جامعة ابن خلدون تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة لنيل شهـادة ماستر الطور الثاني ل.م.د

في علم النفس العيادي

مستوى الإلتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بقلق المستقبل

دراسة ميدانية بجمعية ضياء لأطفال التوحد و التريزوميا و صعوبات التعلم– تيارت–

إعداد الطالبة:

- **زيادة رشيدة**

إشراف الأستاذة:

د/بوكصاصة نوال

لـجنة المنـاقــشة

الأستاذ (ة)	الرتبة	الصفة
د.قايد عادل	أستاذ التعليم العالي	رئيـــسا
د.بوكصاصة نوال	أستاذ محاضر ب	مشرفا و مقـررا
د.بلباد أحمد	أستاذ محاضر أ	منـــاقشا

السنـــة الجامعية: 2021–2022م

كلمة الشكر

أولا وقبل كل شيء الحمد لله الذي أعانني و ألهمني و قدرني ووفقي حمدا و شكرا و أنعمهم علي بالعقل و الصحة و لإتمام هذا العمل.

و عرفنا بالفضل فإننا نتقدم بأسمى آيات اشكر و التقدير و العرفان للأساتذة "بوكصاصة نوال " التي أشرفت على هذه المذكرة بنصائحها و إنتقاداتها البناءة و خصصت لنا من وقتها الثمين .

كما لا أنسى تقديم الشكر الجزيل إلى جميع أساتذتي و على كل ما قدموه لي و ما بذلوه من جهد طيلة المشوار الدراسي

و أشكر كل من ساعدني من قريب و بعيد و لو بكلمة أو دعوة صالحة.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من يعجز اللسان عن وصف فضائلهم و مكارمهم :

إلى من رباني على الكلمة الصحيحة و الفكر الأصيل ،التي وضع الله الجنة تحت قدميها

إلى من أنارت لي طريق النجاح يدفئها و حنانها ، والتي طالما شجعتني على مواصلة مشواري الدراسي قرة عيني

–أمي الغالية –

إلى من قدس العلم و عمل جاهدا على إتمام دراستي الذي لم يبخل علي بنصائحه ، و الذي سهر علينا ووفر لنا كل ما نشتهيه على حساب نفيه و علمنا معنى الإجهاد و المثابرة

–أبي الغالي–

إلى إخوتي و أخواتي أغلى ما أملك و أفضل ارث أبوي : خيرة ، فتيحة ، فاطمة ،عبد الرزاق ، إحسان

إلى كل صديقاتي و زميلاتي في مشواري الدراسي : خديجة

إلى كل الأهل و الأقارب ، والى كل من شجعني على انجاز هذا لعمل و لو بكلمة طيبة

رشيدة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن وجود علاقة إرتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل. تكونت عينة الدراسة من (38) من أمهات أطفال التوحد والتي اختيرت بطريقة قصدية ، وقد تم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي لجمع البيانات تم فيه استخدام استبيان الالتزام العلاجي و استبيان قلق المستقبل. لمعالجة هذه البيانات بعد التفريغ ، قامت الطالبة بإجراء المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss. توصلت الدراسة لحالية على النتائج التالية :

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

الكلمات المفتاحية: الالتزام العلاجي، قلق المستقبل، التوحد.

Abstract :

The current study Aims revealed a correlation between the treatment commitments of autism children's mothers and the anxiety of the future. The study sample consisted of (38) mothers of autism children, which were randomly selected. A descriptive and correlated approach was used to collect data. The therapeutic commitment questionnaire and the future anxiety questionnaire were used to treat this data after discharge. The researcher used both descriptive and indicative statistics using the Social Sciences Statistical Package (SPSS) program and after statistical data processing.

The current study yielded the following results :

There is no correlation between the treatment commitment of mothers of autism children and the anxiety of the future

There are no differences in the level of therapeutic commitment of mothers of autism children due to the following variables (age, education, economic level).

There are no differences in the future anxiety level of mothers of autism children due to the variable (age, education, economic level).

keywords: therapeutic commitment, future anxiety, autism.

فهرس المحتويات

الشكر.....أ

الإهداء.....ب

ملخص الدراسة.....ج

فهرس المحتويات.....د

قائمة الأشكال و الجداول.....و

مقدمة **01**

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

1- الإشكالية..... **04**

2-الفرضيات..... **05**

3- أسباب اختيار الموضوع..... **06**

4 أهمية الدراسة..... **06**

5- أهداف الدراسة..... **06**

6- التعاريف الإجرائية..... **06**

7- الدراسات السابقة..... **07**

الفصل الثاني: الالتزام العلاجي
– تمهيد 16
1– تعريف الالتزام العلاجي.....16
2– العوامل المحددة للالتزام.....17
3– النماذج المفسرة للالتزام العلاجي.....20
4–أنواع عدم الالتزام العلاجي.....27
5– مراحل الالتزام العلاجي.....29
6– قياس الالتزام العلاجي.....30
7– أشكال الالتزام العلاجي.....31
8– أثار الالتزام العلاجي.....36
خلاصة الفصل.....37
الفصل الثالث: اضطراب التوحد و سيكولوجية الأمومة
تمهيد.....40
1– تعريف التوحد.....40
2– أعراض التوحد.....44
3– أسباب التوحد.....46

4- أنواع التوحد.....48
5- خصائص التوحد.....50
6- النظريات المفسرة للتوحد.....51

7- استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد.....52
8- دور الأسرة في علاج الطفل التوحد.....52
9- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحد.....52
خلاصة الفصل.....54
الفصل الرابع : قلق المستقبل
تمهيد.....56
1- تعريف القلق.....56
2- تعريف بعض علماء النفس للقلق.....57
3- أنواع القلق.....58
4- مستويات القلق.....60
5- أعراض القلق.....61
6- مفهوم قلق المستقبل.....63
7- سمات الأشخاص ذوي قلق المستقبل.....63

8- أسباب قلق المستقبل.....64
9- مظاهر قلق المستقبل 65
10- عوامل قلق المستقبل 66
خلاصة الفصل.....77
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
- تمهيد.....73
1- الدراسة الاستطلاعية.....73
2- الدراسة الأساسية.....79
2-1- المنهج المستخدم.....79
2-2- مجالات الدراسة.....80
2-3- حجم العينة ومواصفاتها.....80
2-4- الأدوات المستخدمة في الدراسة.....82
2-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....84
الفصل السادس : عرض و مناقشة النتائج
تمهيد.....86
1- عرض نتائج الدراسة.....90

2– مناقشة نتائج الدراسة.....**90**
- خاتمة **94**
- التوصيات و الاقتراحات.....**95**
- قائمة المراجع.....**97**
- الملاحق.....**104**

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	عناصر النموذج المعرفي	20
02	يمثل نموذج المعتقد الصحي السلوك الصحي الوقائي	23
03	يمثل ملخص لنموذج الاعتقاد الصحي في التنبؤ و شرح سلوك المريض	25
04	يمثل المشاركة في سلوك تعزيز الصحة	26
05	العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام	29
06	مراحل تقبل العلاج حسبProchaskaetDeclimeNte	31
07	يوضح أشكال تقبل العلاج	36
08	مخطط يوضح مستويات القلق	59
09	مخطط يوضح مظاهر قلق المستقبل	66

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أنواع عدم الالتزام حسب دراسة إكلينيكية	28
02	يبين توزيع العينة حسب متغير السن	74
03	يبين توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي	75
04	يبين توزيع العينة حسب متغير مستوى الاقتصادي	75
05	يبين التعديلات الناتجة عن صدق المحكمين	77
06	معاملات ارتباط فقرات استبيان الالتزام العلاجي والأبعاد التي تنتمي إليها	78
07	توزيع العينة حسب متغيرات السن	81
08	توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي	81
09	توزيع لعينة حسب متغير المستوى الاقتصادي	82
10	معاملات ارتباط بيرسون بين الالتزام العلاجي وقلق المستقبل	86
11	يبين الفروق في مستوى الالتزام العلاجي تعزى متغيرات السن،مستوى التعليمي، مستوى الاقتصادي	87
12	يبين المقارنة البعدية للفروق في مستوى الالتزام العلاجي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي	88
13	يبين الفروق في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير السن،مستوى التعليمي ، مستوى الاقتصادي	89

مقدمة

مقدمة:

حظيت الإعاقات الجسدية والعقلية الظاهرة بحظ وافر من الاهتمام إذ تمثل قضية الإعاقة ورعاية المعاقين مبدأ إنسانيا وحضاريا نبيلا يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق المعاقين وإتاحة الفرصة المتكاملة لهم للاندماج في المجتمع.

يعتبر التوحد لدى الجمعية الأمريكية لطب النفسي(2013) التوحد بأنه إعاقة نمائية عصبية تطورية تظهر دائما في الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل نتيجة للاضطرابات العصبية التي توتر على وظائف المخ و تداخل هذا الإضطراب مع نمو الطبيعي للطفل في الأنشطة العقلية و التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي .

يحتاج الطفل التوحدي رعاية كبيرة متعددة التخصصات، لتعقد اضطراب التوحد وتأثير هاته الإعاقة على جوانب متعددة من حياة الطفل، ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط فإنه يؤثر على الأسرة ككل خاصة الأم باعتبارها الشخص الوحيد الذي يقضي مع الطفل أكبر قدر من المدة الزمنية. فلأم تواجه العديد من الصعوبات بعدم استجابة الطفل التوحدي، فتحتاج إلى مساعدة تسهل عليها التفاعل مع طفلها و تلبية حاجات و الرعاية الخاصة به و هذا الأخير ينتج قلق على مستقبله، وهذا ما أوضحته دراسة Marco Colizzi, Elena Sironi, Federico (2020) حول الصعوبات التي يواجهها الأولياء أطفال التوحد،توصلت الدراسة إلى ارتفاع صعوبات في تسيير النشاطات اليومية ، 41% أظهروا مشاكل سلوكية بالرغم من تلقي الأطفال العناية اللازمة والكافية. زد على ذلك الدراسة التي قام بها الحزيمي طلال(2021)والتي توصل فيها إلى 94% من الآباء صرحوا بمستوى عالي من الضغط أثناء فترة الحجر الصحي 78% من الأولياء صرحوا بتأثر حالتهم العاطفية.

في الواقع عديدة هي الدراسات التي تناولت التحديات التي تواجها أسرة الطفل المتوحد في التكفل به ورعايته وصعوبة الرحلة الطويلة للعلاج، يجعنا نتساءل من خلال هاته الدراسة عن

تأثير هاته التحديات في مستوى الالتزام بالعلاج خاصة لدى الأم ومدى إتباعها التعليمات الطبية الموصى بها في البروتوكول العلاجي. هذا الالتزام الذي يمكن له هو الآخر أن يتأثر بعدة عوامل منها عوامل تعدو لطبيعة شخصية الأم والمخاوف التي لديها حول حالة ابنها الصحية والنفسية خاصة.

قلق المستقبل يعد نوعا من قلق الذي يشكل خطر على صحة الأفراد بحيث يظهر نتيجة ظروف الحياة الصعبة و المعقدة،تزداد ضغوط الحياة و مطالب العيش و قد يكون هذا القلق ذو درجة عالية فيؤدي إلى اختلاف في توازن الفرد مما يكون له أكبر الأثر على الفرد سواء على الناحية العقلية أو الجسمية أو السلوكية.

فالتوترات المستقبلية لدى أم الطفل التوحدي يترتب عليه التزامات علاجية التي هي عامل مم في تعزيز استقلالية و مسؤولية المريض و السماح باستعادة الصحة و الشفاء إذ يشمل البحث عن العناية الطبية و تناول الأدوية بشكل مناسب و حضور المواعيد المتابعة و تنفيذ التعديلات السلوكية (عبد الصمد،2020،ص26)

لقد شملت الدراسة الحالية على جانبين نظري و جانب ميداني بدأنا بمقدمة الدراسة ثم مدخل الدراسة تتضمن إشكالية الدراسة، و فرضياتها ،أهدافها ،و أهميتها ، تعاريف إجرائية للمتغيرات ، دراسات سابقة إما الجانب النظري تمثل ثلاثة فصول ، الفصل الأول الالتزام العلاجي ، العوامل المحددة له،النماذج المفسرة له،أنواع،أنواعه ،مراحله،قياسه، أشكاله ، أثاره و الفصل الثاني اضطراب التوحد و أعراضه ،أسبابه ، أنواعه ، خصاصة ، النظريات المفسرة له ، استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد ،أهمية دور الأم و الفصل الثالث القلق ،أنواعه ، مستوياته ، أعراضه ، سمات الأشخاص ذوي قلق المستقبل ، أسبابه ، مظاهره ، عوامله . أما الجانب الميداني تضمن مجالات الدراسة الزمانية و المكانية ، و المنهج ، العينة ، و مناقشة النتائج و توصلنا إلى مجموعة من الاقتراحات و التوصيات .

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1- الإشكالية

2- فرضيات

3- أسباب اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- تحديد المفاهيم الإجرائية

7- الدراسات السابقة

1- الإشكالية :

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية الشاملة التي تتضمن خلل في جميع جوانب الأداء النفسي بما فيه ذلك الانتباه و الإدراك و التعلم و اللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع و المهارات الحركية (وليد السيد أحمد،2010، 11)

وفي هذا الصدد تشير جميع الأبحاث والدراسات على أن الأسر التي أحد أفرادها من ذوي الاحتياجات الخاصة تعيش تحت ظروف ضاغطة نفسيا واجتماعيا و اقتصاديا، فقد أسفرت نتائج الدراسة راف الله بوشعايرية وفتحي الدايخ الطاهر(2017) بعنوان الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى أباء وأمهات أطفال التوحد أنه توجد فروق في مستوى الضغط النفسي بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، كما توصل الثيابي يوسف (2020) أن الأولياء خاصة الأمهات يجدون صعوبة في تهدئة أطفالهم ، كما صرحوا بالصعوبة التي تلقوها في إيجاد الألعاب والنشاطات التي تساعدهم على التعلم والتدرب.

وتماشيا مع هدف الدراسة، فإن الأم التي يعاني ابنها من التوحد تتأثر بكل جوانب حياتها بذلك سواء الاجتماعية منها المهنية، العلائقية والزوجية إذ يخلق لديها ضيق نفسي يتضح في مخاوف على ابنها لضعفه في العلاقات مع الآخرين وانعزاله وإفراط في الانطواء وعدم الارتباط بالآخرين حتى أقرب الناس وهم والديه إلا أنه يستجيب ويتفاعل مع البيئة التي لا حياة فيها، ويكون انفعاله حاد لأي تغيير طفيف في البيئة من حوله مثل: ترتيب داخل البيت ويتجنب سلوك التحديق والاتصال بالعين والتعرف الوجهي (محمد كامل، 2003ص 10)

عدم قدرة الطفل التوحدي على التواصل الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين يجعله طفلا مختلفا بمعنى أن يثير لدى والدته بشكل خاص أشكال مختلفة من القلق من بينها قلق المستقبل و يعد نوع من أنواع القلق بحيث ترى عبد الباقي أن قلق المستقبل هو أحد أنواع القلق المرتبط بتوقع الفرد للأحداث المستقبلية خلال فترة زمنية أكبر و عندما يفترض الإنسان مستقبله فانه

يحتمل حاضره و يتخيل ماضيه، فالماضي و الحاضر يتداخلان في التنبؤ بالأحداث و الأعمال المستقبلية. (القاضي،2009،ص 29)

نعتقد أن هاته المخاوف وإنشغالات حول مستقبل طفلها مما يجعل الأم يمكن أن تكون لها علاقة بشكل أو بآخر بمدة التزام الأم بتوصيات الفريق الطبي وتتقيد بالقواعد والتعليمات التي يضعها الأخصائي المتكفل بالطفل،باعتبارها الشخص الوحيد الذي يتكفل باستجابة طفلها لحاجاته النفسية والبيولوجية والاجتماعية، وهذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية التساؤل حول إمكانية وجود علاقة إرتباطية بين الالتزام العلاجي وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.

وبناءا على ما تم ذكره جاءت الدراسة الحالية للإجابة على التساؤل التالي:

-التساؤل الرئيسي:

- هل توجد علاقة إرتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل؟

- التساؤلات الفرعية:

- هل هناك فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تغزي المتغير (السن ، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي)؟

- هل هناك فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد و تغزي لمتغير (السن ، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي) ؟

2- الفرضيات:

- توجد علاقة إرتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل.

- الفرضيات الفرعية :

- توجد فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي.

- توجد فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن ، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي.

3- أسباب اختيار الدراسة:

- الكشف عن صعوبة معايشة الأمهات لظروف التكفل و العناية بالطفل المتوحد.

- أهمية موضوع الدراسة من متغير الالتزام العلاجي حيث أن هناك قلة المواضيع التي تناولت الموضوع حسب إطلاع الباحثة.

4- أهمية الدراسة:

- قلة الدراسات التي تناولت موضوع الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد حسب إطلاع الباحثة، لذا جاءت هذه الدراسة لإثراء الجانب النظري فيما يتعلق بموضوع الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد

- معرفة إلى أي مدى يؤثر قلق المستقبل في الالتزام العلاجي.

5- أهداف الدراسة:

- الكشف عن طبيعة العلاقة بين الالتزام العلاجي وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن وجود فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي.

– الكشف عن وجود فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن ، المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي.

6- التعاريف الإجرائية:

– **الالتزام العلاجي:** هو فعل ذاتي تمتثل فيه أمهات أطفال التوحد إلى تعليمات الفريق الطبي وإتباع إرشادات وطرق الرعاية الصحية التي يضعها الأخصائي النفساني للحالة في عملية التكفل من أجل تحقيق أهداف الرعاية النفسية.

– **قلق المستقبل:** هو حالة انفعالية مضطربة غير سارة تحدث للفرد من وقت لأخر ، تتميز هذه الحالة بعدة خصائص منها :شعور بالخوف و التوتر و الضيق و عدم الارتياح و فقدان الأمن النفسي اتجاه الموضوعات التي تهدد كيانه أو قيمته ، يقترن بتوقع و ترقب خطر مجهول يمكن حدوثه في المستقبل

7- الدراسات السابقة:

– الدراسات العربية:

– **دراسة لكحل رفيقة(2011):** بعنوان تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم –باتنة– هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم على تحسين الالتزام الصحي. و قد تمت الدراسة على عينة من المصابين بارتفاع ضغط الدم. تكونت العينة من 120 فرد تتراوح أعمارهم من 30 إلى 100 سنة وبمتوسط عمر يقدر ب 59.35 وتم تقسيم العينة التجريبية تكونت من 63 فرد و عينة ضابطة 57 فرد و تم إجراء تطبيق قبلي، يقيس الدرجات الالتزام الصحي باستبيان معد من طرف الباحثة، و تطبيق بعدي يقيس نفس الخاصية و بنفس الأداة و ذلك بعد إخضاع

العينة التجريبية لعملية تعليم معززة بمطوية تحوي معلومات مكتوبة تخص ارتفاع ضغط الدم و توصلت إلى النتائج التالية:

– إن مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم ضعيف .

– كما إن تعليم المرضى يحسن درجة الالتزام الصحي.

– مستويات الالتزام الصحي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم تختلف باختلاف المستوى التعليمي ووجود المضاعفات أو عدمها.

– لا يوجد فروق في الالتزام الصحي تبعا للجنس وتبعا لاختلاف المستوى الاقتصادي.

– **دراسة صبيحة عدودة(2015)** : بعنوان الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. وشملت الدراسة عينة قوامها 129 فردا تراوحت أعمارهم بين 16–80 سنة، وتم الاعتماد على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارترز (Relf–Schwarzer) من ترجمة سامر جميل رضوان ومقياس الالتزام بالعلاج من تصميم الطالبة ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

– يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بكفاءة ذاتية مرتفعة.

– ليست هناك القدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

– لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومحاور الالتزام بالعلاج.

- **دراسة حاجة تيطراوي(2016):** بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب. هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة التي تربط بين مصدر الضبط الصحي الداخلي و درجات تقبل العلاج لدي عينة الدراسة النساء و المتأخرات في الإنجاب و من جهة أخرى الكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد عينة الدراسة – النساء المتأخرات في الإنجاب– في متوسطات مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي (متعلمة/غير متعلمة) و تم تطبيق مقياس الضبط الصحي على عينة شملت 60 امرأة التي دامت 14 يوم. وتوصلوا إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة إرتباطية طردية بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

- توجد علاقة إرتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي للحظ وتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب.

–لا يوجد فرق بين متوسطات مصدر الضبط الصحي لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب لمتغير المستوى التعليمي (متعلم/غير متعلم)

- **الدراسات الأجنبية:**

- **دراسة (Sidynedseck2008):** بعنوان الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن و غير الخاضعين لتصفية الدم – بصحراء إفريقيا–. هدفت الدراسة إلى تقييم الانضباط الصحي لدى المرضى المصابين لأمراض الكلى مزمن وغير الخاضعين للتصفية من جهة ومن جهة أخرى التعرف على أهم الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي، وتم تطبيق مقياس الانضباط الصحي على عينة شملت 124 مريض وكانت الدراسة تتبعه خلال 3 أشهر، قد تم حساب نسبة الانضباط الصحي بالنسبة المئوية لمقدار

الأدوية المتناولة خلال أربع أسابيع، بالإضافة إلى استخدام عينة شاهدة (لدينا انضباط صحي جيد) وكانت النتائج كالأتي:

– نسبة الانضباط الصحي منخفضة.

– العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي: التعقيد في استعمال مقادير الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات، مضاعفات المرض، استعمال العلاجات البديلة بالإضافة إلى السعر الباهض للدواء. (الحاجة ،2016، ص 18)

– **دراسة Efnosini (2016):** حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري، النوع الثاني، وكذلك العلاقة بين الالتزام وجودة الحياة. هذه الدراسة وصفية وقد أجريت في مستشفى مقاطعة شمال اليونان في فيريا. كانت العينة التي تم فحصها ملائمة وكانت تتكون من 108 مريضا مصاب بداء السكري من النوع الثاني زاروا العيادة الطبية كمرضى خارجين. تم جمع البيانات عبر استبيان يتكون من ميزانين. تضمن الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين، العنوان "استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري" والذي يقيس الامتثال للعلاج، بالعلاج لدى عينة الدراسة، وعدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر، و لم يؤثر مستوى تعليم المرضى لدى مرضى السكري النوع الثاني. (عبد الصمد، 2019، ص 20)

– **التعقيب على الدراسات السابقة:**

أظهرت الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها إلى وجود اهتمام مشترك مع دراستنا في الالتزام العلاجي لدى فئة من الأمراض المزمنة كالمصابين بالكلى ،مرضى ارتفاع ضغط الدم (لكحل رفيقة 2011) و دراسة صليحة عدودة) (2015 لمرضى القصور الشريان التاجي ،

والإلتزام العلاجي لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب لدراسة الباحثة حاجة تيطراوي(2016)ولدى أمراض السكر لدراسة (2016Efnosin)،حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي الإرتباطي و تباينت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسات مقياس الالتزام العلاجي كما تشير أغلب نتائجها إلى معرفة مستوى الالتزام العلاجي و العلاقة الإرتباطية فيما تحاول الدراسة الحالية أن تشمل دراسة الفروق في الإلتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد المتعلقة بمتغير لسن و المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي .

- دراسات قلق المستقبل:

الدراسات العربية:

- **دراسة الفاغوري (2007):** بعنوان قلق لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين. هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود فروق في قلق المستقبل لدى ذوي الإعاقة والعاديين يشمل المجتمع الأصلي كل من ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين الذين يقطنون في مدينة الحجر الأسود في محافظة ريف دمشق بلغت مجموعة العينة (100) شملت 49 من ذوي الاحتياجات الخاصة (21 ذكور و28 إناث) و 51 عاديين (25 ذكور و26 إناث) والذين تمتد أعمارهم ما بين 15 و16 سنة، وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية وكانت النتائج كالأتي:

ذوي الإعاقة هم أكثر قلق في المجال الإقتصادي من العاديين، وفي مجال التعليم فما العاديون أكثر قلق من المعاقين. كذلك المعاقون كانوا كثر من العاديين ولا توجد ذات دلالة إحصائية بين الذكور العاديين والإناث العاديين لقلق المستقبل، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل بين أفراد العينة بالنسبة لمتغير الحالة الاقتصادية للأهل.

- **دراسة ريما سالم البلوي (2013):** بعنوان مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية بجامعة مؤتة. هدفت

الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحيديين وعلاقته ببعض المتغيرات (النوع الاجتماعي للطفل التوحدي، المؤهل العلمي للام. شدة درجة الإعاقة) تكونت العينة من 50 ممن لديهم أطفالا متوحدين تم تطبيق استبيان قلق المستقبل على أفراد العينة الدراسية مما أظهر ارتفاعا لقلق المستقبل لدى أمهات أطفال المتوحديين. وأظهرت وجود اختلاف في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال التوحديين يعزى لمتغير النوع الاجتماعي ولصالح الإناث و لمتغير شدة و درجة الإعاقة و لصالح الإعاقة الشديدة، كما أظهرت النتائج عدم وجود اختلاف مستوى قلق المستقبل لدى الأمهات للمؤهل العلمي و قامت الدراسة ببناء برامج إرشادية لخفض مستوى قلق المستقبل لدى الأمهات.

- **دراسة حمداوي نور الهدى (2018):** بعنوان مؤشرات قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا –مسيلة– هدفت الدراسة للكشف عن مؤشرات قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا عبر المقابلة نصف موجهة و مقياس قلق المستقبل لزينب محمود الشقير (2005) وللتعرف على ظهور مؤشرات قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا. اتبعت المنهج العيادي القائم على تقنية دراسة حالة، التي بلغت 3 حالات تم اختيارها بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم ما بين (40-60 سنة) من أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا، والتي أسفرت على النتائج التالية:

- ظهور مؤشرات قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا في الخوف من المشكلات المستقبلية.

- ظهور الخوف من المشكلات المستقبلية لدى أمهات الأطفال المتخلقين ذهنيا (الانزعاج من المواقف المتقلبة)

- ظهور قلق التفكير في المستقبل لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا (النظرة السوداوية. مستقبل الطفل الغير واضح بالنسبة للأم).

الدراسات الاجنبية:

– **دراسة هيمان Himan (2002)**:كانت الدراسة حول آباء الأفراد المعوقين، المرونة و التعامل و التوقعات المستقبلية، هدفت الدراسة إلى التعرف على توقعات الآباء و مخاوفهم بالنسبة لمستقبل أبنائهم المعوقين، و ذلك بالتعرف على كيفية التعامل معهم و قد تكونت عينة الدراسة من 32 فردا من آباء الأفراد المعوقين بمعدل 50% من آباء المعوقين عقلية 22% من أباء الأفراد الإعاقة الجسمية 22% من أباء الأفراد ذوي صعوبات التعلم و قد تراوحت أعمار الآباء من (31 إلى 57) سنة و أعمار الأفراد المعوقين من (16 إلى 17) سنة و قد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها:

– أن الآباء يشعرون بالقلق و المخاوف بشأن مستقبل أبنائهم المعوقين و قد تباينت هذه المخاوف و بالرغم من ذلك أكثر المخاوف التي كانت تقلق الآباء من شأن المستقبل أطفالهم المعوقين هي القلق حول إدراج الطفل في المجتمع ، و القلق حول تعليم الطفل و مستقبله المهني و استقلاله الاقتصادي و قدرته في الاعتماد على ذاته في بناء الأسرة. (زيان و بلحول، 2018،ص 20)

– **دراسة آري Ari (2011)**: هدفت إلى الكشف عن قلق المستقبل والهوية النفسية وأنماط التعاطف لدى طلبة مرحلة الثانوي والكليات، وتكون العينة من 1525 طالبا وأظهرت نتائج الدراسة وجود الفروق ذات دلالة إحصائية بين بعدي الاكتشاف والالتزام في وجود مستوى الحمية القلق من المستقبل و إنخفاض في مستوى المخاوف و القلق من المستقبل بضعف العلاقة مع الآخرين و عدم القدرة على لعيش في بيئة اجتماعية. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمصالح الإناث في مجال الالتزام ولصالح الذكور في مجال الاستكشاف. و وجود فروق في تدني المخاوف و قلق من المستقبل لدى الذكور مقارنة

بالإناث خاصة في المجالين الاقتصادي و التعليمي فهي التعليم الأفضل. (شحدة، 2019، ص 3)

- التعقيب على دراسات قلق المستقبل:

من خلال ما تم عرضه في الدراسات السابقة من أدوات تناولت من متغيرات الدراسة وارتباطها مع الدراسة الحالية.

ففي دراستنا استخدمنا مقياس قلق المستقبل و أيضا الدراسات استخدمت مقياس قلق المستقبل و كان أيضا تشابه و اختلاف في العينة حيت استخدمنا عينة أمهات أطفال التوحد فهناك من استخدمت نفس العينة لدراسة الباحثة ريما سالم البلوي (2013) و الأخرى استخدمت لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا (لدراسة حمداوي نور الهدى (2018) و دراسة الفاغوري لعينة ذوي الإحتياجات الخاصة و العاديين و استخدمت نفس الأدوات و هي أداة الإستبانة إلا دراسة حمداوي نور الهدى كانت دراسة عيادية لثلاث حالات و في دراستنا هذه هدفت إلى معرفة فروق مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن و المستوى الإقتصادي و المستوى التعليمي.

الفصل الثاني

الالتزام العلاجي

تمهيد

1- تعريف الالتزام العلاجي.

2- العوامل المحددة في الإلتزام العلاجي.

3- النماذج المفسرة للعلاج.

4- أنواع عدم الإلتزام العلاجي.

5- مراحل الالتزام الإلتزام العلاجي.

6- قياس الالتزام العلاجي.

7- أشكال عدم الإلتزام العلاجي.

8- آثار الإلتزام العلاجي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر الالتزام الصحي قضية من القضايا الرئيسية في الصحة العامة، وذلك لم له من تأثير حاسم ودور أساسي في العملية العلاجية والمتابعة الصحية، نظرا لانعكاساته على مختلف جوانب حياة المرضى لان الالتزام يدل على فاعلية مشاركة المريض و إلتزامه بكل ما هو مطلوب منه في سبيل الحفاظ على النتيجة الصحية المرغوب فيها و الارتقاء بالصحة إلى ما هو أفضل، و قد يتأثر الالتزام الصحي بالعديد من العوامل و الأسباب ذات العلاقة بالمريض و المرض و السيرورة العلاجية و الظروف الاقتصادية و الاجتماعية.

1- تعريف الالتزام العلاجي:

أ-**لغة:** الالتزام كلمة فرنسية، يعرفها قاموس أكسفورد معناها الأساسي" حالة أو حقيقة الإتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير ".

عملية إتباع تعليمية، عادة سلوك التقيد Observance فيعرف قاموس (Larouss) الكلمة: التقيد بقواعد توجيهية و بالتالي احترام التعليمات و التوجيهات التي يحددها الطبيب.(بشرى و بيكي، 2015،ص 35).

أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعان للكلمة منها: الانضباط، الامتثال، الالتزام، الانصياع، الملائمة، التقبل.... وقد اخترنا مصطلح تقبل لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع، أي المريض له دور في العملية العلاجية.(الحاجة، 2015، ص 53)

ب- لالتزام العلاجي اصطلاحا:

عرفه Haymes(1979) بمثابة درجة اتفاق سلوكيات المريض مع الإرشادات المتعلقة بالدواء أو الصحة و تعتبره المنظمة العالمية للصحة OMS(2003) بمثابة الإجراء الذي

تماثل بموجبه سلوكات المصاب. الالتزام بالحمية الغذائية و تعديل أسلوب الحياة توصيات قائمة على الرعاية الصحية (الطبيب المصاب). (لوالي،2020، ص 29).

2- العوامل المحددة في الالتزام العلاجي:

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

- عوامل مرتبطة بالمصاب.
- عوامل مرتبطة بالمرض.
- عوامل مرتبطة بالدواء.
- العلاقة الطبيب/ المصاب.

2-1 العوامل المرتبطة بالمصاب: يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها تخضع خلالها تمثيلات المصاب، ونشاطاته، ورغباته للتوتر وتفادي ملاءمتها من قبل المصاب نفسه تبعا لهذه الوضعية، والتي تفرض عليه أدوار إجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة.ذلك لأن المصاب يقضي سيرورة تكيف اتجاه هذا الواقع الجديد فبل بدا العلاج لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وإنما معتقدات المصاب وإنفعالات وكذلك سوابقه.ومن المشاكل المطروحة مسألة إنكار المرض من قبل المصاب إنكار خطورته وحتى وجوب تلقي علاج يحد من تفاقمه، فيصبح الالتزام عن الإجراءات العلاجية

تعبيرا عن الرغبة في نسيان المرض في وقت قد يكون العلاج عامة يذكر به.(طهراوي ،2014، ص 50)

2-2 العوامل المرتبطة بالمرض: يؤثر المرض على تقبل العلاج لدى المريض تأثيرات مختلقة فقد يزيد المرض من امتثال المريض. وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض وكيف يعيشها، ومن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض إزمان المرض وعدم وجود أعراض واضحة،أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها وعدم وجود خطورة للمرض. (رشيد ، 2012، ص 60)

كما يتأثر تقبل العلاج بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد لعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسالة تقبل العلاج تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاءه ويحول دون تحسن حالته الصحية.وهنا تطرح مسالة الخضوع المطول للعلاج. أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب ، بل تتعداها إلى تغيرات كثيرة في أسلوب حياة المريض التي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان. إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وآثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. (شيلي ،2008، ص 558)

2-3 العوامل المرتبطة بالدواء: والتي تتمثل في:

- الآثار الجانبية للدواء.
- فشل المعالجة السابقة.
- الوقت المستغرق في عملية الفحص.

– إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.

– إنتظام الزيارات .

– الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء

– عدد مرات تناول الدواء اليوم: حيث أظهرت بعض الدراسات أن عدد المرات التي يتناول فيها المريض دواءه تؤثر على تقبله للعلاج، حيث انه كلما زادت عدد مرات تناول الدواء نقص تقبل العلاج والعكس

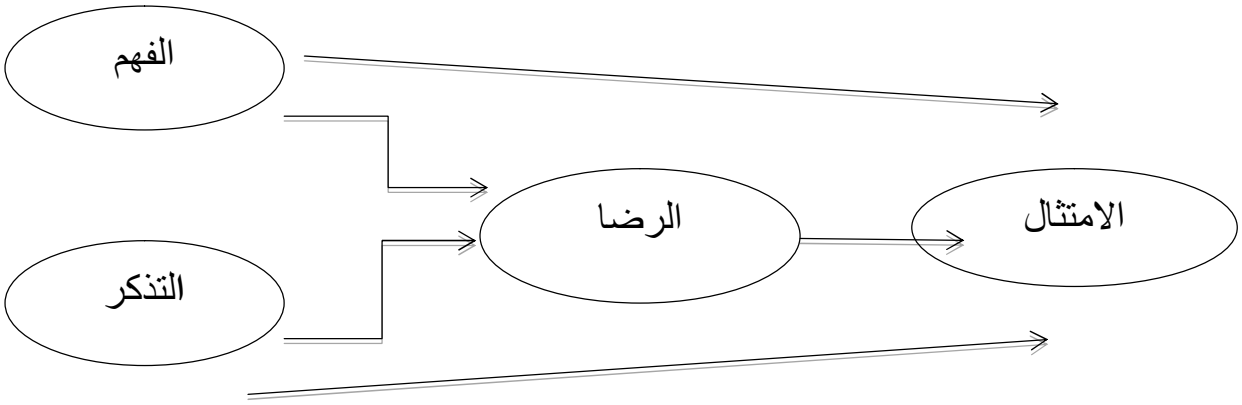
– طرق تناول وإستخدام الدواء حيث أثبتت الدراسات أن الذين يتناولون دواءهم عن طريق الفم أكثر تقبلا من المرضى الذين يتناولونه بطرق أخرى.طول مدة العلاج حيث أثبتت الدراسات انه كلما طالت مدة العلاج قل الالتزام بالعلاج. (قارة ، 2009، ص 52)

2-4 عوامل متعلقة بعلاقة الطبيب /المصاب: من أسباب عدم تقبل العلاج لدى المرضى و رفضهم للعلاج وجود لإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وُجد انه في 23% من الاستشارات لا يكمل المريض طرح أعراضه و بث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، و في 69% من الحالات بوجه عام بعد أثنا عشر ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب.(شيلي ، 2008،ص 542)

إذن فالعلاقة طبيب/مصاب قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى تقبل العلاج خاصة لدى مرضى المصابين بالإمراض المزمنة،إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجية، و شرح المرض و أعراضه و مضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرض أكثر على مرضه و مضاعفاته و هذا يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول مما يرفع من درجة تقبل العلاج لديه.

3- النماذج المفسرة الالتزام العلاجي:

3-1 النموذج المعرفي:طور في (1989-1981) فرضية النموذج المعرفي للالتزام التي مفادها أنها انه يمكن التنبؤ بالالتزام من خلال الجمع بين رضا المصاب عن عملية الاستشارة وفهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات.



الشكل رقم (01):عناصر النموذج المعرفي

- **رضا المريض:** درس لاي Ley(1993) مدى رضا المصابين عن الفحص الطبي و استعراض 21 دراسة للمصابين في المستشفى وجدوا أن 41 من المصابين غير راضين عن علاجهم وأن 28 غير راضين عن المعاملة و وجد الدراسة التي قام بها أن مستويات رضا المصابين تتوافق مع نوعية الاستشارة و لا سيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي و التفاهم).

3-2 نموذج مراحل التغيير: طور هذا النموذج من قبل Diclemente،Prochaska سنة (1988) و يهدف إلى دراسة و توقع عملية التغيير، و يضم هذا النموذج ثلاث ثوابت: مراحل التغيير، مستويات التغيير.

الفرضية الأساسية لهذا النموذج إن الأفراد يمرون بمراحل مختلفة عند رغبتهم في تبني سلوكيات صحية معينة مع لو دون مساعدة وتغيير عملية التغيير دوامة من الانعكاس سلوك الصحي ووضع الفرد في موقف لا إنتقال إلى الخلف لتأمل السلوك الصحي، كما يعتبر هذا النموذج أن الفاعلية الذاتية وضع القرار من العوامل الرئيسية في عملية التغيير، ولكن هذه العوامل تأثر في مراحل مختلفة من عملية التغيير وتشتمل مراحل التغير ما يلي:

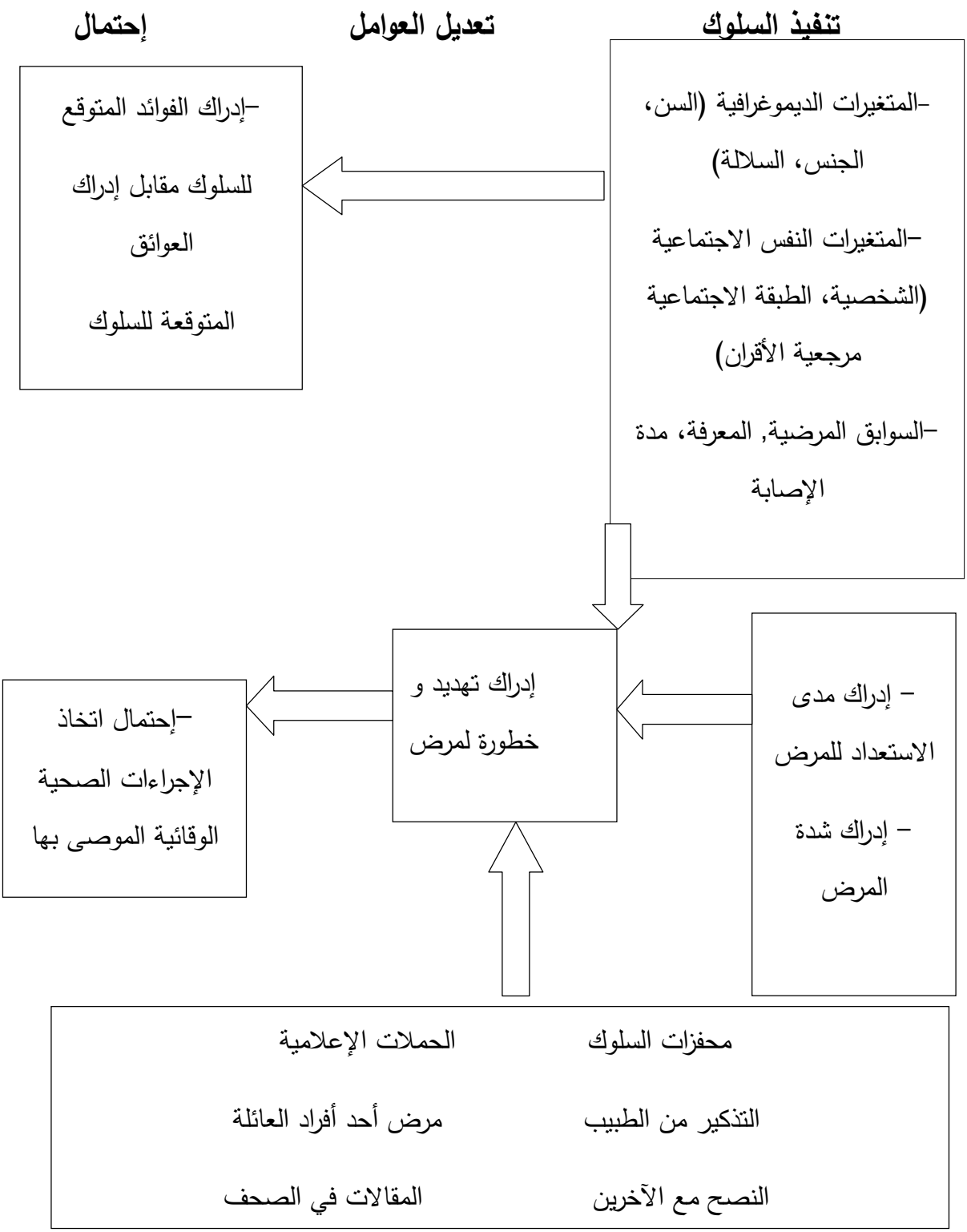
- **مرحلة ما قبل الوعي:** لتغيير السلوك.
- **مرحلة الوعي:** النظر في الإجراءات المستقبلية.
- **مرحلة ما قبل التنفيذ:** وضع جدول زمني والتخطيط للتنفيذ.
- **مرحلة التنفيذ:** الانخراط في تغيير السلوك.
- **مرحلة الاحتفاظ:** إعتماد التغيير تجلب الانعكاس.

ثم طبق هذا النموذج بداية في علاج سلوك الإدمان وقد كانت الرؤية محدودة فيما يخص تطبيقه في الالتزام الصحي في الأمراض المزمنة وقد تم اعتماد هذا النموذج سريريا في سلوكيات صحية مختلفة دون وجود قاعدة من الأدلة الداعمة و قدتم تطبيقه في العقد الماضي على ألم الربو المزمن، الاكتئاب وفشل الرئوي.وتشير دراسات التزام أن هذا النموذج يطبق للشروع في سلوك جديد، لكن لا يتم الاحتفاظ بالالتزام على المدى البعيد لهذا هناك حاجة للمزيد من البحث لتطبيق هذا النموذج سريريا. (مفتاح ،2010، ص 41)

3-3 نموذج القناعة الصحية: يعتبر هذا الأخير من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، إذ يعتمد عليه في تفسير الممارسات الصحية الوقائية وحسب هذا النموذج فان احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة على نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يوجهونها، كما تتوقف ممارسة

النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات و الايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، و يكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) و تكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الصحي الوقائي معتبرة و الشكل التالي يوضح مساهمة نموذج المعتقد الصحي في تفسير السلوك الصحي الوقائي و بمجموعة المواقف و المعقدات المتعلقة به و دوافع الصحة و قد عدل مرة أخرى لتشمل دور السلوكيات المتعلقة بالمرض.

تصورات المريض:



الشكل(02): يمثل نموذج المعتقد الصحي والسلوك الصحي الوقائي. (يخلف ،2001، ص33)

– يقترح نموذج المعتقد الصحي أن القيام بالإجراءات الصحية الموصى بها يخضع إلى:

– تصور شدة المرض

– تقدير الفرد حول القيام بالإجراءات الموصى بها سيقلل الخطر

– تصور العوائق التي تعيق إتباع التوصيات

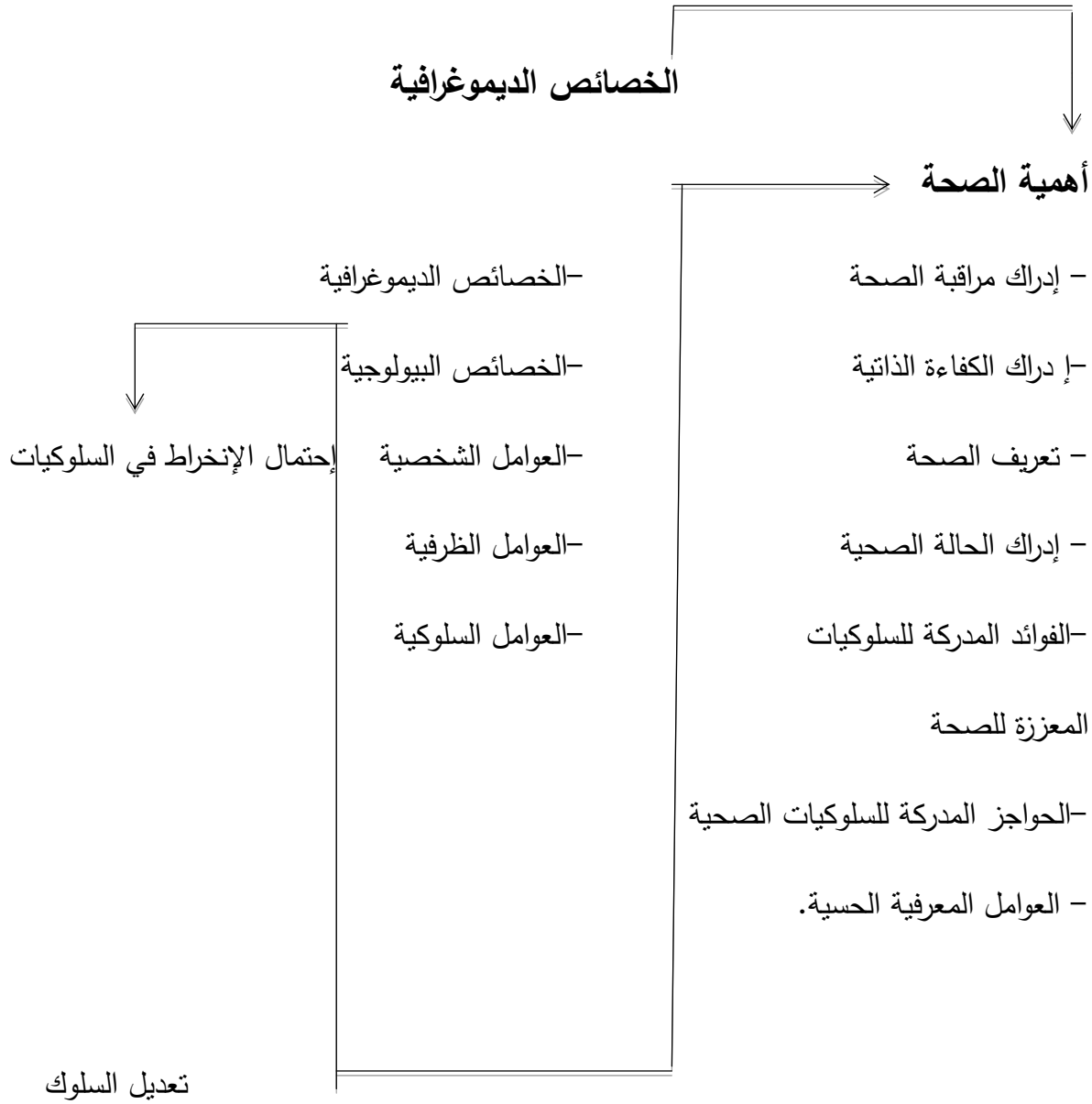
يستخدم هذا النموذج كثيرا في شرح العلاقة بين العادات وسلوك الالتزام، وقد أظهرت الأبحاث التي تستخدم هذا النموذج أن التنبؤ بالسلوكيات الصحية يكون أكثر سهولة من التنبؤ بأخذ الدواء، إرتباط المعتقدات الصحية بالإلزام يكون متواضع عند قيامه، ومن المسلم به عموما أن المعتقدات الصحية لا تتنبأ بالالتزام.

والشكل الموالي يوضح تعديل العوامل التي تعكس مدى استعداد الفرد للقيام بالسلوكيات التي تؤثر في الالتزام في الأمراض المزمنة:

الشكل(03): ملخص لنموذج الاعتقاد الصحي في التنبؤ وشرح سلوك المريض

- **نموذج تعزيز الصحة:** نموذج للتمريض اشتق من نموذج المعتقدات الصحية، يعرض بندر الصحة بوصفها هدف،

ويعتقد بأن الرغبة في الصحة تؤدي إلى الاشتراك في الأنشطة التي تعزز الصحة، وقد نظم المفاهيم في إطار الخصائص الفردية وخبرات السلوك المدرك، نتائج السلوك، تعزيز نمط الحياة الشخصي وسيلة أتقييم سلوكات تعزيز الصحة.



الشكل (04): يمثل المشاركة في سلوك تعزيز الصحة

4- أنواع عدم الالتزام العلاجي:

هناك أنواع مختلفة من عدم الالتزام، ففيما يتعلق بالعملية المعرفية للالتزام يمكن أن يقسم إلى:

- **عدم الالتزام الغير منتظم:** ويتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية وتداخلاتها.
- **عدم الالتزام اللاوعي:** ويتعلق بإتباع الوصفات والتعليمات الطبية، كالاستعمال الخاطئ للأدوية والأجهزة.
- **عدم الالتزام المعتمد:** ويتعلق بإنكار المرض، الخوف من الآثار الجانبية للأدوية ورفض الشروط المتعلقة بالأدوية...

من ناحية أخرى يمكن تصنيف عدم الالتزام حسب تردد أخذ الدواء من طرف المريض حيث يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض الملتزم. اخذ الأدوية مجتمعة خطأ شائع والتي تزيد لدى المريض الذي يقرر تعديل الوصفة الأولية مع حياته. فهو يحترم عدد من الأدوية التي تؤخذ يوميا دون اعتبار للوقت وتردد جرعات أخذها. مثل هذا السلوك قد يكون له آثار وخيمة على صحة المريض وفعالية الدواء.

التوقف الوقتي يتعلق أساسا بصعوبات متابعة أخذ العلاج الذي يرتبط باقتناع المريض به وقبوله منذ البداية. هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم الغرض من الدواء أو لا يرغبون أساسا من العلاج،قد يرجع هذا على سبيل الاكتئاب وأخيرا بعض المرضى يأخذ عدد أكبر من الأدوية المحددة من قبل الطبيب هم نفس أنواع المرضى الذين يقررون وقف دواء أو زيادة جرعات دواء آخر. ويستند هذا القرار على الآثار الجانبية والتحسنات المتبينة والجدول الموالي يبين خصائص كل نوع:

نوع عدم الالتزام	الخصائص
التوقف الكلي Arrêts définitifs	-أشد أنواع عدم الالتزام حدة -الأكثر ملاحظة
التوقف الوقتي Arrêts momon Tanis	-سلوك متعمد من طرف المريض مثلا خلال عدة أسابيع -أكثر صعوبة للقياس من طرف الطبيب
النسيان Oublis	-السلوك الأكثر شيوعا و صعب الملاحظة من طرف الطبيب -معظم المرضى ينسون أدويتهم دائما أو أحيانا
الجرعات المجتمعة Prise groupées	-سلوك أقل شيوعا -أخذ كل الأدوية على دفعة أو دفعتين يوميا بدل ثلاث مرات

جدول(01): أنواع عدم الالتزام حسب الدراسة الإكلينيكية (لكحل ،2010، ص 44)

هناك تصنيف آخر يعتمد على درجة الالتزام الصحي حيث يدرج هذا الأخير أربع أنواع للالتزام يوضحها الشكل الموالي:

الشكل (05): العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام

5- مراحل الالتزام بالعلاج:

الالتزام بالعلاج من السلوكيات الصحية المعقدة بشكل خاص في الأمراض المزمنة. لان هذه الأخيرة تفرض تغيرات دائمة يكون من الصعب على المصاب الالتزام بها لهذا الأمر بتم هذا السلوك بشكل تدريجي ضمن سلسلة من المراحل و هي:

مرحلة ما قبل العلاج: يرفض فيها المصاب المرض والعلاج، وهنا لا يشعر المصاب أنه معني بالمعلومات المتعلقة بالعلاج:

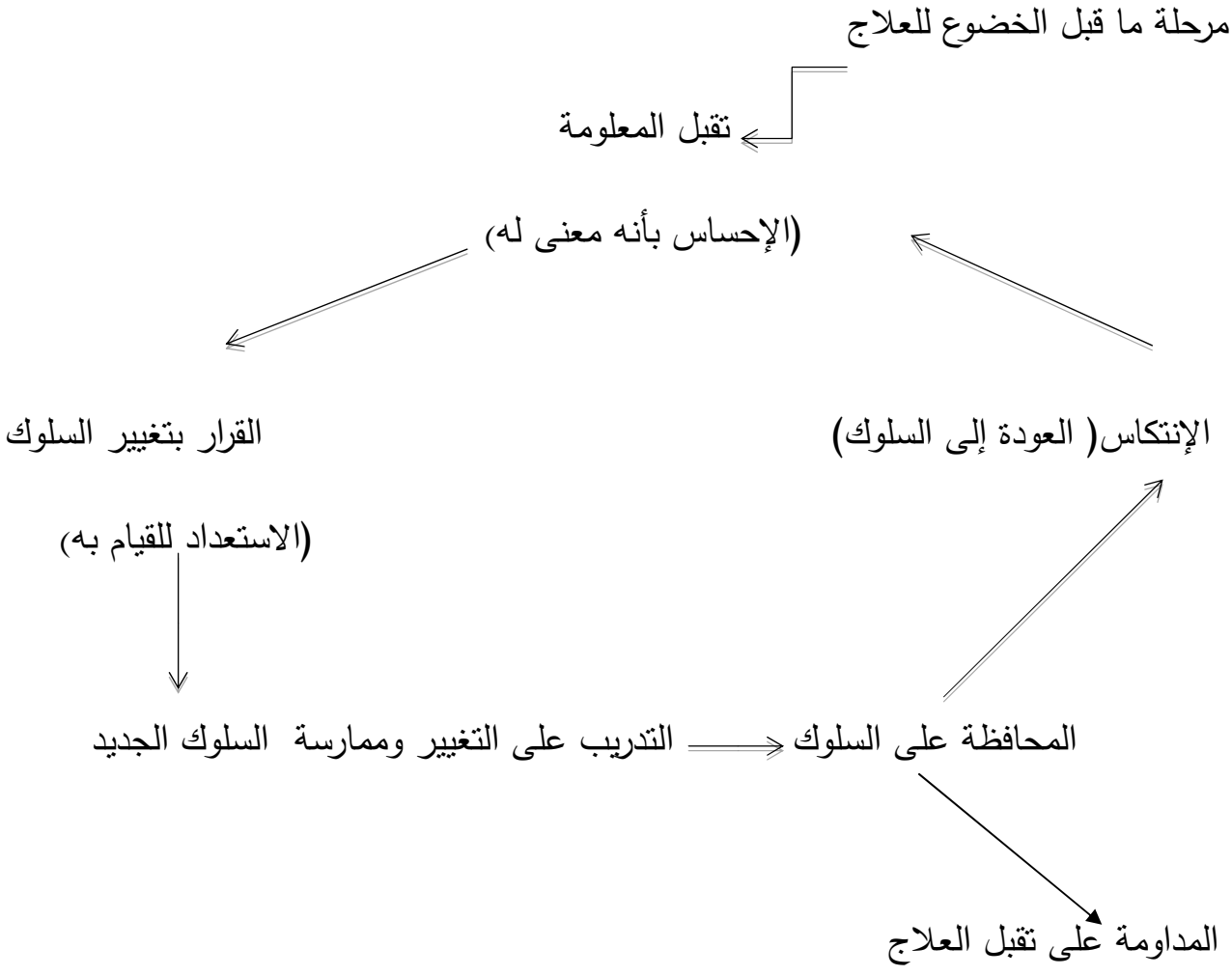
- الحصول على المعلومات من قبل القائم على الرعاية الصحية وتأكيد تشخيص المرض وطبيعته وبإمكانية تطوره أو الشفاء منه ونوع العلاج المعتمد وفعاليته وآثاره الجانبية.

- تقبل المعلومات المقدمة حول المرض والعلاج

- اتخاذ القرار ببدء التغيير والاستعداد للممارسة

- البدء في تبني التغيرات بممارسة السلوك الجديد المتمثل في: الخضوع لنظام العلاج والالتزام به

- الاحتفاظ بالسلوك الجديد والمداومة علو ممارسته ليصبح عادة من بين عادات المصاب.



الشكل(06): يمثل مراحل تقبل العلاج حسب Prochaska et Declimente

(لوالي،2020، ص 32،33)

6- قياس الالتزام:

إجراء تقييم سلوك الالتزام ضروري للتخطيط لفعالية وكفاءة العلاج، وضمان أن التغييرات الصحية تعزي للنظام العلاجي المقترح بالإضافة إلى القرارات المتعلقة بتغيير التوصيات الأدوية، أو سلوك الاتصال كاستدعاء المريض للمشاركة. كل هذا يعتمد على قياس صحيح وموثوق للالتزام، بالطبع ليس هناك قاعدة ذهنية لقياس الالتزام (Famer، 1999 Violines

al 2000) ومع ذلك هناك عدة استراتيجيات Lee M. Cohen)، Dennis E.Mcchargue. Frank L.Collins، Frank L.Collins jr 2003). و يمكن تصنيف المقاييس المتداولة إلى مقاييس ذاتية و أخرى موضوعية تفصل كالتالي:

6-1 المقاييس الموضوعية: تتفوق المقاييس الموضوعية على الذاتية لكونها أقل عرضة للتزوير والتلاعب من قبل المريض رغم إن المقاييس الموضوعية تخفف العبء على المريض لأنها مكلفة وغالبا وما تكون غير مسكنة أو متاحة للكثير من السلوكات المهمة، لاسيما النظام الغذائي وممارسة الرياضة.

- **الملاحظة المباشرة للعلاج:** الملاحظة المباشرة للعلاج تتطلب حضور المريض للعيادة لأداء السلوك المفحوص عليه تحت الإشراف المباشر للمعالج. و يوفر هذا النهج اليقين الكامل لتوقيت السلوك، و لكنه مكلف و يحتاج إلى جهد، و هو مستعمل بكثرة لضمان الالتزام بدواء السل (Davies 2003، Mukerjee et la 2004) و استخدم أيضا في الالتزام بعلاج المضاد للفيروسات كما في علاج نقص المناعة المكتسبLucas) ، Flexner MittyMacalino Taylor. Harwell et Flamingo 2003، et Moone2002).

كما يمكن استخدام هذا المبدأ عندما يتم الإعداد لإنقاص الوزن وذلك مثلا مخيم يستمر لأسبوع حيث يراعي فيه الوجبات الغذائية المنصوص عليها وكذلك الالتزام بالحضور لممارسة التمارين.

- **القياس البيوكيميائي:** يتم هذا القياس عن طريق اخذ السوائل من الجسم كمصل الدم، البول، اللعاب، و نواتج التنفس، و يمكن تقدير مستويات الدواء (مثلا مستويات الثيوفيلين Théophylline (1985)LevelsWeinstein et cuskey اضافة علامات الدواء و الغذاء قصد مراقبتهما أو منتجات الأيض للسلوك (مستويات فيتامين أ). كما يمكن للقياس

البيوكيميائي أن يتخفف من حدوث السلوك والسماح بحساب الاستجابة للجرعة والتي قد تكون عدوانية تغير في الشخصية أو تغيير قصير المدى في السلوك.

- **التسجيلات الطبية الصيدلية والتأمينات:** تعتبر السجلات الطبية الصيدلية أو التأمينية وسيلة مفيدة لتتبع السلوك المتعلق بنظام الرعاية الصحية مثل وصفات الدواء،الإعفاءات،إجراء الفحوصات (تصوير ثدي الأشعة السينية)

و زيارة الطبيب. دقة هذا القياس تعتمد على بيانات دقيقة حديثة ومتكاملة والتي يكون من السهل من خلالها حساب التزام المريض من خلال تتبعه عند تلقي الخدمات الصحية.

- **قياس الدواء:** كما يوحي الاسم يقتضي هذا القياس عند الدواء بين الزيارة و الأخرى حيث يكون الفرق هو الكمية المستهلكة خلال الفترة الفاصلة على الرغم من كون الطريقة تبدوا سهلة ،إلاأن هذه العملية الحسابية يمكن أن تتأثر به:

- الحصول على عبوات الأدوية خلال الفترة الفاصلة.

- وجود أدوية غير مستخدمة من وصفات طبية سابقة في البيت والتي تكون مدرجة في الفرز.

- نسيا إحضار الدواء عند القياس خلال زيارة الطبيب.

- **القياس الالكتروني:** القياس الالكتروني للسلوك (على سبيل المثال مراقب مستوى السكر في الدم) يعتبر معيار جيد لقياس التزام المريض من مزاياه القياس الدقيق والآني للسلوك في وقته، مع كمية كبيرة من المعلومات دون إزعاج المريض. مع هذا تبقى هذه الطريقة في القياس مكلفة وتحتاج للوقت من اجل نظام تحليل البيانات .William. T. Donohue Eric R. Levens Ky 2006. توجد طريقة أخرى تتعلق بعلب الأدوية التي يمكن إن تجهز بشرائح الكترونية تعمل على تسجيل وقت وتاريخ كل جرعة أو أوتوماتيكيا عند أخذ

جرعة من العلبة و يمكن تطبيق هذه التقنية لتغليف مختلف الأدوية (Lopa E Burke، Iras. Ockene،2001)

2-6 المقاييس الذاتية: تعتبر الأكثر شيوعا في البحث والممارسة السريرية. و هي تستخدم لكونها سهلة، منخفضة التكلفة و إمكانية تطبيقها على أي سلوك، و قد أظهرت الأبحاث أن تقيم الالتزام – لدى نفس المريض- باستعمال مقياس ذاتي يعطي نتائج أعلى من التقييم بواسطة المقياس الموضوعي (Dimatteo 2004 Riekert et Rard 2002) لهذا فالمقاييس الذاتية تميل إلى الزيادة في نسبة الالتزام و يمكن إدراج البعض منها مثل:

- **سجلات المريض اليومية:** يمكن للسجلات أن تحوي أيسلوك يتعلق بتناول الدواء (النوع، التردد،المدة) ممارسة التمارين،إتباع نظام غذائي (نوع وكمية الغذاء المستهلكة) حيث يتم الاستعانة بقوائم و استمارات معدة مسبقا لتسجيل هذا النوع من السلوك، من عيوب هذه الطريقة أنها تخضع للمحيط الاجتماعي و تحتاج لمواظبة من طرف المريض كما أنها قابلة لا للتزوير من طرف المريض.

- **التقرير الذاتي للمريض:** هي أبسط طرق جمع المعلومات غير مكلفة، قابلة للتنفيذ في كل أوضاع الرعاية الصحية. و هي تسمح بجمع معلومات أكثر تفصيلا عن الظروف المحيطة بعدم الالتزام أكثر من أي طريقة أخرى(Burke et Dumber – Jacob 1995) و يمكن أن يكون من خلال أسئلة بسيطة أو مقابلة أو حتى استبيان منظم.

يمكن لقياس الالتزام باستعمال التقرير الذاتي أن يكون ير صالح وغير موثوق به. إذ يمكن أن تكون المعلومات غير دقيقة. فالمريض قد لا يتذكر ما أُخذ من أدوية أو يختلط عليم ما اخذ بالضبط من الجرعات. قد تكون هناك أسباب أخرى لعدم الالتزام كالمستوى الاقتصادي وعدم الارتياح لفريق الرعاية الصحية لذا يوصي بطرح أسئلة لا تتضمن حكما مسبقا للحصول على إجابات صادقة فيما يخص الالتزام.

وقد حاولت العديد من الدراسات تحديد دقة قياس الالتزام بالتقارير الذاتية وذلك مقارنة بغيرها، فوجد أن معظم المرضى يبالغون في الإفادة بنسبة الالتزام لديهم. على الرغم من ذلك يبقى هذا النوع من القياس الأكثر شيوعا في تقييم الالتزام الصحي لدى المرضى.

سبب تكلفة الطرق الموضوعية للقياس. وكذا عدم إمكانيتها في بعض الحالات لذا يضمن المرجع استعمال التقرير الذاتي لقياس الالتزام ويمكن مناقشته في النقاط التالية:

– **الدواء:** وضعت المئات من المقاييس لتقيم الالتزام بالدواء وابسطها أن يطلب من المريض كم عدد مرات الدواء التي نسيت فيها تناول الدواء ما إدراج جدول زمني للأدوية المتناولة خلال تلك الفترة. ويعتبر مقياس موريسكي الأكثر استعمالا ويتكون المقياس من أربعة بنود بإجابة (نعم/لا) وهي هل سبق يلك وأن نسيت تناول الدواء؟ هل تهمل اخذ الدواء؟ عندما تشعر بالتحسن، هل تتوقف عن اخذ الدواء؟ أحيانا تشعر بالسوء عند اخذ الدواء؟ هل تتوقف عن اخذ الدواء؟ وقد استخدم موري سكي للتقييم الالتزام الدوائي لعدد من الأمراض كالسكري، نقص المناعة المكتسب و قد أثبتت كفاءة بالمقارنة مع غيره من المقاييس.

– **النشاط البدني:** هناك أبعاد مختلفة للنشاط البدني، بما في ذلك السعرات الحرارية الوزن، المرونة والقوة، وتأثير كل بعد على النتائج الصحية لخطر الإصابة لأمراض القلب والأوعية الدموية، خطر توقف العظام وهذا لا يوجد مقياس واحد. قدمت مجلة الطب والرياضة والنشاط البدني عدد خاص سنة (1997) لوصف استبيانات النشاط البدني، الذي يقيم الأداء مراعاة للمدة والشدة وحجم النشاط البدني إذ يتم طرح الأسئلة تتعلق بنوع وصعوبة التمارين الممارسة.

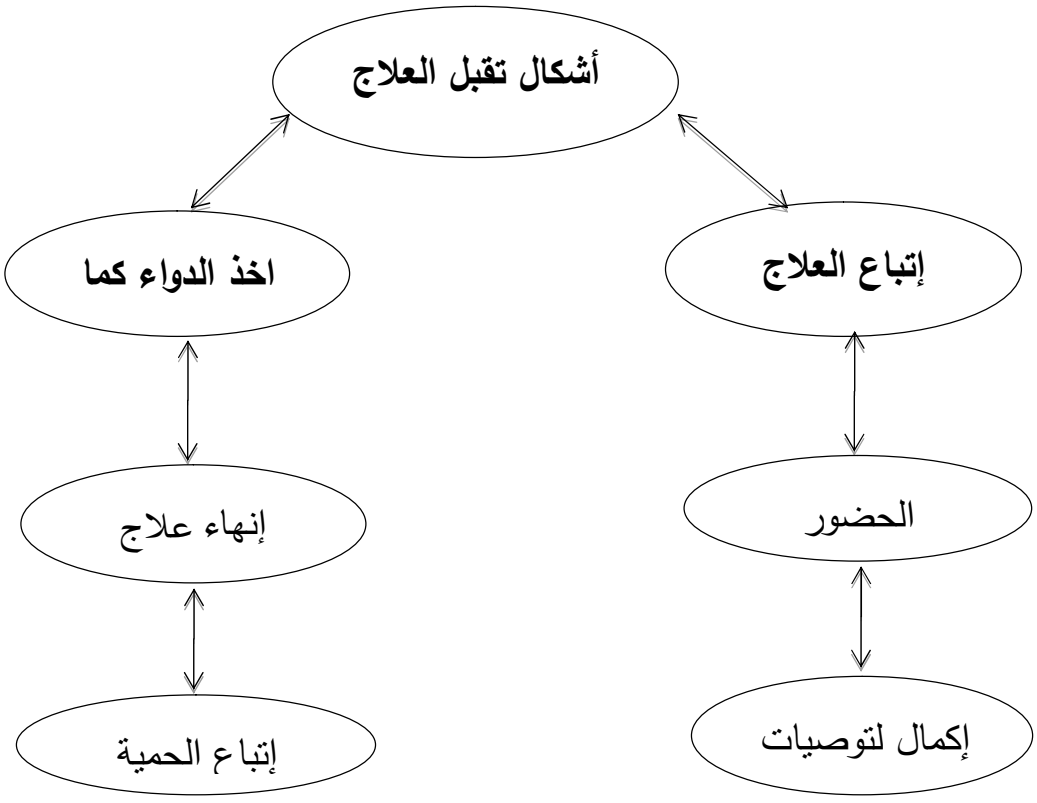
– **الحمية:** كما هو الحال بالنسبة للنشاط البدني،هنالك أبعاد متعلقة بالتغذية و التي يمكن أن تؤثر على النتائج الصحية مثل السعرات الحرارية، الدهون المشبعة، الكولسترول الألياف،

الخضروات و الفواكه الكالسيوم، الكحول، السكر والصوديوم . لهذا فمن المعتقد إجراء تقييم شامل لكل هذه العناصر وكمثال نذكر مقياس تكرر الطعام،

والذي يعتبر من أفضل المقاييس الخاصة بالالتزام المتعلق بالحمية.

و في الأخير يبقى استعمال أكثر من طريقة وارد لقياس الالتزام و يشير (1979)Gordis و غيره أنه من الممكن إن تتأثر النتائج السريرية وحدها لتقيم الالتزام و إنما إيجاد تدابير محددة صالحة و موثوق بها لقياس سلوك الالتزام في حد ذاته أفضل من الاعتماد على النتائج السريرية للعلاج. (لكحل،2011، ص 62،66)

7.أشكال تقبل العلاج:



الشكل 07: يوضع أشكال تقبل العلاج (من إعداد الطالبة)

8- آثار الالتزام العلاجي:

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

8-1 الآثار الاقتصادية: تنخفض فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام حيث يتم إهدار المال على الأدوية الغير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي يتم إتباعها، يزيد عدم الالتزام أيضا التعيينات و الفحوصات التي لا لزوم لها و يرفع من عدد الزيارات إلى غرف الطوارئ و الاستشفاء فعلى سبيل المثال: تقدر التكاليف المرتبطة بأمراض الالتهابات المقاومة للأدوية ما بين (100 و 200) مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية، و تتعلق التكاليف الناتجة عن عدم الالتزام لدى الراشدين المصابين بأمراض مزمنة، بتضاعف تكاليف العلاج الناجمة عن الاستشفاء و بمدة الاستشفاء و النفقات المتعلقة بالرعاية الصحية.

8-2 الآثار الطبية:

يحتمل أن ينجم عن عدم الالتزام آثار صحية خطيرة، اظهرت التجارب حول التحكم في مضاعفات السكري إن الحفاظ على نسبة معتدلة من السكر في الدم وبذلك بتكييف العلاج في البداية والإبطاء في المضاعفات على المدى البعيد. وهذا يتطلب مستوى عالي من الالتزام بعلاج السكري.

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

– يمكن أن يزيد عدم الالتزام لدى المصابين بإمراض مزمنة من حالات الاستشفاء أو بقائهم في المنزل لمدة قصيرة و متكررة و بالتالي التأثر السلبي لعدم أدائهم الاجتماعي. (بشرى وبيكي،2016، ص 47)

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

الفصل الثالث

اضطراب التوحد و سيكولوجية الأمومة

تمهيد

1- تعريف التوحد

2- أعراض التوحد

3- أسباب حدوث التوحد

4- أنواع التوحد

5- خصائص التوحد

6- النظرات المفسرة للتوحد

7- استجابة الأم لإصابة أبنها بالتوحد

8- دور الأسرة في علاج الطفل التوحد

9- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر تحمل المسؤولية الأبوية أو الأمومة من أصعب أنواع المسؤولية التي يمكن للإنسان أن يمر بها. من منطلق أن النشأة الأولى للطفل تبدأ من والديه وأسرته ثم المحيطين به وهكذا، و باعتبار انه لدى الأمهات أدوار يجب القيام بها في أسرهم والتي عادة ما تكون مرهقة ومستنزفة لطاقتهم يجعل من الأم بحاجة إلى تقبل من طرف المحيطين بها وتقدير لما تمر به. هنا نقول كيف ستكون سيكولوجية الأمهات للأطفال ذوي اضطراب التوحد في ظل تواجد أحد الأبناء.

وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل من خلال اضطراب التوحد وسيكولوجية الأمومة.

1-تعريف التوحد:

تشتق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية "aut" وتعني النفس أو الذات وكلمة "ism" تعني الانغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الانغلاق على الذات، و تقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم و يبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي.

ونصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة العلاقات الاجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومعزم بالأشياء، كما أن أفراد المتوحدين بدون سلوكات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل.ونتناول فيما يلي مجموعة من التعريفات التي تناولت مفهوم التوحد:

- عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين**IDEA:** التوحد على أنه إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي و على التفاعل الاجتماعي و تظهر قبل 3 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح و الطفل هنا

لا يقبل التغير خصوصا في الروتين اليومي، و مصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

-**تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحيديين:**(National Society For AutisticChildrenNSAC،1978). لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هي رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد، وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب، يشمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو وسرعته.

- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

- اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة. (أسامة وكامل، 2010، ص 26)

- يعرف (**أحمد بدوي 1982. 32**) التوحد على انه "نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات مما يشبع الرغبات التي لم تتحقق".

- وحدد **وولف (Wolf 1988. 576)** التوحديين بأنهم يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا آليا لما يسمعون، قصورا في القدرة على العب الاجتماعي والتحليل،الإصرار على الروتين الذي اعتاد التوحدي عليه، و رفضا شديدا إليه تغيرات تطرأ على هذا الروتين.

- يعرف **أمرتيز(1989Omertiz**) التوحد بأنه "أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية.

- تعريف التوحد طبقا لتصنيف DSM-IV:

يبدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه انفعالاته والفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران.

يلاحظ العجز عن التواصل غالبا في الأطفال التوحديين وهذا العجز يتضح في النمو، اللغة المنطوقة، والعجز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة، والسلوك النمطي الاستخدام المتكرر للغة، وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية. بالإضافة إلى ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها و في اهتماماته و هذه الأنماط تشمل الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي و تمسكه الغير مرن بأعمال محددة أو طقوس.(أسامة وكامل، 2010، ص 26)

2- أعراض التوحد:

غالبا لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن 24-30 شهرا حينما يلاحظ الوالدان تأخر اللغة واللعب أو التفاعل الاجتماعي وغالبا ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية كما ذكرها (Aamons 1992)

2-1 التواصل: يكون تطور اللغة بطيئا و قد لا تتطور بتاتا و يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين و يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلا من الكلمات و يكون الانتباه و التركيز لمدة قصيرة، و يشمل خلل في التواصل و المهارات اللفظية و غير اللفظية، فقد تغيب اللغة كليا و قد تنمو و لكن دون نضج و بتركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلام مثل : إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها و الاستعمال الخاطئ للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير "آنت" عندما يريد أن يقول "أنا" فمثلا لا يقول "أنا أريد أن اشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "غلي يريد أن يشرب" و عدم القدرة على تسمية الأشياء.

2-2 التفاعل الاجتماعي: ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه،أبيه وأهله،بمعنى الطفل لا يسلم على أحد كما لا يستطيع ان يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال.

2-3 المشاكل الحسية: الاستجابة الغير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساسا أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون اقل حساسية من المعتاد للألم،أو النظر أو السمع أو الشم.

2-4 اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أ و الإبتكاري كما انه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل العاب خيالية أو مبتكرة.

2-5 السلوك:قد يكون نشطا أكثر من المعتاد،أو تكون حركته اقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك الغير سوي كأنه يضرب على رأسه الحائط،أو بعض بدون سبب واضح قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما،أو التفكير في فكرة بعينها أو الارتباط بشخص واحد بعينه. ولا يحب التغيير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته، مع التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية ويحملها معه دوما،قد يكون عنده أيضا حركات متكررة لليد أو الأصابع ويكون هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة. وقد يظهر سلوكا عنيفا أو عدوانيا أو مؤذيا للذات، ويحب أن يكون دائما مع نفسه وتخيلاته.

2-6 اضطراب الوجدان:

مثل التقلب الوجداني (أي الضحك والبكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط لاستجابة الموضوعات غير مؤذية أو إحداث القلق العام والتوتر ويقاوم التوحديون التغير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغير هلع أو انفجارات مزاجية.

2-7 الأكل والشرب والنوم:

اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة آو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ ليلا: مصاحب بهز الرأس ورجحتها أو خبط الرأس. وتختلف هذه الأعراض من شخص لآخر. و تحدث بدرجات متفاوتة، فعلى الرغم من أن التوحد يعرف من خلال خصائص و مميزات محددة و معروفة إلا أن الأطفال و الكبار قد يظهرون خليطا من أشكال السلوك و بأي درجة من شدة و هذا يعني أن الطفلين المصابين بالتوحد قد يتصرفان بشكل مختلف تماما عن بعضهم البعض لذا يعتبر التوحد من الاضطرابات الغير شائعة بين الأطفال.(نيل وآخرون،2013،ص 205)

3- أسباب حدوث التوحد:

- **يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي:** فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتي

- **العوامل المناعية:** أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحديين وكذلك شذوذ ذاتي في المنظومة المناعية المقررة لدى التوحديين.

- **الأطفال المصابون:** بالتوحد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربائي، كما أشار بعض الباحثين إلى أن هناك انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربائي، وذلك في حوالي 80% 50%من العينة المستخدمة من الأطفال المصابين بالتوحد. ويحدث الخلل المخي للتوحد ما بين 20 إلى 24 يوما من الولادة، كما أن هناك براهين تدل على أن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس HoxGenes هي متغيرة في التوحد وربما قد يحدث الخلل قبل منتصف الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل حيث استندت هذه النظرية إلى

معرفتها المكثفة عن مني وكيف تسلك الدارات المعينة فإذا حصل خلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط.

- عوامل كيميائية حيوية:

لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، مثل تلف أو تشوه أو عدم اكتمال النمو أجزاء معينة من المخ أو المخيخ في الجهاز العصبي المركزي أو خلل وظيفي معين في أحد أعضائه بل أشارت البحوث إلى علاقة التوجب بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة إفرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس على المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم والجلد.

- عدوى فيروسية:

هناك دليل على أن العدوى الفيروسية وخاصة في المراحل المبكرة من الحمل قد تؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات التطورية النمائية بما فيها التوحد، ومن بين الأمراض المعدية التي تم الإفصاح أنها مرتبطة بالتوحد، فيروس الحصبة الألمانية، فيروس الهيربس، الفيروسات التي تؤدي إلى تكاثر الخلايا و زيادة عددها، الفطريات المبيضة.

-كما يرجع التوحد إلى إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل و استجابة من هذا الجو الأسري و انطوائه على نفسه.

-تعد ظروف الحمل والولادة من الأسباب المشتركة بين غالبية الإعاقات بشكل عام بما فيها اضطراب التوحد، إذ يعد عسر الولادة،أي المشكلات المصاحبة للولادة وتأخرها وغير ذلك من

الأسباب المرافقة لعملية التوليد. ومن ذلك استخدام أدوات تعمل على تسهيل عملية الولادة مثل الملاقط. نقص الأكسجين أثناء الولادة.

- **الخمر و المخدرات:**

اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني و التوحد ، فالأثينول FTHANOL معروف بأنه للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، و يبدوا مع ذلك من المعقول أن نتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد.و للتدخين تأثير ضار على الطفل و يؤدي إلى إصابته بالتوحد.(أسامة و السيد كامل،2013، ص 30)

4- أنواع التوحد:

اقترحت "ماري كولمان" ثلاثة تطبيقات للتوحد هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها ما بين الخامسة و السابعة، و متلازمة الطفولة القصاصية بأعراض التوحد و تكون مثل الأولى إلى انه يحدث تأخر لمدة شهر، و المتلازمة العصبية، و يظهر لدى مصابين بهم مرض داغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية. ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي.

و اقترح كل من سيفن و ماسترن و كووفي و سيفين (Coe-fee et ،Mastorn،Sevin sevin1991)

- **المجموعة الشاذة:** يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التو حدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

- **المجموعة التوحدية البسيطة:** يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث بتكون روتينية كما يعاني منها هذه المجموعة أيضا تخلفا بسيطا و التزاما باللغة الوظيفية.

- **المجموعة التوحدية المتوسطة:** و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة و أنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح و التلويح باليد) بغية وظيفية محدودة و تخلف عقلي.

- **المجوعة التوحدية الشديدة:** أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا،و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ.(أسامة و السيد كامل ،2013،ص 32)

5- خصائص التوحد:

5-1 الخصائص السلوكية:

الطفل التوحدي سلوكه محدود، ضيق المدارك كما أنه يشيع في سلوكه ... نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات. ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين.

- **ملامح وسمات التوحد الرئيسية عند سوليفان:**

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

- الاحتفاظ بروتين معين.

- وهذه الملامح تبقى طوال حياة الأفراد، ولكن غالبا، ويجب أن يتضمن الفحص لأعراض وتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.

- **الملامح والسمات السلوكية للمتوحدين عند سوليفان:**

وأن الأفراد التوحديين يتميزون لمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية. وهذه سلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث شدة وأسلوب التصرف.

- قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.

قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام وتشيع المضادات في سنوات الأطفال التوحديين الباكرة وبعض الأطفال التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام ويستمر ذلك لفترات من حياتهم، والبعض لديهم سرعة غير معتادة في الكلام وبعض يتكلم بشكل رجعي أو بنغمة ثابت دون تعبير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق.

- حزن شديد لا يمكن إدراك لأي تغيرات بسيطة في البيئة.

- التأخر (التخلف) في قدرات ومجالات معينة، وأحيانا يصاحب التوحد مهارات عادية،أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات آو الموسيقى.

- الحركة الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم أو الرفرفة بالذراعين آو النقر بالأصابع.

- ينظر من خلال الناس أو يتجنب النظر إلى العيون.

- عدم الحساسية لظاهرة الألم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج (وليد و آخرون، 2010، ص 83)

5-2 الخصائص الحركية:

يصل الطفل التوحد إلى مستوى من النمو الحركي ويكاد مثل الطفل العادي من نفس السنة مع وجود تأثير بسيط في معدل النمو. فالأطفال المتوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف فهم في معظم الأحيان يقفون و رؤوسه منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، كما أن ذراعهم ملتفتة حول بعضها حتى الكوع و عندما يتحركون فان كثيرا منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه و كذلك يركزون حركات معينة مرات و مرات.

– يحاولون الأطفال التوحديين وضع أيديهم حول وأمام أعينهم و يدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون إن يبدوا عليهم شعور بالدوار. بل إن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلى إيذاء أ نفسهم، وذلك يمثل استشارة الذاتية لديهم.

– لديهن رخاوة في الأطراف ونعومة وشديدة باليدين كما أنهم يتصرفون بان كل جزء من أجسامهم على حدة و يستعين بأيدي الآخرين لإشارة إلى احتياجاته و كذلك لديه خاصية الدوران و لف الأشياء بيده.

5-3 الخصائص العقلية المعرفية:

يغلب على الأطفال التوحديين انتقائية الانتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها. كما أن حواس الطفل التوحدي ليست متمايزة مثل حواس الطفل العادي (أي تؤذي كل حاسة وظيفتها التي هي مخلوقة لها) فالطفل التوحدي قد يعطي عينة حين يسمع صوتا لا يجب آن يسمعه... وهكذا.

كما إن يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة. فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان له خبرة بالأصوات والأشكال التي تحيط به. بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها. فقد لا يستجيب لصوت مرتفع. كما قد يبدي تجاهلا كاملا لشخص يعرفه جيدا ما قبل.

5-4 الخصائص الاجتماعية:

– الانسحاب من المواقف الاجتماعية.

– عجزه عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم.

– فشل في إظهار علاقة عادية من والديهم.

يشير الباحثون إلى انه من الخصائص الاجتماعية المتداولة عن الطفل التوحدي هي الانسحاب من المواقف الاجتماعية. وأمام خاصية الانسحاب هذه يرى بعض الباحثين أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات. ففي رأيه (شاكر قنديل 2000) إن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، وقد يحبون الألعاب التي تطلب اتصالا بدنيا، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع معانقته واحتضانه له. أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقا حادا إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف.(وليد،2010، ص 83)

6- النظريات التي تفسر التوحد:

تباينت وجهات النظر حول الأسباب التي تفسر التوحد، وإكتنفها الكثير من الغموض والتعقيد إلى حد أصبح من المستحيل التأكيد على سبب محدد، ويمكن تصنيف وجهات النظر إلى:

- **النظرية النفسية:** تؤكد هذه النظرية إن سبب الإصابة بالتوحد يعود إلى ضعف العلاقات بين الطفل والأم، و لكن هذه النظرية رفضت و ذلك لعدم وجود حقائق تؤيد صحتها.

-**نظرية العقل:** أن مستويات الإدراك تقسم إلى مستويات متدرجة، فالطفل الذي يعاني من التوحد لا يتجاوز المستوى الأول، وهو إدراكه الأشياء والمواد التي حوله، فالمشاكل الاجتماعية التي هي في مستوى إدراكي على تنشأ بسبب صعوبة فهم الظواهر والأشخاص الآخرين، وربطت هذه النظرية بين الجانب اللغوي والصعوبات الاجتماعية مما حد بالباحثين التركيز على الجانب العصبي أي أن الطفل التوحدي لا يفهم بما يفكر الآخرون.

- **النظرية العصبية:** ترجع هذه النظرية للمشكلات التي يعاني منها الطفل التحدي إلى إصابة بنية مناطق محددة في النظام العصبي المركزي، فهناك مناطق خلل في الدماغ في المناطق

المسئولة عن التخطيط أو التحكم وتنظيم الانفعالات و الحركة، ووجد أن حجم الدماغ عن الطفل الذي يعاني من التوحد اكبر من حجم دماغ الأشخاص العادين.

– **النظرية الكيميائية:** أن وجود عوامل كيميائية في الجسم تلعب دورا كبيرا في حدوث التوحد، مثلا تركيز حمض الهوموفانيليك وأيضا زيادة تركيز السيرتونين.

– **النظرية البيولوجية:** إن الأسباب البيولوجية الخفية لم يتم التعرف عليها في الوقت الراهن .

7– استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد:

هناك عدة ردود أفعال ممكنة حول تطور الأم حول تطور معرفتها بان طفلها يعاني من مشكلات إلى الوقت الذي تعتاد فيه على الفكرة، لا إن غالبية الأمهات يمرون بنفس المراحل التالية:

– مرحلة الصدمة: أول رد فعل نفسي يحدث للام حيث لا تستطيع تصديق أن الطفل غير عادي.

– **الإنكار:** من الاستجابات الطبيعية للإنسان ينكر كل ما هو مرغوب أو مؤلم، وسيلة دفاعية تلجأ إليه االأم للتخفيف من القلق الناتج عن الصدمة.

– **الحداد والحزن:** وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الم بعد فقدان الأمل نهائيا، ويعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

– **الخجل والخوف:** يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأمهات لاتجاهات الآخرين المقربين منهن تجاه إصابة ابنهن.

– **الغضب والشعور بالذنب:** محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط غالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات (الشعور بالذنب) أو موجه لمصادر خارجية (كالطبيب).

– **الرفض أو الحماية الزائدة:** المواقف الرافضة للطفل وتعرضه للإهمال وإساءة الآخرين والحماية المفرطة تولد الاعتمادية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

- **التكيف والتقبل:** وبعد كل المعاناة السابقة لا تجد الأم مفرا من تقبل الأمر الواقع والاعتراف بإصابة ابنها لكن من المهم أن تصل الأم لهاته المرحلة بسرعة لان التأخر في الخدمات يحرم الطفل والاستفادة من الرعاية الطبية و التأويلية. (طاوسي،2018،ص 28)

8- دور الأسرة في علاج الطفل التوحد:

تقوم الأسرة الأب-الأم والأخوة بدور أساسي ومهم في كشف وعلاج حالة الاضطراب التوحد لدى الطفل. حيث اهتمامهم بالطفل عن طريق ملاحظتهم لمختلف أنواع السلوك الذي يصدر عنه عندما يساعد على الكشف المبكر لحالة طفلهم، وإبداء الرأي حول كل ما يصدر عنه، سواء كان هذا السلوك طبيعيا أو غير طبيعي. فإذا كانت الملاحظات على السلوك عكس أقرانه فان هذا من شأنه أن يدعو إلى استشارة المختصين والذهاب للطبيب للتأكد من مدى صحة الملاحظات ودقتها. كما للأب والأم دور في علاج طفلهما التحدي بداية معرفة جيدة وإدراك كل ما لديه من إمكانية عقلية، كمستوى الذكاء ونوعية القدرات وكذلك ما يميزه من مهارات معينة. لان هذا من شانه أن يساعدهما على تقدير الحالة وشدتها، ونوعيتها وانتقاء ما يساعد على تحقيق الأهداف الأساسية من العلاج، بما يتناسب وهذه القدرات وتلك الإمكانيات والمهارات. هذا وحتى تستطيع الأسرة القيام بدورها المنوط بها في علاج أو تعليم طفلهما ذوي الاضطراب التوحدي، لا بد أن تكون على علم ومعرفة بكثير من البيانات و المعلومات عن حالات التوحد، و أن تكون قد تدربت في بعض مراكز التدريب الخاصة بالطفل التوحدي حتى تتمكن من كيفية التدخل السليم لاكتساب طفلهما ما ينبغي أن يكتسبه من مهارات معينة و الالتزام بطريقة تعليمية لتعليم طفلهما السلوك المراد تعديله أو تغييره. (دايخة، 2015، ص 46)

9- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي:

يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية و الرعاية التي تمد بها الطفل و مع إتفاق العلماء أيضا على أهمية الأسرة و أثرها في تنشئة الطفل الاجتماعية

فأنهم يحرصون على إظهار دور الأم على انه الدور الأساسي في عملية التنشئة... كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة إلى الشعور بالأمان الذي يهيئه غالى التوافق النفسي و الإجتماعي و يحفظ توازنه النفسي ويؤكد استقراره و هو في هذا يحتاج إلى الحب و القبول و الاستقرار كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان و الطمأنينة و هذه العناصر يستنبطها الطفل ممن يحيطون به و بصفة خاصة الأم.

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

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

تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشأة طفلها. فأول غذاء يحصل عليه من الأم وهي التي تسهر على رعايته وحمايته و الإعتناء به، و توفير المأكل الصحي و الملبس النظيف... و لذا يقع على عاتقها رعاية شؤونه منذ ولادته و تولي إشباع حاجاته، و نظرا للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة للسند فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم و مرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها و بينه و لذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية و تمثل مصدر للإشباع المادي و النفسي لدي.(طاوسي،2019، ص 29)

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

الفصل الرابع

قلق المستقبل

تمهيد

1- تعريف القلق

2- تعريف بعض علماء النفس للقلق

3- أنواع القلق

4- مستويات القلق

5- أعراض القلق

6- مفهوم قلق المستقبل

7- سمات الأشخاص ذوي قلق المستقبل

8-أسباب قلق المستقبل

9- مظاهر قلق المستقبل

10-عوامل قلق المستقبل

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق الذي يشكل خطورة في حياة الفرد، ويمثل الخوف من المجهول، ينجم عن خبرات ماضية وجاهزة قايضا يعيشها الفرد التي تجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر.

1- تعريف القلق:

لغة: تأتي كلمة قلق Auscious من الكلمة اللاتينية Auxius وتعني متكدر البال حول أمر غير محقق في المستقبل، وهي مرتبطة بأصل معناه: يضغط بشدة ويخنق أما في اللغة العربية وحسب منجد اللغة والإعلام: نقول قلق وقلقا أي اضطرب وإنزعج، فهو قلق،أقلقه: أزعجه والشيء من مكانه: حركه. وفي المعجم الوسيط (قلق) قلقا: أي لم يستفز في مكان واحد ولم يستمر على حال. إذا التعاريف اللغوية تتفق على أن القلق هو مرادف الاضطراب والانزعاج والتوتر عدم الاستقرار.

إصطلاحا: يعرف القلق بصفة عامة على انه حالة ذاتية من الضيق والكدر تنتج عن انتظار وتوقع لخطر وشيك الوقوع، وغير محدد ويكون مصحوبا غالبا بمجموعة أعراض جسدية. يعرف أيضا بأنه شعور عام بالرعب والخشية أو أن هناك مصيبة على وشك الوقوع. (أسماء، 2021،ص 145)

2- تعريفات بعض علماء النفس للقلق:

- يعرف فرويد **S.Freud:** القلق بأنه رد فعل لخطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز أو الخوف من العقاب.

- ويعرفه روجرز **C.Rogers:** بأنه الخبرة التي يعيشها الفرد، عندما يهدد شيء ما مفهومه لذاته.

– كما عرفه آرون بيك**A.beck** : بأنه انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيرا معبرا عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل.

– كما عرفه شافر ودوركس**Schaffre et Durex**: تعريفا سلوكيا كما يلي: استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك.

ومنه تتفق معظم التعاريف النفسية على أن القلق هو خبرة شعورية مؤلمة وبرد فعل لخطر يوشك أن يقع، سواء كان القلق واقعيا أو رمزيا.

لكن تختلف هذه التعريفات في تحديدها لمصادر القلق، فبينما يرى البعض وتحديدا فرويد أن مصدر القلق هو النزعات المكبوتة التي تهدد باحتياج ساعة الشعور باستمرار البعض الأخر. كتعريف شافر ودروكس أن القلق يعتبر كاستجابة مكتسبة (متعلمة). كما أن بعض التعريفات كتعريف هارولد و بينكسي اعتبرت القلق دافعا من ناحية و هدف من ناحية أخرى.كذلك فإن بعض التعريفات كتعريف بيك بينت أن القلق ينتج عن عمليات معرفية هي التي تقف وراء تقديم حجم الخطر المحتمل.كذلك فقد بين البعض الأخر وتحديدا روجرز أن تحديد مفهوم الذات هو مصدر القلق ومنه نخلص أن القلق هو شعور وخبرة انفعالية مركبة من الخوف و توقع التهديد (أسماء ،2021،ص 148)

3– أنواع القلق:

لقد قسم المشتغليين بعلم النفس المرضى القلق إلى ثلاثة أنواع:

3–1 قلق عادي أو موضوعي: وهو عبارة عن خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن أدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيما الفرد، هناك وجود موضوعي لمصدر خطر في البيئة ويتميز بمستوى معتدل من انفعال الخوف سيتعين به الفرد على التفاعل الصحيح مع مشاكله. وهذا النوع من القلق يخبره الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي آو الخطر عندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه وسلامته. كما انه ينبع من ظروف

الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره وحصر أسبابه لأنه يكون غالبا محدودا في الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة.

3-2 قلق مرضي أو عصابي: أما هذا النوع من القلق لا يدرك فيه المصاب مصدر علته وكل ما هنا أن يشعر بحالة من الخوف الغامض العام الغير محدد ومنشأ هذا القلق لا يعود إلى مصدر خارجي، وهو قلق سيئار عند إدراك الفرد بان غرائزه قد تجد له منفذا للخارج.

3-3 القلق الخارجي: وهو ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما وتكون الأنا الأعلى هي مصدر الخطر يهدد الأنا إن أتيت فعلا معينا، كما انه يتعلق بمشاعر الإحساس بالذنب نتيجة الإحباط.

كما أشارت تلك الكتابات إلى أن هذه الأنواع تختلف من حيث الشدة بين الأفراد بعضهم ببعض و داخل الفرد نفسه من موقف لآخر و من مرحلة عمرية لأخرى مع اختلاف الثقافات. (هند، 2013 ، ص 19)

4- مستويات القلق:

يوجد هناك ثلاث مستويات للقلق هي:

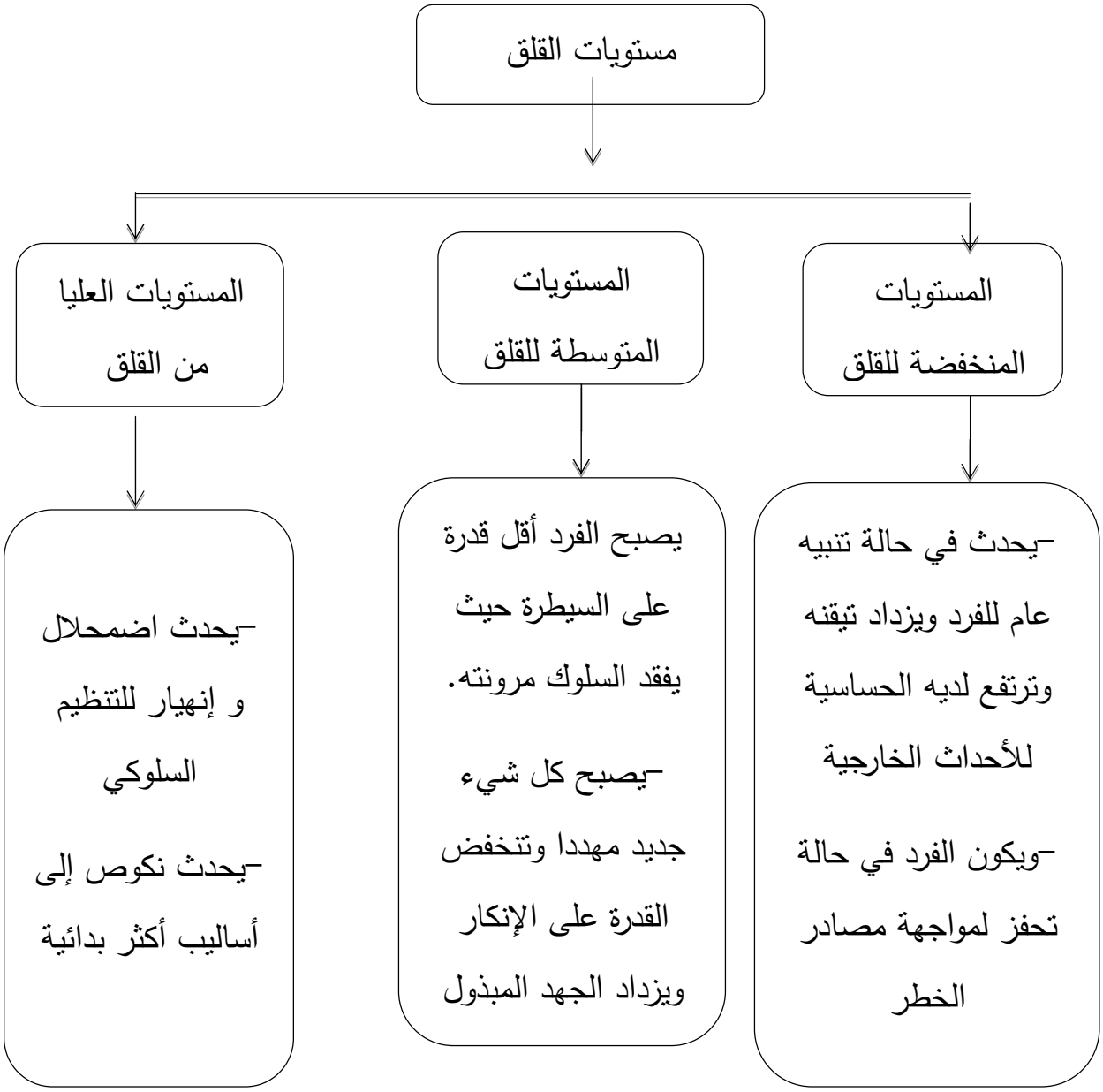
4-1 المستويات المنخفضة للقلق: يحدث حالة التنبه العام للفرد ويزداد تفنه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر ويكون الأفراد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البنية التي يعيش فيها الفرد. ولهذا يكون القلق في هذا المستوى أشار إلى إنذار أخطر وشيك الوقوع.

4-2 المستويات المتوسطة للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته و يستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة و تكون استجابته و عاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، و بالتالي يصبح كل شيء جديد

مهددا و تنخفض القدرة على الابتكار و يزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

4-3 المستويات العليا للقلق: يحدث اضمحلال و انهيار للتنظيم السلوكي للفرد و يحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية و ينخفض التآزر و التكامل انخفاضا في هذه الحال .(عبد اللطيف حسين،2008، ص 150)

يمكن تلخيص مستويات القلق في المخطط التالي:



الشكل(08): يوضح مستويات القلق

5-أعراض القلق:

يتم تقييم أعراض القلق كما يلي:

5-1 الأعراض السلوكية: وتشمل التهيج، انحطاط عميق للقوى (إنهاك)، الهروب من مواجهة المواقف، خطر العدوان ضد الذات أو ضد الآخرين.

5-2 الأعراض العضوية الفيزيائية: وتكون ناجمة عن شيئين: أما زيادة التوتر في الجهاز العضلي،أو عن فرط في نشاط الجهاز العصبي المستقل.

زيادة التوتر في الجهاز العضلي والذي يتجلى بالظواهر التالية:

- فرط الحركة مع ارتجاف.
- اشتداد المنعكسات الوترية العميقة.
- صداع جبهي أو صدغي.
- تشنج في عضلات العمود الفقري.

فرط في نشاط الجهاز العصبي المستقل وتوجد أعراض كثيرة تتوزع حسب الأجهزة المتأثرة:

- **الجهاز الهضمي:** اضطراب الشهية، جفاف الفم، إسهال، الشعور بالغثيان ورغبة في التقيؤ...الخ.
- **الجهاز التنفسي:** صعوبة في التنفس، زيادة عدد حركات التنفس...الخ.
- **جهاز الدورات:** تسارع نبضات القلب، ارتفاع ضغط الدم، الشعور بالتوهج...الخ.
- **الجهاز البولي التناسلي:** كثرة البول، فقدان الرغبة الجنسية...الخ.

- **الجهاز العصبي:** الشعور بالدوار، التنميل والوخز،اللازمات العصبية كمص الأصابع وتعتم الأظافر. (أسماء ،2021، ص 152)

ويكون الفرد واعيا لهذه التبادلات التي تظهر في شكل خفقان القلق، رجفة في اليدين، زيادة التعرق. وهذه التبادلات النفسية والجسدية التي تحدث أثناء القلق هي تبادلات مشتركة لها تأثير راجع يلقم المراكز القشرية الدماغية، ما يزيد من حدة القلق.

كما نجد أن بعض الباحثين، يضيق إلى أعراض القلق، خاصة المزمن منها، ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية.

5-3الأعراض السيكوسوماتية: ويقصد بذلك الأعراض العضوي التي تنشأ بسبب معاناة القلق النفسي والانفعالات الشديدة كما يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض إلى حالات القلق النفسي والتوترات الشديدة. وفي مثل هذه الحالات يكون علاج القلق والانفعالات أساسيا لشفاء المريض، وأهم هذه الأمراض السيكوسوماتية ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، الربو الشعبي، قرحة المعدة،السكري، السرطانات ...الخ.

من خلال استعراضنا لحملة الأعراض التي تظهر اضطراب القلق، نلخص إلى أن القلق اضطراب يؤكد على مختلف الجوانب العقلية، والنفسية والسلوكية والعضوية الفيزيولوجية و إختفاء هذه الأعراض يقوم أساسا على علاج اضطراب القلق. (أسماء،2021، ص 154)

6- مفهوم قلق المستقبل:

يعرفه قشطه (2007) : بأنه جزء من القلق العام ويعد أحد أنواع القلق. كما انه يشكل خطرا في حياة الفرد والخوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة يعيشها الفرد، مما يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر و الشعور بعدم الاستقرار، و تسبب هذه الحالة شيئا من التشاؤم و اليأس الذي قد يؤدي غالى اضطراب حقيقي خطير.

يعرفه المعري (2011): بأنه حالة انفعالية غير سارة ينتج عنها أفكار لا عقلانية الترقب والوهم والبيئة الأسرية، مما تدفع صاحبها بحالة من الارتباك والتوجس والتشاؤم، وتوقع كوارث، وفقدان الشعور بالأمن والخوف من المشكلات الأسرية و الإجتماعية و الإقتصادية و السياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.

ويون الشرافي (2013): أن القلق هو التفكير السلبي اتجاه المستقبل، والنظرة السلبية التشاؤمية للحياة، وعدم القدرة على مواجهة الأحداث، والمشكلات والضغوطات ومن ثم الشعور بالخوف وعدم الأمان والاطمئنان من المستقبل.

و يعرف حير (2012) : بأنه خلل في اضطراب نفسي ينشأ نتيجة خبرات ماضية غير سارة مع تشويه و تحريف إدراكي معرفي للواقع و للذات من خلال استحضار الذكريات و الخبرات الماضية الغير سارة مع تضخيم السلبيات و دحض الايجابيات الخاصة بالذات و الواقع تجعل صاحبها في حالة من التوتر و عدم الأمن مما يدفعه لتدمير الذات، و العجز الواضح و تعميم الفشل و توقع الكوارث و تؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل و قلق التفكير في المستقبل و الخوف من المشكلات الاجتماعية و الاقتصادية المستقبلية المتوقعة و الأفكار الوسواسية قبل الموت و اليأس.

ومما سبق يمكن تعريف قلق المستقبل بأنه حالة من الخوف والأفكار السلبية والنظرة التشاؤمية للحياة المستقبلية كما انه أحد أنواع القلق المرضي الذي يعيب الفرد نتيجة شعوره بعدم الارتياح، وتوقعه للخطر. وما يحمل من مفاجآت غير سارة وكذلك عدم الثقة بالنفس في القدرة على مواجهة الضغوطات.(شحدة، 2019، ص 14)

7- سمات الأشخاص ذوي قلق المستقبل:

هناك مجموعة من السمات التي يتصف بها الأشخاص ذوي قلق المستقبل أهمها:

- التشاؤم المستمر من المستقبل خوفا من وقوع المخاطر.
- فقدان الثقة بالآخرين مما يؤدي ذلك إلى الاصطدام بهم و إفعال المشكلات.
- الاعتماد على العلاقات الاجتماعية في تأمين المستقبل الخاص.
- دائما يتوقع السيئ والسلبي للأحداث.
- انطوائي ويظهر عليه علامات الشك والحزن والتردد.
- الخوف من التغيرات السياسية والاجتماعية المتوقع حدوثها مستقبلا.
- ظهور الانفعالات لأتفه الأسباب.

8- أسباب قلق المستقبل:

هناك عدة أسباب لقلق المستقبل والتي من بينها:

- ضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات.
- الإحساس بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام.
- عدم القدرة على فصل أمانيه عن التوقعات المبنية من الواقع.
- نقص الخبرة على التكهن بالمستقبل وعدم وجود معلومات كافية لديه لبناء الأفكار عن المستقبل وكذلك تشوه الأفكار الحالية.
- الشعور بعدم الانتماء داخل الأسرة والمجتمع.

- عدم قدرته على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها.
- الشعور بعدم الأمان والإحساس بالتمزق.
- مشكلة في كل من الوالدين والقائمين على رعايته في عدم قدرته على حل مشاكله.
- التفكك الأسري.

ويضيف العش يري أسباب أخرى تعد من أسباب قلق المستقبل هي:

- الخوف من الغامض نحو مل يحمله الغد.
- التنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة.
- الشعور بالضيق والتوتر والانقباض عند الاستغراق في التفكير في المستقبل.
- ضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات.
- الانزعاج و فقدان القدرة على التركيز . (طاوسي،2018، ص11)

9- مظاهر قلق المستقبل: لقلق المستقبل ثلاثة مظاهر و هي:

9-1 مظاهر معرفية: هي حالة من القلق تتعلق بالأفكار التي تدور في خلجات الشخص وتفكيره، وتكون متذبذبة لتجعل منه متشائما من الحياة معتقدا قرب أجله، وأن الحياة أصبحت نهايتها وشيكة والتخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية والعقلية.

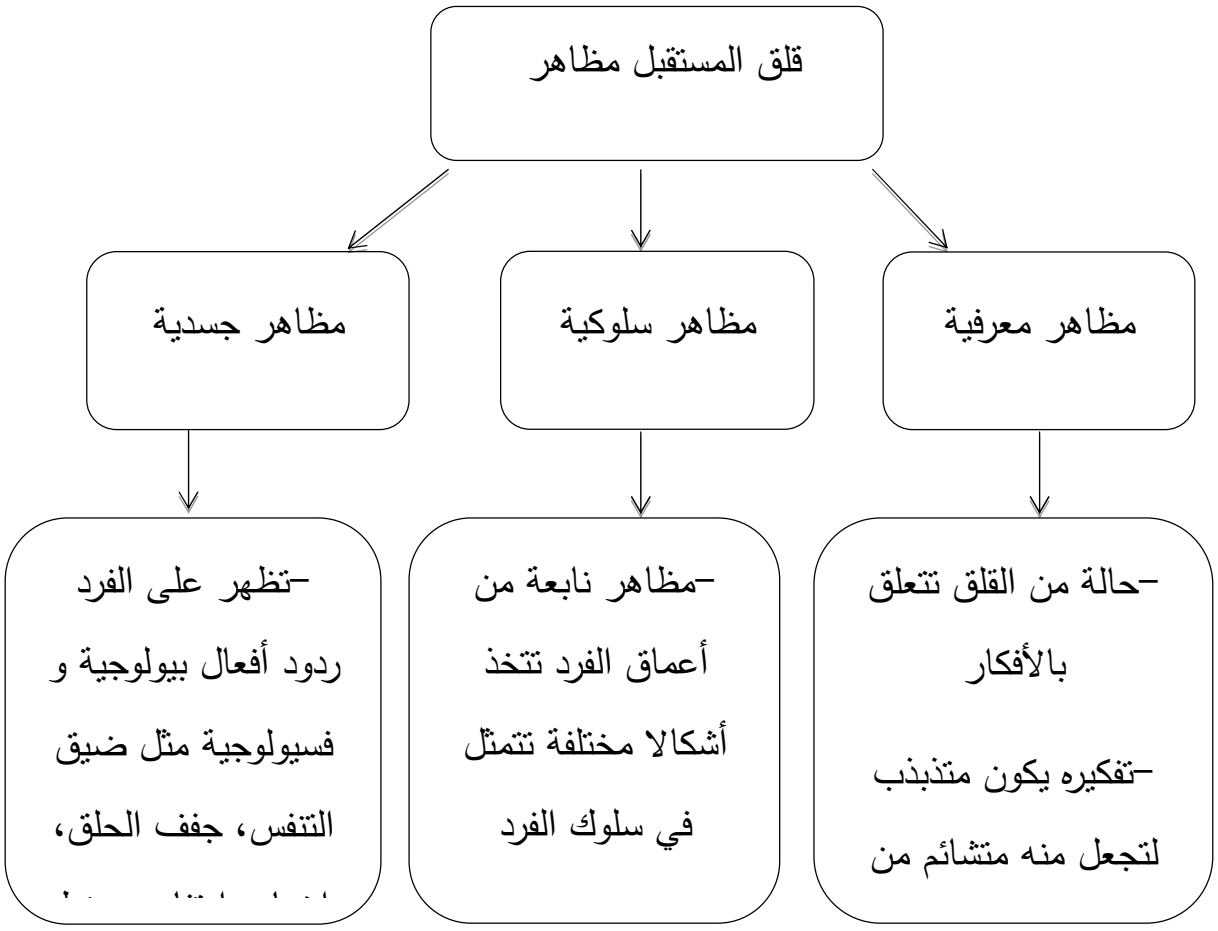
9-2 مظاهر سلوكية: مظاهر نابعة من أعماق الفرد تتخذ أشكالا مختلفة تتمثل في سلوك الفرد مثل تجنب المواقف المحرجة للشخص وكذلك المواقف المثيرة للقلق.

9-3 مظاهر جسدية: يمكن ملاحظة ذلك من خلال ما يظهر على الفرد من ردود أفعال بيولوجية و فسيولوجية مثل ضيق التنفس، جفاف الحلق، برودة الإطراف، إرتفاع ضغط الدم، إغماء، توتر عضلي و عسر الهضم .

فالقلق لا يجعل الفرد يفقد اتصاله بالمواقع بل يمكنه ممارسة أنشطته اليومية ودراكا عدم منطقية تصرفاته،أما في الحالات الحادة فان الفرد يقضي معظم وقته للتغلب على مخاوفه ولكن دون فائدة. ويرى عاطف مسعد الحسيني (2011) أن من مظاهر قلق المستقبل:

- الانطواء وظهور علامات الحزن والشك والتردد والبكاء لأسباب تافهة.
- التشاؤم لان الخائف من المستقبل لا يتوقع إلا الشر ويهيأ له الأخطار المحدقة به.
- صلابة الرأي.
- الخوف من التغيرات الاجتماعية و السياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.
- إستغلال العلاقات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.
- الحفاظ على الطرق الروتينية و الطرق المستهلكة مع موقف الحياة .
- الإنسحاب من أنشطة البناء.
- عدم القدرة على مواجهة المستقبل.
- عدم الثقة في النفس أو الآخرين.
- الخائف من المستقبل يعبر عن خوفه من المستقبل بالرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو أي يتسم بالنكوص والتشتت. (الداهري ، 2005، ص 327)

المخطط التالي يوضح مظاهر قلق المستقبل باختصار:



الشكل 09: مخطط يوضح مظاهر قلق المستقبل (الداهري ، 2005)

9- عوامل قلق المستقبل:

يمثل قلق المستقبل احد أنواع القلق التي تشكل خطورة في حياة الفرد، و التي تشكل خوفا من مجهول ينجم عن خبرات ماضية و حاضرة أيضا يعيشها الفرد تجعله يشعر بعد الاستقرار، و تسبب لديه هذه الحالة شيئا من التشاؤم و اليأس الذي قد يؤدي له في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي و خطير مثل الاكتئاب أو اضطراب نفسي عصبي، و في هذا السياق نشير إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة و لا عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله و كذلك المواقف و الأحداث و التفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف و القلق الذي يفقد السيطرة علة مشاعره و على أفكاره العقلانية و الواقعية، مما يقوده إلى الشعور بعدم المن و الاستقرار النفسي. (شقير، 2005،ص 54)

وبالتالي قد ينتج قلق المستقبل عن التفكير اللاعقلاني والخوف من الأحداث السيئة المتوقع حدوثها مستقبلا، و الشعور بالارتباط و الضيق و الغموض، و توقع السوء أي النظرة السلبية للحياة. (عبد المحسن، 2007، ص 120)

وهو تفسير معرفي تبناه بك عندما أكد أن سبب قلق المستقبل ناتج عن أفكار خاطئة لدى الفرد تجعله يؤول الواقع المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ مما يدفعه غالى حالة من الخوف والقلق الدائم الذي يفقد السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية. (النجار،2012، ص 16)

تذكر مسعود (2006) أن هناك أسباب عديدة تقف وراء قلق المستقبل لدى الفرد منها:

- نقص القدرة على التمكن بالمستقبل نتيجة عدم وجود معلومات كافية لبناء الأفكار عنه.

- الشك في قدرة المحيطين به على حل مشاكله.

– الشعور بعدم الانتماء و الإستقرار سواء داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بصفة عامة.

– استعداد الفرد الشخصي للتفاعل مع الخوف وكذلك الخبرات الشخصية المتراكمة واتجاهات الشخص في حياته.

– العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

– الغزو الخارجي للفشل.

– تدني مستوى القيم الروحية والأخلاقية

– الضغوط النفسية وعدم القدرة على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها الشخص.

وتصنيف المشيخي (2009) كذلك أسباب أأخرى تؤدي إلى قلق المستقبل منها:

– أحاديث الفرد الذاتية وأفكاره الذاتية الهازمة للذات

– التوتر الناشئ عن مسؤولية اتخاذ القرار باعتباره نوعا من الصراع العقلي، وإعتبار أن الحياة هي عبارة هن مجموعة من القرارات المتتالية، والتي يكون على الفرد دائما أن يجزم رأيه بشأنها

– ضغوط الحياة التي تعد أهم العوامل المسببة لقلق المستقبل خاصة في هذا العمر الذي يمر بتحولات اجتماعية و إقتصادية أدت إلى تغير كبير في أساليب حياة الفرد. (مسعود،2006،ص51)

1-9 العامل الوراثي:

– الإستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي: حيث ثبت أن الفرد يولد ولديه استعداد في الجهاز العصبي للإصابة بالقلق انفسي، حيث يظهر هذا المرض عند تعرض الفرد إلى الإجهاد النفسي بكل أنواعه، كما أظهرت دراسة العائلات إن 10 من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض.

– السن (العمر الزمني): أوضحت بعض الدراسات أن القلق يزيد مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة،و كذلك يزيد مع ضموره لدى كبار السن خلال سن الشيخوخة و اليأس، فتظهر أعراضه بوضوح.

– اضطراب النمو في مرحلة الطفولة: أوضحت الدراسات أن تراكم الخبرات الصادعة خلال تلك المرحلة يعد سبا في تعرض الفرد للقلق.

2-9 العامل النفسي:

منها الخوف التوتر أو التهيج العصبي، تشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز، فقدان الشهية للطعام، اللجوء إلى تناول الخمور والعقاقير المخدرة.

– العامل الأسري:

فالعلاقات الأسرية غير المستقرة أن تكون سببا في عدم الإحساس بالأمن والاستقرار ومن ثم قلق المستقبل، فقد أكد كلين وزملاءه بأن العلاقات الأسرية التي تسودها المشاحنات والغياب المستمر لأحد الوالدين و الطلاق، يكون الأبناء فيها عرضة للمشكلات السلوكية و النفسية مثل قلق المستقبل.

وقد ذكر مولين (1990) آن عدم قدرة الفرد على التكيف مع المشاكل التي تواجهه وعدم القدرة على فصل أمانيه عن التوقعات المبنية على الواقع، والشعور بعدم الأمان من الأسباب التي تقود كذلك إلى قلق المستقبل.

وكذلك يشير هاوسمان(1998) إلى أن أكثر ما يجعل الفرد هو كل الأشياء السيئة التي يمكن انو تحدث فالمستقبل كالوحدة والخوف من المرض. وخاصة الأمراض الخطيرة والخوف من الفشل في الدراسة والعلاقات الاجتماعية والحاجة مادية والفقر الآن وفي المستقبل وعدم القدرة على اتخاذ قرار مصيري.

ولعل الناظر للحياة من حولنا يحد أن هناك من أسباب القلق على المستقبل، فالوضع السياسي والإقتصادي غير المستقر وزيادة الحروب وعدم الاستقرار في بلدنا كل هذه الأسباب مجتمعة تثير قلق المستقبل بشكل كبير. ونتيجة بنا الآن من أحداث وتحولات سلبية قد يتجه الأشخاص رغما عنهم نحو التوقع السلبي والسوداوي، وفي إطار هذا الواقع الدائم التحول تستطيع الباحثة إلى أهم أسباب قلق المستقبل تبعا للوضع الراهن بما يلي:

- الضغوط النفسية التي أحاطت بالإفراد.
- الضغوط الاقتصادية المتتالية التي شملت معيشة الأفراد وعدم القدرة على تلبية الاحتياجات اليومية البسيطة من مأكل وتنقلات و مسكن بالإضافة إلى انتشار البطالة.
- صعوبة التفكير بالمستقبل المهني الذي أصبح غير واضح.
- خطورة التنقل.
- عدم القدرة على التخطيط للمستقبل في ظل الظروف المتحولة والمفاجئة.(الخطيب، 2011، ص 91)

ومما سبق ومن خلال تطرقنا في هذا الفصل توصلنا إلىأن قلق المستقبل هو عبارة على انه ليس نتاجا من التغيرات المتلاحقة والتي من الصعب التنبؤ بها بل ينتج من رؤية الحاضر وظروفه المعقدة.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

الدراسة الإستطلاعية

1-مجلات الدراسة

2- منهج الدراسة

3- أدوات الدراسة

تمهيد: بعد التطرق للجانب النظري سنحاول في هذا الفصل توضيح و التطرق إلى الجانب لتطبيقي أو الميداني المجزأ إلى قسمين: القسم الأول خاص بالدراسة الاستطلاعية أما الثاني يشمل على خطوات المنهجية لإجراء الدراسة الأساسية .

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة لاستطلاعية مرحل أولية تسبق التطبيق الفعلي للأدوات المستعمل في البحث، فهي تهدف إلى جمع عدد أكبر من معلومات واستطلاع ظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها،أي يتحسن قبل البدا في إجراءات البحث وبصفة خاصة في البحوث الميدانية القيام بالدراسة استطلاعية للاطلاع و الكشف عن الظروف المحيطة بظاهرة موضوع الدراسة. (زهرة غريس، 2017،ص60)

- الهدف منها :

- بناء استبيان يقيس التزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد .
- إختيار الاستبيان المناسب لقياس متغير قلق مستقبل لدى أمهات أطفال التوحد .
- إختيار العينة المناسبة من أمهات أطفال التوحد.
- التعرف على الصعوبات التي قد تتعرض لها الباحثة لتفاديها في إجراء الدراسة الأساسية .

1-1- مجالات الدراسة الإستطلاعية :

1-1-1- المجال الزمني: تمت هذه الدراسة خلال لمدة الزمنية التي تتراوح مابين 27 فيفري 2022 إلى 09 مارس 2022 .

1-1-2-المجال المكاني: لقد تمت الدراسة في جمعية الوفاء للإدماج المدرسي و المهني للأطفال المصابين بالتريزوميا 21 أطفال التوحد – تيارت –.

1-2- حجم العينة ومواصفاتها:

1-2-1- حجم العينة: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 33 أم لطفل متوحد، أختزن بطريقة عشوائية.

1-2-2- مواصفات العينة:

الجدول رقم (2) يبين توزيع العينة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
20-30 سنة	08	24،24
30-40 سنة	11	33،33
40-50 سنة	12	36،36
50-60 سنة	2	6،06
مج	33	100

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أن الفئة العمرية ما بين 40-50 سنة الأكثر تكرار بنسبة36،36%، تليها الفئة العمرية من الأمهات اللواتي يصل سنهم ما بين 30-40 سنة بنسبة 33،33%، في المرتبة الثالثة تكرارا الفئة العمرية 20-30 سنة بنسبة 24،24%، في الأخير الفئة العمرية 50-60 سنة بنسبة 6،06%.

حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (3) يبين توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	05	15،15
ابتدائي	01	3،03
متوسط	14	42،42
ثانوي	12	36،36
جامعي	1	3،03
مج	33	100

يتضح من خلال الجدول رقم(**03**) أن المستوى التعليمي المتوسط الأكثر تكرارا بنسبة 42،42% ،يليه المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 36،36% أما المرتبة الثالثة فكانت للمستوى التعليمي الأمي الأكثر تكرار بنسبة 15،15% على المستوى التعليمي الابتدائي و الجامعي الأخير بنسبة التساوي 3،03%.

- حسب متغير المستوى الاقتصادي:

الجدول رقم (4) يبين توزيع العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	**التكرار**	**النسبة المئوية**
ضعيف	08	24،24
متوسط	21	63،63
مرتفع	04	12،12
مج	33	100

يتضح من خلال الجدول (04) أن المستوى الاقتصادي الأكثر نسبة هو المستوى المتوسط بنسبة 63،63%، و يليه المستوى الاقتصادي الضعيف بنسبة 24،24% ،و أخيرا المستوى الاقتصادي المرتفع بنسبة 12،12%.

1-3- أدوات المستخدمة في الدراسة الإستطلاعية :

- **استبيان الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد.**

- **خطوات بناء الاستبيان :**

1- الاطلاع على أدبيات البحث .

2- المقابلة البحثية بهدف جمع المعلومات حول الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد.

3- اطلاع على الدراسات السابقة :

- دراسة رزقي رشيدة (2012) بعنوان الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرض القصور الكلوي المزمن .

- دراسة لكحل رفيقة (2011) تأثير تربية صحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم .

- دراسة لوالي فاطمة (2020) تقدير الذات وعلاقته بالالتزام العلاجي لدى مرض الاكتئاب "دراسة عيادية"

- دراسة صليحة عدودة (2015) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام العلاجي وجودة الحياة المتعلقة بصحة لدى مرض القصور الشريان التاجي .

- دراسة زهرة غريس (2018) تقبل العلاج لدي المرأة المتزوجة المصابة بقصور الكلوي المزمن و الخاضعة للديالز.

- الخصائص السيكومترية لاستبيان الالتزام العلاجي:

- الصدق:

- **صدق المحكمين:** تم عرض الاستبيان على محكمين جامعة أبن خلدون –تيارت– من أساتذة علم النفس العيادي قسم العلوم الاجتماعية (انظر الملحق رقم(3)

كانت هناك جملة من التعديلات والإضافات :

الجدول رقم(05) يبين التعديلات الناتجة عن صدق المحكمين

الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
أعاني من نقص وسائل التنقل	أعاني من مشكلة النقل
أتقبل مرض طفلي	أتقبل اضطراب طفلي
أعمل على جمع المعلومات من مصادر أخرى مختلفة	أعمل على جمع المعلومات حول حالة ابني من أجل الاستعلام أكثر عن عملية التكفل به.

- صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم(06) يبين معاملات ارتباط فقرات استبيان الالتزام العلاجي والأبعاد التي تنتمي إليها

الأبعاد	الفقرات	معامل ر	مستوى الدلالة
مساهمة الأمهات	01	0.627	0.01
	06	0.509	0.01
	11	0.287	غ دالة
	21	0.514	0.01
	26	0.559	0.01
	30	0.192	غ دالة
	34	-0.143	غ دالة
العوامل المرتبطة بالمرض	02	0.617	0.01
	07	0.525	0.01
	12	0.617	0.01
	17	0.561	0.01
	22	0.781	0.01
السيرورة العلاجية	03	0.331	غ دالة
	08	0.378	0.05
	13	0.482	0.01
	18	0.516	0.01
	23	0.722	0.01
	27	0.297	غ دال
العلاقة بين الطبيب و الفريق الطبي	04	0.673	0.01
	07	0.027	0.01

	14	0.690	0.01
	19	0.764	0.01
	24	0.673	0.01
	28	0.597	0.01
	29	-0.423	0.05
العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية و الاجتماعية	05	0.379	0.05
	10	0.723	0.01
	15	0.324	غ دالة
	20	0.681	0.01
	25	0.705	0.01
	32	0.538	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (06) أن كل فقرات الاستبيان دالة وصادقة إلا كل من الفقرات التالية التي سيتم حذفها من الاستبيان وهي كالآتي:

- **بعد الأم:** الفقرة 11، 30،34.
- **بعد السيرورة العلاجية: 03**، 27.
- **بعد الظروف الاجتماعية:** 15.

- **الثبات:** تم حسابه باستخدام معامل ألفا كرومباخ و الذي قدر بـ 0.845 وهو معامل مرتفع ودليل على أن الاستبيان تابت ويمكن استخدامه في الدراسة الأساسية.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- المنهج المستخدم في الدراسة:

المنهج يعرف بأنه الطريقة أو الأسلوب الذي ينتجه الباحث في بحثه أو دراسة مشكلة و الوصول إلى حلول لها أو إلى بعض النتائج . (أحمد،2020،ص 37)

و أيضا هو أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة و الهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة . (عبيدات وآخرون 1999،ص35)

و بما أننا تناولنا في دراستنا مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد و علاقته بقلق المستقبل فقد تم اختيار المنهج الوصفي الإرتباطي بما يناسب دراسة هذا الموضوع ، و ذلك باعتبار هذا المنهج هو بأنه نوع من أنواع مناهج البحث العلمي يهتم ببيان العلاقة بين متغيرين أو أكثر و في حالة وجود هذه العلاقة يهتم بمعرفة نوع هذه العلاقة سالبة أو موجبة ، طردية أو عكسية . و تهتم الدراسات الإرتباطية ببيان حجم و نوع العلاقة بين البيانات بحيث تتطابق التغيرات في كلا العاملين محل الدراسة الإرتباطية و يستخدم المنهج الإرتباطي على وجه لخصوص في دراسة التنبؤ . (عبد الفتاح، 1996،ص 40)

2-2- مجالات الدراسةالأساسية:

2-2-1- المجال الزمني: أجريت الدراسة الميدانية خلال الموسم الدراسي 2021-2022 خلال الفترة الزمنية الممتدة بين 13-04-2022 إلى17-05 -2022

2-2-2- المجال المكاني:أجريت الدراسة بجمعية ضياء لأطفال التوحد و التريزوميا و صعوبات التعلم- تيارت

2-3- حجم العينة ومواصفاتها:

2-3-1- حجم العينة: تكونت عينة الدراسة من 38 أم لطفل متوحد ، اختيرن بطريقة قصدية.

2-3-2- مواصفات العينة:

- حسب متغير السن:

الجدول رقم (07) يبين توزيع العينة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
20-30 سنة	06	15.80
30-40 سنة	13	34.20
40-50 سنة	14	36.80
50-60 سنة	5	13.20
مج	38	100

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أن الفئة العمرية ما بين 40-50 سنة الأكثر تكرار بنسبة 36.80%، تليها الفئة العمرية من الأمهات اللواتي يصل سنهم ما بين 30-40 سنة بنسبة 34.20%، في المرتبة الثالثة تكرارا الفئة العمرية 20-30 سنة بنسبة 15.80%، في الأخير الفئة العمرية 50-60 سنة بنسبة 13.20%.

- حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (08) يبين توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	04	10.5
إبتدائي	01	2.6
متوسط	02	5.3
ثانوي	16	42.1
جامعي	15	39.5
مج	38	100

يتضح من خلال الجدول رقم **(08)**أن المستوى التعليمي الثانوي الأكثر تكرارا بنسبة 42،42% يليه المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 39،5% ، و في المرتبة الثالثة تكرار المستوى التعليمي الأمي بنسبة 10،5% و المرتبة الرابعة من مستوى المتوسط نسب 5،3%، وأخيرا المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 2،6%

- حسب متغير المستوى الاقتصادي:

الجدول رقم (09) يبين توزيع العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	06	15.8
متوسط	26	68.4
مرتفع	06	15.8
مج	38	100

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن المستوى الاقتصادي الأكثر تكرارا هو المتوسط بنسبة 68،4% ، و يليه كلا من المستوى الاقتصادي الضعيف و المرتفع يساوي التكرار بنسبة 15،8%.

2-4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

2-4-1- استبيان قلق المستقبل:

أ- **وصف الاستبيان** : من إعداد طاوسي مريم سنة (2019) الذي يتكون من (28) فقرة موزعة على خمسة أبعاد:

- **البعد الأول** : قلق التعلق بالمشكلات الحياتية (5) فقرات .

-**البعد الثاني** : قلق الصحة و قلق الموت (5) فقرات.

-**البعد الثالث** : القلق الذهني (7) فقرات .

- **البعد الرابع** : اليأس في المستقبل (6) فقرات.

- **البعد الخامس** : خوف و القلق من الفشل في المستقبل (5) فقرات.

ب- الخصائص السيكومترية للاستبيان:

- **الصدق:**تم حساب الصدق التمييزي لمقياس بعد ترتيب الدراسة الإستطلاعية بتطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين فكانت النتائج إن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات العليا و بين الحاصلين على درجات دنيا في مقياس قلق المستقبل و منه فالمقياس يعتبر صادق لما يقيسه .

- **الثبات** : تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ التي بلغت قيمة 0.885 و هي قيمة عالية تدل على ثبات المقياس و يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية .

2-4-2- استبيان الالتزام العلاجي:يتكون من 27 فقرة تم التأكد من خصائصها السيكومترية، وهي موزعة على خمسة أبعاد:

- **بعد مساهمة الأمهات:** مدى تقبل الأم لحالة طفلها و العمل على الحصول حول المعلومات التي تساعدها في العلاج ، و الحصول أيضا المساندة . يتكون من (7) فقرات

- **بعد العوامل المرتبطة بالمرض** : و هو الفهم الجيد للإضطراب التوحد ، من خلال الحصول على المعلومات الطبية و فهمها ، تذكرها ، و العمل بها أيضا . يتكون من (4) فقرات

- **بعد السيرورة العلاجية:** إدراك إلام لأهمية التوصيات العلاجية خاصة فيما يتعلق تناول الدواء و تعليمات المختص النفسي أيضا ، فحيال تحسن أعرا ض او عدم تحسنها . يتكون من (5) فقرات

- **بعد العلاقة بين الطبيب و الفريق الطبي:** تأثير نوعية العلاقة التي ترتبط بين الفريق الطبي و الأمهات على التزامهن بالعلاج من حيث حسن الإصغاء ، الثقة المتبادلة ، إيصال المعلومات بلغة بسيطة . يتكون من (5) فقرات

- **بعد العوامل المرتبطة بالظروف الاقتصادية و الاجتماعية:** تتمثل في مدى تحمل الأمهات للتكاليف المادية، و مدى توفر وسائل النقل التي يتطلبها العلاج ، بالإضافة الى مستوى التعليمي للأمهات ، كلها عوامل تؤثر على الالتزام العلاجي لديهن. يتكون من (6) فقرات

2-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

- **النسب المئوية:** لحساب التكرار .

- **المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري .**

- **معامل ارتباط بيرسون:** لاختبار العلاقة بين متغيرين.

- **معامل التحليل التباين Anova** لحساب دلالات الفروق في الالتزام العلاجي بالنسبة للمستوى الاقتصادي و المستوى التعليمي .

- **اختبار شفيه:**للمقاربة البعدية .

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد.

1- عرض النتائج.

2- مناقشة النتائج.

الخاتمة.

الاقتراحات.

تمهيد:

بعد تطرقنا في الفصل الخامس إلى تحديد معالم الإطار المنهجي بكل ما يحتويه من تقنيات جوهرية لمواصلة ماينبغي الوصول إليه كغاية لأي دراسة أو بحث علمي .و عليه في هذا الفصل السادس سنتطرق لتحليل و مناقشة النتائج المتوصل لها حسب الفرضيات التي طرحت وهذا ما يثبت أهمية الجانب الميداني كونه يدعم و يكمل ما تم بنائه في لجانب النظري.

1- عرض النتائج:

- **الفرضية الرئيسية:** والتي تنص على: هناك علاقة ارتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل.

الجدول رقم(10) يبين معامل ارتباط بيرسون بين الالتزام العلاجي وقلق المستقبل.

المتغيرات	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	معامل ر	مستوى الدلالة
الالتزام العلاجي	65.947	54	7.009	0.091	غ دال
قلق المستقبل	67.078	60	7.906		

يتضح من خلال الجدول رقم (10) بأنه لا توجد علاقة ارتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل. وبالتالي لم تتحقق الفرضية الرئيسية.

- **الفرضية الفرعية الأولى:** توجد فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

الجدول رقم (11) يبين الفروق في مستوى الالتزام العلاجي تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة المعنوية
السن	مابين المجموعات	132.672	03	44.224	0.892	0.455
	داخل المجموعات	1685.223	34	49.565		
	الكلي	1817.895	37			
المستوى التعليمي	مابين المجموعات	596.245	04	149.061	4.027	0.009
	داخل المجموعات	1221.560	33	37.020		
	الكلي	1817.895	37			
المستوى الاقتصادي	مابين المجموعات	592.561	02	296.281	8.463	0.001
	داخل المجموعات	1225.333	35	35.010		
	الكلي	1817.895	37			

يتضح من خلال لجدول رقم (11) بأنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير السن ، إلا أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي بحيث قدرت قيمة ف 8،463 ، عند مستوى الدلالة المعنوية 0،001.و وتوجد فروق أيضا تعزى مستوى التعليمي قدرت قيمة

ف4،027. ، عند الدلالة المعنوية 0،009 . ولمعرفة اتجاهات الفروق تم استخدام اختبار الشيفيه:

الجدول رقم (12) يبين المقارنة البعدية للفروق في مستوى الالتزام العلاجي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي

Variable dépendante: TOTE

Scheffe

(I) ECO	(J) ECO	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
faib	moy	10,5000*	2,6798	,002	3,6495	17,3505
	fort	11,8333*	3,4161	,006	3,1006	20,5661
moy	faib	-10,5000*	2,6798	,002	-17,3505	-3,6495
	fort	1,3333	2,6798	,884	-5,5172	8,1839
fort	faib	-11,8333*	3,4161	,006	-20,5661	-3,1006
	moy	-1,3333	2,6798	,884	-8,1839	5,5172

*. La différence de moyennes est significative au niveau .05.

يظهر من خلال الجدول رقم **(12)** توجد فروق بين المستوى الاقتصادي والمستوى المتوسط لصالح المستوى الضعيف وفروق بين المستوى الضعيف والمستوى القوي لصالح المستوى الضعيف.

– **الفرضية الفرعية الثانية:** توجد فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

الجدول رقم (13) يبين الفروق في مستوى قلق المستقبل تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة المعنوية
السن	مابين المجموعات	85.732	3	28.577	0.436	0.728
	داخل المجموعات	2227.031	34	65.501		
	الكلي	2312.763	37			
المستوى التعليمي	مابين المجموعات	285،080	4	71،270	1.160	0.346
	داخل المجموعات	2027،683	33	61،445		
	الكلي	2312،763	37			
المستوى الاقتصادي	مابين المجموعات	23.776	02	11.888	0.182	0.835
	داخل المجموعات	2288.987	35	65.400		
	الكلي	2312.763	37			

يتضح من خلال الجدول رقم **(13)** أنه لتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن المستوى التعليمي ، المستوى الاقتصادي.

2-مناقشة النتائج:

- **مناقشة الفرضية الرئيسية:** والتي تنص على هناك علاقة ارتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل.

تبين من خلال النتائج بأنه لا توجد علاقة ارتباطية بين الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل. ويمكن تفسير ذلك لطبيعة شخصية الأم وخوفها على طفلها، بمعنى حتى ولو كانت ملتزمة بتعليمات بروتوكول العلاج وإتباع التعليمات بحذافيرها هذا لن يمنعها من خوفها على مستقبل ابنها خاصة فيما يتعلق باضطراب التوحد باعتباره إعاقة نمائية ومن الصعب علاجه.خاصة وأن الالتزام العلاجي يتأثر بعدة عوامل حددتها المنظمة العالمية للصحة عام (2003) في :عوامل مرتبطة بالمصاب ، عوامل مرتبطة بالمرض ، عوامل مرتبط بالدواء وعلاقة الطبيب بالمصاب.

على الرغم من أن الأمهات حريصات على متابعة الحصص التأهيلية لأطفالهم التوحيديين إلا أنهن قلقات بشأن المستقبل، الأم حيث أن تبقى قلقة على أبنائها من جميع مراحل حياتها بدءا من الطفولة إلى المراهقة إلى الشباب . ويشير زيان وبلحول (2018) أن الآباء يشعرون بالقلق و المخاوف بشأن مستقبل أبنائهم المعوقين و قد تباينت هذه المخاوف و بالرغم من ذلك أكثر المخاوف التي كانت تقلق الآباء من شأن المستقبل أطفالهم المعوقين هي القلق حول إدراج الطفل في المجتمع ، و القلق حول تعليم الطفل و مستقبله المهني و استقلاله الاقتصادي و قدرته في الاعتماد على ذاته في بناء الأسرة. فكيف لأم طفلها مريض بالتوحد ومن ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة وأن الأم هي التي تتحمل بالدرجة الأول بمسؤولية التكفل به ورعايته و الاستجابة لحاجاته البيولوجية والنفسية الاجتماعية بالرغم من حالته. و نظرا للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة للسند فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم و مرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها و بينه و لذا تلعب

الأم دور المساندة العاطفية و تمثل مصدر للإشباع المادي و النفسي لدي. (طاوسي ،2019، ص 29)

هناك تفسير آخر أن هناك بعض الأمهات بالرغم من التزامها بالعلاج والعمل بتوصيات الفريق الطبي إلا أنها موقنة بأنه لن يتعالج كليا وهذا الاعتقاد ناتج عن المعتقدات والتصورات حول اضطراب التوحد، فالالتزام العلاجي يتأثر بالمعتقدات التي يبنيها الفرد حول المرض.

– **مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:** توجد فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

تبين من خلال النتائج عدم وجود فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، فالسن لن يؤثر على عملية الالتزام العلاجي مادام أنه يخدم مصلحة الطفل المتوحد، ويساعده على الاندماج في المجتمع بالقدر المستطاع، فالأم دوما تحاول مساعدة طفلها إلى آخر رمق في حياتها. تتفق هاته النتيجة مع دراسة Efnosin (2016) توصلت إلى عدم وجود أي فروق بين الالتزام في العمر.

كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام العلاجي تعزى لمتغير المستوى التعليمي تختلف هاته النتيجة مع ما توصلت إليه الحاجة تطراوي (2016) بعنوان مصدر الضبط الصحي و علاقته بتقبل العلاج لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب التي هدفت إلى الكشف عن دلالة الفروق لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير المستوى التعليمي وتوصلت النتائج إلى لا يوجد فرق بين متوسطات مصدر الضبط الصحي لدى عينة من النساء المتأخرات في الإنجاب تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

يمكن أن يؤثر المستوى التعليمي على الالتزام العلاجي بأوجه مختلفة ومتعددة، هناك بعض الامهات من المستوى التعليمي المنخفض من يسعين جاهدات للبحث أكثر حول التوحد وكيفية مواجهته وتجدهن يسألن هنا وهناك بحثا عن حياة أفضل لأطفالهن، أما النساء

ذوي المستوى التعليمي المرتفع تجدهن يعانين من جرح نرجسي أعمق بكثير، على سبيل المثال لا الحصر كانت هناك أستاذة جامعية يعاني طفلها من التوحد تشعر بأن قواها قد خارت، ولم تتقبل إعاقة طفلها ن وتنكر إعاقة طفلها: " كيف لامرأة بمستواي أن يكون لها طفل متوحد."

أما عن الفروق التي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وكانت لصالح المستوى الاقتصادي الضعيف، يكن لهذا الأخير أن يؤثر على الالتزام العلاجي خاصة مع ارتفاع تكاليف العلاج والتنقل من مركز لآخر، صعوبة الظروف المعيشية يمكن لها أن تؤثر على الالتزام العلاجي لدرجة أن تتوقف عن العلاج نهائيا

– **مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:** توجد فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي.

تبين من خلال النتائج عدم وجود فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، يمكن تفسير ذلك إلى أن اضطراب التوحد يثير مخاوف مستقبلية على حياة الطفل. تتفق هاته النتيجة مع دراسة طاسي مريم (2019) بعنوان قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد توصلت نتائجها إلى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تبعا لمتغير (السن،والجنس، سن الطفل التوحدي)، ودراسة الباحثة سالم البلوي (2013) بعنوان مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات فكانت نتائجها عدم وجود اختلاف مستوى قلق المستقبل لدى أمهات للمؤهل العلمي وترى دراسة الفاغوري(2007) بعنوان قلق المستقبل لدى عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة و العاديين التي هدفت إلى وجود فروق لقلق المستقبل لذي الاحتياجات الخاصة والعاديين كانت النتيجة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل بين أفراد العينة بالنسبة المتغير الحالة الاقتصادية للأهل .

خـاتمة

خاتـــــمة

سعت الدراسة الحالية إلى الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين الإلتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وقلق المستقبل. وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المنهج الوصفي الإرتباطي وبعد التحليل والمناقشة توصلنا إلى مايلي:

- لاتوجد علاقة إرتباطية بين الإلتزام العلاجي وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.
- لا توجد فروق في مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن ، إلا أنه توجد فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي.
- لا توجد فروق في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير السن والمستوى التعليمي و المستوى الإقتصادي.

تبين من خلال الدراسة بأنه بالرغم من مستوى الالتزام العلاجي الموجود لدى الأمهات إلا أنها تشعر بقلق المستقبل لعديد الاعتبارات، فالأم حتى وإن كان طفلها طبيعيا تشعر بالقلق نحوه وتنتابها مخاوف حول مستقبله، أما في حالة وجود طفل متوحد فإن الأم تشعر بقلق المستقبل، الذي تتخلله مخاوف حول مدى تمتعها بالصحة والعافية لكي تظل تعتني بطفلها ، والأم لطفل متوحد تظل تعيش في حالة حداد، حداد حول مستقبله المهني والحياتي مع الشريك الآخر، فلن تكون لطفل متوحد حياة طبيعية مثل باقي الأطفال. بدليل أنه بالرغم من المستوى التعليمي المختلف والمستوى الاقتصادي لمختلف وفارق السن إلى أن مستوى القلق هو نفسه في كافة الأحوال.

- الاقتراحات:

بناءا على ما توصلنا إليه من خلال الدراسة الحالية، و التي تناولت موضوع مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد و علاقته بقلق المستقبل تبين ضرورة تقديم مجموعة من الاقتراحات التالية :

- لا بد من توعية أمهات أطفال التوحد حول أهمية الالتزام بالعلاج الذي يلعب دورا في تحسين عملية التكفل بالطفل التوحدي .

- ضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول التزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد ، ولدى الآباء أيضا.

- بناء المزيد من مراكز خاصة تدعم أطفال التوحد .

- إقامة ندوات و دورات تكوينية لأمهات أطفال التوحد للتوعية بأهمية الالتزام العلاجي.

- إجراء دراسة تهتم ببناء برامج إرشادية للتخفيف من قلق المستقبل لأمهات المصابين بهذا الاضطراب .

- ضرورة تقديم التوعية الكافية للنسق الأسري للطفل التوحدي حول أهمية الإلتزام العلاجي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

- إبراهيم مصطفى ،أحمد زيان ،حامد عبد القادر ، محمد النجار ، **المعجم الوسيط ، مجمع اللغة العربية** عدد الأجزاء.

- أحمد محمود عيساوي ،(2020) ، **المدخل الوجيز " إلى مناهج البحث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية و الإسلامية** "، باتنة .

- أسامة بوعود ،(2021)، **الإضطرابات النفسية و العقلية** ،ط1،دار حامد ، الأردن .

- أسامة فاروق مصطفى سالم و السيد كامل الشربيني منصور (2013) ، **علاج التوحد، ط1 ، دار المسيرة** ،عمان .

- أسامة فاروق مصطفى و د.سيد كامل الشربيني ،(2010)،(2014)، **التوحد الأسباب "تشخيص العلاج"**، ط،2،1، دار المسييرة للنشر و التوزيع ، عمان.

- الإمام صالح ،(2010)، **التوحد نظرية العقل** ، ط1، دار الثقافة للنشر عمان.

- ايمان فؤاد الكاشف،(1997) ،**الصحة النفسية و العلاج النفسي**، ط3، جامعة عين الشمس،القاهرة ، علم الكتب .

- ببلي أمينة (2015)،**الضغط النفسي واستراتجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي** ،جامعة الحميد ابن باديس ، مستغانم .

- بشرى نورة و بيكي حنان،(2011)، **قوة الأنا و علاقته بالإمتثال للعلاج لدى المصابين بالأمراض المزمنة** ، تسمسيلت .

- بطرس حافظ بطلاس،(2008)، **التكيف و الصحة النفسية للطفل**،ط1 ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان.

- بن يمينة أسماء و بن يمينة سعاد (2019)، **الضغط النفسي لدى أمهات أطفال ا لتوحد المصابين باضطراب التوحد** .

- تامر فرح سهيل ،(2015)،**التوحد التعريف، الأسباب ، التشخيص و العلاج** ، ط1.

- الحاجة تيطراوي (2016)، **مصدر الضبط الصحي و علاقته بتقبل العلاج لدى اعينة من النساء المتأخرات في إنجاب** ، مسيلة .

- حازم ورضوان أل إسماعيل ،(2012) ، **التوحد و اضطرابات التواصل**، ط1، دار مجدلاوي عمان.

- حرباشي معاذ(2016)، **مستوى التدين و علاقته بتقبل العلاج لدى المصابين بالسكري**.

- خولة أحمد يحي ،(2013)، **مقدمة في الإعاقة الشديدة و المتعددة** ،**دار الفكر ناشرون و موزعون**،**ط1** ، عمان.

- د.غالب الحياري،(2012)، **خصائص السلوكية و انفعالية لأطفال و المراهقين** ،ط1، دار الفكر، عمان .

- د.نبيل السيد حسن ، الدكتور جبريل بن حسن العريشي، عبدالواحد علي ،د.وفاء بنت رشاد (2013)، **علم النفس الأطفال " ذوي الإحتياجات الخاصة)**، ط1، دار الصفاء .

- الداهري صالح حسين (2005)، **مبادئ الصحة النفسية** ، ط1، دار الوائل للنشر .

- دايخة مفيدة ،(2014) ، **بعض مشكلات السلوكي لدى أطفال التوحد من وجهة نظر أمهاتهم** ورقلة

- راف الله بوشعارية و فتحي الدايخ طاهر (2017) ،**الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء و أمهات أطفال التوحد** ، جامعة عمر المختار .

- رشيد رزقي ،(2012) ، **الفعالية الذاتية و علاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن** ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .

- ريما سالم البلوي،(2013)، **مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحديين و علاقته ببعض المتغيرات في المملكة العربية السعودية** ،جامعة مؤتة.

- زهرة غريس،(2018)، **تقبل العلاج لدى المرأة المتزوجة المصابة بالقصور الكلوي المزمن الخاضعة للديناليز، بسكرة.**

- سناء نصر الحجازي،(2008) ، **الشخصية لدى الأطفال** ،ط1،دار الفطر ، القاهرة .

- سوسن شاكر مجيد ،(2008)، **الأطفال ذوي الإحياجات الخاصة،ط1** ، دار صفاء ، عمان.

- سوسن شاكر مجيد ،(2008)، **مهارت الأطفال ذوي الإحياجات الخاصة**،ط1 ،دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان.

- السيد فهمي علي ،(2010)، علم النفس المرضي، دار الجامعة الجديدة .

-شحدة في النتشة، (2019)، **قلق المتقبل و علاقته بالتوافق الزواجي لدى أباء أطفال اظطراب طيف التوحد في محافضة**الخليل ،فلسطين.

- شقير زينب ،(2005) ، **مقياس قلق المستقبل** ، مكتبة النهضة المصرية القاهر .

- شيلي تايلور ،(2008) ، **علم النفس الصحي** ،ط1، دار حامد للنشر و التوزيع ،عمان.

- صبري بردان عليا لحياني ، جمعة ساجت سعود عودة (2021) ، **قلق التصور المعرفي و علاقته بالإتزان الإنفعالي عند طلبةالجامعة** ط1،دار المنهجية ، عمان.

- صليحة عدودة ،(2015)، **الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام العلاجي و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الشريان التاجي** ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .

- طاوسي مريم ،(2018) ، **قلق المستقبل و علاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد** بولاية ورقلة .

- ظهراوي (2014)، **الصلابة النفسية و علاقته بتقبل العلاج لدى المصاب بالداء السكري** جامعة محمد خيضر ،بسكرة .

- عادل عبد الله محمد ،(2003)، **مقياس الطفل التوحدي**، ط1 ، دار عربية للطباعة و النشر و التوزيع.

- عبد الحسن مصطفى، **فعالية الإرشاد النفس في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلب كلية التربة**، ط1، مصر.

- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، **الصحة النفسية** ، المكتبة الجامعية للنشر و التوزيع ، الإسكندرية ،بط.

- عبد الصمد صورية،(2019)،الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية ، جامعة باتنة 1.

- عبد الصمد صورية(2019)، **الإلتزام العلاجي و جودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية**، جامعة باتنة1

- عبد الفتاح محمد دويد لر ، (1996) ، **مناهج البحث في علم النفس** ، دار المعرفة الإسكندرية مصر.

- عبد اللطيف حسين فرح ،(2008)، **الإضطرابات النفسية** ، دار حامد ، عمان ،الأردن .

- عبيدات محمد أبو ناصر محمد ،(1999)، **منهجية البحث العلمي " القواعد و المراحل و التطبيقات**، ط1 ، دار وائل ، الأردن.

- العربي بلقاسم فرحاتي ،(2012)، **البحث العلمي**، ط1 ، دار أسامة ،الأردن.

علي كامل ،(2013)،**الاوتيزم (التوحد)الإعاقة الكاملة بين الفهم و العلاج**، ط1 .

- قارة سعيد ،(2009)، **المساندة الإجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند مرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي** ، جامعة الحاج لخضر باتنة .

- لكحل رفيقة ،(2011)، **تأثير التربية الصحية على الالتزام العلاجي لمرضى ارتفاع ضغط الدم** جامعة الحاج، باتنة .

- لوالي فاطمة (2020)،**تقدير الذات و علاقته بالالتزام العلاجي لدى مرضى الاكتئاب "دراسة حالة"**، تيارت .

- محمد الشناوي ،(2001)، **التنشئة الاجتماعية للطفل**،ط1 ، دار صفاء للنشر ، عمان.

- مروة ناهض عماد أبو ليفة ،(2017)،**الوصمة و علاقتها بالمشكلات النفسية و الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد** ،غزة.

- مصطفى نوري القمش و خليل عبد رحمان المعايطة ،(2007)، دار المسيرة ،عمان ، ط1.

- مفتاح محمد عبد العزيز، (1010) ،**مقدمة في علم النفس الصحة**، ط1، دار وائل ، عمان

- مفتاح محمد عبد العزيز ،(2010)، **مقدمة في علم النفس الصحة** ، ط1،دار وائل عمان.

- نبيل محمد الفحل ،(2009)،**بحوث في الدراسات النفسية**،ط1 ، دار العلوم للنشر و التوزيع القاهرة.

- هاجر بابا حمو،(2018)،**الشعور بالتماسك و علاقتهما باستراتجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات أطفال المصابين بالإعاقة لذهنية و التوحد**،ورقلة.

- هند ابراهيم عبد الرسول عبد الواحد ،(2013)، **اضطراب قلق الإنفصال أم الطفل**، ط1، ،دار النشر ، دار الجامعة الجديدة.

- وليد السيد خليفة، ربيع شكري سلام ،(2010)،**الإعاقة الغامضة التوحد** ،ط1،، دار النشرالإسكندرية.

-وليد خليفة يزيد الغصاونة و وائل الشرمان، (2013) ،**التوحد بين النظرية و التطبيق** ط1،عمان .

- يوسف قطامي ،عبد عدس ،(2002)،**علم لنفس العام**،ط1 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ،عمان

- المراجع باللغة الأجنبية:

60- Marco Colizzi, Elena Sironi, Federico Antonini, Marco Luigi Ciceri (2020) , Chiara Bovo and Leonardo Zoccante , Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey, Brain Sci. .

61-Talalalhuzimi, 2021, stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with autism spectrum disorders at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia, pubmed. Gov

huixianfong, 2021,Impact of COVID-19 lockdown in Malaysia, pubmed. Gov

الملاحق

الملحق (01) يبين استبيان الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد

سيدتي الفاضلة،

في إطار الإعداد لمذكرة التخرج ماستر تخصص علم النفس العيادي بعنوان الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقته بقلق المستقبل، أضع بين يديك استبيان يقيس متغير الالتزام العلاجي، وقلق المستقبل المطلوب منكم وضع العلامة أمام الخانة التي تراها مناسبة وتعبر عن رأيك بصدق، مع العلم ليست هناك إجابة صحيحة أو خاطئة ما دامت تعبر عن رأيك بصدق.

البيانات الشخصية(الالتزام العلاجي):

السن:.....

المستوى التعليمي:.....

المستوى الاقتصادي:.....

رقم	العبارة	أوافق	مترددة	لا أوافق
01	أتقبل الاضطراب الذي يعاني منه طفلي.			
02	أملك المعلومات الكافية حول أعراض التوحد			
03	يصغي المختصون جيدا لانشغالاتي حول حالة طفلي.			
04	تؤثر التكاليف المادية للعلاج على التزامي بالمتابعة جيدة.			
05	لا يهم ما يقوله الآخرين لي.			
06	أعتقد بأن فهمي الجيد لاضطراب طفلي يؤثر على التزامي بالعلاج له.			
07	لا أنزعج من تعدد جرعات الدوائية ولا طرق استخدامه.			
08	أعاني من مشكلة النقل.			
09	أملك المهارات اللازمة للالتزام بالعلاج لطفلي.			
10	أحرص على إعطاء ابني الدواء في الوقت المحدد.			
11	يزودني المختصون بالمعلومات الكافية التي احتاجها.			
12	أعمل على جمع المعلومات حول حالة ابني من أجل استعلام أكثر عن عملية التكفل به.			
13	أفهم المعلومات المقدمة لي حول اضطراب طفلي.			
14	عدم تحسن الأعراض لدى طفلي لا يعتبر سببا وجيها للتوقف عن العلاج.			
15	يستعمل المختصون لغة بسيطة في التحدث معي.			
16	لم أتعود على نظام الرعاية الطبية.			
17	أتلقى المساندة كافية من عائلتي.			
18	أتذكر جيدا المعلومات المقدمة لي حول اضطراب طفلي.			
19	أحرص دائما للاطلاع على الآثار الجانبية للدواء.			
20	أثق في الفريق الطبي كثيرا.			

21	أعاني من انخفاض الدخل الشهري.			
22	أملك دافعية كبيرة لعلاج طفلي وتحسين حالته.			
23	هناك تنظيم في المواعيد الطبية.			
24	أحيانا أجد صعوبة في فهم تعليمات الطبيب.			
25	أتقيد بالحصص النفسية المبرمجة لطفلي خلال أسبوع.			
26	عدم كفاية التأمين الطبي.			
27	أتعاون جيدا مع المختصين.			

الملحق (02) يبين استبيان قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد

البيانات الشخصية:

السن:.....

المستوى التعليمي:.....

المستوى الاقتصادي:.....

رقم	العبارة	البدائل			
		أبدا	قليلا	كثيرا	دائما
1	أؤمن بالقضاء و القدر، و أن القدر يحمل أخبارا سارة في المستقبل				
2	التفوق يدفعني دائما لمزيد من التفوق و أكافح لتحقيق مستقبل باهر				
3	تراودني فكرة أنني قد أصبح شخصا عظيما في المستقبل				
4	عندي طموحات وأهداف واضحة في الحياة و اعمل لمستقبلي وفقا لخطة رسمتها لنفسي، و اعرف كيف أحققها				
5	الالتزام الديني والأخلاقي والتمسك بمبادئ معينة يضمن للإنسان مستقبل آمن				
6	الأفضل أن تعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا وتعمل لآخرتك كأنك تموت غدا				
7	اشعر أن الغد (المستقبل) سيكون يوما ما مشرقا، وستحقق أمالي في الحياة				
8	أملي في الحياة كبير، لان طول العمر يبلغ الأمل				
9	يخبئ الزمن مفاجئات 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 و لا قوة لي في المستقبل				

12	يدفعني الفشل إلى اليأس وفقدان الأمل في تحقيق مستقبل أفضل				
13	أنا من الذين يؤمنون بالحظ، ويتحركون على أساسه				
14	أفضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل، و اترك الحياة تمشي مثل ما تمشي				
15	تمضي الحياة بشكل مزيف و محزن و مخيف مما يجعلني اقلق و أخاف من المجهول				
16	اشعر بالفراغ و اليأس و فقدان الأمل في الحياة و انه من الصعب إمكانية تحسنها مستقبلا				
17	اشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريبا بسبب كثرة الحوادث هذه الأيام				
18	اشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) تجعلني أخاف أن أكون غير جذاب (لا يتقبلني) أمام الآخرين مستقبلا				
19	ينتابني شعور بالخوف و الوهم من إصابتي بمرض خطير (أو حادث) في أي وقت				
20	الحياة مملوءة بالعنف و الإجرام تجعل الفرد يتوقع الخطر في أي وقت				
21	كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة و سوء التوافق الزوجي مستقبلا				
22	غلاء المعيشة و انخفاض الدخل و انخفاض العائد المادي يقلقني عي مستقبلي				
23	المستقبل غامض و مبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الصعب (من العبث) أن يرسم الشخص أي خطة للأمور الهامة من اجل مستقبله				
24	ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أظل محتفظا بأملي في الحياة و أتفاءل بأنني سأكون في أحسن حال				
25	اشعر بالقلق الشديد عندما أتخيل إصابتي (أو حدث لي في				

	العمل) أو حدث لشخص يهمني				
26	يغلي علي تفكير الموت في اقرب وقت خاصة عندما أصاب بمرض (أو يصاب احد أقاربي)				
27	أنا غير راض عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل				
28	اشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف و لا معنى و لا مستقبل واضح				

الملحق(03) يبين أسماء الأساتذة المحكمين

أسماء المحكمين	الرتبة	جامعة الانتماء
قريصات زهرة	أستاذة التعليم العالي	جامعة تيارت
شعشوع عبد القادر	أستاذ محاضر أ	جامعة تيارت
بلباد سيد أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة تيارت
قاضي مراد	أستاذ مساعد أ	جامعة تيارت
عبيد سمية	مختصة نفسانية	مركز إعادة التأهيل الوظيفي

الملحق رقم (04) يبين نتائج الدراسة الأساسية

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
KTOT	38	54,00	89,00	67,0789	7,9061
TOTE	38	52,00	78,00	65,9474	7,0094
N valide (listwise)	38				

Corrélations

		KTOT	TOTE
KTOT	Corrélation de Pearson	1,000	,091
	Sig. (bilatérale)	,	,588
	N	38	38
TOTE	Corrélation de Pearson	,091	1,000
	Sig. (bilatérale)	,588	,
	N	38	38

ANOVA

KTOT

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	285,080	4	71,270	1,160	,346
Intra-groupes	2027,683	33	61,445		
Total	2312,763	37			

ANOVA

KTOT

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	23,776	2	11,888	,182	,835
Intra-groupes	2288,987	35	65,400		
Total	2312,763	37			

ANOVA

TOTE

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	592,561	2	296,281	8,463	,001
Intra-groupes	1225,333	35	35,010		
Total	1817,895	37			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: TOTE

Scheffe

(I) ECO	(J) ECO	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
faib	moy	10,5000*	2,6798	,002	3,6495	17,3505
	fort	11,8333*	3,4161	,006	3,1006	20,5661
moy	faib	-10,5000*	2,6798	,002	-17,3505	-3,6495
	fort	1,3333	2,6798	,884	-5,5172	8,1839
fort	faib	-11,8333*	3,4161	,006	-20,5661	-3,1006
	moy	-1,3333	2,6798	,884	-8,1839	5,5172

*. La différence de moyennes est significative au niveau .05.

جامعة ابن خلدون – تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تصريح شـرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

السيد(ة) ..زيادة رشيدة.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :..206776681.. والصادرة بتاريخ :..2021.06.07.....

المسجل(ة) بكلية :..العلوم الانسانية والاجتماعية.. قسم : ..العلوم الاجتماعية.....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....مستوى الالتزام العلمي لدى أعضاء أطفال التوحد.....

.....وعلاقته بقلق المستقبل.....

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ ..07 JUIN 2022.....

إمضاء المعني

نظر للمصادقة أعلاه
السيد
المفوض بـ
ماعون لي
رئيس المجلس الشعبي البلدي

07 JUIN 2022

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
و بالتفويض منه
نائب الرئيس
السيد: عيادي مصطفى