

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:.....  
رقم التسجيل: 97455585

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص: علم النفس العيادي  
بعنوان:

# مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد

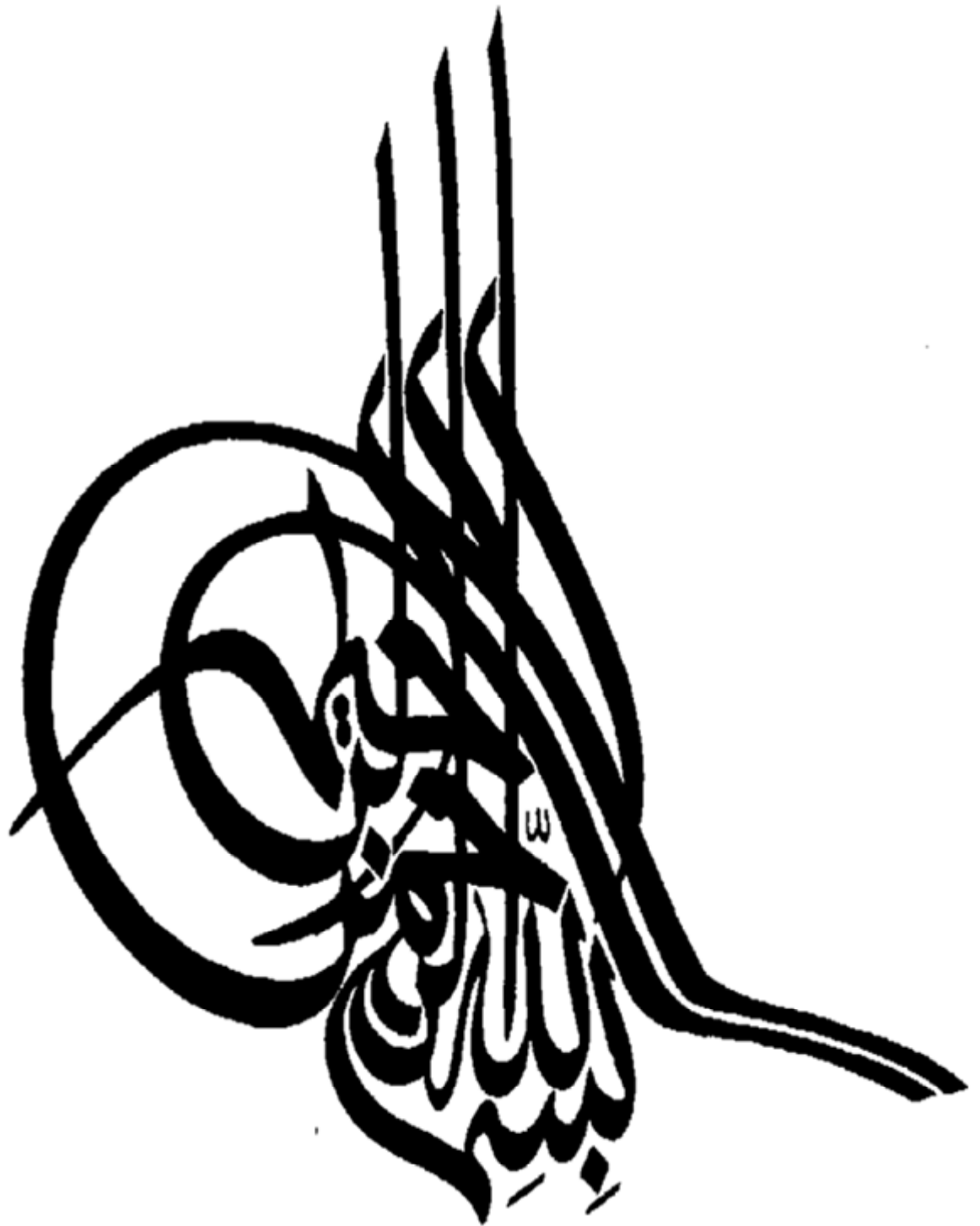
إعداد الطالبة:

سميرة خطوط

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة الأساتذة:

رئيسا	جامعة المسيلة	الرتبة: أستاذ محاضر	يامنة إسماعيل
مشرفا ومقررا	جامعة المسيلة	الرتبة: أستاذ محاضر	نوال بوضياف
ممتحنا	جامعة المسيلة	الرتبة: أستاذ محاضر	عزوز كتفي

السنة الجامعية: 2019/2018



# \*\* شكر وتقدير \*\*

لله بجمع المحامد الذي أمدنا بالصبر ووفقنا لإنجاز عملنا هذا، فكان  
خير معين، والصلاة والسلام على خير خلقه محمد صلى الله عليه وسلم، المبعوث  
إلى خير الأمر وعلى آله وصحبه أجمعين، أما بعد:

إن كان من شكر وتقدير فللواحد الذي ساعدنا في إنجاز هذا العمل المتواضع،  
ثم نقدم بكامل شكرنا الجزيل للأستاذة

د. بوضياف نوال على نصائحها القيمة وتوجيهاتها طيبة مشواره هذا العمل

والشكر موصول لأستاذة قسم علم النفس

كما نقدم بالشكر الجزيل إلى كل من كان له يد العون في إنجاز هذا البحث  
من قريب أو من بعيد

إلى كل هؤلاء شكر الكرم

## ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس جودة الحياة لأم الطفل التوحد، طبقت على عينة مكونة من 50 فرداً، وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- 1- أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد متوسط
  - 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ولصالح المستوى الاقتصادي المتوسط.
  - 3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير الحالة الصحية (تعاني من أمراض مزمنة، لا تعاني)
  - 4- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي / جامعي) لصالح المستوى الجامعي.
- الكلمات المفتاحية:** جودة حياة، أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، التوحد

**Summary:**

*The study aimed at identifying the quality of life of mothers of children with autism. To achieve the objectives of the study, the quality of life standard was used for autistic mother of the child, applied to a sample of 50 individuals.*

*The results of the study indicated the following:*

- 1. The quality of life of mothers of autistic children is average*
- 2 - There are statistically significant differences in the quality of life of mothers of autistic children depending on the economic level of the family and the average economic level.*
- 3 - There are no statistically significant differences in the quality of life of mothers of autistic children according to the variable health status (suffering from chronic diseases, do not suffer)*
- 4 - There are statistically significant differences in the quality of life of mothers of autistic children due to the variable level of education (illiteracy / primary / university) for the university level.*

**Keywords:** *quality of life, mothers of children with autism, autism*



# فهرس المحتويات

شكر وعرافان

فهرس المحتويات

ملخص

أ

مقدمة

## الجانب النظري

### الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 5 | 1- إشكالية الدراسة           |
| 7 | 2- فرضيات الدراسة            |
| 7 | 3- أهمية الدراسة             |
| 7 | 4- أهداف الدراسة             |
| 8 | 5- تحديد المصطلحات الإجرائية |
| 8 | 6- الدراسات السابقة          |

### الفصل الثاني: جودة الحياة

- |    |                                    |
|----|------------------------------------|
| 16 | تمهيد                              |
| 17 | 1- تعريف جودة الحياة               |
| 22 | 2- صعوبات تعريف جودة الحياة        |
| 23 | 3- أبعاد جودة الحياة               |
| 27 | 4- الاتجاهات المختلفة لجودة الحياة |
| 29 | 5- مؤشرات جودة الحياة              |
| 31 | خلاصة                              |

### الفصل الثالث: اضطراب التوحد

- |    |                           |
|----|---------------------------|
| 33 | تمهيد                     |
| 34 | 1- نبذة تاريخية عن التوحد |

- 36 2- تعريف اضطراب التوحد
- 38 3- أسباب التوحد من وجهة نظر المقاربات المفسرة له
- 41 4- خصائص التوحد
- 43 5- تشخيص اضطراب التوحد
- 45 6- التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى
- 48 7- علاج اضطراب التوحد
- 54 8- اضطراب التوحد داخل الأسرة

### الجانب التطبيقي

#### الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

- 58 تمهيد
- 59 1- الدراسة الاستطلاعية
- 59 2- منهج الدراسة
- 60 3- حدود الدراسة
- 60 4- مجتمع الدراسة
- 60 5- عينة الدراسة
- 64 6- أداة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية
- 65 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات
- 67 خلاصة

#### الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

- 69 تمهيد
- 70 1- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء تساؤلات وفرضيات البحث
- 70 1-1- عرض النتائج المتعلقة السؤال الأول
- 71 1-2- عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

72	1-3- عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث
73	1-4- عرض نتائج السؤال العام
74	2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
74	1-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
74	2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
75	2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
76	2-4- مناقشة نتائج الفرضية العامة
78	الخاتمة

قائمة المراجع

قائمة الملاحق



# مقدمة

يشكل الفرد في الأبحاث والدراسات لعلم النفس دورا كبيرا وبارزا وغاية في الأهمية بحيث اهتمت هذه الدراسات بتطوير الخدمات العديدة في الميادين المتصلة بالفرد والتي تسهم في تحقيق وعدم تحقيق جودة حياته، بحيث أصبحت جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي ارتبطت بدراسات علم النفس الإيجابي والتي تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية، وهدف أساسي للإنسان يسعى إلى تحقيقه، ويؤدي إلى الرضا والبهجة والسعادة وتحقيق الذات، وبالتالي تؤدي إلى التوجه الإيجابي للحياة.

ويرى (*Glamnias et Lehavan*) سنة 1998 إن جودة الحياة تمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يجيها الفرد. (أميرة طه الحبش، د ت: 28) لذا فإن الحياة تتطلب الكثير من الجهد والمواجهة والتحدي لكل المعوقات خاصة ما يتعرض له الأسرة من مشكلات قد تعوق طموحات أفرادها وتعيق تحقيق جودة الحياة أو تقلل من مستوياتها.

فوجود طفل غير طبيعي أو معاق أو مصاب بأحد الاضطرابات الخاصة الارتقائية كالتوحد يؤثر على الأسرة خاصة الأم، فقد تتأثر علاقتها مع الآخرين وتواصلها مع العالم الخارجي، حيث نجد أن شغل الآباء شاغل وكل اهتمامهم ينصب على قلق المستقبل على هذا الطل وما يكون عليه مستقبلا غافلين أهمية الحاضر وأثره بالنسبة لهذا الطل (عتاد وآخرون، 1990)

وبالتالي يكون التأثير على جودة حياة الأم وأسلوبها في كيفية مواجهة الصعاب، ولهذا فإن المتبع للدراسات النفسية يلاحظ اهتماما ملحوظا بمفهوم الجودة بشكل عام وجودة الحياة لدى الفرد بشكل خاص، وتعكس هذا الاهتمام أهمية هذا المفهوم وتأثيره على مختلف الجوانب النفسية، فالجودة هي انعكاس المستوى النفسي ونوعيته، وإن ما بلغه الإنسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر تعكس بلا شك مستوى معين من جودة الحياة. فجودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها. (الأشلول، 2005)

ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية التي حاولنا من خلالها التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، وقد قسمت هذه الدراسة إلى جانبين: الجانب النظري ويتضمن ثلاثة فصول وهي:

**الفصل الأول:** خصص هذا الفصل لتحديد مشكلة الدراسة بعرض الإشكالية التي دعُمت بأفكار ونتائج الدراسات السابقة في مجال علم النفس الإيجابي، ثم تم صياغة فرضيات الدراسة، ثم تحديد الأهداف المتوخاة من

هذه الدراسة وأهميتها ، وكذلك تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا، وختم هذا الفصل بتحديد الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات، وانتهاءا بتعقيب على هذه الدراسات.

**الفصل الثاني:** وقد خصص لجودة الحياة، وقد تم التطرق فيه إلى تعريف جودة الحياة وصعوباته، وكذا أبعاد جودة الحياة والاتجاهات المفسرة لجودة الحياة ومؤشرات جودة الحياة، وانتهاءا بملخصة الفصل.

**الفصل الثالث:** خصص لاضطراب التوحد، تطرقنا فيه أولا إلى نبذة تاريخية عن التوحد، وكذا تعريفه وأسبابه، والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب بالإضافة إلى خصائص اضطراب التوحد وعلاجه، وصولا إلى اضطراب التوحد داخل الأسرة، وانتهاءا بملخصة الفصل.

**الجانب التطبيقي:** حيث تم تقسيمه إلى فصلين، الأول خصص لإجراءات الدراسة الميدانية حيث تم التطرق فيه إلى الدراسة الاستطلاعية، المنهج، حدود الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة، أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية، وصف للأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .

أما الثاني خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وانتهاء بـ استنتاج عام والتوصيات والاقتراحات وتحديد لقائمة المراجع والملاحق.

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

تمهيد

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- تحديد المصطلحات الإجرائية

6- الدراسات السابقة

خلاصة

## 1- إشكالية الدراسة:

إن الأمومة هي حلم جميع النساء، حيث يعتبر ميلا لطفل في الأسرة حدثا سعيدا، واليوم الذي يكشف فيه إعاقة طفل يكون له أثر تحطيمي ويؤدي إلى تغير جذري في المسار النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وتضع الوالدين والأم خاصة أمام واقع مر سواء كانت الإعاقة حركية أو جسدية أو عقلية أو مصاب باضطراب من الاضطرابات النمائية الارتقائية كتوحد، وهذا نظرا للخصائص التي يتميز بها الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال ذوي الاضطرابات والإعاقات المختلفة.

فالتوحد هو اضطراب نمائي يصيب الأطفال، ومن أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يعيق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي لدى الطفل. (سليم النجار، 2006: 6)

وهذا ما جعل أفراد أسرة الطفل التوحدي يعيشون توترات وضغوطات حمة خاصة الأم التي تقع على عاتقها مسؤولية رعاية الطفل وتلبية احتياجاته، حيث يرى (Hauser-crant F Hewat feile, 2006) أن والدي الطفل المعاق تظهر لديهم بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق والانسحاب الاجتماعي، وعدم احترام الذات واستجابة عالية للضغط تتعلق برعاية الطفل.

ويعتبر التوحد أكثر الاضطرابات انتشارا في دول العالم، حيث أن تزايد الحالات المصابة بهذا الاضطراب في تزايد سريع ففي الولايات المتحدة الأمريكية وصلت الإعاقات إلى 4.6% ونسبة حالات التوحد 72% وهذا حسب ما أقرته جمعية التوحد (YASKO, 2001 : 01) في حين بلغت نسبة انتشار التوحد حسب آخر الدراسات الإحصائية الصادرة عن المركز الدولي لمراقبة الأمراض CDC عام (2012) 1 لكل 88 طفل. (CDC,2012 ;01)، وهذا ما جعل من التوحد ثالث الاضطرابات انتشارا. (APA, 2002 : 14) (زيدان، 2004: 124)، بينما في الجزائر يتصدر أطفال التوحد قائمة الأمراض العقلية الأكثر انتشارا حيث بلغ عدد الحالات أكثر من 80 ألف مصاب.

وعليه فإن اضطراب التوحد له نتائج عكسية على سعادة ورفاهية الوالدين، خاصة الأم، وأن الإحساس بجودة عالية يكون في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يجيها الفرد. (بخش، 2006: 09)

وفي ظل الاتجاهات المتعددة لدراسة مفهوم جودة الحياة يرى المنسي وكاظم (2006: 44) أن الشعور بجودة الحياة يمثل أمرا نسبيا، لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة

الاجتماعية والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن أن تلاحظ وتقاس ويحكم عليها مباشرة، مثل الإمكانيات المادية المتاحة والدخل والنظافة والحالة الصحية والحالة السكنية والوظيفية، مستوى التعليم وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على الفرد.

ويرى (Malhotrand Sharma, 2013 : 24) أن الأم هي الشخص الأقرب للطفل للتوحد، وهي لا تواجه فقط مشاعر الشعور بالذنب فقط، وإنما تواجه أيضا مشاعر العجز حيال الدور الجديد الذي يفرضه عليها وجود هذا الطفل، وأيضا المسؤوليات التي يشعر بها والتي تعد غير معروفة ومجهولة تماما بالنسبة لها إلى حد كبير، وبالتالي تحدث تغيرات في نمط حياتها ويفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة. إن هذه المشكلات والانفعالات التي تعيشها الأم تحدّد بطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسمية، إذ توصلت دراسة (Alik et al, 2006) التي أجريت حول أمهات أطفال التوحد إلى انخفاض في مستوى الصحة الجسدية.

كما نجد دراسة سارة عبد العظيم دياب (2004) التي هدفت إلى معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد، حيث توصلت إلى أن الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع، كما أسفرت على عدم ودود فروق في الضغوط النفسي تبعاً لجنس الطفل (ذكر، أنثى). وأيضاً دراسة الطالبة عذبة صلاح خضر خلف الله (2018) التي هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمراكز التربية بالخرطوم وأسفرت النتائج على أن السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً تتسم بالسلبية كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع (ذكر، أنثى) ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمستوى التعليمي للوالدية وتبعاً للمستوى الاقتصادي للأسرة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للحالة الصحية.

وعليه فقد لاحظت الطالبة الباحثة ندره الدراسات والبحوث التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية في حدود علم الطالبة، فقد كانت أغلب الدراسات تنصب في موضوع الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى الأمهات ومن كل ذلك أقيمت الدراسة الحالية لتحقيق الإثراء العلمي ولتجيب على التساؤل التالي:  
ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد؟.

## 2- فرضيات الدراسة:

1- مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد منخفضة.

- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الصحية.

### 3- أهمية الدراسة:

يمكن تحديد أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد إستراتيجيات إيجابية تساعد أمهات الأطفال المتوحدين بالتكيف مع أبنائهم
- تعتبر هذه الدراسة كفرصة لأمهات الأطفال التوحدين للغير مما يعانون من الظروف الحياتية، وتوجيههن إلى كيفية مواجهتها والتكيف معها، والتعرف على كيفية تقديم المساعدة لهم
- استخدام المربين وأولياء أطفال التوحدين أساليب التعزيز المختلفة، مما يساهم في إهتمامهم بأطفالهم والغشاس بطعم الحياة، والقدرة على إضافة مائدة ودعم أكبر لهذه الفئة
- كما يمكن توظيف نتائج الدراسة في الاستفادة مما يلي:
- إمكانية الاستفادة من النتائج في المجالات التربوية والغيرجارية
- تزويد المكتبات الجزائرية بنتائج الدراسة
- تقديم بحث علمي يمكن أن يكون إنطلاقا لبحوث أخرى في نفس المجال

### 4- أهداف الدراسة:

- لكل بحث علمي أهداف تسعى لتحقيقها وهذا الذي يسعى إلى تحقيق جملة من الأهداف يمكن حصرها فيما يلي:
- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد
- الكشف عن دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد فيما يخص (الحالة الصحية، المستوى العلمي، المستوى الإقتصادي)

### 5- تحديد المصطلحات الإجرائية:

- 5-1- جودة الحياة عند الأم: هي الدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل التوحدي في مقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة الحالية

**5-2- التوحد:** هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وأكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته

**5-3- أمهات أطفال التوحد:** هن الامهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعتلال وعجز في التواصل والتفاعل الإيمائي

**6- الدراسات السابقة:**

**6-1- الدراسات العربية:**

-دراسة رغداد علي نعيمة: **2012:**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين حسب متغير البلد (المحافظة) والنوع (ذكر - أنثى) والتخصص (علوم نظرية - علوم تطبيقية) للتعرف على جودة الحياة لدى عينة من هاتين الجامعتين، وقد تم استخدام مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة من إعداد (منسي وكاظم 2006) بلغ عدد أفراد العينة ككل 360 طالبا ومن أهم النتائج التي توصلت لها الباحثة: وجود مستوى متدني من جودة الحياة الجامعية لدى طلبة كل من جامعتي دمشق وتشرين

-دراسة عبد الحميد عبد العظيم رجيفة (2009):

بعنوان "التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الطلبة (مرتفعي - منخفضي) الذكاء الاجتماعي في التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية، والكشف عن الفروق بين الطلبة في الذكاء الاجتماعي وإدراك جودة الحياة النفسية باختلاف النوع والتخصص الأكاديمي.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس الذكاء الاجتماعي من إعداد إبراهيم محمد المغازي (2004) ومقياس كارول رايف لإدراك جودة الحياة النفسية على عينة مكونة من 451 من طلاب الكلية التربوية، وأسفرت نتائج الدراسة بوجود فروق لصالح مرتفعي الذكاء الاجتماعي في إدراك جودة الحياة النفسية، كما توصلت إلى مدى تأثير الجنس والذكاء الاجتماعي على إدراك جودة الحياة النفسية.

-دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله (2008):

وهي بحث تكميلي لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم"، هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم، ولتحقيق أهداف الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وطبقت مقياس جودة الحياة وهو مقياس منظمة الصحة العالمية تعريف بشري أحمد (2008)، حيث قامت الباحثة بتعديله على عينة البحث الحالي، حيث تكونت العينة من 71 من أولياء الأمور تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد أسفرت النتائج على:

- السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للوالدين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير مستوى الحالة الصحية للوالدين.

#### -دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018):

بعنوان "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحيدين بدولة الإمارات العربية المتحدة"، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأمهات أطفال التوحيدين بدولة الإمارات العربية، واستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت العينة من 32 أما اختيرت بطريقة عشوائية، وتمثلت أدوات الدراسة في استخدام مقياس أساليب المعاملة الوالدية ومقياس جودة الحياة، حيث توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- تتسم أساليب المعاملة الوالدية لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالإيجابية.
- تتسم جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالارتفاع.
- توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية.

#### -دراسة سارة عبد العظيم دياب (2014):

حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (النوع، العمر، المستوى العلمي)، إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي

المقارن، وتكونت عينة الدراسة من (130) عينة 14 ذكور و16 إناث من والدي أطفال التوحد بمركز التربية الخاصة بولاية الزطوم، إستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعداد الأمم المتحدة للصحة العالمية 1997، والتي تم ترجمتها في الأردن عمان 2004، وتم تحليل بيانات الدراسة بواسطة المعالجات الإحصائية التالية (خيارات) للعينة الواحدة إمتازت العينتين مستقلتين معامل ألفا كارونباخ العامل الثابت فإن تكوين معامل الارتباط سبيرمان والمتوسطات والانحرافات، وتوصلت الدراسة إلى الآتي:

- أن الضغوط النفسية لدى والدي الطفل التوحد تتسم بالإرتياح

- لا توجد فروق بين الضغوط النفسية والمستوى العلمي لدى والدي اطفال التوحد

- دراسة سليمان (2009):

قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تيوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها هدفت الدراسة الى معرفة مستوى الحياة لدى طلاب جامعة تيوك بالمملكة العربية السعودية في ضوء بعض المتغيرات ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحث مقياس جودة الحياة الذي يتكون من خمسة أبعاد اساسية جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والإكتمالية، جودة التعليم الجامعي، جودة الحياة النفسية، جودة إدارة الوقت على (649) طالبا عن طلبة جامعة تيوك وأقرت الناتج على:

- مستوى جودة الحياة كان مرتفعا في بعد جودة الحياة الأسرية جودة الحياة النفسية ومنخفض في بعد جودة الحياة العلمية وجودة إدارة الوقت ومتوسط في بعد جودة الصحة العامة

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أر الأطفال المعاقين عقليا يميز أثر التربية الخاصة عملية الخرطوم تبعا لمتغير النوع (ذكر - أنثى)

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الاطفال المعاقين عقليا عملية الخرطوم تبعا للمستوى التعليمي للوالدين

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا عملية الخرطوم تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي

-لا توجد فروق ذات دلالي إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا عملية الخرطوم تبعا لمستى الحالة الصحية للوالدين.

6-2 - الدراسات الأجنبية:

-دراسة ديو وهوينزا (1994):

تحت عنوان "جودة الحياة لدى المراهقين بحث استكشافي". وفيها يرى الباحثان الخصائص اسليكومترية المرتبطة بمقياس الرضا عن الحياة لدى الطلبة، وتم اختيار عينة مكونة من 222 طالبا من الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر، من مدارس المنطقة الشمالية الشرقية بالولايات المتحدة الأمريكية، وتم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة الذي تضمن بعض الأسئلة الديمغرافية وبعض مقاييس الشخصية المختارة.

وتوصلت الدراسة أن معامل الثبات مرتفع ويتناسب مع أغراض البحث، وكان البناء العاملي للمقياس وارتباطه بمقياس جودة الحياة الأخرى متسقا مع التوقعات وكانت تقديرات المراهقين بدرجة رضاهم عن حياتهم مرتبطة ارتباطا جوهريا بتقديرات اتباعهم لها، وكانت الفروق الفردية في الرضا عن الحياة غير متأثرة بالعمر الزمني ولا بالنوع، ولكنه متأثر بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بدرجة متوسطة، وكانت متغيرات مفهوم الذات الأسرية تتنبأ بالرضا عن الحياة لدى المراهق أكثر من متغيرات مفهوم الذات الأكاديمية، ومفهوم الذات المرتبطة بالأقران بالنسبة لمراحل المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة على حد سواء.

#### تعقيب على الدراسات السابقة:

إن معظم الدراسات ركزت على جودة الحياة وتأثير عدد من المتغيرات فيها منها متغير (النوع، التخصص، العمر، المستوى العلمي)، كما يلاحظ هناك اختلاف من حيث الموضوع والعينة والمجتمع، وفيما يلي مناقشة الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات من حيث الأهداف والعينة والمنهج والأدوات وأهم النتائج.

#### أ- من حيث الهدف:

تنوعت الدراسات السابقة من حيث الهدف فقد كانت جراسة كل من رغداء علي نعيمة (2012) ودراسة سليمان (2009) قياس مستوى جودة الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة، ودراسة عبد الحميد عبد العظيم (2009) إلى الكشف عن الفروق بين الطلبة (مرتفعي ومنخفضي) الذكاء الاجتماعي في التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية والكشف عن الفروق بين الطلبة في الذكاء الاجتماعي وإدراك جودة الحياة النفسية باختلاف (النوع، التخصص الأكاديمي). أما دراسة عذبة صلاح حضر خلف الله (2018) هدفت إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم، كما راحت دراسة كل من هيفاء كمال شرف الدين (2018) إلى الكشف عن أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربي، ودراسة سارة عبد العظيم دياب (2004) هدفت لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء المتغيرات الديمغرافية.

#### ب - من حيث النتائج:

أشارت نتائج الدراسات التي اهتمت بجودة الحياة إلى ما يلي:

- دراسة عبد الحميد عبد العظيم (2001) إلى وجود فروق لصالح مرتفي الذكاء الاجتماعي في إدراك جودة الحياة النفسية، وأسفرت كذلك إلى تأثير الجنس على إدراك جودة الحياة النفسية كما توصلت إلى وجود تأثير الذكاء الاجتماعي على إدراك جودة الحياة النفسية.
- أيضا توصلت نتائج دراسة رغداء علي (2018) إلى وجود مستوى متدني من جودة الحياة الجامعية لدى طلبة كل ما جامعتي دمشق وشرين بسوريا.
- أشارت نتائج دراسة سليمان (2009) إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعا في بعد جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة النفسية ومنخفض في بعد جودة الحياة العلمية وجودة إدارة الوقت ومتوسطا في بعد جودة الصحة العامة. كما أسفرت على أن هناك تأثير دال إحصائيا في متغير التخصص على جميع أبعاد جودة الحياة عدا بعد جودة إدارة الوقت لصالح التخصصات العلمية. وكذا العلاقة بين دخل الأسرة و جودة الحياة كانت دالة في بعدين جودة التعليم وجودة الحياة الأسرية.
- كما توصلت دراسات أخرى للسمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بالسلبية، وتوجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإقعاة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا، وأسفرت أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر أطفال المعاقين عقليا تبعا لمتغير النوع (ذكر، أنثى) في دراسة الطالبة هيفاء

### ج - من حيث المنهج:

يتضح أن معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي مثل دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله (2018) ورسالة مايز والمتهج الوصفي الارتباطي في دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018) والمنهج الوصفي الارتباطي القمارن كدراسة عبد العظيم دياب (2004).

### د - من حيث الأدوات:

أغلب الدراسات استخدمت مقاييس جاهزة من إعداد باحثين آخرين كما في دراسات (رغداء علي نعشة 2012، عبد الحميد عبد العظيم 2009، سارة عبد العظيم دياب 2004، هيفاء كمال شرف الدين 2018، عذبة صلاح خضر خلف الله 2018، دراسة سليمان 2009، ودراسة ديو وهوينز 1992).

وبعد الدراسة الواعية للدراسات السابقة والتعليق عليها تم الاستفادة منها من حيث تقديم الخلفية النظرية الواسعة، رغم وجود الاختلاف في الأهداف والأدوات والأساليب، إلا أنه يلاحظ أن هذه الدراسات تناولت جوانب كثيرة في جودة الحياة، وهذا ما سنحاول التطرق إليه في الفصل الثاني من هذه الدراسة محاولين الإجابة على إشكالية الدراسة.

## خلاصة:

من خلال تطرقنا لهذا الفصل والذي يبرز فيه الإطار العام للدراسة من حيث تحديد لمشكلة الدراسة المتعلقة بالتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، فهي دراسة تستوجب البحث في مدى شعور الأمهات بالرضا والسعادة وقدرتهن على إشباع حاجاتهن من خلال رقي الخدمات التي تقدم لهن في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدراك الوقت والاستفادة منه.

# الفصل الثاني

## جودة الحياة

تمهيد

1 - تعريف جودة الحياة

2 - صعوبات تعريف جودة الحياة

3 - أبعاد جودة الحياة

4 - الاتجاهات المختلفة لجودة الحياة

5 - مؤشرات جودة الحياة

خلاصة

## تمهيد:

زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط يعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا النخب في هذا الإطار فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزا من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقا لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك. (رغداء علي نعيسة، 2012)

وتعتبر سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين عقدي الكفاية والفعالية بينما تعد تسعينيات القرن العشرين عقد الجودة، وبداية القرن الواحد والعشرين تعتبر عقد الجودة. ومصطلح جودة الحياة من المفاهيم التي لاقت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية والاجتماعية، حيث اهتم علم النفس بدراسة جودة الحياة بدرجة الأولى، وقد تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية النظرية منها والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السابق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منه. وتعتبر جودة الحياة من المتطلبات الأساسية في الوقت الحاضر لتحقيق الصحة النفسية.

**1 - تعريف جودة الحياة:**

**1-1 - لغة:** يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جود" أي شيء جيد، والجمع جواد، وجياد بالمهمزة، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه، وجودة تجويدا، أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن. (عزب، 2004: 585)

**1-2 - اصطلاحا:**

تشير الأدبيات النفسية إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة، فعلى الرغم من شيوع استخدامه إلا أنه غير واضح ويتسم بالغموض (عبد الفتاح وحسين، 2006)، إلا أنه عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة، ويتضمن هذا الأخير مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية، حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية. (أبو حلاوة، 2010: 03)

ومن جهة أخرى قد أوضح بولينغ وآخرون (2002) إلى أن المؤشرات الذاتية هي الأكثر أهمية في تحديد جودة الحياة من المؤشرات الموضوعية، فالجوانب الاجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي والقيم الاجتماعية والمعتقدات الدالة على السلوك الاجتماعي وغيرها من المتغيرات النفسية هي من العوامل التنبؤية لجودة الحياة عند الأفراد، وهذا ما أكده شالوك (Schalock 2002) عندما قدم تحليلا مفصلا لتعريف جودة الحياة. (مبارك، د ت: 724)

في حين توجه الكثير من الباحثين في تعريفهم لمفهوم جودة الحياة إلى الجمع بين المؤشرات الموضوعية وهي كل ما يظهر على الفرد وقابل للملاحظة والقياس، وبين المؤشرات الذاتية التي ترجع إلى الفرد نفسه ومدى شعوره بالرضا في شتى المجالات.

أما تعريف فرنك (Frank 2000) فإن جودة الحياة هي إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنتاج والسعادة. (الهمص، 2010: 5)

ويعرفها عبد الفتاح وحسن (2006) أن جودة الحياة هي درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن مدى إدراك الفرد لجوانب حياته

وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (المنسي وكاظم، 2010: 44)

وتعرف أيضا على أنها "الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية أو المتعة في ظل الظروف التي حياها الفرد". (الحسن، 2006: 09)

تعريف الأنصاري (2006): يرى أن مفهوم الجودة يرتبط بصورة وثيقة بمفهومين آخرين أساسيين وهما: الرفاه والتنعم، كذلك يرتبط مفهوم جودة الحياة بمفاهيم أخرى مثل: التنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات الإنسان وحقوق الإنسان والمعرفة وتعتبر هذه الخيارات ضرورية لرفاه الإنسان والتقدم والرقي في حال الإنسان في الحياة نسبة للتطور المعرفي والعلمي)، والتحسين وإشباع الحاجات (الشعور بالرضا والارتياح، والأمن عند إشباع الحاجات والدوافع)، فضلا عن الفقر (أي فقد الدخل أو اللامساواة الاقتصادية وفقر التنمية الإنسانية الذي يحد من قدرات الإنسان والبلدان على الاستخدام الأفضل لمواردهم الإنسانية والمادية على حد سواء).

ويشير حسن مصطفى إلى أن جودة الحياة هي مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد في المجتمع، أو أن جودة الحياة تعبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، وذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه. (شيخي، 2013: 74)

تعريف المنسي وكاظم (2006: 45): إن الشعور بجودة الحياة يمثل أمرا نسبيا، لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات، والرضا عن الحياة، وعن العمل والحالة الاجتماعية، والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن أن تلاحظ وتقاس ويحكم عليها مباشرة مثل: الإمكانيات المادية المتاحة، الدخل والنظافة، الحالة الصحية والحالة السكنية والوظيفية مستوى التعليم وغير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد.

وهذه العوامل الذاتية والموضوعية تجعل أمر تقدير جودة الحياة لدى الفرد أمرا ضروريا لأن الفرد الذي يتفاعل مع أفراد مجتمعه يحاول دائما أن يحقق مستوى معيشيا لا يقل عن مستوى جودة الحياة التي كان يعيشها في الماضي.

كما أشار البهادلي وكاظم (2005) للعديد من التعاريف التي تزخر بها الأدبيات النفسية ومنها:

- القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع الرغبات والاحتياجات لدى الفرد.

- الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية وإجادة التعامل مع التحديات.

- السعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة.

- رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه.

- الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه.

- درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية، والمعرفية، والإبداعية والثقافية والرياضية والشخصية والجسمية والتنسيق بينها، مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والإنجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية.

تعريف منظمة الصحة العالمية WHO (1995): هي إدراك وتصور الأفراد لوضعهم وموقعهم في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واعتباراتهم وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بالصحة الجسدية للشخص وحالته النفسية ومعتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها.

ما اتفق كل من أندرسون (2003) Anderson وأوليفر Oliver وهوكسلاي Huxlay وبريدج Bridges وهددي Hadi (1996) على أن جودة الحياة عبارة عن مفهوم تكاملي يتمثل في السعادة Happiness ومعنى الحياة Meaning of life ونظام المعلومات البيولوجي the biological information system والحياة الواقعية realizing life وتحقيق الحاجات subfillument of need فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى. (Joseph et al, 1996 : 32)

وهناك عدة خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها للوصول إلى جودة الحياة، هي بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطوير وتحديد أهداف التحسين للأداء، بناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف، تنفيذ جوانب الجودة الحياتية، وبكلمات أخرى يتبنى الفرد متطور التحسين المستمر لجوانب شخصيته وأبعادها النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كأسلوب حياة مع تلبية احتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن،

واستمراره في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما يتماشى ومهاراته النفسية والاجتماعية.

من خلال التعاريف السابقة الذكر نستنتج أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لجودة الحياة، وهي تعبير عن مدى إدراكه ورضاه عن حياته والنظرة الإيجابية للمواقف والظروف المحيطة بالفرد، وبهذا سنتعرض إلى مفهوم جودة الحياة حسب الاتجاهات التالية:

**أولاً: جودة الحياة حسب الاتجاه النفسي.**

جودة الحياة النفسية هي أحد مكونات أو أبعاد ما يعرف بجودة الحياة بصفة عامة، ويعد من المفاهيم المعقدة نسبياً إذ تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات النفسية، وقد تعددت التعريفات لمفهوم جودة الحياة النفسية منها:

**ستيورات براون (Edmands Stewart Brown, 2000):**

- حالة كلية ذاتية، توجب عندما يتوازن داخل الشخص مدى واسع من المشاعر منها الحيوية والإقبال على الحياة والثقة في الذات، الصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، السعادة والهدوء، الاهتمام بالآخرين.  
- أنها حالة عامة من الاتزان الانفعالي تنظم إيقاع حياة الشخص في سياق علاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، نتيجة سيطرة مشاعر الإقبال، الحيوية، الثقة، المرحة، الهدوء، حب الآخرين، والاهتمام بهم على أسلوب حياتهم. (Brown, 2002 : 23)

ومن خلال هذين التعريفين يتضح لنا أن تحقيق جودة الحياة مرتبط بمدى إحساس الفرد بالأحاسيس الداخلية الإيجابية كالمرح، التفاؤل، الحيوية... ويظهر ذلك في سلوكه الخارجي من خلال علاقاته وتفاعله الإيجابي مع الآخرين.

وعليه نستنتج أن جودة الحياة تكون انطلاقاً من الإحساس بالتوافق النفسي الداخلي والذي يظهر من خلال التكيف مع العالم الخارجي.

يرى دينير وآخرون (1999) أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد "كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية" على سبيل المثال إلى أي مدى يشعر الناس بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية؟ إلى أي مدى يشعر الناس بأن لحياتهم الشخصية معنى وقيمة؟ إلى أي مدى يشعر الناس بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين؟. (Diner et autre, 1999 : 276-302)

نستنتج مما سبق أن جودة الحياة تعبر عن مدى إدراك الفرد أنه يعيش حياة جيدة من وجهة نظره خالية من الأفكار اللاعقلانية، والانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية، يستمتع فيها بوجوده الإنساني ويشعر بالرضا والسعادة، وبالصحة الجسدية الجيدة، وتقييم علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويستثمر كافة قدراته وإمكانياته بما يتيح له تحقيق ذلك.

وترى الباحثة أن الإحساس بجودة الحياة ينشأ من خلال النظرة الإيجابية للحياة، وللمواقف والظروف المحيطة به، كما تترجم مدى إحساس الفرد بالرضا عن حياته، وعن ظروفه المادية والمعيشية والثقة بالنفس ومدى تقدير الفرد لذاته، وللأفراد المحيطين به.

### جودة الحياة حسب الاتجاه الاجتماعي.

حسب هذا الاتجاه جودة الحياة من منظوره تركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية، وجودة الحياة تتحدد بالوضع أو الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا أو عدم الرضا عن جودة الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور أو التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان.

ويرى هانكس **Hankiss** أن جودة الحياة تركز على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكان، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجب الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة.

ويتضح لنا من خلال هذا الاتجاه أن جودة الحياة تعبر عن تحقيق العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الأفراد المحيطين به والإحساس بالانتماء داخل الجماعات التابعة لها.

### جودة الحياة حسب الاتجاه الفلسفي.

يرى هذا الاتجاه أن جودة الحياة حق متكافئ في الحياة والازدهار، وهناك كثير من المواطن تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على جودة حياة، فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة، والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي، أو القيمة الفورية وليست مرجأة (النفعية) والمستوى العملية أقرب إلى مفهوم

السعادة والرفاعية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر. (بوعية آمال، 2014: 78-79)

وهذا المفهوم هو لب الفلاسفة خلال قرون كأرسطو وسقراط وأبيقور الذين ركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتمامهم عبر تساؤلات عديدة: ما هو؟ هل يمكن الوصول إليه؟ وكيف. وهناك من يرى أن السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع، وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق، وترك العنان للحظات من خيال إبداعي.

### جودة الحياة حسب الاتجاه الاقتصادي والسياسي.

اقتصاديا وسياسيا مفهوم جودة الحياة أخذ مرجعيته من مستوى أفضل للحياة، للشروط والظروف المادية للوجود الجيد، والتي ينبغي لأي فرد أن يحققها ويصل إليها، حيث قام Hoover وهو أحد المرشحين للرئاسيات خلال حملة الانتخابية الرئاسية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1932 بوعده المواطنين بسيارة داخل كل مرآب، ودجاجة على كل صحن، كمؤشر لتحسين مستوى حياتي جيد أو جودة حياة مرتفعة. أما Flanagan (1982) المكلف بتقدير جودة الحياة لدى الأمريكيين، فاقترح الأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى مؤشرات شروط الحياة (مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والاجتماعي ...) وعوامل أخرى كالوجود الذاتي الجيد (الصحة المدركة، الآمال، الإحساس بالحرية ..).

### 2- صعوبات تعريف جودة الحياة:

أرجع الباحثون صعوبة تعريف جودة الحياة إلى مجموعة الاعتبارات التي لا تختلف عن ما واضعه الأشول (2005)، إلا أنها تبرز وبشكل مباشر الأسباب الحقيقية الكامنة وراء عدم اتفاق على تحديد تعريف واضح لمصطلح جودة الحياة كما أشار إليها (محمد هاشم، 2001: 126-127):

1- يقتصر هذا المفهوم على الجانب المرضي فقط، ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجا للصحة النفسية الجيدة، ذات جودة الحياة تعتبر أحد المحكات الهامة لنجح أي برنامج علاجي نفسي.

2- لقد اعتبر المتخصصون في دراسة هذا المفهوم حكرا عليهم أو عرفوه من وجهة نظرهم المتخصصة، وبهذا ظهرت وجهات نظر متعددة وغير متفقة على تعريف محدد.

3- أن مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمن، ويتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها فالسعادة مثلا تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، والمرضى يرى السعادة في الصحة، والفقير يراها في المال وهكذا تتغير المفاهيم حسب الظروف المحيطة بالفرد.

4- يتأثر مفهوم جودة الحياة بتأثر المتغيرات الثقافية لكل مجتمع مما يجعل هناك فروقا في التعريف بين الثقافات المختلفة.

### 3- أبعاد جودة الحياة:

يرى (صالح إسماعيل عبد الله، د ت: 35) نقلا عن كارول رايف (1995) أن جودة الحياة النفسية تتضمن الأبعاد الآتية:

- **تقبل الذات Self-acceptante**: يشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانيات، والنضج الشخصي والاتجاه الإيجابي نحو الذات.

- **العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive relation Withers**: تشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، القدرة على التواجد مع الآخرين، القدرة على الأخذ والعطاء مع الآخرين.

- **الاستقلالية Autonomy**: تشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات، الاعتماد على الذات، القدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.

- **الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة) Enviromental Mastey**: تشير إلى القدرة على اختيار وتخييل البيئات المناسبة، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.

- **هدفية الحياة Pupose in life**: تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار.

أما كارييج جاكسون Graig A. Jackson (2010) فيرى أن جودة الحياة تتكون من ثلاثة أبعاد أساسية هي: الكينونة، الانتماء، الصيرورة.

جدول رقم 01: مجالات وأبعاد جودة الحياة.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكيونة Being	الوجود البدني Physical Being	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية (ب) أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي Psychological Being	(أ) التحرر من القلق والضغط (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد (الارتياح، عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Quiritual Being	(أ) وجود أمل في المستقبل (الاستبشار) (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Physical Belonging	(أ) المنزل الذي أعيش فيه (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الانتماء الاجتماعي Socal Belonging	(أ) القرب من أعضاء الأسرة الي أعيش فيها (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية ... الخ) (ب) الأمان المالي.
الصيرورة Beconing	الصيرورة العملية Pratical Beconing	(أ) القيام بأشياء حول منزلي (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة
	الصيرورة الترفيهية Lelsur Beconing	(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض) (ب) القدرة على التوافق مع متغيرات وتحديات الحياة
	الصيرورة التطورية (الارتقائية) Groth Beconing	(أ) تحسين الكفاءة البدنية والنفسية (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة

من خلال العرض السابق نصل إلى التأكيد على أن جودة الحياة في تحليلها النهائي هي "وعي الفرد لتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على

تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى (محمد أو حلاوة، 2008: 16) ومن أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة وطرخوا في ضوءه ما يعرف بالنظرية التكاملية لجودة الحياة.

وحسب رؤية فينتيجودت وآخرون (2003) تتضمن جودة الحياة بعدين هما:

أ- **البعد الذاتي**: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

ب - **البعد الموضوعي**: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية، وطرحت تصورات أخرى كثيرة تحاول أن تفصل الأبعاد الفرعية لكل من البعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة، فيما يتعلق بالبعد الذاتي نجد أن ستلز وونز (2002) يقدم نموذجاً نظرياً يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في النهاية إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل، حيث توصل أن المنظور الذاتي (وليس الموضوعي أو الواقعي) دالة لتفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيباً معيناً من حيث درجة التأثير وهي على النحو التالي:

- **المحددات من الرتبة الأولى**: طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص، وتتضمن بعدين رئيسيين هما:
  - الانبساطية في مقابل الانطوائية.
  - العصائية في مقابل الاتزان الانفعالي.
- **المحددات من الرتبة الثانية**: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية مثل:
  - وجهة الضبط أو مركز التحكم.
  - تقدير الذات.
  - التفاؤل في مقابل التشاؤم.

- **المحددات من الرتبة الثالثة**: المدخلات الحيزية (البيئية) وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما يتضمنه من مصادر إشباع ومساندة.

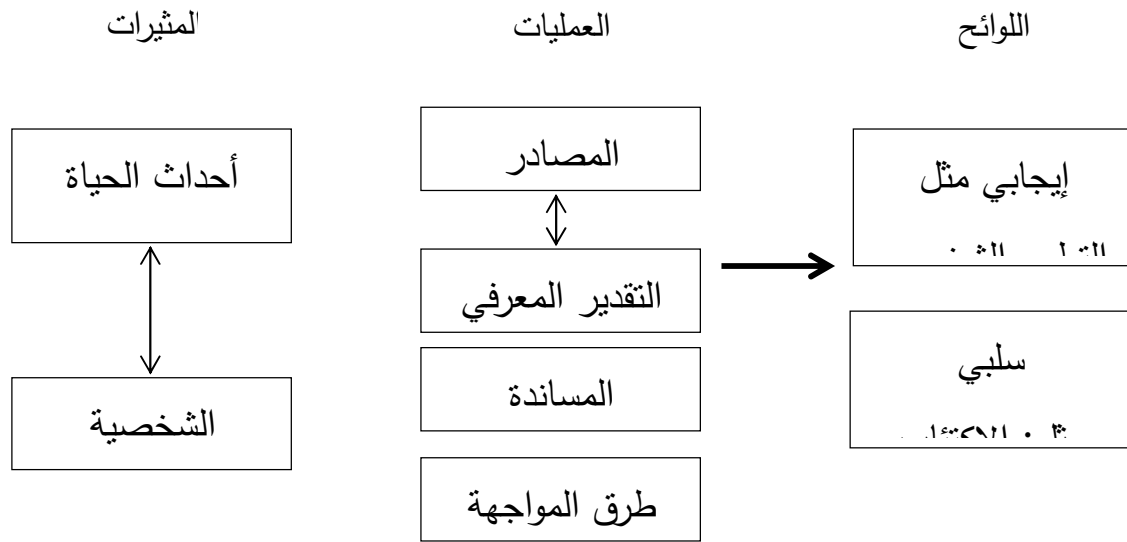
وجودة الحياة في التحليل النهائي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية التي يود الفرد أن يعيشها، وبالتالي تختلف من فرد إلى آخر، ولتأسيس رؤيتنا لمعنى الجودة، يقصد هنا جودة الحياة الشخصية بالطبع، على

الطريق التي تترجم بها عدد من الأبعاد الأساسية إلى أهداف وتوقعات ملموسة أو عينية ذات طابع مادي يمكن قياسه وملاحظته وبالتالي السعي النشط إلى تحقيقها. (وينز، 2002)

ويطرح روبرت كانازا وآخرون (2007) تصورا نظريا للتوفيق بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي في وصف وتحديد المتغيرات المترتبة بجودة الحياة، أسس على التأكيد على فكرة التكامل بين الفرص والظروف المتاحة لإشباع احتياجات الإنسان، ثم وصف تفصيلي لهذه الاحتياجات، ومدى إحساس الفرد بالفرد عن مدى الإشباع. (costanza R et al, 2007 :267-276)

وجودة الحياة وفقا لهذا التصور هي مقدار الفجوة المدركة بين توقعات الفرد المتعلقة بدرجة إشباع أو تحقيق احتياجاته، والإشباع الفعلية التي يتحصل عليها الفرد، وهذا الأمر ذو طابع ذاتي في المقام الأول، ويجدر التنويه بناء على هذا التصور أن جودة الحياة ليست حالة قابلة للتحقق من تلقاء ذاتها، كما لا تتحقق هذه الحالة كذلك من مجرد توافر مصادر أو فرص إشباع الاحتياجات البشرية، بل هي دالة في المقام الأول بالإضافة إلى ما سبق لتوافر عاملين أساسيين هما: القدرة على التوافق والمواجهة والتفاعل الإيجابي مع ظروف الحياة وأحداثها الإيجابية والسلبية، أو مواجهة ما يعرف بضغوط الحياة، والتصدي الإيجابي لها، ويقدم الشكل التالي تصورا لهذا المفهوم.

شكل رقم 01: جودة الحياة كدالة للقدرة على مواجهة الضغوط النفسية (Kemp, 2010 : 221)



القيام بأنشطة مقدرة إيجابيا: تدفع الفرد عن اتجاه تحقيق إشباع احتياجاته وتحقيق ذاته.

ويؤكد جوتاي وآخرون (1992)Gotay et al على أهمية هذا العامل في تحقيق جودة الحياة، إذ

يعرفون جودة الحياة في إطاره بأنها حالة من الوجود الأفضل، أو النعم والرفاهية تتضمن مكونين أساسيين:

أ- القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية التي تعكس جودة الوجود البدني والنفسي الاجتماعي.  
ب- رضا الفرد على مستويات أدائه السلوكي المتعلق بدفعه باتجاه تحقيق حاجاته من خلال هذه الأنشطة.

(Busschbach J P, 2010 : 153)

وتلعب دورة الحياة والخبرات المتباينة التي يتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا دورا شديدا الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيتنا الكيفية الخاصة، يوجد نمط يمكن في ضوءه تحديد ثماني أبعاد عامة تؤدي إلى إمكانية تقييم جودة الحياة الشخصية لكل إنسان، بغض النظر عن تصوراته ورؤاه الشخصية، وهذه الأبعاد هي:

- السلامة البدنية والتكامل البدني العام.

- الشعور بالسلامة والأمن.

- الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية.

- الحياة المنظمة المقننة.

- الإحساس بالانتماء إلى الآخرين.

- المشاركة الاجتماعية.

- أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادئة.

- الرضا والسعادة الداخلية.

ولا يوجد لهذه الأبعاد تنظيم هرمي محدد أو ثابت، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته وأدائه الذاتية نظرا لأهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية، ومع لك يمكن رؤية نوع من التشابه في الترتيب الهرمي لهذه الأبعاد لدى غالبية الأفراد الذين يعيشون في ثقافات أو جماعات اجتماعية مشتركة، إذ يتعرض مثل هؤلاء الأشخاص إلى ظروف حياة مشتركة وبالتالي خبرات حياتية متشابهة إلى حد بعيد.

#### 4- الاتجاهات المختلفة لجودة الحياة:

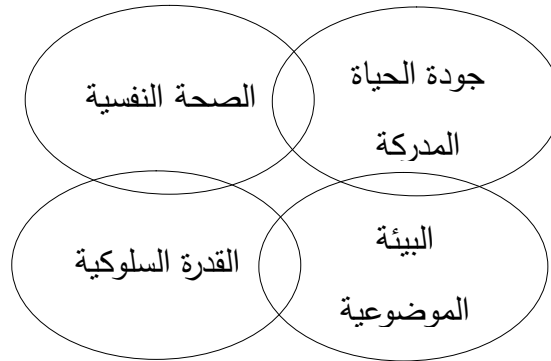
##### 4-1 - الاتجاه العرفي.

يرى لاوتن (Lawton 1996) أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني:** هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات إحداهما مباشرة على حياة الفرد، كالتأثير على الصحة، والآخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزمني:** إن إدراك الفرد لطبعه لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، ، وبين المخطط أثر طبيعة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته وتأثر قدرته السلوكية والصحة النفسية بهذا الأثر.

شكل رقم 02: مخطط جودة الحياة المدركة على وفق مفهوم بصمة البيئة (lawton, 1996 : 201)



2-4 - الاتجاه الإنساني.

والذي يرى أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين هما:

- وجود كائن حي ملائم.

- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن.

ذلك أن ظاهرة الحياة تبرز للوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية التي تشكل مقومات جودة حياة الفرد، والبيئة الاجتماعية وهي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها، كما أن البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا.

فحقيقة الحياة الإنسانية حسب هذا الاتجاه تنطوي على إمكانيات هائلة للتطور والارتقاء في الحياة.

3-4 - الاتجاه التكاملي.

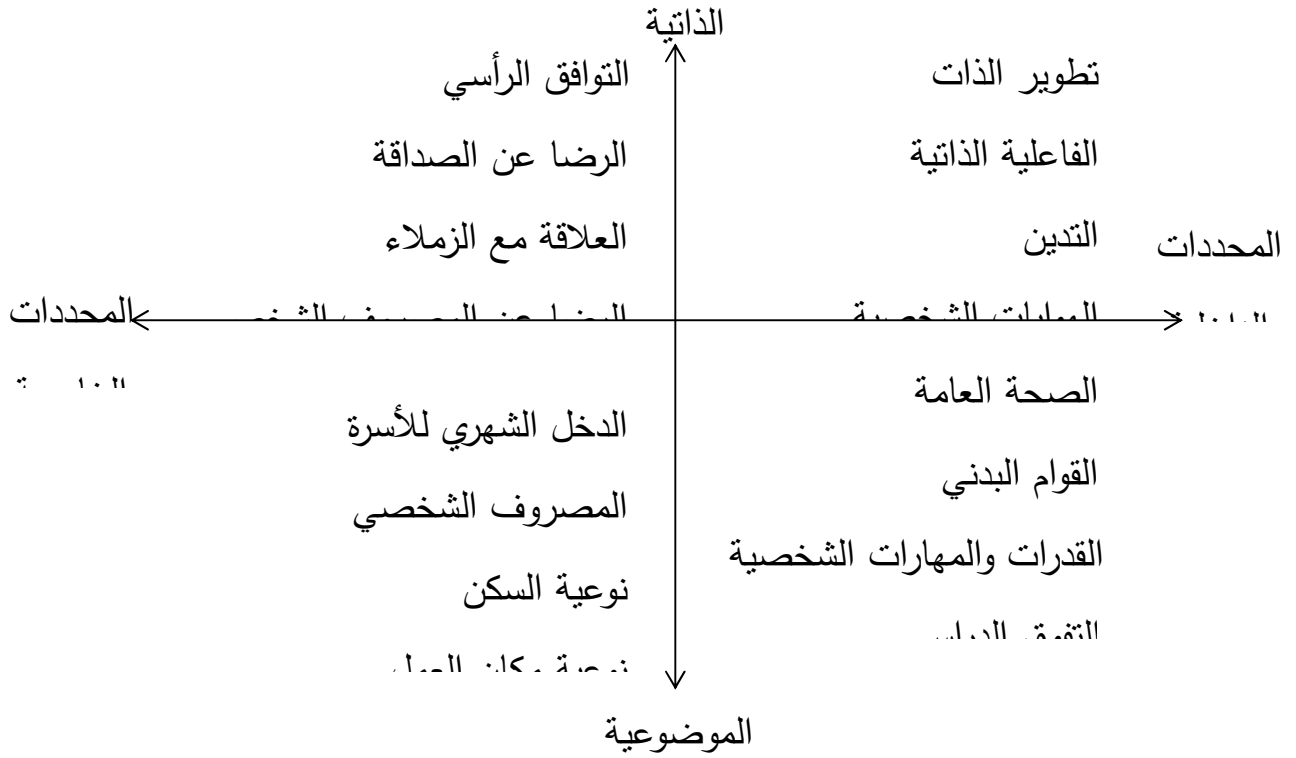
من أصحاب هذا الاتجاه أندرسون (2003) والذي أشار أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أذكرا كي يصل إلى الرضا عن الحياة، أو هناك ثلاث سمات مما تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة.

الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي يتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي.

وقد قدم أبو سريع وآخرون (2006) نموذج لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة، وهي موزعة على بعدين متعامدين، كما هو موضح في المخطط الآتي:  
الشكل رقم 03: تصور أبو سريع وآخرون (2006) لتصنيف محددات جودة الحياة



يشمل البعد الأفقي خطي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية. ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحقيقها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية لتشمل الاختيارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية مثل الملاحظة، مقاييس التقدير، ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية.

### 5 - مؤشرات جودة الحياة:

تتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في:

1- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.

2- القدرة على التحكم.

3- الصحة الجسمانية والعقلية.

4- الأحوال العينية والعلاقات الاجتماعية.

5- المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية.

6- الأوضاع المالية والاقتصادية التي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعاده في الحياة. (حمص، 2010: 45)

وقد حدد فلوفيلد (Fallawfied 1990) مؤشرات لجودة الحياة فيما يلي:

1- المؤشرات النفسية: تتمثل في درجة شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

2- المؤشرات الاجتماعية: تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3- المؤشرات المهنية: تتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، ومدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4- المؤشرات الجسمية والبدنية: ويقصد بها رضا الفرد عن حالته الصحية، وقدرته على التعايش مع الآلام، والنوم الشهية، والقدرة الجنسية. (منسي كاظم، 2010: 45)

وحسب الباحث شالوك (2002) فإن مفهوم جودة الحياة يتكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثمانية مؤشرات تؤكد جميعها على إثر المؤشرات الذاتية كونها أكثر أهمية من الموضوعية، ويوضح المخطط في تفصيلات نظرية شالوك لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال في هذه الأبعاد.

جدول رقم 02: مخطط مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب شالوك

المجالات							
السعادة الوجدانية	العلاقات بين الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البيئية	تقرير المصير الاجتماعي	الاندماج الاجتماعي والقانونية	الحقوق البشرية
الرضا، مفهوم الذات، انخفاض الضغوط	التفاعلات، العلاقات	الحالة المادية، العمل، المسكن	التعليم، الكفاءة، الشخصية، الأداء	الاستقلالية، الأهداف، الاختيارات	الاختيارات	التكامل، الترابط الاجتماعي	الحقوق الفردية، حقوق الجماعة، القانون والعمليات الواجبة

## خلاصة:

تأسيسا على ما سبق، يتضح أن جودة الحياة واحدة من أهم القضايا في حياة الأفراد والمجتمعات، نظرا لكونها قاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد والمجتمع معا، وإن كان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة، وسياقات عديدة، فإن تناوله من المنظور النفسي وخاصة من منطلق علم النفس الإيجابي كون جودة الحياة هي في الأساس انعكاس للتعبير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته، وما يقدمه علم النفس الإيجابي من استراتيجيات ملائمة لتحقيق الجودة، وتحديد الآليات الملائمة لذلك من خلال برامج تدريبية وتأهيلية وعلاجية يمكن اعتمادها من مختلف المؤسسات المجتمعية التي تتكفل بتوفير هذه الخدمات لكل الشرائح وفئات المجتمع.

نستنتج أن جودة الحياة هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصية من الأبعاد النفسية أو العقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والجسمية والتحسين لمواجهة الأزمات والضغوطات والصعوبات التي تواجه الأفراد والتغلب عليها، والقدرة على التكيف مع المحيط الخارجي والعيش بسلام والتطلع للمستقبل والنظرة التفاؤلية للحياة، والاستمتاع بالظروف المحيطة والنظرة الإيجابية لها.

# الفصل الثالث

## اضطراب التوحد

تمهيد

1- نبذة تاريخية عن التوحد

2- تعريف اضطراب التوحد

3- أسباب التوحد من وجهة نظر المقاربات المفسرة له

4- خصائص التوحد

5- تشخيص اضطراب التوحد

6- التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى

7- علاج اضطراب التوحد

8- اضطراب التوحد داخل الأسرة

## تمهيد:

التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماماً في الثلاثين شهراً من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية.

## 1-نبذة تاريخية عن التوحد:

لقد أثار موضوع التوحد اهتمام الكثيرين منذ القدم، إذ تشير الروايات والسجلات القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، وقد وصف هؤلاء الأشخاص اذلين يظهر عليهم أعراض التوحد على أنهم ضعيفي العقل أو سحرة، أشخاص متوحشين أو مجانين، أو أنهم أشخاص تحكمهم الشياطين وتستحوذ عليهم، ويعد موزدلي **Mausdly** أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام **1867**، وكان يعدها ذهانات (البطانية وآخرون، **2009: 571**)

إلا أن تسمية التوحد كانت من طرف الطبيب النفسي أيجون بلولر (**Blouler A**) السويسري سنة **1911**، وقد استنبط عبارة التوحد من اليونانية أي موضع وتعني بالفرنسية **autos** أي ذاتي، و **Ismos** للدلالة على الانطواء على الذات الذي لاحظته بلولر عند بعض الأفراد أثناء الدراسة التي كان يجريها حول انفصام الشخصية وقد أطلق التسمية الأولى **Autoérotisme** ولاستعارة المفهوم الجنسي المستخدم من قبل فرويد فقد أصبحت التسمية **Autism**. (صندقلي، **2012: 15**)

وقد وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات، ويرى أنه حركة العملية المعرفية اتجاه إشباع الحاجات، وقد اعتبر التوحد آنذاك من بين الاضطرابات الذهانية التي تحدث في محلة الطفولة إذ سمي بالذهان الذاتوي أو الذاتوية الطفولية المبكرة. (مصطفى والشرييني، **2011: 22**)

وفي سنة **1943** ليوكانر **Léokanner** وهو طبيب نفسي أمريكي ومؤلف كتاب "طب نفس الطفل" عام **1935** والذي أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة، وذلك عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا، إذ كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفولية، إذ لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات، وابتعادهم عن الواقع، والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم. (الجبلي، **2005: 11**)

هذا ويمكننا تقسيم مراحل دراسة اضطراب التوحد إلى ثلاث مراحل على النحو التالي:

**المرحلة الأولى:** من أهم روادها إيزنبرج ليون (**Eisbenberg, 1959**)، ليوكانر (**Kanner, 1943**)، هانز اسبرجر (**Hans Eisperger, 1953**)، ويطلق على هذه المرحلة مرحلة الدراسات الوصفية الأولى وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات، وكان الهدف اذلي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحدين، وأثر الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي التوحد المبكر حيث كان يشخص التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة

المبكرة وقد أدى تحليل نتائج هذه الدراسات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد، إلا أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب، وقد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن توضع في عين الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل. (عبد الله، 2013: 18)

**المرحلة الثانية:** تعتبر امتداد للمرحلة الأولى، ففي هذه الفترة يقرر أحد الباحثين هو فيكتور لوتر **Victor looter** أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات لا تزال في طور التقارير الميدانية للآثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب. ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة: مايكل روتر **(Michael rotter, 1960)** وميتلر **(Mittler, 1966)**.

ويمكن أن نستنتج ثلاث ملاحظات أساسية من دراسات هذه المرحلة ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات الذاتوية وهي:

- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث أن الاستخدام الجيد والواضح للغة لأي الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.

- النظر في مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل المهمة التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، حيث أن الأطفال الذاتويين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة ممن تقبل نسبة ذكائهم عن 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.

- القابلية للتعلم وتعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات التوحد. (عبد الله، 2013: 18 - 19)

كما أظهرت نتائج دراسة فكتور لوتر **1974** نفس الملاحظات وأكدت على أهمية التطور المبكر للغة وكذلك مقدار انخفاض القدرات العقلية والأخرى القابلة للتعلم ومحاولة التدريب. (كامل، 2003: 18)

**المرحلة الثالثة:** شهدت هذه المرحلة خاصة بمجال اضطراب التوحد تيارا ثابتا من التقارير المشابهة والكثيرة في مجال دراسات موضوع التوحد، واستغرقت هذه الدراسات عقد الثمانينات وبداية التسعينات ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة شينج ولي **(Chaing and lee, 1990)**، كوباياشي **(Kobayshi, 1992)**

أهم ملاحظة يمكن أن نلاحظها أن هذه المرحلة لا تزال مستمرة حتى الآن، حيث أن الدراسات في الفترات المتأخرة قد ركزت على الخصوص على ما يلي:

- أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في مرحلة الطفولة.

- إن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبيا لا يضمن لهم بالضرورة أن تطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون تدخل المتخصصين من أجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل: العمليات الحسابية أو الموسيقى.

- إن عددا من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية، ذات المستوى المرتفع نسبيا، وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر إيجابية لو قمنا بمقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

- إن وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكراة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة. ومن ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسة سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة عليه وفقا لاختلاف الأدوات المستخدمة وأماكن الدراسات والخلفية الثقافية والاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدة.

إن الملاحظ أن مجمل الدراسات كانت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما، ذلك لاهتمامها ببعض السلوكيات المحدودة وبعض الاتجاهات المحدودة في جمع المعلومات مثل تقارير الآباء من مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم بالإضافة إلى أن أساليب تشخيص حالات الذاتوية في المراحل المبكرة لاكتشاف زملة أعراضها لم تكن مرضية دائما.

## 2- تعريف اضطراب التوحد:

### 2-1- لغة:

التوحد Autism مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية autos والتي تعني نفسه Soi. ( Bloctt et al, 1999 )

(109

### 2-2- اصطلاحا:

اضطراب طيف التوحد هو أحد أنواع الإعاقات النمائية التي تصيب الأطفال، ومن أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يعيق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي لدى الطفل. (سليم

النجار، 2006: 6)

يتحدد من خلال الابتعاد عن المستوى السوي لثلاث مناحي من السلوك وهي التفاعلات الاجتماعية، التواصل والاهتمام بالنشاطات المفصلة، وهذه الخصائص تظهر صعوبات في التكيف مع الحياة الأسرية والاجتماعية ومعاونة لدى الأشخاص المحيطين بالطفل. (Dominique Y, 2014 : 3)

أما ليوكانرا (Kanner, 1943) فيعرفه بأنه اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة ويعني به التوقع حول الذات. (صندقيلي، 2012: 18)

وقد أشار كانر (Kanner) إلى عدد من السلوكيات المميزة للتوحد والتي تشمل على:

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.

- تأخر في اكتساب الكلام.

بينما عرفه روتر (Rutter) على أنه اضطراب نمائي يتميز بثلاث خصائص رئيسية: إعاقة العلاقات الاجتماعية، نمو لغوي متأخر أو منحرف، سلوك طقوسي واستحواذي. (عبد الله، 2013: 24)

أما كريك (Krek) فقد عرف التوحد على أنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطرابات الإدراك وضعف في الدافعية، كما يظهر لديه خلل في تطور اللغة، كما يظهر لده ما يوصف باللعب النمطي وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغير في بيئته. (عبد الله، 2013: 24)

كما يطلق كامل الدسوقي (1988) على مصطلح التوحد الاجترارية والتي هي الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالاة بالآخرين ومعها يميل للتراجع إلى الخيالات الباتولوجية التي تنظم تفكير الفرد أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائماً على حساب الحقيقة الموضوعية وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء كما هو في الحقيقة في إطار تحقيق الرغبة عند رفض تصديقها. (ماجد علي عمارة، 2005: 15)

ويرى إسماعيل بدر (1997) أن التوحد هو اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التغيرات الانفعالية، خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية. (محمد أحمد خطاب، 2009: 17)

أما الجمعية البريطانية لأطفال التوحد فترى بأن هذا الاضطراب يشمل على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو وسرعته.

- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة. (أسامة فاروق، كامل الشريف، 2001: 27)

أما الدليل الإحصائي الرابع المراجع لتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية (2000DSM.IV.RT) فعرفه على أنه أحد الاضطرابات الارتقائية المتشعبة، وأحد الاضطرابات المعيقة للنمو (TED) (Troubles envahissant du développement) أين يقوم تشخيص هذا الاضطراب على ظهور جملة من الأعراض تتمثل فيما يلي:

- اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي ليتجلى في صعوبة في استخدام التواصل غير اللفظي، وإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران، غياب السعي العفوي للمشاركة في نشاطات الآخرين، والتبادل العاطفي والاجتماعي.
- اختلالات كيفية في التواصل تظهر من خلال تأخر أو غياب اللغة واستخدام نمطي للكلمات واللعب التخيلي.
- سلوكيات نمطية وتكرارية تظهر في انشغال كلي بموضوع معين والمحافظة على الروتين وألعاب تكرارية. (APA, 87-88 : 2003)

أما النسخة الخامسة من الدليل DSM فقد شهدت تغير في التصنيف أين تم إدراج اضطراب التوحد ضمن اضطرابات النمو العصبي (TSA) (Troubles meido développement) تحت اسم اضطراب طيف التوحد، وتحدد أعراضه فيما يلي:

- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي، يظهر من خلال صعوبة في التعامل العاطفي وصعوبة في التواصل غير اللفظي مع عجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها.
- أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات، تظهر من خلال اللعب والروتين والاهتمام بالجوانب الحسية للبيئة. (APA, 50 : 2013)

### 3 - أسباب التوحد من وجهة نظر المقاربات المفسرة له:

تعدد الدراسات التي حاولت الوصول إلى أسباب إصابة الطفل بهذا الاضطراب إلا أنها لم تتوصل بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسببة لهذا الاضطراب، وهذا يرجع إلى عدم وجود عرض معين أو مباشر، وإنما يظهر هذا الاضطراب على شكل زملة من الأعراض والتي تختلف من طفل إلى آخر من حيث شدتها ونوعيتها، ومن بين النظريات الموضحة لأسباب الإعاقة ما يلي:

### 3-1 - النظرية السيكوناميكية:

أسهم عمل الطبيب النفسي كانر **Kanner** مكتشف إعاقة التوحد أن التوحد الطفولي نابع بشكل أساسي عن عوامل نفسية منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، وأن الأطفال التوحديين كانوا عرضة إلى البرود الأبوي والاستحوادي، يدركه الأطفال من اللامبالاة في علاقته بأمه، وأنه ينتمي إلى بيئة باردة عاطفياً. ولقد أشار بيتهلهاين **Bettalhein** إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل. (سعيد حسني الفران، 2002: 61)، والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم، فتتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيتعرض الطفل الأول بالغيرة والرهام لعدم اهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد. (ماجد علي عمارة، 2005: 26)

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

وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح أو تكون متعلقة طفولياً بوالدها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سبباً في اضطراب الطفل فعندما تظهر الأم أقل إحساساً بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم تعتبر مسؤولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، وقد يكون سبباً في الإعاقة. (نفس المرجع، 2005)

ومنه نستنتج أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود إلى عوامل نفسية، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب أخرى.

### 3-2 - النظرية الجينية:

أظهرت الدراسات التي أجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن تصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم غير المتماثلة، فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم ونسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية. (مصطفى والشربيني، 2011: 38).

ويمكن أن يكون التوحد وراثياً إذ أثبتت بعد الدراسات أم ما بين 3 و 20 جنين قد ترتبط بالتوحد (الإمام والجوالدة، 2010: 94)، إلا أنه لم يتم التعرف على الجين المسبب للتوحد وهو هو جين واحد أم عدة

جينات؟ وهل هذه الجينات توجد في كروموزوم واحد أم تتجمع في عدة كروموزومات؟ فرغم وجود اجتهادات في هذا الشأن إلا أنها لم تصل لحد الآن إلى كيفية التعامل مع هذه الجينات حيث توجد ثورة علمية تستخدم طرقا حديثة في العلاج بالجينات وقد يكون لأفراد التوحد نصيب كبير في هذه الثورة. (الإمام والجوالدة، 2011: 83) وهناك استدلالات تصرح أن مناطق الكروموزوم 2 و 17 قد تتضمن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد والكروموزوم 7 و 16 في تحديد إمكانية إصابة الطفل بالتوحد. (مصطفى الشرييني، 2011: 40)

### 3-3 - النظرية الكيميائية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا هاما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، ومن خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية وهي مواد كيميائية بتركيز مختلف من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية.

إن العلماء وجدوا أن نسبة من بعض المواد في المناطق التي تهتم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (أسامة محمد البطانية، 2007: 598)، بحيث أنه على الأقل ثلث مرض اضطراب التوحد لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونين، وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة. (محمد أحمد خطاب، 2009: 46)

ويشير سيمون وجياس (Simond and Gillies) (1964) إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مائكريف (Mancrief) (1964) ودراسة أوليفر وأوجرمان (Oliverman and Groman) (1966). (السيد علي عمارة، 2005: 69)

### خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طوال الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وقد

أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور المخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتوية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين. (إيهاب محمد، 2003: 75) وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Treavvarthen et al) (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

#### -أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في ها الجانب أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد. وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

أ- **الالتهابات الفيروسية:** الحصبة الألمانية، وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم، تضخم الخلايا الفيروسية وهي التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم، التهاب الدماغ الفيروسي وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

ب - اضطرابات عملية الأيض: تتمثل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين وهو خلل في الإنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات.

ج - متلازمة التشوهات الولادية.

#### 4 - خصائص التوحد:

يشكل أطفال التوحد فئة غير متجانسة من حيث الخصائص والصفات والأعراض إلا أن هذا لا يعني عدم وجود خصائص عامة يشترك فيها أطفال التوحد يتميزون بها ويمكن تقسيم هذه الخصائص العامة التي يتصفون بها على النحو التالي:

#### 4-1- الخصائص الاجتماعية:

للا يلاحظ الآخرين عند حضورهم أو خروجهم ولا يرى فرحا بوالديه أو زملاء اللعب، وأحيانا يبدي مقاومة ويتجنب تعبير الآخرين عن مشاعرهم تجاهه أو أي صورة من صور التواصل الاجتماعي. (شيرمان، 2010: 37-38)

كما أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في فهم مشاعر الآخرين وفي التعبير عن مشاعره الخاصة، لا سيما المشاعر المعقدة مثل الحجل والندم والشعور بالذنب وذلك لافتقاره لمهارات التواصل الأساسية، وييدي معظم الأطفال التوحديين ضعفا في مختلف أشكال اللعب وخاصة اللعب التخيلي والاجتماعي، فهم يظهرون اهتماما ضعيفا بالألعاب وعادة ما يكون لعبهم بصورة نمطية، كما أنهم يظهرون ضعفا شديدا في مهارات اللعب التمثيلي ونادرا ما يبادرون للعب مع الآخرين وإن وجدت بعض المحاولات فهي غالبا ما تكون غير تكيفية. (سكر، 2014: 502)

#### 4-2 - الخصائص السلوكية:

هز الجسم ذهابا وإيابا ورفرفة اليدين ويظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به ويميل التوحديون إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة، كما يفضل التوحديون أن تشير الأمور على نمط واحد دون تغيير. ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغيير نمط محدد تعودوا عليه، ويبدون سلوكا عدوانيا وإيذاء للذات. (مصطفى والشرييني، 2010: 85)

#### 4-3 - الخصائص المعرفية:

ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا، فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو يشم ما حوله، يعانون من مصاعب التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة كرواية القصص وتسلسل النشاطات التي دفعت لهم وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصريا.

يتميز تفكير الطفل التوحدي بأنه تفكير يبتعد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية، حيث يتم تفكيره بالاستعمال بالذات.

أثبتت دراسة Marjotie أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات تعلق بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر فترة طويلة، وأن قدرتهم على التصنيف أكثر جمودا إن لم تكن موجودة بالفعل وأيضا يعاني بعضهم مشكلات في القدرات البصرية والذهنية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات. (أدانز، 2012: 75)

#### 4-4 - الخصائص اللغوية:

يغلب على الأطفال التوحديين استخدام ألفاظ وكلمات خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة منها:

- قلب الضمائر يستخدم أنت بدل أنا.

- يلاحظ على الطفل التوحدي أن لغته تمر ببطء أو لا تنمو على الإطلاق وفي أغلب الأحيان يستعمل الإشارات بدلا من الكلمات.

- ندرة استخدامهم للكلمات تشير إلى القدرات العقلية مثل يتذكر، يعتقد، يظن. (مصطفى والشريبي، 2011: 99-97)

- عدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على تسمية المصطلحات المجردة، ويعاني الطفل الخلط في ترتيب الكلمات والصعوبة في فهم أي شيء سوى بعض التعليمات اللفظية، أما التواصل غير اللفظي مثل تغيرات الوجه والإيماءات غائبة أو نادرة، وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعيا. (الجبلي، 2015: 33-34)

إن تردد الكلام أحد العلامات المميزة للغة الطفل التوحدي، وتظهر هذه الصفة مع بدء الطفل التوحدي في الكلام مع الآخرين، وتظهر أيضا في المواقف التي لا يشعر فيها بعدم الأمان والإثارة وأيضا لتعرضهم إلى تغيرات مفاجئة. (المغلوث، 2006: 62)

ويلخص عادل جاسب خصائص التوحد في النقاط التالية:

- يميل إلى الوحدة والعزلة ويرفض التعامل مع الآخرين.

- اللعب بمفرده ولا يهتم بالأطفال من عمره.

- يستعمل كلمات غير مفهومة أو صمت تام.

- تأخر الحواس (الشم، اللمس، الذوق).

- الصراخ والبكاء والضحك دون سبب.

- لا يستجيب لاسمه عند مناداته.

- اللعب عنده نمطي ومتكرر يقاوم ويثور عند محاولة تغيير اللعب.

- البعض يميل إلى ترديد ما يسمع.

- كثيرا ما يتحول في البيت دون هدف أو طالبا لحاجة. (شبيب، 2008: 27)

## 5- تشخيص اضطراب التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر،

وكذا لعدم وجود اختبارات طبية التي تطبق لتشخيصه، حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال

الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة متخصص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب، وذلك قبل عمر ثلاث سنوات، وفي نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل يتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال (مختص في أعصاب المخ)، طبيب نفسي، طبيب عام، مختص قياس تربوي، مختص اجتماعي، حيث يتم عمل تخطيط المخ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض عضوي.

وتشخيص اضطراب التوحد مر بعدة محاولات، وأولها كانت مع كانر (1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء أيضا كل من العالمان بولان وسبنسر اللذان وضعوا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

#### معايير تشخيص التوحد كما نص عليها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

أشار إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور "(1) أعراض أو أكثر من المجموعات (1، 2، 3) واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2، 3).  
تضم المجموعة (1): إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي، ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

- 1- قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتغيرات الوجه مثل الابتسامة والعبوس، أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.
- 2- قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخريين.
- 3- غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر.
- 4- قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز أعمال مشتركة معهم.

تضم المجموعة (2): قصور كفي في القدرات على التواصل، ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

- 1- تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).
- 2- لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.
- 3- بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم تصور في الحديث والمبادرة فيه والمواصلة.

4- غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو. **تضم المجموعة (3):** قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية، كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

- 1- استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.
  - 2- حركات عرضية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، ضرب الرأس، تحريك الجذع للأمام والخلف).
  - 3- انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد ثعلبة، سلسلة مفاتيح.
  - 4- جمود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى منها. (بيجي القبائلي، 2001: 257)
- التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):**

الصادر عن منظمة الصحة العالمية والشكل النهائي (ICD10) ظهر في عام 1993، حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.
- سلوكيات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.
- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي المصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تختلف عقلي مصاحب لحد اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت (Rett) أو بانفصام الشخصية المبكر. (بيجي القبائلي، 2001: 258)

ومن خلال هذا الدليل يتبين لنا أن اضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف والعيش السوي.

#### 6- التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى:

إن كل من اضطراب التوحد ومجموعة من الاضطرابات الأخرى تثير كون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لابد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات.

#### 6-1 - التوحد واضطراب ريت RETT:

- ينتشر اضطراب ريت RETT أكثر من بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، ويظهر اضطراب ريت لدى الإناث الذي يتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته. (Glelord, 1991 : 44)

- واضطراب ريت يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين البسيطة، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (ماجدة علي عمارة، 2005: 08)

- يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا 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 حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني اليد وبصاحبها إعاقة عقلية شديدة. (إيهاب محمد خليل، 2009: 21-22)

## 6-2 - التوحد واضطراب اسبرجر Asperger:

تشمل أعراض اضطراب اسبرجر قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغير، حب الروتين، عدم القدرة على التعامل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مثقال قاسم، 2000: 140)

وهناك تشابه في نواحي القصور والمتمثل في التفاعل الاجتماعي والاتصال وفي محدودية الاهتمامات، إلا أنه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابات تتمثل فيما يلي:

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي فيما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب اسبرجر هذا القصور.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبرجر.

- 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. (إيهاب محمد خليل، 2002: 82-83)

- كما أن اضطراب اسبرجر لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (ماجدة علي عمارة، 2005: 78-79)

- يبدي ترديد لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر فهو كثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي. (Gilelord, 1991 : 37)

وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدة كما أنهم لديهم اهتمامات متضاربة وتكمن الاختلافات بين الاضطرابين في النمو الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأثر واضح في نمو المهارات الحركية. (جوردن ريتا، 2007: 08)

### 6-3 - التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال فريمان وريتفر أكدوا بأن حوالي 57% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي، ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهارات تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداؤهم أقل في المهارات اللفظية، فيما يكون أجراء المتخلفين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، إلا أنه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط وهي:

- المعوقون عقليا يتعلقون بالغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، فيما التوحديين ليس لها تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركية والبصري.

- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا.

- للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا. (سهى أحمد أمين نصر، 2003: 227)

- الطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما قد تظهر بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد المجالات كالرياضة أو الموسيقى أو الرسم... الخ. (إيهاب محمد خليل، 2009: 86)

- رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80-90%) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما اضطرابات منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد.

### 6-4 - التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي:

- السلوك النمطي: إن السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.
- سلوك العدوان والتخريب: منتشرة أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو إعاقة عقلية شديدة.
- النشاط الزائد: الأطفال التوحيديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، والذي يعود إلى وجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كهز الرأس لدى الطفل التوحدي.
- المهارات الانتقائية والعناية بالذات، فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحيدين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس. (سعيد حسن القره، 2002: 64)

### 6-5 - التوحد واضطراب الفصام الطفولة:

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصها، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي، الذي لا يطور علاقاته الاجتماعي مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص البيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين لتوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة. (خولة أحمد يحيى، 2000: 229)

### 6-6 - التوحد والصمم:

كثيرا ما يبدو الطفل الذاتوي أو التوحدي وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة. (خالدة نيسان، 23009: 127)

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طري الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال وانحطاط في القوى والاكتهاب ما يقربهم من التوحد، لكن ما أن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي باستفادتهم من الأجهزة يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (G lelord, 1991 : 23)

إن الانسحاب الاجتماعي أو الانزعاج من تغيير الروتين وسلوكيات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل الوحيد، وإذا بدا الطفل وكأنه 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. (خولة أحد يحيى، 2000: 229)

### 7- علاج اضطراب التوحد:

إن كون التوحد اضطراب ذو أعراض تختلف من طفل لآخر وكما تختلف في الشدة والحدة فإنه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تصنيفها على جميع الأطفال التوحديين، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية، ورغم ذلك توجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل والتقليل من أعراضه، وكذلك التعديل من سلوكه، وعلاج مشكلات اللغة والاتصال ويكون العلاج أيضا بالموسيقى والفن والأدوية والعقاقير.

### 7-1- العلاجات الطبية:

اشتملت بعض الأساليب العلاجية المقترحة لعلاج التوحد على أدوية وحميات غذائية مختلفة تمثلت في:

#### أ-العلاج بالعقاقير:

لم يصل الباحثون حتى الآن إلى علاج طبي شافي للتوحد لسبب بسيط هو أننا لا نعلم العوامل المسببة له، ونحن على يقين أنه يكمن في تلف أو قصور عضوي أو وظيفي في المخ وأن ما يسبب هذا التلف راجع إلى عوامل متعددة بعضها وراثي جيني والبعض الآخر مكتسب.

حيث استعمل دواء **Risperdal** الذي يستخدم عادة في علاج الفصام مع حالات التوحد لضبط العدوان الشديد وإيذاء الذات والسلوكيات النمطية، وفي الوقت الذي تم فيه الوصول إلى أن هذا العلاج ناجح في بعض الحالات، إلا أنه له بعض الآثار الجانبية في حالات أخرى مثل عدم انتظام الدورة الشهرية، زيادة في الوزن، كبر الشديدين بشكل غير طبيعي، عند الذكور خفقان القلب، إمساك، ضعف عام، انخفاض في ضغط الدم، دوخة. (محمد صالح الإمام، فؤاد عبد الجوالدة، 2010: 201)

بالإضافة إلى العلاج عن طريق الليثيوم الذي ينتمي إلى مجموعة معدلات المزاج وهي عبارة عن مجموعة من الأدوية القادرة على تعديل وتنظيم الحالة المزاجية للفرد، وتحقيق الاتزان للحالات الدورية المتعلقة بالاكتئاب الثنائي القلب والحالات الشديدة الخاصة بالهوس، وتقوم بالقضاء على الأعراض المصاحبة للاضطرابات الذهانية والاضطرابات السلوكية كما أنها فعالة لعلاج الأعراض المعرفية فقد استفادت بعض حالات التوحد من هذه

الأدوية لأن هناك نظرية تؤكد أن لدى المصابين بالتوحد يعانون من شذوذ في سير وتوفيق التمثيل الغذائي وهذه الأدوية تقوم بتحسين، كما يستخدم **Ritaline** لخفض النشاط الزائد.

وقد استعملت أدوية القلق والاكتئاب للتوحيدين الذين يعانون من مستويات عالية من القلق والاكتئاب والأرق ومن المهم التذكير بالأعراض الجانبية المحتملة واستخدام العقاقير بحذر وتحت إشراف مستمر من الطبيب، وتشمل هذه العقاقير على مضادات الاكتئاب التي من خصائصها إنعاش المزاج الاكتئاب، إزالة التثبيط، إزالة تعطيل النشاط العقلي والحس حركي، مهدئة وتزيل الحصر والقلق لكن هذه الخصائص تختلف من دواء لآخر.

(فاسي أمال، 2017: 50-53)

كذلك استعمل السكرتين وهو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام، وتحديد بعض الحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد.

### 7-2 - العلاج بالفيتامينات والحميات الغذائية:

إن الكثير من يعانون التوحد لديهم نقص في بعض المواد الغذائية ومن بينها الفيتامينات والمواد المغذية، وبذلك يمكن التخفيف من أعراض التوحد عن طريق إعطاء كميات إضافية من الفيتامينات التي تحدث الاختلالات الكيميائية لأن الأمعاء عند التوحيدين منفذة، في دراسة أجراها **Bernard Rimland** على 200 مصاب بالتوحد قام بإعطاء فيتامينات متعددة، وبعد مرور 4 أشهر لاحظ أن من 30 إلى 40% من الأطفال قد أظهروا تحسناً في فيتامينات **B6** مع الميغنزيم، فكانت النتيجة أن أبدوا تحسناً واهتماماً بالمحيطين من حولهم، وتحسن الالتقاء البصري وأشكال النوم وانخفاض سلوك الإثارة وفرط النشاط وتحسن في النطق. ما أقر بعض الباحثين لعدم وجود فاعلية لدى هذه الأدوية.

أما عن أنواع الحمية الغذائية المتبعة فقد وضع الباحثون المواد التالية: الحمية الخالية من الغلوتين والكازين، نظام فينغولد، الحمية الخالية من الخمائر، حمية النشويات المحددة وحميات أخرى كحميات قليلة. (تامر فرج سهيل، 2015: 195)

### 7-3 - العلاج عن طريق التحليل النفسي:

يرتكز هذا العلاج على الطفل والأسرة وأصحاب هذا المدخل العلاجي اعتبروا أن التوحد اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين لإقامة علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما، وشجع هذا المدخل على 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 بالتدرج بعد إحداث تغيير في البيئة المحيطة بالطفل، وبعد

أن فشلت هذه الطرق التقليدية في إحداث تحسن في حالة الأطفال التوحديين بدأ التفكير في أساليب أخرى للتدخل مع رفض الرأي القائل بأن التوحد اضطراب انفعالي. (مصطفى نوري قمش، 2011: 134)

كما استخدمت جلسات التحليل النفسي والعلاج بالسند، وكان أحد الأهداف الأساسية لهذا العلاج إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهي علاقة تنطلق من مفترض مؤداه أن أم الطفل الاجتراري لم تستطع تزويده بها، غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض وأن هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي.

#### 7-4+ العلاج السلوكي:

تعتبر برامج تعديل السلوك من أنسب الطرق العلاجية المعتمدة على نظرية العلاج السلوكي التي تستخدم بطريقة مكثفة لعلاج الأطفال بوجه عام والأطفال التوحديين بوجه خاص، فلقد أوضحت الدراسات الحديثة أن هذه البرامج لها تأثير مشجع على الوظائف العقلية واللغوية والعاطفية للأطفال التوحديين وأن هؤلاء الأطفال بعد أن تلقوا هذه النوعية من البرامج سوف ستفيدون أكثر من الفرص التعليمية والاجتماعية الموجودة في مجتمعاتهم ووجد كل من Moorl Holin أنه لكي تأتي البرامج السلوكية بنتائج أفضل مع هؤلاء الأطفال لابد من التدخل المبكر وهذا قبل سن 4 سنوات ولكن للأسف أن هؤلاء الأطفال الذين يتم تشخيصهم متأخر. (سهى أحمد أمين نصر، 2002: 90)

- حقق هذا الأخير في نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين كما قد أمكن التغلب على العديد من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد التوحديون باستخدام أساليب ومبادئ تتمثل في الآتي:
- ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودورته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج التي ترتبت عنه وتبعته.
  - عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار يجب البحث عن السلوك البديل المراد إحلاله محل السلوك السيء.
  - عند تعميم سلوك أو مهارة يجب تقييم العمل على خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب اتباعها بشكل واضح ومفهم لديه، ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع القيام بالمهمة بدون مساعدة.
  - التعزيز والتشجيع بشتى الطرق المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل (كلما أمكن) فهذا يساعد على تقليل أو التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من ورائها إلى جذب انتباه الآخرين.

- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيء لتقليل فرص بدء حدوثه.
- يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا السبب لهم نوعا من الحيرة والارتباط. (مصطفى نوري قمش، 2010: 136)

#### 7-5 - العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد طورها Jean Ayres والتي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، واستراتيجيات التدخل يكون الهدف من خلال الدمج الحسي وتحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم جيد.

#### 7-6 - علاج التوحد بالدمج السمعي:

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات ونسبة نجاحه تتجاوز 80%، لقد ظهر أولا في فرنسا، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين ويتألف من ساعتين ونصف للاستماع مرتين في اليوم والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى المبرمجة، إن الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بانخفاض الحساسية للصوت وزيادة قدرتهم على الكلام. (خالدة نيسان، د ت: 132)

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي ويفيد المدافعون عن هذه الطريقة أنها تساعد ذوي إعاقة التوحد على تلقي تدخلات حسية. (محمد السعيد أبو حلاوة، 1997: 39)

#### 7-7 - علاج التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديين إلى أن عيونهم تألمهم عندما يرون بعض الألوان. ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال المتوحدين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفتة للنظر. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004: 303)

كما أن معظم السلوكيات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات التعلم تنجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى، عن توفير معلومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئية التي تمثلها، ولذلك يجب تتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد للتغلب على الضعف التشوش الذي قد يحدث هذا إضافة إلى ضرورة عرض المريض على أطباء العيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصحيحة لكل مشاكل القرب أو البعد البصري. (محمد زياد حمدان، 2002، 121)

وقد أثبتت الدراسات إلى أن هذا الأسلوب له آثار جانبية خصوصا في مجال إدراك الطفل للبيئة من حوله والتجاوب الاجتماعي، ومهارات التواصل، غير أن كثيرا من تلك الأبحاث تعاني أخطاء منهجية، تجعل تفسير وتعميم نتائجها أمرا صعبا، ففي مراجعة شاملة للأبحاث في هذا الميدان تبين أن تلك الدراسات لا تعاني من صعوبات منهجية فقط ولكن لم تنجح في إثبات العلاقة المقترحة بين خبرة حسية ما وتغير في السلوك. (لورا شريمان، 2010: 216)

### 7-8 - العلاج بالموسيقى:

تستخدم بعض المدارس المراكز الخاصة بالموسيقى كعلاج مع الأطفال التوحديين، وقد أثبتت نتائج جديدة ومؤثرة ف هؤلاء الأطفال كما هو الحال مع غيرهم من المراهقين البالغين، لأن الموسيقى لغة اتصال غير لفظية تحاطب المشاعر والوجدان، وتغير المدخل الذي يمكن الاتصال به مع الآخرين ولعل الأنشطة الموسيقية من أحب أنواع الأنشطة التي يجيها الطفل المصاب بالتوحد، ويتفاعل معها، وذلك بسبب افتقاره إلى مهارات التواصل المعتادة الموجودة لدى الأشخاص العاديين، كما أنها وسيلي آمنة يرتاح لها الأطفال والبالغون التوحديون على حد سواء، ناهيك عن قدرة الموسيقى إذا وضعت بشكل جيد على اكتشاف القدرات الموسيقية الكامنة لدى الأطفال التوحديين والتي تكون قدرات متميزة لدى البعض منهم. (فهد بن حمد المغلوث، 2006: 131)

### 7-9 - العلاج باللعب:

إن اللعب يساعد الطفل التوحدي على الاندماج والتكيف مع البيئة كونه لا يتكلم كثيرا ولا يتفاعل مع الآخرين، ولهذا فإن اللعب يعتبر طريقة غير مباشرة لتفاعل الطفل التوحدي مع الآخرين وإنشاء علاقات مع الآخرين كما يساعد اللعب الطفل التوحدي على التعبير وكذلك استعمال خيالهم، وأن اللعب يمثل طريقة تعليمية للطفل، ومن الأمور الثابتة أن اللعب يكسب الأطفال التوحديين قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي ويمنحهم بالإضافة إلى ذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الاجتماعي وتشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة الانطواء والعزلة التي تمزيه عن الأطفال العاديين.

### 7-10 - البرامج التربوية العلاجية:

#### -برنامج Teach:

هو برنامج أسسه (Erieschopler) في أوائل التسعينات من القرن الماضي وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم حيث يعتمد على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة ويعتمد Teach مقياس Cros كأساس

للتقييم في البرنامج. إن هذا البرنامج معترف به عالميا ويستعمل في الكثير من البلدان وبعد أن أسسه

**Eric Schopler** سيره بعد وقت قصير (Garymesibou). (Bernadette Rogé, 2003 : 147)

إن جزءا من هذا البرنامج موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال التوحدين حيث يتضمن روتيننا وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعم المهارات على المواقف المختلفة. (بجبي القبائلي، 2004: 246)

ويتم تقديم علاج تعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقة التواصل في مراكز **Teach** في الولايات المتحدة الأمريكية كما يقدم هذا البرنامج تأهيلا متكاملًا للطفل لأنه شامل.

#### - برنامج ليب (Leap):

بدأ برنامج ليب (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحدين من عمر 3-5 سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى، وما يمتاز به برنامج ليب أنه يجمع الأطفال العاديين والأطفال التوحدين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشمل الأهداف في المنهج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك الكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة. (بجبي لقبائلي، 2004: 247)

#### 8- اضطراب التوحد داخل الأسرة:

إن وراء كل طفل توحدي أسرة ذات احتياجات خاصة فهي تستعمل مستويات إضافية خاصة مثل تنشئة الطفل التوحدي، والتغلب على الضغوطات التي تواجهها.

#### ردود أفعال الأولياء اتجاه اضطراب التوحد:

- الصدمة: هي المرحلة التي تكشف فيها الأسرة أن طفلها مصاب بالتوحد، فيصاب الوالدان بالذهول، واعجز التام، وغالبا ما يرفضان تصديق ذلك، وتبدأ هذه المرحلة بالانفعالات العنيفة والحزن والألم، وعدم الرضا،

والإحساس بالضيق، وقد تشعر الأم أنها السبب في ذلك، وأحيانا ما يكون التأنيب لأي من الوالدين عن الوراثة التي ورثها لطفله بالإضافة إلى الشعور بالإحباط والفشل. (القمش، 2011: 257)

-**الإنكار:** تشير (الخالدي، 2014: 34) إلى أن الصدمة غالبا ما يتبعها إنكار لهذا الواقع الحقيقي وعدم التصديق والتشكيك فيه، ويرجعون الخلل إلى خطأ في عمليات التشخيص، ويركز الوالدان في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل والتي تدل على عدم وجود مشكلة لديه، وأنه متخلف عن إخوته في بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد.

ويقدر يحدث أيضا إسقاط هذه المشاعر المؤلمة على الغير فقد يتهم الأب الزوجة بأنها أخطأت في تربية طفلها وأنها السبب، وقد يحدث إسقاط على الطفل عندما لا يستجيب لوالديه وأنه يتعمد إغاضتهما واستثارة مشاعرهما في حين أن الغيظ يكمن داخل الوالدين.

-**مرحلة الانفعالات:** تعبير الحزن والأسى، رد فعل يحدث مباشرة بعد التشخيص، وهذه المشاعر لا تتبع فقط من وجود طفل توحدي في الأسرة، بل أن الشعور قد يتولد نتيجة شعور الوالدين بأنهما السبب في وجود هذا الطفل، وأن التوحد غير مجرى حياتهم ولم يعد بمقدورهم الاستمتاع بطعم الحياة، والإحساس بالتعاسة والشعور بالأسى وخيبة الأمل يصاحبه الانطواء والبكاء وبعض الأعراض الجسمية مثل الأرق وفقدان الشهية وبعد أن يستفيد الوالدان من الصدمة وإنكار الواقع الذي يجب تقبله يدخلان في حالة حزن عميق ممزوج بالقلق مع الشعور بالغضب والسخط وعدم الرضا. (الخالدي، 2014: 95)

#### -مرحلة الشعور بالذنب:

تستبدل مشاعر الحزن والغضب بشعور عميق بالذنب، يكمن السبب فيه أن الضرر الذي لحق بالطفل هو عقاب من الله لذنوبهما، ويبدأ كل واحد منهما باللوم على الطرف الآخر في أنه سبب في إصابة الطفل، وأن الأم لم تتبع سبل الوقاية أثناء فترة الحمل، ويتطور أحيانا إلى بعض الأمهات بالشعور بالاكتماب، وتستسلم لمرض طفلها، ويرفضان مقابلة الآخرين وتخفي الأسرة وجود طفل توحدي خوفا من نظرة الآخرين والمجتمع بصفة عامة.

(الخالدي، 2014: 38)

#### -مرحلة تقبل الأمر الواقع:

هي مرحلة إيجابية حيث يبدأ الوالدان في ملامح طفلها المتوحد بعد التغلب على المشاعر السلبية التي سبق أن ذكرناها، ومن أهم أهداف الإرشاد النفسي هو الوصول بالوالدين لتلك المرحلة وتخليصهما من المشاعر السلبية المؤلمة، ويتخلى الوالدين عن فكرة اللوم وتحميل المسؤولية للطرف الآخر. (الخالدي 2014، ص 39)

## خلاصة:

يعتبر التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، كما أنه اضطراب غامض ولم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الاجتماعية والاتصال والأفعال القهرية، ومن جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لتشابه أعراضه مع كثير من الاضطرابات الأخرى مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية لأجل مساعدة هذا الطفل التوحدي، وكذا مساعدة الأسرة في تقبل هذا المرض ومحاولة التوافق مع طفلهم، حيث أن الأم خاصة قد تتعرض وتواجه العديد من المسؤوليات الصعوبات في تعاملها مع طفلها.

# الفصل الرابع

## الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- حدود الدراسة

4- مجتمع الدراسة

5- عينة الدراسة:

6- أداة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية

خلاصة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصفا للإجراءات المنهجية التي اتبعت لتحقيق أهداف الدراسة، والتحقق من فرضياتها، بداية بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج المناسب للدراسة وحدودها المكانية والزمانية والبشرية، وتحديد مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية والأساسية، وكذا أدوات الدراسة وخصائصها السيكمومترية، بالإضافة إلى تحديد الأساليب الإحصائية، وعليه يأتي هذا الفصل الميداني استكمالاً للدراسة النظرية التي حاولت من خلالها الطالبة الباحثة الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، وقد تم تقسيم هذا الإجراء إلى قسمين:

الأول: يضم إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

الثاني: إجراءات الدراسة الأساسية.

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

مما لاشك فيه أن كل دراسة يجب أن يكون مسبقا بدراسة استطلاعية منهجية لمعرفة واقعه، وتفصيله وعوائقه أو تهيئة المناخ لتطبيق وإعداد ما يلزم من المواد والوسائل الإمبريقية أو اختبار خطة الدراسة... الخ، من أجل تطبيق الدراسة الأساسية في أفضل الظروف والحالات.

### الهدف من الدراسات الاستطلاعية:

حيث هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى:

1- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة.

2- التعرف على مدى ملاءمة أدوات الدراسة على العينة المختارة (أمهات أطفال التوحد).

3- التعرف على مدى فهم عينة الدراسة لمحتوى المقياس (مقياس جودة الحياة) أو إجراء التعديلات اللازمة لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

4- الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبيل الطالبة الباحثة لتفاديها في الدراسة الأساسية وفي هذا يشير أ[و علام (2011: 97) أنه قبل الاستقرار نهائيا على خطة الدراسة يفضل القيام بدراسة استطلاعية على عدد محدود من الأفراد حيث تحقق الدراسة الاستطلاعية الأهداف التالية:

- التأكد من جدوى الدراسة التي ترغب الطالبة الباحثة في القيام بها.

- توفر الفرصة للطالبة الباحثة لتقويم مدى مناسبة البيانات التي يحصل عليها للدراسة كما يتأكد من صلاحية الأدوات التي يستخدمها لهذه الدراسة.

- تساعد الدراسة الاستطلاعية الطالبة الباحثة على اختبار أولي الفروض.

- تمكن الدراسة الاستطلاعية الطالبة الباحثة من إظهار مدى كفاية إجراءات الدراسة والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات.

وقد قامت الطالبة الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية خلال شهر مارس بمركز التوحد بالمسيلة على عينة قوامها 50 أم.

### 2- منهج الدراسة:

من خلال موضوع دراستنا الراهنة، والتي تبحث في التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد، فإن المنهج الذي يمكن أن نعتمده في دراستنا هذه والذي رأيناه أكثر ملاءمة هو المنهج الوصفي لأنه مناسب للبحوث النفسية والتربوية، حيث أن المنهج الوصفي هو "الذي يهدف إلى وصف الظاهرة كما هي في

الواقع أو وصف الأوضاع القائمة فعلا، أي وصف ما هو كائن بموجبه توصف الظروف القائمة وتحليل وتفسير وتجرى المقارنات وتكشف العلاقات". (ذبيحي، 2015: 161)

### 3- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود أو المجالات التالية:

**3-1- المجال البشري:** تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

**3-2- المجال المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة بالمركز البيداغوجي للتوحد بالمسيلة التي أفسحت بتاريخ.

**3-3- المجال الزمني:** تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الدراسية 2018-2019 خلال شهر مارس.

### 4- مجتمع الدراسة:

بعد وضع الحدود المكانية والزمانية للمجتمع الأصلي الذي شمل أمهات الأطفال التوحديين الذين قدر عددهم 50 أم، حيث يمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة.

### 5- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من 50 أم تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

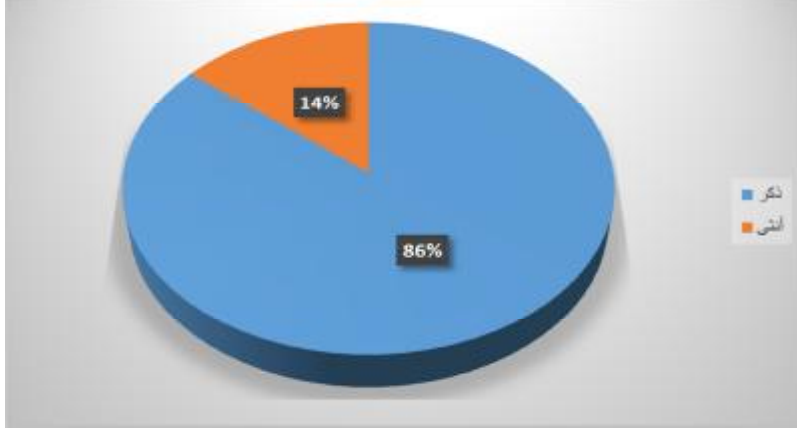
ويقصد بالعينة أنها جزء من مجتمع معين يمثل في خصائصه ذلك المجتمع اختصارا للوقت والجهد والمال.

خصائص العينة من حيث الجنس:

الجدول رقم (03): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
86%	43	ذكر
14%	7	أنثى
%100	50	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (50) فردا، نلاحظ أن عدد الذكور بلغ (43) فرد بنسبة مئوية قدرت بـ (86%) وقدر عدد الإناث بـ (7) بنسبة مئوية قدرت بـ (14%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



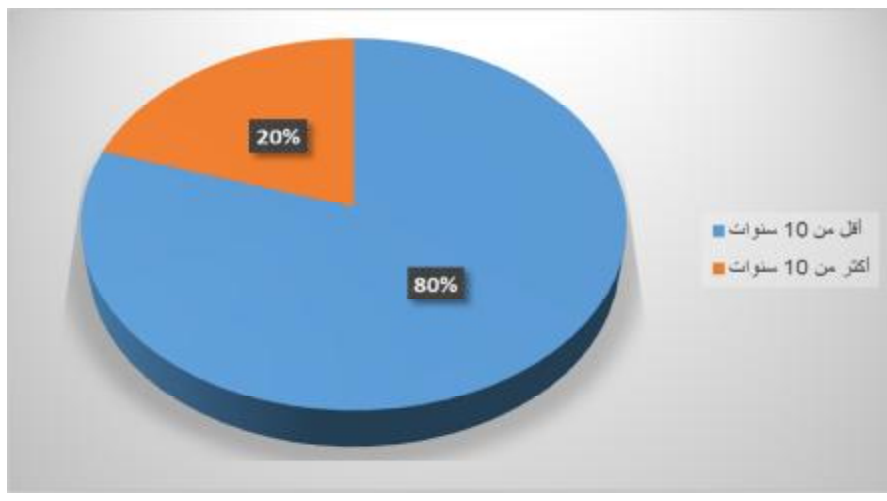
الشكل رقم (04): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب الجنس.

خصائص العينة من حيث عمر الطفل:

الجدول رقم (04): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير عمر الأبناء.

متغير عمر الأبناء	العدد	النسبة المئوية
أقل من 10 سنوات	40	80%
أكثر من 10 سنوات	10	20%
الاجمالي	50	100%

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (50) فرداً، نلاحظ أن عدد الأطفال ذوي الأعمال الأقل من 10 سنوات بلغ (40) فرد بنسبة مئوية قدرت بـ (80%) وقدّر عدد الأطفال ذوي الأعمال الأقل من 10 سنوات بلغ بـ (10) بنسبة مئوية قدرت بـ (20%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



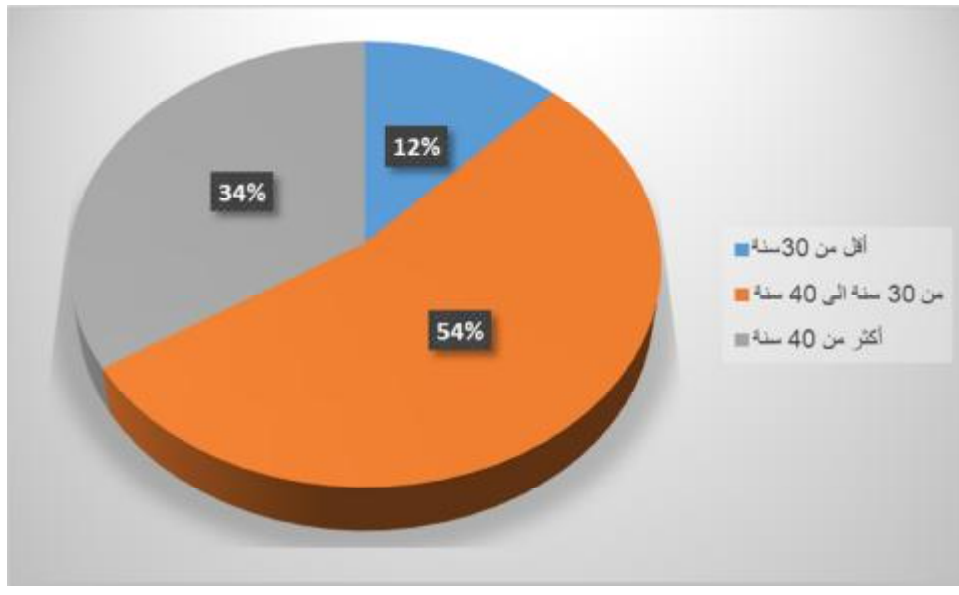
الشكل رقم (05): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب متغير عمر الأبناء.

2- خصائص العينة من حيث متغير عمر الأم:

الجدول رقم (05): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب عمر الأم:

عمر الأم:	العدد	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	6	12%
من 30 سنة الى 40 سنة	27	54%
أكثر من 40 سنة	17	34%
الاجمالي	50	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (50) فرداً، نلاحظ أن الأمهات اللواتي يتراوح سنهن (أقل من 30 سنة) بلغ (6) بنسبة مئوية قدرت بـ (12%) وقدر عدد الأمهات اللواتي يتراوح سنهن (من 30 الى 40 سنة) بـ (27) بنسبة مئوية قدرت بـ (54%) في حين بلغ الأمهات اللواتي بلغ سنهن أكثر من 40 سنة بـ (17) بنسبة مئوية قدرت بـ (34%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



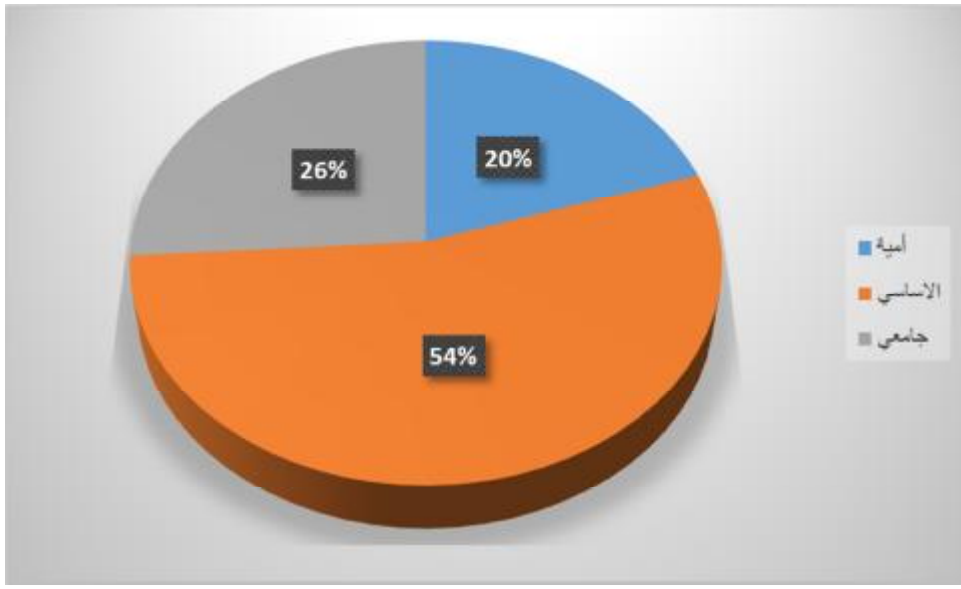
الشكل رقم (06): يمثل خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب عمر الأم:

3- خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (06): يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
20%	10	أمية
54%	27	الاساسي
26%	13	جامعي
%100	50	الاجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (50)، نلاحظ أن عدد الأمهات الأميات بـ (10) بنسبة مئوية قدرت بـ (20%)، في حين قدر عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى أساسي (27) بنسبة مئوية قدرت بـ (54%)، في حين قدر عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى جامعي (13) بنسبة مئوية قدرت بـ (26%)، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



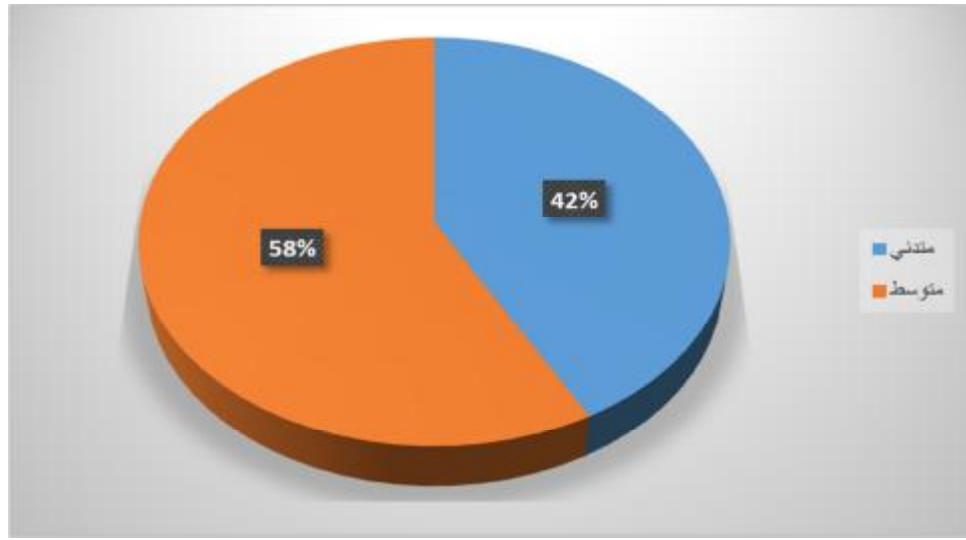
الشكل رقم (07): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

خصائص العينة من حيث المستوى الاقتصادي للأسرة:

الجدول رقم (07): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الاقتصادي للأسرة.

النسبة المئوية	العدد	المستوى الاقتصادي للأسرة
86%	43	متدني
14%	70	أثني
%100	50	الاجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (50) فرداً، نلاحظ أن عدد الأسر ذوي المستوى المتدني بلغ (43) فرد بنسبة مئوية قدرت بـ (86%) وقدر عدد الأسر ذوي المستوى بـ (07) بنسبة مئوية قدرت بـ (14%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (08): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة.

6 - أداة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكومترية:

6-1 - الصدق:

صدق المقارنة الطرفية:

كما تم حساب صدق هذا المقياس كذلك باستخدام طريقة المقارنة الطرفية وذلك بترتيب الدرجات تنازلياً أخذ نسبة 27% من طرفي المقياس الأعلى والأدنى، أي ما يقابلها 6 درجات علياً و6 درجات دنياً ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T test) وبعدها يتم تفسير هذه القيمة وفقاً لحالتين هما:

## الفصل الرابع :

### الإطار المنهجي للدراسة

- إذا كانت قيمة الفروق ل (T test) غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وهذا يعني أن هذا المقياس غير صادق لأنه لم يميز بين الطرفين.

وبالنظر إلى قيمة الاختبار الدالة (T test) كما هو موضح في الجدول رقم (1111) يتضح بأن هذا المقياس صادق حيث بلغت قيمته (6,130) وهي دالة عند درجة الحرية (10) ومستوى الخطأ أو الدلالة (0,01).

الجدول رقم (08): يوضح صدق المقارنة الطرفية لأداة الدراسة

القرار	مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	اختيار التجانس F.....	الطرفين	
									الطرف الأعلى	الطرف الأدنى
دال	0,000	6,130	10	12,80625	246,0000	6	0,162	2,285	الطرف الأعلى	جودة الحياة
				21,90662	182,5000	6			الطرف الأدنى	

6-2- ثبات المقياس:

معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (09): يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس لجودة الحياة

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	مقياس لجودة الحياة
99	0,947	الدرجة الكلية لجودة الحياة

يتضح من الجدول أعلاه أن معامل ألفا كرونباخ لمقياس لجودة الحياة بلغ (0,947) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس لجودة الحياة يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

الأساليب الإحصائية:

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب والوسائل

الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية: (SPSS) Package for Social Statistical Sciences والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS).

حيث تم حساب التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية لمفردات عينة الدراسة وتحديد استجابات مفرداتها تجاه عبارات المحاور الرئيسة التي تتضمنها أداة الدراسة. حيث يتم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية :

\*- التكرار والنسبة المئوية

\* المتوسط الحسابي " Mean "

\*- الانحراف المعياري "Deviation-Standard" ل

\*- معامل ألفا كرونباخ

\*- التبيان الأحادي (one way ANOVA)

\*- اختبارات

\*- اختبار التجانس f

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب، وكذلك حصر لمجتمع الدراسة لاختيار عينة الدراسة الأساسية، كما تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية، وحساب خصائصها السيكومترية، والتي تتمثل في الصدق والثبات، حيث تبين بعد تطبيق أدوات الدراسة على العينة الاستطلاعية صلاحية الأدوات للتطبيق في الدراسة الأساسية، كما تمت الإشارة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة الفرضيات، التي سوف يتم عرضها ومناقشتها في الفصل اللاحق.

# الفصل الخامس:

## عرض ومناقشة النتائج وتفسيرها

تمهيد

1 - عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء تساؤلات وفرضيات البحث

1-1- عرض نتائج السؤال الأول

1-2- عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

1-3- عرض النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

1-4- عرض نتائج السؤال العام

2 - مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

2-1 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2-2 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

2-3 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

2-4 - مناقشة نتائج الفرضية العامة

تمهيد:

في هذا الفصل سوف نقوم بعرض ومناقشة نتائج الدراسة المتحصل عليها، من أجل تأكيد أو نفي فرضيات الدراسة، بعد أن تم تحليل نتائج أداة الدراسة باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية *Statistical Package for the Social Science (SPSS V 20)* لتحليل البيانات وفيما يلي عرض ومناقشة فرضيات الدراسة.

1 - عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء تساؤلات وفرضيات البحث:

1-1- عرض نتائج السؤال الأول:

والذي نص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (متدني، متوسط)؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل واختبار فرضيته التي تنص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (متدني، متوسط).

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

- جدول رقم (10): يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات ذوي المستوى الاقتصادي المتدني والمتوسط في جودة الحياة.

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المستوى الاقتصادي	المتغير
دال	0,017	48	-2,469	34,67344	202,9524	21	المتدني	الدرجة
				22,12687	222,7931	29	المتوسط	الكلية لجودة الحياة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك فرق بين المتوسطات الحسابية لذوي المستوى الاقتصادي المتدني والمتوسط في مقياس جودة الحياة حيث بلغ متوسط ذوي (المستوى المتدني) (202,95) في حين بلغ متوسط ذوي المستوى (المتوسط) (222,79) حيث نلاحظ وجود فرق لصالح ذوي المستوى المتوسط وما يؤكد الفرق بينهما هو قيمة T-TEST والتي بلغت (-2,469) حيث جاءت دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ولصالح المستوى الاقتصادي المتوسط.

1-2- عرض نتائج السؤال الثاني:

والذي نص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير الحالة الصحية (تعاني من أمراض مزمنة، لا تعاني)؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل واختبار فرضيته التي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير الحالة الصحية (تعاني من أمراض مزمنة، لا تعاني).

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل اليها:

- جدول رقم (11): يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الصحية

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الحالة الصحية	المتغير
غير دال	0,977	48	0,029	27,03927	214,7000	10	تعاني	الدرجة
				30,36851	214,4000	40	لا تعاني	الكلية لجودة الحياة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين المتوسطات الحسابية لدى أمهات طفل التوحد اللواتي تعانين واللواتي لا تعانين من أمراض مزمنة في مقياس جودة الحياة حيث بلغ متوسط جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد (اللواتي يعانين من أمراض مزمنة) (214,70) في حين بلغ متوسط جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد ( اللواتي لا يعانين من أمراض مزمنة) (214,40) الا أن قيمة الفرق بينهما جاءت غير دالة احصائياً وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST والتي بلغت (0,029) حيث جاءت غير دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

وعليه نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير الحالة الصحية (تعاين من أمراض مزمنة، لا تعانين).

### 1-3- عرض نتائج السؤال الثالث:

والذي نص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي/جامعي)؟. وللإجابة عن هذا التساؤل واختبار فرضيته التي تنص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي/جامعي)". ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

-جدول رقم (12): يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات استجابات أفراد العينة في مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

القرار	الدلالة الاحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
دال	0,012	4,917	3681,305	2	7362,609	بين المجموعات
			748,634	47	35185,811	داخل المجموعات
			868.335	49	42548,420	الكلية

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة إختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بلغت على (4,917) بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير المستوى التعليمي وهذه القيمة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0,05$ )، وبالتالي يمكن القول بأنه توجد فروق

## الفصل الخامس :

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمي/أساسي/جامعي).

وعليه نستنتج تحقق الفرضية الفارقية.

وبما أن اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد لصالح من الفروق في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما في هذه الحالة فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي (Scheffe) وهذا لتحديد لصالح من الفروق حيث نلاحظ أن متوسط الفروقات بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في جودة الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي/جامعي). كان لصالح ذوي المستوى الجامعي، بمعنى أن أمهات الطفل التوحد ذوات المستوى الجامعي لديهن مستوى جودة الحياة أفضل من أمهات الطفل التوحد اللواتي لديهن مستوى أساسي والأميات)، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في المقياس					
معامل الشيفي (Scheffe) للمقارنات البعدية					المقياس
مستوى الدلالة	الخطأ المعياري	متوسط الفروقات I- (J)	المستوى التعليمي (J)	المستوى التعليمي (I)	
0,605	10,12870	- 10,20741	الاساسي	أمية	جودة الحياة
0,020	11,50872	- 33,64615*	جامعي		
0,605	10,12870	10,20741	أمية	الاساسي	
0,049	9,23658	- 23,43875*	جامعي		
0,020	11,50872	33,64615*	أمية	جامعي	
0,049	9,23658	23,43875*	الاساسي		

### 1-4- عرض نتائج السؤال العام:

والذي نص على: مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد؟.

## الفصل الخامس :

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وللإجابة عن هذا التساؤل واختبار فرضيته التي تنص على: مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد منخفضة ".

وللتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي للأفراد مع المتوسط النظري لمقياس جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد كما موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (14) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لمقياس جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (t)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
جودة الحياة	214,46	29,46	198	16,460	3,950	0,000	49	دال عند 0,01

بعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد ومقارنته بالمتوسط النظري تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد. بلغ (214,46) درجة وانحراف معياري قدره (29,46) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (198) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (16,460) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائياً بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح النظري، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (3,950) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.01)]. ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%. وهذا يعني أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد متوسط. وعليه نرفض الفرض البحثي الذي نص على أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد منخفض.

## 2 - مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

بعد عرض الطالبة الباحثة لنتائج الدراسة وتحليلها باستخدام الإحصاء الوصفي وفقاً لاستجابات عينة الدراسة، تناولت الطالبة الباحثة مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الأطر النظرية، وكذا ربطها بنتائج الدراسات السابقة.

## 2-1 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي (متدني، متوسط).

وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقيمة (ت) لاستجابات أفراد عينة الدراسة، وأثبتت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ولصالح المستوى الاقتصادي المتوسط، حيث بلغت نسبته (222.7931 درجة) مقارنة بالمتوسط الحسابي للمستوى الاقتصادي المتدني الذي بلغ (202.9524 درجة)، وهذا ما يتوافق مع يراه أصحاب الاتجاه التكاملي حيث يرى أبو سريع وآخرون 2006 في تصورهم لتصنيف محددات جودة الحياة حيث يرون أن كلا من (الدخل الشهري للأسرة، المصروف الشخصي، نوعية السكن، نوعية مكان العمل) وكلها تحدد المستوى الاقتصادي للفرد تعمل على الرفع من جودة الحياة لديه، ونقص المستوى الاقتصادي للفرد هو أحد معوقات جودة الحياة. كما أن هذه النتيجة اتفقت مع دراسة كل من عذبة صلاح خضر خلف الله (2018) والتي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي وذلك لأن تكلفة الرعاية الصحية والنفسية تحتاج لدعم مادي كبير.

## 2-2 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير الحالة الصحية (تعاني من أمراض مزمنة، لا تعاني). وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقيمة (ت) لاستجابات أفراد عينة الدراسة، وأثبتت النتائج أنه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تبعاً لمتغير الحالة الصحية (تعاني من أمراض مزمنة، لا تعاني)، حيث بلغت كانت نسبة المتوسط الحسابي لكلا البعدين متساوية (تعاني/لا تعاني) وبلغت نسبته (214.400 درجة)، ومن خلال هذه النتيجة المتوصل إليها من خلال دراستنا نرى أن الجودة الحياة لا تتأثر بالحالة الصحية للأمهات، وربما يعود السبب في هذا إلى تقبل الأمهات بحالتهم الصحية سواء يعانين من أمراض مزمنة أو لا تعانين منها، أي أن هناك تقدير ذات مرتفع لديهن ورضاهن بواقعهن وهذا ما يراه (منسي كاظم، 2010: 45) حيث أن رضا الفرد عن حالته الصحية، وقدرته على التعايش مع الآلام، والنوم الشهية، والقدرة الجنسية هي مؤشر من مؤشرات جودة الحياة لدى الفرد. كما أن هذه النتيجة

اتفقت مع دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله (2018) والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا تبعا لمتغير الحالة الصحية.

#### 3-2 - مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي/جامعي).

وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقيمة (ت) لاستجابات أفراد عينة الدراسة، وأثبتت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمية/أساسي/جامعي)، حيث أن أمهات الطفل التوحدي ذوات المستوى الجامعي لديهن مستوى جودة الحياة أفضل من أمهات الطفل التوحدي اللواتي لديهن مستوى أساسي والأميات، حيث يرى أصحاب الاتجاه المعرفي خاصة لاوتن (1996) أنه كلما تقدم الفرد في عمره وفي مستواه التعليمي كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة وهذا يؤكد أن أمهات الأطفال التوحديين ذوي التعليم مستوى الجامعي يستطيعون الاهتمام بطفلهم بصورة علمية أفضل ووعي بإعاقة أبنائهم مما يرفع درجة جودة الحياة لديهم، وهذه الفئة قليلة، وترى الطالبة الباحثة أن هذا الرأي ليس حكيما حيث وجد أن كثيرا من الأمهات ذات مستوى تعليمي متوسط ودرجة الاهتمام بطفلهم ودرجة التقبل ربما تفوق أمهات الأطفال ذوي مستوى جامعي، كما أن هذه النتيجة تتوافق مع دراسة عذبة صلاح خضر خلف الله (2018) والتي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا تبعا لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، وكذا دراسة سارة عبد العظيم دياب (2004) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق بين جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد والمستوى التعليمي لديهم.

#### 4-2 - مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على: مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد منخفضة. وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقيمة (ت) لاستجابات أفراد عينة الدراسة، وأثبتت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد متوسط، حيث بلغت نسبته (214,46 درجة) وهو أعلى مقارنة بالمتوسط الحسابي النظري الذي تقدر نسبته (198 درجة)، وربما يعود هذا

إلى أن التوحد يعتبر من أكثر الاضطرابات النمائية التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض إبنتها ووضعيات ومسؤوليات جديدة وهذا ما يجعلها تحاول التكيف معه، ففشل الأم في تحقيق التكيف وعجز قدراتها وإمكاناتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل جودة حياتها غير متزنة ومتوافقة.

وهذا ما أشارت إليه لونجست (2008) في تحديدها لمفهوم جودة الحياة والذي يظهر من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

إذن فتمتع الأم بصحة جيدة ونجاح علاقاتها الأسرية مع الأبناء والزوج والعائلة وشعورها بالرضا والسعادة يولد لديها صحة نفسية وشعورا بالارتياح النفسي مما ينعكس ذلك على حياتها وتعاملها مع الأبناء ويساعد ذلك في إنشاء أسرة متوازنة يسودها الهدوء والاستقرار وأن الأمهات اللاتي هن تغييرا مقصورا في جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهن وهذا في حد ذاته يمكن أن يؤثر بالإيجاب على الأبناء.

وعليه فهذه أن هذه النتيجة المتوصل إليها اختلفت مع ما توصلت إليه دراسة رغداء علي نعيسة (2012) التي توصلت إلى وجود مستوى متدني من جودة الحياة الجامعية لدى طلبة كل من جامعتي دمشق وتشرين بسوريا، وكذا دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018) والتي توصلت كذلك إلى أن جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية تتسم بالارتفاع.

# الخاتمة

### خاتمة:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط، بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض ابنها وضعيات ومسؤوليات جديدة، وهذا ما يجعلها تحاول التكيف معه، ففشل الأم في تحقيق التكيف وعجز قدراتها وإمكاناتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل جودة حياتها غير متزنة ومتوافقة، ولهذا أردنا من خلال دراستنا التعرف على جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، حيث أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات طفل التوحد متوسط، حيث تدل هذه النتائج على أن جودة حياة أم الطفل التوحدي تتأثر ببعض الأبعاد المكونة لجودة الحياة.

كما تتأثر علاقتها الاجتماعية مع الآخرين والقدرة على التواجد مع الآخرين والأخذ والعطاء والاعتماد على الذات، والقدرة على تنظيم وضبط السلوك الشخصي، وللوصول إلى مفهوم جودة الحياة لا بد من توفر الشروط والظروف المادية للوجود الجيد كالمستوى التعليمي الاقتصادي والحالة الصحية للأم والوعي بضرورة إلى الحاجة لتحسين وتطوير الأهداف.

### اقتراحات الدراسة:

- من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة ولاستكمال وبلوغ الأهداف المتوخاة منها ارتأينا اقتراح ما يلي:
- التكفل النفسي الجيد بأمهات الأطفال المرضى عموما و أم الأطفال المصابين بالتوحد خصوصا.
  - تنظيم دورات إعلامية تحسيسية للأمهات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب والأعراض الخاصة به لمساعدة الأمهات على فهمه.
  - تقديم الاقتراحات والإرشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل التوحدي وأمه وكذا الحفاظ على جودة حياة الأم من خلال النصائح والتوجيهات.
  - تقديم برامج إرشادية توعوية نحو الوعي الغذائي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.
  - تقديم برامج إرشادية حول الوعي الصحي للأطفال المصابين بالتوحد حول مخاطر بعض الأمراض المعدية والمزمنة لهذه الفئة.



قائمة

المصادر والمراجع

## قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (2011): التوحد أسبابه، التشخيص، العلاج، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن
2. الامام محمد صالح، وفؤاد عبد الجوالقة (2010): التوحد ونظرية العقل، ط1، عمان، دار الثقافة
3. صندقلي هناء ابراهيم (2012): التوحد، اللغز الذي حير العلماء، بيروت، دار النهضة العربية
4. الزريقات ابراهيم عبد الله فرج (2004): التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، عمان الأردن
5. القمش، مصطفى نوري (2011): الاعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن
6. سهى أحمد أمين نصر (2002): الاتصال اللغوي للطفل التوحد، التشخيص، البرامج العلاجية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
7. كامل محمد علي (2003): منهم ذوي الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة
8. محمد عبد الحليم منسي، علي مهدي كاظم (2010): تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، المجلد1، العدد1
9. خطاب أحمد محمد (2009): سيكولوجية الطفل التوحد، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، مصر
10. سليم النجار (2006): التوحد واضطراب السلوك، دار أسامة
11. أبو سريع، أسامة سعد وشوقي وآخرون (2006): أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان 17-9- ديسمير
12. عبيدة ماجدة بهاء الدين (2008): الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع
13. أميرة طه بخش (2006): جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعادين بالمملكة العربية السعودية، الأردن جامعة أم القرى
14. محمد السعيد أبو حلاوة (1997): المرجع في اضطراب التوحد، التشخيص، العلاج، مصر ط1
15. محمد زياد حمدان (2006): التوحد لدى الاطفال، تشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة، الاسكندرية، دط

## قائمة المصادر والمراجع

16. ماجد سيد علي عمارة (2005)=: إعاقاة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء النشر، مصر، دط
17. رفعة محمد بمحة (2007): الأطفال التوحيديون، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، دط
18. جوردون ريتا (2007): الاطفال التوحيديون، جوانب النمو وطرق التدريس، الشركات الدولية للطباعة والنشر، القاهرة، ط2
19. أبو حلاوة محمد السعيد (2010): جودة الحياة، المفهوم، الأبعاد، المؤتمر العلمي السابق "جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية"، كلية التربية في جامعة كفر الشيخ 12-14-أفريل 2010
20. عزب، حسام الدين محمود (2004): برنامج إرشادي وخفض الاكتئابية لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي، المستوى الثاني عشر، التعليم للجميع، التربية وآفاق جديدة في الوطن العربي، 28 29 مارس 2004 .
21. القاسم جما مثقال، ماجد عبيد وعماد الزغي (2000): الاضطرابات السلوكية، عمان الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1.
22. القمش، مصطفى نوري (2011): الإعاقات المتعددة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
23. سارة عبد العظيم دياب (2014): الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الأطفال التوحيديين، جامعة السودان دراسة ماجستير غير منشورة.
24. محمد السعيد أبو حلاوة (2008): ورقة عمل، مدرس الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الإسكندرية، ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية وجامعة كفر الشيخ.
25. رغداء علي نعيمة (2012): جودة الحياة لدى طلاب جامعتي دمشق وشيرين، مجلة جامعة دمشق، كلية التربية، جامعة دمشق، مجلد28، العدد1.
26. فهد المغلوث (2006): مصدر الضبط والصحة النفسية، الجزائر دار الخلدونية.
27. الاشلول عادل عز الدين (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الرقائق مصر.
28. أسامة محمد البطانة، عبد الناصر دياب جراح، مؤمون محمود (2007): علم النفس الطفل الغير عادي، دار المسير الأردن.
29. سوسن شاكر مجيد (2010): التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، دار النشر والتوزيع العراق.

## قائمة المصادر والمراجع

30. صالح محمد الإمام وفؤاد عبد الجوادلة (2011): التوحد رؤية الأهل والأخصائيين، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
31. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة (2018): كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية، العدد 3.
32. ثامر فرج سهير (2015): التوحد التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج، ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
33. فهد بن أحمد المغلوث (2006): التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1، إصدارات مؤسسة الملك، خالد الخيرية.
34. بجي القبائلي (2008): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطريق للنشر والتوزيع، عمان ط1.
35. مبارك، بشرى عتاد جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، كلية التربية.
36. عبد المعطي، حسن مصطفى (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة للمجتمع المعاصر، وقائع المؤتمر الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، مصر.
37. الشامي (2011): مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحيديون في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير الجامعة الأردنية.
38. الزارد فيصل محمد (2000): الأمراض النفسية والجسدية، ط1، بيروت، دار النفائس
39. سعيد حسني عزة (2001): التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط1، عمان، الدار العلمية للنشر والتوزيع.
40. ناهد السكر (2003): الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية، عمان دار المناهج للنشر والتوزيع.

### ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

41. Malhotra A. K et Sharma A R (2013): A study to assess the disability impact on parents of children with mental retardation studying in two special schools of Delhi, Indian, Press, Soc, med 44 (12)
42. Anyyasko (2001): Autism, path ways to recovery, neurological research institute, UC.

43. Hiie Allik Jan alov Larson and Hans smedje (2006): Health related quality of life in parents of school age children with Asperger syndrome of right or lights functioning autism, Health quality of life out comes, Bipmed central.

# قائمة الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

مقياس جودة الحياة

حول

مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال

التوحد

**السنة الجامعية: 2019/2018**

مقياس جودة الحياة في الصورة النهائية

الرقم	العبارة	كثيرا	الى حد ما	نادرا
1	وزني يقترب من الوزن المثالي.			
2	لا أعاني من الارق أو الكوابيس والاحلام المزعجة (احلم احلام سعيدة).			
3	أحافظ علي رشاقة جسمي بممارسة الرياضة (أو باتباع نظام غذائي سليم).			
4	لا أشعر بدوخة (أو صداع) (أو غثيان) إلا نادراً			
5	أتمتع بلياقة بدنية عالية وحالتي الصحية علي ما يرام.			
6	أري أنني شخص جذاب وشكلي معقول.			
7	يسهل علي تركيز انتباهي.			
8	أعبر عن افكاري وآرائي بتلقائية ووضوح.			
9	أتعلم (أكتسب) معلومات جديدة بسهولة.			
10	أري أن الحياة لها معني ولي أهداف واضحة فيها.			
11	أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت الصدفة والحظ.			
12	لدي حب المغامرة والرغبة في اكتشاف ومعرفة ما يحيط بي.			
13	أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد علي مواجهة تحدياتها.			
14	أفكر بالطرق التي استطيع من خلالها أن أتوصل للجديد.			
15	أؤمن أن النجاح في الحياة يعتمد علي الجد والإجتهد.			
16	لدي قدرة عالية علي ضبط انفعالي.			
17	أشعر بالاستقرار والهدوء النفسي.			
18	يمكنني التعبير عن انفعالاتي بشكل مقبول ولائق			
19	أمتلك نفسي وأتحكم في انفعالاتي عند الغضب.			
20	أنا شخص متزن ومعتدل المزاج معظم الوقت.			

21	مزاجي معتدل معظم الوقت (ونادراً ما يتقلب).
22	حالتي النفسية مستقرة.
23	أشعر بالانتران الانفعالي والهدوء أمام الناس.
24	أستطيع تحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.
25	لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من أي مشكلة تواجهني.
26	أأخذ معظم قراراتي بنفسي.
27	لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.
28	لدي قدرة على التعايش مع الحياة مهما حدث فيها من تغير.
29	أثق في قدرتي على عرض وجه نظري حتى وأن كانت تختلف مع الآخرين.
30	أستطيع أن أحقق أهدافي وأصر على تحقيقها.
31	أحدثت أمام الآخرين بلا حرج وبشكل جذاب.
32	أشعر بأنني قدير باحترام الناس.
33	تقتي بنفسني عالية.
34	أعترف بخطأي وأصححه وأستفيد منه.
35	أشارك في المؤتمرات وأظهر نفسي أمام الناس.
36	أحرص على تنمية قدراتي المعرفية وأعبر عنها بطلاقة.
37	من برنامجي المعتاد زيارة بعض الأصدقاء والجيران.
38	أحقق نجاحاً متواصلاً في عملي.
39	أنا راضي عن صلتي بربي.
40	أنا راضي بحياتي بحلوها ومرها.
41	أنا راضي عن عملي ولا أريد بديلاً عنه.
42	أشعر برضا الناس عني.
43	أشعر بالرضا عن مظهري الخارجي (طول القامة - حجم الجسم).
44	أشعر بمتعة وسعادة في العمل .



			استمتع بحديث المسؤولين عني.	45
			أشعر بالسعادة عندما أشارك في مشروعات تطوير جديدة تفيد الوطن.	46
			أشعر بسعادة غامرة عندما أكون مع أسرتي.	47
			تغمرنني مشاعر السرور والسعادة معظم الوقت.	48
			أنا متفائل بطبعي.	49
			التفاؤل يؤدي إلي مستقبل سعيد وآمن.	50
			قدرتي وكفاءتي في العمل تجعلني متفائلاً.	51
			النجاح والتفوق في الحياة يجعل الانسان متفائلاً.	52
			التفاؤل يشجع الفرد في التغلب عل صعوبات الحياة والمضي قدماً للأمام.	53
			اختياري لمهنتي كان أفضل اختيار.	54
			أقضي وقتي كيفما أشاء.	55
			أعتمد علي نفسي في حل مشكلاتي وتحقيق رغباتي.	56
			اختياري لأصدقائي يخضع لرغباتي.	57
			أنا لست عبء علي أسرتي.	58
			أجيد التعامل مع الآخرين مع اختلاف شخصياتهم.	59
			أتحمل الصعوبات واواجهها.	60
			لدي قدرة علي أداء الكثير من الأعمال والقيام بواجباتي.	61
			كفاءتي تشعرني بأنني سوف أكون مسؤولاً مهماً في يوم ما.	62
			أواصل العمل الذي أكلف به حتي النهاية.	63
			أشارك في الاحتفالات الوطنية والاجتماعية.	64
			أنا متفائل مع أبناء أسرتي وجيراني.	65
			أحرص علي الإدلاء بصوتي في الانتخابات.	66
			أشارك في خدمات مجتمعية تفيد وطني.	67
			أشارك أسرتي في حوارات عن مشاكل المجتمع.	68

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

مقياس جودة الحياة

حول

مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال

التوحد

السنة الجامعية: 2019/2018

مقياس جودة الحياة في الصورة النهائية

الرقم	العبارة	كثيرا	الى حد ما	نادرا
1	وزني يقترب من الوزن المثالي.			
2	لا أعاني من الارق أو الكوابيس والاحلام المزعجة (احلم احلام سعيدة).			
3	أحافظ علي رشاقة جسمي بممارسة الرياضة (أو باتباع نظام غذائي سليم).			
4	لا أشعر بدوخة (أو صداع) (أو غثيان) إلا نادراً			
5	أتمتع بلياقة بدنية عالية وحالتي الصحية علي ما يرام.			
6	أري أنني شخص جذاب وشكلي معقول.			
7	يسهل علي تركيز انتباهي.			
8	أعبر عن افكاري وآرائي بتلقائية ووضوح.			
9	أتعلم (أكتسب) معلومات جديدة بسهولة.			
10	أري أن الحياة لها معني ولي أهداف واضحة فيها.			
11	أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت الصدفة والحظ.			
12	لدي حب المغامرة والرغبة في اكتشاف ومعرفة ما يحيط بي.			
13	أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد علي مواجهة تحدياتها.			
14	أفكر بالطرق التي استطيع من خلالها أن أتوصل للجديد.			
15	أؤمن أن النجاح في الحياة يعتمد علي الجد والإجتهد.			
16	لدي قدرة عالية علي ضبط انفعالي.			
17	أشعر بالاستقرار والهدوء النفسي.			
18	يمكنني التعبير عن انفعالاتي بشكل مقبول ولائق			
19	أمتلك نفسي وأتحكم في انفعالاتي عند الغضب.			
20	أنا شخص متزن ومعتدل المزاج معظم الوقت.			

21	مزاجي معتدل معظم الوقت (ونادراً ما يتقلب).
22	حالتي النفسية مستقرة.
23	أشعر بالانتران الانفعالي والهدوء أمام الناس.
24	أستطيع تحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.
25	لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من أي مشكلة تواجهني.
26	أأخذ معظم قراراتي بنفسني.
27	لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.
28	لدي قدرة على التعايش مع الحياة مهما حدث فيها من تغير.
29	أثق في قدرتي على عرض وجه نظري حتى وأن كانت تختلف مع الآخرين.
30	أستطيع أن أحقق أهدافي وأصر على تحقيقها.
31	أحدثت أمام الآخرين بلا حرج وبشكل جذاب.
32	أشعر بأنني قدير باحترام الناس.
33	تقتني بنفسني عالية.
34	أعترف بخطأي وأصححه وأستفيد منه.
35	أشارك في المؤتمرات وأظهر نفسي أمام الناس.
36	أحرص على تنمية قدراتي المعرفية وأعبر عنها بطلاقة.
37	من برنامجي المعتاد زيارة بعض الأصدقاء والجيران.
38	أحقق نجاحاً متواصلاً في عملي.
39	أنا راضي عن صلتي بربي.
40	أنا راضي بحياتي بحلوها ومرها.
41	أنا راضي عن عملي ولا أريد بديلاً عنه.
42	أشعر برضا الناس عني.
43	أشعر بالرضا عن مظهري الخارجي (طول القامة - حجم الجسم).
44	أشعر بمتعة وسعادة في العمل .

			استمتع بحديث المسؤولين عني.	45
			أشعر بالسعادة عندما أشارك في مشروعات تطوير جديدة تفيد الوطن.	46
			أشعر بسعادة غامرة عندما أكون مع أسرتي.	47
			تغمرني مشاعر السرور والسعادة معظم الوقت.	48
			أنا متفائل بطبعي.	49
			التفاؤل يؤدي إلي مستقبل سعيد وآمن.	50
			قدرتي وكفاءتي في العمل تجعلني متفائلاً.	51
			النجاح والتفوق في الحياة يجعل الانسان متفائلاً.	52
			التفاؤل يشجع الفرد في التغلب عل صعوبات الحياة والمضي قدماً للأمام.	53
			اختياري لمهنتي كان أفضل اختيار.	54
			أقضي وقتي كيفما أشاء.	55
			أعتمد علي نفسي في حل مشكلاتي وتحقيق رغباتي.	56
			اختياري لأصدقائي يخضع لرغباتي.	57
			أنا لست عبء علي أسرتي.	58
			أجيد التعامل مع الآخرين مع اختلاف شخصياتهم.	59
			أتحمل الصعوبات واواجهها.	60
			لدي قدرة علي أداء الكثير من الأعمال والقيام بواجباتي.	61
			كفاءتي تشعرني بأنني سوف أكون مسؤولاً مهماً في يوم ما.	62
			أواصل العمل الذي أكلف به حتي النهاية.	63
			أشارك في الاحتفالات الوطنية والإجتماعية.	64
			أنا متفائل مع أبناء أسرتي وجيراني.	65
			أحرص علي الإدلاء بصوتي في الانتخابات.	66
			أشارك في خدمات مجتمعية تفيد وطني.	67
			أشارك أسرتي في حوارات عن مشاكل المجتمع.	68

			أعامل زملائي بحب واحترام.	92
			أوفي بالوعد لزميلي.	93
			أعترف بالجميل لكل من يقدم لي النصيح والإرشاد.	94
			أحرص علي الصلاة فور سماع الأذان.	95
			أحرص دائماً علي ذكر الله وممارسة العبادات في كل الأوقات.	96
			أدافع عن حقوقي وحقوق الغير ما كلفني لك من جهد.	97
			اللتزم بالقيم الأخلاقية بالمجتمع الذي أعيش فيه.	98
			أحرص علي إقامة علاقات طيبة مع زملائي وأصدقائي.	99

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ