



جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

المعاش النفسي للوالدين عند الإعلان عن تشخيص

اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم

دراسة احصائية عيادية في بعض المراكز في ولايات : الجزائر، بمورداس، تيزي وزو.

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف:

أ- د/ وندلوس نسيمة

اعداد الطالبة:

- وعلي نورة

السنة الجامعية: 2022 - 2023

كلمة الشكر

الحمد لله الذي رب العالمين و الصلاة و السلام على اشرف الانبياء و المرسلين نبينا مُحَمَّد صلى الله عليه و
وسلام و على اله و صحبه اجمعين اما بعد
اشكر الله اعلي القدير على توفيقه في اتمام هذه المذكرة فهو عز و جل احق بالشكر و الثناء سبحانه وتعالى

و لا يسعني في هذا المقام إلا ان اتقدم بالشكر و العرفان لأستاذتي المشرفة " وندلوس نسيمه " التي لم
تبخل علي بإرشاداتها و نصائحها التي كانت لها اثر بالغ في سير و اتمام هذا البحث، و كان لها صبرا دائما
لإنجاز هذا البحث في احسن صورة، كما احي فيها روح التواضع و المعاملة الجيدة، و اسال لها الاجر في
الدارين، كما اشكر استاذي و قدوتي "جيلالي سليمان " على مساندته و عطائه المتواصل، و لا انسى
استاذتي المحترمة " زواني نزيهة " التي لم تبخل بنصائحها القيمة علي و تسهيلاتهما لإتمام هذا البحث، و اتقدم
بخالص شكري الى كل العاملين بكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية - تامدة - في جامعة مولود معمري
تيزي وزو عامة و كل اساتذة علم النفس خاصة.

كما اتقدم بشكر خاص لكل من استقبلوني و دعموني خلال بحثي الميداني خاصة البرفيسور " بكو صديق
" و كل الطاقم العامل في المؤسسة الجامعية الاستشفائية للطب العقلي - محفوظ بوسبسي - بشراكة بولاية
الجزائر. و المختص النفسي " مسعودي دحمان " و كل الطاقم العامل في عيادة متعددة الخدمات -
الاخوة ظريف " سعيد و بلقاسم و مُحَمَّد " - بالمدينة الجديدة دلس بولاية بومرداس، دون ان انسى بتقديم
بالشكر الى كل المختصين في القطاع الخاص اللذين قدموا لي يد العون.

و اتقدم بجزيل الشكر لى كل اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، اللذين مهدوا لي طريقا
لإجراء بحثي.

كما اتقدم بالشكر الى الاساتذة المشرفين على مناقشة مذكرتي

و الى كل من ساهم في اتمام هذا العمل المتواضع من قريب او من بعيد، بالقليل او الكثير.

الإهداء

اهدي ثمرة هذا العمل المتواضع الى من ربنتي و احسنت تربيتي و شجعتني على
المضي قدما في مشواري الجامعي و العلمي امي الحبيبة "مفتاح مليكة"، و الى
والدي "ناصر" الذي شقى من اجل ان يفتح لي درب الحياة ، راجية من الله
عز و جل ان اكون من الحائزين على رضاها و ان يقدرني الله سبحانه و تعالى
ان ارد لهما و لو القليل من تعبهما لأبلغ اعلى مراتب العلم و الادب.

و الى كل اساتذة علم النفس العيادي بكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية - تامدة -
جامعة " مولود معمري " بتييزي وزو على رأسهم الاستاذة الفاضلة " وندوس
نسيمة "

الى اعز ما املك اخي " نسيم"، و اختي العزيزة " امال " التي كانت سنداً
ارتكز عليه و بمثابة ام ثانية لي .

و اهدي ثمر جهدي الى من زين حياتي بضياء البدر، و شموع الفرح خطيبي
"يونس" حفظه الله لي اللذي كان سنداً لي في مشواري لانجاز هذا البحث، و
عائلته الكريمة ادامهم الله فوق راسي.

و الى كل من خالتي " سهيلة" و " حكيمة " و أولادهما مريم ، ياسمين، أنفال،
سهام، محمد، يوسف.

و الى كل من بدأنا معا درب الدراسة، اكملنا خطوة بخطوة الى كل صديقاتي :
سولاف، صبرينة، كاتيا، ليديا، تافاث، نورية، ليزا، لامية، زينب، كاترين،
لينا.

و الى كل زملائي الجامعيين ، بالأخص الى دفعة علم النفس العيادي المتخرجة
سنة 2023/2022.

لاختتم اهدائي بإهداء اقدمه الى كل اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف
التوحد و اتمنى لهم الشفاء العاجل.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم ، اللذين يترددون الى بعض المراكز في ولايات: الجزائر ، بومرداس، تيزي وزو. و قد حددت مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

- ماهو المعاش النفسي للوالدين بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عند الطفل؟

و على اثر هذا التساؤل و نتائج الدراسات السابقة قمت بصياغة فرضيتين هما:

1-تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين بطريقة جيدة.

2-يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين .

لاختبار هذه الدراسة و صحة الفرضيات، تم استخدام المنهج الوصفي و المنهج العيادي، حيث طبقت الدراسة على عينة تكونت من (102) والد لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد و حالتين اجريت عليهما دراسة حالة. اما فيما يخص ادوات الدراسة فقد تم استخدام استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R) بعد ان تم التأكد من صدقه و ثباته.

و بعد جمع البيانات قمت بتحليلها عن طريق برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، كما قمت بتحليل ما تحصلت عليه في المقابلة العيادية انطلاقا من الجانب النظري و الدراسات السابقة. اضافة الى استخدام الاسلوب الكيفي من اجل مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة، و قد اسفرت النتائج على ما يلي:

- كيفية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين مقبولة نوعا ما في هذه المراكز.

- التأثير النفسي بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عالي لدى الوالدين.

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.05 على تأثير عملية التقييم و

الاعلان عن التشخيص على تأثر الوالدين بهذا الحدث، باستثناء عاملين يتعلقان بـ:

ود المختصين المعنلين عن التشخيص للوالدين، و تلقي الوالدين تقرير موضح لكل

التقييمات التي تم اجراؤها و نتائجها.

و لقد تم تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة بمجموعة من الدراسات السابقة .

الكلمات المفتاحية : اضطراب التوحد - المعاش النفسي - الاعلان عن التشخيص.

Résumé de l'étude :

L'étude actuelle visait à identifier la pension psychologiques des parents lors de l'annonce du diagnostic d'autisme chez leur enfant, qui se rendent dans certains centres dans les wilayas : Alger, Boumerdas, Tizi ouzou . et le problème de l'étude à été identifié dans la question suivante :

Quelle est la pension psychologique pour les parents lors de l'annonce d'un diagnostic d'autisme chez l'enfant ?

A la suite de cette question et des résultats des études précédentes, j'ai formulé deux hypothèses :

- 1- le processus d'annonce du diagnostic de trouble du spectre autistique aux parents est bien mené.
- 2- L'annonce du diagnostic de trouble du spectre autistique affecte psychologiquement sur les parents.

Pour tester la validité de cette étude et la validité des hypothèses, j'ai utilisé le programme descriptif et clinique, l'étude a été appliquée à un échantillon composé de (102) parents des enfants atteint de troubles du spectre autistique et de deux parents pour une étude de cas. En ce qui concerne les outils j'ai utilisé le questionnaire du processus d'évaluation, et la échelle de l'Impact of Event Scale- Revised (IES-R) après qu'elle a été confirmée comme valide et stable .

après avoir recueilli les données, j'ai l'ai analysé à travers le programme de package statistique de les sciences sociales (SPSS), également j'ai analysé ce que j'ai obtenu dans l'entretien clinique à partir du coté théorique et des études précédentes. En plus j'ai utiliser la méthode qualitative pour discuter les résultats à la lumière des hypothèses de l'étude, les résultats sont expliqués par ce qui suit :

- 3- Comment annonce le diagnostic de trouble du spectre autistique pour les parents est acceptable dans ces centres.
- 4- Impact psychologique après avoir annoncé un diagnostic élevé d'autisme chez les parents .
- 5- Il n'ya pas de différences statistiquement significative au niveau de 0.05 sur l'effet du processus d'évaluations et de l'annonce d'un diagnostic sur l'impact des parents sur cet événement, à l'exception de deux facteurs liés : la gentillesse des spécialistes qui ont annoncé le diagnostic à les parents , les parent reçoivent un rapport clair de toutes les évaluations effectuées et de leurs résultats.

Les résultats des hypothèses de l'étude ont été expliqués et discutés par un ensemble d'études précédentes .

Les mots clés : Trouble de spectre autistique - pension psychologique - l'annonce du diagnostic.

Study summary:

The present study aimed to identify the psychological pension of parents when announcing the diagnosis of autism in their child, who go to certain centers in the States of : Alger, Boumerdes, Tizi ousou, and the study problem was identified in the following question:

What is the psychological pension for parents when announcing a diagnosis in the child?

As a result of this question and the results of previous studies, I made two hypotheses:

- 1- The process of announcing the diagnosis of autism spectrum disorder to parents is well done .
- 2- Announcing the diagnosis of autism spectrum disorder effects parents psychologically.

Taste the validity of this study and the validity of the hypotheses, the descriptive and clinical program was used, because the study was applied to a sample composed of (102) parents of a child with autism spectrum disorders and two cases in which a case study was conducted. Regarding the study tools. The questionnaire of the evaluation process was used, and the diagnosis of autism spectrum disorder was announced, and the measurement of the l'Impact of Event Scale- Revised (IES-R) modified after it has been confirmed as valid and stable.

After collecting the data, I analyzed it through the statistical package program for the social sciences (SPSS), which and I also analyzed what I got in the regular interview from the theoretical side and previous studies. In addition to using the qualitative method to discuss the results in light of the study's assumptions, the results are explained by the following :

- 6- How to advertise the diagnosis of autism spectrum disorder for parents is somewhat acceptable in these centers.
- 7- Psychological impact after reporting a high autism diagnosis in parents.
- 8- There are no statistically significant differences at the 0.05 level on the effect of the assessment process and the announcement of the parents on this event, with the exception of two factors related to: the kindness of specialists who announced the diagnosis of parents, parents receive a clear report of all the evaluations carried out and their results.

The results of the study hypotheses were explained and discussed by a set of previous studies.

Key words: Autism spectrum disorder - Psychological pensions – Announcement of diagnosis .

فهرس المحتويات

الصفحة	
-	كلمة شكر
-	اهداء
-	ملخص الدراسة باللغة العربية.
-	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
-	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.
-	فهرس المحتويات
-	فهرس الجداول
-	فهرس الملاحق
أ	المقدمة
الفصل التمهيدي: الاطار العام للإشكالية	
05	1- الاشكالية.
13	2- فرضيات الدراسة.
13	3- اسباب اختيار الموضوع .
14	4- اهمية الدراسة.
15	5- اهداف الدراسة.
15	6- تحديد المفاهيم الاساسية.
الجانب النظري	
الفصل الاول : اضطراب طيف التوحد	
20	- تمهيد:
21	1- لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد.
23	2- تعريف اضطراب طيف التوحد.
26	3- تصنيفات اضطراب طيف التوحد.
29	4- اسباب طيف التوحد.
34	5- اعراض اضطراب طيف التوحد.
38	6- تشخيص اضطراب طيف التوحد.
39	7- التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد.
44	8- علاج اضطراب طيف التوحد.
52	9- اهم البرامج التربوية الموجهة لاطفال التوحد
57	- خلاصة الفصل.
الفصل الثاني	
المعاش النفسي	
59	- تمهيد:
60	1- تعريف المعاش النفسي

60	2- انواع المعاش النفسي
61	3- التعريف ببعض عناصر المعاش النفسي.
61	3-1- القلق.
67	3-2- الاكتئاب.
74	3-3- الوحدة النفسية.
80	3-4- الاحباط.
83	3-5- تقدير الذات.
88	3-6- التوافق النفسي.
94	4- عواقب اضطراب طيف التوحد على حياة الوالدين.
99	- خلاصة الفصل.
الفصل الثالث	
الاعلان عن التشخيص	
101	- تمهيد:
102	1- تعريف الاعلان عن التشخيص.
102	2- محتوى الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
103	3- مراحل سيرورة الاعلان عن التشخيص.
104	4- ردة فعل الوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
105	5- اسباب عدم رضا الوالدين عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
106	6- عملية التكيف الاسري بعد الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
108	7- دور الطبيب النفسي او المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد
110	- خلاصة الفصل.
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة	
113	1- التذكير بفرضيات الدراسة.
113	2- الدراسة الاستطلاعية.
122	3- الدراسة الاساسية.
128	4- ادوات الدراسة.
134	5- الاساليب الاحصائية المستخدمة.
136	6- كيفية اجراء البحث.
الفصل الخامس	
عرض و مناقشة نتائج الدراسة	
139	1- عرض نتائج الدراسة.
191	2- دراسة الحالة.
207	3- مناقشة عامة لنتائج الدراسة.

215	4- استنتاج عام .
217	الخاتمة.
218	الاقتراحات.
220	قائمة المراجع.
-	الملاحق.

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح الفرق بين اضطراب التوحد و الإعاقة العقلية.	40
02	يوضح الفرق بين التوحد و الفصام.	41
03	يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة لاستبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.	117
04	يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة لمقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R).	120
05	يوضح معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها.	121
06	يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية.	121
07	يوضح معاملات ثبات درجات المقياس وأبعاده.	122
08	يبين خصائص عينة الاسرة حسب الجنس.	125
09	يبين خصائص العينة حسب العمر.	126
10	يبين خصائص العينة حسب المستوى الدراسي.	126
11	يبين خصائص العينة حسب عدد الأولاد.	127
12	يوضح نتائج متغير تاريخ ميلاد الطفل.	141
13	يوضح نتائج متغير جنس الطفل المصاب بالتوحد.	141
14	يبين نتائج الانخراط في جمعيات ذات الصلة بالتوحد.	142
15	يوضح نتائج مدة الانخراط في جمعيات ذات الصلة بالتوحد في حالة الانخراط.	142
16	يوضح نتائج المعرفة المسبقة للوالدين عن اضطراب طيف التوحد.	143
17	يوضح نتائج شكوك الوالدين حول احتمالية إصابة الطفل باضطراب في النمو قبل التشخيص الرسمي.	144
18	يوضح نتائج امتلاك أطفال اخرون تم تشخيصهم باضطراب اخر في النمو.	144

145	يوضح نتائج الشخص الذي ابدى المخاوف لأول مرة بخصوص نمو الطفل.	19
146	يوضح نتائج عمر الأطفال عندما تم التعبير عن المخاوف الأولى.	20
146	يوضح نتائج موضوع المخاوف.	21
151	يوضح نتائج اعمار الأطفال عندما تمت استشارة المختصين و مناقشة هذه المخاوف.	22
152	يوضح نتائج المختصين الذين تم استشارتهم لأول مرة من الوالدين.	23
153	يوضح نتائج دفع مقابل مالي من اجل هذه الاستشارة.	24
154	يوضح نتائج اجال انتظار لاستشارة المختصين.	25
154	يوضح نتائج مدة الانتظار في حالة الإجابة بنعم.	26
155	يوضح نتائج الاحداث التي وقعت بعد الاستشارة الأولى.	27
157	يوضح نتائج عدد المختصين المتواجدين في قاعة الفحص.	28
158	يوضح نتائج المختصين اللذين يعلنون التشخيص للوالدين.	29
160	يوضح نتائج الأشخاص المتواجدين معك عندما تم الإعلان عن تشخيص التوحد.	30
161	يوضح نتائج المدة المستغرقة للإعلان عن التشخيص.	31
161	يوضح نتائج ملامة قاعة الإعلان عن التشخيص.	32
162	يوضح نتائج الشعور بالراحة لطرح الأسئلة.	33
162	يوضح نتائج اقتراح المختصين جلسات أخرى للإجابة عن أسئلة وإعطاء معلومات أخرى.	34
163	يوضح نتائج عرض المختصين فرصة الاتصال بمختصين اخرين لطرح الاسئلة.	35
163	يوضح نتائج الرضا عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص.	36
164	يوضح نتائج تقديم الوالدين لرأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان من الممكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص.	37

164	يوضح نتائج التحسينات التي تم تقديمها من اجل التنظيم العام العام عند الإعلان عن التشخيص.	38
165	يوضح نتائج ود المختصين المعنين عن التشخيص.	39
166	يوضح نتائج كفاءة المختصين المعنين عن التشخيص.	40
166	يوضح نتائج صدق المختصين المعنين عن التشخيص.	41
167	يوضح نتائج التدخل الجيد للمختصين المعنين عن التشخيص.	42
168	يوضح نتائج تفهم المخاوف من طرف المختصين المعنين عن التشخيص.	43
168	يوضح نتائج تفتح المختصين المعنين على التشخيص على الأسئلة.	44
169	يوضح نتائج الرضا عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص.	45
169	يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراءها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص.	46
170	يوضح نتائج اقتراح الوالدين تحسينات يمكن اجراءها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص.	47
171	يوضح نتائج وصف المختصين للطفل بطريقة تجعل الوالدين يتعرفون على الطفل جيدا.	48
171	يوضح نتائج إعطاء المختصين نقاط إيجابية بشأن نمو الطفل، عند الإعلان عن التشخيص.	49
172	يوضح نتائج تلقي معلومات شفوية او مكتوبة بخصوص بعض المعلومات المواضيع اثناء الإعلان عن التشخيص.	50
178	يوضح نتائج تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها.	51
178	يوضح نتائج جودة المعلومات الشفوية و المكتوبة المقدمة للوالدين.	52
179	يوضح المعلومات التي تلقاها الوالدين من اجلهم عند الاعلان عن التشخيص.	53

180	يوضح نتائج الرضا عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص.	54
181	يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان من الممكن اجراءها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص.	55
181	يوضح نتائج اقتراح الوالدين تحسينات من الممكن اجراءها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص.	56
182	يوضح نتائج الرضا عن التشخيص بشكل عام.	57
183	يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان من الممكن اجراءها على الإعلان بشكل عام.	58
183	يبين نتائج اقتراح تحسينات من الممكن اجراءها على الإعلان عن التشخيص بشكل عام.	59
184	يوضح نتائج تصريحات الوالدين ببعض الجمل او التصريحات المرسخة في ذاكرتهم، المقدمة من طرف المختصين سواء إيجابية او سلبية.	60
184	يبين نتائج نوع التصريحات المقدمة للوالدين من طرف المختصين.	61
186	يوضح نتائج المعلومات او التعليقات التي يود الوالدين اضافتها.	62
186	يوضح نتائج إعطاء هذه المعلومات او التعليقات من الوالدين.	63
187	يبين الاحصاءات الوصفية لدرجات تأثير الحدث بأبعاده لدى الوالدين.	64
188	يبين التكرارات والنسب المئوية لفئات الوالدين في مقياس تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد.	65
189	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي "ف" لدلالة تأثير ود المختصين المعلنين عن التشخيص على تأثير الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.	66

191	يبين نتائج اختبار LSD المقارنات المتعددة لدلالة الفروق بين فئات ود المختصين المعلنين عن التشخيص في تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد.	67
192	يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة تأثير تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجرائها و نتائجها على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.	68

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
01	- قائمة الاساتذة المحكمين لاستبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل.
02	- استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين.
03	- مقياس تأثير الاحداث المعدل.
04	- دليل المقابلة النصف الموجهة.

مقدمة

مقدمة:

يعتبر علم النفس من بين اهم العلوم التي تسعى الى دراسة سلوك الانسان و خصائصه.

يعد المعاش النفسي من اهم المصطلحات الواسعة و الحديثة في مجال علم النفس، التي تصف الاحساس الداخلي للفرد، فالمعاش النفسي يرتبط بحالات النفسية التي تتأثر بالشخص، جراء انفعال او حدث او موقف ما حاد يواجهه في حياته.

ففي حياة الوالدين يعتبر ميلاد طفل حدثا سعيدا، لكن قدوم طفل معاق ليس بالحدث السهل عليهم، حيث يؤثر بشكل مباشر على حالة النفسية لديهم .

في حين توجد عدة امراض تصيب الطفل خلال السنوات الاولى من عمره، كاضطراب طيف التوحد الذي يعتبر من اكثر الاضطرابات المواقبة للعصر الحديث. اذ يعد اضطراب عصبي نمائي يؤثر على الدماغ و يظهر خلال السنوات الثلاثة الاولى من عمر الطفل، حيث يتميز بقصور في النمو اللفظي و الغير اللفظي و التفاعل الاجتماعي، كما يقوم الطفل بحركات تكرارية مقيدة.

كما يعد التعرف المبكر على اضطراب طيف التوحد، و تشخيصه من الامور ذات اهمية بالغة للوصول الى طرق التدخل الايجابية. لكن يعتبر الاعلان الرسمي عن إعاقة الطفل حدث فريد لدى الوالدين، حيث تتوقف تصورات الوالدين، لان هذه التجربة صدمة حقيقية بالنسبة لهما، و تحمل ضغط انفعالي و عاطفي يتجاوز قدرات الوالدين النفسية.

و سعيا للوقوف على الظاهرة بتداعياتها، حاولت التقرب الى مشكلة المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و قمت بوضع خطة منهجية للبحث تشمل على: الفصل التمهيدي، و الجانب النظري، و الجانب التطبيقي.

الفصل التمهيدي : تحت عنوان : الاطار العام للإشكالية، تطرقت فيه الى اشكالية الدراسة على ضوء الدراسات السابقة، و التساؤل، و فرضيات الدراسة، و اسباب اختيار هذا

الموضوع للبحث، و يحتوي ايضا على اهمية و اهداف البحث، و بعض المصطلحات المهمة في الدراسة.

اما الجانب النظري فيشتمل على الفصل الاول تحت عنوان: اضطراب طيف التوحد، الذي تناولت فيه : لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد، و بعض التعاريف حول اضطراب طيف التوحد، و اهم تصنيفاته، اسباب اضطراب طيف التوحد، و اعراضه ايضا ، و تشخيص اضطراب طيف التوحد، التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد، و علاجه، و في الاخير اهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد. و في الفصل الثاني تحت عنوان: المعاش النفسي، ركزت على : تعريف المعاش النفسي، و انواعه، و تطرقت ايضا الى اهم عناصر المعاش النفسي من قلق، و اكتئاب، و وحدة نفسية، و احباط، تقدير ذات ، و توافق نفسي. كما عرضت اهم عواقب اضطراب طيف التوحد على حياة الوالدين. و خصصت فصل ثالث تحت عنوان: الاعلان عن التشخيص، قدمت فيه نظرة مختصرة حول : تعريف الاعلان عن التشخيص، و محتوى الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مراحل سيرورة الاعلان عن التشخيص، و ردة فعل الوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و كذلك اسباب عدم رضا الوالدين عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و عملية التكييف الاسري بعد الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و في الاخير دور الطبيب او المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.

اما في الجانب التطبيقي فيحتوي على الفصل الرابع تحت عنوان: اجراءات المنهجية للدراسة، تطرقت فيه الى : تذكير بفرضيات الدراسة، و كيفية اجراء الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الاساسية، كما قمت بعرض ادوات الدراسة، و الاساليب الاحصائية المستخدمة، وفي الاخير كيفية اجراء البحث. و الفصل الخامس تحت عنوان: عرض و مناقشة نتائج الدراسة، الذي يحتوي على : عرض نتائج الدراسة، و دراسة الحالة، و مناقشة عامة لنتائج

الدراسة على ضوء الدراسات السابقة. ثم قمت باجراء استنتاج عام، و بعض التوصيات والاقتراحات.

و في الاخير قدمت قائمة المراجع التي استخدمتها في دراستي، و الملاحق التي تم فيها عرض ادوات الدراسة المستخدمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للإشكالية

1-الإشكالية:

يعتبر ميلاد طفل في الأسرة حدثاً سعيداً، إذ ينظر الكثير من الآباء للطفل على أنه امتداد للذات أو النفس، فهو الذي يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة و يوثق العلاقة بين الزوجين.

و يترجم الوالدين في مشروع الطفل المستقبلي أو الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما، يحققان من خلالها رغباتهما غير المشبعة حيث يتوقعان دائماً الكمال و السواء لطفلهما، هذه التوقعات ستوضع على المحك أثناء المواجهة مع واقع و حقيقة الطفل بعد الولادة. يرى phillipo lejeune أن: "الآباء غالباً ما يستبدلون الطفل الخيالي بالطفل الواقعي عند الولادة"، فيعد ميلاد طفل متمتع بالصحة الجسمية، العقلية و النفسية نعمة كبيرة بالنسبة للأبوين و يجسد تحققاً لتوقعاتهما، لكن قد يحدث أن يكون الطفل مصاباً باعاقة أو اضطراب يعيق نموه في جوانب مختلفة سواء كانت عقلية، نفسية، جسدية، أو معرفية. إذ يذكر jordan عام 1991 أن " هناك توقعات يحتفظ بها الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة" فإذا ما وقع عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة للآباء (جميل، 1998).

و في الواقع، ولادة طفل عادي تمثل وضعية انتقالية قد تولد التوتر و تستلزم من الوالدين استراتيجيات التكيف، أما عند ولادة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يضع مزيداً من الضغط على الأسرة، بالإضافة إلى حداد على وفاة الطفل المثالي، و يشعر الآباء بضغط كبير لأن هذا الحدث سيغير من تنظيم حياتهم سواء على المستوى الفردي أو النفسي أو الاجتماعي، بسبب المسؤوليات المتراكمة على عاتقهم و المتطلبات اليومية التي تستدعي الوقت، و المال و الطاقة. و يتطلب هذا الوصول إلى إعادة تنظيم أداء الأسرة، ليشمل كل الرعاية التي يحتاجها الطفل و المواعيد المهنية و البحث عن الخدمات. حيث تزيد هذه المطالب من التوتر الذي قد يشعر به الوالدان و يمكن أن تزعزع ديناميكيات الزوجين (Pelchat, Lefebvre, et Levert, 2005)، خاصة في حالة ولادة طفل يحمل

اضطرابا صعبا كاضطراب طيف التوحد. و هو اضطراب نمائي عصبي يبدأ في سن مبكرة من عمر الطفل، حيث يفشل في تطوير علاقات اجتماعية طبيعية. فيعاني الطفل من صعوبة الاتصال و يطور سلوكات غريبة او نمطية مضطربة. و غالبا يرتبط بالعجز العقلي، حيث تؤدي اضطرابات التوصل اللفظي و الغير اللفظي لديه، الى تعطيل جميع سلوكاته (Ouled Taleb, 2009). لذلك يتميز بمزيج من ضعف في التواصل و التفاعلات الاجتماعية، و وجود أنماط تقييدية و متكررة من السلوك والاهتمامات (American Psychiatric Association, 2013). فان معرفة ان الطفل يعاني من اعاقة او اضطراب التوحد، قد يؤدي الى اضطراب كبير في حياة احد الوالدين (Tétreault, 2002). و عموما تتعطل الحياة الأسرية على جميع المستويات بسبب اضطراب التوحد (تداعيات اقتصادية و اجتماعية و جسدية و نفسية)، و يتم تنظيمها بالكامل حول الطفل و مستقبله (Cappe, 2012). و مع ذلك ليس أمام العائلات خيار سوى التعامل مع هذا الوضع ، فتتطلب إعاقة طفلهم سلوكا نشطا حازما منهم و قدرة دائمة على التكيف لتلبية المطالب المتواصلة فيه، و كذلك تقليل أثاره المثيرة للقلق (Courcy, 2013).

ان اضطراب طيف التوحد يتزايد باطراد لعدة سنوات، حيث بينت الدراسات في كندا انه يؤثر على 1 من كل 94 شخصا، من الاطفال و البالغين. (fédération québécoise de l'autisme, 2016) و وصلت نسبته إلى ولادة طفل توحيدي من كل 36 ولادة طبيعية في الولايات المتحدة الامريكية سنة 2018، و 1 من 160 ولادة طبيعية في العالم (Thompson, Bolte, Falkmer, & Girdler, 2018). و في دراسة اخرى ظهر انه يؤثر على 1-2.5% من الاطفال، و يتزايد انتشاره على مدى الثلاثين عاما الماضية (Kogan, Vladutiu, Schieve, Ghandour, Blumberg, Zablotsky, 2018). اما في الجزائر لا تسمح لنا الدراسات بإعطاء نسبة انتشار وطنية دقيقة، يقدر

معدل الانتشار بحوالي 50000 حالة مصابة بالتوحد في الجزائر. فهو من أكثر الاضطرابات شيوعا في خدمات الطب النفسي و العقلي للأطفال، فحسب الإحصائيات التي قدمها البروفسور Bekkou و Tabti و Taleb (2019) في مصلحة الطب النفسي و العقلي، في المؤسسة الأستشفائية للأمراض العقلية - دريد حسين- قاريدي الجزائر العاصمة، في السنوات (2015، 2016، 2017) تم تشخيص 1110 حالة توحد جديدة، منها 617 حالة 55.58 % من أطفال اقل من 3 سنوات . (Houari, Lahbiben, Hamitouche, 2023)

و تتضح العلامات السلوكية المبكرة لاضطراب طيف التوحد مثل: عدم الاتساق او الانخفاض في التواصل البصري، و في التوجه الى الاسم ، و في استخدام الایماءات و الابتسامة الاجتماعية، و في الاستجابة للانتباه المشترك، و في التقليد منذ العام الأول (Barbaro, & Dissanayake, 2010). و لكن يبدأ في الظهور جيدا من خلال نمو الطفل في السنوات الثلاثة الأولى، لأنه يؤثر على ثلاثة مجالات رئيسية: الاتصال(اللفظي، او الغير اللفظي)، التفاعلات و السلوك الاجتماعي، و الذي يتميز بوجود اهتمامات و أنشطة مقيدة متكررة و نمطية. فيعتمد تشخيصه على التقييم السريري، و النفسي و الوظيفي (Robel, 2012). و يتميز هذا الاضطراب بعدم تجانس مظاهره السريرية، و تطوراتها، و أسبابه التي لا تزال غير معروفة(Plumet, 2014) ، على الرغم من تقدم الأبحاث العلمية، فهي ليست محددة جيدا على المستوى الجيني السلوكي البيولوجي او المعرفي(شاكر، 2010، ص 58).

و يعد التعرف المبكر على مرض التوحد و تشخيصه امرا بالغ الأهمية، لضمان الوصول إلى خدمات التدخل و الدعم المبكر المناسبة. (Dawson, Rogers, Winter, Greenson, 2010) و لكن تشير الادبيات الى ان تشخيص اضطراب طيف التوحد له تاثير عاطفي كبير على الوالدين (Abbott, Bernard, & Forge, 2012) ، و غالبا ما

يضع العائلات تحت ضغط كبير (Osborne, McHugh, Saunders, & Reed, et al, 2008) لذلك من اللحظات الحاسمة في عملية تكيف الوالدين الإعلان عن التشخيص، فالطريقة التي يكتشفون بها هذا الحدث تؤثر على مستوى قلق لديهم و قبول التشخيص (Wasserman, Lunit, Barriatua, Carter, & Lippincott, 1984).

و لم تقم اي دراسات تجريبية تقريبا بتقييم عملية الاعلان عن التشخيص طيف التوحد عند الاطفال، فيمكن ان يكون قرار الوالد بشأن الكشف عن تشخيص، و متى تم، و كيفية الكشف عن هذا الاضطراب لدى طفله، معقدا بسبب عدة عوامل. لذلك يخشى الطبيب من اثاره المعاناة و الاحباط و رد فعل الرفض تجاه طفلهم (Dannion- Grillant, Cohen, 2006) و يلعب رد الفعل العاطفي للوالدين دورا، حيث ابلغ العديد من الاباء عن شعورهم بالإرهاق بعد تلقي التشخيص الاولي لطفلهم من الطبيب (Carlsson, Miniscalco, 2016) كما يمكن ان تتفاقم لديهم مشاعر الشعور بالذنب (Ward, 2014). و قد أظهرت دراسة حديثة أن بعض الاباء يعانون من مستويات متزايدة من اليأس، و لوم الذات الذي يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية و الرضا عن الحياة (Da Paz, 2018) Siegel, Coccia , & Epel, 2018 نتيجة لذلك يواجه الوالدين مواقف مؤلمة مثل: اضطرابات النوم، والإثارة والصراخ، والقوالب النمطية و تشويه الذات، و نوبات الصرع، و نقص المعاملة بالمثل الاجتماعية، و السلوكيات غير العادية... (Barthélémy, 2005).

و قد يخشى اباء أطفال الذين تم تشخيصهم أيضا من عواقب الضغوطات التي يمكن ان يواجهوها بسبب اعاقه طفلهم، بما في ذلك الاثار السلبية على الحياة الاجتماعية للآباء، و المعاملة السيئة من قبل الآباء الآخرين غير المدركين لحالة الطفل. (Goin-Kochel, 2006) Mackintosh, & Myers, 2006. فأظهرت دراسة جرين (Green 2007) عندما قابلت 81 اما في الولايات المتحدة لأطفال مرضى (الشلل الدماغي، متلازمة داون،

التوحد،....)، بالنسبة لغالبية الأمهات فان عبء الرعاية هو مسألة قيود اجتماعية في الأساس (العبء المالي، و الوقت، و الأثر على العمل، و الأسرة، و العلاقات الاجتماعية) و ليس الضيق العاطفي او الشعور بالذنب. على عكس دراسة التي أجرتها Meirsschaut و Roeyers و Warreyn (2010) التي بينت انه غالبا ما يتم التعبير عن مشاعر عدم الكفاءة، والشعور بالذنب، و تدني احترام الذات او العجز من قبل 17 أم مع أطفال مصابين بالتوحد (46 شهرا الى 84 شهرا). كما افترض golse (2003) ان الآباء الأطفال الذين يعانون من ضائقة سواء كانوا مصابين بالتوحد، او غير ذلك لا يحتاجون الى أي شخص يجعلهم يشعرون بالذنب. فهم يسألون انفسهم دائما عما فعلوه، و ما لم يفعلوه، و ما فعلوه بشكل سيء، و الذي كان من الممكن ان يعيق النمو المتناغم لطفلهم.

و قد أبلغت نسبة كبيرة من الآباء أيضا عن عدم رضاهم عن عملية التشخيص، و التي قد تكون صعبة و طويلة الأمد (Crane, Chester, Goddard, & Hill, 2016). فمن خلال مسح الذي اجراه المركز الإقليمي الفرنسي للأطفال المعوقين (Naroun, & Kroichvili, 2006) مع العائلات في نورماندي ، اظهر ان ما يقارب 4 اباء من اصل 10، اعتبروا ان تشخيص التوحد لم يكن واضحا. و كان اكثر من الثلث غير راضين عن المعلومات و التوجيهات المقدمة، و اعتبر نصف الاباء انهم لم يعطوا أي خيار في اتخاذ القرار في مختلف مراحل حياة طفلهم. لذلك كان الأطباء النفسيون و الخلفية التحليلية النفسية، مترددين في إعلان تشخيص التوحد للآباء (chamak, 2008) . و اعتبروه انه يمكن ان يمنع العملية العلاجية لمريضهم، و قد يكون مرهقا جدا للوالدين على الرغم من الضغط المتزايد لتوفير التشخيص المبكر. و يمكن لهذا الارهاق الابوي أن يقلل بشكل كبير، من فعالية التدخل المبكر و المكثف (Osborne et al , 2008) . فأفاد العديد من المختصين انه هناك من الآباء، من قد لا يكونون مستعدين لسماع ان طفلهم الصغير

مصاب بالتوحد و عادة هذا ما يؤخر التشخيص (Ward, Sullivan, & Gilmore, 2016) و هذا التأخير ارتبط بعدم رضاهم (Baird , Mcconachie, & Scrutton, 2000) مما يؤدي لاحقا إلى تأخر الوصول إلى التدخل المبكر، و ربما تقليل احتمالية تحقيق مكاسب ايجابية (MacDonald, Parry- Gruwys, Dupere, & Ahearn, 2014) و هذا ما بينه أيضا Howlin and Moore (1997) فيمكن ان يؤدي التأخير في تلقي التشخيص الى انخفاض مستويات رضا الوالدين. و صعوبة تنفيذ استراتيجيات الدعم أو التدخل الفعال (Webb, Jones, Kelly, 2014).

و عندما قام كل من Crane و chester و goddard و henry و hill (2016) بمسح اكثر من 1000 من الوالدين في المملكة المتحدة حول عملية التشخيص لأطفالهم المصابين بالتوحد، حددوا ان اكبر قلق للوالدين كان المستوى غير المرضي للدعم اللاحق للتشخيص . لذلك يتجهون الى مصادر أخرى مثل: (مجموعات الداعمة و المدرسة) للحصول على المساعدة و المشورة و التدخل (Mansell, & Morris, 2004)، و توصل ايضا كل de Verdier و Fernell و EK (2019) إلى أن الآباء راغبون في التواصل مع الآباء الآخرين، الذين لديهم طفل مصاب بالتوحد حيث يمكن تزويدهم بالنصائح العملية من مقدمي الرعاية الآخرين.

رغم ان اكثر ردود الفعل الوالدين عند الاعلان عن تشخيص التوحد سلبية، حيث يشعرون بالعواطف مثل: الحزن و الغضب. لكن يشعر الآخرون بالراحة، لأنه أخيرا يمكن لطفلهم ان يستفيد من الرعاية التي تتكيف مع حالته (Poirier, & Goupil, 2008). فابلغوا عن جوانب ايجابية للتشخيص بما في ذلك تقديم تفسير لسلوكات اطفالهم (Jacobs, 2020) Dierickx, & Hens, و كوسيلة للوصول إلى الدعم المناسب لحالة لطفلهم (Chamak, Bonniau, Oudaya, & Ehrenberg, 2011).

و يجب ان يكون المختصين حريصين على عدم تجاهل مخاوف الوالدين المبكرة، و قد بينت الابحاث الحديثة ان الالباء غالبا ما يكونون اكثر دقة من الأطباء، في تحديد السلوكيات ذات الصلة سريريا لدى الاطفال الصغار المصابين بالتوحد بناء على ملاحظاتهم اليومية (Sacrey, Zwaigenbaum, Bryson, Brian, Smith, Roberts, 2018).

لذلك نظر العديد من المختصين و الباحثين في الممارسات التي تجعل الاعلان عن التشخيص مناسباً قدر الامكان لاحتياجات و تفضيلات العائلات، و تتعلق هذه التوصيات بشكل اساسي بموقف المختصين، و المعلومات المنقولة، و كذلك التنظيم العام اثناء الاعلان. وفقا لدراسة التي اجراها Quine و Rutter (1994) حول إعلان التشخيص لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة، فان موقف المختص هو أهم مؤشر على الرضا العام للوالدين خلال هذا الحدث. و يشير اخرون الى ان الالباء يجب ان تتاح لهم فرصة لطرح جميع الاسئلة التي يريدونها (Krauss-Mars, & Lachman, 1994).
فهنالك من يدعون أنهم في الظلام، بسبب عدم وجود تشخيص و إجابات على أسئلتهم (Chamak, 2009)

و يوجد جانب اخر يجب مراعاته عند الاعلان عن التشخيص و هو جودة و كمية المعلومات المقدمة، فيجب ان تكون المعلومات المقدمة شخصية، و يؤكد Charman baIRD و (2002) على اهمية تقديم التشخيص بطريقة تمكن الالباء من التعرف على طفلهم من خلال هذا الوصف. بالإضافة الى ذلك يفضل ان يسلط المختص الضوء على نقاط القوة لدى الطفل، لان تلقي الكثير من المعلومات السلبية هو مصدر لعدم الرضا (Cunningham, Morgan, & MuGucken, 1984). و ايضا تقديم خيارات العلاج، و الخدمات المقدمة بالقرب من منزل العائلة (Baird, Mcconachie, & Scrutton, 2008). و عند الاعلان عن التشخيص يود الالباء سماع بعض الصفات و المعلومات المطمئنة حول حالة الطفل، و التدخلات القيمة التي تساعد الطفل على النمو، و ليس

الجانب المرضي فقط. و هذا ما أكدته دراسة Crane و Batty و Adeyinka و Goddard و Henry و Hill (2018) التي تنص أن الآباء يرغبون في إتباع نهج قائم على القوة يسلط الضوء على السمات الإيجابية لأطفالهم، و يودون سماع عبارات متفائلة حول التشخيص و التدخل الذي يحافظ على الأمل. كما يعد استخدام المصطلحات غير التقنية أمرا ضروريا لتعزيز فهم الوالدين (Buckman, 1992) ، و يجب تقديم ملخص مكتوب يوضح عملية التقييم لهم بعد التشخيص (National council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2003) لأنه يسمح لهم بتأكيد فهمهم ، و يسهل مشاركة المعلومات مع من حولهم (Leff, & Walizer, 1992).

من جهة أخرى، يجب مراعاة الجوانب المختلفة المتعلقة بالتنظيم العام. أولا، تمثل الخصائص الفيزيائية للغرفة التي يتم فيها الإعلان عن التشخيص، عنصرا مهما يجب مراعاته. و من الأفضل أن تكون هادئة، و خصوصية لتقليل مخاطر الانقطاع أثناء المواجهة (Cottrell, & Summers, 1990). لذلك يقترح Cunningham و Morgan و McGucken (1984) توفير مكان خاص للوالدين، لمناقشة فور إعلان التشخيص. و يعد حضور كلاهما توصية شائعة جدا في الأدبيات، و تم تأكيد هذا من قبل آباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد في كيبك (Bois, 1995) .

و هناك دراسة توصي بشدة على تقديم اجتماع ثاني للوالدين بعد الإعلان عن التشخيص (Cunningham et al., 1984) ، لان جزءا كبيرا من المعلومات المنقولة أثناء الاتصال الأول يتم نسيانه، او إساءة فهمه ، او تفسيره بشكل خاطئ من قبل الوالدين (Cottrell, & Summers, 1990) . فهي ضرورية لمراجعة المعلومات التي تم تقديمها، و يسمح وقت التفكير بين الجلستين لهما بالتفكير في نمو طفلهم في ضوء المعلومات الجديدة المنقولة، و المناقشة مع الزوج، و كذلك الحصول على المعلومات إضافية في الجلسة الثانية (Charman, & baird, 2002). كما تكون ايضا لديهم فرصة للإعداد الأسئلة (Piper,

(Howlin 1992) ، لأنهم يحتاجون الى الوقت و التعليم لفهم الاعراض المحددة للتوحد (Gentles, Nicholas, Jack, Mckibbon, & Szatmari, 2020).

يظهر ان الإعلان عن تشخيص التوحد يؤثر على الوالدين بشكل اخص، و على الأسرة عامة، و يمكن أن يغير مجرى حياتهم، و يشكل حدثا صادما ، و ينشأ مشاعر المعاناة النفسية و الشعور بالذنب. لكن في بعض الحالات، يكون للإعلان تأثير إيجابي، و يصاحبه الشعور بالراحة لأنه يسمح لهم بفهم طفلهم بشكل أفضل، و يستطيعون التكيف بشكل أحسن مع اضطراباته، و الخروج من السلبية.

مما سبق عرضه من الدراسات السابقة حول عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين، تبين لي ان هذه العملية حضت بالاهتمام خاصة في دول أوروبا و امريكا. و لكن في بلدنا لا يزال اضطراب طيف التوحد وصمة عار أو غير معروف لعامة الناس، و لا تزال رعاية الأطفال الذين يعانون من التوحد في مهدها، لكنها لا تزال غير كافية في الجزائر. بالإضافة الى عدم إعطاء أهمية لعملية الاعلان عن تشخيص التوحد للوالدين خاصة، و انها لها تأثير كبير على حياتهم الزوجية و الاسرية. في هذا السياق يمكننا صياغة الاشكال التالي:

ماهو المعاش النفسي للوالدين بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عند الطفل؟

2- فرضيات الدراسة:

- تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين بطريقة جيدة.
- يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين.

3- اسباب اختيار الموضوع:

ان اختيار اي موضوع او بحث علمي لا يأتي بطريقة عشوائية، بل يعود لعدة عوامل متعلقة بميول و رغبات الطالب كونه القائم بالبحث، او نتيجة لأهمية هذا الموضوع الذي تعود دراسته بالفائدة على المجتمع. و اختياري لهذا الموضوع كان نتيجة للعوامل التالية:

- غياب و قلة البحوث و الدراسات السابقة التي اهتمت بالمعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم، خاصة في البيئة الجزائرية و العربية.

- ارتفاع نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد خاصة في السنوات الاخيرة، و تكريس المختصين كل اهتماماتهم بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و اهمال الوالدين رغم انهم الاكثر تضررا بسبب تعاملهم معهم، و رعاية لهم و تدريبهم.

- الميل الشخصي للبحث في حالات التوحد عامة، و التقرب من والدي الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد خاصة لمعرفة معاناتهم.

- اكتساب خبرة في الدراسة الميدانية، و اثراء البحث العلمي خاصة المحلي.

4- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في تسليط الضوء على اضطراب طيف التوحد من جهة، و محاولة كشف و معرفة المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم من جهة اخرى. و محاولة التعرف على اسباب تؤثر الوالدين بعملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و معرفة مدى تأثير هذه العوامل على الوالدين. و تساعدنا نتائج هذه الدراسة على معرفة اثار الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد على الحالة النفسية للوالدين، لأنهم الاكثر عرضة لصدمة الاعلان عن تشخيص. كما تتمركز أهمية هذه الدراسة على لفت انتباه المختصين لمرحلة الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، كونها صعبة جدا على الوالدين و تكوين اللذين يعلنون

عنه. تحاول هذه الدراسة ايضا تقديم اضافة جديدة و لو بسيطة، في مجال البحوث النفسية و اثراؤها.

5- اهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى معرفة الحالة النفسية للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم، و تحديد العلاقة بين المعاش النفسي لوالدي الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و الاعلان عن التشخيص ، عن طريق استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R) لقياس الضيق النفسي و تأثير الوالدين جراء الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم.

6- تحديد المفاهيم الاساسية:

1.6. مفهوم المعاش النفسي:

- اصطلاحا:

يعرفه sureau على انه الحياة الداخلية او الاحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة او موقف ما، و هذا الاحساس يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة او مؤقتة (عابد و فسيان، 2018، ص 221).

- اجرائيا:

هو مجموعة من الاحاسيس الداخلية التي يشعر بها الفرد في موقف ما من قلق و اكتئاب و احباط و وحدة نفسية و تقدير للذات و توافق نفسي، و في الدراسة الحالية هو الدرجات التي يتحصل عليها اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، في مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R). فإذا تحصل الوالدين على درجة اصغر او تساوي 33 فأنهم غير متأثرين بحدث الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، وإذا تحصل الوالدين على درجة تفوق 33 فأنهم متأثرين بحدث الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.

2.6. الاعلان عن التشخيص:

- اصطلاحا:

عملية الإعلان عبارة عن بناء مشترك بين معرفة المريض التجريبية و المعرفة الطبية، و تعتبر جزء من مسار الرعاية المنسق وفقا لقواعد السرية المهنية.

(Haut Autorité de Santé,2022)

- اجرائيا:

و نقل لخبر اصابة الطفل باضطراب طيف التوحد بشكل رسمي للوالدين لأول مرة، و في الدراسة الحالية هو الاجابات التي يقدمها الوالدين في استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم.

3.6. اضطراب طيف التوحد :

- اصطلاحا:

خلل يحدث في النمو العام للطفل، يظهر خلال السنوات الاولى من عمره، يؤثر سلبا على التواصل اللفظي و غير اللفظي للطفل و قدراته على التفاعل الاجتماعي، مما يؤثر بصورة سلبية على الأداء، نتيجة الاضطراب الحاصل في الجهاز العصبي و الذي يؤثر على اداء المخ الوظيفي و يحدث خلا في جوانب النمو المختلفة كالانتباه و الادراك و التعلم و اللغة و المهارات الحركية و السلوكية و غيرها (الخميسي و الشيراوي و فيروز، 2021).

- اجرائيا:

هو اضطراب نمائي عصبي يصيب الطفل في طفولته المبكرة، قبل السنوات الثلاثة من عمره. حيث يؤثر على تفاعله الاجتماعي و تواصله مع الاخرين، و يظهر ذلك من خلال عدم مشاركة الاخرين في العلاقات الاجتماعية، و التأخر في اللغة و الكلام، مع وجود سلوكات نمطية تكرارية مقيدة.

الجانِب النظري

الفصل الأول: التوحد

- تمهيد:

- 1-لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد.
- 2-تعريف اضطراب طيف التوحد.
- 3-تصنيفات اضطراب طيف التوحد.
- 4-اسباب اضطراب طيف التوحد.
- 5-اعراض اضطراب طيف التوحد.
- 6-تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 7-التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد.
- 8-علاج اضطراب طيف التوحد.
- 9-اهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد.

- خلاصة الفصل

تمهيد:

لا احد يستطيع ان ينكر انه سمع من قبل عن كلمة التوحد ، اذ يعد من اكثر اضطرابات انتشارا في الالونة الاخيرة و التي مازالت مبهمة لفئة كبيرة من الناس. و هو اضطراب اهتم به الباحثين و المختصين خاصة في علم النفس العيادي، و حاولوا البحث عن اسبابه واعراضه و علاجه ايضا.

و في هذا الفصل تناولت فيه لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد و تعريفه، أسبابه، أعراضه، و كيفية تشخيصه، و التشخيص الفارقي، و سبل علاجه و اخيرا اهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد.

1- لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد:

ازداد الاهتمام باضطراب طيف التوحد لدى الطفل مع تطور الوضع الصحي عالميا، لكن برز هذا اضطراب منذ القرون الماضية بمصطلحات أخرى سنعرض بعض المراحل المهمة في تطور اضطراب التوحد عبر التاريخ إلى يومنا هذا:

- جان ايتارد (Jean Itard) (1774-1836) و وحشية افيرون Aveyron :

احد المراحل الاولى التي تصف اضطراب طيف التوحد هو وصف فيكتور Victor (الطفل الوحشي لافيرون) الذي راوده به الطبيب الفرنسي جان ايتارد Jean Itard. كان فيكتور Victor طفلا يعيش في الغابة، بعد العثور عليه تم إعادة ادماجه في المجتمع البشري. نظر العديد من الأطباء في حالته، التي ابهرت الرأي العام، لدرجة أنها تعرضها فيلم لفرانسوا تروفو Francois Truffaut في عام 1970 The wildchild. كان التشخيص الذي أجرته السلطات الطبية هو ان الطفل لم يكن متوحشا، لكنه ببساطة قدم تخلفا عقليا عميقا. و مع ذلك، افترض ايتارد Itard ان تأخر ناجم من الحرمان الاجتماعي الشديد، و ان التعليم و التدريب يمكن ان يساعده في سد هذه النواقص و استعادة السلوكيات المناسبة (Itard, 2011) و قد كانت فرضيته صحيحة لأنها كانت تخيل ان البيئة يمكن ان تعدل سلوك الطفل. ثم بدا ايتارد Itard في اعداد تدريب مكثف و شخصي، حيث قام بتدريس فيكتور Victor طرق الاتصال و أسس المهارات الأكاديمية. و قد كان فيكتور Victor قادرا على تحمل التفاعلات مع الأشخاص المألوفين، رغم انه واجه مشاكل كبيرة معهم. بعد ذلك ادرك ايتارد Itard ، ان التخلف الفكري لم يكن التفسير الصحيح لحالة فيكتور Victor.

- بعد مائة عام ظهر مصطلح التوحد عام 1911 مع عمل يوجين بلولر Eugène Bleuler (1857-1939). حظيت حالات أطفال التوحد باهتمام خاص، رغم انهم كانوا ينظرون اليهم أنهم غريبون و غامضون او متوحشون. كما وصف أيضا الخصائص المميزة

لبعض المرضى، و الاضطرابات العصبية التي يسميها الحس الموابك. حيث تبدو الحواس انها تختلط مع بعضها البعض (اللمس، الذوق، الرائحة، الألم، اللون،...). و يستخدم بلولر (Bleuler, 1911) مصطلح التوحد للإشارة الى فئة تعاني من اضطراب التفكير ، الذي يظهر في الأشخاص المصابين بالفصام مثل: فقدان الاتصال بالواقع، و ضيق العلاقات مع البيئة، و كذلك الابتعاد من الحياة الاجتماعية من خلال الانسحاب إلى ذاته. فقد استخدم مصطلح التوحد لوصف صعوبة التواصل، و التفاعل مع الآخر عند بعض المرضى المصابين بالفصام (Ould Taleb, 2009, 14).

- و في عام 1943 وصف ليو كانر Leo Kanner (1894-1981) التوحد الطفولي، كاضطراب يحدث في الاتصال العاطفي عند الأطفال الصغار. عندما لفت انتباهه وجود انماط سلوكية غير عادية عند 11 طفلا (8 ذكور، 3 اناث) كانوا مصنفين على انهم متخلفون عقليا، حيث لاحظ انغلاقهم المستمر على أنفسهم، و التفكير المتميز بالاجترار التي تحكمه الذات او حاجات النفي، مبتعدين عن الواقع و ما حولهم من ظواهر او احداث او افراد حتى لو كانوا والديه، فهم دائمو الانطواء و العزلة، لا يتجاوبون مع اي مثير بيئي في المحيط المعاش كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل اي من المثيرات الخارجية (سليمان، 2000، ص 11).

- و في نفس العصر في عام 1944 نشر هانس اسبرجر Hans Asperger (1906-1980) وصفا لأطفال ذوي الخصائص السلوكية للتوحد: نقص في التعاطف، و صعوبات في تكوين صداقات، و التحدث مع انفسهم (المونولوجات و الحوارات الداخلية). و يصف هؤلاء الأطفال بـ " المعلمين الصغار " بسبب قدرتهم على مناقشة موضوعهم المفضل موسوعا. واعتبر اسبرجر Asperger نفسه مصابا بهذه المتلازمة التي تحمل اسمه الان.

- و يصف هذا الباحثان بدقة ملحوظة ما نزال نسميه " التوحد " اليوم. لا يزال التوحد في كانر Kanner و متلازمة اسبرجر Asperger متناقضين حتى اليوم، و مع ذلك فان قراءة

اوصاف كانر Kanner (1943). لا تختلف عن اوصاف متلازمة اسبرجر (Asperger, 1994).

من خلال اللوحة التاريخية السابقة استنتج ان اضطراب طيف التوحد يعود في جذوره الى عدة قرون ماضية ، وقد قام عدة علماء بوصف ما نسميه الان باضطراب طيف التوحد بطريقة واحدة ، و لكن ليس بنفس التسمية .

2- تعريف اضطراب طيف التوحد:

هناك تعريفات كثيرة للتوحد و تهدف هذه التعريفات إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات. و هي فئة التوحد

كلمتا التوحد Autism و التوحدي Autistic مشتقتان من الاصل اليوناني Autos و تعني النفس. و اليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، و قد اعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكرة Early Infantile Autism او توحد الاطفال Children Autism من قبل كانر Kanner (شريف ، 2019 ، ص 199).

و يعتبر العالم كانر (Kanner 1943) أول من عرف التوحد الطفولي، حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة بوصف السلوكيات و الخصائص المميزة للتوحد و التي تشمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، و التأخر في اكتساب الكلام، و استعمال غير تواصلية للكلام، و نشاطات لعب نمطية و تكرارية، و المحافظة على التماثل و ضعف التخيل و التحليل (الشامي، 2004).

و يري ارونز وجيتنز (1992) ان التوحد يمثل اضطرابا او متلازمة من المظاهر الأساسية التي تظهر على الطفل قبل ان يصل عمره الى ثلاثين شهرا، و يتضمن ذلك عددا من الاضطرابات كالتالي:

ا_ اضطراب في سرعة او تتابع النمو.

ب_ اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

ج_ اضطراب في الكلام و اللغة و السعة المعرفية.

د_ اضطراب في التعلق او الانتماء للناس و الاحداث و الموضوعات (عبد الله محمد، 2003، ص 06_07).

اما منظمة الصحة العالمية تعرفه على انه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، و يؤدي الى عجز في التحصيل اللغوي، و الاجتماعي (النمر، 2015، ص 225).

اما جنسون فعرف اضطراب طيف التوحد بأنه : " اعاقة تطويرية تؤثر في التواصل اللفظي و التواصل الاجتماعي، و غالبا ما يحدث قبل سن الثلاث سنوات. الامر الذي يؤثر بشكل كبير في الاداء المدرسي، و تصاحبه عادة بعض الصفات مثل: تكرار نشاط أو فعل معين او حركة معينة و المقاومة للتغيير في البيئة المحيطة و في الروتين اليومي، و الاستجابة غير المعتادة لخبرة سابقة او حدث حسي معين حدث في الماضي " (سهيل، 2015، ص 32-33).

كما عرف التوحد بأنه : " اعاقة عقلية نمائية متداخلة و معقدة، تعد من احد اضطرابات النمو التي تصيب الطفل بضعف في النمو الادراكي الحسي و اللغوي و الانفعالي و العاطفي، و تظهر خلال الثلاث سنوات الاولى من عمر الطفل. و ذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في الدماغ ، و يظهر في عدم قدرة الطفل على التعبير بالوجه في حالة الانفعال، و عدم ادراكه لمثل هذه التعبيرات الانفعالية" (صابر، 2018، ص 330) .

و تعريف منظمة الصحة العالمية: انه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، و يؤدي الى عجز في التحصيل اللغوي و اللعب و التواصل الاجتماعي. و

عليه يمكن القول بان اضطراب التوحد هو اضطراب نفسي اجتماعي، يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة (مركز أبحاث الطفولة و الامومة، 2017، ص 61).

كما عرفته الجمعية الامريكية (Autism Society of America- ASA , 2016) اضطراب طيف التوحد بأنه نوع من الاضطرابات النمائية التطورية، التي لها دلالاتها و مؤشراتنا في السنوات الثلاث الاولى من حياة الطفل. حيث يظهر نتيجة خلل ما في كيميائية الدم او اصابة الدماغ، و التي تؤثر على مختلف نواحي النمو، و يضطرب فيه السلوك، و التواصل، و التفكير.

و يعد اضطراب طيف التوحد ايضا اضطراب عصبي نمائي يتأثر به الفرد في مختلف الجوانب الاجتماعية و اللغوية و السلوكية يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى، و من الصفات التي يتميز بها ذوو اضطراب طيف التوحد تأخر في اكتساب اللغة، مشاكل في التواصل، المصاداة اي تكرار الكلمات و الجمل، التمسك بالروتين، النمطية و ضعف اللعب التخيلي و الاهتمامات الغريبة و غيرها (الخطيب ، 2019).

باختصار التوحد أو الاوتيزم من اكثر الاعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، و قد بدا التعرف عليه حوالي 60 سنة، و يعرف بصعوبة التواصل و العلاقات الاجتماعية و باهتمامات ضيقة قليلة (متولي، 2015، ص 13) .

من خلال التعاريف السابقة يظهر انها تتمحور كلها حول ان اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي عصبي يصيب الطفل في السنوات الاولى من عمره، و يؤثر على مهارته المختلفة مثل : التأخر في النمو اللفظي و الغير اللفظي، سلوكيات نمطية و اهتمامات غريبة، يؤثر في التفاعل الاجتماعي ، و في التواصل مع الاخرين.

3-تصنيفات اضطراب طيف التوحد:

- كان الاعتراف الرسمي بالتوحد كفئة تشخيصية لها خصائصها المميزة في عام 1951 عندما اصدرت الطبعة التاسعة من الدليل العالم لتصنيف الامراض: International Classification Daisies (ICD-9)

- اصدرت الجمعية الامريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) في عام 1980 الدليل الاحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية الطبعة الثانية (DSM-II) التي اعتبرت التوحد شكلا من اشكال الفصام الطفولي.

- اما الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-3) 1980 فقد فرق بوضوح بين الفصام و اضطرابات التوحد، و اكدت ان التوحد ليس حالة مبكرة من الفصام (مجيد، 2006، ص 54) و قدمت ايضا مفهوم للاضطرابات النمائية.

- و قد صدرت الطبعة الرابعة (DSM-4) في عام 1994 فوسعت من مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) Pervasive Developmental Disorders لتشمل خمس فئات و يطلق عليها ايضا اضطرابات طيف التوحد الخمس و هي :

1. اضطراب التوحد (Autism Disorders).

2. متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome)

3. متلازمة ريت (Rett Syndrome).

4. اضطراب الطفولة التفككي (Childhood Disintegrative Disorders) .

5. الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders)

- اما التصنيفات الدولية التي لا يزال استخدامها حتى الان نجد:

1. التوحد حسب التصنيف ICD-10:

يعتمد على التعريف الذي استخدمه التصنيف الدولي للأمراض CIM-10 لوصف اضطرابات النمو المنتشرة، و هو مجموعة من الاضطرابات تتميز بالتغيرات النوعية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة و أنماط الاتصال، و مجموعة من الأنشطة النمطية و المتكررة و الاهتمامات المحدودة. و يمكننا ان نأخذ من التصنيف الدولي للأمراض CIM-10 مجموعتين كبيرتين متعلقتين باضطرابات النمو المنتشرة و هي: التوحد الطفولي و متلازمة اسبرجر. و هنا تعريف التوحد في مرحلة الطفولة: هو اضطراب نمائي واسع الانتشار، و يتميز بما يلي:

(أ) نمو غير طبيعي او ضعيف، واضح قبل سن ثلاث سنوات.

(ب) اضطراب في الأداء على مستوى مجالات النفسية المرضية الثلاثة التالية: التفاعلات التواصل و السلوك (مقيد، نمطي و متكرر).

بالإضافة الى ذلك غالبا ما يكون الاضطراب مصحوبا بالعديد من المظاهر غير المحددة الأخرى، مثل الرهاب و اضطرابات النوم و الاكل و نوبات الغضب و إيذاء الذات.

اما متلازمة اسبرجر تعرف على أنها اضطراب يتميز بتغيير نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، على غرار ما لوحظ في التوحد المرتبط بمجموعة من الاهتمامات و الأنشطة المقيدة و النمطية و المتكررة. وهو يختلف عن التوحد فمتلازمة اسبرجر لا تترافق مع أي اضطراب لغوي او تطور معرفي، و عادة ما يكون الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب خرقاء للغاية. و غالبا ما تستمر التشوهات في فترة المراهقة و البلوغ. و يصاحب هذا الاضطراب أحيانا نوبات ذهانية في بداية البلوغ.

2- التوحد حسب التصنيفين DSM-IV-TR و DSM-V :

و هما تصنيف اخر معترف به هما التصنيفين الامريكيين: DSM-IV-TR و DSM-V (American psychiatric Association, 2013) و هما احدث اصدارين من الدليل التشخيصي و الاحصائي الاضطرابات العقلية و النفسية.

- معايير الاساسية لتشخيص التوحد حسب الطبعة الرابعة المنقحة DSM- IV-TR هي :

1- يبدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوحه انفعالاته و الفشل في نمو او تطوير علاقات مع الاقران.

2- العجز عن التواصل يرى غالبا في الاطفال التوحدين، و هذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة و العجز عن المباداة او في تعزيز المحادثة و السلوك النمطي و استخدام المتكرر للغة و قصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية.

3- ظهور انماط من السلوك النمطي في الانشطة التي يؤديها و في اهتماماته، و هذه الانماط تشمل الانشغال بوحدة او اكثر من الانماط المقيدة للسلوك النمطي و تمسكه غير المرن بأعمال محددة او طقوس او الانشغال بأجزاء من الموضوعات (Julien Daniel Guelfi, Marc-Antoine CROCQ, 2005)

- اما الدليل التشخيصي الخامس DSM-V يعتبر اكثر استخداما باعتباره الاصدار الجديد، و يسمح بتسليط الضوء على العناصر المحددة المرتبطة بهذا المرض. فالمعايير الاساسية التي تضمنها هذا الدليل الاخير في تشخيص التوحد هي :

1- استمرار صعوبات التواصل و التفاعل الاجتماعي في مختلف السياقات، و التي تظهر او يعبر عنها كالتالي:

- قصور في التعاطف الاجتماعي الانفعالي.
- قصور في سلوكيات التواصل الغير اللفظي المعتمدة في التفاعلات الاجتماعية.
- قصور في النمو، و في الاحتفاظ بالعلاقات و فهمها.
- 2- مجال السلوكيات و الاهتمامات و النشاطات محدود جدا و تكراري، و ذلك كما تتجلى او يعبر عنها في :
 - انشطة حركية، استخدام الأشياء، او اصدار اصوات بشكل نمطي او تكراري.
 - الاصرار على التماثل، و استمساك جامد بالمألوف او بمظاهر طقوسية في السلوكيات اللفظية و غير اللفظية.
 - اهتمامات جد محدودة و مركزة مع حد غير طبيعي من الشدة و التركيز.
 - ردود فعل غير طبيعية ازاء المثيرات الحسية او اهتمامات غير اعتيادية بالمظاهر الحسية في المحيط.
- 3- الاعراض يجب ان تظهر خلال الفترة المبكرة من النمو (لكن لا تتجلى بوضوح إلا عندما تصبح المهارات المحدودة غير قادرة على الاستجابة لمقتضيات المحيط او عندما تصبح بعد ذلك مقنعة بفعل الاستراتيجيات المكتسبة).
- 4- الاعراض تحدث انواعا من القصور الكبير من وجهة النظر السريرية في المجال الاجتماعي، و المهني، و ايضا في مجالات وظيفية اخرى.
- 5- الاعاقة الذهنية (اضطراب النمو العقلي)، او تأخر عام في النمو لا يفسر جيدا هذا الاضطراب. (Dilip , Jeste, & All,2013)

4- أسباب اضطراب طيف التوحد:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية و التطورية التي مازال يحيطها الكثير من الغموض في جميع الجوانب، اذ ان اسباب حدوث هذا الاضطراب مازالت غير

معروفة بصورة دقيقة. و لم يتوصل العلماء حتى الان الى السبب الحقيقي لحدوث التوحد، و ذلك بسبب عدم وجود عرض معين لهذا الاضطراب، انما هي مجموعة من الاعراض التي تختلف من حيث الشدة و النوعية من طفل الى اخر (شيب، 2008).

و قد بينت الدراسات و النظريات التي اجريت لدراسة اضطراب طيف التوحد انه توجد عدة اسباب يرجع اليها حدوثه سواء : نفسية، بيولوجية، كيميائية او جينية.

فقد كان العلماء في البداية يعتقدون ان اضطراب طيف التوحد ينتج عن سوء تفاعل الوالدين مع الطفل. لكن مع زيادة المعرفة حول هذا الاضطراب، تم استبدال هذه الفكرة بمزيد من الأساليب البيولوجية.

يمكن اعتبار ان العيوب الجينية و تشوهات الدماغ هي الأسباب المقبولة عموما للتوحد، فالاثار الجانبية السلبية المحتملة للتطعيمات تلقت الكثير من الاهتمام كسبب من أسباب التوحد، فلقاح الحصبة بين ان الحصبة الألمانية متورطة كسبب محتمل للتوحد. و اللقاحات التي تحتوي على مادة Thimerosal، التي تعتبر مادة حافظة تحتوي على كمية صغيرة جدا من الزئبق، فيعتقد البعض انها تؤدي الى ظهور التوحد ، و مع ذلك فقد دحضت العديد من الدراسات الادعاء بان اللقاحات هي السبب.

و تمكن علماء الوراثة و الباحثون من استنتاج ان العيوب الجينية هي سبب التوحد، و من نتائج الدراسات التي أجريت على العائلات التي لديها طفل واحد مصاب بالتوحد، يكون لدى الوالدين فرصة واحدة من عشرين لانجاب طفل ثان مصاب بهذا الاضطراب بزيادة ثمانية اضعاف مقارنة بعامية السكان. علاوة على ذلك، قد يظهر أقارب الأطفال المصابين بالتوحد ضعفا طفيفا في المهارات الاجتماعية و التواصلية او ينخرطون في سلوكيات متكررة، و لم يتم تصنيف افراد الاسرة هؤلاء بالتوحد، لكنهم يشاركون بعض السلوكيات المميزة لشخص مصاب بالتوحد. تعد حالات العجز الاجتماعي و التشوهات اللغوية و الاضطرابات النفسية

جزءا من التاريخ العائلي للأشخاص المصابين بالتوحد. على الرغم من هذه النظريات حول نمط الوراثة، لم يتم تحديد مكان الجين أو الجينات المسؤولة عن التوحد بدقة. و بالتالي يعتقد ان التوحد متعدد الجينات تم اقتراح العديد من الجينات لدورها الوظيفي، و الموقع داخل الكروموسوم المرشح، و الارتباط الإيجابي بالمرض، و من المحتمل ان تتفاعل جينات متعددة مع عامل بيئي واحد او اكثر لإنتاج التوحد. حيث تشير البيانات التي تم جمعها من فحص الجينات الكامل في العائلات التي تضم فردا مصابا بالتوحد في العائلة الى انه ناتج عن تفاعل عشرة (10) من جينات على الأقل . و يعد المصدر الجيني صعبا لان الإشارات البيئية قد تكون متورطة، و لان الأنماط الظاهرية السريرية للتوحد لا تزال بعيدة المنال. لا يوجد وصف دقيق لكيفية تصرف او تفكير الشخص المصاب بالتوحد. هذا الاختلاف في النمط الظاهري يجعل من الصعب العثور على التركيب الجيني الدقيق المعني و مع ذلك فان هذا لم يمنع الباحثين من محاولة تحديد الجينات المرتبطة بالتوحد، كانت نتائج الارتباط الأكثر تكرارا على الكروموسومات q7 و q2 و q15 و منطقة الكلام و اللغة المفترضة q33-q-7q31 متورطة في التوحد. يمكن ان يفسر هذا سبب صعوبة الأطفال المصابين بالتوحد في التعلم و الحفاظ على المفردات. و تم اقتراح تكرار الكروموسوم 15 كسبب التوحد. و تحتوي الوحدة الفرعية لمستقبلات GABA(A) و جينات UBE3A بالإضافة الى مستقبلات الاوكسيتوسين في 3p25-p26 على اليلات متغيرة في كثير من الأحيان في السكان المصابين بالتوحد اكثر من السكان غير المتوحدين. علاوة على ذلك تم تحديد الاليلات المتغيرة لجين ناقل السيروتين 5-HTT على الكروموسوم q12-q11 17 كاسباب محتملة . و أظهرت الجينات FOXP2 و rayi/ST7 و IMMP2L و RELN في q33-q22 7 و الموقع 13 q-11q15 أيضا انها غير طبيعية لدى المصابين بالتوحد. فيظهر العدد الهائل من الجينات المتورطة مدى تعقيد الأسباب الجينية وراء التوحد.

و يمكن ان تؤدي بعض الاشارات البيئية الى ظهور التوحد، كما يمكن ان تؤثر بيئة ما قبل الولادة بشكل كبير على ما اذا كان الطفل الذي لديه تركيبة جينية محددة سيصاب بالتوحد.

في احدى الدراسات التي اجراها Deykin و Macmaho أظهرت تقارير الأمهات و السجلات الطبية للمرض اثناء الحمل مخاطر نسبية تبلغ 4.1 للانفلونزا و 3.3 للحصبة الالمانية. حيث اكد ذلك Chess و ale (1978) بعد ان قام بفحص حوالي 250 طفل مصاب بالحصبة الألمانية الخلقية ووجدوا ان 7% تم تشخيصهم لاحقا بالتوحد. فقد تلعب الحصبة الألمانية دورا كبيرا في التسبب بالتوحد.

و في دراسة وبائية مختلفة اجراها Hultman (2002) تم الإبلاغ عن وجود صلة بين التدخين اليومي للام اثناء الحمل المبكر و التوحد . كما تم اكتشاف ان التعرض في الحمل الى حمض الفالبرويك، و كذلك عدوى الأمهات من الفيروس المضخم للخلايا او الحصبة قد تكون مسؤولة عن عدد صغير من حالات التوحد.

و تلعب البيئة ما قبل الولادة اعتمادا على الظروف دورا كبيرا في تحفيز التوحد، و قد وجد أيضا ان التعرض السام و المواد الموسخة في البيئة قد تكون مرتبطة بعدد صغير من حالات التوحد. كما انه يبدو ان المواد الميكروبية و الكيميائية تلعب دورا بارزا في بدء التوحد، فالإشارات البيئية تساهم في ظهور هذا الاضطراب، عندما يبدأ الاضطراب في الظهور تظهر تشوهات في الدماغ قبل 30 أسبوعا. في الواقع يبدو ان الهجرة غير الطبيعية للخلايا بين الشهرين الثالث و الخامس من الحمل، يمكن ان تؤدي الى تشوهات المخيخ المعترف بها لدى الأشخاص المصابين بالتوحد . علاوة على ذلك قد يكون نمو الراس المفاجئ و السريع اثناء الطفولة علامة تحذير مبكرة على ان التوحد يتطور. كما يعاني الأطفال المصابين بالتوحد من خلل في عملية تكوين النخاع.

تحدث التشوهات التشريحية بسبب عيوب وراثية في عوامل نمو الدماغ قد تساعد معرفة مناطق الدماغ المتأثرة الباحثين على اكتشاف الجينات المسؤولة عن التوحد. كما ان الجهاز المناعي للأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يتأثر أيضا، تختلف العديد من عوامل تعديل الجهاز المناعي العصبي في الافراد المصابين بالتوحد او غير المصابين بالتوحد . يختلف ملف تعريف السيتوكينات و تفعيل الكريات البيضاء و المعلومات المناعية الأخرى في الأشخاص المصابين بالتوحد. الأطفال المصابون بالتوحد لديهم 20% خلايا وبائية اكثر و 40% خلايا قاتلة طبيعية اكثر من الأطفال غير المصابين بالتوحد .

في دراسة اجرتها الدكتورة "جودي فان دي ووتر" Judy Van de Water، تم خلط الخلايا المناعية للأطفال المصابين بالتوحد و غير المصابين بالسموم و البكتيريا، استجابة للبكتيريا تم انتاج السيتوكينات، او بروتينات الإشارات المناعية، بمستوى اقل في المجموعة المصابة بالتوحد . لكن المجموعتين لم تتفاعل بشكل مختلف مع السموم . ان انخفاض مستوى انتاج السيتوكين استجابة للبكتيريا يضر بالأشخاص المصابين بالتوحد و قد يفسر ضعف الأداء المناعي للأشخاص المصابين بهذا الاضطراب . و يؤدي البحث في المكونات الخلوية المناعية المختلفة للأشخاص المصابين بالتوحد الى انشاء اختبار الدم التشخيصي الذي يمكن ان يحدد الأشخاص المصابين بالتوحد. من خلال التشخيص المبكر، يمكن ان يبدأ التدخل و العلاج بسرعة للأشخاص المصابين بالتوحد (Sapp, Elizabeth,2007)

و لقد وضعها سالم منصور 2011 باختصار كما يلي:

- يرجع حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل وراثي: لوجود عامل جيني ذي تأثير في الإصابة بهذا الاضطراب فتزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة.

- العوامل المناعية: اذ اشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى المصابين باضطراب طيف التوحد.
- خلل او اختلاف في رسم المخ: اذ وجد ان الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم خلل مميز في رسم المخ الكهربائي، كما ان هناك براهين تدل ان الجينات المعنية في وضع الجسم الاساسي و بناء المخ الذي يسمى هوكس هو متغير في التوحد.
- عوامل كيميائية حيوية: وجدت بعض الدراسات وجود علاقة بين اضطراب طيف التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية تتمثل في نقص او زيادة في افرازات الناقلات العصبية.
- عوامل فيروسية: و لا سيما في المراحل المبكرة من الحمل قد تؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية بما فيها اضطراب طيف التوحد.
- بعض مشاكل الولادة: و لا سيما عسر الولادة و المشاكل المصاحبة لها قد تكون احد الاسباب باضطراب طيف التوحد.
- الخمر و المخدرات: قد تكون احد الاسباب الاصابة باضطراب طيف التوحد (العبيدي، 2021 ، ص 15).

مما سبق يتضح ان اسباب التوحد قد تكون وراثية او عيوب جينية او تشوهات الدماغية وبعض العوامل قبل الولادة و اثناء الولادة.

5- اعراض اضطراب طيف التوحد:

يظهر اضطراب طيف التوحد من عدة نواحي و يمكننا ان نذكر الاعراض التالية التي يمكن ملاحظتها في سلوك الطفل:

_ سيسعى دائما الى عزل نفسه عن الأشخاص من حوله، و لن يجري محادثات مع الأطفال في سنه، و الاسوء من ذلك انه لا يستطيع تكوين صداقات بسهولة، و ان قام بإنشائها فانه يواجه صعوبات في المحافظة على تلك الصداقات.

_ يقدمون صعوبات في تفسير المواقف العاطفية للأشخاص من حولهم، و كذلك تفسير مشاعرهم.

_ قد يواجه الطفل المصاب بالتوحد صعوبات في فهم تعابير الوجه، و الايماءات و نغمات الصوت المختلفة.

_ بالإضافة الى ذلك، فان احد اعراض التوحد هو ان هؤلاء الأشخاص لا يركزون انتباههم على وجه الآخرين، و بالتالي فهم غير قادرين على رؤية و تعلم الأنماط السلوكية المناسبة.

_ لديهم صعوبات في التواصل اللفظي و الغير اللفظي.

_ يفشل الكثير من المصابين بالتوحد في تطوير أي نوع من اللغة.

_ و من اعراض التوحد عند الاطفال أيضا هو انهم لا يشاركون ما يكفي مع والديهم و لا يبحثون عن الراحة معهم، و لن يظهروا ردود فعل عاطفية و لا يشاركون الآخرين في وقتهم أيضا.

_ في بعض الأحيان يطلق الطفل المصاب بالتوحد على نفسه اسم اخر بدلا ان يقول "انا"، و هذا يمثل عدم القدرة على التعرف على الذات.

_ كما يعتبر السلوك عند الطفل المصاب بالتوحد ذات أهمية قصوى لانه يسعى الى القيام بأنشطة متكررة تتضمن روتيناً، على سبيل المثال يمكنهم محاذاة جميع الألعاب مرارا و تكرارا، و لكن دون اللعب طوعا و بحرية حيث يعارضون ابداعهم. (Choque Olsson , Rautio, Asztalos , Stoetzer, & Bohte, 2016)

_ يمكن ملاحظة ان سلوكهم يختلف بسهولة، كما انه حساس جدا لبعض الضوضاء و سيكون له فترات النشاط المفرط، و اذا كان الالباء يفكرون في التعديل او التغيير، فمن المستحسن إلا يكون التغيير مفاجئاً لان هذا يمكن ان يتسبب في اندلاع اليأس و الغضب.(Croen, Zerbo, Qian, Massolo, Rich, Sidney, & Kripke, 2015)

_ و نذكر الاعراض الرئيسة وفقا لتصنيفات الامراض العقلية و النفسية ICD-10 و DSM-IV كما يلي :

1_ انتهاك للعلاقات الاجتماعية .

2_ اضطرابات الكلام و اللغة.

3_ صفات نمطية و متكررة في الاعمال و الاهتمامات.

_ انتهاك العلاقات الاجتماعية يعني عدم القدرة على ادراة اتصالاتهم الاجتماعية من خلال السلوك الغير اللفظي(الابتسامة الاجتماعية، التقليد، التواصل البصري). و عدم القدرة على إقامة علاقات مع الاقران (قلة الاهتمام بالاقران، نادرا ما يكون صداقات، عدم مشاركة المشاعر مع الاخرين). نقص الارتباط الاجتماعي العاطفي بالآخرين (سلوك غير مناسب في المواقف الاجتماعية، قلة الاستجابات العاطفية مثل الراحة، يبدو عليهم كما لو انهم يستخدمون الاخرين كاشياء).

_ اما انتهاكات الكلام و اللغة الكلام مفقودة او غير مفهومة للآخرين يظهر ذلك في افعاله مع الاخرين (أفعال نمطية متكررة، و أصداء صوتية، التحدث عن الأفكار بصوت عالي.

_ و الإجراءات النمطية المتكررة تتجلى في أفعال نمطية او غير عادية او اهتمامات خاصة مقيدة بشكل ضيق(طقوس، ملاحظة ثابتة للأشياء المتحركة) و سلوكات نمطية متكررة (دوران الأصابع امام العينين، التارجح على الكرسي، الارتداد). كما انهم يهتمون بشكل غير عادي بجوانب الحواس (الثبيت لرائحة معينة، او طعم، او لمسة).

- اعراض سلوك الطفل التوحيدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين و نصف يلاحظ الوالدين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي و مهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي.

(De Rubeis, Goldbe, Poultney, Samocha, Cicek, & Singh, 2014)

(Mohamed ali, ziad Al- Adwan, & Al- Naimat, 2019)

- و الاطفال التوحيديون ليس لديهم نفس الدرجة و الشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، و قد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور العامة. (نيسان، 2009 ، ص 122)

حيث ترى خالدة نيسان (2009) ان الاطفال التوحيديون تظهر لديهم اعراض كصعوبة الاتصال و ببطء نمو اللغة او توقفه تماما، او يستخدم لغة الإشارة.

فالرضع لا يستطيعون الوغوغة و عندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات و الجمل غير ذات معنى، و بعض الاطفال يكون لديهم عكس الضمائر (انت بلا من انا).

مشاكل اللغة و الكلام كثيرة في اطفال التوحد، و يعتقد الكثير من المختصين ان 50% من المتوحيدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، كما ان الاطفال التوحد لا يستطيعون فهم المزاح و السخرية.

و لكن يتشابه الاطفال التوحد مع الاطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل انهم كثيرا ما يكونون اكثر جاذبية، اطفال التوحد في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي و نوبات الحس و امساك و حركات غير منضبطة (إيهاب. ممدوح سلامة. السيد أبو النيل، 2009) .

من خلال الاعراض السابقة استنتج ان اعراض التوحد تظهر في عدم التفاعل الاجتماعي مع و الاخرين، و القيام بسلوكات نمطية تكرارية، مع تاخر في النمو اللفي و غير اللفظي .

6-تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لتشخيص التوحد في سن مبكر من الضروري المرور بمرحلتين: المرحلة الأول تتعلق بتقييم جميع مراحل نمو الطفل من قبل اخصائي في طب الأطفال. اذا اظهر هذا التقييم أي قلق في نمو الطفل ، فيجب ان يخضع لفحص إضافي. (Fairthorne, Jacoby, Bouke, De Klerk, & Leonard, 2016) و تشمل المرحلة الثانية تقييما اكثر تعمقا، يتم اجراءه متخصصين في المجال الصحي من ذوي الخبرة في مختلف التخصصات. خلال هذه الفترة، قد يتم تصنيف الطفل على انه مصاب باضطراب طيف التوحد او أي اضطراب اخر مرتبط بالنمو.

بشكل عام، من الممكن تقديم تشخيص دقيق لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد في عمر عامين، على الرغم من انه تم اقتراح إجراء تقييمات معينة للكشف عن هذا الاضطراب بعد 18 شهرا من الولادة (Fitzgerald, & Corvin, 2001).

وفقا للتصنيفات التشخيصية للاضطرابات العقلية و النفسية، يجب ان تظهر اعراض التوحد قبل سن الثالثة، لكن التشخيص المبكر صعب لان الاعراض خلال العامين الاولين غير محددة (Fombonne, 2003). كما هو الحال مع معظم تشخيص الاضطرابات النفسية، هناك حاجة الى تشخيص متعدد الوسائط. يتم استخدام مقابلة تشخيص التوحد المنقحة (ADI-R ; Lord, Rutter & Lecouteur, 1994) ، و جدول مراقبة تشخيص التوحد (ADOS : Lord et al , 2000) كأداة قياسية لتشخيص التوحد (Fombonne,E.,2003a). يتم جمع بيانات إضافية عي طريق طريق استفسارات الوالدين و التمريض، و الفحوصات العصبية (على سبيل المثال، يمكن ان يصاحب الصرع

التوحد لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد) و كذلك اختبارات الذكاء، و تطوير الوظائف الحركية، و الكلام و التواصل، و الوظائف الإدراكية. التشخيص متعدد الابعاد مطلوب من ناحية لتحديد الموارد و العجز، و بالتالي التدخل الأكثر نجاحا، من ناحية من اجل التشخيص التفريقي الدقيق (Ghaziuddin, Ghaziuddin, & Greden, 2002)

(Mohamed ali, ziad Al- Adwan, & Al- Naimat, 2019)

7_ التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد :

يعد التشخيص الفارقي عملية يتم فيها تحديد و تمييز بين مجموعة من الاعراض المتداخلة و المشتركة بين عدد من الامراض و الاضطرابات المختلفة، و الهدف منه التوصل الى تفسير طبي اقرب للصواب. عند البدء في التدخلات العلاجية المناسبة قد تتشابه و تتشابه الاعراض و الخصائص المرتبطة باضطراب طيف التوحد باضطرابات اخرى و اعاقات اخرى كإعاقة العقلية و الفصام و الاعاقة السمعية و بعض المتلازمات كمتلازمة اسبرجر و ريت، و بعض الاضطرابات الاخرى، فيتوجب على المشخصين اجراء بعض الاختبارات التفريقية للوصول الى التشخيص الصحيح (البحيري ، 2018) .

و سأعرض فيما يلي بعض الاعاقات التي تتشابه مع بعضها البعض، و يجب التفريق بينها و بين اضطراب طيف التوحد قبل التشخيص لتفادي الأخطاء في التشخيص:

7_1_ التوحد و الإعاقة العقلية:

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه و تختلط بعض اعراضهما. و ذلك يظهر في سلوكيات النمطية و القهرية، صعوبات في الكلام. اما من ناحية الفرق بينهما، فالجدول التالي رقم (01) يوضح الفرق بين اضطراب طيف التوحد و الإعاقة العقلية:

التوحد	الإعاقة العقلية
_ ليس لديهم القدرة على التواصل مع غيرهم، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي و التفاعل معهم.	_ يتميزون بإمكانية التواصل مع الآخرين، و لهذا غالبا ما تكون لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الناس.
_ قد يظهرون أداء متميزا في بعض القدرات لديهم، كالموسيقى، و الحساب.	_ تدني ملحوظ في مستوى قدراتهم في عديد من المجالات.
_ ليس من الضروري ان يكون معاقا عقليا، لأنه يظهر سلوكا لا يظهره المعاق عقليا.	_ لديه من أنواع السلوك التي يظهرها، و يتفق الباحثون على انه من اعراض الإعاقة، اللفظي، الادراكي الحركي.
_ لا يوجد لديهم وعي اجتماعي بما يدور حولهم.	_ لديه قدرة على ادراك الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه.
_ قصور في الجانب اللغوي، و ان وجد لا يحسن استخدامه و توظيفه.	_ لديه قدرة على استخدام اللغة و توظيفها توظيفا صحيحا
_ تكاد تنعدم العيوب الجسمية لديهم.	_ يوجد كثير من العيوب الجسمية.
_ يجتذب الآخرون و يشد انتباههم لهذا السبب السابق.	_ لهذا ليسوا موضع جذب للآخرين.
_ ليس لديهم قدرة على التذكر و استدعاء الاحداث.	_ لديهم قدرة على تذكر الاحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى.
_ ليس لديه القدرة على المحاكاة و التقليد.	_ لديه إمكانية للمحاكاة و التقليد.
_ مندفعون، و يتسمون بعدم الاستقرار و الهدوء و التشتت.	_ اقل اندفاعية، و نشاطا.

(نبيه ، 2009 ، ص81-82)

7_2_ التوحد و الفصام:

هناك تشابه بين اضطراب التوحد و الفصام من حيث الانغلاق على الذات، و الانسحاب و اضطراب في الانفعال، و العجز في بناء العلاقات، و عدم القدرة على استخدام الرموز. و الجدول التالي رقم (02) يبين الفرق بين التوحد و الفصام:

التوحد.	الفصام
_ يظهر بشكل واضح في مرحلة الطفولة المبكرة.	_ نادرا ما يظهر في فترة الطفولة، و غالبا ما يظهر في بداية المراهقة.
_ فحص جيناتهم قد لا يظهر الحالة.	_ فحص الجينات يظهر الحالة بوضوح.
_ وجود علاقة بين التخلف العقلي و التوحد بنسبة 70%: 77% بين الافراد التوحديين.	_ لا يوجد اقتران بين التخلف العقلي و الفصام.
_ لا توجد هلاوس. و ما يبدو من ضحك الطفل التوحدي بسبب مشاكل حسية.	_ يعاني الفصامي من الهلاوس و الأوهام و اضطرابات من التفكير، و الهواجس، و التناقض الوجداني.
_ يوجد قصور شديد في التفاعل الاجتماعي.	_ لديه القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية.
_ نسبة التوحد (4) ذكور مقابل (1) اناث.	_ تساوي نسبة حدوثها عند الذكور مقابل الاناث.
_ يعاني من قصور في النمو اللغوي، مع عدم القدرة على استخدام الرموز. مع ندرة عملية تطوير اللغة لديه.	_ لديه قدرات لغوية عادية يستفيد منها و يستطيع استخدام الرموز، مع إمكانية التطور اللغوي.
_ لا يستجيب للمثيرات البصرية، و خاصة التقاء العيون.	_ يستجيب للمثيرات البصرية، و نادرا ما يتجنب التقاء العيون.
_ حددت البحوث نسبة شيوع التوحد ب (4:2) لكل عشرة آلاف تقريبا.	_ لا يوجد نسبة قاطعة لشيوع الفصام كما هي الحال لدى التوحديين.
_ عادة ما تتراوح نسبة الذكاء لديهم ما بين (70:20)	_ عادة ما تكون نسبة الذكاء عادية، و قد تكون اقل من المتوسط.

(نفس المرجع السابق، 2009 ، ص80)

7_3_ التوحد و متلازمة اسبيرجر :

ان زملة اسبيرجر نوع من الاضطرابات النمائية، التي اكتشفه الطبيب النمساوي " هانر اسبيرجر " سنة 1944 لذلك سميت بمتلازمة اسبيرجر. و عند مقارنة متلازمة اسبيرجر باعاقا اضطراب طيف التوحد، فاننا نستطع اعتبار حالات الاسبيرجر من حيث الشدة اقل بدرجة كبيرة من حالات التوحد. و ذلك بالنسبة للاعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين، مثل: القصور الشددة في التفاعل الاجتماعي، و التواصل اللفظي لدرجة جعلت بعض العاملين في المجال يعتبرون ان اسبيرجر هو حالة من حالات التوحد الخفيفة. (Harpur, Lawlor, Fitzgerald, 2006)

7_4_ التوحد و متلازمة ريت:

ان اضطراب ريت من فصيلة الاضطرابات التي تتشابه مع اضطراب التوحد، و لكن اضطراب ريت يصيب البنات فقط و هو من الاضطرابات النادرة. حيث يظهر المصاب بها نموا طبيعيا بين 6 الى 8 اشهر ، و بعد ذلك يحدث توقف او تدهور في عملية النمو فهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الاشهر الاولى. ويتضح ظهوره في العام الثاني، و من اهم سمياته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة ، و ظهور حركات نمطية تتمثل في: ثني و طرق اليد و تشابكهما ، كما تصاحب هذه المتلازمة اعاقا عقلية شديدة (ايهاب ، 2009).

7-5- التوحد و التخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل اعراض التوحد مع اعراض التخلف العقلي، إلا انه اردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فأنها تكون كما يلي:

1- السلوك النمطي: ان السلوكات النمطية لدى الطفل التوحدي اكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

2- سلوك العدوان و التخريب: منتشر اكثر لدى الطفل التوحدى مقارنة بالطفل ذو اعاقة عقلية شديدة.

3- النشاط الزائد: فالأطفال التوحيديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، و الذي يعود لوجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كhez الراس لدى الطفل التوحدى.

4- و عن المهارات الانتقائية و العناية بالذات فان المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحيدين لتوفر لديهم القدرة الاكبر للتدريب على النظافة و الاعتماد على النفس (العزة، 2000، ص 64).

7-6- التوحد و الاعاقة السمعية:

كثيرا ما يبدو الطفل الذاتوي او التوحدى و كأنه اصم و ذلك لأنه يكون غير مبالي، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) و من مظاهره ان يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة (نفس مرجع السابق، 2009 ، ص127).

و اهم ما يميز الطفل الصمم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدى الذي لا يعاني منها .و عادة الطفل الاصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر، و التواصل يسبب الانعزال و انحطاط في القوى و الاكتئاب ما يقربهم للتوحد. لكن ما ان يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الایمائي الحركي و استفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد.(Lelord, 1991 ,p 23)

7-7- التوحد و الحرمان العاطفي و اكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغير كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، و في جملة الاعراض عزلة الرضيع يبدو كتغيير لأعراض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادى جدا، مسالم،

ساكن، غياب التعبير الاليحائي، اضطرابات المزاج يمكن ان تظهر في حالة الاكتئاب و الحرمان العاطفي الكبير.

اذا كان نظريا قدرات التواصل محتقظة بهما يمكن ان تكون مخفية او معيقة من الانسحاب المعمق، و شدة الجمود الحركي. غير ان اللاحاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض سلوكيات العزلة و الانسحاب عند الطفل الصغير المحروم او المكتئب. في حين ان نفس اللاحاح يشكل دائما ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحيدي. (Marcelli, 2006, p300)

مما سبق يظهر ان اضطراب طيف التوحد يتداخل مع عدة اضطرابات اخرى في الاعراض مثل: الفصام، الاعاقة العقلية، التخلف العقلي، متلازمة ريت، متلازمة اسبيرجر، الاعاقة السمعية، و اكتئاب الرضيع.

8- علاج اضطراب طيف التوحد:

التوحد بينما يمكن علاجه، ليس له علاج. مع ذلك، و لقد ثبت ان للعلاج الذي يبدأ في سن مبكر، فعالية كبيرة من الحد من اعراض التوحد. الهدف من العلاج هو تعليم المهارات و السلوكيات، التي من شأنها ان تسمح للمتوحدين بالعمل ضمن نطاق الاضطراب. بالنسبة للعديد من الاشخاص المصابين بالتوحد، يتم استخدام الفيتامينات و الأدوية، بالإضافة إلى العلاجات المتعددة، لتقليل من اعراض التوحد. و يبدأ التدخل مبكرا ليتمكنوا تحسين المهارات السلوكية و الاجتماعية. و في بعض الحالات الأخرى، يتم وضع الاطفال المصابين بالتوحد في برامج تعليمية عالية التنظيم مع فريق من المتخصصين. و يقومون بتقديم مجموعة متنوعة من الانشطة و العلاجات للأطفال، و الهدف من تنفيذ العلاج الطبيعي هو تحسين المهارات الحركية و التنسيق و التوازن. و يتم استخدام العلاج المهني لإدخال و تحسين المساعدة الذاتية المناسبة للعمر و مهارات التأقلم، من اجل اعطاء الاطفال المصابين

بالتوحد معنى افضل للحياة. و تعمل علاجات التخاطب و التواصل على تحسين المهارات اللغوية، و مفردات لدى الاطفال المصابين بالتوحد. كما يقوم العلاج بالموسيقى بتعزيز التواصل و العلاقات و التعلم و التعبير و التنظيم مما يحفز العديد من مناطق الدماغ. و العلاج الصوتي مثل العلاج بالموسيقى، يمكن ان يحسن قدرة الطفل على التواصل، و الحفاظ على التواصل البصري، و الاستجابة للآخرين. اما العلاج بالرؤية الاطفال يعمل على دمج معالجة الرؤية المحيطية و المركزية، و تحسين القدرة الإدراكية، و زيادة مدى الانتباه. و يساعد العلاج الحيواني على تنمية المهارات الحركية و العاطفية للطفل. اما العلاج الترفيهي يبني المهارات الاجتماعية و الحركية لدى الاطفال المصابين بالتوحد. و تعمل كل هذه العلاجات على تقليل حساسية الطفل للمس او الصوت و تحسين التكامل الحسي. في حين تقوم هذه البرامج على تعليم الاطفال كيفية التعامل مع التوحد، و توفير المهارات اللازمة للتفاعلات الاجتماعية. إلى جانب العلاجات العلاجية، يبدأ العديد من الاطفال المصابين بالتوحد بالقيام بعدة برامج تعديل السلوك المصممة، لتغيير سلوكيات التوحد التي يعتبرها المجتمع غير طبيعية . و هناك العديد من البرامج لتعديل السلوك و منها: LOVAAS و ABA و TEACCH و SONRISE، و يحاول كل برنامج من هذه البرامج انتقان مهارات معينة و تقليل السلوك المشكل من خلال تقنيات التعلم.

و لقد ثبت ان الانظمة الغذائية و الادوية الخاصة تعمل على تحسين اعراض التوحد، و احد هذه الانظمة هو النظام الغذائي الخالي من الغلوتين، يستلزم هذا النظام الغذائي ازالة جميع بروتينات القمح و الغلوتين و بروتينات الحليب من وجبات الاطفال . و اضافة بعض الفيتامينات و المكملات الغذائية إلى النظام الغذائي للطفل المصاب بالتوحد يحسن الأعراض، فتؤدي جرعات من فيتامين B6 و DMG او TMG إلى تحسين بعض الاختلالات الكيميائية الحيوية و تحسين النقص الحسي. على سبيل المثال، اضافة مكملات DMG إلى النظام الغذائي تؤدي إلى تحسن في التواصل اللفظي، و التواصل البصري، و

السلوك الاجتماعي، و مدى الانتباه. من ناحية أخرى ، يبدو ان فيتامين B6 يتحكم في فرط النشاط . في حين ان هذه الانظمة الغذائية تساعد بعض الاشخاص المصابين بالتوحد، إلا ان البعض الآخر لا يستجيب بشكل جيد. و مع ذلك، اذا نجح هذا العلاج، فان الاشخاص المصابين بالتوحد قد تنقص الاعراض لديهم بشكل كبير عندما يقترن النظام الغذائي بالعلاج. و يمكن للأدوية، مثل الفيتامينات و المعادن، ان تحسن اعراض التوحد. اما الاعراض التي يتم علاجها بالأدوية بشكل عام، هي اعراض ثانوية للتوحد مثل النوبات و الاكتئاب (Sapp, Elizabeth,2007).

مما سبق يمكن ان نفصل بين عدة انواع من العلاجات، و الان سأعرض العلاجات بشكل واضح و باختصار:

8-1- العلاج النفسي:

كان استخدام جلسات التحليل النفسي كأحد الاساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من القرن، و الهدف الاساسي لهذه الطريقة العلاجية هو اقامة علاقة قوية بين الطفل و النموذج الذي يمثل الام في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له امه من خبرات مشبعة معه كالحب و الامن و التفاعلات الايجابية حيث يفترض نفس الارتباط العاطفي بينهما .

اذا ان العلاج باستخدام التحليل النفسي يشمل على مرحلتين: الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم، و تقديم الإشباع، و تجنب الإحباط، مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج. و الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تاجيل الاشباع و الارضاء.

و هناك من الباحثين " نيفين زيور " 1998 ترى ان العلاج النفسي للطفل التوحيدي ينبغي ان يبدأ باخراجه من قوقعته الذاتية (اعاقه التوحد)، و ذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة ايقاعية مثل الموسيقى.

كما ان الكفالة المبكرة للأطفال التوحدين لابد ان تكون مبكرة قدر الإمكان، حيث يجب ان تاخذ الطابع الفردي ، و كذلك الطابع الاجتماعي (جماعية) و ذلك في مراكز متخصصة تعد لهذا الغرض بهدف تحسين الجانب اللغوي و الحركي (السيد خليفة، 2010، ص 204).

8-2- العلاج السلوكي:

اقترح بعض الباحثين استخدام اساليب علاجية سلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج اعاقة التوحد سواء تم ذلك في البيت او بواسطة الالباء او في فصول دراسية الخاصة لعدم استطاعة التوحديون الدراسة في فصول عادية لسلوكهم الفوضوي و قصورهم الاجتماعي، و يمكن تقديم برامج تعديل السلوك لأنها:

- تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز عليها حاجات المتوحد.
- تعتمد على اساسيات التعلم و التي يمكن تعلمها بشكل سهل من المختصين.
- و يمكن تعليم اطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي و بوقت قصير، و من السلوكيات التي يمكن تعليمها نذكر:
- مهارة تعلم اللغة و الكلام.
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- اللعب بالاعاب ملائمة.
- المزاجية و القراءة.
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام (مجيد، 2010، ص 131).

8-3- العلاج الطبي: الهدف الاساسي من العلاج الطبي للأطفال التوحد، هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية و النفسية. كما ان العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود اي مشاكل اخرى.

لقد استخدمت ادوية و فيتامينات و غيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط و علاج حالة الدماغ لدى الاطفال التوحدين بشكل مباشر، استعمل الليثيوم (Lithium) في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس - الاكتئاب) و قد اظهر فائدة قليلة لدى الاطفال التوحدين و مع الاضطراب الانفعالي الهوسي الاكتئابي. و عقار الفنفلورامين (Fenfluramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الاطفال التوحدين لهذا العقار، و منها تحسن السلوك الاجتماعي و انتباه افضل و خفض التملل الحركي و هناك بعض العلامات و الاشارات السلبية مثل فقدان الوزن و النعاس و اضطرابات في النوم. كما ان العديد من الاطفال التوحدين لديهم نوبات صرعية و خصوصا اولئك الاشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) و يعطون ادوية مضادة للصرع، ايضا الحبة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد. و لقد اعطت العقارات الدوائية اهمية و انتباها و يحتاج الاباء و المعلمون لان يعرفوا ذلك ، و يجب تدريبهم على علاج التوحد باستخدام ادوية مثل بارالديهايد (Paraldehyde) او الفوليوم (Valium) و يجب مراقبة نوبات الصرع لدى الاطفال التوحدين لضبطها بشكل مناسب.

و لدى العديد من الافراد التوحدين مشكلات في النوم، و يمكن لمادة ميلاتونين (Melatonin) المنتجة من خلال هذه الغدة الصنوبرية في الدماغ ان تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم - الصحيان. و هناك ادلة على ان فيتامين B06 مساعد في علاج التوحد، حيث ان المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى

الاطفال التوحدين عادة. كما انه مساعد في بناء العظام و حماية الخلايا العصبية و العضلات، تقوى دور الانزيمات في الجسم (فرج الزريقان، 2004، ص 299).

بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب المختص و الالتزام الدقيق بتعليماته. من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة، و حجم الجرعة و توقيتها و المدة التي يستمر في تعاطيه . علما انه لحد الان لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، لكن هناك ما يخفف من حدة الاعراض و يساند و يسهل عملية التعليم او يحد من النشاط الزائد او السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب (الخطاب ، 2009، ص 93).

8-4- العلاج الغذائي:

لقد اعطت المشكلات الغذائية اهمية لاحتمالية ان يكون سببا في التوحد، فالأطفال التوحدين غالبا ما تكون لديهم متغيرات قوية في الطعام، او حب و تفضيل لبعض الاطعمة، و ربما يطورون اضطرابا في عملية الهضم، و هناك مؤشرات على ان الحامض الاميني تريتوفان (Tryptophan) في الغذاء لديه تاثيرات على كل من التمثيل الغذائي المهمة لسيروتين الناقلات العصبية و على السلوك. لقد اشارت ادلة إلى ان الاطفال التوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي. ل كاسيين (Casein) بروتين حليب البقرة، و جلوتين هذا يمكن ان يكون سببا للتوحد. و اعتمادا على ذلك فان الدراسات تشير إلى اهمية التزويد بفيتامين (B6) في الغذاء، و هذا يمكن ان يساعد في بعض الحالات (نفس المرجع السابق، 2004، ص 299).

8-5- العلاج البيئي: يتضمن العلاج البيئي في علاج اعاقه التوحد تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع، و التدريب على اقامة العلاقات الشخصية المتبادلة (سيد عبد الرحمان، 2000، ص 91).

و العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على اساس تعديل او تناول حياة المريض او بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى مفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتباره مجتمعا علاجيا. و هذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض او الذي يتعامل فيه على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء، و يعتبر المصطلح مكافئا لمصطلح علاج الوسط او العلاج المحيطي و بالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج الذواتية (نفس المرجع السابق، 2009، ص 91).

8-6- العلاج بالدمج الصحي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المتوحدين، و قد طورتها "جين آيرز" 1979، و التي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية و الاداء السلوكي الحركي، و التدخل و استراتيجيات التدخل، و يكون الهدف من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية و تعلم على النحو الجيد.

و تشمل الادوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي:

- ارجوحات، زلاجات، فراشي و وسائد، انفاق مصنوعة في مواد بلاستيكية.

- مواد لنشاطات حركية دقيقة.

- دمي حسية ككرات من القماش، انابيب قابلة للطي و للمط.

- احواض مليئة بكرات اسفنجية.

فأساليب المعالج بالضغط الشديد و جعل الطفل يلعب بها كالقفز و الارجحة و دحرجة الكرات و غيرها (الشامي، 2004، ص 298).

8-7- علاج اذاء الذات: افضل وسيلة لعلاج حالة اذاء الذات هو معرفة سبب قلق الطفل و اضطرابه و انشغال اغلب يومه باللعب، و يتطلب الامر الكثير من الملاحظة و

الصبر، و قد يكون السبب بسيط يمكن حله، و من المهم عدم اعطاء الطفل اي اهتمام او مديح وقت النوبة، و لكن اظهارها بعد انتهاء النوبة (العبادي، 2006، ص 144).

8-8- العلاج باللعب:

يساهم اللعب في بناء الجانب الجسمي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز و بعض الحركات، و ايضا اخراج انفعالاته النفسية كالخوف، القلق، التوتر من خلال الالعاب المتنوعة، فيصبح الطفل هادئا و مستعدا لتلقي اي مداخلات تنمي مهاراته اللغوية. و يتعلم ايضا من خلال اللعب مع الاخرين و مشاركتهم في اداء الادوار و الالتزام بقواعد اللعب و قوانينها، اقامة علاقة بينه و بين المعالج. و من خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب و الأشخاص المحيطين به (رياض، 2008، ص 97)

8-9- العلاج بالموسيقى:

فيه يتم استخدام الموسيقى كعلاج اضافي للعلاج الطبي النفسي و التأهيل، و برنامج العلاج الموسيقي يتم فيه تحت توجيه المعالج المتخصص و متدرب على هذا النوع و يوفر تنوعا من خبرات الاستماع و المشاركة تلئم حاجات المرضى، و تمثل في هذه الخبرات فرصة التواصل غير اللفظي، و الخبرة المشتركة و التعبير الانفعالي و الاسترخاء و الاستماع الذي يخلو من التهديد. و قد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الاطفال المصابين بالتوحد في العقد الاخير، و في العلاج بالموسيقى اعدت خصيصا لهذا الغرض، يستمع اليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية، و قد ساهمت هذه الطريقة في علاج الاطفال مصابين بالتوحد و ساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكييفية (سيد موسى، ص 149).

بعد عرض مختلف العلاجات التي قد تساعد الطفل التوحيدي يمكن ان اقول التوحد اضطراب ذو اعراض تختلف من طفل إلى اخر كما تختلف في الشدة و المدة، فانه ليس هناك علاج او طريقة علاجية واحدة يمكن تطبيقها على جميع الاطفال التوحيدين، كما انه يمكن استخدام طرق علاجية مختلفة لعلاج الطفل التوحد.

9-اهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد:

تعتبر البرامج التربوية من اهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحيدي و هناك العديد من البرامج المختلفة الموجهة للأطفال التوحيدين ، و سوف اعرض فيما يلي بعض البرامج التربوية التي اثبتت فاعليتها:

(1) برامج تيتش TEACH :

هو برنامج اسسه العالم اريك شوبلر عام 1972 يشمل طرقا تعليمية شاملة مصممة بشكل فردي لتتناسب احتياجات كل فرد، و يساهم هذا البرنامج في تنظيم بيئة الطفل في البيت او المدرسة. و يجمع بين الاستراتيجيات المعرفية، و السلوكية المرتبطة باضطراب طيف التوحد. (الياصجين، 2017) فيعمل هذا البرنامج على تدريب الوالدين للتعامل مع الطفل من اجل تطوير مهاراته على المستوى الاجتماعي، و بالتالي حثه على المشاركة الاجتماعية، حيث يركز هذا البرنامج على فهم بيئة الطفل (غوردن، 2016). و من بين المجالات التي يركز عليها هذا البرنامج نذكر:

- الاقلال من المشاكل السلوكية.

-التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.

- تنمية السلوك الاتصالي و الاجتماعي.

- تنمية مهارات الحركات الدقيقة التنظيمية.

- تنمية الاتصال اللغوي و التعبيري و الاستقبالي.

- تنمية مهارة الرعاية الذاتية.

و لذلك فان برنامج تيتش قائم على ايجاد الحلول للنهوض بالطفل المتوحد الى اعلى مستوى لقدراته و إمكانياته، حيث يركز على خمس ركائز هي:

1. تكوين روتين محدد.

2. تنظيم المساحات المتواجد فيها الطفل.

3. الجداول اليومية المحددة للأنشطة الممارسة.

4. تنظيم العمل بدايته و نهايته.

5. التعليمات البصرية بالصور التوضيحية و الرموز (الزراع، 2010 ،ص 34).

(2) برنامج نظام تبادل الصور PECS:

نظام التواصل بتبادل الصور Picture Exchange Communication System

هو برنامج واسع الانتشار حظى بشهرة واسعة في ميدان التربية الخاصة ، و هو نظام تم تطويره على يد " لوري فورست و بوندي " Lori Forst & Andy Bondy في عام 1994 لمساعدة الافراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل. و يعد استراتيجية مصممة للافراد الذين لديهم عجز في اللغة التعبيرية، و في هذا البرنامج يتم تعليم و تدريب الطفل على تبادل الصور للتعبير عن حاجته لاحد مدرسيه ليقوم بتنفيذها ليصل للتلقائية، و المبادرة في التواصل (البحيري ، 2018) و يتكون هذا البرنامج من ست مراحل هي:

المرحلة الاولى : بناء التواصل : يتم من خلال هذه المرحلة تدريب الطفل على المبادرة من خلال تبادل صور بمعزز عال.

المرحلة الثانية : التنقل : تشمل هذه المرحلة تعليم الطفل على الاستمرارية في التواصل، من خلال البحث عن الصور و الذهاب بها إلى الشخص شريك التواصل (المساعد) لطلب المعزز.

المرحلة الثالثة : تمييز الصورة : يقوم المدرب بتعليم الطفل تمييز الصور ، و اختيار الصورة التي تمثل المعزز الذي يريده.

المرحلة الرابعة: بناء جملة : يقوم المدرب بتدريب الطفل على تكوين جمل لإجراء الطلب (طلب شيء ما) من خلال نموذج للجملة " اريد ... " .

المرحلة الخامسة: الاستجابة للطلب : حيث يتم تعليم الطفل التدريب على الاجابة عن سؤال " ماذا تريد...؟".

المرحلة السادسة : التعليق و التلقائية: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الاشياء الموجودة في محيطه او بيئته اما وحده او بطريقة عفوية.

(عياش، 2014)

3) برنامج التحليل السلوكي التطبيقي لوفاس:

قدمت البحوث العلمية في العقود الاخيرة ادلة على ان هذا البرنامج، من اكثر الاساليب فعالية في تغيير و تحسين السلوك الانساني. و يعتبر العالم " اولفار لوفاس " مؤسساً لهذا البرنامج (الخطيب، 2017) . و هو برنامج مطول للتدريب على المهارات المكثفة المختلفة مبني بشكل منظم و منطقي، و معتمد بشكل كبير على التحليل السلوكي لعادات الطفل و استجاباته للمثيرات، يبدأ البرنامج بتحديد المثيرات السابقة و المثيرات اللاحقة بعد التعرف على استجابة الطفل، ثم تحدد سلوكيات الطفل القوية و الضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات و تقديم التعزيز الفوري و هو ما يعرف بنموذج A.B.C و هو كما يلي:

A يصف الاحداث السابقة.

B السلوك.

Cالنواتج.

فكل محاولة تدريبية تتألف من مثير تميزي لفظي لاستجابة الطفل، و من المعزز و قد يكون ايجابيا مثل الطعام او العاب.

■ مهارات الحضور و الانتباه:

1. ان يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
2. ان يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.
3. ان ينظر و يتصل ببصره عند سماع امر انضر الي.
4. ان يستجيب للأمر ارفع يديك.

■ مهارات التقليد:

1. ان يقلد حركات الجسم الكبرى.
2. ان يقلد الحركات الدقيقة.
3. ان يقلد حركات الفم و الشفاه.

■ مهارات اللغة التعبيرية:

1. ان يشير بإصبعه إلى ما يريد.
2. ان يقلد الاصوات و الكلمات.
3. يعبر حركيا بنعم او لا (باستعمال اليد او الراس)
4. تسمية الاشخاص المؤلفين.

(نفس المرجع السابق، 2010)

(4) طريقة فاست فورورد fast forword :

و هي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب، و يقوم بتحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالاضطراب طيف التوحد. و تم تصميمه بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة " Paula tallal " على مدى ثلاثين سنة تقريبا و بينت ان الاطفال الذين استخدموا البرنامج، قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. و تقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على اذني الطفل ، بينما هو يجلس امام شاشة الحاسوب و يستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب. و هذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة و الاستماع و الانتباه، و بالتالي يفترض ان الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية (متولي، 2015).

(5) استراتيجية التواصل الميسر facilitated communication:

استراتيجية طورها العالم الاسترالي " روزماري كروسلي " Rosemary Crossley التي انتشرت في الولايات المتحدة عام 1998، و هي استراتيجية محددة في تعليم حالات اضطراب طيف التوحد الشديد. و تعتمد طريقة التواصل الميسر، على وجود شخص مساعد يساعد الطفل التوحد. و ذلك عن طريق وضع اليد على اليد و يقوم طفل التوحد بالطباعة على الالة الكاتبة، او الجهاز الخاص بالتواصل الصوتي بمساعدة الشخص الاخر.

و هذه الطريقة هي احدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص الغير القادرين على التعبير اللغوي ، او لديهم تعبير لغوي محدود. و لذلك فهو يحتاج الى ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج)، بدعم يد الطفل التوحد او ذراعه بينما الطفل يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات. و هذه المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة ، يمكن ان يؤدي في النهاية الى القدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الشخص الاخر) (نفس المرجع السابق، 2015).

خلاصة الفصل :

نستنتج من خلال عرض هذا الفصل حول اضطراب طيف التوحد، انه من الاضطرابات الموجودة منذ القرون الماضية لكن بعدة تسميات كلها تصف فئة التوحد. و قد اختلفت التعريفات حسب المختصين و التصنيفات، كما يرجع هذا الاضطراب إلى عدة عوامل نفسية و وراثية و بيولوجية و كيميائية و جينية و عوامل فيروسية و ما قبل الولادة. و يظهر في عدة اعراض اهمها تتمثل في : ضعف شديد في التواصل مع الآخرين، و المحافظة على الروتين، و السلوكات المقيدة ، و التواصل اللفظي و الغير اللفظي . و يمر تشخيصه بعدة مراحل، كما ان التشخيص الفارقي بين اعراض المتشابهة و الفرق بين التوحد و عدة اضطرابات اخرى مثل: الاعاقة العقلية، و الفصام، و متلازمة اسبيرجر، و متلازمة ريت، و الصمم ، و الحرمان العاطفي مع اكتئاب الرضيع. و لعلاج التوحد هناك عدة علاجات و يمكن استخدام عدة علاجات للحالة الواحدة و منها: العلاج النفسي، و السلوكي، و الطبي، و الغذائي، و البيئي ، و العلاج بالدمج الصحي، و العلاج بإيذاء الذات، و هناك العلاج باللعب و الموسيقى. كما انه هناك برامج تربوية موجهة لأطفال التوحد منها: برامج تيتش TEACH ، و برنامج نظام تبادل الصور PECS، و برنامج لوفاس، طريقة فاست فورورد، و استراتيجية التواصل الميسر

الفصل الثاني

المعاش النفسي

- تمهيد:

1- تعريف المعاش النفسي.

2- أنواع المعاش النفسي.

3- التعريف ببعض عناصر المعاش النفسي.

3-1- القلق.

3-2- الاكتئاب.

3-3- الوحدة النفسية.

3-4- الإحباط.

3-5- تقدير الذات.

3-6- التوافق النفسي.

4- عواقب اضطراب طيف التوحد على الوالدين

- خلاصة الفصل .

تمهيد:

يعتبر المعاش النفسي من اهم المصطلحات الواسعة و الحديثة في مجال علم النفس التي تصف الإحساس الباطني، فالمعاش النفسي يرتبط بالحالات النفسية التي تنتاب الفرد في وقت معين. سواء كانت هذه الحالات عبارة عن حزن و فرح و امل و يأس و خوف و انفعال و توافق و عدم التوافق، كلها حالات تشكل المعاش النفسي. و في هذا الفصل سأطرق الى تعريف المعاش النفسي و انواعه ، كما سأعرض بعض الحالات النفسية للمعاش النفسي.

1- تعريف المعاش النفسي:

يعرف المعاش النفسي على انه الكيفية التي يعيش بها الفرد مع ذاته، و ما يترتب عنها من صعوبات في التكيف، و جملة من المشاعر و الاحاسيس المؤلمة، و الشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، و هناك من يتصدى لها و يتغلب عليها و هناك من لا يستطيع تجاوزها (عاطف الزين، 1991، ص 213).

كما عرفه Hanal pasini (1996) بأنه الحياة الداخلية و الاحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة او موقف ما، و هذا الاحساس يختلف باختلاف المواقف و الصعوبات التي يعيشها الفرد في حياته، سواء كانت دائمة او مؤقتة (مزيان ، 2012 ، ص 25).

من خلال التعريفين السابقين يمكن ان اقول ان، المعاش النفسي هو ما يشعر به الفرد اتجاه موقف ما .

2- انواع المعاش النفسي:

و ينقسم إلى نوعين:

■ المعاش النفسي الايجابي:

يتضمن للمعاش النفسي الإيجابي، المشاعر و الاحاسيس الايجابية المنبثقة من التصورات الايجابية تجاه الذات و تجاه الآخرين. و كذا النظرة المتفائلة من الوالدين للحياة ، رغم تشخيص اضطراب التوحد لدى طفلهم. و التي تترجم في سلوك الوالدين من خلال سهولة التعايش و الاندماج مع مرض طفلهم، و التكيف معه و الشعور بالثقة و الاستقلالية و الرضا و السعادة و التقبل و تحقيق الذات و عدم الاحساس بالتهديد المستمر.

■ المعاش النفسي السلبي:

يتضمن المشاعر و الاحاسيس السلبية المنبثقة من التصورات السلبية تجاه الذات و اتجاه الآخرين، و كذا النظرة المتشائمة للحياة عند الوالدين

بسبب تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم. و التي تترجم في سلوك الوالدين من خلال صعوبة التعايش مع هذا المرض و عدم التكيف و الاندماج معه، و الشعور بالحرمان او العجز او فقدان و التبعية الاسرية و الطبية، مما قد ينتج عنه حالات نفسية غير سارة كالإكتئاب و القلق و الشك و الصراع و الخداع. (عباس، 2001، ص 176)

و تتمثل اهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر و الاحاسيس و التصورات المرتبطة بها و التي تظهر في العديد من الأشكال: كالقلق و الاحباط و الاكتئاب و الاسى و عدم الرضا.

مما سبق يظهر ان للمعاش النفسي نوعين هما: المعاش النفسي الايجابي و المعاش النفسي السلبي، و في العنوان التالي سأعرض بعض من الحالات النفسية.

3- التعريف ببعض عناصر المعاش النفسي:

3-1-القلق:

1. تعريف القلق

يشير مصطلح القلق في لسان العرب الى حالة من الانزعاج و الحركة المضطربة، يقال: بات قلقا، و اقلقه غيره، و اقلق الشيء من مكانه، و قلقة: حركه. و القلق: ان لا يستقيل في مكان واحد. (ابن منظور، 1992، ص 323)

القلق عبارة عن حالة نفسية يتداخل فيها الخوف، و مشاعر الرهبة، و الحذر، و الرعب، و التحفز موجهة نحو المستقبل او الظروف المحيطة (الكريتي، و حباشنة، 2008، ص 11).

و يعرفه الدليل الطبي النفسي لتشخيص الاضطرابات النفسية و العقلية على انه: حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب و الهلع يصاحبها اعراض عضوية، تشير إلى النشاط العصبي اللاإرادي (بن فطيمة، 2014، ص40).

كما يعتبر القلق على انه حالة وجدانية تتميز بالتوتر و الخوف و التوجس، تجعل الفرد خائفا و متوجسا من الخطر و الكوارث. و في حالة التوجس يكون التوقع حقيقيا او متخيلا، داخليا او خارجيا. و قد يكون القلق من موقف يمكن تحديده، او يمكن ان يكون من موقف غامض و مجهول المصدر (عبد الستار، 2015، ص 415).

ويمكن القول ايضا ان القلق نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد و يكونه خلال المواقف التي يصادفها فهو يختلف عن بقية الانفعالات السارة، كالشعور بالاحباط او الغضب او الغيرة، لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد، و اخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح (عامرة، 2017، ص-61).

من خلال التعاريف السابقة يظهر ان القلق حالة انفعالية، تتميز بالتوتر و الخوف حيال موقف ما ، و يشعر الفرد بالغضب و الاحباط و الرعب.

2. انواع القلق:

■ القلق الموضوعي او العادي:

و هو النوع الذي يدرك الانسان ان مصدره الخارجي، هو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي، او لأذى يتوقعه الشخص مستقبلا، و يسميه العلماء عدة أسماء مثل القلق الواقعي، او القلق الصحيح، و القلق السوي، و هذا النوع من القلق اقرب الى الخوف ذلك لان مصدره يكون واضح المعالم في ذهن الانسان (الاقصري، 2002، ص 21).

■ القلق العصابي المرضي: و هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدره حيث انه يشعر بحالة من الخوف الغامض، و يعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل و

مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي او رمزي قد يحدث، و يصاحبها خوف غامض او اعراض نفسية و جسمية. و رغم ان القلق يكون من اعراض بعض الاضطرابات النفسية، الا انه في حالة القلق قد تغلب فتصبح في نفسها اضطرابات (العناني، 2000، ص113).

■ القلق الثانوي:

هو عرض من امراض او الاضطرابات النفسية الاخرى، او الاضطرابات الجسدية الفيسيولوجية .

■ القلق الخلقي:

ناتج عن حكم الانا الاعلى بوجود ذنب، او اثم اقترفه الشخص (المليجي، 2000، ص79).

مما سبق يهر ان للقلق عدة انواع و هي : القلق العادي ، و القلق العصابي المرضي، و القلق الثانوي، و القلق الخلقي.

3. اعراض القلق:

سأعرض فيما يلي بعض اعراض القلق:

■ الاعراض الجسمية:

تتمثل في :

- سرعة ضربات القلب.
- الشعور بالتعب.
- فقدان القدرة على الاقبال على الطعام و ضعف الشهية.
- الشعور بالغثيان و القيء.
- كثرة التبول الشعور بالإمساك او كثرة الاسهال.
- الشعور بطنين الاذن و اضطراب في السمع.

- توتر الدورة الشهرية عند النساء و الشعور بالضعف الجنسي عند الرجال و البرود الجنسي عند النساء (صبحي، 2003، 207).

■ الاعراض النفسية:

تتمثل في:

- نوبات من الهلع التلقائي.
- الاكتئاب و ضعف الاعصاب.
- عدم القدرة على الادراك و التمييز.
- زيادة الميل الى العدوان (السيد عثمان، 2008، ص 30).

■ الاعراض النفسجسمية:

تتمثل في الامراض السيكوسوماتية اي تلك الامراض العضوية التي يسببها القلق، او يلعب دورا هاما في نشأتها او في زيادة اعراضها مثل: الذبحة الصدرية، و الربو الشعبي، و جلطة الشرايين التاجية، و روماتيزم المفاصل و البول السكري و قرحة المعدة، و القولون العصبي، الصداع النصفي و فقدان الشهية العصبي (صبره، 2004، ص 105).

مما سبق يتبين ان للقلق ثلاثة أنواع تتمثل في : اعراض جسمية، الاعراض النفسية، و الاعراض النفسجسمية.

4. أسباب القلق:

تتعدد الاسباب التي تؤدي إلى القلق فيما يلي اهمها بصفة عامة:

■ اسباب وراثية:

اثبتت الدراسات ان القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترض ان هناك اضطرابا بيولوجيا او كيميائيا يسبب المرض. و قد اجريت دراسات احصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين اقارب المصابين و بين الناس، و وجد ان احتمال الاصابة عند ذوي القرابة بالإنسان

المريض باضطراب القلق اكبر من الناس الذين لا تربطهم صلة قرابة مع المرضى (قمش، 2007، ص 266) .

■ اسباب جسمية:

يقصد بها تعرض الفرد لبعض الامراض المزمنة و الحادة كالسرطان و الداء السكري الربو، و قد يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي و الخلل في الوظائف العصبية و العوامل الكيميائية داخل الجسم (المرزوقي، 2008، ص 51).

■ اسباب نفسية:

اثبتت الدراسات النفسية و الاكلينيكية ان هناك اسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق ، فقد ينتج عن صراع النفسي، او يكون نتيجة التهديدات و الخوف (العناني، 2000 ، ص 12).

■ اسباب الاجتماعية:

تعتبر العوامل الاجتماعية وفقا لغالبية نظريات علم النفس من المثيرات الاساسية للقلق، و تشمل هذه العوامل مختلف الضغوطات كالأزمات الحياتية، و الضغوط الحضارية و الثقافية و البيئية المشبعة بعوامل الخوف و الحرمان و الوحدة و عدم الامن او اضطرابات الجو الاسري و تفكك الاسرة (فرج، 2009).

استنتج ان اسباب اللقلق متعددة منها: اسباب وراثية، و اسباب نفسية، و اسباب جسمية، و اسباب اجتماعية.

5. علاج القلق:

■ العلاج النفسي: يهدف لتطوير شخصية المريض حتى يصبح اكثر تكيف، و هو من اهم انواع العلاجات في هذا المرض و يشمل الايحاء و الحث و التوضيح، و قد نلجأ إلى العلاج السلوكي لتغيير عادات المريض و طبيعة استجابته للمثيرات.

■ العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على مسلمة: بان القلق يحدث نتيجة في اشتراط خبرة ماضية حدثت للمريض تثير لديه القلق، فمثلا كشخص تعرض لعظة كلب في طفولته ليلا في الظلام لذلك ارتبط لديه القلق. لذلك فان جهد المعالج السلوكي ينصب على فك هذا الاشتراط حيث يتم استخدام وسائل العلاج السلوكي، كالتحصين التدريجي او الغمر و غيرها و ذلك بتدريب مريض القلق العصابي على استجابات الاسترخاء العضلي في حضور مثيرات القلق حضورا واقعيا (جبل، 2000، ص-138).

■ العلاج العضوي:

يتم بالعقاقير المهدئة، و كذلك علاج الامراض المصاحبة كفقد الشهية و غيرها، و لا يكون هذا العلاج اساسيا او وحيدا و تستعمل هنا المهدئات الخفيفة عادة. و يلعب المرشد او الاختصاصي النفسي دورا كبيرا في تخفيف القلق، من خلال تخفيف حدة اثار القلق السلبية او التأقلم و التكيف مع حالته. او مساعدته في الخروج من الحالة بسلام، و ايجاد اساليب و سلوكيات تتخلص من ضغط تلك الحاجة غير مشبعة و الاساليب المؤدية للقلق (الصيخان، 2010).

و من الادوية التي تستخدم لعلاج القلق هي البنزوديان و منها الديازيام، و هو ما يتداول في الصيدليات تحت اسم الفاليوم المعروف لدى عامة الناس ، و منها أيضا ادوية الليبريوم و اتيفان و زاناكسي (الشريبي، 2007، ص 271).

■ العلاج الاجتماعي:

يعتمد عل ابعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن مثيرات لآلامه و انفعالاته، و كثيرا ما ينصح بتغيير الوسط الاجتماعي و العائلي. كما يمكن مساعدة المجتمع للمريض على التغلب على المرض، و إعادة تكييفه من جديد في حياته، من خلال توفير جو مناسب

في المنزل يسوده الحب و التفاهم، فهذا يشعره بالارتياح و يحسسه بالأمان و يخفف من شدة الالام التي يعانيتها. (راغب، 2003، ص 64).

استنتج انه هناك عدة طرق لعلاج القلق و منها: العلاج النفسي و العلاج السلوكي، و العلاج العضوي، كما يوجد العلاج الاجتماعي.

3-2- الاكتئاب:

1. تعريف الاكتئاب:

في اللغة العربية هو مصطلح مشتق من الفعل الثلاثي كئب كأبا و كابة، و يعني غم و سوء حال و انكسار من حزن، فهو كئيب (المنجد في اللغة و الاعلام، 1986، ص 668).

و تشير كلمة الاكتئاب الى شدة الحزن و الهم، و نقول فلان حزين اي كئيب و الكآبة تعني تغير النفس و انكسارها (السيد فهمي ، 2009، ص 85).

يمكن القول ان الاكتئاب هو حالة من الحزن العميق، يحس فيها الفرد بعدم الرضا، و فقدان القدرة على النشاط و صعوبة في التركيز مع اضطراب في النوم و فقدان الشهية (مجدي، 2000، ص 185).

و عرفت المنظمة العالمية للصحة سنة 2019 الاكتئاب ،على انه مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن و فقدان الاهتمام في الانشطة التي يتمتع فيها الشخص فيها عادة. و هو يقترن بالعجز في اداء الانشطة اليومية لمدة اسبوعين على الاقل، بالاضافة الى ذلك يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الاعراض التالية في العادة: فقدان الطاقة، تغير الشهية، النوم لفترات اطول او أقصر، القلق، انخفاض معدل التركيز، التردد، الشعور بعدم

احترام الذات او بالذنب او باليأس و التفكير في اذاء النفس او الانتحار (عبوين، 2020، ص 157).

من التعاريف السابقة استنتج ان الاكتئاب عبارة حالة نفسية، يشعر فيها الفرد بالحزن ، و القلق، و الذنب، و التفكير بإيذاء النفس و احيانا تصل الى الانتحار.

2. انواع الاكتئاب:

هناك انواع متعددة من الاكتئاب، و يمكن تقسيمها كما يلي:

■ انواع الاكتئاب من حيث الشدة:

- الاكتئاب البسيط: يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة، و يبدو على شكل شعور بالإجهاد، و هبوط في العزيمة، و الشعور بعدم لذة الحياة . و قد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربته و قد لا ينجحون، و يعد البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعا من الشعور بالإجهاد و الملل (بركات، 2000، ص34).

- الاكتئاب الحاد: فهذه الحالة هي عبارة عن تكثيف او تضخيم لحالة الاكتئاب البسيط ، و تمتاز هذه الحالات بان يعكس المريض شعورا قويا بالكراهية و العدوان ضد نفسه، فالمريض يتهم نفسه بارتكاب افعال الجرائم، كما يتهم نفسه بأنه وجه نحس.

و بعض هذه الأفكار تزداد حتى تصبح هذيانا، و لكنها تذهب و تعود تبعا لظروف المريض المزاجية. اما اذا كان الهذيان كامل التكوين و مستقلا عن الحالة المزاجية، فان حالة المريض يطلق عليها جنون اضطهاد الاكتئاب. و في بعض الحالات الشديدة يعاني المريض من الهلوس، و لكن هذه الهلوس لا تصل الى درجة الوضوح الذي تمتاز به الهلوس في حالة الفصام (العبيدي، 2004، ص 247).

■ الاكتئاب من حيث اعراضه:

- الاكتئاب الاستجابي: يكون الاكتئاب مرتبط ببعض الاحداث الماساوية ككوارث و موت الاعزاء او الانفصال او الكوارث المادية، فهو يرتبط بوجود مواقف او احداث خارجية، و في هذه الحالة تكون الاستجابة مرتبطة بالموقف و عادة ما تنتهي بفترة قصيرة و يكون بإمكان صاحبها مزاوله حياته العادية .

- الاكتئاب العصابي: اذا استمر الاكتئاب بعد فترة الحداد الطويلة يصبح اكتئاب عصابي، حيث يكون المزاج مضطرب و يمتزج بخليط من المشاعر العصابية بما فيها القلق و التوجس و الخوف من المستقبل و مشاعر التهديد و الاحباط.

- اضطراب ثنائي القطب: في هذا النوع يأتي الاكتئاب في شكل دورات، تسبقها دورات من الاهتياج و الهوس و النشاط الزائد. و هذا النوع من اخطر ما يمكن ان يتعرض له الفرد فلا يصيب مشاعره و عواطفه فقط ، بل يصيب قدراته مثل: القدرة على التفكير السليم، و علاقاته الاجتماعية و تشويه ادراكه لنفسه و للعالم المحيط به، يصل به الامر إلى اهمال حاجاته الانسانية و الحيوية، و ارتكاب افعال ضارة كالانتحار (عبد الستار، 1998).

- اكتئاب المزاج بسبب حالة طبية عامة: ينتج من خلال معاناة الفرد بمرض جسماني خطي او مزمن مثل: مرض القلب الوعائي و السرطان و مرض باركينسون، فعندما يكون المرض خطيرا او مزمن هناك خطر بإمكانية الاصابة بالاكتئاب (بريس، 2010).

مما سبق يتضح انه هناك انواع متعددة لاضطراب الاكتئاب، فمن حيث الشدة هناك اكتئاب بسيط، و اكتئاب حاد. و توجد عدة انواع للاكتئاب من حيث اعراضه و هي :
اكتئاب استجابي، اكتئاب عصابي، و اضطراب ثنائي القطب، و اكتئاب المزاج بسبب حالة طبية عامة.

3. اعراض الاكتئاب:

■ الاعراض النفسية:

تتمثل فيما يلي:

- عسر المزاج.
- المشاعر السلبية تجاه الذات.
- فقدان الرضا.
- نوبات البكاء و فقدان الاستجابة المرحية (المرعي، 2012، ص 56).
- الاعراض الجسمية:

ومنها:

- فقدان الشهية.
- اضطراب النوم.
- فقدان الرغبة الجنسية.
- التعب الشديد.
- الهلوس (نفس المرجع السابق، 2012، ص-57).
- الاعراض المعرفية(في الجانب المعرفي):

تتمثل في:

- تشتت الانتباه.
- صعوبة التركيز.
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.

- فقر في القدرة على التجريد.
- فقدان الاستبصار.
- ضآلة في الحكم على الامور.
- وجود قدر كبير من الافكار الانتحارية.
- اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر الياس، و مشاعر دونية و الشعور بالذنب (محمد حسن غانم، 2006 ، ص 109).

استنتج ان اعراض الاكتئاب متعددة و تتمثل في الاعراض النفسية، و الاعراض الجسمية، و الاعراض المعرفية.

4. اسباب الاكتئاب:

■ النواقل العصبية:

كشفت الدراسات عن وجود علاقة بين بعض المواد مثل: Norepinephrine و مادة Serotonin و مواد اخرى. و بين الحالة المزاجية، و تبين ان بعض هذه المواد تنقص كميتها بصورة ملحوظة في حالات الاكتئاب. كما لوحظ ان بعض الادوية المضادة للاكتئاب التي تقوم بتعويض هذا النقص، تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية، و اختفاء اعراض الاكتئاب (الشربيني، 2001).

■ اسباب عضوية الكيمائية:

اهمها التغيرات في بعض كيميائيات المخ و من أهمها : مادة السيروتونين و مادة النورادرينالين و من المعتقد ان لهما دورا في حدوث الاكتئاب عند نقصهما.

■ الوراثة:

تؤدي الوراثة دورا مهما في نشأة الاضطرابات الوجدانية، و من خلال دراسة التوائم، اتضح ان نسبة الإصابة في التوائم المتماثلة تصل الى 78% ، بينما تصل النسبة في التوائم غير المتماثل الى 20% . و يعتقد ان هذا الاضطراب ينتقل عن طريق كروموسوم (X)، اي انه مرتبط بالجنس او النوع (فايد، 2004).

كما أظهرت الدراسات ان نسبة توقع إصابة الاقرباء من الدرجة الأولى بالاكتئاب تتراوح ما بين (10-15 %)، و هذا يدل على ان أقرباء المصابين بالاكتئاب عرضة للإصابة بالمرض اكثر من غيرهم (الاعظمي، 2013).

■ عوامل البيئة الاجتماعية:

- سوء التوافق الاجتماعي و العزلة و التفكك الاسري و ازدياد المسؤولية الاجتماعية.
- الحرمان العاطفي و التفرقة في المعاملة بين الأبناء و التربية الخاطئة و الإهمال و التسلط و اضطراب العلاقة بين الوالدين.
- التعرض للظروف المحزنة و الخبرات المؤلمة و الكوارث و النكبات مثل (موت عزيز، الطلاق، الفراق، فقدان عمل، فقدان المكانة الاجتماعية، إهانة الكرامة، الإصابة بمرض جسدي حاد، الاعتداء على الشرف)
- نقص المهارة الاجتماعية مما يؤدي الى نقص المساعدة من قبل الآخرين و هو ما يؤدي الى الاكتئاب لدى الشخص الذي تعزوه المهارة الاجتماعية.

(نفس المرجع السابق، 2013، ص 62)

■ الجنس:

ان الجنس من العوامل التي تتدخل ايضا في موضوع الاكتئاب، فالخصوصية الفسيولوجية للمرأة، و كذلك طبيعة الادوار التي تؤديها لعبت دورا بان جعلت الانثى اكثر عرضة للاكتئاب، و كذلك طبيعة التكوين الهرموني للأنثى خلال المراحل الحياتية المختلفة من مراهقة و بلوغ و طمث (رضوان، 2002).

يتضح مما سبق ان اسباب التوحد متعددة منها: النواقل العصبية، و اسباب عضوية كيميائية، و الوراثة، و عوامل البيئية الاجتماعية، كما يتدخل الجنس في اسباب الاكتئاب.

5. علاج الاكتئاب:

لعلاج الاكتئاب هناك عدة طرق و منها:

■ العلاج النفسي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى فهم و تعديل الاعراض الاكتئابية و يركز على اعادة احترام الفرد لذاته، يتضمن جلسات علاجية فردية او جماعية، و يضم عدة أساليب منها الاستخدام الإيجابي و المساندة و التدعيم، أسلوب التحليل النفسي و العلاج السلوكي، و لكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (الشربيني، 2001).

■ العلاج السلوكي:

يقوم المعالج باستخدام تقنيات تعديل السلوك السلبي عند المتعالج ، و تدريبه على بعض التقنيات السلوكية التي تساهم في تغيير وضعه الحالي و نظرتة السداوية. و يهدف هذا العلاج إلى اطفاء السلوك الغير المرغوب فيه، و العمل على بناء فعل شرطي او سلوك اخر بديل عنه.

■ العلاج المعرفي:

هو علاج قصير الأمد يتفاعل فيه المعالج مع المريض، حيث يكلف المريض بالقيام بالوجبات المنزلية بين الجلسات. و يهدف الى دحض و تقنيت الأفكار السلبية اللاعقلانية التي يعتقدها الشخص، و استبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الامل و الطمأنينة و الدعم الاجتماعي (حسن محمد غانم، 2006). و تسير عملية العلاج حسب وجهة نظر بيك حسب الخطوات محددة و هي:

- ملاحظة و مراقبة المريض لأفكاره السلبية.

- تنظيم العلاقة بين الإدراك و السلوك.
- اختيار المريض للدلالات و الشواهد حول تفكيره الالي الهدام.
- ابدال أفكار و طرق تفكير المريض السلبية (الخاطئة) بأفكار و طرق واقعية (الغمش و المعاينة، 2009، ص 280).
- العلاج الطبي:

عادة يمكن تحقيق نتائج علاجية جيدة جدا بالعلاج النفسي في الحالات المرضية البسيطة، و لكن لا يكفي في الحالات المتوسطة و المتقدمة من الاكتئاب. لذلك يجب استعمال بعض العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الأطباء النفسيين، حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب و متابعة المريض لفترة كافية. كذلك يمكن استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم الجهاز العصبي او استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، و الوخز بالإبر، و في حالة عدم جدوى الادوية و الصدمات الكهربائية، و في حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب، قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير (زهران، 2005، ص 518-519).

يظهر مما سبق انه هناك عدة سبل لعلاج الاكتئاب و منها: العلاج النفسي لفهم و تعديل الافكار الاكتئابية ، و العلاج السلوك لتعديل السلوك السلبي لديه ، و العلاج المعرفي الذي يهدف الى تقوية الافكار السلبية اللاعقلانية لدى المكتئب، و العلاج الطبي في الحالات الحادة من الاكتئاب.

3-3- الوحدة النفسية:

1. تعريف الوحدة النفسية: لغة بفتح الواو و تسكين الحاء، و في التعريف اللغوي: الوحدة ضد الكثرة، و الوجداني منفرد في نفسه (المنجد في اللغة و الاعلام، 1986، ص-98). و الوحدة من الفعل توحد اي تفرد و الوحدة هي الانفراد (سعداوي، 2018، ص20).

الوحدة النفسية ظاهرة من ظواهر حياة الانسان يختبرها بشكل ما، و تسبب له الالم و الضيق و الأسى، فهي حقيقة لا مفر منها لا تقتصر على فئة عمرية معينة، فيعاني منها الاطفال و المراهقون و الراشدون، و المسنون(جودة،2005،ص-10).

فتعرف الوحدة النفسية على انها حالة انفعالية داخلية تتأثر بقوة بإشكال حياة الفرد الاجتماعية، و اضاف بان الظروف الخارجية التي تحيط بالفرد لا تلعب دورا مهما في احساس الفرد بالوحدة النفسية (Asher, & Julie,2003,p26).

اما عن تعريف Rokach فان الوحدة النفسية هي خبرة ذاتية قد يعاني منها الفرد على الرغم من وجوده مع غيره من الناس ، عندما تخلو حياته من علاقات الاجتماعية مشبعة بالالفة و المودة (عرفات، 2009 ، ص 4-5).

فالوحدة النفسية هي شعور مؤلم و ناتج عن تجربة ذاتية، و هذا الشعور ناتج من شدة الحساسية المفرطة و شعور الفرد بأنه وحيد و بعيد عن الجميع، و الشعور بأنه غير مرغوب فيه و منفصل عن الآخرين . و هذا الشعور ناتج عن الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة (سعودي،2017).

و تعرف ايضا بأنها: احساس الفرد بوجود فجوة نفسية بينه و بين المحيطين به نتيجة افتقاده لإمكانية الانخراط او الدخول في علاقات مشبعة (الغامدي، 2020) .

الوحدة النفسية حالة انفعالية داخلية مؤلمة، يشعر الفرد انه غير مرغوب فيه و منفصل عن الآخرين، تسبب له ذلك الضيق و الأسى.

2. انواع الوحدة النفسية:

- تم تقسيم انواع الوحدة النفسية حسب (قشقوش،1988) إلى نوعين متميزين و هما:

■ الوحدة النفسية العاطفية: تنشأ جراء الافتقار إلى صلة وثيقة و ودودة بشخص آخر، فالأفراد الذي قد انفصلوا عن أزواجهم بالوفاة او انهوا علاقة طويلة يعيشون هذا النوع من الوحدة النفسية.

■ الوحدة الاجتماعية: ينتج هذا النوع من الوحدة من الافتقار إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية، يكون الفرد فيها جزءا من جماعة الاصدقاء و يتقاسم معهم مصالح و اهتمامات مشتركة، ثم ينتقلون إلى بيئة اجتماعية جديدة (كمدينة جديدة او عمل جديد) يعيشون هذا النوع من الوحدة (النواصره، 2017).

_ اما يونغ فقسم الوحدة النفسية إلى ثلاثة انواع هي:

○ الوحدة النفسية العابرة: تتضمن فترات من الوحدة، و رغم اتسام حياة الفرد الاجتماعية بالتوافق و المواءمة.

○ الوحدة النفسية التحولية: يتمتع فيها الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي القريب، و لكنه يشعر بالوحدة النفسية حديثا نتيجة لبعض الظروف المستجدة كالطلاق، او وفاة شخص عزيز.

○ الوحدة النفسية المزمنة: يستمر لفترات زمنية طويلة و لا يشعر الفرد بالرضا عن علاقاته الاجتماعية (النيال، 1993، 103).

○ و قد اشارت شقير إلى انواع الشعور بالوحدة النفسية كما يلي:

● الشعور بالوحدة الأسرية: تتمثل في : عدم الفهم في الأسرة، و اعتبار الاسرة سجنا، و عدم الاهتمام من جانب الأسرة، و التجاهل التام من افراد الأسرة و الشعور بالانعزال داخل الاسرة.

● الشعور بالوحدة الاجتماعية: تظهر في: الشعور بالرفض من الآخرين و عدم وجود شخص يمكن اللجوء اليه عند الحاجة، و فقدان الاهتمام بالحياة، و ابتعاد الناس بالرغم من وجودهم و الاحساس بالفراغ، و فقدان معظم الاصدقاء، و عدم وجود معنى للحياة.

• الشعور بفقدان التقبل: يظهر في : في عدم الانسجام مع الآخرين و عدم فهم الاصدقاء للدوافع و التفكير، و عدم مشاركة الاصدقاء للفرد في الرأي و عدم تمتعه بالشهرة بين الآخرين، و العلاقات الاجتماعية السطحية، و عدم وجود اصدقاء موثوق بهم، و عدم الشعور بالرضا و التوافق بين الأصدقاء، و عدم وجود درجة كافية من القبول و المرغوبة الاجتماعية.

• الشعور بالحرمان: يظهر في : الشعور بالرفض و الحرمان من الاصدقاء و الشعور بالتجاهل و الرغبة في وجود صديق مقرب.

• الشعور بالوحدة الانفعالية: و تبدو في : في الرغبة الشديدة من مشاركة شخص ما في الحياة، و الرغبة في اهتمام الاسرة بسعادة الفرد و الرغبة في المشاركة الوجدانية للآخرين (شقيير، 2002 ،ص278).

3. مظاهر الشعور بالوحدة النفسية:

اهم ما يصاحب الشعور بالوحدة النفسية ما يلي:

- وجود شخص ما يهتم بنا: هو الرغبة في الحصول على شخص ما يشاركنا تفكيرنا و شعورنا و شخص يهتم و يعتني بنا، شخص نحبه و يحبنا.

- البكاء: الالم عادة ما يتلازم مع الدموع، من اجل ذلك فان الوحدة النفسية ايضا تتلازم مع الدموع.

- المشاعر الخفية: بعض الافراد الوحيدين يتدبرون مع الوحدة النفسية من خلال اخفاء مشاعرهم، فالبعض يخاف من البوح بمشاعره اذا اعتقد انه سوف يسبب له السخرية او الرفض، و يخفي الكشف عن اي اشارة للضعف مثل الوحدة النفسية.

- البلادة و الخمول: تترافق الوحدة النفسية ايضا مع فترة خمول مثل: المكوث في الفراش، الجلوس، التوقع، و خلال فترات الخمول هذه يكون الافراد منعزلون غارقين في

أفكارهم، ام يحلمون في صديق يكون كاملا او يفكرون في اشياء اخرى تستحوذ على افكارهم.

- الانتحار: يفكر البعض بان الموت هو الطريق الوحيد للهروب من الوحدة النفسية.

- التدين: و هو طريق اخر من طرق التعاطي مع الوحدة النفسية، حيث يعتبر البعض بان الدين هو علاج ناجح لقهر وحدتهم النفسية (عابد، 2008، ص-28).

4. مكونات الوحدة النفسية:

تري روكاتش Rokach (1988) الوحدة النفسية تتكون من اربع عناصر اساسية و هي:

1- اغتراب الذات Self Alienation : وهو شعور الفرد بالفراغ الداخلي و الانفصال عن الآخرين و اغتراب الفرد عن نفسه و هويته و الحط من قدر الذات.

2- العزلة و العلاقات الشخصية المتبادلة Interpersonal Isolation : و يتمثل ذلك في مشاعر كون الفرد وحيدا و انفعاليا و جغرافيا و اجتماعيا، و شعور الفرد بعدم الانتماء في العلاقات ذات المعنى لديه حيث يتكون العنصر الاخير من غياب المودة و ادراك الفرد للغياب الاجتماعي و الشعور بالخذلان و الهجر.

3- الم/ صراع خفيف Agony : و تتمثل في الهياج الداخلي و الثوران الانفعالي للفرد و سرعة الحساسية ،و الغضب و فقدان القدرة على الدفاع ،و الارتباك و الاضطراب واللامبالاة الذي يستهدف اهم الافراد الشاعرون بالوحدة النفسية.

4- ردود الافعال الموجهة الضاغطة Distress Reaction :

يتكون ذلك نتيجة من الالم و المعاناة من الخبرة المعاشية للشعور بالوحدة النفسية، و المتضمنة للاضطراب و الالم الذي يعيشه الافراد الشاعرين بالوحدة النفسية (نفس المرجع السابق، 2008، ص-17).

5. اسباب و مصادر الشعور بالوحدة النفسية:

تعددت اسباب و مصادر الشعور بالوحدة النفسية و سأعرض بعض المصادر حسب وجهة نظر بعض الباحثين:

- قسم محمد ابراهيم سعفان (2013) اسباب الوحدة النفسية إلى اسباب داخلية و خارجية

■ الاسباب الداخلية: تتمثل في التركيز على مواقف الفشل التي تمت في الماضي خاصة اثناء الطفولة، و قد تكون الوحدة النفسية جزءا من طبيعة الشخصية، الاحساس بعدم الثقة بالنفس او الثقة في الآخرين، و نقص اشباع الحاجة للحب و الامان و التقبل و هذا النقص يجعله وحيدا.

■ الاسباب الخارجية: تتمثل في وجود حراك اجتماعي يترتب عليه تغيير المكان و الوظيفة و الأصدقاء، و عدم وجود اشخاص يشبهونه في الافكار و الانفعالات و السلوكيات، و استخدام القسوة من الوالدين في تربيته، و انخفاض مستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة يجعل الشخص يشعر بنقص في المكانة الاجتماعية فيفضل العزلة (الوهاب، 2022، ص- 10).

- في حين يرى روي Roy (1988) ان الوحدة النفسية بسبب الحاجة للشعور بالانتماء فكل فرد ثلاث حاجات نفسية هي:

ا - الحاجة للحب و المشاركة الوجدانية.

ب - الحاجة إلى وجود طرف اخر يتفهم المشاعرو الاحاسيس المختلفة

ج - الحاجة لوجود من يشعر المرء بالاحتياج اليه.

و في حالة عدم اشباع الفرد لهذه الحاجات الثلاثة يشعر الفرد بفراغ، في حين ان هذا الشعور بالوحدة ينشا كنتيجة لنقص المهارات الاجتماعية للتواصل مع الآخرين، و من ثم

يجب الاهتمام بهذا التواصل الوجداني منذ الطفولة لتنمية قدرات الافراد على التعامل مع العزلة دون الشعور بالوحدة (شيببي، 2005، ص-25) .

3-4- الاحباط:

1. تعريف الاحباط:

الاحباط يشير إلى حالة انفعالية غير سارة، و التي نجمت عن اعاقا السلوك الموجه نحو هدف معين. فيعرفه العبيدي (2009) على انه العملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اشباع حاجاته، او توقع الفرد حدوث هذا العائق مستقبلا (العبيدي، 2009، ص159).

و الاحباط يعرف ايضا على انه خبرة مؤلمة ،تنتج من عدم مقدرة الانسان على تحقيق هدف مهم له (قحطان، 2004، ص 124) .

و يعرف ايضا على انه شعور نفسي سيء يلزم صاحبه نتيجة الفشل، او تكرار الفشل في اية من الامور و الاعمال التي يقوم بها (القشاعلة، 2018، ص-40).

كما يعرف الاحباط على انه حالة من التأزم النفسي ينشا عن مواجهة الفرد لعائق يحول دون تحقيق دافع او حاجة ملحة، فهو عملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اشباع حاجاته او توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل (الختاتنة، 2012، ص 103).

مما سبق يمكن القول ان الاحباط شعور نفسي سلبي، ينشا من عدم مقدرة الفرد على تحقيق هدفه، و من فشله للمتكسر.

2.انواع الاحباط:

ان تقسيم الإحباط الى أنواع سيساعد على فهم طبيعة هذه العملية النفسية، لقد تم تقسيم الإحباط الى عدة الأنواع:

قسم زهران الإحباط الى أربعة أنواع هي:

- 1- الإحباط الداخلي (الشخصي): الذي ينبع من صفات الفرد الداخلية مثل: وجود عاهات او ضعف الثقة اختلافا في صورة الجسم سواء كانت واقعية او متوهمة.
- 2- الإحباط الخارجي البيئي: وينبع من البنية الخارجية المحيطة بالفرد مثل: الفقر او الموانع البيئية الأخرى.
- 3- الإحباط التام: ينتج عن وجود عائق يحول دون الوصول الى الهدف، و عدم اشباع الدوافع و حدوث التوتر.
- 4- الإحباط الجزئي: ينتج عن وجود عائق يحول دون الاشباع الكامل للدوافع، يؤدي فقط الى الاشباع جزئي، و تخفيف يكون جزئي للتوتر النفسي (زهران، 1974، 118).

اما ريش ميز بين ثلاث أنواع من الإحباط هي:

- 1- الإحباط الصراع: ينشا عندما يقارن الفرد بين الحاجات و يتحتم عليه ان يختار اشباع حاجة واحدة فقط من هذه الحاجات، ففي كل حالة يواجه الفرد موقفا قد يختار فيه واحدة من الاستجابتين، و كل استجابة تشبع حاجة من حاجاته، و لكنها تمنع اشباع الحاجة الأخرى.
- 2- الإحباط الشخصي: ينشا عندما يكون عند الفرد بعض الخصائص الجسمية او الشخصية، و التي تمنعه من اشباع حاجاته او طموحه.
- 3- الإحباط البيئي : ينشا عندما يوجه الفرد عقبة من البيئة تعوق اشباع حاجة ما . (عمامرة، 2008، ص 47)

3. اعراض الاحباط:

- فقدان الاهتمام بالسعادة سواء داخل الاسرة او بين الاصدقاء.
- عدم القدرة على التركيز و التذكر.
- اضطرابات النوم.
- فقدان الشهية.
- القلق الدائم.
- فقدان الثقة بالنفس.
- الاحساس ببعض الالام العضوية بلا سبب واضح.
- البكاء الدائم بلا سبب (عبد الزهرة، مزعل ،كبن، 2014، ص-359).

4. اسباب الاحباط:

يمكن تصنيف العوامل المسببة للإحباط كالتالي:

■ عوامل شخصية:

صادرة من خصائص الشخص و سماته و من بينها:

- عجز الجسمي بسبب حالته الصحية او الاعاقة الحسية و الحركية.
- قصور استعدادات الشخص العقلية و المعرفية مثل: الذكاء و التفكير و المرونة و الموهبة التي يستلزمها لتحقيق هدف ما او تعلم مهارة جديدة.
- سمات الشخص المزاجية الانفعالية المعوقة مثل: كالتشدد، و الضمير الصارم، و الخجل، و ضعف الثقة بالنفس (عبد المطلب القريطي، 1998، ص-97)

■ العوامل البيئية المادية:

و تشمل العوامل البيئية كل العوائق التي تعيق الفرد في بيئته الخارجية المادية (محمد، 2004، ص-160). فالعقبات المادية و اللامادية تعتبر من المصادر الرئيسية، التي يمكن ان تحبط دوافع الانسان. و هي متعددة نظرا لما تحتويه البيئة من عوامل فيزيقية كالمرتفعات و المنخفضات و الجبال و الطقس . و عوامل لا مادية مثل: القواعد و النظم و القوانين و المؤسسات يمكن ان تكون سببا مباشرا او غير مباشر. فهي كل الامور التي تقع كل ساعة دون اشباع حاجات الفرد (سامي الختاتنة، 2012، ص-108).

■ العوامل الاقتصادية:

تقوم الناحية الاقتصادية بدور كبير في الإحباط، فكثيرا من الفقراء لا يستطيعون الحصول على الغذاء الكافي او المسكن الملائم، و قد يعجز البعض بسبب دخولهم الصغيرة من تحقيق امالهم من الحياة، و قد يتسبب قلة الدخل في الحرمان من التمتع بوسائل الترقية، و التسلية. (علاء، 2015، ص 09)

3-5- تقدير الذات:

1. تعريف الذات:

هو تكوين معرفي منظم و متعلم للمدركات الشعورية و التصميمات الخاصة بالذات يبلوره الفرد و يعتبره تعريفا نفسيا للذات، و يتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الابعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية و الخارجية. (شحاتة، 2008، ص 25)

يتكون مفهوم الذات من مجموعة من معتقدات تقويمية يملكها الفرد حول ذاته، بالإضافة لوصف الذات و تحدد هاتان المجموعتين في تقدير الذات و صورة الذات (شريم، 2009، ص 211).

2. تعريف تقدير الذات:

لغة قدر بمعنى اعتبر، ثمن، اعطى قيمة (المتقن، 2004).

يقصد به تقويم الشخص لنفسه في حدود طريقة ادراكه لأراء الآخرين حوله، و فكرة المرء عن نفسه هي نمط ادراكه لذاته و هذا المفهوم مرتبط جدا بمفهوم الذات، و هو يشير الى نظرة الفرد الإيجابية الى نفسه و تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية و إحساس الفرد بكفاءته. (عبد العزيز حنان، 2012، ص 13)

يمكن تعريفه على انه هو مجموعة الاتجاهات و المعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، و هي تشمل معتقدات توقع النجاح و درجة الفشل و درجة الجهد المبذول (بن حرمة، 2011، ص 48).

هو التقييم الوجداني للشخص لكل ما يملكه من خصائص عقلية و مادية و قدرته على الأداء، و يعتبر حكما شخصيا للفرد على قيمته الذاتية اثناء تفاعله مع الآخرين (بقيع، 2011، ص 54).

من التعاريف السابقة يظهر ان تقدر الذات مجموعة من المعتقدات التي يملكها الفرد اتجاه ذاته خاصة فيما يخص : خصائصه و قدراته وإمكانياته.

3. أنواع تقدير الذات:

- تقدير الذات المكتسب: هو تقدير الذات الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته، فيحصل على الرضا بقدر ما أدى من نجاحات فيبنى التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات.

- تقدير الذات الشامل: يعود الى الحس العام للافتخار بالذات فليس مبنيا على أساس مهارة محددة او إنجازات معينة، فهو يعني ان الأشخاص الذين اخفقوا في حياتهم العلمية لا يزالون ينعمون بدفع التقدير الذاتي العام و حتى و ان اغلق في وجوههم باب الاكتساب . و

الاختلاف الأساسي بين المكتسب و الشامل مثلاً: في التحصيل و الإنجاز الأكاديمي ففكرة التقدير الذاتي المكتسب نقول ان الإنجاز يأتي أولاً ثم التقدير الذاتي، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل نقول ان التقدير الذات يكون أولاً ثم يتبعه التحصيل و الإنجاز (بطرس، 2008، ص 458).

4. مستويات و ابعاد تقدير الذات:

4-1 - مستويات تقدير الذات:

لتقدير الذات مستويات و لكل مستوى خصائص و مميزات حسب شخصية كل فرد، و من بين العلماء الذين صنفوا تقدير الذات الى مستويات نجد (هاماشيك) المتمثل في:

- المستوى المرتفع (العالي) لتقدير الذات.

- المستوى المنخفض (المتدني) لتقدير الذات (الشناوي، 2001، ص 125)

4-2 - ابعاد تقدير الذات:

تقدير الذات يتسم بان له ابعاد متعددة، بمعنى ان الإحساس بقيمة الذات تنبع من الكفاءات المتنوعة التي يشعر بها الناس في ابعاد مختلفة، و هناك على الأقل ثلاثة ابعاد متميزة و هي: المظهر المادي (التقدير المادي للذات)، و أداء المهام (تقدير أداء الذات)، و العلاقات الشخصية (التقدير الاجتماعي للذات). (سينج، دبلو، 2005، ص 04)

5. الصفات العامة لمن لديهم تقدير العالي او المنخفض للذات:

■ صفات أصحاب التقدير العالي للذات:

يمكن ملاحظة الأشخاص ذوي التقدير العالي من الذات من خلال الصفات التالية:

- الشعور بالقيمة الذاتية.

- سريعوا الاندماج و الانتماء أينما وجدوا.

- لديهم الشعور بقيمتهم الذاتية و بكفاءتهم و قدرتهم على مواجهة التحدي.

- هم الأكثر إنتاجية في الاعمال.

- هم الأكثر سعادة و رضا بحياتهم من غيرهم.
 - متفائلون وواقعيون مع انفسهم و أقوىاء في مواجهة عثرات النفس.
 - القدرة على السيطرة على انفسهم و التحكم في حياتهم.
 - قوة التحكم في المشاعر.
 - يستمتعون بالخبرات الجديدة.
 - لديهم حب الاستطلاع.
 - يطرحون أسئلة كثيرة.
 - يتطوعون للقيام بالمهام و الأنشطة.
 - يستجيبون للتحديات .
- صفات الأشخاص ذوي التقدير المنخفض للذات:
- يتصف الأشخاص ذوي التقدير المنخفض بالصفات التالية:
- الشعور بالنقص اتجاه انفسهم او الشعور بالغضب و إرادة الثار من العالم.
 - احتقار الذات او الارتباك عند حصول الاطراء و الثناء.
 - الشعور بالذنب دائما حتى و لم يكن لهم علاقة بالخطأ.
 - الاعتذار المستمر عن كل شيء.
 - الاعتقاد بعدم الاستحقاق للمكانة او العمل الذي حصلوا عليه حتى و ان كان الآخرون يرون ذلك.
 - عدم الشعور بالكفاءة في ادوارهم الاجتماعية كدورة الابوة او دور الزوجية.
 - يميلون الى سحب او تعديل رأيهم خوفا من سخرية و رفض الآخرين.
 - انطوائيين و يمشون ببطء مطأطئين رؤوسهم يبدون كالعرباء عن العالم و يحاولون الانكماش على انفسهم و إلا يراهم احد.

- العنف و العدوانية و عدم تقبل النقد هي صور في ضعف تقدير الذات لأنها عملية هروب من مواجهة مشكلات النفس

- التشاؤم.

- الانكماش و الانكفاء على النفس (عبد العزيز ، 2012 ، ص38-39).

6. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يمكن القول ان تقدير الذات يتشكل بفعل كل من العوامل الداخلية و الخارجية و سأعرض فيما يلي بعض هذه العوامل:

1- العوامل الداخلية:

• الأفكار الذاتية: التقدير للذات خصوصا اثناء البلوغ تحدده الأفكار الذاتية و تصورات الفرد التي يرسمها لذاته، و الأفكار الذاتية هي أفكار يقبلها الفرد في عقله و يسلم انها حقيقة. و هذه الأفكار تشكل الصورة الذاتية للفرد، التي تؤثر بشكل كبير على مستوى التقدير للذات. فعندما تكون الصورة الذاتية الإيجابية، ينمو لدى الفرد الشعور بالكفاءة و قيمة الذات.

• التطلعات الشخصية: مستويات التطلعات الشخصية تؤثر بالفعل على الشعور بتقدير الذات، فما يمثل نجاحا لشخص معين يمكن ان يكون فشلا لآخر، و مستوى تقدير الذات لدى الفرد يرتفع اذا لبي إنجازاه او فاق التطلعات الشخصية في جانب قيم من جوانب السلوك.

• البراعة في المهام و الإنجازات: يتأثر تقدير الذات ببراعة الفرد في أداء المهام و الإنجازات السابقة، كما يقول ليون تيك: " بدون الشعور بالإنجاز، و بدون الشعور انه بمقدورنا ان نكون فعالين في سلوكياتنا تصبح الثقة الحقيقية بالنفس و تقدير الذات من الأمور المستحيلة". فهي تجعل الفرد يشعر بأنه مهم و هذا يقوي من تقديره لذاته.

2- العوامل الخارجية:

- البيئة الأسرية: نمو تقدير الذات يبدأ منذ الولادة و يتفق علماء النفس بوجه عام على ان التجارب المبكرة اثناء مرحلة الطفولة و المراهقة يكون لها تأثير كبير في نمو تقدير الذات، و الاسرة هي العامل الأساسي في التنشئة الاجتماعية في تزود الطفل بالمؤشرات المبدئية بخصوص ما اذا كان مقبولا او غير مقبول، محبوبا او غير محبوب، جديرا بالثقة او غير جدير بها. فالصورة المبدئية للذات تتجدد معالمها بتعليقات الوالدين، و كذلك الطريقة التي يتم بها تربية الطفل تؤثر بشكل كبير على تقدير الذات .
- اراء الآخرين: يتأثر مستوى تقدير الذات كذلك بالكيفية التي يتعامل الآخرون بالفرد، فالأفراد الذين تتم معاملتهم باحترام و اهتمام من قبل اشخاص مهمين في حياتهم كمعلميهم و زملائهم، غالبا ما يكون لديهم قدر مرتفع من تقدير الذات.
- المظهر: مظهر الفرد عنصر مهم في تحديد مستوى تقدير الذات، و هذا يرجع أساسا الى حقيقة ان تقييمات و اراء الآخرين غالبا ما تكون مبنية على مظهر الفرد، فالأشخاص الجذابون يكونون اكثر قابلية للحب من الآخرين و حسن المعاملة و التفضيلية منهم مقارنة بالأشخاص الغير الجذابين. و جميع الجوانب المادية للذات (الطول، الوزن، الشعر، لون الجلد، لون البشرة) لها علاقة بالشعور باللياقة الشخصية. (سينج، ديليو، 2005)

3-6- التوافق النفسي:

1. تعريف التوافق النفسي:

التوافق النفسي هو مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته و حل صراعاته و مواجهة مشكلات من اشباع و احباطات وصولا الى ما يسمى بالصحة النفسية، او السواء، او الانسجام و التناغم مع الذات و مع الآخرين في العمل و في التنظيمات التي ينخرط فيها و لذلك كان مفهوم إنسانيا (سليم أبو عوض، 2007، ص 202)

يعرف التوافق النفسي على انه عملية ديناميكية مستمرة يحاول بها الإنسان تغيير سلوكه او أفكاره او مشاعره، مما يحقق التوافق بينه و بين نفسه من جهة، و بينه و بين البيئة التي تشمل كل ما يحيط به من أفراد و مؤثرات و إمكانات للوصول الى حالة من الاستقرار النفسي و البدني و التكيف الاجتماعي من جهة أخرى (أبو زعيزع، 2015، ص 122).

فالتوافق النفسي هو مدى ما يتمتع به الفرد من القدرة على السيطرة على القلق، و الشعور بالأمن و الاطمئنان بعيدا عن الخوف و التوتر (زهران، 2005، ص 94).

وقد عرف Wolmen التوافق النفسي على انه قدرة الفرد على اشباع حاجاته، و مقابلة معظم متطلباته النفسية الاجتماعية من خلال علاقة منسجمة مع البيئة التي يعيش فيها (حسين احمد، 2006 ، ص 47).

من خلال التعاريف السابقة يظهر ان التوافق النفسي عملية ديناميكية يقوم بها الانسان من اجل تنظيم حياته و اشباع حاجاته و الابتعاد ايضا عن كل ما يهدد صحتهم النفسية.

2. مجالات التوافق النفسي:

هناك عدة مجالات مختلفة للتوافق تبدو في قدرة الفرد على ان يتوافق توافقا سليما مع بيئته الاجتماعية او المهنية، مما يدل على ان التوافق عملية معقدة الى حد كبير، و فيما يلي سأعرض بعض مجالات التوافق النفسي:

- التوافق العقلي: و تتمثل في الادراك الحسي و التذكر و التفكير و الذكاء و الاستعدادات، و يتحقق التوازن بقيام كل بعد من هذه الابعاد بدوره كاملا و متعاوننا مع بقية العناصر.

- التوافق الديني: هو جزء من التركيب النفسي للفرد، يتحقق التوازن هنا بالإيمان الصادق، فالدين من حيث هو عقيدة و تنظيم بين الناس، ذو اثر عميق في تكامل

الشخصية و اتزانها فهو يرضى حاجة الإنسان، و اذا ما فشل الانسان في التمسك بهذا السند ساء توافقه و اضطربت نفسه.

- التوافق السياسي: يتم اعتناق المبادئ الأساسية للمجتمع او التماشي معها أي عندما يساير معايير الجماعة، و اذا تم تغييرها يحدث ضغط ينتج عنها صراع داخلي يعوق اشباع كثير من حاجياته فيعيش في قلق و توتر و لذا فعليه اما مسايرة الجماعة او يغير مبادئه ليتحقق التوافق بينه و بين مجتمعه.

- التوافق الجنسي: النشاط يتبع كلا من الحاجات البيولوجية و السيكولوجية و كثيرا من الحاجات الشخصية و الاجتماعية و احباطه مصدر للصراع و التوتر الشديدين، و تختلف الطريقة التي تتبع بها الحاجات الجنسية و درجة هذا الاشباع اختلافا واسعا باختلاف ظروف الحياة، و خبرات تعلم الفرد، و يعتبر عدم التوافق الجنسي دليلا على سوء التوافق العام لدى الفرد.

- التوافق الزوجي: السعادة الزوجية و الرضا الزوجي يتم باختيار المناسب للزواج و الاستعداد للحياة الزوجية و الدخول فيها، و الحب المتبادل بين الزوجين و الاشباع الجنسي، و تحمل مسؤوليات الحياة الزوجية و القدرة على حل مشكلاتها و الاستقرار الزوجي.

- التوافق الأسري: السعادة الاسرية تتم بالاستقرار و التماسك الاسري و القدرة على تحقيق مطالب الأسرة، و سلامة العلاقة بين الوالدين و بين الأبناء و بين بعضهم البعض و يسودها المحبة و الثقة و الاحترام، و يمتد ذلك ليشمل سلامة العلاقات الاسرية مع الاقارب و حل المشكلات الاسرية.

- التوافق المهني: الرضا عن العمل و ارضا الآخرين فيه، بالاختيار المناسب للمهنة و ذلك عن قدرة و اقتناع الشخصي و الاستعداد لها، علما و تدريبا للدخول فيها، و الصلاحية المهنية و الكفاءة و الإنتاج و الشعور بالنجاح و العلاقات الحسنة مع الرؤساء و الزملاء، و التغلب على المشكلات (صبره، 2004).

3. معايير التوافق النفسي:

لقد حدد لازاروس Lazewus معايير التوافق النفسي كالآتي:

- الراحة النفسية: يقصدون بها ان الشخص المتمتع بالتوافق النفسي هو الذي يستطيع مواجهة عقبات، و حل المشكلات بطريقة ترضاها نفسه و يقرها المجتمع.
- الكفاية في العمل: تعتبر قدرة الفرد على العمل و الإنتاج و الكفاية فيها وفق ما تسمح به قدراته و مهاراته، من اهم دلائل الصحة النفسية. فالفرد الذي يزاول مهنة او عملا فنيا، تتاح له الفرصة لاستغلال كل قدراته، و تحقيق أهدافه الحيوية و كل ذلك يحقق له الرضا و السعادة النفسية.
- مدى استمتاع الفرد بالعلاقات الاجتماعية: ان بعض الافراد اقدر من غيرهم على انشاء علاقات اجتماعية، و على الاحتفاظ بالصدقات و الروابط.
- الشعور بالسعادة: الشخصية السوية هي التي تعيش في سعادة دائمة، و هي شخصية خالية من الصراع و المشاكل.
- القدرة على ضبط الذات و تحمل المسؤولية: ان الشخص السوي هو الذي يستطيع ان يتحكم في رغباته، او يكون قادرا على اشباع بعض حاجاته، و لديه القدرة على ضبط ذاته و على ادراك عواقب الأمور.
- ثبات اتجاه الفرد: ان ثبات اتجاهات الفرد تعتمد على التكامل في الشخصية، و كذلك على الاستقرار الانفعالي الى حد كبير.
- الاعراض الجسمية: في بعض الأحيان يكون الدليل الوحيد على سوء التوافق هو ما يظهر على شكل اعراض جسمية مرضية.
- اتخاذ اهداف واقعية: الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يضع امام نفسه اهداف و مستويات لطموح، و يسعى للوصول اليها حتى و لو كانت تبدوا له في اغلب

الأحيان بعيدة المنال. فالتوافق المتكامل ليس معناه تحقيق الكمال، بل بذل الجهد و العمل المستمر في سبيل تحقيق الأهداف (بلحاج، 2011، ص 117-118)

4. مؤشرات التوافق النفسي:

يمكن اجمال هذه المؤشرات في النقاط التالية:

- المرونة و الاستفادة من الخبرات السابقة.
- التمتع بدرجة عالية من التوافق الشخصي و الاسري و الاجتماعي و حتى المهني.
- القدرة على مواجهة العقبات و الازمات و مشاعر الإحباط و الضغوط بأنواعها المختلفة.

- التمتع بالأمن النفسي و الواقعية في اختيار اهداف و أساليب تحقيقه.
- القدرة على التكيف مع المطالب و الحاجات الداخلية و الخارجية مع تحمل المسؤولية.

- الشعور بالسعادة و الراحة النفسية و الرضا عن الذات و تقبلها.
- معرفة قدرة الناس و حدودها و احترام الآخرين.
- الخلو النسبي من الاعراض المرضية النفسية و العقلية.
- القدرة على رفع مستوى التحصيل الاكاديمي الجيد و تنمية المهارات المعرفية و الاكاديمية و الاجتماعية .(احمد وافي، 2006، ص 67)

5. العوامل التي تعيق عملية التوافق النفسي:

من اهم العوامل نذكر ما يلي:

- النقص الجسماني: تؤثر الحالة الجسمية العامة للفرد على مدى توافقه، فالشخص المصاب الذي تنتابه الامراض تقل كفاءته و يكون عرضة لمواجهة العديد من المشاكل، و التي يصعب على الشخص السليم مواجهتها.

- عدم تناسب الانفعالات و المواقف: ان الانفعالات المستمرة و الحادة تخل بتوازن الفرد، بسبب عدم توافقه مع مواقف الحياة و لها اثار ضارة بالجسم و المجتمع.
- الصراع بين أدوار الذات: و يتمثل في مجموعة من العوائق و هي :
 - ✓ عوائق نفسية: و منها الصراع النفسي الناشئ عن تناقض او تضارب الأهداف، و عدم القدرة على الاختيار الجيد في الوقت المناسب، مثلا ان يرغب الطالب في دراسة الطب او الصيدلة و هو لا يستطيع التفرقة و الفصل بينهما، فيدخل في صراع نفسي قد يتعذر عليه الالتحاق بأي من الدراستين.
 - ✓ عوائق مادية و اقتصادية: و مثال هذا مشكل نقص المال و عدم توفير الإمكانيات يقف عائقا امام الفرد فيمنعه من تحقيق أهدافه و هذا ما يسبب له الشعور بالإحباط.
 - ✓ عوائق اجتماعية: من بينها العادات و التقاليد و القوانين الموجودة في المجتمع، و التي قد تتسبب في عرقلة مسار تحقيق اهداف الفرد و اشباع حاجاته و ذلك بضبط سلوكه و تنظيم علاقاته.
- العوائق الخاصة بالقدرات العقلية: فالفرد في مراحل حياته يتعرض الى عوائق مختلفة، سواء كان عائق عضوي مثل: (نقص السمع او البصر) او عائق كلي (كانخفاض نسبة الذكاء) و بالتالي نقص في الأداء و الاستعداد، و قد يكون عائقا نفسيا مثل (الشعور بالقلق و التعب و عدم الثقة بالنفس و الشعور بعدم الرضا عنها) و لا يستطيع الدفاع عنها، كما يظهر في عدم قدرته على إقامة علاقة طيبة مع الاسرة.
- العقبات الاجتماعية: المقصود هنا بالعقبة هو البيئة الاجتماعية التي تحول دون تحقيق الفرد لتوافقه اجتماعيا، فمن شأنها التقليل من مهارة معينة لدى الفرد كالعادات السيئة و الصراعات الانفعالية التي تسببها الاسرة من خلال سوء المعاملة. (جاسم محمد، 2004، ص 487)

4 - عواقب اضطراب طيف التوحد على حياة الوالدين:

سأعرض اهم العواقب التي يتعرض لها الوالدين طفل التوحد يوميا على المستويات التالية: الشخصية و الزوجية و العائلية و الاجتماعية و المهنية .

■ عواقب اضطراب طيف التوحد على الحياة الشخصية للوالدين:

ان ولادة طفل يعاني من اضطراب او مشكلة غير متوقعة ،يولد ضغطا كبيرا على الوالدين (Pelchat, Lefebvre, & Levert, 2005). فالإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد بشكل رسمي للوالدين يمكن ان يؤدي إلى مشاكل صحية و جسدية لديهم مثل : الصداع و ألآم في المعدة و قد يؤدي ايضا إلى مشاكل الارق، و يتسبب في التداعيات الجسدية و النفسية، لا سيما عند الامهات. (Abouzeid, & Poirier,2014) فتكون الحالة الصحية للام اكثر عرضة للخطر من حالة الاب (Courcy, & Dunn,2014) لان المرأة اكثر مشاركة في اعداد وجبات الطعام، و صيانة المنزل و ترتيبه و تعليم الاطفال مقارنة بزوجها (kose et al,1992) . كما ان الوقت اللازم لرعاية طفل التوحد و الاهتمام الكبير الذي يحتاجه خاصة من ناحية (مشاكل التغذية و النوم)، يؤدي إلى عواقب وخيمة في نوعية حياتها و يزيد من مستوى الضغط لديها (Allik et al, 2006) . كما ان وجود الدخل المالي الضعيف يجعل من الصعب على الاسرة ادارة الضغط المتعلق باحتياجات الخاصة بالطفل المصاب بالتوحد، لا سيما النفقات التي ينفقها الوالدين على الادوية و الاستشارات الخاصة (Hecimovic et Gregory,2005). فيكن القول ان ضرورة رعاية طفل مصاب بالتوحد يزيد من خطر تعرض الوالدين لضغوط النفسية (Ben-cheikh et Rousseau,2013) ، خاصة و انه هناك عوامل مرتبطة بالطفل التوحدي تولد التوتر و القلق لدى الوالدين، و تتمثل هذه العوامل في: غياب التواصل الطبيعي، و نوبات الغضب، و السلوكات الغير اللائقة.(Gray,2006) و يؤدي هذا الضعف النفسي إلى اصابة

الوالدين بنوبات اكتئاب مثل: التعب و البكاء و التهيج مما يؤثر على صحتهم العقلية. (sénéchal et des Rivières-Pigeon, 2009) كما يجد الوالدين ايضا صعوبة في التفاؤل عند التفكير في مستقبل طفلهم، حيث تكون لديهم مخاوف معينة حول مستقبلهم (Poirier et Vallée-Ouimet, 2011) و يشعرون بالذنب بشأن مشاركتهما هذا الطفل، مما قد يؤدي إلى انخفاض تقديرهما و ثقتهم بقدراتهما الابوية (Kuhun, & Carter, 2006)

■ العواقب تشخيص اضطراب التوحد على الحياة الاسرية:

هناك العديد من النتائج المترتبة على وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد داخل الاسرة. و هناك ثلاث انواع رئيسية من العواقب و هي: (1) الضغوط المرتبطة بتنظيم الحياة اليومية للأسرة، (2) صعوبات اضطراب طيف التوحد على الاعضاء الاخرين للأسرة مثل الاخوة. (3) العلاقة بين الوالدين و الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

1-الضغوط المرتبطة بتنظيم الحياة اليومية :

تشير الابحاث الحديثة لجمعية التوحد في كيبك (2016) إلى ان سلوكيات الطفل مثل: اضطرابات النوم و السلوك العنيف، تؤثر على ديناميكيات الاسرة. و يختل التوازن داخل الاسرة بسبب قضاء امهات الاطفال المصابين بالتوحد وقت اكثر من اجل اعداد وجبات المخصصة لطفل التوحد (حوالي ساعتين إلى ثلاث ساعات) (Abouzeid, & Poirer, 2014)، كما يعتبر وقت الاستحمام ايضا وقتا صعبا على الأسرة، لان اطفال التوحد لا يحبون ان يتم لمسهم و لا يحبون الماء (Milcent, 1991). و يزداد عدم استقرار الاسرة عندما يبدأ الطفل التوحد في الصراخ خاصة في الاماكن العامة دون سبب، و يلجا في بعض الحالات إلى نتف الشعر و ممارسة العادة السرية في الاماكن العامة، الامر الذي لا يساعد الاسرة (Misés, & Grand, 1997). و تؤدي السلوكيات التخريبية التي يقوم بها

مثل: نوبات الغضب و اذاء ذات إلى تخريب الانشطة الترفيهية، و النزعات التي تقوم بها العائلة و الحياة اليومية (Poirier, & vallée-Ouimet,2015) .

2-الصعوبات اضطراب طيف التوحد على الاخوة:

تساهم الصعوبات المتعلقة باحتياجات الاطفال المصابين بالتوحد، في اعاقه الوقت و الاهتمام اللذين يعطيها الوالدين للأطفال الآخرين (Jonhson et al,2011)، فيصعب على الوالدين اعطاء الوقت المناسب لكل طفل لهم، بسبب اضطرابات النوم و مشاكل الاكل و السلوك العنيف الذي يقوم به طفل التوحد ،مما يؤثر على ديناميكيات الاسرة التوحد في (Société Québécoise de l'autisme,2016) . و هذا ما يؤدي لاحقا الى شعور الاخوة بالإهمال و قد يلومون والديهم لعدم وجود وقت لهم (Carbonneau, & Rousseau,2012) بالتالي يمكن لسلوكات الاطفال المصابين بالتوحد ان تبعد بين الوالدين و اخوته الآخرين (Poirier, & Vallée- Ouimet, 2015)

كما يواجه اخوة الطفل المصاب بالتوحد صعوبة في تطوير علاقة ايجابية مع الطفل بسبب المظاهر المرتبطة بالتوحد مثل: انشغال الطفل التوحدي باحترام القواعد التي تؤدي إلى تعقيد علاقاته مع اشقائه (Rao, & Beidel ,2009) ، ليشعر الاخوة بعد ذلك بظلم مما قد يجعلهم يحافظون على مسافة معينة من الطفل المصاب بالتوحد او حتى الانتقام منه (Chossy, 2003) . و لكن لا يشعر الاخوة بمشاعر سلبية فقط اتجاه اخيهم او اختهم المصابة بالتوحد، و انما يتبنى البعض موقفا ايجابيا تجاه هذا الأخير، حيث يعتنون به بمحض ارادتهم(Carbonneau, & Rousseau, 2012)

3- العلاقات بين الوالدين و الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

يصعب على الوالدين تطوير علاقات مع الاطفال المصابين بالتوحد، خاصة عند نمو الطفل حيث تزداد صعوبات الاتصال مما يؤثر على العلاقة بينهما. و يجب على الوالدين بذل المزيد من الجهد من اجل فهم رغبات و احتياجات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد (Lemay, 2004). ففي مرحلة المراهقة يصبح الطفل المصاب بالتوحد اكثر عنفا و عدوانية، و يحاول ابلاغ والديه بعدم ارتياحه، و عدم رضاه مما يولد ضغوطا كبيرة على الوالدين خاصة عند وجود الغرباء (Dailly, & Goussé, 2011). لكن لا يكن الوالدين فقط مشاعر سلبية تجاه أطفالهم، فهم يظهرون لهم مشاعر ايجابية ايضا مثل: الفرح و الفخر (Poirier, & Vallée – Ouimet, 2015).

■ عواقب اضطراب طيف التوحد على الحياة الزوجية:

يؤدي وجود طفل مصاب باضطراب طيف التوحد في الاسرة إلى زعزعة ديناميكية الزوجية، بسبب متطلباته التي تحتل حيزا كبيرا في الأسرة، فهم يحتاجون الى روتين اكثر صرامة (Lemay, 2004). و في كثير من الاحيان يقوم الوالدين بتجاهل احتياجاتهم الخاصة لإشباع احتياجات الطفل، و هو ما يضر برضاهم الزوجي (Rodrigue, Morgan, & Geffken, 1990). فالرعاية التي يحتاجها الطفل تؤدي إلى تقليل اللحظات الحميمة بين الوالدين بسبب عدم امتلاكهم الوقت لتلبية احتياجاتهم الخاصة (Lee, 2009)، وعندما يحصل الوالدين على فترة راحة، فأنهما يكرسونها للراحة و الاسترخاء، و ينتج عن ذلك تراجع العلاقة الحميمة و الجماع بينهما. (Benson et al, 2008)

كما ان الضغط اليومي الذي يواجهه والدي طفل المصاب بالتوحد يؤدي إلى مشاكل في الاتصال (Chatenoud Kalubi, & Paquet, 2014)، لذلك تنتج صراعات بين الزوجين و في بعض الحالات تؤدي مشاكل الاتصال و الصراعات إلى انفصال الزوجين (Lemay, 2004). ولكن يتمكن بعض الأزواج من تطوير نظام اتصال جديد يسهل تبادلاتهم، بالإضافة إلى استراتيجيات جديدة لحل مشاكلهم، كما يساهم وجود طفل مصاب بالتوحد في الاسرة في تعميق الروابط بين الزوجين (Bobet, & Boucher, 2005)

■ عواقب اضطراب طيف التوحد على الحياة الاجتماعية و المهنية:

تؤدي السلوكيات التخريبية التي يقوم بها الطفل المصاب بالتوحد إلى تعقيد العلاقات الاجتماعية للوالدين (Lemay, 2004) لأنهم يشعرون بالكثير من الاحكام السلبية و النقد مما يساهم في عزلتهم الاجتماعية (Ben-Cheikh, & Rousseau, 2013) و يتجنبون عدة اماكن بسبب قلقهم بشأن ردود الفعل المحتملة لأطفالهم. (Fox et al, 2002).

كما تجبر الامهات غالبا على تعديل مساهرن المهني بسبب الوقت المخصص لأطفالهن المصابين بالتوحد، و بالتالي تختار الامهات ترك عملهن نظرا لصعوبة التوفيق بين مسؤولياتهن الاسرية و المهنية (Des Rivières-Pigeon, Courcy, & Dunn, 2014) لكن قرار ترك الوظيفة المدفوعة الاجر يمكن ان يسبب صعوبات مالية لهذه العائلة (Abouzeid, & Poirier, 2014)، و هذا قد يؤثر سلبا على الحياة الاجتماعية لافرادها. و يجعل الالباء يستثمرون اكثر في حياتهم المهنية، و قضاء ساعات اضافية في العمل من اجل تلبية احتياجات اسرهم (Bobet, & Boucher, 2005).

لكن يلعب الدعم الاجتماعي الرسمي و الغير الرسمي الذي يتلقاه والدي الطفل المصاب بالتوحد دورا كبيرا، في كيفية التغلب على هذه الفترة الصعبة (Chatenoud et al, 2012). كما يعد الدعم المهني نوعا اساسيا من الدعم الذي يجب مراعاته في حياة الوالدين (Rogé, 2008).

و يساعد التعاون الجيد مع المختصين المحيطين بأطفالهم المصابين بالتوحد في التغلب على المحنة من خلال السماح لهم بفهم و التصرف مع طفلهم بشكل افضل (Girard, Miron, & Couture, 2014)، بالتالي يشعر الوالدين بالاطمئنان عندما يلتقون بمختصين يقدمون خدمات لصالح اطفالهم (Wintgens, & Hayez, 2005). و قد يكون هناك عقبات بين المختصون و الوالدين خلال الاجتماعات الأولى، فيمكن ان يشعر المختصون بنوع معين من عدم الارتياح الوالدين الذي يمكن ان يساهم في مقاومتهم (Girard, Miron, & Couture, 2014).

(Vallée-Danahue, 2018)

خلاصة الفصل:

لقد تناولت في هذا الفصل مفهوم المعاش النفسي، و أنواعه التي تنقسم الى نوعين هما: المعاش النفسي الايجابي و المعاش النفسي السلبي. كما خصصت بالذكر بعض عناصر المعاش النفسي و ذلك بالتطرق الى : القلق، و الاكتئاب، و الوحدة النفسية، و الإحباط، و تقدير الذات، و التوافق النفسي.

وفي اخر الفصل ادمجت عنصرا يرتبط بموضوع دراستي، و بالأخص العينة التي اخترتها و هي الوالدين، حيث ادرجت عنصر حول عواقب اضطراب طيف التوحد على حياة الوالدين. و بهذا تكون لنا مجموعة من الافكار التي من شأنها ان توضح الرؤية لمفهوم المعاش النفسي عامة، و الحالة النفسية للأولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد خاصة.

الفصل الثالث

الإعلان عن التشخيص

- تمهيد:

- 1- تعريف الإعلان عن التشخيص .
- 2- محتوى الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 3- مراحل سيرورة الإعلان عن التشخيص.
- 4- ردة فعل الوالدين عند الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 5- أسباب عدم رضا الوالدين عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 6- عملية التكيف الأسري بعد الإعلان عن تشخيص.
- 7- دور الطبيب النفسي أو المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الإعلان عن التشخيص.

- خلاصة الفصل .

تمهيد:

ان اكثر المراحل الصعبة على الفريق الطبي المختص في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، هي عملية الاعلان عن تشخيص للوالدين. التي تعتبر فترة حساسة بالنسبة لهما، و يمكن ان تغير حياتهم إلى الاسوء و تعيق السير الحسن للأسرة ككل.

لذلك سأتناول في الفصل التالي بعض العناصر حول عملية الاعلان عن التشخيص و منها: تعريف الاعلان عن التشخيص، و محتوى الاعلان عن التشخيص، و كيفية سيره. و ردة فعل الوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و اساب عدم رضاهم، و ايضا عملية التكيف الاسري بعدها . ثم في الاخير اذكر دور الطبيب النفسي او المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الاعلان عن التشخيص.

1- تعريف الاعلان عن التشخيص:

الاعلان يعني " التواصل". و يسمح للناس بمعرفة ان شيء ما موجود او سيحدث. و لا يقتصر الامر على ابلاغ الناس فقط، و انما جعلهم يفهمون، و هو نقل شيء معقد و مفصل. (Zouani, Ouandelous, 2018, p119)

2- محتوى الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يوصى بان يتضمن الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد على ما يلي:

اولا يجب ان يكون الإعلان عن تشخيص ضمناضطراب طيف التوحد، او اي حالات مصاحبة له. كما يجب ان يوضح بشكل دقيق وظائف الطفل، من خلال ابراز مهاراته و امكانياته و صعوباته في مختلف مجالات نمو الطفل. و عند الإعلان عن التشخيص يوصى بان يكون وقت للمناقشة، يتيح للوالدين الفرصة لطرح الاسئلة و التوضيح لهم عن: ما هو التوحد؟ و كيف يمكن ان يؤثر في نمو وظائف طفلهم؟ و خطر تكرار اصابة الابناء بهذا الاضطراب، و امكانية الاحالة إلى الاستشارة الوراثية السريرية من اجل اجراء التحقيق الجيني المسبب للمرض. و تقديم خطة شخصية للتدخلات التربوية العلاجية، و للترتيبات التربوية الملائمة لاحتياجات و طلبات الطفل و اسرته و كذلك اولوياتهم و خياراتهم. و من المناسب ايضا توفير ادوات على سبيل المثال كتيبات المعلومات، لإرشاد الوالدين في عملية اعلان التشخيص لأفراد الآخرين في الاسرة و الاصدقاء. و يقدم ايضا تقرير طبي مكتوب يوضح التشخيص الطبي، يتضمن تلخيص للملاحظات السريرية، و نتائج الرئيسية للتقييمات و التوصيات الخاصة بالتدخلات التعليمية، و العلاجية المكيفة. (Haut Autorité de Santé, 2018)

3- مراحل سيرورة الاعلان عن التشخيص:

قسم المختصون الاعلان على ثلاث مراحل اساسية:

■ مرحلة قبل الاعلان عن التشخيص:

و التي تبدأ من ظهور اعراض معينة لدى الشخص يحتمل ان تكون ناتجة عن اضطراب او مرض مزمن او خطير، و تنتهي مع ظهور النتائج النهائية لمختلف التحاليل الطبية التي اجراها المريض و التي تسمح بالتحقق من اصابة الشخص و بالتالي وضع التشخيص المناسب، حيث تبدأ عملية الاعداد و التحضير لإعلام المريض بهذا التشخيص ليتم بعدها مباشرة العلاج الملائم. و هنا يلعب دور المختص النفسي دورا محوريا في التحضير النفسي للمريض لتلقي خبر اصابته بالمرض، و كذا التعرف على خصائص شخصيته و توقع رد فعله.

■ مرحلة الاعلان عن التشخيص:

كما يشير اليها اسمها، تتمثل هذه المرحلة في اللحظات التي يتم فيها اصال نتائج التشخيص للمريض الذي يمكن ان يكون مرفوق بفرد او افراد عائلته او أقربائه، و التي تتم في مقابلة واحدة (او عدة مقابلات في بعض الاحيان)، حيث يقوم بها الطبيب المعالج.

■ مرحلة ما بعد الاعلان عن التشخيص:

و هي المرحلة التي تلي اطلاع المريض على حالته الصحية، حيث يتم فيها تحضير و مباشرة التكفل العلاجي ، و كذلك المتابعة النفسية و مرافقة المريض لتقبل حالته الصحية الجديدة . و العمل على مساعدته لاحترام و اتباع التعليمات الطبية و العلاج المقترح لضمان تقادي حدوث مضاعفات (Liénard, 2016) .

4- ردة فعل الوالدين بعد الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يتعامل الوالدين مع الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد بطرق مختلفة جدا، و هناك بعض العوامل التي تؤثر على ردود افعالهم و منها: وقت الانتظار الذي يقضيه الوالدين لتلقي اعلان الاختصاصي للتشخيص يمكن ان يضخم ردود أفعالهم، لأنهم يجدون انفسهم غارقون في معلومات لم يكونوا مستعدين لها على الاطلاق (Golse, 2013). لكن عندما يتوقع الوالدين هذه الأخبار، فان الصدمة المتعلقة بإعلان التشخيص تكون اقل أهمية، مقارنة بالصدمة التي يعاني منها الوالدين اللذان لم يتوقعا مثل هذا التشخيص (Carbonneau, & Rousseau, 2012). ففي الاول يقوم بعض الاولياء بانتقاد المختصين الصحيين الذين تمت استشارتهم و يشكون في تشخيصهم (Lamay, 2004)، لأنهم في مرحلة حداد على طفلهم الطبيعي (Misés, & Grand, 1997). و كل ما يقوم به الوالدين من اجل تكذيب تشخيص الطبيب يسبب توترا لديهم (Courcy, & des Rivières- pigeon, 2014)، كما ان عدم استفادة الوالدين من التدخلات التي تتوافق مع حالة طفلهم بعد الاعلان عن التشخيص مباشرة، يولد الكثير من المخاوف داخل الاسرة (Chatenoud, Kalubi, & paquet, 2014). لذلك خلال الاشهر الاولى التي تلي اعلان عن التشخيص، يصعب على الوالدين التحدث عن غضبهم، لأنهم غير قادرين على قبول هذا التشخيص (Williams, & Wright, 2010). فهذا الاخير يعتبر خطوة صعبة بالنسبة لهما، لأنهم يمكن ان يواجهوا العديد من التحيزات الاجتماعية على سبيل المثال: يمكن للوالدين ان يشعروا ان نظرة الآخرين تتغير، عندما يملكون طفلا مصابا بالتوحد. (Courcy, & des Rivières- pigeon, 2014)، لكن عندما يتصور الوالدين مستقبل طفل التوحد و الاسرة ككل بنفس الطريقة، تزداد فرص التكيف بشكل أفضل مع الوضع (Carbonneau, & Rousseau, 2012)

(Kim Vallée-Danahue, 2018)

5- اسباب عدم رضا الوالدين عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

1- التأخر في الحصول على تشخيص اضطراب طيف التوحد:

احد العوامل المهمة التي تؤثر في عملية التشخيص هو التأخر في كشف الوالدين عن اعراض التوحد و الحصول الفعلي على تشخيص اضطراب طيف التوحد، و قد اظهرت الابحاث ان عملية تشخيص الاطفال اللذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يستغرقون وقتا اطول بكثير من تشخيص الاعاقات النمائية الاخرى. و هناك ادلة تشير إلى ان الوالدين يشعرون بوجود مشاكل سلوكية لدى اطفالهم في السنة الاولى من عمر الطفل، إلى ان عملية التشخيص الفعلية لاضطراب طيف التوحد لا تتم حتى سن 4 سنوات.

و اشار الوالدين بأنه رغم طول عملية التشخيص التي تتراوح بين اربعة اشهر إلى سنتين، إلى انهم راضون عنها. و لكن لا بد من تنفيذ عدد من الاستراتيجيات لزيادة المعرفة و الاطلاع على اضطراب طيف التوحد بين المهنيين و الأخصائيين، اذ يفضل اشتراك الوالدين في هذه العملية، و الوصول المبكر إلى خدمات التدخل المبكرة، و زيادة توفير خدمات الدعم مباشرة بعد التشخيص بما في ذلك تقديم المعلومات اللازمة.

2- تبادل معلومات التشخيص من قبل اخصائي مع الاسرة:

هناك مصدر اخر لعدم الرضا يتعلق بكيفية الاعلان عن التشخيص الاول من قبل الطبيب، او الشخص المسؤول عن التشخيص إلى الأسرة، اذ تعد عملية الكشف عن التشخيص احد اهم جلسات عملية التشخيص ، و هذا التواصل يمكن ان يساعد في تشكيل مستوى رضا الوالدين. و قد اظهرت الدراسات ان الطريقة التي يتم بها تقديم التشخيص لأول مرة من الممكن ان يؤثر بقوة على الطريقة التي يتعامل و يتكيف بها الوالدين مع الاضطراب (Sloper, & Turner, 1993)، و هذا بدوره يمكن ان يؤثر بشكل اكبر في كيفية تفاعل الوالدين مع طفلهم و تحقيق العلاج (Hasnat, & Graves, 2000). و يعد العامل

الوحيد الأكثر أهمية في ضمان تجربة تشخيصية ايجابية هو وجود علاقة تعاونية قوية بين الوالدين و المختصين، حيث تؤثر تجارب الوالدين ووجهات نظر التقييم التشخيصي الأولي على التطور الأولي للعلاقة بين الوالدين و المختصين بشكل ايجابي.

و في دراسة Saggi (2015) افاد الوالدين انهم يكونون راضين عن الاعلان عند معالجة القضايا التالية:

اولاً: الطريقة التي يكشف بها اخصائيين التشخيص عن المعلومات تزيد من راضا الوالدين عن عملية التشخيص، خاصة اذا القى الاخصائي المعلومات بطريقة مناسبة و متعاطفة معهم.

ثانياً: كمية المعلومات المقدمة خلال عملية التشخيص تزيد من مستوى رضاهم عن عملية التشخيص. و بالإضافة إلى ذلك، تكون تقييمات الوالدين اكثر ايجابية اذا اعطى الاخصائي أهمية للسلوك غير المرغوب لطفلهم، و تقبل شكوك الاهل تجاه وجود مشكلة لدى طفلهم، و اذا سمح لهم الاخصائي بطرح الاسئلة خلال جلسة التقييم و الاستماع لهم (الخطيب، 2019).

6- عملية التكيف الاسري بعد الاعلان عن التشخيص:

بمجرد مرور الصدمة، سيتمكن الوالدين شيئاً فشيئاً من ادراك الواقع الذي يحيط به و يتكيف مع الوضع العائلي الجديد، و تتم عملية التكيف على عدة مراحل و هناك عدة نماذج و هي:

- نموذج Bouchard 1994: يتكون من اربعة مراحل و تم اثرائه من قبل: Baskeiwicz و Drotar و Irvin و Kannel و Klaus اما المرحلة الخامسة اضافها Lamarche و سأعرض مراحل هذا النموذج كما يلي:

- المرحلة الأولى: و هي مرحلة الصدمة تلي الاعلان مباشرة، حيث يدرك الوالدين ما يحدث و تكون ردود افعالهم مختلفة (الحزن، الارتباك، القلق، اللامبالاة...)
- المرحلة الثانية: و هي مرحلة الانكار يتجاوز فيها الوالدين مرحلة الاعلان و هما الان في مرحلة الانكار و الرفض، و لا يرغبان في تقبل التشخيص و يلجئون إلى اخصائيين اخرين على امل ان يكون التشخيص مختلفا. و هذه المرحلة اساسية في عملية تكيف الوالدين.
- المرحلة الثالثة: هي مرحلة الغضب و اليأس و في هذه المرحلة يتعامل الوالدين مع التشخيص الذي قدم لهم كظلم، و يقوم بعض الاباء بقطع جميع العلاقات الاجتماعية و يسعون وراء اسباب الاعاقة من اجل تقليل الشعور بالذنب.
- المرحلة الرابعة: هي مرحلة التكيف، و في هذه المرحلة تنقص مشاعر الغضب و الحزن لدى الوالدين و يستعيدون الثقة في انفسهم.
- المرحلة الخامسة: و هي مرحلة اعادة التنظيم، في هذه المرحلة يكون الوالدين واقعيين بشأن حالة طفلهم، و يتقبلون اعاقته و يحاولون ايجاد الافضل لنموه. و هذه المرحلة تمر بها الاسرة ككل (Rodi, 1996) .

■ نموذج Schuchardt:

- اقترح نموذج حلزونيا يحدد المراحل التي يمر بها الوالدين عند الاعلان عن التشخيص وصولا إلى التكيف و يحتوي على ثمانية مراحل و هي كما يلي:
- المرحلة الأولى: مرحلة عدم اليقين، حيث يسمع الوالدين الاخبار و يجدون أنفسهم، في حالة صدمة اثر ما تم الاعلان عنه.
 - المرحلة الثانية: مرحلة اليقين، في هذه المرحلة يضل الوالدين متفائلين بان الامور ستتغير.

- المرحلة الثالثة: مرحلة العدوانية، في هذه المرحلة يتأثر الوالدين عاطفياً للغاية مما يجعلهم يتفاعلون مع الآخرين بقوة كوسيلة للهروب من آلامهم.
- المرحلة الرابعة: مرحلة التفاوض، في هذه المرحلة لا يزال هناك أمل ضئيل للوالدين و يسعون إلى الحصول على مشورة طبية أخرى أو موارد بديلة للطب.
- المرحلة الخامسة: مرحلة الاكتئاب، في هذه المرحلة يواجه الوالدين وضعهم الذي لا يتغير و يقومون بحداد.
- المرحلة السادسة: مرحلة القبول، بعد مرور الوالدين بالحالات الاكتئابية يستعدون لتقبل الموقف الذي لا مفر منه.
- المرحلة السابعة: مرحلة الإجراء، في هذه المرحلة يتعلم الوالدين كيفية التعايش مع تشخيص طفلهم و البحث عن الأفضل له.
- المرحلة الثامنة: مرحلة التضامن، هذه المرحلة الأخيرة خطوة أخيرة نحو التكيف، يعيد الوالدين مرة أخرى الرغبة في اكتشاف الذوق و الرغبة بالقيام بالنشاط و المشاركة مع الآخرين. (Rodi, 1996) (Aude, 2016)

7- دور الطبيب النفسي او المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الاعلان عن التشخيص:

1- دور الطبيب النفسي عند الإعلان عن التشخيص:

في البداية يقوم المختصين بالعديد من الفحوصات، من أجل تأكد الطبيب من شكوكه قبل الاعلان عن التشخيص. ثم على الطبيب ان يحرص على طريقة اىصال رسالته للوالدين، و لكيفية تعامله معهم تجنباً من وقوع الوالدين في صدمة أخرى. لان كل الكلمات التي يستخدمها الطبيب عند الاعلان عن التشخيص ستؤثر في الاسر و تبقى محفورة في اذهانهم

مدى الحياة، و في حالة الشك في جودة المعلومات يجب احالة الوالدين الى طبيب اخر (Dubois, 2004). كما يعمل الطبيب على تقديم المعلومات عند الإعلان عن التشخيص بطريقة واضحة و مفهومة و خالية من المصطلحات الطبية الغامضة، و كيف ايضا مفرداته حسب درجة استيعاب و فهم الوالدين (Hania, 2003). و لموقف الطبيب و إيماءاته اهمية كبيرة عند الإعلان عن التشخيص، حيث تترك علامة ايجابية على الوالدين مثل: اللمس على ذراع او كتف الوالدين يلعب دورا مهما و يطمئن الوالدين اكثر من الحوارات الطويلة (Mirlesse, 2007). لذلك من الافضل ان يقوم طبيب العائلة بنقل الاعلان عن التشخيص و المعلومات، بما انه هناك علاقة ثقة قائمة بين الطبيب و الوالدين و يعرف العائلة نوعا ما (Marcoz, 2013). كما يسهل وجود ممرضة عند الاعلان التشخيص نقل المعلومات داخل الفريق، و يكون دعما للوالدين ايضا (Lambotte, de Gheest, Courtois, Delvaux, & Detemmerman, 2008)

2_ دور المختص النفسي داخل الفريق الطبي عند الإعلان عن التشخيص:

من الضروري ان يتم دعم الفريق الطبي بمختص نفسي، حيث يقوم الطبيب رفقة المختص النفسي بإعلان التشخيص للوالدين ، بحيث ينقل الطبيب المعلومات الطبية و التشخيصية، بينما يعتني المختص النفسي بدعم الوالدين عاطفيا (Zinschitz, 2007) و لا يشارك حتى يتوقع انطلاق مشاعر الاذى عند الوالدين. و يجب على هذا الفريق تخصيص لحظات اسبوعية مع الوالدين، من اجل مناقشة المواقف المختلفة التي يواجهونها (Morisseau, 2004). لانهم يقومون بالتعبير عن صعوباتهم و معاناتهم للأطباء خلال هذه المناقشة المنتظمة. (Hania, 2003) كما يمثل المختص النفسي مصدر دعم للطبيب لأنه يوضح له كيفية الاستماع إلى الوالدين، و عن طريقة التحقق من مستوى استيعاب و فهم الوالدين المعلومات التي قدمها (Derome, 014). (Aude, 2016)

- خلاصة الفصل:

رغم قلة المعلومات التي تحصلت عليها حول الاعلان عن التشخيص، إلا انه يمكن القول ان طريقة الاعلان عن التشخيص و المعلومات التي يتم تقديمها لها اهمية قصوى على تأثر الوالدين بهذا النبأ. فعلى الفريق المتخصص في عملية الإعلان، الحرص على جودة المعلومات المقدمة و طريقة تقديمها و التعاطف مع الوالدين. لأنهم يمرون بمرحلة جد صعبة عليهم حيث ينصدمون من هذه الحقيقة المرة التي لا مفر منها، و يصلون الى حد الانكار و الدخول في استجابة اكتئابية.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للدراسة

1-التذكير بفرضيات الدراسة.

2-طريقة اجراء الدراسة الاستطلاعية.

3-الدراسة الأساسية.

4- ادوات الدراسة.

5-الاساليب الاحصائية المستخدمة .

6- كيفية اجراء البحث.

1- التذكير بفرضيات الدراسة :

- تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد بطريقة جيدة.
- يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين.

2-طريقة اجراء الدراسة الاستطلاعية :

قبل البدء في طريقة اجراء الدراسة ، قمت بالدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة بين 23 مارس 2023 و 04 ماي 2023.

تعد الدراسة الاستطلاعية اول خطوة يلجا اليها الباحث لأنها خطوة هامة في البحوث العلمية و تسبق الدراسة الرئيسية للبحث، فمن خلالها تظهر لنا صورة شاملة للبحث، كما تسمح باكتشاف ميدان الدراسة و التحقق من وجود عينة البحث و التعرف عليها. لهذا قبل الشروع في العمل قمت ببحث استطلاعي، كان الهدف منه هو معرفة مدى قابلية انجاز البحث، و ضبط متغيرات البحث، و معرفة مدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة في البحث و ضبط عينة البحث.

و لتحقيق هذا الهدف توجهت الى مصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي - محفوظ بوسبسي- بشراكة ، و تم استقبالي من طرف البرفسور " بكو صديق" ممارس للطب العقلي للاطفال و المراهقين بمصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي - محفوظ بوسبسي- بشراكة و قمت بشرح موضوع دراستي له و العينة التي ابحت عنها، و قد اثار اهتمامه موضوع دراستي كثيرا، و قبل الاشراف على عملي و مساعدتي على جمع العينة المراد العمل عليها. كما توجهت الى مستشفى الامراض العقلية و النفسية - فرنان الحنفي- بتييزي وزو، و قد قام احد المختصين باستقبالي، و اعطاء الموافقة على اجراء البحث الميداني في هذه المؤسسة لكن عندما ذهبت لبدء البحث و جمع العينة رفض ذلك . لذلك توجهت الى

عيادة متعددة الخدمات اعكوان و لم اجد فيها العينة التي اريد العمل عليها، على هذا الاساس توجهت الى المؤسسة العمومية لصحة الجوارية عزازقة و استقبلتي مختصة ارطفونية " عسوس" بعد موافقة مدير هذه المؤسسة " ملاك". و اعطت لي مواعيد اخرى التي ساجد فيها اباء الاطفال المصابين بالتوحد، كما ذهبت الى عيادة متعددة الخدمات - الاخوة ظريف " سعيد و بلقاسم و محمد" - المدينة الجديدة دلس بولاية بومرداس قام باستقبالي كل من مختص النفسي " مسعودي دحمان" و مختصة الارطفونية " شعبان يمينة" و تحدثت معهم عن موضوع دراستي و الهدف منه، و وافقوا على اجراء بحثي الميداني لديهم. ثم نظرا لقلّة عدد افراد العينة توجهت الى عدة عيادات في القطاع الخاص و هناك من رفضت ان اقوم بإجراء البحث الميداني لديهم و هناك من ليس لديهم حالات تعاني من اضطراب طيف التوحد، كما توجد من قبلت ان اقوم بإجراء البحث لديها كمختصة الارطفونية "حاج احمد" في دائرة عزازقة بولاية تيزي وزو. كما تنقلت ايضا الى عدة جمعيات للاطفال المعاقين كجمعية " ثقاث" - حذاق سي محند امقران- في امجوراد بدائرة عزازقة التي استقبلني فيها " كمال بناجي" و اعطى لي الموافقة للتواصل مع المختصة النفسية التي تعمل في هذه الجمعية و الحصول على العينة، و الجمعية " اثران" في تامدة ولاية تيزي وزو استقبلني فيها رئيس هذه الجمعية " بابوا" ووافق على اجراء البحث الميداني لدى مختصة النفسية الموجهة في الجمعية حتى انه ساعدني بالاتصال بأولياء اطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الغائبين في هذه الفترة، و طلب منهم الحضور و حتى انه اخذ بعض من الاستبيانات و المقاييس الى الجمعية المتواجدة في دائرة معاتقة من اجل الحصول على العينة المرغوبة.

قمت باختبار استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص اضطراب طيف التوحد لـ Annie Poirier (2008) الذي اعدى لتوضيح رحلة الاسر التي تم تشخيص طفلها بمرض التوحد، من خلال رسم صورة للخطوات المختلفة التي تؤدي الى الحصول على

تشخيص اضطراب طيف التوحد، من مخاوفهم الأولى الى التشخيص الرسمي مع تقييم رضي الوالدين ، مع العلم انه لم يطبق في البيئة الجزائرية الى حد الان ، و قمت بترجمة الاستبيان الى اللغة العربية.

كما استخدمت مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R) ل Weiss و Marmar (1997)

بعد مراجعته ل مقياس Horowitz و Wilner و Alvarez (1979) الذي اعدى لقياس الضيق النفسي بعد صدمة جراء حدث معين او موقف مؤلم ، و هذا المقياس طبق من قبل في البيئة الجزائرية في جامعة بجاية كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، بالضبط من طرف الطالبين (راجح اعراب و سعيدي عبد الوهاب) لكن بالنسخة الفرنسية و لم يتم ترجمته، لذلك توجب علي ترجمته الى اللغة العربية. و بعد التحقق من ملائمة المقياس على مجتمع الدراسة بنسخته العربية قمت بتطبيقه على عينة تتكون من 30 والد للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من اجل حساب صدق و ثبات المقياس.

2-1- طريقة تعديل استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص التوحد:

بما ان استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص التوحد ل Annie Poirier (2008) لم يطبق من قبل في البيئة الجزائرية في حدود دراستنا. و النسخة الاصلية باللغة الفرنسية، توجب علي ترجمته الى اللغة العربية حتى يكون صالح للتطبيق.

2-1-1- الخصائص السيكومترية لاستبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد :

أ- صدق المحكمين :

بعد تعديل بنود الاستبيان ليصبح ملائم لعينة بحثي، قمت بتوزيع الاستبيان على مجموعة من الاساتذة تخصص علم النفس في جامعة مولود معمري تيزي وزو، و استاذ استشفائي جامعي في كلية الطب في الجزائر تخصص الطب العقلي و النفسي للطفل و المراهق و ممارس للطب العقلي للاطفال و المراهقين بمصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي - محفوظ بوسبسي- بشراكة و رئيس اللجنة العلمية للفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد FNAA (انظر الملحق 01). و ذلك بهدف التأكد من صلاحية الاستبيان ، و ان البنود تتناسب مع موضوع بحثي. و قد تحصلت على موافقة الاساتذة المحكمين، و قد قاموا بتوجيهي الى بعض التعديلات لبعض البنود من الناحية اللغوية و التعبير من اجل ان تصبح قابلة للاستخدام في بحثي و هي في الجدول التالي :

البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
3_ اخر شهادة حصلت عليه .	_ المستوى الدراسي .
5_ ما هو جنس طفلك؟	_ ما هو جنس طفلك الذي تم تشخيصه انه مصاب باضطراب طيف التوحد ؟
9_ هل كان لديك معرفة حول التوحد قبل ولادة طفلك ؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق	_ هل كان لديك معرفة مسبقة عن اضطراب طيف التوحد قبل ولادة طفلك ؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق
10_ هل كانت لديك شكوك حول احتمالية حدوث اضطراب في النمو لدى طفلك قبل تلقي التشخيص الرسمي؟	_ هل كانت لديك شكوك في احتمالية اصابة طفلك باضطراب في النمو قبل ما تم اعطائكم التشخيص الرسمي ؟
13_ كم كان عمر طفلك في وقت هذه المخاوف الاولى؟	_ كم كان عمر طفلك عندما عبر عن هذه المخاوف الاولى ؟
16_ خلال هذه الاستشارة الأولى، من هو المختص او فريق المختصين الذين استشرتهم لأول مرة ؟ يرجى وضع علامة على الاجابات المناسبة .	_ من هو المختص او المختصين الذين استشرتهم لأول مرة ؟ يرجى وضع علامة على الاجابات المناسبة .

ينطبق	
17 _ هل اضطررت إلى انفاق المال لدفع رسوم هذه الاستشارة ؟	_ هل توجب عليك دفع مقابل مالي من أجل هذه الاستشارة ؟
22 _ من هم المختصون الذين اخبروك عن تشخيص طفلك؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق	_ من هو المختص او المختصين اللذين اخبروك عن تشخيص طفلك ؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق (يمكنك اختيار عدة اجوبة) .
24 _ ما هي مدة جلسة الاعلان عن التشخيص؟	_ ما هي المدة المستغرقة للإعلان عن التشخيص ؟
42 _ هل تلقيت مكتوبا يوضح التقييمات التي تم اجراءها و نتائج تلك التقييمات ؟	_ هل تلقيت تقريراً موضحاً لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها ؟
49 _ عند الاعلان عن التشخيص، يحدث ان بعض الجمل و التأكيدات المعينة التي يصدرها المختصون تحددك بشكل خاص او تظل في ذاكرتك لفترة طويلة جداً، سواء كانت ايجابية او سلبية. اذا كنت ترغب في ذلك، يرجى الابلاغ عن هذه الملاحظات البارزة هنا	_ عند الاعلان عن التشخيص، يحدث ان تنسى بعض الجمل و التصريحات المقدمة من طرف المختصين سواء كانت ايجابية او سلبية و بقيت راسخة في ذاكرتك لمدة طويلة جداً. اذا كنت ترغب يرجى كتابتها هنا.

الجدول رقم (03) يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة لاستبيان عملية التقييم و

الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد

2-2- طريقة تعديل مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R):

بما ان مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R) طبق من قبل في البيئة الجزائرية بالنسخة الفرنسية دون ترجمته الى اللغة العربية توجب علي ترجمته الى اللغة العربية.

بما ان هذا المقياس يستخدم لقياس الضيق النفسي، بعد الصدمة جراء حدث معين او موقف مؤلم. فان بنوده في النسخة الفرنسية المنقحة، لم تحدد اي حدث معين صادم . فاننا قمنا بتحديد الحدث المؤلم و الصادم في هذا البحث، المتمثل في حدث الاعلان عن تشخيص التوحد. فقمنا بتغيير عبارات المقياس لتصبح ملائمة لموضوع بحثي، فاستبدلنا عبارة " الحدث " بعبارة " الاعلان عن تشخيص التوحد " فأخذنا البنود الاكثر ملائمة و التي تتمثل في البنود التالية: 1 _ 3 _ 6 _ 7 _ 14 _ 16 .

و هناك بنود استبدلنا فيها عبارة " الحدث " بعبارة " الاعلان " فأخذنا البنود الاكثر ملائمة و التي تتمثل في البنود : 8 _ 9 _ 17 _ 19 _ 21 .

و هناك بنود استبدلنا فيها عبارة " الحدث " بعبارة " الاعلان الذي تم " فأخذنا البنود الاكثر ملائمة و التي تتمثل في البنود: 11 _ 12 _ 13 . و بعد تعديل طبقنا المقياس على 30 فرد بهدف حساب الخصائص السيكومترية للمقياس حتى يكون صالحا للتطبيق .

2-2-1- الخصائص السيكومترية مقياس تأثير الاحداث المنقح (IES-R):

أ- صدق المحكمين:

بعد تعديل بنود المقياس ليصبح ملائم لعينة بحثي، قمت بتوزيع المقياس على مجموعة من الاساتذة تخصص علم النفس في جامعة مولود معمري تيزي وزو، و استاذ استشفائي جامعي في كلية الطب في الجزائر، تخصص الطب العقلي و النفسي للطفل و المراهق و ممارس للطب العقلي للاطفال و المراهقين بمصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي

- محفوظ بوسبسي- بشراقة و رئيس اللجنة العلمية للفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد FNAA (انظر الملحق 01). و ذلك بهدف التأكد من صلاحية المقياس، و ان البنود تتناسب مع موضوع بحثي. و قد حصلت على موافقة الاساتذة المحكمين، و قد قاموا بتوجيهي الى بعض التعديلات و اعادة صياغة البنود الغير السليمة من الناحية اللغوية، و التعبير من اجل أن تصبح قابلة للاستخدام في بحثي و هي في الجدول التالي :

البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
5_ عندما فكرت في الامر او تم تذكيري به، تجنب الانزعاج.	5_ عندما افكر في الامر او تم تذكيري به، تجنب الانزعاج .
13_ كانت مشاعري اتجاه هذا الحدث جامدة.	13_ كانت مشاعري اتجاه هذا الإعلان الذي تم جامدة .
16_ شعرت بموجات من المشاعر الشديدة حول هذا الحدث الاعلان الذي تم عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.	16_ شعرت بالمشاعر الشديدة حول الإعلان الذي تم عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
19_ ما يذكرني بالإعلان يسبب لي في ردود فعل جسدية مثل: التعرق، أو صعوبة في التنفس، أو الغثيان أو خفقان القلب.	19_ كلما أتذكر هذا الإعلان تكون لدي ردود فعل جسدية مثل: التعرق، أو صعوبة في التنفس، أو الغثيان أو خفقان القلب.
21_ كنت متيقظا و على استعداد لهذا الإعلان.	21_ كنت يقظا وعلى استعداد لهذا الإعلان.

الجدول رقم (04) يوضح التعديلات المقترحة من طرف الاساتذة لمقياس تأثير الاحداث

المعدل (IES-R)

ب- صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بالتحقق من صدق مقياس تأثير الحدث المعدل باستخدام طريقة الصدق الداخلي بتقدير معاملات الارتباط "بيرسون" بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها.

جدول (05): يوضح معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها

التجنب		اقتحام الذاكرة		التنشيط العصبي العالي	
رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
5	**0,45	1	**0,45	4	**0,48
7	**0,64	2	**0,48	10	**0,56
8	**0,67	3	**0,47	15	**0,53
11	**0,50	6	**0,50	18	**0,57
12	**0,66	9	**0,45	19	**0,65
13	**0,53	14	**0,40	21	**0,43
17	**0,60	16	**0,63	**دال عند مستوى 0,01	
22	**0,56	20	**0,62		

يتضح من الجدول (05) أن معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة تتراوح بين (0,43 - 0,67) ودالة عند مستوى 0,01، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين البنود وُبعد "التجنب" بين (0,45 - 0,67)، وبين البنود وُبعد "اقتحام الذاكرة" بين (0,40 - 0,63)، وبين البنود وُبعد "التنشيط العصبي العالي" تتراوح بين (0,43 - 0,65). وعليه تتمتع بنود مقياس تأثير الحدث ببنية داخلية متسقة مع الأبعاد التي تنتمي إليها. كما تم تقدير معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية للتحقق من صدق البنية الداخلية لمقياس تأثير الحدث.

جدول (06): يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد	التجنب	اقتحام الذاكرة	التنشيط العصبي العالي	الدرجة الكلية
التجنب	---	**0,55	**0,50	**0,87
اقتحام الذاكرة	---	---	**0,68	**0,85
التنشيط العصبي العالي	---	---	---	**0,80

**دالعند مستوى 0,01

يوضح الجدول (06) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية مرتفعة، حيث تراوحت بين الأبعاد بين (0,50 - 0,68)، ودالة عند مستوى 0,01، كما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية بين (0,80 - 0,87) ودالة عند مستوى 0,01. وبالتالي يتمتع مقياس تأثير الحدث بالصدق الداخلي.

ت- ثبات التناسق الداخلي للمقياس :

تم تقدير ثبات درجات مقياس تأثير الحدث وأبعاده الثلاثة (التجنب، اقتحام الذاكرة، التنشيط العصبي العالي) باستخدام طريقة التناسق الداخلي لـ "ألفا" و"أوميغا".

جدول (07): يوضح معاملات ثبات درجات المقياس وأبعاده

الأبعاد	عدد البنود	معامل "ألفا"	معامل "أوميغا"
التجنب	8	0,71	0,70
اقتحام الذاكرة	8	0,70	0,69
التنشيط العصبي العالي	6	0,69	0,66
المقياس الكلي	22	0,80	0,78

يتضح من الجدول (07) أن معاملات ثبات درجات أبعاد المقياس (التجنب، اقتحام الذاكرة، التنشيط العصبي العالي) مقبولة تراوحت بين (0,66 - 0,71)، وجاءت معاملات

المقياس الكلي مرتفعة بطريقة "ألفا" (0,80)، وبطريقة "أوميغا" (0,78). وهذا ما يؤكد على تمتع درجات مقياس تأثير الحدث بأبعاده بثبات مقبول.

توصلت نتائج الدراسة الاستطلاعية الى ان عينة الدراسة هم أولياء الأطفال اللذين تم تشخيصهم بشكل رسمي باصابتهم باضطراب طيف التوحد. كما توصلت الى قابلية تطبيق استبيان عملية التقييم و الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل (IES-R) كدوات في دراستي لملائتهما من حيث المضمون و اللغة و سهولة فهمها من طرف عينة البحث.

3-الدراسة الاساسية:

تعد الدراسة الاساسية انطلاقة الفعلية للبحث الميداني، حيث قمت بالتنقل الى المراكز عدة مرات من اجل توزيع استبيان عملية تقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المنقح على عينة قصدية بغلت 102 من اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و حالتين في المقابلة العيادية.

3-1- المنهج الدراسة :

المنهج هو الطريقة التي يتعين على الباحث الالتزام بها في بحثه، حيث يقوم بإتباع مجموعة من القواعد العامة التي تهيمن على سير البحث، و يسترشد بها الباحث في سبيل الوصول الى الحلول الملائمة لمشكلة البحث. (الخضر، 1996، ص 17) فحسب " روتز " هو اجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة. (محمد قاسم، 2003، ص 52)

و لكل دراسة علمية منهج خاص بها، فالمنهج يفرض نفسه في الساحة العلمية باعتباره الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول الى النتائج العلمية، و نحن في دراستنا هذه اعتمدنا على المنهج الوصفي ، كونه المنهج المناسب للبحوث النفسية و التربوية. كما يسمح لنا

بالتعرف عن قرب على موضوع دراستنا (المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص التوحد لدى الطفل).

و المنهج الوصفي هو احد اشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لظاهرة او مشكلة محددة و تصويرها كميا ، عن طريق جمع البيانات و المعلومات عن الظاهرة و تحليلها و تصويرها كميا عن طريق جمع البيانات و المعلومات عن الظاهرة و تحليلها و تصنيفها. (ربحي مصطفى عليان ، 2000، ص- 43)

و عرف المنهج الوصفي كذلك : بأنه طريقة من طرق التحليل و التفسير بشكل علمي، للوصول الى اغراض محددة لوضعية اجتماعية معينة (عمار بوحوش، محمود الذنبيات، 2009، ص 139).

كما اعتمدنا على المنهج العيادي باعتباره من المناهج المستعملة في الدراسات العيادية المعمقة، و المركزة على الحالات الفردية. و الأنسب للفهم الشامل للحالة، و الحصول على اكبر قدر من المعلومات، و ثم تقييم كل النتائج المتحصل عليها في كل حالة. لذلك يخدم موضوع الدراسة الذي يهدف، الى التعرف على المعاش النفسي للوالدين عند الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلهم .

و اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي لأنه يتناسب مع أهدافها، و الهدف من هذا المنهج حسب دانيال لاجاس (Danel Lagache) هو الدراسة المعمقة لحالة فريدة. من اجل دراستها دراسة شاملة حتى تصل بالباحث الى فهم العوامل العميقة في شخصية المبحوث (فرج ، 2000، ص 91) ، و بالتالي الفهم الحقيقي للمشكلة من خلال المعلومات المتحصل عليها عن طريق الملاحظة، و المقابلة و الاختبار (شقير، 2002 ، ص 19)

و يعرفه ويتمر Wittmer المنهج العيادي على انه : منهج في البحث يقوم على فحص، و تشخيص و علاج الافراد الذين يعانون من اضطرابات معينة او يعيشون مشكلات توافقية و شخصية و اجتماعية دراسة منهجية (عبد المعطي، 2003 ، ص 31).

فالمنهج العيادي هو احد الوسائل المعرفية المستعملة لدراسة الفرد بوصفه فردا كوحدة متكاملة لا تقبل التجزئة (كمال بكداش) فيتميز هذا المنهج بالطرق التي تدرس الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، و قد يستخدم اساليب سلوكية معينة و استخلاص سمات شخصية خاصة، و الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات و تقديم المساعدة له . (المليجي، 2001، ص- 30)

و يقوم المنهج العيادي على دراسة الحالة ، باعتبارها الانسب للفهم الشامل للحالة الفردية. و الطريقة المثلى لجمع المعلومات من خلال تاريخ الحالة المتحصل عليها عن طريق المقابلة و الملاحظة و كذا الاختبار المطبق عليها، و ذلك بهدف الكشف عن الظروف و الاحباطات التي واجهها الفرد في حياته (مشابقة ، 2008، ص 258).

لذلك فدراسة حالة هي طريقة استطلاعية تتوقف على جمع معلومات موضوعية، حول افراد و ظواهر و جمع الخصائص المرتبطة بها (مرداسي، 2006، ص 196)، و تقوم على تحليل تفصيلي للأداء السلوكي الراهن و الماضي، باستخدام كل من المقابلة العيادية و الملاحظة و نتائج الاختبارات (النجار، 2008، ص 42).

3-2- عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة في 102 و حالتين من اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من كل الجنسين و مختلف الفئات العمرية و طبقت عليهم استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المعدل .

3-3 - خصائص العينة:

الجدول رقم (08) يبين خصائص عينة الاسرة حسب الجنس

النسبة %	عدد الأفراد	
33,3%	34	الأب
66,7%	68	الأم
100%	102	المجموع

يتضح من الجدول (08) أن معظم الذين أجابوا على الاستبيان هم من الأمهات بنسبة (66,7%)، أما الآباء الذين أجابوا على الاستبيان فتقدر نسبتهم بـ (33,3%) من مجموع الأفراد.

الجدول رقم (09) يبين خصائص العينة حسب العمر

النسبة المئوية	التكرارات	
12.7%	13	30 – 20
36.3%	37	40 – 31
34.3%	35	50 – 41
14.7%	15	60 – 51
2.0%	02	60 فيما فوق
100%	102	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (09) الموجود أعلاه ان عمر اغلبية افراد العينة اللذين اجابوا على استبيان عملية التقييم و الإعلان عن التشخيص اضطراب طيف التوحد يتراوح ما بين 31 سنة الى 40 سنة بنسبة (36.3%) و الذين يتراوح عمرهم ما بين 41 سنة الى 50

سنة بنسبة (34.3%)، ثم يليهما من يتراوح عمرهم ما بين 51 الى 60 سنة بنسبة (14.7%) و الذين يتراوح عمرهم ما بين 20 الى 30 ينسبة (12.7%)، بينما جاءت نسبة اللذين يتعدى عمرهم 60 سنة ضعيفة جدا قدرت بـ (2%).

الجدول رقم (10) يبين خصائص العينة حسب المستوى الدراسي

النسبة %	عدد الأفراد	
2,0%	2	بدون شهادة
7,8%	8	ابتدائي
20,6%	21	متوسط
34,3%	35	ثانوي
35,3%	36	جامعي
100%	102	المجموع

يبين الجدول (10) أن غالبية أفراد العينة ذوو مستوى جامعي بنسبة (35,3%)، وثانوي بنسبة (34,3%)، ثم يليهما المستوى المتوسط بنسبة (20,6%)، بينما جاءت نسبة ذوو المستوى الابتدائي ضعيفة قُدرت بـ (7,8%)، وبدون مستوى بنسبة ضعيفة جداً بلغت (2%).

الجدول رقم (11): يبين خصائص العينة حسب عدد الأولاد

النسبة المئوية	التكرارات	
20.6%	21	1
42.2%	43	2
29.4%	30	3
7.8%	08	4 او اكثر
100%	102	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (11) ان اغلبية افراد العينة لديهم طفلين بنسبة (42.2%)، و من لديهم 3 اطفال بنسبة (29.4%)، ثم يليهما من لديهم طفل واحد بنسبة (20.6%)، بينما جاءت نسبة من لديهم 4 اطفال او اكثر ضعيفة قدرت بـ (7,8%).

3-4- طريقة اختيار العينة:

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية تمثل اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد اللذين يترددون الى هذه المراكز التي حصلت فيها على الموافقة لإجراء البحث الميداني سواء في ولاية تيزي وزو، او ولاية بومرداس، او ولاية الجزائر.

3-5- حدود الدراسة:

■ الحدود الزمنية للدراسة :

اجريت هذه الدراسة بين الفترة الممتدة بين 07 ماي 2023 الى غاية 03 اوت 2023.

■ الحدود المكانية للدراسة:

طبقت الدراسة في عدة مراكز منها: مصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي - محفوظ بوسبسي - بشراقة ، و المؤسسة العمومية لصحة الجوارية عزازقة ، و عيادة

متعددة الخدمات - الاخوة ظريف " سعيد و بلقاسم و محمد" - المدينة الجديدة دلس بولاية بومرداس، و عيادة ارطفونية في القطاع الخاص في دائرة عزازقة، و جمعية " ثقافت" للأطفال المعاقين في امجروراذ بدائرة عزازقة ، و جمعية " اثران" في تامدة ولاية تيزي وزو.

4- ادوات الدراسة:

4-1- الاستبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

4-1-1- تعريف الاستبيان :

استخدمت استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد المعد من طرف الباحث Annie Poirier (2008) الذي طبقه في دراسته حول عملية التقييم التشخيصي و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد في: Québec خبرة و تصور الوالدين. التي قام بها عام 2008، لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس. و قد طبقه على عينة من الوالدين في Québec، و الهدف من هذه الدراسة هو توضيح رحلة الاسر التي تم تشخيص طفلها بمرض التوحد، من خلال رسم صورة للخطوات المختلفة التي تؤدي الى الحصول على تشخيص اضطراب طيف التوحد، من مخاوفهم الاولى الى التشخيص الرسمي. كما تهدف دراسته الى وصف شروط و الأحكام و كل ما يحيط بهذا الحدث و تقييم رضا الوالدين.

قام الباحث Annie Poirier (2008) ببناء استبيان انطلقا من عدة دراسات و هي: دراسة Howlin et Moore (1997) : حيث استمد الباحث Annie Poirier من استبيان Howlin et Moore ثلاثة اقسام هي : القسم الاول حول خصائص الأسرة، الذي تناول فيه معلومات حول المشاركين . و القسم الثانية الاهتمامات الاولى المتعلقة بنمو الطفل، الذي تناول فيه مثلا معلومات حول الاشخاص اللذين اظهروا المخاوف الاولى بشأن نمو الطفل، و عمر الطفل في ذلك الوقت، و موضوع هذه المخاوف. و القسم الثالث و الاخير حول الاستشارات التي تجربها العائلات للحصول على التشخيص، الذي تناول فيه

مثلا معلومات حول المختصون الذين تم استشارتهم ، و طبيعة الخدمات (خاصة او عامة) ، و اجال الانتظار، و المنطقة ، و المسافة المقطوعة، و الاحداث التي جرت بعد هذه الاستشارات. و قد قم الباحث Annie Poirier بجمع القسم الثاني و الثالث في قسم واحد سماه: الخطوات التي ادت الى تشخيص طفلك.

و من دراسات Brogan و knussen (2003) ، و Hasnat و Graves (2000) ، و Sloper و Turner (1993) . استمد فيه اربعة اقسام هي : القسم الاول حول التنظيم العام، تناولوا فيه مثلا عدد المختصين المتواجدين في قاعة الإعلان، و المختصين اللذين اخبروك عن تشخيص طفلك، و الاشخاص المتواجدين في قاعة الاعلان. و القسم الثاني حول موقف المختصين، تناولوا فيه مثلا صفات المختصين اللذين اخبروك عن التشخيص، و الرضا عن موقف المختصين عند الاعلان عن التشخيص. و القسم الثالث حول المعلومات الواردة ، الذي تناولوا فيه مثلا معلومات حول وصف المختصين بطريقة دقيقة و واقعية للطفل، تقديم المختصين نقاط ايجابية بشأن نمو الطفل، و تلقي معلومات شفوية و مكتوبة، و الرضا عن المعلومات التي وردت عند الاعلان عن التشخيص. اما القسم الرابع حول الارتياح العام و التحسينات التي يجب اجراؤها، و قد تناولوا فيه الرضا عن التشخيص بشكل عام ، كما يمكن للوالدين اذا رغبوا ادخال تحسينات و تعليقات في عدة أماكن .

اذن يتكون استبيان Annie Poirier (2008) من ستة اقسام هي:

1. القسم الأول : خصائص الاسرة .
2. القسم الثاني : الخطوات التي ادت الى تشخيص طفلك .
3. القسم الثالث : الاعلان عن التشخيص - التنظيم العام - .
4. القسم الرابع : اعلان التشخيص - موقف المختصين - .

5. القسم الخامس : اعلان التشخيص - المعلومات الواردة - .

6. القسم السادس : الارتياح العام و التحسينات التي يجب اجراها.

و تم التحقق من صحة هذا الاستبيان من قبل خمسة خبراء باستخدام نموذج تقييم، و هما عالمان نفسيان من ذوي الخبرة في المجال، و يعملان في عيادة متخصصة في اضطرابات النمو المنتشرة. و والدان لأطفال تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، و استاذ جامعي منخرط بقوة في جمعية تتعلق بوحداث اضطرابات النمو المنتشرة، و خبير في طرق البحث الكمي (Poirier , 2008).

4-1-2- طريقة الاجابة على الاستبيان :

يتكون هذا الاستبيان المصمم من طرف Poirier (2008) من ستة اقسام ، و يجب على المشاركين الاجابة عن الاسئلة المتعلقة بكل قسم من خصائص الاسرة، وصولا الى الارتياح العام و التحسينات التي يجب اجراؤها. و ذلك بعد قراءة كل عبارة بعناية، و اختيار ما يتوافق مع حالة المشارك (ة) عن طريق وضع علامة امام الاختيار المناسب. و هناك اسئلة يمكن للمشاركين اعطاء عدة خيارات، و يوضح ذلك من خلال السؤال، كما توجد اسئلة تسمح للمشاركين بإعطاء ارائهم ، و اقتراح تحسينات كان من الممكن اجراؤها. للمشاركة في الاجابة على هذا الاستبيان يجب ان تتوفر الشروط التالية لدى المشاركين و هي:

5- يجب ان يكون للمشاركين في الاجابة على هذا الاستبيان ، طفل تم تشخيصه رسميا باضطراب طيف التوحد. و ذلك من قبل طبيب عقلي للأطفال، او طبيب الأطفال، او مختص نفسي .

6- يجب ان يكون المشاركين في الاجابة على هذا الاستبيان، حاضرين عندما تمت عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم .

✓ ملاحظة : كل المعلومات التي يتم تقديمها من طرف المشاركين سيتم التعامل معها بسرية تامة، و كل هذه الاجابات تستخدم في غرض البحث فقط .

4-2-مقياس تأثير الحدث (IES-R) :

4-2-1- تعريف المقياس:

مقياس تأثير الاحداث المعدل l'Impact of Event Scale- Revised (IES-R) يعتبر من اقدم المقاييس الاكثر استخداما، لقياس الضيق النفسي خاصة بعد الصدمات. فقد تم تصميمه من اجل قياس الضيق النفسي ، بعد الصدمة جراء حدث معين او موقف مؤلم. تم إنشاؤه في نسخته الاولى (IES) l'Impact of Event Scale بواسطة Horowitz و Wilner و Alvarez (1979) حيث يتضمن 15 عناصر و يقيس مستويين فرعيين هما : التجنب (D'évitement) و اقتحام الذاكرة (D'intrusion de souvenirs).

ثم قام Weiss و Marmar (1997) بمراجعة النسخة الاصلية ليصبح مقياس تأثير الاحداث معدل (IES-R) . و قد اضافا مستوى فرعي ثالث للتنشيط العصبي اللاإرادي لتعويض النقص الذي كان النسخة الاولى لـ Horowitz et al (1979)، حيث اضافا 7 عناصر جديدة . و 6 من هذه العناصر المضافة تغطي الاعراض المرتبطة بالتنشيط العصبي العالي (Activation neurovégétative élevée) على سبيل المثال : اشعر بالضيق والانفعال والغضب، كنت متوتر (متوترة) و تفاجئت بسهولة، كان لدي مشكلة في النوم ، كان لدي صعوبة في التركيز).

يتكون هذا المقياس في صورته النهائية على 22 بند و ينقسم الى 3 مستويات فرعية هي :

1. مقياس فرعي للتجنب (D'évitement) يحتوي على 8 البنود: 5 _ 7 _ 8

_ 11 _ 12 _ 13 _ 17 _ 22 .

2. مقياس فرعي لاقتحام الذاكرة (D'intrusion de souvenirs) يحتوي على 8 بنود

هي: 1 _ 2 _ 3 _ 6 _ 9 _ 14 _ 16 _ 20 .

3. مقياس الفرعي لتنشيط العصبي العالي (Activation neurovégétative)

(élevée) الذي يحتوي على 6 بنود هي: 4 _ 10 _ 15 _ 18 _ 19 _ 21.

كما يتضمن هذا المقياس 5 اجابات محتملة : لا ابدا ، نادرا ، أحيانا ، غالبا، دائما.

فهذا المقياس بخمس درجات من نوع ليكرت.

و قد قام Weiss و Marmar (1997) بتقييم الخصائص السيكومترية للنسخة الفرنسية

(IES-R) حيث تم التحقق من صحتها على النساء في Québec و l'Ontario عام

1988 . حيث وجدوا صدق الاتساق داخلي مرضي (الفا كرونباخ = 0.93) للمقياس

بشكل كلي. و تراوحت قيمة الاختبار و اعادة الاختبار من 0.57 و 0.94 لعامل "

اقتحام الذاكرة "، و من 0.51 و 0.89 لعامل " التجنب " ، و من 0.59 و 0.92 لعامل "

التنشيط العصبي العالي " .

و تمت ترجمة هذا المقياس الى اللغة الفرنسية و التحقق من صحته من قبل Brunet و

St-Hilaire و Jehel و King (2003)

4-2-2- طريقة الاجابة على مقياس IES-R :

يتكون هذا المقياس من قائمة من الصعوبات (22 بند)، التي يمكن ان تواجه الوالدين عند

الاعلان عن التشخيص التوحد. حيث يقوم الوالدين بقراءة كل جملة بعناية، و الاشارة الى

و مدى تأثرهم و انزعاجهم من كل هذه الصعوبات في الايام السبعة الماضية. و ذلك عن

طريق وضع علامة (X) اما الاختيار المناسب من بين هذه الاجابات التالية:

0- لا ابدا .

1- نادرا .

2- أحيانا .

3- غالبا .

4- دائما .

4-2-1. طريقة تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من 22 بند و الاجابة تكون في خمس اجابات محتملة هي : 0 لا ابدا.

1 - نادرًا. 2 - أحيانا. 3 - غالبا. 4 - دائما.

يتم حساب الاجابات على البنود عن طريق اعطاء درجات للإجابات المحتملة: حيث تأخذ الاجابة لا ابدا (0)، و الاجابة نادرا تأخذ درجة (1) ، و الاجابة أحيانا تأخذ درجة (2)، و الاجابة غالبا تأخذ درجة (3) ، اما الاجابة دائما تأخذ درجة (4).

بعد ذلك نقوم بتجميع كل الدرجات التي اجاب عنها الحالة سواء الاب او الام . لمعرفة نسبة تأثرهم النفسي بعد الاعلان عن تشخيص التوحد.

و عند حساب الدرجات على 3 مستويات فرعية: تتراوح نتيجة درجات التجنب (D'évitement) ما بين (0 الى 32) ، و تتراوح نتيجة درجات اقتحام الذاكرة (D'intrusion de souvenirs) ما بين (0 الى 32) ، و تتراوح نتيجة التنشيط العصبي العالي (Activation neurovégétative élevée) ما بين (0 الى 24) . اما النتيجة الاجمالية هي مجموع المقاييس الفرعية الثلاثة تتراوح ما بين (0 الى 88) فإذا كانت النتيجة الاجمالية للحالة اصغر او تساوي درجة 33، فان الحالة غير متاثر بالحدث الصادم. و اذا تحصل على درجة تفوق 30، فان الحالة تاتر بالحدث الصادم .

4-3- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

أولا تعرف المقابلة العيادية على أنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو اشخاص آخرين، هدفها استثارة انواع معينة من المعلومات، لاستغلالها في بحث علمي، و للاستعانة بها في التوجيه و التشخيص و العلاج (عمر، 2009، ص 93).

اما المقابلة العيادية نصف الموجهة فتهدف الى توجيه حديث العميل نحو اهداف البحث، و السير في اتجاه واضح و اقل توجيه و ضبط الاسئلة مع المحافظة على تعبير العميل و البحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع (عباس، 1983) . و لإجراء هذه المقابلة يجب الاعتماد على دليل المقابلة ، الذي يرسم مسبقا انطلاقا من الدراسات النظرية السابقة و الملاحظات و المعلومات التي تحصلت عليها في الدراسة الاستطلاعية و التربص الميداني. فقد قمت بتشكيل دليل خاص للمقابلة العيادية النصف الموجهة ، و وضعت فيها اسئلة تتماشى مع تأثير حدث الاعلان عن التشخيص اضطراب طيف التوحد، و الحالة النفسية للوالدين بعد الاعلان عن تشخيص هذا الاضطراب و ذلك حسب الملحق رقم (4).

و يتكون دليل المقابلة الذي اعدته من اربع المحاور التالية :

- المحور الأول: البيانات الشخصية.

- المحور الثاني : معلومات حول الطفل.

- المحور الثالث : معلومات تتعلق بمرحلة الإعلان عن تشخيص التوحد.

- المحور الرابع: رد فعل الوالدين بعد الاعلان عن التشخيص.

5- الاساليب الاحصائية المستخدمة:

ان الاساليب الاحصائية كثيرة و متنوعة و تعتبر من الجوانب المهمة في الدراسة، لأنها توصلنا الى النتائج التي تساعدنا في التحليل و التفسير.

بعد القيام بالتفريغ كل الاستبيانات و المقاييس في الحاسوب الي عن طريق برنامج اكسل، اعتمدنا بعدها على البرنامج الاحصائي لحزمة العلوم الاجتماعية SPSS لمعالجة هذه البيانات. عن طريق عدة اختبارات احصائية تتدرج ضمن الاحصاء الوصفي، و ذلك بالاستعانة بالأساليب الاحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي: الغرض منه معرفة متوسط اجابات الافراد على الاستبيان و المقياس، و يتم حساب المتوسط الحسابي لدرجات افراد العينة على بنود الاختبار. و يعد من المقاييس النزعة المركزية الذي يوضح مدى تقارب درجات من بعضها و اقترابها من المتوسط، و هو مجموعة الدرجات المتحصل عليها من مجموع افراد العينة.
- المتوسط الحسابي المرجح: و يسمى ايضا المتوسط الحسابي الموزون ، يعتبر من المقاييس الاكثر دقة للنتائج التي تكون مرتبطة ببعضها البعض.
- الانحراف المعياري: يعتبر من اهم مقاييس التشتت و يعرف انه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي، و الانحراف المعياري يفيدنا في معرفة توزيع العينة، و مدى انسجامها.
- تحليل التباين احادي الاتجاه: احد الاختبارات التي تهدف الى المقارنة بين مجموعات، لمعرفة ما اذا كانت توجد فروق بين المتوسطات او عدم وجودها، فيهتم بتحليل بيانات متغير التابع في ضوء متغير مستقل.
- مربع ايتا: يشير الى نسبة التباين الكلي في المتغير التابع و التي تعزي الى المتغير المستقل ، و معرفة حجم تأثير عنصر ما في المتغير التابع .
- اختبار LSD: من اجل التعرف على الفروق المعنوية بين اي متوسطين و المقارنة فيما بينها.
- اختبار " ت " : لقياس الفروق الواردة في الفرضيات الجزئية بالدراسة.

- حجم الاثر "d" : يدل على حجم التأثير المحسوب من معادلة كوهين الى نسبة الفرق بين متوسطى درجات المجموعتين في وحدات معيارية. .
- معامل الارتباط بيرسون: لحساب معاملات الارتباط بين بنود و ابعاد التي تنتمي الى المقياس، و التحقق من الصدق الداخلي له.
- معاملي الفا كرونباخ و اوميغا: طريقة التناسق الداخلي لحساب ثبات المقياس و ابعاده.

و تم استخدام التكرارات في الحسابات لمعرفة اجابة كل حالة على كل سؤال حسب الاجابات المتضمنة ، و تنظيمها في جداول لمعرفة التباين في استجابات افراد العينة. كما تم استخدام النسبة المئوية من اجل تحليل البيانات و تفسيرها .

و استخدام كل هذه التقنيات الاحصائية من اجل معرفة تأثير حدث الاعلان عن التشخيص على المعاش النفسي للوالدين.

6- كيفية اجراء البحث:

قمت بالتنقل الى المراكز التي وافقت على اجرائي للبحث الميداني في مؤسستهم عدة مرات في ايام مختلفة، في كل مرة اقوم بتقديم نفسي لكل والد لديه طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، و اشرح له الهدف من القيام بهذه الدراسة، و اطلب منه الموافقة على الاجابة . و اللذين وافقوا على الاجابة سواء اب او ام وزعت عليهم استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المعدل IES-R .

و قد استغرقت الاجابة على ادوات البحث حوالي 15 دقيقة نظرا لكبر الاستبيان ، و هناك من طلب اخذ الاستبيان و المقياس للإجابة عليهم و احضارهم مرة اخرى ، لكن للأسف هناك من لم يرجع الاستبيان. كما قمت بترك بعض هذه النماذج في تلك المؤسسات من اجل اعطائها للآباء الآخرين اللذين لم تتسنى لي الفرصة للالتقاء بهم، و يوجد من المختصين ايضا من ساعدوني ، بأخذهم بعض النماذج الى المراكز التي يتعاملون معها

لأخذ الاجابة عليها . و اجريت مقابلة عيادية نصف موجهة مع حالتين باستعمال دليل المقابلة و تطبيق الاستبيان و المقياس على التوالي و شرح ما هو غير مفهوم للحالتين، و كانت مدة هذه المقابلة تتراوح ما بين 45 دقيقة الى ساعة واحدة.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة.

2-دراسة حالة .

3- مناقشة نتائج الدراسة.

4-استنتاج عام.

5-الاقتراحات.

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1 عرض نتائج استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

جدول رقم (12): يوضح نتائج متغير تاريخ ميلاد الطفل

النسبة المئوية	التكرارات	
5.9%	6	من 2005 الى 2011
19.6%	20	من 2011 الى 2015
49.0%	50	من 2015 الى 2019
25.5%	26	من 2019 الى 2023
100%	102	المجموع

استنتج من خلال الجدول رقم (12) ان معظم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد المولودين ما بين 2015 الى 2019 بنسبة (49%)، ثم يليهم الاطفال المولودين ما بين 2019 الى 2023 بنسبة (25.5%)، و المولودين ما بين 2011 الى 2015 بنسبة (19.6%)، اما نسبة ضعيفة من الاطفال مولودين ما بين 2005 الى 2011 قدرت بـ (5.9%).

الجدول (13): يوضح نتائج متغير جنس الطفل المصاب بالتوحد

النسبة المئوية	التكرارات	
67.6%	69	ذكر
32.4%	33	انثى
100%	102	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (13) ان معظم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من جنس ذكر بنسبة (67.6%)، اما الاناث المصابات باضطراب طيف التوحد

قدرت نسبتهم بـ (32.4%) .

جدول (14): يبين نتائج الانخراط في جمعيات ذات الصلة بالتوحد

النسبة المئوية	التكرارات	
8.8 %	09	نعم
91.2 %	93	لا
100 %	102	مجموع

يتضح من خلال الجدول اعلاه رقم (14) ان معظم افراد العينة غير منخرطين في جمعيات ذات الصلة بالتوحد بنسبة (91.2%)، و نسبة ضعيفة من افراد العينة منخرطين في جمعيات ذات الصلة بالتوحد قدرت بـ (8.8%).

جدول (15): يوضح نتائج مدة الانخراط في جمعيات ذات الصلة بالتوحد في حالة الانخراط

النسبة المئوية	التكرارات	
33.33 %	03	المنخرطين اقل من سنة
33.33 %	03	المنخرطين من سنة الى 3 سنوات
22.22 %	02	المنخرطين من 03 سنوات الى 06 سنوات
11.11 %	01	المنخرطين من 06 سنوات الى 10 سنوات
100 %	09	المجموع

يبدو جليا من الجدول رقم (15) ان اغلبية افراد العينة المنخرطين في جمعيات ذات الصلة بالتوحد منخرطين فيها اقل من سنة ، و من سنة الى 3 سنوات بنسبة (33.33%)، ثم يلهما المنخرطين من 3 سنوات الى 6 سنوات بنسبة (22.22%)، و نسبة ضعيفة منخرطة من 6 سنوات الى 10 سنوات قدرت بـ (11.11%).

جدول(16): يوضح نتائج المعرفة المسبقة للوالدين عن اضطراب طيف التوحد

النسبة المئوية	التكرارات	
%47.06	48	لا
%33.34	34	المعرفة من خلال التلفزيون او وسائل الاعلام الأخرى
%2.94	03	المعرفة من مكان العمل
%3.92	04	المعرفة من طرف افراد العائلة
%3.92	04	المعرفة من خلال التواصل مع الأطفال المصابين بالتوحد
0%	00	أخرى
%2.94	03	المعرفة من خلال وسائل الاعلام و من طرف افراد العائلة
%1.96	02	المعرفة من طرف افراد العائلة و التواصل مع الأطفال المصابين بالتوحد
%2.94	03	المعرفة من خلال وسائل الاعلام و التواصل مع الأطفال المصابين بالتوحد.
%0.98	01	المعرفة من مكان العمل و التواصل مع الأطفال المصابين بالتوحد.
%100	102	المجموع.

من

الجدول السابق رقم (16) يتضح ان اغلبية افراد العينة ليس لديهم معرفة مسبقة باضطراب طيف التوحد بنسبة (47.06%)، و نسبة اخرى معتبرة لديهم معرفة مسبقة من خلال التلفزيون او الصحف او وسائل الاعلام الأخرى قدرت بـ (33.34%)، ثم يليهما من لديهم معرفة مسبقة من طرف افراد العائلة و من لديهم المعرفة من خلال التواصل مع الأطفال المصابين بالتوحد بنسبة متساوية قدرت بـ (3.92%). ثم هناك 3 فئات نسبتهم ضعيفة متساوية الاولى لديهم معرفة مسبقة باضطراب طيف التوحد من مكان عملهم، و فئة اخرى من وسائل الاعلام و من طرف افراد العائلة، و ثالثة من خلال وسائل الاعلام و التواصل مع الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قدرت بـ (2.94%). ثم نسبة ضعيفة جدا لديهم معرفة مسبقة من طرف افراد العائلة و التواصل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قدرت بـ (1.96%). و نسبة ضعيفة جدا لديهم معرفة مسبقة عن اضطراب طيف التوحد من مكان العمل و التواصل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قدرت بـ (0.98%).

جدول (17): يوضح نتائج شكاوى الوالدين حول احتمالية إصابة الطفل باضطراب في

النمو قبل التشخيص الرسمي

النسبة المئوية	التكرارات	
45.1 %	46	نعم
54.9 %	56	لا
100%	102	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (17) ان غالبية افراد العينة لم تكن لديهم شكاوى حول احتمالية إصابة طفلهم باضطراب في النمو قبل التشخيص الرسمي بنسبة (54.9%)، ثم نسبة لديهم شكاوى حول احتمالية إصابة الطفل باضطراب في النمو قبل التشخيص الرسمي قدرت بـ (45.1%).

الجدول (18): يوضح نتائج امتلاك أطفال اخرون تم تشخيصهم باضطراب اخر في النمو

النسبة المئوية	التكرارات	
100%	102	عدم امتلاك طفل اخر مصاب باضطراب اخر في النمو
0%	00	امتلاك طفل اخر مصاب باضطراب اخر في النمو
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (18) ان كل افراد العينة لا يملكون طفل اخر مصاب باضطراب في النمو بنسبة قدرت بـ (100%)

الجدول (19): يوضح نتائج الشخص الذي ابدى المخاوف لأول مرة بخصوص نمو الطفل

النسبة المئوية	التكرارات	
41.2 %	42	انا
26.5 %	27	فرد اخر من عائلتي
29.4 %	30	مختص في الصحة
2.9 %	03	مدرس او مربى
0 %	00	أخرى (حدد)
100 %	102	المجموع

يبدو جليا من خلال الجدول رقم (19) ان اغلبية افراد العينة هم من عبروا عن مخاوفهم الأولى بخصوص نمو طفلهم بنسبة (41.2%)، ثم نسبة عبر فيها المختصين في الصحة عن مخاوفهم الأولى قدرت بـ (29.4%)، و الافراد الاخرين من العائلة عبروا عن المخاوف الأولى بنسبة (26.5%)، ثم نسبة ضعيفة من مدرسين و مربين قدرت بـ

(2.9%).

الجدول (20): يوضح نتائج عمر الأطفال عندما تم التعبير عن المخاوف الأولى

النسبة المئوية	التكرارات	
8.8%	09	من 06 الى 12 شهر
19.6%	20	من 12 شهر الى 18 شهر
31.4%	32	من 18 شهر الى 24 شهر
22.5%	23	من سنتين الى 3 سنوات
13.7%	14	من 3 سنوات الى 4 سنوات
3.9%	04	من 4 سنوات الى اكثر
100%	102	المجموع

استنتج من خلال الجدول رقم (20) ان اغلبية افراد العينة عبروا عن مخاوفهم الأولى بشأن نمو طفلهم عندما كان عمرهم يتراوح ما بين 18 اشهر و 24 شهر بنسبة (31.4%)، ثم من كان عمر طفلهم يتراوح ما بين سنتين الى 3 سنوات بنسبة (22.5%) و من كان عمرهم يتراوح ما بين 12 شهر الى 18 شهر بنسبة (19.6%)، و يليهما من كان عمرهم يتراوح ما بين 3 سنوات الى 4 سنوات بنسبة (13.7%)، ثم نسبة ضعيفة من كان عمرهم يتراوح ما بين 06 اشهر الى 12 شهر قدرت بـ (8.8%)، بعدها نسبة ضعيفة جدا من الاطفال كان عمرهم يتعدى 4 سنوات قدرت بـ (3.9%).

الجدول (21): يوضح نتائج موضوع المخاوف

النسبة المئوية	التكرارات	
%4.91	05	تأخر في نمو اللغة.
%0	00	التأخر في النمو الجسمي.
%0	00	التأخر في النمو الاجتماعي.
%0.98	01	عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب غير الملائمة.
%0.98	01	طقوس او سلوكيات قهرية و الحاجة الى الروتين.
%0	00	مشاكل سلوكية.
%5.88	06	هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
%0	00	مشاكل مدرسية.
%0	00	مشاكل طبية.
%0	00	اخرى (حدد).
%5.88	06	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الجسمي.
%11.77	12	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي.
%3.92	04	التأخر في نمو اللغة. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
%2.94	03	عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة.

6.86%	07	التأخر في نمو اللغة . التأخر في النمو الجسمي. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
2.94%	03	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي. مشاكل سلوكية.
2.94%	03	التأخر في نمو اللغة. عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة. مشاكل سلوكية.
1.96%	02	التأخر في النمو الجسمي. التأخر في النمو الاجتماعي. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
9.80%	10	التأخر في النمو اللغة. التأخر في النمو الجسمي. التأخر في النمو الاجتماعي. عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة.
2.94%	03	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي. مشاكل سلوكية. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
3.92%		التأخر في نمو اللغة. عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة.

	04	الطقوس، السلوكيات القهرية، الحاجة الى الروتين. هناك انطباع ان اطفال مصاب بالصمم.
%9.80	10	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي . عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
%6.86	07	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الجسمي. التأخر في النمو الاجتماعي. الطقوس، السلوكيات القهرية، الحاجة الى الروتين. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
%2.94	03	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي. عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة.
%0.98	01	التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الاجتماعي. عدم الاهتمام باللعب او الألعاب الغير الملائمة. الطقوس، السلوكيات القهرية، الحاجة الى الروتين.
%10.79		التأخر في نمو اللغة. التأخر في النمو الجسمي.

	11	التأخر في النمو الاجتماعي. عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة. الطقوس، السلوكيات القهرية، الحاجة الى الروتين. مشاكل سلوكية. هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم.
100%	102	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (21) ان اغلبية افراد العينة كان موضوع مخاوفهم هي تأخر في النمو اللغوي و تأخر في النمو الاجتماعي بنسبة (11.77%)، ثم نسبة اخرى كان موضوع مخاوفهم الاولى تأخر في النمو اللغوي و التأخر في النمو الجسمي و التأخر في النمو الاجتماعي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة و القيام بالطقوس و السلوكيات القهرية و الحاجة الى الروتين و لديهم مشاكل سلوكية و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم قدرت بـ (10.79%). و تليهما فئتان لهما نفس النسبة و لكن المخاوف مختلفة، الاولى يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في النمو اللغوي و التأخر في النمو الجسمي و التأخر في النمو الاجتماعي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة، و الثانية يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الاجتماعي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، و قدرت بـ (9.80%). ثم تليهم فئتان لهما نفس النسبة رغم اختلاف موضوع مخاوفهم، الاولى يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الجسمي و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، و الثانية يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الجسمي و التأخر في النمو الاجتماعي و ممارسة الطقوس و السلوكيات القهرية و الحاجة الى الروتين و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، قدرت بـ (6.86%). تليهم فئتان متساوية النسبة رغم اختلاف موضوع مخاوفهم،

الاولى يكمن موضوع مخاوفهم انه هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، و الثانية يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر نمو اللغوي و التأخر في النمو الجسمي، قدرت ب(5.88%). ثم نسبة يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في النمو اللغوي قدرت ب (4.91%). ثم توجد فئتان متساوية النسبة رغم اختلاف موضوع مخاوفهم، الاولى يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغة و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، و الثانية يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة و ممارسة الطقوس السلوكيات القهرية و الحاجة الى الروتين و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، قدرت ب (3.92%). ثم تليهم 5 فئات لديها نسبة متساوية رغم اختلاف موضوع مخاوفهم، الاولى يكمن موضوع مخاوفهم في عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة، و الثانية يكمن في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الاجتماعي و لديهم مشاكل سلوكية، و الثالثة يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة و لديهم مشاكل سلوكية، و الرابعة يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الاجتماعي و لديهم مشاكل سلوكية و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، و الخامسة يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في نمو اللغة و التأخر في النمو الاجتماعي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة، قدرت ب (2.94%). ثم توجد نسبة ضعيفة يكمن موضوع مخاوفهم في التأخر في النمو الجسمي و التأخر في النمو الاجتماعي و هناك انطباع ان الطفل مصاب بالصمم، قدرت ب (1.96%). و نسبة ضعيفة جدا كان موضوع مخاوفهم يكمن في التأخر في نمو اللغوي و التأخر في النمو الاجتماعي و عدم الاهتمام بالألعاب او الألعاب الغير الملائمة و ممارسة الطقوس و السلوكيات القهرية و الحاجة الى الروتين قدرت ب (0.98%).

**الجدول (22): يوضح نتائج اعمار الأطفال عندما تمت استشارة،
المختصين و مناقشة هذه المخاوف**

النسبة المئوية	التكرارات	
2.0%	02	من 6 اشهر الى 12 شهر
6.9%	07	من 12 شهر الى 18 شهر
22.5%	23	من 18 شهر الى 24
41.2%	42	من سنتين الى 3 سنوات
22.5%	23	من 3 سنوات الى اربع سنوات
4.9%	05	من اربع سنوات الى اكثر
100%	102	المجموع

يبدو جليا من خلال الجدول رقم (22) ان غالبية افراد العينة قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتراوح ما بين سنتين الى 03 سنوات بنسبة (41.2%)، ثم هناك فئتين لهما نفس نسبة، الاولى قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتراوح ما بين 18 شهر الى 24 شهر، و الثانية قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتراوح ما بين 03 سنوات و 04 سنوات، و قدرت بـ (22.5%). ثم تليهما نسبة ضعيفة قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتراوح ما بين 12 شهر و 18 شهرا قدرت بـ (6.9%). و توجد نسبة اخرى ضعيفة قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتعدى 04 سنوات قدرت بـ (4.9%)، فيما بعد توجد نسبة ضعيفة جدا قاموا باستشارة المختصين عندما كان عمر أطفالهم يتراوح ما بين 06 اشهر الى 12 شهر قدرت بـ (2%).

الجدول (23): يوضح نتائج المختصين الذين تم استشارتهم لأول مرة من الوالدين

النسبة المئوية	التكرارات	العبارات.
8.83%	09	طبيب عام.
36.29%	37	طبيب الاطفال.
1.96%	02	طبيب عقلي.
14.70%	15	طبيب عقلي للأطفال.
1.96%	02	طبيب الاعصاب.
15.68%	16	مختص نفسي.
13.72%	14	مختص ارطوفوني.
0.98%	01	طبيب عام. طبيب الاطفال.
1.96%	02	طبيب الأطفال. طبيب عقلي للأطفال .
2.94%	03	مختص نفسي. مختص ارطوفوني.
0.98%	01	طبيب عقلي. طبيب عقلي للأطفال. مختص نفسي.
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (23) ان اغلبيه افراد العينة قاموا باستشارة طبيب الاطفال لأول مرة بنسبة (36.29%)، ثم قاموا ايضا باستشارة المختص النفسي بنسبة (15.68%)، ثم تليهم فئة اخرى قاموا باستشارة طبيب عقلي للأطفال بنسبة (14.70%)، ثم اللذين قاموا باستشارة مختص ارطوفوني بنسبة (13.72%)، و ثم هناك فئة استشاروا طبيب عام بنسبة

(8.83%)، و اللذين قاموا باستشارة مختص نفسي و مختص ارطوفوني بنسبة (2.94%)، ثم توجد 3 فئات متساوية نسبة، الاولى قاموا باستشارة طبيب عقلي، و الثانية قاموا باستشارة طبيب الأعصاب، الثالثة قاموا باستشارة طبيب الاطفال و طبيب عقلي للأطفال قدرت بـ (1.96%). ثم هناك فئتين متساوية النسبة، الاولى قاموا باستشارة طبيب عام و طبيب الاطفال، و الثانية قاموا باستشارة طبيب عقلي للأطفال و طبيب عقلي و مختص نفسي قدرت بـ (0.98%).

الجدول (24): يوضح نتائج دفع مقابل مالي من اجل هذه الاستشارة

النسبة المئوية	التكرارات	
52.9%	54	نعم
47.1%	48	لا
100%	102	المجموع

يبين جدول رقم (24) ان اغلبية افراد العينة قاموا بدفع مقابل مالي من اجل هذه الاستشارة الاولى بنسبة (52.9%) ، ثم يوجد نسبة لم يدفعوا أي مقابل مالي من اجل هذه الاستشارة الاولى قدرت بـ (47.1%).

الجدول (25): يوضح نتائج اجال انتظار لاستشارة المختصين

النسبة المئوية	التكرارات	
36.3%	37	نعم
63.7%	65	لا
100%	102	المجموع

يبدو جليا من خلال الجدول رقم (25) ان معظم افراد العينة كانت لهم فرصة لاستشارة المختصين لأول مرة مباشرة دون انتظار بنسبة (63.7%)، ثم يوجد نسبة انتظروا لفترات زمنية متفاوتة من اجل استشارة المختصين لأول مرة قدرت بـ (36.3%).

الجدول (26): يوضح نتائج مدة الانتظار في حالة الإجابة بنعم

النسبة المئوية	التكرارات	
40.54%	15	من أسبوع الى أسبوعين
35.14%	13	من أسبوعين الى اربع أسابيع
5.4%	02	من شهر الى شهرين
18.91%	07	شهرين فاكثر
100%	37	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (26) ان اغلبية الافراد العينة اللذين اضطروا لانتظار المختصين لاستشارتهم كانت مدة انتظارهم تتراوح ما بين اسبوع الى اسبوعين بنسبة (40.54%)، ثم يليهم من كانت مدة انتظارهم تتراوح ما بين اسبوعين الى اربع اسابيع بنسبة (35.14%)، ثم توجد نسبة ضعيفة كانت مدة انتظارهم تتعدى شهرين قدرت بـ (18.91%)، ثم هناك نسبة ضعيفة جدا كانت مدة انتظارهم تتراوح من شهر الى شهرين قدرت بـ (5.4%)

الجدول (27): يوضح نتائج الاحداث التي وقعت بعد الاستشارة الأولى

النسبة المئوية	التكرارات	
5.88%	06	تم إعطاء تشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد).
11.76%	12	اعرب المختصين عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد.

0.98%	01	تم اجراء تشخيص اخر .
33.33%	34	تم توجيهنا الى مختصين اخرين .
4.91%	05	تم اعلامنا عن عدم وجود مشكلة .
2.94%	03	تم اعلامنا ان الأمور ستتتظم بنفسها .
0%	00	طلب منا العودة في حالة استمرار المشكلة .
2.94%	03	تم إعطاء تشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد) . تم توجيهنا الى عدة مختصين اخرين .
27.46%	28	اعرب المختصين عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد . تم توجيهنا الى العديد من المختصين الاخرين .
3.92%	04	تم إعطاء تشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد) . تم توجيهنا الى عدة مختصين اخرين . طلب منا العودة في حالة استمرار المشكلة
5.88%		اعرب المختصين عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد . تم توجيهنا الى عدة مختصين اخرين .

	06	طلب منا العودة في حالة استمرار المشكلة.
%100	102	المجموع

من خلال الجدول السابق رقم (27) يظهر ان اغلبية افراد العينة تم توجيههم الى عدة مختصين اخرين بنسبة (33.33%)، ثم يوجد نسبة قام المختصين بالتعبير عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد و تم توجيههم الى عدة المختصين الاخرين قدرت بـ (27.46%)، و هناك نسبة قام المختصين تم بتوجيههم الى عدة مختصين اخرين قدرت بـ (11.76%)، ثم تليهم فئتين متساوية النسبة، الاولى قام المختصين بإعطائهم التشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد)، و الثانية قام المختصين بالتعبير عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد و تم توجيههم الى عدة مختصين اخرين و طلبوا منهم العودة في حالة استمرار المشكلة، قدرت بـ (5.88%). ثم توجد نسبة ضعيفة قام المختصين بإعلامهم عن عدم وجود مشكلة قدرت بـ (4.91%)، و نسبة ضعيفة اخرى قام المختصين بإعطائهم التشخيص الرسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد) و تم توجيههم الى عدة مختصين اخرين و طلبوا منهم العودة في حالة استمرار المشكلة قدرت بـ (3.92%)، ثم توجد نسبتي متساويتين ضعيفتين جدا، الاولى قام المختصين بإعلامهم ان الأمور ستنتظم بنفسها، و الثانية قام المختصين بإعطائهم التشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية (طيف التوحد) و تم توجيههم الى عدة مختصين آخرين، قدرتا بـ (2.94%).

جدول (28): يوضح نتائج عدد المختصين المتواجدين في قاعة الفحص

النسبة المئوية	التكرارات	
%62.7	64	1
%5.9	06	2
%30.4	31	3
%1.0	1	4
%0	00	5
%0	00	6 فيما فوق
%100	102	المجموع

يبين الجدول رقم (28) ان اغلبيه افراد العينة كان يتواجد مختص واحد في قاعة الفحص بنسبة (%62.7)، ثم نسبة يتواجد 3 مختصين في قاعة الفحص قدرت بـ (%30.4)، و نسبة ضعيفة يتواجد مختصين في قاعة الفحص قدرت بـ (%5.9)، و نسبة ضعيفة جدا يتواجد 4 مختصين في قاعة الفحص قدرت بـ (%1).

الجدول (29): يوضح نتائج المختصين الذين يعلنون التشخيص للوالدين

النسبة المئوية	التكرارات	العبارات.
%0	00	طبيب عقلي.
%50.99	52	طبيب عقلي للأطفال.
%0	00	طبيب الأطفال.
%3.92	04	طبيب عام.

0%	00	طبيب الاعصاب.
3.92%	04	مختص نفسي.
3.92%	04	مختص ارطوفوني.
0%	00	لا أتذكر هذه المعلومات.
0.98%	01	طبيب عقلي. مختص نفسي.
0.98%	01	طبيب عقلي للأطفال. مختص نفسي.
2.94%	03	طبيب عقلي للأطفال. مختص ارطوفوني.
0.98%	01	مختص نفسي. مختص ارطوفوني.
0.98%	01	طبيب عقلي. مختص نفسي. مختص ارطوفوني.
0.98%	01	طبيب عقلي للأطفال. طبيب الأطفال. مختص ارطوفوني.
0.98%	01	طبيب عقلي للأطفال. طبيب عام. مختص ارطوفوني.

طبيب عقلي للأطفال. مختص نفسي. مختص ارطوفوني.	28	27.45%
طبيب عقلي للأطفال. طبيب الأطفال. مختص نفسي. مختص ارطوفوني.	01	0.98%
المجموع.	102	100%

يبدوا جليا من خلال الجدول رقم (29) ان معظم افراد العينة قام طبيب العقلي للأطفال بإعلان التشخيص لهم بنسبة (50.59%)، ثم توجد نسبة قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة المختص النفسي و المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم قدرت بـ (27.45%)، ثم توجد 3 فئات متساوية النسبة رغم اختلاف المختصين المعلنين عن التشخيص، الاولى قام الطبيب العام بإعلان التشخيص لهم، و الثانية قام المختص النفسي بإعلان التشخيص لهم، و الثالثة قام المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم، قدرت بـ (3.92%). ثم هناك نسبة ضعيفة قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم قدرت بـ (2.94%)، ثم توجد 6 فئات متساوية نسبة رغم اختلاف المختصين المعلنين عن التشخيص، الاولى قام الطبيب العقلي رفقة المختص النفسي بإعلان التشخيص لهم، و الثانية قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة المختص النفسي بإعلان التشخيص لهم، و الثالثة قام المختص النفسي رفقة المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم، و الرابعة قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة طبيب الاطفال و المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم، و الخامسة قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة الطبيب العام و المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم، و السادسة قام الطبيب العقلي للأطفال رفقة طبيب الاطفال و المختص النفسي و المختص الارطوفوني بإعلان التشخيص لهم قدرت بـ (01%).

الجدول (30): يوضح نتائج الأشخاص المتواجدين معك عندما تم الإعلان عن تشخيص التوحد.

النسبة المئوية	التكرارات	
79.4%	81	الوالد الآخر للطفل
0%	00	الطفل هو من تلقى التشخيص
0%	00	الأطفال الآخرون في الأسرة
20.6%	21	أفراد الأسرة الآخرين
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (30) أن معظم أفراد العينة كان يتواجد معهم الوالد الآخر للطفل عند الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلهم بنسبة (79.4%)، ثم هناك نسبة كان يتواجد معهم أفراد الأسرة الآخرين عند الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلهم قدرت بـ (20.6%).

الجدول (31): يوضح نتائج المدة المستغرقة للإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
14.5%	15	من 0 إلى 15 دقيقة
23.5%	24	من 15 إلى 30 دقيقة
30.4%	31	من 30 إلى 45 دقيقة
22.5%	23	من 45 دقيقة إلى 60 دقيقة
8.8%	09	60 دقيقة فأكثر
100%	102	المجموع

استنتج من خلال الجدول رقم (31) ان اغلبية افراد العينة استغرقوا في جلسة الإعلان عن التشخيص لمدة تتراوح من 30 الى 45 دقيقة بنسبة (30.4%)، ثم هناك نسبتين جد متقاربة، الاولى استغرقوا في جلسة الإعلان عن التشخيص لمدة تتراوح من 15 الى 30 دقيقة قدرت بـ (23.5%)، و الثانية استغرقوا في جلسة الإعلان عن التشخيص لمدة تتراوح من 45 الى 60 دقيقة قدرت بـ (22.5%)، و تليهم نسبة استغرقوا في جلسة الإعلان عن التشخيص لمدة لا تتعدى 15 دقيقة قدرت بـ (14.5%)، ثم هناك نسبة ضعيفة استغرقوا في جلسة الإعلان لمدة تتعدى 60 دقيقة قدرت بـ (8.8%).

الجدول (32): يوضح نتائج ملامة قاعة الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
81.4%	83	نعم
18.6%	19	لا
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول (32) ان معظم افراد العينة كانت قاعة الإعلان عن التشخيص ملائمة لهم بنسبة (81.4%)، ثم هناك نسبة ما لم تكن قاعة الإعلان عن التشخيص ملائمة لهم قدرت بـ (18.6%).

الجدول (33): يوضح نتائج الشعور بالراحة لطرح الأسئلة

النسبة المئوية	التكرارات	
10.8%	11	لا ابدا
39.2%	39	قليلا
31.4%	32	الى حد ما
19.6%	20	كثيرا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (33) ان اغلبية افراد العينة شعروا قليلا بالراحة لطرح الأسئلة على

المختصين عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (39.2%)، ثم هناك نسبة شعروا بالراحة الى حد ما لطرح الأسئلة على المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (31.4%)، كما توجد نسبة شعروا كثيرا بالراحة لطرح الأسئلة على المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (19.6%)، و هناك نسبة ضعيفة لم يشعروا ابدا بالراحة لطرح الأسئلة للمختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (10.8%) .

الجدول (34): يوضح نتائج اقتراح المختصين جلسات أخرى للإجابة عن أسئلة و إعطاء معلومات أخرى .

النسبة المئوية	التكرارات	
60.8%	62	نعم
39.2%	40	لا
100%	102	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (34) ان معظم افراد العينة قام المختصين باقتراح جلسات أخرى عليهم للإجابة عن اسئلتهم و إعطائهم معلومات أخرى بنسبة (60.8%)، ثم يوجد نسبة لم يقوموا المختصين باقتراح جلسات أخرى عليهم للإجابة عن اسئلتهم و اعطائهم معلومات أخرى قدرت بـ (39.2%).

الجدول (35): يوضح نتائج عرض المختصين فرصة الاتصال بمختصين اخرين لطرح

الاسئلة

النسبة المئوية	التكرارات	
44.1%	45	نعم
55.9%	57	لا
100%	102	المجموع

من خلال الجدول السابق رقم (35) يتضح ان اغلبية افراد العينة لم يعرض المختصين

عليهم فرصة للاتصال بالمختصين الآخرين لطرح الاسئلة عليهم بنسبة (55.9%)، ثم هناك نسبة عرض المختصين عليهم فرصة للاتصال بالمختصين الآخرين لطرح الاسئلة عليهم قدرت بـ (44.1%).

الجدول (36): يوضح نتائج الرضا عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
4.9%	05	غير راضي
35.3%	36	راضي بشكل قليل
47.1%	48	راضي
12.7%	13	راضي جدا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (36) ان غالبية افراد العينة راضين عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص بنسبة (47.1%)، ثم يوجد من هم راضين بشكل قليل عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص بنسبة (35.3%)، ثم هناك نسبة ضعيفة راضين جدا عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص قدرت بـ (12.7%)، و توجد نسبة ضعيفة جدا غير راضين عن التنظيم العام للإعلان عن التشخيص قدرت بـ (4.9%).

الجدول(37): يوضح نتائج تقديم الوالدين لرأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان

من الممكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
25.5%	26	الإجابة
74.5%	76	عدم الاجابة
100%	102	المجموع

يبدو جليا من خلال الجدول رقم (37) ان معظم افراد العينة لم يقدموا أي اجابة على رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (74.5%)، ثم هناك نسبة قدموا إجابة على رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (25.5%).

الجدول (38): يوضح نتائج التحسينات التي تم تقديمها من اجل التنظيم العام العام عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
34.6%	09	الإجابة بنعم و اقتراح تحسينات.
65.4%	17	الإجابة بنعم و عدم اقتراح تحسينات.
100%	26	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (38) ان اغلبيه افراد العينة اللذين اجابوا على رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص اجابوا فقط بنعم يمكن اجراء تحسينات و لكن لم يقترحوا أي تحسينات بنسبة (65.4%)، ثم هناك نسبة اجابوا بنعم و قاموا باقتراح تحسينات يمكن اجراؤها على التنظيم العام عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (34.6%) و من هذه التحسينات التي تم اقتراحها نجد: من الافضل ان يكون هناك مختصين اخرين اثناء الاعلان عن التشخيص، يجب التكفل بشكل جيد بحالة ابني، ربما التجهيز النفسي المسبق قبل تلقي الخبر لأنه في بعض الاحيان يصعب تقبل مثل هذه الامراض خاصة قبل المعرفة المسبقة له، تغيير كيفية الاعلان و عدم تأخيرته لأنه ليس هناك داعي لتضييع الوقت من اجل اعلان شيء كان المختصين واثقين فيه، تكثيف المواعيد كونها بعيدة جدا و توضيح هذا الاضطراب اكثر و تعليم الوالدين بعض التمارين التي تساعد طفلهم على التحسن، اعطاء فرصة للوالدين لطرح كل الاسئلة و عدم وضع الحدود فهم لديهم الحق لفهم حالة طفلهم، يجب ان يكون هناك فريق من المتخصصين يتكون من عدة مختصين يستطيعون التكفل بحالة الطفل و تفاهم بحضور الوالدين على

التمارين و كل ما يجب القيام به للطفل معا و من الافضل ان تكون غرفة الاعلان هادئة، يجب القيام بعدة جلسات اخرى للإجابة على اسئلتنا و متابعة حالة الطفل مرتين او ثلاث كل اسبوع، من الافضل عدم وجود الطفل في جلسة الاعلان عن التشخيص، اعطاء المختصين كل الوقت المناسب للوالدين لاستيعاب التشخيص و عدم اجبارهم على الاستمرار في هذه المقابلة، يجب ان يكون اعضاء الجلسة اشخاص جيدين يجيبون على الاسئلة بشكل واضح و بهدوء و راحة و ابتسامة.

الجدول (39): يوضح نتائج ودود المختصين المعلنين عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
0%	00	لا ابدا
12.7%	13	قليلا
40.2%	41	الى حد ما
47.1%	48	كثيرا
100%	102	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (39) ان اغلبية افراد العينة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ودودين كثيرا بنسبة (47.1%)، ثم يوجد من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ودودين الى حد ما بنسبة (40.2%)، و هناك من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ودودين قليلا بنسبة (12.7%).

الجدول (40): يوضح نتائج كفاءة المختصين المعلنين عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
1.0	1	لا ابدا
7.8%	8	قليلا
46.1%	47	الى حد ما
45.1%	46	كثيرا
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (40) ان اغلبية افراد العينة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص لديهم كفاءة الى حد ما بنسبة (46.1%) و يوجد ايضا نسبة معتبرة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص لديهم كفاءة كثيرا قدرت بـ (45.1%)، و هناك ايضا من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص لديهم كفاءة قليلا بنسبة (7.8%)، ثم توجد نسبة ضعيفة جدا يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ليس لديهم اي كفاءة قدرت بـ (1%).

الجدول (41): يوضح نتائج صدق المختصين المعلنين عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
1.0%	1	لا ابدا
2.9 %	3	قليلا
45.1%	46	الى حد ما
51.0%	52	كثيرا
100%	102	المجموع

يبين الجدول السابق رقم (41) ان اغلبية الالباء يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص صادقين كثيرا بنسبة (51%)، و يوجد من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص صادقين الى حد ما بنسبة (45.1%)، ثم هناك نسبة ضعيفة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص صادقين قليلا قدرت بـ (2.9%)، و بعدها توجد نسبة ضعيفة جدا يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ليسوا صادقين قدرت بـ (1%).

الجدول (42): يوضح نتائج التدخل الجيد للمختصين المعلنين عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
7.8%	8	لا ابدا
20.6%	21	قليلا
36.3%	37	الى حد ما
35.3%	36	كثيرا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (42) ان اغلبيه افراد العينة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متدخلين جيدين الى حد ما بنسبة (36.3%)، و هناك نسبة اخرى معتبرة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متدخلين جيدين كثيرا قدرت بـ (35.3%)، و يوجد من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متدخلين جيدين قليلا بنسبة (20.6%)، ثم هناك نسبة ضعيفة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ليسوا متدخلين جيدين قدرت بـ (7.8%).

الجدول (43): يوضح نتائج تفهم المخاوف من طرف المختصين المعلنين عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
23.5%	24	لا ابدا
21.6%	22	قليلا
26.5%	27	الى حد ما
28.4%	29	كثيرا
100%	102	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم (43) ان اغلبيه افراد العينة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفهمين لمخاوفهم كثيرا بنسبة (28.4%)، و هناك من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفهمين الى حد ما لمخاوفهم بنسبة (26.5%)، ثم

يوجد من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص غير متفهمين لمخاوفهم بنسبة (23.5%)، ثم هناك نسبة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفهمين قليلا لمخاوفهم قدرت بـ (21.6%).

الجدول (44): يوضح نتائج تفتح المختصين المعلنين على التشخيص على الأسئلة

النسبة المئوية	التكرارات	
6.9%	7	لا ابدًا
27.5%	28	قليلا
31.4%	32	الى حد ما
34.3%	35	كثيرا
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (44) ان اغلبيه افراد العينة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفتحين على الأسئلة كثيرا بنسبة (34.3%)، و هناك من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفتحين على الأسئلة الى حد ما بنسبة (31.4%)، ثم يوجد من يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفتحين على الأسئلة قليلا بنسبة (27.5%)، وهناك نسبة ضعيفة يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ليسوا متفتحين على الأسئلة قدرت بـ (6.9%).

الجدول (45): يوضح نتائج الرضا عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
2.9%	3	غير راضي
30.4 %	31	راضي قليلا
51.0%	52	راضي
15.7%	16	راضي جدا
100%	102	المجموع

يظهر من خلال الجدول السابق رقم (45) ان معظم افراد العينة راضين عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (51%)، و هناك من هم راضين قليلا عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (30.4%)، و هناك نسبة راضين جدا عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (15.7%)، كما توجد نسبة ضعيفة جدا غير راضين عن مواقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (2.9%).

الجدول (46): يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
38.2%	39	الإجابة
63.8%	63	عدم الإجابة
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (46) ان اغلبية افراد العينة لم يقدموا أي اجابة حول رأيهم عن التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان بنسبة (63.8%)، و هناك نسبة قدموا اجابة حول رأيهم عن التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (38.2%).

الجدول (47): يوضح نتائج اقتراح الوالدين تحسينات يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
43.58%	17	الوالدين اللذين اجابوا بنعم و اقترحوا تحسينات
56.42%	22	الوالدين اللذين اجابوا فقط بنعم و لم يقترحوا أي تحسينات
100%	39	المجموع

يتجلى من خلال الجدول السابق رقم (47) ان اغلبية افراد العينة اللذين قدموا رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص اجابوا فقط بنعم و لم يقدموا أي اقتراح حول التحسينات التي يمكن اجراؤها بنسبة (56.42%)، و هناك نسبة اجابوا بنعم و اقترحوا تحسينات يمكن اجراؤها فيما يتعلق بموقف المختصين عند الإعلان عن التشخيص قدرت بـ (43.58%)، و من هذه التحسينات التي تم اقتراحها نجد: من الافضل ان يوضح المختصين الحالة أكثر، عدم احباط معنويات المتلقي للتشخيص ليتمكن من مواجهة التحدي الذي ينتظره، تحسين طريقة اخبار الوالدين، كان يمكن ان نتفاهم مع المختص على طريقة تعليم الطفل و الوقوف على نقاط معينة مثل: تشخيص العمر العقلي للطفلة، يجب تكوين المختصين جيداً و من الافضل لو تكون لهم خبرة ميدانية أكثر، يجب ان يكون المختصين متحاورين جيدين و متفهمون للآباء، اعطاء معلومات اكثر للوالدين حول مرض طفلهم المبهم، تحسين جودة المعلومات التي يلقونها المختصين عند الاعلان و الانتباه لها، تفهم المختصين اكثر لمخاوف الوالدين و الاجابة على اسئلتهم و كل ما يقهرهم دون قلق، مناقشة حالة الطفل المصاب بالتوحد مع الوالدين و محاولة تفسير تصرفاته لهم، تحسين قدرات المختصين من اجل الوصول الى نتائج المرغوبة، ترك حرية للوالدين للتعبير عن قلقهم كما يريدون و اعطاء

الوقت لهم، تحسين طريقة تلقي الخبر كما يجب ان يكون الوالدين متواجدين معا و مستعدين للإعلان، عدم الحكم المسبق على الطفل بأنه لن يشفى، يجب ان يكون المختصين مصدر دعم كبير للوالدين، عدم تعبير المختصين عن شوكرهم قبل التأكد، اعطاء مجال للوالدين من اجل تقبل هذه الحالة الصعبة و عدم جرحهم.

الجدول (48): يوضح نتائج وصف المختصين للطفل بطريقة تجعل الوالدين يتعرفون على

الطفل جيدا

النسبة المئوية	التكرارات	
66.7%	68	نعم
33.3%	34	لا
100%	102	المجموع

استنتج من خلال الجدول السابق رقم (48) ان اغلبية افراد العينة قام المختصين بوصف طفلهم بطريقة يتعرفون عليه جيدا بنسبة (66.7%)، ثم هناك نسبة لم يقيم المختصين بوصف طفلهم بطريقة يتعرفون عليه جيدا قدرت بـ (33.3%).

الجدول (49): يوضح نتائج إعطاء المختصين نقاط إيجابية بشأن نمو الطفل، عند

الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
50.0%	51	نعم
50.0%	51	لا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (49) ان نصف افراد العينة قام المختصين بإعطائهم نقاط إيجابية بشأن نمو الطفل عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (51%)، و نصف الاخر لم يقيم المختصين بإعطائهم أي نقاط إيجابية بشأن نمو الطفل عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (51%).

الجدول (50): يوضح نتائج تلقي معلومات شفوية او مكتوبة بخصوص بعض المعلومات المواضيع اثناء الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	العبارات
19.60%	20	اضطراب طيف التوحد.
7.84%	08	العلاجات الممكنة.
3.92%	04	نمو اللغة.
1.96%	02	العلاقات الاجتماعية
1.96%	02	ادارة السلوكيات التي تطرح مشكلة.
1.96%	02	اقتراحات للقراءة على اضطراب طيف التوحد.
0%	00	الجمعيات او مجموعات الالباء للاتصال.
0%	00	الدعم المالي المقدم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
0%	00	مراكز إعادة التأهيل.
0.98%	01	الخدمات المقدمة في المدارس.
0.98%	01	مواقع انترنت للتصفح على اضطراب طيف التوحد.
0%	00	مخاطر انجاب طفل اخر مصاب باضطراب طيف التوحد.
0%	00	اخرى.
6.86%	07	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة .
0.98%	01	اضطراب طيف التوحد .

		نمو اللغة.
1.96%	02	اضطراب طيف التوحد. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة.
2.94%	03	اضطراب طيف التوحد. اقتراحات للقراءة على اضطراب طيف التوحد.
2.94%	03	العلاجات الممكنة. نمو اللغة
2.94%	03	نمو اللغة. العلاقات الاجتماعية.
5.88%	06	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. نمو اللغة.
4.91%	05	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. العلاقات الاجتماعية. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة.
2.94%	03	اضطراب طيف التوحد. نمو اللغة. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة . اقتراحات للقراءة على اضطراب طيف التوحد.
1.96%	02	اضطراب طيف التوحد. العلاقات الاجتماعية. الخدمات المقدمة في المدارس.

02	اضطراب طيف التوحد. نمو اللغة. العلاقات الاجتماعية. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة. اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد. الجمعيات او مجموعات الالباء للاتصال	%1.96
01	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. مراكز إعادة التأهيل. مخاطر انجاب طفل اخر مصاب باضطراب طيف التوحد	%0.98
01	العلاجات الممكنة. نمو اللغة. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة. الدعم المالي المقدم للأطفال المصابين بالتوحد. مواقع الانترنت للتصفح على اضطراب طيف التوحد.	%0.98
02	العلاجات الممكنة. العلاقات الاجتماعية . اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد. الخدمات المقدمة في المدارس. مواقع انترنت للتصفح على اضطراب	%1.96

		طيف التوحد.
5.88%	06	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. نمو اللغة. العلاقات الاجتماعية.
6.86%	07	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. نمو اللغة. العلاقات الاجتماعية. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة. اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد.
7.86%	08	اضطراب طيف التوحد. العلاجات الممكنة. نمو اللغة. العلاقات الاجتماعية. إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة. اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد. الجمعيات او مجموعات الالباء للاتصال
100%	102	المجموع

يبين الجدول السابق رقم (50) ان اغلبية افراد العينة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد بنسبة (19.60%)، و هناك نسبتيين متساويتين تلقوا معلومات

مختلفة، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول العلاجات الممكنة، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية و إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد و جمعيات الالباء للاتصال، قدرتا ب (7.86%). و هناك نسبتيين متساويتين اخرى تلقوا معلومات مختلفة، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية و إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة و اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد، قدرتا ب (6.86%). و هناك نسبتيين متساويتين اخرى تلقوا معلومات مختلفة، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و نمو اللغة، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية، قدرتا ب (5.88%). و هناك من تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و العلاقات الاجتماعية و إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة بنسبة (4.91%). ثم هناك من تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول نمو اللغة بنسبة (3.92%)، ثم هناك 4 فئات لديهم نفس النسب مع اختلاف المعلومات المتلقية اثناء الاعلان عن التشخيص، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول العلاجات الممكنة و نمو اللغة، و الثالثة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية، و الرابعة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و نمو اللغة و إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة و اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد، قدرت نسبة هذه الفئات ب (2.94%). ثم هناك 7 فئات لديهم نفس النسبة مع اختلاف معلوماتهم الشفوية او المكتوبة اثناء الاعلان عن التشخيص ، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول العلاقات الاجتماعية، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة، و الثالثة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد، الرابعة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و إدارة السلوكات التي تطرح مشكلة، و الخامسة تلقوا

معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاقات الاجتماعية و الخدمات المقدمة في المدارس، و السادسة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية و إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة و اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد و جمعيات الالباء للاتصال، و السابعة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول العلاجات الممكنة و العلاقات الاجتماعية و العلاجات الممكنة و اقتراحات للقراء على اضطراب طيف التوحد و مواقع الانترنت للتصفح على اضطراب طيف التوحد، قدرت نسبتهم ب (1.96%). ثم هناك 5 فئات لديهم نفس النسبة مع اختلاف معلوماتهم الشفوية او المكتوبة اثناء الاعلان عن التشخيص ، الاولى تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول الخدمات المقدمة في المدارس لأطفالهم، و الثانية تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول مواقع الانترنت للتصفح على اضطراب طيف التوحد، و الثالثة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و نمو اللغة، و الرابعة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول اضطراب طيف التوحد و العلاجات الممكنة و مراكز اعادة التأهيل و مخاطر انجاب طفل اخر مصاب باضطراب طيف التوحد، و الخامسة تلقوا معلومات شفوية او مكتوبة حول العلاجات الممكنة و نمو اللغة و العلاقات الاجتماعية و إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة و الدعم المالي المقدم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و مواقع الانترنت للتصفح على اضطراب طيف التوحد، قدرت نسبتهم ب (0.98%)

الجدول (51): يوضح نتائج تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجرائها و نتائجها

النسبة المئوية	التكرارات	
52.9%	54	نعم
47.1%	48	لا
100%	102	المجموع

يتجلى من خلال الجدول السابق رقم (51) ان اغلبية افراد العينة تلقوا تقرير يوضح كل التقييمات التي تم اجرائها و نتائجها اثناء الاعلان عن التشخيص بنسبة (52.9%)، ثم هناك نسبة لم يتلقوا أي تقرير يوضح التقييمات التي تم اجرائها و نتائجها قدرت ب

(47.1%).

الجدول (52): يوضح نتائج جودة المعلومات الشفوية و المكتوبة المقدمة للوالدين

النسبة المئوية	التكرارات	
32.4%	33	كافية
48.0%	49	كافية بالنسبة لطفلك
19.6%	20	سهولة للفهم
100%	102	المجموع

يظهر جليا من خلال الجدول رقم (52) ان اغلبية افراد العينة كانت المعلومات الشفوية و المكتوبة المقدمة لهم كافية بالنسبة لطفلهم بنسبة (84%)، ثم هناك نسبة كانت المعلومات الشفوية و المكتوبة المقدمة كافية بالنسبة لهم قدرت بـ (32.4%)، بعدها هناك من كانت المعلومات الشفوية و المكتوبة المقدمة لهم سهلة الفهم بنسبة (19.6%).

الجدول (53): يوضح المعلومات التي تلقها الوالدين من اجلهم عند الاعلان عن

التشخيص

الحالة	المعلومات المتلقية
الحالة 01	يجب ان اقوم بالبحث اكثر على هذا المرض من اجل فهم خباياه.
الحالة 06	يجب التعامل مع الطفل بكل جدية و احترام و تقديم الحب له.
الحالة 07	اعملي معها بكل جد و ثقي في الله من شفائها.
الحالة 08	اتبعي قواعد و ارشادات الطبيب المختص من اجل الوصول الى الغاية المرغوبة.
الحالة 09	تعليم الطفل اسماء الاشياء و تكرارها و محاولة التواصل مع الطفل و انشاء الحوار معه.

الحالة 11	جب ان اكون قوية و ان اواجه هذا المرض حتى نتغلب عليه معا و لن اسمح لهذا المرض لان يعقدني مهما حصل والله مفتاح الفرج.
الحالة 13	طرح سؤال و جواب لكي استوعب و افهم المرض.
الحالة 14	ضرورة العمل مع الطفل من اجل تحسين حالته و القيام ببرنامج يساعده.
الحالة 20	ارشدوني الى القراءة حول ارباب التوحد .
الحالة 24	لا دعي للقلق سنعمل كل ما بوسعنا للتكفل الجيد بالطفل.
الحالة 25	القيام بالتمارين في البيت باستمرارية و مداومة.
الحالة 31	يجب القاء نفس المعاملة لطفل التوحدي كأخوته العاديين.
الحالة 33	حدثوني عن بعض برامج لمساعدة ابني.
الحالة 48	طرق العلاج التي سيتعامل بها المختصين مع ابنتي.
الحالة 57	يجب ادماج الطفل في حضانة مع اطفال عاديين و التعامل معه بشكل عادي كأبي طفل عادي.
الحالة 58	تعريف مرض التوحد، الاساليب العلاجية، و البرامج التربوية التي يعمل بها المختصين.
الحالة 59	عمل مخطط علاجي لطفلي في البيت.
الحالة 60	كيفية التعامل مع ابني و انشطة تساعده على التحسن في البيت .
الحالة 61	طفلك هو انت الاولى عن الغير، طفلك ليس مريض و ليس هناك المستحيل.
الحالة 65	العمل مع الطفل دون توقف.
الحالة 85	ادماج الطفل في المجتمع مع الاطفال العاديين و تلقينه السلوكات الصحيحة و طريقة الكلام.
الحالة 91	اهم شيء يجب ان اقوم بهم و تكرار التمارين التي توجد في البرامج و الاستمرارية و متابعتها و ذلك بالصبر و الدعاء له و الوقوف من اجله.

من خلال الجدول رقم (53) يظهر ان نسبة من افراد العينة تلقوا بعض من المعلومات

من اجلهم قدرت ب (21.56%).

الجدول (54): يوضح نتائج الرضا عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
4.9%	5	غير راضي
32.4%	33	راضي بشكل قليل
51.0%	52	راضي
11.8%	12	راضي جدا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (54) ان معظم افراد العينة راضين عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص بنسبة (51%)، و توجد نسبة من افراد العينة راضين بشكل قليل عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص قدرت ب (31.4%)، ثم تليها نسبة راضين جدا عن عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص قدرت ب (11.8%)، و توجد نسبة ضعيفة جدا من افراد العينة غير راضين عن المعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص قدرت ب (4.9%).

الجدول (55): يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان

من الممكن اجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
26.5%	27	الاجابة
73.5%	75	عدم الاجابة
100%	102	المجموع

يتضح لي من خلال الجدول السابق رقم (55) ان معظم افراد العينة لم يقدموا أي اجابة

بخصوص رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الاعلان عن التشخيص بنسبة (73.5%)، ثم توجد نسبة من افراد العينة قدموا رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الاعلان عن التشخيص قدرت بـ (26.5%).

الجدول (56): يوضح نتائج اقتراح الوالدين تحسينات من الممكن اجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الاعلان عن التشخيص

النسبة المئوية	التكرارات	
25.9%	07	الوالدين اللذين اجابوا بنعم و اقترحوا تحسينات
74.1%	20	الوالدين اللذين اجابوا فقط بنعم و لم يقدموا أي اقتراح حول التحسينات
100%	27	المجموع

يبين الجدول رقم (56) ان اغلبيه افراد العينة اللذين قدموا رأيهم حول التحسينات التي من الممكن اجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الاعلان عن التشخيص اجابوا فقط بنعم يمكن اجراء تحسينات و لم يقدموا أي اقتراح بنسبة بـ (74.1%)، ثم توجد نسبة ضعيفة جدا قدموا بعض الاقتراحات التي يمكن اجراؤها لتحسين جودة المعلومات الواردة عند الاعلان عن التشخيص قدرت بـ (25.9%)، و من هذه التحسينات التي تم اقتراحها نجد : تزويد الوالدين بمعلومات اكثر تفيدهم في فهم حالة ابنهم أكثر، تغيير طريقة الاعلان و الانتباه اكثر للوالدين بما انهما المحور الاساسي في هذه المسألة، اعطاء بعض النقاط الايجابية بشأن حالة الطفل، شرح تفاصيل التشخيص للوالدين، مساعدة الوالدين اكثر و تقديم لهم بعض الطرق لعلاج حالته مستقبلا، يجب ان يعرض المختصين بعض الطرق للتعامل مع مشكلات الاطفال المصابين بمرض التوحد، تقديم خيارات العلاج للوالدين.

الجدول (57): يوضح نتائج الرضا عن التشخيص بشكل عام

النسبة المئوية	التكرارات	
4.9%	05	غير راضي
33.3%	34	راضي بشكل قليل
56.9%	58	راضي
4.9%	05	راضي جدا
100%	102	المجموع

يبين الجدول رقم (57) ان معظم افراد العينة راضين عن التشخيص بشكل عام بنسبة (56.9%)، ثم هناك نسبة من افراد العينة راضين قليلا عن التشخيص بشكل عام قدرت بـ (33.3%)، ثم توجد نسبتين ضعيفتين متساويتين هما : الاولى غيرا راضين عن التشخيص بشكل عام، و الثانية راضين جدا عن التشخيص بشكل عام قدرت بـ (4.9%).

الجدول (58) : يوضح نتائج تقديم الوالدين رأيهم حول ما اذا كانت هناك تحسينات كان من الممكن اجراؤها على الإعلان بشكل عام

النسبة المئوية	التكرارات	
18.6%	19	الإجابة
81.4%	83	عدم الاجابة
100%	102	المجموع

من خلال الجدول رقم (58) يظهر لي ان معظم افراد العينة لم يقدموا أي اجابة بشأن رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها على الإعلان بشكل عام بنسبة (81.4%)، ثم توجد نسبة ضعيفة قدموا اجابة بخصوص رأيهم حول التحسينات التي يمكن اجراؤها على الإعلان بشكل عام قدرت بـ (18.6%).

الجدول(59): يوضح نتائج اقتراح تحسينات من الممكن إجراؤها على الإعلان عن التشخيص بشكل عام

النسبة المئوية	التكرارات	
36.8 %	07	الوالدين الذين اجابوا بنعم قدموا تحسينات
63.2%	12	الوالدين الذين اجابوا فقط بنعم و لم يقدموا أي تحسينات
100%	19	المجموع

استنتج من خلال الجدول رقم (59) ان اغلبيه افراد العينة اللذين قدموا اجابة بخصوص رأيهم حول التحسينات التي يمكن إجراؤها على الإعلان عن التشخيص بشكل عام اجابوا فقط بنعم يمكن اجراء تحسينات و لم يقدموا أي اقتراح بنسبة (63.2%)، ثم توجد نسبة ضعيفة قدموا اقتراحات حول التحسينات التي يمكن إجراؤها على التشخيص بشكل عام قدرت بـ (36.8%)، و من هذه الاقتراحات التي تم اقتراحها نجد: اعطاء اهمية اكثر لطرق الاعلان عن التشخيص و المعلومات التي يتم الاعلان بها كون هذا الاضطراب من اكثر الاضطرابات المنتشرة حديثا، الدقة في التشخيص، الحذر من مشاعر الوالدين عند الاعلان عن التشخيص و مراعاتها، اجراء حصص علاجية اكثر بعد الاعلان عن التشخيص لتوضح الاضطراب للوالدين و الاستفسار عن اسئلتهم، جعل الوالدين يتقبلا حالة الطفل بعد الاعلان عن التشخيص و الاهتمام بهم، توضيح المختصين طريقة الرعاية الجيدة للطفل، يجب ان يقوم المختصين بتهيئة الوالدين قبل الاعلان عن التشخيص.

الجدول (60): يوضح نتائج تصريحات الوالدين ببعض الجمل او التصريحات المرسخة في ذاكرتهم، المقدمة من طرف المختصين سواء إيجابية او سلبية

النسبة المئوية	التكرارات	
37.3%	38	الإجابة
62.7%	64	عدم الإجابة
100%	102	المجموع

يظهر جليا من خلال الجدول رقم (60) ان اغلبية افراد العينة لم يقدموا أي اجابة حول تصريحات المختصين المرسخة في ذاكرتهم ايجابيو كانت او سلبية بنسبة (62.7%)، ثم توجد نسبة قدموا بعض الجمل و التصريحات المختصين المرسخة في ذاكرتهم إيجابية او سلبية قدرت بـ (37.3%).

الجدول (61): يوضح نتائج نوع التصريحات المقدمة للوالدين من طرف المختصين

النسبة المئوية	التكرارات	
34.2%	13	تصريحات من طرف المختصين ايجابية
65.8%	25	تصريحات من طرف المختصين سلبية
100%	38	المجموع

يبين الجدول رقم (61) ان اغلبية افراد العينة اللذين قدموا الجمل و التصريحات المرسخة في ذاكرتهم كانت سلبية بنسبة (65.8%) و من هذه الجمل نجد: اظن انكم اميون لأنكم لا تعرفون هذا الاضطراب الشائع او تتشغلون بالأفلام فقط، قد لا يكون هناك أي فائدة من العلاج أبدا، الاعراض كلها تبين ان طفلك تعاني من التوحد دون القيام بالتحاليل و لكن قومي بها، اهملتي حالة ابنك لكثير من الوقت، يظهر ان طفلك معاقة لدرجة شديدة، ابنك مصاب بمرض ليس له علاج، عندما يكبر طفلك ستستاء حالته اكثر و لن يكون مثل الاطفال العاديين ، هذا الاضطراب الشائع في الالونة الاخيرة لن يؤثر فقط في حياة الطفل و

انما سيؤثر في حياتكم أيضا، قليلون جدا من يشفون من مرض التوحد و هذا احبط عزيمتي و اضعفني مما جعلني ارى ان ابني غير قادر و غير عادي كبقية الأطفال، لن تتحسن حالتها ستتكيف فقط، ابنتك مصابة باضطراب التوحد، عندما كانت تقوم الطفلة بالحركات التكرارية (الررفة) خرجت المختصة و ضربتها، الضحك من تصرفات ابني، ليس هناك أي جدوى من العلاج فعمر الطفل اصبح متاخرا و لا يمكن تحسين حالته، يجبر ابنتي على السكوت بعنف، انتم السبب بمرضه لترككم له امام التلفزيون (نحن المذنبون)، اهملتم حالة طفلكم كثيرا ليس هناك جدوى من العلاج، ابنك مصاب بمرض التوحد خذه الى مستشفى الامراض العقلية، يبدو انه معاق الم تعرف هذا الى اليوم، بعد الكشف عن هذا الاضطراب لأول مرة قال المختص الاعراض هنا و الطفلة مصابة بمرض التوحد بدون رحمة و لا انتصار، خذي طفلك من هنا راسي يؤلمني من صراخها، اظن انه لا يمكننا استقبال ابني في عيادتنا لان حالته جد صعبة و نخاف من تصرفاته العنيفة، انتي مدهورة كلياً بسبب عدم رغبتك في تقبل مرض طفلك، انني اعمل كل ما بوسعي لمساعدة ابنتك لكن انتي لم تعلمي أي شيء حالتها تسوء . ثم هناك نسبة ضعيفة من افراد العينة اللذين قدموا الجمل و التصريحات المرسخة في ذاكرتهم كانت ايجابية قدرت بـ (34.2%) و من هذه الجمل نجد: انت من يمكنك معالجة حالة ابنك، اعلمي معها بكل جد و ثقي في الله من شفاءها، ابنك حالته صعبة و يجب العمل معا من اجل تحسين حالته للافضل و لا داعي للقلق، لا تخافي مازال الوقت مبكرا سيشفى ابني، يمكننا رعاية الطفل بشكل اللازم و منح الوقت له فهو بين ايدي امنة سنحسن حالته ثقي بنا، يمكنك ان تشفي ابنتك ثابري فقط و لا تفشلي فكل جهدنا مبني على عملك معها، كل ما حدثت امور عاجلة او حيرتكي اتصلي بي بدون تردد نحن في الخدمة دائما و سنعمل على تعليم طفلك كل ما بوسعنا ساعدنا فقط، سيعمل كل الفريق على التكفل الجيد بالطفل اهتموا به فقط، مرض ابنتك ليس هناك داعي للقلق فحالتها لا تستدعي كل هذا الخوف و ستصبح كأى طفلة عادية بإذن الله، لا داعي للخوف سيتكلم طفلك قومي فقط بتكرار التمارين له و نحن سنعمل على توجيهك، كل ما يقوم به ابنك في الشارع او امام الناس لا تخجلي منه هذا يحطمك و يحطم الطفل ايضا افتخري به ليصبح كما تريدين و لا تيأسي امامك درب طويل، لا تسمعي لكل ما يهدد صحتك النفسية ثقي في نفسك و في تحسن حالة طفلك، بالأمل يشفى طفلك.

الجدول (62): يوضح نتائج المعلومات او التعليقات التي يود الوالدين اضافتها

النسبة المئوية	التكرارات	
3.9%	4	الإجابة
96.1%	98	عدم الإجابة
100%	102	المجموع

يتضح من خلال الجدول السابق رقم (62) ان اغلبية افراد العينة لم يقدموا أي اجابة بشأن التعليقات و المعلومات الاضافية بنسبة (96.1%)، ثم هناك نسبة ضعيفة جدا قدموا اجابة بخصوص التعليقات و معلومات الإضافة قدرت بـ (3.9%).

الجدول (63): يوضح نتائج إعطاء هذه المعلومات او التعليقات من الوالدين

النسبة المئوية	التكرارات	
100%	4	الإجابة بنعم و إضافة هذه التعليقات
0%	00	الإجابة بنعم و عدم إضافة هذه التعليقات
100%	4	المجموع

يتجلى من خلال الجدول رقم (63) ان كل افراد العينة اللذين قدموا إجابة بشأن التعليقات و معلومات الإضافة قدموا هذه التعليقات ذكروها بنسبة (100%) و من هذه التعليقات نجد: ان التوحد مرض ليس كباقي الامراض و انما هو صراع مع سلوكيات نمطية ان لم تقضي عليها سوف تقضي على طفلك، الشفاء بيدي الله و الاخصائيين و مساعدتهم طبعاً، عدد الاطفال اللذين يعانون من اضطراب طيف التوحد في تزايد شديد يختلف عن السنوات الماضية، يجب على الوالدين تقبل الامر رغم انه ليس سهل بالتعب نحقق العلى.

1-2- عرض نتائج مقياس تأثير الاحداث المعدل:

قبل التعرف على العوامل المؤثرة على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لابد من وصف متغير تأثير الحدث بأبعاده (التجنب، اقتحام الذاكرة، التنشيط العصبي العالي)، حيث تم استخدام الاحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي، المتوسط المرجح، الانحراف المعياري) لدرجات الوالدين على مقياس تأثير الحدث بأبعاده (التجنب، اقتحام الذاكرة، التنشيط العصبي العالي).

جدول رقم (64): يبين الاحصاءات الوصفية لدرجات تأثير الحدث بأبعاده لدى الوالدين

المتغير بأبعاده	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	الرتبة
التجنب	102	17,89	2,24	6,06	2
اقتحام الذاكرة	102	19,88	2,49	4,43	1
التنشيط العصبي العالي	102	12,62	2,10	3,32	3
تأثير الحدث	102	50,39	2,29	11,69	//

يتضح من الجدول (64) أن المتوسط الحسابي لدرجات الوالدين في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد بلغ (50,39) بمتوسط مرجح بلغ (2,29)، وبانحراف معياري يقدر بـ (11,69)، وهي قيمة أكبر من المتوسط بالمقارنة مع الدرجة القصوى (88) وبالقيمة الوسطى لدرجات الاستجابة (2)، بمعنى أن هناك تأثير نفسي عالي بعد الاعلان عن تشخيص التوحد.

كما جاءت المتوسطات الحسابية لدرجات أبعاد تأثير الحدث (الإعلان عن تشخيص التوحد) كبيراً لدى الوالدين، حيث كان تأثير اقتحام الذاكرة في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (19,88) بمتوسط مرجح (2,49)، ثم يليه تأثير التجنب بمتوسط حسابي (17,89) ومتوسط مرجح (2,24)، وفي الأخير التنشيط العصبي العالي الذي بلغ (12,62) بمتوسط مرجح (2,10). وبالتالي فإن التأثير النفسي بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عالي لدى الوالدين.

بعد تطبيق درجة القطع المحددة في مقياس تأثير الحدث المعدّل (IES-R)، وهي أكبر من 33 وأصغر أو يساوي 33، تم تحديد فئتين من الوالدين؛ متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أكبر من 33) وغير متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أصغر أو يساوي 33)، حيث يوضح الجدول رقم () عدد أفراد الفئتين والنسب المئوية لهما.

جدول (65): يبين التكرارات والنسب المئوية لفئات الوالدين في مقياس تأثير حدث

الإعلان عن تشخيص طيف التوحد

فئة الوالدين	عدد الأفراد	النسبة %
غير متأثر (ة) بالحدث	10	9,8%
متأثر (ة) بالحدث	92	90,2%
المجموع	102	100%

يتضح من الجدول (65) أن معظم الوالدين متأثرين بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد بنسبة (90,2%)، بالمقارنة مع الأفراد غير المتأثرين بالحدث بنسبة قُدرت بـ (9,8%) من مجموع الأفراد المستجيبين على مقياس تأثير الحدث المعدّل. وهذا ما يشير إلى تأثير عالي لحدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد على الوالدين.

وعلى أساس فئة الوالدين المتأثرين بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد تم إجراء سلسلة من التحليلات الاحصائية للتحقق من تأثير العديد من العوامل (أسئلة الاستبيان) على التأثير بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، حيث وُجدت أن تلك العوامل (الأسئلة) غير دالة احصائياً عند مستوى 0,05 باستثناء عاملين يتعلقان:

- السؤال رقم (27) الذي ينص على "كيف تصف المختص أو/ المختصين الذين أخبروك عن التشخيص؟ هل يبدو/يبدون لك: ودودين (أي لطفاء، مرحبون)؟ (لا أبداً - قليلاً - إلى حد ما - كثيراً)".

- السؤال رقم (38) الذي ينص على "هل تلقيت تقريراً موضحاً لكل التقييمات التي تم إجراؤها و نتائجها؟ (نعم - لا)".

للإجابة على التساؤل الذي ينص على "هل يؤثر ود المختصين المعنيين عن التشخيص

على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين؟"، تم استخدام تحليل التباين الأحادي الاتجاه للتعرف على مدى تأثير ود المختصين المعننين عن التشخيص على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين. كما تم تقدير حجم الأثر (مربع ايتا) للتحقق من حجم تأثير ود المختصين المعننين عن التشخيص (لا أبداً - قليلاً - إلى حد ما - كثيراً) في حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.

جدول (66): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي "ف" لدلالة تأثير ود المختصين المعننين عن التشخيص على تأثير الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين

فئات ود المختصين المعننين عن التشخيص	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	القيمة الاحتمالية p	حجم الأثر (مربع ايتا)
لا أبداً	/	/	/	3,986 *	0,022	0,08
قليلاً	13	53,23	11,23			
إلى حد ما	38	55,79	7,06			
كثيراً	41	50,20	9,42			

*دالة عند مستوى 005

يوضح الجدول (66) أنه يؤثر ود المختصين المعننين عن التشخيص بشكل دال عند 0,05 على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، حيث أن قيمة "ف" (3,986) عند درجة حرية (2، 89) دالة احصائياً عند مستوى 0,05 باعتبار أن القيمة الاحتمالية (0,022) أصغر من 0,05.

كما أن المتوسطات الحسابية لدرجات الوالدين في تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد بين فئات ود المختصين المعننين عن التشخيص متباعدة فيما بينها، حيث بلغت لدى الوالدين الذي أجابوا بـ "قليلاً" (53,23) والذين أجابوا بـ "إلى حد ما" (55,79)، والذين أجابوا بـ "كثيراً" (50,20) بانحرافات معيارية متباعدة أيضاً بلغت (11,23) و (7,06) و (9,42) على التوالي. أما حجم أثر ود المختصين المعننين عن التشخيص على تأثير

حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين فجاء متوسطاً قُدر بـ (0,08) وحدات انحراف معيارية، وهذا حسب لتوجيهات "كوهين" (1988) Cohen.

توصلت نتائج التساؤل إلى أنه يؤثر ود المختصين المعلنين عن التشخيص بشكل دال احصائياً عند مستوى 0,05 على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، بمعنى أنه كلما اختلف ود المختصين عن التشخيص بشكل دال اختلف تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.

وباعتبار أن قيمة "ف" دالة احصائياً عند مستوى 0,05 لتأثير ود المختصين المعلنين عن التشخيص على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، فانه يتطلب إجراء المقارنات المتعددة، حيث تم استخدام اختبار LSD لـ "توكي" للتعرف على الفروق بين فئات ود المختصين المعلنين عن التشخيص (قليلاً - إلى حد ما - كثيراً) في تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.

جدول (67): بين نتائج اختبار LSD المقارنات المتعددة لدلالة الفروق بين فئات ود المختصين المعلنين عن التشخيص في تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد

المتغيرات	المقارنات	متوسط الفرق	الخطأ المعياري	القيمة الاحتمالية p
تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد	قليلاً إلى حد ما	-2,56	2,83	0,368
	قليلاً كثيراً	3,04	2,80	0,282
	إلى حد ما كثيراً	5,59*	1,98	0,006

*دال عند مستوى 0,01

يوضح الجدول (67) أن أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,01 بين فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "إلى حد ما" وفئة الوالدين الذين أجابوا بـ "كثيراً حول ود المختصين المعلنين عن التشخيص في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد بمتوسط فرق بينهما (-2,56) لصالح فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "إلى حد ما" ($p < 0,01$; $p = 0,006$). في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 بين فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "قليلاً" وكلاً من الذين أجابوا بـ "إلى حد ما" ($p > 0,05$; $p = 0,368$)، و"كثيراً" ($p = 0,282$).

($p > 0,05$) في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين. وتشير النتائج إلى أنه كلما كان ود المختصين المعلنين عن التشخيص متوسطاً (إلى حد ما) كلما انخفض تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، العكس صحيح. للإجابة على التساؤل الذي ينص على "هل يؤثر تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين؟"، تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين عينتين مستقلتين للكشف عن دلالة الفروق بين تلقي (نعم) أو عدم تلقي (لا) تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين. كما تم تقدير اختبار حجم الأثر "d" "كوهين" (1988) Cohen للتعرف على حجم تأثير تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين.

جدول (68): يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة تأثير تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين

المتغير	نعم (ن = 48)		لا (ن = 44)		قيمة "ت"	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	حجم الأثر d
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد	51,13	8,39	54,91	9,51	2,02 [*]	90	0,046	0,42

* دال عند مستوى 0,05

يتضح من الجدول (68) أنه يؤثر تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها بشكل دال عند مستوى 0,05 على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، فقد جاءت قيمة "ت" (2,028) عند درجة حرية (90) دالة احصائياً عند

مستوى 0,05 لأن القيمة الاحتمالية (0,046) أصغر من مستوى الدلالة 0,05.

وقد جاءت الفروق في تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لصالح الوالدين الذين أجابوا بـ "لا" أي عدم تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها بمتوسط حسابي (54,91) وانحراف معياري (9,51) الذين جاء أكبر من المتوسط الحسابي (51,13) وانحراف معياري (8,39) للوالدين الذين أجابوا بـ "نعم" أي تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها. أما حجم أثر تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين فقد بلغ (0,42) وحدات انحراف معيارية، وهو صغير حسب لتوجيهات "كوهين" (1988) Cohen أنه أثير من (0,50).

توصلت نتائج التساؤل إلى أنه يؤثر تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها بشكل دال احصائيا عن مستوى 0,05 على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، مما يدل على أن تلقي الوالدين تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها له دور على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد .

2-دراسة الحالة :

من اجل التعرف على المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و معرفة كيفية تأثير حدث الاعلان عن الحالة النفسية للوالدين . قمت بالتقرب الى المصلحة الاستشفائية للطب العقلي و النفسي - محفوظ بوسبسي - بشراكة تحت اشراف البروفيسور "بكو صديق" المختص في الطب العقلي للأطفال و المراهقين. من اجل اجراء مقابلة عيادة نصف موجهة باستخدام دليل المقابلة مع حالتين لديهما طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، اجريت معهما المقابلة بشكل فردي كما وزعت عليهما استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص التوحد للوالدين و مقياس تأثير الاحداث المعدل للإجابة عليه.

2-1- الحالة الاولى كهينة :

2-1-1- تقديم الحالة:

ان كهينة امرأة تبلغ من العمر 37 سنة متزوجة، و ام لطفلين تعيش مع عائلتها الصغيرة، و لديها مستوى التعليمي الجامعي (ليسانس في اللغة الفرنسية)، و حالتها الاقتصادية متوسطة بحكم ان زوجها فقط الذي يعمل و هي مأكثة بالبيت، و تسكن في بلدية شراكة بولاية الجزائر. للحالة ابن عمره الحالي 12 سنة، تم تشخيصه انه مصاب باضطراب طيف التوحد .

2-1-2- عرض و تحليل مضمون المقابلة:

في 05 جوان 2323 اجريت المقابلة مع الحالة، في مكتب البروفيسور " بكو صديق" في المستشفى الجامعي للطب العقلي و النفسي - محفوظ بوسبي- بشراكة. قام الطبيب بشرح اهداف هذه المقابلة مرة اخرى و تقديمي الى الحالة كطالبة ماستر مقبلة على التخرج كمختصة نفسية وافقت الحالة على اجراء المقابلة مباشرة كون الطبيب طلب منها الموافقة قبل المجيء، و قام الطبيب بتركنا على الإنفراد، كانت الحالة مرتاحة نوعا ما بعد ان اخبرتها ان هذه المقابلة لغرض البحث العلمي فقط ، في الأول تحدثنا عن البيانات الشخصية للحالة.

ثم طلبت منها اعطائي بعض المعلومات حول طفلها، قالت لي: ان ابنها عمره الحالي 11 سنة، تم تشخيصه بشكل رسمي انه مصاب بالتوحد عندما كان عمره 05 سنوات، من طرف طبيب نفسي للأطفال. و حاليا لا يدرس ، فيما بعد سألتها عن بعض المعلومات التي تتعلق بمرحلة الإعلان عن تشخيص التوحد. فعندما طلبت منها ان تصف لي فترة قبل الإعلان عن التشخيص قالت لي: "كانت رحلة للبحث عن الحقيقة، حيث اننا كنا نعلم ان هناك مشكلة لكن الأخصائيين هم اللذين يؤكدون ذلك و التشخيص في المستشفى كان الطريقة الوحيدة للتأكيد. و أخبرتني انها كانت مستعدة لجلسة الإعلان من قبل، و لكن لم يكن أي دعم نفسي من مختص نفسي او طبيب نفسي للأطفال. و عندما سألتها عن اللقاء

الذي تم فيه الإعلان عن التشخيص. قالت لي: " قام بالتشخيص فريق متكامل لكن في هذا اللقاء كان البعض منهم فقط تحت اشراف مختص بالأمراض العقلية للأطفال. و عندما طلبت منها ان تخبرني عن جودة المعلومات التي قدمها هؤلاء المختصين. قالت لي: " هذه المعلومات كانت حول التكفل و التخصصات التي يجب علينا ان ندمج فيها ابننا من مختص نفسي و ارطوفوني و نفسي حركي" و اخبرتي فيما بعد ان هذه المعلومات المقدمة كانت شفويا، و كانت لديها فرصة لطرح الأسئلة، لكن لم يقم هؤلاء المختصين بإعطاء أي نقاط إيجابية حول حالة طفلها. و عندما سألتها عن محاولة هؤلاء المختصين دعمها و ما هي أنواع الدعم التي تم تقديمها لكي عند الإعلان عن التشخيص؟. قالت لي انها " صحيح انه حاول المختصين دعمي لكن لم تكن هناك طرق للتكفل بحالة ابني، لكن التشخيص تم بلطف و مراعاة لمشاعرنا". من خلال أقول الحالة تبين لي انه لم يكن هناك دعم بخصوص اخبارها عن طرق العلاج او التكفل بحالة الطفل و لم يعالجوا بشكل مناسب مخاوفها، و هذا ما توصل اليه أيضا المسح الذي اجراه المركز الإقليمي الفرنسي للأطفال المعوقين Naroun و Kroichvili (2006) مع العائلات في نورماندي، حيث اظهر ان ما يقارب 4 اباء من اصل 10 اعتبروا ان تشخيص التوحد لم يكن واضحا. و كان اكثر من الثلث غير راضين عن المعلومات و التوجيهات المقدمة، و اعتبر نصف الاءاء انهم لم يعطوا أي خيار في اتخاذ القرار في مختلف مراحل حياة طفلهم.

و من خلال اجابة الحالة يظهر ان المختصين لم يقوموا بعرض نقاط ايجابية بشأن نمو الطفل، و هذا على عكس الدراسة الحديثة ل Crane و Batty و Adeyinka و Goddard و Henry و Hill (2018) التي تنص أن الآباء يرغبون في إتباع نهج قائم على القوة يسلط الضوء على السمات الإيجابية لأطفالهم و يودون سماع عبارات متفائلة حول التشخيص و التدخل الذي يحافظ على الأمل.

كما يتضح من كلام الحالة ان المختصين كانوا عموما لطفاء و متفهمين و صادقين و قد تركوا للوالدين مجالا لطرح الأسئلة و هذا اما أكدته دراسة Krauss-Mars و Lachman (1994) بان الاءاء يجب ان تتاح لهم فرصة لطرح جميع الاسئلة التي يريدونها.

و عندما سألتها عن حالتها النفسية عند العودة الى المنزل بعد التشخيص اخبرتي قائلة: " توجعت كثيرا و كان ذلك قاسي جدا بالرغم من معرفتنا بهذا النتيجة كنت اشك بذلك، لكن ابوه كانت هذه المرحلة صعبة جدا عليه فقد كان في مرحلة انكار لهذه الحقيقة المرة" .

اما عندما سألتها عن صحة التشخيص بالنسبة لها: "قالت لي انا لم اشك في صحة التشخيص بعكس زوجي الذي لم يؤمن بذلك". اما عندما طلبت منها ان تخبرني اذا تم معالجة مخاوفها بشكل مناسب عند الإعلان عن التشخيص. سكنت ثم قالت: " لا لم يراعي احد مخاوفي، فما كنت اريد معرفته لم يخبرني به احد في البداية، و فقد اخبروني فقط انه يجب التكفل به نفسيا و ارطوفونيا". من خلال أقول الحالة تبين لي انه لم يكن هناك دعم بخصوص اخبارهم عن طرق العلاج او التكفل بحالة الطفل و لم يعالجوا بشكل مناسب مخاوفهم و انما كانوا فقط لطفاء و مراعين لمشاعر الوالدين .

ثم طلبت منها ان تخبرني عن ردة فعلها عندما تم الإعلان عن تشخيص طفلها في فئة اضطراب طيف التوحد. قالت لي: " انصدمت عند سماعي و التحقق من هذا الوضع الذي كان مبهم بالنسبة لنا ، فاخيرا تم وضع اسم على كل المعاناة السابقة، بالنسبة لي هذه الصدمة لم تدم طويلا". من خلال كلام الحالة يتضح انا الاعلان حدث صادم و قاسي بالنسبة لها رغم معرفتها بهذه النتيجة من قبل. و هذا ما أكدته دراسة Abbott و Bernard و Forge (2012) التي تشير الى ان تشخيص اضطراب طيف التوحد له تأثير عاطفي كبير على الوالدين.

و يتضح ايضا من خلال كلام الحالة انه رغم انصدامها و حزنها من هذه الحقيقة إلا انها ارتاحت نوعا ما بعد ان تم وضع اسم لمعاناتها التي دامت سنوات. وهذا ما فسرتة دراسة Poirier و Goupil (2008) التي توصلت الى انه على الرغم من اكثر ردود الفعل الوالدين عند الاعلان عن تشخيص التوحد سلبية، حيث يشعرون بالعواطف مثل: الحزن و الغضب. إلا انه يشعر اخرون بالراحة، لأنه أخيرا يمكن لطفلهم ان يستفيد من الرعاية التي تتكيف مع حالته . و توصلت ايضا دراسة Jacobs و Dierickx و Hens (2020)

الى انه ابلغ الإباء عن جوانب ايجابية للتشخيص بما في ذلك تقديم تفسير لسلوكيات اطفالهم .

و عندما طلبت منها ان تصف لي حالتها النفسية و الجسدية بعد ان تم الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلها. قالت لي: " لم اثار كثيرا، لكن الإجراءات الكثيرة اللازمة للرعاية كانت متعبة جدا ". و كلامها يتوافق مع دراسة جرين Green (2007) عندما قابلت 81 اما في الولايات المتحدة لأطفال مرضى (الشلل الدماغي، متلازمة داون، التوحد،....)، بالنسبة لغالبية الأمهات فان عبء الرعاية هو مسألة قيود اجتماعية في الأساس (العبء المالي، و الوقت، و الأثر على العمل، و الأسرة، و العلاقات الاجتماعية) و ليس الضيق العاطفي او الشعور بالذنب.

و عندما اردت الاستفسار عن الأشياء التي كانت تثير مخاوفها و مدى خوفها من مستقبل ابنها. قالت لي : " كنت خائفة جدا من عدم وجود مختصين ذو كفاءة للاعتناء و متابعة حالة ابني جيدا، و كنت قلقة من عدم تفاعله مع الآخرين وهل ستتحسن حالته، و كنت متوترة بشأن دراسته " لكن لم يشغلني مستقبله بقدر ما كان يشغلني الحاضر". و قد اخبرتي انها حصلت عن دعم من طرف اسرتها . و لما اردت معرفة رأيها حول ما الذي كانت تحتاجه لجعل لحظة الإعلان اقل صدمة و صعوبة بالنسبة لها، قالت لي: ربما كنت احتاج الى الالتقاء بأولياء اخرين، للتعرف على قصص نجاحهم مع أبنائهم، و اخذ بعض النصائح منهم و تقنيات للتعامل مع تصرفات أطفالنا. من خلال اقوالها يتبين ان الحالة كانت ترغب التقاء مع اولياء الاطفال الآخرين المصابين باضطراب طيف التوحد للتحدث معهم ، و هذا ما اكدته دراسة كل de Verdier و Fernell و EK (2019) حيث توصلت إلى أن الآباء راغبون في التواصل مع الآباء الآخرين الذين لديهم طفل مصاب بالتوحد حيث يمكن تزويدهم بالنصائح العملية من مقدمي الرعاية الآخرين .

اما عندما سألتها حول كيفية تعاملها مع الضغوط التي واجهتها منذ الإعلان سككت مترددة ثم قالت: " الطريقة الوحيدة هي السير نحو الامام حيث كان يوجد الكثير من العقبات

الواجب اجتيازها. اما عندما طلبت رأيها بناء على تجربتها خلال الإعلان عن التشخيص، هل سيكون الإعلان اقل صدمة لو صدر من طرف مختص نفسي للأطفال لإعلان التشخيص، و مختص نفسي لإدارة الحالة النفسية للوالدين؟. قالت لي: بعد تجربتي اظن ان حضور المختص النفسي مع الطبيب النفسي للأطفال اثناء الإعلان جيد و مفيد، و لكن من المستحسن اقتراح مساعدة من المختص النفسي على فترات متقاطعة بعد التشخيص للمساعدة على تحمل هذه الصعاب.

ثم بعد الانتهاء من اجراء المقابلة العيادية قامت بالإجابة على استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المعدل، ثم شكرتها كثيرا لأنها حاولت مساعدتي قدر الإمكان، و كنت متأسفة جدا لأنه يمكن ان أكون سبب في تفكيرها في مرحلة جد صعبة من حياتها. قالت لي لا بأس فقد تجاوزناها .

2-1-3- عرض و تحليل نتائج استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص

هناك عدة الأمور البالغة الأهمية اثارت انتباهي من إجابات الحالة على الاستبيان . حيث ظهرت المخاوف الأولى من قبل مختص في الصحة بشأن نمو طفلها عندما كان عمره 06 اشهر، و عندما استشارت الحالة طبيب للأطفال عندما كان عمره 9 اشهر نفى ذلك و تم اعلامهم عن عدم وجود مشكلة رغم وجودها. مما أخرج التشخيص الرسمي حتى بلوغ الحالة 5 سنوات . و هذا ما تبينه الابحاث الحديثة حسب Sacrey و Zwaigenbaum و Bryson و Brian و Smith و Roberts (2018) حيث ان الاباء غالبا ما يكونون اكثر دقة من الاطباء في تحديد السلوكيات ذات الصلة سريريا لدى الاطفال الصغار المصابين بالتوحد بناء على ملاحظاتهم اليومية . و هذا كان أيضا كان عكس بعض الدراسات مثل دراسة Dawson و Rogers و Greenson و Winter و Smith و Allen (2010) التي توصي بشدة على ضرورة التعرف المبكر على مرض التوحد و تشخيصه لضمان الوصول إلى خدمات التدخل و الدعم المبكر المناسبة. و دراسة MacDonald و Parry- Gruwys و Dupere و Ahearn (2014) التي بينت

ان التأخر في التشخيص يؤدي لاحقا الى تأخر في الوصول إلى التدخل المبكر و ربما تقليل احتمالية تحقيق مكاسب إيجابية. و أيضا دراسة Webb و Jones و Kelly (2014) التي اكدت ان التأخر في التشخيص يؤدي الى صعوبة تنفيذ استراتيجيات الدعم أو التدخل الفعال .

يتضح من خلا اجاباتها انه لم يتم اقتراح جلسات أخرى للإجابة عن أسئلة الوالدين و اعطائهما معلومات أخرى. على عكس بعض الدراسات و منها: دراسة Cunningham et al (1984) توصي بشدة على تقديم اجتماع ثاني للوالدين بعد الإعلان عن التشخيص. اما Cottrell و Summers (1990) فقد أشار الى انه جزء كبيرا من المعلومات المنقولة أثناء الاتصال الأول يتم نسيانه او إساءة فهمه او تفسيره بشكل خاطئ من قبل الوالدين لذلك يجب عقد اجتماع ثاني. اما Charman و baird (2002) فقد توصلوا انه من الضروري القيام باجتماع ثاني بعد الإعلان عن التشخيص لمراجعة المعلومات التي تم تقديمها. كما يسمح وقت التفكير بين الجلستين لهما بالتفكير في نمو طفلهم في ضوء المعلومات الجديدة المنقولة، و المناقشة مع الزوج، و الحصول على المعلومات إضافية. و توصل أيضا Piper و Howlin (1992) الى انه القيام بجلسة أخرى بعد الإعلان عن التشخيص توفر للوالدين فرصة للاعداد الأسئلة. كما اكد كل من Crane و chester و goddard و henry و hill (2016) بعد ان قاموا بمسح اكثر من 1000 من الوالدين في المملكة المتحدة حول عملية التشخيص لأطفالهم المصابين بالتوحد، حددوا ان اكبر قلق للوالدين كان المستوى غير المرضي للدعم اللاحق للتشخيص.

ويتضح ايضا ان المختصين قاموا بوصف طفلها بطريقة دقيقة لها. و هذا ما أكدته دراسة Charman و baird (2002) فمن المهم تقديم التشخيص بطريقة تمكن الاباء من التعرف على طفلهم من خلال هذا الوصف. كما انهم لم يفرطوا في استخدام المصطلحات التقنية . و هذا ما اشارت اليه دراسة Buckman (1992) حيث اكدت انه من الضروري استخدام المصطلحات الغير التقنية لتعزيز فهم الوالدين. وفقا لدراسة التي اجراها Quine و Rutter (1994) حول إعلان التشخيص لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة، فان موقف المختص هو أهم مؤشر على الرضا العام للوالدين خلال هذا الحدث.

وكما يظهر حضر كلا الوالدين في جلسة الإعلان عن التشخيص، و هذا من التوصيات الشائعة حسب Bois (1995) بعد ان قام بتأكيد ذلك من خلال اجراء دراسته حول يعد أباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد في كيبك.

2-1-4- عرض و تحليل نتائج مقياس تأثير الاحداث المعدل:

الى جانب استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد طبقت على الحالة كهينة مقياس تأثير الاحداث المعدل، تبين من خلال نموذج الإجابات التي قدمتها انها تأثرت بحدث الاعلان عن التشخيص، حيث حصلت على درجة 88/34 و هي درجة تفوق قليلا درجة القطع المحددة في مقياس تأثير الحدث المعدل (IES-R)، وهي أكبر من 33 وأصغر أو يساوي 33، تم تحديد فئتين من الوالدين؛ متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أكبر من 33) وغير متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أصغر أو يساوي 33).

تحصلت في البعد الفرعي لاقتحام الذاكرة على درجة 32/18 ، و حصلت في البعد الفرعي لتنشيط العصبي العالي على درجة 24/12، كما حصلت في البعد الفرعي للتجنب على 32/04.

2-1-5- خلاصة الحالة:

من خلال معطيات المقابلة العيادية و نتائج استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص استنتج ان الاعلان عن التشخيص كان صعبا نوعا ما على الحالة و اثر على حالتها النفسية و كان صدمة بالنسبة لها، و ارتاحت بعد تحديد التشخيص، لكن ترغب في تلقي معلومات اكثر حول حالة ابنها و كيفية التكفل به و اعطاء مجال لها من اجل اتخاذ قرار في بعض الامور الخاصة بحالة طفلها.

و من نتائج مقياس تأثر الاحداث المعدل استنتج ان الحالة متأثرة بحدث الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد خاصة فيما يخص انها تفكر كثيرا بهذا الحدث بعد ان تم اعلانه .

2-2- الحالة الثانية محمد:

2-2-1- تقديم الحالة:

الحالة محمد يبلغ من العمر 34 سنة متزوج منذ 5 سنوات، يعيش في أسرة تتكون من زوجته و ابنته و ابنه الرضيع، مستواه التعليمي جامعي، اما الحالة الاقتصادية متوسطة، يسكن في بلدية شراكة. للحالة ابنة عمرها الحالي 4 سنوات و نصف، تم تشخيصها انها مصابة باضطراب طيف التوحد.

2-2-2- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

في 11 جوان 2023 أجريت مقابلة مع الحالة، في المكتب الخاص بالبروفيسور "بكو صديق" . كانت الظروف العامة للقاعة هادئة. كان الحالة مرتاح نوعا ما و بشوش ، قبل بكل لطف أن أقوم بإجراء المقابلة معه. بعد أن أخبرته بموضوع مذكرتي الذي تحدثت فيه عن المعاش النفسي للوالدين عند الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلهم. ثم تطرقنا مباشرة الى بياناته الشخصية.

و انتقلنا الى المعلومات الخاصة بطفلته، قال لي: أن ابنته عمرها الحالي 4 سنوات و نصف، تم تشخيصها بشكل رسمي انها مصابة بالتوحد عندما كان عمرها 3 سنوات و عدة أشهر، من طرف طبيب النفسي للأطفال. و حاليا لا تدرس لكن تذهب الى روضة خاصة. فيما بعد سألته عن بعض المعلومات التي تتعلق بمرحلة الإعلان عن تشخيص التوحد، فطلبت منه أن يصف لي فترة قبل الإعلان عن التشخيص. حيث قال لي: " كان ذلك متعب جدا، قمت بكل التحاليل اللازمة و كنت اجري على حالة ابنتي أكثر من عام ونصف، و لم اعرف الحقيقة، و من الصعب علي أن اجمع بين العمل و هذه الحالة التي تتطلب القوة، لكن من جهة أخرى كنت أريد التشخيص الرسمي خلاص عيت من روح و جي من كل جيها. كي خبرني الطبيب بموعد الإعلان فرحت من جهة و حزنت من جهة أخرى فحالة ابنتي حقيقة ليست جيدة فما سأعرفه ليس مسعد، لكن الحقيقة تكفي ".

من خلال اقوال الحالة يتبين انه اتعبته الإجراءات الطويلة اللازمة للوصول الى التشخيص الرسمي و لم يستطع التوفيق بين العمل و هذه الإجراءات..، و هذا ما أكدته دراسة جرين Green (2007) عندما قابلت 81 اما في الولايات المتحدة لأطفال مرضى (الشلل الدماغي، متلازمة داون، التوحد،....)، بالنسبة لغالبية الأمهات فان عبء الرعاية هو مسألة قيود اجتماعية في الأساس (العبء المالي، و الوقت، و الأثر على العمل، و الأسرة، و العلاقات الاجتماعية) و ليس الضيق العاطفي او الشعور بالذنب.

كما تبين من أقوال الحالة انه رغم انزعاجه و حزنه من هذه الحقيقة الى انه فرح من جهة أخرى لأنه أخيرا ابنته ستتلقى التكفل بعد سنة و نصف من العبء. و هناك دراسات تؤكد ذلك منها، دراسة Poirier و Goupil (2008) على الرغم من أكثر ردود الفعل السلبية للوالدين عند الإعلان عن تشخيص التوحد، حيث يشعرون بالعواطف مثل: الحزن و الغضب. الا انه يشعر اخرون بالراحة، لأنه أخيرا يمكن لطفلهم أن يستفيد من الرعاية التي تتكيف مع حالته . و دراسة Jacobs و Dierickx و Hens (2020) التي توصلت الى انه ابلغ الإباء عن جوانب ايجابية للتشخيص بما في ذلك تقديم تفسير لسلوكات أطفالهم . و هناك أيضا دراسة Chamak و Bonniau و Oudaya و Ehrenberg (2011) التي بينت أن هناك من الإباء من يعتبر عملية الإعلان وسيلة للوصول إلى الدعم المناسب لحالة لطفلهم.

و اخبرني انه كان مستعد لهذه الجلسة من قبل. و قام بإعلان التشخيص الطبيب النفسي للأطفال . و عندما طلبت منه أن يخبرني عن مجرى لقاء الإعلان. قال لي: " كان اللقاء عبارة عن سؤال و جواب فيما يخص نمو ابنتي و علاقاتها بمن حولها ". اما عندما حاولت الاستفسار عن جودة المعلومات التي قدمها الطبيب النفسي للأطفال، قالي لي: " بما أنني لا اعرف معلومات حول اضطراب التوحد، فقد قام بتعريف هذا الاضطراب لي و ماذا يصيب. و ماهي أعراضه، و الأعراض التي تعاني منها ابنتي من بين هذه الأعراض، و اخبرني انه يجب أن اعمل أنا و أمها على مساعدة المختصين، للتحقيق نتيجة إيجابية في المستقبل، و اخبرني أن العجلة في أيدينا فالمختصين مرشدين فقط ". و تم توفير هذه المعلومات شفهيًا،

و كانت لديه فرصة لطرح الأسئلة. لكن لم يقم الطبيب بإعطاء أي نقاط إيجابية حول حالة طفلها.

و عندما سألته عن دعم الطبيب النفسي للأطفال له، و أنواع الدعم التي تم تقديمها له عند الإعلان عن التشخيص، قال لي انها " الحقيقة لم يحاول أي احد دعمي ، فقد وضع لي بعض الأمور التي يجب أن أركز عليها كالتكفل النفسي و الارطفوني بها . لكن عندما طلبت منه إعطائي بعض أسماء المختصين ذو كفاءة الأقرباء من مكان سكني قال لي ابحت أنت سوف تجد ". و عندما سألته عن حالته النفسية عند العودة الى المنزل بعد التشخيص، قال لي : " كان صعب علي أن أؤمن بان ابنتي مصابة بالتوحد و تحتاج الى الرعاية طول حياتها، و طول الطريق و أنا منزعج و احسست انني قصرت في شيئا ما فانا السبب، و طول الطريق ابحت في الانترنت عن أسباب هذا الاضطراب الذي لم اعرف من أين أتى لكن مشيئة الله، حمد لله. و الله لو كان ماشي عيب يبكي الراجل لو كان راني بكيت هداك نهار".

يتبين من اقواله أن الإعلان كان مصدر إزعاج له رغم انه كان ينتظر التشخيص الرسمي منذ فترة طويلة، و تأثر كثيرا لدرجة الرغبة في البكاء و لم يرغب في قبول التشخيص إحساسه بالذنب. و هذا ما أكدته دراسة Abbott و Bernard و Forge (2012) التي تشير الى أن تشخيص اضطراب طيف التوحد له تأثير عاطفي كبير على الوالدين . و قد أكدت دراسة Osborne et al (2008) أيضا أن الإعلان عن تشخيص التوحد غالبا ما يضع العائلات تحت ضغط كبير. و حسب الدراسة الحديثة ل Carlsson و Miniscalco و Kadesj و Laakso (2016) فانه ابلغ العديد من الآباء عن شعورهم بالإرهاق بعد تلقي التشخيص الأولي لطفلهم من الطبيب. كما أظهرت دراسة Ward (2014) انه يمكن أن تتفاقم لدى الوالدين بعد الإعلان مشاعر الشعور بالذنب. و أكدت دراسة التي أجرتها Meirsschaut و Roeyers و Warreyn (2010) انه غالبا ما يتم التعبير عن مشاعر عدم الكفاءة، والشعور بالذنب، و تدني احترام الذات او العجز من قبل 17 أم مع أطفال مصابين بالتوحد (46 شهرا الى 84 شهرا). و قد أشارت الدراسة حديثة ل Da

Paz و Siegel و Coccia و Epel (2018) الى أن بعض الآباء يعانون من مستويات متزايدة من اليأس و لوم الذات الذي يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية و الرضا عن الحياة.

اما عندما سألته عن مدى صحته من التشخيص الذي تم، قال لي: " صحيح شكيت في التشخيص لكن بعد دقائق أتذكر أن كل التحاليل تبين ذلك فيجب أن أتقبل شئت أم أبيت ". اما عندما طلبت منه أن يخبرني إذا تم معالجة مخاوفه بشكل مناسب عند الإعلان عن التشخيص، قال لي : " أين ساجد من يراعي مخاوفي، كنت أحس انه يعمل عمله فقط فمخاوفي لا تعنيه أبدا، أم انه مخاوفي كثيرة و هو لا يستطيع معالجتها كلها لا ادري".

من خلال أقول الحالة تبين لي انه لم يكن هناك دعم فقد كان يخبرهم فقط بأنه يجب عليهم متابعتة نفسيا و ارطوفونيا و لكن لم يقيم بإرشادهم الى المختصين ذو كفاءة رغم طلبهم ذلك. و لم يقيم بمراعاة مخاوفهم. و هذا ما توصل إليه أيضا المسح الذي أجراه المركز الإقليمي الفرنسي للأطفال المعوقين Naroun و Kroichvili (2006) مع العائلات في نورماندي ، حيث اظهر أن ما يقارب 4 آباء من أصل 10 اعتبروا أن تشخيص التوحد لم يكن واضحا. و كان أكثر من الثلث غير راضين عن المعلومات و التوجيهات المقدمة، و اعتبر نصف الآباء أنهم لم يعطوا أي خيار في اتخاذ القرار في مختلف مراحل حياة طفلهم. و على عكس دراسة Baird et al (2000) التي أكدت انه يجب على المختصين تقديم خيارات العلاج المناسبة ، كما يجب ان تكون الخدمات المقدمة بالقرب من منزل العائلة.

كما انه يظهر من اقول الحالة انه كان قلق بشأن مستقبل ابنته و كيفية التعامل معها، و هذا ما اشار اليه الزعارير (2009) في دراسته التي هدفت الى تقصي مصادر الضغوط النفسية و اساليب مواجهتها لدى اولياء امور الاطفال التوحيديين ، و توصلت النتائج الى ان ابرز الضغوط النفسية لدى الوالدين هي القلق على مستقبل الطفل و على تحمل اعباء الطفل.

ثم طلبت منه أن يخبرني عن ردة فعله عندما تم الإعلان عن تشخيص طفلته في فئة اضطراب طيف التوحد، قال لي: " في الحقيقة لقد انزعجت كثيرا في الأيام الأولى بعد التشخيص الرسمي أتذكر الى الآن انه لم يكن وقت صعب علي مثل ذلك الوقت . لكن بعد مدة فهمت أن هذه مشيئة الله و لا مجالا للهرب الحمد لله. و عرفت انه يجب أن أكون أب قوي و جاد لأتابع حالة ابنتي عند مختصين ثقة و كفيئين للوصول الى بعض النتائج الجيدة، و إيجاد الحلول الأكيدة لكي تتحسن حالتها و تكون لها استقلالية و لو بقليل، فانا هنا من اجلها لكن لا أبقي هنا".

و عندما طلبت منه أن يصف لي حالته النفسية و الجسدية بعد أن تم الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلته. قال لي: " و الله عندما عرفت شعرت أن جسمي اقشعر كليا و ارتفعت درجة حرارة جسمي و رجليا لم يستطيعا حملي. و أنا متعب من إجراءات قبل التشخيص و كنت منزعج قليلا لكن ما الذي سوف اعمله الحل الوحيد هو التقبل و التكفل بها". و عندما أردت الاستفسار عن الأشياء التي كانت تثير مخاوفه و مدي خوفه من مستقبل ابنته، قال لي: " كنت خائف من كيفية التكفل بحالتها و كيف ستعيش هكذا و هل ستمكن من الدراسة أم لا. و هل حالتها ستسوء عندما تكبر او تتحسن بعد التكفل. و ابسط الأشياء التي أريدها هو أن يكون لدى ابنتي نمو لغوي لنتواصل معها. اما مستقبلها فيشغلني تفكيري أخاف أن تأسى حالتها أكثر" . و عندما سألتها عن الدعم من طرف أسرته و أصدقائه. قال لي: " الدعم الوحيد الذي تحصلت منه كان من زوجتي، رغم أنني اعرف أن حالتها كانت جد صعبة من حالي لكن لا تظهر لي فقد كانت سندا لي ".

و لما أردت معرفة رأيه حول ما الذي كان يحتاجه لجعل لحظة الإعلان قال صدمة و صعوبة بالنسبة لها، قال لي: " لو كان التشخيص قبل ذلك الوقت ربما لمساعدنا ابنتنا أكثر. ربما كنت احتاج الى إرشادي أكثر و إعطائي بعض النقاط الإيجابية حول حالة ابنتي ".

و حسب أقواله في المقابلة اتضح لي انه لم يقم المختص بإعطاء أي نقاط إيجابية حول حالة طفلته. على عكس الدراسة الحديثة ل Crane و Batty و Adeyinka و

Goddard و Henry و Hill (2018) التي تنص أن الآباء يرغبون في إتباع نهج قائم على القوة يسلط الضوء على السمات الإيجابية لأطفالهم و يودون سماع عبارات متقائلة حول التشخيص و التدخل الذي يحافظ على الأمل. و دراسة Cunningham et al (1984) التي أكدت انه من الأفضل أن يقوم المختص بتسليط الضوء على نقاط القوة لدى الطفل، لان تلقي الكثير من المعلومات السلبية هو مصدر لعدم الرضا.

اما عندما سألته حول كيفية تعامله مع الضغوط التي واجهته منذ الإعلان. قال: " كنت اعمل على تغيير حالة ابنتي الى الأحسن و هذا ما كان ينقص ضغوطتي. و كنت أقوم بقراءة القرآن و الصلاة كلما أحسست بالضيق لتحسين نفسياتي و الدعاء لها ". اما عندما طلبت راية بناء على تجربتها خلال الإعلان عن التشخيص، هل سيكون الإعلان اقل صدمة لو صدر من طرف مختص نفسي للأطفال لإعلان التشخيص، و مختص نفسي لإدارة الحالة النفسية للوالدين؟، قال لي: هذا سيكون أحسن من الأفضل لو تواجد العديد من المختصين لاطمئنان الوالدين على حالة أبنائهم و إخبارنا عن الخطوات التي يتبعونها بعد التشخيص و كيفية التكفل ". بعدها شكرته كثيرا لأنه حاولت مساعدتي قدر الإمكان، و كنت متأسفة جدا لأنه يمكن أن أكون سبب في تفكيره في مرحلة جد صعبة مرت في حياته.

2-2-3- عرض و تحليل نتائج استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص للحالة الثانية :

هناك عدة الأمور البالغة الأهمية أثارت انتباهي من إجابات الحالة على الاستبيان. حيث ظهرت المخاوف الأولى بشأن نمو طفله عندما كان عمرها 18 شهرا، و استشار مختصة ارطوفونية عندما وصل عمرها 20 شهرا و أحالته الى مختصين آخرين للتكفل بحالته. لكن التشخيص الرسمي لم يكن إلا بعد سنة و نصف فقد كان التشخيص الرسمي مما جعله يعبر عن تعبه من هذه المدة الطويلة و ابنته لم تتلقى التكفل المناسب. و هذا كان عكس بعض الدراسات مثل دراسة Dawson و Rogers و Greenson و Winter و Smith و Allen (2010) التي توصي بشدة على ضرورة التعرف المبكر على مرض

التوحد و تشخيصه لضمان الوصول إلى خدمات التدخل و الدعم المبكر المناسبة. و دراسة MacDonald و Parry- Gruwys و Dupere و Ahearn (2014) التي بينت أن التأخر في التشخيص يؤدي لاحقا الى تأخر في الوصول إلى التدخل المبكر و ربما تقليل احتمالية تحقيق مكاسب إيجابية. و أيضا دراسة Webb و Jones و Kelly (2014) التي أكدت أن التأخر في التشخيص يؤدي الى صعوبة تنفيذ استراتيجيات الدعم أو التدخل الفعال .

و اتضح من إجاباته أيضا على الاستبيان انه لم يتم اقتراح جلسات أخرى للإجابة عن أسئلة الوالدين و إعطائهما معلومات أخرى. على عكس بعض الدراسات و منها: فدراسة Cunningham et al (1984) توصي بشدة على تقديم اجتماع ثاني للوالدين بعد الإعلان عن التشخيص . اما Cottrell و Summers (1990) فقد أشار الى انه جزء كبيرا من المعلومات المنقولة أثناء الاتصال الأول يتم نسيانه او إساءة فهمه او تفسيره بشكل خاطئ من قبل الوالدين لذلك يجب عقد اجتماع ثاني. اما Charman و baird (2002) فقد توصلوا انه من الضروري القيام باجتماع ثاني بعد الإعلان عن التشخيص لمراجعة المعلومات التي تم تقديمها. كما يسمح وقت التفكير بين الجلستين لهما بالتفكير في نمو طفلهم في ضوء المعلومات الجديدة المنقولة، و المناقشة مع الزوج، و الحصول على المعلومات إضافية. و توصل أيضا Piper و Howlin (1992) الى انه القيام بجلسة أخرى بعد الإعلان عن التشخيص توفر للوالدين فرصة للإعداد الأسئلة. كما اكد كل من Crane و chester و goddard و henry و hill (2016) بعد أن قاموا بمسح أكثر من 1000 من الوالدين في المملكة المتحدة حول عملية التشخيص لأطفالهم المصابين بالتوحد، حددوا أن اكبر قلق للوالدين كان المستوى غير المرضي للدعم اللاحق للتشخيص. من خلال إجاباته على الاستبيان اتضح لي أن المختص قاموا بوصف طفلته بطريقة دقيقة له. و هذا ما أكدته دراسة Charman و baird (2002) فمن المهم تقديم التشخيص بطريقة تمكن الآباء من التعرف على طفلهم من خلال هذا الوصف.

و من اجاباته أيضا استنتجت أن المختصين كانوا ودودين و صادقين. و هذا ما أكدته

دراسة التي أجراها Quine و Rutter (1994) حول إعلان التشخيص لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة، فإن موقف المختص هو أهم مؤشر على الرضا العام للوالدين خلال هذا الحدث.

و قام هذا الطبيب بإعطاء مجالا للوالدين لطرح الأسئلة. و هذا اما أكدته دراسة Krauss-Mars و Lachman (1994) بان الآباء يجب أن تتاح لهم فرصة لطرح جميع الاسئلة التي يريدونها .

لكن كان يستخدم المصطلحات التقنية كثيرا. و هذا عكس دراسة Buckman (1992) أكدت انه من الضروري استخدام المصطلحات الغير التقنية لتعزيز فهم الوالدين. و من خلال أجوبة الحالة استنتجت انه حضر كلا الوالدين في جلسة الإعلان عن التشخيص. و هذا من التوصيات الشائعة حسب Bois (1995) بعد أن قام بتأكيد ذلك من خلال إجراء دراسته حول يعد أباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد في كيبك.

2-2-4- عرض و تحليل نتائج التي تحصل عليها الحالة الثانية في مقياس تأثير الاحداث المعدل:

الى جانب استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد طبقت على الحالة محمد مقياس تأثير الاحداث المعدل، تبين من خلال نموذج الإجابات التي قدمها الحالة انه تأثر بشدة بحدث الاعلان عن التشخيص، حيث تحصل على درجة 88/55 و هي درجة تفوق كثيرا درجة القطع المحددة في مقياس تأثير الحدث المعدل (IES-R)، وهي أكبر من 33 وأصغر أو يساوي 33، و تم تحديد فئتين من الوالدين؛ متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أكبر من 33) وغير متأثر (ة) بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد (أصغر أو يساوي 33).

تحصل في البعد الفرعي لتنشيط العصبي العالي على درجة 24/15، و تحصل في البعد الفرعي للتجنب على درجة 33/22، و تحصل في البعد الفرعي لاقتحام الذاكرة على درجة 33/18.

2-2-5- خلاصة الحالة:

من خلال معطيات المقابلة العيادية و نتائج استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص استنتج الحالة محمد عانى كثيرا قبل الوصول الى التشخيص الرسمي و تدهورت حالته النفسية، و يشعر بالذنب اتجاه هذا الحدث و متوتر حيال القدرة على التكفل الجيد بحالته ابنته، و ارتاح نوعا ما بعد معرفة مشكلة ابنته، لكن يرغب في تلقي معلومات اكثر حول كيفية التكفل الجيد بابنته و تقديم خيارات العلاج بالقرب من المنزل من اجل انقاص التعب له، و من نتائج مقياس تأثر الاحداث المعدل استنتج ان الحالة جد متأثرة بحدث الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد .

3-مناقشة عامة لنتائج الدراسة :

للتحقق من صحة على الفرضية التي تنص على انه " تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين بطريقة جيدة " قمت بتوزيع استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد على عينة تتكون من: 102 من اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و حالتين اجريت معهما المقابلة العيادية.

و من خلال النتائج التي اسفرت عليها المعالجة الاحصائية لهذا الاستبيان توصلت الى بعض النتائج المهمة حول كيفية اعلان تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين، و من هذه النتائج المهمة التي تحصلت عليها نجد: ان (62.7%) من افراد العينة قام مختص واحد بإعلان التشخيص الرسمي لهم، الذي يتمثل في الطبيب العقلي للأطفال ل (50.99%) من افراد العينة، و هذا ما اكدته ايضا اجابات الحالتين في المقابلة. و (79.4%) من افراد العينة كان يتواجد معهم الوالد الاخر للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد عند الاعلان عن التشخيص. تتوافق نتائج هذه الدراسة مع دراسة Aubert- Godard et (2008) التي توصلت الى ان الاعلان التشخيص يجب ان يتم بحضور الوالدين معا، و ذلك حتى يتلقوا نفس المعلومات من الطبيب لتجنب سوء الفهم او التفسيرات الخاطئة، كما ان هذه الخطوة تساعد على تجنب ان يضطر احد الوالدين الى تحمل عبء الاعلان عن التشخيص للآخر. و في نفس الصدد توافقت مع نتائج دراسة Haelewyck و Tielemans (2000) التي توصلت الى ان الاعلان عن التشخيص

يجب ان يكون في اطار حميم بحضور كلا الوالدين. و هذا ما اكدته ايضا الحالات التي اجريت معها المقابلة العيادية، من خلال اجابتهم على استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.

و اظهرت النتائج ان (81.4%) من افراد العينة كانت غرفة الاعلان عن التشخيص ملائمة و هادئة و فيها خصوصية بالنسبة لهم، حيث وافقت هذه النتائج دراسة Mirlesse (2007) التي توصلت الى انه يجب ان يتم الاعلان عن التشخيص في مكان هادئ و محمي من الازعاجات الغير المتوقعة مثل: رنات الهاتف المفاجئة. كما توافقت دراسة Romano (2010) التي توصلت الى انه يجب ان يتم الاعلان في مكتب مغلق و مريح مع مقعد لكل شخص حاضر. كما اكدت الحالتين من خلال اجابتهما على ملائمة غرفة الاعلان عن التشخيص لهما

و لقد اظهرت الدراسة الحالة ان (60.8%) من افراد العينة المجيبين على استبيان عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص اقترح المختصين عليهم جلسات أخرى للإجابة عن أسئلتهم و إعطائهم معلومات أخرى و هذا ما تؤكدته دراسة Charman و baird (2002) التي تأكد على ضرورة اقتراح جلسة أخرى للوالدين بعد الاعلان عن التشخيص لأنها تسمح للوالدين بالتفكير في نمو طفلهم في ضوء المعلومات الجديدة المنقولة، و المناقشة مع الزوج، و الحصول على المعلومات إضافية في الجلسة الثانية. و كانت هذه النتائج عكس اجابات الحالة الاولى و الحالة الثانية على الاستبيان، فلم يقترح المختصين عليهم جلسات أخرى للإجابة على أسئلتهم.

و من ناحية أخرى فان نتائج الاستبيان بينت ان (55.9%) لم يعرضوا المختصين عليهم فرصة للاتصال بالمختصين الآخرين لطرح الاسئلة لهم. و تتوافق هذه النتيجة مع اجابة الحالة الثانية على الاستبيان، و عكس اجابة الحالة الاولى التي بينت انه عرض عليها المختصين فرصة للاتصال بالمختصين الآخرين.

اما فيما يخص موقف المختصين عند الاعلان عن التشخيص فان نتائج الدراسة بينت ان (47.1%) يعتبرون ان المختصين ودودين و لطفاء كثيرا، و (46.1%) يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص ذو كفاءة الى حد ما. كما ان (51%) يعتبرون ان

المختصين المعلنين عن التشخيص صادقين. و (36.3%) ان المختصين المعلنين عن التشخيص متدخلين جيدين لا يستعملون المصطلحات التقنية الى حد ما. و هذا يتوافق مع دراسة Buckman (1992) التي اكدت على ضرورة استخدام المصطلحات الغير التقنية لتعزيز فهم الوالدين. و (28.4%) يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفهمين كثيرا لمخاوفهم. اما (34.3%) يعتبرون ان المختصين المعلنين عن التشخيص متفهمين على الأسئلة كثيرا. و هذا ما تشير اليه دراسة Krauss-Mars و Lachman (1994) التي توصلت الى انه يجب ان تتاح للوالدين فرصة لطرح جميع الاسئلة التي يريدونها. و كانت نتائج الدراسة عكس دراسة Chamak (2009) التي توصلت الى انه يدعي الاباء انهم في ظلام، بسبب عدم وجود تشخيص و إجابات على أسئلتهم. و من خلال النتائج المتحصلة عليها حول موقف المختصين يظهر ان المختصين المعلنين عن التشخيص ودوين و ذو كفاءة و صادقين متدخلين جيدين و متفهمين لمخاوف الوالدين و متفهمين على الاسئلة ، و هذا يتوافق مع نتائج الدراسة Mirlesse (2007) التي توصلت الى ان الوالدين يكونون راضين عن الاعلان نسبة الى الطريقة التي يكشف بها اخصائيين التشخيص عن المعلومات، فتقديم المختصين المعلومات بطريقة مناسبة و متعاطفة مع الوالدين يزيد من رضاهم عن عملية التشخيص. اما بخصوص اجابات الحالتين في المقابلة العيادية على الاستبيان يظهر ان الحالة الاولى تعتبر المختصين لطفاء و ذو كفاءة و صادقين و متدخلين جيدين و متفهمين لمخاوفها كثيرا ، اما الحالة الثانية فيعتبر ان المختصين ليسوا متدخلين جيدين و ليسوا متفهمين و لكن لطفاء و ذو كفاءة و صادقين و متفهمين على الاسئلة كثيرا.

من ناحية اخرى يظهر من نتائج الاستبيان ان (66.7%) قام المختصين بوصف طفلهم بطريقة يتعرفون عليه جيدا ، و هذا ما اكدته ايضا اجابة الحالتين على الاستبيان . كما انه (50%) من الوالدين لم يقيم و المختصين المعلنين عن التشخيص بإعطائهم نقاط ايجابية حول طفلهم ، في نفس الصدد كانت اجابة الحالتين في المقابلة العيادية على الاستبيان . و كان ذلك عكس دراسة Crane و Batty و Adeyinka و Goddard و Henry و Hill (2018) التي تنص على ان يرغبون في إتباع نهج قائم على القوة يسلط الضوء على السمات الإيجابية لأطفالهم، كما يودون سماع عبارات متفائلة حول التشخيص و التدخل

الذي يحافظ على الأمل. و النصف الآخر من افراد العينة اعطاهم المختصين نقاط ايجابية بشأن نمو طفلهم. حيث تتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Crane و Batty و Adeyinka و Goddard و Henry و Hill (2018).

و من خلال نتائج الاستبيان يظهر كل افراد العينة تلقوا معلومات مختلفة عن عدة مواضيع اثناء الاعلان عن التشخيص. و هذا يتوافق مع اجابات الحالتين على الاستبيان ، حيث انه تلقت الحالة الاولى معلومات اثناء الاعلان عن التشخيص حول : العلاجات الممكنة و مراكز اعادة التاهيل، اما الحالة الثانية فتلقى معلومات اثناء الاعلان عن التشخيص حول: اضطراب طيف التوحد، و العلاجات الممكنة . و كانت هذه النتيجة عكس دراسة Brown et al و ST- Hilaire و Jehel و King (2012) التي تكونت عينتها من 101 من اسر لاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد التي توصلت الى وجود العديد من الاحتياجات غير الملباة لهذه الاسر تمثلت في : الاحتياج الى معلومات حول اضطراب طيف التوحد، الاحتياج الى معلومات حول الخدمات المقدمة و المتاحة للتوحيدين في الدولة. و عكس دراسة Ma (2016) التي تكونت عينتها من 500 اسرة صينية لاطفال توحيدين ، التي اشارت نتائجها الى وجود احتياجات غير ملباة لهذه الاسر تتمثل في : الاحتياج الى المعلومات الموثوقة عن اضطراب التوحد (أسبابه كيفية التعامل معه، مستقبل التوحيدين)، الاحتياج الى خدمات المساندة (التخابط - تعديل السلوك)، و الاحتياج الى مدارس عامة تستوعب هؤلاء الاطفال. كما ان (52.9%) تلقوا تقريراً موضحاً لكل التقييمات التي تم اجراؤها و نتائجها، و هذا ما اكدته ايضا الحالتين في المقابلة العيادية من خلال اجابتهما على الاستبيان.

و للإجابة على الفرضية الثانية التي تنص على انه " يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسياً على الوالدين" قمت بتوزيع مقياس تأثير الاحداث المعدل على عينة تتكون من 102 من اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و حالتين اجريت معها المقابلة العيادية. توصلت من خلال نتائج المقياس الى ان التأثير النفسي بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عالي لدى الوالدين، فقيمة المتوسط الحسابي للوالدين في تأثير الإعلان عن تشخيص طيف التوحد بلغ (50,39)، وهي قيمة أكبر من المتوسط

بالمقارنة مع الدرجة القصوى (88). كما انه جاءت المتوسطات الحسابية لدرجات أبعاد تأثير الحدث (الإعلان عن تشخيص التوحد) كبيرة لدى الوالدين، حيث كان تأثير اقتحام الذاكرة في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (19,88)، ثم يليه تأثير التجنب بمتوسط حسابي (17,89)، وفي الأخير التنشيط العصبي العالي الذي بلغ (12,62). وبالتالي فان التأثير النفسي بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عالي لدى الوالدين. حيث وافقت هذه النتائج مع نتائج دراسة kuhlthau و Payakachat و Payakachat و Hurson و Pyne و Kovacs و Tilford و (2014) التي هدفت الى قياس جودة الحياة لدى اولياء امور الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و توصلت الى انه ينخفض معدل جودة الحياة و خاصة عند وجود الضغط النفسي العصبي لدى الوالدين و يؤثر على الصحة النفسية.

و من خلال تطبيق درجة القطع المحددة في مقياس تأثير الحدث المعدل (IES-R)، توصلت الى أن معظم الوالدين متأثرين بحدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد بنسبة (90,2%). و يظهر ايضا من المقابلة العيادية التي اجريتها مع الحالتين انهما متأثران بحدث الاعلان عن التشخيص، حيث تحصلت الحالة الاولى على 34 درجة و الحالة الثانية تحصل على 88/55 درجة في مقياس تأثير الاحداث المعدل. و تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع عدة دراسات بينت انه يؤثر حدث الاعلان عن التشخيص على الوالدين ، و لكن تختلف مشاعر الوالدين من دراسة الى اخرى و من هذه الدراسات : دراسة Higgins و Bailey و Pearce (2005) التي اسفرت على ان تلقي الوالدين لتشخيص الاولي بإصابة طفلهم باضطراب طيف التوحد يولد لديهم مشاعر الصدمة التي سرعان ما تتحول في كثير من الاحيان الى انكار و عدم الاعتراف بصحة و دقة التشخيص. اما دراسة Bistsika و Sharpley و Bell (2013) فتوصلت الى انه يعاني اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بعد التأكد من التشخيص الرسمي من القلق و الاكتئاب و مشاعر السلبية اعلى من المعتاد . و اضافة الى هذه النتائج توصلت دراسة Eisenhower و Baker و Blacher (2005) الى انه يشعر الوالدين عند الاعلان عن التشخيص بدرجات متفاوتة من الضغط و الضيق النفسي و الوحدة النفسية التي تصل الى العزلة. في حين توصلت دراسة Sansosti و Lavik (2012) الى انه يؤدي تشخيص اضطراب طيف التوحد الى

احباط و زيادة الضغط الابوي.

و بعد القيام بإجراء سلسلة من التحليلات الاحصائية للتحقق من تأثير عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص على التأثير الوالدين بحدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد، توصلت الى ان كل اسئلة استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص طيف التوحد غير دالة احصائيا عند مستوى 0.05 باستثناء عاملين يتعلقان بـ: ود المختصين المعلنين عن التشخيص للوالدين، و تلقي الوالدين تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراؤها و نتائجها.

فيما يتعلق بود المختصين المعلنين عن التشخيص للوالدين، بينت النتائج انه يؤثر ود المختصين المعلنين عن التشخيص بشكل دال عند 0,05 على تأثير حدث الإعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين. و بعد القيام باختبار اختبار LSD لدلالة الفروق بين فئات ود المختصين المعلنين عن التشخيص في تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد، توصلت الى انه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,01 بين فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "إلى حد ما" وفئة الوالدين الذين أجابوا بـ "كثيراً" حول ود المختصين المعلنين عن التشخيص في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لصالح فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "إلى حد ما". في حين لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 بين فئة الوالدين الذين أجابوا بـ "قليلاً" و الذين أجابوا بـ "إلى حد ما" و اللذين اجابوا بـ "كثيراً" في تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين. مما سبق يظهر انه كلما كان ود المختصين المعلنين عن التشخيص متوسطاً (إلى حد ما) كلما انخفض تأثير الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدى الوالدين، العكس صحيح. و قد وافقت هذه النتائج دراسة Mirlesse (2007) التي توصلت الى ان الوالدين يكونون راضين عن الاعلان نسبة الى الطريقة التي يكشف بها اخصائيين التشخيص عن المعلومات، فنقديم المختصين المعلومات بطريقة مناسبة و متعاطفة مع الوالدين يزيد من رضاهم عن عملية التشخيص. كما توصلت هذه الدراسة الى ان موقف المختصين و إيماءاتهم له اهمية كبيرة عند الإعلان عن التشخيص، حيث تترك علامة ايجابية على الوالدين مثل: اللمس على ذراع او كتف الوالدين ، يلعب دورا مهما و يطمئن الوالدين اكثر من الحوارات الطويلة. و دراسة Saggu (2015) التي توصلت الى انه يكون الوالدين راضين عن عملية التشخيص عندما

يكشف المختصين عن المعلومات بطريقة مناسبة و بتعاطف مع الوالدين. كما وافقت الدراسة التي اجراها Quine و Rutter (1994) حول إعلان التشخيص لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة نتائج دراستي الحالية، حيث توصلت الى ان موقف المختص هو أهم مؤشر على الرضا العام للوالدين خلال هذا الحدث.

كما بينت النتائج انه يؤثر تلقي تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراؤها و نتائجها بشكل دال احصائيا عند مستوى 0,05 على تأثير حدث الاعلان عن تشخيص طيف التوحد لدالوالدين. و قد توافقت نتائج هذه الدراسة مع احد نتائج دراسة Saggu (2015) التي توصلت الى ان كمية المعلومات المقدمة خلال عملية التشخيص تزيد من مستوى رضاهم عن عملية التشخيص. و بالإضافة إلى ذلك، تكون تقييمات الوالدين اكثر ايجابية اذا اعطى الاختصاصي اهمية للسلوك غير المرغوب لطفلهم، و تقبل شكوك الاهل تجاه وجود مشكلة لدى طفلهم، و اذا سمح لهم الاختصاصي بطرح الاسئلة خلال جلسة التقييم و الاستماع لهم. و يتفق ايضا مع دراسة Osborne و Reed (2008) الى توصلت الى ان جودة المعلومات التي يتلقها الوالدين بعد الاعلان عن التشخيص تؤثر على مستوى رضاهم خاصة عندما يتلقون معلومات حول اضطراب طيف التوحد، و كيف اثر في طفلهم، و ما يمكنهم القيام به، و الاماكن التي يمكنهم الذهاب اليها من اجل الحصول على المساعدة. و في الصدد نفسه توجد دراسة Carisson و Miniscalco و Kadesj و Laakso (2016) التي سعت لمعرفة خبرات اولياء الامور حول عملية التشخيص (قبل عملية التشخيص، اثناء عملية التشخيص و بعد عملية التشخيص)، و اكدت النتائج على ان خبرات الوالدين تدور حول السعي نحو تلقي المعلومات و الثقة بالمختصين. كما اظهرت نتائج دراسة Brogan و Knussen (2003) ان معظم اولياء الامور غير راضين عن الكشف عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لعدة اسباب منها نقص المعلومات المقدمة من طرف المختصين بعد التشخيص و عدم اعطائهم خيارات العلاج . و اظهرت ايضا الدراسة التي اجراها Ziviani و Feeney و Khan (2011) ان توفير المعلومات العامة للوالدين بعد الاعلان عن التشخيص الاولوي و التنسيق الشامل لكيفية التكفل بطفلهم يؤثران على رضا العام للوالدين . كما توصلت الدراسة حديثة لـ Eggleston و Thabrew و Frampton

و Hennig (2019) الى ان الرضا العالي للوالدين عن عملية التشخيص يكون من خلال الرضا عن تقرير التشخيص.

و اسفرت النتائج السابقة على انه توجد فروق ذات دلالة احصائية ، حيث يؤثر حدث الاعلان عن التشخيص طيف التوحد على الوالدين تبعا لمتغير ود المختصين المعلنين عن التشخيص للوالدين، و تلقي الوالدين تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجرائها و نتائجها. مما يدل على ، صحة الفرضية التي تنص على انه " يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين".

4-استنتاج عام:

لقد انطلقت الدراسة حول المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، من المعلومات التي تطرقت اليها في الجانب النظري التي سمحت لنا بصياغة اشكالية البحث، و طرح التساؤل الذي كان:

- ماهو المعاش النفسي للوالدين بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عند الطفل؟

للإجابة عليه قمنا بطرح الفرضيات التالية:

- تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين بطريقة جيدة.
- يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين .
- للتحقق من هذه الفرضيات قمت بالدراسة وصفية على عينة قصدية تتكون من 102 ولي امر لأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، باستخدام استبيان عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل. كما قمت بدراسة ميدانية لحالتين، اعتمدت فيها على المنهج العيادي(دراسة حالة) و طبقت عليهما دليل المقابلة نصف الموجهة، و استبيان عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، و مقياس تأثير الاحداث المعدل ايضا.

و توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

9- الفرضية التي مفادها (تتم عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين بطريقة جيدة) تحققت، حيث كانت النتائج المتحصل عليها حول كيفية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين مقبولة نوعا ما في هذه المراكز حسب الدراسات السابقة.

10- الفرضية التي مفادها (يؤثر الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد نفسيا على الوالدين) تحققت، حيث كان التأثير النفسي بعد الإعلان عن تشخيص التوحد عالي

لدى الوالدين. لكن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.05 على تأثير عملية التقييم و الاعلان عن التشخيص على تأثر الوالدين بهذا الحدث ، باستثناء عاملين يتعلقان بـ: ود المختصين المعننين عن التشخيص للوالدين، و تلقي الوالدين تقرير موضح لكل التقييمات التي تم اجراءها و نتائجها.

انطلاقا من هذه النتائج يمكن القول ان المعاش النفسي للوالدين، يتأثر بعد الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى طفلهم.

خاتمة:

ان الانتشار المخيف لاضطراب طيف التوحد في بلادنا، يجعلنا نبحث عن هذه الفئة عامة، و اوليائهم خاصة لأنهم الأكثر تعاملًا و رعاية لهذه الفئة. لذلك يخشى المختصين اعلان التشخيص الرسمي بإصابة الطفل باضطراب طيف التوحد للوالدين، خوفا من انصدامهم. و حتى انه يصل بهم الامر الى ان يكونوا عرضة للاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب، و الاحباط، و الوحدة النفسية. و هذا ما جعلني اقوم بدراسة موضوع المعاش النفسي للوالدين عند الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث كان هدفي معرفة حالتهم النفسية بعد الاعلان عن التشخيص و تأثيرهم بهذا الحدث، و قد انطلقت من التساؤل و فرضيات وصولا الى اثبات الفرضيات و تحقيق الهدف من الدراسة.

حيث اجريت الدراسة الاحصائية على عينة تتكون من (102) ولي امر لأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في عدة مؤسسات، و قمت بتوزيع استبيان عملية التقييم الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المعادل عليهم . اما الدراسة العيادية فتمت في المصلحة الاستشفائية الجامعية للطب العقلي في شراكة، حيث تم اجراء المقابلات العيادية النصف الموجهة مع كل حالة لمفردها و ذلك بعد وضع دليل المقابلة، و طبقت على الحالتين ايضا الاستبيان و المقياس. حيث كشفت النتائج ان كيفية الاعلان عن التشخيص مقبولة حسب الدراسات السابقة، كما ان المعاش النفسي للوالدين يتأثر بحدث الاعلان عن التشخيص تعزي لـ : ود المختصين المعلنين عن التشخيص، و تلقي الوالدين تقرير يوضح كل التقييمات التي تم اجراؤها و نتائجها.

الاقتراحات:

- 11- الدقة في التشخيص قبل الاعلان عليه.
- 12- تكوين جيد و خاص للمختصين على كيفية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد للوالدين.
- 13- ادماج المختص النفسي في عملية الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- 14- قيام المختصين بجلسات خاصة للوالدين بعد الاعلان عن التشخيص.
- 15- اجراء مقابلات متعددة التخصصات (طبيب عقلي للأطفال، مختص ارطوفوني، مختص نفسي) مع الوالدين.
- 16- الاعلان عن اصابة الطفل باضطراب طيف التوحد للوالدين بدون تضخيم او التقليل من اهمية المرض.
- 17- اعطاء المعلومات الضرورية للوالدين و شرحها دون استخدام المصطلحات التقنية بكثرة.
- 18- اعطاء فرصة للوالدين من اجل المشاركة في اتخاذ القرار حول سير بعض الانشطة عند التدخل.

قائمة المراجع

- قائمة المراجع باللغة العربية:
- أبو زعيزع، ع. ل. ع . (2015). مفاهيم معاصرة في الصحة النفسية. الأردن: الاكاديميون للنشر و التوزيع.
- أبو عوص، س. (2007). التوافق النفسي للمسنين. عمان، الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع..
- الاقصري، ي . (2002). كيف تتخلصين من الخوف و القلق من المستقبل؟. الطبعة الأولى، القاهرة: دار الطائف للنشر و التوزيع.
- ابن منظور، م . ب. م . (1992). لسان العرب. بيروت: دار صادر.
- إيهاب، م. خ. ممدوح ، س. م. س. أبو النيل، م . (2009). الاوتيزم "التوحد" و الإعاقة العقلية. القاهرة، مصر: مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع.
- الباصجين، م. (2017) : موضوعات علم النفسي الخاص. الأردن: دار المعتر للنشر و التوزيع.
- البحيري عبد الرقيب، ا. م. (2018) . اضطراب طيف التوحد . الدليل التطبيقي للتشخيص و التدخل العلاجي. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- بركات، أ. ب. ع. ر . (2000). العلاقة بين اسليب المعاملة الوالدية و الاكتئاب لدى بعض المراهقين المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. رسالة ماجستير في علم النفس النمو، السعودية: جامعة ام القرى.
- بريس، ك . (2010). الاكتئاب. مكتبة الشقري. المملكة العربية السعودية: مكابة الشقري.
- بطرس، ب. ح. (2008). التكيف و الصحة النفسية للطفل. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- بقيع، ص . (2011). معاملة الأستاذ و علاقتها بتقدير الذات و الدافعية للإنجاز لدى المتأخرين دراسيا. الجزائر: جامعة الجزائر.

- بكداش، ك. (بدون سنة). مدخل الى ميادين علم النفس و مناهجه. الطبعة الخامسة، لبنان: دار الطليعة.
- بلحاج، ف . (2011). التوافق النفسي الاجتماعي و علاقته بالدافعية للتعلم لدى المراهق المتمدرس في التعليم الثانوي. مذكرة لنيل شهادة ماجستير، الجزائر: جامعة تيزي وزو.
- بن حرمة، أ. (2011). تقدير الذات لدى التلاميذ المشاركين في النشاط المدرسي في مرحلة التعليم المتوسط في مدينة الاغواط. مذكرة الماجستير، الجزائر: جامعة الجزائر 2.
- بن فطيمة، م. (2014). قلق الموت و علاقته بفعالية الذات و الدافعية للإنجاز لدى المسنين. مذكرة ماجستير، الجزائر: جامعة البليدة 2.
- بوحوش، ع. ، الذنبيات، م. (2009). مناهج البحث العلمي و طرق اعداد البحوث. الطبعة الخامسة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- جبل، ف.م. (2000). الصحة النفسية و السيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية الازرطية.
- جميل، س. ط. م. (1998). التخلف العقلي استراتيجيات مواجهة الضغوط الاسرية. مصر: دار النهضة.
- جودة، أ. ع. ق. (2005). الوحدة النفسية و علاقتها بمفهوم الذات لدى الاطفال في محافظة غزة. المؤتمر التربوي الثاني الطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع و طموحات المستقبل. غزة: كلية التربية الجامعة الإسلامية. ص ص 775-805.
- حشمت، ح. ا. (2006): التوافق النفسي و التوازن الوظيفي. مصر: الدار العالمية للنشر و التوزيع.
- حمدي الاعظمي، غ. ب. (2013). الكابة بين كبار السن من العراقيين داخل الوطن و المهجر. دراسة مقارنة. الاردن: دار دجلة.

- الختاتنة، س. م. خ. (2012). مقدمة في الصحة النفسية. الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع.
- الخضر، ع. ف. (1996) . ازمة البحث العلمي في العالم العربي. الطبعة الثالثة. الرياض: مكتب صلاح الحجلان.
- الخطاب، م . ا. (2009). سيكولوجية الطفل التوحدي. مصر: دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- الخطيب، ج. (2017). تحليل السلوك التطبيقي. الاردن: دار الشروق للنشر و التوزيع.
- الخميس، س. م. ف.ا. (2021). اختلاف الموهبة وفقا للمهارات المعرفية لدى الافراد ذوي اضطراب طيف التوحد الموهوبين و غير الموهوبين من وجهة نظر الامهات و المعلمين. مجلة الدراسات و البحوث التربوية، 1 (1)، 187-220.
- الخطيب، ج. الصمادي، ج. الروسان، ف. الحديدي، م. يحي، خ. الزريقات، ا. السرور، ن. العمامرة، م. الناطور، م. (2019). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة التاسعة. الأردن: دار الفكر.
- راغب، ن . (2003). اخطر مشكلات الشباب(القلق - العنف - الإدمان - الاكتئاب). مصر: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- رانجيت، س. دبليو، ر. (2005). تعزيز تقدير الذات. الرياض: مكتبة جرير للنشر و التوزيع.
- ربحي مصطفى عليان، ع.غ. (2000) . مناهج و اساليب البحث العلمي. الأردن: درا الصفاء.
- رضوان، س (2002). الصحة النفسية. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- رياض، س. (2008). اسرار الطفل التوحدي. مصر: دار الجامعات للنشر.
- الزراع، ن. ب. ع . (2010). التوحد. الأردن: دار الفكر للنشر.

- زعارير، ع. (2009). مصادر الضغوط النفسية و اساليب مواجهتها لدى اولياء امور الاطفال التوحديين و علاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. الأردن: جامعة عمان العربية.
- زهران، ح. ع. س. (1974). الصحة النفسية و العلاج النفسي. مصر: عالم الكتب.
- زهران، ح. ع. س. (2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي. الطبعة الرابعة. مصر: عالم الكتب.
- السيد خليفة، و. (2010). الاعاقة الغامضة (التوحد). مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر و التوزيع.
- السيد عثمان، ف. (2008). القلق و إدارة الضغوط النفسية. مصر: دار الفكر العربي.
- السيد، ف. ع. (2009). علم النفس الصحة. مصر: دار الجامعية الجديدة.
- سالم، أ. م. س. (2011). سمات التوحد. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- سرحان، و. الكريتي، ع. حباشنة، م. (2008). القلق. الأردن: دار مجدلاوي للنشر و التوزيع.
- سعد، س. ع. س. ا. (2009). الموجز في منهج البحث العلمي في التربية و العلوم الانسانية. دمشق: دار الفكر.
- سعداوي، ن. (2018). الشعور بالوحدة النفسية و علاقته ببعض سمات الشخصية لدى النساء ضحايا العنف الزوجي. اطروحة دكتوراه. الجزائر: جامعة الجزائر 2.
- سعودي، ن. (2017). الشعور بالوحدة النفسية و علاقته بمستوى الطموح و تقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة. اطروحة دكتوراه. الجزائر: جامعة البليدة 02 علي لونييسي.

- سميح عاطف، ز. (1991). **مجمع البيان الحديث و علم النفس**. لبنان: دار الكتاب اللبناني لطباعة و النشر و التوزيع.
- سهيل، ت. ف. (2015). **التوحد : التعريف - الأسباب - التشخيص - و العلاج**. الأردن: دار الاعصار العلمي.
- سوسن، ش. م. (2010). **التوحد: أسبابه، تشخيصه و علاجه**. الأردن: دار ديبونو للنشر.
- سيد عبد الرحمان، س. (2000). **الذواتية**. مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- الشامي، و. ع. (2004). **سمات التوحد - تطورها و كيفية التعامل معها**. المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهد.
- الشريبي، ل . (2001). **الاكتئاب مرض للعلاج**. مصر: منشأ المعارف. الاسكندرية، مصر.
- الشربيني، ل . (2007). **عصر القلق (الأسباب و العلاج)**. الطبعة الثالثة. مصر: منشأة المعارف.
- الشناوي، م . (2001). **التنشئة الاجتماعية للطفل**. الأردن: دار صفاء للنشر.
- الشيب، ع . (2008). **ما الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الالباء**. رسالة ماجستير غير منشورة. بريطانيا: الاكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح.
- الشبيبي، ج. ب. ع. ق (2005). **الشعور بالوحدة النفسية و علاقاتها بسمات الشخصية لدى عينة من جامعة ام القرى بمكة المكرمة**. رسالة ماجستير. جامعة ام القرى.
- شاکر، م. س. (2006). **التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه عالجه**. الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.
- شاکر، م. س. (2010). **التوحد**. الأردن: ديبو للنشر.

- شحاتة، ح. (2008). الذات و الآخر في الشرق و الغرب، صور و دلالات و إشكاليات. مصر: عالم الكتب.
- شريف، ز. (2019). واقع إجراءات و اليات تشخيص الأطفال التوحديين و مدى فعاليتها من و جهة نظر الاخصائيين (دراسة ميدانية في مراكز النفسية البيداغوجية و جمعيات التوحد سعيدة). المجلد الحادي عشر، العدد الأول، مجلة متون، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة الدكتور مولاي الطاهر سعيدة.
- شريم، ر. (2009). سيكولوجية المراهقة. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- شقير، ز. م. (2002). علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين. العراق: دار قباء للطباعة و النشر.
- الصيخان، ا. س. (2010). الاضطرابات النفسية و العقلية. الأردن: دار الصفاء للنشر و التوزيع.
- صبحي، س. (2003). الانسان و صحته النفسية. مصر: الدار المصرية اللبنانية.
- صبره، م. ع. (2004). الصحة النفسية و التوافق النفسي. الطبعة الثالثة. مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- العبادي، ر. خ. (2006). التوحد. الأردن: دار اليازوري للنشر.
- العبيدي، م. ج. (2004). مشكلات الصحة النفسية امراضها و علاجها. الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- العبيدي، م. ج. (2009). المشكلات الصحية النفسية امراضها و علاجها. الأردن: دار الثقافة.
- العبيدي، ع. ا. خ. (2021). الضغوط النفسية و الخوف من المستقبل لدى أمهات أطفال طيف التوحد في مدينة بغداد. مجلة حقائق للدراسات النفسية و الاجتماعية، المجلد (6)، العدد: (1) 2121. كلية التربية للبنات، جامعة بغداد.

- العزة، س. ح. (2000). الارشاد الاسري. الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- العناني، ح. ع. ح. (2000). الصحة النفسية. الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
- عابد، و. (2008). علاقة الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء بكل من المساندة الاجتماعية و الالتزام الديني. كلية التربية الجامعية الاسلامية. غزة.
- عادل ، ع. ل. (2003). الأطفال التوحديين: دراسات تشخيصية و برامجية. مصر: دار الرشاد.
- عباس، ف. (1983). الشخصية في ضوء التحليل النفسي. مصر: دار الميسرة.
- عباس، ف. (2001). الاختبارات الاسقاطية. بيروت: دار المنهل اللبناني للطباعة و النشر.
- عبد الحميد، ع. ل. ص. (2018). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- عبد الزهرة، ف. مزعلو، ه. ع. ن. كبن. (2014): الاحباط. دراسة نفسية تفسيرية. مجلة القادسية للعلوم الانسانية، المجلد 17 (2).
- عبد الستار، ا. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و اساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الستار، ا. ك. ع. د. (2015). القاموس الموسوعي في العلوم النفسية و السلوكية. مصر: المركز القومي للترجمة.
- عبد العزيز، ح. (2012). نمط التفكير و علاقته بتقدير الذات. بحث لنيل درجة الماجستير. الجزائر: جامعة ابي بكر بلقايد.
- عبد المعطي، ح. م. (2003). منهج البحث الاكلينيكي، اسسه، تطبيقه. مصر: مكتبة زهراء الشروق.

- عبد الوهاب، ا. ع. م. (2022). الشعور بالوحدة النفسية و علاقته بضبط الذات لدى عينة من المراهقين المكفوفين. كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس.
- عبوين، س. (2020). الاكتئاب في مجال علم الاورام النفسي. الاكاديمية للدراسات الاجتماعية و الانسانية، المجلد 13، العدد 01، 2021 القسم (ب) العلوم الاجتماعية، ص، ص: 153-165.
- عرفات، ف. (2009): الوحدة النفسية مفهومها اشكالها و أسبابها و علاجها. العراق: مركز النور للدراسات.
- عمامرة، م. ع. (2008). برامج علاجية لخفض السلوك العدواني لدى المراهقين. العراق: المكتب الجامعي الحديث.
- عمامرة، س. (2017). التدين و علاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين. اطروحة دكتوراه. الجزائر: جامعة الجزائر 2.
- عويضة، ل. الخطيب، ج. (2019). تقييم خبرات أولياء الأمور في تشخيص أطفالهم ذوي اضطراب الطيف التوحدي في الأردن. الجمعية الأردنية للعلوم و التربية، المجلة التربوية، المجلد الرابع. كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. الأردن. <https://digitalcommons.aaru.edu.jaes/vol4/iss4/2>
- عياش، خ. ش. ع. (2014). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند الى نظام تبادل الصور (بيكس) في تنمية مهارات التواصل لدى اطفال التوحد في فلسطين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث و الدراسات التربوية و النفسية، المجلد (3)، العدد (10)، 157-176.
- الغامدي، أ. أ. م (2020). الوحدة النفسية و علاقتها بالأفكار اللاعقلانية لدى طالبات المرحلة الثانوية في مدينة الباحة. مجلة كلية التربية، العدد 110. جامعة المنصورة.

- غانم، م.ح. (2006). الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- الغمش، م. ن، المعاينة، خ. ع. ر. (2009). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية . الطبعة الثانية. الأردن: دار المسيرة.
- غوردن، ج. (2016). التوحد: تخلف عقلي ام خلل نمائي سلوكي. بيروت: دار القلم للطباعة و النشر و التوزيع.
- فايز جمعة، ن. (2008). اساليب البحث العلمي منظور تطبيقي. الأردن: دار حامد للنشر و التوزيع.
- فايد، ح. (2004). علم النفس السيکوباثولوجي. مصر: مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع.
- فرج الزريقات، ا. ع. ل. (2004). التوحد، الخصائص و العلاج. الأردن: دار وائل للنشر.
- فرج، ع. ق. ط. (2000). اصول علم النفس الحديث. العراق: دار قباء للطباعة و النشر.
- فرج، ع. ل. ح. (2009). الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الامراض النفسية للاطفال). مكة المكرمة: دار حامد للنشر و التوزيع.
- فرغلي، ع. (2015). الاحباط اسبابه و علاجه. مجلة النفس المطمئنة، العدد 11.
- فيسان حسي، ع. م. (2018). المعاش النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. دراسة عيادية. مجلة التنمية البشرية (10)، 235-217.
- القريطي، ع. م. (1998). مقدمة في الصحة النفسية. دار الفكر العربي.
- القشاعلة، ب. (2018). المعاني مصطلحات في علم النفس. فلسطين: مركز السيکولوجي للخدمات النفسية و التربوية.

- قحطان، أ. (2004). تعديل السلوك. الطبعة الثانية. الأردن: دار وائل للنشر و التوزيع.
- قمش، م. ن . (2007). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. بيروت: دار الميسرة لنشر و التوزيع.
- المتقن. (2004). قاموس علم النفس. بيروت.
- المرزوقي، ج. م. ع.ل. (2008). الامراض النفسية و علاقتها بمرض العصر السكري. الأردن: العلم و الايمان لنشر و التوزيع.
- المرعي، أ. ع. ك. م. (2012). تأثير العلاج المعرفي السلوكي (نموذج بيك) في تصحيح فرض المفهوم الخاطئ لدى المصابين بالاكتئاب. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- المليجي، ح. (2000). علم النفس الاكلينيكي. لبنان: دار النهضة العربية للطباعة و النشر.
- المليجي، ح. (2001) : مناهج البحث في علم النفس . لبنان: دار النهضة العربية.
- المنجد في اللغة و الاعلام .(1986). الطبعة السابعة و العشرون. دار المشرق. بيروت.
- مجدي، ع. ل. ا. م. (2000). علم النفس المرضي. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- متولي، ف. ل. (2015). استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الاوتيزم (اضطراب التوحد). ملحق حقائب للتدريب الميداني. مكتبة الرشد ناشرون.
- محمد جاسم، م. (2004). علم النفس التربوي و تطبيقاته. الأردن: دار الثقافة للنشر و التوزيع.
- محمد قاسم، م . (2003). مدخل الى مناهج البحث العلمي. مصر: دار المعرفة الجامعية.

- مرداسي، م . (2006). مواضيع علم النفس و علم النفس الاجتماعي تاليف نظرية و منهجية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- مركز أبحاث الطفولة و الامومة. (2017). اضطراب التوحد التشخيص العلاج. المجلد الحادي عشر، مطبعة جامعة ديالي.
- مرداسي، م . (2006). مواضيع علم النفس و علم النفس الاجتماعي تاليف نظرية و منهجية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- مركز أبحاث الطفولة و الامومة. (2017). اضطراب التوحد التشخيص العلاج. المجلد الحادي عشر، مطبعة جامعة ديالي.
- مزيان، م . (2012) الحرقّة المعاش و التصورات. رسالة ماجستير. الجزائر: جامعة وهران.
- مشابقة، م. ا. خ. (2008) . مبادئ الارشاد النفسي للمرشدين و الاختصاصيين النفسيين. الأردن: دار المناهج للنشر و التوزيع .
- موسي، م.س.(د،س). اضطراب التوحد. مصر: مكتبة انجلو المصرية.
- النمر، ع.(2015). الاسرة و اطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الثانية. الأردن: اليازوري للنشر و التوزيع..
- النواصره، ف. ع.ع.ق. (2017). الشعور بالوحدة النفسية لدى اسر اطفال التوحد و علاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية و درجة اعاقا الطفل. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 25. الأردن: جامعة عجلون الوطنية.
- النبال، م. ا. (1993). بناء مقياس الوحدة النفسية و مدى انتشارها لدى مجموعات عمرية متباينة من اطفال المدارس بدولة قطر. مجلة علم النفس، العدد (26)، 102-511. القاهرة، مصر.
- نبيه، أ. ا. (2009). إشكالية الاضطرابات النفسية الاضطراب التوحدي (مفهومه، تشخيصه، علاجه، و كيفية التعامل معه). مصر: مركز للكتاب .

- نيسان، خ. (2009). سلوكيات الأطفال بين الاعتدال و الإفراط. الأردن: دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع.
- وافي، ل. ا. (2006). الاضطرابات السلوكية و علاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المتفوقين. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس المدرسي. فلسطين.

- قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

- Abbott, M., Bernard, P.,& Forge, J.(2012) **Communicating a diagnosis of Autism spectrum disorder – a qualitative study of parents’ experiences.** Clinical Child psychology and Psychiatry, 18 (3), 370-382.
<https://doi.org/10.1177/13591045124558213>.
- Abouzeid, N. et Poirier, N. (2014). **Perception des effets de l’intervention comportementale intensive chez des enfants présentant un trouble du spectre de l’autisme.** Enfance en difficulté, 3, 107-137.
- Allik, H., Larsson, J.O., et Smedje, H.,(2006). **Health-related quality of life in parents of School-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism.** Health and quality of life outcomes, 4(1), 1.
- American psychiatric Association.(2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5 th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asher, S., & Julie, A . (2003) : **Loneliness and peer relation in childhood.** current directions in psychological science, Vol. 12, N° (3), pp 75-78.
- Asperger.,H.(1944). Die "**Autistischen Psychopathen**" im Kindesalter. Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1944;117:76-136.
- Aubert – Godard, A., Scelles, R., Gargiulo, M., & Gortais, J. (2008). **Des médecins parlent leur experience de l’annonce.** L’annonce d’une maladie grave de l’enfant à ses parents. Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence, 56,524-529.
- Aude Fournier. (2016). **L’annonce du Diagnostic : Le point de vue des médecins sur les obstacles et les facilitateurs de l’annonce.** Maîtrise universitaire en éducation précoce spécialisée (MAEPS). Université de Genève.
- Autism Society of America .(2016). **Definition of Autism.** U. S. A: Sassafras .

- Baird, C., Mcconachie , H. & Scrutton, D. (2000) **Parents Perceptions of Disclosure of the Diagnosis of Cerebral Palsy**. Archives of Disease in Childhood 83;475-80.
- Barbaro, J.,& Dissanayake, C.(2010) **prospective identification of Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood using developmental surveillance: The social attention and communication study**.Journal of developmental & behavioral pediatrics, 31, 376-385.
- Barthélémy, C. ,Massion, J.,& Rogé, B.(2005) **L'autisme**. de la recherché à la pratique. Paris: Odile Jacob.
- Bebet, R. et Boucher, N. (2005). **Qualité de vie des parents d'enfants autistes bénéficiant d'un accompagnement scolaire et à domicile spécialisé**. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant, 83-84,169-170.
- Bekkou, S., Tabti, M., & Taleb, M. (2019). **L'autisme en Algérie**. Algérie : El-moutki.
- Ben-cheikh, I. et Rousseau, C. (2013). **Autisme et soutien social dans des familles d'immigration récent : l'expérience de parents originaires du Maghreb**.Santé mentale au Québec, 38 (1), 189-205.
- Benson, N. (2010). **Coping Distress**, and Well- Being in Mothers of Children with Autism. Research in Autism sepectrum Disorders, 4 (2). 217-228.
- Benson, P., Karlof, K. L. et Siperstein, G. N. (2008). **Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders**. Autism, 12(1),47-63.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Bell, R, (2013). **The Buffering Effect of Resilience upon Stress**, Anxiety and Depression in Parents of a Child with an Autism Spectrum Disorder. Journal of Developmental ans Physial Disabilities, 25, 533-543.
- Bleuler., E,(1911). **Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien**. Leipzig, Germany: Deuticke.
- Bois, C.(1995). **Les Conditions propices à L'annonce du diagnostic du handicap de l'enfant aux parents**. mémoire de maitrise non publié. Université Laval, Québec.
- Brogan, C.A., Knussen, C. (2003). **Communicating a diagnosis of Autism Spectrum Disorer**. A qualitative study of parents experiences. UK: Northumberland Tyne and Wear NHS Trust.
- Brown, H., Ouellette- Kuntz, H.,Duncan, H., Kelley, E., Cobigo,V. (2012). **Unmet Needs of Families of School- Aged Children with an Autism**

Spectrum Disorder. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 25. 497-508.

- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., King, S., (2003). **Validation of a French version of the Impact of Event Scale- Revised.** Canadian Journal of Psychiatry 48, 56-61.-

- Buckman, R. (1992). **How to break bad news: A guide for health care professionals.** Toronto: University of Toronto press.

- Cappe E., Wolff, M., Bobet, R., Adrien, J.L. (2012) **étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger:** effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant, L'évolution psychiatrique, vol. 77, N°2, pp.181-199.

- Carbonneau, F. et Rousseau, A. (2012). **L'autisme : du choc à l'espoir.** Un guide pour les parents. Montréal : Chênevière éducation.

- Carlsson, E., Miniscalco, C., Kadesjo, B., & Laakso, K. (2016) **Negotiating Knowledge : Parents' experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism.** International Journal of Language & Communication Disorders, 51(3), 328-338.

- Chamak, B. (2008) **Autism and Social Movements: French Parents Associations and International Autistic Individuals' Organizations'.** Sociology of Health & Illness 30(1):76-96.

- Chamak, B. (2009). **L'autisme dans un service de pédopsychiatrie.** Les relations parents/ professionnels. Ethnologie Française; 425-33.

- Chamak, B., Bonniau, B., Oudaya, L., & Ehrenberg, A. (2011). **The autism diagnostic experiences of French Parents.** Autism, 15 (1), 83-97.

- Charman, T., et Baird, G. (2002). **Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3- year-old children.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 289-305.

- Chatenoud, C., Kalubi, J. C. et Paquet, A. (2014). **La Famille et la personne ayant un trouble du spectre de l'autisme.** Montréal : éditions nouvelles.

- Choque Olsson, N., Rautio, D., Asztalos, J., Stoetzer, U., & Bohte, S. (2016). **Social skills group training in high-functioning autism: A qualitative responder study.** Autism, 20(8), 995-1010.

- Chossy, J. F. (2003). **La situation des personnes autistes en France.** Besoins et perspectives. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000590/0000.Pdf>.

- Cottrell, D.J., et Summers, K., (1990). **Communicating an evolutionary diagnosis of disability to parents.** Child: Care Health and Development, 16, 221-238.
- Cunningham, C.C., Morgan, P.A., et McGucken, R.B. (1984). **Down's Syndrome: Is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable ?** Developmental Medicine and Child Neurology, 26, 33-39.
- Courcy, I. (2013). **Déterminants sociaux de la santé et symptômes dépressifs chez les mères de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).** Canadian Journal of Community Mental Health, 45-56.
- Courcy, I. et des Rivières- pigeon, C. (2014). **Déterminants Sociaux de la Santé et symptômes dépressifs chez les mères de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).** Canadian Journal of Community Mental Health, 32(3), 29-49.
- Crane, L., Batty, R., Adeyinka, H., Goddard, L., Henry, L., & Hill, E.L. (2018). **Autism diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of autistic adults, parents and professionals.** Journal of Autism & Developmental Disorders, 48 (11), 3761-3772.
- Crane, L., Chester, J.W., Goddard, L., Henry, L.A., & Hill, E. (2016). **Experiences of autism diagnosis: a survey of over 1000 parents in the United Kingdom.** Autism, 20(2), 153-162.
- Croen, L.A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). **The health status of adults on the autism spectrum.** Autism, 19(7), 814-823.
- Dailly, F. et Goussé, V. (2011). **Adolescence et parentalité dans les troubles du spectre autistique : comment font face les parents ?.** Pratiques Psychologiques, 17 (4), 329-340.
- Dannion- Grillant, A., Cohen, D. et al. (2006). **Question éthiques autour du diagnostic d'autisme.** Le diagnostic en psychiatrie, questions éthiques, Paris, Masson, pp. 65-80.
- Da Paz, N., Siegel, B., Coccia, M., & Epel, E. (2018). **Acceptance or despair ? Maternal adjustment to having a child diagnosed with autism.** Journal of Autism and Developmental Disorders, 48(6), 1971-1981.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3450-4>.
- Dawson, G., Rogers, S., Allen, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., et al. (2010). **Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism.** The Early Start Denver Model. Pediatrics, 125, e17-e23.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>.

- Derome, M. (2014). **Accompagner l'enfant hospitalisé handicapé, gravement malade ou en fin de vie.** Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- De Rubeis, s., He, X, Goldberg, A.P., Poultney, C.S., Samocha, K., Cicek, A. & Singh, T.,(2014). **Synaptic, transcriptional and chromatin genes disrupted in autism.** Nature, 515 (7526),209.
- de Verdier, K., Fernell,E., & EK,U.(2019). **Blindness and autism: par-ents' perspectives on diagnostic challenges, support needs and sup-port provision.** Journal of Autism and Developmental Disorders,50(6),1921-1930.
- Dilip V., Jeste AND All.,(2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition, DSM-5TM, American Psychiatric Association, New School Library, Washington, DC.
- Dubois, M. (2004). **Découverte d'un nouveau-né en salle de travail. L'annonce de l'anomalie.** Journal de pédiatrie et de puériculture, 17,229-232.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., Blacher, J., (2005). **Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being.** Journal of Intellectual Disabilities, 49, 9,657- 671.
- Emad Mohammad Ali, Fatimah eid ziad Al- Adwan & Yazan M. Al-Naimat.,(2019) **Autism Spectrum Disorder (ASD); Symptoms, Causes, Diagnosis, Intervention, and Counseling Needs of the Families in Jordan.**Educational Science Faculty, The University of Jordan, Amman, Jordan, 13(5), 1913-1825. <https://doi.org/10.5539/mas.v13n5p48>.
- Fairthorne, J., Jacoby, P., Bouke, J.,De Klerk, N., & Leonard, H., (2016). **Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with autism spectrum disorder: A retrospective study.** Autism, 20(1),37-44.
- fédération québécoise de l'autisme(2016). **Le Trouble du Spectre de l'autisme.** Repéré à <http://www.autisme.pc.ca/nos-actions/nos-communiques/2016/40-ans.html>.
- Fitzgerald, M., & Corvin, A., (2001). **Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome.** Advances in Psychiatric Treatment, 7, 310-318.
- Fombonne,E., (2003 a). **Modern views of autism.** Canadian Journal of Psychiatry, 48, 503-5.
- Fombonne, E., (2003 b). **The prevalence of autism.** Journal of American Medical Association,289,87-9.
- Gentles, S.J., Nicholas ,D.B .,Jack ,S.M., Mckibbon, K .A.,& Szatmari ,P .(2020). **Coming to understand the child has autism: A prooess**

illustrating parent's evolving readiness for engaging in care. *Autism*, 24(2), 470-483.

- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J., (2002). **Depression in persons with autism: implication for research and clinical care.** *J Autism Dev Disord*, 32, 299-306.
- Girard, K., Miron, J. M. et Couture, G. (2014). **Le développement du pouvoir d'agir au sein des relations Parents-Professionnels en contexte d'intervention précoce.** *Phronesis* 3(3), 52-62.
- Goin-Kochel, R.P., Mackintosh, V.H., & Myers, B.J.(2006). **How many doctors does it take to make an autism spectrum diagnosis? .** *Autism*, 10 (5), 439-451.
- Golse, B. (2003) **"Autisme infantile: dépistage et prévention"**. La psychiatrie de L'Enfant. Vol.46. pages 381-393. Paris Cedex: P.U.F.
- Golse, B. (2013). **Mon combat pour les enfants autistes.** Paris : Odile Jacob.
- Gray, D.E. (2006). **Coping over time : The parents of Children with autism.** *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 970-976.
- Green, S.E.(2007) **We're tired, not sad: benefits and burdens of mothering a child with a disability.** *Soc sci Med* ;64:150-63.
- Hania, C. (2003). **De l'information à la parole. La position du psychologue.** *Gynécologie obstétrique & Fertilité*, 31, 452-455.
- Harpur, J. Lawlor, M. Fitzgerald, M.(2006). **Succeeding with interventions for Asperger Syndrome Adolescents.** A guide to Communication and Socialization in interaction therapy. London: Jessica Kingsley.
- Hasnat, M. J., et Graves, P. (2000). **Disclosure of developmental disability : A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction.** *Journal of Pediatrics and Child Health*, 36, 32-35.
- Haute Autorité de santé. (2018). **Trouble du spectre de l'autisme – signes d'alertes, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent-** Recommandations.
- Haute Autorité de Santé. (2022). **Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux , principes et place de l'entourage.** Recommander les bonnes pratiques. WWW.has-sante.fr.
- Hecimovic, A. et Gregory, S. (2005). **The evolving role, impact, and needs of families,** dans D. Zager (dir.) *Autism Spectrum Disorders* :

Identification, éducation, and treatment, 3 édition (p.111-142). Londres : Routledge.

- Higgins, D., Bailey, S., Pearce, J. (2005). **Factors associated with functioning style and coping strategies of families with an autism spectrum disorder**. The international Journal of Research and Practice. 9 (2). 125-137.
- Horowitz, M. J ., Wilner, N., Alvarez, W., (1979). **Impact of Event Scale: A measure of Subjective stress**. Psychosomatic Medicine 41 (3), 209-218
- Houari Amina, Lahbiben Fouzia, Hamitouche Ouzna. (2023). **L'écriture chez les enfants autistes en situation d'inclusion scolaire**. Revue El-Bahith en des Sciences Humaine et Science Sociales. Université de Bejaia, Algerie. 2170-0370/E-ISSN 8127-2710. Vol 14N°01/2013-pp 414-425.
- Howlin, P.,& Moore, A.(1997). **Diagnosis in autism: a survey of over 1200 patients in the UK**. Autism, 1(2),135-162.
- Itard JMG. (2011) **mémoire et rapport sur victor de l'Aveyron (1801 et 1806)**. édition numérique: pierre Hidalgo. La Scienza, http://www.ac-grenoble.fr/Philosophie/file/jean_itard_memoire.pdf.
- Jacobs, D., S. J, Dierickx, K.,& Hens,K. (2020). **Parents' Views and experiences of the autism spectrum disorder diagnosis of their young child: a longitudinal interview study**. European child Adolescent Psychiatry.,29 (8),1143-1154.
- Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S. et Simpson, P. (2011). **Autism Spectrum Disorder : Parenting stress**, family functioning and health-related quality of life. Family, Systems & Health, 29(3), 232-252.
- Julien Daniel Guelfi, Marc-Antoine CROCQ et all.,(2005). **Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux (DSM-IV-TR)**, Masson, Paris.
- Kanner.,L.(1943). **Autistic disturbances of affective contact**. Nervous Child: 217-50.
- Kim Vallée-Danahue. (2018). **Le vécu de parents Demeurant au Saguenay-Lac-Saint-Jean dont l'un des enfants présente un trouble du Spectre de l'Autisme**. Mémoire présenté à l'université de Québec à Chicoutimi comme Exigence partielle de la maîtrise en travail social offerte à l'université du Québec à Chicoutimi en vertu d'un Protocole d'entente avec l'université du Québec en Outaouais. Université du Québec à Chicoutimi.
- Kogan MD, Vladutiu CJ, Schieve LA, Ghandour RM, Blumberg SJ, Zablotsky B ,et al.(2018) . **The prevalence of parent-reported autism spectrum**

disorder among US children. Pediatrics;142(6):e 20174161.

<https://doi.org/10.1542/peds.2017-4161>.

- Krauss-Mars, A.H., et Lachman, P.(1994) **Breaking bad news to parents with disabled children-a cross-cultural study.** Child: Care, Health and Development,20, 101-113.
- Kuhn, J. C. et Carter, A. S. (2006). **Maternal self_ efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism.** American Journal of Orthopsychiatry, 76, 564-575.
- Kuhulthau, k. Payakachat, N. Payakachat, J. Hurson, J. Pyne, J M. Kovacs, E. Tilford, J. Mick. (2014). **Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders,** Research in autism spectrum disorders. Vol. 8. pp 1339-1350 .
- Lee, G. K., Lopata, C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomey, J. A., et al. (2009). **Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders.** Focus on Autism and other Developmental Disabilities , 24 (4), 227-239.
- Leff, P.T., et Walizer, E.H. (1992). **The uncommon wisdom of parents at the moment of diagnosis.** Family Systems Medicine, 21,147-167.
- Lelord Suava. (1991). **L'autisme de L'Enfant.** Masson, Paris .
- Lemay, M. (2004). **les problèmes soulevés par le diagnostic différentiel .** dans M, Lemay,(dir.), L'autisme aujourd'hui (p.229 -249). Paris : Odile Jacob.
- Lambotte, I., de Gheest, F., Courtois, A., Delvaux, N.& Detemmerman, D.(2008). **L'annonce de diagnostics graves en pédiatrie.** Un processus coconstruit par les parents et les soignants. Le Journal des Psychologues, 254, 29-32.
- Liénrad Aurore . (2016). **Le processus d'annonce d'un diagnostic.** Description des pratiques innovantes et recommandations. Paris, Service public fédéral .
- Ma, Z. (2016). **Needs of Chinese families of Children with Autism.** Submitted to the graduate degree program in Special Education and the Graduate Faculty of the University of Kansas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of science in Education
- MacDonald, R., Parry-Gruwys, D. ,Dupere, S.,& Ahearn,W.(2014). **Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism.** Research in Developmental Disabilities, 35(12), 3632-3644. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.08.036>.

- Mansell, W., & Morris, K.(2004). **A survey of parents' reactions to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service: access to information and use of services.** Autism, 8 (4), 387-407.
- Marcelli, D. (2006). **Enfant et psychopathologie**, Masson, Paris.
- Marcoz, J.P. (2013). **Enfant handicapé : le rôle du praticien** . Revue Médicale Suisse, 9,275-276.
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., Warreyn, P.(2010) **Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions.** Research in Autism Spectrum Disorders, 4, 661-669. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.05.001>.
- Milcent, C. (1991). **L'autisme au quotidien**. Paris : Odile Jacob.
- Misés, R. et Grand, P. (1997). **Parents et professionnels devant l'autisme**. Paris : Ctnerhi.
- Mirlesse, V. (2007). **Les annonces anténatales**. Médecine & Hygiène, 19, 223-241.
- Morisseau, L. (2004). **Annnonce de l'anomalie : du fœtus à l'enfant**. Journal de pédiatrie et de puériculture, 17, 233-235.
- Naroun, R.& Kroichvili, S.(2006) **Etude Régionale des Besoins et des Attentes: Personnes Atteintes d'Autisme ou de Trouble Envahissant du Développement 5(Study of autistic persons' needs in Normandy)**. Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour L'Insertion (CREAI) de Basse Normandie.
- National council for Hospice and Specialist Palliative Care Services.(2003). **Breaking bad news... Regional guidelines**. Belfast, Ireland. Department of health, social Services and public Safety.
- Osborne, L .A. ,McHugh, L. ,Saunders, J. & Reed P. (2008)**Parenting Stress Reduces the Effectiveness of Early Teaching Interventions for Autistic Spectrum Disorders**, Journal of Autism & Developmental Disorders 38(6): 1092-103.
- Osborne, L .A.,& Reed, P.(2008). **Parents' perceptions of communication with professionals during the diagnosis of autism**. Autism, 12 (3),309-324.
- Ould Taleb, M.(2009). **In Dictionnaire Le petit Larousse illustré Le trouble de L'autisme**. Alger: Office des publications universitaires.
- Pelchat, D., Lefebvre, H. et Levert, M.(2005). **L'expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d'un problème de santé : état actuel des connaissances**. Enfances, familles, générations, 3.

- Piper, E., et Howlin, P.(1992) **Assessing and diagnosing developmental disorders that are not evident at birth: Parental evaluations of intake procedures.**Child: care, Health and Development, 18, 35-55.
- Plumet,H.(2014). **L'autisme de l'enfant un développement sociocognitif différent.** Paris: Cursus.
- Poirier, A. (2008) . **Processus D'évaluation Diagnostique et Annonce du Diagnostique en Trouble Envahissant du Développement Au Québec : Expérience et Perception des Parents.** comme exigence partielle du doctorat en psychologie, service bibliothèques, Université du Québec à Montréal.
- Poirier,A. et Goupil, G.(2008) **Processus diagnostique des personnes présentant un trouble envahissant du développement du Québec.** expérience des parents.
- Poirier, N. et Vallée-Ouimet, J.(2015) . **Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA.** Santé mentale au Québec, 40(1), 203-226
- Quine,L., et Rutter,D,R.(1994). **First diagnosis of severe mental and physical disability: A study of doctor-parent communication.** Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,35,1273-1287.
- Rabah, A., Saidi, A, B. (2021). **Le vécu psychologique d'un parent ayant un enfant autiste.** Mémoire de fin de cycle, à Faculté des sciences Humaine et Sociales, Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
- Rao, P. A. et Beidel, D. C. (2009). **The impact of children with high-functioning autism on parental stress,** sibling adjustment, and family functioning Behavior modification, 33(4), 437-451.
- Robel, L.(2012)" La Démarche d'évaluation: champs et outils", Médecine théra-peutique/ Pédiatrie, Vol. 15, N°3, pp.2019-223.
- Rodi, A. (1996). **Des familles en quête de bien-être .** analyse des processus d'adaptation (Mémoire de Licence). Université de Fribourg.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. et Geffken, G. (1990). Families of autistic children : Psychological functioning of mothers. Journal of clinical child psychology, 19(4), 371-379.
- Rogé, B. (2008). **Autisme : comprendre et agir.** Paris : Dunod.
- Romano, H. (2010). **L'annonce d'un diagnostic grave.** La revue de médecine interne, 31, 626-630.
- Sacrey,L. A. R., Zwaigenbaum, L.,Bryson, S., Brian,J., Smith, I. M., Roberts, W., et al.(2018). **Parent and clinician agreement regarding early behavioral signs in 12-and 18-month-old infants at-risk of autism spectrum disorder.** Autism Research, 11(3),539-547.

- Saggu, L., Ramen Kaur. (2015). **Parental Perceptions of the Diagnostic Process for Autism Spectrum Disorder in British Columbia**. Doctoral dissertation, Walden University.
- Sansosti, F. J., Lavik, K. B., & Sansosti, J. M. (2012). **Family experiences through the autism diagnostic process**. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 27 (2), 81-92.
- Sapp, Susan Elizabeth,(2007). **Autism: Symptoms, Causes, and Treatments**. University of Tennessee Honors thesis projects,https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1111.
- Sénéchal, C. et C, des Rivières-Pigeon.(2009). **Impact de l'autisme sur la vie des parents**. Santé Mentale au Québec, XXXIV (1), 245-260.
- Sloper, P.,& Turner, S. (1993). **Determinants of parental satisfaction with disclosure of disability**. Developmental Medicine & Child Neurology, 35(9), 816-825.
- Tétrault, M. k., & Ketcheson, k. A.(2002). **Creating a shared understanding of institutional knowledge through an electronic institutional portfolio**. Metropolitan Universities, 13(3),40-49 Retrieved from: <https://journals.iupui.edu/index.php/muj/article/view/19981/19653>.
- Thompson, C., Bolte, S., Falkmer, T., & Girdler, S. (2018). **To be understood: Transitioning to adult life for people with Autism Spectrum Disorder**. PLOS One, 13(3), 1-16.
<https://doi.org/10.1271/journal.pone.0194758>.
- Tielemans , S. & Haelewyck, M. (2000). **L'annonce du handicap à la naissance** . un guide méthodologique. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 11, 161-175.
- Ward, E.(2014). **Parental accounts of sharing an autism spectrum diagnosis with their child**. a thematic analysis. University of Nottingham.
- Ward, S.L., Sullivan, K.A., & Gilmore, L.(2016) **Practitioner perceptions of the assessment and diagnosis of autism in Australia**. Australian Psychologist, 272-279. <https://doi.org/10.1111/ap.12211>.
- Wasserman, R.C., Inui, T.S., Barriatua, R.D., Carter, W.B., et Lippincott, P.(1984). **Pediatric clinicians' support makes a difference: An outcome based analysis of clinician- parent interaction**. Pediatrics, 74,1047 1053.
- Webb, S.J., Jones, E.J.H., Kelly, J., et al.(2014) **The motivation for very early interventions for infants at high risk autism spectrum disorders**. International Journal of Speech and Language Pathology 16(1):36_42.

- Weiss, D. S., Marmar, C. R., (1997). **The Impact of Event Scale- Revised**. In: Wilson, J. P., Keane, T. M., (éds), Assessing psychological trauma and PTSD. The Guilford Press, New York, pp. 399-411.
- Williams, C. et Wright, B. (2010). **Vivre avec le trouble du spectre de l'autisme : stratégies pour les parents et les professionnels**. Montréal : Chenelière education.
- Wintgens, A. et Hayez, J. Y. (2003). **Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques : Résilience, adaptation ou santé mentale compromise**. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 51,337-384.
- Zinschitz, E. (2007). **L'annonce d'un handicap : le début d'une histoire**. «pour que le blé puisse croître il faut d'abord cultiver le champ ». approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 6,82-93.
- Ziviani, J., Feeney, R. & Khan, A. (2011). **Early intervention services for children with physical disability:Parents perceptions for family-centeredness and service satisfaction**. Infants & young Childrn, 24 (4), 364-382.
- Zouani, N., Ouandelous,N. (2018). **L'annonce du Cancer : Quel Dispositif et quel impact ?**. Revue famille et Société, Revue Internationale Biannuelle. 2602-6716. 2392-5337. 117-135.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/presentationRevue/326>.

الملاحق

الملحق رقم (01):

الاساتذة المحكمين لاستبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد و مقياس تأثير الاحداث المعدل.

الرقم	الاساتذة	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة
01	زواني نزيهة	علم النفس العيادي	استاذة محاضرة أ	جامعة ملود معمري تيزي وزو – تامدة-
02	وندلوس نسيمة	علم النفس العيادي	بروفيسور	
03	جيلالي سليمان	علم النفس العيادي	استاذ محاضر أ	
04	بكو صديق	الطب العقلي و النفسي للطفل و المراهق	استاذ محاضر أ	كلية الطب في جامعة الجزائر.

الملحق (02)

استبيان عملية التقييم و الاعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد

مرحبا سيدي سيدتي :

أنا طالبة مقبلة على التخرج سنة ثانية ماستر في جامعة مولود معمري تيزي وزو كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية -تامدة- ، قسم علم النفس في تخصص علم النفس العيادي. كجزء من مذكرتي أقوم بإجراء دراسة حول المعاش النفسي للوالدين عند الإعلان عن تشخيص التوحد، لذلك يرجى منك المشاركة في الإجابة على هذا الاستبيان، و شكرا لك (ي) مسبقا على المشاركة في الإجابة. و أتمنى الشفاء العاجل لطفلك (ي).
التعليمة:اقرأ (ي) كل عبارة بعناية، و اختار (ي) أفضل ما يتوافق مع حالتك (ي) عن طريق وضع علامة أمام الاختيار المناسب:

ملاحظة: كل الإجابات التي تقدمها سأستخدمها في غرض البحث فقط .

القسم الاول: خصائص الاسرة.

1_ من هو الشخص الذي يملأ الاستبيان؟

- الأب

- الأم

2_ العمر

- 20 - 30

- 31 - 40

- 41 - 50

- 51 - 60

- 60 فيما فوق

3_ المستوى الدراسي:

- ليس لدي أي شهادة

- ابتدائي

- متوسط

- ثانوي

- جامعي

- آخر (اذكره)

4_ عدد الأولاد:

1 -

2 -

3 -

4 - او أكثر

5_ تاريخ ميلاد طفلك:

.....

6- ماهو جنس طفلك الذي تم تشخيصه انه مصاب بمرض التوحد؟

- ذكر

- أنثى

7_ هل أنتمنخرط (ة) أوأحدأفراد عائلتك عضو في جمعيات ذات الصلة بمرض التوحد:

- نعم

- لا

8_ إذا كانت الإجابة بنعم منذ متى؟

.....

9_هل كان لديك معرفة مسبقة عن مرض التوحد قبل ولادة طفلك؟ يرجى وضع علامة

على كل ما ينطبق :

- لا ☐
- نعم، كنت اعلم ذلك من خلال التلفزيون أو الصحف أو وسائل الإعلام ☐
- الأخرى ☐
- نعم، كنت اعلم ذلك من مكان عملي ☐
- نعم، كنت اعلم ذلك من طرف أفراد عائلتي ☐
- نعم، كنت على تواصل مع طفل أو أطفال مصابين بالتوحد ☐
- أخرى (حدد) ☐

10_ هل كانت لديك شكوك في احتمالية إصابة طفلك باضطراب في النمو قبل ما تم إعطاءكم التشخيص الرسمي؟

- نعم ☐
- لا ☐

11_ إذا كان لديك أطفال اخرون تم تشخيصهم باضطراب آخر، فيرجى الإشارة الى عمر الطفل والتشخيص الدقيق و التاريخ الذي تلقيت فيه هذا التشخيص:

.....
.....

القسم 02: الخطوات التي ادت إلى تشخيص طفلك

12_ من الذي أبدى المخاوف (انشغالات) لأول مرة بخصوص نمو طفلك؟

- أنا ☐
- فرد آخر من عائلتي ☐
- مختص في الصحة ☐
- مدرساو مربي ☐

- أخرى(حدد)

13_ كم كان عمر طفلك عندما عبر عن هذه المخاوف الأولى؟

.....

14_ ماكان موضوع هذه المخاوف؟ يرجى ترتيب المخاوف التالية حسب الأهميةبوضع

أرقام في المربعات المناسبة مع العلم انه ليس من الضروري ملأ جميع المربعات

- التأخر في نمو اللغة

- التأخر في النمو الجسمي(الخطواتالأولى، الجري، التسلق)

- التأخر في النمو الاجتماعي (التفاعل مع الآخرين)

- عدم الاهتمام بالألعابوالألعاب غير الملائمة

- الطقوس، السلوكيات القهرية، الحاجة إلى الروتين

- مشاكل سلوكية (نوبات، عدوانية)

- هناك انطباع انه مصاب بالصمم (لا يستجيب عند ذكر اسمه،ولا يستدير عندمناذلاته

.)

- مشاكل مدرسية

- مشاكل طبية

- أخرى(حدد)

15_ كم كان عمر طفلك عندما استشرت مختصا او فريقا من المختصين و ناقشت هذه

المخاوف؟

.....

.....

16_ من هو المختص او المختصين الذين استشرتهم لأول مرة ؟ يرجى وضع علامة

على الإجابات المناسبة :

- طبيب عام

- طبيب الأطفال

- طبيب عقلي
- طبيب عقلي للأطفال
- طبيباً أعصاب
- مختص نفسي
- مختص أرطوفوني
- أخرى (حدد)

17_ هل توجب عليك دفع مقابل مالي من اجل هذه الاستشارة ؟

- نعم
- لا

18_ هل كان هناك آجال انتظار لاستشارة هذا المختص أو هؤلاء المختصين؟

- نعم
- لا

19_ إذا كانت الإجابة بنعم،كم قدرت مدة الانتظار؟

.....

20_ ماذا حدث بعد هذه الاستشارة؟ يرجى وضع علامة أمام كل الإجابات الملائمة :

- تم إعطاء تشخيص رسمي في فئة اضطرابات النمو الاجتياحية envahissants (طيف التوحد)

- أعرب المختص أو/المختصون عن شكوكهم حول إمكانية الإصابة باضطراب طيف التوحد

- تم إجراء تشخيص آخر (حدد التشخيص)
- تم توجيهنا الى مختص او / عدة مختصين آخرين
- تم إعلامنا عن عدم وجود أي مشكلة
- تم إعلامنا أن الأمور ستنتظم بنفسها

- طلب منا العودة في حالة استمرار المشكلة
- أخرى (حدد)

-القسم 03: الاعلان عن التشخيص - التنظيم العام-

21_ عند الإعلان عن التشخيص، كم كان عدد المختصين المتواجدين في قاعة الفحص ؟

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 فما فوق

22_ من هو المختص او / المختصين اللذين أخبروك عن تشخيص طفلك؟ يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق (يمكنك اختيار عدة أجوبة).

- طبيب عقلي
- طبيب عقلي للأطفال
- طبيب الأطفال
- طبيب عام
- طبيب الأعصاب
- مختص نفسي
- مختص أرطوفوني
- لا أتذكر هذه المعلومات

23_ عند الإعلان عن التشخيص، قد يتواجد العديد من الأشخاص، مثل

أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو المعارف. يرجب الإشارة إلى الأشخاص اللذين كانوا متواجدين معك

عندما تم الإعلان عن تشخيص التوحد:

- الوالد الآخر للطفل

- الطفل هو من تلقى التشخيص

- الأطفال الآخرين في الأسرة

- أفراد الأسرة الآخرين

24_ ما هي مدة المستغرة للإعلان عن التشخيص؟

- من 0 إلى 15 دقيقة

- من 15 إلى 30 دقيقة

- من 30 إلى 45 دقيقة

- من 45 دقيقة الى 60 دقيقة

- 60 دقيقة فأكثر

25_ هل كانت القاعة التي تم فيها الإعلان التشخيص مناسبة (أي هادئة، فيها

الخصوصية، مريحة)؟

- نعم

- لا

26_ خلال هذه اللقاء ، هل شعرت بالراحة لطرح الأسئلة؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

27_ بعد الإعلان عن التشخيص ، هل قدم لك اقتراح لعقد جلسات أخرى للإجابة عن أسئلتك أو لإعطائك بمعلومات أخرى؟

- نعم

- لا

28_ هل عرض عليك فرصة الاتصال بمختص آخر او مختصين آخرين لطرح الأسئلة ؟

- نعم

- لا

29_ فيما يتعلق بالتنظيم العام للإعلان عن التشخيص (الأشخاص المتواجدون ، الغرفة التي تم فيها الإعلان ، عدد الجلسات ، المتابعة) هل أنت؟

- غير راضي

- راضي بشكل قليل

- راضي

- راضي جدا

30_ حسب رأيك ، هل هناك تحسينات كان من الممكن إجراؤها على التنظيم العام عند

الإعلان عن التشخيص؟

.....

.....

.....

القسم 04: اعلان التشخيص - موقف المختصين -

كيف تصف المختص أو/ المختصين الذين أخبروك عن التشخيص؟ هل يبدو/يبدون لك:

31_ ودودين (أي لطفاء، مرحبون)؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

32_ ذو كفاءة؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

33_ صادق (أي يقول لك الحقيقة، يقول لك كل المعلومات)؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

34_ متدخل جيد (أي لا يستخدم المصطلحات التقنية بشكل مفرط أثناء التواصل، يشرح

بوضوح)؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

35_ متفهم لمخاوفك ؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

36_ متفتح على الأسئلة؟

- لا أبدا

- قليلا

- الى حد ما

- كثيرا

37_ فيما يتعلق بموقف المختص أو/ المختصين عند الإعلان عن التشخيص، هل أنت

؟

- غير راضي

- راضي قليلا

- راضي

- راضي جدا

38_ حسب رأيك، هل هناك تحسينات كان من الممكن إجراؤها فيما يتعلق بموقف

المختص او / المختصين عند الإعلان عن التشخيص؟

.....

.....

-القسم 05: اعلان التشخيص - المعلومات الواردة-

39- خلال الإعلان عن التشخيص، هل وصف لك المختص أو/ المختصين طفلك بطريقة

تجعلك تتعرف عليه جيدا (صورة دقيقة و واقعية للطفل)؟

☐

- نعم

☐

- لا

40- أثناء الإعلان عن التشخيص ، هل قدم لك المختص أو المختصين نقاط ايجابية

بشأن طفلك (على سبيل المثال، عرض نقاط القوة لدى الطفل)؟

☐

- نعم

☐

- لا

41_ أثناء الإعلان عن التشخيص، هل تلقيت معلومات (شفوية أو مكتوبة)؟ بخصوص:

☐

- اضطراب طيف التوحد؟

☐

- العلاجات الممكنة؟

☐

- نمو اللغة؟

☐

- العلاقات الاجتماعية؟

☐

- إدارة السلوكيات التي تطرح مشكلة؟

☐

- اقتراحات للقراءة على اضطراب طيف التوحد؟

☐

- الجمعيات / مجموعات الآباء للاتصال؟

☐

- الدعم المالي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟ (مثلا : منح، إعانات)

- مراكز إعادة التأهيل؟

- الخدمات المقدمة في المدارس؟

- مواقع انترنت للتصفح عل باضطراب طيف التوحد؟

- مخاطر إنجاب طفل آخر مصاب باضطراب طيف التوحد؟

- أخرى (حدد)

42_ هل تلقيت تقريراً موضحاً لكل التقييمات التي تم إجراؤها ونتائجها؟

- نعم

- لا

43_ هل كانت المعلومات المقدمة لك (الشفوية والمكتوبة)

- كافية؟

- كافية بالنسبة لطفلك؟

- سهولة الفهم؟

44_ ما هي أهم المعلومات التي تلقيتها من أهلك؟

.....

.....

45_ فيما يتعلق بالمعلومات التي وردت عند الإعلان عن التشخيص ، هل أنت؟

- غير راضي

- راضي بشكل قليل

- راضي

- راضي جداً

46_ حسب رأيك، هل هناك تحسينات كان من الممكن إجراؤها فيما يتعلق بالمعلومات الواردة عند الإعلان عن التشخيص؟

.....

القسم 06: الارتياح العام و التحسينات التي يجب إجراؤها

47_ فيما يتعلق بالإعلان عن التشخيص بشكل عام، هل أنت؟

- غير راضي

- راضي بشكل قليل

- راضي

- راضي جدا

48_ حسب رأيك، هل هناك تحسينات كان يمكن إجراؤها على الإعلان عن التشخيص بشكل عام؟

.....

.....

49_ عند الإعلان عن التشخيص، يحدث أن لا تنسى بعض الجمل أو التصريحات المقدمة من طرف المختصين سواء كانت ايجابية أو سلبية و تبقى راسخة في ذاكرتك لمدة طويلة جدا. إذا كنت ترغب يرجى كتابتها هنا:

.....

50_ هل هناك أي معلومات او تعليقات أخرى تود إضافتها؟

.....

.....

المحلق (03)

مقياس تأثير الاحداث المعدل IES-R

فيما يلي قائمة من الصعوبات التي قد يواجهها الوالدين بعد الإعلان عن اضطراب التوحد.
يرجى منك قراءة كل عنصر و الإشارة إلى مدى انزعاجك من كل هذه الصعوبات في الأيام
السبعة الماضية فيما يتعلق بالحدث:

ما مدى تأثرك او انزعاجك من هذه الصعوبات؟

البند	لا ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
1. أي تذكير بالإعلان عن اضطراب طيف التوحد يحي مشاعري.					
2. استيقظ في الليل.					
3. أشياء مختلفة تجعلني أفكر في الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد .					
4. اشعر بالضيق والانفعال والغضب.					
5. عندما أفكر في الأمر او تم تذكيري به، أتجنب الانزعاج.					
6. بدون رغبتني أفكر في الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد الذي تم .					
7. شعرت و كأن الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد الذي تم لم يكن او غير حقيقي .					
8. ابتعدت عن الأشياء التي تذكرني بهذا الإعلان.					
9. برزت صور الاعلان في راسي.					
10. كنت متوتر (متوترة) و تفاجئت بسهولة.					
11. حاولت عدم التفكير في الإعلان الذي تم .					

					12. كنت اعلم انه لا يزال لدي الكثير من المشاعر حول هذا الاعلان الذي تم، لكنني لم أواجه الأمر.
					13. كانت مشاعري اتجاه هذا الإعلان الذي تم جامدة.
					14. شعرت وتفاعلت كما لو كنت أزال في لحظة الإعلان عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
					15. كان لدي مشكلة في النوم.
					16. شعرت بالمشاعر الشديدة حول الإعلان الذي تم عن تشخيص اضطراب طيف التوحد.
					17. حاولت مسح هذا الإعلان من ذاكرتي.
					18. كان لدي صعوبة في التركيز.
					19. كلما أتذكر هذا الإعلان تكون لدي ردود فعل جسدية مثل: التعرق، او صعوبة في التنفس، او الغثيان او خفقان القلب.
					20. حلمت بهذا الحدث.
					21. كنت يقظا وعلى استعداد لهذا الإعلان.
					22. أحاول أن لا أتحدث عن الأمر.

الملحق رقم (04)
دليل المقابلة العيادية

■ القسم الأول: البيانات الشخصية:

- مع من أقوم بالمقابلة؟

الأم

الأب

- العمر:

.....

- مستوى التعليمي:

ابتدائي

ليس لدي شهادة

ثانوي

متوسط

جامعي

- الوضع الاجتماعي:

متوسط

منخفض

مرتفع

- عدد الأولاد:

.....

■ القسم الثاني: معلومات حول الطفل:

- الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

- العمر الحالي:

.....

- هل تم تشخيص طفلك بالتوحد؟

نعم ☐ لا ☐

- كم كان عمر طفلك عندما تم تشخيص التوحد بشكل رسمي؟

.....

- من هو المختص او المختصين اللذين قاموا بتشخيص طفلك انه مصاب بالتوحد

طبيب نفسي ☐ طبيب نفسي للأطفال ☐

طبيب عام ☐ مختص نفسي ☐

مختص اورطوفوني ☐

- هل طفلك يدرس؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بنعم، في أي مؤسسة يدرس؟

ملكية عمومية ☐ ملكية خاصة ☐

■ القسم الثالث: معلومات تتعلق بمرحلة الإعلان عن تشخيص التوحد:

- كيف تصف الفترة قبل الإعلان عن التشخيص؟
- هل كنت مستعدا لجلسة الإعلان او لهذه المقابلة مسبقا؟
- هل كان هناك دعم نفسي من مختص نفسي او طبيب نفسي للأطفال تحضيراً لهذه المقابلة؟
- كيف كان هذا اللقاء مع المختص او هؤلاء المختصين عندما تم الإعلان عن التشخيص؟
- ماهي المعلومات التي قدمها هذا المختص او هؤلاء المختصين عند الإعلان عن التشخيص؟
- كيف تم توفير هذه المعلومات، شفها او كتابيا؟
- هل كنت تعتقد أن طفلك يحمل هذا الاضطراب قبل تشخيصه، كيف ذلك؟
- هل كانت لك فرصة لطرح الأسئلة؟
- هل عرض عليك جلسة أخرى؟
- هل أعطى لك هذا المختص او هؤلاء المختصين بعض النقاط الايجابية حول حالة طفلك؟
- هل حاول هذا المختص او هؤلاء المختصين دعمك؟ و إذا كان الإجابة بنعم، ماهي أنواع الدعم التي تم تقديمها او اقتراحها لك عند الإعلان عن التشخيص؟ و ماهي طرق التدخل المقترحة؟

▪ القسم 4: رد فعل الوالدين بعد الإعلان عن التشخيص:

- كيف كانت العودة للمنزل بعد التشخيص؟
- هل شكت في صحة التشخيص الذي تم؟
- هل شعرت أن أسئلتك و مخاوفك قد تم معالجتها بشكل مناسب عندما تم الإعلان عن تشخيص التوحد؟
- هل يمكنك أن تخبرني كيف كانت ردة فعلك بعد أن تم الإعلان عن تشخيص طفلك في فئة اضطراب طيف التوحد؟
- هل يمكن أن تصف لي حالتك الصحية النفسية و الجسدية بعد أن تم الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلك؟
- ما الذي كان يخيفك في حالة طفلك و كنت قلق بشأنه؟
- كيف كنت تفكر في مستقبل طفلك؟
- هل حصلت على دعم من طرف أسرتك و أصدقائك؟
- حسب رأيك، ما الذي كنت تحتاجه لجعل لحظة الإعلان اقل صدمة و صعوبة بالنسبة لك؟
- كيف تعاملت مع ضغوطك منذ الإعلان عن تشخيص التوحد لدى طفلك؟
- بناء على تجربتك خلال الإعلان عن التشخيص، هل سيكون الإعلان اقل صدمة لو صدر من قبل مختصين اثنين ، طبيب نفسي للأطفال (للإعلان التشخيص) و مختص نفسي (لإدارة الحالة النفسية) ما رأيك؟