



العنوان:

مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين
-دراسة ميدانية من وجهة نظر الأولياء أنفسهم-

مذكرة مكملة لمتطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

لجنة المناقشة /

من إعداد الطلبة /

رئيسا

الأستاذة(ة): سليم صيفور

الطالبة(ة) : إلهام يونس

مشرفا

- الأستاذة(ة) : حنان بشتة

الطالبة(ة) : شهيناز بوحجرة

مناقشا

- الأستاذة(ة) : مسعودي لويذة



العنوان:

مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين
-دراسة ميدانية من وجهة نظر الأولياء أنفسهم-

مذكرة مكملة لمتطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

لجنة المناقشة /

من إعداد الطلبة /

رئيسا

الأستاذة(ة): سليم صيفور

الطالبة(ة) : إلهام يونس

مشرفا

- الأستاذة(ة) : حنان بشتة

الطالبة(ة) : شهيناز بوحجرة

مناقشا

- الأستاذة(ة) : مسعودي لويذة

إهداء

الحمد لله الذي وفقنا لتتمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضلته
تعالى المهداة:

إلى منى عمري ونور بصري إلى من رضاها سر نجاحي إلى أروع امرأة في الوجود إليك أُمي الغالية
إلى من كلله بالهيبة والوقار من علمني العطاء دون انتظار إلى من أحمل اسم أو بكل افتخار إليك أبي
العزیز

إلى من ظفرت بهم هدية من الأقدار وعشت معهم أجمل الأيام وأحلى الذكريات فكانوا أسعد الناس
بنجاحي إليكم أخي وأخواتي: ابتسام، لمياء، نسيم، نهاد وأزواجهم طارق، عبد الوهاب، سارة
إلى شموع الحياة ورياحين الفؤاد براعم العائلة أسيل، أحمد باسم، سيليا، دارين، نورسين
إلى جدتي العزيزة حفظها الله وشفافها وبارك في عمرها

إلى صديقتي من شاركتني السراء والضراء وزميلتي في إنجاز مذكرة التخرج أختي التي لم تلدها أُمي

"إلهام"

وإلى كل الصديقات.

إلى كل أحبائي وأغلى الناس على قلبي وكل من لهم أثر على حياتي
إلى كل من صاغ لنا العلم حروف ومن فكرهم منارا تشير لنا في الوجهة الصحيحة للعلم والنجاح
إلى كل من قال لي لا فكان سبب في تحفيزي ونجاحي
إليكم جميعا أهدي هذا العمل المتواضع وأسأل الله أن يوفقني فيما يحبه ويرضاه.

شهادتنا

إهداء

الحمد لله الذي أعانني بنعمته حتى أنجز هذا العمل المتواضع، ربي أشكرك شكرا عظيما بعظمة شأنك أهدي سهر

الليالي وثمره نجاحي

إلى ينبوع الحنان بلسم الجراح ورضاهها سر النجاح إلى من علمتني الصمود في وجه الصعاب أروع امرأة في

الوجود إليك أُمي الغالية

إلى من علمني أن الدنيا كفاح سلاحها العلم والمعرفة إلى الذي لم يبخل علي بأي شيء من سعي لراحتي ونجاحي

إلى أعدم وأعز رجل في الكون إليك أبي العزيز

إلى الأعمدة التي أرتكز عليها وسام عزتي وكبريائي كمال، حسين، سمير، مراد، إسلام.

وإلى زوجاتهم: جميلة، نور الهدى

إلى الشموع التي تنير دربي من أظهروا لي ما هو أجمل من الحياة أختي سليمة راضية. وإلى أزواجهم: توفيق

مولود

إلى سند العائلة جناح الظل والأمن والراحة خالاتي وخاصة خالتي عزيزة ونظيرة.

إلى النفوس البريئة براعم العائلة وفرحتها الباسمة بطلي محمد، أميري خالد، أميرتي جنى، مدلتي آية الرحمن.

إلى من سكن قلبي ويمر الآن بذاكرتي فأبتسم.

إلى من تركوا بصمة في حياتي صديقاتي نظيرة، خولة، يسرى، نينا، أسماء، هاجر، منال.

إلى من شاركتني أجمل أيامي بطلوها ومرها ورفيقتي في إنجاز مذكرة التخرج أختي التي لم تلدها أُمي

"شهيناز"

إلى كل من كان سببا في وصولي إلى هذا المكان من معلمين وأساتذة ودكاترة وكل من أفادني ولو بحرف

إلى كل من قال لي لا فكان سببا في تحفيزي ونجاحي

ختاما أسأل الله أن يوفقني إلى ما يحبه ويرضاه ويجعل عملي خالصا لوجهه الكريم.

إلهام

شكر وتقدير

رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين سورة النمل الآية 19

إلى الأول بلا ابتداء والآخر بلا انتهاء أرفع أجل وأسمى آيات الحمد لأول محمود وآخر معبود الحي الذي لا يموت على موفور عطائه وجزيل ينعمه حمدا أستزيد به من نعمه وأستجير به من نقمه وأصلي به على الحبيب المختص بمحبته نبينا محمد صلى الله عليه وسلم

أتقدم بالشكر الجزيل إلى والديّ على كل مجهوداتهم منذ ولادتي إلى هذه اللحظة أنتم كل شيء أحبكم أشد الحب وكما أتوجه بالشكر والامتنان إلى الأستاذة الدكتورة "حنان بشته" لقبولها الإشراف على هذه المذكرة ومتابعتها المستمرة وتوجيهاتها القيمة التي ساهمت في إثراء موضوع دراستي في جوانبها المختلفة وبدلت معنا من الجهد والعناء رغم مسؤولياتها المتعددة أسأل الله أن يجزيها عنا خير الجزاء

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر إلى كل أساتذتنا الكرام الذين علمونا، ووجهونا ورافقونا في مسار العلم لتخصص وإرشاد وتوجيه وأخص بالذكر والشكر لجنة المناقشة على تكريمها لمناقشة هذه المذكرة

أيضا الشكر موصول لكل من ساهم في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد ونخص بالذكر عينة الدراسة المتمثلة في أولياء أطفال التوحيدين لملحقة الإعاقة الذهنية وكذا جمعية حنين للتوحد بولاية جيجل على دعمهم وتعاونهم معنا لإتمام التريص في أحسن الأحوال.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|--------|---|
| - | إهداء |
| - | فهرس المحتويات |
| - | فهرس الجداول |
| - | ملخص الدراسة |
| أ-ب | مقدمة |
| | الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة |
| 4 | 1- إشكالية الدراسة |
| 7 | 2- أهداف الدراسة |
| 7 | 3- أهمية الدراسة |
| 7 | 4- المصطلحات الإجرائية للدراسة |
| 8 | 5- الدراسات السابقة |
| 14 | 6- فرضيات الدراسة |
| | الجانب النظري |
| | الفصل الثاني: جودة الحياة |
| 17 | تمهيد |
| 18 | 1- التطور التاريخي لجودة الحياة |
| 20 | 2- مفهوم جودة الحياة |
| 21 | 3- مقومات جودة الحياة |
| 22 | 4- أبعاد جودة الحياة |
| 23 | 5- مبادئ جودة الحياة |
| 24 | 6- مجالات جودة الحياة |
| 25 | 7- مظاهر جودة الحياة |
| 26 | 8- النظريات المفسرة جودة الحياة |
| 30 | 9- معوقات جودة الحياة |
| 30 | 10- كيفية تحسين جودة الحياة |
| 33 | 11- مهارات جودة الحياة لأسر أطفال التوحيدين |
| 34 | خلاصة الفصل |
| | الفصل الثالث: اضطراب التوحد داخل الأسر |

| | |
|---|---|
| 36 | تمهيد |
| 37 | 1- مفهوم اضطراب التوحد عند الأطفال |
| 38 | 2- الفرق بين اضطراب التوحد وطيف التوحد |
| 38 | 3- أعراض اضطراب التوحد عند الأطفال |
| 39 | 4- أسباب اضطراب التوحد عند الأطفال من وجهة نظر المقاربات المفسرة له |
| 41 | 5- خصائص اضطراب التوحد عند الأطفال |
| 43 | 6- تشخيص حالات اضطراب التوحد عند الاطفال |
| 45 | 7- ردود فعل الوالدين عند اكتشاف اضطراب التوحد |
| 46 | 8- مشكلات أسر أطفال التوحديين |
| 47 | 9- دور الأسرة في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد |
| 49 | خلاصة الفصل |
| الجانب الميداني | |
| الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة | |
| 51 | تمهيد |
| 51 | 1- الدراسة الإستطلاعية |
| 51 | 2- مجالات الدراسة |
| 52 | 3- منهج الدراسة |
| 52 | 4- حدود الدراسة |
| 52 | 5- مجتمع وعينة الدراسة |
| 57 | 6- الأداة المستخدمة في الدراسة |
| 60 | 7- الأساليب الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات |
| 61 | خلاصة الفصل |
| الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة | |
| 63 | 1- عرض نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات |
| 63 | 1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى |
| 63 | 1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية |
| 64 | 1-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة |
| 65 | 1-4 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة |

فهرس المحتويات

| | |
|----|---|
| 66 | 5-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية |
| 67 | 2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة |
| 67 | 2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى |
| 67 | 2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية |
| 68 | 2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة |
| 69 | 2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة |
| 69 | 2-5- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية |
| 72 | خاتمة |
| 72 | توصيات واقتراحات |
| 75 | قائمة المراجع |
| - | الملاحق |

قائمة الجداول

قائمة الجداول والأشكال

| رقم الجدول | عنوان الجدول | الصفحة |
|------------|--|--------|
| 1 | جدول يوضح تصنيف الدراسات السابقة حسب البيئة المطبقة فيها | 12 |
| 2 | جدول يوضح تصنيف الدراسات السابقة حسب المنهج المستخدم | 12 |
| 3 | جدول يوضح تصنيف الدراسات السابقة حسب أداة الدراسة | 12 |
| 4 | جدول يوضح معوقات جودة الحياة | 30 |
| 5 | جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة | 52 |
| 6 | جدول يوضح توزيع أفراد العينة حسب سن الوالدين | 53 |
| 7 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير جنس الطفل التوحيدي | 54 |
| 8 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد | 55 |
| 9 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي | 55 |
| 10 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى المادي | 56 |
| 11 | جدول يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ n= 30 | 59 |
| 12 | جدول يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لدى أفراد العينة حسب متغير الجنس anova | 63 |
| 13 | جدول يوضح نتائج اختبار تحليل التباين لدى أفراد العينة حسب درجة إصابة الطفل بالتوحد | 64 |
| 14 | جدول يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة حسب متغير المستوى التعليمي | 65 |
| 15 | جدول يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة حسب متغير المستوى المادي | 66 |
| 16 | جدول يوضح نتائج اختبار التائي | 66 |

قائمة الجداول والأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|---|-----------|
| 25 | شكل يمثل تصور أبي سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة 2016 | 1 |
| 53 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة | 2 |
| 54 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن | 3 |
| 54 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير جنس الطفل التوحيدي | 4 |
| 55 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير درجة إصابة الطفل التوحيدي | 5 |
| 56 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي | 6 |
| 57 | شكل يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى المادي | 7 |

قائمة الملاحق:

| الرقم | عنوان الملحق |
|-------|--|
| 01 | قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس جودة الحياة |
| 02 | مقياس جودة الحياة في صورته النهائية |
| 03 | صدق وثبات أدوات الدراسة |
| 04 | نتائج الدراسة الأساسية |

ملخص دراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف على مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين بكل أبعادها (الصحية، النفسية، الأسرية والاجتماعية، التعليمية، المادية)، ومعرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، درجة إصابة الطفل، ولذلك استخدمنا المنهج الوصفي وطبقت الدراسة الأساسية على عينة قوامها (80) أب وأم لأطفال مصابون بالتوحد بملحقة الإعاقة الذهنية وجمعية حنين للتوحد بولاية جيجل ولجمع المعلومات تم الاعتماد على مقياس جودة الحياة لنعيمة بوعامر مع إحداث بعض التعديلات والمكون من 43 عبارة موزعة الأبعاد الخمسة، وللإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: اختبار T.test والمتوسط الحسابي،

الانحراف المعياري، اختبار تحليل التباين ANOVA

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

1. أن مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال توحديين يتسم بالانخفاض.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير الجنس.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحيز لدى والدي الأطفال التوحيدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير المستوى المادي.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد، التوحد، والدي التوحيدين.

Summary of the study:

The current study aims to reveal the level of quality of life for parents of children with autism from all its aspects (health, psychological, family and social, educational, and to know whether there are statistical differences due to the gender variable, the degree of injury to the child therefore, we used the descriptive approach with the application of the basic study on a sample (80) father and mother of autistic children in the mental disability annex and haneen autism association in jijel province. To collect information, it has been relied on the module of the quality of life of professor naima bouamer. T test, SMA, Standard deviation, ANOVA and the results of the study indicated the following.

- 1-The quality of life for parents of autistic children is low.
- 2- There are no statistical differences in the quality of life. Of parents of children with autism, depending on the gender variable.
- 3-ther are no statistical differences in the quality of life of parents of children with autism, depending on the degree of injury to the child.
- 4- For the educational level variable.
- 5-For the financial level variable.

Key words: quality of life for parents of children with autism, autism, autistic parents

مقدمة

مقدمة:

يلقى موضوع جودة الحياة اهتماما ملحوظا من قبل المختصين التربويين والنفسانيين في محاولة لتعزيز التفكير الإيجابي والاهتمام بكافة أفراد المجتمع بهدف تحقيق الرفاهية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة والاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية وتزيد أهمية جودة الحياة عندما تتعلق بفترة ذوي الاحتياجات الخاصة.

لذا فإن الحياة تتطلب الكثير من الجهد لمواجهة كل المعوقات بما يتعرض له الأولياء من مشكلات قد تعيق طموحات أفرادها، وتقلل من مستوى جودة الحياة واختلال في الصحة النفسية ومستواها، خاصة اذا كان في الاسرة طفل يعاني إعاقة ما يزيد من ضرورة تحلي الوالدين بالصلابة والتفكير الإيجابي والاهتمام بجودة الحياة لينعكس على أسرهم.

حيث نلاحظ أن الدول المتقدمة تولي أهمية كبيرة لموضوع جودة الحياة لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، وتعمل على توفير برامج و دورات خاصة لمساعدتهم ومساندتهم عكس الدول العربية فلا تزال تبذل جهودها لتحقيق وسد الحاجات المختلفة لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتعد جودة الحياة مؤشرا هاما من خلال مدى تحقيق جودة الخدمات المقدمة للمعاقين وأسرهم، كونهم من الفئات التي تحتاج لرعاية خاصة، فهم ينظرون للحياة نظرة تختلف عن الآخرين، كما تتأثر نظرتهم لمسار ومستقبل حياتهم تبعا لظروف إعاقتهم، ما يجعل الأسرة تعمل جاهدة على توفير جو عائلي مناسب ودعم نفسي و اجتماعي إيجابي. (بوعامر، 2022، ص 1).

ولعل من بين أخطر الاضطرابات التي يصاب بها الطفل نجد التوحد، فهو اضطراب يمس كل جوانب النمو، ويتميز بقصور في الجانب التواصلية والتفاعل الاجتماعي، ما يجعله اضطرابا صعبا من حيث الفهم والتشخيص كون السبب الحقيقي له غير معروف لحد الآن، فالطفل المصاب بالتوحد يقلق بشكل كبير اسرته التي تتأثر بحالته وتصبح دائمة التفكير في كيفية دمجهم ومساعدته على التوافق وتعيش ايضا الصراع النفسي في كيف توفر له متطلباته لأنه حالة استثنائية واضطراب معقد ما يجعل العائلة تعيش حياة ربما مضطربة يسودها التوتر وعيش لحظات ضعف ويأس وانخفاض مستوى الصحة النفسية وكثرة الأعباء والالتزامات اتجاه الطفل التوحدي، إذ يفرض عليهما التكفل به وتقديم الرعاية والاهتمام وتلبية حاجاته ومتطلباته مما يؤثر وينعكس على جودة حياتهما بمختلف أبعادها الصحية والنفسية والاجتماعية والمادية.

مقدمة

ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية التي من خلالها عالجتنا موضوع مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين، وقد قسمت الدراسة إلى جانبين حيث خصص الجانب الأول منها للإطار النظري للدراسة وشمل على 3 فصول:

الفصل الأول يتضمن الإطار المفاهيمي للدراسة، وضم إشكالية الدراسة بما فيها من صياغة للتساؤلات، وأهداف الدراسة، أهمية الدراسة، التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة والدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين ثم التعقيب عليها، بالإضافة إلى فرضيات الدراسة.

بينما احتوى **الفصل الثاني** على متغير "جودة الحياة" بدءاً بتمهيد للفصل، التطور التاريخي لها، تحديد مفهومها، ثم تطرقنا إلى تحديد مقومات وأبعاد ومبادئ ومجالات ومظاهر والنظريات المفسرة لها، ومعوقات جودة الحياة وأخيراً كيفية تحسينها، ومهارات جودة الحياة لأسر أطفال التوحيدين، ومن ثم ننهي الفصل بخلاصة.

أما **الفصل الثالث** فخصص للحديث عن متغير اضطراب التوحد، استهل بتمهيد له، وتحديد مفهومه والفرق بين اضطراب التوحد وطيف التوحد، وذكر أعراضه وأسبابه وخصائصه وكيفية تشخيصه، بعدها تطرقنا للحديث عن ردود فعل الوالدين عند اكتشافه، والمشكلات التي تعاني منها الأسر، وفي الأخير دور الأسرة في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وختم الفصل بخلاصة لأهم ما تم استخلاصه.

بينما الجانب الثاني من الدراسة فخصص للدراسة الميدانية وشمل على فصلين: **الفصل الرابع** تناولنا فيه الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، حيث تم التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، بعدها مجالات الدراسة ومنهج الدراسة إضافة إلى مجتمع وعينة الدراسة ويليها الأداة المستخدمة، وفي الأخير أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة، وصولاً إلى خلاصة الفصل.

أما **الفصل الخامس** والأخير فيه تم عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الرئيسية والفرضيات الجزئية، والدراسات السابقة، وفي نهاية الفصل بناءً على النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة قمنا بتقديم مجموعة من الإقتراحات وبعدها الخاتمة، واعتمدنا في كل هذا على 47 مرجعاً عربياً، بما فيهم من الكتب والرسائل والأطروحات الجامعية والمجلات والملتقيات، وتليهم قائمة الملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- أهداف الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- تحديد المتغيرات الإجرائية للدراسة

5- الدراسات السابقة والتعقيب عليها

6- فرضيات الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الأسرة البنية الأساسية في المجتمع التي تهتم برعاية الطفل وتلبية احتياجاته البيولوجية والنفسية وتساعد في بناء شخصيته السوية والمتزنة من خلال توفير جميع متطلبات الحياة الجيدة فتحرص على توفير جو أسري مناسب لأطفالها، إلا أنها قد ترزق بأطفال يعانون من بعض المشكلات تكون عبارة عن إعاقات جسدية أو عقلية أو كأن يكون الطفل مصاب بأحد الاضطرابات النمائية كتوحد، الأمر الذي قد يصيب الوالدين بصدمة وحزن ويضعهم أمام مواجهة واقع صعب نتيجة لما قد يخلفه من آثار سلبية ما قد تهدد الاستقرار النفسي، والاجتماعي والاقتصادي لأفراد الأسرة.

فالتوحد واحد من المشكلات الصعبة والمعقدة فهو اضطراب نمائي يصيب الأطفال، ومن أكثر الاضطرابات غير معروفة المنشأ تعقيدا، ويظهر من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، فيعيق عمليات الاتصال والتعلم، والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والادراكي والكلام لدى الطفل. (النجار، 2006، ص 6).

حيث تشير دراسة كل من عبد المناف الجادري، وأسيل (2019) إلى أنه في الوقت الحالي التوحد هو اضطراب نهائي عصبي تبدأ مؤشرات بالظهور في السنوات الأولى من عمر الإنسان لدى كلا الجنسين في كل مناطق العالم، ولقد لقي التوحد اهتماما كبيرا من الباحثين والمختصين وسجل قلقا مبررا من الآباء ومقدمي الرعاية والخدمات العلاجية، وبالعودة إلى الاختلافات الموجودة في تصنيف التوحد وتسميته وطبيعته ومسبباته وتشخيصه وكيفية علاجه، ذكر الطبيب النفسي ليوكاير 1943 في مقالته التي تصف إحدى عشر مريضا تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته أن هؤلاء الأطفال كانوا يتصرفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد استعمل مصطلح التوحد Autism لأول مرة للتعبير عنها، حيث اعتبره حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الإتصال بالآخرين والتعامل معهم وأنه مشكل حاد في النطق، ومع أن المصطلحات ما زالت متغيرة والفرضيات الجديدة تتطور باستمرار إلا أنه لم يتوصل إلى إجماع حوله ولكن التقدم في علم الأعصاب والدراسات الوراثية يزيد الأعمال حول إيجاد المؤشرات الحيوية biomarkers التي تفسر الفسيولوجيا المرضية وتطور المعايير الشخصية أفضل اكلينيكيًا وتوفر طرق علاجية أكثر فعالية وحتى حصول مثل هذا التطور سبقا مفهومنا للتوحد وطريقة تشخيصه وكيفية علاجه محل جدل. (الجادري واسيل 2019).

وقد ازداد الاضطراب انتشارا كبيرا في السنوات الأخيرة حيث اشارت الاحصائيات عن مركز التميز للتوحد ان نسبه انتشاره وفقا لمنظمه الصحة العالمية أن طفل من كل 160 طفل حول العالم

مصاحب به ووفقا للمركز التحكم بالأمراض والوقاية منها الامريكي (CDC) فان معدل الانتشار اضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2018 (طفل من كل 59 طفل) مصاحب بينما في عام 2020 (طفل من كل 54 طفل مصاحب).

أما في الجزائر وحسب البروفيسور ولد الطالب محمود طيبب أعصاب مختص في الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين pédopsychiatre بمستشفى دريد حسين فإن متوسط 300 ولادة يتم إحصاء الطفل لديه توحد مما يؤدي إلى بناء استنتاج بأن لدينا ما لا يقل عن 6 0000 طفل مراهق مصاحب بالتوحد في الجزائر. (ميدون، 2019، ص7).

ويعيش أطفال التوحد وأسرهم معاناة يومية وسط مجتمع تسود فيه الذهنيات المتخلفة التي تنتظر لمريض التوحد على أنه إنسان غير سوي ومختل عقلي، فالمجتمع قد يسهم في تأزم وضعية الأطفال المرضى بسبب النظرة السيئة وتصنيفهم كمختلين عقليا الأمر الذي قد يؤثر على الوالدين وأفراد الأسرة مما يزيد من حدة التعقيدات والضغوط التي يعيشونها (براجل 2017، ص116).

حيث اشارت العديد من الابحاث اضطراب الجانب النفسي للوالدين جراء الضغوطات الشديدة وقد تصل إلى ظهور أمراض تتسبب في اختلال صحتهم النفسية تلاحظ في سلوك الوالدين كالشعور بالذنب ورفض الطفل والحماية الزائدة والانعزال عن الحياة والشعور بالنقص وعدم التقيل. (الجبلي، 2015، ص25).

ويواجه أبناء الأطفال التوحديين الخوف والحزن وخيبة الآمال وغيرها من ردود الأفعال الانفعالية المعقدة التي تظهر تزامنا مع خير وجود طفل توحدي في الأسرة مما يضطرون للتضحية وذلك لإشباع وتحقيق حاجات طفلهم وقد يتعامل بعض الاباء في مثل هذه المواقف الصعبة بفعالية أمام الضغوطات النفسية التي يواجهونها من خلال تنشئتهم لأبنائهم. (عادل، 2013، ص184).

وعليه فان اضطراب التوحد له نتائج عكسية على سعادتي ورفاهية الوالدين وإن الإحساس بجودة عالية يكون في الشعور بالرضا والاحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد. (بخش، 2006، ص9).

وفي ظل الاتجاهات المتعددة لدراسة مفهوم جودة الحياة يرى كل من:

(tung,li chan,at al 2014) أن جودة الحياة هي تصرف الفرد اتجاه مواقف الحياة في نظام الثقافة والقيم التي يعيش بها وفيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها وتضم جودة الحياه المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية والبيئية وأنه لتقييم جودة حياة الأطفال ذوي اضطراب التوحد يجب التركيز على الخدمات المقدمة للأسرة ذلك ان جودة الحياه مؤشر على تكيف الأسرة مع اضطراب طفلهم وعلى انهم

قادرون على التكيف بشكل افضل مع الضغط على الامد الطويل لرعاية الطفل التوحدي وقد يكون لجوده الحياه اثر مباشر تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل وجودة الرعاية المقدمة له.(السيد فؤاد والسيد سليمان،2020، ص56).

حيث يظهر من خلال مراجعه الباحث لدراسة كل من:

(dijkhuis et al Arais et al heyst 2017,and Geurts 2015) أن فئة تداوي اضطراب التوحد تعتبر من اقل الفئات التي استفادت من مخرجات البحوث في مجال جودة الحياة خاصة وإن 60% من هذه الخريجة المجتمعية يعانون من سوء التكيف في المعيشة والعلاقات الاجتماعية وفرص العمل الامر الذي يجعلهم اعتماديين على اسرهم وانهم بدون خدمات ملائمة وتدخلات فعالة ونتيجة لذلك فان العديد من اولياء امور اطفال اضطراب التوحد لما يدركون مستقبل اطفالهم الامر الذي يشعرهم بالقلق اتجاه ما قد يحدث لهم حياله اخراتهم في المجتمع كونهم لا يزال يعتمدون على غيرهم في الرعاية.(الزهراني والزارع،2019،ص659).

وأيضاً أوضحت دراسة (Hsiao,gun-ju2016) أن جودة الحياة التي ترتبط بالحالة النفسية للوالدين قد تؤثر على قدرة الأسرة على التكيف مع وجود إعاقة في التربية الطفل ذو اضطراب التوحد تكون مهمة صعبة لوجود مجموعه من التحديات اثناء التشخيص والتدخل وتقديم الخدمات المناسبة للطفل وآباء وأمهات الاطفال لديهم مستوى مرتفع من الضغوط العصبية والنفسية ويصعب عنهم الرضا عن حياتهم ويحاولون الشعور بجوده حياته الصحية وعقلية حينئذ يتعاملون بشكل أفضل عند تشخيص طفل اضطراب التوحد ويتمكن من دعم الطفل.(مقياس جودة الحياة أسرة الطفل ذوي اضطراب التوحد).

مما سبق فإن وجود طفل توحدي داخل الأسرة قد يؤثر سلباً على الوالدين خاصة وعلى الأسرة ككل، مما يجعلهم يعيشون تحت ضغوطات كبيرة وتوترات تنعكس على سعادة ورفاهية الوالدين، مما تدفعهم إلى تقديم الرعاية المناسبة وتوفير الوسائل لتلبية احتياجات الطفل المصاب باضطراب التوحد هذا ما يجعل أفراد الأسرة في مواجهه ضغوطات باعتبارها قد تعيق نشاطاتهم الحياتية المختلفة وتحملهم أعباء مستقبلية دائمة.

ولذلك تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

- ما مستوى جوده الحياه لدى والدي اطفال التوحديين؟

التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جوده الحياه لدى والدي اطفال توحديين تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي اطفال التوحديين تعزى لمتغير درجة اصابه الطفل بالتوحد؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي اطفال التوحديين تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي اطفال التوحديين تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي؟
- 2- أهداف الدراسة:**

- معرفة مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين.
- معرفة الفروق في جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين التي تعزى لمتغير الجنس.
- معرفه الفروق في جودة الحياة لدى والدي أطفال توحديين التي تعزى لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.

- معرفه الفروق في جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين التي تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- معرفه الفروق في جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين التي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.

3- أهمية الدراسة:

- التوصل الى نتائج علميه وعملية تعمل على تكيف والدي أطفال توحديين.
- تقديم بحث علمي يساهم في الارتقاء بموضوع جودة الحياة
- محاوله تزويد والدي المضطربين ببرامج وأساليب للتعامل مع اطفال التوحديين.
- الإهتمام بالصحة النفسية والجسدية للوالدين من خلال رعاية الطفل المتوحد.
- تعتبر هذه الدراسة فرصة لوالدي أطفال التوحديين للتعبير عن ما يعانونه من الظروف الحياتية، وتوجيههم لمواجهتها والتكيف معها، والتعرف على كيفية تقديم المساعدة لهم.

4- تحديد المتغيرات الإجرائية للدراسة:

- **جودة الحياة لدى والدي أطفال توحديين:** هي شعور الفرد بالسعادة والرفاهية النفسية والاجتماعية والعاطفية والرضا عن الحياة من خلال اشباع حاجاته.
- **التوحد:** هو اضطراب نمائي يصيب الطفل خلال مرحلة الطفولة الأولى يعيق عملية الاتصال والتفاعل الاجتماعي سواء كان لفظي أو غير لفظي ويعتبر من أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته.

• **والدي التوحديين:** هم والدي الطفل الذي يعاني من عجز في التواصل والتفاعل بسبب اضطراب التوحد.

5- الدراسات السابقة:

الدراسات العربية

1- دراسة السيد سعد الخميسي (2011) والتي هدفت للكشف عن أشكال ضغوطه التي تتعرض لها أسر الأطفال والمراهقين التوحديين وقد تكونت عينه الدراسة 54 أب وأم في مدينة جدة وقد طبقت هذه الدراسة مقياس ضغوط الأسرية من إعداد الباحث وكذا أشارت النتائج إلى أن الضغوط المتعلقة بنقص المعلومات والضغوط الناتجة عن خصائص الابن التوحدي هي من أكثر الضغوط التي تعاني منها أسر الأطفال والمراهقين التوحديين.

2- دراسة كريم وعلي (2014) والتي هدفت للتعرف على مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال من ذوي طيف التوحد تكونت عينه الدراسة من 1115 من آباء وأمهات المصابين بالتوحد في العراق تم اختيارهم عشوائياً في عدد من المراكز التي تقدم الرعاية الصحية لأطفال التوحد وأسرههم ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة المفتتة واستبانة نوعية الحياة كأدوات لجمع البيانات وأشارت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد كان منخفض جداً وبينت النتائج الدراسة وجود فروق في مستوى نوعية الحياة المدركة لدى آباء وأمهات الأطفال من ذوي طيف التوحد التعزي للمستوى التعليمي للأُم لصالح الأمهات أدوات المستوى التعليمي المرتفع.

3- دراسة سارة عبد العظيم الذياب (2014)، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال توحد في دور المتغيرات الديموغرافية النوع العمر المستوى العلمي استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وتكونت عينه الدراسة من 30 عينه 14 ذكور و16 إناث من والدي أطفال التوحد بمركز التربية الخاصة بولاية الخرطوم استخدمت الباحثة مقياس ضغوط النفسية من إعداد الأمم المتحدة للصحة العالمية 1997 والتي تم ترجمتها في الأردن عمان 2004 و تم تحليل بيانات الدراسة بواسطة المعالجات الإحصائية التالية خيارات للعينة الواحدة امتازت العينتين مستقلتين معامل ألفا كرونباخ العامل الثابت فإن تكوين معامل الارتباط سييرمان والمتوسطات والانحرافات، وتوصلت الدراسة إلى الآتي أن الضغوط النفسية لدى والدي الطفل التوحدي تتسم بالارتفاع لا توجد فروق بين الضغوط النفسية ومستوى العلمي لدى والدي الطفل توحدي توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي الطفل توحدي.

4- دراسة أبو كريع (2015) بعنوان نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الاضطرابات التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات في الأردن بحيث هدف الباحث من خلال دراسته إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد وعلاقتها بالمتغيرات التالية جنس الطفل التوحدي عمره شدة الاضطرابات لديه استخدام المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من 94 أسرة منهم آباء وأمهات مصابين بالتوحد في مجموعة من المراكز المتخصصة في التربية الخاصة وأشارت النتائج إلى أن أصول الأطفال التوحديين تتمتع بمستوى متوسط في جميع الأبعاد المتعلقة بالمقياس المعد للدراسة وكان أعلى متوسط حسابي للبعد المعرفي وقدر ب45,3 وأقل متوسط حسابي في المقياس للبعد الاقتصادي الذي قدر ب2,67 بمستوى نوعية حياته المتوسط كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعا للمتغير الجنس الطفل في البعد الصحي 5.

5- دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018): بعنوان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات أطفال توحديين بدولة الإمارات العربية المتحدة وهي مذكرة لنيل لشهادة الماجستير في علم النفس هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أساليب معاملة الوالدين وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال توحديين بدولة الإمارات العربية واستخدمت المنهج الوصفي الارتباط وتكونت العينة من 32 أما اختيرت بطريقة عشوائية وأدوار أدوات الدراسة في استخدام 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 بجودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية

6- دراسة جعلاب وشعوبي (2020): بعنوان واقع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد كونهم الفئة التي تتحمل الأكبر في رعاية وتلبية معظم متطلباته اجريت الدراسة باتباع المنهج الوصفي التحليلي على مجموعة الدراسات أما تتراوح أعمار ما بين 45- 49 سنة ثم اختياريهم بصفه قصدية من بين أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام استبيان جودة الحياة وخلصت الدراسة لنتائج التالية:

توجد فروق في مستويات جودة الحياة بين أفراد مجموعة البحث بين المستوى المرتفع والمتوسط والضعيف مع غلبة المستوى المرتفع من جودة الحياة عند أكثر من 50% من مجموعة البحث.

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (Liesen, 2012): هدفت الدراسة لفهم العلاقة بين تأثير عملية التآكل والدعم الاجتماعي على الاجتهاد وجودة نتائج الحياة لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التوحد الدراسة على عينة قوامها 480 من آباء الأطفال المصابين باضطرابات التوحد النتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين اعاده التشكيل المعروف فيه المعرفي والدعم الاجتماعي وجودة الحياة كما أشارت نتائج الدراسة إلى تأثير السلبي للإجهاد والدعم الاجتماعي على نوعية الحياة.

2- دراسة (Cooke,2013) : هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة لأسر للأطفال ذوي اضطراب التوحد وبين وجود الطفل المصاب بالتوحد طبق استبيان مفتوح على أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب التوحد على عينة قوامها خمسة من الآباء والامهات وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود على ارتباطية سلبية بين نوعية الحياة لأمهات الأطفال ذوي الاضطراب التوحد ووجود الطفل المصاب بالتوحد.

3- دراسة (Levison,2014): هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة الأسرية، اللوم الذاتي للوالدين، والدين في الأسر التي لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد، طبق استبيان مفتوح مع أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب التوحد، على عينة قوامها 114 من الآباء للأطفال ذوي اضطراب التوحد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط سلبي بين نوعية الحياة الأسرية واللوم الذاتي للوالدين ووجود ارتباط إيجابي بين نوعية الحياة الأسرية والدين في الأسر التي لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد.

4- دراسة (Piovesan et al,2015): بعنوان " جودة الحياة والأعراض الإكتئابية لدى أمهات الأفراد التوحديين"، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن جودة الحياة ووجود الأعراض الإكتئابية لدى أفراد العينة بحيث تستخدم المنهج الوصفي، وتكونت العينة من 40 أم تراوحت أعمارهن بين 28 و 72 سنة متزوجات، ذو دخل متوسط مستوى تعليمي منخفض، وتراوحت أعمار أبنائهن بين 10 الى 40 سنة واستخدم الباحث كأدوات للدراسة كل من استبيانات الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والصحة، ومقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، ومقياس " بيك" للاكتئاب والياس ومقياس "Bapista" للاكتئاب نسخة الراشدين وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة وظهور الأعراض الإكتئابية تعزى لمتغير عمر الطفل، ووجود علاقة ارتباطية سلبية عالية بين جودة الحياة والمستويات العالية من الأعراض الإكتئابية، وارتباط بين البيئة والدخل.

5- دراسة (Vasilopoulo et Misbet, 2016) هدفت الدراسة إلى التعرف على "مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد"، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الناقد القائم على مراجعة الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة لدى أسر أطفال التوحد: وتم مراجعة قواعد البيانات ذات الصلة مثل: Assia, Cinahi, Biosis, Psycinfo من أجل الحصول على أهم النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات التي بينت أن مستوى جودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء مصابين بالتوحد كان منخفضاً، وكشفت النتائج أن أهم المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة لدى الأسر كانت شدة الإعاقة ومستوى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي المؤسسي المقدم للأسرة.

6- دراسة (Leadbitter, 2018): هدفت الدراسة للكشف عن نوعية الحياة لعمر لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد في عمر ما قبل المدرسة وعلاقتها بتوفير مستوى الخدمات للتدخل المبكر، طبقت الدراسة استبيان مفتوح عن طريق الإنترنت مع أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب التوحد، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة لأولياء الأمور، وأداء الطفل التكيفي والصحة العقلية للوالدين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق نستخلص ما يمكن أن يفيدنا في الدراسة الحالية وما يمكن أن نعتمد عليه في تحليلاتنا إذ:

استفادت الطالبتان الباحثتان كثيراً من الدراسة السابقة نظراً للتشابه الكبير بينها وبين موضوع الدراسة الحالية التي تناولت مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين، مما زود الطالبتين بأفكار جيدة حول إعداد الأسئلة وتحديد الأداة والمنهج المناسبين لتطبيق الدراسة الحالية.

خلاصة نقدية تحليلية للدراسة السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة عينة فقط من الدراسات التي تمكننا من الوصول إليها والاستفادة منها من حيث بناء الإشكالية، الاستبيان، وتحليل وتفسير النتائج، كما ساعدت الدراسات السابقة دراستنا الحالية في الخروج بمؤشرات عدة تعطي نظرة أشمل لموضوع الدراسة، وكذلك في ضبط متغيراته، وقد اتفقت واختلفت هذه الدراسة في الكثير من النقاط فيما بينها مع الدراسة الحالية، وهذا التشابه والتباين لا ينفي أن لكل منهم مميزات.

من خلال هذا العرض المقتصر للدراسات السابقة يمكننا استخلاص مجموعة من الملاحظات المنهجية والمعرفية التي يمكن أن تستفيد منها في مشكلاتنا كالاتي:

تصنيف الدراسات السابقة حسب البيئة المطبقة فيها:

الجدول رقم(1): يوضح الدراسات السابقة حسب البيئة المطبقة فيها:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1): أن الدراسات السابقة المعتمد عليها لأجراء الدراسة الحالية كانت بالتساوي ما بين دراسات عربية ودراسات أجنبية، ذلك لأن موضوع الدراسة الحالية منتشر في كل العالم وغير مقتصر على بيئة ما دون الأخرى.

الجدول رقم (2): يوضح تصنيف الدراسات السابقة حسب المنهج المستخدم.

| موقع الدراسة الحالية | النسبة المئوية | مجموعها | بنيات الدراسة السابقة |
|--|----------------|---------|-------------------------------------|
| تتتمي الدراسة الحالية إلى البيئة العربية | 50 % | 06 | دراسات سابقة في بيئة عربية |
| | 50% | 06 | دراسات سابقة في بيئة أجنبية |
| | | 12 | المجموع الكلي |
| منهج الدراسة الحالية | النسبة المئوية | المجموع | المنهج المستخدم في الدراسات السابقة |
| المنهج الوصفي | 100% | 12 | المنهج الوصفي |
| | 100% | 12 | المجموع الكلي |

نلاحظ من خلال جدول رقم (2) أن كل الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي بأنواعه كونه الأنسب لطبيعة موضوع الدراسة.

الجدول رقم (3): يوضح تصنيف الدراسات السابقة حسب أداة الدراسة:

| أداة الدراسة الحالية | النسبة المئوية | المجموع | نوع الأداة المستخدمة في الدراسات السابقة |
|----------------------|----------------|---------|--|
| استبيان | 58,33% | 7 | الاستبيان |
| | 16,67% | 2 | مقياس الضغوط |
| | 16,67% | 2 | مقياس جودة الحياة |
| | 8,33% | 1 | المقابلة |
| | 100% | 12 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3) أن أغلب الدراسات السابقة استخدمت أداة الاستبيان بينما باقي الدراسات اعتمدت على أدوات أخرى تمثلت في مقاييس الضغوط ومقاييس جودة الحياة والمقابلة، ذلك بما يتناسب مع طبيعة موضوع الدراسة.

أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية:

من حيث الهدف: كانت معظم الدراسات تهدف للتعرف على مستوى جودة حياة لدى والدي أطفال التوحيدين من مختلف أبعادها وجوانبها ومعرفة نوعية الحياة داخل الأسرة، وهذا ما يتفق مع الدراسة الحالية كدراسة كريم علي، 2014 ودراسة أبو قريع 2015، ودراسة Liesen, 2012، ودراسة 2013 Cooke, ودراسة Levison, 2014، ودراسة Vasilopulo et Misbet, 2016، ودراسة 2018 Leadbitter, من حيث الدراسات في الهدف مع الدراسة الحالية، بينما نجد بعض الدراسات هدفت الى معرفه الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة حياة والدي اطفال توحيدين كدراسة السيد سعد الخميسي 2011 ودراسة ساره عبد العظيم دياب 2014، وكذلك نجد دراسة اهتمت بجودة الحياة أمهات أطفال التوحيدين كونهم الفئة الأكثر تضررا التي تتحمل العبء الأكبر، كدراسة هيفاء كمال شرف الدين 2018، ودراسة جعلاب وشعوبي، 2020 ودراسة Piovesan et al, 2015).

من حيث المنهج:

استخدمت كل الدراسات المنهج الوصفي به وأنواعه المختلفة، وبالتالي اتفقت مع الدراسة الحالية.

من حيث العينة:

لقد تشابهت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في عينتها، حيث طبقت على عينة من والدي أطفال التوحيدين، باستثناء دراسة هيفاء كمال شرف الدين 2016، ودراسة جعلاب وشعوبي 2020 ودراسة Piovesan et al, 2015 التي اقتصرت عيناتهم على أمهات أطفال التوحيدين فقط، فهذه الدراسات اختلفت مع الدراسة الحالية، كما أنه يوجد تفاوت في عدد العينة من دراسة لأخرى.

من حيث الأداة:

تشابهت أغلب الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في اعتمادها أداة استبيان لجميع البيانات، في حين اختلفت دراسة السيد سعد الخميسي 2011، ودراسة ساره عبد العظيم دياب 2014 مع الدراسة الحالية في نوع الأداة، فاستخدموا مقياس الضغوط، ودراسة هيفاء كمال شرف الدين 2018، ودراسة Piovesan et al, 2015 استخدموا مقياس جودة الحياة، ودراسة كريم وعلي 2014 التي استخدمت المقابلة.

من حيث النتائج:

لقد أجمعت كل من دراسة كريم وعلي 2014، ودراسة ابو قريع 2015، ودراسة هيفاء كمال شرف الدين 2018، ودراسة جعلاب وشعوي 2020، ودراسة Liesen,2012 ودراسة Cooke,2013 ودراسة Levison,2014، ودراسة Piovesan et al, 2015 ودراسة Vasilopoulo et 2016، ودراسة Misbet, 2018، ودراسة Leadbitter, 2018 على وجود فروق في مستوى نوعية الحياة وعلاقة ارتباطية سلبية في نوعية الحياة الأسرية وانخفاض في مستوى الدعم الاجتماعي والمؤسسات المقدمة للأسرة، بينما توصلت دراسة كل من السيد سعد الخميسي 2011، ودراسة سارة عبد العظيم دياب 2014 على وجود ضغوط نفسية تتسم بالارتفاع لدى والدي أطفال التوحيدين.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

قد ساهم وساعد الاطلاع على الدراسات السابقة الدراسات الحالية في عدة أغراض وهي كالتالي:

- تحديد أهمية المشكلة وإزالة الغموض عنها وحصرها.
- الإلمام ببعض المصادر التي ساعدت في بناء الإطار النظري وإثرائه.
- تحديد مفاهيم الدراسة وتحويلها إلى تعريفات إجرائية.
- ضبط عنوان الدراسة وصياغته صياغة سليمة.
- صياغة الفروض التي تعالج العلاقة بين المتغيرين.
- تحديد المنهج المناسب والأكثر فائدة للدراسة الحالية، وتحديد الأداة والجراءات والأساليب الإحصائية الملائمة.
- مقارنة نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الحالية والموسومة بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين.
- ربط نتائج الدراسات السابقة بالمعرفة القائمة واقتراح بحوث جديدة.

6- الفرضيات:

الفرضية العامة: مستوى جوده الحياة منخفض لدى والدي اطفال التوحيدين.

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال توحديين تبعاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي اطفال التوحيدين تبعاً لمتغير درجة اصابه الطفل بالتوحد.

- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة تباعا لمتغير المستوى التعليمي لدى والدي اطفال التوحيين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جوده الحياه تباعا لمتغير المستوى الاقتصادي لدى والدي أطفال توحيين.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد

- 1- التطور التاريخي لجودة الحياة
- 2- مفهوم جودة الحياة
- 3- مقومات جودة الحياة
- 4- أبعاد جودة الحياة
- 5- مبادئ جودة الحياة
- 6- مجالات جودة الحياة
- 7- مظاهر جودة الحياة
- 8- النظريات المفسرة لجودة الحياة
- 9- معوقات جودة الحياة
- 10- كيفية تحسين جودة الحياة
- 11- مهارات جودة الحياة لأسر أطفال التوحيدين

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا في العلوم الإنسانية والاجتماعية، والذي يمثل بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين، كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي، حيث أصبحت تعتبر من المتطلبات الأساسية لتحقيق الصحة النفسية، والرضا عن الحياة، فكل فرد يبحث عن جودة لحياته من خلال تحسين الأوضاع للتطلع لمستقبل أفضل.

وعليه سنعرض في هذا الفصل التطور التاريخي لجودة الحياة، وتقديم جملة من التعاريف لمفهومها، ثم عرض كل من المجالات والمظاهر والأبعاد والمهارات، مروراً بأهم النظريات المفسرة لجودة الحياة.

1- التطور التاريخي لجودة الحياة:

لقد تطرق الباحثين لمفهوم جودة الحياة وأصبحوا أكثر اهتماما بالجانب الايجابي للفرد، وظهر مصطلح جودة الحياة لأول مرة في الفلسفة الإفريقية عند أرسطو حيث ناقش موضوع السعادة وحياة الترف، وأشار أن هناك عاملين رئيسيين في الاستمتاع بالحياة أحدهما: قدره الفرد على الشعور بالمتعة والآخر هو استخدام العقل، وأن فقدان الشعور بالرضا عن الحياة ليس في حد ذاته اضطرابا، ولكن الاضطرابات النفسية الأخرى كثيرا ما ترتبط به، كالقلق، والاكتئاب، الفصام، الإعاقات، والامراض الجسمية. وقد اقترح أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تتحقق حياه سعيدة. واستخدم مفهوم جودة الحياة في المجال السياسي عندما اقترح توماس جيفرسون thomas jefferson نقاط رئيس الولايات المتحدة الأمريكية (1809-1881) أن يضاف للدستور "الحق في السعادة لكل امريكي". (بوعامر، 2022، ص 31)

كما يمكن إرجاع بداية مفهوم جودة الحياة في الظهور إلى حركة المؤشرات الاجتماعية عامة ومؤشرات جودة الحياة خاصة، حيث جاءت في مناخ سياسي واقتصادي وثقافي تموج به التيارات الراضة للنظام السياسي والاقتصادي السائد آنذاك، الذي يجعل من زيادة الدخل القومي، وزيادة الإنتاج والاستهلاك مؤشرا لنجاحه ووسيلة لتحقيق الغاية النهائية للسياسات، سواء كانت تحقق نمو المجتمع أو تقدمه أو رفاهيته، لذلك لم يكن مثيرا للدهشة أن تكون بداية ظهوره في دول الغرب الصناعية. ويذكر سنوك عام (2000. Snok) أن أول تناول واضح للمفهوم كان من قبل الاقتصاديين الامريكيين "صامويل أويداوي (1953. Samuel ordway)، وفيرفيلد اوسبورن (1954. fairfield osborn)، حيث عبرا عن ذلك باستخدام هذا المفهوم للتعبير عن قلقهما على البيئة من أخطار النمو الاقتصادي والصناعي المتزايد. ويضيف سنوك أن الرئيس الأمريكي "ليندون جونسون" (lindon johnson) كان قد استخدم عام 1964 مصطلح جودة الحياة في اجتماع سياسي، أكد فيه أن انجازاتنا لأهدافنا لا يقاس من خلال حجم حساباتنا البنكية، لكن بمدى جودة الحياة التي نوفرها لشعبنا. (باشا، 2019، ص 128-129).

كما أن مصطلح جودة الحياة ظهر جليا وحظي باهتمام كبير في المجال الطبي إذ كان مقتصرا في البداية على الأبحاث العلمية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة حتى عام 1978، حيث وسع المصطلح وأصبح يشمل أنه للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية بالإضافة إلى الرعاية الفيزيولوجية. (بوعامر، 2022، ص 32).

إلا أنه لم يدخل مفهوم جودة الحياة العلوم الاجتماعية والنفسية حتى بداية القرن العشرين، حيث أصبح أحد مفاهيم علم النفس الإيجابي الذي تم تأسيسه عام "1998" على يد عالم النفس الأمريكي "مارتن سليجمان" (M. Seligman) الذي يركز على دراسة كيفية جعل الفرد يعيش سعيدا في حياته، إذ تتمثل الغاية الرئيسية لهذا العلم في دراسة وتحليل مواطن القوة والإبداع والعبقرية ودور الخصائص الإنسانية الإيجابية مثل: الرضا والتفاؤل والامتنان والاعتراف بالفضل والامل والتعاطف ونوعية الحياة، وتحقيق السعادة الشخصية للفرد. (سليم جمال، 2016، ص 12)

لكن لو حاولنا تتبع الإطار النظري للأدبيات التي تناولت بدايات جودة الحياة كمفهوم جديد نجد أن هناك ثلاثة اتجاهات تفسرها نذكرها كالتالي: الاتجاه النفسي: ينظر إلى مفهوم جودة الحياة على أنه "البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف الى اشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الاشباع بمؤشرات موضوعية وذاتية". وكما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات جديدة لهذه المرحلة تلح على الاشباع، مما جعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الاشباع، أو عدم الرضا في حالة عدم الاشباع نتيجة للتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (مسعودي، 2015، ص 206).

الاتجاه الطبي: يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي، وفي تطوير الصحة فقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المريض من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين او مشكلة. وتعطي جودة الحياة مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. (بوتي وبرقيقة، 2020، ص 45).

الاتجاه الاجتماعي: إن الاهتمام ان الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأ منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل: معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية للأفراد المجتمع إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من

مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به فرد وما يجنيه من عائد ماديا من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقه الفرد مع زملائه تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة. (عبيد، ص358).

2- مفهوم جودة الحياة:

لغة:

الجودة: أصلها من فعل جاد، جود، جودة أي صار جيدا، وهو ضد الرداء، وجود شيء: أي حسنه وجعله جيدا. (الهنداوي، 2011، ص 32).

وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز Excellence، والاتساق Consistency، والحصول على محكات criteri، ومستويات standards محددة مسبقا. (عبد الحفيظي، 2016، ص 25).

اصطلاحا: يعرف "كارول رايف" Ryff 2006 جودة الحياة بأنها الإحساس بحسن الحال، والذي يتمثل في ارتفاع مستوى رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام واستقلاليته في تحديد مسار حياته، والسعي إلى تكوين علاقات اجتماعية ناجحة ومتبادلة مع الآخرين، كما يرتبط ذلك بالشعور العام والسعادة والطمأنينة. (بوعامر، 2022، ص35).

كما يعرف "جون جانس" (john james. 2002) جودة الحياة للآباء بأنها الدرجة التي يصل إليها الآباء من الإشباع للاحتياجات الشخصية للحب والمودة والاحترام والتشجيع والمساندة والمشاركات المعنوية والممتلكات الشخصية والمال للاستخدام الشخصي. (حامد بدر، 2019، ص 91).

ويضيف حسن عبد المعطي (2005) بأنها مجموع تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة وإدراكهم مكانتهم ووضعهم في الحياة في المحيط في المنظومة الثقافية والقيمة التي يعيشون فيها، وعلاقه ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم للجوانب التالية: الرضا عن الحياة النشطة المهنية- أنشطة الحياة اليومية- السعادة- الأعراض النفسية- الحالة المادية- المساندة الاجتماعية. (بوعامر، 2022، ص 36).

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة " بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيام في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه. (الدمني، 2018، ص 278).

كما يعرفها دينيز 2009 "بأنها الإدراكات الحسية للفرد اتجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابته ومعتقداته، وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي. (بوعيشة، 2014، ص 71).

ويرى ادموندز واستيوارت براون جودة الحياة أنها حالة عامة من الاتزان الانفعالي تنظم إيقاع حياة الشخص في سياق علاقته مع ذاته وعلاقته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين نتيجة سيطرت مشاعر الإقبال، الحيوية، الثقة، المرح، السعادة، الهدوء، حب الآخرين والاهتمام بهم على أسلوب حياتهم. (بوتى وبرقيقة، 2020، ص 38).

ويرى كومنس أن مفهوم جودة الحياة "يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية.(شيخي، 2014، ص72).

وعرفها الأشول 2005 على "أنها درجة الرقي في مستوى الخدمات المادية، والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الافراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الافراد الذين يتفاعل معهم من الأصدقاء والأشقاء والأقارب، أي جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.(ابو هشهش، 2018، ص14).

وفي ضوء ما سبق يتبين لنا أن جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي ومدى رضاه عن حياته، وشعوره بالراحة النفسية، وإدراكه لصحته العامة، وعن علاقاته الأسرية والاجتماعية، والنظرة الإيجابية للمواقف والظروف المحيطة بالفرد.

3- مقومات جودة الحياة:

يرى " سليمان 2009 "أنه عند الحديث عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية نجدها تتمثل في:

- 1- الناحية الجسمانية: تتمثل في اشباع الحاجات الفيزيولوجية الأساسية للفرد من ماء وهواء نقي وطعم صحي، ومسكن مناسب وقدر ملائم من النوم الهادئ.
- 2- الناحية العقلية: تتمثل في إشباع الحاجات إلى التفكير والابتكار.
- 3- الناحية النفسية: تتمثل في اشباع الحاجات إلى الأمن والأمان، والعيش في مجتمع أمين بعيد عن المخاطر، والاحتياج إلى تقدير الذات وتحقيقها بعيدا عن جوانب القصور لديه.
- 4- الناحية الاجتماعية: تتمثل في اشباع الحاجات إلى القبول والتفاعل الاجتماعي والحاجة إلى الانتماء.(عرعار، 2021، ص 131-132).

وحسب منظمة الصحة العالمية تتمثل مقومات جودة الحياة في عدة عناصر هي:

الصحة الجسدية: وذلك من خلال القدرة على القيام بوظائف الجسم الدينامية، وحالة الجسم مثلا اللياقة البدنية.

الصحة النفسية: وهذا بالقدرة على التعرف على المشاعر، والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة، والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.

الصحة الروحية: وهي تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للوصول إلى الرضا مع النفس.

الصحة العقلية: القدرة على التفكير بوضوح وتناسق والشعور بالمسؤولية، والقدرة على اتخاذ القرارات.

الصحة الاجتماعية: وذلك بالقدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، وكل ما يحيط بالفرد من مادة، وأشخاص وقوانين وانظمة.(عبيد، ص 357).

نستنتج أن البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد، تكون السبب الأكبر وراء انخفاض جودة حياتهم بأبعادها المختلفة، فالتفاعل غير الفعال واضطراب المزاج له تأثيرات على مستوى جودة حياة الأفراد، لأنها تؤثر على إدراك السعادة وتقدير الذات وعلى العلاقات الاجتماعية.

4- أبعاد جودة الحياة:

يذكر (الداسبي، 2006) أن مفهوم جودة حياة الفرد متعدد الأبعاد والجوانب، وينظر إلى جودة حياته من زوايا مختلفة، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والدراسية والظروف والمواقف التي يعيشها.

بحيث يذكر (widal et al(2003) على وجود أربعة أبعاد لجودة الحياة:

البعد الجسمي: وهو الخاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبيعية، ومستوى النشاط الجسمي.

البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

البعد النفسي: وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، والادراك العام للصحة، والرضا عن الحياة والسعادة.(بوعمامة، 2019، ص 353-354).

ويرى (عبد المعطي 2005) أن لجودة الحياة ثلاث أبعاد هي:

جودة الحياه الموضوعية: وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية إلى جانب الحياة الاجتماعية للفرد.

جودة الحياة الذاتية: تعني مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة حياته.

جودة الحياة الوجودية: وتمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد واستطاعته العيش بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه.(الدهني،2018، ص 279).

حدد كل من (محمود والجمالي 2010) أبعاد جودة الحياة فيما يلي:

الصحة العامة: وهي عبارة عن إدراك الفرد بأنه يتمتع بصحة جيدة، وحيوية، ونشاط، وطاقة، ويهتم بالتغذية، ووعيه التثقيفي بها للوقاية من الامراض، واهتمامه بحالته الصحية والمتابعة، واجراء الفحوصات اللازمة للاطمئنان على صحته.

الرضا عن الحياة: وهي عبارة عن إدراك الفرد بالرغبة في الحياة بكل مكوناتها، ويقتنع بما لديه من إمكانيات، ويكون مقبلا على الحياة بتفاؤل وحماس، ويشعر بأن الحياة ذات معنى وقيمة، وأن يتمتع بحالة نفسية جيدة.

العلاقات الأسرية: أن يدرك الفرد بأنه يتمتع بحياة أسرية مترابطة ومستقرة يسودها الحب، والود، والتفاهم، والثقة بين أعضاء الأسرة، ومساندتهم لبعضهم، وشعورهم بالسعادة، والحرص على التواجد في البيت الذي يكون توافق الأسري، والتفاعل الاجتماعي بين أفرادهم متوفرا .

العلاقات الاجتماعية: وهو عبارة عن إدراك الفرد بأنه راض عن التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، وأن يستمتع بوقته الذي يقضيه معهم، وأن يكون راضيا عن أصدقائه باعتبارهم مصدر ثقته وحب ومساندة وسعادة له.

كما حددها (كرياج 2010، criag) والمصاغ تحت المسمى الثلاثي وهي على النحو التالي:
الكينونة being الانتماء belonging والسيرورة becoming (ابو هشيش، 2018، ص 16-17).
وعليه يمكن القول أن جودة الحياة تتضمن الأبعاد الذاتية التي تخص الفرد في حد ذاته والأبعاد الموضوعية التي تخص الجميع، وكلاهما يهدفان الى إشباع حاجات الفرد الأساسية.

5- مبادئ جودة الحياة:

على الرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين على مفهوم جودة الحياة تمثلت في التعريف والابعاد، لكن يمكن القول بأنه هناك شبه اتفاق من بعض الباحثين على أن هناك مبادئ يمكن أن تكون مشتركة بين الافراد، سواء كانوا معاقين أم أسوياء.

أما عن مبادئ جودة الحياة، فقد أوضحت جودي 1990، Goode بأن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها: أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق (الأسوياء).

أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان، وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.

أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص الى آخر، ومن عائلة إلى أخرى.

أن مفهوم جودة الحياة له علاقه وطيدة ومباشرة في البيئة التي يعيش فيها هذا الانسان أوداك.

أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به. وتوصلت (جودي 1994 Good) إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها: تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعاقين.

يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون له الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.

ترتبط جودة حياة الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.

جودة الحياة بناء النفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الاجتماعية. (الهنداوي، 2011، ص 36-37).

يتضح لنا أن مبادئ وعوامل جودة الحياة للأشخاص العاديين تتكون من نفس العوامل والعلاقات للمعاقين وتتمثل هذه المبادئ في قدرة الشخص على إشباع حاجاته وتحقيق أهدافه.

6- مجالات جودة الحياة:

تم تحديد ثمانية مجالات كمؤشرات لجودة الحياة هي:

1- الرفاهية الصحية: وتشمل الصحة البدنية، البيئة الصحية، التغذية، الرعاية الصحية، وأنشطة الحياة اليومية.

2- الرفاهية العاطفية: وتشمل السعادة والرضا، ومستوى التوتر المعتقدات الدينية.

3- الرفاهية الاجتماعية: وتشمل العلاقات والصداقة والتفاعلات والدعم الاجتماعي والانتماء والمودة والشعور بالوحدة والأنشطة الاجتماعية بين أفراد الأسرة والأصدقاء.

5- الرفاهية المادية: تشمل الملكية والتمويل والدخل والأمن المالي والوضع الاجتماعي والاقتصادي.

6- الرفاهية الشخصية: تشمل نمو الشخصية والتعليم والوظيفة والأداء والتقدم والأنشطة الهادفة والثقافات والهوايات.

7- تقرير المصير: يشمل الاستقلال الذاتي والسيطرة الشخصية والقرارات والتوجيه الذاتي.

8- الرفاهية المدنية: تشمل المسؤوليات المدنية، المساواة، المواطنة.

9- الاندماج المجتمعي: يشمل التكامل المجتمعي، المشاركة الاجتماعية، تبادل الأدوار، الدعم، القبول، والوضع. (السيد فؤاد والسيد سليمان، 2020، ص 67).

من خلال ما تم طرحه نرى بأن جودة الحياة مفهوم متعدد الجوانب والمجالات المختلفة حيث ترتبط ببعضها البعض، فلا يمكن أن يشعر الفرد بالراحة ولديه مشكلات صحية أو نفسية في ظل مجتمع عاجز عن إشباع حاجاته.

7- مظاهر جودة الحياة:

اقترح (حسن عبد المعطي 2005) خمس مظاهر رئيسية لدى الفرد تعبر عن جودة حياته وهي:

الحلقة الأولى: تشمل على العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال.

1- **العوامل المادية الموضوعية:** تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد عن التوافق مع هذه الثقافة.

2- **حسن الحال:** وهو بمثابة مقياس عام لجودة الحال، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثيرون من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياته في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد. (بوعامر، 2022، ص 43).

الحلقة الثانية: وتشمل اشباع الحاجات والرضا عن الحياة.

1- **اشباع وتحقيق الحياة:** هو من المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من اشباع حاجاته، فإن جودة الحياة ترتفع، وهناك حاجات كثيرة ترتبط بعضها بالبقاء كالطعام والسكن، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والحب والحرية والصحة والقوة وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد.

2- **الرضا عن الحياة:** حيث يعتبر أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فكونك راضيا، فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل احتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضى. (عبد الحفيظي، 2016، ص 38).

الحلقة الثالثة: ادراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية واحساسه بمعنى الحياة.

1- **القوى والمتضمنات الحياتية:** قد يرى البعض أن ادراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لمفهوم جودة الحياة، فالبشر كي يعيش حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل تنمية العلاقات الاجتماعية، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

2- **معنى الحياة:** يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وشعر بإنجازاته ومواهبه قد يسبب نقصا أو افتقارا للأخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

1- **الصحة والبناء البيولوجي:** يعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

2- **السعادة:** تتمثل بالشعور بالرضا والاشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي الشعور بالبهجة وهي نشوة يشعر بها الفرد عند ادراكه لقيمته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. (بوعامر، 2022، ص 44).

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية: تعتبر الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس وإحساس الفرد بوجوده، والتي تؤدي بالفرد الى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والجوانب الدينية التي يؤمن بها والتي يستطيع من خلالها الفرد تحقيق وجوده. (عبد الحفيظي، 2016، ص 40-42).

ومنها فان مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية وإشباع الحاجات، فقد يشعر الفرد بافتقادها أو افتقاد البعض منها لذلك يشعر البعض منهم بالضغوط الحياتية وبالتالي فهم بحاجة إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الإيجابي لكي يشعر بالسعادة والطمأنينة والاستمتاع بالحياة والرضا عن أنفسهم وعن حياتهم من أجل تحقيق التوافق والتكيف مع المجتمع.

8- نظريات تفسير جودة الحياة:

1- **المنظور المعرفي:** يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على فكرتين: الأولى: إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجه شعوره بجودة حياته، الثانية في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة. ومن نظريات المنظور المعرفي نجد:

نظرية لاوتن 1997 : طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة يوضح فكرته عن جودة الحياة وهي أن إدراك

الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني: إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة والآخر غير مباشر إلى أنه يحمي له مؤشرات إيجابيه كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزمني: أن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون اكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، أي كلما تقدم في عمره كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. (شيخي، 2014، ص 84).

2- **المنظور الإنساني:** يرى المنظور الإنساني فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الإرتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

أ. وجود كائن حي ملائم.

ب. وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الافراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجه عنها.

كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرات الفردي الذي صنع بيئة حضارية ماديا او

معنويا. (حسب الرسول محمد، 2018، ص 22-23).

ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور:

نظرية ريف 1999: تدور نظرية ريف حول مفهوم السعادة النفسية، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها ريف بستة أبعاد كل بعد ست صفات تتمثل هذه الصفات نقاط القوة لتحديد معنى السعادة النفسية. (حسب الرسول محمد، 2018، ص 23).

وهذه الأبعاد هي:

1- **الهدف من الحياة:** ويقصد أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية يحمل هدفا وأفكارا توفر له معنى لحياته، فالفرد الذي يمتلك إيمانا بفعله الماضي والحاضر وتوجهه نحو مستقبله بثقة تجعل منه مدركا لغرض حياته التي يحاول من خلاله إيجاد معنى.

2- **الاستقلالية:** يشير إلى استقلالية الفرد وقدرته على اتخاذ القرار والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية وأن يفكر ويتفاعل بطرق محددة منظما لسلوكه.

3- **التمكن من البيئة:** (السيطرة على البيئة): وهنا أكدت ريف على قدرة الفرد على التمكن من تنظيم الظروف والتحكم في كثير من الأنشطة والاستفادة بطريقه فعالة من الظروف المحيطة، وتوفير البيئة المناسبة للحاجات والقيم الشخصية.

4- **التطور الشخصي:** وهو النمو المستمر للشخصية وقدرة الفرد على تنمية وتطوير قدراته، وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالتفاؤل.

5- **العلاقات الإيجابية مع الآخرين:** وتتمثل في قدرة الفرد على تكوين علاقات وصدقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين على أساس من الود والتعاطف والثقة المتبادلة والتفهم والتأثير والأخذ والعطاء.

6- **تقبل الذات:** وهنا يظهر الفرد توجهها إيجابيا نحو ذاته وقبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته السلبية منها والإيجابية ويشعر بخصائص ذاته المميزة كما يظهر إيجابيا نقده لذاته وشعوره بحياته الماضية، وتفكيره بذاته المستقبلية. (بوعامر، 2022، ص 45-46).

3- **المنظور التكاملي:** نظرية أندرسون حيث شرح في نظريته شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة معنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة:

- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.
- أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد إلى شعوره بجودة الحياة. (أبو هشيش، 2018، ص 22-23).

4- **النموذج النظري العربي لجودة الحياة:** وقد قدم أبو سريع وآخرون 2006 نموذج لتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين، كما هو موضح في المخطط الآتي:



شكل يمثل تصور أبي سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة 2006.

ويمكن تفسير هذا المخطط بالآتي:

البعد الأفقي، قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب مكوناتها داخل الشخص أو خارجه، وتسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية، في مقابل المحددات الخارجية، ويمثل البعد الرئيسي 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 تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى مثل: الملاحظة ومقاييس تقدير ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية ويتضمن الشكل بعد الأمثلة لمحددات جودة الحياة. (بوعيشة، 2014، ص 94-65).

وعليه يمكن إجمال القول أن كل نظرية من هذه النظريات ركزت على جوانب معينة في تحليلها بحيث أن المنظور المعرفي يقوم على فكرتين: أولهما طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته، والثانية أن العوامل الذاتية هي أقوى من الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة، ومن هذا المنظور لدينا نظرية لاوتن الذي يرى أن نوعية الحياة تتأثر بظرفين المكان والزمان، في حين المنظور الإنساني يفسر جودة الحياة والبيئة ذلك أن الحياة تبرز إلى وجود تأثير متبادل بين هذين العنصرين، أما المنظور التكاملية فسر جودة الحياة على وجود تكامل بين مفهوم مفاهيم السعادة والحياة الواقعية.

كما أن النموذج العربي لجودة الحياة فقد فسر جودة الحياة أنها ظاهرة متعددة الجوانب وتتأثر بالنظام السائد في المجتمع، كما تتمثل في اشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت مادية وغير مادية. بالرغم من أن كل نموذج تناول المفهوم حسب الاتجاه العام إلا أن كل النظريات ركزت على المؤشرات الموضوعية والذاتية لتقييم جودة حياة الأفراد.

9- معوقات جودة الحياة:

الجدول رقم (04) يوضح جودة الحياة..

| المعوقات | |
|---|-----------------|
| المرض. الإعاقات. الخبرات الحياتية السلبية. | الظروف الداخلية |
| نقص المساندة الإجتماعية والإنفعالية. ظروف الحياة أو المعيشة البيئية. | الظروف الخارجية |

(بوعيشة، 2014، ص 98)

10- **كيفية تحسين جودة الحياة:** لكي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها لابد أن تتوفر مجموعة من العوامل تتمثل في:

1- **إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة:** يذكر العارف بالله الغندور أن البعض يرى أن لب الموضوع جودة الحياة يمكن في دراسة مثال عن الحاجات الإنسانية والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية، وأن تصنيف ماسلو للحاجات يشمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي:

- الحاجات الفيزيولوجية،
- الحاجة للأمن،
- الحاجة للانتماء،
- الحاجة للمكانة الاجتماعية،
- الحاجة لتقدير الذات. (عبيد، ص 358).

وهذا يعني أن إشباع الحاجات ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع على الرغم من وجود بعض الظروف التي تواجه الفرد وتعيقه على تحقيق هذه الحاجات الضرورية، إلا أن تحقيقها لا يتم إلا من خلال التعاون ما بين أفراد المجتمع.

2- **تحقيق الفرد لذاته وتقديرها:** يعرف كل من عبد الحميد وكفاي 1995 مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه، بما تشمل عليه من قدرات وأهداف، وتذكر فرغلي 1994 أن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل أهمها: تحديد الدور، المركز، المعايير الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي، اللغة، والعلاقات الاجتماعية. (الهنداوي، 2011، ص 44).

وانطلاقاً من هذا يجب على الفرد أن يحترم ذاته ويقدره ويدرك بأن لديه قدرات وأهداف عليه العمل على تحقيقها بالرغم من وجود صعوبات وعقبات تعترض طريقه.

3- **الوقوف على معنى إيجابي للحياة:** يعتبر فرانكل (Frankl, 1969) أن الحياة يجب أن تكون لها معنى تحت كل الظروف، وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير إلى أنه يضل موجوداً دائماً، ويرى فرانكل أن الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق مختلفة وهي كالتالي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.

- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال

- الالتقاء بإنسان آخر في أوجه تفرد الإنسان.

ولقد حدد فرانكل ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته وهي كالتالي:

القيم الإبداعية: creative values: وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، فقد يكون ذلك الإنجاز عملاً فنياً أو اكتشافاً علمياً.

القيم الخبراتية: Epérial values: وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الإستمتاع بالجمال أو محاولات البحث عن الحقيقة أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة.

القيم الاتجاهية: Attitudinal values: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالقدر أو المرض أو الموت. (شيخي، 2014، ص 100).

ويضيف كل من سليمان وفوزي 1999 أن المسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته، فالإنسان لا يسعى فقط ليشبع غرائزه أو لتهيئة أفضل الظروف الاجتماعية ليعيشها لأن هذا وحده لا يسعده ولا يرضيه ولكنه يسعى ويهتم بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته وهدفاً وقيمة يتوجه إليها. (الهنداوي، 2011، ص 45).

4- **الرضا عن الحياة:** يعرف الدسوقي 1998 الرضا عن الحياة بأنها تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها، وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته ويعتبر موضوع الرضا عن الحياة وما يتعلق بها من جوانب أخرى من الموضوعات الهامة في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء، فالرضى يدفع الفرد إلى الحياة ويزيد من رغبته فيها.

وتذكر مجدي 2009 أن منظمة الصحة العالمية (who) تصنف الرضا على الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة، وأهدافه، وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي

ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه وهو يتأثر بطريقة مركبه بالصحة الجسمية للفرد وبحالاته النفسية، واستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية، وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها. (الهنداوي، 2011، ص 46-47).

وهذا يعني يجب على الفرد أن يتقبل ذاته أولاً والمحيطين به ثانياً ومن ثم تقبله لظروف الحياة التي يعيشها والتأقلم معها.

5- **توافر الصلابة النفسية:** يرى جمال السيد أن الصلابة النفسية اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك الفرد ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة، فالصلابة النفسية سمة ذات ثلاثة أبعاد الالتزام، والتحكم، والتحدي، يستطيع الانسان من خلالها مواجهة الصعاب والأزمات التي تقف عائقاً بينه وبين التمتع بالحياة، والرضا عنها وعن الشعور بمعناها. (عبيد، ص 360).

من هذا التعريف نستنتج بأن الصلابة النفسية تمد الفرد القدرة على تحمل الواقع المؤلم وتزرع بداخله روح التحدي والصمود.

6- **وجود علاقات اجتماعية ودعم اجتماعي:** يذكر عثمان 2001 أن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، كأن يكون الفرد له أصدقاء وأن تكون علاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب، وزملاء العمل والجيران، وربما يحتاج الفرد إلى التدريب على المهارات الاجتماعية التي تجلب له السعادة. وفي دراسة كوستوليسكي وليمبرس 1998 والتي هدفت إلى معرفة تأثير الدعم الاجتماعي من الأسرة على درجات الرضا عن الحياة والرفاهية، وتحقيق الذات كأبعاد للصحة النفسية لدى عينة من المراهقين والمراهقات، والتي دلت النتائج على وجود ارتباط سالب بين الضغوط الأسرية وضعف الدعم الاجتماعي وبين الرفاهية والرضا عن الحياة. (الهنداوي، 2011، ص 46).

يتبين لنا أن العلاقات الاجتماعية المتبادلة تعمل على زرع الثقة في نفوس الأفراد وتشعرهم بالأهمية ومكانتهم الاجتماعية، ومن ثم الإحساس بالأمن والأمان والطمأنينة والنظرة التفاؤلية للمستقبل ومن ثم شعورهم بجودة الحياة.

7- **التدين:** ترى مجدي أن العامل الديني يعتبر من العوامل المؤثرة في مدى ما يشعر به الإنسان من رضا عن الحياة، كما أن التدين يمكن أن يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد الأفكار المعنى الإيجابي للحياة وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب. (عبيد، ص 360).

من خلال هذا نرى بأن العامل الديني يؤثر في حياة الفرد ويستخدم لخفض الإحساس بضغوط الحياة وتجعله يضبط انفعالاته ويتوافق مع الحياة.

11- مهارات جودة الحياة لأسر أطفال التوحيدين:

- 1- مهارة حل المشكلات الأسرية: ويقصد بها قدرة الوالدين على استنباط حلول مبتكرة للمشكلات الأسرية وتمكنها من مساعدة الآخرين على إيجاد حلول مبتكرة لمشكلاتهم.
- 2- مهاره مواجهة الضغوط: يقصد بها قدرة الوالدين على مواجهة الضغوط المرتبطة بدور كل من الأب والأم لقيامهما بدورهما الوالدي في تنشئة أبنائهما.
- 3 - مهارة الحوار الأسري: قدرة الوالدين على التعامل مع أطفالهما، ومشاركة معلومات واتجاهات الوالدين مع بعضهما.
- 4 مهاره القيام بالأدوار الأسرية: يقصد بها قدرة الوالدين على أداء وظائفهما وحاجاتهم الأسرية والمحافظة على النسق الأسري وتوزيع الأدوار.
- 5- مهارة ضبط السلوك: يقصد به قدرة الوالدين على تعديل سلوكيات طفلهما المعاق، وذلك باستخدام وسائل عديدة كالإقناع وتقديم المكافآت والعقاب. (حامد بدر، 2019، ص 91-92).

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا لهذا الفصل يتضح لنا أن جودة الحياة مفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، ويعد مقياساً لتقييم رفاهية الأفراد والمجتمعات، فجودة الحياة تتم بإشباع الحاجات المادية والمعنوية وتحقيق التوافق النفسي وإحساسه بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من عدة أبعاد منها: بعد الرضا عن الحياة، البعد النفسية، البعد الاجتماعي، البعد البدني، كونها قاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد والمجتمع معاً ومواجهة الصعوبات والتغلب عليها.

الفصل الثالث: اضطراب التوحد داخل الأسرة

تمهيد

- 1- مفهوم اضطراب التوحد عند الأطفال
- 2- الفرق بين اضطراب التوحد وطيف التوحد
- 3- أعراض اضطراب التوحد
- 4- أسباب اضطراب التوحد من وجهة نظر المقاربات المفسرة له.
- 5- خصائص اضطراب التوحد
- 6- تشخيص حالات اضطراب التوحد
- 7- ردود فعل الوالدين عند اكتشاف اضطراب التوحد.
- 8- مشكلات أسر أطفال التوحديين
- 9- دور الأسرة في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية صعبة لتأثرها الكبير على مظاهر نمو المختلفة اذ أن المهارات واللغة التي يكتسبها الطفل منذ ولادته التي تنمو بالطريقة الصحيحة مثل الأطفال غير المتوحدين وتؤدي به إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين والارتباط بالعالم الخارجي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع والطفل الذي لديه اضطراب التوحد يحتاج إلى تفاهم حالته قبل كل شيء حتى تستطيع التعامل معه هو فهمه وإدراك السلوكيات والانفعالات التي يقوم بها فلا يتوقف تأثيره على الطفل فقط بل يمتد إلى الأسرة التي تحاول التكيف مع الوضع وفي هذا الفصل سنحاول تسليط الضوء على مفهوم التوحد والتعرف على أسبابه التي قد تؤدي إليه وأعراضه وخصائصه وتشخيصه وأخيرا المشكلات التي يعاني منها والدي الطفل التوحدي داخل الأسرة ودورها في رعايته.

1- مفهوم اضطراب التوحد:

لغة:

كلمة أوتيزم Autism أو التوحد، وتنقسم إلى شقين Autos بمعنى النفس، Ism بمعنى الحالة غير السوية، وهذا يعني أن مرضى التوحد لديهم نفس غير السوية، والصورة التي تصف هذا الطفل هي صورة للطفل جميل لا يبدو على مظهره الخارجي أي شيء غير طبيعي، مسجون في قفص يمنعه من التواصل. (مصطفى، 2008، ص11)

اصطلاحاً:

يعرف "كيرك" التوحد بأنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية، وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية، ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها، وضعف القدرة على التخيل وتقاوم حدوث تغيرات في بيئته. (العبادي، 2006، ص13)

ويعرف "علاء الدين ابراهيم" بأن التوحد هو واحد من اضطرابات وسائل المخ، وهي متلازمة وليس مرضاً، واضطراب التوحد يمثل مجموعة من التصرفات هي الخلل النوعي في العلاقات الاجتماعية المتبادلة، وانحراف نمو اللغة عن مسارها الطبيعي، والنقص الشديد في النشاطات والاهتمامات. (سعد، 2008، ص12)

ويعرفه (عادل الأشول 1987) على أنه "اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ أثناء الطفولة المبكرة، وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين" ص112.

كما تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب التوحد على أنه اضطراب سلوكي نمائي يتمثل في صعوبة التفاعل الاجتماعي، وصعوبة التواصل اللفظي، والسلوك النمطي المكرر، والتي تظهر قبل السن الثالثة من العمر. (الروسان، 2013، ص257).

يعرف (أحمد عكاشة 2003): التوحدي على أنه: "شخص لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وكثير منهم يظهرون الفزع والخوف، واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزج العصبي والعدوان وايداء الذات مثل عض الرسخ. (عكاشة، 2003، ص753)

وقد عرفت الجمعية الأمريكية التوحد بأنه "أحد الاضطرابات النمائية التطورية التي تظهر على الطفل من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، وسببها اضطرابات عصبية تؤثر على المخ ومختلف

جوانب النمو، فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي". (سهيل، 2014، ص31)

من خلال هذه التعاريف المتعددة سابقة الذكر للاضطراب التوحدى اتضح أنه اضطراب في النمو يظهر في الطفولة الأولى من عمر الطفل، وينكشف جوانب الخلل والقصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي والانفعالي، وضعف الانتباه، مما يؤدي إلى خلل في التواصل مع الآخرين، والميل للعزلة والانشغال بالذات بشكل دائم وزائد أكثر من الانشغال بمن حوله.

2- الفرق بين التوحد وطيف التوحد:

كثيرون يخلطون بين التوحد كاضطراب، وطيف التوحد، وقد يعزي هذا الخلط إلى الفروق التشخيصية الطبية الدقيقة بين الحالتين.

يوضح الدكتور "محسن خليل"، أن جميع تصنيفات الطب النفسي الحديثة تذهب إلى أن طيف التوحد أو ما يسمى "أشباه التوحد" هو ضمن حالات الاضطراب العام في تطور نمو الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة، أما التوحد فهو اضطراب محدد بذاته ويظهر فيه نوع شديد من اضطرابات التطور العام أي أن طيف التوحد جزء من التوحد ذاته.

فالأطفال المصابون بالاضطراب التوحدى، نجد أن لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطرابات التواصل والاتصال الاجتماعي، بالإضافة إلى المشاكل السلوكية وضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي، والضعف الشديد في استخدام وسائل التواصل غير اللفظي، كالتفاعل النظري، وعدم القدرة على بناء الصداقات مع الأقران، وينقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله، مع الضعف الكيفي والنوعي في التواصل والحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وكذلك تأخر أو نقص المقدرات اللغوية، مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى، وبمقاومة تغيير الرتبة النمطية. (ركزة، 2018، ص17)

من خلال ما سبق تبين لنا الفرق الأساسي ما بين التوحد والطيف التوحدى في كون التوحد هو نوع من أنواع اضطرابات أطيف التوحد، بحيث تظهر فيه مجموعة أعراض كاملة في آن واحد، أما طيف التوحد يشمل مجموعة أقل من الأعراض، وتؤثر على جزء معين على أداء الطفل.

3- أعراض اضطراب التوحد:

- **التفاعل الاجتماعي:** هناك ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويتصرفون بالعزلة المفرطة والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنه في قوقعة.

- التواصل اللفظي وغير اللفظي: عادة ما يطورون أشكالاً شاذة في اللغة من اللغة كالمصاداة أو التريديد النمطي لما يقوله الآخرين، وعدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجماعات لا بالأشخاص.
 - ضعف في اللعب والتخيل: حيث أن معظم الأطفال لا يوجد لديهم ادراك لأبعاد اللعب التخيلي، ويأخذ اللعب عادة شكل نمطي وتكراري محدود، وعدم مشاركة أقرانهم في اللعب.
 - ظهور أنماط شاذة في السلوك: مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعهم أو يديه أو جسمه، وكذلك يمكن أن يظهر الطفل السلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب. (القمش، 2011، ص 240)
 - البرود العاطفي الشديد.
 - عدم الاحساس بالآلام.
 - ظهور الطفل التوحدي بمظهر حزين.
 - لا يحبون أن يحتضنهم أحد. (الجلادة، 2016، ص 29-31)
- تتنوع الأعراض الدالة على اضطراب التوحد ويمكن اكتشاف تلك الأعراض في الأشهر الأولى من عمر الطفل.

4- أسباب اضطراب التوحد:

1- الأسباب النفسية الأسرية: تصور "كانر" المكتشف الأول لهذه الإعاقة أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسؤولة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئه التعامل الأسرة معه هو افتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه، واضطرابات العلاقات الأسرية والوظيفية (بدر، 2004، ص 32).

كما أكد "كانر" على أن البرود العاطفي أو الانفعالي كان هو الصفة السائدة بين الأطفال التوحديين، ويرى "بورونو بيتلهام 1967" في نفس سياق أن الأسر التي تتسم بالبرود الانفعالي، والتي لا تستجيب لطفلها إنما تؤدي في الواقع إلى تعرضه اضطراب التوحد، وأطلق عليها مصطلح الأم الثلجة. (عبد الله محمد، 2011، ص 117)

يرى "أولقرمان 1980 Olgraman" بأن "الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب اضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجره الأم له أو طول فترة غيابها عنه. وقد يرجع الاضطراب إلى رفض الام والطفل بإقامه علاقة بينهما.

ويرى كل من " Singer & Wynne 1963" أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا الاضطراب لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة. (شاكر، 2006، ص 65).

2- أسباب جينية وراثية:

- في عدة دراسات وجد أن اضطراب التوحد ينتشر بنسبه 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة، وبنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية، وهناك منطقتان في الكرموزوم (2) والكرموزوم (17) ربما تحتضنان الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، وهناك استدلالات سابقة، تقترح بأن منطقتي الكرموزوم (7) (16) لهما دور في التحديد إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد. (مصطفى والشرييني، 2014، ص38-39)

- تشوه جيني موروث بسبب ورم في المخ، وتلف في الجهاز العصبي.

- خلل في أحد الكرموزومات الموروثة يؤدي إلى صعوبات في التعلم. (عبد المجيد الشريف، 2011، ص222)

3- أسباب كيميائية: يشير بالتون وآخرون 1989 إلى أن المرضى باضطراب التوحد لديهم حدوث عالي من الهيبرسيروتونيميا ولدى بعض الأطفال التوحديون توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي وحامض الهوموفانيليك. (خطاب، 2009، ص46).

حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والبيبتيدات العصبية حيث أن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من نشأته أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة. (الخطيب والحديدي والزيقات وآخرون، 2013، ص322)

كما اثبتت الدراسة الحديثة أن ارتفاع نسبة الزئبق في التطعيمات التي تعطي للأطفال في سن مبكرة مثل التطعيم الثلاثي يدخل ضمن الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتوحد. (الشريف، 2011، ص223)

إضافة إلى هذا فإن بعض الأطفال الذين يعتمدون على الرضاعة الصناعية لديهم عدم قدرة على تحمل مادة (الكازين) الموجودة في حليب الأبقار والماعز، ومادة الجلوتين البروتينيه الموجودة في القمح والشعير. (الشريف، 2011، ص223)

4- أسباب إدراكية عقلية عصبية: أوضحت اشعة CT التي استخدمت في فحص المخ أن 10-25% من أطفال التوحد يعانون من تضخم سمك طبقتي لحاء أو قشرة المخ، كما بينت فحوص الرنين المغناطيسي على المخ وجود خلل أو قصور على التثنيات السادسة والسابعة للمخيخ.

ويستنتج المختصون من نواحي الشدود تلك وجود خلل في حركة خلايا المخ في الأشهر الستة الأولى من الحمل. (بدر، 2014، ص35)

ويرى أنصار هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت ايلين واخرون (1991) أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض قدرتهم على الإدراك، بالإضافة إلى اضطراب اللغة. (خطاب، 2009، ص38-40)

وفي تقارير بحوى، ريملاندي (1995) تبين وجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم النظام الشبكي النشط المتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم، فيضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية، وأنه المركز الاساسي للمعرفة. (بدر، 2014، ص35)

5- أسباب ما قبل الولادة وأثناءها: وجد العالمين "دايكن وماكلان" Dyken&Macmalan أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضنا لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف التي تصيبهم بعد الثلاث أشهر الأولى من الحمل، وكذلك العصبية الألمانية والتوكسو بلازمس اثناء الحمل وقد أشار كالفين Calvin إلى نسبة حدود التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة والعملية القيصرية. (الراوي وحمام، 1999، ص33)

ومن هذا السياق نستنتج أنه لم يتم اكتشاف أسباب محددة للتوحد ولكن هناك الأبحاث والدراسات التي أجريت وبينت بعض الأسباب الناتجة عنه منها: قد ينتج اضطراب التوحد نتيجة وجود خلل في الهرمونات العصبية أو الجينية، وقد ينتج عن أسباب وراثية من ظهور التوحد لدى شخص في العائلة من قبل، أو تعرض الأم أو الطفل للمشاكل أثناء الولادة، وقد يكون بسبب حساسية الطفل من أنواع معينة من اللقاح، وقد يكون بسبب ترك الطفل لفترات طويلة بدون التحدث معه أو تركه وحيدا في غرفته.

5-خصائص اضطراب التوحد:

يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص التي تميزه عن الطفل غير التوحدي المضطرب وهي:

أ/ الخصائص الحركية:

-طريقة الوقوف الخاصة فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، وأذرعهم ملتفة حول بعضها.

-تكرار لحركات معينة مرات عدة.

-فرط في الحركة.

-الاصطدام بالأشياء وبالآخرين أثناء المشي. (الزراع، 2003 ص 12)

- ضعف غي التآزر البصري الحركي. (الغريز وعودة، 2009، ص181)

ب/ الخصائص اللغوية:

أشار جاردان (JARDAN) إلى العديد من الخصائص اللغوية أبرزها:

- عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعياً.
- الاستخدام السيء للغة حيث أنه يتكلم بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث.
- الصعوبة في فهم وإدراك المثيرات التمييزية غير اللغوية (الإشارات، والحركات اليدوية، وتعابير الوجه).

وتضيف أهرلز وأجوسون (EHLERES&AJOHONSON 1996) بعضاً من الخصائص

اللغوية منها:

- صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر. (الغريز وعودة، 2009 ،

ص 11)

ج/ الخصائص الاجتماعية:

إن الانسحاب الذي يمارسه الطفل التوحدي من جميع أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي، يؤدي غالباً إلى ظهور العديد من المشاكل والصعوبات في تكوين الصداقات وإقامة العلاقات مع الآخرين. (قراد، 2021، ص 45)

فهم لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة، وأن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية، وكذلك التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً. (الشرقاوي، 2018، ص 171)

وقد لخصت (لورناوينج) السمات الاجتماعية للطفل التوحدي في النقاط التالية:

- لا يسير في أعتاب والديه ولا يجري لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل.

- ضعف القدرة على التواصل البصري ولا يجيد استخدام العين.

- صعوبة في اكتساب مهارات اللاعب الاجتماعي.

- يظهر اهتماماً غير عادي برائحة الأشياء ولمسها.

- لا يهتم بالاستجابات الانفعالية والعاطفية من قبل والديه. (الشرقاوي، 2018، ص175-176)

د/الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل ذو اضطراب التوحد نوبات فعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين، ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية:

- عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح.

- الاحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل مع الآخرين.

- الخوف من المتغيرات بسيطة في البيئة.

- القيام بحركات جسمية غريبة.

- النشاط الزائد أو الخمول.

- إيذاء الذات. (المقابلة، 2016، ص 29)

6- تشخيص اضطراب التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا، وترجع صعوبة تشخيصه إلى الأسباب التالية:

- التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة ويؤثر سلبا على الجوانب الأكثر أهمية في نمو الطفل كالمهارات اللغوية، والاجتماعية، والمعرفية، والعاطفية، وهي بذلك تعيق عمليات التواصل والتخاطب، والتعلم، فتتعدى عملية التفاعل مع الطفل لتشخيص حالة.

- تتداخل خصائص التوحد مع خصائص وأعراض اضطرابات وإعاقات أخرى كالتخلف العقلي والإعاقة البصرية والصرع والفصام.

- عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة على فئة التوحد. (اللالا والزييري، وآخرون، 2011، ص

418)

أهم الوسائل التي نركز عليها عند تشخيص التوحد:

1- التاريخ التطوري للحالة: من العناصر الأساسية في تشخيص الطفل التوحدي للحصول على

تاريخ تطور الحالة وضع الطفل ونموه، مع توضيح مراحل نمو المختلفة إلى الوقت الحالي، هل

تناول عقاقير في الفترة السابقة أو حدثت له أي حوادث أو أصيب بمرض، من خلال هذا يمكن التعرف على مختلف الجوانب التي أثرت في الطفل والوقت التي ظهرت فيه حالة اضطراب التوحد. (محمد سليمان، 2014، ص 113)

من خلال هذا يمكن التعرف على مختلف الجوانب التي أثرت في الطفل والوقت الذي ظهرت فيه حالة اضطراب التوحد.

2- التاريخ الوراثي للحالة: الحصول على التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطرابات أو خلل مرتبط بالحالة وقد أكدت أن 30 إلى 50% من الحالات قد يكون لها أصول وراثية، أو تكون الأسرة لديها مشكلات في التفاعل الاجتماعي. (محمد سليمان، 2014، ص 113)

نستنتج أنه من الممكن أن تكون سبب الإصابة باضطراب التوحد وراثية أو تكون الأسرة تحب العزلة والانطواء.

3- تاريخ الحمل: يحتاج المختص إلى معرفة المزيد عن فترة الحمل، فمن الممكن أن تتعرض الأم للمخاطر أثناء فترة حملها مثل تعاطيها جرعة شديدة من الأدوية أو حدوث اضطراب في الكرموزومات، وكذلك توضيح الحالة النفسية للأم.

4- التقييم السلوكي: يوجد أسلوبان لتجميع المعلومات السلوكية الأول: الملاحظة غير المقننة والثاني: الملاحظة المقننة، ويجب أن يستند على النوعين في أن واحد. حيث أنه في الملاحظة غير المقننة يجعل الطفل يلعب أمامه بالدمى ويطلب من والدته اللعب معه بتلك الدمى ويبدأ الملاحظة كرد فعل الطفل على وجود أمه معه، هل يتواصل معها بصرياً؟ وفترة بقاء الاتصال. (محمد سليمان، 2014، ص 113-114)

بالرغم من تحديد وسائل التشخيص إلى أنه يحتاج إلى متخصصين ذو خبرة معرفية إضافة إلى إجراء الفحوصات الطبية.

تشخيص اضطراب التوحد طبقاً للدليل الدولي العاشر لتصنيف الاضطرابات ICD.10

أ - وجود عجز في النمو على الأقل في واحدة من المناطق الآتية قبل السن الثالثة:

1- اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال

2- تطور التفاعل الاجتماعي

3- اللعب الرمزي.

ب- العجز الوصفي في التفاعل الاجتماعي المشترك:

1- الفشل في استخدام النظر بالعين - التعبير بالوجه - والايحاء بالجسم.

2- الفشل في نمو وتطور العلاقات.

3- قلة البحث عن أشخاص آخرين.

4- نقص المشاركة الاجتماعية والعاطفية.

ج/ العجز الوصفي في الاتصال:

1- تأخر أو نقص كامل في اللغة المنطوقة

2- فشل في بدء أو تكلمة الحوار

3- شذوذ في درجات الصوت.

د/ الأنشطة والاهتمامات:

1- الانشغال بأنواع محددة من الاهتمامات.

2- التعلق بأشياء غير عادية.

3- سلوك متكرر الي. (أمين نصر، 2002، ص 25-26).

من خلال هذا الدليل يتضح لنا أن اضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو اللغوي والمعرفي والحسي والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف مع العالم سواء داخل الأسرة أو خارجها.

7- ردود فعل الوالدين عند اكتشاف اضطراب التوحد:

تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف اضطراب التوحد في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة أفرادها وتعود أهمية هذه المرحلة أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري في الحياة النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية للوالدين، وأهم ردود الفعل التي تظهر لدى الأسر هي:

أ/ الصدمة: هي المرحلة التي تكتشف فيها الأسرة أن طفلها لديه اضطراب فيصاب الأيوان بالذهول والعجز عن فعل أي شيء، وغالبا ما يرفضان تصديق الواقع، وتظهر بعد ذلك الانفعالات المليئة بالحزن والالام والاحساس بالذنب (القمش، 2011، ص 257-258).

ب/النكران: تأتي هذه المرحلة بعد مرحلة الصدمة، فقد يبدأ الأهل بالتسوق بين الأطباء أو الأفراد فريق التأهيل بحثا عن تشخيص آخر وأفضل لطفلهم، أو قد يحاولون إيجاد مؤسسات لإيواء للطفل أو

إقناع أنفسهم بأن المشكلة ليست بدرجة الشدة التي قدمت لهم وإقناع أنفسهم أن الطفل سيشفى بمعجزه ما (أحمد يحيى، 2013، ص 41).

ج/الإسقاط: يسقط الفرد مشاعره المؤلمة وأفكاره السيئة على الغير فإذا كان الأب يهمل الابن ولا يراعيه يبدأ باتهام الأم بإهمال الطفل أو بأنها أخطأت في تربيته ويهاجمها على ذلك، أو قد يسقط الوالدان إحباطهما وعجزهما على الطبيب أو المدرب أو المعهد الذي يوضع فيه الطفل وقد يتهم الطفل بأنه يغيض الوالدين بعدم استجابته في حين أن الغيظ يكمن داخل الوالدين. (القمش، 2011، ص 258-259).

د/ مرحلة التقبل الأمر الواقع: وهي مرحلة ايجابية حيث يبدأ الوالدان في علاج طفلها المتوحد بعد التغلب على المشاعر السلبية (أحمد مصطفى، 2008، ص 48).

من خلال ما تم عرضه تبين لنا اختلاف ردود أفعال الأولياء تجاه اضطراب التوحد فمنهم من يتعرض للصدمة ومنهم من يتجه لعدم التصديق والإنكار وتسيطر عليهم مشاعر الحزن والقلق على ابنهم والوصول إلى الشعور بالذنب ويذهب آخرون إلى تقبل حالة أبنائهم

8-مشكلات أسر أطفال التوحديين:

أ- مشكلات نفسية: غالبا ما تحدث ردود أفعال عاطفية يشوهها القلق حول عدم قدرة الطفل على رعاية نفسه وإبدائه لذاته كما يظهر على الوالدين يخوف من المستقبل الذي يعتبر خبره وجدانيه غير ساره تنتج عن استغراقهما في التفكير اتجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل، اذ يفكر الوالدان في حالات الطفل تغيرت أوضاع الأسرة بما لا يساعد على تلبية حاجيات الطفل عندما يكبر وعدم قدرته على الكسب والزواج وتكوين أسرة وأنه سيبقى على حاله، وبالتالي فإن الحالة النفسية لأسرة الطفل التوحد لا تغير شيئا في الأمور بل سوف تزيد الأمر سوءا. (مصطفى والشربيني 2011، ص 263-264).

يتبين لنا من خلال هذا أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضا للضغط النفسي والفشل الذي قد يؤدي بهم إلى درجة المرض بسبب الخوف والقلق على مستقبل ابنهم التوحيدي.

ب- مشكلات أسرية: أن وجود طفل توحيدي داخل الأسرة يخلق جو عاطفي ونفسي قد يمزق تماسكها ويفكك وحدتها، وقد تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة بسبب متطلبات الطفل التوحيدي، والتي قد تتطلب من أفراد الأسرة هي العمل تحت ظروف من الضغط النفسي والتوتر والقلق والحرمان من اشباع حاجاتهم الشخصية، وينعكس هذا على علاقات الأفراد بينهم ويخلق مشاعر من الضعف والتذمر الدائم، إضافة إلى الخلافات التي تقع بين الأفراد سواء بين الزوجين أو بين الأخوة وبين الآباء وأبنائهم. (براجل، 2016، ص 114).

ج- **مشكلات اجتماعية:** أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة قد يخلق جوا من عدم التنظيم الأسري وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة، مما يؤدي إلى انفصال الوالدين أو إلى مشكلات في العلاقات بينهم وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقاتها بغيرها من الأسر لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عنهم في لقاءاتها. (شاكر ، 2006 ، ص 36-37).

هذا لا يعني أن وجود طفل من ذوي اضطرابات التوحد يكون له أثر سلبي على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة وبين الآخرين.

د- **مشكلات مادية:** إن وجود طفل توحدي في الأسرة يستنزف الكثير من إمكانياتها ومواردها المادية وبالتالي فإن هذا يحدث تأثيرات سلبية على الدخل الاقتصادية لها، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له بالإضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات التي يحتاجها الطفل وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الطفل التوحدي، قد تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على إخوته العاديين وبالتالي فإن أفراد أسرة الطفل توحدي يشعرون بنوع من الالتزام الاقتصادي. (براجل، 2016، ص 114-116).

في هذا السياق نتوصل إلى أن الطفل التوحدي يحتاج إلى تكاليف مادية ومتطلبات أكثر من غيرهم الأطفال العاديين كما أنه يحتاج إلى الرعاية والاهتمام.

9- دور الأسرة في التعامل مع الطفل ذوي اضطراب التوحد:

أثبتت الدراسات الحديثة أن التدخل المبكر مع الأطفال التوحديين يعطي نتائج تقديم تطور قدراتهم الخاصة، لذلك فإن رعاية الأسرة له يسهم في نجاح برامج التدخل المبكر وتعديل السلوك وتوجيهه بجانب العلاج الطبي.

ويمكن تحديد دور الأسرة في رعاية الطفل في أمور مهمة منها:

- التحدث معه لفترات طويلة لتنمية مهاراته اللفظية وغير اللفظية.
- يميل الطفل التوحدي إلى العزلة لذلك يجب دمج نشاطه مع نشاطات أخوية أو أصدقائه.
- يميل الطفل التوحدي إلى إيذاء نفسه وأفضل وسيلة للعلاج هو معرفه سبب الغضب والعمل على إزالته
- يرفض الطفل التوحدي أي تغيير في ترتيب أثاث الغرفة لذلك يجب تدريبه على نقل الأشياء من أماكنها حتى يتعود على التغيير.
- تدريبه على الاستجابة للمثيرات السمعية والبصرية والتفاعل معه.
- تدريبه على كتابة كلمات بسيطة لتنمية مهاراته المعرفية وقدرته على استخدام يديه. (الشريف، 2011، ص 231-232).
- الحرص على التواصل النظري مع الطفل.

- تدرج وتطوير مفاهيم الطفل بمفاهيم أكبر عند تجاوب الطفل وتقدمه. (مصطفى والشرييني، 2011، ص 271).

وبناء على ما سبق فإن البرامج التربوية الموجهة للأطفال المصابين بالتوحد تسعى إلى تدريب أسرة لكيفية التعامل معهم والتغلب على الصعوبات والمشكلات التي تواجههم وكذا السيطرة على سلوكياتهم حيث أنه لا يوجد من يعرف الطفل ويحرص عليه أكثر من والديه.

خلاصة الفصل:

إن التوحد من أشد الاضطرابات خطورة وتأثيرا على الطفل من الجانب المعرفي، واللغوي والاجتماعي والانفعالي والتي حيرت المختصين والباحثين وهذا نظرا للغموض الذي يلف هذا الاضطراب نحو تحديد سبب معين له وصعوبة تشخيصه، لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب اسبرجر، ريت، تخلف عقلي، الفصام، الأمر الذي يجعل التعامل معه صعبا بالنسبة للأخصائيين أو بالنسبة للأسرة فوجود طفل توحيدي داخل أسرة يخلق الكثير من المشكلات النفسية الاجتماعية، والمادية على أفرادها خاصة الوالدين، مما يستوجب تقديم مساعدة لهم من أجل تقبل هذا المرض والتكيف معه ومواجهة الصعوبات في تعاملاتها مع طفلها.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

الدراسة الإستطلاعية

مجالات الدراسة

منهج الدراسة

مجتمع وعينة الدراسة

الأداة المستخدمة في الدراسة

الأساليب الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات

تمهيد

يعتبر هذا الفصل رابطاً بين الجانب النظري والجانب التطبيقي إذ يعد من أهم عناصر البحث العلمي لأنه خطوة أساسية للتحقق من صدق وثبات أداة الدراسة، حيث يتوقف بدرجة كبيرة على الإجراءات العملية والمنهجية التي يتم اتباعها من أجل جمع المعلومات والحقائق المرتبطة بمتغيرات موضوع الدراسة وفروضها، وذلك من خلال إعطاء التمثيل الكمي للدراسة وللتأكد من صحة ودقة النتائج المتوصل إليها عن طريق الأدوات والأساليب الإحصائية التي تمكننا من التعرف على مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين، لذلك قمنا بتوضيح الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، بداية بالدراسة الإستطلاعية ثم المرور بالمجالات الدراسية ومنهج الدراسة، ويليها تحديد مجتمع وعينة الدراسة، ثم التطرق إلى أداة الدراسة وفي الأخير أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1- الدراسة الإستطلاعية: تعتبر الدراسة الإستطلاعية الخطوة الأولى والمهمة والأساسية في البحث العلمي، فهي تساعدنا من خلال الإطلاع على الميدان في اختيار الحالات المناسبة للدراسة وكذا التأكد من صلاحية الأداة وجاهزيتها للتطبيق من خلال التحقق من صدقها وثباتها.

إجراءات الدراسة: أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة بين 10 مارس 2023 و 29 أبريل 2023 مع أولياء أطفال التوحيدين بملحقة الإعاقة الذهنية، وجمعية حنين للتوحد بولاية جيجل، وذلك بعد موافقة الأستاذة المشرفة، حيث اعتمدت الدراسة على مقياس كأداة لجمع البيانات، وقمنا بتوزيعه على 30 عينة من الأولياء لأطفال التوحد، وتم اختيار العينة بطريقة قصدية.

أهداف الدراسة الإستطلاعية:

التعرف على مكان إجراء الدراسة وجمع البيانات والمعلومات عنها.

- معرفة النقائص والصعوبات التي قد تصادفنا أثناء فترة إجراء الدراسة لتفاديها.
- التعرف على مجتمع الدراسة من أجل تحديد العينة وكذا أدوات الدراسة ومختلف الإجراءات المنهجية المتبعة.

- التأكد من مدى وضوح العبارات تمكن الوالدين من فهمها.

- التأكد من الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة من صدق وثبات.

مجالات الدراسة: اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود أو المجالات التالية:

المجال المكاني: نظراً لطبيعة الدراسة الحالية قد تم اختيار ملحقة الإعاقة الذهنية بجيجل وكذا جمعية حنين للتوحد بولاية جيجل.

المجال الزمني: ويعني المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الميدانية، حيث تم انجازها في الفترة الممتدة من 10 مارس 2023 إلى غاية 29 أبريل 2023.

3- منهج الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا الحالية لموضوع جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين على المنهج الوصفي لأنه الأنسب والأكثر ملاءمة لطبيعة الدراسة وموضوعها وذلك من أجل الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات والحقائق التي تفيدنا في إنجاز هذه الدراسة، حيث أن المنهج الوصفي هو وصف الظاهرة كما هي في الواقع اعتمادا على الحقائق والبيانات للوصول للنتائج وتعميمات عن الظاهرة محل الدراسة.

4- مجتمع وعينة الدراسة:

يعبر مجتمع الدراسة على جميع العناصر التي تنتمي إلى مجال الدراسة المتمثلة في الأفراد والأشياء التي تمثل موضوع مشكلة البحث مجتمع الدراسة غير محدد. يقصد بالعينة ذلك الجزء الذي يمثل المجتمع الأصلي في كل خصائصه بحيث يوفر لنا الجهد والوقت والمال.

وقد تكونت العينة من 80 أب وأم لأطفال التوحيدين، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وفيما يلي سيتم عرض الجداول التي توضح البيانات الشخصية الخاصة بأفراد عينة الدراسة. وفيما يلي يتم عرض الجداول التي توضح البيانات الشخصية الخاصة بأفراد عينة الدراسة

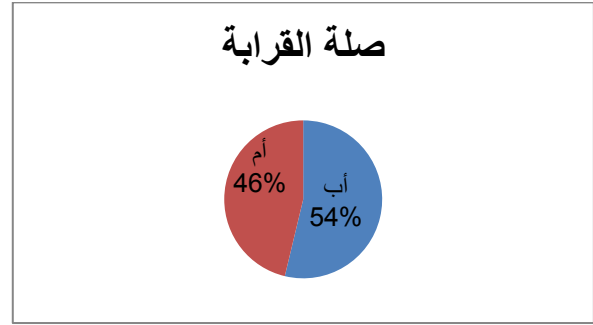
1- صلة القرابة

الجدول رقم (05): يبين توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة

| صلة القرابة | التكرار | النسبة |
|-------------|---------|--------|
| أب | 43 | 53,8 |
| أم | 37 | 46,3 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

الشكل رقم (01): يبين توزيع أفراد العينة حسب صلة القرابة



من خلال الجدول (05) أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً 80 فرداً نلاحظ أن عدد الأباء بلغ 43 فرداً بنسبة مئوية قدرت بـ 53,8% وقدر عدد الأمهات 37 بنسبة مئوية قدرت بـ 46,3%.

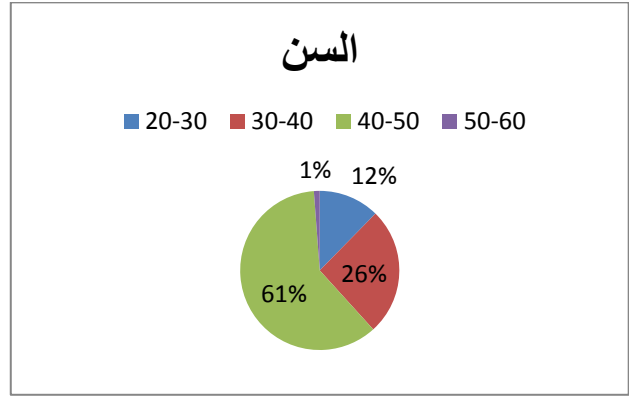
2-السن: الجدول رقم (06) يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن

| السن | التكرارات | النسبة المئوية |
|----------------------|-----------|----------------|
| من 20 سنة إلى 30 سنة | 10 | 12,5 |
| من 30 سنة إلى 40 سنة | 21 | 26,25 |
| من 40 سنة إلى 50 سنة | 49 | 61,3 |
| من 50 إلى 60 سنة | 0 | 0 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

من خلال الجدول (06) وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً 80 فرداً نلاحظ أن أكبر نسبة قدرت بـ 61,3% لفئة الوالدين ذوي السن (40-50)، وتليها نسبة 26,25% لفئة الوالدين (30-40) وبعدها نسبة 12,5% بالنسبة للوالدين (20-30) وأخيراً نسبة 0% للوالدين أكبر من (50-60) سنة.

والشكل رقم (02) يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن



3-جنس الطفل التوحيدي:

الجدول رقم (07): يبين توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس الطفل التوحيدي

| الجنس | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| ذكر | 56 | 70 |
| أنثى | 24 | 30 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول (07) أن توزيع أفراد العينة حسب جنس الطفل التوحيدي بلغت نسبة الإناث 30% بينما كانت الغالبية من جنس الذكور بنسبة تساوي 70%.

الشكل رقم (03): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس



4- درجة الإصابة:

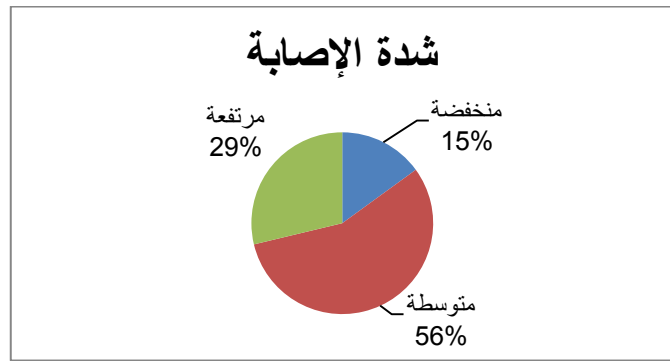
الجدول رقم (08): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير درجة الإصابة

| شدة الإصابة | التكرار | النسبة |
|-------------|---------|--------|
| منخفضة | 12 | 15 |
| متوسطة | 45 | 56,25 |
| مرتفعة | 23 | 28,75 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول (08) أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب درجة إصابة الطفل بالتوحد احتلت درجة الإصابة المتوسطة أكبر عدد بنسبة تساوي 56,25٪، تليها درجة الإصابة المرتفعة بنسبة تساوي 28,75٪، وأخيرا درجة الإصابة المنخفضة بنسبة يساوي 15٪.

الشكل رقم (04) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير درجة الإصابة



5- المستوى التعليمي: الجدول رقم (09) توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

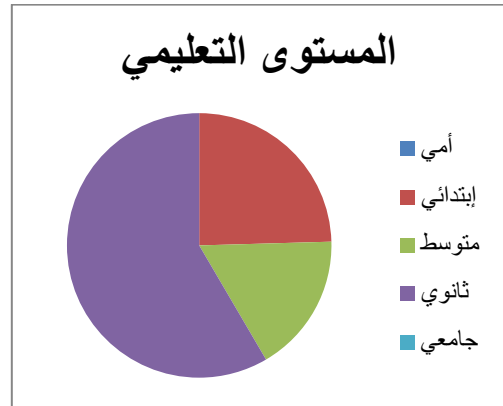
| المستوى التعليمي | التكرارات | النسبة المئوية |
|------------------|-----------|----------------|
| أمي | 0 | 0 |
| إبتدائي | 13 | 16,3 |
| متوسط | 9 | 11,3 |
| ثانوي | 31 | 38,8 |

| | | |
|---------|----|------|
| جامعي | 27 | 33,8 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

نلاحظ من خلال الجدول (09) أن نسبة الوالدين ذوي المستوى التعليمي الأمي منعدمة في حين قدر عدد الوالدين ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي 13 بنسبة مئوية قدرت ب 16,3% ، بينما ذوي المستوى التعليمي المتوسط فكان عدد الوالدين قليل ويبلغ 9 بنسبة مئوية قدرت ب 11,3%، فيما يرتفع نوعا ما عدد الوالدين ذوي المستوى التعليمي الثانوي 31 بنسبة 38,8%، بينما المستوى الجامعي فكان عدد الوالدين 27 بنسبة 33,8%.

كما هو موضح في الشكل رقم(05) الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



6- المستوى المادي:

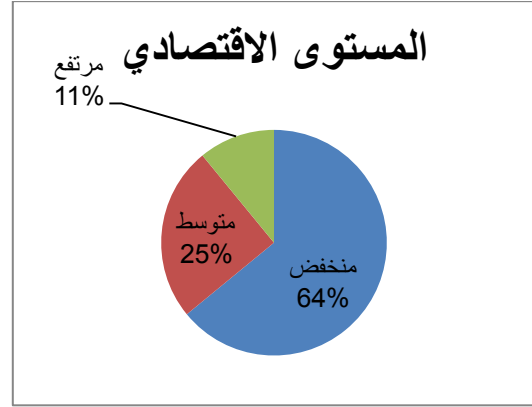
الجدول رقم (10) يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى المادي

| المستوى الاقتصادي | التكرارات | النسبة المئوية |
|-------------------|-----------|----------------|
| منخفض | 14 | 17,5 |
| متوسط | 56 | 70 |
| مرتفع | 10 | 12,5 |
| المجموع | 80 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالبتين بناء على مخرجات spss

من خلال الجدول (10) وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم إجمالاً 80 فرداً نلاحظ أن توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة كان المستوى المتوسط هو الأعلى بنسبة 70% يليه المستوى المنخفض بنسبة 17.5%، وأخيراً المستوى الاقتصادي المرتفع بنسبة 12.5%.

الشكل رقم (06) يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة



5- الأداة المستخدمة في الدراسة

5-1- مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة نعيمة بوعامر

قمنا بتبني مقياس جودة الحياة لأنه مناسب لدراستنا لما تهدف إليه في تحديد طبيعة نوعية الحياة للأسر في ظل وجود طفل مصاب بالتوحد في حياة الوالدين.

5-2- خطوات بناء المقياس:

اعتمدنا في هذا المقياس على خطوات وهي كالتالي:

اطلعنا على كل ما هو متاح من الدراسات السابقة والقراءات النظرية التي تناولت جودة الحياة لدى أسر

أطفال التوحد بغرض الوقوف على ما تم إنجازه في هذا المجال، من أهم الدراسات المتعلقة بالموضوع

دراسة كريم وعلي (2014) بعنوان مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال من ذوي طيف التوحد.

دراسة سارة عبد العظيم دياب (2014) بعنوان الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال

التوحد في ضوء المتغيرات الديموغرافية النوع العمر المستوى التعليم.

دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018) بعنوان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى

أمهات التوحديين.

بعد الاطلاع على المقاييس السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة قامت الطالبتان الباحثتان بإحداث

بعض التعديلات على المقياس تمثلت في هذه الأبعاد وهي جودة الصحة العامة، جودة الحياة النفسية،

جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة الحياة المادية، جودة المستوى التعليمي.

قامت الطالبتان الباحثتان بتبني مجموعة من العبارات المرتبطة بأبعاد المقياس الذي يقيس جودة الحياة لدى والدي أطفال توحيدين وكان عدد العبارة 43 عبارة وأمام كل منها ثلاث بدائل دائما أحيانا إطلاقا. قامت الطالبتان الباحثتان بدراسة استطلاعية ميدانية بإجراء مقابلات مباشرة وغير مباشرة مع بعض أولياء الأطفال المصابين بالتوحد حتى تكون فقرات المقياس واضحة ومن الواقع المعاش لديهم بحيث تم طرح بعض الأسئلة عليهم تدور حول موضوع جودة الحياة في ظل وجود طفل توحيدي في حياتهم. عرض الاستبيان على الأستاذة المشرفة والأساتذة المحكمين.

5-3- وصف مقياس جودة الحياة

يتكون المقياس من 43 عبارة موزعة على خمس أبعاد نوجزها فيما يلي:
جودة الصحة العامة: ويتكون من 9 عبارات (1-2-3-4-5-6-7-8-9).
جودة الحياة النفسية: وهي تكون من 9 عبارات (10-11-12-13-14-15-16-17-18).
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية: ويتكون من 10 عبارات (19-20-21-22-23-24-25-26-27-28).

جودة الحياة المادية: يتكون من 9 عبارات (29-30-31-32-33-34-35-36-37).
جودة المستوى التعليمي: يتكون من 6 عبارات (38-39-40-41-42-43).
ويتكون المقياس من 19 عبارة موجبة و 24 فقرة سالبة
العبارات الموجبة: هي 5-7-8-12-13-16-18-19-20-24-28-30-32-33-37-39-40-41-43.

العبارات السالبة: 1-2-3-4-6-9-10-11-14-15-17-21-22-23-25-26-27-29-31-34-35-36-38-42.

5-4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

1- ثبات أداة الدراسة

يقصد بالثبات أن نتحصل على نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيق الاختيار في ظروف متشابهة. وقد تم التحقق من ثبات استبيان الدراسة الحالية بواسطة معامل الثبات ألفا كرونباخ Alpha crombachs كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح ثبات مقياس جودة الحياة وأبعاده بطريقة ألفا كرونباخ (N=30)

| أبعاد المقياس | N | معامل الثبات |
|---|----|--------------|
| البعد الأول: جودة الصحة العامة | 30 | 0,84 |
| البعد الثاني: جودة الحياة النفسية | | 0,77 |
| البعد الثالث: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية | | 0,81 |
| البعد الرابع: جودة الحياة المادية | | 0,86 |
| البعد الخامس: جودة المستوى التعليمي | | 0,7 |
| الدرجة الكلية للمقياس | | 0,83 |

يتضح من خلال الجدول (11) يتضح أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بين أبعاد المقياس جودة الحياة تراوحت بين (0,77 و 0,87) وهي معاملات ثبات مرتفعة بدرجة عالية، ومعامل ألفا كرونباخ كل بلاغ 0.83 وهذا دال على ثبات المقياس مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

2- صدق أداة الدراسة

يقصد بالصدق هو أن تقيس الاختبار ما وضع لقياسه، ويقصد بصدق أداة الدراسة أن تقيس عبارات الاستبيان للدراسة الحالية من خلال الصدق الظاهري (صدق المحكمين) حيث تم عرض الاستبيان على أربع أساتذة محكمين ممثلين بأساتذة جامعيين من جامعتي قسنطينة وباتنة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية للتحقق من مدى صدق ووضوح فقراته وسلامة لغته ومضمونه، وقدرته على قياس متغيرات الدراسة، وقد تم الأخذ بأرائهم وإعادة صياغة بعض الفقرات وإجراء التعديلات المطلوبة على نحو دقيق بشكل يحقق التوازن بين مضامين استبيان وفقراته.

3- الصدق الذاتي:

ويعرف الصدق الذاتي بأنه الجذر التربيعي لمعامل الثبات المتحصل عليه والذي يقدر ب 0,83 معامل ثبات ألفا كرونباخ

ويعد الجذر التربيعي له تحصلها على النتيجة التالية:

$$\sqrt{0,83} = 0,91 \quad \text{ألفا كرونباخ} = \text{الصدق الذاتي}$$

6- أساليب المعالجة الإحصائية

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها كان من الضروري الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية باعتباره يساعده على إدخال معالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد واستخدامنا المعالجات الإحصائية التالية:

- التكرار والنسبة المئوية: للتعرف على البيانات الشخصية لأفراد العينة.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري: لقياس إستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الإستبيان.
- التباين الأحادي: المقارنة بين المتوسطات.
- معامل ألفا كرونباخ: لقياس ثبات أداة الدراسة.
- اختبار T (test-T) لإستخراج دلالة الفروق الإحصائية لمتغيرات الدراسة.

خلاصة الفصل

تطرقنا في هذا الفصل لأهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه الدراسة الإستطلاعية ومجالاتها، ثم القيام باختبار مجتمع وعينة الدراسة، يليها تبني المنهج المناسب، كما تم توضيح الأداة المستخدمة في الدراسة وهي الإستبيان وحساب خصائصها السيكومترية والتي تتمثل في الصدق والثبات، بواسطة معامل ألفا كرونباخ، كما تمت الإشارة إلى الأساليب الإحصائية التي تطرقنا لها في هذه الدراسة.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

والدراسات السابقة

تمهيد

1- عرض نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية

1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية

2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

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 الجزئية الرابعة

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية

تمهيد

في هذا الفصل نتطرق إلى مناقشة وتفسير نتائج فرضيات دراستنا بعد أن سردنا نتائج دراستنا في الفصل السابق حيث نفسر نتائج الفرضية الرئيسية ثم الفرضيات الجزئية.

1- عرض نتائج دراسة في ضوء الفرضيات

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى

نص الفرضية: توجد فروق داس دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير الجنس.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.

الجدول رقم (12): يبين نتائج اختبار تحليل التباين لدى أفراد العينة حسب متغير الجنس

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | القيمة الجدولية F | مستوى الدلالة |
|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------------|---------------|
| بين المجموعات | 0,076 | 1 | 0,076 | 3,397 | 0,069 |
| داخل المجموعات | 1,741 | 78 | 0,022 | | |
| المجموع | 1,816 | 79 | | | |

من خلال الجدول (12) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدر ب 0.076 مع تباين بقيمة 0.076 عند درجة حرية تساوي 1، أما داخل المجموعة فمجموع المربعات قيمته 1.741 وتباين بقيمة 0.022 عند درجة حرية 78 بينما اختبار التباين F (3.397) و دلالة إحصائية بقيمة 0.069 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه يتم رفض الفرضية البديلة أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس ولم تتحقق فرضية الدراسة.

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

وبعد استخدام اختبار تحليل التباين ANOVA أسفرت النتائج إلى ما يلي:

الجدول رقم (13): يبين نتائج اختبار تحليل التباين لدى أفراد العينة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد

| مستوى الدلالة | القيمة الجدولية F | متوسط المربعات | درجة الحرية | مجموع المربعات | مصدر التباين | |
|---------------|-------------------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------------|---------------|
| 0,299 | 1,225 | 0,028 | 2 | 0,056 | بين المجموعات | الدرجة الكلية |
| | | 0,023 | 77 | 1,760 | داخل المجموعات | |
| | | | 79 | 1,816 | المجموع | |

من خلال الجدول (13) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدر ب 0.056 مع تباين بقيمة 0.028 عند درجة الحرية تساوي 2 أما داخل مجموعة المربعات مجموع المربعات قيمته 1.760 مع التباين بقيمة 0.023 عند درجة الحرية 77، بينما اختبار تحليل التباين F كانت قيمته 1.225 ودلالته الإحصائية بقيمة 0.299 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه يتم رفض الفرضية البديلة أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير إصابة الطفل بالتوحد.

1-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

الجدول رقم (14): يبين نتائج اختبار تحليل التباين لدى أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | القيمة الجدولية F | مستوى الدلالة |
|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------------|---------------|
| بين المجموعات | 0,097 | 3 | 0,032 | 1,435 | 0,239 |
| داخل المجموعات | 1,719 | 76 | 0,023 | | |
| المجموع | 1,816 | 79 | | | |

من خلال الجدول (14) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدر ب 0.097 مع تباين بقيمة 0.032 عند درجة حرية تساوي 3، أما داخل المجموعات فمجموع المربعات قيمته 1.719 بقيمة 0.23 عن درجة حرية 76، بينما اختبار تحليل التباين F فقد بلغت 1.435 بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في مقياس جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة ألفا 0.05 وبالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

4-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير المستوى المادي و للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين ANOVA

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

الجدول رقم (15): يبين نتائج اختبار تحليل تباين لدى أفراد العينة حسب متغير المستوى المادي

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | القيمة الجدولية F | مستوى الدلالة |
|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------------|---------------|
| بين المجموعات | 0,122 | 2 | 0,061 | 2,762 | 0,000 |
| داخل المجموعات | 1,965 | 77 | 0,022 | | |
| المجموع | 1,816 | 79 | | | |

من خلال الجدول (15) يتضح أن مجموع المربعات ما بين المجموعات قدرت ب 0.122 مع تباين بقيمة 0.061 عندها درجة حرية تساوي 2، أما داخل المربعات فمجموع المربعات قيمته 1.695 وتباين بقيمة 0.22 عند درجة حرية 77 ، بينما اختبار تحليل التباين F فقد بلغت 2.762 و دلالة إحصائية 0.000 وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة ألفا 0.05 وعليه يتم قبول الفرضية البديلة القائلة بأنه توجد فروق دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى المادي.

1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية

نص الفرضية: مستوى جودة الحياة منخفض لدى والدي أطفال التوحيين.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار T.test

الجدول رقم(16): يوضح نتائج اختبار التائي:

| الفرضية العامة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة T المحسوبة | قيمة T الجدولية | القيمة الاحتمالية | القرار |
|---------------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| H ₁ | 2,1040 | 0,15163 | 79 | 6,135 | 1,990 | 0,000 | نقبل h ₁ |
| درجة المعنوية: 0,05 | | | | | | | DF= N-1= 79 |

نلاحظ من خلال الجدول (16) أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين بلغ 2.1040 درجة وبانحراف معياري قدره 0.15163 عند درجة حرية 79 كما نلاحظ أن قيمة T محسوبة 6.135 أكبر من 0.000 وهي أقل من 0.05 وبالتالي نرفض H_0 ونقبل الفرضية البديلة H_1 وعليه يمكن القول أن مستوى جودة الحياة منخفض لدى والدي أطفال التوحيدين.

2- مناقشة نتائج الدراسة في دور الفرضيات والدراسات السابقة:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية الأولى على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير الجنس. ولتحقق من ذلك يتم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي F حيث قدرت ب 3.79 عند مستوى الدلالة 0.069 وهي أكبر من القيمة المعتمدة 0.05 وعليه يمكن استنتاج أن الفرضية الجزئية الأولى لم تتحقق.

وبذلك يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي الأطفال التوحيدين تبعاً لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) نظراً أن كلا الجنسين يشتركان في نفس الخصائص السلوكية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية وهذا ما يتفق مع دراسة السيد سعد الخمسي (2011) والتي تنص على أن الضغوط الناتجة عن خصائص الابن التوحيدي هي من أكثر الضغوط التي تعاني منها أسر الأطفال والمراهقين التوحيدين، ومنه فجودة الحياة لا تقاس حسب جنس الطفل توحد وإنما تقاس بمدى شعور الوالدين بالراحة والطمأنينة والاستقرار الأسري، وهذا لا يؤثر في مستوى جودة الحياة إذ نجد الوالدين الذين لديهم طفل توحيدي جنسه ذكر والوالدين الذين لديهم أطفال توحيدي جنسه أنثى لديهم نفس نوعية الحياة وهذا ما توصلنا إليه من خلال نتيجة هذه الفرضية وتنتفق دراسة أبو قريع (2015) والتي أسفرت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير جنس الطفل في البعد الصحي.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئية الثانية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل. ولتحقق من ذلك تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي F والذي قدر ب 1.225 عند مستوى الدلالة 0.299 وهي أكبر من القيمة المعتمدة 0.05 وعليه يتم رفض الفرضية البديلة ونقبل

الفرض الصغرى القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل.

ويمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة أن الوالدين يجدون صعوبة بالغة في التعامل مع سلوكيات الطفل ومن سيتحمل مسؤوليته بعدهم حيث يجدون أنفسهم أمام مصير مجهول الأمر، الذي يستدعي توفير خدمات التدخل المبكر لمعرفة شدة إصابته وذلك لأن الطفل التوحيدي يعتبر من الفئات الخاصة ويحتاج إلى رعاية مناسبة له مهما كانت شدة إصابته منخفضة أو مرتفعة فنجد الوالدين عادة ما يقلقون على أطفالهم العاديين فما بالك إذا كان الطفل مصاباً بالتوحد، وهذا ما يتوافق مع دراسة (leadbitter 2018) التي نصت على وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة لأولياء الأمور وأداء الطفل التكيفي والصحة العقلية للوالدين.

وهذا يعني أنه كلما زادت درجة الإعاقة كلما انخفض مستوى جودة الحياة لدى الوالدين لأنه بزيادة الإعاقة تزداد معها الأعباء وتكثر الضغوط النفسية وهذا ما ينعكس سلباً على جودة حياتهما كما جاء في دراسة (vasilopoulo et misbet 2016) التي كشفت أن المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة لدى الأسر كانت بسبب شدة الإعاقة ومستوى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحيدي إضافة إلى انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي والمؤسسي المقدم للأسرة.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثالثة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

وللتحقق من ذلك تم استخدام اختبار التحليل التباين الأحادي F حيث بلغ 1.435 مستوى الدلالة 0.239 وهي أكبر من القيمة المعتمدة 0.05 وعليه الاختبار غير دال إحصائياً ومنه ونرفض الفرضية البديلة، ونقبل الفرض الصغرى القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

ويمكننا تفسير النتيجة التي توصلنا إليها في هذه الدراسة إلى أن كل أولياء أطفال التوحيدين سواء كانوا من مستوى تعليمي عالي أو منخفض لديهم نفس درجة الاهتمام والقلق على أطفالهم حيث يسعون جاهدين للبحث والتقصي عن المعلومات الكافية حول اضطراب التوحد بهدف إيجاد الحلول والسبل الكفيلة في تحسين حالة ابنائهم وكذا استشارة ذوي الخبرة و الاتصال بالمختصين للتكفل وتأهيل الأمتل لهم، وهذا ما توافق مع دراسة سارة عبد العظيم دياب (2014) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق بين جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد والمستوى التعليمي لديهم، لكن من وجهة

نظر مختلفة ترى الطالبان الباحثان أن هذا الرأي غير حكيم إذ نجد الأولياء ذوي مستوى العالي يستطيعون الإهتمام بطفلهم بصورة علمية أفضل ووعي لما يمتلكونه من معلومات ومعارف أساليب كفيلة لحل أي مشكلة قد تواجه طفلهم على عكس ذلك فالأولياء ذوي المستوى المنخفض نجدهم مستسلمين غالبا لاضطرابات ابنهم ولا يفقهون في حالته شيئا ما يعرقل ويؤخر من تحسن حالته، ويتفق هذا الرأي مع دراسة كريم وعلي (2014) التي نصت على وجود فروق مستوى نوعية الحياة لدى آباء وأمهات ذوي التوحد ذوات المستوى التعليمي المرتفع.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

نصت الفرضية الجزئية الرابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين تبعا لمتغير المستوى المادي. وللتحقق من ذلك تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي F والتي قدرت ب 2.762 عند مستوى الدلالة 0.000 وهي أقل من القيمة المعتمدة 0.05، وعليه يتم قبول الفرضية البديلة القائلة بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أطفال التوحديين تبعا لمتغير المستوى المادي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة أن المستوى المادي المرتفع للأسرة يعمل على رفع جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين وهذا ما يتوافق مع ما قدمه أبو سريع وآخرون (2006) في تصورهم لتصنيف محددات جودة الحياة حيث يرون أن كل من الدخل الشهري للأسرة والمصروف الشخصي ونوعية المسكن ونوعية مكان العمل يساهمون بشكل كبير في تحسين نوعية الحياة، وأكدت على ذلك دراسة جعلاب وشعوبي (2020) التي نصت على وجود فروق في مستويات جودة الحياة بين أفراد مجموعة البحث بين المستوى المرتفع والمتوسط والضعيف مع غلبة المستوى المرتفع بينما أي نقص في المستوى المادي يعد أحد معوقات جودة الحياة ذلك لأن تكلفة الرعاية الصحية والنفسية تحتاج لدعم مادي كبير وتستنزف الموارد المالية للوالدين من خلال احتياج الطفل المستمر للتعليم والعلاج الطبي وجلسات التدريب وهذا ما قد يؤثر سلبا على ميزانية الأسرة وهذا ما يتوافق مع دراسة (2015) poiversan et al التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية عالية بين جودة الحياة ومستوى الدخل للأسرة.

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية:

نصت الفرضية الرئيسية على أن مستوى جودة الحياة منخفض لدى والدي أطفال التوحديين

وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة T لاستجابات أفراد عينة الدراسة، حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 2.1040 والانحراف المعياري بـ 0.15163 والقيمة الإحتمالية 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ألفا 0.05، وهذا ما دل على تدني وانخفاض جودة الحياة لدى عينة الدراسة في جميع أبعاد المقياس وعليه نقبل فرضيتنا.

إن يمكننا تفسير انخفاض جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين إلى غموض هذا الاضطراب وصعوبته نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر النمو المختلفة، ولا يتوقف هذا التأثير على فقط على الطفل بل يمتد إلى الوالدين جراء الظروف والصعوبات التي تواجههم من وضعيات ومسؤوليات جديدة قد تؤدي إلى فشلهم عن تحقيق إمكانيات ومتطلبات لمواجهة هذه التحديات، وهذا ما يقلل من جودة حياتهم ويمنعهم من الاستمتاع بالحياة والشعور بالسعادة والتفاؤل والتمتع بالصحة الجسمية والإيجابية إضافة إلى غياب الدعم الاجتماعي والاستقرار الأسري والاقتصادي ما يجعل الأمر تعقيدا بتفكيرهم في مستقبل طفلهم.

وتتفق النتيجة المتحصل عليها في الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة العربية والأجنبية ونذكر كلها دراسة كريم وعلي (2014) ودراسة (2016) vasilopoulo et misbet والتي توصلت كلها إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء مصابين بالتوحد كان منخفضا.

ولقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة هيفاء كمال شرف الدين (2018) التي توصلت إلى أن جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحيدين بدولة الإمارات العربية المتحدة تتسم بالارتفاع.

الخاتمة

الخاتمة

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين وما مدى إسهام المتغيرات الوسيطة المتمثلة في جنس الطفل التوحدي، شدة إصابته بالتوحد، المستوى التعليمي للوالدين، المستوى المادي للأسرة.

وقد أسفرت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج تؤكد في العموم على أن جودة الحياة بأبعادها الخمسة (جودة الحياة العامة، جودة الحياة النفسية، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة الحياة المادية جودة المستوى التعليمي) لدى والدي الأطفال المصابين بالتوحد أنها تتسم بالانخفاض، وأرجعت الطالبتان الباحثتان هذه النتيجة إلى غموض هذا الاضطراب وصعوبته إذ يتطلب مواجهة عالية من طرف الوالدين من ناحية فهم سلوكيات طفلهم النمطية والعدوانية وعدم القدرة على التكيف على حالته ما يلحق ضررا نفسيا وجسديا للوالدين ينتج عنه تدني وانخفاض في جودة الحياة لديهما، كما اتضح من خلال هذه الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين تبعا لمتغير الجنس لأن كلا الجنسين يشتركان في نفس الخصائص (السلوكية، المعرفية، الانفعالية والاجتماعية) التي تميز بها اضطراب التوحد.

وأكدت الدراسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين تبعا لمتغير شدة الإصابة، ذلك لأنه مهما بلغت شدة الإصابة يبقى الوالدين في قلق وخوف مستمر منشغلين بالتفكير حول حالة طفلهم ما يزيدهم مسؤولية وأعباء بالتالي انخفاض جودة حياتهم.

كذلك أكدت نتائج الدراسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحديين تبعا لمتغير المستوى التعليمي، لأن كل الأولياء سواء كانوا من مستوى تعليم عالي أو منخفض يسعون إلى التعرف على ماهية اضطراب التوحد لإيجاد الحلول المناسبة لفهم طفلهم والتعامل معه والتحسين من حالته.

بينما أكدت الدراسة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال توحديين تبعا لمتغير المستوى المادي، فليست كل الأسر قادرة على توفير متطلبات التأهيل والتكاليف المادية لرعاية طفلهم المصاب بالتوحد.

توصيات:

في ضوء ما ورد في الجانب النظري وكذا النتائج المتوصل إليها يمكن أن نحصل على مجموعة من التوصيات والاقتراحات كالاتي:

- ✓ تنظيم دورات تكوينية وملتقيات لنشر التوعية للوالدين حول اضطراب التوحد والأعراض الخاصة به للتعامل بطريقة صحيحة مع أطفالهم وتحسين من جودة الحياة لديهم.
- ✓ الاستعانة بوسائل الإعلام لتحقيق التوعية الاجتماعية والصحية والنفسية حول موضوع التوحد.
- ✓ ضرورة توفير المرافق والمراكز المؤهلة والمنتاسبة مع أطفال التوحديين للتقليل من حدة الأعباء المترابطة على عاتق الوالدين وتحسين جودة حياتهم.
- ✓ التركيز على تعزيز النظرة الإيجابية للوالدين وغرس الأمل والشعور بالسعادة والطمأنينة والرضا فينتج عنه الاستقرار النفسي والدعم الاجتماعي وهذا من شأنه رفع جودة الحياة.
- ✓ إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينة أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة للتعرف على المشكلات التي يعانونها والعمل على التخفيف منها وتحسين نوعية الحياة لهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

الكتب:

1. ابراهيم محمود بدر (2004)، الطفل التوحدي، مكتبة الأنجلو المصرية، جامعة القاهرة.
2. أحمد نايل الغريس وبلال أحمد عودة 2009 سيكولوجية أطفال التوحد.. دار الشروق، عمان.
3. أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشرييني (2014)، التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
4. أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشرييني (2011)، التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
5. الأشول وعادل عز الدين (1987)، معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، مكتبة لبنان، لبنان.
6. تامر فرح سهيل (2014)، التوحد التعريف الأسباب التشخيص والعلاج، دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع، عمان.
7. الجبلي وسوسن شاكر: (2015)، "التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه"، دار مؤسسة رسلان للنشر والتوزيع.
8. جمال الخطيب ومنى الحديوي وآخرون (2013)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
9. جمال خلف المقابلة: (2016)، اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
10. جيهان أحمد مصطفى (2008)، التوحد، كتاب اليوم السلسلة الطبية، القاهرة.
11. خولة أحمد يحيى: (2013)، "إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة"، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
12. رائد خليل العبادي (2006)، التوحد، مكتبة المجتمع العربي، عمان.
13. زياد كامل الالا وشريفة عبد الله الزبيري وآخرون: (2011)، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
14. سعد رياض (2008)، الطفل التوحدي، أسرار الطفل التوحدي وكيف تتعامل معه، دار النشر للجامعات.

15. سليم النجار: (2006)، "التوحد واضطراب السلوك"، دار أسامة.
16. سميرة ركزة (2018)، التوحد، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر.
17. سهى أحمد أمين نصر: (2020)، "الإتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص- البرامج العلاجية)"، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
18. سوسن شاكر مجيد (2006)، التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، دار دبيونو للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
19. عادل عبد الله محمد: (2011)، مقدمة في التربية الخاصة، دار الرشد للطبع والنشر.
20. عادل محمد العدل وعادل محمد: (2013)، "صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الإحتياجات الخاص"، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.
21. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (2011)، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
22. عكاشة أحمد: (2003)، "الطب النفسي المعاصر"، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
23. فاروق أسامة مصطفى والسيد كامل الشربيني: (2011)، "التوحد الأسباب التشخيص العلاج"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
24. فاروق الروسان: (2013)، "سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة"، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
25. فوزية عبد الله الجلامعة: (2016)، "قضايا ومشكلات الأطفال ذوي اضطراب التوحد"، دار الزهراء، الرياض.
26. فضيلة توفيق الراوي وآمال صالح حماد (1999)، التوحد الإعاقة الغامضة، الدوحة، قطر.
27. محمد أحمد خطاب: (2009)، "سيكولوجية الطفل التوحدي"، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
28. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي: (2018)، "التوحد ووسائل علاجه"، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
29. مصطفى نوي القمش: (2011)، "الإعاقات المتعددة"، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

المذكرات:

30. أحمد علي حسب الرسول محمد: (2018)، "جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى أخصائي علم النفس العاملين مع أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الجزيرة"، بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس، كلية الدراسات العليا، كلية الآداب، جامعة الميادين.
31. أميرة طه بخش: (2006)، "جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا والعاديين بالمملكة العربية السعودية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة أم القرى، الأردن.
32. براجل إحسان: (2017)، "علاقة مصدر الضبط بالإضطرابات السيكومترية لدى أمهات أطفال التوحد"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
33. بوعيشة أمال: (2014)، "جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر"، أطروحة دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، الجزائر.
34. سامر تيسير عبد الله أبو هشيش: (2018)، "مستوى جودة الحياة وعلاقتها بفاعلية الذات لدى مقدمي الخدمات النفسية والاجتماعية في وكالة الغوث الدولية المحافظات الشمالية"، رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في برنامج التوجيه والإرشاد النفسي، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة الخليل.
35. شيخي مريم: (2014)، "طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير.....
36. عبد الحفيظي يحيى: (2016)، "تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين دراسة ميدانية بجامعة الجلفة"، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس وعلم التربية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية تخصص قياس نفسي وتربوي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
37. عرعار غنية: (2011)، "السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين"، دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، تخصص علم النفس الصحة، جامعة محمد بو الضياف، المسيلة، الجزائر.

38. فاتن باشا: (2019)، "برنامج تدريبي لعلم النفس الإيجابي ودوره في تحسين جودة الحياة"، أطروحة دكتوراه في العلوم الإجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي، الجزائر.
39. قراد محمد: (2021)، "أثر البرنامج المقترح للأنشطة الرياضية في تنمية بعض مهارات التواصل اللفظي للأطفال المتوحدين"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث LMD في ميدان علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، قسم النشاط البدني الرياضي المكيف، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
40. محمد حامد ابراهيم الهنداوي: (2011)، "الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة"، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
41. ميدون مباركة: (2019)، "فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد"، أطروحة منشورة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
42. نايف عبد إبراهيم الزراع: (2003)، "قائمة تقدير السلوك التوحيدي"، رسالة مكملة للمتطلبات درجة الماجستير التربية الخاصة كلية الدراسات العليا بالجامعة الأردنية الأردن.
43. نعيمة بوعامر: (2022)، "جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر.
44. نغم سليم جمال: (2016)، "جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، تخصص الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- المجلات:**
45. بسمة أسامة السيد فؤاد وعبد الرحمان سيد سليمان: (2020)، "مقياس جودة حياة أسرة الطفل ذي اضطراب التوحد"، مجلة كلية التربية، جامعة عين الشمس، العدد الرابع والأربعون (الجزء الرابع).
46. حكيم بوعمامة: (2019)، "جودة الحياة المفهوم والأبعاد دراسة تحليلية"، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المركز الجامعي بتيبازة، الجزائر.

47. رابح شليحي: (2021)، "اضطراب طيف التوحد - من خلال التقارير الدولية- (2008 إلى 2021) مراجعة تحصيلية في محتوى رسائل الأمين العام لهيئة الأمم المتحدة"، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، المجلد السادس - العدد الثاني، جامعة يحيى فارس المدية، الجزائر.
48. عبد الله مناف الجادري وأسيل الجادري: (2019)، "التوحد من ليوكاثر إلى التصنيف الدولي الحادي عشر الأمريكي الخامس"، تحرير اتحاد الأطباء العرب النفسانيين، المجلة العربية للطب النفسي 31 (2): 100-114.
49. عبد المنصف عبد المومن حامد بدر: (2019)، "البرنامج الإرشادي وأثره على مهارات جودة الحياة لأسر الأطفال التوحديين بدولة قطر"، المجلة العربية للنشر العلمي، العدد الحادي عشر، قطر.
50. عبيد عائشة بية: "جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الإيجابي"، مجلة تاريخ العلوم، العدد السادس، جامعة عنابة، الجزائر.
51. علي بن مستور الزهراني ونايف بن عابد الزارع: (2019)، "جودة الحياة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بالسلوكيات المعرفية المرتبطة بالفص الجبهي"، المجلة التربوية، العدد الثامن والستون، جامعة جدة، السعودية.
52. غفران غالب أحمد الذهني (2018)، جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك وحائل (دراسة مقارنة)، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة حائل، المملكة العربية السعودية.
- الملتقيات:**
53. سناء محمد سليمان: (2014)، "الطفل الذاتوي (التوحد) بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية"، كلية البنات، جامعة عين الشمس.
54. شهرزاد بوتوي ويوسف برقيقة: (2020)، "رؤية نظرية في جودة الحياة المفهوم والاتجاهات، أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات"، جامعة قاصدي مرباح ورقلة وجامعة حمة لخضر الوادي.

الملاحق

الملحق رقم 1 - قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس جودة الحياة:

| الجامعات | الأساتذة المحكمين |
|---------------|-------------------|
| جامعة باتنة | د. إحسان براجل |
| جامعة قسنطينة | د. هيبة حميزي |
| جامعة باتنة | د. أحمد بن بية |
| جامعة باتنة | د. شقه عز الدين |

الملحق رقم 2: أداة الدراسة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الصديق بن يحيى _جبل_

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص ارشاد وتوجيه

الموضوع استبيان مذكرة بحث بعنوان:

مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين دراسة ميدانية من وجهة
نظر الأولياء أنفسهم

السادة الأفاضل تحية طيبة لكم

نقوم حالياً بإنجاز دراسة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر في التوجيه والإرشاد حول موضوع مستوى جودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين. ونعلمكم أن هذا الاستبيان صمم بغرض البحث العلمي، وأن اجاباتكم ستكون في سرية تامة ولن يتم مشاركة بياناتكم الشخصية نأمل منكم قراءة كل عبارة بدقة علما أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة فكل الإجابات صحيحة تعبر عن رأيكم وذلك بوضع علامة (X) تحت الإجابة المناسبة حسب وجهة نظركم

الرجاء الإجابة على كل العبارات حتى نتوصل إلى نتائج خادمة لأهداف البحث

لذا نرجو تعاونكم ونشكركم على معاونتكم في خدمة هذا البحث العلمي

الأستاذة:

الطالبتان:

_بشّة حنان

_شهيناز بوحجرة

_الهام يونس

البيانات الشخصية:

أ- المعلومات الشخصية للوالدين:

صلة القرابة للطفل:

أب

أم

السن:

المستوى التعليمي لدى والدي أطفال التوحيين :

أمي

إبتدائي

متوسط

ثانوي

جامعي

المستوى الاقتصادي لدى والدي أطفال التوحيين

منخفض

متوسط

مرتفع

ب- المعلومات الشخصية للطفل التوحي :

جنس الطفل التوحي:

ذكر

أنثى

شدة إصابة الطفل التوحي: منخفضة

متوسطة

مرتفعة

البعد الأول: جودة الصحة العامة لدى والدي أطفال التوحيدين:

| إطلاقا | أحيانا | دائما | البنود |
|--------|--------|-------|---------------------------------|
| | | | أعاني من الصداع |
| | | | أشعر ببعض الآلام في جسمي |
| | | | أتناول بعض الأدوية |
| | | | أشعر أن نومي مضطرب |
| | | | أنا راضي(ة) على صحتي الجسدية |
| | | | أعرض للإصابة ببعض الأمراض |
| | | | يتوفر لدي العلاج عندما أحتاجه |
| | | | أشعر بالحيوية والنشاط |
| | | | أشعر بالتعب والإجهاد عند رعايته |

البعد الثاني: جودة الحياة النفسية لدى والدي أطفال التوحيدين

| إطلاقا | أحيانا | دائما | البنود |
|--------|--------|-------|---|
| | | | أعاني من اليأس وخيبة الأمل |
| | | | أشعر بالقلق على مستقبل طفلي التوحيدي |
| | | | أصبحت أكثر معرفة وحساسية لقضايا طفلي التوحيدي |
| | | | أصبحت أكثر تقبلا لكل ما هو جديد على طفلي التوحيدي |
| | | | ألقي اللوم على نفسي لأنني أشعر أنني السبب في اضطراب طفلي التوحيدي |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | أجد صعوبة في ضبط انفعالاتي أمام طفلي التوحيدي |
| | | | أتقبل حالة طفلي التوحيدي وأحاول التكيف معه |
| | | | أشعر بالفشل كلما واجهتني مشكلة مع طفلي التوحيدي |
| | | | أشعر بزيادة المسؤولية والوعي اتجاه طفلي التوحيدي |

البعد الثالث: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية

| إطلاقاً | أحياناً | دائماً | البند |
|---------|---------|--------|---|
| | | | أجد احتراماً وتقديراً في وسطي الاجتماعي |
| | | | تمتاز علاقاتي الأسرية والاجتماعية بالإيجابية |
| | | | لدي اتجاه نحو الانعزال ورفض العلاقات الاجتماعية |
| | | | أجد صعوبة في التعامل مع طفلي التوحيدي |
| | | | أشعر بالتباعد بيني وبين طفلي التوحيدي |
| | | | أشعر أنني قادرة(ة) على التوفيق بين حالة طفلي التوحيدي والظروف الأسرية |
| | | | أشعر بالخجل من حالة طفلي التوحيدي في الأماكن العامة |
| | | | أعاني من المشاكل الزوجية بسبب طفلي التوحيدي |
| | | | أتضايق من تدخل الآخرين في شؤون حياتي |
| | | | أجد من يهتم بحالة طفلي التوحيدي |

البعد الرابع: جودة الحياة المادية لدى والدي أطفال التوحيدين

| إطلاقاً | أحياناً | دائماً | البند |
|---------|---------|--------|---|
| | | | يقلقني ارتفاع التكاليف المادية لتأهيل طفلي التوحيدي |
| | | | أوفر بعض المال تحسباً للظروف الطارئة |
| | | | ظروفي المادية الصعبة تقف كحاجز بيني وبين علاج طفلي التوحيدي |
| | | | لا يهمني ما أصرفه من مال كي تتحسن حالة طفلي التوحيدي |
| | | | أشعر بالرضا عن دخلي المادي |
| | | | بسبب طفلي التوحيدي أركز جهودي لتحسين وضعي المادي |
| | | | بسبب طفلي التوحيدي أعاني من مشكلات مالية |
| | | | أقتصد بعض المال لدفع مستحقات علاج وتأهيل طفلي التوحيدي |
| | | | أتمكن من توفير جميع احتياجات طفلي التوحيدي |

البعد الخامس: جودة المستوى التعليمي لدى والدي أطفال التوحيدين

| إطلاقاً | أحياناً | دائماً | البند |
|---------|---------|--------|---|
| | | | يصعب علي فهم ماذا يريد طفلي التوحيدي |
| | | | أقرأ كتب متخصصة حول إعاقة طفلي التوحيدي |
| | | | أستشير من لديهم خبرة في مشكلة طفلي التوحيدي |
| | | | أشارك زوجي/تي في حل مشكلات طفلي التوحيدي |
| | | | أفكر إلى المعلومات التي تساعدني في حل مشكلات التي |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | تواجه طفلي التوحدي |
| | | | لدي أكثر من طريقة لحل المشكلات التي تواجه طفلي التوحدي |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|--------|--------|--------|------|-------|------|------|-------|----|
| الصحة | Corrélation de Pearson | ,378* | ,537** | ,784** | ,726** | ,747 | ,368* | ,459 | ,659 | ,362* | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------|--------|--------|--------|------|------|------|--------|--------|--------|----|
| النفسية | Corrélation de Pearson | ,575** | ,749** | ,496** | ,654 | ,475 | ,316 | ,492** | ,495** | ,522** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,000 | ,005 | ,000 | ,000 | ,000 | ,006 | ,005 | ,003 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------|------|------|------|-------|-------|------|------|--------|--------|------|----|
| الاسرية | Corrélation de Pearson | ,755 | ,686 | ,488 | ,406* | ,406* | ,678 | ,258 | ,705** | ,635** | ,123 | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,001 | ,000 | ,001 | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------|-------|--------|--------|------|------|--------|--------|-------|-------|----|
| المادية | Corrélation de Pearson | ,459* | ,577** | ,482** | ,655 | ,875 | ,657** | ,503** | ,418* | ,685* | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,001 | ,007 | ,001 | ,000 | ,000 | ,005 | ,001 | ,001 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------------|-------|--------|--------|------|------|--------|--------|-------|-------|----|
| المادية | Corrélation de Pearson | ,459* | ,577** | ,482** | ,872 | ,590 | ,657** | ,503** | ,418* | ,372* | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,001 | ,001 | ,007 | ,001 | ,001 | ,000 | ,005 | ,022 | ,003 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,844 | 9 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,774 | 9 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach ^a | Nombre d'éléments |
| ,816 | 10 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,839 | 43 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,869 | 9 |

Statistiques de fiabilité

| | |
|-------------------|-------------------|
| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
| ,875 | 6 |

Statistiques

| | | a1 | a2 | a4 | a3 | a5 |
|------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| N | Valide | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| | Manquant | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Moyenne | | 1,9833 | 2,2056 | 2,1694 | 1,9388 | 2,2229 |
| Ecart type | | ,30981 | ,28839 | ,27840 | ,22360 | ,28307 |

Rapport

etud

| لوالدين الاقتصادي المستوى | Moyenne | N | Ecart type |
|---------------------------|---------|----|------------|
| منخفض | 2,1400 | 14 | ,10650 |
| متوسط | 2,1128 | 56 | ,15228 |
| مرتفعة | 2,0044 | 10 | ,17379 |
| Total | 2,1040 | 80 | ,15163 |

Rapport

etud

| لوالدين التعليمي المستوى | Moyenne | N | Ecart type |
|--------------------------|---------|----|------------|
| ابتدائي | 2,1038 | 13 | ,10218 |
| متوسط | 2,1980 | 9 | ,10951 |
| ثانوي | 2,0986 | 31 | ,15592 |
| جامعي | 2,0790 | 27 | ,17191 |
| Total | 2,1040 | 80 | ,15163 |