضنة وداعمة للأمهات.

قائمة

المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- بخوش، سارة.، وأحمان، لبنى. (2020) الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات لدى مرضى – القصور الكلوي]مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية، ومخبر بنك التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة باتنة 1. .مجلة العلوم الاجتماعية و الانسانية ، ، المجلد (21– العدد (02)ديسمبر
- بودهان، سليمة.، ودرواز، ياسمين. (2021) .واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد]مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر في علم التربية تخصص ارشاد و توجيه]. جامعة محمد الصديق بن يحيى –جيجل.–

بودياب، اسمهان.، وخماس، رقية. (2021).استخراج برنامج "تيتش" في التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي]. جامعة محمد بن أحمد وهران 02.

- تاغيت، نذير.، وبوتعني، فريد. (2025).(الدعم الاجتماعي المدرك وتأثيره على الالتزام العلاجي لدى عينة من مرضى ارتفاع ضغط الدم الشرياني .مجلة آفاق علمية، .(1)17مخبر توطين علم النفس في الأهقار والتيديكليت، جامعة أمين العقال الحاج موسى آق أخاموخ .ص 127–145.
- الحميدان، عمر فندي إبراهيم. (د.س) .(.البرامج العلاجية والتأهيلية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد) ."الأردن"
- زيادة، رشيدة. (2022). مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بقلق المستقبل]مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د في علم النفس العيادي]. جامعة ابن خلدون –تيارت.–
- سامعي، صهيب. (د.س) .(.الالتزام الصحي والأمراض المزمنة –مرضى السكري نموذجاً –]قسم العلوم الاجتماعية، جامعة البليدة 02
- الشرقاوي، محمود عبد الرحمن عيسى. (2018) .(التوحد ووسائل علاجه (ط. 1). دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- لغامدي، رشا بنت ضاوي. (2025). المشكلات الحسية وارتباطها بالصعوبات الاجتماعية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر معلميهم .مجلة الدراسات الجامعية للبحوث الشاملة، المجلد(42)، الصفحات من ا156606الي156656..
- محمد، سلامة مشيرة فتحي. (2014). الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. (ط1). مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع>.

- فقير تقي الدين .(2024).المرونة النفسية و مركز الضبط الصحي و الاللتزام العلاجي لدي مرضي القصور الكلوي ،للحصول علي شهادة الدكتوراه ل .م.د في علم النفس الصحة .جامعة غليزان.
- صارة لورسي .(2015).الإمتثال العلاجي و الالتزام العلاجي نموذجا ، قراءة في ضوء التناولات الحديثة و المعاصرة ،،،ياحي سارة ،التربية الخاصة و دورها في دمج الطفل المتوحد ،مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة ماستر في علم اجتماع التربية
- معزة نجاة ،ياحي سارة .(2015).التربية الخاصة و دورها في دمج الطفل المتوحد،مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة ماستر في علم اجتماع التربية
- محمد صالح الامام ، عيد الجوالده .(2011).التوحد رؤية الاهل و الاخصائيين // محمد الامام عمان ، دار الثقافة.
- سوسن شاكر مجيد .(2020).التوحد أسبابه –خصائصه–تشخيصه–علاجه ،دار ديبينوا للنشر و التوزيع عمان .الاردن
- عبيدات، ذوقان ، عبد الرحمان، عدس، و عبد الحق،كايد. (1984). البحث العلمي مفهومه وأدواته و أساليبه (د.ط). دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- علي، دلشا. (2013). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين (دراسة شبه تجريبية في المنظمة السورية للمعوقين"آمال"). (29، المحرر) مجلة جامعة دمشق.
- علي، محمد، وليد، محمد. (2015). استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين (اط1). مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- مراد، سليمان صلاح احمد، محمد أمين، علي. (2016). الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية إعدادها وخصائصها. دار الكتاب الحديث.
- محمد، سلامة،ومشيرة فتحي. (2014). الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. (ط1). مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- عدودة، صليحة. (2015).(الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية]أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي]. جامعة الحاج لخضر – باتنة.
- زغدي، نذيرة. (2018).(التصورات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد]مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية تخصص تأهيل في التربية الخاصة]. جامعة الشهيد حمه لخضر – الوادي.
- ضيف ،فاطنة.(د س).(التطلعات العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد .مجلة حقائق للدراسات النفسية و الاجتماعية : قسم العلوم الاجتماعية،(2)،119–141.

الملاحق

ملحق رقم (01): أداة الدراسة(مقياس الالتزام العلاجي)

الاستبيان

سيدتي الفاضلة :

في إطار الإعداد لمذكرة التخرج ماستر تخصص علم النفس العيادي بعنوان الالتزام العلاجي لدي أمهات أطفال التوحد، أضع بين يديك استبيان يقيس متغير الالتزام العلاجي ، المطلوب منكم وضع العلامة أمام الخانة التي تراها مناسبة و تعبر عن رأيك بصدق ، مع العلم ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة مادامت تعبر عن رأيك بصدق

البيانات الشخصية (الالتزام العلاجي):

السن :.....

المستوي التعليمي:.....

المستوي الاقتصادي :.....

الرقم	العبارة	اوافق	مترددة	لا اوافق
	بعد مساهمة الامهات			
01	أتقبل الاضطراب الذي يعاني منه طفلي			
02	املك المعلومات الكافية حول اعراض التوحد			
03	يصغي المختصون جيدا لانشغالاتي حول حالة طفلي			
04	تؤثر التكاليف المادية للعلاجعلى التزامي بالمتابعة جيدة.			
05	لا يهم ما يقوله الاخرين لي.			
06	أعتقد بان فهمي الجيد لاضطراب طفلي يؤثر على التزامي بالعلاج له.			
07	لا انزعج من تعدد جرعات الدوائية ولا طرق استخدامه			
	بعد العوامل المرتبطة بالمرض			
01	أعاني من مشكلة النقل			
02	أملك المهارات اللازمة للالتزام بالعلاج لطفلي			
03	احرص على اعطاء ابني الدواء في الوقت المحدد			

04	يزودني المختصون بالمعلومات الكافية التي احتاجها			
	بعد السيرورة العلاجية			
01	اعمل علي جمع المعلومات حول حالة ابني من أجل استعلام أكثر عن عملية التكفل به			
02	أفهم المعلومات المقدمة لي حول اضطراب طفلي			
03	عدم التحسن الاعراض لدي طفلي لا يعتبر سببا وجيها للتوقف عن العلاج			
04	يستعمل المختصون لغةبسيطة في التحدث معه			
05	لم اتعود على نظام الرعاية الطبية			
	بعد العلاقة بين الطبيب والفريق الطبي			
01	أتلقي المساندة كافية من عائلتي			
02	أتذكر جيدا المعلومات المقدمة لي حول اضطراب عقلي			
03	احرص دائما للاطلاع على الاثار الجانبية للدواء			
04	أثق في الفريق الطبي كثيرا			
05	أعاني من انخفاض الدخل الشهري			
	بعدالعوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية			
01	املك دافعية كبيرة لعلاج طفلي وتحسين حالته			
02	هناك تنظيم في المواعيد الطبية			
03	احيانا أجد صعوبة في فهم تعليمات الطبيب			
04	أتقيد بالحصص النفسيةالمبرمجة لطفلي خلال اسبوع			
05	عدم كفاية التامين الطبي			
06	أتعاون جيدا مع المختصين			

ملحق رقم (02) نموذج المقابلة نصف موجهة

عنوان الدراسة : الالتزام العلاجي لأمهات أطفال التوحد

- الاسم :

.....
..

- اللقب :

.....
...

- الجنس:

.....
..

- المستوي التعليمي

:.....

الحالة الاجتماعية ☐ مستقرة ☐ مطلقة ☐ ارملة

- المهنة

:.....

- عدد الاولاد

:.....

- .تاريخ المقابلة :

.....

- مدة المقابلة

:.....

-1 - كيف كان مسار تقبلك لحالة طفلك منذ التشخيص إلي ألان ؟

.....

-2كيف تصفين معرفتك حول اعراض التوحد و هل ترين أنها كافية لفهم حالة طفلك؟

.....

1- كيف تصفين طريقة إصغاء المختصين لانشغالاتك حول حالة طفلك ؟

.....

4-هل تؤثر نظرة الآخرين او كلامهم علي مشاعرك او طريقة تعاملك مع حالة طفلك؟

.....

2- هل تتحصلين علي مساندة من الأسرة في رعاية طفلك

☐ نعم ☐ لا

-6هل تؤثر نظرة الآخرين او كلامهم علي مشاعرك او طريقة تعاملك مع حالة طفلك؟

.....

-7هل فهمك لحالة طفلك يساعدك في علاجه؟

☐ نعم ☐ لا

6- إلي آي مدي يسبب لك تعدد جرعات الدواء و طرق استخدامه انزعاجا؟

.....

9-هل تملكين المهارات اللازمة لمتابعة علاج طفلك؟

☐ نعم ☐ لا

10-هل تحرصين علي إعطاء ابنك الدواء في الوقت المحدد:

☐ نعم ☐ لا

11-إلي اي مدي تشعرين إن المختصين يزودونك بالمعلومات الكافية حول علاج طفلك و هل هناك معلومات تشعرين انك بحاجة إليها؟

.....

12-هل يستعمل المختصون لغة بسيطة عند التحدث معك؟

☐ نعم ☐ لا

13-هل يعتبر عدم تحسن إعراض طفلك سببا كافيا للتوقف عن العلاج؟

.....

14-هل تفهمين المعلومات المقدمة لك حول اضطراب طفلك؟

☐ نعم ☐ لا

15-هل لم تتعودي علي نظام الرعاية الطبية؟

☐ نعم ☐ لا

16 -هل تتلقين المساندة الكافية من عائلتك؟

☐ نعم ☐ لا

17-هل تتذكرين المعلومات المقدمة لك حول اظطراب طفلك؟

☐ نعم ☐ لا

18-هل تحرصين داءما علي الاطلاع علي الآثار الجانبية لدواء طفلك؟

نعم ☐ لا ☐

19-هل تثقين كثيرا في الفريق الطبي؟

نعم ☐ لا ☐

20-هل تعانين من انخفاض الدخل الشهري؟

نعم ☐ لا ☐

21-هل تجدين أحيانا صعوبة في فهم تعليمات الطبيب؟

نعم ☐ لا ☐

22-هل تلتزمين بالحصص النفسية المبرمجة لطفلك خلال الاسبوع؟

نعم ☐ لا ☐

ملحق رقم(03): مخرجات الفرضية الأولى

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البعد_الاول	5	16,00	2,449	1,095

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 14					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur

الاول_البعد	1,826	4	,142	2,000	-1,04	5,04

ملحق رقم(04): مخرجات الفرضية الثانية

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الثاني_البعد	5	9,60	2,302	1,030

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 8					
					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Inférieur	Supérieur
الثاني_البعد	1,554	4	,195	1,600	-1,26	4,46

ملحق رقم(05): مخرجات الفرضية الثالثة

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الثالث_البعد	5	12,40	1,517	,678

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 10					
					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Inférieur	Supérieur
الثالث_البعد	3,539	4	,024	2,400	,52	4,28

ملحق رقم(06): مخرجات الفرضية الرابعة

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الرابع_البعد	5	13,20	,837	,374

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 10					
					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Inférieur	Supérieur
الرابع_البعد	8,552	4	,001	3,200	2,16	4,24

ملحق رقم(07): مخرجات الفرضية الخامسة

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الخامس_البعد	5	15,00	1,414	,632

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 12					
					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Inférieur	Supérieur
الخامس_البعد	4,743	4	,009	3,000	1,24	4,76

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People'sDemocraticRepublic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues

وثيقة ايداع مذكرة ماستر

الموضوع: الإلتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد.
دراسة على عينة من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا الشهيد مقران علي مسيلة -1-

إعداد الطلبة:

1- يعلى نادية رقم التسجيل: 212135 094537
2- زروقي أميرة رقم التسجيل: 202135 0588

القسم: علم النفس الشعبة: علم النفس التخصص علم النفس العيادي.

إشراف: بو مملة حليمة الرتبة:

أقر بأنني تابعت العمل المذكور أعلاه في جلسات إشرافية طيلة الموسم الجامعي: 2024-2025 وأسمح بإيداعه على مستوى ادارة القسم للمناقشة والتقييم.

موافقة وإمضاء الاستاذ(ة) المشرف(ة):

رئيس فريق الاختصاص:

رئيس القسم:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila
FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES
Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة

الرقم: /2026

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): أميرة زروقي

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالب

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110005015001441001

الصادرة بتاريخ: 06.08.2020 عن دائرة: حمزة

المسجل بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي تحت رقم التسجيل: 20135091688

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة ليسانس، مذكرة ماستر/ مذكرة ماجستير/ اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: الإلتزام الحلاجي لدى أمهات أطفال التوحد
دراسة عيادية بالجاحفة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال
المعوقين ذهنيا مسيلة 1. الشهيد مقران علي

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في:

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University Mohamed Boudiaf of M'sila
Vice-rectorate of 3rd Cycle Higher Eduction, University Habilitation, Scientific Research and Post-graduation Higher Education

جامعة "محمد بوضياف" المسيلة
نيابة مديرية الجامعة للتكوين العالي في الطور الثالث والتأهيل الجامعي والبحث العلمي والتكوين العالي فيما بعد التدرج

تصريح شرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(المرجع: ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 2016/07/28 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي اسفله:

السيد (ة): نادية بعلي الصفة: (طالب، أستاذ باحث) طالب

المولود(ة) بتاريخ: 19 / 04 / 1993 في: المسيلة

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية (أو ر. س.) رقم: 119730995006810 الصادرة بتاريخ: 20/01/2021 عن:

المسجل(ة) بكلية/ معهد: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس العيادي

و المكلف بإنجاز أعمال بحث أطروحة دكتوراه، عنوانها: الالتزام العلاجي لأمهات أطفال التوحد دراسة عيادية بالمدرسة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا مسيلة - 1 - السنة معسكر علي

أصرح بشرفي أني اطلعت على كل مواد القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 2016/07/28 و المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية، و ألتزم باحترامه بكل صرامة و بدون تحفظ و كما أني التزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية و النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

ملاحظة: يمضى هذا التصريح عند نائب العميد(مدير) المكلف بالبحث العلمي و يوضع في ملف المعني.

حررت هذه الشهادة بتاريخ: ____/____/____

توقيع المعني مع البصمة