



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية



المخبر: الإرشاد النفسي وتطوير أدوات القياس

الكلية: العلوم الاجتماعية والإنسانية

في الوسط المدرسي

القسم : علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات

أطفال التوحد

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة

إعداد الطالبة

د. آمال بن عبد الرحمان

نعيمة بوعامر

أعضاء اللجنة المناقشة :

الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
عمر حجاج	أستاذ	جامعة غرداية	رئيسا
بن عبد الرحمان أمال	أستاذ محاضراً	جامعة غرداية	مشرفا ومقررا
مزاور نسيمة	أستاذ	جامعة غرداية	ممتحنا
ياسمينه تشعبت	أستاذ محاضراً	جامعة غرداية	ممتحنا
محمد عرفات جخراب	أستاذ	جامعة ورقلة	ممتحنا
مريم سعداوي	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي آفلو	ممتحنا

السنة الجامعية: 2022/2021



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة غرداية

المخبر: الإرشاد النفسي وتطوير أدوات القياس
في الوسط المدرسي

الكلية: العلوم الاجتماعية والإنسانية
القسم: علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة

إعداد الطالبة

د.آمال بن عبد الرحمان

نعيمة بوعامر

أعضاء اللجنة المناقشة :

الصفة	الجامعة الأصلية	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة غرداية	أستاذ	عمر حجاج
مشرفا ومقررا	جامعة غرداية	أستاذ محاضراً	بن عبد الرحمان أمال
ممتحنا	جامعة غرداية	أستاذ	مزاور نسيمة
ممتحنا	جامعة غرداية	أستاذ محاضراً	ياسمينه تشعبت
ممتحنا	جامعة ورقلة	أستاذ	محمد عرفات جخراب
ممتحنا	المركز الجامعي آفلو	أستاذ محاضراً	مريم سعادوي

السنة الجامعية: 2022/2021

شكر وعرفان

بداية أحمد الله كثيراً وأشكر فضله الذي من علي بإنجاز هذا العمل المتواضع ويسر لي طريقه، وامثالاً لقول الله عز وجل في محكم تنزيله: «ومن شكر فإنما يشكر لنفسه» [الزمل: 40].

فإنني أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير والإمتنان لكل من ساعدني علي إنجاز هذا العمل بدءاً بالأستاذة المشرفة الدكتورة آمال بن عبدالرحمان، إذ أنها لم تبخل علي بأي جهد أو علم أو وقت لمتابعة تقدم الدراسة فأشكرها جزيل الشكر علي تشجيعها وموازرتها خلال فترة إنجاز هذا العمل.

وأتقدم بجزيل الشكر لرئيس لجنة التكوين في الدكتوراه أ.الدكتور عمر حجاج علي ما قدمه من عون وتوجيه ومساعدة، وأساتذتي أعضاء لجنة التكوين والأستاذ الفاضل حساني الشيخ.

وأغتتم الفرصة لأعبر عن تقديري وامتناني مع فائق شكري لأعضاء لجنة المناقشة وأساتذتي الكرام محكمي أداة الدراسة، كما لا أنسى شكر أستاذي الفاضل أ.الدكتور بوفاتح محمد علي توجيهاته القيمة.

والشكر الجزيل لكل من قدم يد العون في إنجاز الدراسة الميدانية وإتمام عملية جمع البيانات، كما لا أنسى أن أشكر عائلتي وأساتذتي وزملائي، ولكل من قدم يد العون سواءاً من قريب أو من بعيد

جزى الله الجميع خير الجزاء.

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمدينة الأغواط، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعزى للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحدي، درجة الإصابة بالتوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة وهل يمكن التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أفراد عينة الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قوامها 120 أم لطفل مصاب بالتوحد وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد من إعداد الباحثة ومقياس قلق المستقبل لزينب شقير(2005)، تمت المعالجة ببرنامج Spss واستخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار(T.Test) ومعامل الارتباط بيرسون، تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق، تحليل الانحدار. وبعد المعالجة الاحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

- 1- مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالانخفاض.
- 2- مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالارتفاع.
- 3- توجد علاقة إرتباطية عكسية دالة إحصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغيري درجة إصابة الطفل بالتوحد، والمستوى الاقتصادي للأسرة.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي.
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغيري درجة الإصابة بالتوحد والمستوى الاقتصادي للأسرة.

8- يمكن التنبؤ بقلق المستقبل من خلال بعد جودة الحياة الصحية، بعد جودة الحياة النفسية، بعد جودة الحياة المادية ولا يمكن التنبؤ بقلق المستقبل من خلال بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة - قلق المستقبل - أمهات أطفال التوحد.

Abstract:

The present study aimed to clarify relation ship between the quality of life and future anxiety among mothers of autistic children at The willaya of laghouat, also are there statistically significant differences in the quality of life and future anxiety of mothers of autism's children , due to the gender of the child, (male/ female), the child's disability degree variable, family économical, and as well as the possibility to predict future anxiety through the quality of life. and To achieve the aim sof This study The researcher employed the relational descriptive approach because it is best suited to the study. The study was applied to a simple of 120 mothers of autistic children, and the measure of quality of life of mothers of autistic children (prepared by the researcher), and measure future anxiety

zinab shoughir. It was treated with the SPSS program where there the researcher used several statistical methods such as arithmetic mean, standard deviation, test (T), with the pearson correlation coefficirnt, in addition to single variance analysis for calculation of variances, and regression analysis. The study reveals the following results:

- 1-Showed that the level of quality life among mothers of autistic children, was low level.
- 2-Showed that The level of future anxiety among mothers of autistic children , is high level.
- 3-There are showed inverse correlation and statistical significance between quality of life and future anxiety among mothers of autistic children.
- 4- No there are statistically significant differences in the quality of life of mothers of autistic children , due to the gender of the child, (male/ female).
- 5- There are statistically significant differences in the quality of life of mothers of autistic children ,due to the child's disability degree ariable, and due to family economical level.

6- No there are statistically significant differences in the future anxiety.of mothers of autistic children ,due to the gender of the child, (male/ female). child's

7- There are statistically significant differences in the futere anxiety of mothers of autistic children ,due to the child's disability degree variable, and due to family economical level.

8-The Future anxiety of mothers of autistic children, can be predicted through the quality of life health and the quality of life psychological, quality of life economic and can not be predicted through the family and social quality of life.

Keywords: Quality of Life - Future Anxiety - Mothers of Autistic children.

قائمة المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
أ	شكروعرفان.....
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
ج	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.....
هـ	قائمة المحتويات.....
و	فهرس الجداول.....
ح	فهرس الأشكال.....
ي	فهرس الملاحق.....
1	مقدمة.....
	الجانب الأول: الإطار النظري للدراسة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
06	1- إشكالية الدراسة.....
09	2- تساؤلات الدراسة.....
10	3- فرضيات الدراسة.....
10	4- أهمية الدراسة.....
11	5- أهداف الدراسة.....
12	6- التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة.....
13	7- الدراسات السابقة والتعقيب عليها.....
	الفصل الثاني: جودة الحياة
31	تمهيد.....
31	1- نظرة تاريخية لمفهوم جودة الحياة.....
34	2- مفهوم جودة الحياة.....
37	3- بعض المفاهيم المتعلقة بجودة الحياة.....

39	4- مكونات جودة الحياة ومؤشراتها
42	5- أبعاد جودة الحياة
43	6- مظاهر جودة الحياة.....
45	7- النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة.....
51	8- قياس جودة الحياة.....
54	9- معوقات جودة الحياة.....
56	خلاصة الفصل.....
الفصل الثالث: قلق المستقبل	
58	تمهيد.....
58	أولاً- القلق العام.....
58	1- مفهومه القلق
59	2- أنواعه.....
60	3- أعراضه
61	ثانياً: قلق المستقبل.....
61	1- نظرة تاريخية لمفهوم قلق المستقبل.....
62	2- مفهوم قلق المستقبل.....
64	3- بعض المفاهيم المتعلقة بقلق المستقبل.....
66	4- أسباب قلق المستقبل.....
68	5- النظريات المفسرة لقلق المستقبل.....
72	6- سمات ذوي قلق المستقبل.....
74	7- التأثيرات السلبية لقلق المستقبل.....
75	خلاصة الفصل.....
الفصل الرابع: التوحد	
77	تمهيد.....
77	1- نظرة تاريخية لاضطراب التوحد.....
79	2- مفهوم التوحد

81	3- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.....
85	4- الخصائص والسمات الأساسية لاضطراب التوحد.....
92	5- تشخيص اضطراب التوحد.....
94	6- الأشكال العيادية لاضطراب التوحد والتشخيص الفارقي.....
97	7- درجات شدة التوحد.....
100	8- التوحد داخل الأسرة.....
102	خلاصة الفصل.....
الجانب الثاني: الدراسة الميدانية	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
105	تمهيد.....
105	1- منهج الدراسة.....
106	2- حدود الدراسة.....
106	3- مجتمع الدراسة.....
107	4- الدراسة الاستطلاعية.....
107	5- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.....
109	6- أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية.....
124	7- خطوات تطبيق أدوات الدراسة.....
124	8- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة.....
125	خلاصة الفصل.....
الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها	
127	تمهيد.....
127	- عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الأول.....
130	- عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني.....
134	1- عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها.....
136	2- عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها.....
138	3- عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها.....

141	4- عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها.....
143	5- عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها.....
145	6- عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها.....
147	7- عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها.....
149	8- عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها.....
153	-الاستنتاج العام.....
157	-التوصيات والاقتراحات.....
160	المراجع.....
177	الملاحق.....

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
55	منغصات / معوقات، إمكانيات/ قدرات تحقيق جودة الحياة	01
108	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير جنس الطفل التوحيدي	02
108	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد	03
109	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة	04
111	مفتاح التصحيح لمقياس جودة الحياة لدى أفراد العينة	05
112	فئات قيم المتوسط الحسابي ومستوى جودة الحياة الموافق لها	06
113	مستويات جودة الحياة بالدرجات	07
113	نسب اتفاق المحكمين على مقياس جودة الحياة	08
114	العبارات التي تم تعديلها لمقياس جودة الحياة من قبل الأساتذة المحكمين	09
115	نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لمقياس جودة الحياة	10

115	قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية له	11
116	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد	12
117	معامل ثبات مقياس جودة الحياة وأبعاده باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن=30)	13
118	معامل ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة التجزئة النصفية (ن=30)	14
119	مفتاح التصحيح ومستويات مقياس قلق المستقبل	15
120	نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لمقياس قلق المستقبل:	16
121	قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له	17
121	قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد	18
123	معامل ثبات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن=30)	19
123	معامل ثبات مقياس قلق المستقبل باستخدام طريقة التجزئة النصفية (ن=30)	20
127	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى جودة الحياة عند أفراد العينة	21
128	ترتيب أبعاد متغير جودة الحياة حسب درجة موافقتها	22
131	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق المستقبل	23
131	ترتيب أبعاد متغير قلق المستقبل حسب درجة موافقتها	24
124	معامل الارتباط الثنائي بيرسون لدراسة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل.	25
125	قيم الارتباط لمعامل بيرسون بين أبعاد جودة الحياة وقلق المستقبل	26
126	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين	27
139	نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)	28
139	اتجاه الفروق في مستوى جودة الحياة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد	29
141	نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)	30
142	اتجاه الفروق في مستوى جودة الحياة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة	31
144	نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين	32

145	نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)	33
146	اتجاه الفروق في مستوى قلق المستقبل حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد	34
147	نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)	35
148	اتجاه الفروق في مستوى قلق المستقبل حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة	36
150	نتائج تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار أثر أبعاد جودة الحياة على قلق المستقبل	37
150	نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لاختبار أثر ابعاد جودة الحياة وقلق المستقبل	38

فهرس الأشكال:

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
41	مؤشرات جودة الحياة حسب نوردفالت	01
49	تصور أبو سريع وآخرون لتصنيف محددات جودة الحياة	02
65	نموذج أفريل وآخرون الذي يوضح العلاقة بين الأمل والقلق	03

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق
177	الملحق(01): مقياس جودة الحياة النسخة الموجهة للأساتذة المحكمين.....
181	الملحق(02):قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس جودة الحياة
182	الملحق(03):مقياس جودة الحياة في صورته النهائية:.....
185	الملحق(04): مقياس قلق المستقبل لزينب شقير.....
188	الملحق(05) مقياس قلق المستقبل المعدل من قبل ربما سالم البلوي.....
191	الملحق(06): صدق وثبات أدوات الدراسة.....
205	الملحق (07) نتائج الدراسة الأساسية.....

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثا على مجال التربية الخاصة والحياة الاجتماعية، ويعبر من خلاله عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاه لهم، وخاصة للفئات المهمشة كالأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين وذوي الأمراض المزمنة.

وتولي الدول المتقدمة أهمية كبيرة لموضوع جودة الحياة لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ولاتزال الدول العربية تبذل جهودها للالتحاق بالركب، وتعد جودة الحياة مؤشرا هاما من خلال مدى تحقيق جودة الخدمات المقدمة للمعاقين وأسره كونهم من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة. فهم ينظرون للحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، "كما وتتأثر نظرهم للحياة بظروف إعاقة أبنائهم وما يحصلون عليه من خدمات ودعم اجتماعي مما يؤكد احتياجهم إلى خدمات لتساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة". (القصري، 2014، ص.143)

ويعد التوحد الذي انتشر بشكل رهيب في الآونة الأخيرة، من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا وغموضا وصعوبة بالمقارنة مع الاضطرابات النمائية الأخرى لأنه يؤثر على العديد من جوانب النمو، الجانب المعرفي والاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام وعلى قابليته للتعلم والتدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق أي درجة من القدرة على العمل، أو الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي، والتوحد هو اضطراب نمائي يتميز بقصور في الجانب التواصلي والتفاعل الاجتماعي، هذا ما يجعله اضطرابا صعبا من حيث الفهم والتشخيص والتكفل به، بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي، فالخصائص التي تميز الطفل التوحدي تجعل إمكانياته محدودة وإصابة الطفل بالتوحد يؤثر بشكل كبير على حياة الطفل وحياة أسرته النفسية والاجتماعية ولاسيما الأم التي تقف حائرة في كيفية التعامل مع حالة طفلها، وما هو المطلوب منها من أجل مساعدة هذا الطفل والبحث عن كيفية علاجه باعتبارها الشخص الأكثر اتصالا به، فهي التي تحمل عبء ابنها في كيفية التكفل به ورعايته والسهر على حاجياته ومتطلباته، مما يؤثر على حياتها الأسرية والزوجية والاجتماعية والنفسية ويظهر ذلك في الخوف والتوتر وما يصاحبه من نقص الشعور بالسعادة

والرضا عن الحياة، لأن الطفل يكون غير قادر على مزاوله أنشطته بشكل عادي وغير قادر على القيام بأدواره وأن يكون عنصرا إيجابيا ويتمتع بصحة عقلية ونفسية تؤهله أن يكون فردا متوافقا مع غيره من أفراد بيئته ومجتمعهم.

وتعاني الأم من التوتر النفسي الذي يمتد من التفكير بوضعه الحالي إلى التفكير في مستقبله فتظهر لديها مشاعر الخوف عليه من مواجهة المواقف المستقبلية وعدم القدرة على تلبية كل متطلبات الإعاقة. فأكثر ما تخشاه الأم على طفلها المصاب بالتوحد هو الخوف والقلق على مستقبله. فالتفكير في مستقبل الطفل التوحدي من أكثر الهموم التي تؤرق الأم وكلما يكبر الطفل تزيد مخاوفها وقلقها على مستقبله (صحته، تعليمه، من يتكفل به في حالة غيابها، ما هو مصيره؟ وغيرها من التساؤلات والمخاوف التي تقلق وتؤرق الأم.

من هذا المنطلق جاءت فكرة هذه الدراسة لتقصي العلاقة بين موضوع جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، خصوصا وأن واقع التكفل بالطفل التوحدي في الجزائر يعتبر متدنيا إذا ما قورن بالدول الأخرى نظرا لنقص المختصين والمراكز المتكفلة بهذه الفئة، هذا ما يجعل أسر أطفال التوحد يعانون من ضغوط إضافية، ويرسم الكثير من علامات الاستفهام لدى هاته الأسر حول هذا الاضطراب وماهيته.

وحاولت الباحثة من خلال دراستها الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وهل يوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير: كل من جنس الطفل التوحدي درجة إصابته بالتوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة، وكذا البحث في إمكانية التنبؤ بقلق المستقبل في ظل متغير جودة الحياة وأبعاده. لهذا عالجت الباحثة موضوع بحثها من خلال جانبين حيث خصص الجانب الأول منها للإطار النظري للدراسة وشمل على (04) فصول الفصل الأول تمثل في الإطار العام للدراسة تم فيه تحديد إشكالية الدراسة بما فيها من صياغة لتساؤلات وفرضيات الدراسة وذكر أهميتها وأهدافها وتحديد التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة والدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين ثم التعقيب عليها.

بينما احتوى الفصل الثاني على موضوع جودة الحياة بدءاً بتمهيد للفصل ثم تقديم نظرة تاريخية له، تحديد مفهومه والمفاهيم المتعلقة به، ثم تطرقت الباحثة إلى تحديد مكونات جودة الحياة ومؤشراتها وأبعادها ومظاهرها فالنماذج والنظريات المفسرة لها، وقياسها ومعوقاتها، وأخيراً تقديم خلاصة للفصل.

أما الفصل الثالث فخصص للحديث عن القلق بشكل عام، استهل بتمهيد له وتحديد مفهومه وأنواعه وأعراضه، ثم تطرقت الباحثة لمفهوم قلق المستقبل محور دراستها انطلاقاً من تقديم نظرة تاريخية حوله، وتحديد مفهومه وبعض المفاهيم المرتبطة به وذكر أسبابه والنظريات المفسرة له، ثم تحديد سمات الأشخاص المصابين بقلق المستقبل والتأثيرات السلبية له وأخيراً خلاصة الفصل.

وشمل الفصل الرابع على موضوع التوحد بحيث استهل بتمهيد، ثم تقديم نظرة تاريخية لتطوره وتحديد مفهومه والنظريات المفسرة له، ثم تطرقت الباحثة إلى الخصائص والسمات الأساسية للمصابين به، ثم تشخيصه والأشكال العيادية له ودرجاته، ثم التطرق إلى التوحد داخل الأسرة وردود فعل الوالدين اتجاهه وختم الفصل بخلاصة لأهم ما تم استخلاصه لهذا الفصل.

أما الجانب الثاني من الدراسة فخصص للدراسة الميدانية وشمل على فصلين، حيث خصص الفصل الخامس للإجراءات المنهجية للدراسة، استهل هذا الفصل بتمهيد ثم التطرق لمنهج الدراسة وحدودها، ثم مجتمع الدراسة والدراسة الاستطلاعية وعينة الدراسة الأساسية وخصائصها أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، ثم عرضت الباحثة خطوات تطبيق أدوات الدراسة الميدانية وأخيراً الأساليب الإحصائية المستخدمة وخلاصة الفصل.

أما الفصل السادس والأخير فخصص لعرض ومناقشة نتائج الدراسة وفرضياتها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري، وصولاً إلى الاستنتاج العام للدراسة وتقديم جملة من التوصيات والاقتراحات.

الجانب الأول:

الاطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

* تحديد إشكالية الدراسة.

1. تساؤلات الدراسة

2. فرضيات الدراسة.

3. أهمية الدراسة.

4. أهداف الدراسة.

5. التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة.

6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها

إشكالية الدراسة:

التوحد كاضطراب نمائي حظي باهتمام كبير لدى المختصين والباحثين، الذي عرف انتشارا كبيرا ومخيفا في السنوات الأخيرة، إذ سجلت الإحصائيات أرقاما قياسية وتشير أحدث الدراسات التي صدرت خلال شهر مارس للعام (2014) عن مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض "Center for disease control and prevention 2014"، أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة قد بلغت 1 حالة لكل (68) طفل وأن هذه النسبة تظهر بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل (6/1). (المقابلة، 2016)

وأعلن السيد مارك (2012) رئيس مركز السيطرة على الأمراض أتلانتا بالولايات المتحدة (CDC) أن التوحد أصبح وباء، وأن عدد الأطفال المصابين باضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية قد فاق مجموع الأطفال المصابين بداء السكري، الإيدز والشلل الدماغي، السرطان، وضمور العضلات، وفي عام (2012) أعلن رئيس وزراء فرنسا عزمه على جعل التوحد قضيته، وضرورة فتح المجال على نطاق واسع من أجل زيادة المعرفة حول أسباب الزيادة وكيفية المضي قدما نحو المواجهة. (عبد المنصف، 2019)

أما في الجزائر وحسب البروفيسور "ولد طالب محمود" طبيب أعصاب مختص في الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين (Pédopsyciatre) بمستشفى "دريد حسين" فإن: "متوسط 300 ولادة يتم إحصاء طفل لديه توحد، مما يؤدي بنا إلى استنتاج بأن لدينا ما لا يقل عن 60000 طفل ومراهق مصاب بالتوحد في الجزائر. (ميدون، 2019، ص7) ولا يزال القصور واضح في الدراسات الإحصائية. إضافة إلى انحسار التشخيص في المدن الكبرى، وقلة المقاييس التشخيصية المقننة ونقص في عدد الكفاءات المؤهلة للتشخيص. (الشامي، 2004)

والأطفال التوحيديون هم أكثر الفئات الخاصة صعوبة في فهمهم والتعامل معهم، لأنهم أكثر انغلاقا على ذواتهم ويكتنفهم الغموض كأنهم لغز محير، ومن ثم فإنهم يستصعبون على الفهم والتعامل معهم يشكل عبئا كبيرا على الوالدين والمربين، ويكون الآباء والأمهات هم الأكثر تأثرا وتضررا ومعاناة وإنهاكا بسبب طفلهم التوحيدي، لأنهم يتحملون الأعباء معظم الوقت. ولحظة اكتشاف إصابة الطفل بالتوحد يشكل لحظة حاسمة وصدمة لدى الوالدين قد تحدث تغير جذري في المسار النفسي والسلوكي والاجتماعي والاقتصادي، ويضيف الكثير من المسؤوليات لدهما وبشكل خاص الأم التي تشعر بالإحباط وعدم الرضا مما ينعكس على سعادتها وجودة حياتها، وتكون أكثر عرضة للضغوط النفسية

حيث يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو عليها كمشاعر الذنب والرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الانعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالعدوانية والنقص، الهروب من الواقع عدم القدرة على التخيل أو مواجهة الحقيقة، عدم الانسجام النفسي بين الوالدين ومع بقية أفراد الأسرة.

وقد اهتمت العديد من الدراسات بالحياة النفسية وجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين بصورة عامة وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد بصورة خاصة،. "وأشارت إلى أنهن تعانين من التوتر والإحباط فقد توصلت دراسة هويدي(1996) إلى أن 47.5% من أولياء المعاقين يعانون من التوتر النفسي وعدم التقبل لإعاقة أبنائهم". (القروي، 2008)

ويشير "أحمد نائل" و"بلال عودة" أن الدراسات أكدت على المعاناة التي يحس بها والدي الطفل المصاب بالتوحد نفسياً، فهما يحسان بتأنيب دائم للضمير والحزن والغضب وفقدان الثقة بالنفس، ويشير الريحاني والزريقات(2010): "أن ردود فعل الأسرة اتجاه الإعاقة تظهر على شكل انفعالات وسلوكيات، عادة ما تبدأ بالشعور بالصدمة وتبدأ من خلال عدم قدرة الأسرة على التعامل مع الوضع الجديد ثم مرحلة الإنكار والتي تتمثل بعدم استطاعة الأهل التصديق بأن ما حدث واقع فعلاً، ثم تمر الأسرة بحالة من الشعور بالذنب حيث تعتقد الأسرة أنها سبب ظهور الإعاقة لطفلها سواء بسبب عدم متابعة وضع الطفل أو إهمال صحة الأم، ثم تمر الأسرة بحالة من الحزن والاكتئاب وفقدان الأمل واليأس والخوف على مستقبل الطفل ثم تمر بحالة الغضب سواء نحو الذات أو نحو الآخرين، وأخيراً تصل لحالة المساومة والاستسلام والتعايش مع الموقف". (النواصرة، 2017، ص.371)

وترى بدره ميموني أن "اكتشاف الأم لإصابة ابنها بالإعاقة يعاش كصدمة وجرح نرجسي يهدد كيانها". (ميموني، 2015، ص.76)

وفي هذا الصدد تشير دراسة "ماهورا وشارما" Malhrta and Sharma, 2013 "أن دخول هذا الطفل غير العادي في حياة الأم يعتبر حدثاً غير مرغوب فيه وغير مرحب به، حيث أن الأم لا تواجه فقط مشاعر الشعور بالذنب، وإنما تواجه أيضاً مشاعر العجز حيال الدور الجديد الذي يفرضه عليها وجود هذا الطفل، وأيضاً المسؤوليات التي تنتظرها والتي تعد غير معروفة ومجهولة تماماً بالنسبة لها إلى حد كبير، وبالتالي تحدث تغيرات في نمط حياتها وتفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة. (p.24)، وفي دراسة أخرى قام بها "Mcstay et al, 2014" والتي

هدف من خلالها إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة والضغط النفسية لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد بأستراليا وأشارت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال التوحديين كان منخفضا بينما مستوى الضغوط النفسية تراوح بين المتوسط والمرتفع، كما كشفت نتائج الدراسة إلى أن شدة الإعاقة كان من أهم المتغيرات المؤثرة على نوعية الحياة والضغط النفسية لدى أسر أطفال طيف التوحد. (ضرار، وحاتم، 2014)

من خلال ما سبق فإن حدث وجود طفل توحدي في الأسرة يولد شعورا بعدم الرضا عن الحياة وإلى خلل في جودة الحياة الوالدين وبشكل خاص الأم. فوجود طفل توحدي داخل الأسرة يسهم في إحداث تغيرات في تركيب الأسرة، ويضيف الكثير من المسؤوليات الواقعة على عاتق الوالدين ونجد أن والدي الطفل يعيشان دورة من الحزن مشابهة لتلك التي يمر بها من فقد عزيز عليه، إن هذه الخبرة الأسرية يمكن أن تخلف وراءها العديد من التأثيرات السلبية على حياة ومشاعر ومعتقدات أفراد الأسرة، وتحملهم أعباء مستقبلية تنعكس بدورها على نشاطاتهم الحياتية المختلفة.

فالتعامل مع الطفل المصاب بالتوحد ليس بالأمر الهين ووجوده في الأسرة يعد صدمة نفسية لبعضهم مما يؤدي إلى شعور هؤلاء الأمهات بعدم الاتزان وعدم الرضا عن الحياة مما يصعب عليهم مواجهة متطلبات هذه الأزمة الضاغطة، وتزداد حدة الضغوط النفسية وتختل جودة الحياة لدى الأمهات وتعالى مستويات القلق لديهن كلما فكرن في مستقبل أبنائهم المعاقين وكيفية التخطيط له، فهم ينظرون نظرة تشاؤمية إلى مستقبل أبنائهم حيث يعتقدون أن أبنهم لن يستطيع الاعتماد على نفسه مستقبلا ويحتاج المساعدة والدعم مدى الحياة.

وتطرح الأم الكثير من التساؤلات: كيف سيكون حال طفلي وهو مراهق؟. كيف سيعيش في مجتمع منقطع عنه؟ كيف سيكون مستقبله الدراسي؟ والمهني؟ والاجتماعي؟ لأن صورة الطفل لدا الأم لها ارتباط بالمستقبل أكثر من الحاضر، ويزداد خوف الأم وقلقها على مستقبل ابنها بتقدمه في العمر، من يتكفل به في حالة غيابها فتفكير الأم في مستقبل طفلها المصاب بالتوحد من أكبر الهموم التي تؤرقها وأكدت على ذلك الكثير من الدراسات التي اهتمت بقلق المستقبل لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين ونجد من ذلك دراسة "أزم وشاه" Azeem et Shah (2013) التي أوضحت أن أولياء المعاقين يعانون من القلق والشعور بخيبة الأمل والنظرة التشاؤمية تجاه مستقبل أبنائهم، بالإضافة إلى دراسة "سيلدا وآخرون" Selda, et al,

(2009) والتي كشفت أن أمهات وآباء الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون قلقا فيما يخص مستقبل طفلهم وهذا ما يزيد من إحساسهم بالضغط فالسؤال الذي يسيطر على الأم هو كيف سيكون مستقبل طفلي هل يستطيع أن يعيش حياة عادية مثل باقي أقرانه. كما ويذهب "يونج وكورتسس" Yoong and Koritsas أن آباء المعاقين عقليا لديهم العديد من المخاوف بشأن مستقبل أبنائهم المعاقين عقليا وأن هذه المخاوف تؤثر على شعورهم بجودة الحياة. (Yoong and Koritsas, 2012) (أبو السعود، 2014)

وبناء على ما سبق ذكره تأتي الدراسة الحالية في توجيه الاهتمام لموضوع جودة ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وعلاقته بقلق المستقبل هذا المفهوم الجديد الذي اكتسب أهمية كبيرة في علم النفس وخاصة علم النفس الإيجابي ليصبح من التوجهات الحديثة في ميدان علم النفس والتربية الخاصة، فارتفاع مستوى جودة الحياة أو انخفاضها لدى الأم قد ينعكس بشكل إيجابي أو سلبي على الطفل، إما تجعل منه شخصا فعالا ومنتجا أو فردا معقدا وسلبيا وضعيف الإرادة مستقبلا، ومن خلال هذا الطرح فإن الإشكالية التي تقدمها الدراسة الحالية تهدف إلى مناقشة العلاقة بين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وقلق المستقبل وذلك من خلال التساؤلات التالية:

1-تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى كل من جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد؟
2. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعا للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحدي (ذكر- أنثى)، درجة إصابة الطفل بالتوحد(خفيفة- متوسطة- شديدة)، المستوى الاقتصادي للأسرة(منخفض، متوسط- مرتفع)؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى عينة الدراسة تبعا للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحدي(ذكر- أنثى)، درجة الإصابة بالتوحد(خفيفة- متوسطة- شديدة)، المستوى الاقتصادي للأسرة(منخفض- متوسط- مرتفع)؟
5. هل يمكن التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أمهات أطفال التوحد؟

2- فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تبعاً لمتغير جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى).
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد (خفيفة - متوسطة - شديدة).
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة (منخفض - متوسط - مرتفع).
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى).
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد (خفيفة - متوسطة - شديدة).
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة (منخفض - متوسط - مرتفع).
8. يمكننا التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أمهات أطفال التوحد.

3- أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة في كونها تسلط الضوء على موضوع التوحد هذا الأخير الذي أصبح هاجس يورق المجتمع والأسرة على وجه التحديد، فزيادة انتشار هذا الاضطراب يستدعي دق ناقوس الخطر من أجل تقديم دراسات حوله، وبالأخص دراسة جودة ونوعية الحياة لدى الأمهات.

1. اهتمام الدراسة بأحد متغيرات علم النفس الإيجابي وهو جودة الحياة وخروجاً من التيار السائد الذي يهتم بالمتغيرات السلبية في علم النفس.
2. تتناول هذه الدراسة متغيرين مهمين في حياة الأم وحياتها وطفلها وهما متغيري جودة الحياة وقلق المستقبل.

3. معرفة العوامل الكامنة المؤثرة على جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وإبراز أهمية ودور الأم في حياة الطفل التوحدي فالأم هي أكثر أفراد الأسرة قلقاً على مستقبل ابنها.

4. كما وتعتبر هذه الدراسة إضافة إلى المكتبة العربية نظراً لمحدودية تناول موضوع جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أم الطفل المصاب بالتوحد في الدراسات والأبحاث العربية وخاصة المحلية منها في حدود علم الباحثة، وكذا تقديم إطار نظري يستفيد منه العاملون والباحثون في مجال علم النفس والتربية الخاصة وبشكل خاص الوالدين.

5. تصميم أداة لقياس جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

6. ماستسفر عليه نتائج الدراسة من اقتراحات يستفيد منها الباحثون والمتخصصون في عمل برامج إرشادية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد لتحسين من جودة الحياة لديهم وكذا التخفيف من الضغوط النفسية التي يعانون منها، والتخفيف من قلق المستقبل لديهم.

4-أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى ما يلي:

-الكشف عن مستوى كل من جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.

-التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.

-التعرف على مدى وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى)، درجة الإصابة بالتوحد (خفيفة -متوسطة - شديدة)، المستوى الاقتصادي للأسرة (منخفض - متوسط - مرتفع).

-التعرف على مدى وجود فروق دالة إحصائية في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى)، درجة الإصابة بالتوحد (خفيفة -متوسطة - شديدة)، المستوى الاقتصادي للأسرة (منخفض - متوسط - مرتفع).

-الكشف عن إمكانية التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أمهات أطفال التوحد.

5-التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

5-1 جودة الحياة:

هي درجة شعور أم الطفل التوحيدي بالرضا والسعادة وقدرتها على التعايش مع حالة ابنها، وتمتعها بصحة نفسية وجسدية سليمة، وكذا ما يقدم لها من خدمات حياتية جيدة، ويعبر عنها في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مقياس جودة الحياة المعد من طرف الباحثة بأبعاده الأربعة (جودة الحياة الصحية، جودة الحياة النفسية، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية وجودة الحياة المادية)، بحيث تتراوح الدرجة المعطاة للمفحوصة بين (37) كحد أدنى، و(148) كحد أقصى.

5-2 قلق المستقبل:

قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد هو سيطرة التوقعات السلبية والنظرة التشاؤمية اتجاه مستقبل أبنائهن التوحيدين، مما يؤدي إلى سيطرة مشاعر التوتر والقلق لديهن. ويعبر عنه في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مقياس قلق المستقبل المستخدم في الدراسة الحالية، بأبعاده الخمسة (بعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية، بعد القلق المتعلق بقلق الصحة وقلق الموت، وبعد قلق التفكير في المستقبل، بعد النظرة التشاؤمية للمستقبل وبعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل)، بحيث تتراوح الدرجة المعطاة للمفحوصة بين (28) كحد أدنى و(112) كحد أقصى.

5-3 أمهات أطفال التوحد:

هن أمهات الأطفال التوحيدين الذين يعانون من اضطراب التوحد، وهو اضطراب نمائي يظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر على النمو السوي للطفل، حيث يظهر لديه قصور في الاتصال اللفظي وغير اللفظي والتفاعل والتطور الحسي.

6-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

لقد نال موضوعي جودة الحياة وقلق المستقبل اهتمام العديد من الباحثين مع تنوع العينة التي خصّصت بالدراسة، وبما أن الدراسة الحالية ركزت على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة وبشكل خاص أمهات الأطفال المصابين بالتوحد فإن الدراسات المذكورة سوف تركز على هذا الفئة.

أولاً: دراسات حول جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات:

1- الدراسات العربية:

1-1 دراسة الخطيب، والحديدي (1996):

والتي هدفت إلى معرفة أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات، استخدم الباحث المنهج الوصفي واعتمد على مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري، تكونت العينة من 72 من الآباء والأمهات وأفادت نتائج الدراسة بأن الإعاقة تترك تأثيراً كبيراً على الأسرة، ولم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة. (النواصرة، 2017)

1-2 دراسة عصفور (2012):

بعنوان "مصادر الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين"، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (40) أم لمرهق مصاب بالتوحد اختيروا بطريقة عشوائية، واستخدم مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات الأطفال المراهقين، وخلصت الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، وأن أعلى متوسط كان لبعدها تحمل أعباء المراهق التوحدي، كما أظهرت نتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس المستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، بينما أظهرت فروق ذات دلالة مجالي القلق على المستقبل وتحمل أعباء الطفل التوحدي. (النواصرة، 2017)

1-3 دراسة صارة عبد العظيم (2014):

بعنوان "الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين"، وهدفت هذه الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء بعض

المتغيرات الديمغرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمي)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (30) فرد (14 أب و 16 أم) لأطفال مصابين بالتوحد ومنتسبين لمراكز التربية الخاصة بالخرطوم، استندت الباحثة على تقنيين مقياس زينب شقير 2003، ومقياس نوعية الحياة من إعداد الأمم المتحدة للصحة، وتوصلت الدراسة إلى أن الضغوط النفسية لدى والدي الأطفال التوحديين تتسم بالارتفاع، كما توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد، فكلما ارتفعت الضغوط النفسية لدى الأم كلما اخفض مستوى جودة الحياة والعكس صحيح. كذلك أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد.

1-4 دراسة كريم وعلي (2014):

والتي هدفت للتعرف لمستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال من ذوي طيف التوحد، تكونت عينة الدراسة من (115) من آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في العراق، تم اختيارهم عشوائياً في عدد من المراكز التي تقدم الرعاية الصحية لأطفال التوحد وأسره، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة المقننة واستبانة نوعية الحياة كأدوات لجمع البيانات، وأشارت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد كان منخفض جداً، وبينت نتائج الدراسة وجود فروق في مستوى نوعية الحياة المدركة لدى آباء و أمهات الأطفال من ذوي طيف التوحد تعزى للمستوى التعليمي للأم لصالح الأمهات ذوات المستوى التعليمي المرتفع. (ضرار، وحاتم، 2020)

1-5 دراسة أبو قريع (2015):

بعنوان نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب 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، وشدة الاضطراب لديه. استخدم المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من (94) أسرة منهم آباء وأمهات لأطفال مصابين بالتوحد في مجموعة من المراكز المتخصصة في التربية الخاصة، وأشارت النتائج إلى أن أسر الأطفال التوحديين تتمتع بمستوى متوسط في جميع الأبعاد المتعلقة بالمقياس المعد للدراسة، وكان أعلى متوسط حسابي للبعد المعرفي وقدر ب(3.45)، وأقل متوسط حسابي في المقياس للبعد الاقتصادي الذي قدر

ب) (2.67) بمستوى نوعية حياة متوسط، كما وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير جنس الطفل في البعد الصحي.

1-6 دراسة عذبة صلاح خضر (2015):

بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم"، هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم، وتكونت عينة الدراسة من (71) فرداً من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية اختيروا بطريقة عشوائية، وقد استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، تعريب بشرى أحمد (2008)، وأظهرت النتائج مايلي: السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً تتسم بالسلبية، وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، في حين لم توجد نتائج الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغيري الجنس (ذكر/أنثى)، ومستوى الحالة الصحية للوالدين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين والمستوى والاقتصادي للأسرة.

1-7 دراسة خنساء عبد الرزاق (2017)

بعنوان: "المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد في محافظة ديالى بالعراق"، وهدفت الدراسة للتعرف على المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد، استخدم المنهج الوصفي، وتم بناء أداة للبحث وتمثلت في استبيان مشكلات أمهات أطفال التوحد، تكونت العينة من (50) أم لطفل توحيدي وبعد تحليل البيانات ومعالجتها إحصائياً خلصت الدراسة إلى أن أمهات أطفال التوحد تعانين من مشكلات تؤثر سلباً في حياتهن وتمثل في ردود أفعال مختلفة تظهر في مشاعر الحزن وفقدان الطفل السليم. (خنساء، 2017)

1-8 دراسة صقر سعيد فؤاد بنات (2018):

بعنوان "قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة"، هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين كل من قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، والكشف عن مستوى كل من قلق الإنجاب وجودة الحياة، ومعرفة علاقة كل من قلق

الإنجاب وجودة الحياة ببعض المتغيرات الديمغرافية الآتية: (الجنس، نوع الإعاقة، وجود طفل معاق سابقا في الأسرة، المستوى التعليمي للوالدين، المستوى الاقتصادي)، تكونت عينة الدراسة من (285) من الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ومقياس قلق الإنجاب ومقياس جودة الحياة إعداد منظمة الصحة العالمية كأداتين لجمع البيانات وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

- مستوى قلق الإنجاب بلغ 65%، ومستوى جودة الحياة بلغ 63% وهما ذوا مستوى متوسط.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الإنجاب تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ومتغير وجود طفل معاق مسبقا لصالح طفل واحد أو أكثر من ذلك، ومتغير المستوى الاقتصادي ويعزى لصالح الفئة الأقل أجرا، في حين كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الإنجاب تعزى لمتغير نوع الإعاقة، ومتغير المستوى التعليمي للوالدين.

1-9 دراسة هيفاء (2018):

بعنوان "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بدولة الإمارات العربية"، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي وتكونت عينة الدراسة من (32) أم، اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة. وتم استخدام مقياس أساليب المعاملة الوالدية ومقياس جودة الحياة، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية: تتسم جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالارتفاع، توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، كما خرج البحث بعدة توصيات أهمها ضرورة توعية والدي أطفال التوحد في كيفية التعامل مع الأطفال التوحديين.

10-1 دراسة قوعيش مغنية (2018):

بعنوان "جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء بعض المتغيرات (المستوى التعليمي، نوع إعاقة الطفل)": هدفت الدراسة للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا بالمراكز البيداغوجية، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من (178) أما بالمراكز البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بمستغانم، تم اختيارهم بطريقة قصدية، استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أبعاد جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا، توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغيري نوع إعاقة الطفل لصالح أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ومتغير المستوى التعليمي للأمم. (قوعيش، 2018)

11-1 دراسة حكيم ورابح (2019):

بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بالمستوى التعليمي للوالدين، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة من (128) ولي من أسر الأطفال المعاقين عقليا في مراكز التربية الخاصة بكل من ولاية الجزائر، تيارزة، البليدة، عين الدفلى. وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتم استخدام مقياس جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا (من إعداد الباحث) وأظهرت النتائج انخفاض في مستوى كل من جودة الحياة والصلابة النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا.

12-1 دراسة جعلاب وشعوبي (2020):

بعنوان "واقع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"، كونهم الفئة التي تتحمل العبء الأكبر في رعاية وتلبية معظم متطلباته، أجريت الدراسة بإتباع المنهج الوصفي التحليلي على مجموعة دراسة تكونت من (31) أما تتراوح أعمارهن ما بين (25-49) سنة تم اختيارهم بصفة قصدية من بين أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام استبيان جودة الحياة وخلصت الدراسة للنتائج 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.

1-13 دراسة ضرار وحاتم(2020):

بعنوان "القدرة التنبؤية لعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن". لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بتطوير مقياس نوعية الحياة والضغط النفسية، وتم استخدام مقياس بيك(Beck) للاكتئاب واستخدم الباحث المنهج المسحي الارتباطي، تكونت العينة من (200) أم لطفل توحدي في الأردن، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى الأمهات كانت متوسطة، وجاء الاكتئاب البسيط بأعلى درجة، كما أظهرت النتائج أن متغير الضغط النفسي يتنبأ بنوعية الحياة بدرجة أكبر من متغير الاكتئاب

2- الدراسات الأجنبية:

2-1 دراسة مكلندن.Mclinden(2005):

هدفت إلى "تقصي أثر الإعاقة في العلاقات الأسرية"، وتكونت العينة من 120 أسرة في كندا تراوحت أعمار أطفالها من سنة إلى أربع سنوات، تم جمع المعلومات من خلال المقابلات الأسرية، أشارت النتائج إلى أن الضغوط النفسية والعلاقات الزوجية لا ترتبط بالإعاقة نفسها بقدر ما ترتبط بشدة الإعاقة.

2-2 دراسة Alik et al (2006):

بعنوان "جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل المتمدرس المصاب باضطراب الأسبرجر"- دراسة مقارنة، هدفت الدراسة إلى تقييم جوانب جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى والدي الطفل المتمدرس المصاب باضطراب الأسبرجر وعلاقتها بالخصائص السلوكية للطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن: -أمهات الأطفال المصابين باضطراب الأسبرجر يعانون من جودة حياة منخفضة متعلقة بالصحة مقارنة بالمجموعة الضابطة - انخفاض الصحة الجسدية (صحة الأم المتعلقة بالمشكلات السلوكية للطفل مثل فرط الحركة) - وجود علاقة ارتباطية بين رفاهية الأم والخصائص السلوكية للطفل.(إحسان، 2017)

2-3 دراسة ماكتافش وآخرون(Mactavish et al(2007):

هدفت هذه الدراسة "إلى إلقاء الضوء على وجهات نظر مقدمي الرعاية الأسرية من (الآباء والآباء بالتبني، والإخوة) للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية عن معنى جودة الحياة وتأثير السلوك في بنائها"، وقد

أظهرت نتائج الدراسة أن الصحة الشخصية وتحقيق الحاجة الأساسية كانوا عناصر أساسية لجودة الحياة، كذلك كشفت نتائج الدراسة أن الموارد المالية، ونوعية الراحة والصحة، والمخاوف التي تصيب الأسرة من وجود طفل معاق، يعتبر من العوامل الأساسية التي لها القدرة على تسهيل أو تعقيد جودة الحياة.

2-4 دراسة بالجاوجابلونسكا (2007)Beleja et Jablonsk:

هدفت الدراسة إلى "تصور المعرفة المعاصرة لحالة الصحة النفسية وجودة الحياة للأمهات القائمات برعاية الأطفال المعاقين عقليا كعوامل مرتبطة بجودة الرعاية الوالدية"، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الرعاية الوالدية تعتبر شاقة وطويلة الأمد، كما كشفت النتائج أن رعاية الأطفال المعاقين عقليا لها تأثير سلبي على كل من الحالة الصحية النفسية وجودة الحياة لمقدمي الرعاية لهم، وبينت نتائج الدراسة أن آباء الأطفال المعاقين عقليا يعانون من الاكتئاب واضطراب القلق، والأرق والشعور بالذنب والوحدة والعزلة الاجتماعية في كثير من الأحيان أكثر من آباء الأطفال الأصحاء، كما توصلت الدراسة إلى أن جودة الحياة لدى الوالدين تتأثر بالوضع المالي، ونقص الدعم العاطفي من الشريك أو من الأصدقاء، والقيود التي تفرض على الحياة الاجتماعية.

2-5 دراسة ورايت وآخرون (2009)Wright et al:

بعنوان "أثر وجود طفل توحيدي على الأم التركية": أجريت هذه الدراسة بهدف التحقيق في أثر وجود طفل توحيدي على حياة الأم التركية، تكونت العينة من (10) أمهات لأطفال مصابين بطيف التوحد، واستخدمت المقابلة كأداة لجمع البيانات، وأسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج نذكر منها: أن أمهات أطفال التوحد تعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل، وأظهرت أيضا أن هناك قلق حول مستقبل الطفل مما يضاعف حجم الضغوط لديهن. (عايش ومنصوري، 2013)

2-6 دراسة قوميز وقوميز (2011)Gomez and Gomez:

بعنوان "جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة"، هدفت هذه الدراسة إلى وصف جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفلبين، وذلك من خلال محددات جودة الحياة لدى الوالدين، أعتمد في هذه الدراسة على المنهج المختلط، وتكونت العينة من

(76) فردا، واستخدم مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الموجز (النسخة الفلبينية) والمقابلة كأداتين لجمع البيانات، وأشارت النتائج أن التحصيل التعليمي للوالدين والدخل السنوي وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين، كما أظهرت الدراسة أن آباء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوطات سلبية تؤثر على حياتهم. (إحسان، 2017)

2-7 دراسة سكالبيش (2015) Schlebusch:

بجنوب إفريقيا هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تكونت عينة الدراسة من (180) من أسر الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد ممن يتلقون خدمات خاصة بأسر الأطفال ذوي الإعاقة تم اختيارهم عشوائيا، واستخدام مقياس جودة الحياة من قبل الباحثة كأداة لجمع البيانات وأشارت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تراوح بين منخفض إلى متوسط، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب والأم والمستوى الاجتماعي للأسرة.

2-8 دراسة بيوفيسان وآخرون (2015) piovesan et al:

بعنوان "جودة الحياة والأعراض الاكتئابية لدى أمهات الأفراد التوحديين"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن جودة الحياة ووجود الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة، بحيث استخدم 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) إلى (40) سنة، وأستخدم الباحث كأدوات للدراسة كل من استبيانات الخصائص الاجتماعية والديمقراطية والصحة، ومقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، ومقياس بيك للاكتئاب واليأس ومقياس "Baptista" للاكتئاب نسخة الراشدين وتوصلت الدراسة إلى مايلي: عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة وظهور الأعراض الاكتئابية تعزى لمتغير عمر الطفل. ووجود علاقة ارتباطية سلبية عالية بين جودة الحياة والمستويات العالية من الأعراض الاكتئابية، وارتباط بين البيئة والدخل.

2-9 دراسة فاسيلوبولوا و نيسييت (2016) Vasilopoulo Et Nisbet:

هدفت هذه 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 والمؤسسي المقدم للأسرة. (بن رابع، 2020)

ثانياً: الدراسات السابقة حول قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات:

1-الدراسات العربية:

1-1 دراسة السيد الشرييني (2006):

بعنوان "بعض المتغيرات المرتبطة بالخوف من المستقبل والفعالية العامة للذات والاحتياجات لدى أمهات الأفراد المعاقين عقلياً"، هدفت الدراسة إلى التعرف على مشكلة الخوف من المستقبل، ودراسة العلاقات الارتباطية بين الخوف من المستقبل وكل من الفاعلية العامة للذات لدى أمهات الأفراد المعاقين عقلياً، وقد تكونت عينة الدراسة من (185) أم لديها طفل معاً، تراوحت أعمارهم بين 20 إلى أقل من 67 سنة، وتراوحت أعمار أبنائهن ما بين (14-18) سنة، وتوصلت النتائج إلى أن الأم في السن المتقدم ومع قرب انتهاء طفلها من المدرسة، يزداد خوفها على مستقبله، كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الخوف من المستقبل واختبار الفعالية العامة للذات، ووجود علاقة ارتباطية بين اختبار الخوف من المستقبل وبعد الدعم الاجتماعي، وعدم وجود علاقة دالة إحصائية بين اختبار الخوف من المستقبل وبعض أبعاد مقياس الاحتياجات الخاصة، (الاحتياجات المعرفية، الدعم المادي، الدعم المجتمعي) والدرجة الكلية للمقياس. (أبو السعود، 2014)

1-2 دراسة زعاريب (2009):

بعنوان "مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات"، استخدم المنهج الوصفي، وتكونت العينة من (200) أب وأم لأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة، طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية من إعداد السرطاوي والشخص 1998 وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج نذكر منها: أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعا بالترتيب: القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادرا للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة. وأوصت الباحثة بضرورة الاستعانة بوسائل الإعلام لتحقيق التوعية الاجتماعية والصحية والنفسية حول موضوع التوحد، وأيضا ضرورة إلزام الأمهات بحضور الدورات التدريبية والإرشادية التي تهدف إلى علاج المشكلات التي تتعرض لها أسر الطفل التوحدي.

1-3 دراسة ربما سالم (2013):

بعنوان "مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية"، بحيث هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات (النوع الاجتماعي للطفل التوحدي، المؤهل العلمي للأم، شدة أو درجة الإعاقة)، تكونت عينة الدراسة من (50) أما ممن لديها طفل توحدي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد عينة الدراسة، وأظهرت النتائج أن مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين جاء مرتفعا، وأظهرت وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين يعزى لمتغير النوع الاجتماعي ولصالح الإناث، وملتغير شدة الإعاقة ولصالح الإعاقة الشديدة، كما أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى الأمهات يعزى للمؤهل العلمي.

1-4 دراسة أبو السعود (2014):

التي هدفت إلى "التعرف على معدلات انتشار قلق الآباء اتجاه مستقبل أبنائهم المعوقين عقليا، واختبار فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى الأبناء ذوي الإعاقة

العقلية، ومعرفة أثره في خفض قلق الآباء اتجاه مستقبل أبنائهم المعاقين عقليا" بحيث تكونت عينة الدراسة من (148) طالبا معاق عقليا وآبائهم بالمملكة العربية السعودية، وتكونت العينة من (20) طفل معاق وآبائهم قسمت بالتساوي لعينة تجريبية وضابطة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس قلق المستقبل، مقياس المهارات المهنية، البرنامج التدريبي، وأسفرت الدراسة لمجموعة من النتائج نذكر أهمها: ارتفاع معدلات انتشار قلق الآباء اتجاه مستقبل أبنائهم ذوي الإعاقة العقلية حيث بلغ معدل انتشار قلق المستقبل لدى الآباء (79.33%)، وقد كان قلق الآباء اتجاه المستقبل الاقتصادي للأبناء المعاقين عقليا أكثر معدلات القلق انتشارا، ثم يليه قلق المستقبل المهني للآباء على الأبناء، ثم قلق المستقبل اتجاه المستقبل الاجتماعي للأبناء.

1-5 دراسة طايبي مريم (د-ت)

بعنوان "قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى قلق المستقبل لدى والدي الأطفال المعاقين ذهنيا (آباء - أمهات)، استخدم المنهج الوصفي وشملت العينة على (60) فرد مقسمين ل (30) أم و (30) أب لطفل مصاب بالتوحد وقد استخدم مقياس قلق المستقبل من إعداد الباحثة وبعد المعالجة الإحصائية خلصت الدراسة لمجموعة من النتائج نذكر أهمها: والدي الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من درجة قلق مستقبل متوسطة ما بين (51-70) كما لم تسجل فروق في درجة قلق المستقبل حسب متغير الجنس (ذكور/إناث).

1-6 دراسة عايش صباح (2016):

بعنوان "قلق المستقبل لدى إخوة المعاقين ذهنيا هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى قلق المستقبل لدى إخوة المعاقين عقليا"، استخدم المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (90) أخ وأخت للمعاقين عقليا بمراكز المعاقين على مستوى مدينة الشلف تم اختيارها بطريقة عشوائية، واعتمدت الدراسة على مقياس قلق المستقبل لصالح كرميان (2007). وأظهرت النتائج وجود مستوى متوسط من قلق المستقبل لدى إخوة المعاقين عقليا. (عايش، 2016)

1-7 دراسة صفاء محمود (2018):

بعنوان "الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحركية"، والتي هدفت من خلالها الباحثة إلى دراسة الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال

ذوي الإعاقة الحركية وفقا لبعض المتغيرات بحيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، واستخدمت الطريقة العشوائية البسيطة لاختيار عينة قوامها (70) من أمهات المعاقين حركيا وتضمنت أدوات الدراسة كلا من مقياسي الضغوط الحياتية لعلي فرج ومقياس قلق المستقبل لإبراهيم الكيلاني وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج نذكر منها: وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط الحياتية وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المعاقين حركيا، كما وتتسم السمة العامة لقلق المستقبل لدى أمهات المعاقين حركيا بالارتفاع.

8-1 دراسة جهاد وعلي (2018):

بعنوان "جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المكفوفين"، هدفت الدراسة إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعاقين بصريا، وأجريت الدراسة على عينة عشوائية طبقية بلغ حجمها (250) كفيف، وقد استخدمت فيها الباحثة مقياس جودة الحياة ومقياس قلق المستقبل وبعد إجراء المعالجة الإحصائية توصلت الباحثة للنتائج التالية: مستوى جودة الحياة مرتفع لدى المكفوفين، توجد علاقة عكسية دالة إحصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل، كما لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة تعزى للمستوى التعليمي، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة تعزى لمتغير النوع.

9-1 دراسة ثامر (2019):

بعنوان "قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في رام الله والبيرة دراسة مسحية"، التي هدفت التعرف إلى قلق المستقبل عند عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كل من رام الله والبيرة وكذا معرفة إن كانت هناك فروق في قلق المستقبل تعزى للمتغيرات التالية: نوع إعاقة الطفل، عمر الأم، المؤهل الأكاديمي للأم، وتكونت العينة من (58) أم، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مدى تأثير قلق المستقبل على أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في رام الله والبيرة قدر بنسبة 55% وهي درجة متوسطة ويعود ذلك إلى الاهتمام الدائم والدعم الذي تجده الأم من قبل العائلة والمجتمع مما يساعدها ويعينها على رعايته وذلك يخفف من قلق الأم على ابنها، كما وتوصلت نتائج الدراسة إلى انعدام الفروق في متوسطات قلق المستقبل لدى الأمهات تبعا لمتغير: نوع إعاقة الطفل، عمر الأم، المستوى التعليمي للأم. (tamer, 2019)

2- الدراسات الأجنبية:

1-2 دراسة هوبيرت (Hubert, 2011):

التي هدفت إلى "التعرف على مشاعر ومعتقدات الأمهات اتجاه أبنائهن المعاقين عقليا"، الذين تتراوح أعمارهم ما بين (15-22) ويعيشون في المنزل مع أمهاتهم في إحدى المقاطعات جنوب إنجلترا، وقد أسفرت الدراسة لمدة عامين استخدم فيها الباحث أسلوب المقابلة والملاحظة الشخصية مع الأمهات، وأسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج نذكر أهمها: أن الأمهات يشعرن بمخاوف متعددة اتجاه مستقبل الابن المعاق عقليا، وتأمل الكثيرات منهن أن تستمر حياتهن فترة طويلة حتى يوفرن الرعاية والحماية اللازمة لأطفالهن، ومن أهم المخاوف التي يشعرن بها أن يتعرض الابن للضرر والأذى في حالة وفاته. (أبو السعود، 2014)

2-2 دراسة هيمن (Heiman, 2002):

بعنوان "آباء الأفراد المعاقين: المرونة والتعامل، والتوقعات المستقبلية"، هدفت الدراسة إلى التعرف على توقعات الآباء ومخاوفهم بالنسبة لمستقبل أبنائهم المعاقين، وكذلك التعرف على كيفية التعامل معهم، تكونت عينة الدراسة من 50 فردا من آباء الأطفال المعاقين مقسمة لـ 50% آباء أطفال معاقين ذهنيا، و 28% آباء أطفال ذوو إعاقات جسمية، و (22%) من آباء الأفراد ذوو صعوبات التعلم، وتراوح أعمار الآباء من (31-57) سنة، وأعمار الأبناء من المعاقين من (7-16) سنة واستخدمت المقابلة للتعرف على مشاعر الآباء وتوقعاتهم ومخاوفهم، وقد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها: أن الآباء يشعرون بالقلق والمخاوف بشأن مستقبل أبنائهم المعاقين، وقد تباينت هذه المخاوف، وتوصلت الدراسة إلى أن أهم المخاوف التي تقلق الآباء بشأن مستقبل أبنائهم هي: القلق حول إدماج أبنائهم في المجتمع، والقلق حول تعليم الطفل والقلق على مستقبله المهني، وقدرته في الاعتماد على ذاته. (Heiman, 2002)

* التعقيب على الدراسات السابقة وتحديد أوجه الشبه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية:

بعد استعراض مجموعة هامة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت المتغيرين (جودة الحياة وقلق المستقبل) في علاقتهما مع متغيرات أخرى، وتحليلها وفق ما تقتضيه الطريقة المنهجية لعرض الدراسات السابقة اتضح ندرة الدراسات المحلية التي اهتمت بمادتين الموضوعين وبشكل خاص لدى فئة

الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابين بالتوحد، ولم نجد ولا دراسة تناولت المتغيرين مع بعض لدى أمهات أطفال التوحد في حدود علم الباحثة.

وفيما يلي سنذكر أهم النقاط التي تم استخلاصها من تحليل ومناقشة هذه الدراسات وجوانب الشبه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية وذلك من حيث الموضوع والهدف، المنهج، العينة، أدوات جمع البيانات، النتائج المتحصل عليها.

1. من حيث الموضوع والهدف:

هدفت بعض الدراسات السابقة لدراسة الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد ونذكر منها دراسة كل من عصفور (2012) بعنوان مصادر الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، ودراسة صارة عبد العظيم(2014)، ودراسة زعارير(2009) كما نجد دراسة مكلندين (Mclindin,2005) هدفت إلى تقصي أثر الإعاقة في العلاقات الأسرية، أما دراسة خنساء عبد الرزاق خنساء عبد الرزاق (2017) اهتمت بالمشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد، ونجد دراسات تناولت متغيرات الدراسة كمتغيرات أساسية مثل دراسة أبوقريع (2015) ودراسة عذبة صلاح(2015)، دراسة قوعيش مغنية(2018)، (Alik et al, 2006)، (Gomez and Gomez)، (Schlebusch, 2015)، (Vasilopoulo et Nisbet, 2016)، (ريما سالم، 2013)، (أبو السعود، 2014)، (طايبي مريم)، (عايش صباح، 2016)، (ثامر، 2019)، فيما اعتمدت دراسات أخرى على ربطها بمتغيرات أخرى مثل: دراسة (صارة عبد العظيم، 2014)، (كريم وعلي، 2014)، (صقر سعيد، 2018)، (Beleja et al, 2007)، (Jablonska, 2007)، (Piovesan et al, 2015)، (السيد الشرييني، 2006)، (صفاء محمود ، 2018)، (Heiman, 2002). ونجد أن الدراسة الحالية هي الدراسة المحلية والعربية الوحيدة التي تناولت جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، وذلك في حدود علم الباحثة.

2. من حيث المنهج المتبع:

استخدمت معظم الدراسات المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي أو المقارن. باستثناء دراسة ورايت (Wright et all,2009)، ودراسة هييمان(Heiman2002) اللتان اعتمدا على المنهج العيادي، ودراسة (Gomez and Gomez,2011) التي اعتمدت على المنهج المختلط، واقتصرت دراسة (Vasilopoulo et Nisbet 2016) على استخدام المنهج الوصفي الناقد القائم على مراجعة الدراسات السابقة التي

تناولت جودة الحياة لدى أسر أطفال التوحد، أما دراسة (أبو السعود 2014) فقد اعتمدت على المنهج الوصفي والمنهج التجريبي معا. وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي.

3. من حيث العينة:

بالنسبة لمتغير جودة الحياة فنجد أن معظم الدراسات أجريت على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ونذكر منها دراسة عصفور (2012)، صارة عبد العظيم (2014)، أبوقريع (2015)، خنساء عبد الرزاق (2017)، جعلاب وشعوي (2020)، بروملي وزملاءه، أليك وآخرون (Alik et al, 2006)، ورايت وآخرون (Wright et al 2009)، بيوفيسان وآخرون (Piovesan et al 2015)، (Vasilopoulo et al, 2016)، أما بالنسبة لمتغير قلق المستقبل فأجريت الدراسات السابقة المذكورة على عينات مختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة، فالدراسات التي اعتمدت على أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني نجد دراسة عذبة صلاح (2015)، ودراسة قوعيش مغنية (2018)، دراسة حكيم ورابع (2019)، دراسة ماكتافش آخرون (Mactavishet al, 2007)، ودراسة بالجا وجابلونسكا (Beleja et Jablonska 2007)، دراسة السيد الشرييني (2006)، دراسة أبو السعود (2014)، دراسة طايبي مريم (د-ت)، دراسة عايش صباح (2016)، دراسة هويبرت (Hubert, 2011)، كما نجد دراسة (ربما سالم 2013) اعتمدت على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد كعينة لها. ونجد دراسات اعتمدت على والدي الأطفال ذوي الإعاقة سابقة كعينة لها ومن ذلك دراسة (صقر سعيد 2018)، (Mclinden, 2005)، (Gomez and Gomez, 2011)، (ثامر 2019)، أما دراسة (صفاء محمود 2018) فاعتمدت على أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحركية كعينة لها.

ونلاحظ أن بعض الدراسات ركزت على أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بينما نجد بعض الدراسات لم تركز على الأم فقط بل على الوالدين معا (الأب والأم)، كما ويتضح أن هذه الدراسات السابقة أجريت على عينات متباينة من حيث العدد تراوحت بين (10-200)، حيث اعتمدت دراسة كل من (عصفور، 2012) و(صارة عبد العظيم، 2014)، (أبوقريع، 2015)، (عذبة صلاح، 2015)، (خنساء عبد الرزاق، 2017)، (جعلاب وشعوي، 2020)، (Bromley et al, 2004)، (Wright et al, 2009)، (Gomez and Gomez, 2011)، (Piovesan et al, 2015)، (ربما سالم، 2013)، (طايبي مريم، د-ت)، (عايش صباح، 2016)، (صفاء محمود، 2018)، (ثامر، 2019)،

(Heiman,2002) على عينات أقل من 100، بينما اعتمدت بقية الدراسات على عينة أكبر من 100 فرد. كما ننوه إلى أن اختيار العينة تراوح بين الطريقة العشوائية والطريقة القصدية.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة بالنسبة لمتغير جودة الحياة فنجد أن معظم الدراسات أجريت على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وهو متوافق مع العينة التي اعتمدها الدراسة الحالية أما بالنسبة لمتغير قلق المستقبل فأجريت الدراسات السابقة المذكورة على عينات مختلفة لأمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وهو ما اختلف مع الدراسة الحالية، أما من ناحية العدد فقد توافقت الدراسة الحالية مع ما اعتمدت عليه جل الدراسات السابقة التي تكونت على عينة أكبر من 100 فرد.

4. من حيث أدوات جمع البيانات:

استخدمت معظم الدراسات السابقة المقاييس النفسية والتي اختلفت باختلاف المتغيرات المدروسة، حيث اعتمدت بعض الدراسات على مقياس الضغوط النفسية، وهناك دراسات اعتمدت على مقياس جودة الحياة للصحة العالمية تعريب بشرى أحمد مثل دراسة (عذبة صلاح 2015)، (صقر سعيد، 2018)، بينما عمد باحثون آخرون ببناء وتصميم أدوات بحث مثل (أبو قريع، 2015)، (Schlebusch, 2015) (حكيم ورايح، 2019)، (جعلاب وشعوي، 2020)، واقتصرت دراسة (Wright, 2009) على المقابلة كأداة لجمع البيانات، وبالنسبة لمتغير قلق المستقبل فأغلب الدراسات قامت بتصميم مقياس يتناسب وأهداف الدراسة.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام مقياس جودة الحياة المعد من طرف الباحثة وهو ما اختلف مع ما اعتمدته الدراسات السابقة التي اعتمد أغلبها على مقياس جودة الحياة للصحة العالمية تعريب بشرى أحمد، وبالنسبة لقلق المستقبل فقد اعتمدت الباحثة على مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (2005) والمعدل من قبل ربما سالم البلوي (2012).

5. من حيث النتائج المتحصل عليها:

اتفقت معظم الدراسات على أن أمهات الأطفال المصابين سواء باضطراب التوحد أو إعاقات أخرى تعانين من درجة عالية من الضغوط النفسية، وهن أكثر عرضة للمشكلات الصحية والنفسية والقلق والاكتئاب، وتدني لمفهوم جودة الحياة لديهن وهذا ما بينته دراسة كل من (الشامي 2011)، (زعارير، 2009)، (صارة عبد العظيم، 2014)، (كريم وعلي 2014)، (عذبة صلاح

(Mclinden, 2005)، (أبو قريع، 2015)، (حكيم ورابع، 2019)، (ضرار وحاتم، 2020)، (Gomez and Gomez, 2011)، (Beleja et Jablonska, 2007)، (Alik, 2006)، (et al, 2015)، (Vasilopoulo et Nisbet, 2016)، (Schlebusch, 2015) باستثناء دراسة (جعلاب وشعوي، 2020) التي توصلت إلى أن جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تتسم بالارتفاع، أما متغير قلق المستقبل فقد أسفرت نتائج دراسة كل من (السيد الشريبي، 2006)، (ربما سالم، 2013)، (أبو السعود، 2014)، (صفاء محمود، 2018)، (Heiman, 2002)، (Hubert, 2011) أن أمهات الأطفال المصابين بالإعاقات تعانين من ارتفاع في قلق المستقبل وتزداد حدة القلق بازدياد شدة الإعاقة والخوف من عدم قدرة ابنهم على الاندماج في المجتمع مستقبلاً، في حين توصلت نتائج كل من دراسة (طايبي مريم)، (عايش صباح، 2016)، إلى أن قلق المستقبل لدى الأمهات كان في المستوى المتوسط.

ونجد الدراسة الحالية اتفقت إلى حد كبير إلى ما تم التوصل له في الدراسات السابقة التي اتفق عليها على تدني مستوى جودة الحياة وارتفاع قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

* ما استفادته الباحثة في دراستها الحالية من الدراسات السابقة:

- ساهمت الدراسات السابقة في إثراء معلومات الباحثة من خلال اعداد الاطار النظري.

- الاستفادة منها في صياغة مشكلة الدراسة وفرضياتها.

- الاستفادة من أدوات البحث التي استخدمت في الدراسات السابقة من أجل اعداد وتصميم مقياس جودة الحياة.

- الاطلاع على الجوانب التي تم التركيز عليها في هذه الدراسات وعلى المتغيرات التي تمت دراستها لمحاولة إيجاد متغيرات جديدة لم تدرس من قبل ولها أهمية في الدراسة، وأيضاً للاستفادة منها في تفسير نتائج أسئلة وفرضيات الدراسة.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد:

- 1- نظرة تاريخية لمفهوم جودة الحياة
- 2- مفهوم جودة الحياة
- 3- بعض المفاهيم المتعلقة بجودة الحياة
- 4- مكونات جودة الحياة ومؤشراتها
- 5- أبعاد جودة الحياة
- 6- مظاهر جودة الحياة
- 7- النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة
- 8- قياس جودة الحياة
- 9- معوقات جودة الحياة
- خلاصة الفصل.

يعد موضوع جودة الحياة من الموضوعات المرتبطة بعلم النفس، وزاد اهتمام الباحثين بهذا المفهوم منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد.

ومن هذا المنطلق فمفهوم جودة الحياة يحاول تحويل مسار علم النفس إلى جعل حياة الناس تتوجه إلى السعادة والتفاؤل بدلا من التركيز على الشذوذ والأمراض النفسية، مشكلة بذلك هدفا أساسيا لكل شخص، وينسجم هذا مع دعوة سليجمان (2000, Seligman) الرئيس الأسبق للرابطة النفسية الأمريكية (APA) إلى أن يعمل علم النفس على دراسة ما يجعل الحياة جديرة بالعيش من خلال شعور الإنسان بجودتها.

1- نظرة تاريخية لمصطلح جودة الحياة:

لقد تطرق الباحثين لمفهوم جودة الحياة وأصبحوا أكثر اهتماما بالجانب الإيجابي للفرد، وظهر مصطلح جودة الحياة لأول مرة في الفلسفة الإغريقية عند أرسطو حين ناقش موضوع السعادة وحياة الترف، وأشار إلى أن هناك عاملين رئيسيين في الاستمتاع بالحياة أحدهما: قدرة 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، الاكتئاب، الفصام، والإعاقات ، والأمراض الجسمية والنفس جسمية. (أبو حمادة، 2015). وقد افترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تتحقق حياة سعيدة. (المص، 2010)

واستخدم مفهوم جودة الحياة في المجال السياسي عندما اقترح توماس جيفرسون Thomas Jefferson رئيس الولايات المتحدة (1809-1881) أن يضاف للدستور " الحق في السعادة لكل أمريكي". إلى جانب هذا وعد Hover (1932) وهو أحد المرشحين للرئاسيات للمواطنين خلال حملته

الانتخابية بتحسين مستوى جودة الحياة لكل فرد منهم. على أن تكون هناك سيارة داخل مرآب ودجاجة لكل صحن. (حرطاني، 2014)

إلا أن مصطلح جودة الحياة ظهر جليا وحظي باهتمام كبير في المجال الطبي إذ كان مقتصرًا في البداية على الأبحاث العلمية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة، واقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO, 1947) مفهوماً ضمناً لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة بأنها "حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المرضى" وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسع المصطلح وأصبح يشمل أنه للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعاً بالإضافة إلى الرعاية الفيزيولوجية. (Prutkin, 2002)

وزاد الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في مجال الصحة النفسية من قبل الباحثين أمثال (Harman) كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، وجاء ذلك استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو الأكثر بروزاً من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقاً لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك. (محمد وبوعيشة، 2013)

لكن لو حاولنا تتبع الإطار النظري للأدبيات التي تناولت بدايات جودة الحياة كمفهوم جديد نجد أن هناك ثلاث اتجاهات في هذا المجال نذكرها كالتالي:

1. الإتجاه الطبي:

يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، ويعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة

للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة فتطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم الناس لجودة الحياة يشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى.

فجودة الحياة تعطي مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. (Rapheal and Others,1996)

إن التغيير الدرمايكي وزيادة معدل الأعمار في البلدان المتقدمة قد أوجب إدراك ضرورة أن طول العمر يجب أن يتوافق مع تحسين الصحة المتعلقة بجودة الحياة، وبعض الباحثين رفعوا الاحتمالية التي تقول أن العمر المتوقع يؤدي إلى زيادة نسبية في عدد السكان الذين يعيشون في بيئة فقيرة ويؤدي ذلك إلى زيادة في الأعباء على المجتمع والخدمات الصحية المقدمة. (Manual and Schultz,2004)

2. الاتجاه النفسي:

يرى أنصار هذا الاتجاه أن جودة الحياة هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية مع تهيئة المناخ المزاجي الانفعالي المناسب للعمل والإنجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن. (شاهر، 2008)

فجودة الحياة وفقا لهذا الاتجاه هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها، ويعتمد هذا الاتجاه على عدة مفاهيم أساسية منها: مفهوم القيم، مفهوم الإدراك للذات ومفهوم الحاجات ومفهوم الاتجاهات، ومفهوم الطموح ومفهوم التوقع ومفهوم تقدير الذات، مفهوم الرضا والتوافق والصحة النفسية. (الهمص، 2010)

3. الاتجاه الاجتماعي:

حظيت دراسات جودة الحياة حسب المير هانكس Hankiss (1984) بالاهتمام منذ فترات طويلة وكان تركيزها على الجوانب أو المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل: معدلات المواليد ومعدلات الوفيات، وكذا معدل ضحايا المرض، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الدخل إلى جانب نوعية السكن، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر، فجودة الحياة ترتبط بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد والمكانة المهنية للفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله وتأثير ذلك على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة كبيرة وملاحظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (مأمون، 2019)

2- مفهوم جودة الحياة:

يعد مفهوم جودة الحياة مفهوماً واسعاً ومعقداً يحتمل عدة تعريفات، وقد اختلف الباحثين في تحديد هذا المفهوم نتيجة اختلاف التخصص البحثي، والاتجاه النظري، والأهداف البحثية داخل الدراسة، ونتيجة لذلك فتعريف جودة الحياة في التراث النظري ليس محددًا، ولكنه متزايدًا باستمرار بتزايد الدراسات والبحوث التي يتم إجراؤها فيما يتعلق بهذا المصطلح، فهم يعتبرون مصطلح جودة الحياة مصطلحاً واسعاً يؤثر بطريقة معقدة في الصحة الجسدية للفرد، والحالة النفسية، والروحية، والعلاقات الاجتماعية، وعلاقتها بمظاهر الاستقرار البيئي. (الغدور، 1999)

ويمكن القول بإيجاز أن مفهوم جودة الحياة يقيس مستوى الرضا فيما يتعلق بالجوانب الأكثر أهمية في حياة الفرد، ولكن يبقى هذا التعريف نسبياً إلى حد كبير. وفيما يلي نستعرض المفهوم اللغوي لجودة الحياة وأهم التعاريف التي تطرقت لهذا المفهوم.

2-1 جودة الحياة لغة:

"الجودة (Quality) أصلها الفعل الثلاثي "جود" والجيد طبقاً لابن منظور، نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة وجوده أي صار جيداً". (ابن منظور، 1998، ص.720)

يرى العادلي (2006) أن جودة الحياة قد تعني لدى البعض امتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة، في حين يرى البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة، ويراها آخرون بالحياة التي يتمكن فيها الأفراد من الحصول على مبتغاهم دون عناء أو جهد، ويصفها البعض الآخر بالحياة الخالية من الغش والخداع، ويحددها آخرون بالحياة المفعمة بالصحة الجسمية والنفسية الخالية من الأمراض والاضطرابات، ويضيف أيضا بأنه مهما يكن المراد بالمفاهيم، فإن المهم هو مدى إحساس الفرد وشعوره وإدراكه بتوافر المدلول الاتفاقي لذلك المفهوم من عدمه، فإدراك الفرد لجودة الحياة يعتبر مؤشرا للرضا عما توافر له من جهة، ويعتبر أيضا مؤشرا على مستوى قدرته لإشباع حاجاته الأساسية والثانوية.

ويضيف الخنجي (2006): إن جودة الحياة قد تعني أمورا مختلفة لأفراد مختلفين فهي قد تعني العيش في أعلى درجات الرفاهية المادية للأشخاص، بينما تعني العيش بأمان وكفاف لآخرين، وبغض النظر عن معناها في علم النفس فإن علم النفس باستطاعته المساهمة في تبيينه وتوضيحه ودراسته، فلأفراد تجاربهم وسماتهم وكيفية تنميتها بالإضافة إلى بيئتهم ومحيطهم وكيفية تأثيرها إيجابيا في تعريف جودة الحياة والطريق الموصل لها، وعلم النفس الإيجابي هو من أنسب العلوم النفسية للقيام بهذا الدور شبه الغائب عن معظم فروع علم النفس الأخرى.

ويعرفها بونار (Bognar 2005): "بأنها تمثل الرفاهية الحياتية بالنسبة للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة". (p.561).

أما كارول رايف (Ryff 2006): فيعرف 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 بالسعادة والطمأنينة.

وتعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO1994): "جودة الحياة هي مفهوم واسع جدا يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسدية، حالته النفسية، وعلاقاته الاجتماعية، درجة استقلالته، وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه". (مرازة، 2016، ص.51)

وحسب روبين (Rubin) توصف جودة الحياة بأنها بناء متعدد الأبعاد يتضمن تصور الفرد الشخصي للرفاه الجسدي، الانفعالي، والاجتماعي، متضمنة بما في ذلك المكون المعرفي (الرضا Satisfaction) والمكون الانفعالي " العاطفي " (السعادة Happiness). (Rubin, 2000)

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

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 محيط المنظومة الثقافية والقيمة التي يعيشون فيها، وعلاقة 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.

ويعرفها ربنيه وآخرون (2003) Reine et al: جودة الحياة هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة وتغير حدة الوجدان والشعور، وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد.

أما بونار (2005) Bognar فيعرفها: بأن "جودة الحياة تمثيل للرفاهية الحياتية بالنسبة للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة". (p561)

من خلال ما تقدم. نستدل أن معظم التعاريف المقدمة تتوافق نسبيا مع التعريف الذي وضعته

منظمة الصحة العالمية، وأنه على الرغم من التفاوت والاختلاف في الوصول لتعريف موحد لمفهوم جودة الحياة ، إلا أنه هناك اتفاق على أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد وديناميكي يتأثر بمختلف جوانب وأحداث حياة الفرد.

3- بعض المفاهيم المتعلقة بجودة الحياة: ارتبط مفهوم جودة الحياة بكثير من المفاهيم كالرضا عن الحياة، معنى الحياة، الاستمتاع بالحياة... وفيما يلي نستعرض أهم المفاهيم المتعلقة بمصطلح جودة الحياة:

3-1 معنى الحياة (Meaning of Life):

معنى الحياة هو نمط حياة ومنهج يسلكه الفرد من أجل الوصول إلى المعرفة، من خلال العودة للذات الباطنية، ونزع رداء الغيرية والسيطرة على الانفعالات الغريزية والتسامي بالنفس عن كل الماديات الدنيوية، وفي هذا الصدد ذكر "آدلر" أنه يتعين على الفرد أن لا يدع العالم الخارجي يختل بداخله، فيصبح داخله عبارة عن مجرد انعكاس لهذا العالم الخارجي بكل تناقضاته وثنائياته. (السكاني، 2017). "فآدلر" يرى أن الإنسان لا يستطيع أن يعيش إذ لم يجد لحياته معنى، فنحن لا نتعامل مع الأشياء اعتباراً على ما هي عليه، ولكننا نتعامل معها بناءً على ما تعنيه بالنسبة إلينا، أي أننا لا نتعامل مع أشياء مجردة، بل نعرفها ونتعامل معها من خلال ذاتنا. (آدلر، 2005)

ويشمل مصطلح معنى الحياة على جانبين أساسيين هما:

الأول: يشير إلى أفكار الفرد المرتبطة بخبراته الشخصية وتفسيراته لأحداث الحياة.

الثاني: يشير إلى أهداف الفرد ودوافعه التي يمتلكها.

فمعنى الحياة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته في المجتمع، وافتقاد الآخرين له كلما زادت القدرة على الابتكار والتطوير والتخطيط الناجح في الحياة، كل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة حياته". (أسماء وآخرون، 2016)

2-3 الرضا عن الحياة:

في معجم على النفس: "الرضا عن الحياة هو إشباع الدوافع والحاجات، وتخفيض التوتر المرتبط بها، وقد يستخدمه البعض كمرادف لجودة الحياة، وجاء الرضا بمعنى الارتياح". (أسماء آخرون، 2016، ص.393). ونجد أن مفهوم الرضا عن الحياة يعد من مؤشرات السعادة الوجدانية الذاتية Subjective well-being والتي تتضمن بالإضافة إلى الرضا عن الحياة مؤشرات التأثيرات الموجبة Positive affect، والتأثيرات السالبة Negative affect ويختلف الرضا عن الحياة في أن الأخير يتضمن عامل التقدير المعرفي بجانب عامل التقدير الوجداني، ويزداد شعور الأفراد بالرضا عن الحياة حينما يكون الطموح والإنجاز كبيرين لديهم، ويعتمد شعور الأفراد بالرضا عن الحياة على التقديرات الذاتية التي يكونونها عن أنفسهم اتجاه الآخرين. (بن عمر ونوبيات، 2018)

وبالنسبة لدينر (Dinner 1994) مفهوم الرضا يدل على حكم واع شمولي للفرد عن حياته ويمكن تحليله بدوره إلى مجموعة ميادين خاصة (مهنة، صحة، عائلة، مال، ذات جماعة، انتماء) ويقدر هذا المجال بسلم SWLS لتقدير الرضا عن الحياة. (مأمون، 2019)

3-3 السعادة:

نشأ هذا المفهوم في إطار فلسفي، وهو يعني تميز الشخص بالوجدانات الإيجابية عن السلبية، وتدرجياً أستبدل هذا المفهوم بمكونات الراحة الذاتية أو الوجود الجيد إضافة إلى غياب الوجدانات السلبية. ويرى (Muss.Chehanga 1987) أن السعادة مفهوم متعدد يضم ثلاث مكونات أساسية انفعالية إيجابية "ممتعة"، معرفية تقديرية "تقدير النجاح وتقدير الأحلام"، وسلوكية "الجودة والامتياز"، وهنا التقدير ذاتي للنجاح في النشاطات وكفي يتوافر يجب توفر "مصادر مالية والقدرات والكفاءات الشخصية" وهو لا يعتبر هذه العناصر أساسية ولكنها تتواجد عند الأشخاص السعداء ومن أشهر مقاييسها (Oxford, Hoppiness, Inventory Ohi) الذي يتكون من 29 بند. (مأمون، 2019)

3-4 طريقة الحياة: (Way of Life)

وتعبر عن الكل المركب بين ثلاثة مفاهيم هي أسلوب الحياة ومستوى المعيشة وجودة الحياة ويعد هذا المفهوم بمثابة الكل الذي يشكل مفهوم جودة الحياة جزءا منه. (رابعة، 2017)

3-5 الاستمتاع بالحياة:

ذكر فينهوفن (2001) Finhoven أن مفهوم جودة الحياة مفهوم شامل وواسع يحوي ويضم ثلاثة مفاهيم فرعية هي: -جودة البيئة المعيشة - جودة الأداء - ذاتية الاستمتاع بالحياة. وهذا يعني أن مفهوم الاستمتاع بالحياة يعد أحد الأبعاد الفرعية الأساسية التي اشتمل عليها مفهوم جودة الحياة وأن الاستمتاع بالحياة جاء تحت مسمى الاستمتاع الذاتي بالحياة، لأن الاستمتاع بالحياة يعكس تقييما خاصا للفرد بالحكم على مدى جودة الحياة التي يعيشها ويستمتع بها من منظوره الذاتي والخاص، وقد قصر مصطلح جودة الحياة على الاستمتاع والمتعة من شأنه أن يجعل خبرات الفرد الشخصية بمثابة المؤشر الذي من خلاله نستطيع الحكم على جودة حياة الفرد واستمتاعه بها. (عبد العال ومظلوم، 2013)

4-مكونات جودة الحياة ومؤشراتها:

إن الشعور بجودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مكونات جودة الحياة مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة النفسية والجسمية، والظروف الاقتصادية والاجتماعية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأكثر أهمية، والتي تحقق سعادتهم في الحياة. (الثنيان، 2009)

وهناك مجموعة من العناصر تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة نذكر منها:

-القدرة على التفكير وأخذ القرارات.

-القدرة على التحكم.

-الصحة الجسمانية والعقلية.

-الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

-المعتقدات الدينية.

- القيم الثقافية والحضارة.

-الأوضاع المالية والاقتصادية والتي يحدد على أساسها كل شخص ما هو الشيء الأهم

بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يجيهاها. (الهمص، 2010)

وحدد فلوفيد **Fallowfield (1990)** مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:

أ- **المؤشرات النفسية:** تتبدى في درجة شعور الفرد في القلق والاكتئاب، والقدرة على التوافق مع

المرض، والشعور بالسعادة والرضا.

ب- **المؤشرات الاجتماعية:** وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة

الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

ج- **المؤشرات المهنية:** وتقدر بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، والقدرة على تنفيذ مهام

وظيفته، وقدرة التوافق مع واجبات عمله. (منسي وكاظم، 2006)

د- **المؤشرات الجسمية والبدنية:** وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام

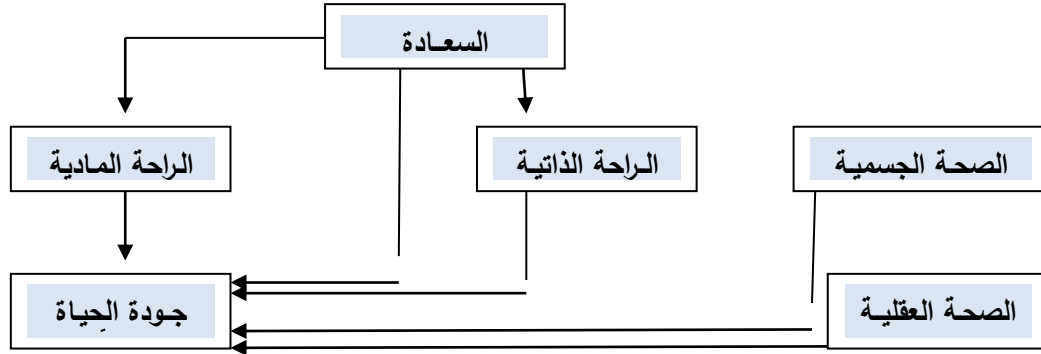
والقدرة على النوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية.

* **مؤشرات جودة الحياة حسب نوردنفالت (1994) Nordenfelt**

اقترح "Nordenfelt" مخططا يبين فيه وجهة نظره التي تتمثل في كون مفهوم جودة الحياة يكون

باندماج مختلف المؤشرات كالسعادة التي هي ذات أصل فلسفي والراحة المادية والوجود الذاتي ذوات

الأصل الاجتماعي والنفسي والصحة الجسمية ذات الأصل الطبي بالإضافة إلى الصحة العقلية ويمكن إظهار ذلك من خلال الشكل التالي:



الشكل (01): مؤشرات جودة الحياة حسب نوردنفلت (Nordenflet,1994)

5- أبعاد جودة الحياة: نظرا لعدم وجود تعريف عام ومحدد لجودة الحياة فغالبا ما ينظر إليها على أنها تركيب متعدد الأبعاد، ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات التي تستخدمها، وفيما يلي نستعرض أهم أبعاد جودة الحياة:

5-1 البعد الذاتي لجودة الحياة:

ويقصد به تلك المؤشرات التي تعكس إدراك وتقييم الأفراد لحياتهم سواء في ذلك تقييم الشخص لحياته ككل أو مجالات معينة كالسكن أو الدخل أو العمل وبذلك يكون هذا التقييم بمثابة انعكاس مباشر على الأقل في مجال ما لإدراك ذلك الشخص لجودة الحياة كما تعتبر بمثابة تقارير عن مستوى السعادة أو قدر الشقاء الذي يشعر به ذلك الشخص. فالمؤشرات الذاتية تشمل الفهم السياقي للفرد لجودة الحياة استنادا إلى التاريخ الشخصي، تطلعات المستقبل والمواقف، وتاريخ الحياة والرفاه الذاتي العاطفي والمادي، بالإضافة إلى الاكتئاب، القلق التكيف والذكريات. (Georgiou,2009)

والرفاه الذاتي، كما عرفه جليكسمان Glicksman (2000)، مرتبط بالمشاعر الإيجابية والحالات الذهنية، وتبعاً لبولينج Bowling (2005) جودة الحياة مرادفة لحياة الفرد الإيجابية. إن الرفاه الذاتي هو

تقييم لحالة الفرد العقلية، والمادية والاقتصادية والاجتماعية، إنه يشمل مقارنة بين حياة الأفراد الحالية وخبراتهم السابقة، ويتأثر الرفاه الذاتي كذلك بالأحداث في حياة الفرد وكيف يتفاعل ويستجيب معها "أحداث الحياة".

2-5 جودة الحياة الموضوعية: وتشمل كل ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية إلى جانب الحياة الاجتماعية والشخصية للفرد.

3-5 جودة الحياة الوجودية:

وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع. (عبد المعطي، 2005)

*أبعاد جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية: وتشمل مايلي:

أ- الصحة الجسدية: وتمثل في الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج)، الألم، النوم والراحة.

ب- الصحة النفسية: وتشمل صورة الجسم والمظهر، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، ردود الفعل (التعلم، الذاكرة، التركيز).

ج- مستوى الاستقلالية: ويشمل الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل.

د- العلاقات الاجتماعية: العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي.

هـ- البيئة: وتشمل الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية والسكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية، التلوث، الصخب، المناخ.

و- الصحة الروحية: وتشمل الروحانية، التدوين، المعتقدات الشخصية.

6- مظاهر جودة الحياة: اقترح حسن عبد المعطي (2005) خمس مظاهر رئيسية لجودة الحياة تشمل خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

1. الحلقة الأولى: وتشتمل على مايلي:

أ- العوامل المادية الموضوعية: **Objective Factors**: والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع للأفراد إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

ب- حسن الحال **Well Belling**: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يخبئون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحوها لأحد.

2. الحلقة الثانية: وتشتمل على مايلي:

أ- اشباع وتحقيق الحاجات **Ful Fillmet of needs**:

وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته فإن جودة حياته تزداد وترتفع، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

ب- الرضا عن الحياة **Satisfaction of Life**:

ويعتبر أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فكونك راض فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

3. الحلقة الثالثة: وتشتمل على:

أ- القوى والمتضمنات الحياتية **Life Potentials**:

قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وأن ينشغلوا بالمشاريع الهادفة، ويجب أن تكون لهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

ب- معنى الحياة **Meaning Life**:

ويرتبط معنى الحياة بمفهوم جودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن غيابه قد يسبب نقصا أو افتقادا للآخرين له كلما أحس الفرد بجودة الحياة التي يجيها.

4. الحلقة الرابعة: وتشتمل على:

أ- الصحة والبناء البيولوجي **Health And Biological State** :

إذ تعكس النظام البيولوجي وسلامة الصحة الجسمية، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة سليمة وتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات. (عبد المعطي، 2005)

ب- السعادة **Happiness** :

وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية، ويعرفها **فينوهن** (1994) **Veenhoven** بأنها "الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيا على نوعية حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها". (p.32)

5. الحلقة الخامسة: وتشتمل على:

أ- جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده وهي بمثابة النزول لمركز الفرد والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، من خلال ما يستطيع الحصول عليه من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (عبد المعطي، 2005)

7- النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة: فيما يلي نستعرض مجموعة من النماذج المفسرة لجودة الحياة:

7-1 نموذج العوامل الستة لرايف (Ryff) (1989):

قامت رايف بوضع تصور نظري مكون من (06) أبعاد لمصطلح الوجود النفسي الأفضل Psychological Well-being وبنيت رايف إطارها النظري في استنتاج أبعاد الوجود النفسي الأفضل على أساس بعض النظريات كـنظرية ماسلوا (Maslow) وروجرز (Rogers) وألبورت (Allport) واريكسون (Erikson) وغيرهم وتوصلت من خلالها رايف إلى ستة (06) أبعاد متضمنة الوجود النفسي الأفضل:

7-1-1 الهدف من الحياة Purpose In Life: 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 خلالها إيجاد معنى.

7-1-2 الاستقلالية Autonomy: يشير إلى استقلالية الفرد وقدرته على اتخاذ القرار، والقدرة على

مقاومة الضغوط الاجتماعية، وأن يفكر ويتفاعل بطرق محددة منظمًا لسلكه.

7-1-3 التمكن من البيئة (السيطرة على البيئة) **Environment mastery**: وهنا أكدت رايف على قدرة الفرد على التمكن من تنظيم الظروف والتحكم في كثير من الأنشطة والاستفادة بطريقة فعالة من الظروف المحيطة، وتوفير البيئة المناسبة للحاجات والقيم الشخصية.

7-1-4 التطور الشخصي **Personal Ersonal Growth**: وهو النمو المستمر للشخصية وقدرة الفرد على تنمية وتطوير قدراته، وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالتفاؤل.

7-1-5 العلاقات الإيجابية مع الآخرين **Positive Relations With Others**: وتمثل في قدرة الفرد على تكوين علاقات وصدقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين على أساس من الود والتعاطف والثقة المتبادلة والتفهم والتأثير والأخذ والعطاء.

7-1-6 تقبل الذات **Acceptatance-Self**: وهنا يظهر الفرد توجهها إيجابيا نحو ذاته وقبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته السلبية منها والايجابية، ويشعر بخصائص ذاته المميزة كما يظهر إيجابيا نقده لذاته وشعوره بحياته الماضية، وتفكيره بذاته المستقبلية. (Ryff,1989)

7-2-2 نموذج إيفانس **Evans(1994)**: ينظر هذا الاتجاه إلى جودة الحياة نظرة تكاملية ويتضمن مايلي:

7-2-1 سمات الشخصية: وهي سمات داخلية وتشتمل على أبعاد معرفية وانفعالية وتتكون من تقدير الذات، التفاؤل، العصائية، الانبساطية.

7-2-2 الهناء الشخصي: ويشتمل على الانفعال الإيجابي والانفعال السلبي، والرضا عن الحياة وهما مكونان معرفيان مصدرهما ذاتي وداخلي.

7-2-3 محصلة جودة الحياة: وهي مكونة من جودة الحياة السلوكية وتكون خارجية المصدر ومكون معرفي، وجودة الحياة المتصلة بالصحة، وتكون خارجية أو داخلية المصدر وتمثل الجوانب المعرفية والوجدانية.

3-7 نموذج لاوتن: (Lawten Theory (1996):

قدم لاوتن (1996) LAWTEN مفهوم طبعة (بصمة) البيئة (Environnemental Press) ليبين فكرته عن جودة الحياة ويرى أن نوعية حياة الفرد تتأثر بظرفان هما:

1-3-7 الظرف المكاني: بحيث تؤثر البيئة المحيطة بالفرد على طريقة إدراكه لجودة حياته، وطبعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران: أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر، إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

2-3-7 الظرف الزمني: إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، بحيث أنه كلما تقدم في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة. (مبارك، د-ت)

4-7 نموذج فين هوفن (Veenhoven,2000): وهو مكون من أربعة مفاهيم مرتبة:

1-4-7 فرص الحياة: وتنقسم إلى بعدين.

2-4-7 الجودة في البيئة الخارجية (Outre Qualités Livability): مصطلح جودة الحياة والهناء غالبا ما يستخدمان بهذا المعنى.

3-4-7 الجودة المنبثقة من الداخل (Life-ability): تشير إلى جودة الحياة من خلال النتائج، ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة الخارجية.

4-4-7 نتائج الجودة (Life result) وتنقسم إلى:

أ- الفائدة أو المنفعة: الجودة في البيئة الخارجية، وتشير إلى جودة الحياة من خلال النتائج ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة الخارجية.

ب-تقدير الحياة: الجودة المنبثقة من الداخل: وتشير إلى جودة الحياة كما يراها الفرد من حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي والرضا عنها والسعادة. (حمزة، 2019)

7-5 نموذج شالوك **Schalock (2002)**: يتكون نموذج شالوك من ثمانية مجالات أساسية مستقلة

لجودة الحياة وهي الرفاه الانفعالي، العلاقات بين الشخصية، الرفاه المادي، النمو الشخصي، الرفاه الجسمي، تقرير المصير، الاندماج الاجتماعي والحقوق وللحصول على نظرة شاملة للشخص فمن المهم قياس كل هذه المكونات، وقد لقيت المكونات قدرا كبيرا من الدعم، ويتم الاعتراف بها بشكل واسع في الأدب الأكثر حداثة الخاص بجودة الحياة. (Sheppard-Jones, 2003)

وتتمثل المجالات الثمانية لهذا النموذج (Schalock et al, 2002p463-464)

7-5-1 الرفاه الانفعالي: ويشمل على السلامة، البيئات المستقرة والقابلة للتنبؤ، والتغذية الراجعة (ردود الفعل الايجابية).

7-5-2 العلاقات بين الشخصية: الانتماءات، المحبة، والعلاقة الحميمة، والصدقات، والتفاعلات.

7-5-3 الرفاه المادي: الملكية، الممتلكات، العمل.

7-5-4 النمو الشخصي: التعلم والتأهيل، أنشطة هادفة، التكنولوجيا المساعدة.

7-5-5 الرفاه الجسمي: ويشمل الرعاية الصحية، التنقل، والعافية، التغذية.

7-5-6 تقرير المصير: الخيارات، الضبط الذاتي، القرارات والأهداف الشخصية.

7-5-7 الاندماج الاجتماعي: الدعم الطبيعي والبيئات المتكاملة، المشاركة.

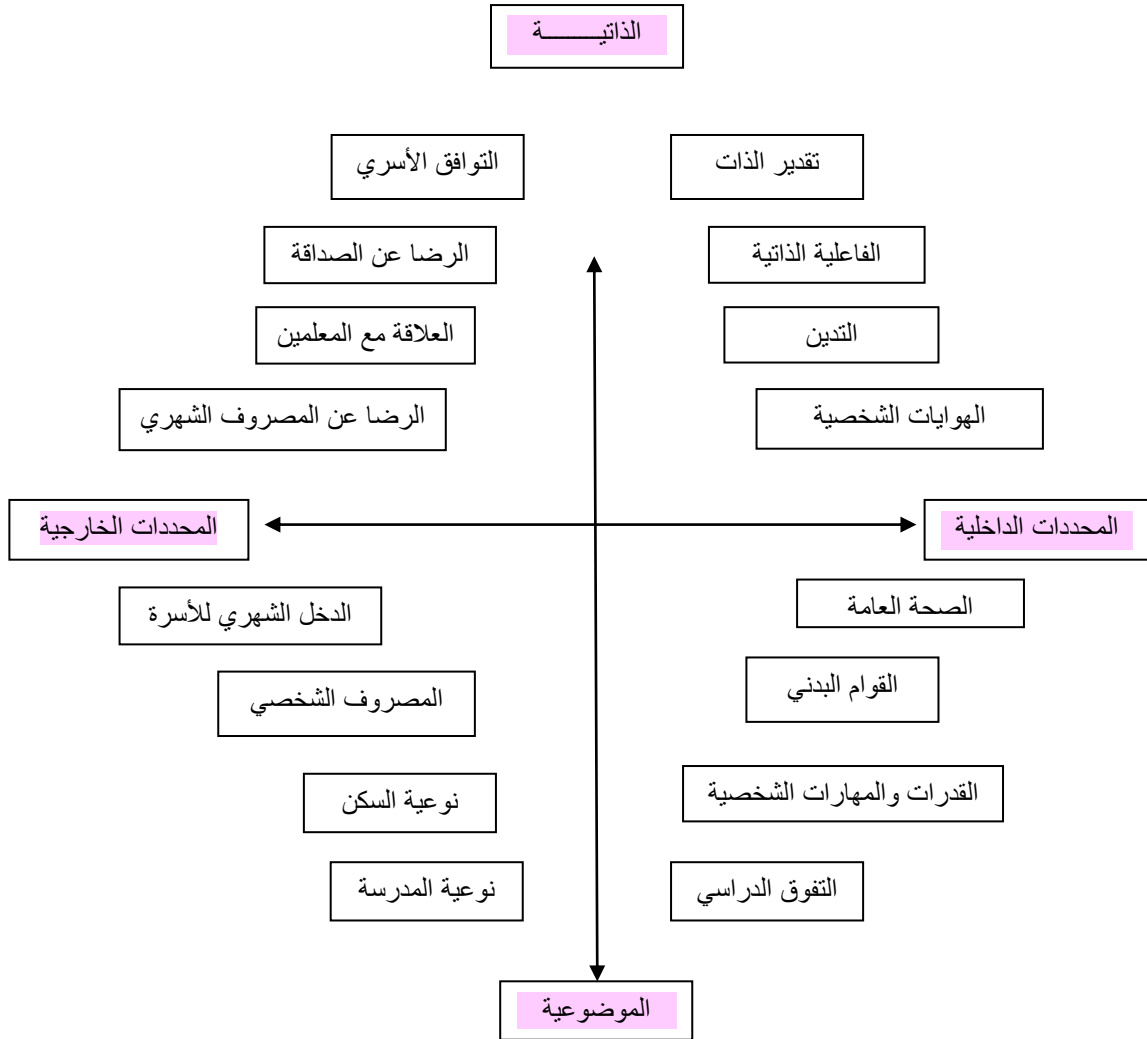
7-5-8 الحقوق: وتشمل الخصوصية، والملكية، والإجراءات القانونية الواجبة، حاجز البيئات الحرة.

وبناء عليه تبدو هذه المجالات ذات صلة بجميع الناس، بغض النظر عن وجود أو عدم وجود العجز، ونوع الإعاقة، أو شدة الإعاقة. (Sheppard, 2003)

الفصل الثاني: جودة الحياة

وتؤكد مجالات نموذج شالوك جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته. (عبد الرحمن، 2007)

6- أما أبو سريع وآخرون (2006): قد قدم نموذجا نظريا عربيا لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين يفسران جودة الحياة في المخطط كالتالي:



شكل (02) تصور أبو سريع وآخرون لتصنيف محددات جودة الحياة (حمزة، 2006)

يمكن تفسير هذا المخطط كآلي:

أ- البعد الأفقي: قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، ويسمى بعد المحددات الشخصية الداخلية، في مقابل المحددات الخارجية.

ب- البعد الرأسي: ويمثل توزيع تلك المحددات وفق أساس قياسها، وتقدير مدى تحققها، 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 التقدير، ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية ويتضمن الشكل بعض الأمثلة لمحددات جودة الحياة. (بوعيشة ، 2014)

ووفقا لهذا التصور، فإن مصطلح جودة الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، اجتماعية ، ونفسية، واقتصادية) تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن (النظام السياسي والتقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الأفراد) بالإضافة إلى إشباع الحاجات الإنسانية المادية وغير المادية مثل الرضا والقناعة والتوافق الشخصي والأسري والاجتماعي، ومفهوم الذات والوعي بها. (مبارك، د-ت)

7-7 المنظور التكاملي:

1-7-7 نظرية أندرسون: (Anderson Theory 2003):

الذي أشار أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة. وقدم أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذًا من

مفاهيم السعادة Happiness ومعنى الحياة Meaning، ونظام المعلومات البيولوجي The Biological Information System، وتحقيق الحاجات Fulfillment of Needs، والحياة الواقعية Realisation Life فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة

الحياة. (Anderson, 2003,p.27)

وأشار أندرسون إلى أن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة وهي:

1- تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.

2- المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين الأفكار والأهداف.

3- تكمن في الشخصية والعمق الداخلي.

وفي ضوء هذه السمات فإن النظرية التكاملية تضع المؤشرات التالية الدالة على جودة الحياة:

- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته، وأن هذا الشعور يتحقق بالآتي:

- 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 وإلى شعوره بجودة الحياة، ذلك أنه أمر نسبي

يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى

يُشير فيه الإحساس بالحياة وهو ما يشعره بجودة الحياة. (Ventegodt, 2003).

8- **قياس جودة الحياة:** يصعب قياس جودة الحياة بسبب حقيقة أنه لا يوجد تعريف عالمي واضح

ومتفق عليه لجودة الحياة، فقد قسم وكلانند وآخرون (Wiklund et al, 2000) أنواع قياس جودة الحياة

إلى ثلاثة أنواع هي:

1-8 القياس العالمي:

صمم هذا الأسلوب من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا

وحيدا يتم طرحه على الفرد لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلانجان لجودة الحياة

الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من مجالات الحياة.

8-2 القياس العام:

هذا القياس له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية وفي الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير مرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى، ويطبق المقياس العام على مجموعة من السكان والميزة الكبرى لهذا المقياس في تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أن يسمح بعمل مقارنات على مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوب هذا المقياس فإنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

8-3 المقياس الخاص بالمرض:

تم تطويره لمراقبة رد الفعل للعلاج في الحالات الخاصة هذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية التغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة.

8-3-1 مجالات المقياس الخاص بالمرض:

يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى كالألم والتعب وظائف جسدية وهذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي. هذه الطرق العديدة تختلف في الاستخدام، الاستبيانات القياسية تسمح بالإدارة الموحدة والقياس غير المتحيز في البيانات. (مأمون، 2019)

وقبل أن نستعرض بعض المقاييس نشير إلى مجموعة من الأسس والمعايير التي يجب الالتزام بها لبناء أي مقياس لجودة الحياة والتي حددها هاشم (2001) كآتي:

- 1- التركيز على المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية لجودة الحياة.
- 2- أن تكون لغة المقياس بسيطة ومفهومة.
- 3- أن يكون المقياس عاما وشاملا، وغير مقتصر على فئة أو موقف محدد.

4- أن يؤخذ في الاعتبار التراث السابق في مجال قياس جودة الحياة.

5- أن يتميز المقياس بالصدق والثبات والدقة في الحصول على البيانات.

6- أن يعتمد المقياس على وجهة نظر الفرد وليس من وجهة نظر الآخرين. (هاشم، 2001)

وسنستعرض فيما يلي بعض المقاييس التي تقيس جودة الحياة:

أول مقياس لجودة الحياة ظهر سنة 1970 وهو مقياس فيتاغرام (The Vitgram) وفي سنة 1976 ظهر مقياس نوعية الحياة من قبل برستمان وباوم حيث تراوحت المؤشرات من مشاعر الرفاه إلى مشاعر الألم. (Prutkin, 2002)

1. مقياس Bernes (1995) لجودة الحياة:

والذي يشتمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية، والحالة الاجتماعية، الحالة الأسرية والعمل، ويسعى هذا المقياس لقياس تقدير الرضا الشخصي والإحساس بالإنجاز. (الهنداوي، 2011، ص92)

2. مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL-100 (1997):

وهو مقياس شامل وواسع حيث يشمل عدة مجالات وهي الصحة الجسمية والصحة النفسية، والمعتقدات الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط والجانب الروحي يتكون هذا المقياس في شكله الأصلي من 100 بند، تم إعدادها وتكييفها على 15 دولة تحت إشراف المنظمة نفسها.

أما النسخة المختصرة فتتكون من 28 بند أو سؤال تقيس أربعة (04) ميادين وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، والاستجابة من خمس (05) نقاط وفقا لسلم التقدير ليكرت (Likert) وتتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140.

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج وآخرون (Leplège et all) تم تطبيقها على عينة من 2012 فردا يعانون من مرض عصبي - عضلي وتمت ترجمته لـ 20 لغة، علما أنه تم إضافة بعض البنود الخاصة لبعدها الصحة الجسمية لأمراض معينة. (عمران، 2009)

3. مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية المعد من طرف كومينس

(1997)Cummins:

صمم هذا المقياس لقياس جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم في الفترة ما بين 11-18 سنة، ويتكون من ثلاثة أجزاء وتستغرق الإجابة عنها ما بين 15-20 دقيقة، وفيما يلي وصف للمقياس:

*الجزء الأول الجانب الموضوعي (Objective): يهتم هذا الجانب بالسؤال عن بعض المعلومات المرتبطة بالطفل، ويتكون من 24 سؤال موزعة على 07 أبعاد فرعية بواقع 03 أسئلة لكل بعد: كالارتياح المادي، الصحة، الإنتاجية، الألفة، الأمان، المكانة الاجتماعية، السعادة الوجدانية.

*الجزء الثاني (الجانب الذاتي Subjective):

1-الأهمية Impotance : ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته، من حيث درجة الأهمية التي تمثلها له، ويتكون من 07 عبارات.

2-الرضا Satisfaction : ويركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته، من حيث درجة الرضا عن هذه الأشياء، ويتكون من 07 اختيارات باستخدام سلم ليكارت السباعي، إذ يختار الطفل ما يناسبه من الاختبارات السبعة وهي: مسرور جدا، مسرور، مسرور إلى حد ما، لا أستطيع التحديد، غير مسرور جدا، غير مسرور، مفزوع. (فوقية وآخرون، 2006)

9- معوقات جودة الحياة:

هناك العديد من المعوقات التي تعوق الإنسان عن الشعور بجودة الحياة، ومن أهمها: ضغوط الحياة، فقدان الشعور بمعنى الحياة، قلة الوازع الديني، وعدم توفير الرعاية الصحية الكاملة للأفراد، وافتقاد الكثير من الأفراد القدرة على التصرف في مواقف الحياة المختلفة، والتأخر التكنولوجي، وقلة الخدمات المقدمة للأفراد. (خطاب، 2015)

يتضمن البناء النفسي لكل منا مكان قوة ومواطن ضعف، هذا أمر مسلم به فإذا نظرنا إلى مواطن الضعف أو القصور من جهة السياق الاجتماعي الثقافي العام، الذي يعيش فيه الإنسان من جهة أخرى لأمكن تحديد مجموعة من الظروف التي قد تحول دون تحقيق الإنسان لأحلامه وطموحاته، بل أيضا قد تسبب كفا أو كمونا لمكان القوة التي لديه في نفس الوقت، وتجدد الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية والتعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص هذا أمر محمود وإيجابي، لكن إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا ألا نركز فقط على المشكلات (مواطن الضعف)، بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة، واستخدام وتوظيف مكان القوة، وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين نوعية أو جودة الحياة الشخصية له. ويجب عند وصف مكان القوة ومواطن الضعف انطلاقا من دلالة عنوان هذه الفقرة (منغصات / معوقات، إمكانيات / قدرات)، أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية، ويقصد بالظروف الداخلية تلك الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص والجدول التالي يوضح بعض الأمثلة لذلك:

جدول رقم (1) يوضح منغصات / معوقات، إمكانيات / قدرات تحقيق جودة الحياة:

الإمكانيات / القدرات	المنغصات / المعوقات	
المهارات الخبرات الحياتية الإيجابية الحالة المزاجية الذهنية الإيجابية وروح الدعابة والمرح	المرض الإعاقات الخبرات الحياتية	الظروف الداخلية
توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية والانفعالية وتعدد المانحين لها توافر نماذج رعاية جيدة أو طبية	نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية ظروف الحياة أو المعيشة السيئة	الظروف الخارجية

خلاصة الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل إلى عدة محاور للإلمام بمفهوم جودة الحياة من عدة زوايا محاولين أن نربط بينها ربطاً منهجياً، في البداية تطرقنا إلى لمحة تاريخية لمصطلح جودة الحياة، ثم تطرقنا إلى بعض التعاريف التي تناولتها وبعض المفاهيم المتعلقة بها، ثم أشرنا إلى مكونات جودة الحياة ومؤشراتها التي حددها فلوفيد Fallowfield (1990) في المؤشرات النفسية، المؤشرات الاجتماعية، المؤشرات المهنية، المؤشرات الجسمية والبدنية أما نورننفالت Nordenfelt (1994) فحدد جودة الحياة باندماج مجموعة من المؤشرات وهي: السعادة والراحة المادية والوجود الذاتي والصحة الجسمية والعقلية، ثم تناولنا أبعاد جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية والتي تمثلت في الصحة الجسدية، الصحة النفسية، مستوى الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، البيئة، الصحة الروحية، وانتقلنا إلى النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة ومنها نموذج العوامل الستة لرايف Ryff (1989)، ونموذج أيفانس Evans (1994)، نموذج لاوتن Lawten Theory (1996)، نموذج فين هوفن Veenhven (2000)، نموذج شالوك Schalock (2002)، نموذج أبو سريع وآخرون (2006)، ثم تطرقنا إلى قياس جودة الحياة حسب وكلاندي وآخرون (Wiklund et all 2000)، كما استعرضنا بعض المقاييس التي تقيس جودة الحياة وفي الأخير أشرنا لمعوقات جودة الحياة ثم خلاصة الفصل.

الفصل الثالث: قلق المستقبل

تمهيد:

أولاً : القلق العام

1- مفهومه

2- أنواعه

3- أعراضه

ثانياً: قلق المستقبل

1- نظرة تاريخية لمفهوم قلق المستقبل

2- مفهوم قلق المستقبل

3- بعض المفاهيم المتعلقة بقلق المستقبل

4- أسباب قلق المستقبل

5- النظريات المفسرة لقلق المستقبل

6- سمات ذوي قلق المستقبل

7- التأثيرات السلبية لقلق المستقبل

-خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر القلق آفة العصر الحديث، كما ويعد ظاهرة نفسية ذات انتشار واسع في أنحاء العالم وهو ميلاد للتعقيدات المادية والمعنوية التي غزت المجتمعات، فهو يسيطر على ذات الإنسان وأفكاره. ويشكل القلق المفهوم الأساسي في علم الأمراض النفسية والعقلية، حيث احتل القلق في الفترة الأخيرة الصدارة بين الاضطرابات النفسية لدرجة أن البعض أطلق على العصر الذي نعيشه عصر القلق. ويعد قلق المستقبل من أنواع القلق الذي يشكل خطراً على صحة الأفراد النفسية وعلى انتاجهم وأحد الهواجس التي تؤرق أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة وبشكل خاص أمهات الأطفال المصابين بالتوحد فأكثر ما تخشاه الأم هو مستقبل ابنها المجهول.

وسنحاول في هذا الفصل التعريف بالقلق بشكل عام ثم نتطرق لمفهوم قلق المستقبل بشكل خاص.

أولاً- القلق العام:

1- مفهومه:

1-1 المفهوم اللغوي: قلق قلقاً أي لم يستقر في مكان واحد، أو لم يستقر على حال، وقلق بمعنى اضطرب وانزعج. وأقلق المهم فلان أي أزعجه، والمقلاق هو الشديد القلق، وقدم مجمع اللغة العربية على أن القلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث. (عبدالله، 1997)

ويقابل في اللغة الإنجليزية مصطلح القلق مصطلح (Anxiety)، ويعرف في معجم إكسفورد (Oxford) بأنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل"، كما يعرف في معجم ويستر (Webster) بأنه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل التعرق والتوتر، وازدياد نبضات القلب، وذلك بشأن حقيقة طبيعة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح". (بعلي، 2015، ص 87-88)

وفي معجم علم النفس (Cambridge Dictionary Of Psychology) "هو شعور بالخوف من

أمر غامض ترافقه نزوات لبيدية". (Matsumoto,2009,p.46)

1-2 المفهوم الإصطلاحي:

يعرفه فرويد بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم. والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه الضرر. (فرويد، 1989)

ويعرفه سبيلبيرجر (Spielberger) (1979) بأنه "ردود أفعال تركز أصلا على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية". (p.56)

أما ريكمان (Ryckman) (1993) فيعرف القلق بأنه "احساس مؤلم يشعر به عندما يتعرض الأنا للتهديد من قوى مجهولة". (P.61)

ويعرفه عكاشة بأنه: شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. (عكاشة، 1989)

أما زهران (2005): فيعرف "القلق هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبه شعور غامض، وأعراض نفسية وجسمية". (ص.484)

من خلال ما تم تقديمه من تعاريف متعددة للقلق نستطيع القول أن مجملها تتفق على أن القلق حالة انفعالية غير سارة تضم مزيج من مشاعر الخوف والتوتر والضيق والانزعاج يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مهدد غير واضح، أو عندما يكون في موقف صراعي داخلي ولديه أفكار مؤلمة، وعادة ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض الأعراض الجسمية.

2-أنواع القلق: يصنف القلق إلى ما يلي:

1-2 القلق الموضوعي العادي: يطلق عليه اسم القلق السوي، هذا في مواقع التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان.

2-2 القلق العصبي المرضي: هذا النوع من القلق يكون مصدره داخل الفرد لكنه لا يعرف مصدره ولا يجد له مبرر موضوعيا أو سببا صريحا فهو خوف أسبابه مكبوتة لا شعوريا، فهو قلق هائم طليق غامض. (الشاذلي، 2004)

ويتمثل القلق العصابي المرضي في النزاعات الغير مرغوبة والذكريات والأفكار المؤلمة التي كبتها الفرد في اللاشعور لعدم قبولها اجتماعيا لأنها تعوق إشباع الحاجة إلى الانتماء والتي يؤدي ظهورها إلى تعرضه للقلق. (يونس، 1993)

وهناك من الباحثين من قسم القلق إلى:

أ- القلق كحالة: ويعرف بأنه رد الفعل للانفعالات أو المشاعر غير السعيدة للضغوط الخاصة، وأن كل شخص يمر بحالة من القلق من وقت لآخر، ويرى كاتل (Cattel) أن حالة القلق تتغير حسب المواقف وأن التباين بين تلك المواقف أكثر ارتفاعا من التباين بين الأفراد، كما أن هذه الحالة تنخفض أو تختفي بقدر زوال مصدر التهديد. (بعلي، 2015)

ب- القلق كسمة: ويعبر عن الاختلافات الفردية المستقرة نسبيا بخصوص القلق الناتجة عن الاستعدادات لإدراك مدى واسع من المواقف المثيرة بكونها خطر أو تهديد، والنزعة نحو الاستجابة لها وهي تشير إلى استعداد ثابت نسبيا للقلق لدى الفرد. ويمكن توضيح العلاقة بين سمة القلق وحالة القلق أن سمة القلق هو الاستعداد للقلق يكمن داخل الفرد وعند اثارته بمثيرات مهددة تبرز كحالة قلق. (كريميان، 2007)

3- أعراض القلق:

3-1-1 الأعراض النفسية: وتتمثل في:

3-1-1-1 التوتر النفسي:

في حالة القلق يرتفع التوتر النفسي أو التهيج العصبي لدى الأفراد القلقين، كما ترتفع لديهم درجة الحساسية لأي مثير خارجي كسماع رنين الهاتف أو الباب أو الضوضاء أو صوت فرامل السيارة وقد يفقد أعصابه لأسباب لا تستحق ذلك.

3-1-2 الصراع النفسي:

ويعني الصراع بين الاقدام والاحجام نحو المواقف التي تواجهه وتتطلب قيامه بأداء المناسب، فيتردد في اتخاذ القرار وتضعف الثقة في نفسه.

3-1-3 فقدان الطمأنينة:

من الأعراض الواضحة لدى الأفراد المصابين بالقلق توقعهم للفشل والهزيمة بأي وقت، وتوقع حصول الأذى والمصائب، والاحساس الدائم بانعدام الطمأنينة. (بعلي، 2015)

3-1-4 اضطرابات النوم:

يعاني الشخص القلق من اضطراب في النوم، وإذا نام يصبح نومه أحلام وكوابيس مزعجة، مما يجعل من نومه سلسلة من الآلام النفسية.

3-1-5 انعدام الدافعية:

يشعر الشخص المصاب بالقلق بانخفاض ثم انعدام مستوى دافعيته نحو ممارسة الأعمال المطلوبة منه القيام بها، وعجزه عن تحقيق أهدافه المهمة في حياته فيظهر عليه العجز في دافعيته نحو الانجاز، وتنعدم لديه دافعيته للمثابرة، ويموت طموحه.

3-2 أعراض الفيزيولوجية:

وتتمثل في: شحوب الوجه، تعاير الخوف على الوجه، سرعة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، سرعة التنفس والشعور بالاختناق، جفاف الحلق وصعوبة البلع، آلام في المعدة والأمعاء، صعوبة التبول والرغبة المستمرة فيه. (حمودة، 1991)

ثانيا- قلق المستقبل:

1- نظرة تاريخية لمفهوم قلق المستقبل:

إن قلق المستقبل قديم قدم الإنسان نفسه فقد عبر عنه الإنسان القديم بمعنى الخوف مما هو قادم أو الخوف مما يحمله الغد، ويوضح لنا التاريخ أن الإنسان على مر العصور استعان في كثير من الأحيان بالمنجمين والعرافين ليقرأوا له طالعه ويحدثونه عن مستقبله معبرا بذلك عن قلقه مما تحمله الأيام القادمة.

وبالرغم من أن مصطلح قلق المستقبل الذي نعرفه اليوم يعد مصطلحا حديثا نسبيا فقد ظهر هذا المصطلح في كتابات مولين (Moline, 1990) وزاليسكي (Zaleski, 1994)، وبهذا يتضح أن مولين سبق زاليسكي في تناوله لقلق المستقبل.

وفي هذا الصدد تذهب سمير شند ومحمد إبراهيم(2012) أن زاليسكي لم يكن أول من استخدم مصطلح قلق المستقبل فقد سبقه إلى ذلك (Molin,1990) ولكن زاليسكي أجرى عدة دراسات تضمنت اهتماماته بتحديد مفهوم قلق المستقبل، والمستقبل الشخصي ومنظور الأمل والقلق والتوجيه الذاتي نحو المستقبل.(شادي، 2014)

2- مفهوم قلق المستقبل:

قبل أن نتطرق لمفهوم قلق المستقبل الجدير بالذكر أنه لا بد التفريق بين قلق المستقبل والقلق العام حيث يفرق زلسكي (1996, Zaleski) بينهما حيث يرى أن قلق المستقبل هو حالة من الانشغال، وعدم الراحة، والخوف بشأن التمثيل المعرفي للمستقبل الأكثر بعدا. أما القلق بصفة عامة هو شعور عام بالخوف والتهديد، فالإنسان عندما ينظر للمستقبل فإنه يخشى العديد من الأشياء والأحداث التي قد يتعرض لها في المستقبل، ويضيف إلى هذا أن كل أنواع القلق المعروفة لها بعد مستقبلي، ولكن هذا البعد محدود وقاصر على فترات زمنية محدودة دقائق، ساعات... وعلى العكس من ذلك فإن قلق المستقبل يشير إلى المستقبل ممثلا في مدة زمنية كبيرة.(عايش ، 2016)

كما ويرى صالح يحي(2012) "أن قلق المستقبل ما هو إلا نوع من أنواع القلق العام ويختلف عنه أنه عبارة عن حالة أو شعور ينتاب الفرد بسبب نظرتة التشاؤمية نحو المستقبل التي تبنيتها الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالمستقبل، وربما يرتبط ذلك بضعف الفرد وعدم تمكنه من السيطرة على أدوات حاضره ومستقبله".(ص.132)

واختلف الباحثون في تحديد مفهوم قلق المستقبل، واختلفت وجهة نظر كل منهم لهذا المفهوم، وتباينت وجهات نظر الاختصاصيين النفسيين والتربويين حوله، حيث قدموا تعريفات مختلفة استنادا إلى العوامل والأسباب المؤدية إليه وكذلك نتائجه وفيما يلي نحاول التطرق لبعض التعاريف لقلق المستقبل:

يصف زاليسكي قلق المستقبل: بأنه حالة من التوجس وعدم الاطمئنان والخوف من التغيرات السلبية في المستقبل، ويرى أن حالة القلق الشديد تحدث من التهديد بأن شيئا كارثيا حقيقيا يمكن أن يحدث للفرد.(Zaleski,1996)

ويعرفه رافيلي وكولر (Raffaelli et Koller): قلق المستقبل هو "نوع من القلق الذي يرتبط بالتوقع السلبي تجاه المستقبل وما يحمله من أحداث ومواقف". (p249)

يعرفه القاسم (2000): "بأنه حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب المتعلقة بحوادث المستقبل وانشغال الفكر وترقب الشر". (ص.147)

ويعرفه إبراهيم (2002): بأنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة، تنطوي على تحديد حقيقي أو مجهول، لكن كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لا يكون فيها الخطر حقيقيا بل متوهما ومجهول المصدر. (جمعة وولاء، 2016)

ويعرفه إبراهيم محمود: بأنه حالة من التخوف والتشاؤم من الآتي والاستعداد الشخصي للتوقعات السلبية اتجاه الأحداث المستقبلية، وهو محصلة القلق الأسري، القلق الدراسي، القلق المهني، قلق المشاركة الاجتماعية، والدرجة العليا للتشاؤم والدرجة المنخفضة للتفاؤل. (إبراهيم، 2012)

ويعرفه العشري (2004): بأنه "خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها خوفا غامضا نحو ما يحمله الغد الأكثر بعدا من الصعوبات والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة". (ص.148)

وتعرفه زينب شقير (2005): قلق المستقبل بأنه "خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة، مع تشويه وتحريف إدراكي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة مع تضخيم السلبيات ودحض للإيجابيات الخاصة بالذات والواقع، وتجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، ويؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، وقلق التفكير في المستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس". (ص.05)

وتعرف أمل الأحمد (2001) قلق المستقبل "بأنه حالة انفعال غير سارة تعود في جزء منها إلى الوراثة، لكنها متعلمة في الغالب ويرافقها الخشية والتناقض والخوف من المجهول وعلى المستقبل، وهذه الأمور لا مسوغ لها من الناحية الموضوعية، ولكن صاحبها يستجيب لها كما لو أنها تمثل خطرا ملما، أو مواقف تصعب مواجهتها". (ص.114)

أما غالب المشيخي (2009) فيعرفه: قلق المستقبل هو "شعور بعدم الارتياح للتفكير السلبي اتجاه المستقبل، والنظرة السلبية للحياة وعدم القدرة على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة وتدني اعتبار الذات وفقدان الشعور بالأمن مع عدم الثقة بالنفس". (ص.47)

وفي تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لقلق المستقبل بأنه: خوف أو توتر أو ضيق ينتج عن توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً أو غير واضح إلى درجة كبيرة، ويصاحب كل من القلق والخوف متغيرات تسهم في تنمية الإحساس والشعور بالخطر. (بلكيلاني، 2008)

من خلال هذه التعاريف المقدمة نستدل أن قلق المستقبل هو حالة من ضعف الأمل والطمأنينة نحو المستقبل، وتوقع الشر واضطراب الفكر، والشعور بالتوتر والأسى، وعدم الارتياح والميل إلى العزلة، والمعاناة من الاضطرابات الفيزيولوجية، التي تصيب الأفراد بسبب نظرتهم التشاؤمية وأفكارهم السلبية تجاه مستقبل.

في ضوء ما تم عرضه من مفاهيم متعددة حول موضوع قلق المستقبل، فتعريفنا لقلق المستقبل عند أم الطفل المصاب بالتوحد بأنه: عبارة عن حالة انفعالية مزعجة وغير سارة تنتاب الأم التي لديها طفل مصاب بالتوحد، مرتبطة بالشعور بالتهديد والشعور بالخوف والتوتر والأسى، وعدم الارتياح والميل إلى العزلة، والمعاناة من بعض الاضطرابات التي تصيبها بسبب أفكارها السلبية ونظرتها التشاؤمية اتجاه مستقبل ابنها التوحدي.

3- بعض المفاهيم المتعلقة بقلق المستقبل:

يتشابه قلق المستقبل مع بعض المفاهيم، ويكون هذا التشابه إما في التأثير والنتائج المترتبة على الأفراد أو في الأسباب المؤدية لحدوث الظاهرة أو في بعض الخصائص التي يتشابه فيها الأفراد الذين ينطوون تحت فئة هذا المفهوم.

3-1 قلق المستقبل والتشاؤم: وجد كلوينسكي (Chlewiniski, 1994) ارتباطاً قوياً بين قلق المستقبل وبين التوقعات التشاؤمية، حيث أن الأفراد أظهروا تخوفاً من المستقبل يتعلق بالعمل وحل المشكلات وانهيار القيم والاعتقاد بمسألة الحظ العاثر والوحدة والمرض والموت. (هبة، د-ت)

والتشاؤم هو توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد يتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل. (عبد الخالق ومراد، 2001)

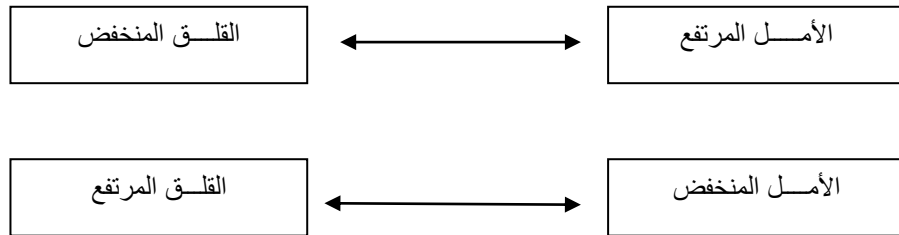
ويؤثر التشاؤم سلبا في سلوك الإنسان وصحته النفسية والجسدية، والنظرة التشاؤمية للمستقبل تجعل الفرد عرضة للاكتئاب واليأس والانتحار حيث يتصف المكتئبون بتعميمهم الفشل والنظرة السلبية للحياة والذات والمستقبل، ويمكن القول أن من لديه هذه النظرة السلبية للمستقبل قد يترتب على ذلك هبوط روحه المعنوية وتناقص دافعيته للعمل والإنجاز.

2-3 الخوف من الفشل: يرى زاليسكي (Zaleski) تشابها بين قلق المستقبل والخوف من الفشل وذلك بالنسبة للسلوك التجنبي، ففي كلتا الحالتين فإن الناس تتجنب الحالات المؤلمة، وهو يتوقع وجود علاقة سلبية بين قلق المستقبل وبين مركز الضبط الداخلي. (Zaleski,1996)

وهذا ما يؤكدّه رونالد مولين (Ronald Molin) الذي يرى أن من يعاني قلقا من المستقبل يعاني من أعراض مشابهة لأعراض الخوف من الفشل، حيث يرى أن الشخص الذي يعاني من قلق المستقبل هو شخص يتصف بالسلبية وعدم الثقة في النفس، مما يؤدي إلى الاصطدام بالآخرين ويتصف بصلاية الرأي والتعنت والتوقعات السلبية لكل ما يحمله المستقبل، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل وبالتالي الكذب والتصنع والانسحاب والهروب اجتماعيا وثقافيا وعاطفيا. (بعلي، 2015)

3-3 قلق المستقبل في مقابل/ الأمل واليأس: تبدو العلاقة بين الأمل والخوف متفرعة ومرنة، فالأمل أكثر ارتباطا بالخوف من التفاؤل، فالخوف والأمل مكملان لبعضهما البعض، حيث أن كل منهما يتضمن مكونات تتعلق بالمستقبل.

ويمكن أن تفهم هذه العلاقة وفق النموذج الذي وضعه أفريل (Avril)



شكل رقم(03) نموذج افريل (Averill)

وآخرون الذي يوضح العلاقة بين الأمل والقلق

هذه المقارنة بين الأمل والقلق من المستقبل تشابه المقارنة بين الحب والكراهية وبين الثقة والشك، وعلى ذلك فإن الأمل يرتبط بقلق المستقبل كما يرتبط به اللأمل. (Averill et al,1990)

3-4 قلق المستقبل والتوجه للمستقبل: التوجه للمستقبل هو تصور الأفراد حول كل ما يتعلق بمستقبلهم، وهو يتضمن ما يعتقد الفرد أنه ذو أهمية ومعنى في حياته وهو مهم لدافعية الأفراد، وهو بهذا وثيق الصلة بقلق المستقبل فهما على طريقي متصل، فبقدر ما يكون قلق المستقبل حافزا على الإنجاز فإنه يقترب من للتوجه للمستقبل، وبقدر ما ينخفض مستوى التوجه للمستقبل لدى الفرد فإنه يعبر عن قلقه اتجاه هذا المستقبل ودفاعه ضد هذا القلق بالإغراق في الحاضر، وإذا كان التوجه للمستقبل في حالته القصوى هو تطلع الفرد الدائم نحو المستقبل كسبيل لبلوغ الأهداف وتحقيق الإشباع. (محمود، 2003)

4- أسباب قلق المستقبل:

تتداخل مجموعة من العوامل مع بعضها البعض وتؤدي إلى الشعور بقلق المستقبل، ومن بين هذه العوامل نذكر ما يلي:

4-1 الضغوط النفسية والحياتية:

الضغوط النفسية وعدم القدرة على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها الفرد والفشل في فصل أمانيه من التوقعات السلبية عن الواقع.

إن زيادة الأعباء أو الصعوبات التي يواجهها الفرد في الحياة ستجعله أكثر تشاؤما، كما أن زيادة أعباء الفرد في الحياة ستجعله يغير من نظرتة للحياة، وبالتأكيد فإن هذه النظرة ستتسم بطابع تشاؤمي، والنظرة التشاؤمية للحياة ستزيد من خوفه وتوجسه من المستقبل الذي قد يحمل الكثير من الآلام استنادا إلى خبرة الحاضر المؤلمة وعلى ذلك فإن زيادة الضغوط التي يتعرض لها الفرد يوميا، ستزيد من قلقه من المستقبل. (جهاد وعلي، 2018)

فالضغوط النفسية والحياتية التي يتعرض لها الفرد في الحاضر تؤثر على مستقبله وتسبب له المزيد من القلق، وما لاشك فيه أن وجود طفل مصاب بالتوحد يشكل ضغطا كبيرا على الأسرة وهذا يؤدي إلى حدوث قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ومما يزيد من الضغوط النفسية للأباء قلقهم الزائد على مصير أبنائهم المعاقين وذلك لعدم قدرتهم على تحمل المسؤولية أو الاعتماد على الذات بعد وفاتهم. (حنفي، 2007).

4-2 تبني الأفكار اللاعقلانية والاعتقاد بالخرافات والنظرة السوداوية:

فكلما تمسك الفرد بالخرافات والمعتقدات اللاعقلانية كلما ازدادت الفرصة لقلق المستقبل. (صبري، 2003)

وتؤكد على ذلك (زينب شقير، 2005) التي ترى أن قلق المستقبل ينشأ نتيجة الأفكار غير العقلانية التي تجعل الفرد يؤول الواقع من حوله وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطيء مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق. (شادي، 2014)

فالأفكار اللاعقلانية والتشاؤمية لدى أم الطفل التوحدي حول عدم قدرة ابنها على الاندماج داخل المجتمع والاستقلال الاجتماعي وعدم قدرته على تكوين أسرة تزيد من حدة قلق المستقبل لديها.

4-3 العوامل الأسرية المفككة وعدم الإحساس بالأمن:

إن العلاقات الأسرية غير المستقرة يمكن أن تكون سببا في عدم الإحساس بالأمن والاستقرار النفسي ومن ثم قلق المستقبل، ويؤكد ذلك (كيلين وزملاؤه Klien et al) الذي يرى أن العلاقات الأسرية التي تسودها المشاحنات والمشاجرات والغياب المستمر لأحد الوالدين والطلاق، يكون فيها الأبناء عرضة للمشكلات السلوكية والنفسية مثل القلق وتحديد قلق المستقبل. (Klien et al, 1999)

4-4 الانشغال بالمستقبل الاجتماعي للطفل المعاق:

يفكر الكثير من آباء وأمّهات الأطفال المصابين بالتوحد في المستقبل الاجتماعي لابنهم، وتدور بداخلهم الكثير من التساؤلات، هل سيتعرض الابن المعاق للأذى والاستغلال من قبل أفراد المجتمع بسبب قدراته العقلية المحدودة، من سيحمله في حالة وفاتهم، من سيراعيه اجتماعيا من بعدهم، هل يستطيع الابن المعاق مستقبلا الزواج وبناء أسرة؟ ولا شك أن هذه الأفكار التي تساور الآباء والأمهات تسبب لهم حالة من القلق غير العادي على المستقبل الاجتماعي للطفل. (أبو السعود، 2014)

4-5 الأسباب الخاصة بالقلق على المستقبل المهني للطفل: قلق المستقبل المهني يعتبر جزءا من القلق العام ونوع من أنواع القلق مرتبط بتوقع الفرد للأحداث المستقبلية المرتبطة بالمهنة، ويشير إلى عدم الارتياح والتفكير السلبي اتجاه المستقبل والنظرة التشاؤمية للحياة والخوف على المستقبل المهني. (جيهان، 2012)

فنجد أن الكثير من الآباء لديهم قلق على المستقبل المهني لأبنائهم المعاقين الذي يكتنفه الكثير من الغموض، والتشاؤم مما يسبب لهم حالة من القلق المبالغ فيه على المستقبل المهني والوظيفي لابنهم التوحيدي.

وفي ضوء ما سبق نرى أن أغلب الباحثين اتفقوا على أن أهم أسباب قلق المستقبل هي الأفكار اللاعقلانية وعدم الاستعداد الشخصي وعدم قدرة الفرد على التفاعل مع تلك الأحداث المستقبلية فهو إما أن يتقبلها ويحاول أن يتجاوزها أو يستسلم لها أو يتعامل معها على أساس أنه لا يمكن التغلب عليها فيصبح الإنسان قلقاً.

5- النظريات المفسرة لقلق المستقبل:

تعددت النظريات المفسرة للقلق بتعدد المدارس النفسية، مع ملاحظة أن هذه النظريات لم تفسر قلق المستقبل بشكل خاص وإنما من خلال تفسير القلق تكون الإشارة إليه، وفيما يلي عرض بعض النظريات التي حاولت تفسير القلق.

5-1 النظرية التحليلية:

يرى فرويد أن القلق مفهوم جوهري في نظام الشخصية مؤكداً بأنه أساسي ومركزي لنشوء السلوك العصابي أو الذهاني، حيث افترض فرويد أن منشأ أو أصل كل قلق هو صدمة الولادة، والتي تعد أول تجربة للفرد مع الخوف والقلق، ومن هذه التجربة تخلق أنماط ردود الفعل وحالات الشعور التي ستحدث عندما يتعرض الفرد لخطر في المستقبل إذا عجز عن التغلب على قلقه، وعندما يكون في خطر استحوذ القلق عليه. (الحمداي، 2011)

كما وأوضح فرويد أن القلق ينتج عن الصراع بين قوانين في النفس وهي قوة الغرائز وقوة الأنا الأعلى (الضمير)، حيث أوضح أن القلق يحدث عندما يتعرض الفرد لخطر بالفعل ولكن إذا شعر الفرد بالخطر في موقف معين فإنه يأخذ بعد ذلك يتوقع الخطر في المستقبل في المواقف المشابهة وعليه إذا توقع الخطر شعر بالقلق كأن الخطر قد وقع بالفعل. (حمزة، 2005)

ويرى فرويد أن القلق حالة خاصة من عدم السرور يصاحبه تفرغ عبر ممرات محددة والقلق هو رد الفعل العام للخطر ويعتبر الأنا المعقل الوحيد الذي يركز عليه القلق وقد يكون الخطر الذي يستقبله

الفرد حقيقيا أو متوقعا يدركه الفرد على أنه مرتقب. وأشار فرويد إلى ثلاثة أنواع من القلق:

أ- **القلق الواقعي**: وهو الذي ينتج من أخطار واقعية موجودة في العالم الخارجي للفرد.

ب- **القلق الأخلاقي**: وهو عبارة عن الخوف من الضمير وينتج عن الصراع بين الأنا والأعلى.

ج- **القلق العصبي**: وهو عبارة عن خوف من خروج رغبات الهو عن الانضباط ويشمل الخوف من العقاب الذي ينتج عن ذلك. (يوسف، 2001)

ومما سبق نستدل أن فرويد أرجع قلق المستقبل لخبرات الطفولة، إضافة إلى ربطه للقلق بالواقع حيث يبدأ الفرد بتعميم القلق في المواقف المشابهة عن طريق توقع الخطر الذي يسبب قلقا نحو مستقبل الفرد.

ويرى "آدلر" بأن القلق النفسي يرجع إلى طفولة الإنسان الأولى، كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن وأن هذا القصور يؤثر على حياة الفرد النفسية، ويضيف آدلر أن نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته لها أثر كبير في نشأة القلق النفسي لديه ومحاوله التعويض عنه، وأن سلوك الإنسان تحدده دافعيته بدلالة توقعات المستقبل، وتصبح أهداف المستقبل أكثر أهمية من أحداث الماضي، وتوقعات المستقبل تنظم حياته أكثر من أحداث الماضي.

5-2 النظرية المعرفية:

حسب نظرة وتفسير أنصار هذا الاتجاه أن المكون المعرفي هو المكون الأساسي الذي يكمن وراءه الشعور بقلق المستقبل، وهو استجابة لبيئة الفرد التي تتحدد بادراك التهديد في موقف معين أو محدد حيث يضيف الفرد معنى على الموقف من خلال مخططاته ومعتقداته حول موضع التهديد وتقدير مدى وخطورة التهديد. (شند والأنوار، 2012)

ويؤكد زاليسكي (Zaleski 1996) الذي يرى أن قلق المستقبل ينتج عن التفكير في الأحداث غير المواتية التي قد تحدث في المستقبل البعيد، وأوضح أن مكونات قلق المستقبل معرفية أكثر منها انفعالية وهي ترتبط بالشعور بالتهديد والنظر إلى المستقبل نظرة قائمة.

وقدم آرون بيك تفسيراً لقلق المستقبل بناءً على النموذج المعرفي للاكتئاب، والذي يرى أن السمات الأساسية لاضطراب القلق هي معرفية في جوهرها، ويرى بيك أن الأفكار التلقائية العابرة والتفسيرات

وخيال مريض القلق تتركز حول صور من الغضب وسوء التأويل لخبراته الشعورية في شكل الشعور بالخطر الجسدي والنفسي مع زيادة في تقدير احتمال الأذى المتوقع تؤدي إلى إثارة مشاعر الضيق والخوف والتنبه التلقائي .

فآرون بيك تحدث على قلق المستقبل من خلال عرضه للنموذج المعرفي للاكتئاب، فهو ينظر للاكتئاب بوصفه تنشيطا لثلاثة أنماط معرفية رئيسية، والذي يهمننا في نموذج بيك هو النمط الخاص بالنظرة التشاؤمية للمستقبل، وهو يعني اتخاذ الفرد لاتجاهات تتصف بالخوف من المستقبل والتشاؤم من سوء الأحوال وعدم السعادة في مستقبل حياته. (معمرية، 2006). حيث يعتقد الفرد أنه عدم النفع وغير كفاء وهذه الأفكار تتشكل أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة من خلال التجارب كفقدان أحد الوالدين أو النبذ الاجتماعي من قبل الأقران أو الأحداث المأساوية المتتالية.

إذن "فآرون بيك يتحدث عن قلق المستقبل كمسبب للاكتئاب، ويرى أن قلق المستقبل لدى الفرد يتكون بسبب نظراته التشاؤمية للحياة والتي يكونها استنادا على الأفكار التي يحتفظ بها منذ الطفولة واستنادا على خبرات الحياة المؤلمة". (بعلي، 2015)

وتتجلى مظاهر الاضطراب الفكري للشخص القلق فيما يلي:

1- أفكار متكررة عن الخطر، حيث أن مريض القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول وقائع مؤذية .

2- نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة.

3- تعميم المؤثر الضار.

ويرى إيليس (Iyliss) أن مرضى القلق لديهم نزوع إلى تحويل رؤية كارثية في كل شيء ويسيطر عليهم احتمال الخطر بحيث لا يكفوا عن تحذير أنفسهم من أخطار ممكنة، فهم في حالة قلق دائم لا يرحم. (بيك، 2000، ص ص. 122-125)

فقلق المستقبل من وجهة النظرية المعرفية ناتج عن المعتقدات والأفكار والمعارف الخاطئة حول المستقبل البعيد والتي تشكل تهديدا للفرد مما يؤدي إلى زيادة القلق لديه.

وقلق المستقبل لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر النظرية المعرفية ينشأ نتيجة الأفكار والمعارف والمعتقدات الخاطئة التي تحملها الأم اتجاه ابنها التوحدي التي ترى أن مستقبله مبهم وغامض ومليء بالعقبات بسبب غموض اضطراب التوحد من جهة وخوفها من عدم قدرة ابنها على رعاية نفسه.

3-5 النظرية الإنسانية:

يرى أنصار هذا النظرية أن الهدف الرئيسي للإنسان هو تحقيق ذاته وتفردته، وعند وجود أي عائق اتجاه هذا الهدف فإن الفرد يشعر بالقلق وتشير هذه المدرسة إلى أن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بحضور الفرد ومستقبله وبحته عن مغزى الحياة، ويكون عرضة للقلق إذا لم يتحقق هذا الهدف. (كفاني، 1999)

فالقلق لا ينشأ من ماضي الفرد وإنما هو خوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان وإنسانيته، فالقلق ينشأ من توقع الفرد من أنه قد يحدث.

وقدم كارل روجرز تفسيراً لقلق المستقبل الذي يرى أنه ينشأ عندما يكون الفرد غير قادر على إعطاء استجابات تقوده إلى النجاحات وإلى إرضاء الحاجات الاجتماعية، الأمر الذي يخلق لدى الفرد صراعات تؤدي بدورها إلى إثارة مشاعر القلق لاسيما القلق من المستقبل فتنشأ مشاعر عدم الرضا عن الذات، هذا الشعور الجديد يؤدي بدوره إلى نشوء مشاعر عدم الأمن النفسي الذي يهدد الذات نفسها، وحيثما يستمر الصراع وتزداد شدة القلق يتمركز السلوك الإنساني أكثر فأكثر في خفض القلق من خلال الميكانيزمات الدفاعية، وكنتيجة لذلك تزداد ردود الفعل ذات الطبيعة الدفاعية وتتحول نحو الأفراد الآخرين المحيطين بالفرد الذين يتفاعل معهم. (الحمادي، 2011)

فالقلق من وجهة نظر أصحاب المنظور الإنساني ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة أو استجابة يكتسبها أثناء عملية التعلم، إنما هو جوهر طبيعة النفس الإنسانية، فالإنسان الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه الحية، فمصدر القلق هنا ليس الماضي أو الحاضر أو المستقبل، وإنما مصدر الحياة برمتها في ماضيها وحاضرها ومستقبلها.

وبناء على ذلك فقلق المستقبل وفق وجهة نظر الاتجاه الإنساني ينشأ لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد لشعورهم أن إصابة أبنائهم بطيف التوحد، يشكل عائقاً كبيراً نحو تحقيقهم لذواتهم على

المستوى الشخصي والاجتماعي، فأى أم تأمل أن يكون ابنها شخصا قادر على تحقيق ذاته داخل المجتمع، شخصا ناجحا له مكانة ووضع جيد في المجتمع، ولكن الإعاقة من وجهة نظر الأمهات تشكل عائقا أمام أبنائهم وعدم قدرتهم على تحقيق ذواتهم وقصورهم في صنع مستقبلهم، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لدى الأمهات المتعلق بمستقبل أبنائهم التوحدين.

4-5 النظرية الوجودية:

يفسر كيركيغارد (Kerkigard) قلق المستقبل بأن حياة الإنسان وفهمها هي سلسلة من القرارات الضرورية، وأن الإنسان عندما يتمعن في اتخاذ قرار معين، فإن هذا القرار سيعمل على تغيير هذا الإنسان، وسيضعه أمام مستقبل مجهول، وسيعيش بالتبعية للقلق، فالقلق عند كيركيغارد لا شيء، وهو كل شيء، إنه شعور يوضح للفرد مدى ما يكون عليه وجوده من أسى ومعاناة في هذا العالم الذي يعيش فيه مستقبلا، ويشير كيركيغارد إلى أن القلق من المستقبل سببه عدم القدرة على التنبؤ بما سوف يحدث في عالم مجهول، كذلك فإن اختبار الماضي يقود إلى الحزن بسبب فوات الفرص على النمو خلال مراحل التغيير. (الحري، 2014)

5-5 النظرية السلوكية:

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن القلق مكتسب من خلال الاشتراطات أو العمليات التعليمية والبيئية الأخرى، الأمر الذي يولد السلوك التجنبي أو الهروبي، وبالتالي يكتسب هذا السلوك التعزيز من خلال خفض مستوى القلق تحت شروط التدعيم الإيجابي أو التدعيم السلبي، فالسلوكيون يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي، وهذا ارتباط منه جديد بالمنبه الأصلي. (شاكور ومحمد، 2007)

بعد استعراضنا لأهم النظريات المفسرة لقلق المستقبل يمكننا القول أن قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد هو محصلة لعدة عوامل تكاملية اتحدت فيما بينها، ولا يمكن إرجاعه لسبب أو عامل محدد.

6-سمات ذوي قلق المستقبل:

توضح زينب شقير وسناء حسن وخديجة ضيف الله (2012) أن من أهم خصائص الشخص الذي يعاني من قلق المستقبل الأعراض التالية: التشاؤم، الشك، الانفعالية الزائدة، عدم الشعور بالأمن

النفسي، التردد في اتخاذ القرار، انفعال وثورة لأتفه الأسباب، عدم الثقة في الآخرين، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، البكاء الشديد، التوقعات السلبية لكل ما يحمله المستقبل. (شقيير وآخرون، 2012)

ويشير المشيخي (2009) إلى أن أهم السمات المميزة للمصابين بقلق المستقبل تشمل ما يلي:

- الشعور بالتوتر والانزعاج لأتفه الأسباب، والأحلام المزعجة، واضطرابات النوم، واضطرابات التفكير وعدم التركيز وسوء الإدراك الاجتماعي والانطواء والشعور بالوحدة، وعدم القدرة على تحسين مستوى المعيشة أو التخطيط للمستقبل، والجمود وقلة المرونة، والاعتمادية واللاعقلانية، حيث يصبح الشخص عرضة للانهايار العقلي والبدني والتدمير النفسي، والانتظار السلبي لما قد يحدث

-التشاؤم لأن الخائف من المستقبل لا يتوقع إلا الشر، ويخيل له أن الأخطار محدقة به من كل جانب.

- الخوف من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.

-صلابة الرأي والتعنت.

-الإصرار على الأساليب الروتينية في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة.

-الانسحاب من الأنشطة البناءة.

-استخدام آليات دفاعية ذاتية مثل الإزاحة والكبت من أجل التقليل من الحالات السلبية.

-عدم الثقة بالنفس وبالآخرين، مما يقود إلى الاصطدام معهم وخلق الخلافات.

مما سبق يمكننا تقسيم أعراض قلق المستقبل إلى ما يلي:

أ- **أعراض فيزيولوجية:** وهي أعراض جسمية تصيب أمهات الأطفال المعاقين عند التفكير في مستقبل أبنائهم، ومنها الشعور بالصداع، والإجهاد، وحدوث اضطرابات في المعدة.....

ب- **أعراض معرفية:** وتتمثل في شعور الأم بالتوتر والضيق والحزن والألم والأسى وسيطرة نزعة التشاؤم نحو مستقبل ابنها المصاب بالتوحد.

ج- **أعراض اجتماعية:** وتشمل العزلة والانطواء عن الناس وعدم الثقة في الآخرين، وصعوبة التكيف. (أبو السعود، 2014)

7-التأثيرات السلبية لقلق المستقبل: من أهم الآثار السلبية لقلق المستقبل نذكر مايلي:

1. التوقع والانتظار السلبي لما قد يحدث: للتوقع والاستباق تأثير في مجرى المشاعر والأفعال يفوق كل التصورات، فما يتوقعه الفرد لخبراته من نتائج عاجلة أو آجلة هو الذي يحدد معنى هذه الخبرات، وقد تتخذ التوقعات شكلا بصريا، فالشخص القلق تتكون عنده صورة الكارثة كلما شرع في موقف جديد والتوقعات السلبية تجعل الشخص بليدا.(بيك، 2000)
2. التوقع داخل إطار الروتين واختيار أساليب للتعامل مع المواقف التي فيها مواجهة مع الحياة، إنهم لا يقتنعون بسهولة أن المعلومات والمعرفة المكتسبة من الواقع ممكن أن تكون مفيدة. (Zaleski,1994)
3. الاعتمادية والعجز واللاعقلانية: يرى بيك أن الاعتمادية تنبع من تعرض الفرد إلى ظروف أسرية سيئة مما يجعله يشعر بانعدام الأمن، ويلجأ للآخرين ليستمد العون والنصح والأمن منهم، وهو يخاف من فقدان ورفض الآخرين له، ويفتقد المبادأة ويشعر بأنه بحاجة إلى من يحمل عنه المسؤولية، ومن خلال تكرار فشله في مواجهة الأحداث يبدأ في تبني أفكارا أو معتقدات لاعقلانية مثل: "أنا لا أستطيع فعل أي شيء بمفردي" "ليس لدي الكفاءة لمواجهة شؤون حياتي بمفردي" وتزداد الاعتمادية لدى الفرد باستمرار لتبنيه لهذه المعتقدات مما يزيد شعوره بعدم الكفاية وعدم القيمة والعجز.
4. الانسحاب من النشاطات البناءة والمفيدة والتي تحتوي على نوع من المخاطرة فيرى (Zaleski)أن الإقدام على المخاطرة يرتبط بشكل جيد مع الاعتقاد بالحظ الجيد(التفاؤل) ويرتبط أيضا بالتفاؤل غير الواقعي إذا كانت المخاطرة لاموضوعية (لاعقلانية). (Zaleski,1996)
5. استخدام ميكانيزمات الدفاع مثل النكوصRegression، والاسقاط Projection والتبريرRationalization، والكبتRepression.
6. الهروب من الماضي والتشاؤم وعدم الثقة في الآخرين، وصلابة الرأي والتعنت.
7. الشعور بالتوتر والانزعاج لأتفه الأسباب والأحلام المزعجة، واضطرابات النوم، واضطرابات التفكير وعدم التركيز، وسوء الإدراك الاجتماعي والانطواء والشعور بالوحدة.
8. عدم القدرة على تحسين مستوى المعيشة، وعدم القدرة على التخطيط للمستقبل، والجمود وقلة المرونة، والاعتماد على الآخرين في تأمين المستقبل.

9. يفقد الإنسان تماسكه المعنوي ويصبح عرضة للانهايار العقلي والبدني.
10. استخدام ميكانيزمات الدفاع مثل النكوص والإسقاط والتبرير والكبت.
11. تدمير نفسية الفرد فلا يستطيع أن يحقق ذاته أو أن يبدع وينعكس ذلك في صورة اضطرابات متعددة الأشكال والخرافات والانحراف واختلال الثقة بالنفس. (المشيخي، 2009)

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تم التطرق و الإحاطة بموضوع قلق المستقبل من عدة زوايا في البداية استهل هذا الفصل بتمهيد حول القلق ، ثم استعرضنا مفهومه وأنواعه والأعراض ، ثم قدمنا نظرة تاريخية لمفهوم قلق المستقبل موضوع دراستنا ومفهومه وبعض المفاهيم المتعلقة بقلق المستقبل، وأشرنا إلى أسباب قلق المستقبل من ضغوط نفسية وحياتية وتبني أفكار غير عقلانية والنظرة السوداوية، إلى جانب العوامل الأسرية المفككة وعدم الإحساس بالأمن والأسباب الخاصة بالانشغال بالمستقبل الاجتماعي للطفل المعاق والقلق على مستقبله المهني، ثم استعرضنا النظريات المفسرة لقلق المستقبل بدءا بالنظرية التحليلية والنظرية المعرفية والنظرية الإنسانية والنظرية السلوكية، وانتقلنا للتعرف على سمات ذوي قلق المستقبل وأخيرا التأثيرات السلبية لقلق المستقبل.

الفصل الرابع: التوحد

تمهيد:

- 1- نظرة تاريخية لاضطراب التوحد
- 2- مفهوم التوحد
- 3- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد
- 4- الخصائص والسمات الأساسية لاضطراب التوحد
- 5- تشخيص اضطراب التوحد
- 6- الأشكال العيادية لاضطراب التوحد
- 7- التشخيص التفريقي
- 8- درجات شدة التوحد
- 9- التوحد داخل الأسرة

خلاصة الفصل

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مختلف مظاهر نمو الطفل المختلفة على المستوى الارتقائي، اللغوي، الاجتماعي، الحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك.

ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته فحسب بل يمتد إلى الأسرة، التي تحاول أن تتكيف مع الوضع، ولفهم هذا الاضطراب أكثر سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على الجوانب النظرية لاضطراب التوحد بدءا بتقديم نظرة تاريخية لاضطراب التوحد، ثم التطرق لمفهوم التوحد، ثم النظريات المفسرة له والخصائص والسمات المميزة له، وبعدها ذكر طرق تشخيصه، يليها الأشكال العيادية له والتشخيص الفارقي ودرجات شدة التوحد وأخيرا سنتطرق إلى التوحد داخل الأسرة وردود فعل الوالدين تجاهه.

1. نظرة تاريخية حول اضطراب التوحد

تسمية التوحد كانت من طرف الطبيب النفسي السويسري "أيجون بلولر" (Eugen Blouler)، وقد استنبط عبارة التوحد من اليونانية وتعني بالفرنسية "Autos" وتعني ذاتي، و"Ismos" للدلالة على الانطواء على الذات الذي لاحظته بلولر عند بعض الأفراد أثناء دراسته التي كان يجربها حول انفصام الشخصية، وقد أطلق التسمية الأولى "Autoérotisme" لاستبعاد المفهوم الجنسي المستخدم من قبل فرويد وأصبحت التسمية "Autism" (صندقلي، 2012). وقد اعتبر التوحد آنذاك من بين الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة إذ سمي بالذهان الذاتي أو الذاتية الطفلية المبكرة. (مصطفى والشريبي، 2011)

غير أن الفضل الأكبر في التعريف بمصطلح اضطراب التوحد يعود للطبيب النفسي الأمريكي ليون كانر Leo Kanner (1943) في وصفه لمن يعانون من اضطرابات توحدية كما نعرفها في وقتنا الحاضر، بعد أن قام بفحص مجموعة من الأطفال المشخصين بالإعاقة العقلية، إذ كان سلوكهم يتميز بالانغلاق الكامل على الذات، وابتعادهم عن كل ما حولهم من ظواهر وأفراد، حتى ولو كانوا أقرب الناس إليهم والانطواء والعزلة، مع عدم التجاوب مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه، كما لو كانت حواسهم قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم، وبالتالي فهناك استحالة لقيامهم بتكوين علاقات اجتماعية كما يفعل غيرهم من الأسوياء. (البطانية وعرنوس، 2011)

وأكد على ذلك أسبرجر (1944) Asperger الذي حدد التوحد بزملة من الأعراض سميت (Asperger Syndrom)، ويظهر في الطفولة المبكرة وأرجعه كذلك إلى أسباب بيولوجية، وصنف المصابين به مع فئة المتخلفين عقليا (Mental Retardation). (Barber,1996)

وقد أطلق على هذا الاضطراب عبر التاريخ العديد من التسميات مثل توحد الطفولة المبكرة (Early Childhood Autism)، وفصام الطفولة (Childhood Schizophrenic)، والنمو غير السوي الشاذ (Atypical Ego Development)، وشهد منتصف الستينيات من القرن الماضي نشاطا أكد وجود اضطراب بيولوجي عصبي لدى الأفراد التوحدين، أما في عام (1980) صنف التوحد بأنه إعاقة انفعالية شديدة، وذلك لتعدد النظريات حول التوحد وأسبابه، ولارتباطه بالمرض العقلي. إلا أنه أعيد تصنيفه من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكيين بأنه اضطراب شامل في النمو بدلا من اعتباره إعاقة انفعالية. (أبو شعيب والبطانية، 2011)

وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4) موضحة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم الاضطرابات التالية: اضطراب التوحد (Autism Disorder) - متلازمة أسبرجر (Asperger's Syndrme) - متلازمة ريت (Rett's Syndrome)، اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder-CDD) - الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified -PDD-NOS) والتي يطلق عليها البعض " التوحد غير النمطي" (Atypical Autism). وتتمثل الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد فيما يلي: ضعف التفاعل الاجتماعي، ضعف في مهارات التواصل، أنماط متكررة ونمطية محددة من النشاطات والسلوكيات والاهتمامات. (يجي، 2020)

وفي عام (2013) تم اعتبار اضطراب التوحد في الدليل الأحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V) بأنه أحد أشكال اضطراب طيف التوحد، والذي يضم إضافة للتوحد اضطراب أسبرجر واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وتم اعتبار اضطراب التوحد على أنه اضطراب في النمو العصبي. (American Psychiatric Association,2013)

2- مفهوم التوحد:

1-2 لغة:

(Autism) "مصطلح التوحد مشتق من الكلمة اليونانية "Aut" وتعني النفس أو (الذات) وكلمة "Ism" وتعني الانغلاق". (Roeyers, 1995, P. 161)

2-2 اصطلاحا:

تعددت تعريفات التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب، وأول تعريف للتوحد كان لليون كانر Leo Kanne (1943) الطبيب الأمريكي الذي عرفه "التوحد هو اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى استخدامات اللغة، ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير والقدرات الإدراكية العالية والمظاهر الجسمية الطبيعية والحساسية اتجاه المثيرات الخارجية." (p.223)

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد: "هو اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على وظيفة المخ، ويكون لدى التوحد صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وأنشطة اللعب". (Vidya. 2004. P.2-3)

وهم "الأطفال الذين يعانون من اضطراب في النمو العصبي ويؤثر ذلك على التطور في ثلاثة مجالات أساسية هي: التواصل، المهارات الاجتماعية، التخيل". (منذر، 2013، ص.08)

وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "اضطراب نمائي، تشمل أعراضه الأساسية: ضعف القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي، الاهتمامات والأنشطة النمطية والمتكررة، انخفاض القدرة الفكرية العامة". (WHO,2013,p.06)

وحسب تعريف سميث (Smith (2007): "هم أطفال يعانون من قصور نوعي في التواصل وعجز في إقامة التفاعلات الاجتماعية وسلوكات وأنشطة واهتمامات مقيدة. وعلى أن يشخصوا دون سن الثالثة من العمر". (p.22)

ويعرف التوحد كذلك هو عجز في وظائف الإنجاز يرجع لاختلال مجموعة معقدة من الميكانيزمات المعرفية التي تسمح بتنظيم وكذا مراقبة وإنجاز التصرفات والأفكار والعديد من المعطيات العصبية النفسية

والتي تؤدي إلى عجز في إقامة العلاقات الاجتماعية واضطرابات القدرات المعرفية واللغة. (Zalla, T, et al2009)

أما الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) 1994 فتعرفه: "بأنه اضطراب خطير في نمو الطفل تظهر أعراضه بعد ثلاث سنوات، يتضمن مجموعة من ثلاث أعراض أساسية تتمثل في اضطراب نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة (التي تمثل خاصية أساسية للاضطراب). اختلال التواصل اللفظي وغير اللفظي. السلوكيات المتكررة ومحدودية الاهتمامات والأنشطة". (p.81)

وتعرفه الجمعية الوطنية للأطفال التوحدين (2005) National society for autistics children التوحد هو عبارة عن المظاهر الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا ويتضمن الاضطرابات في الميادين التالية:

- اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.

- اضطرابات في الاستجابة الحسية للمثيرات

- اضطرابات في التعلق و الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

- اضطراب في اللغة والكلام والمعرفة. (كوافحة وعبد العزيز، 2005)

أما فيما يخص الباحثين العرب فيعرفه "كمال سالم": هو اضطراب في السلوك. يتمثل في الانطواء الشديد والتركيز حول الذات، والانشغال بالذات بصورة أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي.

ويعرفه "قحطان الظاهر" بأنه حالة اضطراب عقلي تصيب الأطفال تظهر أعراضه في مرحلة الطفولة المبكرة، ويتميز المصابون به بحالة من القصور في الانتماء وقصور التفاعل مع الآخرين حسيا أو لغويا. فلا يكون الطفل علاقات اجتماعية وتظهر عليه علامات الجمود والنمطية، كما يتصف باضطراب الكلام. (الزريقات، 2004)

وفي تعريف آخر التوحد هو: أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، مما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ). يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي. وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي. وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل. (فاروق أسامة الشربيني، 2011)

ويعرفه الجلامدة(2013) بأنه "إعاقة نمائية تطويرية، تظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره وتترك تأثيرات كبيرة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى مهارات التفاعل الاجتماعي أيضا كما يتصف بأنماط سلوكية نمطية تكرارية وبمقاومة التغييرات في البيئة أو في الأنشطة اليومية الروتينية وهي استجابات غير مألوفة للخبرات الحسية". (ص ص.271-272)

من خلال استعراضنا لمجموعة من التعاريف للتوحد نجد أنها تشترك في أن طيف التوحد هو اضطراب في النمو، يظهر في السنوات الأولى من العمر يتميز المصابون به بمجموعة من الخصائص بدءا بالانسحاب والانعزال عن الآخرين وعدم القدرة على التواصل معهم، وكذا ضعف في التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي الشاذ وعدم القدرة على تطوير اللغة بشكل مناسب وضعف اللعب التخيلي واضطراب حسي وعدم التكيف مع العالم الخارجي.

3-المداخل التفسيرية لاضطراب التوحد:

لم تتوصل الأبحاث والدراسات التي أجراها الباحثين في مجال التوحد بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسؤولة عن هذا الاضطراب، وهذا يرجع لعدم وجود عرض معين أو مباشر، وإنما يظهر هذا الاضطراب على شكل زملة من الأعراض والتي تختلف من طفل لآخر من حيث شدتها ونوعيتها. وفيما يلي نحاول أن نستعرض أهم المداخل والمدارس التفسيرية لهذا الاضطراب:

3-1 الأسباب البيولوجية:

3-1-1العوامل الجينية:

أثبتت الدراسات وجود علاقة بين الإصابة بالتوحد والكرموزومات، وتوصل الباحثين إلى أن التوحد اضطراب جيني له علاقة بالكرموزوم رقم(7) وبالكرموزوم رقم(15)، ويعد الجين(7)المسؤول عن نمو اللغة وتطورها عند الأطفال وما يتعلق بها من فهم للقواعد النحوية، أما الجين رقم(15) فيعد مسؤولا عن نمو الحصين واللوزة والمنطقة أمام الفص البصري، وهذه المناطق تؤلف جزءا من الجهاز الطرقي Limbie System وهي مسؤولة عن التحكم في الانفعالات، كما أن هذا الجين يقوي القدرة على التكيف الاجتماعي، والقدرة على فهم مشاعر الآخرين ولم يعين موضع هذا الجين، وقد أشارت إحدى الدراسات إلى ان العديد من جينات الكرموزوم(15) تتفاعل لتنتج الأعراض التي تتمثل في عدم القدرة

على إقامة علاقات عاطفية وروابط مع الآخرين، وضعف مهارات اللغة، والسلوك النمطي المتكرر مثل هز الجسم للأمام والخلف، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث إلى دور وأهمية العوامل الجينية والوراثية في التوحد، حيث ينتشر التوحد بنسبة 36 إلى 91 % بين التوائم المتطابقة Monozygotic من بويضة واحدة، بينما لم توجد دلائل على انتشاره بين التوائم المتأخية Dizygotic من بويضتين. (عبد المعطي، 2001)

وتشير دراسة Howlin (1998) إلى احتمال ولادة أطفال توحيدين أكثر بكثير عندما يكون لهم إخوة يعانون من التوحد، وقد وضحت ذلك نتائج دراسة، Barley et Rutter (1998) حيث وصلت النسبة إلى 6.8% وإذا كان الطفل المعاق ذكر فإن هذه النسبة تكون 7%، ولكنها ترتفع إلى 14.5% إذا كان الطفل السابق أنثى، وعلى هذا الأساس فالعوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في الإصابة بالتوحد. (حسام، 2014)

وأشارت دراسة "عثمان لبيب" إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون 100%. (عثمان، 2002)

3-1-2 العوامل الفيروسية:

يشير (Ratajczak, 2011) أن العدوى الفيروسية تلعب دورا هاما في الإصابة بالتوحد وتتمثل في: الحصبة الألمانية الخلقية (Congenital Rubella)، التهاب الدماغ الناتج عن الحصبة (Encephalitis caused)، الحماق (Varcella)، النكاف (Mump)، الفيروس المضخم للخلايا (Cytomegalo virus)، فيروس الشبح (Stealth virus). (إحسان، 2017)

3-1-3 العوامل الكيميائية الحيوية (الشذوذ الأيضي):

التوحد يحدث نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ من الغذاء. الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي. وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على الفاعلية في الجهاز العصبي. *اضطرابات عملية الأيض: وتشمل:

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

- حالات الحامض الأميني بيتايد: يمكن أن يحدث التوحد بسبب وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلية مضطربة، لكن في هذه الدراسة نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في كثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد، لذلك تأتي دراسة أخرى تقرر بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ مما يؤدي إلى حدوث أعراض التوحد. (حولة، 2001)

كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد نذكر منها ما يلي:

-التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السلفس والحصبة الألمانية.

-تناول أو التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيماويات البيئية مثل الرصاص وغيرها من السموم.

-نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة. (البطانية، 2007)

3-3 العوامل الكيميائية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد، وإن كان العلماء غير متأكدين في كيفية حدوثه مع أهمية ودور العوامل الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها، فالمخ والأعصاب يتكونان من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارة العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في حالة الطبيعة: ولتوضيح ذلك نذكر على سبيل المثال البعض منها: فقد وجد العلماء أن نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين، والتي ترتفع عند بعض الأطفال المصابين بالتوحد بنسبة تصل إلى 100% ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (البطانية، 2007)

3-4 العوامل البيولوجية والعصبية: (Biological et Neurological Theory)

يرجع أنصار هذه النظرية التوحد إلى خلل في الجهاز العصبي، وبالضبط في المراكز العصبية في الدماغ وخاصة على مستوى القشرة الدماغية، (Cortex) وهذا الخلل هو الذي يفسر المشكلات اللغوية والعقلية والمعرفية والحسية التي يعاني منها الطفل التوحدي، كما تفترض هذه النظرية أن هناك أسبابا عديدة ومحملة لحدوث هذا الخلل في الجهاز العصبي المركزي نذكر منها: الالتهابات الناتجة عن الأمراض المعدية التي تصيب الأم الحامل كالزهري والتهاب السحايا، نقص الأكسجين أثناء الولادة، تعاطي الأم للعقاقير والأدوية والمهدئات، وجود خلل في تقدم التلقيحات المعروفة للأطفال وخاصة التلقيح الثلاثي (MMR) كما ويعتقد بعض الباحثين أن بعض أشكال التوحد هي نتيجة لفشل الفص الأمامي للدماغ، وباستخدام تخطيط الدماغ EEG تظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20-65) من حالات الأطفال المصابين بالتوحد، وظهرت نوبات الصرع مع تقدم عمر الطفل المصاب بالتوحد وقربه من مرحلة المراهقة في حوالي (30) من الحالات وخاصة في حالات التوحد المصاحبة للإعاقات الذهنية والتصلب الدرني والحصبة الألمانية. (حاج أحمد، 2020)

3-5 العوامل السيكولوجية:

وهي من أشهر النظريات وأقدمها ومن أهم روادها نجد الطبيب ليون كانر (Kanner. 1943)، وتفسر التوحد بأنه حالة من الهروب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل، نتيجة للجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها، والتي قد تكون نتيجة للعلاقة السيئة بينها وبين زوجها وحسب هذه النظرية فالتوحد ينتج عن ضعف العلاقة الانفعالية بين الأم والطفل، إضافة إلى الاتجاهات السلبية من الوالدين اتجاه الطفل في مرحلة عمرية مبكرة جدا، وعلى هذا كان الاتهام يوجه لوالدي الطفل التوحدي على أنهما السبب في حدوث هذا الاضطراب لأبنائهما، فقد وصفت الأمهات بأن عواطفهن ومشاعرهن جامدة وباردة، وأن الأمهات لا يقدمن الدعم العاطفي والنفسي والرعاية المناسبة، فالطفل يعاني من التوحد نتيجة لهجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه.

ويرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية الذي يسهم في حدوث الاضطراب، كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوساوس والعزوف عن الآخرين، والميل إلى النمطية، ومن ثم ونتيجة لهذا

الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستشارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة. (موسى، 2002)

فعدم دراية الأبوين وإهمالهم وعدم العناية بتربية الأبناء يعد من الأسباب الرئيسية للإصابة بالتوحد. ومن المؤيدين لهذا التفسير "برونوا بلتهايم". حيث كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج الإصابة بالتوحد. (البطانية، 2007)

4- الخصائص والسمات الأساسية لاضطراب التوحد:

4-1 الخصائص الاجتماعية Social Characteristics:

4-1-1 قصور التفاعل الاجتماعي:

يعد الفشل في بناء العلاقات الاجتماعية أكثر ما يتميز به الطفل التوحدي، ويمكن تحديد اضطراب السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي في 03 مجالات أساسية هي:

أ- التجنب الاجتماعي: Socially Avoidant

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يتهرب هؤلاء الأطفال من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

ب- اللامبالاة الاجتماعية: Socially In Different

يوصف أطفال التوحد بأنهم غير مباليين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

ج- الإرباك الاجتماعي Socially Awkward

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على أصدقاء، ولعل الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي من أبرز أسباب الفشل في استمرار علاقاتهم مع الآخرين. (الفرحاني وآخرون، 2015)

ويشير الخطيب (2013) إلى أهم الخصائص الاجتماعية التي تميز الأطفال المصابين بطيف التوحد

مايلي:

-عدم التواصل مع الآخرين أي يتجنب التواصل مع الآخرين.

- مشكلات في اللعب حيث يفتقدون إلى اللعب الرمزي والتخيل والإبداع، ومحدودية الألعاب.
- عدم القدرة على تكوين صداقات والاحتفاظ بها بسبب الانسحاب الاجتماعي، وعدم قدرتهم على فهم المثيرات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين، وكيفية الاستجابة لها، وعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد الاجتماعية السائدة.
- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين أي صعوبة في فهم وتفسير تعبيرات الآخرين وإيماءاتهم ونبرات صوته والحركات الجسمية، ولديهم عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين، وصعوبة في التعبير عن مشاعرهم.
- العزلة الاجتماعية التي تعتبر من أهم الأعراض الجوهرية للتوحد، حيث تنقص القدرة لديهم على تكوين صداقات مع الأفراد الآخرين المؤلفين لديهم، ويفضل التوحيدي أن يكون بعيدا ووحيدا مما يجعله يتجنب المواجهة بالنظر والتحديق بالعينين في الأشياء الأخرى. (الخطيب، 2013)

2-4 الخصائص السلوكية:

ويتميز الأطفال الذاتويين بمجموعة من السلوكيات تشمل بعضاً أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من طفل لآخر من حيث الشدة وأسلوب التدخل:

أ. السلوكيات النمطية المتكررة: Stereotype and repetitive behaviours

تبدأ هذه السلوكيات عادة قبل سن الثانية، وتعني تكرار نفس السلوك بشكل مستمر دون أن يشعر الطفل بالملل أو التعب، لذلك نجده يلعب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار وبدون هدف أو معنى، أو ترديد بعض الكلمات عديمة المعنى بدون إدراك أو وعي لما يقوله أو أنه يحمل اللعبة دائما ويرميها إلى أعلى ثم يمسكها ويرميها مرة أخرى، أو يلجأ إلى مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار، وقد يقوم ببعض الحركات الإرادية مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع. (حمدي وكريمان، 2017)

بالإضافة إلى هز الرجلين أو الجسم أو الرأس، أو الطرق بإحدى يديه على كف اليد الأخرى أو تكرار إصدار صوت أو همهمة بشكل متكرر، وقد تمضي الساعات مركزاً نظره في اتجاه معين أو نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو عقارب الساعة. (سميرة، 2001)

فالطفل المصاب بالتوحد يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده بشكل عشوائي محدود في نوعيته وتكراره بدون هدف وبشكل نمطي وغير مقصود، وإذا حدث وشوهد مندجاً في لعب فهو جامد

متكرر متشابه، وهو يفضل الارتباط بالجوامد أكثر من البشر، وفي معظم الحالات يقوم الطفل بتكرار حركات نمطية مثل هز الرأس، ثني الجذع والرأس للأمام والخلف لمدة زمنية طويلة، ودون تعب، خاصة عند ما يترك الطفل وحده دون انشغاله معين، ولذا فالطفل الذاتوي يقاوم التغيير مثل تغير نظام الملابس وأثاث الغرفة والحياة اليومية، يثور الطفل ويصل لحالة من الغضب قد تصل درجتها إلى إيذاء ذاته. (عثمان، 2002)

ب. السلوكيات الروتينية والطقوسية **Rituals and Routine behaviour**

والمقصود به التمسك الشديد بالروتين (زمني، مكاني، في سلوك معين)، ومقاومة أي تغيير يطرأ عليه ويظهر الروتين لدى بعض أطفال التوحد ب:

- تمسك بالأكل بصحن واحد دون غيره.

- إغلاق كل الأبواب الموجودة في المنزل.

- ترتيب الأشياء بنفس الطريقة.

- الإصرار بالالتزام بنفس البرنامج الذي يتبعه ويرفض أي تغيير. (Matson, 2009)

ج. السلوكيات العدوانية:

يشير ويبستر وآخرون (Webster 1980) إلى أن أهم السلوكيات العدوانية التي تميز سلوك التوحدي مايلي:

- يتلف بعض الأشياء ويسكبها على الأرض مثل (الطعام، السكر، الملح، اللبن، الماء) أو يمزق الكتب أو الملابس، إلقاء بعض الأشياء من النوافذ، تكسيه لعبه وأثاث المنزل.

- يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه على الحائط أو بعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات.

- يكرر ضرب وجهه ولطمه بكلتا يديه.

- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة.

- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.

- يقترب ويمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي.

- يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً.

- يسبب ازعاجاً مستمراً للمحيطين به بكثرة صراخه وعمل ضجة مستمرة وعدم النوم ليلاً لفترات

طويلة. (الجلامدة، 2016)

د. نوبات الغضب وحدة المزاج:

يرى ليون كانر (Kanner 1973) أن نوبات الغضب وحدة الغضب تظهر لدى الطفل التوحدي

في السمات التالية:

- يبكي ويصرخ دون سبب واضح.

- يستمر في حالة من الهياج ليس لها مبرر.

- لا يظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور.

- تظهر هذه النوبات غالباً عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية. (ميدون، 2019)

3-4 الخصائص المعرفية:

يظهر الطفل الذاتوي تشتتاً ملحوظاً في وظائفه العقلية حيث يعتبر البعض أن

القدرة المعرفية للأطفال التوحديين تعتبر عادية إلا أن هناك دراسات تشير إلى أن نسبة من

الأطفال لديهم نسبة من الذكاء اللفظي تكون أدنى من نسبة ذكائهم الأدائي، ويتمثل ذلك

في عدم قدرتهم على إجراء حوار متبادل وصعوبة الفهم للمنبهات اللفظية وغير اللفظية

ويبدو أن أسوأ الجوانب لديهم هو ما يتصل باللغة واستخدامها.

ولذا تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح الموضحة

للاضطراب الذاتوي، كما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي والاستجابة الانفعالية للمحيطين

به، ولذا أظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجات

من التخلف العقلي وأظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال التوحديين لديهم درجة

ذكاء متوسط أو فوق المتوسط. (سهى، 2002)

وحسب المغلوث(2006)فتشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، وحسب ما تذهب له بعض الدراسات بأن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات أخرى أن بعض هؤلاء الأطفال يتمتعون بدرجة متوسطة من الذكاء وتتراوح المستويات المعرفية للأطفال التوحديين ما بين 25% من توحّد وتخلف عقلي شديد، و50% يعانون من توحّد ومستوى تخلف عقلي متوسط، و25% يعانون من توحّد ونسبة ذكاء حوالي 70% فأكثر، ويعد كل من الانتباه والإدراك والتفكير والفهم واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الطفل في حالة اضطراباتها، فإن الأطفال التوحديين يعانون اضطرابات في التفكير وفقدان الكلام، وأيضاً الاستجابات الفكرية غير المناسبة، كما أن طبيعة تفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة.(إحسان، 2017)

كذلك من بين الخصائص المعرفية التي تميز الطفل التوحدي نجد:

4-3-1 عدم القدرة على اللعب التخيلي:

إن لعب الأطفال التوحديين يكون يدويا (تناوليا) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين، مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية، تلك الوظيفة التي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من الحياة.

ويرى باظه(2003) أن الأطفال التوحديين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة، نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي، مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام، والطفل التوحدي لا يشترك في اللعب الجماعي، ويفضل اللعب الفردي، وإذا اشترك في اللعب الجماعي فإنه يتعامل مع الأطفال الآخرين دون مشاعر متبادلة.

ويشير سليمان(2004) أن لعب الأطفال التوحديين يكون في نطاق محدود تماما، فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تنمي اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي أو تطوره، الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحديين خلال ممارسة اللعب مفتقرا إلى الإبداع والتجديد والتخيل، في حين يبدأ الأطفال العاديون استخدام خيالهم في اللعب ابتداءً من سن 18 شهرا، حيث يلعب الطفل بكوب ورق يستخدمه على أنه قبة.

4-4 الخصائص اللغوية:

تعد اضطرابات اللغة والتواصل مظهرا مهما وحيويا للعديد من الإعاقات، حيث تشكل الأداة الرئيسية لعملية التواصل سواء عبر اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو لغة الإشارة بما فيها حركات جسدية أو تعبيرات وجهية. ويعد الجانب اللغوي محورا مهما ورئيسيا ويركز عليه في قضية تقييم وتشخيص وعلاج الفرد التوحدي، وقد أكدت معظم الأبحاث عبر سنوات مختلفة على وجود ضعف عام وواضح في جميع مجالات اللغة، وفي عملية الاكتساب والتطور والاستخدام، إضافة إلى العجز الواضح في عملية التواصل اللفظي وغير اللفظي. (الخفش، 2007)

ويرى عمارة (2005) أن مشكلات اللغة عند الطفل التوحدي تتمثل في التأخر في الكلام، وفي نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضا استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية وترديد ما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي بسبب الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، والاتصال اللفظي غير الطبيعي من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية).

ويضيف "سكويرمان وفير" (2002) Webber Scheueman بأن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد تعوزهم النية للتواصل، ويعتقد البعض أن 50% من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اللغة على الإطلاق. (الزراع، 2017)

بالإضافة إلى ذلك فنجد من الخصائص اللغوية التي تميز الأطفال التوحديين نجد: صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر وغيرها.

كما أن الأطفال التوحديين يعكسون ويخلطون الضمير أنا وأنت ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدل أن يستخدم أنا، حيث يشير (Fay1980) أن هؤلاء الأطفال لا يعكسون الضمائر ولكنهم ببساطة يرددون ما سمعوه. (سهى، 2002)

-ترديد الكلام(الحديث) أو ما يسمى المضادات(Echolalia) وهي صفة مشتركة للغة عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وهي صفة غالبا ما تكون معيقة للتواصل مع الآخرين، وغالبا ما تظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأطفال تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض. (الجلامدة، 2016)

-صعوبة فهم وإدراك المثيرات غير اللغوية(الإشارات والحركات اليدوية وتعبيرات الوجه). (الزراع،

2003)

-صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديهم، ويكون انتباههم للأصوات

التي تثير اهتمامهم مثل صوت لعبة محببة لديهم.(الزراع، 2017)

4-5 الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يماثل الطفل العادي مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية فالأطفال التوحديين لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كما لو كانوا يميلقون تحت أقدامهم وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيرا منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، ويضربون الأرض بأقدامهم للأمام والخلف بشكل متكرر وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديين في موقف استشارة ذاتية لأنفسهم فهم يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم، ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، ويعد فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال الذاتويين في حين أن نقص الحركة أقل تكرارًا، وعندما تظهر فإنها غالبًا ما تبدل لفرط النشاط الزائد، حيث يوجد قصور في مدى الانتباه وانعدام القدرة على التركيز الكامل لمهمة محددة.(خطاب، 2004)

ولذا فمن الملاحظ أن بعض الأطفال التوحديين يتميزون برشاقة الحركات في المشي، ولديهم القدرة على التسلق وحفظ التوازن، أما البعض الآخر فقد يفتقر إلى الرشاقة ويبدون وكأنهم يعانون من بعض الصعوبات في حفظ توازنهم عندما يمشون.

4-6 الخصائص الحسية:

يعاني الأطفال المصابين بطيف التوحد من قصور في التنظيم الحسي الذي يتمثل في "الحساسية الزائدة أو المنخفضة للمثيرات الحسية التي تتمثل في الصوت أو اللمس أو الرؤية وذلك كما سجلها كثير من الباحثين"(Omitz,1989). "بحيث تشير الحساسية المنخفضة إلى مستوى استجابة أقل من المستوى العادي للاستشارة السمعية واللمسية ويبدو على الأطفال الذين يستجيبون بهذه الطريقة، وكأنهم لا يسمعون إلى العديد من الأصوات البيئية (مثل صوت اليدين...) أو لا يشعرون بالإحساسات المؤلمة(فمثلا قد لا يصرخون أو يظهرون الحزن عندما يجرحون). بينما تشير الحساسية الزائدة للمثيرات إلى مستوى استجابة أعلى من مستوى الاستجابة العادية للاستشارة السمعية واللمسية فقد يغطي هؤلاء

الأطفال أذهم ويصرخون عند تشغيل مكيف الهواء أو يظهرون حزنا شديدا عند حدوث اصطدام أو خدش شيء بسيط وكلا من الحساسية الزائدة والمنخفضة للمثيرات لا يمكن ملاحظتها لدى نفس الفرد لأشياء مختلفة وفي مواقف مختلفة". (Scott et all, 2000 p.27)

ويعتبر الطفل التوحدي غير قادر على الاستجابة إلى الألم بشكل مناسب بسبب انخفاض حاسة اللمس لديه، وكذلك الشعور بالزمن، والتوقيت قد يكون غير ملائم عند الطفل التوحدي.

5- تشخيص اضطراب التوحد:

إن تشخيص التوحد ليس بالأمر الهين باعتبار أنه يتميز بمجموعة من الأعراض تختلف من فرد لآخر، وتشخيصه بحاجة إلى فريق متكامل ومتعدد التخصصات، بدءا بالطبيب المختص في (طب الأطفال، الأعصاب، الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي العيادي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي التربية الخاصة، الأخصائي التربوي، أخصائي النطق... إلخ، ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات الأخرى حسب ما تقتضيه حالة الطفل التوحدي.

1- أساليب التشخيص:

5-1-1 التشخيص الطبي:

يقوم به الطبيب المختص ويقوم بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، تطور الجسم النفسي والحركي للطفل، حصول أمراض سابقة، السؤال عن العائلة وأمراضها، إجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها منها:

صورة صبغيات الخلية (Chromosomal analysis) لاكتشاف الصبغي الذكري المنكسر (-Fragilo syndrome)

-تخطيط المخ EEG

-أشعة مقطعية للمخ CT scan

-أشعة بالرنين المغناطيسي MRI

وقد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد ولكن قد تكون مصاحبة له، مثل وجود تشنج وغيره.

5-1-2 التشخيص النفسي:

والهدف منه هو تقييم مستوى القدرات العقلية ومظاهر السلوك التكيفي لدى الطفل المصاب التوحد، وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة، والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمني، ويجب على الأخصائي النفسي تقييم القدرة العقلية (الذكاء) للطفل على اختبارات رسمية ومقننة، أما تقييم السلوك التكيفي للطفل، فيمكن استخدام مقياس فايلاند للسلوك التكيفي، ومقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي. (ميدون، 2019)

5-1-3 التشخيص السلوكي:

يهدف هذا التشخيص إلى تقييم السلوك التكيفي للطفل المرتبط بقدراته ومهاراته في مواقف الحياة الواقعية، ويمكننا معرفة نتائج هذا التشخيص من خلال تطبيق الأدوات الخاصة بالمعايير التشخيصية لاضطراب التوحد.

* المحكات التشخيصية لطيف التوحد حسب (DSM5):

وفيما يلي نذكر المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس: (American Psychiatric Association, 2013)

(E) العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المختلفة، ويظهر في 03 أعراض:

A1 العجز في التعامل العاطفي والاجتماعي بالمثل، بدءاً من نهج اجتماعي طبيعي وفشل في المحادثات من خلال تقليل تقاسم الاهتمامات والعواطف، نقص تام في بدء التفاعل الاجتماعي.

A2 العجز في السلوك التواصلي غير اللفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي، بدءاً من ضعف الاتصال اللفظي وغير اللفظي من خلال تشوهات في الاتصال بالعين ولغة الجسد، عجز في فهم واستخدام التواصل غير اللفظي وصولاً إلى انعدام وجود تعبيرات الوجه والإيماءات.

A3 عجز في التطوير والحفاظ على العلاقات المناسبة للمستوى النمائي بدءاً من صعوبات السلوك التكيفي المناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وفي تكوين صداقات وصولاً إلى غياب واضح للاهتمام بالأشخاص.

(B) أنماط محددة ومتكررة من السلوك، الاهتمامات والأنشطة، ويظهر 2 من 4 من الأعراض التالية:

(B1) النمطية والتكرار، استخدام الأعراض أول الكلام مثل أنماط حركية بسيطة، ترتيب الألعاب وصفها، تقليب الأشياء، الصدى اللفظي، فتح وغلق الأبواب، فتح وغلق الأضواء.

(B2) التقيد المفرط بالروتين، أنماط طقوسية من السلوك اللفظي وغير اللفظي، المقاومة المفرطة للتغيير مثل (الطقوس الحركية، والإصرار على نفس الطريق أو نفس الطعام، الأسئلة المتكررة، الضائقة الشديدة من تغييرات صغيرة).

(B3) تقيد تام، اهتمامات مثبتة غير طبيعية في الشدة والتركيز (الانشغال بالأشياء غير العادية، والمحددة بشكل مفرط أو المثابرة المفرطة)

(B4) فرط أو تدني التفاعل الحسي المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية بالحواس الحسية للبيئة، مثل اللامبالاة لظاهرة الألم / الحرارة / البرد، الاستجابة السلبية لأصوات محددة، الإفراط في شم و لمس الأشياء، الانبهار بالأضواء).

(C) يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة، (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محددة).

(D) تحد هذه الأعراض من الأداء اليومي.

(E) هذه الاضطرابات لا تفسر بشكل أفضل من قبل الإعاقات الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو التأخر النمائي العام. الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ولوضع التشخيصات المرضية المشتركة بين اضطراب التوحد والإعاقة الذهنية، يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع للمستوى التطوري العام. (إحسان، 2017)

6- الأشكال العيادية للتوحد:

ينتمي التوحد إلى مجموعة من الحالات النفسية التي تصيب الأطفال تحت سن الثالثة من العمر. وتؤدي إلى قصور يشمل مجالات واسعة من التطور الاجتماعي والنفسي، وتعرف هذه المجموعة باسم الاضطرابات النمائية العامة أو الاضطرابات التطورية الشاملة: توحد كانر -متلازمة أسبرجر-متلازمة ريت-اضطراب الطفولة التحليلي-اضطراب النمو الشامل الغير محدد. (Robert,2004)

6-1 التوحد كانر:

ويعرف كذلك بالتوحد الطفولي أو التوحد المبكر، أطلقه "كانر" 1943 على مجموعة من الأعراض التي تظهر مبكرة في الطفولة، حيث يتميز المصاب به بعدم القدرة على الاتصال منذ الولادة، ويظهر غير حساس ولا يستجيب لتبسيهات ولا لطلبات العالم الخارجي، كأنه يعيش وحده، كما يتميز بغياب أو اضطراب اللغة مع تكرار ممل للأصوات والكلام اللفظي (écholalie) واستعمال عكسي للضمائر، وجود حاجة قهرية للثبات والمحافظة على الرتبة وقلق من تغيير المحيط، اتصال ضعيف بالعين، وعلاقات غير طبيعية مع الناس، وتفضيل الصور والجماد من الأشياء مع الفشل في القيام بوضع توقعي. (Houzel. D,2000)

6-2 متلازمة ريت: (Rett)

هي عبارة عن اضطراب عصبي معقد، يظهر أثناء الميلاد وتصبح أكثر وضوحاً في السنة الثانية من العمر، ويلاحظ فيها فقدان اليد الموجهة أو الهادفة، وتحل محلها حركات روتينية متكررة وتشمل عصر أو لوي اليد والتصفيق. . . إلخ. والأفراد المصابين بمتلازمة ريت يصابون بإعاقات متعددة وعميقة ويتطلبون مساندة طوال حياتهم، وتتراوح معدلات انتشارها لدى بنت واحدة في كل 10.000 بنت وتشخص هذه المتلازمة من خلال المسح الجيني، وترتبط متلازمة ريت بحالات التخلف العقلي الشديد أو العميق، أما بالنسبة للشيوخ فهي غير محددة إلا أن هذا الاضطراب أقل شيوعاً من اضطراب التوحد. (عسيلة، 2006)

6-3 متلازمة أسبرجر: (Asperger Syndrom):

وهو مشابه لاضطراب التوحد الكلاسيكي من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث بنسبة (4/1) وتظهر الأعراض عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم في عمره، وتظهر الفروق جلية ولا سيما على الصعيد الاجتماعي. ومن أعراضه قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة وصعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية والالتزام بالعمل الروتيني وصعوبات في المهارات الحركية. تم وصف هذا الاضطراب لأول مرة من طرف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر (Asperger) الذي قدم وصف لأعراض تشيع عند الذكور بنسبة (8 ذكور مقابل أنثى واحدة). (OMS, 2001)

ويمكن تمييز اضطراب أسبرجر عن باقي الاضطرابات المشابهة في الخصائص التالية:

-عدم وجود تأخر في نمو اللغة وتمييز اختيار الكلمات أو العبارات بشذوذ نوعي بعيد قليلا عن المؤلف يمنح الخطاب خاصية التكلف التي تعزز عدم التكيف الاجتماعي.

-وجود اضطرابات في الحركة وعدم التنسيق في الأنشطة العامة وخصوصا في الحركات الدقيقة، ويعتبر هذا المقياس أساسيا للكثير من الباحثين في تصنيف الاضطراب.

-عدم وجود تأخر في النمو المعرفي، فهم تقريبا عادي مع إمكانية الالتحاق بمسار دراسي شبه عادي. قد يتفوق فيه المصاب في بعض الميادين كالذاكرة، الرياضيات، الفن. . . ، لكنه يتابع دراسته ببعض التفكك والبعد الاجتماعي والعاطفي. (Rogé,B, 2003)

4-6 الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد: (Pervasive Developmental Disorder not other wise specified)

نظرا لغموض وصعوبة تشخيص هذه الحالة، بالرغم من الصعوبات التي يواجهها الأطفال على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراضا أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل قدراتهم على التفاعل بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد، هذا فضلا على أن الأطفال المشخصين بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية، قد يصعب في بعض الأحيان التمييز بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط عند التشخيص، ولكن من أهم العوامل التي تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط في اضطراب التوحد منذ الأشهر الأولى من الحياة، بينما في الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يصبح نشاط الأطفال فائقا في سن ما بين الثالثة والرابعة. (Freth,1993)

5-6 اضطراب الانتكاس الطفولي Child Hood Disintegrative Disorder:

هذا الاضطراب نادر جدا، ويحدث لمولود من كل مائة ألف مولود، وهو يشبه اضطراب الأسبرجر واضطراب التوحد، حيث يصيب الذكور والإناث.(الشامي، 2004، ص71). وينمو الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لمدة زمنية طويلة إلى أن يصل الطفل إلى العمر(3-5) سنوات وأحيانا حتى(10)سنوات، يبدأ الطفل بعدها التدهور بشكل ملحوظ، ويأخذ سلوكه مظهرا شبيها بسلوك الطفل التوحدي.

7-التشخيص الفارقي:

يقصد بالتشخيص الفارقي العملية التي يتم العمل من خلالها على استثناء الاضطرابات الأخرى التي تتقاطع مع التوحد في بعض المظاهر السلوكية وذلك للتأكد من مدى دقة التشخيص المعطى للطفل قبل اتخاذ القرار الخاص بنتائج التشخيص المرتبطة بالطفل.(الجابري، 2010)

7-1 التوحد والفصام: Autism et Schizaphrenia

هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق على الذات والاضطراب الانفعالي، قصور واضح في المشاعر، عجز في بناء الصداقات مع الآخرين، ولكن الفصاميين ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة، أما التوحديين يعجزون على بناء هذه العلاقة الاجتماعية.

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما لهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي لبس أو غموض يدور حول تشخيصهما، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي الذي لا يطور علاقته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل شهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة.(خولة، 2001)

7-2 التوحد والإعاقة العقلية: Autism and Mental Retardation

إن الإعاقة العقلية هي أكثر الفئات تقاطعا مع التوحد، حيث تشير الدراسات إلى أن ما نسبته من(50-65)% من الأطفال التوحديين لديهم إعاقة عقلية، كما أن التأخر النمائي في التوحد يظهر في 03 مجالات أساسية وهي قصور في التفاعل الاجتماعي، التواصل والسلوك، أما التأخر النمائي في الإعاقة العقلية فيظهر في جميع المجالات النمائية وليس في بعضها، كما أن القدرة العقلية غير اللفظية مقاسة بمعامل ذكاء أعلى من القدرة اللفظية، بينما في الإعاقة العقلية نجد أن كلا القدرتين متساويتين.(الجابري، 2010)

3-7 التوحد واضطرابات التواصل: Autism and Communication Disorder

نجد أن المصاب بطيف التوحد يعاني من عجز في استخدام اللغة كأداة للتواصل، بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

- يظهر التوحدي بتعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما يحاول المضطرب تواصلها أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام.

- يمكن للمصاب بالتوحد والمضطرب تواصلها إعادة الكلام، إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر. (خطاب، 2005)

4-7 التوحد والإعاقة السمعية: Autism and Hearing Impairment

نظرا لأن الطفل التوحدي غالبا يكون صامتا، أو قد لا يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظهر غالبا أنه أصم وفيما يلي توضيح لأهم الفروق بين التوحد والإعاقة السمعية:

- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيراتها في حالات التوحد.

- حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية بعكس حالات التوحد.

- في حالات الإعاقة السمعية نستطيع تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.

- سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.

- يمكن للتوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.

- يميل التوحدي للانسحاب الاجتماعي والانعزاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا. (سميرة، 1992)

5-7 التوحد وصعوبات التعلم: Autism and Learning Difficulties

يتشابه التوحد وصعوبات التعلم من حيث نسبة الانتشار وذلك بمعدل أربع (04) ذكور مقابل أنثى واحدة، كما يتفقون على غياب تعريف واضح ومحدد بسبب تعدد الاختصاصات والنظريات المفسرة لكليهما. ويختلفان في العديد من الأمور ومن أهمها أن أطفال التوحد لديهم صعوبات تواصلية مثل

المضادات والفهم الحرفي للكلام، كما أن المشكلات السلوكية أكثر شدة لديهم. كما أن أطفال صعوبات التعلم يهتمون بتكوين صداقات والحصول على مكافآت في حين أن أطفال التوحد لا يبدون أي اهتمام نحو هذه الأمور، وتظهر أعراض التوحد حتى عمر الثلاث سنوات أما أعراض صعوبات التعلم فإنها تظهر في عمر المدرسة. (الزريقات، 2004)

8- درجات شدة التوحد: حدد ستيفن وآخرون نظاما تصنيفيا لاضطراب التوحد في أربع مجموعات وهي كالتالي:

8-1 المجموعة التوحدية الشاذة:

بحيث يظهر أفراد هذه المجموعة القليل من خصائص التوحدية بالإضافة إلى مستوى أعلى من الذكاء.

8-2 المجموعة التوحدية البسيطة:

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، ومظاهر روتينية شديدة مع تخلف عقلي بسيط مصحوب باللغة الوظيفية.

8-3 المجموعة التوحدية المتوسطة:

يظهر أفراد هذه المجموعة استجابات اجتماعية محدودة. ومظاهر شديدة من السلوكيات الروتينية والنمطية، ولغة وظيفية محدودة ومرفقة بتخلف عقلي.

8-4 المجموعة التوحدية الشديدة:

أفراد هذه المجموعة منعزلون اجتماعيا، ولا يوجد لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية. بالإضافة إلى وجود التخلف العقلي في مستوى ملحوظ، حيث تكتمل في المجموعة ثلوث الأعراض، وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي أو التقليدي. (Lida,1993)

9- التوحد داخل الأسرة:

9-1 رد فعل الأولياء اتجاه اضطراب التوحد:

تُعتبر اللحظة التي تكتشف فيها إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل أفراد الأسرة. (سوسن، 2010)

فولادة طفل مصاب بالتوحد ليست سهلة التحمل لأن الآباء يشعرون بجرح نرجسي وشعور بالقصور. ويعاش خاصة من طرف الأم كقصور يقلل من قيمتها مما يثير مشاعر الذنب، وتشعر الأم بزعزعة مكائنتها بعد إنجاب طفل معاق وهذا يجعلها تعيش في لا أمن خاصة إذا كان أول مولود. فهي تخاف من النبذ والطلاق. (ميموني، 2015)

والمشاعر المؤلمة التي يمر بها الآباء عند معرفتهم بأن ابنهم مصاب بالتوحد هي:

1. الصدمة:

يشعر الوالدين بالصدمة وخصوصا الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة ابنها، والشعور بالصدمة ليس متساويا بين الآباء، بل يتراوح في شدته بين فرد وآخر، وبين أسرة وأخرى وكذلك بين إعاقة وأخرى وقد تؤثر في ذلك أيضا السن التي يتم فيها اكتشاف الإعاقة عند الطفل.

وتظهر الصدمة بدرجات متفاوتة وتمر بمراحل مختلفة فالخيرة وعدم القدرة على فهم متطلبات الطفل الجديد وطريقة التعامل معه تعد من المظاهر الهامة التي عبر عنها الوالدين في دراسات مختلفة، أسئلة كثيرة تراود الآباء يبحثون لها عن جواب ومن هذه الأسئلة: ماذا يمكن أن نفعل لهذا الطفل؟ هل لديه القدرة على التعلم؟ هل سينمو هذا الطفل مثل غيره وهل سيشفى من إعاقته؟. (سوسن، 2010)

2. الإنكار:

تشير الخالدي (2014) أنه غالبا ما يتبع الصدمة إنكار لهذا الواقع الحقيقي، وعدم التصديق والتشكيك فيه، إذ ينكر الوالدان وجود هذا الاضطراب عند ابنهم ويفسرون الخلل إلى خطأ في عمليات التشخيص، وقد تبحث الأسرة إلى مصادر متعددة لتشخيص الحالة، ويركز الوالدان في هذه المرحلة على أشكال السلوك التي يقوم بها الطفل والتي تدل على عدم وجود مشكلة لديه وأنه مختلف عن إخوته في

بعض المظاهر التي يمكن أن تزول فيما بعد، وهذا الوضع قد يستمر لفترات مؤقتة وقد يطول، وإذا استمر لفترات طويلة فسيضعف ذلك فرص التدخل المبكر. كما نجد أنه في هذه المرحلة الوالدان يتساءلان لماذا وكيف يدعي الطبيب بأن ابنهما يعاني من التوحد؟ فهما يحاولان تجاهل أو رفض الواقع، وتظهر عندهم مشاعر الغضب لأنهم لا يملكون أسلوبا للتعامل مع مواجهة الألم واليأس. (إحسان، 2017)

فالوالدان يريا أن إصابة ابنهما بالتوحد كعقاب لهما ويحدث ذلك جرح نرجسي، يدفعهما إلى التحلي التام عن هذا الطفل الذي لا يناسب وتطلعاتهم، فالنبد هو السلوك الوحيد الذي يسلكانه معه ويتصرفان معه كأنه غير موجود ولا يهتمان به إلا فيما يخص الحاجات الأساسية (أكل، نظافة). (ميموني، 2015)

3. مرحلة الشعور بالذنب:

تشعر الأم بالذنب وتحمل نفسها مسؤولية إعاقة ابنها، وتسيطر عليها مشاعر الإحباط والاضطهاد، وقد تصل مشاعر الأم في بعض الأحيان إلى تمني الموت لابنها. وترى بدرة ميموني (2015) أن ولادة طفل معاق يعاش من طرف الأم كقصور يقلل من قيمتها مما يثير مشاعر الذنب، ويعاش ذلك كعقاب وعلة، وتشعر الأم بزعة مكانتها بعد إنجابها لطفلها المعاق وهذا ما يجعلها تعيش في لا أمن، خاصة إذا كان أول مولود وتخاف من النبد والطلاق. (ميموني، 2015)

"ونجد أن الوالدان يشعران بالذنب وتأنيب الضمير ويلوم كل واحد منهما نفسه، ويتطور هذا الشعور بالذنب إلى اكتئاب، ويظهر الوالدان الاستسلام حول اضطراب طفلها، وقد ينعزل الوالدين عن الآخرين وقد يهرب أفراد الأسرة من المحيط الاجتماعي إلى محيط آخر، ويرفض الوالدين مقابلة الآخرين، وتخفي الأسرة وجود طفل توحيدي خوفا من نظرة الآخرين والمجتمع بصفة عامة". (إحسان، 2017)

4. مرحلة تقبل الأمر الواقع:

وهي مرحلة إيجابية حيث يبدأ الوالدان في علاج طفلها المتوحد بعد التغلب على مشاعر السلبية.

وحدد ماكيت (Mackeith73) ردود فعل الوالدين نحو طفلها التوحيدي في الجوانب التالية:

- 1- ردود فعل بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له.
- 2- ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواءً منها ما يتعلق بعدم الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو عدم الكفاءة في التربية والتنشئة.

3- ردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب.

4- الشعور بالذنب.

5- الشعور بالحرج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن المجتمع أو أفراد

المجتمع سينظرون لهم نظرات خاصة. (سوسن، 2010)

خلاصة الفصل:

يعتبر التوحد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا والتي حيرت المختصين والباحثين في هذا المجال، وهذا نظرا للغموض الذي يلف هذا الاضطراب سواءً من حيث الأسباب، أو التشخيص وحتى العلاج، كونه اضطراب تتداخل فيه عوامل متعددة، كما أنه يخلف آثارا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية للطفل، الأمر الذي يجعل التعامل معه صعبا سواء بالنسبة للأخصائيين القائمين على تعليم الطفل، أو بالنسبة لأفراد الأسرة التي ينتمي إليها الطفل وبشكل خاص الأم. فوجود الطفل التوحدي داخل الأسرة يخلق الكثير من المعوقات لدى أفرادها، بداية من الوالدين ووصولاً للإخوة، إذ يفرض عليهم هذا الاضطراب نمط حياة مختلف عن النمط الذي اعتادوا عليه، فتختل العلاقات بين الأفراد، وبالتالي فإن التوحد لا يؤثر فقط على الفرد المصاب به بل يتعداه إلى أفراد أسرته والمحيطين به.

الجانب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

- 1- منهج الدراسة
 - 2- حدود الدراسة
 - 3- مجتمع الدراسة
 - 4- الدراسة الاستطلاعية
 - 5- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها
 - 6- أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية
 - 7- خطوات تطبيق أدوات الدراسة
 - 8- الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة
- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن نجاح أي بحث علمي، متوقف بدرجة كبيرة على الإجراءات العملية والمنهجية التي يتم إتباعها من أجل جمع المعلومات والحقائق المرتبطة بمتغيرات موضوع الدراسة وفروضها، وهدفنا الأساسي من هذه الدراسة هو الوقوف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل، وذلك بالتعرف على مدى ارتباط المتغيرين لدى فئة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وكذا الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة وقلق المستقبل لديهن من حيث: جنس الطفل التوحدي، درجة إصابته بالتوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة، وكذا إمكانية التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده عند أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، ولأجل ذلك فالإجراءات الميدانية للدراسة تكون كما يلي:

1-المنهج المتبع في الدراسة:

يعد المنهج العلمي من بين أهم الإجراءات التي يجب على الباحث احترامها واعتماد القواعد العلمية التي تنص عليها، وذلك بهدف التناول العلمي الدقيق والصحيح للظواهر المدروسة وجمع البيانات اللازمة للوصول إلى طرح الحلول الممكنة للمشكلات التي تعي السيرورة السليمة، "فالمنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة وللإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث، وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها". (شفيق، 2001)

وتماشيا مع طبيعة هذه الدراسة ومع الأهداف التي تتوخى تحقيقها، فالمنهج العلمي المناسب لها هو المنهج الوصفي الارتباطي، كون إشكالية الدراسة تتمحور حول طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وكذا دراسة الفروق المحتملة في مستوى جودة الحياة وأيضا في درجة قلق المستقبل وفقا للمتغيرات الديمغرافية المتمثلة في: جنس الطفل التوحدي(ذكر-أنثى)، درجة إصابة الطفل بالتوحد(خفيفة-متوسطة- شديدة)، المستوى الاقتصادي للأسرة(منخفض - متوسط - مرتفع). وكذا التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أفراد عينة الدراسة.

2- حدود الدراسة: وتمثل في النطاق الذي أجريت فيه الدراسة أو مجال الدراسة ولكل دراسة مجالها الزمني والمكاني وانحصرت حدود دراستنا الحالية فيما يلي:

2-1 الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة الراهنة بالمراكز النفسية البيداغوجية للمعاقين ذهنيا (المركزين النفسيين البيداغوجيين رقم 01 و02 بالأغواط)، والمركز النفسي البيداغوجي بأفلوا ومصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين بمستشفى الدكتور سعدان بالأغواط، القسمين المدججين الخاصين بأطفال التوحد بابتدائية قورين محمد بالأغواط ووحدتي الكشف والمتابعة للطب المدرسي بدائرة عين ماضي وبلدية تاجموت.

2-2 الحدود الزمانية:

يتمثل المجال الزمني للدراسة في الفترة الزمنية المحددة لإجراء الأبحاث والمهام الخاصة بالدراسة الميدانية، حيث يقوم الباحث بتحديد الفترة الزمنية الكافية لإجراء بحثه، ويعمل كذلك على تقسيم هذه المرحلة إلى مراحل متتالية تسمح بإجراء البحث بطريقة منتظمة، وفي هذه الدراسة قسمت الفترة الزمنية المحددة إلى مرحلتين بحيث تمثلت المرحلة الأولى في الدراسة الاستطلاعية، ودامت شهري ديسمبر 2020 وجانفي 2021، والمرحلة الثانية هي مرحلة الدراسة الأساسية والتي أجريت: من 01 فيفري إلى أواخر شهر أفريل 2021.

3- مجتمع الدراسة:

يعرف موريس أنجرس مجتمع البحث بأنه مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجري عليها البحث والتقصي. (أنجرس، 2008)

"فمجتمع الدراسة هو المجتمع الذي يسحب منه الباحث عينة بحثه، وقد يكون محدودا أو غير محدود من حيث الحجم". (بوعلاق، 2009)

وفي الدراسة الحالية يتمثل مجتمع الدراسة في أمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لكلا الجنسين بمدينة الأغواط. وتحديد الأمهات المترددات على المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بالأغواط وأفلوا، ومصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين بعيادة الدكتور

سعدان والقسمين المدججين لأطفال التوحد بابتدائية قورين بالأغواط، ووحدي الكشف والمتابعة للطب المدرسي بكل من دائرة عين ماضي وبلدية تاجموت.

4- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لبناء البحث كله، كما تعد بمثابة النافذة التي يتطلع من خلالها الباحث على الميدان، ويختبر بواسطتها صدق وثبات أدوات القياس المعتمدة في البحث، وذلك قبل بدء الدراسة الأساسية ونقوم بإجراء الدراسة الاستطلاعية كخطوة أولية قبل بدء الدراسة الأساسية، حيث تكونت العينة الاستطلاعية من (30) أم طفل توحدي بالمركز النفسي البيداغوجي رقم (2) بولاية الأغواط، وأجريت الدراسة شهري ديسمبر 2020 وجانفي 2021، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية، والهدف من الدراسة الاستطلاعية هو:

- اكتشاف الصعوبات والنقائص التي يمكن أن تصادفنا أثناء فترة إجراء الدراسة الأساسية لتفاديها.
- التعرف على طبيعة أفراد المجتمع الأصلي الذين تستهدفهم الدراسة الأساسية، من حيث خصائصهم والإطلاع على الظروف العامة للدراسة .
- التعرف على مكان إجراء الدراسة ومجتمع الدراسة من أجل تحديد واختيار العينة وكذا أدوات الدراسة ومختلف الإجراءات المنهجية الواجب إتباعها في مختلف مراحل البحث.
- القيام بمقابلات مع أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والوقوف على ظروفهم في ظل تواجد طفل مصاب بطيف التوحد في حياتهم وحياة الأسرة بشكل عام.
- التأكد من تجاوب الأمهات مع مقاييس الدراسة.
- تحديد الخصائص السيكومترية لأدوات القياس من صدق وثبات، من أجل تعديل أو تغيير بعض البنود.

5-عينة الدراسة الأساسية وخصائصها:

تعرف العينة على أنها "مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي". (عبيدات وآخرون، 1999)

ويعرفها أبوعلام (2004) بأنها العملية التي تمكننا من اختيار عدد من الأفراد للدراسة بطريقة تجعل هؤلاء الأفراد يمثلون المجتمع.

وتكونت عينة دراستنا في صورتها النهائية بعد تطبيق الدراسة الاستطلاعية من 120 أم لديها طفل مصاب بالتوحد بمدينة الأغواط، وقد اختيروا بطريقة عشوائية بغرض الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأمهات في ولاية الأغواط وبلدياتها، والجداول التالية توضح خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث: جنس الطفل التوحدي، درجة إصابة الطفل بالتوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة .

جدول رقم(02) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير جنس الطفل التوحدي:

الجنس	ذكر	أنثى	المجموع
العدد	81	39	120
النسبة المئوية	%67.5	%32.5	%100

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن توزيع أفراد العينة حسب جنس الطفل التوحدي بلغت نسبة الاناث (32.5%) بينما كانت الغالبية من جنس الذكور بنسبة تساوي(67.5%).

جدول رقم(03) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد

درجة الإصابة	خفيفة	متوسطة	شديدة	المجموع
العدد	20	29	71	120
النسبة المئوية	%16.66	%24.16	%59.16	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب درجة إصابة الطفل بالتوحد

احتلت درجة الإصابة الشديدة أكبر عدد بنسبة تساوي (59.16%) تليها درجة الإصابة المتوسطة بنسبة تساوي (24.16%) وأخيرا درجة الإصابة الخفيفة بنسبة تقدر ب (16.66%).

جدول رقم (04) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

المستوى الاقتصادي	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع
العدد	22	68	30	120
النسبة المئوية	%18.33	%56.66	%25	%100

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة كان المستوى المتوسط هو الأعلى بنسبة (56.66%)، يليه المستوى المرتفع بنسبة (25%)، وأخيرا المستوى الاقتصادي المنخفض بنسبة (18.33%).

6- أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية:

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

1. مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة:

نظرا لعدم توفر مقياس يتناسب وأهداف الدراسة، قامت الباحثة بإعداد مقياس لجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، بهدف تحديد طبيعة ونوعية الحياة لديهم في ظل وجود طفل مصاب بالتوحد في حياتهن وحياة الأسرة.

1.1 خطوات بناء المقياس:

تم بناء وتصميم مقياس للدراسة بالاستفادة من الأدبيات السابقة المشابهة، واستشارة ذوي الخبرة والاختصاص في مجال علم النفس والتربية الخاصة بإتباع الخطوات التالية:

***الخطوة الأولى:** مراجعة التراث السيكولوجي والأطر النظرية وأدبيات الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع مثل:

- دراسة حرطاني أمينة(2014) بعنوان "جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى الأبناء" .
- دراسة بحرة كريمة(2015) "تقنين مقياس لجودة حياة تلاميذ المتوسط والثانوي" .
- دراسة صقر سعيد(2018) بعنوان "قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة" .
- قوعيش مغنية (2018) بعنوان جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا" .

الخطوة الثانية:

مراجعة المقاييس التي أعدت لقياس متغير جودة الحياة مثل:

- مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة Organization Quality Of Life world health
المعرب من طرف بشرى إسماعيل أحمد(2008).
- مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة من إعداد عبد الحليم منسي ومهدي كاظم .
- مقياس مؤشرات جودة الحياة النفسية من إعداد دينير وآخرون (Dinir et all) (1998).
- مقياس جودة الحياة للموهوبين الصم من إعداد وتقنين منى توكل السيد (2012).
- مقياس جودة الحياة للمسنين لسامي محمد موسى(2001).

***الخطوة الثالثة:**

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية ميدانية بإجراء بعض المقابلات المباشرة وغير المباشرة مع بعض الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابين بطيف التوحد، حتى لا تكون فقرات المقياس بعيدة عن الواقع المعاش لديهن، بحيث تم طرح بعض الأسئلة التي تدور جميعها حول مفهوم جودة الحياة وأبعادها ومظاهرها لديهن في ظل تواجد طفل مصاب بالتوحد في حياتهن.

*الخطوة الرابعة:

تم صياغة الفقرات وبناءا على رأي الأساتذة المحكمين تم تعديل وإضافة بعض البنود حسب ما تقتضيه متطلبات البحث الحالي ليصبح الاستبيان مكون في صورته النهائية من 37 بند.

أ- وصف مقياس جودة الحياة:

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

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

- جودة الحياة النفسية: ويتكون من 09 عبارات (2-6-10-14-18-22-26-30-33).

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

- جودة الحياة المادية: ويتكون من 07 عبارات (4-8-12-16-20-24-28).

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

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

- العبارات السالبة هي: (1-5-11-13-17-20-23-25-26-28-30-31-33-34-35).

ب- مفتاح التصحيح:

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

جدول رقم (05) يوضح مفتاح التصحيح لمقياس جودة الحياة لدى أفراد العينة:

الفقرات	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
فقرة موجبة	4	3	2	1
فقرة سالبة	1	2	3	4

وتتراوح درجة الفرد على الاستبيان فيما بين 37 درجة كحد أدنى و148 كحد أقصى، ويتم تحديد المستويات كما يلي:

*تحديد مستويات جودة الحياة:

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

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

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

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

الجدول (06) يبين فئات قيم المتوسط الحسابي ومستوى جودة الحياة الموافق لها:

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

-المستويات حسب الدرجات:

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

جدول رقم (07) يوضح مستويات جودة الحياة بالدرجات

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

2.1 الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

أولا: صدق المقياس:

أ-الصدق الظاهري: يتحقق الصدق الظاهري من خلال قيام مجموعة من الخبراء بفحص العبارات وتقدير مدى ملائمتها للسمة المقاسة، ومن خلال التحقق من صلاحية العبارات، قامت الباحثة بعرض مقياس جودة الحياة بأبعاده الأربعة على 08 من الأساتذة المختصين في علم النفس وطلب منهم قراءة عبارات المقياس بدقة والنظر في صياغتها ومضمونها والأبعاد الرئيسية ومدى ارتباط كل عبارة بالبعد الذي تتبعه حيث أبدى الأساتذة المحكمين آراءهم في فقرات المقياس، وبعد ذلك قامت الباحثة بإجراء مايلزم من تعديل للفقرات في ضوء مقترحاتهم والنتائج نوجزها فيما يلي:

جدول (08) يوضح نسب اتفاق المحكمين على مقياس جودة الحياة .

أرقام الفقرات	عدد الخبراء	عدد الموافقين	عدد غير الموافقين	عدد الموافقين بحاجة إلى تعديل	النسبة المئوية
2-3-4-6-7	08	08	00	00	%100
8-9-10-11					
13-14-15					
16-18-19					
20-21-22					
23-24-25					
26-27-28					
29					

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية

30-12-01	08	02	00	06	75%
05	08	03	00	05	62%
17	08	04	00	04	50%

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد العبارات التي تحصلت على نسبة موافقة (100%)، قدر ب(32) فقرة وهي نسبة جد مقبولة وقدر عدد الفقرات التي بحاجة إلى تعديل ب(05) وتراوحت النسبة بين (50%) و(75%)، وبالتالي فقد حظي المقياس بصدق ظاهري مرتفع.

الجدول (09) العبارات التي تم تعديلها لمقياس جودة الحياة بناء على ملاحظات الأساتذة المحكمين.

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
أشعر أن نومي مضطرب	أشعر أن نومي مضطرب بسبب ابني التوحيدي
أنا راضية عن نفسي	أشعر بالرضا عن نفسي
أعاني من اليأس وخيبة الأمل	أغلب على مشاعر الحزن واليأس التي تتناوب في بعض الأحيان
أعاني من الصداع	أشعر بصداع مستمر
أجد من يهتم بحالة ابني	أجد من يهتم بحالة ابني ويتابعه بكل اهتمام

ب- حساب الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة:

تم حساب الصدق التمييزي للمقياس، بحيث قسمت عينة الدراسة الاستطلاعية إلى قسمين الأمهات الذين تحصلوا على أعلى الدرجات في المقياس، وعددهم (08) أمهات، ومجموعة الأمهات الذين تحصلوا على أدنى الدرجات في المقياس ويقدر عددهم ب(08) أمهات، وتبين بعد الحساب أن قيمة p value تساوي (0.000)، وهي دالة إحصائياً عند أقل من 0.01 والمقياس يتميز بالصدق وبتاح للاستعمال في الدراسة الحالية ونوضح النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم: (10) يبين نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لمقياس جودة الحياة:

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	العينة	
0.000	10.04	14	104.00	8	المجموعة العليا
		9.32	55.63	8	المجموعة الدنيا

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن قيمة "ت" تساوي (10.04)، وهي دالة إحصائية عند أقل بكثير من 0.01 والمقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ج- صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة:

بعد تطبيق الأداة وتفريغ النتائج قمنا بحساب الاتساق الداخلي لاستبيان جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، والنتائج نوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية له

الأبعاد	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: جودة الحياة الصحية	30	0.951	0.000
البعد الثاني: جودة الحياة النفسية		0.948	0.000
البعد الثالث: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية		0.976	0.000
البعد الرابع: جودة الحياة المادية		0.686	0.000

الارتباط دال عند مستوى دلالة أقل من 0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(11) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الأربعة والدرجة الكلية للمقياس ككل كان مرتفع، بالنسبة للبعد الأول(جودة الحياة الصحية) كان معامل ارتباطه يساوي(0.95)، والبعد الثاني(الصحة النفسية) فكان معامل ارتباطه بالدرجة الكلية للمقياس ككل يساوي(0.94)، والبعد الثالث(جودة الحياة الأسرية والاجتماعية) فمعامل ارتباطه بالدرجة الكلية يساوي(0.97)، أما البعد الرابع(جودة الحياة المادية) فارتباطه يساوي(0.68)، وكانت معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى أقل من(0.01)، وهذا ما يعطي مؤشراً كبيراً للتجانس الداخلي للمقياس.

جدول رقم(12) يوضح قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد:

ب3: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية			ب1: جودة الحياة الصحية		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البند	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البند
0.000	0.62	ع3	0.002	0.53	ع5
0.000	0.88	ع7	0.000	0.90	ع1
0.000	0.72	ع11	0.000	0.70	ع9
0.000	0.92	ع15	0.000	0.82	ع13
0.000	0.77	ع19	0.000	0.82	ع17
0.000	0.85	ع23	0.000	0.88	ع21
0.017	0.44	ع27	0.001	0.57	ع25
0.000	0.85	ع31	0.001	0.53	ع29
0.000	0.80	ع34	0.040	0.35	ع32
0.005	0.49	ع36	0.000	0.76	ع35
			0.043	0.37	ع37
ب4: جودة الحياة المادية			ب2: جودة الحياة النفسية		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البند	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البند
0.000	0.91	ع4	0.038	0.38	ع6
0.003	0.70	ع8	0.000	0.93	ع2
0.000	0.83	ع12	0.000	0.84	ع10
0.000	0.82	ع16	0.000	0.94	ع14
0.000	0.75	ع20	0.000	0.84	ع18
0.000	0.90	ع24	0.000	0.91	ع22

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية

0.000	0.93	ع28	0.000	0.88	ع26
			0.000	0.92	ع30
			0.000	0.84	ع33

(عند مستوى الدلالة: 0.05)

(عند مستوى الدلالة: 0.01)

يتضح من خلال الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط كانت تقريبا كلها دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.01) ماعدا العبارتين (32) و(37) من البعد الأول، والفقرة (1) من البعد الثالث والتي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.05، وبالتالي فالمقياس يتمتع بدرجة اتساق مرتفع.

ثانيا: ثبات المقياس:

أ- حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ:

تم تقدير ثبات المقياس بواسطة طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية والنتائج نلخصها فيما يلي:

جدول رقم (13) يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة وأبعاده باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (ن=30)

المقياس وأبعاده	معامل الثبات
البعد الأول: جودة الحياة الصحية	0.82
البعد الثاني: جودة الحياة النفسية	0.94
البعد الثالث: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	0.90
البعد الرابع: جودة الحياة المادية	0.91
الدرجة الكلية للمقياس	0.96

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ بين أبعاد مقياس جودة الحياة تراوحت بين (0.82 و 0.94) وهي معاملات ثبات مرتفعة بدرجة كبيرة ومعامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل يساوي (0.96) مما يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع جدا، و متاح للاستعمال في الدراسة الحالية.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية (نصفي الاختبار) وبعد ذلك تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (14) يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة التجزئة النصفية (ن=30)

المتغير	معامل ارتباط التجزئة النصفية	التصحيح بمعادلة جوتمان
جودة الحياة	0.88	0.90

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن معامل التجزئة النصفية يساوي (0.88)، وبعد التصحيح بمعادلة جوتمان أصبح يساوي (0.90)، مما يوحي بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات و متاح للاستعمال في الدراسة الحالية.

2. مقياس قلق المستقبل:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (2005)، والمعدل من قبل ربما سالم البلوي (2012) ويهدف المقياس إلى معرفة رأي الفرد في المستقبل، وذلك على مقياس متدرج من: معترض بشدة (أبدا)، معترض قليلا (نادرا)، معترض بدرجة متوسطة (أحيانا)، عادة (غالبا)، دائما (تماما)، وموضوع أمام هذه التقديرات خمس درجات: 0-1-2-3-4 على الترتيب. وتتراوح الدرجة الكلية ما بين (صفر-112)، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع قلق المستقبل لدى الفرد.

ويتكون المقياس من (28) فقرة موزعة على خمس (05) أبعاد:

البعد الأول: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية: ويتكون من 05 عبارات (17-20-21-22-24).

البعد الثاني: القلق المتعلق بقلق الصحة وقلق الموت: ويتكون من 05 عبارات (10-18-19-25-26).

البعد الثالث: قلق التفكير في المستقبل: ويتكون من (07) عبارات (3-6-11-13-14-23-28).

البعد الرابع: النظرة التشاؤمية للمستقبل: ويتكون من (06) عبارات (4-7-8-9-12-16).

البعد الخامس: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل: ويتكون من (05) عبارات (1-2-5-15-27).

-مفتاح التصحيح للمقياس:

يتم التعامل مع درجات المقياس من خلال البدائل الخمسة الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح مفتاح التصحيح ومستويات مقياس قلق المستقبل

مستويات قلق المستقبل		إتجاه التصحيح	أرقام العبارات
من (91-112) درجة	قلق مستقبل مرتفع جدا (شديد)	0-1-2-3-4	من 1-10
من (68-90) درجة	قلق مستقبل مرتفع		
من (45-67) درجة	قلق مستقبل معتدل (متوسط)		
من (22-44) درجة	قلق مستقبل بسيط	4-3-2-1-0	من 11-28
من (صفر-21) درجة	قلق مستقبل منخفض		
من (صفر-112) درجة	الدرجة الكلية لقلق المستقبل		

ونلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن الدرجة الكلية للمقياس بين تتراوح (0-112)، ويتم تحديد المستويات كالتالي: من (0-21) درجة يكون قلق المستقبل منخفض، من (22-44) درجة يكون قلق المستقبل بسيط، من (45-67) درجة يكون قلق المستقبل متوسط، من (68-90) درجة يكون قلق المستقبل مرتفع، ومن (91-112) درجة قلق المستقبل مرتفع جدا. (ربما سالم البلوي، 2012)

2.2 الخصائص السيكومترية لمقياس قلق المستقبل:

أولاً: صدق المقياس:

أ- حساب الصدق التمييزي للمقياس:

قامت الباحثة بحساب الصدق التمييزي للمقياس بحيث قسمت عينة الدراسة الاستطلاعية إلى قسمين الأمهات الذين تحصلوا على أعلى الدرجات في المقياس، وعددهم (08) أمهات، ومجموعة الأمهات الذين تحصلوا على أدنى الدرجات في المقياس ويقدر عددهم ب(08) أمهات، وتبين بعد الحساب أن قيمة p value تساوي (0.000)، وهي دالة إحصائياً عند أقل من 0.01 المقياس يتميز بالصدق و متاح للاستعمال في الدراسة الحالية ونوضح النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم: (16) يبين نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لمقياس قلق المستقبل:

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	العينة	
0.000	54.41	14	96.13	8	المجموعة العليا
		8.57	45.88	8	المجموعة الدنيا

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (ت) تساوي (54.41) ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل بكثير من 0.01 والمقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ب- صدق الإتساق الداخلي لمقياس قلق المستقبل:

بعد تطبيق الأداة وتفريغ النتائج قمنا بحساب الاتساق الداخلي لمقياس قلق المستقبل لدى الأمهات، والنتائج نوضحها فيما يلي.

جدول رقم (17) يوضح قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية له

الأبعاد	العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	30	0.93	0.000
البعد الثاني: قلق الصحة وقلق الموت		0.98	0.000
البعد الثالث: قلق التفكير في المستقبل		0.90	0.000
البعد الرابع: النظرة التشاؤمية للمستقبل		0.96	0.000
البعد الخامس: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل		0.94	0.000

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.01)، وتراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس ودرجته الكلية بين (0.90) كأدنى حد و(0.98) كأقصى حد، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

جدول رقم (18) يوضح قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للبعد:

ب1:القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية			ب2:القلق المتعلق بقلق الصحة وقلق الموت		
البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
ع17	0.79	0.000	ع10	0.94	0.000
ع20	0.92	0.000	ع18	0.89	0.000
ع21	0.82	0.000	ع19	0.92	0.000
ع22	0.68	0.000	ع25	0.97	0.000
ع24	0.78	0.000	ع26	0.93	0.000
ب3: قلق التفكير في المستقبل			ب4:النظرة التشاؤمية للمستقبل		
البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية

0.003	0.95	4ع	0.000	0.73	3ع
0.000	0.81	7ع	0.000	0.75	6ع
0.000	0.72	8ع	0.000	0.95	11ع
0.000	0.70	9ع	0.000	0.93	13ع
0.000	0.71	12ع	0.001	0.59	14ع
0.000	0.87	16ع	0.000	0.86	23ع
			0.000	0.81	28ع
ب5: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل					
			مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البند
			0.030	0.38	1ع
			0.000	0.83	2ع
			0.000	0.65	5ع
			0.000	0.86	15ع
			0.001	0.86	27ع

(عند مستوى الدلالة: 0.05) و (عند مستوى الدلالة: 0.01)

يتضح من خلال الجدول (18) أن الارتباطات بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه كانت جملها دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.01) ماعدا العبارة (1) من البعد الخامس كانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.05)، وبالتالي فالمقياس يتمتع بدرجة اتساق ممتاز.

ثانيا: ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين:

أ-معامل ألفا كرونباخ: الجدول التالي يبين معاملات ألفا كرونباخ لكل أبعاد المقياس، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس ككل.

جدول رقم(19) يوضح معامل ثبات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ(ن=30)

المقياس	العينة	معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	30	0.838
البعد الثاني: القلق المتعلق بقلق الصحة وقلق الموت		0.962
البعد الثالث: قلق التفكير في المستقبل		0.682
البعد الرابع: النظرة التشاؤمية للمستقبل		0.88
البعد الخامس: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل		0.775
الدرجة الكلية للمقياس		0.963

نلاحظ من خلال الجدول رقم(19) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس قلق المستقبل تراوحت بين (0.68) كأدنى حد و(0.96) كأقصى حد، وهي معاملات ثبات مرتفعة ومعامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل يساوي(0.96)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع يمكن الوثوق في نتائجه.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات مقياس قلق المستقبل بطريقة التجزئة النصفية (نصفي الاختبار)، وبعد ذلك تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(20) يوضح معامل ثبات مقياس قلق المستقبل باستخدام طريقة التجزئة النصفية(ن=30)

المتغير	معامل ارتباط التجزئة النصفية	التصحيح بمعادلة جوتمان
قلق المستقبل	0.86	0.89

نلاحظ من خلال الجدول رقم(20) أن معامل التجزئة النصفية يساوي(0.86)، وبعد التصحيح بمعادلة جوتمان أصبح يساوي(0.89) مما يوحي بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ومنتاح للاستعمال في الدراسة الحالية.

7-خطوات تطبيق أدوات الدراسة:

تم تطبيق المقياسين في صورة استمارة تم توزيعها على أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد عينة الدراسة المتواجدين بولاية الأغواط بإتباع الخطوات التالية:

-توزيع المقاييس والشروع في تقديم التعليمات الخاصة بكيفية الإجابة على الفقرات حيث يطلب من كل شخص قبل الإجابة أن يكتب معلوماته الشخصية أولاً، مع التأكيد على الإجابة على كل الأسئلة دون استثناء.

-تحسيس وتوعية الأمهات بأهمية الدراسة، وضرورة تقديم إجابات صادقة وموضوعية على العبارات الواردة في المقياسين، لأن أي إجابة غير موضوعية تحل بنتائج البحث.

-تم توزيع 150 نسخة لكل مقياس على أفراد عينة الدراسة المتمثلة في أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد لكلا الجنسين وهذا بالاستعانة في بعض الأحيان ببعض الأخصائيين النفسانيين العاملين بالأمكن التي أجريت فيها الدراسة والخاصة بتأهيل الأطفال المصابين بطيف التوحد، وتم استرجاع 127نسخة، ونظرا لعدم صلاحية بعض الاستمارات، قامت الباحثة بإلغاء(07) نسخ غير صالحة للدراسة، وبالتالي اعتماد(120) نسخة كعدد نهائي لعينة الدراسة.

8-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

يعتبر الإحصاء من أهم الوسائل التي يستعين بها الباحث في البحوث العلمية على اختلافها، فهو يحدد الشروط الأساسية لموضوعية الدراسة وخطتها ووسيلتها ومنهجها، كما يحدد طرق التحليل المناسبة للموضوع ومدى التعميم الذي تنطوي عليه النتائج.

ولما كانت مشكلة بحثنا تدور حول الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل وكذا الكشف عن الفروق الفردية بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مستوى جودة

الحياة وقلق المستقبل تبعاً لمتغيري جنس الطفل التوحدي (ذكر-أنثى)، درجة الإصابة بالتوحد (خفيفة-متوسطة-شديد)، المستوى الاقتصادي للأسرة (منخفض - متوسط - مرتفع) وهل يمكن التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده. كان من الضروري الاستعانة ببرنامح الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS23.0) على اعتبار أنه يساعد على إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد، واستخدمنا المعالجات الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري
- اختبار "ت" للعينات المستقلة (independent samples test)
- تحليل التباين الأحادي Anova
- معامل الارتباط الثنائي (بيرسون)
- اختبار تحليل الانحدار الخطي والمتعدد

خلاصة الفصل:

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

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد:

- أ- عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الأول
- ب- عرض نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني
- 1- عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها
- 2- عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها
- 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها
- 4- عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها
- 5- عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها
- 6- عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها
- 7- عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها
- 8- عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها

تمهيد:

إن عملية عرض النتائج تكتسي توضيحا لأبرز ما تم التوصل إليه في دراستنا وذلك من خلال المناقشة والتحليل، لما لها من أهمية بالغة في الاستنتاج والحكم على مضامين فرضية الدراسة سواء على مدى صحتها أو خطئها، ومن هذا الأساس سنحاول في هذا الفصل تحليل النتائج على ضوء الفرضيات، حيث سيتم عرض نتائج الدراسة.

أولا: عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

أ- عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الأول:

ينص التساؤل الاستكشافي الأول: ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟

وللوقوف على ذلك تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، حيث أن قيم المتوسط الحسابي من (37-64) تمثل مستوى منخفض جدا لجودة الحياة، وقيم المتوسط من (65-92) تمثل مستوى منخفض، وقيم المتوسط من (93-120) تمثل مستوى متوسط، وقيم المتوسط الحسابي من (121-148) تمثل مستوى مرتفع، والنتائج نوضحها في الجدول التالي:

الجدول رقم (21): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى جودة الحياة عند أفراد عينة الدراسة.

جودة الحياة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الدرجة الكلية	120	80.53	19.78	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة بلغ (80.53) بانحراف معياري يقدر ب(19.78)، ونلاحظ أن المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المنخفض بين (65-92)، ما يعكس تدني جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم (22): يمثل ترتيب ابعاد متغير جودة الحياة حسب درجة موافقتها

الأبعاد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
جودة الحياة الصحية	120	21.70	4.55	2
جودة الحياة النفسية		17.67	6.52	4
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية		21.70	6.38	1
جودة الحياة المادية		19.47	4.41	3

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان هناك تباين في قيم المتوسط الحسابي بين ابعاد جودة الحياة، ويمكن ترتيب الابعاد ترتيبا تنازليا من الاعلى الى الادنى من حيث درجة الاهمية حيث جاء بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية وبعد جودة الحياة الصحية في المرتبة الاولى من حيث درجة الموافقة، حيث بلغ المتوسط الحسابي 21.7 بانحراف معياري 6.38 وبعد جودة الحياة الصحية بمتوسط حسابي 21.7 وانحراف معياري 4.55، يليه بعد جودة الحياة المادية في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي 19.47 وانحراف معياري 4.41، وأخيرا بعد جودة الحياة النفسية بمتوسط حسابي 17.67 وانحراف معياري 6.52. اذن ومن خلال نتائج الجدولين السابقين يتضح أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة منخفض.

وتتفق النتيجة المتحصل عليها في الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه أغلب نتائج الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية، فقد توصلت دراسة كريم وعلي(2014) والتي هدفت للتعرف "لمستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال من ذوي طيف التوحد بالعراق"، إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد كان منخفض جدا، وفي نفس السياق توصلت كل من دراسة صارة عبد العظيم(2014): بعنوان "الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين"، ودراسة عذبة صلاح(2015): بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمدينة الخرطوم"، إلى أن وجود طفل توحدي في الأسرة يزيد من معاناة الأم ويتسبب في انخفاض مستوى جودة الحياة لديها. واتفقت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة قوعيش مغنية

(2008): بعنوان "جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء بعض المتغيرات (المستوى التعليمي، نوع إعاقة الطفل)"، والتي توصلت إلى أن أمهات الأطفال التوحديين لديهم جودة حياة أقل على خلاف أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون والإعاقة الذهنية العميقة، كذلك وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة حكيم ورابع (2019): بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية" والتي أظهرت نتائجها انخفاض في مستوى كل من جودة الحياة والصلابة النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا.

وتوصلت دراسة أبو قريع (2015): بعنوان "نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وعلاقتها ببعض المتغيرات في الأردن"، بحيث هدف الباحث من خلال دراسته إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات وأشارت النتائج إلى أن أسر الأطفال التوحديين تتمتع بمستوى متوسط في جميع الأبعاد المتعلقة بالمقياس المعد للدراسة، إلى جانب هذا نذكر دراسة ضرار وحاتم (2020): بعنوان "القدرة التنبؤية لعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن" والتي توصلت إلى أن مستوى الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى الأمهات كانت متوسطة، وجاء الاكتئاب البسيط بأعلى درجة، كما أظهرت النتائج أن متغير الضغط النفسي يتنبأ بنوعية الحياة بدرجة أكبر من متغير الاكتئاب.

أما الدراسات الأجنبية التي اتفقت مع نتائج الدراسة الحالية، نجد دراسة ماكتافش وآخرون (2007) Mactavish et al، ودراسة بالجا وجابلونسكا (2007) Beleja et Jablonska التي كشفت أن آباء الأطفال المعاقين عقليا يعانون من الاكتئاب واضطراب القلق، والأرق والشعور بالذنب والوحدة والعزلة الاجتماعية في كثير من الأحيان أكثر من آباء الأطفال الأصحاء.

وعلى العكس من ذلك نجد أن الدراسات التي اختلفت نتائجها مع النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية هي دراسة جعلاب وشعوي (2020): بعنوان "واقع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد"، التي خلصت بوجود 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.

ودراسة هيفاء (2018): بعنوان "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بدولة الإمارات العربية"، التي توصلت إلى أن جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية تتسم بالارتفاع، وتوجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

ويمكننا تفسير انخفاض جودة الحياة لدى أم الطفل المصاب بالتوحد، إلى غموض هذا الاضطراب وصعوبته من ناحية الفهم والتشخيص حيث نجد أن الأم تقف عاجزة أمام هذا الاضطراب، وينتابها شعور بالذنب والحجل والإنكار والرفض وعدم التقبل لحالة ابنها، كذلك فالخصائص المميزة للطفل التوحدي كالسلوكات النمطية، وكرهه للتغيير وانعزاله وفقدانه للتفاعل الاجتماعي، كما نجد أن ارتباطه العاطفي بالأم قليل فهو لا يتسم لها مثلاً أو ينظر إليها عندما تحتضنه كل هذه الخصائص تؤثر بشكل سلب على الأم، وهذا ما يسبب تدني جودة الحياة لديها، بالإضافة إلى غياب الدعم الاجتماعي ومساندة الآخرين، وكذا جهل المجتمع وعدم وعيه

بدرجة كافية عن ماهية التوحد، وقد تزداد حالة الأم تعقيدا بتفكيرها في مستقبل ابنها. وفي هذا الصدد يقول (2013 Malhorta and sharma) "أن الأم لا تواجه فقط مشاعر الشعور بالذنب، وإنما تواجه أيضاً مشاعر العجز حيال الدور الجديد الذي يفرضه عليها وجود هذا الطفل المصاب بالتوحد، وأيضاً المسؤوليات التي تنتظرها والتي تعد غير معروفة ومجهولة تماماً بالنسبة لها إلى حد كبير، وبالتالي تحدث تغيرات في نمط حياتها وتفرض عليها قيود تمنعها من ممارسة نشاطاتها السابقة"، وبالتالي فوجود طفل توحدي في حياة الأم يهدد وبطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسدية وبالتالي جودة الحياة لديها.

ب- عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني:

ينص التساؤل الاستكشافي الثاني: ما مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟.

للإجابة على هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة على مقياس قلق المستقبل، حيث أن قيم المتوسط الحسابي من (0-21) تمثل قلق مستقبل منخفض، وقيم المتوسط من (22-44) تمثل قلق مستقبل بسيط، وقيم المتوسط من (45-67) تمثل مستوى

متوسط، وقيم المتوسط الحسابي من (68-90) تمثل قلق مستقبل مرتفع، وقيم المتوسط الحسابي من (91-112) تمثل مستوى قلق مرتفع جدا (شديد)، وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

الجدول رقم (23): يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق المستقبل.

قلق المستقبل	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الدرجة الكلية	120	70.83	21.724	مرتفع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمقياس قلق المستقبل بلغ (70.83) بانحراف معياري يساوي (21.72)، والمتوسط الحسابي لقلق المستقبل هنا يقع ضمن المستوى المرتفع نسبيا بين (68-90) درجة ما يعكس ارتفاع مستوى قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم (24): يمثل ترتيب ابعاد متغير قلق المستقبل حسب درجة موافقتها

الأبعاد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
البعد الأول: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	120	13.10	4.271	4
البعد الثاني: القلق المتعلق بقلق الصحة وقلق الموت		13.97	5.031	2
البعد الثالث: قلق التفكير في المستقبل		18.20	4.334	1
البعد الرابع: النظرة التشاؤمية للمستقبل		13.87	5.105	3
البعد الخامس: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل		12.27	4.630	5

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه رقم (24) ان هناك تباين في قيم المتوسط الحسابي بين ابعاد قلق المستقبل، ويمكن ترتيب الابعاد ترتيبا تنازليا من الاعلى الى الأدنى من حيث درجة الاهمية حيث جاء بعد قلق التفكير في المستقبل في المرتبة الاولى من حيث درجة الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي 18.20 بانحراف معياري 4.33 يليه بعد قلق الصحة وقلق الموت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي 13.97 وانحراف معياري 5.03، يليه بعد النظرة التشاؤمية للمستقبل في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي

13.87 وانحراف معياري 5.10، يليه بعد القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية بمتوسط حسابي 13.10 وانحراف معياري 4.27 ، واخيرا بعد الخوف والقلق من الفشل في المستقبل بمتوسط حسابي 12.27 وانحراف معياري 4.63. إذن ومن خلال نتائج الجدولين السابقين يتضح أن مستوى قلق المستقبل يتسم بالارتفاع لدى أفراد عينة الدراسة.

بالرجوع إلى الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة، نلاحظ أن أغلب الدراسات السابقة اتفقت على أن قلق المستقبل ملازم بدرجة مرتفعة أو بدرجة متوسطة لكل أسرة لديها طفل توحدي أو طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، ونذكر هنا ما توصلت له دراسة زعارير (2009) بعنوان "مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحدين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات"، إلى أن أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحدين شيوعا هي: القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباءه.

وفي نفس السياق توصلت دراسة أبو السعود(2004) والتي هدفت إلى "التعرف على معدلات انتشار قلق الآباء اتجاه مستقبل أبنائهم المعوقين عقليا، واختبار مدى فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى الأبناء ذوي الإعاقة العقلية ومعرفة أثره في خفض قلق الآباء اتجاه مستقبل أبنائهم المعاقين عقليا"، وخلصت الدراسة إلى ارتفاع معدلات انتشار قلق الآباء اتجاه مستقبل آبنائهم ذوي الإعاقة العقلية حيث بلغ معدل انتشار قلق المستقبل لدى الآباء(79.33)، وقد كان قلق الآباء اتجاه المستقبل الاقتصادي للأبناء المعاقين عقليا أكثر معدلات القلق انتشارا، ثم يليه قلق المستقبل المهني للآباء على الأبناء، ثم قلق المستقبل اتجاه المستقبل الاجتماعي للأبناء.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع ما توصلت له دراسة صفا محمود(2018): بعنوان "الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحركية" توصلت الدراسة إلى أن السمة العامة لقلق المستقبل لدى أمهات المعاقين حركيا تتسم بالارتفاع.

ومن بين الدراسات الأجنبية التي اتفقت نتائجها مع ما توصلت له الباحثة في الدراسة الحالية نجد دراسة أزم وشاه (2013) Azeem et Shah التي أوضحت أن أولياء المعاقين يعانون من القلق والشعور بجنينة الأمل والنظرة التشاؤمية اتجاه مستقبل أبنائهم، بالإضافة إلى دراسة سيلدا وآخرون Selda et al(2009) والتي كشفت أن أمهات وآباء الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون قلقا فيما يخص مستقبل طفلهم وهذا ما يزيد من إحساسهم بالضغط فالسؤال الذي يسيطر على الأم هو كيف سيكون مستقبل

طفلي هل يستطيع أن يعيش حياة عادية مثل باقي أقرانه، كما وتوصلت نتائج الدراسة التي أجراها يونغ وكورتسس (Yoong and Koritsas, 2012) إلى أن آباء المعاقين عقليا لديهم العديد من المخاوف بشأن مستقبل أبنائهم المعاقين عقليا وأن هذه المخاوف تؤثر على شعورهم بجودة الحياة.

في حين توصلت دراستي كل من طايبي مريم: بعنوان "قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا"، ودراسة عايش صباح (2016) بعنوان: "قلق المستقبل لدى إخوة المعاقين ذهنيا" إلى أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من درجة متوسطة لقلق المستقبل، بالإضافة لدراسة (ثامر، 2019) بعنوان "قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في رام الله والبيرة"، بحيث توصلت نتائج الدراسة أن مدى تأثير قلق المستقبل على أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في رام الله والبيرة جاءت بدرجة 55% وهي درجة متوسطة ويعود ذلك إلى الاهتمام الدائم والدعم الذي تجده الأم من قبل العائلة والمجتمع مما يساعدها ويعينها على رعايته وذلك يخفض من قلق الأم على ابنها، كما وتوصلت نتائج الدراسة أن قلق المستقبل عند أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كان ومازال يقل مع الوقت نتيجة لرؤية الأم ونظرة المجتمع المتحولة من النابذ لذوي الاحتياجات الخاصة إلى متقبل ومراع لظروفهم والمحاولات المستمرة لفتح الأبواب أمامهم وإشراكهم بالنشاطات المجتمعية المختلفة.

وتفسر الباحثة النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية المتمثلة في ارتفاع قلق المستقبل لدى أم الطفل المصاب بالتوحد إلى نظرتها التشاؤمية لمستقبل ابنها وهذا لاعتقادها الدائم أن ابنها لن يستطيع الاعتماد على نفسه مستقبلا ويحتاج دائما للمساعدة والدعم مدى الحياة، بالإضافة إلى غياب الدعم الاجتماعي ومساندة الآخرين، فنجد أن الأم تعيش في حالة من الضيق والتوتر التي تحاول الخروج منها عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بنظرة المجتمع وجهله وعدم وعيه بدرجة كافية عن ماهية اضطراب التوحد.

*عرض نتائج الفرضيات:

1. عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها:

-نص الفرضية:

توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة.

وللوقوف على ذلك تم استخدام معامل الارتباط الثنائي بيرسون بين مجموع درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة ومجموع درجاتهم المتحصل عليها على مقياس قلق المستقبل، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (25) يمثل معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل

دلالة العلاقة	α 0.05	Sig	Rp	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دال	0.05	0.00	-0.86	19.78	80.53	جودة الحياة
				21.72	70.83	قلق المستقبل

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المتوسط الحسابي لجودة الحياة بلغ (80.53) بانحراف معياري (19.78)، والمتوسط الحسابي لقلق المستقبل (70.83) بانحراف معياري (21.72)، وقيمة معامل الارتباط بيرسون (-0.86)، وقيمة الدلالة المعنوية (0.00) عند مستوى الدلالة (0.05)، وبما ان قيمة الدلالة المعنوية اقل من مستوى الدلالة (0.05) فان هذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية عكسية قوية دالة احصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة.

وسنعمد على حساب معامل الارتباط (Pearson)، وذلك للتعرف على طبيعة الارتباطات فيما بين المتغيرات الفرعية، وتحديد مدى تجاذبها و تقاربها من تنافرها و تباعدها، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم(26) قيم الارتباط لمعامل (pearson)، بين أبعاد جودة الحياة وقلق المستقبل

قيمة الدلالة	قلق المستقبل	
0.000	-0.81	جودة الحياة الصحية
0.000	-0.87	جودة الحياة النفسية
0.000	-0.85	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية
0.000	-0.49	جودة الحياة المادية
0.000	-0.86	جودة الحياة
الارتباط ذو دلالة معنوية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)		

يتضح من خلال الجدول اعلاه أن معامل الارتباط بين ابعاد جودة الحياة وقلق المستقبل، بالنسبة للبعد الأول جودة الحياة الصحية قدر معامل الارتباط ب(-0.81)، والبعد الثاني جودة الحياة النفسية ب(-0.87)، أما البعد الثالث جودة الحياة الأسرية والاجتماعية فقددر معامل الارتباط ب(-0.49)، والبعد الأخير جودة الحياة المادية بلغ معامل الارتباط(-0.86)، بدلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يشير الى وجود ارتباط عكسي قوي بين أبعاد جودة الحياة وقلق المستقبل اذن: يتضح مما سبق وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للأفراد على مقياس جودة الحياة ودرجتهم الكلية على مقياس قلق المستقبل، أي أنه كلما انخفضت جودة الحياة إرتفع قلق المستقبل والعكس صحيح.

وطبقاً لهذه النتائج فهناك مبرر قوي بقبول الفرضية والتي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة.

والنتيجة المتوصل إليها في الدراسة الحالية بأنه كلما انخفضت جودة الحياة ارتفع قلق المستقبل هي نتيجة جد منطقية، فوجود طفل مصاب بالتوحد يؤثر ويشكل ضغط كبير على الأسرة ككل وعلى الأم تحديدا باعتبارها الشخص الأكثر اتصالا به فهذا الطفل يحتاج إلى رعاية واهتمام من قبل الأم على مدار 24 ساعة فضلا عن القيام بمسؤولياتها اتجاه باقي أفراد الأسرة، مما يجعلها تعاني من الضغط والتوتر النفسي الذي يمتد من التفكير بوضعه الحالي إلى التفكير في مستقبله فتظهر لديها مشاعر الخوف

حول مصير ابنها وقلقها من مواجهته للمواقف المستقبلية، وهذا ما توافق مع دراسة "دين ورودجر"، 2012 والتي أظهرت أن صدمة وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد على الآباء تجعلهم يشعرون بخيبة الأمل والإحباط والاكتئاب والقلق على مستقبل الطفل والانعزال عن الآخرين وعدم إقامة علاقات اجتماعية، فخصوصية هذه الإعاقة تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للأم ويدفع بها إلى عدم التسامح مع ذاتها وعدم الرضا عن حياتها، وينعكس سلبا على جودة حياتها وتجعلها في حالة قلق مستمر وتوحس وعدم طمأنينة وتسيطر عليها الأفكار السلبية والتنبؤ السلبي لمستقبل ابنها سواء من ناحية اعتماده على نفسه مستقبلا أو استجابته للعلاج والتأهيل أو من ناحية دراسته ومستقبله المهني، وحول كيفية مواجهته أحداث الحياة القاسية، وحول من يتكفل به ومن سيوفر له متطلبات الحياة اللازمة في حالة غيابها أو إصابتها بأي مكروه.

2. عرض نتائج الفرضية الثانية و مناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة وذلك للتحقق من وجود فروق في متوسط درجة جودة الحياة لدى الأمهات تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى)

-جدول رقم (27):يبين نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين

جنس الطفل التوحدي	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Df	قيمة (ت)	قيمة الدلالة	الدلالة
الذكور	81	82.43	20.91	118	1.52	0.13	غير دالة
الإناث	39	76.59	16.78				

نلاحظ من خلال نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في الجدول أعلاه الجدول (21)، أن المتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد (الذكور) على مقياس جودة الحياة يساوي (82.43) بانحراف معياري يقدر ب(20.91)، والمتوسط الحسابي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد(الإناث) يساوي (75.59) بانحراف معياري يقدر ب(16.78) وقيمة(ت) تساوي (1.52) ودلالة إحصائية يساوي(0.13) وهي أكبر من مستوى الدلالة(0.05)، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير جنس الطفل ولم تتحقق فرضية الدراسة.

واستناداً إلى ما سبق تقديمه من نتائج الدراسة، فالدراسات التي اتفقت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال التوحديين الذكور و الإناث في مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد هي دراسة عذبة صلاح خضر(2015): بعنوان "جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم"، والتي خلصت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير جنس الطفل التوحدي(ذكر- أنثى).

وتتفق نتائج دراستنا أيضاً مع دراسة "أبو قريع (2015): بعنوان "نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات في الأردن"، والتي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير جنس الطفل في البعد الصحي.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع بعض الدراسات التي أثبتت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الأمهات حسب متغير جنس الطفل التوحدي، ونذكر في هذا الصدد الدراسة التي أجرتها (Nora1991) التي هدفت إلى "البحث عن المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة من حيث مشاكل التكيف والاكتهاب"، بينت النتائج أن آباء وأمهات وإخوة

الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة اكتئاب ومشكلات التكيف الاجتماعي مع غيرهم من الأسر، كما أشارت أن وجود إناث مصابات بالتوحد في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور. بالإضافة لدراسة صقر سعيد فؤاد بنات (2018): بعنوان "قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة"، والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الإنجاب تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وتفسر الباحثة النتائج المحصل عليها في الدراسة الحالية بعدم وجود فروق بين الأمهات في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير جنس الطفل التوحد، إلى أن جودة الحياة لدى الأم لا تتأثر بجنس الطفل لأن كلا من الذكور والإناث يشتركون في نفس الخصائص، كما أن الأم هي المسئول المباشر عن طفلها سواء أكان ذكراً أم أنثى.

3. عرض نتائج الفرضية الثالثة و مناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة تعزى لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA بغرض الكشف عن الفروق في مقياس جودة الحياة بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم(28): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين(Anova)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	9023.01	2	4511.50	14.05	0.00	دالة عند أقل من 0.01
داخل المجموعات	37566.85	117	321.08			
المجموع	46589.86	119				

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه أن اختبار تحليل التباين "ف" قيمته تساوي (14.05) بدلالة إحصائية بقيمة (0.00)، وهي دالة عند أقل من مستوى الدلالة (0.01). وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد، وبما أن تحليل التباين "ف" لا يكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات، فقد استخدم القياس البعدي (PostHock-LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها ونبين ذلك في الجدول الآتي:

جدول(29): يوضح اتجاه الفروق في جودة الحياة حسب متغير درجة الإصابة بالتوحد

جودة الحياة	درجة إصابة الطفل بالتوحد	المتوسط الحسابي	درجة إصابة الطفل بالتوحد	الفروق في المتوسطات	قيمة الدلالة
LSD	خفيفة	99.50	متوسطة	19.672*	0.000
	متوسطة	79.83	عميقة	24.021*	0.000
			خفيفة	-19.672*	0.000
	شديدة	71	عميقة	4.349	0.273
			خفيفة	-24.021*	0.000
			متوسطة	-4.349	0.273

نلاحظ من خلال الجدول:

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 بين درجة الإصابة الخفيفة والمتوسطة لصالح الإصابة الخفيفة بقيمة دلالة(0.00).

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 بين درجة الإصابة الخفيفة والعميقة لصالح الخفيفة بقيمة دلالة يساوي(0.00).

وبالتالي وجود فروق في الدرجة الكلية لجودة الحياة حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد لصالح الدرجة الخفيفة بمتوسط حسابي يساوي 99.50.

وعليه يتم قبول الفرضية البديلة أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد ولصالح ذوي الإعاقة الخفيفة. اذن فدرجة إعاقة الطفل قد يقلل أو يرفع من جودة الحياة، حيث أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ذوي الإعاقة خفيفة تكون جودة حياتهم أفضل من أمهات الأطفال التوحديين ذوي الإعاقة الشديدة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من عذبة صلاح(2015)، ودراسة قوعيش مغنية (2018) التي توصلنا إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الأمهات ودرجة الإصابة بالتوحد، وكذا دراسة مكلندين(Mclinden,2015) التي أكدت على أن الضغوط النفسية والعلاقات الزوجية لا ترتبط بالإعاقة نفسها بقدر ما ترتبط بدرجةها. وتتفق نتائج دراستنا كذلك مع دراسة Vasilopoulo Et Nisbet (2016) بعنوان"مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بطيف التوحد"، وبينت النتائج أن أهم المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة لدى الأسر كانت درجة الإعاقة، ومستوى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل المصاب بطيف التوحد، وانخفاض مستوى الدعم الاجتماعي والمؤسسي المقدم للأسرة.

ويمكن تفسير النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة، أنه كلما كانت درجة الإعاقة خفيفة كلما ارتفع مستوى جودة الحياة والعكس صحيح كلما كانت درجة إعاقة الطفل شديدة انخفض مستوى جودة الحياة لدى الأمهات، لأنه كلما زادت درجة الإعاقة زادت معها الأعباء، وارتفعت درجة التوتر والقلق والضغط النفسي للأم وظهر الخوف من التفكك العائلي لديها والخوف على طفلها والقلق من تحمل كثرة أعباءه وكل هذا ينعكس سلباً على جودة حياتها.

"وعموما إن أثر الإعاقة في الأسرة يتوقف على مدى إدراك الوالدين لإعاقة ابنهما ودرجة الترابط الأسري واتجاه الوالدين نحو الطفل المعاق، والرغبة في مساعدته، ومدى ما يوفره المجتمع للأسرة من مصادر الدعم". (حنفي، ص.ص.26-27)

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة و مناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بغرض الكشف عن الفروق في مقياس جودة الحياة بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم(30): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند أقل من 0.01	0.000	45.37	10175.16	2	20350.33	بين المجموعات	مقياس جودة الحياة
			224.27	117	26239.53	داخل المجموعات	
				119	46589.86		

من خلال الجدول رقم(30) يتضح أن اختبار تحليل التباين "ف" كشف عن فروق جوهرية بين المجموعات حيث كانت قيمته (45.37) ودلالة إحصائية بقيمة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة. وبما أن تحليل التباين لا يكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات، فقد استخدم القياس البعدي (PostHock-LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها ونبين ذلك في الجدول الآتي:

جدول(31) يوضح اتجاه الفروق في مستوى جودة الحياة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة

جودة الحياة	المستوى الاقتصادي للأسرة	المتوسط الحسابي	المستوى الاقتصادي للأسرة	الفروق في المتوسطات	قيمة الدلالة
LSD	منخفض	56.45	متوسط	-24.869*	0.00
	متوسط	81.32	مرتفع	-39.945*	0.00
			منخفض	24.869*	0.00
	مرتفع	96.40	مرتفع	-15.076*	0.00
			منخفض	39.945*	0.00
				متوسط	15.076*

نلاحظ من خلال الجدول:

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) بين المستوى المرتفع والمستوى المنخفض لصالح المرتفع بقيمة دلالة(0.00).

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) بين المستوى المرتفع والمستوى المتوسط لصالح المستوى المرتفع بقيمة دلالة يساوي(0.00).

ومنه نقول أن الفرضية تحققت أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ولصالح الأسر ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع.

واتفقت نتائج دراستنا مع جل ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة، فقد توصلت كل من دراسة صقر(2018) بعنوان "قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة"، ودراسة عصفور(2012) بعنوان "مصادر الضغوط النفسية لمهات المراهقين التوحديين"، وكذا دراسة الدعدي(2009): بعنوان "الضغوط النفسية لمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية"، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لأفراد العينة تبعا للمستوى الاقتصادي للأسرة.

وتتفق نتائج الدراسة كذلك مع الدراسات الأجنبية، ونذكر هنا دراسة ماكتافش وآخرون (Mactavish et al 2007) الذي خلص إلى أن الموارد المالية، ونوعية الراحة والصحة والمخاوف التي تصيب الأسرة من وجود طفل معاق يعتبر من العوامل الأساسية التي لها القدرة على تسهيل أو تقييد جودة الحياة. وأكدت على ذلك دراسة piovesan et al (2015)، التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية عالية بين جودة الحياة ومستوى الدخل للأسرة. وتعارضت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسة التي قام بها (الخطيب والحديدي، 1996) والتي هدفت إلى معرفة أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات، وأفادت نتائج الدراسة بأن الإعاقة تترك تأثيرا كبيرا على الأسرة، ولم يكن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة. (النواصرة، 2017)

إذن وحسب النتائج المتوصل إليها في دراستنا الحالية فالمستوى الاقتصادي يعتبر عاملا من العوامل التي قد تتأثر بها جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، فالمستوى الاقتصادي المرتفع للأسرة يعمل على الرفع من جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين والمستوى الاقتصادي المنخفض للأسرة هو أحد معوقات جودة الحياة لديهم، وذلك لأن تكلفة الرعاية الصحية والنفسية والتأهيل بشكل عام للأطفال التوحديين يحتاج لدعم مادي كبير .

5. عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي (ذكر - أنثى)

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسط قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة، وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

- جدول رقم(32): يبين نتائج اختبار(ت) لعينتين مستقلتين.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	قيمة الدلالة	الدلالة
ذكر	81	69.81	19.51	59.53	0.67-	0.50	غير دالة
أنثى	39	72.95	25.87				

نلاحظ من خلال نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في الجدول أعلاه رقم(32) أن المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد (الذكور) في مقياس قلق المستقبل بلغ(69.81)بانحراف معياري قدره(19.51)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد (الإناث) في مقياس قلق المستقبل(72.95)بانحراف معياري قدر ب(25.87)، وقيمة(ت) تساوي(-0.67) وقيمة الدلالة الإحصائية تساوي(0.50)وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تبعاً لمتغير جنس الطفل، وعليه فإننا نرفض فرضيتنا البديلة التي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى الأمهات تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة طايبي مريم(د-ت) بعنوان: "قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنياً" والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في درجة قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد حسب متغير جنس الطفل التوحدي(ذكر-أنثى).

واختلفت نتائج دراستنا مع دراسة البلوي ريم(2013): بعنوان "مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية، وأظهرت نتائجها وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين يعزى لمتغير النوع الاجتماعي ولصالح الإناث".

وعليه يمكن تفسير النتائج المحصل عليها في الدراسة الحالية بعدم وجود فروق بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير جنس الطفل التوحدي، إلى أن أم الطفل المصاب بالتوحد بغض النظر إن كان طفلها ذكر

أو أنثى فجميعهن يقلقن بشأن مستقبل أبنائهن، فالأم تقلق على ابنها السوي سواء كان ذكر أو أنثى، فما بالك إذا كان يعاني من إعاقة ما وكذلك فهن يقلقن بشأن مستقبل أطفالهن الذكور والإناث معاً، انطلاقاً من حقيقة أن كلا الجنسين يشتركان في نفس الخصائص السلوكية، والانفعالية والمعرفية والاجتماعية التي تميز هذا الاضطراب.

6. عرض نتائج الفرضية السادسة و مناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق المستقبل تعزى لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بغرض الكشف عن الفروق في مقياس قلق المستقبل بين الأمهات أفراد عينة الدراسة، حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد و سنوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (33): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين (Anova)

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند أقل من 0.01	0.001	8.09	3414.92	2	6829.85	بين المجموعات	قلق المستقبل
			421.63	117	49330.81	داخل المجموعات	
				119	56160.66	المجموع	

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة اختبار تحليل التباين "ف" تساوي (8.099) وبدلالة إحصائية بقيمة (0.001)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.01). وبالتالي فإنه توجد فروق بين أفراد العينة في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد، وبما أن تحليل التباين لا يكشف

عن اتجاه الفروق بين المجموعات، فقد استخدم القياس البعدي (PostHock-LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها ونبين ذلك في الجدول الآتي:

جدول(34) يوضح اتجاه الفروق في مستوى قلق المستقبل حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد

قلق المستقبل	درجة إصابة الطفل بالتوحد	المتوسط الحسابي	درجة إصابة الطفل بالتوحد	الفروق في المتوسطات	قيمة الدلالة
LSD	خفيفة	59.90	متوسطة	-3.272	0.585
			عميقة	-17.142*	0.001
	متوسطة	63.17	خفيفة	3.272	0.585
			عميقة	-13.870*	0.003
	عميقة	77.04	خفيفة	17.142*	0.001
			متوسطة	13.870*	0.003

نلاحظ من خلال الجدول:

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 بين درجة الإصابة العميقة والخفيفة لصالح الإصابة العميقة.

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 بين درجة الإصابة العميقة والمتوسطة لصالح العميقة، وبالتالي وجود فروق في الدرجة الكلية لقلق المستقبل حسب متغير درجة إصابة الطفل بالتوحد لصالح الدرجة الشديدة(العميقة).أي أنه كلما كانت درجة الإعاقة شديدة كلما ارتفع قلق المستقبل لدى الأم والعكس صحيح.

وعليه يتم قبول الفرضية البديلة أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أفراد العينة تبعا لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد ولصالح ذوي الإعاقة الشديدة.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها دراسة البلوي ربما سالم(2013): "بعنوان مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية

السعودية"، وأظهرت النتائج أن مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين جاء مرتفعا وأظهرت وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين تعزى لمتغير شدة الإعاقة ولصالح أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة.

فالتائج المتوصل إليها بوجود فروق في مستوى قلق المستقبل بين أفراد العينة تبعا لمتغير درجة الإعاقة لصالح أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العميقة(الشديدة) هي نتيجة جد منطقية لأنه كلما زادت درجة الإعاقة زاد الخوف والقلق على مستقبل الطفل والقلق من تحمل كثرة أعباءه وتجد الأم نفسها أمام

مصير مجهول لابنها، وزيادة على هذا فشدة الإعاقة تعني العجز وعدم القدرة مع وجود مشكلات سلوكية شديدة الحدة تميز الطفل التوحدي كعدم النوم أو اضطرابه، والسلوكيات النمطية والعدوانية كإيذاء الذات... ومن هنا تجد الأم صعوبة بالغة في التعامل مع هذه السلوكيات من سيتحمل مسؤوليته بعدها، مما يساهم في زيادة مستوى قلق المستقبل لديها.

7. عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها:

نص الفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق المستقبل تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين الأحادي(ANOVA) بغرض الكشف عن الفروق في مقياس قلق المستقبل بين الأمهات أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم(35): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين(Anova)

مستوى الدلالة	قيمة الدلالة	قيمة(ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الدرجة الكلية
دالة عند أقل من 0.01	0.000	16.7116	6239.52	2	12479.04	بين المجموعات	
			373.34	117	43681.62	داخل المجموعات	
				119	56160.66		

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة اختبار تحليل التباين "ف" تساوي (8.099) وبدلالة إحصائية بقيمة (0.00)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.01). وبالتالي فإنه توجد فروق بين أفراد العينة في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، وبما أن تحليل التباين لا يكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات، فقد استخدم القياس البعدي (PostHock-LSD) للتعرف على طبيعة الفروق واتجاهها ونبين ذلك في الجدول الآتي:

جدول (36) يوضح اتجاه الفروق في مستوى قلق المستقبل حسب متغير المستوى الاقتصادي للأسرة

قلق المستقبل	المستوى الاقتصادي للأسرة	المتوسط الحسابي	المستوى الاقتصادي للأسرة	الفروق في المتوسطات	قيمة الدلالة
LSD	منخفض	91.68	متوسط	23.667*	0.000
			مرتفع	29.748*	0.000
	متوسط	68.01	منخفض	-23.667*	0.000
			مرتفع	6.081	0.154
	مرتفع	61.93	منخفض	-29.748*	0.000
			متوسط	-6.081	0.154

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه:

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) بين المنخفض والمتوسط لصالح المنخفض بقيمة دلالة يساوي (0.00).

-وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) بين المستوى المنخفض والمرتفع لصالح المستوى المنخفض بقيمة دلالة (0.00) أي أنه كلما انخفض المستوى الاقتصادي ارتفع مستوى قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة والعكس صحيح، وعليه يتم قبول الفرضية البديلة أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أفراد العينة تبعا لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد ولصالح الأسر ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض.

وتتفق النتائج المتوصل إليها في دراستنا الحالية مع دراسة عصفور(2012): بعنوان "مصادر الضغوط النفسية لمهات المراهقين التوحديين"، والتي أظهرت فروقا ذات دلالة لمجالي القلق على المستقبل وتحمّل أعباء الطفل التوحدي.(النواصرة، 2017)

ويمكن تفسير النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة أن المستوى الاقتصادي قد يرفع أو يحد من تأهيل الطفل التوحدي، وهذا يساهم في زيادة الضغوط لدى الأمهات والتي تساهم في ارتفاع قلق المستقبل لديهن، فمتطلبات تأهيل ورعاية الطفل التوحدي تحتاج تكاليف مادية كبيرة، وعدم قدرة الأسرة على توفيرها يولد لديهم المشاعر السلبية وينتج عنها قلق وخوف مستقبلي على طفلها وفي هذا الصدد نذكر ما توصلت له نتائج الدراسة التي أجراها Koydmir et al (2009) بعنوان أثر وجود طفل توحدي على الأم التركية" وتوصل إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل.

ويضيف (القريوتي،2003) بقوله "أن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف مواردها المالية من خلال التكاليف الباهظة التي يدفعها للتعليم وللعلاج الطبي أو الجراحة أو الأدوات والمعينات المساعدة أو بسبب تكاليف جلسات التدريب مما قد يترتب عليه ضغوط قد تثقل كاهل الأسرة وبخاصة إذا احتاج المعاق أثناء فترة إقامته في مراكز التأهيل والتدريب والعلاج، وغالبا ما تقوم بهذا الدور الأم فإذا كانت الأم موظفة فإنها قد تستقيل من عملها من أجل متابعة ابنها، وقد يؤثر ذلك على ميزانية الأسرة.(باحشوان وبارشيد،2017)

8. عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها:

نص الفرضية:

يمكن التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده لدى أفراد عينة الدراسة. ومن أجل اختبار هذه الفرضية التي تعتبر جوهر البحث لا بد أولا التأكد من صلاحية النموذج لاختبار هذه الفرضية، وذلك بالاعتماد على نتائج تحليل تباين الانحدار (Analysis of variance)، بالإضافة إلى تحليل معامل الانحدار الخطي المتعدد التدرجي (Multiple Regression Analysis)، وذلك لتحديد المتغيرات الأكثر تأثيرا على المتغير المستقل.

الجدول رقم(37): نتائج تحليل الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار أثر ابعاد جودة

الحياة على قلق المستقبل

مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	معامل التحديد (R^2)	قيمة الدلالة (F)
الإنحدار	4	47509.3	11877.3	157.88	0.920	.000
الخطأ	115	8651.29	75.22			
المجموع	119	56160.6				

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

من خلال النتائج الواردة في الجدول اعلاه يتضح أن قيمة مستوى الدلالة (F)، والبالغة (0.00)، وهو اقل من مستوى الدلالة المفروض (0.05)، وبناءا عليه نستنتج أن النموذج صالح لاختبار هذه الفرضية، ويتضح من الجدول نفسه أن جودة الحياة تفسر على نحو عام ما مقداره (92.0%)، من التباين في المتغير التابع (قلق المستقبل) وهي قوة تفسيرية قوية.

الجدول (38): نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد التدريجي لاختبار أثر ابعاد جودة الحياة

وقلق المستقبل

المتغير المستقل	(β)	قيمة (T) المحسوبة	الارتباط (R)	معامل التحديد (R^2)	قيمة الدلالة	وجود الأثر
الثابت	80.23	8.51	/	/	0.000	/
جودة الحياة الصحية	5.88	0.87	0.920	0.846	0.00	يوجد أثر
جودة الحياة النفسية	6.24	0.68			0.00	يوجد أثر
جودة الحياة الأسرية	0.50	0.40			0.22	لا يوجد أثر
جودة الحياة المادية	0.81	0.27			0.00	يوجد أثر
(ϵ) الخطأ المعياري	ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)					

يتضح من خلال الجدول رقم (39)، انه لا يوجد تأثير جوهري ذو دلالة إحصائية بين بعد جودة الحياة الأسرية وبين قلق المستقبل.

وذلك استنادا إلى أن قيمة (Sig) جودة الحياة الأسرية، والبالغة (0.22) أكبر من مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإنه لا توجد علاقة تأثير جوهري بين بعد جودة الحياة الأسرية وبين قلق المستقبل بينما يوجد تأثير جوهري بين بعد جودة الحياة الصحية وبعد جودة الحياة النفسية وبعد جودة الحياة المادية وبين قلق المستقبل، وذلك استنادا لقيمة (Sig) لبعد جودة الحياة الصحية والبالغة 0.00، وقيمة (Sig) لبعد جودة الحياة النفسية والبالغة 0.00، وقيمة (Sig) لبعد جودة الحياة المادية 0.004، وكلها قيم أقل من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي فإنه توجد علاقة تأثير جوهري بين بعد جودة الحياة الصحية وبعد جودة الحياة النفسية وبعد جودة الحياة المادية وبين قلق المستقبل. ومنه نستطيع القول بأنه يمكن التنبؤ بقلق المستقبل من خلال بعد جودة الحياة الصحية وبعد جودة الحياة النفسية وبعد جودة الحياة المادية ولا يمكن التنبؤ بقلق المستقبل من خلال بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية.

كما تشير قيمة (R)، إلى أن قوة الارتباط بين هذه المتغيرات بلغت (0.92)، أي أن هناك علاقة قوية بين المتغيرات. ويعزى ذلك في أن التوتر والقلق النفسي الذي تعاني منه أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يمتد من التفكير بوضعهم الحالي إلى التفكير في مستقبلهم فالتعامل مع الطفل المصاب بالتوحد ليس بالأمر الهين فخصوصية هذا الاضطراب الغامض ومتطلبات تأهيل ورعاية الطفل التوحد تحتاج تكاليف مادية كبيرة وعدم قدرة الأسرة على توفيرها يولد لديهم المشاعر السلبية وينتج عنها قلق وخوف مستقبلي على طفلها ويؤثر ذلك على الصحة الجسدية والنفسية للأم، وينعكس ذلك سلبا على جودة حياتها فتكون في حالة قلق مستمر وخوف دائم على مستقبل ابنها وتشعر بالخوف وعدم الطمأنينة وتسيطر عليها الأفكار السلبية والتنبؤ السلبي لمستقبل ابنها سواء من ناحية اعتماده على نفسه مستقبلا أو من ناحية دراسته ومستقبله المهني وحول من يتكفل به ومن سيوفر له متطلبات الحياة النفسية والاجتماعية والمادية اللازمة في حالة غيابها أو إصابتها بأي مكروه.

استنتاج عام

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ومن جهة أخرى معرفة أثر بعض المتغيرات الديمغرافية كجنس الطفل التوحدي، درجة إصابته بالتوحد، المستوى الاقتصادي للأسرة على المتغيرات النفسية سالفة الذكر، وهل يمكننا التنبؤ بمتغير قلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة وأبعاده، وبعد الإجابة على تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها، أسفرت هذه الدراسة على جملة من النتائج يمكن تلخيصها كما يلي:

- أكدت الدراسة ومن خلال الإجابة على السؤالين الأول والثاني إلى أن غالبية أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة منخفضة في جودة الحياة وقلق مستقبل مرتفع، وأرجعت الباحثة هذه النتيجة إلى غموض هذا الاضطراب وصعوبته من ناحية الفهم والتشخيص، والخصائص المميزة للطفل التوحدي كالسلوكات النمطية والعدوانية وكرهه للتغيير، وانعزاله وفقدانه للتفاعل الاجتماعي، والجفاء العاطفي مع الأم كل هذه الخصائص تؤثر بشكل سلبي على الأم ويظهر ذلك في عدم فهمها لاحتياجات طفلها هذا ما يجعلها تقف عاجزة أمام هذا الاضطراب، وينتابها شعور بالذنب والخجل والإنكار والرفض وعدم التقبل لحالة ابنها، وهذا ما يسبب تدني جودة الحياة لديها، بالإضافة إلى غياب الدعم الاجتماعي ومساندة الآخرين، وكذا جهل المجتمع وعدم وعيه بدرجة كافية عن ماهية التوحد، كما نلاحظ ارتفاع مستوى قلق المستقبل عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والخوف والقلق الدائم والنظرة التشاؤمية لمستقبله وهذا لاعتقادها أن ابنها لن يستطيع الاعتماد على نفسه مستقبلاً ويحتاج دائماً للمساعدة والدعم مدى الحياة، فنجد أن الأم تعيش في حالة من الضيق والتوتر التي تحاول الخروج منها عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بنظرة المجتمع وجهله وعدم وعيه بدرجة كافية عن ماهية التوحد.

- كما اتضح من خلال الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية بين جودة الحياة وقلق المستقبل أي أنه كلما انخفضت جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد كلما ارتفع قلق المستقبل، لأن خصوصية هذا الاضطراب تؤثر على الصحة النفسية

والجسدية للأم ويدفع بها إلى عدم التسامح مع ذاتها وعدم الرضا على حياة ابنها وحياتها بشكل عام، وينعكس ذلك سلبا على جودة حياتها فتكون في حالة قلق مستمر وخوف دائم على مستقبل ابنها وتشعر بالخوف والتوجس وعدم الطمأنينة وتسيطر عليها الأفكار السلبية والتنبؤ السلبي لمستقبل ابنها سواء من ناحية اعتماده على نفسه مستقبلا أو استجابته للعلاج أو من ناحية دراسته ومستقبله المهني وحول كيفية مواجهته أحداث الحياة القاسية، وحول من يتكفل به ومن سيوفر له متطلبات الحياة اللازمة في حالة غيابها أو إصابتها بأي مكروه.

- كما وأكدت الدراسة عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في جودة الحياة وقلق المستقبل، تعزى لمتغير الجنس لأن كلا الجنسين يشتركان في نفس الخصائص السلوكية، والانفعالية والمعرفية والاجتماعية التي تميز هذا الاضطراب، فالأم تقلق على ابنها السوي سواء كان ذكر أو أنثى، فما بالك إذا كان يعاني من إعاقة ما.

- إلى جانب هذا فقد خلصت الباحثة من خلال هذه الدراسة أن درجة إصابة الطفل بالتوحد لها تأثير على جودة حياة الأم، وكذلك لها تأثير على قلق المستقبل لديها، وهذه النتيجة جد منطقية لأنه كلما زادت درجة الإعاقة زاد الإرهاق النفسي والجسدي والاجتماعي وتدني في مستوى جودة الحياة للأم وزادت معه كثرة الأعباء، وارتفع الخوف والقلق على مستقبل الطفل والقلق من تحمل كثرة أعباءه، وتجرد الأم نفسها أمام مصير مجهول لابنها، وزيادة على هذا فشدة الإعاقة تعني العجز وعدم القدرة، مع وجود مشكلات سلوكية شديدة الحدة تميز الطفل التوحدي كعدم النوم أو اضطرابه، والسلوكيات النمطية والعدوانية كإيذاء الذات... ومن هنا تجرد الأم صعوبة بالغة في التعامل مع هذه السلوكيات، مما يساهم في زيادة مستوى قلق المستقبل لديها.

- وأكدت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة، ومستوى قلق المستقبل تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، فمتطلبات تأهيل ورعاية الطفل التوحدي تحتاج تكاليف مادية كبيرة وعدم قدرة الأسرة على توفيرها يولد لديهم المشاعر السلبية وينتج عنها قلق وخوف مستقبلي على طفلها، لأن وجود طفل مصاب بالتوحد في الأسرة

يستنزف مواردها المالية من خلال التكاليف الباهظة التي يدفعها للتعليم وللعلاج الطبي، أو الأدوات والمعينات المساعدة في إعادة تأهيله، أو بسبب تكاليف جلسات التدريب مما قد يترتب عليه ضغوط قد تثقل كاهل الأسرة، وغالبا ما تقوم بهذا الدور الأم فإذا كانت الأم موظفة فإنها قد تستقيل من عملها من أجل متابعة ابنها، وقد يؤثر ذلك على ميزانية الأسرة.

- كما وتوصلنا من خلال الدراسة الحالية أنه يمكننا التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء المتغيرات المستقلة الفرعية لجودة الحياة المتمثلة في جودة الحياة الصحية وجودة الحياة النفسية وجودة الحياة المادية فهي المتغيرات ذات التأثير الجوهري على متغير قلق المستقبل. ولا يمكننا التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية وأن هذا الأخير ليس له تأثير جوهري في قلق المستقبل لدى أفراد عينة الدراسة.

التوصيات

والاقتراحات

-التوصيات والاقتراحات: في ضوء ما تم التوصل إليه نوصي بما يلي:

- ضرورة تقبل الأسرة ولاسيما الأم بإصابة طفلها بالتوحد وتقبل اختلافه، والتعايش معه بواقعية ، فهو الحل الأمثل للرفع من مستوى جودة الحياة والتقليل من قلق المستقبل لديها وهذا ينعكس بشكل ايجابي على الطفل ويعزز ثقته بنفسه.
- تكثيف الندوات والملتقيات الجامعية، وعمل دورات تكوينية وحملات توعية للأخصائيين وأمهات الأطفال التوحديين، وتزويدهم بأكثر الطرق فاعلية في التعامل مع أبنائهم وتحسين جودة الحياة لديهم. وإطلاعهم على كل ما هو جديد في اضطراب التوحد.
- إعداد دراسات وبرامج إرشادية تأهيلية لأمهات أطفال التوحد بهدف تحسين جودة الحياة والتخفيف من قلق المستقبل عندهم.
- ضرورة الاستعانة بوسائل الإعلام لتحقيق التوعية الاجتماعية والصحية والنفسية حول موضوع التوحد.
- ضرورة إلزام الأمهات بحضور الدورات التدريبية والإرشادية التي تهدف إلى علاج المشكلات التي تتعرض لها أسر الطفل التوحدي.
- عمل لقاءات لتحفيز الأمهات على مساعدة أبنائهم المصابين بالتوحد لمناقشة المشكلات التي يعاني منها أبنائهم ومساعدتهم على الاتصال مع الآخرين ودمجهم في المجتمع من خلال الأنشطة المختلفة.
- التركيز على تعزيز النظرة الإيجابية للأم، وغرس الأمل للشعور بالسعادة والطمأنينة، والقناعة فينتج عنه الاستقرار النفسي والتقدير الاجتماعي، وهذا من شأنه رفع جودة الحياة ويخفف من قلق المستقبل عند الأم.
- الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال توفير لهم الخدمات اللازمة لهم في المراكز الخاصة.

-حث الأسرة على ضرورة مساعدة الأخصائيين وإشراكهم في تطبيق كافة البرامج والجلسات العلاجية.

-ضرورة توثيق وتوفير بيانات وإحصائيات دقيقة حول اضطراب طيف التوحد، لكي يتسنى للباحثين والمهتمين في مجال التربية الخاصة الدراسة والبحث الجيدين.

وفيما يخص الدراسات المقترحة فهي كما يلي:

-إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة.

- اجراء دراسات مقارنة حول جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقات أخرى.

- إجراء دراسات لبرامج علاجية وإرشادية لرفع جودة الحياة والتقليل من قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، محمود أبو الهدى. (2012). قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة لدى عينة من الطلاب المصريين المقيمين بالخارج وأقرانهم البحرينيين. مجلة الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، (33)، 141-180.
- ابن منظور، أبي الفضل جمال الدين. (1998). لسان العرب. دار المعارف.
- أبو السعود، شادي محمد السيد. (2014). فعالية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى المعاقين عقليا وأثره في خفض قلق المستقبل لدى الآباء بمحافظة الطائف، مجلة كلية التربية - جامعة بور سعيد، ع 16، 37-112.
- أبو حمادة، سماح يحيى. (2015). فعالية برنامج إرشادي لتحسين مستوى جودة الحياة لدى كبار محافظة غزة. [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية.
- أبو شعيب، منى محمد البطانية وأسامة، محمد. (2011). أثر برنامج تدريبي في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم. مجلة دراسات العلوم التربوية، 38(2)، 504-525.
- أبو قريع، مي. (2015). نوعية حياة أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات في الأردن. [رسالة ماجستير منشورة]. الجامعة الأردنية.
- أبوعلام، رجاء محمود. (2004). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. ط1. دار النشر للجامعات.
- إحسان، براجل. (2017). علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد. [رسالة دكتوراه منشورة]. جامعة محمد خيضر.
- الأحمد، أمل. (2001). حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والتخصص العلمي. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، 17(1)، 107-136.
- آدلر، ألفرد. (2005). معنى الحياة. عادل، نجيب بشرى. المجلس الأعلى للثقافة.

- أسماء، محمد السرسري ، محسن، درغام ومحمد، السيد صديق. (2016). جودة الحياة لدى ضعاف السمع بالحلقة الابتدائية. مجلة العلوم التربوية، ع43-ج3، أكتوبر، جامعة عين شمس.
- باظة، آمال عبد السميع مليجي. (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها. مكتبة الأنجلو المصرية.
- البطانية، أسامة محمد وعرنوس، هاني أحمد. (2011). أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 12(03)، 297-328.
- بعلي، مصطفى. (2015). القبول والرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية. [أطروحة دكتوراه]. جامعة بسكرة.
- بلكيلاني، إبراهيم بن محمد. (2008). تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلوا في النرويج. [أطروحة ماجستير، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك. الدنمارك. <http://search.emarefa.net/detail/BIM-301685>
- البلوي، ربما سالم. (2013). مستوى قل المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحدين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية. [رسالة ماجستير]. قاعدة المنظومة للرسائل الجامعية. جامعة مؤتة.
- بن رابح الحاج محمد يحي. (2020). فعالية برنامج أسري في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفالهم التوحدين "دراسة ميدانية بمؤسسة مساري لتكوين الأم وتدريب الطفل بني يزقن غرداية. [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة ورقلة.
- بوعلاق، محمد. (2009). الموجه في الاحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. دار الأمل.
- بوعيشة، آمال. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر. [رسالة دكتوراه في علم النفس المرضي الاجتماعي]. بسكرة.
- بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. عادل، مصطفى. ط1. دار الآفاق العربية.

- تامر، فرح سهيل. (2019). قلق المستقبل عند عينة من أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في كل من رام الله والبيرة: دراسة مسحية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية، العدد(49) حزيران.
- الثنيان، أحمد بن عبد الله. (2009). جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الجامعية. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة القرى.
- الجابري، محمد. (2010). الاتجاه التكاملي في تقييم وتشخيص التوحد. الجامعة الأردنية.
- جعلاب، محمد الصالح وشعوي، فضيلة. (2020، فيفري4-5). واقع جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر- الأبعاد والتحديات جامعة حمه لخضر الوادي.
- الجلامدة، فوزية عبد الله. (2015 ب). قياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد. في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-5/DSM-4، ط2. دار المسيرة.
- الجلامدة، فوزية عبد الله. (2016 أ). المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة - المفهوم - الأسباب -أساليب التغلب عليها. ط1. دار المسيرة.
- جمعة، فاروق حلمي وولاء، بدوي محمد. (2016). فاعلية برنامج قائم على المناعة النفسية لخفض قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب، (107)، 621-660.
- جهاد، الريح أحمد وعلي، فرح أحمد فرح. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المكفوفين دراسة وصفية على عينة من المكفوفين باتحاد المكفوفين بمحلية بحري. مجلة الدراسات العليا، جامعة النيلين، 10(39-3)، 479-505.
- جيهان، علي السيد. (2012). الكفاءة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل المهني والقيم لدى طلاب الجامعة المصريين والسعوديين. مجلة الارشاد النفسي. جامعة عين شمس، (31)، 110-188.
- الحربي تھاني. (2014). القلق من المستقبل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الرياض. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

حرطاني، أمينة. (2014). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى الأبناء. [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة وهران.

حسام، محمد أحمد علي. (2014). فعالية برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الانتباه الانتقائي في تحسين استجابات التواصل لدى أطفال التوحد. [رسالة ماجستير في علم النفس التربوي]. جامعة جنوب الوادي.

حكيم، بوعمامة و رابع، هوادف. (2019). جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، (6)، سبتمبر، ألمانيا، 135-159.

الحمداي، إقبال محمد. (2011). الاغتراب، التمرد و قلق المستقبل. ط1. دار صفاء.

حمدي، محمد ياسين وكريم، محمود محمد. (2017). إثراء المرونة المعرفية وخفض السلوكيات النمطية المتكررة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية. مجلة البحث العلمي في التربية، (18)، جامعة عين شمس.

حمزة، جمال مختار. (2005). قلق المستقبل لدى أبناء العاملين بالخارج. مجلة العلوم التربوية، جامعة القاهرة، 13(1)، 91-110.

حمزة، فاطمة. (2019). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة. [أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص الصحة النفسية]. جامعة الأغواط.

حمودة، محمود. (1991). الطب النفسي- النفس أسرارها وأمراضها. ط2. المطبعة الفنية.

حنفي، علي عبد النبي. (2007). العمل مع أسر ذوي الإحتياجات الخاصة- دليل المعلمين للوالدين. ط1. دار العلم والإيمان.

خطاب، حمد أحمد. (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي. تعريفها- تصنيفها- أعراضها- تشخيصها- أساليبها- التدخل العلاجي. ط1. دار الثقافة.

خطاب، رأفت عوض. (2015). فعالية العلاج بالمعنى في إدارة قلق المستقبل وأثره في تحسين تقدير الذات وتنمية الذكاء الوجداني لدى الطلاب الصم. مجلة التربية الخاصة، (12)، 363-426.

- خطاب، محمد. (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي. ط1. دار الثقافة.
- الخطيب، جمال محمد. (2013). أسس التربية الخاصة. ط1. مكتبة المتنبي.
- الخفش، سهام. (2007). الأطفال التوحديون- دليل إرشادي للوالدين والمعلمين. ط1. دار يافا.
- الخنجي، خالد محمد. (2006 ديسمبر 17-19). علم النفس الإيجابي وتجويد الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس.
- خنساء، عبد الرزاق عبد. (2017). المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد. الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة. جامعة ديالي، 11، عدد خاص، 153-168.
- خولة، أحمد يحي. (2001). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1. دار الفكر.
- دياب، صارة عبد العظيم. (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين. [رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- رابعة، عبد الناصر. (2017)، جودة الحياة لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، الاسكندرية، مؤسسة حورس الدولية.
- الزراع، نايف بن عابد إبراهيم. (2003). بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي على عينة سعودية. [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الأردنية.
- الزراع، نايف بن عابد إبراهيم. (2017). المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. ط4. دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم عبد اله فرج. (2004). التوحد: الخصائص والعلاج. ط1. دار وائل.
- زعارير، علي أحمد. (2009). مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات. [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة عمان العربية.
- الأردن. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-438045>
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. علم الكتاب. القاهرة.

السكافي، فاتن. (2017). معنى الحياة في علم النفس. مجلة جيل للعلوم الإنسانية والاجتماعية، ديسمبر (37)، 25-38.

سليمان، عبد الرحمان سيد. (2004). اضطراب التوحد. ط3. مكتبة زهراء الشرق.

سميرة، السعد عبد اللطيف. (2000أفريل). قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد. ندوة الإعاقة النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. مؤسسة سلطان بن عبد العزيز الخيرية وجامعة الخليج العربي.

سميرة، شند ومحمد، إبراهيم الأنوار. (2012). قلق المستقبل وعلاقته بالضغط النفسية لدى شرائح من العاملين بالمهن المختلفة. مجلة دراسات تربوية ونفسية، (76)، 203-300.

سميرة، عبد اللطيف السعد (1992). معانتي والتوحد، ط1، الشويخ.

سهى، أحمد أمين نصر. (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحد، التشخيص-البرامج العلاجية. ط1. دار الفكر.

سهى، أحمد أمين نصر. (2002). الطفل التوحد. ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

سوسن، شاكر مجيد. (2010). التوحد أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه. ديونو للطباعة والنشر والتوزيع.

سيجموند، فرويد (1989). الكف والعرض والقلق. محمد عثمان نجاتي. دار الشروق.

الشاذلي، عبد الحميد محمد. (2004). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. ط2. القاهرة. وزارة الاعلام.

شاكر، المحاميد ومحمد، السفسافة. (2007). قلق المستقبل المهني لدى طلبة الجامعات الأردنية وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 8 (3)، 127-142.

الشامي، مجد ربحي محمود. (2011). مستويات الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال التوحيدين في مدينة عمان تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية، [رسالة ماجستير]. الجامعة الأردنية.

- الشامي، وفاء. (2004). سمات التوحد. ط1. مكتبة الملك فهد الوطنية.
- شاهر، سليمان خالد. (2008). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب من جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. مجلة رسالة الخليج العربي، (117)، 118-155.
- الشربيني، فاروق أسامة السيد. (2011). التوحد الأسباب - التشخيص - العلاج . دار المسيرة.
- شفيق، محمد. (2001). البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. المكتبة الجامعية الاسكندرية .
- شقيير، زينب محمود. (2005). مقياس قلق المستقبل. ط1. مكتبة الأنجلو المصرية المصرية.
- شيماء، بدري فكري. (2015). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مجلة الإرشاد النفسي، مركز التوجيه والإرشاد النفسي، جامعة المنيا، 1(1)، 30-70.
- صالح، يحي الغامدي. (2012). اختبار القدرات وعلاقته بقلق المستقبل في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. مجلة كلية التربية بنها، (09)، ج 02، 120-152.
- صبري، إيمان محمد. (2003). بعض المعتقدات الخرافية لدى المراهقين وعلاقتها بقلق المستقبل والدافعية للإإنجاز. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 13(38)، 53-99.
- صفاء، عمر صالح محمود. (2018). الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات المعاقين حركيا بدار شيشار. [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة النيلين. السودان. <http://hdl.handhe.net/123456789/12687>
- صقر سعيد فؤاد بنات. (2018). قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة. [رسالة ماجستير في الصحة النفسية]. الجامعة الإسلامية بغزة.

- صلاح، كريميان. (2005). سمات الشخصية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى العاملين بصورة مؤقتة من الجالية العراقية في أستراليا. [رسالة ماجستير غير منشورة]. الأكاديمية العربية.
- ضرار، محمد زريقات و حاتم أنس الخمرة. (2020). القدرة التنبؤية لعوامل الضغط النفسي والاكتئاب في نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 28(6)، 770-790.
- طايبي، مريم. (د-ت). قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 4(8)، 178-186.
- العادلي، كاظم كريدي. (2006، ديسمبر 17-19). مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرساق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس - سلطنة عمان، 37-47.
- عايش، صباح وعبد الحق منصوري. (2013). الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 6(2)، 199-224.
- عايش، صباح. (2016). قلق المستقبل لدى إخوة المعاقين عقليا. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 27(2)، 109-119.
- عبد الخليم، منسي وعلي، مهدي كاظم. (2006 ديسمبر 19). مقياس جودة الحياة لطلبة جامعة السلطان قابوس. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة الجامعية، 17-79.
- عبد الخالق، أحمد ومراد صلاح. (2001). السعادة والشخصية. دراسات نفسية، 1(3)، 337-349.
- عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن محمد. (2007). استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا. الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع.
- عبد العال، تحية محمد أحمد ومظلوم مصطفى، علي رمضان. (2013). الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض متغيرات الشخصية الإيجابية (دراسة في علم النفس الإيجابي)، مجلة كلية التربية، 24(93)، 79-163.

- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب - التشخيص- العلاج. ط4. مكتبة القاهرة.
- عبد المعطي، مصطفى حسن. (2005 مارس 15-16). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. جامعة الزقازيق، مصر، 13-23.
- عبد المنصف، عبد المؤمن حامد بدر. (2019). البرنامج الإرشادي وأثره على مهارات جودة الحياة لأسر الأطفال التوحدين بدولة قطر. المجلة العربية للعلوم، 11، 84-116.
- عبيدات، محمد و محمد أبو نصار، محمد ومبيضين، عقلة. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. ط2. ج1. الجامعة الأردنية.
- عثمان، لبيب فراج. (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة "تعريفها- تصنيفها- أعراضها- تشخيصها- أسبابها- التدخل العلاجي". المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- عذبة، صلاح خضر خلف الله. (2015). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمركز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم. [رسالة ماجستير في الإرشاد]. السودان. <http://search.shamaa.org/fullRecord?ID112582>
- العشري، محمود محي الدين. (2004). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية دراسة حضارية مقارنة بين طلاب بعض كليات التربية بمصر وسلطنة عمان. جامعة عين شمس مركز الارشاد النفسي. مج1. 139-178.
- عكاشة، أحمد. (1989). الطب النفسي المعاصر. ط8. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عمران، لخضر. (2009). الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين. [رسالة ماجستير غير منشورة]. قسم علم النفس. جامعة باتنة.
- غالب، محمد علي المشيخي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب الجامعة. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أم القرى.

الغندور، العارف بالله محمد. (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين. المؤتمر الدولي السادس. مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، 66-82.

الفرحاتي، السيد محمود و ميرفت، العدروس أبو العينين و نعيمة، محمدمو فاطمة، سعيد. (2015). اضطراب التوحد" دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل". اعداد وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث.

فوزية، محمدي وبوعيشة، آمال. (2013، أبريل 9-10). معوقات جودة الحياة الأسرية. الملتقى الوطني الثاني الاتصال وجودة الحياة في الأسرة، جامعة ورقلة.

فوقية، سيد عبد الفتاح و حمد، حسين سعيد. (2006). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف. بحث مقدم إلى المؤتمر الرابع " دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة"، كلية التربية بني سويف.

القاسم، جمال مثقال وآخرون. (2000). الاضطرابات السلوكية. ط1. دار صفاء.

القيروتي، إبراهيم. (2008). تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 4(3)، 17-177.

قوعيش، مغنية. (2018). جودة الحياة لدى أمهات المعاقين ذهنيا. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 11(1)، 125-139.

كامل، محمد علي. (2003). الأوتيزم- التوحد الاعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج. مركز الاسكندرية للكتاب.

كفافي، علاء الدين. (1999). الارشاد والعلاج الأسري، سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس. دار الفكر العربي.

كوافحة، تيسير مفلح و عبد العزيز، عمر فواز. (2005). مقدمة في التربية الخاصة. ط2. دار المسيرة.

كوثر، عسيلة حسن. (2006). التوحد. ط1. دار الصفاء.

- مأمون، عبد الكريم. (2019). المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية المدركة وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة]. جامعة الجزائر.
- مبارك، بشرى عناد. (د-ت). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب، (99)، 714-771.
- محمود، بدر إبراهيم. (2003). مستوى التوجه نحو المستقبل وعلاقته ببعض الاضطرابات لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 13(35)، 33-83.
- مرازة، وليدة. (2016). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. [رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي]. جامعة باتنة.
- المشيخي، غالب بن محمد بن علي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف. [رسالة دكتوراه]. جامعة أم القرى. كلية التربية.
- مصطفى، فاروق أسامة والشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد- الأسباب التشخيص- العلاج. ط1. دار المسيرة.
- المقابلة، جمال خلف. (2016). اضطراب طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية. ط1. دار يافا العلمية.
- منذر، وسام نسيب. (2013). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة الأمهات في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحدين. [أطروحة دكتوراه في التربية الخاصة]. دمشق.
- منسي، محمد عبد الحليم وكاظم، علي مهدي. (2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة سلطنة عمان. مجلة أماراباك العلمية، 1(1)، 41-60.
- موريس أنجوس. (2008). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. تدريبات علمية. بوزيد، صحراوي وكمال، بوشرف وسعيد، سبعون. دار القصة.

ميدون، مباركة. (2019). فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد. [أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي]، جامعة الجزائر.

ميموني، بدرة معتصم. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. ط4. ديوان المطبوعات الجامعية.

نائل، أحمد الغرير وبلال أحمد عودة. (2009). سيكولوجية أطفال التوحد. دار الشروق.

النواصرة، فيصل عيسى. (2017). مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أسر أطفال التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات ودرجة إعاقة الطفل. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 25 (03)، 370-387.

هاشم، سامي محمد موسى. (2001). جودة الحياة لدى المعاقين جسدياً والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 9 (13)، 125-180.

هبة، مؤيد محمد. (د-ت). قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات. مركز الدراسات التربوية والبحوث النفسية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 26 و 27.

الهمص، صالح إسماعيل عبد الله. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة. [رسالة ماجستير]. الجامعة الإسلامية. غزة.

الهنداوي، محمد حامد إبراهيم. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الأزهر.

هيفاء، كمال شرف الدين. (2018). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين بدولة الإمارات العربية. [رسالة ماجستير في علم النفس]، جامعة

النيلين. <http://hdl.handle.net/123456789/13310>

يوسف، جمعة سيد. (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. مراجعة نقدية. دار غريب.

يونس، انتصار. (1993). السلوك الإنساني. دار المعارف.

- American Psychiatric Association.(2013) .Diagnostic and statistical Manual of mental disorder (5th ed), Washinton DC American Psychiatric Association.
- Anderson,S.(2003). Quality of life theory. The IQol Theory, Copenhagenk, Denmark: The Quality of life research center. p27.
- Averill, J., Catlin, C.,& Chon,K.(1990): Rules of Hope, New York.
- Baleja-Stawicka, I.,& Rabe-Jablonska, J.(2007) . The mental health condition and the quality of life of mothers looking after children with mental 145 retardation as factors related to the quality parental care, Psychiatriai Psychologi. Vol(7). N(3).p p165-169.
- Bognar,G.(2005). The Concept Of Quality Of Life ; Journal social theory and practice ,Vol.(3).issue(4). p. 561.
- Cummins,R. A. (1997). Assessing Quality of life. In R. I. Brwn(Eds). Quality of life for people with disabilities: Model research and paractice, cheltenham u.Kl Stanley Thrones. pp116-150.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fithi Edi Tlon (DSM-5) (2013). American Psychiatrie Association ,American Psychiatric Publishing washington,de london. England.
- FRITH,U.(1993): Autism Scientifical American, London : Merril Publishing. COM,50(3), p p 274-290.
- Georgiou, Jonathan. (2009). Quality Of Life Indicators: The Objective-Subjective Interrelatinship That Exists Within one's ' « place of residence » in ld age, school of psychology and social science, asian social science, Vol5 No9,edith cwan university.
- Heiman,T.(2002). Parents of children with disabilities resilience, coping, and future expectations. Journal of Developmental and Physical Disabilities,14, 2, p pp 159-171.
- Houzel, D. Emmanuelli, M., & Moggio F.(2000). Dictionnaire de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, PUF,paris .
- Hubert, J. (2012). My heart is always where he is perspective of mthers of yung people with severe intlectual disabilities and challenging behaviour living at home. British Journal of Learning Disabilities. 39, 3, p p 216-224.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbanaces of effective contact ,Nervouschild ,2 ,217-250.
- Klein, K.(1999). Relationship Between interpersonal meaning systems and future orientation , Vol.(61),

- Mactavish, Jennifer, B, Masckay , Kelly J ;Iwasaki, Yoshitaka:"Betteridge", Deanna (2007). Family Caregivers of Individuals With Intellectual Disability: Perspectives on Life Quality and the role of Vacations, *Journal of Leisure Research* , Vol (39), No (1), pp.127-155.
- Malhora, A., K & Sharma, A .K , (2013). a study to assess the disability impact on parents of children with mental retardation studying in two special schools of delhi , *Indian J Prev ,soc,Med* 44(1-2), PP.25-34
- Manual, D., & Schultz, S. (2004). Health Related Quality Of Life and Health-Adjusted Life Expectancy Of People With Diabetes in Ontario, 1996-1997. *Diabetes Care*.
- Matson, J.(2009). Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorder. Jessica kingsley publisher .
- Matsumoto, D. (2000) *The Cambridge Dictionary of Psychology* , Cambridge University Press.
- Mclinden, S.(2005) .Mothers and Fathers reports of the Effects of a Young child with Special need on the Family, *Journal of Early Intervention* 14, pp249-259.
- Nora ,Gold.(1991). A gender analysis of autistic boys social adjustment and depression, library and Archive Canada university of Toronto.
- Nordefelt, Lennart. (1994). Concepts and measurement of quality of life in health care. Boston. Kluwer academic publishers. London.
- Pioveson ,Josiell, Scortegagna, Silvana Alba ; Marchi, ana Carolina Bertolotti De(2015) : Quality of Life and Depressive Symptomatology in Mothers of Individuals With Autism, *Psico, U.S.F*, 20(3), pp505-515.
- Prutkin, Jordan Matthrw, B.S.(2002). A History of Quality of life measurements ,A thesis submitted , Yale university school of medicine, new haven.
- Rapheal, D., Brwon, I., Renwick, R, & Rootman, I.(1996): Quality-1 Of Life Indicator and Health: Current Status and Emerging Conceptions. Center for Health Promotion, University of Toronto, Canada.
- Raffaelli, M and Koller, S. H. (2005). Future expectation of Brazilian street youth. *Journal of adolescence*. 28(2), p p 249-262.
- Reine, G.Lancon. C, tucci, S, sapin. C, and Auquier p, (2003), Depression and subjective Quality of life in chronic phase schizophrenic patients act A Review of the to Identify the Most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorder, *Sydney psychiatrica scandinavica*. Vol.(108), pp 297-303

- Roeyers, H. (1995). A peer, mediated proximity intervention to facilitate the Social Interactions of children with pervasive developmental disorder. *British Journal of Special Education*, Vol. 22, No. 4, Dec. P. 161-76.
- Rogé B , (2003), *Autism (comprendre et agir, DUNOD,paris*
- Rubin, Richard R. (2000). *Diabetes Quality Of Life, Diabetes spectrum, Volum 13 number, Looksmart.com. Looksmart LTD, USA.*
- Ryckman, R. M. (1993). *Theory f Personality, 5th Edition. California Books/ Cole Publishing Cmpany.*
- Ryff,et.al(2006).Psychological well-being and being Do they have distinct o mirrored biological corelates. *Psychotherapy psychosomatics.65.14*
- Schalock, Robert L. Brown, Ivan, Brown, Roy Cummins,Robert A., Felce, David, Matikka, Leena, Kenneth D, Keith, Kenneth D.and parmenter, trevor. (2002). *Conceptualization, Measurement, and application of quality of life fr person with intellectual disabilities: report of an inernational panel of experts, american association on mental retardation, VOL40, N6, pp:457-470.*
- Schlebusch, Liezel.(2015). *Families Raising a Child With Autism Spectrum Disorder : Determining the Relationship betwen familyl routines and quality of life. A Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements fr the degree in alternalive communication, Pretoria University South Africa.*
- Scott Jack, Clark Claudia and Bradley Michael(2000), *Student With Autism Characteristics and instructionnal programming for special educators , California, San Diego : Singular Publishing Group.*
- Sheppard-Jones, Kathleen.(2003). *Quality Of Life Dimensions For Adults With Developmental disabilities, university of kentucky, doctoral dissertations, p335.*
- Smith,D (2007). *Introduction to specialeducation:Making a difference. Boston:Allyn et Bacon.*
- Spielberger, & al. (1979). *Understanding Stress Et Anxiety. Londn Harper et Row Publishers.*
- Veenhoven, R.(1994). *is happines ariat. Test Of Theory abetter Society does not make people any happler, social indicators research*
- Ventegodt, C. and all. (2003). *Measurment of Quality Of Life, The Scientific World Journal,No3, p13.*

Vidya.B. (2004). Autism Spectrum Disorders in children ,N.Y.:Pub.by in forma health care.

WHO(World Health Organization). (2013). Autism Spectrum Disorders et other developmental disorders MEETING REPORT from raising awareness to building capacity .

Zaleski, Zbigniew.(1996). Future Anxiety,Concept measurement, and Preliminary research.Journal of Personality and Individual Differences,21,2,165-174.

Zalla T , Labruyène N. (2009). Neurons miroirs et autisme ,In ,langage et psychose, approches neuro-cognitive , De boeck,Bruxelles.

الملاحق

ملحق (01)

مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد.

النسخة الموجهة للأساتذة المحكمين

أستاذي الكريم أستاذتي الكريمة: تحية طيبة وبعد

في إطار إعدادي لأطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي.

إليك أداة صممها لقياس متغير جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ونظرا لما تتمتعون به من خبرة علمية ومقدرة منهجية في البحث العلمي ومجال البحوث النفسية والتربوية، أتمس مساعدتكم من خلال ملاحظاتكم السديدة والقيمة المتعلقة بما يلي :

- خدمة كل بعد للمقياس.

- خدمة كل فقرة للبعد.

- ملائمة عبارات المقياس لعينة الدراسة .

- سهولة فهم المعنى .

- بساطة اللغة .

تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

الباحثة : نعيمة بوعامر

البعد الأول : جودة الصحة العامة

الرقم	العبارات	مناسبة	غير مناسبة	اقتراحات
1	أعاني من الصداع			
2	أشعر ببعض الآلام في جسمي			
3	أتناول بعض الأدوية			
4	تنتابني حالة من الغثيان			
5	أشعر أن نومي مضطرب			
6	أشعر بالحياة والنشاط			
7	أنا راضية على صحي الجسدية			
8	أعرض للإصابة ببعض الأمراض			
9	أنا راضية عن توفر الخدمات الصحية المقدمة لي			
10	ألتزم بنظام غذائي صحي			
11	يتوفر لدي العلاج عندما أحتاجه			

البعد الثاني : جودة الحياة النفسية

الرقم	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	اقتراحات
12	أنا راضية عن نفسي			
13	أشعر بالتفاؤل اتجاه مستقبل ابني			
14	أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب .			
15	أشعر بالاستقرار النفسي			
16	تراودني أفكار غريبة لا أعرف مصدرها			
17	أعاني من اليأس وخيبة الأمل			

			أنا من الناس الذين لا حظ لهم	18
			أشعر بالتوتر وعدم الارتياح	19
			أنا عصبية جدا	20

البعد الثالث: جودة الحياة الأسرية والاجتماعية :

الرقم	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	اقتراحات
21	أجد صعوبة في التعامل مع ابني			
22	أشعر بالتباعد بيني وبين ابني			
23	أشعر أنني قادرة على التوافق مع الظروف الأسرية			
24	أشعر بالخجل من حالة ابني			
25	أنا راضية عن علاقتي بزوجي			
26	أجد احتراما وتقديرا في وسطي الاجتماعي			
27	لدي اتجاه نحو الانعزال ورفض العلاقات الاجتماعية			
28	أتضايق من تدخل الآخرين في شؤني حياتي			
29	تمتاز علاقتي الاجتماعية بالإيجابية			
30	أجد من يهتم بحالة ابني			

البعد الرابع: جودة الحياة المادية:

الرقم	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	اقتراحات
31	أملك من المال ما يكفيني ويكفي أسرتي			
32	أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه			
33	لا يهمني ما أصرفه من مال كي تتحسن حالة ابني			
34	يقلقني ارتفاع التكاليف المادية لتأهيل أطفال التوحد			
35	أقتصد بعض المال لدفع مستحقات علاج وتأهيل ابني المصاب بالتوحد			
36	ظروفي المادية الصعبة تقف كحاجز بيني وبين علاج ابني			
37	أوفر بعض المال تحسبا لظروف طارئة			

بدائل الإستجابة لكل فقرة : : دائما - أحيانا - نادرا - أبدا .

ملاحظات عامة :

ملحق (02)

قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس جودة الحياة

جامعة الإنتماء	الدرجة العلمية	إسم الأستاذ	
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	بوداود حسين	1
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	داودي محمد	2
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	بوفاتح محمد	3
غرداية	أستاذ التعليم العالي	حجاج عمر	4
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	زينب سحيري	5
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	كروم خميستي	6
الأغواط	أستاذ محاضر أ	فتيحة جنخدم	7
خمس مليانة	أستاذ محاضر أ	صليحة لعزالي	8

ملحق (03)

مقياس جودة الحياة في صورته النهائية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية (التكوين ما بعد التدرج).

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

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

وشكرا على تعاونكم

المعلومات الأساسية

1/ الجنس : ذكر أنثى

2/ درجة الإصابة بالتوحد: خفيفة متوسطة عميقة

3/ المستوى الاقتصادي للأسرة : منخفض متوسط مرتفع

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أشعر بصداع مستمر				
02	أشعر بالرضا عن نفسي				
03	أشعر بالرضا اتجاه أسرتي				

				أملك من المال ما يكفي ويكفي أسرتي	04
				أتناول بعض الأدوية	05
				أشعر بالتفاؤل اتجاه مستقبل ابني الصحي	06
				تمتاز علاقتي الاجتماعية بالإيجابية	07
				أشعر بالرضا عن المكان الذي أعيش فيه	08
				ألتزم بنظام غذائي صحي	09
				أواجه مواقف الحياة بقوة إرادة وهدوء أعصاب	10
				أشعر بالتباعد بيني وبين ابني المصاب بالتوحد	11
				لا يهمني ما أصرفه من مال لكي تتحسن حالة ابني	12
				أشعر أن نمومي مضطرب بسبب ابني	13
				أشعر بالاستقرار النفسية	14
				أجد احتراماً وتقديراً في وسطي الاجتماعي	15
				أقتصد بعض المال لدفع مستحقات علاج وتأهيل ابني المصاب بالتوحد	16
				أشعر بالحيوية والنشاط	17
				تراودني أفكار غريبة لا أعرف مصدرها	18
				أشعر بالرضا عن علاقتي بزوجي	19
				يقلقني ارتفاع التكاليف المادية لتأهيل أطفال التوحد	20
				أنا راضية عن صحتي الجسدية	21
				أتغلب على مشاعر الحزن واليأس التي تتابني في بعض الأحيان	22
				لدي اتجاه نحو الانعزال ورفض العلاقات الاجتماعية بعد إصابة ابني بالتوحد	23
				أوفر بعض المال تحسباً لأمر طارئة	24
				أعرض أحياناً للإصابة ببعض الأمراض	25
				أشعر بالتوتر وعدم الارتياح عندما أتعامل مع ابني	26
				أجد من يهتم بحالتي ابني ويتابعه بكل باهتمام	27

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

ملحق (04)

مقياس قلق المستقبل لزينب شقير

الرقم	العبرة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أؤمن بالقضاء والقدر، وأن القدر يحمل أخبار سارة في المستقبل					
2	التفوق يدفعني دائما لمزيد من العمل والكفاح لتحقيق مستقبل باهر					
3	يراودني فكرة أنني سأصبح شخصا عظيما في المستقبل					
4	لدي طموحات وأهداف واضحة في الحياة وأعمل لمستقبل طفلي وفقا لخطة رسمتها لنفسني، وأعرف كيف أحققها					
5	الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معينة يضمن لي مستقبل آمن					
6	الأفضل أن تعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا وتعمل لآخرتك كأنك تموت غدا					
7	أشعر أن الغد (المستقبل) سيكون يوما ما مشرقا، وستحقق آمالي					
8	أمل في الحياة كبير، لأن طول العمر يبلغ الأمل					
9	يخيبني الزمن مفاجآت سارة، ولا يأس في الحياة ولا حياة مع اليأس					
10	حياتي مملوءة بالحيوية والنشاط والرغبة في تحقيق الآمال					
11	يمتلكني الخوف والقلق والحيرة عندما أفكر في المستقبل وأنه لا حول له ولا قوة في المستقبل					
12	يدفعني الفشل إلى اليأس وفقدان الأمل في تحقيق مستقبل					

					أفضل	
					أنا من الذين يؤمنون بالحظ ويتحركون على أساسه	13
					أفضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل، وترك الحياة تمشي زي ما تمشي	14
					تمضي الحياة بشكل مزيف ومخزن ومخيف مما يجعلني أقلق وأحاف على المستقبل المجهول	15
					أشعر بالفراغ واليأس وفقدان الأمل في الحياة وأنه من الصعب إمكانية تحسنها مستقبلا	16
					أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريبا بسبب كثرة الحوادث هذه الأيام	17
					أشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) تجعلني أخاف أن أكون غير جذاب (لا يتقبلني) أمام الآخرين	18
					ينتابني شعور بالخوف والوهم من إصابتي بمرض خطير أو (حادث) في أي وقت.	19
					الحياة مملوءة بالأمراض والإعاقات تجعل الفرد يتوقع الخطر لنفسه ولأطفاله في أي وقت	20
					كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة وسوء التوافق مستقبلا	21
					غلاء المعيشة وانخفاض الدخل وانخفاض العائد المادي يقلقني على مستقبل	22
					المستقبل غامض ومبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الصعب (من العبث) أن يرسم الشخص خطة للأمور الهامة من مستقبله	23
					ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أظل محتفظا بأمل في الحياة وأتفاءل بأن طفلي سيكون في أحسن حال	24
					أشعر بالقلق الشديد عندما أتخيل إصابتي في حادث(أو	25

					حدث لي بالفعل)، (أو حدث لشخص يهمني).	
					يغلب علي تفكير الموت في أقرب وقت خاصة عندما أصاب بمرض (أو يصاب أحد أقاربي).	26
					أنا غير راضية عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل	27
					أشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف ولا معنى ولا مستقبل واضح.	28

مقياس قلق المستقبل المعدل من قبل ريمة سالم البلوي

الرقم	العبارة	أبدا	نادر	أحيانا	غالبا	دائما
1	أؤمن بالقضاء والقدر، وأن القدر يحمل أخبار سارة في المستقبل					
2	التفوق يدفعني دائما لمزيد من العمل والكفاح لتحقيق مستقبل باهر					
3	يراودني فكرة أن طفلي المصاب بالتوحد قد يصبح شخصا عظيما في المستقبل					
4	لدي طموحات وأهداف واضحة في الحياة وأعمل لمستقبل طفلي وفقا لخطة رسمتها لنفسني، وأعرف كيف أحققها					
5	الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معينة يضمن لطفلي مستقبل آمن					
6	الأفضل أن تعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا وتعمل لآخرتك كأنك تموت غدا					
7	أشعر أن الغد (المستقبل) سيكون يوما ما مشرقا، وستحقق آمالي في طفلي					
8	أملي في الحياة كبير، لأن طول العمر يبلغ الأمل					
9	يجيء الزمن مفاجآت سارة، ولا يأس في الحياة ولا حياة مع اليأس					
10	حياتي مملوءة بالحيوية والنشاط والرغبة في تحقيق الآمال لطفلي					
11	يمتلكني الخوف والقلق والحيرة عندما أفكر في مستقبل					

					طفلي وأنه لا حول له ولا قوة في المستقبل	
					يدفعني الفشل إلى اليأس وفقدان الأمل في تحقيق مستقبل أفضل لطفلي	12
					أنا من الذين يؤمنون بالحظ ويتحركون على أساسه	13
					أفضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل، وترك الحياة تمشي مثلما تمشي	14
					تمضي الحياة بشكل مزيف ومخزن ومخيف مما يجعلني أقلق وأخاف على مستقبل طفلي المجهول	15
					أشعر بالفراغ واليأس وفقدان الأمل في الحياة وأنه من الصعب إمكانية تحسنها مستقبلا	16
					أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريبا بسبب كثرة الحوادث هذه الأيام	17
					أشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) تجعلني أخاف أن أكون غير جذاب (لا يتقبلني) أمام الآخرين	18
					ينتابني شعور بالخوف والوهم من إصابتي بمرض خطير أو (حادث) في أي وقت.	19
					الحياة مملوءة بالأمراض والإعاقات تجعل الفرد يتوقع الخطر لنفسه ولأطفاله في أي وقت	20
					كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة وسوء التوافق لطفلي مستقبلا	21
					غلاء المعيشة وانخفاض الدخل وانخفاض العائد المادي يقلقني على مستقبل طفلي	22
					المستقبل غامض ومبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الصعب (من العبث) أن يرسم الشخص خطة للأمور الهامة من مستقبله	23
					ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أظل محتفظا بأمل في	24

					الحياة وأتفاءل بأن طفلي سيكون في أحسن حال	
					أشعر بالقلق الشديد عندما أتخيل إصابتي في حادث(أو حدث لي بالفعل)، (أو حدث لشخص يهمني).	25
					يغلب علي تفكير الموت في أقرب وقت خاصة عندما أصاب بمرض(أو يصاب أحد أقاربي).	26
					أنا غير راضية عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل	27
					أشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف ولا معنى ولا مستقبل واضح.	28

الملحق (06): صدق وثبات أدوات الدراسة

أولا- حساب الصدق لمقياس جودة الحياة

1-1 الصدق التمييزي:

Group Statistics

	المستوى 1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات 1	أعلى درجة	08	104,00	12,593	4,452
	أدنى درجة	08	55,63	5,208	1,841

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differen ce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ا ل د ر ج ا ت 1	Equal variances assumed	21,143	,000	10,04 1	14	,000	48,375	4,818	38,042	58,708
	Equal variances not assumed			10,04 1	9,327	,000	48,375	4,818	37,534	59,216

2-2 صدق الاتساق الداخلي:

Correlations						
		1المجموع	الحياة جودة الصحية	الحياة جودة النفسية	الحياة جودة الأسرية والاجتماعية	الحياة جودة المادية
المجموع	Pearson Correlation	1	,951**	,948**	,976**	,686**
أوع	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة الصدق ية	Pearson Correlation	,951**	1	,979**	,904**	,476**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,008
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة النفسية	Pearson Correlation	,948**	,979**	1	,913**	,440*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,015
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة الأسرية والاج تماعية	Pearson Correlation	,976**	,904**	,913**	1	,645**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة المادية	Pearson Correlation	,686**	,476**	,440*	,645**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,008	,015	,000	
	N	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	الحياة جودة الصحية	ع5	ع6	ع9	ع13	ع17
جودة الحياة الصدحية	1	,534**	,908**	,700**	,820**	,828**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)		,002	,000	,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع5	,534**	1	,290	,205	,521**	,176
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,002		,120	,278	,003	,353
N	30	30	30	30	30	30
ع1	,908**	,290	1	,608**	,732**	,913**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,120		,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع9	,700**	,205	,608**	1	,307	,652**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,278	,000		,099	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع13	,820**	,521**	,732**	,307	1	,492**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,003	,000	,099		,006
N	30	30	30	30	30	30
ع17	,828**	,176	,913**	,652**	,492**	1
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,353	,000	,000	,006	
N	30	30	30	30	30	30
ع21	,886**	,805**	,762**	,553**	,785**	,599**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع25	,576**	,802**	,292	,438*	,345	,375*
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,001	,000	,117	,016	,062	,041
N	30	30	30	30	30	30
ع29	,535**	-,498**	,078	,083	,055	,072
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,001	,005	,683	,661	,773	,707
N	30	30	30	30	30	30
ع32	,356*	,648**	,112	,272	,062	-,233
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,040	,000	,557	,146	,744	,214
N	30	30	30	30	30	30
ع35	,760**	,716**	,527**	,565**	,606**	,485**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,001	,000	,007
N	30	30	30	30	30	30
ع37	,372*	,257	,361	,053	,273	,496**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,043	,171	,050	,783	,144	,005
N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	الحياة جودة النفسية	ع1	ع2	ع10	ع14	ع18
جودة الحياة النفسية	1	,380*	,930**	,844**	,941**	,840**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)		,038	,000	,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع6	,380*	1	,260	,460*	,352	,222
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,038		,165	,011	,056	,239
N	30	30	30	30	30	30
ع2	,930**	,260	1	,869**	,915**	,685**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,165		,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع10	,844**	,460*	,869**	1	,961**	,460*
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,011	,000		,000	,011
N	30	30	30	30	30	30
ع14	,941**	,352	,915**	,961**	1	,654**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,056	,000	,000		,000
N	30	30	30	30	30	30
ع18	,840**	,222	,685**	,460*	,654**	1
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,239	,000	,011	,000	
N	30	30	30	30	30	30
ع22	,915**	,211	,864**	,713**	,820**	,727**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,262	,000	,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع26	,880**	,211	,864**	,590**	,712**	,852**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,262	,000	,001	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع30	,921**	,283	,818**	,855**	,950**	,694**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,130	,000	,000	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30
ع33	,843**	,279	,627**	,483**	,682**	,947**
Pearson Correlation						
Sig. (2-tailed)	,000	,135	,000	,007	,000	,000
N	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		الأسرية الحياة جودة والاجتماعية	ع3	ع7	ع11	ع15
الحياة جودة الأسرية والاجتماعية	Pearson Correlation	1	,629**	,889**	,725**	,921**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30
ع3	Pearson Correlation	,629**	1	,830**	,108	,692**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,569	,000
	N	30	30	30	30	30
ع7	Pearson Correlation	,889**	,830**	1	,519**	,843**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,003	,000
	N	30	30	30	30	30
ع11	Pearson Correlation	,725**	,108	,519**	1	,503**
	Sig. (2-tailed)	,000	,569	,003		,005
	N	30	30	30	30	30
ع15	Pearson Correlation	,921**	,692**	,843**	,503**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,005	
	N	30	30	30	30	30
ع19	Pearson Correlation	,775**	,844**	,777**	,468**	,811**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,009	,000
	N	30	30	30	30	30
ع23	Pearson Correlation	,858**	,376*	,682**	,497**	,867**
	Sig. (2-tailed)	,000	,041	,000	,005	,000
	N	30	30	30	30	30
ع27	Pearson Correlation	,444*	,008	,100	,620**	,275
	Sig. (2-tailed)	,014	,967	,600	,000	,142
	N	30	30	30	30	30
ع31	Pearson Correlation	,855**	,487**	,760**	,577**	,875**
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30
ع34	Pearson Correlation	,809**	,325	,559**	,542**	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000	,080	,001	,002	,000
	N	30	30	30	30	30
ع36	Pearson Correlation	,496**	,048	,409*	,411*	,243
	Sig. (2-tailed)	,005	,801	,025	,024	,196
	N	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		الحياة جودة المادية	ع4	ع8	ع12	ع16	ع20
جودة الحياة المادية	Pearson Correlation	1	,913**	,709**	,834**	,826**	,753**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ع4	Pearson Correlation	,913**	1	,523**	,640**	,583**	,752**
	Sig. (2-tailed)	,000		,003	,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ع8	Pearson Correlation	,709**	,523**	1	,629**	,609**	,210
	Sig. (2-tailed)	,000	,003		,000	,000	,265
	N	30	30	30	30	30	30
ع12	Pearson Correlation	,834**	,640**	,629**	1	,852**	,412*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,024
	N	30	30	30	30	30	30
ع16	Pearson Correlation	,826**	,583**	,609**	,852**	1	,613**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
ع20	Pearson Correlation	,753**	,752**	,210	,412*	,613**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,265	,024	,000	
	N	30	30	30	30	30	30
ع24	Pearson Correlation	,908**	,859**	,573**	,816**	,625**	,656**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ع28	Pearson Correlation	,934**	,877**	,666**	,730**	,787**	,695**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2- الثبات

1-2 الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,966	37

2-2 الثبات عن طريق التجزئة النصفية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,960
		N of Items	19 ^a
	Part 2	Value	,898
		N of Items	18 ^b
	Total N of Items		37
Correlation Between Forms			,884
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,938
	Unequal Length		,938
Guttman Split-Half Coefficient			,903

ثانيا: حساب صدق وثبات مقياس قلق المستقبل

1 حساب الصدق لمقياس قلق المستقبل:

1-1 الصدق التمييزي:

Group Statistics

	المستوى 2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات 2	أعلى درجة	8	96,13	,835	,295
	أدنى درجة	8	45,88	2,475	,875

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
2الدرجات									
Equal variances assumed	1,678	,216	54,418	14	,000	50,250	,923	48,269	52,231
Equal variances not assumed			54,418	8,572	,000	50,250	,923	48,145	52,355

2-1 حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق المستقبل

Correlations

		2المجموع	المتعلق بالمشكلات الحياتية	الصحة قلق الموت وقلق	التفكير قلق في المستقبل	التشاؤمية النظرة للمستقبل	والقلق الوف الفشل من المستقبل في
2المجموع	Pearson Correlation	1	,933**	,980**	,903**	,967**	,949**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية	Pearson Correlation	,933**	1	,915**	,762**	,879**	,850**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
قلق الصحة وقلق الموت	Pearson Correlation	,980**	,915**	1	,905**	,934**	,889**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
التفكير قلق في المستقبل	Pearson Correlation	,903**	,762**	,905**	1	,832**	,838**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
النظرة التشاؤمية للمستقبل	Pearson Correlation	,967**	,879**	,934**	,832**	1	,936**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
الوف من والقلق في الفشل المستقبل	Pearson Correlation	,949**	,850**	,889**	,838**	,936**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

البعد الأول		المتعلق القلق بالمشكلات الحياتية	ف17	ف20	ف21	ف22	ف24
المتعلق القلق الحياتية بالمشكلات	Pearson Correlation	1	,792**	,924**	,828**	,687**	,786**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف17	Pearson Correlation	,792**	1	,701**	,542**	,167	,573**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,002	,378	,001
	N	30	30	30	30	30	30
ف20	Pearson Correlation	,924**	,701**	1	,836**	,591**	,634**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف21	Pearson Correlation	,828**	,542**	,836**	1	,673**	,397*
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000		,000	,030
	N	30	30	30	30	30	30
ف22	Pearson Correlation	,687**	,167	,591**	,673**	1	,517**
	Sig. (2-tailed)	,000	,378	,001	,000		,003
	N	30	30	30	30	30	30
ف24	Pearson Correlation	,786**	,573**	,634**	,397*	,517**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,030	,003	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

البعد الثاني		وقلق الصحة قلق الموت	ف10	ف18	ف19	ف25	ف26
قلق الصحة	Pearson Correlation	1	,949**	,890**	,928**	,972**	,938**
وقلق الموت	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف10	Pearson Correlation	,949**	1	,847**	,858**	,883**	,845**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف18	Pearson Correlation	,890**	,847**	1	,756**	,795**	,737**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف19	Pearson Correlation	,928**	,858**	,756**	1	,910**	,842**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف25	Pearson Correlation	,972**	,883**	,795**	,910**	1	,964**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف26	Pearson Correlation	,938**	,845**	,737**	,842**	,964**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

البعد الثالث	في التفكير قلق المستقبل	ف3	ف6	ف11	ف13	ف14	
التفكير قلق في المستقبل	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,731** 30	,731** ,000 30	,755** ,000 30	,952** ,000 30	,934** ,000 30	,592** ,001 30
ف3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,731** ,000 30	1 ,239 30	,239 ,204 30	,723** ,000 30	,805** ,000 30	-,359 ,051 30
ف6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,755** ,000 30	,239 ,204 30	1 ,639** 30	,639** ,000 30	,556** ,001 30	-,339 ,067 30
ف11	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,952** ,000 30	,723** ,000 30	,639** ,000 30	1 ,876** 30	,876** ,000 30	-,679** ,000 30
ف13	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,934** ,000 30	,805** ,000 30	,556** ,001 30	,876** ,000 30	1 ,622** 30	-,622** ,000 30
ف14	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,592** ,001 30	,359 ,051 30	,339 ,067 30	,679** ,000 30	,622** ,000 30	1 ,858** 30
ف23	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,860** ,000 30	,575** ,001 30	,537** ,002 30	,900** ,000 30	,808** ,000 30	-,863** ,000 30
ف28	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,814** ,000 30	,342 ,065 30	,677** ,000 30	,811** ,000 30	,754** ,000 30	-,863** ,000 30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

البعد الرابع	التشاؤمية النظرة للمستقبل	ف4	ف7	ف8	ف9	ف12	
التشاؤمية النظرة للمستقبل	Pearson Correlation	1	,953**	,815**	,724**	,709**	,711**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف4	Pearson Correlation	,953**	1	,696**	,549**	,561**	,732**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,002	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30
ف7	Pearson Correlation	,815**	,696**	1	,789**	,672**	,280
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,134
	N	30	30	30	30	30	30
ف8	Pearson Correlation	,724**	,549**	,789**	1	,852**	,221
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000		,000	,241
	N	30	30	30	30	30	30
ف9	Pearson Correlation	,709**	,561**	,672**	,852**	1	,188
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000		,320
	N	30	30	30	30	30	30
ف12	Pearson Correlation	,711**	,732**	,280	,221	,188	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,134	,241	,320	
	N	30	30	30	30	30	30
ف16	Pearson Correlation	,873**	,928**	,543**	,321	,365*	,832**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,084	,048	,000
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

البعد الخامس	من والقلق الوف المستقبل في الفشل	ف1	ف2	ف5	ف15
في الفشل من والقلق الوف المستقبل	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,388* 30	,839** ,030 30	,656** ,000 30	,866** ,000 30
ف1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,388* ,030 30	1 ,613** 30	,000 1,000 30	-,099 ,602 30
ف2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,839** ,000 30	,613** ,000 30	1 ,410* 30	,564** ,001 30
ف5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,656** ,000 30	,000 1,000 30	,410* ,025 30	1 ,410* 30
ف15	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,866** ,000 30	-,099 ,602 30	,564** ,001 30	,410* ,024 30
ف27	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,860** ,000 30	-,085 ,656 30	,547** ,002 30	,393* ,031 30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2- حساب الثبات

2-1 الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,963	28

2-2 الثبات عن طريق التجزئة النصفية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,875
		N of Items	14 ^a
	Part 2	Value	,968
		N of Items	14 ^b
	Total N of Items		28
Correlation Between Forms			,862
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,926
	Unequal Length		,926
Guttman Split-Half Coefficient			,893

الملحق (07):

*نتائج الدراسة

1- نتائج التساؤل الاستكشافي الأول:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
جودة الحياة الصحية	120	16	31	21,70	4,559
جودة الحياة النفسية	120	9	31	17,67	6,525
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	120	13	35	21,70	6,389
جودة الحياة المادية	120	9	23	19,47	4,413
المجموع 1	120	51	119	80,53	19,787
Valid N (listwise)	120				

2- نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
المتعلق القلق	120	7	19	13,10	4,271
الحياتية بالمشكلات وقلق الصحة قلق الموت	120	8	20	13,97	5,031
في التفكير قلق المستقبل	120	10	23	18,20	4,334
التشاؤمية النظرة للمستقبل	120	6	22	13,87	5,105
الفشل من والقلق الوفاء للمستقبل في	120	5	18	12,27	4,630
المجموع 2	120	45	97	70,83	21,724
Valid N (listwise)	120				

- نتائج الفرضية الأولى:

Correlations

		المجموع 1	المجموع 2
المجموع1	Pearson Correlation	1	-,862**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	120	120
المجموع2	Pearson Correlation	-,862**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		جودة الحياة المادية	جودة_الحياة	قلق_المستقبل
جودة الحياة الصحية	Pearson Correlation	.476**	.951**	-.814-**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	120	120	120
جودة الحياة النفسية	Pearson Correlation	.440**	.948**	-.876-**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	120	120	120
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	Pearson Correlation	.645**	.976**	-.851-**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	120	120	120
جودة الحياة المادية	Pearson Correlation	1	.686**	-.497-**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	120	120	120
جودة_الحياة	Pearson Correlation	.686**	1	-.862-**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	120	120	120
قلق_المستقبل	Pearson Correlation	-.497-**	-.862-**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	120	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4- نتائج الفرضية الثانية:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الصحية الحياة جودة	ذكر	81	22,04	4,357	,484
	أنثى	39	21,00	4,936	,790
النفسية الحياة جودة	ذكر	81	18,65	5,880	,653
	أنثى	39	15,62	7,358	1,178
الأسرية الحياة جودة والاجتماعية	ذكر	81	22,32	7,030	,781
	أنثى	39	20,41	4,610	,738
المادية الحياة جودة	ذكر	81	19,42	5,301	,589
	أنثى	39	19,56	1,353	,217
المجموع 1	ذكر	81	82,43	20,913	2,324
	أنثى	39	76,59	16,781	2,687

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
الحياة جودة الصحية	9,655	,002	1,169	118	,245	1,037	,887	-,720	2,794
			1,119	67,356	,267	1,037	,927	-,813	2,887
الحياة جودة النفسية	19,194	,000	2,439	118	,016	3,039	1,246	,571	5,507
			2,256	62,173	,028	3,039	1,347	,346	5,732
الحياة جودة الأسرية والاجتماعية	5,783	,018	1,543	118	,125	1,911	1,238	-,541	4,362
			1,778	107,016	,078	1,911	1,075	-,220	4,041
الحياة جودة المادية	34,980	,000	-,167	118	,868	-,144	,864	-1,855	1,566
			-,230	99,295	,819	-,144	,628	-1,390	1,101
المجموع 1	,030	,863	1,523	118	,130	5,842	3,835	-1,752	13,437
			1,645	91,719	,103	5,842	3,553	-1,214	12,898

3- نتائج الفرضية الثالثة:

Descriptives

1المجموع

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					خفيفة	20		
متوسطة	29	79,83	10,348	1,922	75,89	83,76	51	97
عميقة	71	75,48	17,155	2,036	71,42	79,54	51	97
Total	120	80,53	19,787	1,806	76,96	84,11	51	119

ANOVA

1المجموع

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9023,010	2	4511,505	14,051	,000
Within Groups	37566,856	117	321,084		
Total	46589,867	119			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: 1المجموع

LSD

(I) درجة الإصابة بالتوحد لتوحد	(J) درجة الإصابة بالتوحد	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
خفيفة	متوسطة	19,672*	5,208	,000	9,36	29,99
	عميقة	24,021*	4,536	,000	15,04	33,00
متوسطة	خفيفة	-19,672*	5,208	,000	-29,99	-9,36
	عميقة	4,349	3,949	,273	-3,47	12,17
عميقة	خفيفة	-24,021*	4,536	,000	-33,00	-15,04
	متوسطة	-4,349	3,949	,273	-12,17	3,47

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

4-نتائج الفرضية الرابعة:

Descriptives

1المجموع

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
منخفض	22	56,45	10,760	2,294	51,68	61,23	51	92
متوسط	68	81,32	14,778	1,792	77,75	84,90	59	119
مرتفع	30	96,40	17,787	3,247	89,76	103,04	64	119
Total	120	80,53	19,787	1,806	76,96	84,11	51	119

ANOVA

1المجموع

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20350,330	2	10175,165	45,370	,000
Within Groups	26239,537	117	224,270		
Total	46589,867	119			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: 1المجموع

LSD

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
منخفض	متوسط	-24,869*	3,673	,000	-32,14	-17,59
	مرتفع	-39,945*	4,204	,000	-48,27	-31,62
متوسط	منخفض	24,869*	3,673	,000	17,59	32,14
	مرتفع	-15,076*	3,282	,000	-21,58	-8,58
مرتفع	منخفض	39,945*	4,204	,000	31,62	48,27
	متوسط	15,076*	3,282	,000	8,58	21,58

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

7- نتائج الفرضية الخامسة:

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
بالمشكلات المتعلقة بالقلق الحياتية	ذكر	81	13,44	3,854	,428
	أنثى	39	12,38	5,008	,802
الموت وقلق الصحة قلق	ذكر	81	13,63	4,851	,539
	أنثى	39	14,67	5,382	,862
المستقبل في التفكير قلق	ذكر	81	17,53	4,416	,491
	أنثى	39	19,59	3,851	,617
للمستقبل التشاؤمية النظرة	ذكر	81	13,74	3,619	,402
	أنثى	39	14,13	7,346	1,176
في الفشل من والقلق الوفاء المستقبل	ذكر	81	12,37	4,091	,455
	أنثى	39	12,05	5,643	,904
2المجموع	ذكر	81	69,81	19,513	2,168
	أنثى	39	72,95	25,875	4,143

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
المتعلق بالقلق الحياتية	14,530	,000	1,277	118	,204	1,060	,830	-,584	2,704
			1,166	60,418	,248	1,060	,909	-,758	2,878
وفلق الصحة قلق الموت	8,466	,004	-1,058	118	,292	-1,037	,980	-2,978	,904
			-1,020	68,566	,311	-1,037	1,016	-3,065	,991
في التفكير قلق المستقبل	,631	,429	-2,490	118	,014	-2,059	,827	-3,696	-,422
			-2,613	85,149	,011	-2,059	,788	-3,626	-,492
للمستقبل التشاؤمية النظرة	195,339	,000	-3,388	118	,699	-,387	,999	-2,365	1,590
			-,312	47,094	,757	-,387	1,243	-2,888	2,113
من والقلق الوفاء المستقبل في الفشل	30,090	,000	,352	118	,725	,319	,906	-1,475	2,113
			,315	57,907	,754	,319	1,011	-1,706	2,344
2المجموع	44,379	,000	-7,739	118	,462	-3,134	4,242	-11,535	5,267
			-,670	59,539	,505	-3,134	4,676	-12,489	6,222

8- نتائج الفرضية السادسة:

Descriptives

2المجموع

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
خفيفة	20	59,90	21,928	4,903	49,64	70,16	45	96
متوسطة	29	63,17	14,533	2,699	57,64	68,70	45	97
عميقة	71	77,04	22,130	2,626	71,80	82,28	45	97
Total	120	70,83	21,724	1,983	66,91	74,76	45	97

ANOVA

2المجموع

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6829,855	2	3414,928	8,099	,001
Within Groups	49330,811	117	421,631		
Total	56160,667	119			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: 2المجموع

LSD

(I) درجة الإصابة بالتود د	(J) درجة الإصابة بالتود د	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
خفيفة	متوسطة	-3,272	5,968	,585	-15,09	8,55
	عميقة	-17,142*	5,198	,001	-27,44	-6,85
متوسطة	خفيفة	3,272	5,968	,585	-8,55	15,09
	عميقة	-13,870*	4,525	,003	-22,83	-4,91
عميقة	خفيفة	17,142*	5,198	,001	6,85	27,44
	متوسطة	13,870*	4,525	,003	4,91	22,83

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

9- نتائج الفرضية السابعة:

Descriptives

المجموع 2

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
منخفض	22	91,68	12,411	2,646	86,18	97,18	45	97
متوسط	68	68,01	21,023	2,549	62,93	73,10	45	97
مرتفع	30	61,93	19,328	3,529	54,72	69,15	45	97
Total	120	70,83	21,724	1,983	66,91	74,76	45	97

ANOVA

المجموع 2

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	12479,042	2	6239,521	16,712	,000
Within Groups	43681,625	117	373,347		
Total	56160,667	119			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: المجموع 2

LSD

(I) المستوى الاقتصادي ديلاً أسرة	(J) المستوى الاقتصادي ديلاً أسرة	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
منخفض	متوسط	23,667*	4,739	,000	14,28	33,05
	مرتفع	29,748*	5,424	,000	19,01	40,49
متوسط	منخفض	-23,667*	4,739	,000	-33,05	-14,28
	مرتفع	6,081	4,235	,154	-2,31	14,47
مرتفع	منخفض	-29,748*	5,424	,000	-40,49	-19,01
	متوسط	-6,081	4,235	,154	-14,47	2,31

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج الفرضية الثامنة

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.920 ^a	.846	.841	8.673

a. Predictors: (Constant), جودة الحياة المادية, جودة الحياة النفسية, جودة الحياة الأسرية والاجتماعية, جودة الحياة الصحية

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	47509.374	4	11877.344	157.883	.000 ^b
	Residual	8651.292	115	75.229		
	Total	56160.667	119			

a. Dependent Variable: قلق المستقبل

b. Predictors: (Constant), جودة الحياة المادية, جودة الحياة النفسية, جودة الحياة الأسرية والاجتماعية, جودة الحياة الصحية

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	80.238	8.510		9.429	.000
	جودة الحياة الصحية	5.880	.876	1.234	6.715	.000
	جودة الحياة النفسية	-6.246	.689	-1.876	-9.064	.000
	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	-.503	.408	-.148	-1.231	.221