

جامعة زيان عاشور الجلفة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الفلسفة

الرقم التسلسلي: ..

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد

- دراسة تجريبية مطبقة على عينة من أطفال التوحد بأكاديمية علم النفس بالجلفة -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس التربوي

إشراف الدكتور:

غريب حسين

إعداد الطالب:

بن شعلال سليمة

بن شعلال لامية

السنة الجامعية: 2017 / 2018م



شكر وتقدير

الحمد لله الذي بفضلہ تتم الصالحات، وأشكره وأحمده على نعمه وفصله حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه.

لا يسعنا في هذا المقام إلا أن أتوجه بشكري وتقديري إلى أستاذنا الفاضل

"الدكتور غريب حسين" لما خصه لي من وقت وجهه في إرشادنا وتوجيهنا إلى ما فيه صالح البحث، والذي كان لتوجهاته وعنايته المستمرة للبحث عظيم الأثر في ظهور البحث بهذه الصورة.

كما أتوجه بجزيل الشكر للمؤطرين الأخصائيين النفسانيين على تطير الجلسات الإرشادية والتدريبية، وكما نتوجه بجزيل شكرنا للدكتور الفاضل بوديسة عثمان رئيس أكاديمية علم النفس بالجلفة، لدعمه الكبير لنا وفضلا عن مساندته المستمرة لنا والتي لا نجد من الكلمات ما يعبر عن وصفنا، ولا الوفاء بحقه، فجزاهه الله عنا خير الجزاء، وجعل ذلك عملا خالصا في ميزان حسناته.

وانه من حسن أدب المرء أن ينسب الفضل لذويه، ولا املك في موقفي هذا إلا أن نقول أبويانا جزاك الله عنا كل خير، ونتوجه بالشكر الى والدتنا العزيزة فجزاها الله عنا كل خير ومنتعها بالصحة والعافية، ونشكر كل أفراد أسرتنا على تحملهم مشاق البحث العلمي معنا.

بن شعلال سليمة

بن شعلال لامية

ملخص البحث:

عنوان البحث: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد

منهج البحث: المنهج التجريبي، حيث تم الاختيار والتعيين لمجموعتي الدراسة "الضابطة والتجريبية" عشوائياً، وتم التأكد بنسبة كبيرة من تجانسها، ثم طبق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية، ومرة أخرى طبق القياس البعدي على المجموعتين "الضابطة والتجريبية".

العينة: تتكون العينة من 12 طفل مصاب بالتوحد بدرجة متوسطة 06 تشكل المجموعة الضابطة و 06 تشكل المجموعة التجريبية .

أدوات البحث: الأدوات الآتية: 1- المقياس مهارات العناية بالذات، 2- البرنامج التدريبي (المقترح) من الباحثان.

طرق تحليل البيانات: برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وتقريغ البيانات ومعالجتها وتم استخدام الاختبارات التالية: النسب المؤوية، التكرارات، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري اختبار t test لدراسة الفروق.

تساؤل الدراسة: هل للبرنامج التدريبي (المقترح) فاعلية في زيادة مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد **النتائج المتوصل إليها:** أبرزت الدراسة الحالية النتائج التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات في القياسين القبلي و البعدي .

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات افراد المجموع الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات .

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات في القياسين البعدي والقبلي .

Résumé

Titre de la recherche: Efficacité d'un programme de formation pour développer certaines compétences en auto-soins chez les enfants autistes

Les principaux objectifs de la recherche

Méthodologie de la recherche: Le chercheur a utilisé la méthode expérimentale, les groupes expérimentaux et témoins ont été choisis et choisis au hasard, le programme expérimental a été appliqué au groupe expérimental .et la post-mesure a été appliquée aux groupes témoins et expérimentaux

Echantillon: L'échantillon est constitué de 12 enfants autistes avec un score .médian de 06, le groupe témoin et 06 constituent le groupe expérimental

Outils de recherche: Le chercheur a utilisé les outils suivants: 1 - l'échelle des compétences d'auto-soins, 2 - programme de formation (proposé) des .chercheurs

Méthodes d'analyse des données: l'ensemble de données statistiques (SPSS), sauvegarde des données et traitement Les tests suivants ont été utilisés: les pourcentages des équations, les fréquences, la moyenne arithmétique, l'écart-type, le test t pour étudier les différences

La question de l'étude: Le programme de conseil psychologique proposé (la proposition) est-il efficace pour réduire le degré de colère atteint? La présente :étude a mis en évidence les résultats suivants

Il y a des différences statistiquement significatives dans les scores des membres du groupe expérimental sur les dimensions de l'échelle des compétences d'auto-soins à l'échelle tribale et à distance.

- 2Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les scores des membres du groupe témoin dans les mesures tribales et non paramétriques sur les dimensions de l'échelle des auto-soins.

-3Il existe des différences statistiquement significatives dans les scores des groupes expérimentaux sur les dimensions de l'échelle des compétences d'auto-soins dans les dimensions éloignées et tribales.

الفهرس

أ	شكر وتقدير
ب	ملخص البحث
1	مقدمة

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

7	إشكالية الدراسة
9	التساؤلات الفرعية
9	فرضيات الدراسة
10	أهمية الدراسة
12	أهداف الدراسة
12	المفاهيم الأساسية للدراسة

الفصل الثاني: التوحد

16	تمهيد
16	لمحة تاريخية حول التوحد
17	تعريف التوحد
18	نسبة انتشار اضطراب التوحد
20	أنواع التوحد
21	تشخيص التوحد
27	الطبيب النفسي و دوره في التشخيص
30	الأساليب العلاجية

الفصل الثالث: العناية بالذات

43	تمهيد
43	مفهوم العناية بالذات
44	صعوبات فى الطعام و الشراب
45	إجراءات التدريب فى مهارات الطعام
50	صعوبات فى ارتداء الملابس وخلعها
52	صعوبات فى عملية الإخراج
55	صعوبات فى النظافة الشخصية
56	الأمان بالذات
58	كيفية تجنب وقوع الحوادث لدى أطفال التوحد

الباب الثاني: الجانب الميداني

الفصل الرابع: اجراءات الدراسة الميدانية

65	إجراءات الدراسة الاستطلاعية
73	إجراءات الدراسة الأساسية

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

87	عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الأولى
91	عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثانية
94	عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثالثة
97	عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية العامة
102	خاتمة

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق

قائمة الجداول

- جدول (2) إجراءات وأنشطة البرنامج: جلسات البرنامج التدريبي 71
- جدول (3) يوضح توزيع العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس 74
- جدول (4) يوضح توزيع العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير الجنس 75
- جدول (5) يوضح توزيع العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير السن 75
- جدول (6) يوضح توزيع العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير السن 76
- جدول (7) الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس القبلي للمجموعة التجريبية 80
- جدول (8) الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس القبلي للمجموعة الضابطة 81
- جدول (9) الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس البعدي للمجموعة التجريبية 82
- جدول (10) الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس البعدي للمجموعة الضابطة 83
- جدول (11) الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس التتبعي للمجموعة التجريبية 84
- جدول (12) الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي لأبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد 85
- جدول (13) الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس مهارات العناية بالذات 86
- جدول (14) الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس مهارات العناية بالذات 92

جدول (15) الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة
التجريبية فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات 94

جدول (16) الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى
والتتبعى للمقياس مهارات العناية بالذات 97

مقدمة

مقدمة:

في بداية القرن الثامن عشر بدأت الرعاية المنظمة للمعاقين حيث أصبحت قضية تعليم المعاقين تحتل مكانه كبيرة على المستويين المحلى والعالمى ، وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوماً بعد يوم تنادى بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال فى الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقاً لنوع الإعاقات ، واختلاف الفروق الفردية بين أفرادها.

ومن هذا المنطلق زاد الاهتمام برعاية المعاقين ، وتأهيلهم حيث أنشئت المدارس ووضعت تشريعات تكفل للمعاقين بعض المزايا والحقوق التى تحقق لهم الاستقرار ، كما تضافرت جهود العلماء فى سبيل تأهيلهم وتنمية ما تبقى لديهم من قدرات.

(إلهامى عبد العزيز : 1999 ، 48)

وإعاقه التوحد تعد من الإضطرابات النمائية ،وهى إعاقه ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ، ولكنها لم تتل حظها من الاهتمام على المستوى البحثى فى الدول النامية ، فى حين أننا نجد اهتماماً متزايداً فى الدول المتقدمة ، وقد زاد الاهتمام نسبياً بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة ، ويعتبر ليوكانر (1943) Leo-kanner أول من أشار إلى إعاقه التوحد كاضطراب يحدث فى الطفولة ، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقه مثل الذاتوية ، والإجتراية ، والتوحدية ، والأويتسية ، والإنغلاق الذاتى (الإنشغال بالذات) ، والذهان الذاتوى ، وفصام الطفولة ذاتى التركيب ، والإنغلاق الطفولى ، وذهان الطفولة لنمو (أنا) غير سوى.

(محمد خطاب : 2005 ، 9)

ويرجع استخدام هذه التسميات إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد ، حيث يعد التشخيص من أهم الصعوبات التى تواجه هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة ،

ومعظم الباحثين المهتمين بالتوحد يشيرون إلى قضية التشابه بين سلوك التوحد وسلوك اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية ، وفصام الطفولة ، والإعاقة السمعية ، واضطرابات الانتباه ، واضطرابات التواصل.

(عبد الرحيم بخيت: 1999، 232؛ إلهامى عبد العزيز: 1999، 174)

ونظرا لخطورة التشخيص ، يوصى الكثير من العاملين فى ميدان الإعاقة بأن يقوم بعملية التشخيص أخصائيون مدربون عليها لديهم خبرات ، وخلفيات كبيرة عن الإعاقة ، مع الاسترشاد بآراء المعلمين والوالدين ، ونظرا لطبيعة إعاقة التوحد الفريدة فان المتخصصين فيها يقومون بالتقييم معتمدين بصورة أساسية على ملاحظة سلوك الطفل ، بالإضافة إلى الاعتماد على ملاحظات الوالدين ، وتقارير المربين والمعلمين.

(عبد الرحمن سليمان : 2001 ، 35)

ولقد اتفق عدد من الباحثين مثل عبد الرحيم بخيت (1999) ؛ عبد الرحمن سليمان (2001) ، عادل عبد الله (2000) على ما جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع (DSMIV) (1994) للاضطرابات العقلية حول الملامح الأساسية وأعراض التوحد والمجالات أو المحاور التى تظهر فيها.

وبالرغم من التطور الحادث فى تشخيص اضطراب التوحد ، والأساليب العلاجية الحديثة ، والأجهزة الطبية ؛ إلا أن السبب الرئيسى وراء هذا الاضطراب ما زال غير معروف ، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية ، أى العلاقة بين الوالدين والطفل ، وهناك من أكد على الأسباب البيولوجية ، كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات ، وظروف الحمل والولادة ، وأيضا إلى التلوث البيئى ، والتطعيمات ، والفيروسات ، إلا انه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد ؛ فقد يكون أحد هذه الأسباب ، أو الأسباب مجتمعة هى التى تسبب المرض ، وهذا يحتاج إلى

دراسات عديدة فى هذا المجال، وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات، ولعل من ابرز هذه المشكلات عدم القدرة على العناية بالذات أى القيام بالأنشطة الخاصة بالحياة اليومية بمعنى قصور الطفل التوحدى، وعجزه فى العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع أداؤها أقرانه من الأطفال العاديين، حيث يعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها، أو إطعام نفسه، أو ارتداء الملابس وخلعها، أو التعامل مع المرحاض، وكذلك فى تقديره للأخطاء التى يتعرض لها.

(سميرة جعفر : 1992؛ عبد الرحمن سليمان: 2000؛ Dalrymple, Ruble :1992)

وفى ضوء تلك المشكلات أوصت العديد من الدراسات على ضرورة تقديم برامج تدريبية للأطفال التوحديين بغرض تحسين مهارات العناية بالذات لديهم .

(Matson : 1990 ; Mcclannahan : 1990 ; Perry: 1991 ; Pirnce & et.al. : 1995 ; Luiselli: 1996 ; schreibman: 1994 ; Bengstrom Reamer & et. al: 1998 ; Bainbridge & Myles: 1999 ; Cicero & Pfadt: 2002)

لذا يتضح ضرورة وجود برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، ولما كان هناك ندرة فى البرامج التدريبية التى تحاول تنمية مهارات العناية بالذات؛ فإن الباحثة سوف تقوم بإعداد برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات، واستخدام مجموعة من الأساليب والفنيات المختلفة (النمذجة باستخدام شرائط الفيديو - تحليل المهام - التوجيه - التعزيز)، إن مثل هذه الأساليب ذات تأثير فعال فى تعديل سلوكيات الأطفال التوحديين، وسوف يتم استخدام المداخل السلوكية بهدف تعديل السلوك.

البياتج الأول

الجانبي النظري

المفصل الأول

الإطار العام

للدراسة

أولا: الإشكالية

ثانيا: تساؤلات الدراسة

ثالثا: فرضيات الدراسة

رابعا: أهمية الدراسة

خامسا: أهداف الدراسة

سادسا: المفاهيم الأساسية للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة

إن حياة الإنسان محطات، أهمها مرحلة الطفولة تلك المرحلة البناءة والحساسة التي تبرز فيها شخصية الطفل وتحدد قدراته الخاصة والمستقبلية، ومما لا نقاش فيه أيضاً أن من نعم المولى عزوجل أنه خلق الإنسان اجتماعياً بالفطرة محب للتواصل مع الغير كما سخر له العقل الذي يفكر به لمساعدته عن التعبير أن أفكاره وعلى ما يجول بخاطره ومن خلال قوله جل شأنه ﴿ أَلَمْ نَجْعَلْ لَهُ عَيْنَيْنِ * وَلِسَانًا وَشَفَتَيْنِ * وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ ﴾ [البلد: 8 - 10].

نرى في بعض الأحيان أن هناك مشاكل وعقبات تعيق البشر عن التواصل مع الغير، ومن بينها اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة، فهي مرحلة حاسمة تؤدي لتغير جذري في المسار النفسي الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للأسرة عامة وللأم خاصة، حيث أن هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خصوصاً أمام واقع صعب سواء كانت هذه الإعاقة جسدية كالتشووهات أو إعاقة حركية أو حسية كالإعاقة البصرية، السمعية أو عقلية كالتخلف العقلي، وقد يكون الطفل مصاباً باضطراب من الاضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد الذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيد إذ يتسم الطفل المصاب به بالانعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم، كما تتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها الجانب اللغوي، المعرفي، الانفعالي والسلوكي حيث يتعرض الطفل التوحد للعديد من المشكلات التي تجعله لا يعتمد على نفسه ويحتاج إلى مساعدة الآخرين، ولعل من أبرز هذه المشكلات عجزه عن العناية بالذات متمثل ذلك في عدم قدرته على رعاية نفسه وحمايتها وإطعامها، بل يحتاج إلى من يطعمه أو يقوم بمساعدته في ارتداء أو خلع الملابس، كما أنه لا يقدر الأخطار التي قد يتعرض لها كما

Ruble & Dalrymple في دراسات رولودالرمبل (1992)، سمير السعد (1992)، عبد

الرحمان سليمان وآخرون (2000)، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الطفل التوحدي لديه قصور في السلوك الخاص بمهارات العناية بالذات، حيث أنه يحتاج إلى من يساعده في إطعامه وارتداء ملابسه أو خلعها، كما أن لديه مشكلات في التعامل مع المرحاض والتغذية، ولقد أوصت هذه الدراسات بتقديم برامج تدريبية علاجية وإرشادية للأطفال المتوحدين بهدف تحسين مهارات العناية بالذات لديهم، حيث كان تنوع أساليب التدريب والعلاج سواء كان فردياً أو جماعياً دور بارز في إحداث تغييرات إيجابية في تنمية مهارات العناية بالذات.

ولقد حاولنا نحن الباحثان ببساطة مستوانا العلمي تقديم شيئاً لهؤلاء الأطفال المتوحدين، فقررنا أن نخدمهم ببحثنا المتواضع هذا، والذي يتمثل في تقديم برامج تدريبية لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المتوحدين، وذلك وفق أسس علمية صحيحة، قصد مساعدتهم وللتغلب على مظاهر الانسحاب والعزلة والضعف في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي.

وهناك العديد من الدراسات التي أكدت على أهمية تقديم برامج تدريبية وإرشادية وعلاجية للأطفال التوحد وذلك من أجل تحسين مهارات العناية بالذات لديهم، ومن بين هذه الدراسات، دراسة :

Matson:(1990), Mc Clannahan: (1990),Perry & et.al:(1991),Pierce & Scheibman(1994),Bengstron & et.

al(1995),Luiselli(1996),Reamer & et.al(1998),Bainbridge & Myles(1999),Cicero & Pfadt(2002).

وفي ضوء هذه الدراسات بالإضافة إلى الندرة النسبية - في حدود دراية الباحثين - في هذا المجال سواء على المستوى العربي أو الأجنبي فإن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة فاعلية هذا البرنامج التدريبي في تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المتوحدين، كما تبدو مشكلة هذه الدراسة : واضحة من خلال التساؤلات التالية :

هل للبرنامج التدريبي المقترح فاعلية في تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد ؟

ثانيا : التساؤلات الفرعية:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات في القياسين القبلي والبعدي ؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد المجموع الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات ؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أفراد المجموعة الضابطة و درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ؟

ثالثا : فرضيات الدراسة

1-الفرضية العامة:

للبرنامج التدريبي المقترح فاعلية في تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد.

2-الفرضيات الفرعية:

3-1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض مهارات العناية بالذات في القياسين

القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة "على مقياس مهارات العناية بالذات "

4-2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض مهارات العناية بالذات في القياسين

القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية "على مقياس مهارات العناية بالذات "

5-3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض مهارات العناية بالذات في القياس

البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية "على مقياس مهارات العناية بالذات "

رابعاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أهمية الموضوع الذي يتصدى الباحثين لدراسته، حيث أنها تسعى إلى تسليط الضوء على موضوع يعد في نظر الكثير من المهتمين بالدراسات في مجالات الصحة النفسية والإرشاد النفسي من المواضيع الحديثة، والتي لم تتل قدر الكافي من الاهتمام، كما تبرز أهمية الدراسة الحالية في التحقق من فاعلية برنامج إرشادي قائم على التدريب في فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد بأكاديمية علم النفس بالجلفة، وبالتالي فإن موضوع الدراسة الحالية ينطوي على أهمية كبيرة من الناحية النظرية وكذا من الناحية التطبيقية من خلال العناصر التالية:

1/ الأهمية النظرية:

أ- الاهتمام بهذه الفئة من خلال تقديم برنامج تدريبي مكثف من أجل تنمية مهارات الاستقلالية والعناية بالذات .

ب- تكمن أهمية الدراسة الحالية في قلة الدراسات العربية، وندرة الدراسات المحلية، حيث تعتبر هذه الدراسة الوحيدة في حدود علم الباحثين التي طبق فيها البرنامج التدريبي فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد وذلك حسب علم الباحثين .

ج - تخطيط وإعداد البرنامج الإرشادي النفسي الجماعي، وتطبيقه على أفراد عين البحث.

د- تحديد مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي جماعي فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد .

ج - تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها نواة لدراسات أخرى في الميدان التربوي والتعليمي وخاصة لهذه الفئة التي يعتبر التعامل معها صعب للغاية من أجل تقديم لهم برامج حسب درجة الإضطراب من حيث الشدة .

2/ الأهمية التطبيقية:

أ - تساهم هذه الدراسة في تقديم برنامج تدريبي يعمل على تنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد.

ب- تساهم هذه الدراسة في تبصير أمهات أطفال التوحد، والمهتمين بالشأن التربوي ورعاية الأطفال والصحة النفسية في التعرف على الآليات المناسبة والفاعلة لتقديم الخدمات النفسية والتربوية والإرشادية والتدريبية والعلاجية لكيفية التعامل والتكفل بأطفال التوحد.

ج- يمكن أن تساهم نتائج هذه الدراسة في تصميم برامج تربوية وإرشادية وتدريبية وعلاجية ، بحيث يراعى في تصميم تلك البرامج اعتبارات من حيث الجنس والعمر وأيضا

مراعاة درجات الإضطراب (منخفض / متوسط / شديد) والمستويات الثقافية والاجتماعية المتباينة للأسرة .

د- يمكن أن توفر هذه الدراسة البيانات والمعلومات التي لا غنى عنها لإعداد برامج يجدر التفكير فيها بهدف تطوير برامج الإرشاد النفسي والتدريبي الجماعي في المجتمع.

خامسا: أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1- الكشف على مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية قدرات أطفال التوحد في بعض مهارات العناية بالذات .

2- التعرف على درجات ومستويات التوحد من حيث الشدة والنوع .

3- التعرف على الأعراض المختلفة التي تظهر مع إضطراب التوحد مثل فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وأيضا العدوانية .

4- زيادة مهارات التواصل اللغوي وأيضا الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

6- المساهمة في رفع مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد .

سادسا: المفاهيم الأساسية للدراسة

احتوت الدراسة الحالية على عدد من المصطلحات النفسية، وهنا سوف تقوم الباحثين بتحديد المفاهيم المحددة لتلك المصطلحات، وذلك بالرجوع إلى المعاجم والتراث النفسي المتضمن للمصطلحات النفسية، وفق ما يتبناه الباحثين، وانتهاءً بالتحديد الدقيق للمفهوم الإجرائي لكل مصطلح منهم.

1- الفاعلية:

هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة كاملاً. (بدوي، 1982، ص13).

كما يوضح الطحان (1987م، 180) أن المقصود بالفاعلية أن يكون سلوك الفرد هادفاً إلى حل المشكلات ومواجهة الضغوط، حتى لا تتحول هذه الضغوط إلى عوائق انفعالية تجعله عرضة لاضطرابات النفسية.

التعريف الإجرائي "بأنه مقدار التحسن الذي يحدده التدريب، من خلال تطبيق برنامج يهدف إلى بعض مهارات العناية بالذات .

2- البرنامج التدريبي:

• **البرنامج التدريبي:** هو مجموعة الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة المترابطة التي تقدم خلال فترة زمنية محددة وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج.

(السيد عبد النبي، فائقة بدر: 2001)

التعريف الإجرائي: "برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية يتكون من مجموعة من الخبرات البناءة المخطط لها والمصممة بطريقة مترابطة ومنظمة وتشمل هذه الخبرات في طياتها العديد من الأنشطة والأساليب المتنوعة وذلك من أجل تحقيق أهداف محددة في السابق".

3/ مهارات العناية بالذات:

هي تلك المهارات التي تشتمل على ارتداء الملابس ، واستخدام السكين، الملعقة ، الاغتسال ، تمشيط الشعر، تنظيف الأسنان ، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية (سوسن الجلبى: 2005، 60).

• **التعريف الإجرائي:** قدرة الطفل التوحدي على أداء بعض المهارات المتعلقة بالعناية بالذات مثل تناول الطعام والشراب ، وارتداء الملابس وخلعها ، القيام بعملية الإخراج ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات.

4/التوحد:

هو اضطراب تطوري نمائي وهو تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد أو عند بلوغ الطفل سن الثالثة، ويتضمن هذا الاضطراب قصورا حادا في النمو اللغوي، المعرفي، الاجتماعي، الانفعالي والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر في العملية النمائية بأسرها. (ماجدة السيد عبيد:169،2015).

و حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة ، أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية ، وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل ويصبح الطفل منعزلا عن محيطه الاجتماعي ، ويتفوق في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات. (ربيع سلامة : 2005 ، 30)

2/ التعريف الإجرائي:

• التوحد اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر على التفاعل الاجتماعي ، وتواصل اللغة ، وعلى سلوك الطفل ، وقابليته للتعلم والتدريب ، ويأخذ عدة مظاهر منها : وجود صعوبات في مهارات العناية بالذات ، الطعام والشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، والقيام بعملية الإخراج والنظافة الشخصية ، والأمان بالذات.

الفصل الثاني

التوحد

تمهيد

لمحة تاريخية حول التوحد

تعريف التوحد

نسبة انتشار اضطراب التوحد

أنواع التوحد

تشخيص التوحد

الطبيب النفسي و دوره في التشخيص

الأساليب العلاجية

تمهيد:

لمحة تاريخية حول التوحد:

يعتبر ليو كانر Leo Kanner أول من قدم وصفا علميا للتوحد باعتباره اضطرابا يحدث في مرحلة الطفولة حيث وضع الخصائص الرئيسية للتوحد والتي تتمثل في: الضعف الشديد في إقامة العلاقات مع الآخرين، الفشل في تطوير اللغة المناسبة، الميل للعزلة والمحافظة على الروتين.

وفي نفس الوقت الذي قدم فيه كانر تعريفه للتوحد اعد الطبيب الألماني اسبرجر Asperger بحثا علميا وصف من خلاله مجموعة من الأعراض المرضية التي تتشابه مع الأعراض التي وصفها كانر، وظهر منذ ذلك الوقت في أدبيات التربية الخاصة مصطلح متلازمة اسبرجر لتدل على أطفال التوحد.

وأشار (Bender, 1955) في دراسة للطفل الفصامي بان الطفل التوحدي يعاني من اضطراب في جميع مظاهر التأزر العصبي البيولوجي.

وفي مشهد منتصف الستينات من القرن الماضي نشطا بحثيا ملحوظا أكد على نتائج بندر بوجود اضطراب بيولوجي عصبي لدى الأفراد التوحديين إلا انه لم يتبين إصابة أباء الأطفال التوحديين بأمراض عقلية أو ظهور شخصية غير عادية (Demyer 1979).

وفي عام (1980) من القرن الماضي صنف التوحد على انه إعاقة انفعالية شديدة نتيجة لتعدد النظريات حول التوحد وأسبابه وارتباطه بالمرض العقلي إلا انه أعيد تصنيفه من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية بأنه اضطراب شامل في النمو بدلا من اعتباره إعاقة انفعالية.

ولقد تم تصنيفه في عام (1981) حيث تم وضعه ضمن فئة الإعاقات الصحية حيث اعتمد التصنيف بناءً على توصيات مقدمة من قبل عدة منظمات دولية مثل: الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistic Children)، والمعهد الوطني للاضطرابات العصبية واضطرابات التواصل (البلسة، 1994).

وفي صيف عام (1994) تم اعتباراً لتوحد في الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية بأنه انه أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تضم إضافة التوحد متلازمة ريت واضطراب فصام الطفولة ومتلازمة اسبرجر. (Publication Of Nichcy. 2000).

تعريف التوحد:

تعرف الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه: إعاقة معقدة في النمو، تظهر في السنوات الأولى من العمر نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر على وظيفة المخ، ويكون لديه صعوبات في التواصل اللفظي والغير لفظي، والتفاعل الاجتماعي وفي أنشطة اللعب.

(Vidya,2004:2_3)

كما يعرفه آخرون بأنها إعاقة نمائية ذات تأثير شامل على كافة جوانب النمو، تصيب الأطفال خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويتأثر التفاعل الاجتماعي بالسلب، وهكذا مهارات التواصل وقد تصل الأمر للغياب التام للغة، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات، ومعالجتها بواسطة المخ، سببها مشكلات في مهارات التواصل تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائياً، وبطريقة ملائمة وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون، وعدم استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدته على القدرة على التواصل. (احمد سليم

، (2006: 6) ، (Fred, 2007: 8_9). كما يعرفه (داوسون وستيفن، 2009) بأنه هو احد الاضطرابات النمائية الذي يتصف بضعف في العلاقات الاجتماعية، التواصل، الأداء اللغوي بمجموعة من السلوكيات والأهداف، كما يختلف الأطفال المصابين بالتوحد من حيث شدة الأعراض، وطرق التعبير في مواقف الحياة (John & Stephen, 2009: 56_58) (Dawson, 2008: 137).

كما يعرفه عبد الرحمن العيسوي، (2005) الطفل التوحدي على انه طفل ش شديد الانعزال عن العالم الذي يعيش في وسطه وقد يجلس لساعات طويلة يلعب بأصابعه، كما يذهب لعالم الخيال، كما يظهر الانسحاب على هؤلاء الأطفال منذ بداية حياتهم، والاستغراق في الذات، وصعوبة التواصل معهم، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين (عبد الرحمن العيسوي، 2005: 87) .

كما ميزت سهير كامل، 2009 الطفل التوحدي باضطراب وقصور في النمو اللغوي والقدرة على التواصل، النمو (العاطفي، الانفعالي، الاجتماعي، الإدراكي، الحسي والسلوكي) حيث انه منغلق على ذاته، لا يتأثر بالمشيرات الخارجية، وهو يعيش في عالمه الذي يكرر فيه حركات نمطية. (سهير كامل: 2009، 35).

نسبة انتشار اضطراب التوحد:

تشير الإحصائيات العالمية إلى ظهور (4/5) حالات توحد في كل (10) عشر آلاف مولود وقد ترتفع إلى حالة توحد لكل (1000) مولود حسب التوسع في الصفات أثناء التشخيص كما تكون أعراض التوحد واضحة بعد (30) شهرا تقريبا.

وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث بنسبة (4:1) ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الطفل أو جنسه، لونه، المستوى

التعليمي أو الثقافي للعائلة أي علاقة بالإصابة بالتوحد (الجرواني وصديق، 2011:9:10).

كما وتقدر منظمة الصحة العالمية (السابعة والستون) أن متوسط معدل الانتشار العالمي يبلغ (10000/62) وهذا يعني أن طفلا واحدا من كل (160) طفلا مصابا باضطراب طيف التوحد، وتشكل هذه التقديرات رقما متوسطا كما وبتفاوت معدل انتشار المبلغ تفاوتا واسعا بين الدراسات ومع ذلك فان بعض الدراسات المضبوطة جيدا أعطت معدلا أعلى بكثير. والتقديرات الإقليمية لمعدل الانتشار متاحة للإقليم الأوروبي وإقليم الأمريكتين فقط، ولا تختلف إحصائيا فيما يتعلق بأوروبا حيث يبلغ المعدل المتوسط (10000/65,5).

وفي المقابل فانه في أنحاء عديدة من العالم بما في ذلك إفريقيا لا توجد تقديرات أولية فقط باستثناء الصين فان البلدان التي لديها قواعد بيانات واسعة هي بلدان واسعة الدخل. وأجريت دراسات قليلة في بلدان متوسطة الدخل ولا يتاح أي تقدير لمعدلات الانتشار من أي بلد منخفض الدخل.

أما في الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد سنة (2008) وكانت كالتالي:

في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين (4_5) حالات من بين (10000) طفل وفي سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار إلى (7) حالات ما بين (10000) طفل. أما حاليا فلا توجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر لكن المؤكد هو أن نسبة الانتشار في تزايد مستمر. (زهير، 2011:40).

من خلال استقراء هذه الدراسات والأبحاث ومواقع الإحصائيات العالمية نجد ان نسبة انتشار اضطراب التوحد في زيادة خطيرة ما يدفعنا إلى القول أن اضطراب التوحد مرض وبيئي.

أنواع التوحد:

بما أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون نفس الخصائص أو نفس الشدة فقد اتجه الباحثون للبحث عن طرق لتصنيف لتوحد حيث صنف بعدة أنواع منها حسب المستوى الوظيفي والعمر، أو وفق عدد الأعراض وشدتها أو وفق الأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ، ولقد صنف كل من: (سيفن، ماتسون، كوو، في، سيفن) (Sevin_Matson_Goe_Free_Sevin) أنواع التوحد كالتالي:

1/المجموعة الشاذة: ATYPICAL GROUP

-ويظهر أفراد هذه المجموعة عددا اقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2/ المجموعة التوحدية البسيطة: MIDLY AUTISTIC GROUP

ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا من تخلف عقلي بسيط والتزامن باللغة الوظيفية.

3/ المجموعة التوحدية المتوسطة: MODERATELY AUTISTIC GROUP

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، أنماط شديدة من السلوكات النمطية مثل: التأجج والتلويح باليد، ولغة وظيفية محددة وتخلف عقلي.

4/المجموعة التوحدية الشديدة: SEVERLY AUTISTIC GROUP

وأفراد هذه المجموعة بأنهم منعزلون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية كما أن لديهم تخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (الزريقات، 2004، 49).

تشخيص التوحد:

من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلاف وتداخل مع اضطرابات أخرى، لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص متكامل يتكون من (طبيب أطفال، اختصاص اختبارات، اختصاص سمع وتخاطب، اختصاص في علم النفس (التوحد)، وقد يحتاج إلى بعض الاختصاصيين مثل طبيب الأعصاب ومحلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري) ويبقى التشخيص بعيدا عن المختبرات ومواد التحليل والأشعة بل معتمدا على المراقبة والملاحظة لسلوك المصاب في العيادة الخاصة.

انه لمن الضروري تشخيص حالات التوحد حتى نستطيع الكشف عنها، والتعامل معها، وهذا يتطلب التعرف على:

1- صعوبة التشخيص

2- محاكاة التشخيص

3- فريق العمل الإكلينيكي ودور كلا منهم في التشخيص

1- صعوبات التشخيص:

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحد إلى التشابه في بعض الأعراض مع الحالات الأخرى، ويمكن تقديم موجزا لهذه الصعوبات التي ذكرها الكثيرون مثل (عمر بن الخطاب خليل: 1991، محمد الداغراوي: 1993، عثمان فراغ : 2002) وغيرهم وهي كالتالي:

- أكثر العوامل المسببة للتوحد تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي.

- حدوث تغير في شدة بعض الأعراض، واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر.
- عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.
- بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي.
- مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام، وإعاقات التخاطب، والتخلف العقلي، وغيرها من الإعاقات.
- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي، والمعرفي والاجتماعي والانفعالي، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.
- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد، وتختلف من فرد لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماما في نفس الأعراض.
- تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ و الجهاز العصبي، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات.
- ندرة انتشار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.
- حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات.

2- محاكاة التشخيص:

- يوجد العديد من المحاكاة التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص التوحد، ولقد حدد ليوكانر (leo- kanner) (1934) مجموعة من المعايير لتشخيص حالات التوحد وهي:
- 1- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

- 2- التمسك الشديد لحد الهوس بمقاومة أي تغير يحدث في البيئة المحيطة بيه.
- 3- شدة الارتباط بالأشياء و التعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشياء بما في ذلك أبويه وأخويه.
- 4- مهارات غير عادية في مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو القيام بعملية حسابية صعبة أو إبداء مهارات في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.
- 5- يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنى ولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين.

(عثمان فراخ:5،1996)

أما قائمة كريك (1991) فتشمل على (9) نقاط تستخدم في تشخيص الاوتيزم وهي:

- 1- ا لقصور الشديد في العلاقات الاجتماعية.
- 2- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية .
- 3- الانشغال المرضى بموضوعات معينة.
- 4- مقاومة التغير في البيئة.
- 5- الخبرات الإدراكية غير السوية.
- 6- الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي.
- 7- التأخر في الكلام واللغة.
- 8- الحركات الشاذة غير العادية.
- 9- انخفاض في مستوى التوظيف العقلي.

(عبد الرحمن سليمان:200،32)

كما وضع كلانس (1969) قائمة مكونة من (14) ظاهرة و توصل من خلالها إلى أن الطفل ألتوحدى تنتابه عدة مظاهر:

- 1- صعوبة فائقة في الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب.
- 2- التصرف كالأصم.
- 3- مقاومة شديدة للتعلم.
- 4- فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة.
- 5- مقاومة طلب إعادة ترتيب الأشياء أو تغييرها.
- 6- يستخدم الإشارة عند احتياجاته.
- 7- الضحك والقهقهة بغير سبب.
- 8- فقدان المرح المعتاد مثل الأطفال الأسوياء.
- 9- يتميز بالاندفاع الدائم وزيادة الحركة (فرط النشاط).
- 10- لا يستجيب بالنظر إذ ما تم التحديق إليه.
- 11- يتعلق بأشياء غير اعتيادية معينة.
- 12- يرمي الأشياء.
- 13- تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة.
- 14- لا يعير انتباها لأحد.

(رشاد موسى 2002، -404)

بينما الدليل الدولي التاسع (1987) فخص التوحد على انه أزمة تبدو بدرجات متفاوتة في الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل و تظهر على النحو التالي:

- 1- استجابات الطفل ألتوحدى لإشارات سمعية وبصرية غير طبيعية.
- 2- صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام.

- 3- التركيب أنموي غير الصحيح وتكرار الكلام.
- 4- عدم القدرة على استخدام الألفاظ في مكانها.
- 5- صعوبة في ممارسة التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- 6- مشكلات التفاعل الاجتماعي تكون حادة قبل سن 5 سنوات وتشمل إعاقة التواصل بالعين و الارتباطات الاجتماعية واللعب الجماعي.
- 7- صعوبة القدرة على تحديد الأفكار واللعب التخيلي.
- 8- يتراوح الذكاء من النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط.

(لورناوينج:1994،65)

وأشار الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية إلى التوحد (1980) والأعراض المصاحبة له على النحو التالي:

- 1- ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل.
- 2- قصور لغوي تام في الحالات التي تكتسب بعض من الكلمات وبالتالي غياب القدرة على التواصل مع الآخرين.
- 3- غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين.
- 4- اندماج الطفل التوحدي في ممارسة حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من آن آخر.

(محمود حمودة:1991،138، عثمان فراج:1996،16)

وأخيرا جاء الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (1994):

حيث أشارت المحاكاة الشخصية للتوحد إلى ضرورة وجود انطباق (6) أعراض أو أكثر من مجموعة الأعراض (ا)، (ب)، (ج) على الأقل عرضين من المجموعة (ا) وعرضين من المجموعة (ب) وعرضين من المجموعة (ج)

- أ) خلل كفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنتان على الأقل مما يلي:
- خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتغير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي.
 - الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.
 - نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والانجازات مع الآخرين.
 - نقص التبادل الاجتماعي.

ب) خلل كفي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

- التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل من تغيرات الوجه أو الإيماءات.
- استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة.
- نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

ج) أنماط سلوكه أسلوبية محددة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي:

- الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها.
- التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية.
- سلوك حركي متكرر مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم.
- الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات.

ويظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث على شكل تأخر أو شذوذ في واحد على الأقل من المظاهر التالية:

- التفاعل الاجتماعي.
- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو المحاكاة.

3- فريق العمل الإكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص:

لقد أكدت الأبحاث الحديثة لابد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحد لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده ويحتوي فريق العمل على الأطباء النفسيين، والعقلانيين، وأطباء الأطفال، طبيب الأعصاب، السمع، التخاطب، الوالدين، المعلمين المتخصصين وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحد.

الطبيب النفسي و دوره في التشخيص:

إن المهمة الرأسية للطبيب عموما هو التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضي للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحد الطفل المبكر يمضي في التحقق مما إذا كان الطفل مصابا بأي نوع من الاضطرابات التي شخست خطأ على أنها اضطراب " التوحدي " والطبيب النفسي يكون هو المعالج الأساسي والرأسي في التشخيص لأنه يقوم بالاتصال بباقي فريق العمل وذلك بجمع كل البيانات والمعلومات المطلوبة للتشخيص بملاحظة الطفل وتقييم ذكائه وأيضا يطبق عليه الكثير من الاختبارات التي تفيد في التشخيص (لورناوينج:79،1994)

الأخصائي الأَرطفوني وطبيب الحنجرة والسمع (ORL) والأعصاب والوراثة:

يكون أخصائي الأَرطفوني واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوي وذلك في ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فانه يلاحظ ويقيم الإشارات والإيماءات و تعبيرات الوجه ويقوم أخصائي الأَرطفوني بتحديد عمر الطفل اللغوي (لغة استقبالية، لغة تعبيرية) وبذلك يستطيع إن يخطط للعلاج أي يضع نقطة البداية في تعليم الطفل المهارات اللغوية ، ويعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذ كان الطفل يسمع أولا من أهم الأشياء التي تلقت نظر أباء الأطفال التو حديين أن الطفل يظهر أمامهم كأنه طفل أصم ، حيث لا يسمع من يناده ولكنه يستجيب لأصوات معينة فقط من إعلانات التلفزيون وصوت الثلاجة عند فتحها، وبالتالي يصاب والديه بالحيرة فيعارضانه على أطباء السمع لتقييم حدة السمع لديه ، ويبدأ أطباء السمع باختبار السمع وهو (مقياس السمع للمجال الصوتي) ويبني على أن الطفل يسمع حينما يوضع له ميكروفون في أذانه طوال فترة استيقاظه ، وذلك لتتبيبه نحو مصدر أي صوت ، ولكن هذه الطريقة لا تعطي التقييم المناسب لسماع الطفل التوحيدي لان كثير من هؤلاء الأطفال لا يستجيبون بهذه الطريقة ، ولذلك تم وضع أسلوب جديد وهو اختبار وظيفة العقل مباشرة من خلال استجابة العقل سمعيا ، وهذا الاختبار يقيس وظيفة العصب السمعي عند الطفل ولكن هناك بديل ثالث وهو يتطلب من الطفل الثبات والاستجابة السمعية من خلال (ميكروفون) يوضع في أذنه لمدة 20-30 ثانية ولكن هذا البديل يشترط أن يكون الطفل عنده القدرة على البقاء ثابتا لهذه القدرة.

يكون طبيب الأعصاب مسئولاً عن الدراسات الذهنية وهو الذي يختبر النشاط الكهربائي بالذهن وأيضا يختبر(هياكل المخ) أما طبيب الوراثة فيقوم بتفسير عمل الدراسات الكرموزومية والبحث عن الأخطاء الميلادية والتي قد تكون سببا في وجود أعراض عديدة عند الطفل التوحيدي وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءا مباشرا في فريق التقييم

ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون بعض البيانات الهامة عن الطفل التوحد ، ويتبادلون الحديث مع باقي الفريق لوضع أسس تشخيصه وعلاجه.

(seigl: 1996 p.p-88-90)

الحوار مع الوالدين والمدرسين:

إن إقامة الحوار المتكامل والصريح عندما ينتبه الوالدان إلى أن طفلها معاق وغير طبيعي من شأنه أن يرسخ انطبعا ايجابيا في ردود أفعالهما ، واتجاههما نحو مشكلة طفلها في المستقبل ، فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذي يعاني منه طفلهم ، في المستقبل ، فمعظم الإباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذي يعاني منه طفلهم ، ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفي بإعطائهم ما يرغبون بيه فقط بل يشرح لهما عملية كون ابنهما معاق.

فعلى سبيل المثال يستطيع الطبيب أن يخبرهم أن ولدهما الصغير يستطيع فهم التعليمات القصيرة المبسطة وليست تلك المركبة من عدة تعليمات وبأنه يعاني من اضطرابات كلامية كما انه يستطيع اطلاع الوالدين بوجود صعوبات لدى الطفل في التعبير كما يراه حوله وكيف أن كل تلك الصعوبات تؤثر في سلوكه وانفعالاته ، وهذا التحليل المفصل هو أمر غاية في الإفادة للوالدين بدلا من إعطائهم اسم الاضطراب الذي يعاني منه الطفل فقط ، وهم يكونون متألمين جدا عند اطلاعهم على حقيقة الأمر فما يجب أن يعرفوه هو أن إعاقة الطفل مستمرة معه مدى الحياة لكنها كوالدين يستطيعان تحقيق مجهود عظيم لمساعدة ابنهما حين يبدأ ذلك بالصورة الصحيحة ، والمدرس عضوا واحد في الفريق الذي يهتم بمساعدة الطفل التوحد فعليه أن يعمل ويتعاون مع الأطباء والأخصائيين النفسيين كمختص في مجال التوحد ولكن مع الاستعداد لاستخدام المعلومات والمشاورات المقدمة من قبل المتخصصين الآخرين.

إن مهمة المدرسة أن يكون الطفل قدر من السلوك الاجتماعي المعقول وان يستطيع الاعتماد على نفسه في المأكل، والملبس ، وان يستطيع غسل يديه ، وان يظل نظيفا ولا يبيل ملابسه خلال النهار ، ولكنها غالبا ما يتوجب عليها البدء بتعليمه تلك المبادئ والمهارات (الأولية) وحينما يتم إتقان تلك السلوكيات الأساسية فان المدرسة ستنقل إلى تدريب الطفل على مهارات أخرى ، ويجب أن تتلاءم مناهج التدريس مع إعاقة الأطفال وان يتم استخدام تقنيات حديثة. (لورناوينج:80،1994-85)

الأساليب العلاجية:

إن كون التوحد اضطراب ذو أعراض تختلف من طفل لأخر كما تختلف في الشدة والحدة ، فانه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال التو حديين ، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية ولا علاجية تماما.

(روبرت كوجل واخزون:2003،ص218)

فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد ليس من الاضطرابات التي تشفى تماما كونه لا وجود لعلاج يمكن شفاؤه تماما مادام أن السبب المؤدي للإصابة بيه غير معروف بدقة لحد الآن. ورغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية ، التي تحاول التخفيف من معاناة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للحالة والتقليل من الأعراض والتحقيق من مشكلات اللغة والتواصل ، وذلك من خلال علاج نفسي، سلوكي، دوائي ،عدائي، وأيضا اللعب...الخ

وسوف نكتفي بذكر أهم الطرق المعروفة الفعالة:

1) التدريب على الدمج الحسي:

على مستوى تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين قدرة المؤثرات الحسية والعمل سويًا ليكون رد الفعل مناسبًا ، هناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون مشاكل حركية والأطفال قد يستفيدون من هذا العلاج. (يحي القبالي:2001:ص2001)

العلاج السلوكي:

تقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحيديين على مكافئة السلوك المرغوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المرغوبة ، وذلك في محاولة السيطرة على السلوك التوحيدي لدى الطفل، ويرجع السبب اختبار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحد لعدة أسباب منها:

1-انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.

2-هذا الأسلوب لا يعير اهتماما للأسباب المؤدية إلى التوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.

3-انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.

ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد اتفق المختصون انه يمكن استخدام النمذجة والاشتراط الإجرائي لمساعدة التوحيديين . (يحي القبالي:2001،ص 249)

بعد أن يتم تعليم الطفل ألتوحددي السلوك الجديد فان المختص أو الأسرة يعملان مع الطفل على تطبيق هذا السلوك الجديد في مواقف مختلفة.

1- طريقة لوفاس في تعديل السلوك:

تم استخدام هذا الأسلوب مرة من قبل (لوفاس) في أمريكا في فترة الستينات وتم استخدام طرق عقاب قاسية لتخفيض السلوك غير المرغوب فيه، وظهرت الفكرة مرة أخرى وأصبحت شائعة للأطفال ما قبل الدراسة، لأنها توفر نوعا من العناية بأمل الشفاء.

(خالد نيسان: 134، 2009)

وتعتمد طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي، أنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشتراكية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف واطسون في بداية القرن الماضي، المطور من خلال (skinner) لاحقا، محاولا ضبط الطفل ألتوحددي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة. (محمد قاسم عبد الله: 2001، ص 11)

لقد أشار لوفاس بان الطفل ألتوحددي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذ طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنتظم. إن طريقة لوفاس تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان، وتمكن الآباء والمعلمين لان يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال المتوحددين، تطبيق البرنامج بكفاءة ودقة يقوي حياة الطفل ألتوحددي وتغذي علاقاته، مع الأسرة والأصدقاء. (إبراهيم فرح عبد الله الزريقات: 2004، ص 307)

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها للأطفال المتوحدين في سبيل تأهيلهم وتدريبهم ورعايتهم مثل تقديم برامج لتحسين مهارات العناية بالذات لتحقيق الاستقلالية، وغالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد على إجراءات تعديل السلوك، وتعتبر هذه الطريقة من أفضل الطرق التي أثبتت فاعلية كبيرة في التعامل مع الأطفال التوحديين ومحاولة تأهيلهم وعلاجهم.

ولقد أوضحت دراسة هارولد وبنجامين (1998) horold &benjamin أن المداخل السلوكية مبنية على مجموعة من الاستراتيجيات المهمة التي تؤدي إلى نجاح البرامج السلوكية وهي:

- التدخل المبكر في سن ما قبل الخمس سنوات.
- استعمال أساليب وطرق تدريبية مناسبة لمستوى الطفل.
- تهيئة بنية الفصل الدراسي جيدا ليناسب طبيعة البرامج المقدمة للطفل.
- استخدام أساليب التعزيز كمدعمات للسلوك.

ومن أشهر الدراسات التي استخدمت مدخل تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين من خلال البرامج دراسة عادل عبد الله (2000،276) التي هدفت إلى التأكيد من فاعلية البرنامج السلوكي في حدوث في انخفاض السلوك العدوانى وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج.

ودراسة جمال محمد (1998،523) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية أساليب التعديل السلوكي في خدمة الفرد في تعديل سلوك الطفل التوحدي، إذ أوضحت النتائج فاعلية أساليب تعديل السلوك من خلال زيادة التواصل وقلّة حدة النشاط الزائد.

أيضا دراسة عبد المنان ملا معمور (1997،155) والتي هدفت إلى التحقيق من فاعلية برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تحقيق حدة القلق، والسلوك العدوانى، والنشاط الحركي

المفرط، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في خفض حدة كلا من القلق والسلوك العدوانى والنشاط الحركى المفرط.

(2) العلاج النفسى:

يرى أيضا هذا الاتجاه أن الاضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية، ولذلك فتعرض الطفل للخبرات البيئية الايجابية قد تخلصه من هذا الاضطراب، والعلاج النفسى الفردى للأطفال التوحيدين يعمل على توفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية والضبط، حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية والتفاعل الإنسانى، ورغم الأبحاث التى تمت فى هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فاعلية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال.

(عبد العزيز الشخص، زيدان السر طاوي:1999،440)

وتشير هدى عبد العزيز(1999،102) إلى أن العلاج النفسى التقليدى يستخدم مع الأطفال المصابين بالتوحد، ويكون التركيز على العمليات البين نفسية حيث يرجع التوحد إلى الفشل أوالادى، وقد يركز العلاج على خلق بيئة بعيدة عن الوالدين حتى يستطيع الطفل أن ينمو كشخص مستقل، إذ وجد أن استخدام هذا العلاج يرتبط بقدرة الطفل اللغوية، وأكدت أن 79 من الحالات التى تعرضت للعلاج أظهرت تقدما جيدا أو متوسطا.

ويرى عبد الرحمن سليمان(2004،92) أن العلاج باستخدام التحليل النفسى ويشمل على مرحلتين:

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم، وتقديم الإشباع، وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالى من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء، ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحيديين أخذت شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى، وتقديم بيئة صحية من الناحية العقلية.

(3) العلاج الطبي (الدوائي):

يشير محمد عبد الله (193، 2001) أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم، وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ، وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحيدي، ومع انه لا يوجد دواء واحد للتوحد يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد على قدرات الطفل التوحيدي.

ويشير أيضا محمد عبد المنعم (2005، 314) بان العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل الحركة، وسرعة الاستثارة، والانفجارات المزاجية في الطفولة المبكرة، بينما يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما المراهقة والرشد فقد يكون الاكتئاب.

ويرى لطفى الشريني (13، 2000) أن العلاج المستخدم لحالات التوحد محصور في استخدام بعض الأدوية النفسية مثل (هالوبيريدول) و(الليثيوم) و(فنفلورامين) مع تنظيم برامج التأهيل يقوم بها فريق علاجي بمساعدة الأسرة لكن النتائج كانت متواضعة لا تزيد على 2 لتحسين الكامل و 20 لتحسين الجزئي.

4) العلاج باستخدام الحماية الغذائية:

ويشير ياسر الفهد (2000،66) إلى أن آخر ما توصل إليه العلماء، والأطباء، والكميائيين من أن استخدام النظام الغذائي الخالي من الجلوتين، والكازين، ويعد الجلوتين هو البروتين الموجود في المواد النشوية (القمح والشوفان والشعير) والكازين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وذلك لأن العديد من أطفال التوحد لديهم أمعاء ومعدة بها خلل أو تلف، وهذه الأمعاء المرشحة تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئياً للمرور من خلال مجرى الدم، وهذه البروتينات المهضومة جزئياً تكون مادة البيبتيدات التي تكون لها تأثيرات تخديرية، وتحدث أضرار مثل أي مخدر عادي، وهذه المخدرات تستطيع ان تسبب التوحد وتؤكد ذلك دراسة وينتلي (4 2003p whiteley) التي أشارت إلى أن استخدام الحماية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد خاصة السلوكية.

5) العلاج بالموسيقى:

يرى كل من عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطي (1992،303) أن العلاج بالموسيقى يستخدم لتحقيق أهداف علاجية حيث يقوم أخصائي العلاج الطبيعي باستخدام الموسيقى لإحداث تغييرات مرغوبة في سلوك الفرد.

ويشير عمر بن الخطاب (2001،48) إلى أن العلاج بالموسيقى نوع من أنواع العلاج الذي يستخدم الموسيقى في مساعدة المرضى في التعامل الأكثر فاعلية مع حياتهم، والصعوبات التي تواجههم، فالعلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال التوحيدين بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية وغير مهددة والأنشطة الموسيقية الموازنة يتم تصميمها لمساندة أنشطة الطفل.

ويذكر ميرا (1999) myra في دراسة فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحيدين:

- 1-العلاج بالموسيقى ينمي ويطور المهارات الاجتماعية الانفعالية الإدراكية التعليمية والإدراك الحسي.
- 2-الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين.
- 3-العاب التصفيق والغناء تشجع الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي مع الآخرين.
- 4-اللعب بالموسيقى بجوار الطفل التوحدي ينمي الانتباه لديه.
- 5-العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة الأطفال الآخرين في دائرته مثلا.
- 6-يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه، والشعور بقيمته وسط المجموعة، وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي.

(6) العلاج بالحياة اليومية:

يتبنى هذا المنهج مدرسة هيشاجي **hegashi school** في اليابان وهي مدرسة التربية الخاصة في اليابان، ويركز البرنامج على التدريب البدني الشديد الذي ينتج عنه إطلاق مادة الادروفينات **endrophine** التي تحكم القلق والإحباط إضافة إلى برنامج موسيقي مكثف بالإضافة إلى الفن والدراما مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة، هذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي فريد في التعامل مع التوحد يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك، والتفاعل مع النمو الطبيعي، ويمكنهم من بناء قوة بدنية، وتنشيط المشاعر والتعبير عن قدراتهم.

ويعتمد برنامج العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية هي:

- 1- التعلم الموجه للمجموعة حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحيديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطا عليهم.
- 2- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.
- 3- يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للاعتماد على أنفسهم في جميع شؤون حياتهم.
- 4- تقليل مستويات النشاط غير الهادف.
- 5- تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج حيث أن التمرينات الرياضية تؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق والميل العدوانية. (إسماعيل بدر: 1997)

ويذكر عمر بن الخطاب (2001،61) إن التدريب الرياضي المكثف يرتبط بإفراز الاندورفين وهو مضاد طبيعي للقلق، ويخفض العدوانية والنشاط الزائد، ويشجع السلوك الطبيعي، ويزيد الحماس لأداء المهام، ويساعد الأطفال على النوم بطريقة أفضل أثناء الليل، وتتمثل الفائدة من استعمال أساليب متعددة في البرامج، مختلفة العلاج تصمم على أساس فردي، ويؤخذ في الاعتبار بشخصية الطفل، ومستوى الاتصال ودرجة التوحد، والمهارات التي سوف يحتاجها عندما يكبر وينمو ليصبح شابا.

ويؤكد إسماعيل بدر (1997،730) على فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال الذين يعانون من التوحد، حيث حقق البرنامج نتائج إيجابية على أبعاد قائمة المظاهر السلوكية الربعة (الاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات الاجتماعية، والاضطرابات في اللغة، والأنماط السلوكية النمطية).

(7) العلاج باللعب:

تري وست (1992) west أن الأهمية العظمى لعالم اللعب لدى الأطفال تعادل أهميته لدى الراشدين، بل أن اللعب لدى الأطفال هو اللغة التي تشكل عالم الطفل، وأنه

أفضل أداة لعمليات النمو والتعليم معاً، وإن احتياج الأطفال للعب بأنواعه وأدواته وأساليبه يعكس خصائص النمو والتغيرات الارتقائية التي تحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه، من أنواعه (اللعبة الفردي والجماعي والتعاوني)

ويذكر محمد الفوزان (2000،114) توصيات بخصوص ألعاب الطفل ألتوحدوي

ومنها:

1- يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل ألتوحدوي على التحديق

في الأضواء وتركيز وتثبيت بصره

2- يجب أن تحتوي اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائماً يعبر وينطق ويهمهم،

ويستعمل لسانه وضع إصبعه في فمه فلا بد أن تكون الألعاب ناعمة.

3- يجب أن تحتوي اللعبة أيضاً على مثيرات ملموسة لان الطفل ألتوحدوي عادة

يحاول ضرب جسمه أو وضع إصبعه في فمه فلا بد أن تكون الألعاب ناعمة.

4- يجب أن تحتوي هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لان الطفل ألتوحدوي لديه عادات

مثل أحياناً يضع جسمه في وضع غريب أو أحياناً يمشي على إصبع القدم ويقلب

رأسه إلى الخلف.

وبذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات والاضطرابات السلوكية لدى

الطفل ألتوحدوي، ولذلك ركزت عليه بعض الدراسات التي تعمل على تعديل السلوك، ومن

هذه الدراسات دراسة عيسى جابر (1989،98) التي استهدفت الكشف عن فعالية

البرنامج الذي يحتوي على ألعاب مختلفة في علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال

فقد أظهر النتائج فعالية استخدام اللعب في حدوث انخفاض ملحوظ في كل من السلوك

العدواني والانطوائي.

ودراسة عزة عبد المفتاح (1990،115) وكان الهدف منها التحقيق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال التوحيديين، حيث توصلت النتائج إلى ان اللعب، وطريقة المشاركة، وطريقة الممارسة تؤثر إيجابا في حل مشاكل الأطفال.

ودراسة سمير جعفر (1992،65) والتي هدفت إلى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال من خلال اللعب وأثبتت النتائج فعالية اللعب في تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

ودراسة محمد عبد اللطيف (1996،210) والتي استهدفت التأكد من فعالية اللعب على النمو المعرفي للأطفال، أما دراسة خالد السيد (2001،55) والتي استهدفت التحقق من هدف فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب (اللعب الحر، اللعب الجماعي، اللعب الفردي التنافسي) في تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال فقد أشارت نتائجها أن أكثر أنواع اللعب فاعلية في تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال هو اللعب الحر ثم اللعب الجماعي التعاوني وأخيرا اللعب الفردي التنافسي.

أما محمد خطاب (2005،340) في دراسته والتي هدفت إلى إعداد برنامج علاجي باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحيدي حيث أسفرت النتائج أن اللعب شأنه في ذلك شأن معظم أساليب العلاج النفسي حيث يتناول الشخصية ككل ويؤثر عليها بشكل عام.

8) العلاج باستخدام هرمون السكرتين:

يرى لطفي الشر بيني (2000،14) أن استخدام هرمون سكرتين هو احد هرمونات الهضم لعلاج هذه الحالات، وهذا الهرمون يعتبر احد أهم ما تم اكتشافه حتى الآن في تاريخ علاج هذا المرض.

وقد توصل إلى هذه النتيجة الطبيب الأمريكي ريملاندر remland مؤسس الجمعية الأمريكية للتوحد، حيث أجرى بحوثه على (120) من حالات التوحد، كانت نسبة التحسين باستخدام هرمون سكيرتين 60 ، كما واصل البحث طبيب آخر براد ترترسريت **brads treet** الذي عالج (12) طفلاً توحدياً، منهم ابنه هو شخصياً الذي بدأت حالته في التحسين في أول حقنة بهرمون سكيرتين بصورة ملحوظة.

وتؤكد ذلك دراسة تجريبية قام بها شوتك (1999) على هرمون السكيرتين ومدى فاعليته، وخصائصه الايجابية على مرضى التوحد حيث أن هرمون السكيرتين هو احد هرمونات الهضم الذي يزيل الجلوتين في القناة الهضمية، ويعزز بعض المخاطبات في الأمعاء الغليظة، وفي هذه الدراسة وجدوا أن 10 من الآباء شعروا ببعض التغيرات الجيدة على أطفالهم التوحيدين عند اخذ حقنة من الهرمون، و30 شعروا بتحسينات ذات دلالة، 30 كانوا غير متأكدين، و30 أكدوا انه ليس هناك أي تغيرات، وكثير من الآباء لاحظوا اختفاء الحركات النمطية وفرط الحركة لدى أبنائهم.

الفصل الثالث

العناية بالذات

تمهيد

مفهوم العناية بالذات

صعوبات فى الطعام و الشرب

إجراءات التدريب فى مهارات الطعام

صعوبات فى ارتداء الملابس وخلعها

صعوبات فى عملية الإخراج

صعوبات فى النظافة الشخصية

الأمان بالذات

كيفية تجنب وقوع الحوادث لدى الأطفال التوحيين

تمهيد:

غالباً ما تنزع الأمهات نحو التعامل مع أطفالهن في مجالات العناية بالذات بطريقة لا تؤدي إلى تطور مهاراتهم ، وبذلك قد تحتاج الأمهات إلى المساعدة ، وذلك من خلال المتخصصين في المجالات المختلفة الذين يقومون بتكييف وتطوير وتحسين مجالات العناية بالذات ، والتي تتضمن الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها واستخدام الحمام والنظافة الشخصية والأمان بالذات ، وتطبيق كل مجال من هذه المجالات بالنسبة لكل طفل يعتمد على عمره ومستوى قدرته .

- الهدف العام من التدريب على مجالات العناية بالذات :

هو مساعدة الطفل على الانتباه بشكل مستقل لحاجاته اليومية الأساسية فتأدية هذه المهمات تسمح للطفل بإنجاز الاستقلالية في حياته الأسرية ، إضافة إلى ذلك فإكتساب القدرة على تأدية المهمات يزود الطفل بالقدرات اللازمة للأداء المناسب في الأوضاع المدرسية ، لأن بعض البرامج المدرسية تتطلب أن يكون الطفل معتمداً على نفسه في تلبية حاجاته الشخصية .

- مفهوم العناية بالذات :

يذكر عبد الرحمن سليمان (2001 ، 71) أن مهارات العناية بالذات تعنى رعاية الطفل التوحدي لنفسه وحمايتها ، وإطعام نفسه ، وأن يقوم بخلع وارتداء ملابسه .

كما يشير كمال سيسالم (2002 ، 34) بأن مهارات العناية بالذات تشمل على الاستحمام ، والنظافة الشخصية ، وتناول الطعام ، وإجراءات الأمن والأمان الشخصي .

ويرى كلا من جمال الخطيب ، منى الحديدى (2004 ، 104) أن العناية بالذات تتضمن أربعة مجالات منفصلة وهي : الطعام وارتداء الملابس وخلعها ، واستخدام الحمام ، والنظافة الشخصية .

وتذكر أيضا سوسن الحلبي (2005 ، 159) أن مهارات العناية بالذات تشمل على ارتداء الملابس ، واستخدام السكين والملقعة ، الاغتسال ، تمشيط الشعر ، تنظيف الأسنان ، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية .

من التعريفات السابقة تستخلص الباحثة تعريفا لمهارات العناية بالذات وهي : قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتي تشمل على: تناول الطعام ، الشرب ، ارتداء الملابس وخلعها ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات ، وذلك لتحقيق الاستقلالية والاعتماد على النفس.

- مجالات العناية بالذات :

تشتمل مهارات العناية بالذات على العديد من المجالات ، وسوف يتم التعرف على كل مجال على حدة ودرجة صعوبته وكيفية التدريب عليه كما يلي :

• أولا: صعوبات في الطعام و الشرب:

من المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشرب لدى الطفل التوحدي عدم تناول الطعام والشرب بطريقة صحيحة ، وهذا يتضح من خلال العبث في الوجبات التي تقدم له ، وأيضا العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة ، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة. (السيد عبد النبي: 2004 ، 130)

ويضيف ربيع سلامة (2005 ، 195) أنه من المشكلات المتعلقة بالطعام والشرب مشكلة المزاج المفرط إما في الإصرار على تناول طعام معين ، أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على المائدة دون أى تغيير ، وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواسي ، ومن العوامل التي تساعد على استمرار الطفل في هذا السلوك خشية الأهل أن تؤدي أى محاولة للتغيير في طريقة تقديم أو ترتيب الطعام إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب ، وعلى الرغم من تفهم مبررات الأهل إلا أن عدم المرونة في تقديم الأكل وترتيبه أمر لا يمكن الوفاء به في كل المواقف و كل

الأوقات ، ولذلك يصبح من الضروري محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام والشراب لضمان قدر أكبر من المرونة .

ويشير عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003 ، 165) أن عادات الأكل والشراب ، وما يفضله الطفل ، وما لا يفضله تكون غالبا لها صورة متطرفة ؛ فالأطفال لا يأكلون ولا يشربون إلا أصنافا قليلة ومحدودة التنوع أو يصرون على عدم الأكل أو الشراب إلا باستخدام أطباق وأكواب معينة ، وبعض الأطفال يظهرون تصميمًا على رفض تناول الطعام بطريقة مهذبة ، وبالتالي يكتسبون مظهرا غير سوى أثناء تناولهم للطعام والشراب بطريقة غير صحيحة بين الناس أو على الملأ.

ويرى بعض الآباء أنه مع افتقار أطفالهم التوحيدين لآداب المائدة ، وقيامهم ببعض التصرفات الاجتماعية حين جلوسهم إليها ، فضلا عن سلوكهم الذى لا يمكن التنبؤ به ، وقد يصبح من المتعذر على أسرة الطفل التوحدي أن يتناولوا طعامهم خارج المنزل .

إجراءات التدريب فى مهارات الطعام والشراب :

أولا: إجراءات التدريب فى مهارات الطعام:

1. يتم تجزئة أو تقسيم الوجبة الصغيرة إلى أجزاء أصغر ، ويتم تقديم كل جزء فى كل ساعة أثناء اليوم ، حيث توفر هذه الطريقة نوع من الإثارة للتدريب نظرا لان الطفل يكون جائعا بنسبة قليلة وبالتالي تتم المحافظة على الدافعية ، ويعنى هذا أن كل جزء من الوجبة الكاملة لا يجب أن يستغرق أكثر من 15 دقيقة .
2. مما ينصح به أن تعقد جلسات التدريب فى مكان تناول الطعام من المنزل ، ولكن ليس فى أوقات الوجبات المنتظمة حيث تكون هناك المشتتات .
3. نطلب من الطفل وضع إحدى يديه على حجره ما لم تكن كلتا يديه مطلوبتين لقطع الطعام بالسكين ، ويجب ألا تبدأ جلسة التدريب حتى يضع الطفل يده فى حجره

طواعية أو لا يقاوم تحفظ والديه بشأن اليد التي لا تحمل الملعقة ، وهذا الإجراء يقلل فرص القبض على الطعام .

4. عندما يتم اختيار سلوك الهدف (على سبيل المثال الأكل بالملعقة ممسكا إياها بالأصابع وراحة اليد إلى أعلى) يتم استخدام توجيه يدوى بطيء وخفيف جدا للتأكد من أن استجابة محددة أنجزت من قبل الطفل على نحو صحيح ، يجب ألا يقوم الوالد بالاستجابة الصحيحة للطفل ، ولكي نمنع هذا يجب ألا تكون يد الطفل رخوة فى قبضة الوالد ، وأيضا ألا يستخدم الوالد قيادا أو تحفظا أكثر مما هو ضرورى .

5. يجب أن يبدأ التدريب بان يقبض الوالد أو المعلم أو مدرب المنزل بيده حول الطفل و يوجهه للاستجابة الكاملة لكي يحقق النجاح فى اتجاه سلوك الهدف ، عندما يمسك الطفل بنفسه أداة الأكل ؛ فان الوالد يقلل تدريجيا من ضغط يده على يد الطفل ، ويقوم بلمسة رقيقة ، ومن النجاح المتزايد يتحول التوجيه والضغط من اليد إلى الساعد ، عندما يتم المحافظة على النجاح عن طريق اللمسة الخفيفة على الساعد ، ويتقدم الوالد بيده ويطبقها على كتف الطفل ثم على أعلى الظهر ، ويتم الإبقاء على لمسة رقيقة ما لم يكن مطلوبا المزيد من التوجيه .

إن هذا المجهود يذكر الطفل بان هناك حركات غير ملائمة من جانبه لابد من التوقف عن أدائها وبصفة عامة يستمر هذا الإجراء حتى لا يرتكب الطفل المزيد من الأخطاء ، ويتم اختيار " سلوك الهدف " التالى للتدريب .

6. يتم تقديم كل أداة من أدوات الأكل على نحو منفصل فى جلسة التدريب ، ويجب تقديم نوع واحد من الطعام بحيث يكون مناسباً للأداة الموضوعه بعد تقديم كل أداة بصفة مستقلة ، ويتمكن الطفل منها ، وبالتالي يمكن تقديم مجموعات مختلفة من الطعام تتطلب أكثر من أداة واحدة مثل المناديل والسكاكين والشوك .

7. يتم إعطاء الطفل قدرا كبيرا من التعزيز المعنوى مقابل جهوده الأولية فى الإمساك بالأداة وملئها بالطعام فى سياق الأكل ، وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل " حسنا " عندما يلتقط الأداة أو عندما ينقلها إلى الطبق وهكذا .

8. يجب أن يتحدث الوالد أو الربية مع الطفل على نحو مشجع ، وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب ، وينقل إليه ما يدور حوله بلطف ، وكما يمتدح بإخلاص كل جهد صادق يبذله الطفل نحو إنجاز استجابة الأكل المستقلة ، ويضمن هذا أن جلسة التدريب سوف تكون معززة إيجابيا وذات مغزى بالنسبة للطفل .
9. يجب تقديم تشكيلة من المعززات وعدم الاعتماد على معزز لفظي واحد ، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون سارا ومخلصا ، واللمس أيضا يمكن أن يكون معززاً قوياً ، وكذلك معانقة الطفل عندما يؤدي أداءً حسناً ، واستخدام تعبيرات الوجه الدالة على الاستحسان ، خاصة إذا كان الطفل ضعيف السمع .
10. عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدى بعض المقاومة يتم استخدام التوجيه اليدوي ، وكما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة ، كما يجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة نظراً لأنها تركز الانتباه على السلوكيات المقاومة وغير الملائمة .
11. يتم إيقاف الطفل بصورة بدنية عند ارتكاب الأخطاء الواضحة في جلسة التدريب على سبيل المثال عندما يحاول وضع الطعام في فمه بدون أدائه تناول الطعام لأن السماح له للقيام بذلك يعوق اتساق وثبات التدريب ، ويسبب اضطراب الطفل ، والتباس الأمر عليه بحيث لا يستطيع تمييز ما هي الاستجابات الصحيحة .
12. عندما يحدث خطأ ما يجب أن يتم تدريب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح ، وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء الوجبات اللاحقة
13. يجب أن يتقدم التحسن التدريجي في معايير تناول الطعام ؛ فعندما يستطيع الطفل مسك وملء الأداة في التدريب المبكر يجب أن يصل الطعام إلى فمه "مباشرة" بغض النظر عن تساقط القليل منه عند هذه النقطة .
14. ما دام الطفل قد تمكن من استخدام الأداة فإنه سوف يتعلم تجنب سكب الطعام أو إسقاطه لاضطراره إلى تنظيف موضع سقوط الطعام بنفسه ، وعندئذ يجب على الوالد أو المعلم عدم تصحيح الأخطاء أو تنظيف تلك المواضع بعد تلك الأحداث المؤسفة .

15. يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملاً وثابتاً ، وعندما يبدأ التدريب يجب أن يكون أحد الوالدين موجوداً في كل وجبة لأن أخطاء الطفل في تناول الطعام تثبت ، وترسخ بدون إشراف .

16. يجب أن يكون التدريب متسقاً بين كل وجبة ، وهذا يعنى أن كل الطعام الضرورى للتدريب يجب أن يكون متاحاً ؛ فإذا كان الطفل تعلم تناول الأطعمة بالأصابع على سبيل المثال ، حينئذ يجب أن تتوفر تلك الأطعمة فى كل وجبة .

(إيرلى بالثازار:1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)

ثانياً: إجراءات التدريب على مهارة الشرب :

1. يتم تقديم السوائل فى كأس أو كوب بطريقة مثيرة تشجع الطفل على التدريب ، وهنا يستطيع الوالد أو المعلم أو المدرب أن يحمل الكأس أو الكوب للطفل .
2. ينصح أن يكون تناول السوائل فى أوقات مناسبة على سبيل المثال (بعد الوجبات) حتى يستجيب الطفل للتدريب .
3. نطلب من الطفل أن يحمل الكأس بيديه ، وأن ييلع السائل بطريقة ملائمة .
4. يتم استخدام التوجيه اللفظى للطفل حيث نوجهه بأن لا يقطر السائل أو يسيل لعابه أثناء الشرب .
5. نطلب من الطفل الاحتفاظ بالسائل فى وضع عمودى حيث يحتفظ الطفل بالسائل فى فمه أثناء الشرب من الكأس أو الكوب فى وضع الجلوس .
6. يتم ملامسة الطفل للكأس عند الشرب بيد واحدة أو بكلتا يديه .
7. عندما نجد مقاومة من الطفل وعدم إتباعه للتعليمات يتم استخدام التوجيه اليدوى وذلك لتقديم الاستجابة الملائمة ، كما يجب تجنب الإساءة اللفظية والمضايقة .
8. تدريب الطفل على الشرب من الكأس أو العصائر بالشفافة بدون مساعدة حيث يتعامل الطفل مع الكأس والشفافة بنفسه باستخدام إحدى يديه أو كليهما ويرفع الكأس من على المنضدة بنفسه مع استخدام بعض التوجيهات اليدوية له حتى يصل إلى الهدف .

9. يتم إعطاء الطفل قدرا كبيرا من التعزيز اللفظي والاجتماعي على مجهوداته الأولية وتشجيعه بصفة مستمرة طوال جلسة التدريب .

10. نطلب من الطفل عدم انسكاب أى سائل أثناء الشرب من الكأس أو أثناء شطف العصائر بعيدا عن المنضدة وعدم انسكاب أى شيء من الكأس أثناء رفعة من على المنضدة حيث ينقل الطفل الكوب أو الكأس مستخدما كلتا يديه دون أن يفقد أى سائل قبل أن يصل إلى فمه ، وكذلك توجيهه أن يتبع هذا أيضا عند إعادة الكأس إلى المنضدة .

(إيرلى بالثازار:1999، 26 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)

ومن الدراسات التي أكدت على فاعلية التدريب على مهارات الطعام والشراب دراسة ماك آرثر وآخرون (1986) Macarthur et al., بعنوان تدريب الأطفال ذوي الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم ، حيث تصف هذه الدراسة برنامج للتدخل حول تدريب الأطفال التوحديين على سلوك الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم وذلك للأطفال من سن 9 - 13 سنة.

في المرحلة الأولى : تم استخدام التعزيز والدوافع وتقليل الصراخ ورفض الطعام والشراب وارتباطه بوقت تقديم الوجبة حتى يمكن الحصول على استجابة مناسبة للطعام .

أما في المرحلة الثانية : تم استخدام استراتيجيات تعليم ناجحة بواسطة الأم ومحاولة تكوين سلوك الاستقلال في الطعام والشراب لدى الأطفال .

تم متابعة الأطفال ولوحظ أنهم أصبحوا قادرين على تناول الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم وكذلك دراسة أنوبي وآخرون (1994) Inoue et al., بعنوان " تدريب الأفراد ذوي الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب باستخدام الفيديو " ، واشتملت هذه الدراسة على تجربتين لتوضيح أثر برنامج لتعليم مهارات الطعام والشراب باستخدام الكروت المصورة والتدريس بالفيديو ، وتكونت العينة مكونة من أنثى يابانية

واحدة من التوحديين فى سن المدرسة الإعدادية ، (4) إناث يابانيات تتراوح أعمارهن من (9-13) سنة ولديهن إعاقة تخلف عقلى متوسطة مصاحبة للتوحد.

فى التجربة الأولى : تم تدريب البنات على تناول وجبة طعام وتناول سوائل بعدها.

فى التجربة الثانية : أعطيت الفتيات حزمة للتدريب تضمنت كل من الكروت المصورة والفيديو لمدة (3) أيام فى الفصل الدراسى لتقويم وتعديل مهارات الطعام والشراب التى تم تقويمها وتعديلها.

• ثانيا: صعوبات فى ارتداء الملابس وخلعها :

ترى سوسن الحلبي (2005 ، 58) أن عملية ارتداء الملابس تمثل مشكلة كبيرة لأنها تعتمد على ارتداء الملابس وخلعها بصورة صحيحة ، ويجب أن يتم ذلك أمامه بالصورة الصحيحة ثم تقدم له المساعدة بعد ذلك عند الضرورة ، وفى مرحلة لاحقة يمكننا لفت انتباه الطفل وتوجيه اهتمامه إلى البطاقة الملصقة على الثوب والتي تدل على الجهة الداخلية والجهة الخلفية للرداء ، كما أن الأطفال التوحديين غالبا ما يكونون غير مدركين للملبس المناسب لحالة الجو السائدة فى وقت ما ، فتراهم يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة فى الصيف أو ملابس من القطن الخفيف فى الشتاء ، ولذا يجب توفير نوع من الرقابة والمساعدة للطفل دون مضايقته .

كذلك يرى عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003 ، 101) أن مهارات ارتداء الملابس قد تكون فى نطاق قدرات الطفل وإمكانياته ومع ذلك فإنه قد يرفض التعاون ، حيث المهارة اليدوية لأنشطة معينة متخبطة وبلا فائدة عندما يصل الأمر إلى ارتداء القميص أو إحكام الأزرار عندئذ يضطر الآباء إلى القيام بالمهمة مع طفلهم التوحدى كبير السن وأحيانا يدفعهم اليأس حتى يتمكن الطفل من الذهاب للمدرسة فى الموعد.

إجراءات التدريب على مهارة ارتداء الملابس وخلعها :

- 6- يختار المدرب مكاناً مريحاً ومألوفاً للطفل ويكون هادئاً وخالياً من المقاطعات ، وقبل البدء في التدريب يجب ملاحظة الطفل لدقائق قليلة ؛ فإذا كان الطفل متقلب المزاج ومنصرف بشكل غير عادى أو مضطرب انفعالياً يجب تأجيل التدريب ، وعندما تكون الأمور متاحة يبدأ المدرب فى التدريب وذلك بأن يجعل الطفل يقوم بخلع ملابسه بالكامل ثم يجعله يقوم بارتدائها .
- 7- يتم تجزئة المهارة إلى أجزاء ، حيث يتم ارتداء القميص أولاً ثم البنطلون ، وكذلك عند الخلع مع إعطاء الطفل فترات راحة بين الارتداء والخلع .
- 8- ينصح أن تعقد جلسات التدريب فى حجرة الملابس فى المنزل .
- 9- عندما يتم اختيار سلوك الهدف - على سبيل المثال - ارتداء القميص يستخدم توجيه يدوى بطيء وخفيف جداً للتأكد من أن استجابة محددة أُنجِزت من قبل الطفل على نحو صحيح .
- 10- يجب تقديم كل أداة من أدوات الملابس على نحو منفصل ، وفى جلسة التدريب يجب تقديم نوع واحد من الملابس بحيث يتقبلها الطفل ويكون قادراً على أدائها ، وبعد تقديم كل أداة بصفة مستقلة وتمكن الطفل منها يتم تعزيز الطفل لفظياً .
- 11- يجب إعطاء الطفل قدراً كبيراً من التعزيز اللفظى مقابل جهوده الأولية فى ارتداء الملابس وخلعها وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل " حسناً " ، عندما يرتدى القميص أو عندما يخلعه وكذلك البنطلون .
- 12- يجب أن يتحدث المعلم والوالد مع الطفل على نحو مشجع وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب ، وينقل إليه ما يدور حوله بلطف ، كما يمتدح بإخلاص كل جهد صادق يبذله الطفل نحو إنجازه لاستجابة الارتداء والخلع المستقلة.
- 13- يجب على المعلم والوالد أن ينوعا فى استخدام المعززات حتى لا يشعر الطفل بالملل ، كما أن المدح اللفظى يجب أن يكون مشجعاً ، واللمس أيضاً يكون معززاً قوياً .

14- عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدي بعض المقاومة يستخدم التوجيه اليدوي كما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة ، ويجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة .

15- عندما يقع الطفل فى خطأ ما يجب أن يتدرب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء خطوات الارتداء والخلع اللاحقة .

16- يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملا وثابتا وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الارتداء والخلع بنفسه.

(إيرلى بالثازار:1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)

• ثالثا: صعوبات فى عملية الإخراج:

يمثل عدم القدرة على التحكم فى الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين ، مما يحتم إجراء تقييم دقيق لمعرفة أسباب التبول اللاإرادى أو عدم القدرة على التحكم فى إخراج البراز ، وقد يعود السبب فى ذلك إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم فى الإخراج ، وفى مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام الحمام .

من جهة أخرى يلاحظ أن قليلا من الأطفال التوحديين يتعودون على تلويث وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه ، ومما لا شك فيه أن مثل هذا السلوك فى حاجه لتدخل سريع من خلال إتباع الأساليب السلوكية التى يتم بموجبها مكافأة الطفل على عدم تلويث وجهه ، وغنى عن القول ما يمثله هذا السلوك من خطر على صحة الطفل وعائلته. (ربيع سلامة: 2005 ، 60)

ويقترح ربيع سلامة (2005 ، 65) بعض الطرق التى يمكن الاستعانة بها عندما يبلى الطفل التوحدى نفسه أثناء النوم ومنها :

- طريقة الجرس والفرش وتتلخص طريقة عمل هذا الأسلوب في أن الجرس يرن أوتوماتيكياً بمجرد أن يبيل الطفل نفسه ، وهذه الطريقة البسيطة تساعد الطفل على توقع الوقت الذي يجب عليه الذهاب إلى الحمام أو الطلب من والدته أن تأخذه إليه.

- استخدام بعض السلوكيات التي تساعد على تنمية قدرة الطفل على التحكم في الإخراج ، ومنها استخدام النجوم التشخيصية وغيرها من المعززات السلوكية لمكافأة الطفل على فترات الجفاف أثناء النهار والليل ، ومن المستحسن أن يتم اختيار البرامج الأكثر ملاءمة للطفل ، وكذلك لابد من استشارة الأخصائى النفسى والذي يكون فى الغالب مطلعاً على مختلف الأساليب والبرامج .

ولذلك ترى سوسن الحلبي (2005 ، 86) بأن بعض الأطفال التوحديين يشكلون مضايقة وإزعاجاً لذويهم فيما يتعلق باستخدام الحمام ، ويتطلب الأمر تدريب الأطفال التوحديين على ذلك ، وهناك بعض الأطفال الذين يكرهون بل ويخافون من استخدام المراض ، ومن المهم أن نكشف ما إذا كانوا يشعرون بالأمان خلال تدريبهم على استخدام المراض أم لا أو ما يتعلق ببرودة كرسي المراض ذاته والذي قد يكون سبباً قوياً يجعل بعض الأطفال يقلقون ويتضايقون.

إجراءات التدريب على القيام بعملية الإخراج :

1. قبل أن البدء فى برنامج التدريب يجب أن يخضع الطفل للفحص الطبى ؛ فقد توضح الدراسة البوليتاسلية إحدى المشاكل التي تمنع الطفل من التحكم فى أمعائه أو مثانته من حين لآخر ، ومن ثم تكون العملية الجراحية الإصلاحية ضرورية ، وقد تبين من الفحص النيورولوجى أو اختبار وظيفة الكلية لهو دليل إضافى على وجود اختلال وظيفى جسمى ، وأحياناً نجد أن الدواء يساهم فى عدم انتظام عمل الأمعاء أو المثانة.
2. يجب أن تكون جلسات التدريب طويلة بقدر الإمكان فى كل يوم .

3. يجب إعطاء السوائل قبل التدريب بحوالى ساعة واحدة ، وذلك لضمان أن جلسة التدريب تبدأ باستجابة إخراجية ناجحة ، وينبغي توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التي يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة ، وكذلك المحافظة على جفاف ملابسه ، وتكون المكافأة صغيرة في حالة اكتشاف جفاف البنطلون وكبيرة في حالة الإخراج الملائم ، وعندما تشمل المكافأة المديح اللفظي يحدث تأثير تعزيزي إضافي ، وبعد أيام قليلة لا تكون هناك حاجة لإعطاء المكافآت المادية ، كما أكدنا من قبل أنه يجب تقديم المعززات وفقا للخطوات المعطاة في عملية الإخراج لوقتى النهار أو الليل .
4. مراعاة توافر أنواع عديدة من الكافئات .
5. يجب إعطاء المكافآت للسلوك الصحيح فوراً ، وهذا هو السبب في أن الاكتشاف الفوري للتبول أمر هام .
6. ربط المكافأة بالاستجابة الصحيحة ، وعند عدم ظهور الاستجابة تحجب المكافأة ، فحين يرتبط السلوك الصحيح بالمكافأة؛ فإن الطفل سوف " يريد " الإخراج عندما يجلس على المراض .
7. يمكن التخلص من الاستجابة غير الصحيحة عندما يقدم الوالد مباشرة رد فعل لفظي سليم ، ويجب تقديم ذلك " باتساق " وثبات ، وكذلك بطريقة لفظية وبدعم إعطاء مكافأة ، وعلى العكس عندما تعطى استجابة صحيحة يجب تقديم المدح اللفظي اللافت للنظر مع المكافأة .
8. إذا حدث التبول على نحو غير منتظم (نادر أو غير متكرر) أثناء النهار ، فيجب القيام بعرض الطفل على الطبيب للتحكم ، وتنظيم عملية الإخراج نتيجة لزيادة تكرار التبول ، ويجب إعطاء الطفل فرصة أكبر للتعلم .
9. تقليل الأحداث المفاجأة على نحو أكثر تكراراً إذا كان الطفل يرفض ترك موقف اللعب ، أو أن يمشى مسافة كبيرة إلى المراض ، هذه المواقف تعوق برنامج التدريب ، ومن ثم يجب تقليلها ، ولذلك فإن التدريب يجب أن يتم أولاً في الحمام .

10. فى بداية المراحل الأولى من التدريب يكون الإرشاد الجسمى أمراً هاماً ، ولكن يجب ألا يستخدم بعد رسوخ التدريب الأولى ، ويتم الإرشاد مع تقديم المكافآت الملائمة ، ويقل تكراره حتى يختفى تماما ، وكما ذكرنا من قبل فإن هذه العملية التدريجية لخفض تكرار الإرشاد والإثابة تسمى " التلاشى " Fading (إيرلى بالثازار:1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)

ومن الدراسات التى أكدت على فاعلية التدريب على القيام بعملية الإخراج دراسة درمبل وريبيل (1992) Dalrymple & Ruble بعنوان " التدريب على التواليت وسلوكيات التوحيدين ورؤية الآباء " ، وأجريت هذه الدراسة على (100) أب من آباء التوحيدين الذين كان أبنائهم فى متوسط عمر (13.5) سنة حول التدريب على استخدام التواليت ومشكلاته ، وأسفرت النتائج عن فعالية طرق التدريب على التواليت ، حيث اكتسب الأطفال مهارات التدريب على استخدام التواليت ، كما تم تعديل بعض المشكلات السلوكية المرتبطة بالتواليت والتغلب على المخاوف المرتبطة بالتواليت .

• رابعا: صعوبات فى النظافة الشخصية:

تتضمن النظافة الشخصية ، غسل اليدين والوجه ، وتجفيف اليدين والوجه بالفوطة ، تنظيف الأسنان بالفرشاة ، وتمشيط الشعر ، ووضع العطور .

والهدف من النظافة الشخصية تدريب الطفل للمحافظة على نفسه أنيقاً ومنظماً ، وتوفير أساس للقيام بذلك بصفة مستقلة .

إجراءات التدريب على النظافة الشخصية :

1. إن ألفة الطفل بالأشياء المستخدمة فى عملية التدريب على النظافة الشخصية مهمة جدا . إن الاستخدام والعرض الفعلى للشيء ليس هو الأمر المفيد فقط ، ولكن المفيد أيضا هو أين يجب أن يوضع هذا الشيء فى حالة عدم استخدامه ،

- ومن الأشياء التي يجب أن يألّفها الطفل هي ، الصابون ومنشفة صغيرة للوجه ،
وصنبور ، ومشط ، وفرشاة للشعر ، وفرشاة ومعجون أسنان ، وزجاجة عطر .
2. تُعد كل من الإشارة (تسمية الأشياء) ، والإرشاد (غرض الاستخدام) أمرين
مهمين في عملية التدريب .
3. الدقة في تسمية الشيء ، ومعرفة ما يقوم به من الأمور المساعدة جدا في تقليل
الالتباس والغموض لدى الطفل ، ويعد هذا صحيحا بصفة خاصة عندما تكون
الأشياء متشابهة مثل المنشفة أو مناديل الورق .
4. يتراوح التعزيز عند أداء المهام من المديح اللفظي وإيماءات الاستحسان إلى
الاتصال الجسمي الذي يبدي المودة ، وتكون المكافآت المادية ملائمة عندما
يظهر الطفل بنجاح استخدام الشيء أو احدى المهارات الخاصة ، كما يتحقق
أيضا إجراء خفض التعزيز التدريجي والمنتظم (التلاشي) ، واستخدام التعزيز
في مهام التعلم الجديدة ، على سبيل المثال استخدام أحد الأدوات الموجودة في
قائمة النظافة الشخصية ، وذكر اسم هذه الأداة مع الإشارة إليها، وإظهارها
بوضوح خلال توجيه يد الطفل إليها (على سبيل المثال استخدام فرشاة الشعر)
ويعرض عليه كيف يقوم بتمشيط شعره من خلال نموذج الفيديو والمعلمة وتوجيهه
أن يستخدمها ، وطمأنته بصورة لفظية أثناء استخدامه لها ، وعند انتهاء المهمة
إذا كانت الاستجابة ناجحة يعطي مكافأة مادية ولفظية .
5. يجب تكرار هذا السياق حتى تتخفض كمية التوجيه اليدوي واللفظي مع كل طلب
وبالطبع كل خطوة تعطى مديحا لفظيا وإيماءة مختصرة من العطف والحنان وكل
مهمة يعطى لها مكافأة مادية مع تعزيز لفظي وإيماءات من العطف والحنان .
(إيرلى بالثازار:1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي:
2005)

• خامسا: الأمان بالذات:

ترى ليلي عبد الفتاح (1990 ، 20) أن الأمان بالذات يعنى المحافظة على حياة
الأفراد من خطر الحوادث فى أى مكان مثل حوادث المعامل والمنازل والمصانع والشوارع

أيضا تشير لمياء أحمد (1997 ، 8) أن الأمان بالذات يعنى تربية أفراد الأسرة على اختلاف أعمارهم على التكيف مع البيئة المنزلية ، وكيفية التعامل مع المستجدات المنزلية بأمان مما يجعلهم يحافظون على حياتهم وممتلكاتهم وعلى حياة الآخرين .

كذلك ترى حنان رستم (2001 ، 36) أن الأمان بالذات يهدف إلى إكساب الطفل خبرات ومهارات لازمة للمحافظة على سلامته الشخصية وسلامة الآخرين بجانبه من خلال تدريبه ومعايشته لبعض المواقف والظواهر التي يمكن أن يتعرض لها خارج أو داخل المدرسة والمنزل حتى يتمكن من تفادي أو تقليل حجم الأضرار والخسائر التي يتعرض لها .

ويذكر عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003 ، 103) أنه يوجد لدى الأطفال التوحديين عادة التهام الأطعمة الشاذة ، مما يعنى أنهم يلتهمون مواد غير صالحة للأكل مثل الأزرار ، وبقايا الطعام الفاسد ، والديدان ، والرمل ، وأوراق الشجر البالية ؛ مثل هؤلاء الأطفال يجب ملاحظاتهم باستمرار نظرا لأن الطفل منهم فى جزء من الثانية قد يلتقط أى شيء يبدى له مغريا ويشرع فى ابتلاعه قبل أن يدرك الشخص البالغ حقيقة ما يحدث .

ويضيف ربيع سلامه (2005 ، 80) أن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلة أكل مواد غير صالحة للأكل مثل التراب والحجارة والزجاج .

وتذكر كل من نادية رشاد (1992 ، 164) ؛ مصطفى جودت (1997 ، 102) ؛ عبد اللطيف فرج (2001 ، 132) أن من أسباب وقوع الطفل التوحدى فى الخطر ، الحركة الزائدة ، والنشاط الزائد ، وضعف قدرات الطفل ، وخوف أو جوع الأطفال يجعلهم يأكلون ويشربون ما تصل إليه أيديهم ، وعدم معرفة الأطفال التوحديين بقواعد الأمان فى المواقف المختلفة ، وضعف خبرات الوالدين فى توجيه أطفالهم ، والتفكك الأسرى ، والفقر الشديد للأسرة ، والطلاق ، وسفر الآباء الذى يجعل الوالدين منشغلين عن توجيه وإرشاد أطفالهم نحو الأخطار ، وتطور الأجهزة والأدوات فى المنزل

مما تكون سببا في وقوع الأطفال في حوادث مختلفة سواء حوادث الغرق ، الكهرياء ، الاختناق ، التسمم ، الانزلاق والسقوط من الأماكن العالية ، الحرائق ، الأدوية ، الأدوات الحادة وغيرها من الحوادث.

كيفية تجنب وقوع الحوادث لدى الأطفال التوحديين :

يتم تجنب وقوع الحوادث لدى الأطفال التوحديين من خلال:-

1. معرفة دراسة العوامل والأسباب المؤدية لوقوع الحوادث من البداية ، وذلك من خلال إجراء فحص طبي شامل للتأكد من أن الطفل لا يعاني من مشكلة صحية مثل نقص الحديد أو الزنك أو إصابته بتسمم الرصاص التي ربما قد تكون السبب في مثل هذه السلوك ، كما يمكن الفحص الطبي التأكد من سلامة الطفل من أى أضرار نتيجة لتناوله مواد غير صالحة للأكل لاسيما جهازه الهضمي ، وبناء على ما تسفر عنه نتيجة الفحوص الطبية يتم وصف العلاج المناسب من قبل طبيب متخصص ، وقد يؤدي ذلك إلى توقف عن تناول المواد الغير صالحة للأكل كما يمكن الاستعانة بالعلاج السلوكي والذي يعتمد على مكافأة الطفل على أكل المواد الصالحة.
2. ضرورة تعليم الأمان لجميع الأطفال التوحديين من خلال تدريبهم إجباريا في المدارس أو المنزل أو الجمعيات من خلال استراتيجيات مختلفة ، ومناسبة للتعامل مع الأخطار ، وحماية أنفسهم من الحوادث سواء في المنزل أو الشارع أو المدرسة أو أى مكان يتواجدون فيه ، وعلى هذا يتصرفون بأمان في أى موقف خطر ، ومن ثم يتجنبون الوقوع في الحوادث .
3. ضرورة تعليم الأطفال كيفية إدراك الأخطار التي يتعرضون لها من مواقف حياتهم اليومية حتى يكونوا معدين لتلافيها ، ومن ثم يتجنبوا الحوادث ، وذلك من خلال تدريبهم على عدم التعرض للخطر.
4. تقديم برامج التوعية للآباء من قبل وسائل الأعلام ، وذلك لإرشاد وتوجيه الأطفال الذين تقدم لهم ، ومن ثم يتجنبون الوقوع في الحوادث المختلفة .

5. يتم التفاعل و التبادل بين الجمعيات الخاصة بالأطفال التوحيديين والمنزل فيما يخص سلوك الطفل المنذر بالخطر .

6. التعزيز المستمر لسلوك الطفل الأمانى ايجابيا أو سلبيا لتأكيد السلوك الايجابى ومنع السلوك السلبى .

7. اصطحاب الأطفال فى جولة للمناطق التى تقع خارج المنزل ، والتى قد يكون فيها خطر فيتم توعيتهم نحو هذا الخطر حتى يأخذوا حذرهم إذا تعرضوا لهذا الخطر مرة ثانية.

(ربيع سلامة: 2005 ، 225)

لقد جاءت العديد من الدراسات لتؤكد على فاعلية التدريب على مهارات العناية بالذات التى تشتمل على مهارة الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها وعملية الإخراج والنظافة الشخصية والأمان بالذات .

ففي دراسة كاروترس وتاييلور (Carothers & Taylor (2004) التى كانت بعنوان كيفية التعاون بين المدرسين والآباء للعمل معا لتدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحيديين ، وكان هدفها تدريب الأطفال التوحيديين الذين لديهم عيوب فى القدرات الوظيفية على إتمام أعمالهم بأنفسهم لإتقان مهارات العناية بالذات ، واستخدمت هذه الدراسة ثلاث فنيات يمكن استخدامها فى كل من المدرسة والمنزل للتدريب على مهارات العناية بالذات للأطفال التوحيديين هى :

1. النمذجة بالفيديو .

2. الجداول المصورة .

3. تدريس الأقران أو الأشقاء.

أسفرت النتائج عن أن عمل الآباء والمعلمين معا واستخدام الفنيات السابقة كان له التأثير الفعال فى تحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين.

كذلك دراسة آبي (Abe (1997) بعنوان " التدريب على الحياة اليومية لدى التوحديين ومساعدتهم على حماية أنفسهم " واستهدفت هذه الدراسة تصميم برنامج تدريبي على المهارات اليومية للتوحديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم ، وتكونت العينة من طفل ذكر ياباني (8 سنوات و 7 شهور) وآخر (9 سنوات و 6 شهور) ، وقد اشترك الآباء مع المدرسين أثناء التدريب باستخدام برنامج محاكاة من خلال الفيديو الذى يوضح كيفية الذهاب إلى الأتوبيس واحتياجات الأمان بالذات ، وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن فى مهارات الحياة اليومية للتلاميذ التوحديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم .

ودراسة أولينويا (Ulianou (1989) بعنوان " تنمية مهارات الخدمة الذاتية لدى الأطفال التوحديين " تناقش هذه الدراسة كيفية تنظيم الحياة اليومية لاحتياجات الأطفال التوحديين والأشياء التى يمكن أن ينجزوها بأنفسهم بشكل معتاد يوميا حيث تشتمل على النظافة الشخصية (الاغتسال والاستحمام) وارتداء الملابس (يمكن أن يكون ذلك بمشاركة الكبار فى بعض أجزاء النشاط) ويجب أن يساعد الكبار الأطفال على التغلب على مخاوفهم حول عدم قدرتهم على ممارسة حياتهم اليومية كلما أمكن ، بدون أن يسببوا لهم قلق ، ويجب أن تكون المساعدة بطريقة دافئة وهادئة وقد أوضحت النتائج قدرة الأطفال على إنجاز احتياجات الحياة اليومية (النظافة الشخصية ، ارتداء الملابس وخلعها) وذلك بدون مساعدة الكبار .

وكذلك دراسة بيرس وشيربيمان (Pierce&Schreibman (1994) التى هدفت إلى تدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين بدون نظم إشراف خلال الإدارة الذاتية المصورة ، وأجريت هذه الدراسة على (3) أطفال أعمارهم (6 - 9) سنوات لديهم انخفاض فى القدرات الوظيفية ، وقد بينت النتائج انه يمكنهم تعلم مهارات وسلوكيات العناية بالذات من خلال الصور فى غياب مدرب خارجي ، وتعديل سلوكهم خلال مهام

متعددة وتحسينه باستمرار ، وذلك باستخدام الصور ، ثم متابعة تحسن المهارات والسلوك بواسطة المدرب المتخصص .

أيضاً ديبالما وويلر (1991) Depalma & Wheeler والتي استهدفت تعلم مهارات العناية بالذات من خلال سلسلة البرامج الوظيفية للتوحيدين ، حيث وجد أن كثير من الأطفال التوحيدين فى حاجة إلى تدريب منظم ومكثف على مهارات العناية بالذات بشكل يتناسب مع ما لديهم من عيوب فى مهارات الانتباه واللغة ، والسلوكيات المتداخلة والإعاقة الحسية ، ويجب أن يتم تعليم مهارات العناية بالذات من خلال مواقف الحياة اليومية العادية فى كل أوقات ، ويجب أولاً تقييم القدرات الحالية (مواطن القوة والضعف) ، كما يجب تحديد المهارات المستهدفة بواسطة المتخصصين وذلك لتشخيصها جيداً ، ويجب استخدام المدخل الطولى والوظيفى عند التخطيط لبرامج مهارات العناية بالذات وان تمر بخطوات محددة ، ويجب أن يتم تعريف كل مهارة بوضوح.

وفى هذه الدراسة تم وضع خطوات محددة لمهارات تصفيف الشعر وغسل الأسنان حتى يمكن تعلمها بكفاءة ، ولتتعلمها التوحيدين بأفضل أسلوب من خلال وجود فنيات أو وسائل بصرية - سمعية - مكتوبة - ملموسة واستخدام وسائل لفظية أو حسية ، وذلك بمتابعة السلوك وتدعيمه وتعديله ومساعدة الطفل على تعميمه من خلال أساليب التعزيز والدعم نفسه ، وأوضحت النتائج فعالية البرامج الوظيفية للتوحيدين فى تنمية مهارات العناية بالذات التى اشتملت عليها الدراسة .

ودراسة ماتسون (1990) Matson والتي كان هدفها تدريس مهارات العناية بالذات لدى التوحيدين والمتخلفين عقلياً ، وتكونت عينة الدراسة من (4) أطفال متخلفين عقلياً فى عمر (4 - 11) سنة ، (3) أطفال توحيدين ، حيث اشتملت إجراءات التدريب على طريقة التدريب على المهمة بالكامل من خلال النمذجة ، والتدريس اللفظى وطرق

التعزيز الاجتماعي ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تعلم الأطفال بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية.

الجزء الثاني

الجزء الميداني

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

الميدانية

أولاً: إجراءات الدراسة الاستطلاعية

ثانياً: إجراءات الدراسة الأساسية

أولاً: إجراءات الدراسة الاستطلاعية

قبل البدء في الدراسة الميدانية لابد من التطلع على الظروف والإجراءات التي سيتم فيها إجراء هذا البحث الميداني لهذا جاءت الدراسة الاستطلاعية التي مهدت للبحث والتي اعتبرت مرتكز للبحث الميداني وذلك نظراً لأهميتها في مساعدة الباحث خاصة في حسن تطبيق أدوات البحث.

أ- ماهية الدراسة الاستطلاعية:

تستخدم البحوث الاستطلاعية في المراحل الأولى للبحث في التخصصات المختلفة وتمثل اللبنة الأولى للدراسة الميدانية، كما تعتبر من الدراسات الهامة لتمهيداً للبحث العلمي وتعريفها للظروف التي سيتم فيها، تسمى الدراسات الاستطلاعية بالدراسات الكشفية أو التمهيدية، وتعتبر أول خطوة في سلسلة البحث الاجتماعي، ويتوقف العمل في مراحل البحث الأخرى التي تلي الدراسة الاستطلاعية على البداية الصحيحة والملائمة التي تخطوها هذه الدراسة. (حسن، 1966، ص204).

تسمى أيضاً بالبحث الكشفي أو الصياغي وفيه يلجأ الباحث لإجراء دراسة استطلاعية عندما يكون مقدار ما يعرفه عن الموضوع قليلاً جداً لا يؤهله لتصميم دراسة تجريبية وذلك عن طريق إجراء منهجية محددة تتكافل لتحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية وتمثل هذه الدراسات أو الأبحاث في الغالب نقطة البداية في البحث العلمي بشقيه النظري والتطبيقي.

ب- فوائد الدراسة الاستطلاعية:

- إحصاء المشكلات التي قد ينظر إليها المشتغلون بأحد الميادين الاجتماعية باعتبارها مشكلات محلّة تحتاج إلى بحث فوري.
- تحديد الأولويات من الموضوعات التي تحتاج إلى بحوث مستقبلية

- جمع معلومات تتعلق بالإمكانات الفعلية اللازمة لإجراء بحوث على مواقف الحياة الواقعية.

بالنسبة للمشكلة التي اختارها الباحث للدراسة:

- استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة التي يزعم الباحث دراستها.
- إيجاد مرتكز وقدر من المعرفة تمكن الباحث من التعرف من خلالها على الجوانب المختلفة لموضوع البحث الأساسي وخاصة بعد الاطلاع على جهود الباحثين السابقين والوقوف على الجوانب النظرية والمنهجية والمفاهيم والفروض المتضمنة في الدراسات السابقة، والمقصود هنا بالفروض أنها تعمل على بلورة فروض دون محاولة اختبار هذه الفروض أو حتى التدليل على صحتها، بحيث يسمح كل ذلك للباحث ببلورة موضوع البحث وصياغته بصورة محكمة لدراسته فيما بعد بصورة أعمق.
- تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق منهج وأدوات جمع بيانات البحث بحيث يمكن تعديل تعليماتها في ضوء ما تفسر الدراسة الاستطلاعية.
- تدريب الباحث على تطبيق الاختبارات والبرامج التي ينوي استخدامها في الدراسة التي يزعم القيم بها، بحيث يتمكن من تطبيقها بمهارة أكبر على مجموعات الدراسة الأساسية، وكذلك تعريفه ببعض النقاط الهامة التي قد يلاحظها عند تطبيقه للبرامج على العينات الاستطلاعية، وأخذها في الاعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية، وكذلك التأكد من مدى صلاحية هذه البرامج للتطبيق.
- التعرف على الصعوبات التي أن تواجه الباحث في الدراسة المستقبلية وكيفية حلها.
- تقدير ما يمكن أن تستغرقه الدراسة الميدانية من وقت. (جبلي، 1999، ص 150).

• ثانياً: أدوات الدراسة :

تمثلت أدوات الدراسة فى:-

أ- أدوات اختيار العينة وتمثل فى الآتى:

1- استمارة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثين)

2- استمارة لجمع البيانات الشخصية. (إعداد الباحثين)

ب- أدوات الدراسة الرئيسية وهى:

1- مقياس لتقييم مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثين)

2- برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات (إعداد الباحثين)

وفيما يلى وصفاً لأدوات الدراسة:-

أ- أدوات اختيار العينة:

1) استمارة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين:

(ملحق 2)

أ- صعبة جداً.

ويقابل كل مستوى درجة خاصة به وهى على الترتيب (1 - 2 - 3).

2) مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - (الصورة الرابعة) تعريب لويس مليكه (1998)

ب- القدرات السائلة التحليلية .

ج - الذاكرة قصيرة المدى .

1. المستوى الثالث : يتكون من ثلاث مجالات أكثر تخصصاً هى (الاستدلال

اللفظى - الاستدلال الكمي - الاستدلال المجرد البصرى- الذاكرة قصيرة

المدى).

ويتدرج تحت هذه المجالات (15) اختياراً تخصصياً على النحو التالى :

- 1) الاستدلال اللفظي يتضمن اختيار المفردات ، والفهم ، والسخافات والعلاقات اللفظية .
- 2) الاستدلال الكمي: ويتدرج تحته الاختيار الكمي ، وتسلسل الأعداد وبناء المعادلة.
- 3) الاستدلال المجرد البصرى : ويتدرج تحته اختبارات : تحليل النمط ، النسخ ، المصفوفات ، ثنى أو قطع الورق .
- 4) الذاكرة قصيرة المدى ، وتشمل اختبارات تذكر الجمل ، وإعادة الأرقام ، وتذكر الأشياء

- ثبات المقياس

قام لويس مليكه (1998) بالتحقق من ثبات المقياس حيث استخدم طريقة التجزئة النصفية وتوصل إلى ثبات مرتفع نسبيا حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (0.82 - 0.97) .

وقد قامت بتطبيقه الأخصائية النفسانية فى أكاديمية علم النفس بالجلفة على الأطفال التوحديين ونظرا لوجود صعوبة فى استخدام اللغة لديهم تم استخدام الجزء الذى يعتمد على الأشياء العملية كالمكعبات وقطع الورق وذلك لصعوبة تعرفهم على الأجزاء اللفظية والتي تعتمد على اللغة.

3) استمارة لجمع البيانات الشخصية (إعداد الباحثين)

- هدف الاستمارة :

تهدف إلى جمع البيانات الشخصية عن الطفل التوحدى (عينة الدراسة) وأسرته حيث الاستفادة من المعلومات اللازمة لمقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى.

- وصف الاستمارة :

تم جمع هذه المعلومات من كشوف الجمعية ، ومن المعلمات ، وإخصائية التربية الخاصة بالجمعية ، وتتضمن الاستمارة مجموعة من البيانات الشخصية والاجتماعية عن الطفل وأسرته كالاسم ، والسن ، وتاريخ الميلاد ، وتاريخ الالتحاق بالجمعية ، ومؤهل

الأب ووظيفته ودخله ، وموئل الأم ووظيفتها ودخلها ، وعنوان الأسرة ، ورقم التليفون ، واسم الأب واسم الأم .

ج- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

استخدنا في دراستنا الحالية الأدوات التالية للتحقق من صحة فروض الدراسة:

2- البرنامج التدريبي

المحور الأول للبرنامج (الأهداف):

الهدف العام للبرنامج: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحد من سن (09 — 12 سنة).

الأهداف الخاصة للبرنامج :

- 1) تبصير أمهات أطفال التوحد في كيفية التعامل مع أطفالهم في المنزل .
- 2) إكساب المربيات بأهمية التدريب والتعزيز الايجابي في عملية اكتساب المهارات لدى أطفال التوحد.
- 3) توثيق العلاقة بين أطفال التوحد والمربيات والأخصائيين العاملين في مجال التكفل
- 4) تعليم الأطفال كيفية استخدام المهارات الأساسية كالشرب والأكل وإستعمال الحمام .

العينة التي طبق فيها البرنامج:

تم تطبيق البرنامج على مجموعة من الأطفال التوحديين وعددهم (12) طفلاً، وتم اختيارهم من أكاديمية علم النفس بالجلفة 06 منهم يشكلون المجموعة التجريبية و 06 يشكلون المجموعة الضابطة منهم 03 إناث و 03 ذكور بعد تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات والذين تحصلو على أدنى درجات العناية بالذات .

عدد جلسات البرنامج : 15 جلسة .

المدة الزمنية للجلسة الواحدة: ما بين 45 — 90 دقيقة.

مكان الجلسات:

1/- مكتب الأخصائية النفساني العيادي

2/- مكتب الأخصائي الأطفوني

3/- قسم التدريس والتدريب الخاص بأطفال التوحد

4/- ساحة اللعب

حدود الدراسة :

الحد المكاني: تم تطبيق البرنامج على عينة أطفال التوحد (بأكاديمية علم النفس بالجلفة)

الحد الزمني: تم تطبيق البرنامج في بداية الفصل الدراسي الأول للعام 2017 / 2018

بداية من شهر نوفمبر الى شهر أبريل

الحد الموضوعي: يتمحور هذا البرنامج التدريبي حول تنمية بعض مهارات العناية

بالذات لأطفال التوحد .

جدول رقم (2): إجراءات وأنشطة البرنامج: جلسات البرنامج التدريبي

وصف الجلسة	موضوع الجلسة	رقم الجلسة
التعرف على الأطفال التوحد والعاملين في الأكاديمية وتقسيم المهام بين الأخصائيين وأيضا إشراك أمهات أطفال التوحد .	تمهيد و تعارف	الجلسة الأولى
العمل على تنشيط التفاعل بين الأعضاء والفريق العامل في البرنامج من خلال تنمية الإحساس بالانتماء للمجموعة وأن الأعضاء يشكلون وحدة متماسكة هدفها مساعدة بعضهم البعض، من أجل مساعدة هذه الفئة .	بناء الثقة بين أعضاء المجموعة	الجلسة الثانية
الوقوف أمام المرآة لمدة 05 دقائق من أجل التعرف على حركات اليد يمين يسار .. ثم التعرف على الوجه بالإشارة الى العين ، الأنف ، الأذن ، الفم مع تقليد الصوت .	المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل	الجلسة الثالثة
التعرف على أنواع الخضر والفواكه ، الأكل باليد اليمنى ، وأيضا بعد الأكل نظافة الطاولة (العمل الجماعي من أجل التقليد) .	تناول الطعام	الجلسة الرابعة
التعرف على الأواني التي نستعين فيها في الشرب .. ثم التدريب على مسك الكأس وسكب الماء من القارورة مباشرة والشرب باليد اليمنى مع الحفاظ على الجلوس في المقعد والطاولة .	تناول الشراب	الجلسة الخامسة
نزع الملابس بالمساعدة الأخصائية أو المربية بالمساعدة ووضعه في مكانها الصحيح أو المخصص لذلك .. ثم التدريب على نزع المعطف عند دخول الطفل للقسم بدون مساعدة حتي يتعود على ذلك بالتوجيه والتعزيز الإيجابي	نزع الملابس ، بالمساعدة ثم بدون مساعدة	الجلسة السادسة
ارتداء الملابس والتدريب على أهميتها من الوقاية من البرد و تدريبهم أيضا على أهمية النظافة الخارجة	إرتداء الملابس عند مغادرة القسم وإنتهاء التوقيت	الجلسة السابعة
التدريب على النظافة إنطلاقا من نظافة القسم والروح الجماعية عند الإنتهاء من الأكل وتطهير اليدين قبل وبعد الأكل، حيث يكون الطفل على استعداد تام من أجل النظافة	النظافة الشخصية	الجلسة الثامنة

وذلك كل يوم .. حتي في المنزل مع إستعمال التعزيز اللفظي		
إن أهمية اللعب تجعل الطفل يستجيب أكثر للتعليمات ويستمتع بذلك أيضا مثل رمي الكرة بالمساعدة تعمل على التواصل البصري والإدراك الحسي الحركي	اللعب الفردي مع المربية	الجلسة التاسعة
يكتسب الطفل إندماج وحركات بالتقليد مع إستعمال التعزيز الإيجابي مع منادات كل طفل بإسمه الخاص لكي يستجيب للتعليمات المربية وذلك بالمرح واللعب	اللعب الجماعي	الجلسة العاشرة
يستعمل الطفل العجين ومحاولة التشكيل ، وهذا يعزز لنا الإدراك والتواصل البصري واستعمال التقليد أمام الأخصائي	اللعب بالعجين والمجسمات	الجلسة الحادية عشرة
التدريب على معرفة الأشكال بالاستعمال المجسمات من أجل الإدراك ولمسها حيث يكتشفها .	التعرف على الأشكال	الجلسة الثانية عشرة
التدريب على إستعمال الحمام بمفرده عند الحاجة حيث يتم غسل اليدين بعد ذلك ، مع الحفاظ على نفس التدريب كل يوم حتي في المنزل .	عملية الإخراج	الجلسة الثالثة عشر
التدريب على الأشياء التي تشكل خطورة لهم مثل الكهرباء والنار وغيرها من الأشياء الخطيرة	الأمان بالذات	الجلسة الرابعة عشر
الوقوف على مدى تحقيق أهداف البرنامج التدريبي ، مع التركيز على دور الأسرة والمتمثل في الأم / وتطبيق القياس البعدي.	التقييم والختام	الجلسة الخامسة عشر

ثانيا: إجراءات الدراسة الأساسية

1 / منهج البحث:

المنهج التجريبي.

ويعرفه (عبيدات وآخرون، 998، ص280) المنهج التجريبي بأنه: " تغير متعمد ومضبوط للشروط المحددة للواقع والظاهرة التي تكون موضوع للدراسة، وملاحظة ما ينتج عن هذا التغير من آثار هذه الظاهرة."

هذا ويعتبر المنهج التجريبي من أدق أنواع أساليب ومناهج البحث وأكفأها في التوصل إلى نتائج دقيقة يوثق بها وذلك للأسباب التالية:

1/ أنه يسمح بتكرار التجربة تحت شروط واحدة مما يتيح جمع الملاحظات والبيانات عن طريق باحث واحد أو أكثر. وهذا يحقق للباحث التحقق من ثبات النتائج وصدقها.

2/ يتيح المنهج التجريبي التغير عن قصد وعلى نحو منظم متغيرا معينا وهو المتغير التجريبي (أو المستقل) لرؤية مدى تأثير هذا المتغير على متغير آخر هو (المتغير التابع) مع ضبط جميع المتغيرات الأخرى، وهذا يساعد على تقدير الأثر النسبي للمتغيرات. (ملحم، 2000 : 374).

ويرى (عبيدات وآخرون، 1998:290) أن للمنهج التجريبي تصميمات تجريبية:

- تصميم تجريبي باستخدام مجموعة واحدة.
- تصميم تجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين.
- تصميم تجريبي بتدوير المجموعات.

ويعتمد الباحث في دراسته على التصميم التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

وقد اعتمد الباحث على منهج الطريقتين المتناظرتين "المتكافئتين"

وفيه تستخدم مجموعتان، أحدهما تجريبية وأخرى ضابطة فتعرض المجموعة التجريبية للمتغير السببي "المستقل" وتترك المجموعة الضابطة بعيدة عن تأثيره، وفي نهاية التجربة تقاس نتائج المجموعتين بالنسبة للظاهرة التي أطلقنا عليها "المتغير التابع". (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000).

خصائص العينة:

1- خصائص العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس

سنتناول في الجدول التالي خصائص العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس، وذلك بحساب النسب المئوية وما تمثله كل فئة.

جدول رقم (3) يوضح توزيع العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
50 %	03	ذكر
50 %	03	أنثى
100 %	06	المجموع

يتضح من الجدول (4) أن النسبة متجانسة من عينة الدراسة من فئة الإناث 50 % بينما كانت نسبة فئة الذكور أيضا 50 % .

2- خصائص العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير الجنس

سنتناول في الجدول التالي خصائص العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير الجنس، وذلك بحساب النسب المئوية وما تمثله كل فئة.

جدول رقم (4) يوضح توزيع العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
50 %	03	ذكر
50 %	03	أنثى
100 %	06	المجموع

يتضح من الجدول (4) أن النسبة متجانة من عينة الدراسة من فئة الإناث 50 % بينما كانت نسبة فئة الذكور أيضا 50 % .

3- خصائص العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير السن:

سنتناول في الجدول التالي خصائص العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير السن، وذلك بحساب النسب المئوية وما تمثله كل فئة.

جدول رقم (5) يوضح توزيع العينة (المجموعة التجريبية) حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
33.33 %	02	من 09 إلى 10 سنة
33.33 %	02	من 10 إلى 11 سنة
33.33 %	02	من 11 إلى 12 سنة
100 %	06	المجموع

يتضح من الجدول أن النسبة متناسقة مع جميع الأعمار بالرغم ان الاختلاف في

الأعمار فقط في 3 سنوات ونجد كل سنة تكررين

4- خصائص العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير السن:

سنتناول في الجدول التالي خصائص العينة حسب متغير السن، وذلك بحساب النسب المئوية وما تمثله كل فئة.

جدول رقم (6) يوضح توزيع العينة (المجموعة الضابطة) حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
33.33%	02	من 09 إلى 10 سنة
33.33%	02	من 10 إلى 11 سنة
33.33%	02	من 11 إلى 12 سنة
100%	06	المجموع

يتضح من الجدول أن النسبة متناسقة مع جميع الأعمار بالرغم ان الاختلاف في الأعمار فقط في 3 سنوات ونجد كل سنة تكررين

5/ المعالجة الإحصائية:

قام الباحث باستخدام برنامج الرزم الإحصائية **SPSS** لتفريغ البيانات ومعالجتها، تم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية:

- النسب المئوية.
- والتكرارات.
- والمتوسط الحسابي.
- والمتوسط النسبي للتعرف على مستوى مهارات العناية بالذات .

- اختبار (ت) t test لدراسة الفروق بين متوسط إجابات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي لدى عينة الدراسة، وهذا يتعلق بالإجابة على السؤال الأول، حيث تم استخراج المتوسط الحسابي لكل فقرة ولجميع الفقرات مجتمعة.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الأولى

عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثانية

عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية الثالثة

عرض ومناقشة نتائج دراسة الفرضية العامة

لما كانت الدراسة الحالية تهدف إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين باستخدام مقياس مهارات العناية بالذات بأبعاده السبعة المختلفة ، فقد استخدمت بعض المعالجات الإحصائية للتحقق من صحة الفروض .

1. اختبار مان ويتي .

2. اختبار ويلكوسون .

ولقد تم استخدام اختبار مان ويتي للكشف عن وجود فروق بين استجابات كلا من المعلمات والأمهات على الأبعاد الفرعية لمقياس مهارات العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد للمجموعتين الضابطة والتجريبية ؛ لتحديد هل سيتم اعتبارهما مجموعتين مستقلتين أم مجموعة واحدة ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالية.

جدول (7): الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس القبلى للمجموعة التجريبية

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط ط الرتبة	مجموع الرتب	متوسط ط الرتبة	
0.41	36	15	36.5	6.08	41.5	6.92	تناول الطعام
1.1	33.5	12.5	33.5	5.58	44.5	7.42	تناول الشراب
0.66	35	14	35	5.83	43	7.17	ارتداء الملابس
0.81	38	17	38.5	6.42	39.5	6.58	خلع الملابس
1.7	29	8	29	4.83	49	8.17	عملية الإخراج
0.99	33	12	33	5.5	45	7.5	النظافة الشخصية
صفر	39	18	39	6.5	39	6.5	الأمان بالذات
0.18	34	13	34	5.67	44	7.33	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (8) أن قيم Z غير دالة إحصائياً على جميع إبعاد مقياس مهارات العناية بالذات الفرعية ، وكذلك مجموع الأبعاد مما يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى استجابات الأمهات والمعلمات فى القياس القبلى لمقياس مهارات العناية بالذات للمجموعة التجريبية.

وفى ضوء تلك النتائج تبين اتفاق كلا من المعلمة والأم على درجة صعوبة أداء الأطفال التوحديين لهذه المهارات .

جدول(8): الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس القبلى للمجموعة الضابطة

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
0.63	36	12	37.26	6.21	34.86	5.81	تناول الطعام
0.47	38	13.5	35.52	5.92	32.52	5.42	تناول الشراب
0.73	41	14	36.18	6.03	35.82	5.79	ارتداء الملابس
0.85	37	12.5	35.94	5.99	36.6	6.01	خلع الملابس
1.03	43	15	37.26	6.21	37.92	6.32	عملية الإخراج
0.97	45	16	32.58	5.43	35.52	5.29	النظافة الشخصية
0.89	40	14	37.92	6.32	37.68	6.31	الأمان بالذات
0.76	44	17	37.08	6.18	35.22	5.78	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (8) أن قيم Z غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات الفرعية و كذلك مجموع الأبعاد ، مما يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى استجابات كلا من الأمهات والمعلمات فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات للمجموعة الضابطة.

وفى ضوء تلك النتائج يتبين اتفاق كلا من المعلمة والأم على درجة تحسن أداء الأطفال التوحديين لهذه المهارات بعد تطبيق البرنامج .

جدول(9): الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية

بالذات فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
0.56	36	15	36	6	42	7	تناول الطعام
0.87	34.5	13.5	34.5	5.75	43.5	7.25	تناول الشراب
0.33	37	16	41	6.83	37	6.17	ارتداء الملابس
0.98	33	12	45	7.5	33	5.5	خلع الملابس
صفر	39	18	39	6.5	39	6.5	عملية الإخراج
0.92	33.5	12.5	44.5	7.42	33.5	5.58	النظافة الشخصية
0.64	35.5	14.5	35.5	5.92	42.5	7.08	الأمان بالذات
0.48	36	15	42	7	36	6	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (9) أن قيم Z غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات الفرعية و كذلك مجموع الأبعاد ، مما يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى استجابات كلا من الأمهات والمعلمات فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات للمجموعة التجريبية .

وفى ضوء تلك النتائج يتبين اتفاق كلا من المعلمة والأم على درجة تحسن أداء الأطفال التوحديين لهذه المهارات بعد تطبيق البرنامج .

جدول (10): الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس البعدى للمجموعة الضابطة

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
0.51	37	13	43.26	7.21	31.44	5.24	تناول الطعام
0.92	35	11.5	41.22	6.87	32.22	5.37	تناول الشراب
1.07	39	15	41.46	6.91	36.66	6.11	ارتداء الملابس
0.98	37	14	35.04	5.84	31.86	5.31	خلع الملابس
0.83	33	12	37.86	6.31	31.26	5.21	عملية الإخراج
0.76	29	11	42.66	7.11	38.58	6.43	النظافة الشخصية
0.65	36	13.5	39.06	6.51	35.22	5.78	الأمان بالذات
73	32	12	38.58	6.43	38.46	6.41	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (10) أن قيم Z غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات الفرعية وكذلك مجموع الأبعاد ، مما يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى استجابات كلا من الأمهات والمعلمات فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات للمجموعة الضابطة.

وفى ضوء تلك النتائج يتبين اتفاق كلا من المعلمة والأم على بقاء أثر البرنامج بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج.

جدول (11): الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات في القياس التتبعي للمجموعة التجريبية

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
1.45	30.5	9.5	47.5	7.92	3.5	5.08	تناول الطعام
1.68	31	10	31	5.17	47	7.83	تناول الشراب
0.84	34	13	34	5.67	44	7.33	ارتداء الملابس
0.24	37.5	16.5	40.5	6.75	37.5	6.25	خلع الملابس
0.49	36.5	15.5	41.5	6.92	36.5	6.08	عملية الإخراج
0.69	35	14	43	7.17	35	5.83	النظافة الشخصية
0.2	38	17	38	6.33	40	6.67	الأمان بالذات
0.08	38.5	17.5	38.5	6.42	3	6.58	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (11) أن قيم Z غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات الفرعية وكذلك مجموع الأبعاد ، مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى استجابات كلا من الأمهات والمعلمات فى القياس التتبعي لمقياس مهارات العناية بالذات للمجموعة التجريبية.

وفى ضوء تلك النتائج يتبين اتفاق كلا من المعلمة والأم على بقاء أثر البرنامج

بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج.

نظرا لعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى استجابات كلا من عينة الأمهات والمعلمات فى القياس القبلى والبعدى والتتبعي لمقياس مهارات العناية بالذات ، فقد قامت الباحثة بحساب متوسط استجابات العينتين فى كل من القياسين القبلى (المجموعة

التجريبية والضابطة)، والبعدى (المجموعة التجريبية والضابطة)، والتتبعي للتجريبية، وبذلك تم التعامل معهما باعتبارهما مجموعة واحدة .

ولقد اتبعت الباحثين التصميم ذو المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية ولم يطبق على المجموعة الضابطة، وقد تم حساب الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البرنامج للتحقق من تكافؤ المجموعتين ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (12): الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى القياس القبلى لأبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد

Z	W	U	المعلمة ن = 6		الأم ن = 6		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
0.63	37.2	17.2	51.06	8.51	50.1	8.35	تناول الطعام
1.06	35.6	16.9	55.98	9.33	57.24	9.45	تناول الشراب
0.85	35	15.8	59.88	9.98	60.3	10.05	ارتداء الملابس
0.3	38	16.4	43.26	7.21	42.84	7.14	خلع الملابس
0.52	36	14.8	38.58	6.43	39.12	6.52	عملية الإخراج
0.13	34	15.9	44.28	7.38	44.58	7.43	النظافة الشخصية
0.21	36	13.2	59.7	9.95	49.26	8.21	الأمان بالذات
0.25	37	16	46.38	7.73	45.54	7.59	مجموع الأبعاد

يتضح من جدول (12) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى الرتب ودرجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية فى القياس القبلى لأبعاد مقياس مهارات

العناية بالذات ومجموع الأبعاد ، مما يعنى تكافؤ المجموعتين فى مهارات العناية بالذات ، وللتحقق من صحة فروض الدراسة ، قامت الباحثة بإجراء ما يلى:

1- التحقق من صحة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح القياس البعدى.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتين اختبار ويلكوسون للتعرف على دلالة الفروق ، وجدول (13) يوضح النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن .

جدول (13): الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات

الأبعاد	متوسط الرتب		مجموع الرتب	قيمة Z
	موجب	سالب		
تناول الطعام	3.5	0	21	* 2.2
تناول الشراب	3.5	0	21	* 2.2
ارتداء الملابس	3.5	0	21	* 2.2
خلع الملابس	3.5	0	21	* 2.2
عملية الإخراج	3.5	0	21	* 2.2
النظافة الشخصية	3.5	0	21	* 2.2
الأمان بالذات	3.5	0	21	* 2.2
مجموع الأبعاد	3.5	0	21	* 2.2

* هذه المعاملات دالة عند مستوى (0.05) .

يتضح من جدول (13) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى الرتب فى كل من القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات على جميع الأبعاد الفرعية وكذلك مجموع الأبعاد لصالح القياس البعدى ، وبهذه النتيجة تم التحقق من صحة الفرض الأول.

مناقشة نتائج الفرض الأول:

بالنسبة للبعد الأول والثانى: تناول الطعام والشراب

يتضح من جدول (13) وجود فروق دالة إحصائية فى تناول الطعام والشراب بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى .

وهذا يعنى أن الطفل أصبح قادرا على حمل الملعقة ووضعها فى الطعام ثم وضعها فى فمه بطريقة صحيحة وأيضا حمل الكوب بيده ووضعها على فمه دون سكب المياه على ملابسه وبذلك يكون قد حقق الاعتماد على نفسه والاستقلالية فى تناول الطعام ، وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات (Matson: 1990 ; Perry: 1991 ; McClannahan: 1990) حيث أثبتت فعالية البرامج التدريبية فى تنمية مهارة تناول الطعام والشراب لدى التوحديين حيث أتيحت لهم الفرصة فى الاعتماد على أنفسهم وتحقيق الاستقلالية دون الاعتماد على الغير حيث يعبر الطفل عن نفسه بالطريقة التى يفضلها أثناء تناول الطعام والشراب .

بالنسبة للبعد الثالث والرابع: ارتداء الملابس وخلعها

يتضح من جدول (13) وجود فروق دالة إحصائية فى كيفية ارتداء الملابس وخلعها بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى ، وهذا يعنى أن الطفل التوحدى أصبح قادرا على ارتداء القميص وغلق وفتح الزراير وارتداء البنطلون وغلق السوستة والزراير وارتداء التيشيرت مما يجعله لا يطلب المساعدة من المحيطين به أثناء

ارتداء الملابس و خلعها ، وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسات (Ulianova: 1999 ; Depalma & Wheeler: 1989) فى أن البرامج التدريبية أتاحت للأطفال التوحديين فرصة الاعتماد على النفس فى ارتداء الملابس و خلعها دون طلب مساعدة من الغير .

بالنسبة للبعد الخامس: عملية الإخراج

يتضح من جدول (13) وجود فروق دالة إحصائية فى عملية الإخراج بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى .

وهذا يعنى تحسن عملية الإخراج حيث استطاع الطفل التوحدى القيام بعملية الإخراج بمفرده دون المساعدة من الآخرين حيث تمكن من الذهاب إلى الحمام بمفرده عند الحاجة و خلع ملابسه بمفرده والجلوس بطريقة صحيحة على الحمام واستخدام الشفاط والمناديل بطريقة جيدة ثم ارتداء ملابسه وغسل يده بعد الانتهاء من عملية الإخراج وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من (Luiselli: 1996 ; Reamer: 1998 ; Bainbridge: 1999) حيث اتفقوا على جدوى برامج التدريب فى تمكين الأطفال التوحديين من الذهاب إلى الحمام بمفردهم ، والتبول داخل التواليت بدون حفاض ، وبدون أن يطلبوا مساعدة من الآخرين وكذلك خلع الملابس والجلوس على الحمام واستخدام الشفاط والمناديل بطريقة جيدة ثم ارتداء ملابسه وغسل يده بعد الانتهاء من هذه العملية .

بالنسبة للبعد السادس: النظافة الشخصية

يتضح من جدول (13) وجود فروق دالة إحصائية فى النظافة الشخصية بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى.

وهذا يعنى تمكن الطفل من أداء النظافة الشخصية بمفرده كغسل اليدين والوجه وتجفيف اليدين والوجهين بالفوطة وتنظيف الأسنان بالفرشاة وتمشيط الشعر ووضع العطور وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات (Carothers & Taylor: 1990 ; Mcclannahan: 2004) حيث أثبتت فعالية برنامج تدريبي فى تحسن مهارات الأطفال التوحديين الخاصة بغسل اليدين والوجه والأسنان وتمشيط الشعر واستخدام العطور.

بالنسبة للبعد السابع: الأمان بالذات

يتضح من جدول (13) وجود فروق دالة إحصائية فى الأمان بالذات بين القياسين القبلى والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي .

وهذا يعنى أن الطفل التوحدي أصبح قادرا على تجنب العبث واللعب بالأدوات الحادة وبالماء سواء بالسباحة فى البانيو أو سكب الماء على الملابس والوجه وأيضا تجنب تناول الأدوية والعطور ومواد النظافة ووضع الأشياء فى الفم مثل البلى وتجنب اللمس أو اللعب بأى سلك كهرباء أو مفاتيح كهربائية وأيضا تجنب التزاحم أثناء صعود وهبوط سلالم الجمعية وإلقاء الرمال على الأصدقاء وبذلك يصبح الطفل قادرا على حماية نفسه من هذه الأخطار ، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Abe, 1997) حيث أثبتت فاعلية تدريب الأطفال التوحديين على كيفية تجنب الحوادث وكيفية الحفاظ على حياتهم والتكيف مع البيئة التى يعيشون فيها وذلك من خلال توفير الخبرات والمهارات اللازمة لتدريبهم على الحفاظ على سلامتهم الشخصية وتقادى الأخطار التى يتعرضون لها داخل أو خارج المدرسة .

ويمكن إرجاع تحسن مستوى العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج التدريبي إلى العوامل التالية :

1- طرق التدريس التي اعتمد عليها البرنامج في تدريب هؤلاء الأطفال على ممارسة مهارات العناية بالذات و التي تمثلت في :

- **أسلوب النمذجة من خلال الفيديو:** حيث يشاهد الطفل نموذجاً حقيقياً لطفل يقوم بأداء المهارة خطوة تلو الأخرى مع مصاحبة الموسيقى لهذا العرض حتى يساعد ذلك على جذب انتباهه نحو النظر إلى أداء المهارة ، وأيضاً عمل نموذج من المعلمة أو الباحثة لهذه المهارة ، ثم بعدها يقوم بتنفيذ المهارة عملياً بنفسه .

ويؤكد كل من ريمير (1998) Reamer ، و محمد خطاب (2005) على أن أسلوب النمذجة من الفنيات التي تحقق الاستقلالية للطفل التوحدي وتدفعه إلى مزيد من النمو وتعديل السلوك.

- **أسلوب تحليل المهام :** حيث تم تقسيم المهارة الواحدة إلى عدة خطوات صغيرة يقوم الطفل بأداء كل خطوة مستقلة مما لا يسبب له الملل و يشعره بسهولة المهمة المطلوبة منه .

2- استخدام المعززات: حيث تم استخدام التعزيز المادى مثل الحلوى والمكافأة والتعزيز المعنوى مثل كلمات التشجيع والثناء والمدح بهدف تشجيع الأطفال على أداء المهارة، مما أدى إلى رفع الروح المعنوية لديهم ومساعدتهم على تكرار السلوك المرغوب وتأكيد الثقة بالنفس .

ويؤكد كل من رمضان القذافي (1994) ؛ (Dunlap & Fox: 1999) ؛ عادل عبدالله: (2002 - ب) ؛ Cicero: (2002) ؛ محمد خطاب: (2005) على أن

التعزيز بنوعيه المادى والمعنوى يؤدي لرفع الروح المعنوية لدى الأطفال التوحديين ، ويشجعهم على القيام بالأعمال المسندة إليهم بتركيز وانتباه .

3- التوجيه اللفظى واليدوى حيث استخدمت الباحثة التوجيه اللفظى واليدوى أثناء تدريب الأطفال والذى أشاع روح الألفة بين الباحثة والأطفال مما يجعلهم يتقبلون أى توجيه من الباحثة وقد ساعد ذلك على سرعة استجابة الأطفال أثناء التدريب مما ساهم فى إتقان مستوى المهارة .

ويؤكد ماتسون (1990): Matson على فاعلية التوجيه اللفظى واليدوى أثناء تدريب الأطفال التوحديين على مهارات العناية بالذات.

4- التقييم: حيث حرصت الباحثة على تقييم مدى اكتساب الأطفال المهارات المستهدفة من خلال تكليف الأطفال بأداء المهارات بمفردهم عقب الانتهاء من التدريب وملاحظاتهم ملاحظة دقيقة بهدف تحديد مواطن القصور وتقديم التغذية الراجعة الفورية مما ساهم فى بقاء وتأکید أثر التدريب.

2- التحقق من صحة الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات افراد المجموع الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتين اختبار ويلكوكسون للكشف عن هذه الفروق ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالى:

جدول (14): الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات

الأبعاد	متوسط الرتب		مجموع الرتب	قيمة Z
	موجب	سالب		
تناول الطعام	3.2	2.3	19	0.65
تناول الشراب	4.1	1.9	21	0.53
ارتداء الملابس	3.9	2.5	18	0.71
خلع الملابس	3.7	2.95	19	1.03
عملية الإخراج	3.8	2.24	17	0.92
النظافة الشخصية	4	2.1	16	1.21
الأمان بالذات	3.7	2.64	18	0.87
مجموع الأبعاد	3.8	2.38	17	0.93

يتضح من جدول (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.

مناقشة نتائج الفرض الثانى:

أشارت نتائج الفرض الثانى إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياسين (القبلى والبعدى) وذلك فى ضوء استخدام مقياس مهارات العناية بالذات كمتغير تابع فى الدراسة ، وكمحك تقييمى فى البرنامج عند مقارنة المجموعة الضابطة.

ويتضح من ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة لم يحدث لهم أى تحسن فى مهارات العناية بالذات التى ينميها البرنامج ، حيث أنهم عندما تم تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس البعدى لأفراد المجموعة الضابطة فقد حصلوا على درجات متقاربة من درجات القياس القبلى ، مما يدل على عدم تحسن مهارات العناية بالذات لديهم.

وبالتالى يعانون من مشكلات فى مهارات العناية بالذات ، وذلك نظراً لعدم مرور أفراد المجموعة الضابطة بخبرة البرنامج التجريبي مقارنة بالمجموعة التجريبية التى مرت بخبرة البرنامج ، أى تم تطبيق البرنامج عليهم ، فوجدت فروق دالة لصالح القياس البعدى فى المجموعة التجريبية.

ومن هنا نستنتج أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للقياسين القبلى والبعدى لأفراد المجموعة الضابطة راجع إلى عدم تطبيق البرنامج عليهم ، مما يدل على فعالية ونجاح البرنامج التدريبى فى هذه الدراسة على تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأفراد التوحديين ، عندما طبق البرنامج على المجموعة التجريبية فوجدت فروق دالة إحصائياً لصالح القياس البعدى لهذه المجموعة مقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم يطبق عليها البرنامج.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتيجة دراسة كلاً من Macduffy & et.al (1995), Brown & Prelock (1993)

حيث أكدت على أن الأطفال الذين لم يتلقوا التدريب أو المرور بخبرة البرنامج المقدم لهم فى الدراسة لم يحدث لهم أى تحسن مقارنة بأفراد المجموعة التجريبية الذين مروا بخبرة البرنامج ، مما يدل على فعالية البرامج التدريبية والعلاجية والإرشادية للأطفال التوحديين.

3- التحقق من صحة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثتين اختبار مان ويتنى للكشف عن هذه الفروق ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالى:

جدول (15): الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات

Z	W	U	التجريبية		الضابطة		الأبعاد
			مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
**2.37	59.24	321.43	80.4	13.4	34.86	5.81	تناول الطعام
**3.1	56.31	19.26	90.6	15.1	44.58	7.43	تناول الشراب
**2.95	85.42	18.75	87.6	14.6	51.06	8.51	ارتداء الملابس
**2.73	56.42	17.96	76.2	12.7	37.44	6.24	خلع الملابس
**2.95	53.4	18.31	89.4	14.9	43.26	7.21	عملية الإخراج
**3.05	52.8	18.84	91.8	15.3	40.74	6.79	النظافة الشخصية
**2.71	54.21	18.97	89.4	14.9	49.74	8.29	الأمان بالذات
**2.92	56.18	19.21	91.2	15.2	38.34	6.35	مجموع الأبعاد

وهى قيم دالة إحصائياً عند المستوى 0.01

يتضح من جدول (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

تعتبر هذه النتيجة من النتائج المتوقعة بسبب تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج وحجب تأثيره على المجموعة الضابطة ، وتتفق هذه النتيجة مع معظم الدراسات السابقة التى توصلت إلى أنه بالإمكان تحسن مهارات العناية بالذات بعد التجريب ، والتى تتمثل فى تعليم الأطفال التوحيدين مهارات تناول الطعام ، تناول الشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، والنظافة الشخصية ، وتمكن الطفل من التبول داخل التواليت بدون حفاضة ، والأمان بالذات ، وذلك يتم عن طريق تطبيق البرامج التى تم إعدادها لهذا الغرض.

ولقد أكدت ذلك دراسات كل من: (Pierce: 1994, Bergstorm: 1995,)

Luiselli: 1996

(عبد المنان ملامعمور: 1997 ، إسماعيل بدر: 1997).

ومن هذا المنطلق يمكن إرجاع سبب هذا التغير الذى طرأ على المجموعة التجريبية فى القياس البعدى إلى طبيعة البرنامج ومحتواه الذى ساعد على تحسن مهارات العناية بالذات لدى التوحيدين، حيث جاءت إجراءات البرنامج مناسبة لقدرة وإمكانية الطفل، مما أدى ذلك إلى تحسن مهارات العناية بالذات لديهم ، وهذا ما أكدت عليه دراسة بيرس (1994) Pierce: بأنه يمكن تحسين سلوكيات الاطفال التوحيدين الخاصة بالعناية بالذات عندما ينجح الطفل فى أداء مهمة وينتقل لمهمة أخرى من خلال تقديم إجراءات جديدة للتدريب.

ولذلك حرصت الباحثتين على تقديم البرنامج بصورة تجعل الطفل يؤدي إجراءات المهارة بطريقة سهلة وبسيطة.

وأيضاً حدث تغير بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة ، وذلك بفعل تركيز الباحثة أثناء الجلسات على تعزيز السلوكيات الإيجابية والجوانب الفعالة في شخصية كل طفل التي تحول سلوكه نحو التعديل.

وأيضاً اعتمدت الباحثتين أثناء الجلسات على استخدام فنيات متعددة كالنمذجة من خلال الفيديو والمعلمة، تحليل المهام إلى خطوات بسيطة حيث ساهم ذلك في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال.

ومن الدراسات التي أكدت على ذلك دراسة ماتسون (1990) Matson التي اشارت إلى أن تعلم العديد من سلوكيات الملاءمة لكيفية العناية بالذات للأطفال التوحديين يتم من خلال أسلوب النمذجة وتحليل المهام والتعزيز سواء اجتماعي أو مادي.

وأيضاً اعتمدت الباحثتين على التوجيه اللفظي واليدوي أثناء تنفيذ خطوات المهارة ، حيث كان له التأثير الفعال والناجح على الطفل على أداءه المهارة واكتسابها.

وبذلك قد أدى استخدام تلك الفنيات السابقة إلى تنمية مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية وهذا يؤكد على فعالية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات للمجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

إذ أن التنوع في الفنيات وحسن اختيارها وتنفيذها يؤدي في النهاية إلى تحقيق الهدف الذي وضعت من أجله ، وهذا ما تم التركيز عليه عند وضع فقرات البرنامج ، حيث أن محتويات البرنامج جاءت متنسقة مع البرامج السابقة ومع آراء الكثير من العلماء الذين اتفقوا على أهمية هذه الفنيات في البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين التي قد

تساعدهم على تعديل سلوكياتهم بصفة عامة وعلى تنمية مهارات العناية بالذات بصفة خاصة.

4- التحقق من صحة الفرض الرابع :

ينص الفرض الرابع على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثين اختبار ويلكوكسون لتعرف على دلالة الفروق وجدول (16) يوضح النتائج التى تم التوصل إليها .

جدول (16): الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى للمقياس مهارات العناية بالذات

الأبعاد	متوسط الرتب		مجموع الرتب	قيمة Z
	موجب	سالب		
تناول الطعام	2	3.25	21	1.52
تناول الشراب	3.5	3.5	15	1.48
ارتداء الملابس	2.5	3.3	15	0.68
خلع الملابس	1.5	4.5	18	1.59
عملية الإخراج	3.25	2.83	8	0.28
النظافة الشخصية	2.5	صفر	صفر	1.84
الأمان بالذات	1.5	3.38	13.5	1.66
مجموع الأبعاد	4	3.4	17	1.37

يتضح من جدول (16) انه لا توجد فروق داله إحصائية بين متوسطى الرتب فى كل من المقياسين البعدى والتتبعى لمقياس مهارات العناية بالذات بأبعاده الفرعية، وكذلك فى مجموع الأبعاد مما يعنى أن تأثير البرنامج التدريبى ما زال مستمرا حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بفواصل زمنى شهرين بين القياس البعدى والتتبعى .

ومن الأسباب التى يمكن أن يرجع إليها بقاء أثر البرنامج هو تخصيص الباحثين لبعض الجلسات التى استهدفت إعادة تدريب الأطفال التوحديين على مهارات العناية بالذات على سبيل المراجعة ، مما أكد على بقاء أثر التعليم لفترة أطول .

وقد يرجع ذلك أيضاً إلى اقتناع الأسرة بدور البرنامج فى تدعيم السلوكيات المرغوبة لدى الأطفال التوحديين حيث شجعت أمهات الأطفال التوحديين على تكرار المهام التى يُدربون عليها خلال جلسات البرنامج فى المنزل، مما ساهم فى تكرار السلوك المرغوب ، وأدى إلى بقاء أثر البرنامج على المدى الأطول .

كما أشار فريق العمل المعاون للباحثين فى الجمعية المكون من أخصائية التربية الخاصة والمعلمة والأم إلى أن هؤلاء الأطفال حدث لهم تحسن واضح فى سلوكياتهم الخاصة بمختلف مهارات العناية بالذات .

ثانياً: إقتراحات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية لبرنامج تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين من خلال التعامل مع هؤلاء الأطفال أثناء تطبيق البرنامج، ومن خلال الملاحظة، والإطلاع على نوعية البرامج المقدمة لهم، وأساليب التعامل معهم، توصلت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات في هذا المجال :

- 1- ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حده.
- 2- ضرورة الاهتمام والتركيز على مبدأ التعزيز والتحفيز في تعليم هؤلاء الأطفال.
- 3- ضرورة الاهتمام بفئة التوحديين وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم واستراتيجيات تعليمية وتربوية على أسس علمية وموضوعية تراعى هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم ، وتتيح لهم فرص نمو طبيعي.
- 4- إعداد كوادر خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين.
- 5- توفير فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة من طيبب أطفال ، طيبب نفسي ، أخصائي نفسي إلى جانب المدرسة والأسرة .
- 6- إجراء دورات تدريبية متخصصة للعاملين مع الأطفال التوحديين.
- 7- إنشاء قسم بإدارة التربية الخاصة يختص بهذه الفئة.
- 8- ضرورة وضع برنامج تدريبي خاص للحد من كل نمط سلوكي غير مقبول.
- 9- عمل دورات تدريبية للأسرة الخاصة بهذه الفئة لمدهم بأحدث الأساليب في كيفية تعديل سلوكياتهم.
- 10- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال التوحديين.

ثالثا : البحوث المقترحة :

- 1- مدى فاعلية برنامج حركي لتنمية الانتباه لدى عينه من الأطفال التوحيديين.
- 2- برنامج إرشادي لآباء الأطفال التوحيديين لتعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم.
- 3- دراسة الكشف عن مدى فاعلية التقنيات الحديثة فى علاج الأطفال التوحيديين.
- 4- دراسة لتحديد معدلات انتشار الأطفال التوحيديين فى المجتمعات العربية.
- 5- دراسة للكشف عن أسباب إعاقة التوحد.
- 6- برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحيديين.
- 7- إعداد برنامج تدريبي للحد من السلوكيات العدوانية التي يعانى منها الطفل التوحدى.
- 8- إعداد برامج تدريبية لآباء الأطفال التوحيديين فى كيفية التعامل معهم.

خاتمة

خاتمة:

فى ضوء نتائج الدراسة الحالية لبرنامج تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين من خلال التعامل مع هؤلاء الأطفال أثناء تطبيق البرنامج، ومن خلال الملاحظة، والإطلاع على نوعية البرامج المقدمة لهم، وأساليب التعامل معهم، توصلت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات فى هذا المجال:

- 1- ضرورة مراعاة الفروق الفردية فى البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حده.
- 2- ضرورة الاهتمام والتركيز على مبدأ التعزيز والتحفيز فى تعليم هؤلاء الأطفال.
- 3- ضرورة الاهتمام بفئة التوحديين وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم واستراتيجيات تعليمية وتربوية على أسس علمية وموضوعية تراعى هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم ، وتتيح لهم فرص نمو طبيعي.
- 4- إعداد كوادر خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين.
- 5- توفير فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة من طبيب أطفال، طبيب نفسي، أخصائي نفسى إلى جانب المدرسة والأسرة.
- 6- إجراء دورات تدريبية متخصصة للعاملين مع الأطفال التوحديين.
- 7- إنشاء قسم بإدارة التربية الخاصة يختص بهذه الفئة.
- 8- ضرورة وضع برنامج تدريبي خاص للحد من كل نمط سلوكي غير مقبول.
- 9- عمل دورات تدريبية للأسرة الخاصة بهذه الفئة لمدهم بأحدث الأساليب فى كيفية تعديل سلوكياتهم.
- 10- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية فى سبيل تأهيل الأطفال التوحديين.

* البحوث المقترحة:

- 1- مدى فاعلية برنامج حركي لتنمية الانتباه لدى عينه من الأطفال التوحديين.
- 2- برنامج إرشادي لآباء الأطفال التوحديين لتعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم.
- 3- دراسة الكشف عن مدى فاعلية التقنيات الحديثة في علاج الأطفال التوحديين.
- 4- دراسة لتحديد معدلات انتشار الأطفال التوحديين في المجتمعات العربية.
- 5- دراسة للكشف عن أسباب إعاقة التوحد.
- 6- برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين.
- 7- إعداد برنامج تدريبي للحد من السلوكيات العدوانية التي يعاني منها الطفل التوحدي.
- 8- إعداد برامج تدريبية لآباء الأطفال التوحديين في كيفية التعامل معهم.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم

المصادر:

- 1- آمال عبد السميع مليجي باظة (2001) : تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة) . ط1 ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 2- آمال عبد السميع مليجي باظة (2003) : اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 3- السيد على السيد ، فائقة محمد بدر (2001) : الإدراك الحسى البصرى والسمعى. ط1 ، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 4- السيد عبد النبى السيد (2004) : الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية .
- 5- أحمد عكاشة (1992) : الطب النفسى المعاصر. ط3 ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 6- اسماعيل محمد بدر (1997) : مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الدولى الرابع لمركز الارشاد النفسى ، ديسمبر ، المجلد الثانى ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ص727 . 756.
- 7- إلهامى عبد العزيز إمام (1999) : سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة فى حالة الذاتوية. ط1 ، القاهرة ، دار الكتب .
- 8- إلهامى عبد العزيز إمام وآخرون (2001) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: بدون دار نشر.

- 9- أميرة طه بخش (2002) : دراسة تشخيصية مقارنة فى السلوك الانسحابى للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليا. *مجلة العلوم التربوية والنفسية* ، الكويت: المجلد الثانى ، العدد الثالث ، سبتمبر.
- 10- ايرلى بالثازار (1999) : *تدريب المتخلفين فى المنزل والمدرسة* ، دليل الوالدين والمدرسين ومدربى الأطفال بالمنزل. ط1 ، ترجمة عبد الرقيب أحمد البحيرى، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 11- إيمان أبو العلا (1995) : *الجوانب النفسعصبية فى أهم أمراض الأطفال النفسية والعصبية*. رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة عين شمس .
- 12- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (1995) : *معجم على النفس والطب النفسى*. الجزء السابع ، القاهرة: دار النهضة العربية .
- 13- جمال تركى (2004) : *معجم المصطلحات النفسية*. شبكة العيون النفسية العربية، شبكة الانترنت.
- 14- جمال محمد سعيد الخطيب ومنى الحديدى (2004) : *برنامج تدريبى للأطفال المعاقين*. معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- 15- جمال محمد سعيد الخطيب وآخرون (1998) : *مقدمة فى الإعاقة السمعية*. ط1، الأردن - عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 16- جمال محمد سعيد الخطيب (1993): *تعديل سلوك الأطفال المعاقين* ، دليل الآباء والمعلمين. ط1 ، الأردن - عمان: دار إشراق للنشر والتوزيع.
- 17- جمال شكرى محمد (1998) : *تجربة سلوكية لتعديل السلوك الاجتماعى للطفل* " دراسة حالة ". *مجلة الدراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية* ، العدد الخامس، أكتوبر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.
- 18- جيهان حسين سليمان (2005) : *فاعلية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين*. رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس.

- 19- حامد عبد السلام زهران (1998) : التوجيه والإرشاد النفسى. ط3 ، القاهرة: عالم الكتب.
- 20- حسن مصطفى عبد المعطى (2001) : الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة " الأسباب - التشخيص - العلاج ". ط4 ، القاهرة: مكتبة القاهرة.
- 21- حسنى إحسان حلوانى (1996) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، السعودية .
- 22- حنان عبد المنعم مصطفى زكى رستم (2001) : فاعلية وحدة مقترحة فى التربية الوقائية فى منهج العلم لتنمية الوعى الوقائى لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسى. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
- 23- خالد عبد الرازق السيد (2001) : فاعلية استخدام اللعب فى الكشف عن الاضطراب الناجم عن الإعاقة العقلية (50- 70) وتعدد الإعاقات (إعاقة عقلية - صمم). دراسة تشخيصية ، مجلة معوقات الطفولة ، المجلد التاسع ، مايو ، جامعة الأزهر .
- 24- ربيع شكرى سلامة (2005) : التوحد - اللغز الذى حير العلماء والأطباء. القاهرة: دار النهار.
- 25- رشاد على عبد العزيز موسى (2002) : علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية ، (387 - 416) .
- 26- رضوى إبراهيم عبد الستار وآخرون (1993) : العلاج السلوكى للطفل. سلسلة عالم المعرفة ، الكويت.
- 27- رمضان محمد القذافى (1994) : سيكولوجية الإعاقة. الجامعة المفتوحة ، ليبيا: مطبعة الانتصار.

- 28- رونالدكولا روسو ، كولين أورورك (2003) : تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة. المجلد 1 ، (ترجمة أحمد الشامى ، أيمن كامل ، عادل دمرdash ، على عبد العزيز ، مراجعة : محمد عنانى) ، القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- 29- ريتا جوردن ، ستيفرات بيول (2007): الأطفال التوحديين ، جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس. ط1 ، (ترجمة رفعت محمود) ، القاهرة: عالم الكتب.
- 30- ريتشارد - م سوين (1979) : علم الأمراض النفسية والعقلية. (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة) ، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 31- سميرة عبد اللطيف السعد (1992) : معاناتى والتوحد. ط1 ، الشويخ ، الكويت .
- 32- سميرة عبد اللطيف السعد (1998) : برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد فى الوطن العربى. المؤتمر الدولى السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ، الشويخ ، القاهرة: ديسمبر .
- 33- سميرة على جعفر (1992) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعا لدى اطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج ارشادى فى اللعب. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات و البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- 34- سهى أحمد أمين نصر (2001) : مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .
- 35- سهير محمود أمين عبدالله (2002) : فاعلية برنامج تدريبي فى تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد. مجلة كلية التربية ، جامعة حلوان ، العدد (4)، مجلد 8 - أكتوبر.
- 36- سوسن شاكر الجلبى (2000) : دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولى فى العراق. مجلة العلوم التربوية والنفسية العدد (36) ، حزيران.

- 37- سوسن شاكر الجلبى (2005) : التوحد الطفولى " أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه". ط1 , دمشق - سوريا: مؤسسة علاء الدين .
- 38- شاكر عطية قنديل (2000) : إعاقة التوحد , طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوى " نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة "، 4 - 5 إبريل، كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ص ص 47 - 100
- 39- صبحى عبد الفتاح (1992) : تعديل السلوك العدوانى لدى الاطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعى باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية. رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا.
- 40- طلعت منصور غبريال (1990) : أسس علم النفس العامة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 41- عادل عز الدين الأشول (1987) : موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 42- عادل عبد الله محمد (2000) : بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى للأطفال التوحديين وأقرانهم المعوقين عقليا. مجلة كلية تربية بالزقازيق ، جامعة الزقازيق ، العدد 35 ، مايو 9 - 35
- 43- عادل عبد الله محمد (2001) : مقياس الطفل التوحدى. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 44- عادل عبد الله محمد (2002 - أ) : الاطفال التوحديين - دراسات التشخيصية و برامجية. القاهرة: دار الرشاد.
- 45- عادل عبد الله محمد (2002 - ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين فى مجلة بحوث كلية الآداب. سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد 7 ، جامعة المنوفية .

- 46- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (1999) : الطفل التوحدي (الذاتى الإجتزارى) :
القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولى السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، 10 -
12 نوفمبر، جامعة عين شمس.
- 47- عبد الرحمن سيد سليمان (2000) : الذاتية إعاقاة التوحد عند الأطفال. القاهرة:
مكتبة زهراء الشرق.
- 48- عبد الرحمن سيد سليمان (2001) : سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة.
المجلد1، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- 49- عبد الرحمن سيد سليمان وآخرون (2003) : دليل الوالدين والمتخصصين فى
التعامل مع الطفل التوحدي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 50- عبد الرحمن سيد سليمان (2004) : اضطراب التوحد . ط3 ، القاهرة: مكتبة زهراء
الشرق.
- 51- عبد العزيز السيد الشخص ، عبد الغفار الدماطى (1992): قاموس التربية
الخاصة وتأهيل غير العاديين . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص 52 - 53.
- 52- عبد العزيز السيد الشخص - زيدان أحمد السرطاوى (1999) : تربية الأطفال
والمراهقين المضطربين سلوكيا. الجزء 1 ، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب
الجامعى.
- 53- عبد العزيز السيد الشخص (2003) : دورة تدريبية فى النقص الطفولى. ستة
أشهر " من 7-10 إلى 8-3 ، مركز الارشاد النفسى ، جامعة عين شمس.
- 54- عبد العزيز السيد الشخص (2004): تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوى
الاحتياجات. القاهرة: مركز الفتح للطباعة.
- 55- عبد العزيز السيد الشخص (2006) : مقياس المتسوى الاجتماعى والاقتصادى
للاسرة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- 56- عبد اللطيف حسين فرج (2001) : تواعد السلامة فى محتوى منهج الصفوف الثلاثة الأولى للمرحلة الابتدائية (بنين) بالمملكة العربية السعودية. مجلة اليمن فى التربية وعلم النفس ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، العدد (3) ، المجلد 14.
- 57- عبد المجيد منصور وآخرون (2003) : علم نفس الطفولة - الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الاسلامى. القاهرة: دار الفكر العربى.
- 58- عبد المطلب أمين القريطى (2001) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط3 ، القاهرة: دار الفكر العربى .
- 59- عبد المنان ملا معمور (1997) : فاعلية برنامج سلوكى تدريبي فى تخفيض حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين . مركز الإرشاد النفسى ، المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى والمجال التربوى ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، المجلد 1 ، 4-2 ديسمبر ، ص 44
- 60- عبد المنعم الحفنى (1978) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . القاهرة : مكتبة مدبولى.
- 61- عثمان لبيب فراج (1995) : إعاقة التوحد أو الاجترار خواصها وتشخيصها . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، العدد (41) ، القاهرة: اتحاد هيئة رعاية الفئات الخاصة والمعوقين
- 62- عثمان لبيب فراج (1996) : إعاقة التوحد تابع مشكلة التشخيص والكشف المبكر. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، العدد (46) ، السنة الثالثة عشر ، القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- 63- عثمان لبيب فراج (2001) : برامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد (68) ، السنة الثالثة عشر - ديسمبر .

64- عثمان لبيب فراج (2002) : الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة " تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجى ". المجلس العربى للطفولة و التنمية , القاهرة .

65- عزة خليل عبد الفتاح (1990) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات - دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير , معهد الدراسات العليا للطفولة , جامعة عين شمس .

66- عصام محمد زيدان (2004) : الانهاك النفسى لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية. مجلة البحوث النفسية ، العدد (1) ، كلية تربية - جامعة المنوفية .

67- عمر بن الخطاب خليل (1991) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطرابات الانتباه التوحدية. دراسات نفسية ، رابطة الاخصائيين النفسيين ، المجلد 3 ، القاهرة: دار النهضة العربية.

68- عمر بن الخطاب خليل (1993) : خصائص آباء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاجترارية) . مجلة معوقات الطفولة ، مركز معوقات الطفولة ، الأزهر ، العدد (1) المجلد 2 ، ص ص 335 - 349

69- عمر بن الخطاب خليل (1994) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، العدد (49) ، السنة الرابعة عشر ، القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين .

70- عمر بن الخطاب خليل (2001) : الأساليب العلاجية الفعالة فى التوحد. مجلة معوقات الطفولة ، مركز معوقات الطفولة ، العدد (9) ، مايو ، جامعة الأزهر.

71- عيسى عبد الله جابر (1989) : دراسة ميدانية لبناء برنامج ارشادى لعلاج الاطفال المضطربين سلوكيا عن طريق اللعب. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

- 72- فتحي السيد عبد الرحيم (1983) : قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين النظرية و التطبيق. الكويت: دار القلم , ص ص 286 - 287.
- 73- فتحي السيد عبد الرحيم (1990) : سيكولوجية الاطفال غير العاديين والتربية الخاصة , الجزء الثانى , ط4 , الكويت: دار العلم.
- 74- كريستين مايلز (1994) : التربية المختصة دليل لتعلم الاطفال المعوقين عقليا (ترجمه: عفيف الرزاز) . الأردن - عمان: ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.
- 75- كمال دسوقى (1988) : ذخيرة علوم النفس. القاهرة: الدار الدولية للنشر .
- 76- كمال سالم سيسالم (2002) : موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسى. العين: , دار الكتاب الجامعى.
- 77- كمال عبد الحميد زيتون (2003) : التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة. ط1 ، القاهرة: عالم الكتب.
- 78- لطفى زكريا الشريبنى (2000) : أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة , أمل جديد لعلاج حالات الأوتيزم " أطفال التوحد ". مجلة النفس المطمئنة , السنة الخامسة عشر , العدد (62) ، القاهرة: الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.
- 79- لطفى زكريا الشريبنى (2004) : طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات - تعريف وتشخيص. ط1 , القاهرة: دار الفكر العربى.
- 80- لمياء شعبان أحمد (1997) : برنامج مقترح للتربية الأمانية فى الاقتصاد المنزلى وأثره على تحصيل واتجاهات تلميذات الصف الثالث الاعدادى. رسالة ماجستير غير منشورة , كلية التربية ، جامعة الوادى.
- 81- لورنا وينج (1994) : الأطفال التوحديين " مرشد للآباء (ترجمة هناء مسلم). الكويت: الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.

- 82- لويس كامل مليكه (1998) : الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. ط1 ، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- 83- لويس كامل مليكه (1998) : الصورة الرابعة العربية المعدلة من مقياس استانفورد بينيه لقياس وتقييم القدرات المعرفية فى حالات الصحة والمرض. ط2 ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.
- 84- ليلى عبد الحميد عبد الفتاح (1990) : دراسة مقارنة بين طريقتي العروض العملية والمعملية لتنمية المهارات الأمنية فى الكيما لدى طلاب دور المعلمين. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس .
- 85- ماجد السيد عماره (1999) : دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسيا. رسالة ماجستير ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.
- 86- ماجد السيد عماره (2005) : إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق .
- 87- مصطفى محمد أحمد جودت (1997) : أثر استخدام برنامج علاجي مقترح فى التربية الأمنية على تعديل استجابات تلاميذ الصف الثالث من التعليم الابتدائي بمدينة المنيا نحو بعض الأفعال السلوكية غير الآمنة لهم. مجلة البحوث فى التربية وعلم النفس ، العدد (4) ، مجلد 10 ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، ص ص 325 – 376.
- 88- محمد أحمد خطاب (2005) : سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي. ط1 ، عمان: دار الثقافة.
- 89- محمد أحمد عبد اللطيف (1996) : أثر استخدام بعض أنشطة اللعب على النمو المعرفى للأطفال مرحلة الرياض. رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة المنوفية .

- 90- محمد بن عبد العزيز الفوزان (2000) : التوحد / المفهوم - التعليم - التدريب ,
مرشد الى الوالدين و المهنيين . الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر .
- 91- محمد حسيب الدفراوى (1993) : الخدمات التى تقدم للطفل الأوتىستك فى
مصر. ورشة عمل عن الأوتيزم , ديسمبر , مركز سيتى . ص ص 102 - 107 .
- 92- محمد حسيب الدفراوى (1998) : الطفولة الذاتية فى الأطفال المصريين ,
التقييمات والمصاحبات الاكلينيكية. المجلة المصرية للطب النفسى , الجمعية المصرية
للطب النفسى , العدد (21) , ص ص 85 - 93 .
- 93- محمد شعلان (1979) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال. المجلد 2 , القاهرة ,
الجهاز المركزى للكتب الجامعية.
- 94- محمد شوقى عبد المنعم (2005) : فعالية برنامج ارشادى فردى اتمية بعض
مهارات التواصل اللغوى لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) . رسالة ماجستير ,
كلية التربية , جامعة طنطا .
- 95- محمد عز الدين (2001) : "التوحد" مرض محير يهدد أطفال الخليج. مجلة
نصف الدنيا , العدد (579) , 18 مارس , القاهرة: مؤسسة الأهرام ,
ص18.
- 96- محمد على كامل (2003) : من هم ذوى الأوتيزم ؟ وكيف نعددهم للنضج ؟ .
القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 97- محمد قاسم عبد الله (2001) : "الطفل التوحدى أو الذاتوى , الانطواء حول الذات
و معالجته" اتجاهات حديثة. كلية التربية , جامعة حلب , دار الفكر .
- 98- محمود عبد الرحمن حموده (1991) : النفس أسرارها وأمراضها. ط2 , القاهرة:
دار المعارف.
- 99- محمود عبد الرحمن حموده (1998) : الطب النفسى للطفولة والمراهقة المشكلات
النفسية والعلاج . ط2 , القاهرة: مطبوعة بواسطة المؤلف.

100-ميرىلا كياراندا (1992) : التربىة الاجتماعىة فى رىاض الأطفال (ترجمة فوزى عىسى عبد الفتاح حسن). القاهرة: دار الفكر العربى.

الملاحق

ملحق رقم (1):

المقياس العناية بالذات لأطفال التوحد

معلومات عن الطفل:

اسم الطفل: الجنس: ذكر () أنثى ()

درجة الذكاء: تاريخ التطبيق: / /

مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي داخل المنزل

الرقم	المجال الأول	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بدقة				
2	يعدد الطفل بعضاً من استخدامات أدوات تناول الشراب (كوب-إبريق) بدقة				
3	يستخدم الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بنجاح				
الرقم	المجال الثاني	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بدقة				
2	يعدد الطفل استخدامات كل ادوات تناول الطعام يستخدم الطفل أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بدقة				
3	يستخدم الطفل أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح				

الرقم	المجال الثالث مهارات تنظيف الأسنان	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بدقة				
2	يحدد الطفل وظيفة أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بدقة				
3	يستخدم الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بنجاح.				
الرقم	المجال الرابع مهارات ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة				
2	يحدد الطفل وظيفة الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة				
3	يرتب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بنجاح				
الرقم	المجال الخامس مهارات غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم في غسيل الوجه واليدين (الماء - الصابون) بدقة				
2	يحدد الطفل أهمية غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون بدقة				
3	يغسل الطفل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح				
الرقم	المجال السادس مهارات استعمال الهاتف	دائماً (3)	بصورة متقطعة (2)	نادراً (1)	لا أبداً (صفر)
1	يسمي الطفل أجزاء الهاتف (السماعة، الرقصة، مكرفون،				

				التحدث) بدقة.	
				يحدد الطفل أهمية الهاتف في عملية الاتصال بدقة.	2
				يستخدم الطفل الهاتف في عملية الاتصال بنجاح.	3
لا أبداً (صفر)	نادراً (1)	بصورة متقطعة (2)	دائماً (3)	المجال السابع مهارات استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره	الرقم
				يسمي الطفل أجزاء فرن الغاز (جرة الغاز، الشعلة، مفتاح التشغيل ...) بدقة.	1
				يحدد الطفل وظيفة الغاز في المنزل بدقة.	2

ملحق رقم (2):

أسماء الأساتذة والأخصائيين النفسانيين والأرطفونيين والأخصائيين في مجال التربية
الخاصة المحكمون للبرنامج التدريبي المقترح

الرقم	الاسم	الرتبة العلمية	التخصص	المؤسسة
1	مريجة عباس	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	جامعة عمار تليجي الأغواط
2	صحراوي عبدالكريم	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي	جامعة عمار تليجي الأغواط
3	بعيطيش علي	أخصائي أرطفوني	أرطفوني	CNPH
4	لعروسي أمينة	أخصائية علم النفس عيادي	علم النفس	CNP
5	بوديسة عثمان	أخصائي تربوي	علم النفس	أكاديمية علم النفس

ملحق رقم (4):

استمارة تقييم الجلسات التدريبية لأمهات أطفال التوحد

استمارة التقييم

- 1 - اسم الأم والطفل :
- 2- كيف ترى موضوع الجلسة :
- 3- ما مدى مناسبة الأهداف لموضوع الجلسة:
- 4 - كيف ترى المناقشة في الجلسة :
- 5- هل استفاد الطفل من الجلسة:
- 6- ما مدى استفادتك من الجلسة (ممتاز) (جيد جدا) (جيد) (ضعيف).
- 7- اذكر جوانب القصور في الجلسة :
- 8- هل اقتنعتي بالحلول المطروحة في البرنامج التدريبي: