

جامعة قناة السويس
كلية التربية بالعريش
قسم علم النفس التربوى

فاعلية برنامج تدريبى لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين

رسالة مقدمة من
لمياء عبد الحميد بيومى
المدرس المساعد بقسم علم النفس التربوى
للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة فى التربية
تخصص صحة نفسية (تربية خاصة)

إشراف

الدكتور
جمال السيد تفاحه
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية النوعية ببورسعيد
جامعه قناة السويس

الأستاذ الدكتور
سامي محمد موسى هاشم
أستاذ الصحة النفسية
وعميد كلية التربية بالإسماعيلية
جامعه قناة السويس

الدكتور
عبد الحميد محمد على
أستاذ الصحة النفسية المساعد
ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بالعريش
جامعه قناة السويس

1428 هـ - 2008م

فهرس الرسالة

الموضوعات	رقم الصفحة
• الفصل الأول: مشكلة الدراسة. - مقدمة. - مشكلة الدراسة. - أهداف الدراسة. - أهمية الدراسة. - مصطلحات الدراسة. - حدود الدراسة.	7 - 1 2 4 5 5 5 6
• الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة. - مقدمة. - أولاً: سيكولوجية التوحد. - ثانياً: مهارات العناية بالذات.	72 - 8 9 9 58
• الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات. - مقدمة. - أولاً: المنهج. - ثانياً: العينة. - ثالثاً: الأدوات. - رابعاً: الإجراءات. - خامساً: التحليل الإحصائي.	97 - 73 74 74 74 75 95 97
• الفصل الرابع: النتائج والتوصيات والبحوث المقترحة. - مقدمة. - أولاً: نتائج الدراسة وتفسيرها. - ثانياً: التوصيات. - ثالثاً: البحوث المقترحة. - رابعاً: الملخص باللغة العربية. - خامساً: المراجع. - سادساً: الملاحق. - سابعاً: الملخص باللغة الإنجليزية.	118 - 98 99 105 118 118 119 123 140

فهرس الجداول

مسلسل	موضوع الجدول	رقم الصفحة
1	الاتفاق بين المحكمين والنسب المئوية للاتفاق على صلاحية كل عبارة لقياس مهارة العناية بالذات للأطفال التوحديين لكل بعد من الأبعاد.	81
2	معاملات الارتباط بين كل مفردة والبعد الذى ينتمى إليها.	82
3	معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية.	82
4	معاملات الثبات لمقياس مهارات العناية بالذات بطريقة التجزئة النصفية.	83
5	الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس القبلى للمجموعة التجريبية.	99
6	الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس القبلى للمجموعة الضابطة.	100
7	الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية.	101
8	الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس البعدى للمجموعة الضابطة.	102
9	الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس مهارات العناية بالذات فى القياس التتبعى للمجموعة التجريبية.	103
10	الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى القياس القبلى لأبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد.	104
11	الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات.	106
12	الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات.	111
13	الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية فى القياس البعدى لمقياس مهارات العناية بالذات.	113
14	الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى لمقياس مهارات العناية بالذات.	116

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	موضوع الشكل	مسلسل
26	أعراض التوحد.	1
48	أسباب التوحد.	2
57	أساليب علاج الأطفال التوحديين.	3

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	موضوع الملحق	مسلسل
141	قائمة بأسماء السادة المحكمين على مقياس مهارات العناية بالذات والبرنامج التدريبي (إعداد الباحثة).	1
142	استمارة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).	2
143	مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (الصورة النهائية) (إعداد الباحثة).	3
149	استمارة لجمع البيانات الشخصية للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).	4
150	استمارة لمعرفة أهم المعززات للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).	5
151	البرنامج التدريبي (إعداد الباحثة).	6
180	صور فوتوغرافية للأطفال التوحديين أثناء أداء بعض مهارات العناية بالذات.	7

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

- مقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- حدود الدراسة.

مقدمة:

تعد رعاية المعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التى تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده ، ومن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التى تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم فى المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين ، كما صاحب وجودها تباينا فى وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة الكثير من المعاملات التى اختلفت باختلاف فلسفة كل مجتمع من المجتمعات ، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئة من الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم ، والتوجه إلى رعايتهم تحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

ففى بداية القرن الثامن عشر بدأت الرعاية المنظمة للمعاقين حيث أصبحت قضية تعليم المعاقين تحتل مكانة كبيرة على المستويين المحلى والعالمى ، وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوما بعد يوم تنادى بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال فى الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقا 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)

وإعاقة التوحد تعد من الإضطرابات النمائية ، وهى إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ، ولكنها لم تزل حظها من الاهتمام على المستوى البحثى فى الدول النامية ، فى حين أننا نجد اهتماماً متزايداً فى الدول المتقدمة ، وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة ، ويعتبر ليوكانر (1943) Leo-kanner أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث فى الطفولة ، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية ، والإجترازية ، 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 نظرا 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 فإن 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 البيئي ، 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 التوحدين بغرض تحسين مهارات العناية بالذات لديهم .

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

لذا يتضح ضرورة وجود برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين ، 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 التوحدين ، وسوف يتم استخدام المداخل السلوكية بهدف تعديل السلوك.

مشكلة الدراسة:

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من تعارض نتائج الدراسات السابقة ، والتى أكدت على تنوع المشكلات والاضطرابات التى تتعلق بالطفل التوحدى سواء كانت سلوكية ، أو انفعالية ، أو اجتماعية ، حيث يتعرض الطفل التوحدى للعديد من المشكلات التى تجعله لا يعتمد على نفسه ، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولعل من ابرز هذه المشكلات عجزه عن العناية بالذات متمثلة فى عدم قدرته على رعاية نفسه وحمايتها وإطعامها ، بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم على ارتدائه الملابس ومساعدته في خلعها ، ولا يقدر الأخطار التى قد يتعرض لها ، كما فى دراسات دالرمبل وريبيل (1992) Dalrymple & Ruble ؛ سميرة السعد (1992) ؛ عبد الرحمن سليمان (2000) ؛ يسرية صادق وآخرون (2003) ، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الطفل التوحدى لديه قصور فى السلوك الخاص بمهارات العناية بالذات ، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه ، وإلى من يساعده بارتداء الملابس وخلعها ، ولديه مشكلات فى التعامل مع المرحاض والتغذية ، وأيضا أوصت هذه الدراسات بتقديم البرامج التدريبية ، والإرشادية للأطفال التوحدين بهدف تحسين مهارات العناية بالذات لديهم ، حيث كان لتنوع أساليب التدريب والعلاج سواء كان فردياً أو جماعياً دوراً بارزاً فى إحداث تغيرات ايجابية فى تنمية مهارات العناية بالذات.

وهناك العديد من الدراسات التى أكدت على أهمية تقديم البرامج التدريبية ، والعلاجية والإرشادية للأطفال التوحدين من أجل تحسين مهارات العناية بالذات لديهم ، ومن بين هذه الدراسات دراسة :

(Matson : 1990 ؛ McClannahan : 1990 ؛ Perry & et. al. : 1991 ؛ Pierce & Schreibman: 1994 ؛ Bengstrom & et. al. : 1995 ؛ Luiselli : 1996 ؛ Reamer & et. al: 1998 ؛ Bainbridge & Myles: 1999 ، Cicero & Pfadt: 2002).

وفى ضوء هذه الاعتبارات بالإضافة إلى الندرة النسبية للدراسات فى هذا المجال سواء على المستوى العربى أو الأجنبى فإن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبى فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ، وتبدو مشكلة الدراسة واضحة من خلال محاولة الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين القبلى والبعدى ؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموع الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد ؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياس البعدي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد ؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين البعدي والتتبعي ؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلى:

- 1- تقديم برنامج تدريبى لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.
- 2- قياس مدى فاعلية البرنامج التدريبى فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية فى كونها:

- 1- تتصدى لفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة فى حاجة إلى مد يد العون والمساعدة لهم ، حيث أن هذه الفئة لم تنل حظها من البحث والدراسة على حد علم الباحثة.
- 2- تقديم مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.
- 3- تقديم برنامج تدريبى باستخدام الأنشطة التربوية ، وفنيات تعديل السلوك المتنوعة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور فيها.
- 4- تزويد المسؤولين عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج قد يسهم فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

مصطلحات الدراسة:

• **التوحد:** 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 منعزلاً عن محيطه الاجتماعى ، ويتوقع فى عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات. (ربيع سلامة : 2005 ، 30)

• **التعريف الإجرائى:** التوحد اضطراب عصبى بيولوجى يؤثر على التفاعل الاجتماعى ، وتواصل اللغة ، وعلى سلوك الطفل ، وقابليته للتعلم والتدريب ، ويأخذ عدة مظاهر منها : وجود

صعوبات فى مهارات العناية بالذات ، الطعام والشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، والقيام بعملية الإخراج والنظافة الشخصية ، والأمان بالذات.

• **مهارات العناية بالذات:** هى تلك المهارات التى تشتمل على ارتداء الملابس ، واستخدام السكين، الملعة ، الاغتسال ، تمشيط الشعر، تنظيف الأسنان ، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية (سوسن الجلبى: 2005، 60).

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

• **البرنامج التدريبى:** هو مجموعة الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة المترابطة التى تقدم خلال فترة زمنية محددة وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج.
(السيد عبد النبى، فائقة بدر: 2001)

• **التعريف الإجرائى للبرنامج:** عملية مخططة ومنظمة تستند إلى أسس وفنيات نظريات تعديل السلوك وتتضمن مجموعة من المهارات والممارسات خلال فترة زمنية محددة بهدف تنمية مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى ، والتى تشتمل على تناول الطعام والشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، وعملية الإخراج ، والنظافة الشخصية ، والأمان بالذات ، وذلك فى إطار خصائص ومتطلبات المرحلة العمرية لهؤلاء الأطفال من أجل إكسابهم قدرأ من الاستقلالية والاعتماد على النفس فى المواقف الحياتية.

حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة الحالية على:

1- المنهج المستخدم:

هو المنهج التجريبي حيث يمثل البرنامج التدريبى (المتغير المستقل) ، وتمثل مهارات العناية بالذات (المتغير التابع) .

2- عينة الدراسة:

تكونت العينة من (12) طفل من الأطفال التوحدين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9 – 12) سنة ، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين ، أحدهما مثلت المجموعة الضابطة (6) أطفال منهم (3 ذكور – 3 إناث) ، والأخرى مثلت المجموعة التجريبية (6) أطفال منهم (3 ذكور – 3 إناث) .

3- أدوات الدراسة:

1- مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخص: 2006).

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

3- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدى (إعداد الباحثة).

4- استمارة لجمع البيانات الشخصية (إعداد الباحثة).

5- مقياس مهارات العناية بالذات للطفل التوحدى (إعداد الباحثة).

6- برنامج تدريبى لتنمية مهارات العناية بالذات للطفل التوحدى (إعداد الباحثة).

4- الحدود المكائنية للدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من جمعية التثقيف الفكرى بالإسماعيلية ؛ لأنها الجمعية الموجود بها عينة الدراسة عن غيرها.

5- الحدود الزمنية للدراسة:

استغرق تطبيق البرنامج أربعة أشهر بواقع جلسات فى الأسبوع.

الفصل الثانى

الإطار النظرى ودراسات السابقة

- مقدمة.
- أولاً: علم نفس التوحد.
- ثانياً: مهارات العناية بالذات.

الفصل الثاني الإطار النظري ودراسات السابقة

مقدمه:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإطار النظري والدراسات السابقة ، حيث يتم توظيف الدراسات السابقة في تعزيز الإطار النظري ، باعتبارها الجانب الأمبريقي للتحقق منه ، ومن هذا المنطلق سوف يتم العرض من خلال محورين أساسيين:

- **المحور الأول:** علم نفس التوحد وفيه يتم تناول مصطلحات التوحد ، مفهوم التوحد ، معدل انتشاره ، أعراض التوحد ، أسباب التوحد ، خصائص التوحد ، ثم تشخيص التوحد ، الأساليب العلاجية للتوحد.
- **المحور الثاني:** مهارات العناية بالذات وفيه يتم تعريف مهارات العناية بالذات ، أنواع المهارات ، كيفية التدريب عليها.

أولاً: علم نفس التوحد Autism Psychology

تعتبر إعاقة التوحد من الإضطرابات النمائية الأكثر شيوعاً في الوقت الحاضر والتي يبدأ ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة ؛ فالأطفال التوحديون يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي ، ومهارات العناية بالذات ، لذا فهم يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بما يجعلهم في حاجة إلى إعداد برامج تربوية ، وبرامج علاجية مناسبة لهم.

ويرجع التعرف على هذه الفئة إلى الطبيب النفسي الأمريكي " ليوكاير Leo Kanner (1943) عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لـ (11) طفلاً أطلق عليهم مصطلح اضطراب التوحد Autism Disorder ، حيث لاحظ انغلاقهم الكامل علي ذواتهم ، والابتعاد عن الواقع ، والإنطواء والعزلة ، وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم.

ويؤكد هذا العديد من الدراسات مثل (عبد الرحيم بخيت: 1999 ؛ شاكر قنديل: 2000 ؛ هالة كمال الدين: 2001 ؛ سهى نصر: 2001 ؛ عادل عبد الله: 2002 – ب ؛ رشاد موسى: 2002 ؛ نادية عبد القادر: 2002 ؛ آمال باظة: 2003 ؛ عبد الرحمن سليمان: 2004 ؛ عصام زيدان: 2004 ؛ محمد خطاب: 2005 ؛ سوسن الحلبي: 2005 ؛ ماجد عمارة: 2005 ؛ ريتا جوردن ، ستيوارت بيول: 2007).

ولقد تعددت المصطلحات حول مفهوم التوحد حيث أطلق عليه بعض الباحثين الذات ، أو الأنانية (عبد المنعم الحفنى: 1978 ، 80 ؛ عادل الأشول: 1987 ، 112) وهناك من يسميها الاجترار ، أو الإجترارية ، أو اجترار الذات (عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطي: 1992 ، 52 ؛ عثمان فراج: 1996 ؛ جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي: 1995 ، 315 ؛ عبد الرحمن سليمان: 2001 ، 7) والبعض الآخر أطلق عليها مصطلح الانغلاق الطفولي ، أو الانغلاق النفسي (ماجد عماره: 1999 ، 10) ، كما يسميها آخرون الذهان الذاتوى ، أو التوحد الطفولية (محمد شعلان: 1979 ، 116 ؛ أحمد عكاشة: 1992 ، 642) أو فصام الطفولة (ريتشارد سوين: 1979 ، 753) وهناك من يسميها الفصام الذوى (رمضان القذافى: 1994 ، 159) ، وهناك من يسميها الأوتيزم أو الأوتيسية (عمر بن الخطاب خليل: 1991 ، 513 ؛ عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي: 1992 ، 52-53 ؛ جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي: 1995 ، 315 ؛ عبد المنان ملامعمور: 1997 ، 44 ؛ آمال باظة: 2001 ، 72-76 ؛ رشاد موسى: 2002 ، 387 – 416)

ويطلق عليها البعض التمرکز الذاتی (فتحي عبد الرحيم: 1983 ، 286 – 287) ، والبعض يسميها التوحد (لطفى الشربيني: 2000 ، 12 ؛ عبد الرحمن سليمان: 2001 ، 7 ؛ آمال باظة: 2001 ، 72) وأحيانا تسمى التوحدية (عمر بن الخطاب خليل: 1994 ، 63 ؛ عادل عبدالله: 2002 ، 36 - ب) ويفضل بعض الباحثين أن يسميها التوحد (كمال دسوقي: 1988 ، 151-152 ؛ يوسف القربوطي وآخرون: 1995 ، 366 ؛ عثمان فراج: 1996 ؛ إسماعيل بدر: 1997 ، 731 ؛ لطفى الشربيني: 2000 ، 12 ؛ شاکر قنديل: 2000 ، 47 ؛ آمال باظة: 2001 ، 76-72 ؛ عبد الرحمن سليمان: 2001 ، 7 ؛ عادل عبد الله: 2002 – أ) .

ويطلق عليها بعض الباحثين متلازمة (كانر Kanner's Syndrome عادل الأشول: 1987 ، 112 ؛ جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي: 1995 ، 315 ؛ عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي : 1992 ، 53-52) .

وتأخذ الباحثة مصطلح " التوحد " ؛ لأنه أكثر المصطلحات التي اتفق عليها الكثير من الباحثين والأكثر دقة لفظياً ، وتعرض في الفقرات التالية التعريف الشكلي لهذا المصطلح.

يرى عثمان فراج (1996 ، 3) أن مصطلح التوحدية يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو ، وتتميز بقصور في الإدراك ، وتأخر أو توقف النمو ، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به بحيث يعيش مغلقاً على نفسه ، يكاد لا يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

ويذكر عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (1992 ، 53) أن التوحد له عدة معاني منها : اجترار الذات ، الإجترازية ، استثارة الذات والأتوسية ، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30 : 42) شهرا ، ويؤثر في سلوكهم ؛ فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح ، كما يتصفعون بالانطواء على النفس ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية.

ويذكر عمر بن الخطاب خليل (1994 ، 388) أن التوحد له مجموعة من محددات الشخصية هي:

1. اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.
 2. زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ، وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفض.
 3. اضطرابات في التفاعل الاجتماعي.
 4. نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين (2: 4) كل عشرة آلاف طفل.
- ويطلق رمضان القذافي (1996 ، 159) على "إعاقة التوحد" كلمة الفصام الذووي (ذاتي التركيب) ، وأن الكلمة الأجنبية Autism تعود إلى اصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهي "الذات" ، أو "النفس" وأنها حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، حيث يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي ، وتميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي ، والانفعالي ، والذهني كما أن لديهم عدم القدرة على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويا ، ولديهم اضطراب في الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات التعليمية.

ويرى إسماعيل بدر (1997 ، 14) أن التوحد هو اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية ، وخاصة في التعبير عنها بالوجه ، أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

ويتفق عبد المنان ملامعور (1997 ، 14) وعادل عبد الله (2002) على أن التوحد مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس ، والاستغراق في التفكير ، وضعف القدرة على الانتباه ، وضعف القدرة على التواصل ، وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط ؛ بينما يرى محمد عز الدين (2001 ، 18) أن التوحد يعتبر اضطرابا يتعلق بنمو الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية ، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير .

ويقرر كمال سيسالم (2002 ، 48) بأن الإجترارية والأوتوسية والتوحد مصطلحات تستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكيا ، خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة مثل الانطواء الشديد ، والتمركز حول الذات ، والانشغال بالعالم الخارجى . ويذكر يحيى الرخاوى (2003) أن التوحد الطفولى نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءا من أمه ، وقد ينجح في عمل علاقات جزئية مع أجزاء الأشياء المادية ، وبالتالي يعاق نموه اللغوى .

ويرى لطفى الشربيني (2004 ، 103) أن التوحد يعتبر من الإضطرابات النمائية التى تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية فينخرط في مشاعر ، وأحاسيس ، وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه ، بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التى يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقة الخاصة .

أيضاً يقرر ماجد عماره (2005 ، 18) أن التوحد حالة من حالات الإضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب ، والانطواء ، وعدم الاهتمام بوجود الآخرين ، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ، ويتجنب الطفل أى تواصل معهم وخاصة التواصل البصرى ، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليه التردد أو التكرار لما يقوله الآخرين أو الاجترار ، ولديه سلوك نمطى ، وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها ، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقات الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية .

ويشير يوشيل وآخرون (2004 ، 164) إلى أن التوحد مرض معقد في مظاهر الاضطراب حيث يحتوى على عدة اضطرابات تتضمن اللغة ، ومهارات الاتصال ، والتفاعل الاجتماعي ، وكل هذه الأعراض تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، ويذكر أن كلمة (متوحد) تشير إلى نزعة أو ميل إلى الارتداد للنفس وتتجاهل كثيراً ما يمكن أن يحدث داخل البيئة .

أما مجمع التوحد الأمريكى (1996) The Autism Society of America فيرى أن هناك سمات يتميز بها التوحدى هي: الاتصال اللفظي وغير اللفظي ، التفاعل الاجتماعي ، القصور الحسى للعب ، حيث يعانى الطفل التوحدى من نقص في التلقائية أو اللعب التخيلى ، السلوكيات حيث يحتمل أن يكون الطفل التوحدى شديد النشاط أو سلبي جدا (كمال زيتون: 2003 ، 173) . وأخيراً يذكر ربيع سلامة (2005 ، 15) أن التوحد 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 الفرد منعزلا عن محيطه الاجتماعي ، ويتوقع في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات .

تعليق:

من خلال استعراض التعريفات السابقة يتبين ما يلى:

- 1- توجد اختلافات في تحديد مصطلح واحد لإعاقة التوحد ؛ فيطلق عليها مسميات عديدة ؛ فالبعض يسميها توحد الطفولة المبكر ، والتوحد الطفولى ، أو التوحدية والبعض الآخر يسميها التوحد ، أو الإجترارية أو اجترار الذات ، الانغلاق على الذات ، الإنشغال بالذات أو استثارة الذات ،

الأوتوسية ، وبرغم تعدد التسميات إلا أنها تشير إلى كلمة أجنبية واحدة Autism وأكثر المصطلحات استخداما في الوقت الراهن هو إعاقة التوحد.

- 2- إن الإصابة بالتوحد تكون خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.
- 3- اتفاق معظم التعريفات على أن الطفل التوحدي يكون لديه نزعات انسحابية انطوائية شديدة من الواقع المحيط به ، وينشغل بذاته أكثر من العالم الخارجى ، مما يؤدي إلى فساد العلاقات الاجتماعية بينه وبين الآخرين ، وهذا بدوره يقود إلى قصور واضح في اللغة ، مما قد يؤدي إلى صعوبة في التواصل اللفظي أو غير اللفظي ، وعدم القدرة على استخدام الضمائر ، والإصرار على طقوس نمطية معينة ، ويحدث هذا بنسبة تتراوح ما بين (2-4) كل عشرة آلاف طفل.

وعليه فإن التوحد اضطراب عصبى بيولوجى يؤثر في التفاعل الاجتماعى، وتواصل اللغة، وسلوك الطفل، وقابليته للتعلم والتدريب ، ويأخذ عدة مظاهر منها تأخر أو فقدان النمو اللغوى ، نوبات الغضب ، والبكاء، والضحك بدون سبب ، وعدم الخوف من الخطر ، واللعب بطريقة شاذة ، وصعوبات في مهارات العناية بالذات " الطعام والشراب ، ارتداء الملابس ، الإخراج ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات " .

معدل انتشار إعاقة التوحد:

أعلن المركز الطبى بمدينة ديترويت الامريكية (1998) Detroit Medical Center أن اضطراب التوحدية أكثر شيوعا من متلازمة داون Down's Syndrome ، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (4 - 5) أطفال من كل 10000 آلاف طفل ، وتبلغ نسبة إصابة الذكور (3 : 4) أضعاف الإناث. (محمد زايد: 2004 ، 100)

وهذا ما أكده إيدلسون (1998) Edelson بناء على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة ، وانجلترا ، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (4-5) أطفال لكل 10000 طفل ، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) Autism Society of America أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (1 : 500) من الأطفال بما يعادل (20 : 10000) ، وإن نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (4 : 1) . (عصام زيدان: 2004 ، 124) .

ويذكر كل من رونالدكولاروسو ، كولين اورورك (2003) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن 3-12 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي 0.06% وهذا يعنى أن هناك (60 : 10000) طفلا لديهم إعاقة التوحدية .

إن الإعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج أو في بلادنا العربية ، وللأسف لا يوجد لدينا إحصائيات رسمية إلى الآن ، وهذا ما أكدته نتائج دراسات كلا من (إلهامى عبد العزيز وآخرون: 2001 ، 20 ؛ عادل عبد الله: 2002 ، 12-ب) على عدم وجود دراسة واحدة تحدد نسبة انتشار التوحدية في مصر والعالم العربى.

أعراض إعاقة التوحد:

يتميز التوحد بمجموعة من الأعراض التى يمكن الرجوع إليها عند التشخيص ، وتتمثل هذه الأعراض فيما يلى:

(1) ضعف التفاعل الاجتماعى:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد ، حيث إن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره ، ولا يرغب في صحبة الآخرين ، أو تلقي الحب والعطف منهم ، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين ، أو مبادلتهم نفس المشاعر ، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته ، ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من احد الاهتمام به ، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس ، ويضيف كلا من محمد خطاب (2005) ، (15) ؛ كمال زيتون (2003 ، 25) أن الطفل التوحدي يعاني من الوحدة الشديدة ، وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم ، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين ، وعدم الاندماج مع المحيطين به ، وعدم استجابته لهم ، وميله الدائم للتوحد بعيداً عنهم ، ومقاومته لمحاولات التقرب منه أو معانقته.

وتشير سوسن الحلبي (2005 ، 55) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

(أ) التجنب الاجتماعي Socially Avoidant

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

(ب) اللامبالاة الاجتماعية Socially in different

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

(ج) الإرباك الاجتماعي Socially awkward

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

ويؤكد على ما سبق دراسة جيلسون (2000) Gillson التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين ، والأطفال المتخلفين عقلياً في المواقف ، والتفاعلات الاجتماعية ، والسلوك الانسحابي من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الاجتماعية ، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية ، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً.

وكذلك دراسة كاربننتوري ومرجان (1996) Carpenturi & Morgan التي استهدفت التعرف على السلوك الاجتماعي ، والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحديين ، والأطفال المتخلفون عقلياً والتي بينت نتائجها أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التبادل ، والتواصل البصري بالعين ، والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقلياً . وتتفق معهم دراسة جانزاليا (1997) Ganzalea التي أشارت إلى أن الأطفال التوحديين في حاجة ماسة للبرامج العلاجية لكونهم أكثر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من حدة بعض الإضطرابات السلوكية ، وكونهم أيضاً أقل تعلقاً من أقرانهم المتخلفين عقلياً ، حيث لم يفضلوا صوت الأم بل أنهم كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة ، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، وذلك بشكل دال قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً الذين كانوا يفضلون صوت الأم.

ويشير الباحثون إلى أن من الأعراض المتداولة عن الطفل التوحدي " الانسحاب من المواقف الاجتماعية " ، كما أكدت نتائج دراسات كلا من عادل عبد الله (2002) ؛ أميرة بخش (2002) ؛ ماجد عمارة (2005) على أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية ، وعدم التفاعل الاجتماعي ، والسلبية تجاه الآخرين ، فهم يظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم ، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أي لقاءات عائلية ، وقصور شديد في الاستجابة للمثيرات البيئية ، والضعف العام في المجالات الاجتماعية ، بينما يرى بعض الباحثين أن الانسحاب لا ينطبق على جميع الحالات ، وهذا ما أكدته شاكر قنديل (2000) في دراسته بأن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون

من الأشخاص المألوفين لديهم ، ويحبون الألعاب التي تتطلب اتصالاً بدنياً ، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعاينته ، واحتضانه له ، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخصاً مألوفاً لديهم.

(2) القصور اللغوى:

يعتبر القصور اللغوى من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد ، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر ، فيذكر كلا من ريتاجوردن ، ستوارت بيول (2007 ، 2) أنه يوجد لدى الأطفال التوحديين نقصاً واضحاً في اللغة ، والاتصال اللفظي ، وغير اللفظي ، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين ؛ فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها ، والإيماءات التعبيرية ، ولغة الجسم ، وموضع الجسم ، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة ، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى ، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ ، والجوانب العملية للمعنى.

ويرى ماجد عمارة (2005 ، 31) أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام ، وفي نقص النمو اللغوى دون أن تكون هناك إشارات تعويضية ، وأيضاً استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون ، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات ، الاتصال اللفظي غير الطبيعي من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية) ، أيضاً تشير سوسن الحلبي (2005 ، 33) أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم .
من هذه المشكلات:

(أ) المصاداة Echolalia

فهى تعتبر من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين ، وتعرف سوسن الحلبي (2005 ، 33) المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه توتاً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال.

ويعرفها عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطى (1992 ، 30) بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد الإرادى لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم ، وهى تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلى الشديد .

وتؤكد دراسة روتر (1998) Rutter أن الأطفال التوحديين يعانون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل آلى مع ضعف في الانتباه ، ونقص التواصل اللغوى ، وصعوبة في التواصل مع الآخرين ، ويذكر عبد الرحمن سليمان (2004 ، 20) أن الطفل التوحدي يكرر الكلمات ، والجمل وهذا الترديد والتكرار من أخص خصائص التوحديين حيث لا يتعلمون اللغة أبداً.

(ب) الاستخدام العكسى للضمائر:

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين ، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هى" ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت" ، ويؤكد عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003 ، 15) أن الطفل التوحدي يستبدل بالضمير "أنت" ، الضمير "أنا" ؛ فعلى سبيل المثال يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي هل تريد البسكويت ، فتكون إجابة الطفل ، أنت أريد البسكويت وما إلى ذلك ، وهذا ما أكدته نتائج دراسة عمر بن الخطاب خليل (1996 ، 64) من أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الآخر بـ "أنا" ويلقب نفسه بـ "أنت" ، وإلى ذلك تشير نتائج دراسات كلا من (حسنى حلوانى: 1996 ، 15 ؛ عصام زيدان: 2004 ، 25 ؛ لويس مليكه: 1998 ، 33 ؛ أمال باظة: 2003 ، 45 ؛ عثمان فراج: 1996 ، 27 ؛ ربيع سلامة: 2005 ، 16) أن الأطفال التوحديين لديهم قصورا واضحاً في النمو اللغوى ، مما يقلل من التواصل اللفظي مع تكرار المقاطع أو

الجملة والكلمات دون اعتبار للمعنى مع الاستجابة للكلام بطريقة غير طبيعية ، وأن قدرتهم اللفظية تعد منخفضة جداً.

(ج) السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة ، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبدونها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة ، وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم ، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم.

(سميرة السعد: 1998 ، 32)

ويشير عبد العزيز الشخص (2003 ، 35) إلى أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية ، والاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) ، والتفكير الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة ، والالتزامات الحركية النمطية والمتكررة ، والإنشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله.

ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (1995 ، 35) السلوك النمطي بأنه السلوك المنمط أو المقلوب ، وهو سلوك جامد غير مرن يتم بغض النظر عن التغير في السياق والنتائج التي ينبغى أن تؤدي إلى تعديلات في كيفية تصرف الفرد ، أى أنه سلوك يتبع نمطاً واحداً متكرراً. ويشير رشاد موسى (2002 ، 18) أن الطفل التوحدي يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو الففز لأعلى وأسفل والمشي على أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي إلى شيء يشد انتباهه .

ويضيف ماجد عمارة (2005 ، 32) أن كثيراً ما يقوم الطفل التوحدي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رصغ اليد الأخرى ، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر وقد يمضى الساعات محملاً في اتجاه معين أو نحو مصدر صوت أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو الساعة الدقاقة ، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود إلى وحدته المفرطة أو انغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به.

وأكدت ذلك دراسة وولف (2005) Wolf أن الطفل التوحدي يمارس أنواعاً سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي ، وكذلك نتائج دراسة بيكلين (2002) Biklen التي أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن:

- 1- حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.
- 2- إيذاء النفس بشكل مستمر.
- 3- هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير.
- 4- صدى كلامي.
- 5- رفة العينين ونغز متكرر، ررفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

ولقد أرجعت دراسة ترينبيير (1996) Trenpeyeier، هذا السلوك النمطي المتكرر إلى:

- 1- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي.
- 2- إتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب اهتمام.
- 3- الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومي له.

- 4- عدم القدرة على ملائمة السلوك مع الموقف.
- 5- خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفي حجمها.
- 6- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

(د) عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1995 ، 2047) أن لعب الأطفال التوحيديين يكون يدوياً (تناولياً) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية تلك الوظيفة التي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من الحياة.

واللعب الإلهامي هو نمط من اللعب يسود في الطفولة المبكرة حيث يصبح نشاط اللعب للطفل بالتعبير الحر عن انفعالاته بما فيها من مشاعر سلبية وعدوانية مكبوتة فيسقطها على اللعب بدون خوف من عقاب.

ويذكر لويس مليكه (1998 ، 273) أنه في السنوات الأولى من الحياة ، يكون اللعب الاستطلاعي المؤلف غالباً أو في حده الأدنى ويتناول التوحيدي اللعب ، والموضوعات غالباً بأسلوب يختلف عن الاستخدام المقصود ، فمثلاً قد يلعب الطفل لعبة عربية لفترة طويلة من الزمن دون أن يحركها يمينا أو يسارا أو دون أن يحاول تسيير العربة على الأرض .

وتشير آمال باظة (2003 ، 25) أن الأطفال التوحيديين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي إذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة.

ولقد اتفقت معها نتائج دراسة رمانزيك (1999) Romanczyk, في أن الأطفال المصابين بالتوحد في سن ما قبل المدرسة يظهر لديهم نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي ويشمل اللعب بالدمى ولعب الدور واللعب المسرحي ومن لديهم القدرة على اللعب عندهم يكون اللعب تكراري وبسيط فالأطفال المصابون بالتوحد نادراً ما يبحثون عن شركاء للعب كما يكون اللعب رمزي غير تفاعلي.

ويذكر عبد الرحمن سليمان (2004 ، 35) أن لعب الأطفال التوحيديين يكون في نطاق محدود تماماً فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تنمي أو تطور من اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي ، الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحيديين خلال ممارسة اللعب يفتقد إلى الإبداع والتجديد والتخيل ، في حين يبدأ الأطفال العاديون باستخدام خيالهم في اللعب ابتداء من سن 18 شهراً كان يلعب الطفل بكوب ورق يستخدمه على أنه قبعة كريستين مايلز (1994 ، 35) أن الطفل التوحيدي لا يلعب بطريقة تخيلية وهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية ، وأيضاً تؤكد نتائج دراسة عصام زيدان (2004 ، 15) أن الطفل التوحيدي يفتقر إلى اللعب التخيلي أو التلقائي ولا يبادر إلى اللعب الظاهري.

(هـ) البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.

(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي: 1995، 33؛ عبد الرحمن سليمان: 2002، 35)

وأيضاً يذكر فتحي عبد الرحيم (1990، 45) أن الأطفال التوحديين لديهم النقص الواضح في الاستجابة للآخرين والفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل ونقص الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينه بعيونهم واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة.

ويشير عثمان فراج (2002، 56) أن كثيراً من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجاوب طفلهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو تقبله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتماماً بحضورهم أو غيابهم، وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

ويقرر حسن عبد المعطي (2001، 564) أن كل الأطفال التوحديين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين ويظهرون الفشل في نمو التعاطف، وهذا ما أكدته نتائج دراسة إسماعيل بدر (1997، 52) من أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن الفرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه والبعض لا يظهر أى مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة وقد يقلد الآخرين في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل.

ولقد قامت نادية عبد القادر (2002، 55) بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآباءهم، والتي استهدفت استثارة انفعالات وعواطف الطفل، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به. وقد بينت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفليهما.

(و) يكون التوحد قبل سن الثالثة:

يتفق معظم الباحثين على أن إعاقة التوحدية تحدث مبكراً خلال العامين الأولين من حياة الطفل وقبل ثلاثين شهراً على الأكثر ويستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (5) أطفال من بين كل 10000 آلاف طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور به (3 - 4) أضعاف الإناث (Newsom & Hovantiz: 1996 ؛ 1994 : America Psychia Tric Asso Ciation) ؛ أحمد عكاشة : 1992 ، 35 ؛ عادل عبد الله : 2002 ، 46 - أ ؛ آمال باظة : 2001 ، 53 ؛ عبد الرحمن سليمان : 2001 ، 45 ؛ رشاد موسى : 2002 ، 312).
ويذكر عبد المطلب القريطي (2001، 65) أنه عادة ما يبدأ اضطراب التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر وتكون الأعراض قد بدأت في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل حدة الطبع، وضعف التغذية، ومشكلات في النوم، وهذه الأعراض من الممكن أن تظهر من العام الأول ومن الممكن أن تبدأ بعد العام الأول ومن أولى هذه الأعراض عدم النمو الطبيعي للغة والتي يلاحظها الآباء حيث يظهر الأطفال بداية طبيعية للغة بين الشهر الثاني عشر والرابع عشر، ولكن لا ترتقى اللغة لأبعد من ذلك، كما تظهر الأعراض الأخرى للتوحد والتي تشمل الاضطراب الاجتماعي وظهور سلوكيات نمطية تكرارية.

ويتفق مع ذلك كلا من فتحي عبد الرحيم (1983، 286)، وعادل الأشول (1987، 112) على أن ما يميز إعاقة التوحدية عما سواها هو أنها تبدأ في الطفولة المبكرة بصورة واضحة وإن لها خصائص وسمات معينة تميزها عن الإعاقات الأخرى.

وكذلك تشير نتائج دراسة محمود حمودة (1998، 10) أن الطفل التوحدي الأصغر سناً (في مرحلة الطفولة المبكرة) يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض أكثر وضوحاً.

(ز) يعاني من نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

بالرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرقاً لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه إلى ذاته.

وقد أشارت دراسة أليس (Ellis 1990) إلى أن الطفل التوحدي يقوم بربط يده ثم يقوم بفكها أو يظل يضرب وجهه بيده أو يقوم بإيذاء نفسه كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوجه الطفل التوحدي عدوانه وإيذائه إلى الغير، فقد يضرب طفلاً آخر دون سبب، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة حتى يبقى وحيداً.

كما اتفق جوردان (Jordan 1995)، فتحي عبد الرحيم (1990، 58)، جمال الخطيب وآخرون (1998، 40) على أن سلوك إيذاء الذات هو سلوك عدواني موجه نحو النفس أو نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين في رعايته وتأهيله ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس، وقد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث ما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام وقد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

ويذكر كلا من عثمان فراج (1996، 121)، لورنا وينج (1994) أن الأطفال التوحديين يظهروا حزنهم بنوبات غضب شديد أو حركات معينة كالهز إلى الأمام والوراء أو القفز صعوداً أو هبوطاً أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه وكثيراً ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه وقد لا تجدى كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.

ويضيف أيضاً محمد الفوزان (2000، 14) أن أطفال التوحد قد تظهر على بعضهم سلوكيات غريبة تلفت النظر، مثل القرع على قطعة أو كتاب بأصابعه ويدور أشياء بيده وكذلك بعضهم قد يقوم بعض أظافره أو أحد أظافر الآخرين.

ويؤكد أحمد عكاشة (1992، 95) ما سبق من أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات ونوبات غضب في المزاج والعدوان وإيذاء النفس.

كما تؤكد نتائج دراسة سوسن الحلبي (2000، 145) على أن الأطفال التوحديين يعانون من الضحك والصراخ والبكاء دون سبب والسلوك العدائي تجاه الآخرين وإيذاء ذاته.

(ح) انخفاض مستوى الوظائف العقلية:

يشير جمال تركي (2004، 135) إلى أن حوالي 40% من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (55) درجة وحوالي 30% يتراوح معامل ذكائهم ما بين (55-70) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20% من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي، ودراسة سجلات معدلات الذكاء لأطفال التوحد يعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير المجرد مشيرة إلى أهمية القصور عن الوظائف المرتبطة باللغة.

ووجد أن بعض أطفال التوحد لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلى درجة غير عادية ، فالذاكرة غير العادية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة وأحياناً تكون الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة على الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرأون.

وتؤكد دراسة شاش وآخرون (Shash et al., 1993) على أن أداء الأطفال التوحديين في بعض الاختبارات العقلية في مقياس وكسلر للذكاء يكون عادى بل ويكون مرتفع في بعض الأحيان. ويضيف أيضاً عبد الرحمن سليمان (2000، 125) أن أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظاً مع ظهور تفوق في مجالات معينة ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق تشغيل الإنارة، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقين وقد يبدي بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية ، وهذا ما أكدته دراسة كل من دافيز وآخرون (Davies et al., 1994) ؛ وزوريك (Wzorek 1994) فرغم وجود بعض من المهارات الاستثنائية لدى الأطفال التوحديين حيث تكون فوق العادية في بعض الأحيان وفوق العادى في أحيان أخرى ، إلا أن لديهم عيوب إدراكية عامة ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه ولكن لا يمكن القول بأن لديهم جمود إدراكى.

ويشير أيضاً عبد الرحمن سليمان (2004، 145) إلى أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في الإدراك، والانتباه، والوظائف العصبية.

وأكدت ذلك نتائج دراسة كل من بوراك (Burack 1994)؛ لوى وآخرون؛ (Lewy et.al 1994) على أن الأطفال التوحديين لديهم قصور شديد في الانتباه وخاصة الانتباه الانتقائي ، فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على شئ محدد ضمن أشياء متعددة.

كما أكد ذلك أيضاً دراسة نلسن وإسرائيل (Nelson, & Israel, 1991) حيث تهدف دراستهما إلى التعرف على اضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدى مثل نقص الانتباه وضعفه ونقص التواصل مع الآخرين من خلال مجموعة من الأطفال التوحديين حيث أظهرت النتائج أن الطفل التوحدى يعاني من ضعف شديد في الانتباه ونقص التواصل.

وتؤكد نتائج دراسة حسن عبد المعطى (2001، 567) أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في مدى الانتباه وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما.

(ط) قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:

يتفق كل من عثمان فراج (1996) ؛ ماجد عمارة (2005) على أن الطفل التوحدى لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن (5) أو (10) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمنى سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التى يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق.

ويؤكد إلهامى عبد العزيز (1999، 85) أن الطفل التوحدى من الممكن أن يشرب سوائل كثيرة بطريقة غير منتظمة كما أنه لديه عدم انتظام في الأكل واللبس والنوم ، كما يوجد عدم استقرار في وزن الجسم زيادةً أو نقصاناً ويقتصر طعامه على أنواع معينة ، كما نجده مستيقظاً بشكل متكرر ليلاً ويصاحب ذلك هز الرأس وإرجاعها بشكل متكرر.

وأثبتت نتائج دراسة حسن عبد المعطى (2001 ، 95) أن الطفل التوحدي لديه مشكلات في الطعام والتغذية والشراب ، كما أن اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين.

(ي) ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

يؤكد كل من عثمان فراج (1996 ، 56) ؛ إلهامى عبد العزيز (1999 ، 160) على أنه تبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أى مثير خارجى إلى جهازهم العصبى ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو انه قد أصابه الصمم أو كف البصر وغالبا ما يظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقص في الاستجابة للمثير الحسى بكل أشكال المثير البصرى ، والسمعى ، واللمسى ، والألم ، ونجدهم من الممكن أن يتجاهلوا بعض الإحساسات مثل الألم ، والحرارة ، والبرودة بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين ويتجنبوا أن يلمسهم أحد وأحيانا يظهروا انبهاراً ببعض الاحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح.

وأكدت لورناوينج (1994) أن الأطفال التوحديين يعانون من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهم للمخاطر التى يتعرضون لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار التى تلحقهم أو الإيذاء الذى يصيبهم.

كما أن الأطفال يعانون من شذوذ في الإدراك فكثيراً ما يستجيب الأطفال بطرق غريبة وقد يبدو عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التى لا يسمعون الآخرون إلا بصعوبة أو يغلقون آذانهم تحسباً لسماع أصوات مرعبة.

وأيضاً يرى عمر بن الخطاب خليل (1991 ، 529) أن الطفل التوحدي لديه مشكلة في الإدراك فهو يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى وانه لديه صعوبات في الإدراك البصرى والسمعى واللمس والشم والتوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت ، والطفل لديه صعوبات في التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعيقه من العمل على زيادة مخزون الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة الإدراكية.

ويؤكد محمد كامل (2003 ، 62) أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى والتفكير بالصور وليس بالكلمات وأيضاً يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في وقت واحد كالسمع فقط أو الإبصار إلخ.

ويشير كريك وآخرون (2003) Creak, et.al أن بعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف أو تقريبها إلى العين والبعض الآخر قد يثبت بصره على الضوء أو الأشياء المتحركة أمامه.

وإن بعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل تجاهل الأصوات ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس واختفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

تعليق:

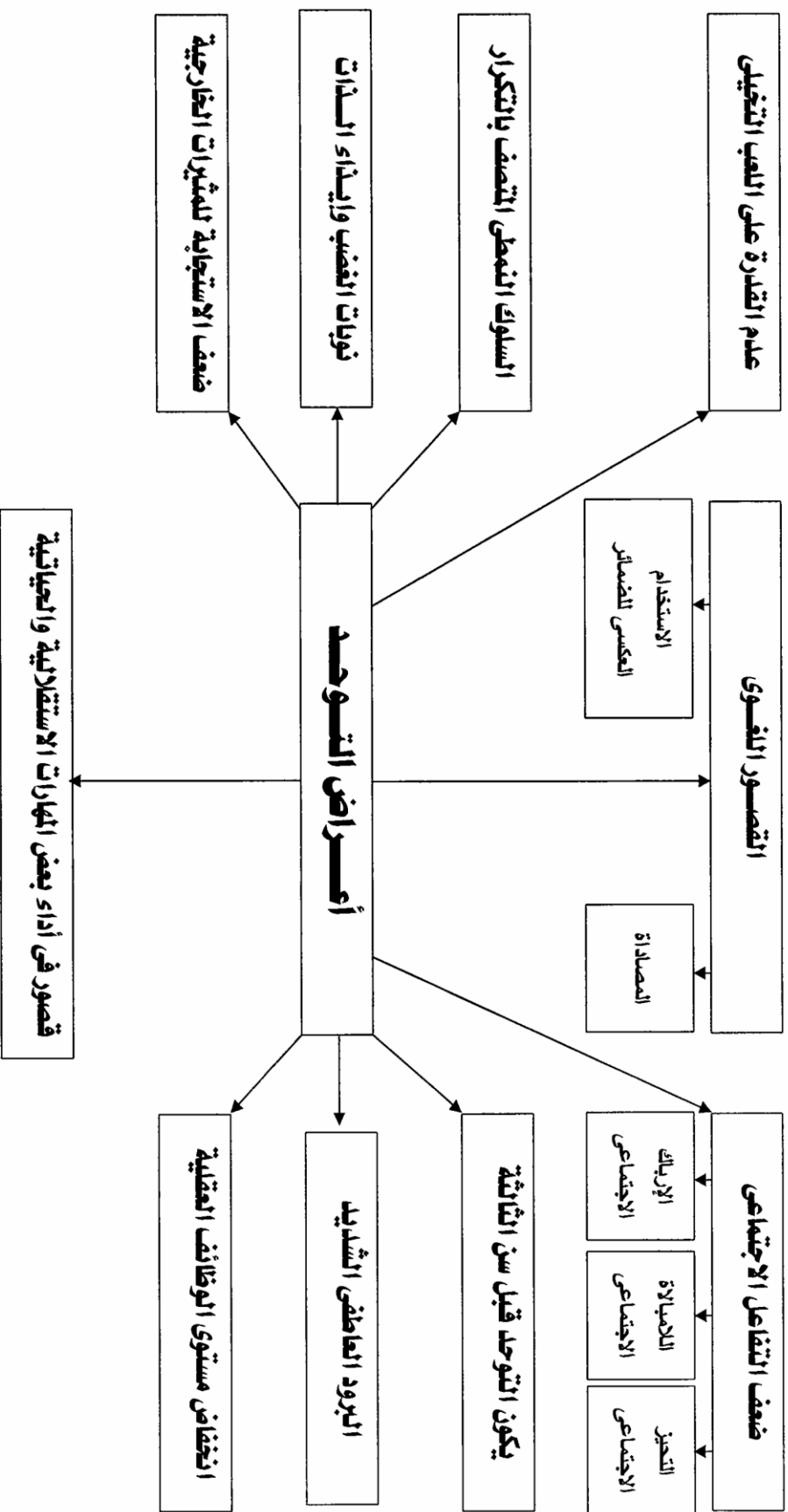
من خلال ما سبق تصنف الباحثة أهم أعراض التوحد فيما يلى:

1- مجموعة الأعراض الأساسية والتي توجد في كل الأطفال التوحديين وتتمثل في:

- القصور اللغوى.
- ضعف التفاعل الاجتماعى.
- السلوك النمطى المتصف بالترار.
- عدم القدرة على اللعب التخيلى.
- يكون قبل عمر الثالثة.
- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.

2- مجموعة الأعراض الإضافية التي قد لا توجد في كل الأطفال التوحيديين

- انخفاض مستوى الوظائف العقلية.
- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.
- البرود العاطفي الشديد.
- نوبات الغضب وإيذاء الذات.



شكل (1) : أعراض التوحد.

تشخيص التوحد:

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

- 1- صعوبات التشخيص.
- 2- محكات التشخيص.
- 3- فريق العمل الإكلينيكي ودور كلا منهم في التشخيص.
- 4- التشخيص الفارق.

1- صعوبات التشخيص:

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع الحالات الأخرى ، ويمكن تقديم موجزا لهذه الصعوبات التي ذكرها الكثيرون مثل (عمر بن الخطاب خليل: 1991 ؛ محمد الدفراوي: 1993 ؛ عثمان فراج: 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 ، والإنفعالي ، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.
- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد ، وتختلف من فرد لآخر ، ومن النادر أن تجد طفلين متشابهين تماما في نفس الأعراض.
- تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي ؛ فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات.
- ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.
- حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات.

2- محكات التشخيص:

يوجد العديد من المحكات التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص التوحد ، ولقد حدد ليوكانر (1943) Leo-Kanner مجموعة من المعايير لتشخيص حالات التوحد وهي:

- 1- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- 2- التمسك الشديد لحد (الهوس) بمقاومة أى تغير يحدث في البيئة المحيطة به.
- 3- شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخويه.
- 4- مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو القيام بعملية حسابية صعبة أو إبداع مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.
- 5- يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام في شكل مهمة وغير ذى معنى ولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين (عثمان فراج: 1996 ، 5).

أما قائمة كريك (1961) فتشتمل على (9) نقاط تستخدم في تشخيص الأوتيزم وهي:

- 1- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية.
- 2- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية.

- 3- الانشغال المرضى بموضوعات معينة.
 - 4- مقاومة التغيير 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: 2000 ، 32)

كما وضع كلانس (1969) قائمة مكونة من (14) ظاهرة وتوصل من خلالها إلى أن الطفل التوحدي 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- يفضل كل احتياجاته بالإشارة.
 - 7- الضحك والقهقهة بغير سبب.
 - 8- فقدان المرح المعتاد مثل الأطفال الأسوياء.
 - 9- يتميز بالاندفاع الدائم وزيادة الحركة (فرط النشاط).
 - 10- لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه.
 - 11- يتعلق بأشياء غير اعتيادية معينة.
 - 12- يرمى الأشياء.
 - 13- تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة.
 - 14- لا يعير انتباهاً لأحد.
- (رشاد موسى: 2002 ، 403 - 404)

بينما الدليل الدولي التاسع (1978) قد شحّصَ التوحد على أنه لزمة تبدو بدرجات متفاوتة في الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل وتظهر على النحو التالي:

- 1- استجابات الطفل التوحدي لإشارات سمعية وبصرية غير طبيعية.
- 2- صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام.
- 3- التركيب النموي 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 والارتباطات الاجتماعية واللعب الجماعي.
- 7- الارتباط الغريب بالموضوعات مع الأسلوبية النمطية في اللعب.
- 8- صعوبة القدرة على تجديد الأفكار واللعب التخيلي.
- 9- يتراوح الذكاء من النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط.
- 10- يكون أدائه عادة أفضل للمهام التي تتضمن الذاكرة.

(لورنا وينج: 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 بعضا من الكلمات وبالتالي غياب القدرة على التواصل.
 - 3- غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين.
 - 4- اندماج الطفل التوحدي في ممارسة حركات نمطية روتينية وتكرارها باستمرار لمدة طويلة من أن آخر.
 - 5- غياب الأعراض المميزة لفصام الطفولة من هلوسة وسماع أصوات وتخيلات غير واقعية.
- (محمود حمودة: 1991 ، 138 ؛ عثمان فراج : 1996 ، 16)

وفي عام (1987) ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي المعد وفيه يتم تشخيص الأوتيزم إذا

توفرت (8) ثمانية من الصفات (16) التالية ، على أن تشمل على الأقل (4) من المجموعة (أ) و (2) من المجموعة (ب) و (2) من المجموعة (ج) .

(أ) وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في واحدة مما يلي:

- 1- نقص ملحوظ في الوعي بوجود مشاعر الآخرين ويعامل الناس كالأشياء.
- 2- لا يبحث عن الراحة وقت التعب أو يطلبها بطريقة شاذة عندما يكون مريضا أو مصابا.
- 3- لا يحاكي الآخرين أو يحاكيهم بصورة مضطربة مثل: لا يلوح مودعا by, by التقليد الآلى للآخرين دون هدف أو دون علاقة بالموقف.
- 4- لا يشارك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي.
- 5- خلل بارز في القدرة على عمل صداقات مع الرفاق.

(ب) خلل في كيفية التواصل اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:

- 1- لا توجد وسيلة تواصل لفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماءات أو التواصل الحركي.
- 2- التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ مثل استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي.
- 3- غياب النشاط التخيلي مثل ادوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات.
- 4- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملا ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع مثل الكلام على وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال أو بصوت مرتفع.
- 5- شذوذ ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلى لإعلانات التلفزيون وسوء استعمال الضمائر مثل قوله أنت بدلا من أن يقول أنا.
- 6- خلل ملحوظ في قدرة الطفل التوحدي على بدء محادثة مع الآخر واستمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

(ج) النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:

- 1- الحركات الآلية للجسم مثل (النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو هز الرأس للأمام والخلف).
- 2- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء مثل (شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طوال الوقت.

- 3- الشعور بالكرب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة حتى لو كان تغييرا طفيفا مثل تحريك فازه من مكانها المعتاد إلى مكان آخر.
 - 4- الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شئ معين.
 - 5- ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال بشئ واحد فقط.
- (محمود حمودة : 1991 ، 103)

أما الدليل الدولي العاشر (1993) الصادر عن منظمة الصحة العالمية فقد حدد المؤشرات التشخيصية للتوحد على النحو التالي:

- 1- عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وإن وجدت لا تتجاوز عمر (3) سنوات.
- 2- الطفل التوحدى لديه اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل تأخذ شكل غير مناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية.
- 3- خلل في ألعاب تصريف الخيال والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير اللغوى.
- 4- فقد القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير.
- 5- فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية.
- 6- صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.
- 7- النمطية المتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات.
- 8- التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي.
- 9- الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة معينة.
- 10- الاهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء مثل تحريك التحف والأثاث من مكانها في بيت العائلة.
- 11- كثيرا ما يظهرون مشكلات غير سوية مثل الفزع ، والخوف ، واضطرابات النوم والأكل ، ونوبات المزاج العصبى ، والعدوان وإيذاء النفس.
- 12- صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية وفى اتخاذ القرار في العمل حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكانياتهم.

(أحمد عكاشة: 1992 ، 624).

وأخيرا جاءت الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994):

حيث أشارت المحكات التشخيصية للتوحد إلى ضرورة وجود انطباق (6) أعراض أو أكثر من مجموع الأعراض الثلاثة (أ) ، (ب) ، (ج) على الأقل عرضين من المجموعة (أ) وعرضين من المجموعة (ب) وعرضين من المجموعة (ج).

(أ) خلل كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنتان على الأقل مما يلي:

- خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.
- نقص البحث الذاتى للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين.
- نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفى.

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

- التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات.
- استخدام اللغة بشكل تكرارى نمطى أو استخدام لغة خاصة
- خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات
- نقص اللعب التلقائى من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل

ج) أنماط سلوكية أسلوبية محدودة 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:

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

3- فريق العمل الإكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص:

لقد أكدت الأبحاث الحديثة انه لا بد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي أى لا ينجح طرف واحد فقط فى وضع التشخيص بمفرده ويحتوى فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقلانيين ، وأطباء الأطفال ، طبيب الأعصاب ، السمع ، التخاطب ، الوالدين ، المعلمين المتخصصين وكل هؤلاء لهم دور أساسى فى تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدي.

الطبيب النفسى ودوره فى التشخيص:

إن المهمة الرئيسية للطبيب عموما هى التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضى للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحّد الطفل المبكر ثم يمضى فى التحقق مما إذا كان الطفل مصابا بأى نوع من الإضطرابات التى شخصت خطأ على أنها اضطراب "التوحدية".

والطبيب النفسى يكون هو المعالج الأساسى والرئيسى فى التشخيص لأنه يقوم بالاتصال بباقي فريق العمل وذلك بجمع كل البيانات والمعلومات المطلوبة للتشخيص بملاحظة الطفل وتقييم ذكاء الطفل وأيضا يطبق عليه الكثير من الاختبارات التى تفيد فى التشخيص.

(لورناوينج: 1994 ، 79)

طبيب اللغة والتخاطب والسمع والأعصاب والوراثة:

يكون أخصائى التخاطب واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوى وذلك فى ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فإنه يلاحظ ويقيم الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ويقوم أخصائى التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوى (لغة استقبالية – لغة تعبيرية) وبذلك يستطيع أن يخطط للعلاج أى يضع نقطة البداية فى تعليم الطفل المهارات اللغوية ، ويعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق وأول من يجب عرض الحالة عليه لى يحدد إذا كان الطفل يسمع أو لا لان من أهم الأشياء التى تلفت نظر آباء الأطفال التوحديين أن الطفل يظهر أمامهم كأنه طفل أصم ، حيث لا يسمع من يناديه ولكنه يستجيب لأصوات معينة فقط من إعلانات التلفزيون وصوت الثلاجة عند فتحها ، وبالتالي يصاب والديه بالحيرة فيعرضانه على أطباء السمع لتقييم حدة السمع لديه ، ويبدأ أطباء السمع باختبار السمع وهو (مقياس السمع للمجال الصوتى) ويبنى على أن الطفل يظل يسمع حينما يوضع له ميكرفون فى أذانه طوال فترة استيقاظه ، وذلك لتنبيهه نحو مصدر أى صوت ، ولكن هذه الطريقة لا تعطى التقييم

المناسب لسماع الطفل التوحدي لان كثيرا 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 (ميكرفون) يوضع في أذنه لمدة 20-30 ثانية ولكن هذا البديل يشترط ان يكون الطفل عنده القدرة على البقاء ثابتا لهذه الفترة.

يكون طبيب الأعصاب مسئولا عن الدراسات الذهنية وهو الذى يختبر النشاط الكهربى بالذهن وأيضاً يختبر (هياكل المخ) أما طبيب الوراثة فيقوم بتفسير عمل الدراسات الكروموزومية والبحث عن الأخطاء الميلادية لعامل الأيض ، والتي قد تكون سبباً في وجود أعراض عديدة عند الطفل التوحدي وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءا مباشرا في فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون بعض البيانات الهامة عن الطفل التوحدي ، ويتبادلون الحديث مع باقى أعضاء الفريق لوضع أسس تشخيصية وعلاجية.

(Siegl: 1996, p.p.88-90)

الحوار مع الوالدين والمدرسين:

إن إقامة الحوار المتكامل والصريح عندما ينتبه الوالدان إلى أن طفلهما معاق وغير طبيعى من شأنه أن يرسخ انطبعا ايجابيا في ردود أفعالهما ، واتجاههما نحو مشكلة طفلهما فى المستقبل ، فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذى يعانى منه طفلهم ، ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفى بإعطائهم ما يرغبون به فقط بل يشرح لهما عملية كون ابنهما معاقا.

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

إن مهمة المدرسة أن يكون لدى الطفل قدر من السلوك الاجتماعى المعقول وان يستطيع الاعتماد على نفسه فى المأكل ، والملبس ، وأن يستطيع غسل يده ، وأن 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 إعاقات الأطفال ، وان يتم استخدام تقنيات حديثة .

(لورناوينج: 1994 ، 80 - 85)

التشخيص الفارقى لإعاقة التوحد:

أن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون دائما إلى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة مثل التخلف العقلى ، فصام الطفولة ، اضطرابات التواصل ، الإعاقة السمعية ، صعوبات التعلم ، الذهان.

ولكى نصل إلى تشخيص دقيق لإعاقة التوحد لابد من التعرف على أهم الفروق الجوهرية بين التوحد وتلك الإعاقات المصاحبة له:

أولاً: التوحد والتخلف العقلي:

لقد اتفق كلا من عثمان فراج (2002) ؛ محمد عبد الله (2001) ؛ عبد المجيد منصور وآخرون (2003) ؛ عبد الرحمن سليمان (2004) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقى ، والتميز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقين وهى:

- 1- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعه إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران ، وهى سمة اجتماعية غائبة تماماً فى حالة طفل التوحد.
- 2- أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبني حصيلة لغوية ، وأن يكتسب نمواً فى اللغة ، ولو أنه قد يتأخر فى بنائها إلى حد ما ، ولكنه يستخدم القليل منها مبكراً فى التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه ؛ بينما الطفل التوحدي غالباً نموه اللغوى متوقف أو محدود للغاية ، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها فى التواصل ، ومن هنا يأتى قصور تدارك التعبير اللغوى أو استقباله ، وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون مضطرباً وخالياً من النغمات الصوتية التعبيرية التى تضيف على الكلمات معانى إضافية.
- 3- طفل التخلف العقلي لا يعانى من مشكلة رجع الصدى التى يعانى منها طفل التوحد الذى يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أى سؤال أو كلام يوجه إليه.
- 4- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير فى عاداته اليومية فى ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع فى ثورات غضب (مثل طرق رأسه فى الحائط) وإيذاء ذاته أو الآخرين بعكس ما يحدث للطفل الذى يعانى من التوحد.
- 5- طفل التخلف العقلي لا يعانى من قصور فى استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذى يخلط مثلاً بين "أنا" و"أنت" فيستعمل كلا منهما مكان الآخر وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.
- 6- طفل التخلف العقلي أسهل مراساً فى التعامل معه وتدريبه وفى تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذى يحتاج إلى جهود فائقة وصبر وجلد فى التعامل معه أو تدريبه.
- 7- طفل التوحد ليس لديه القدرة الدافعة للتعلم والتخاطب ، ولهذا يعانى من توقف النمو الاجتماعى، والقدرة على التفاعل مع الآخرين أو مشاركة أقرانه فى اللعب والأنشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلي الذى يشارك أقرانه فى أنشطتهم ، ويستمتع باللعب معهم ، وممارسة تقليد الآخرين واللعب الإلهامى.
- 8- طفل التوحد يتجنب التواصل البصرى بالتقاء العيون بين المحادثين وهى سمة نادرة ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.
- 9- فى الحالات القليلة التى يمكن فيها تطبيق اختبار ذكاء فردى نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظى الذى يكون أكثر انخفاضاً ومستوى الذكاء غير اللفظى الذى غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً لدى أطفال التوحد بينما مستوى كل من الذكاء اللفظى وغير اللفظى يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.
- 10- طفل التوحد قد يبدأ فجأة فى نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا فى حالة التخلف العقلي.
- 11- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة فائقة فى أحد المجالات كالرياضيات أو الفن كالموسيقى أو الرسم أو الشعر أو النشاط الرياضى بشكل قد لا يستطيع الطفل العادى بلوغه وهى سمة لا توجد عند طفل التخلف إلا فى حالات نادرة للغاية.
- 12- التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه 2-3% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة 3% من المجتمع أو أكثر.

- 13- التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضها مبكرا في حدود زمنية أقصاها 30 شهرا ، أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ وإصابته بمرض كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية أو نتيجة التلوث البيئي مثل الرصاص أو الزئبق.
- 14- طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا أما طفل التخلف العقلي المتوسط والبسيط فانه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.
- 15- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة عن التعبير عنها عكس ما يحدث للطفل المتخلف عقلياً.
- 16- تقل العيوب الجسمية لدى التوحدي مقارنة بالمتخلف عقليا.
- 17- يعاني التوحدي من اضطراب إدراكي أكثر من المتخلف عقليا ويعطى استجابات شاذة لمنبهات بعينها وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي.

ثانيا: التوحد والإعاقة السمعية:

نظرا لأن الطفل التوحدي غالبا ما يكون صامتا ، أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فانه قد يظهر غالبا أنه أصم واتفق كل من (سميرة السعد: 1992 ، 15 ؛ عثمان فراج: 1996 ؛ عبد الرحمن سليمان: 2000 ؛ محمد خطاب: 2005) على توضيح أهم الفروق بين التوحد والإعاقة السمعية على النحو التالي:

- 1- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.
- 2- حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية بعكس حالات التوحد
- 3- حالات الإعاقة السمعية تستطيع تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.
- 4- سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.
- 5- يمكن للتوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.
- 6- يميل التوحدي للانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا.

ثالثا: التوحد وصعوبات التعلم:

لقد توصل جونسون وآخرون (Johnson, et al., 1992) إلى وجود انخفاض دال واضح لدى الطفل التوحدي عن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم في الخصائص التالية:

- 1- تدهور حدة السمع والبصر.
- 2- الاستجابات الحركية.
- 3- الأداء اللغوي.
- 4- العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية.

رابعا: التوحد والإضطرابات الذهانية :

أوضح شاكر قنديل (2000) ؛ ماجد عمارة (2005) بعض الاختلافات بين الاضطرابين الذهاني والتوحدي:-

- 1- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
- 2- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
- 3- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.

- 4- نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (1 : 4) بينما تتساوى لدى الجنسين فى الذهان (الفصام).
- 5- وجود هلاوس وهذيان لدى الذهاني وعدم وجودهما لدى التوحدي.
- 6- ظهور بعض أعراض التخلف العقلى لدى الطفل التوحدي بينما لا توجد لدى الطفل الذهاني.
- 7- الطفل التوحدي يعانى من اضطراب نمائى وسلوكى وانفعالى بينما لدى الذهاني ما هو إلا اضطراب عقلى.

خامساً: التوحد واضطرابات التواصل :

تشير أمال باظة (2001 ، 76) إلى إمكانية التمييز بين الأطفال ذوى اضطرابات التواصل والتوحيدين حيث يبدى أطفال الفئة الأولى تواصلًا بالإيماءات ، وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما الأطفال التوحيدين لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة . كما أوضح عبد الرحمن سليمان (2000 ، 78) بعض الفروق بين الأوتيزم ، واضطرابات التواصل على النحو التالى :-

1. العجز عن استخدام اللغة كاداه للتواصل لدى الطفل التوحدي ، بينما يتعلم مضطرب التواصل معانى و مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .
 2. يظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما المضطرب تواصلياً فى التواصل يمكن أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام .
 3. كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصلياً .
- (عبد الرحمن سليمان: 2000 ، 78)

سادساً: التوحد و فصام الطفولة :

قديمًا كان يعتقد أن هناك تشابه بين التوحد والفصام ، ولكن مع إجراء العديد من الدراسات تبين أن هناك فروقاً تتمثل فى:

- 1- الطفل التوحدي غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالفصامى .
- 2- ضعف النمو اللغوى عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامى .
- 3- ضعف النمو الاجتماعى عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامى .
- 4- ضعف النمو الانفعالى عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامى .
- 5- عدم وجود هلاوس و هذيان لدى التوحدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامى .
- 6- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين و نصف بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن فالفصام يبدأ فى عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة.

وقد أكدت ذلك العديد من الدراسات مثل دراسة جولدستن وآخرون

(Goldsten et al., 1986) ودراسة عبد الرحيم بخيت (2001) ؛ ودراسة عبد الرحمن سليمان (2002) ؛ ودراسة جمال تركى (2004) .

ويؤكد ذلك أيضاً دراسة محمود حمودة (1991 ، 105) حيث قرر أن الإصابة بالفصام نادراً ما تحدث فى الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام (مثل العزلة الاجتماعية ، الانسحاب ، السلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبدل غير المناسب و غرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال) .

تعليق :

يتضح مما سبق أن تشخيص التوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنها تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية ، وذلك لأن أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة ، و أيضا تتشابه مع اضطرابات نمائية أخرى . وبذلك يجب أن يتم التشخيص بطريقة موضوعية دقيقة ، ونلاحظ أنه في السنوات الأخيرة حدث تزايد في المحكات والأدوات التشخيصية لاضطراب التوحد ، كان من أهمها : التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD – 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1993) والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994) DSM IV وهما من المعايير التشخيصية المهمة في اضطراب التوحد وعن طريقهما يتم تحديد سمات اضطراب التوحد بدقة وموضوعية .

أسباب إعاقة التوحد :

لقد اختلف العلماء فيما بينهم حول الأسباب المؤدية لحدوث التوحد ، وبعض العلماء والباحثين يؤكدون انه لم يتم التوصل بعد إلى تحديد العوامل المباشرة والأساسية لحدوث التوحد ؛ إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب مثل (عمر بن الخطاب خليل: 1994 ؛ رشاد موسى: 2002 ؛ سوسن الحلبي: 2005 ؛ ماجد عمارة: 2005 ؛ محمد خطاب: 2005) أشارت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها الأسرية ، والنفسية ، والبيولوجية ، والكيميائية ، وسوف يتم عرض هذه العوامل كالتالي :-

1. أسباب نفسية و أسرية:

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب. ويؤكد ذلك ليوكانر (1943) Leo Kanner إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج و تطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

- نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل .
- نتيجة المناخ النفسي الشيء الذي يعيش فيه الطفل .

كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي ، والوسواسية ، والعزوف عن الآخرين ، والذكاء والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة ، و من هنا يظهر الأساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل (أنا) الطفل في تكوين إدراكه للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي ؛ فالطفل التوحدي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

(لورناوينج: 1994 - 63)

وتؤكد ذلك دراسة أو جورمان (1990) O`Gorman بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد ؛ فالطفل يعاني من التوحد من هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه ، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما .

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة ميريلا كياراند (1992) على أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة ايجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية ، ويشبعون احتياجاته ، كما يساعدونه على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية .

ويرى عمر بن الخطاب خليل (1991 ، 85) أن أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون على الخبرات الأولى في حياة الطفل لما لها من تأثير على مراحل نموه التالية وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد تكون الأسباب القوية للاضطرابات خاصة الانفعالية مما يؤدي إلى انسحابه وعزلته داخل أسواره الذاتية.

وعلى الجانب الآخر رفض البعض هذه الآراء وذهبوا إلى أن التوحد عامل مستقل عن الآباء ولا يرتبط بوجود الأم أو غيابها ، وأن خبرات الطفل خلال مراحل حياته لا تسبب المرض وأنه ليس كل آباء الأطفال المصابين بالتوحد تنقصهم القدرة على حب أطفالهم .

وتتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومنهم دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994 ، 105) حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين شخصيات آباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على اختبار إيزيك للشخصية ، وأيضا أكدت نتائج دراسة ديمير ومكادوا (1994) Demyer & Mcodoo على أن شخصية آباء الأطفال التوحديين لا تختلف عن شخصية وسمات آباء الأطفال المضطربين باضطرابات أخرى , وأن أمهات الأطفال التوحديين لديهم نفس المشكلات النفسية. وهكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم تسببوا في إصابة طفلهم بالتوحد.

2. أسباب بيولوجية :

بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب التوحد ، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب ، وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة في أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية فإن هناك اهتمام بالنواحي البيولوجية كسبب في حدوث التوحد ، هذا ما أكدته دراسة سميرة السعد (1998 ، 135) من أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية ، وليست نفسية فقد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل ، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ ، وتظهر أعراض التوحد وفيما يلي عرض لهذه الأسباب :-

أ - العوامل الجينية :

توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموسومات مثل دراسة زوناللي وداجت (1998) Zonalli & Degett والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموسوم يسمى كروموسوم " أكس الهش " ؛ فهذا الكروموسوم مسئول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي ، وهذا الكروموسوم يدخل بنسبة 5 : 16 % في كل الحالات ، وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات في الإصابة بالتوحد. كما تؤكد دراسة هارولد وبينجامين (1998) Harold & Benjamin ، ودراسة هولين (1998) Howlin من أن التوحد يرجع إلى عوامل جينية ؛ فقد لوحظ أن حوالي من (2 : 4 %) من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بهذه الإعاقة بمعدل 50 مرة أكثر من عامة الناس ، وأن معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة هو 36 % بينما في التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوي صفراً ، في حين تختلف معها دراسة ميشيا ولوجيا (1997) Micha & Lwgia التي أوضحت نتائجها أن التوحد يحدث بمعدل 96% في التوائم المتماثلة ويحدث بمعدل 27% في التوائم غير المتماثلة . وتؤكد دراسة هولين (1998) Howlin على أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد 210 ضعفا عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام ويعنى ذلك أن احتمال ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم أخوة يعانون من التوحد. وقد ثبت ذلك من خلال نتائج دراسة بارلي ورتتر (1998) Barley & Rutter حيث وصلت النسبة إلى 8.6 % وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكر فإن هذه النسبة تكون 7% ولكنها ترتفع إلى 14.5 إذا كان الطفل السابق أنثى ، وبذلك ترى ريتا جوردن وسيتوارت بيول (2007 ، 4) أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث إعاقة التوحد ، ولكنها لا تملك الإجابة الكاملة أو المسؤولية الكاملة .

ب - المضاعفات الولادية قبل الولادة :

يشير كلا من (عثمان فراج: 2002 ، 61 ؛ سوسن الحلبي: 2005 ، 315 ؛ ماجد عماره: 2005 ؛ لورنا وينج: 1994 ، 65) على أن الدراسات والتحليل الطبية تؤكد على معاناة طفل التوحد من حالات قصور عضوى أو حيوى منها ما يحدث أثناء فترة الحمل ، وبالتالي يؤثر على الجنين ، ومن أمثلتها إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو حالة من حالات قصور التمثيل ، أو حالات التصلب الدرنى ومنها حالات الريت Rett .

وقد أشار ميهر (1993) Mehr إلى انه من العوامل التى تمثل خطر قبل الولادة الإصابة بالحصبة الألمانية ، والإصابة بفيروس سيتومجالو Cytomegalo Virus ، وفى تقارير بحوث بيرنارد (1995) Bernard تبين وجود خلل أو إصابة أو قطع فى نسيج مركز ساق المخ Brain Stem ، والذي يعرف باسم جهاز التنبيه التشابهى ، وهو النسيج الذى يتحكم فى استقبال عمليات الاستثارة ، والانتباه ، والنوم فتضعف قدرة الجهاز العصبى المركزى أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث فى عالمه المحيط به .

أيضا يذكر محمد خطاب (2005 ، 425) أن هناك حالات حدوث عالية لتعقيدات فى مرحلة ما قبل الولادة لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، رغم أن بعضها قد يكون عرضاً .

وفى مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الاولى على الجنين وأيضا المواد الموجودة فى بطن الجنين ، والسائل الداخلى المحيط بالجنين كما تشير بعض الأدلة الى حدوث على التأثير للعقاقير التى تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة ، والنتيجة هى ميلاد الطفل التوحدي . وبذلك أثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية فى عدد من المعاهد الطبية فى أمريكا وانجلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هى أكثر لدى أطفال التوحد منها فى غيرهم من الأسوياء ، أو حتى المصابين باضطرابات أخرى ، كما يلاحظ وجود عيوب خلقية طفيفة لدى التوحديين أكثر من أشقائهم ومن أقرانهم الأسوياء ، وهذا يشير إلى وجود مضاعفات مهمة حدثت للحمل فى الشهور الثلاثة الأولى .

ويذكر محمود حمودة (1991 ، 106) أن هناك مضاعفات عديدة تحدث أثناء الولادة وتكثر فى ولادة الأطفال التوحديين عن غيرهم مثل الولادة المبكرة والأطفال المبتسرين وتأخر الولادة ، وذكر لورناوينج (1994 ، 65) فى دراسته أنه من الصعوبات الشديدة التى تحدث خلال الولادة نقص الأوكسجين ، والذي يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغى وباضطرابات توحدية .

ويذكر ماجد عماره (2005 ، 225) أن الاختناق والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع تحدث أثناء الولادة ، وأكد ذلك دراسة محمد الدفراوى (1998 ، 95) التى تناولت هذه العوامل الولادية وقبل الولادية عن "الطفولة التوحد فى الأطفال التوحديين والتقييمات والمصاحبات الإكلينيكية " وذلك على عينة مكونة من 37 طفلا تم تشخيصهم على أنهم توحديين ، وقام الباحث بمعرفة المشاكل التى حدثت لهم أثناء فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة حتى يعرف إذا كانت هذه المشكلات مرتبطة بحدوث اضطرابات التوحديين أم لا ، كما قام بدراسة المشكلات أو الصعوبات التى واجهت الأم أثناء ولادة أخوه هؤلاء الأطفال التوحديين ، وقد وجد أن هناك زيادة فى المشاكل أثناء ولادة الأطفال التوحديين ذات دلالة إحصائية عالية أكبر من التى رصدت لدى إخوة هؤلاء الأطفال .

جـ العوامل البيوكيميائية:

تناولت العديد من الدراسات الأسباب المرضية المؤدية لحدوث التوحد وهذه الدراسات تناولت فحص الأنسجة وعملية الأيض والهرمونات والأحماض الأمينية وأيضا دور الموصلات العصبية فى حدوث التوحد .

ويذكر لويس مليكه (1998 ، 185) أن معظم الدراسات اتفقت على أن مستوى السيروتونين في الدم أعلى لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء.

إلا أنه يبدو أن السيروتينيميا Serotonemia الموجودة في حوالي 30% من الأطفال التوحديين أكثر ارتباطا بانخفاض مستوى الذكاء ، وفي عينة صغيرة من المرضى وجدت ارتباطات دالة بين ارتفاع نسبة السيروتينيميا Hyperserotonemia ونقص السائل المخي النخاعي ، ومن هذه الدراسات دراسة كينتاند (1995) Quintand التي أوضحت نتائجها ارتفاع في معدل السيروتونين (عنصر كيميائي طبيعي في الدم) في (30 : 50 %) من المصابين بالتوحد حيث ترتفع مستويات السيروتونين في الدم بنسبة 5% عن المعدل الطبيعي.

وأیضا دراسة مكبرايد وآخرون (1998, p. 767) Mcbrid et al., والتي استهدفت التعرف على تأثير التشخيص ، والسلالة ، والبلوغ على مستوى السيروتونين في الصفائح الدموية في التوحديين والمتخلفين عقليا ، حيث تم قياس مستوى السيروتونين في الصفائح الدموية لدى 77 من الأسوياء كمجموعة ضابطة ، 22 من المتخلفين عقليا لديهم إعاقة معرفية قبل البلوغ ، وأشارت النتائج إلى أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كتوحديين زيادة في تركيز السيروتونين أكثر من الضابطة ، كما أشارت أيضا إلى انخفاض معدل السيروتونين بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ ، ولم توجد فروق دالة بين السلالات المختلفة .

بينما وجدت دراسة ينج ونيتيك (1994, 186) Young & Nettebeck بعض الأجسام المضادة في مستقبلات السيروتونين لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد ، وأن انخفاض مستويات السيروتونين في الدم يؤدي الى اختفاء الأعراض المرضية ، وارتقاء السلوك التكيفي .

وقد قام جوردون (1994, 73) Gordon بعلاج اضطراب التوحد عن طريق إعطاء عقاقير تخفض من مستوى السيروتونين في الدم ، حيث أدى هذا العلاج إلى تحسين ملحوظ في طريقة الكلام والسلوك الاجتماعي ، واستمرت هذه التحسينات لمدة ثلاث شهور بعد توقف إعطاء العقار ، وكذلك وجد أن تناول الطفل التوحدي لأدوية تعمل على خفض مستوى الدوبامين أدى أيضا إلى خفض حدة أعراض التوحد مثل سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة .

كما أكدت عدة بحوث أخرى على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد ومن بينها بحث أجرى في السويد ، وتبين منه أن درجة تركيز حمض الهرموفانيك أكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد مقارنة بالأطفال العاديين .

كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات أو المواصلات العصبية وهو السيروتونين Serotonin في دم 40% من الأطفال التوحديين ، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلامين Fenflamine لوحظ تحسن في الأداء اللغوي .

(Campbell & Guava: 1995 , p.p. 1262-1269)

وفي دراسة قام بها كان وكني إدوارد (1998) Kane, p & Kane, E للتعرف على شذوذ الأيض من خلال عينات دم وبول 50 طفل يعانون من التوحد ، وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع مميز في سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية K وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية له تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة ، وكلها مميزة للإضطراب التوحدي ، كما أن معدل البيتا اندرومين Beta Endromine من المناعة التفاعلية في البلازما لدى التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائيا مقارنة بالأسوياء .

3. خلل في الجهاز العصبي المركزي :

قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصورا معينا في الوظائف الفسيولوجية والكهربائية ؛ وقد أثبتت دراسة بلوتين وآخرون (1998) , Balottin, et al. أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعة الضابطة من الأشخاص العاديين وجدت بأن الحجم الكلى للمخ يتزايد لدى المصابين بالتوحدية والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من : الفص القذالي Occipital lobe , والفص الجدارى Parietal lobe , والفص الصدغى Temporal Lobe ولم توجد فروقا في الفصوص الأمامية .

كما أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995 ، 135) أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد ، كما انه توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة ، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث . ويعتقد رمضان القذافي (1994 ، 215) أن الاضطراب العضوى الذى يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدي إلى إحداث خلل في وظائف تلك المراكز ، وخاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركى.

كما تشير دراسات تريفارتن وآخرون (1996) , Treavarthen, et al. الى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية المنتشرة في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم . ويؤكد أديلسون (1998) Edelson أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين وجد أن منطقتان في الجهاز الطرفى كانتا أقل تطوراً وهما اللوزة والخصيتين ، وهاتان المنطقتان مسئولتان عن العواطف والعدوان والمدخل الحسى والتعلم ، كما وجد أيضا نقص في خلايا بركينيين Parkinie في المخيخ Cerebellum مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسى ، كما وجد أن منطقتان في المخيخ والفصيصات القرمية 6 , 7 حيث كان أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء ، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد التوحديين لديهم فصيصات قرمية 6 , 7 أكبر من الأسوياء . و في دراسة قام بها كاوسكى وآخرون (1997, p. 20) , Kawasaki, et al. بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى 158 مريضاً بالتوحد من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربى والتعرف على نشوء مرض الصرع فى المراهقين المصابين بالتوحد ، وكشفت النتائج أن 47.5 من المرضى لديهم هذه التغيرات الغير طبيعية فى المنطقة الجبهية فى المخ.

4. تأثير الفيروس فى حدوث التوحد :

يذكر عبد الرحمن سليمان (2003 ، 55) أن البحوث والدراسات الأكثر حداثة أشارت هي الأخرى إلى أن هناك فيروسات معينة بالإضافة إلى فيروس الحصبة الألمانية تؤدي إلى حدوث التوحد كفيروس الهيربس البسيط Herpes Simplex ، بالإضافة إلى فيروس عراك الخلايا Thcytomogalo Virus .

وهناك نظرية مهمة فى هذا الصدد ترى أن أحد الفيروسات التى سبق الإشارة إليها يمكن أن تنتقل عن طريق العدوى إلى الطفل وهو لا يزال فى الرحم غير أن هذا الفيروس يكون عند الحد الأدنى له من إحداث الإصابة ، ومن ثم يولد الطفل ويبدو أنه طبيعيا سويا عند الولادة ، ثم ينشط عن طريق ضغوط الحياة الطبيعية .

وهذه النظرية تزودنا على أقل تقدير – بتفسير ممكن ، وشرح مقبول لكثير من الأسباب والأعراض التى وردت فى تقارير الكثير من الآباء والأمهات من أن طفلهم العادى أو السوى يصبح توحدياً نتيجة أو بعد هذه الإصابة ، ومن هذه الدراسات التى أكدت على ذلك دراسة ريملاند وباكر Rimland & Baker (1996) حيث توصلوا إلى أن الفيروس يمكن أن يصيب الجنين وهو فى

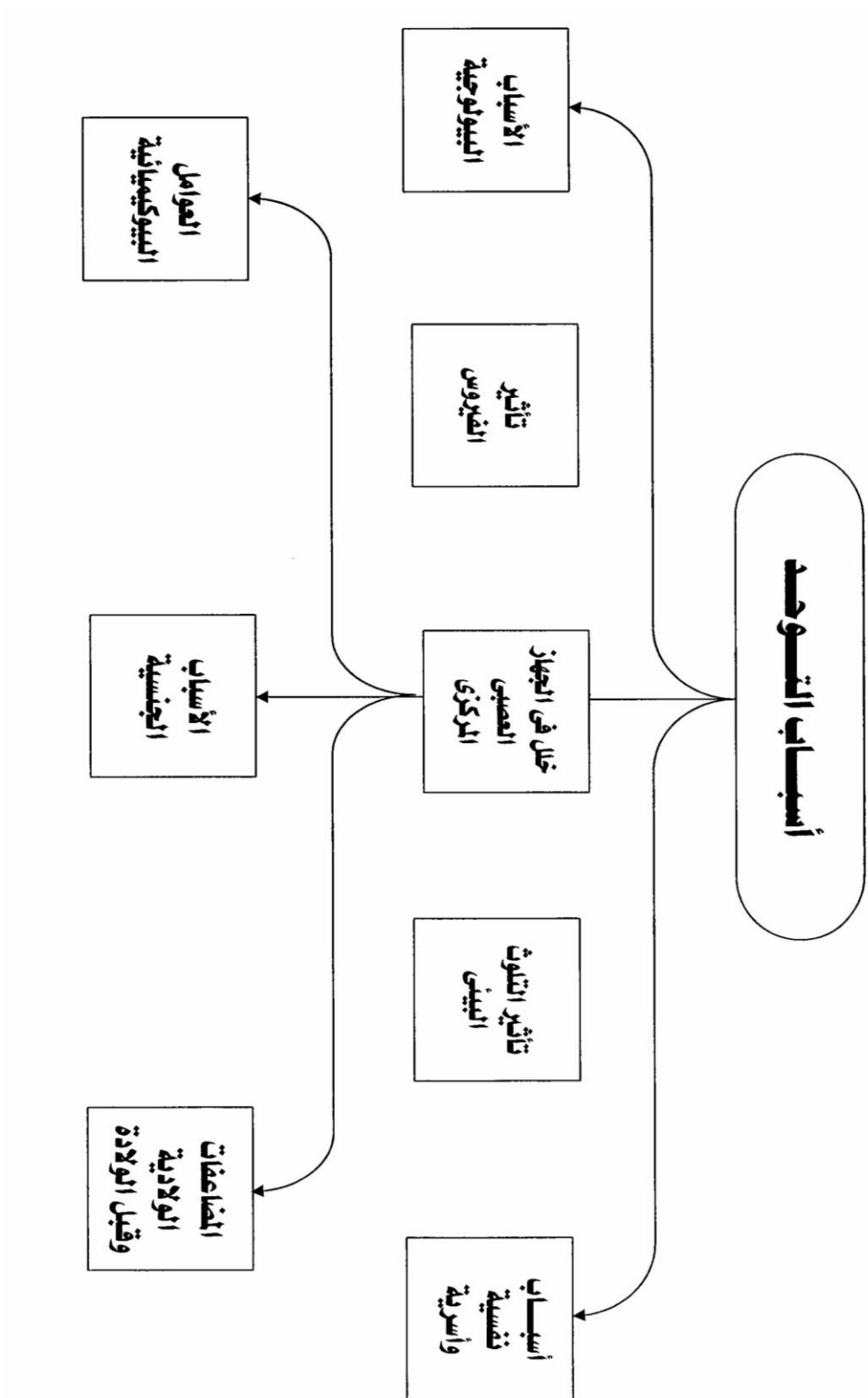
بطن أمه إصابة بسيطة وعند الميلاد يظهر الطفل طبيعى , إلا أن هذا الفيروس يكون كامن فى الطفل ثم ينشط بسبب ضغوط الحياة .

5. تأثير التلوث البيئى :

يرى أديلسون (1998) Edelson فى دراسته انه لا يوجد برهان علمى حتى هذا الوقت عن التأثير البيئى على التوحد , رغم أن انتشار السموم فى البيئة يمكن أيضا أن يؤدى إلى حدوث التوحد , حيث وجد معدل عالى للسموم فى بلدة صغيرة تسمى ليومينستر Leomenster تابعة لولاية ماساتشوستس حيث يوجد مصنع نظارات شمسية , ووجد أن أعلى نسبة لحالات اضطراب التوحد كانت فى البيوت التى يهب بها رياح دخان هذا المصنع.

التعليق :

بالنظر إلى الأسباب السابقة ترى الباحثة ما يلى:
عدم الاتفاق التام على سبب واحد لحدوث الإصابة بالتوحد , ومن الممكن أن يكون هذا طبيعياً لأن حدوث الإصابة يعود لأسباب عدة , ولكن هناك حقيقة أن هذا الاضطراب لم يتحدد بعد العوامل والأسباب المؤدية إليه . فقد يكون بسبب وجود اختلافات حيوية وعصبية فى الدماغ الذى يبدو من خلال تحليل الصور الإشعاعية المغناطيسية , ووجود اختلاف فى تركيب الدماغ لدى الطفل التوحدى , أم أنه سبب جينى أو نتيجة خلل فى الجهاز العصبى المركزى أو نتيجة لهذه العوامل مجتمعة , وعليه تأخذ الباحثة بالاتجاه التكاملى .



شكل (2) : أسباب التوحد.

الأساليب العلاجية:-

يتم هنا تناول شرح مبسط لكل أسلوب من هذه الأساليب العلاجية التي تستخدم مع التوحديين ، التي تتمثل في:-

1) تعديل السلوك:-

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين في سبيل تأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال ، 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. فيشير عمر بن الخطاب خليل (1991 ، 333) إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة ، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية ، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي ، وكذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين ، ويعد الثواب والعقاب مبدأً رئيسياً في هذه الفنية مع هدف تطوير ، وتعزيز السلوك الإيجابي ، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي ، ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية ، ومهارات التواصل ، ورعاية الذات ، والمهارات المعرفية. ويرى رمضان القذافي (1994 ، 166) أن فكرة تعديل السلوك تقوم على مكافئة وإثابة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماماً ، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل التوحدي.

ويتفق عادل عبدالله (2002 ، 99 - ب) مع لويس مليكه (1998) في أن المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الطفل بالاستجابات الصحيحة حتى تكون بمثابة مكافأة له على تلك الاستجابات، وان تعطى له عقب قيامه بالاستجابة الصحيحة ، كما يجب أن يكون هناك تنوع في المعززات فتشمل كل من الاجتماعي والمادى.

كما يشير لويس مليكه (1998 ، 286) أن العلاج السلوكي يهدف إلى إنقاص الأعراض السلوكية ، والارتقاء بالوظائف المختلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات ، يتطلب التدخل العلاجي في معظم الحالات على الأقل في البداية مدرسا لكل طفل ، وقد يتحقق كسب علاجي مهم في اللغة وفي المجالات المعرفية والاجتماعية للسلوك من خلال تدريب دقيق للوالدين بصورة فردية علي مفاهيم ومهارات تعديل السلوك مع التركيز على المشكلات الفردية للوالدين وهمومهما.

وتؤكد دراسة دونلاب وفوكس (Dunlap & fox 1999) بأن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنويع المكافآت وتغييرها يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل التوحدي ، كما وجد انه يجب الابتعاد نهائياً عن العقاب للسلوكيات غير الملائمة التي تصدر من الطفل .

ولقد أوضحت دراسة هارولد وبنجامين (Harold & Benjamin 1998) أن المداخل السلوكية مبنية على مجموعه من الاستراتيجيات المهمة التي تؤدي إلى نجاح البرامج السلوكية وهى:-

- التدخل المبكر في سن ما قبل الخمس سنوات.
- استعمال أساليب وطرق تدريبية مناسبة لمستوى الطفل.
- تهيئة بيئة الفصل الدراسي جيداً 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 عبدالله (2000 ، 276) التي هدفت إلى التأكد من فعالية برنامج سلوكي للحد

من السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي ، وحيث أوضحت نتائجها فاعليه البرنامج السلوكي في حدوث انخفاض في السلوك العدواني ، وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج.

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

أيضا دراسة عبد المنان ملامعمور (1997 ، 155) والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف حدة القلق ، والسلوك العدواني ، والنشاط الحركي المفرط ، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في خفض حدة كلا من القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط.

وبذلك ترى الباحثة أن الاتجاه السلوكي يعتمد على مبدأ الإثابة ، وهو المبدأ الذي ينادى به قانون الأثر الطيب لثورانديك ، حيث يتم مكافئة الطفل على كل مرة يؤدي فيها المطلوب منه، لذلك يمثل التعزيز عنصراً أساسياً في ثبات الاستجابة الصحيحة ، ومحاولة استمرارها ، لذلك ركزت الدراسة الحالية على استخدام أسلوب تعديل السلوك ، واستخدام التعزيز بأنواعه المادي ، والاجتماعي والتنوع في المكافئات حتى لا يحدث ملل للأطفال ، واستخدام أساليب العقاب البسيطة من تجاهل وانطفاء لمحاولة استبعاد السلوكيات غير المرغوبة.

(2) العلاج النفسي:

يرى أيضاً هذا الاتجاه أن الاضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية ، ولذلك فتعرض الطفل للخبرات البيئية الايجابية قد يخلصه من هذا الاضطراب ، والعلاج النفسي الفردي للأطفال التوحيديين يعمل على توفير مواقف تتسم بالدفع والرعاية والضبط ، حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية والتفاعل الإنساني ، ورغم الأبحاث التي تمت في هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فاعلية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال. (عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي: 1999 ، 440)

وتشير هدى عبد العزيز (1999 ، 102) إلى أن العلاج النفسي التقليدي يستخدم مع الأطفال المصابين بالتوحد ، ويكون التركيز على العمليات البين نفسية حيث يرجع التوحد إلى الفشل الوالدي ، 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 التي تعرضت للعلاج أظهرت تقدماً جيداً أو متوسطاً . ويرى عبد الرحمن سليمان (2004 ، 92) أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم ، وتقديم الإشباع ، وتجنب الإحباط مع التفهم ، والثبات الانفعالي 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 الطبى (الدوائى):

يشير محمد عبد الله (2001 ، 193) أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم ، وتعديل المنظومة الكيميائية 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 التوحدي ، ومع أنه لا يوجد دواء واحد للتوحد يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبى مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد على تحسين قدرات الطفل التوحدي.

ويشير أيضا محمد عبد المنعم (2005 ، 312) بأن العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل الحركة ، وسرعة الاستثارة ، والإنفجارات المزاجية فى الطفولة المبكرة ؛ بينما يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات فى الطفولة الوسطى والمتأخرة ، أما فى المراهقة والرشد فقد يكون الإكتئاب .

ويرى لطفى الشربيني (2000 ، 13) أن العلاج المستخدم لحالات التوحد محصور فى استخدام بعض الأدوية النفسية مثل (هالوبيريدول) و (الليثيوم) و(فنفلورامين) ، مع تنظيم برامج للتأهيل يقوم بها فريق علاجي بمساعدة الأسرة لكن النتائج كانت متواضعة لا تزيد على 2% للتحسن الكامل و20% للتحسن الجزئى.

4) العلاج باستخدام الحمية الغذائية:

ويشير ياسر الفهد (2000 ، 66) إلى أن آخر ما توصل إليه العلماء ، والأطباء ، والكيميائيين من أن استخدام النظام الغذائي الخالى من الجلوتين والكازين ؛ ويعد الجلوتين هو البروتين الموجود فى المواد النشوية (القمح والشوفان والشعير) والكازين هو البروتين الأساسى فى الحليب ومشتقاته ، وذلك لان 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 أضراراً مثل أى مخر عاوى ، وهذه المخدرات تستطيع أن تسبب التوحد ، وتؤكد ذلك دراسة ويتلى (2003, p.4) Whiteley التي أشارت إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين لها فائدة فى تخفيض أعراض التوحد خاصة السلوكية .

5) العلاج بالموسيقى:

- يرى كل من عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدماطى (1992 ، 303) أن العلاج بالموسيقى يستخدم لتحقيق أهداف علاجية حيث يقوم أخصائى العلاج الطبيعى باستخدام الموسيقى لإحداث تغييرات مرغوبة فى سلوك الفرد.
- ويشير عمر بن الخطاب خليل (2001 ، 48) إلى أن العلاج بالموسيقى نوع من أنواع العلاج الذى يستخدم الموسيقى فى مساعدة المرضى فى التعامل الأكثر فاعلية مع حياتهم ، والصعوبات التى تواجههم ، فالعلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية وغير مهددة والأنشطة الموسيقية الموازنة يتم تصميمها لمساندة أنشطة الطفل ، كما يرى المعالج. ويذكر ميرا (1999) Myra فى دراسة فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين:
- 1- العلاج بالموسيقى ينمى ويطور المهارات الاجتماعية الانفعالية الإدراكية ، التعليمية والإدراك الحسى.
 - 2- الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعى مع الآخرين.
 - 3- ألعاب التصنيف والغناء تشجع الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي والآخرين.
 - 4- اللعب بالموسيقى بجوار الطفل التوحدي ينمى الانتباه لديه.
 - 5- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعى للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة الأطفال الآخرين فى دائرته مثلاً.

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 هيجاشي Hegashi School في اليابان وهي من مدارس التربية الخاصة في اليابان ، ويركز البرنامج على التدريب البدني الشديد الذي ينتج عنه إطلاق مادة الأندورفينات (Endorphins) 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 ، وتثبيت المشاعر والتعبير عن قدراتهم. ويعتمد برنامج العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية هي:

- 1- التعلم الموجه للمجموعة: حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين 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 شئون 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 العدواني (إسماعيل بدر: 1997).

ويذكر عمر بن الخطاب خليل (2001 ، 61) أن التدريب الرياضي المكثف يرتبط بإفراز الأندورفين وهو مضاد طبيعي للقلق ، يخفف 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 أن البرامج ، وتوليفة العلاج تصمم على أساس فردي ، ويؤخذ في الاعتبار شخصية الطفل ، ومستوى الاتصال ، ودرجة التوحد ، والمهارات التي سوف يحتاجها عندما يكبر وينمو ليصبح شاباً.

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 الأربعة (الإضطرابات الانفعالية ، والإضطرابات الاجتماعية ، والإضطرابات 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 هو اللغة التي تشكل عالم الطفل ، وإنه أفضل أداة لعمليات النمو والتعلم معا ، وأن احتياج الأطفال للعب بأنواعه وأدواته وأساليبه يعكس خصائص النمو والتغيرات الارتقائية التي تتحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه ، من أنواعه (اللعب الفردي والجماعي والتعاوني).

ويذكر محمد الفوزان (2000 ، 114) توصيات بخصوص ألعاب الطفل التوحدي ومنها:

- 1- يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل التوحدي على التحديق في الأضواء وتركيز وتثبيت بصره.
- 2- يجب أن تحتوى اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائما يعبر وينطق ويهمهم ، ويستعمل لسانه.
- 3- يجب أن تحتوى اللعبة أيضا على مثيرات ملموسة لأن الطفل التوحدي عادة يحاول ضرب جسمه أو وضع إصبعه في فمه فلا بد أن تكون الألعاب ناعمة.

4- يجب أن تحتوى هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لان الطفل التوحدي لديه عادات مثل أحيانا يضع جسمه فى وضع غريب أو أحيانا يمشى على إصبع القدم ويقلب رأسه إلى الخلف.

وبذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات والإضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي ، ولذلك ركزت عليه بعض الدراسات التى تعمل على تعديل السلوك ، ومن هذه الدراسات دراسة عيسى جابر (1989 ، 98) التى استهدفت الكشف عن فعالية البرنامج الذى يحتوى على ألعاب مختلفة فى علاج الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال ؛ فقد أظهرت النتائج فعالية استخدام اللعب فى حدوث انخفاض ملحوظ فى كل من السلوك العدوانى والإنطوائى.

ودراسة عزة عبد الفتاح (1990 ، 115) وكان الهدف منها التحقق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال التوحديين ، حيث توصلت النتائج إلى أن اللعب ، وطريقة المشاركة ، وطريقة الممارسة تؤثر ايجابيا فى حل مشاكل الأطفال.

ودراسة صبحى عبد الفتاح (1992 ، 75) التى هدفت إلى التعرف على أثر كل من العلاج الجماعى باللعب فى تعديل السلوك العدوانى عند الأطفال ، وأثبتت النتائج فعالية العلاج باللعب فى الحد من السلوك العدوانى عند الأطفال.

ودراسة سميرة جعفر (1992 ، 65) والتى هدفت إلى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال من خلال اللعب ، وأثبتت النتائج فعالية اللعب فى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

ودراسة محمد عبد اللطيف (1996 ، 210) والتى استهدفت التأكد من فعالية اللعب على النمو المعرفى للأطفال ؛ إذ أوضحت النتائج فعالية اللعب فى زيادة النمو المعرفى للأطفال ، أما دراسة خالد السيد (2001 ، 55) والتى استهدفت التحقق من مدى فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب (اللعب الحر – اللعب الجماعى التعاونى – اللعب الفردى التنافسى) فى تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال فقد أشارت نتائجها أن أكثر أنواع اللعب فاعلية فى تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال هو اللعب الحر ثم اللعب الجماعى التعاونى ، وأخيرا اللعب الفردى التنافسى.

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

8) العلاج باستخدام هرمون السكرتين:

يرى لطفى الشربيني (2000 ، 14) أن استخدام هرمون سكرتين Secrtin هو احد هرمونات الهضم لعلاج هذه الحالات ، وهذا الهرمون يعتبر أحد أهم ما تم اكتشافه حتى الآن فى تاريخ علاج هذا المرض.

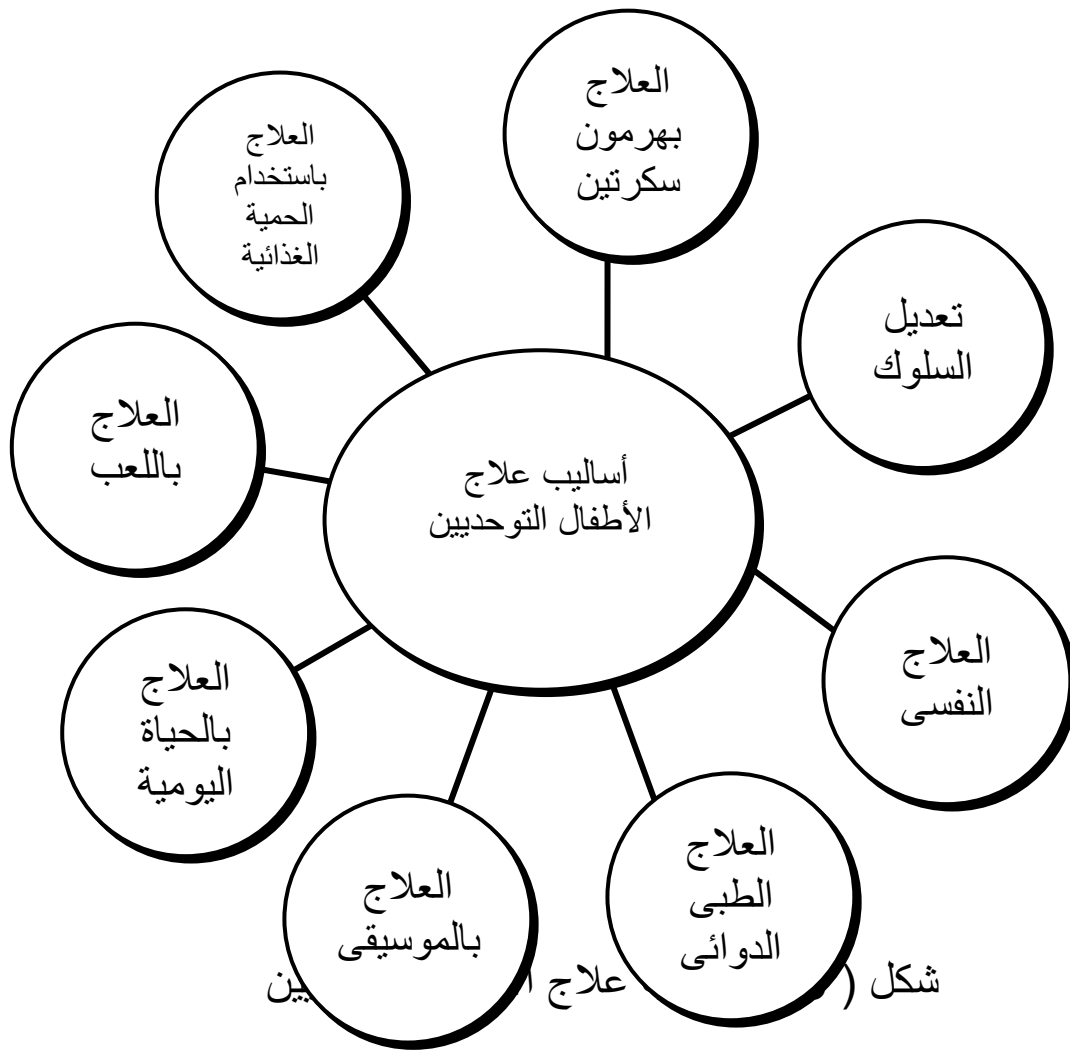
وقد توصل إلى هذه النتيجة الطبيب الأمريكى ريملاند Rimland مؤسس الجمعية الأمريكية للتوحد ، حيث أجرى بحوثه على (120) من حالات التوحد ، كانت نسبة التحسن باستخدام هرمون سكرتين 60% ، كما واصل البحث طبيب آخر هو برادستريت Bradstreet الذى عالج (12) طفلاً توحدياً ، منهم ابنه هو شخصيا الذى بدأت حالته فى التحسن فى أول حقنه بهرمون سكرتين بصورة ملحوظة.

وتؤكد ذلك دراسة تجريبية قام بها شوتك Shottok (1999) على هرمون السكرتين ومدى فاعليته ، وخصائصه الايجابية على مرضى التوحد حيث أن هرمون السكرتين وهو أحد هرمونات الهضم الذى يزيل الجلوتين فى القناة الهضمية ، ويعزز بعض المخاطيات فى الأمعاء الغليظة ، وفى هذه الدراسة وجد أن 10% من الآباء شعروا ببعض التغيرات الجيدة على أطفالهم التوحديين عند أخذ حقنة من الهرمون ، و 30% شعروا بتحسنت ذات دلالة ، 30% كانوا غير متأكدين ، 30% أكدوا

انه ليس هناك أى تغييرات ، وكثير من الآباء لاحظوا اختفاء الحركات النمطية وفرط الحركة لدى أبنائهم.

تعليق:

ترى الباحثة أن هذا التنوع الكبير فى الأساليب العلاجية لاضطراب التوحد يدل على مدى الاهتمام من جانب عدد كبير من المتخصصين فى المجالات المختلفة ، وأن نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل ، والتفاعل التربوى والاجتماعى مع حالة من حالات الأطفال التوحديين لا يعنى بالضرورة نجاحها فى كل الحالات المماثلة ؛ وذلك لأن لكل طفل توحدى خصائصه المحددة التى تميزه عن غيره من الأطفال ، وهذا معناه أيضا أن أية خطه علاجية أو تأهيل اتبع فى تأهيل طفل معين لا يعنى بالضرورة أنها سوف تحرز نفس القدر من النجاح لو طبقت على طفل آخر ؛ فلكل طفل ظروفه وقدراته ، ونوعية ودرجة إعاقته ، وله ما يناسبه من أسس ومناهج وأساليب للتدريب والتأهيل.



• المحور الثاني: مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي:-

غالباً ما تنزع الأمهات نحو التعامل مع أطفالهن المعوقين 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 بتكليف 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 تعني 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 أيضاً سوسن الحلبي (2005 ، 159) أن مهارات العناية بالذات تشمل على ارتداء الملابس ، واستخدام السكين والملعقة ، الاغتسال ، تمشيط الشعر ، تنظيف الأسنان ، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية .

من التعريفات السابقة تستخلص الباحثة تعريفاً لمهارات العناية بالذات وهي : قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتي تشمل على: تناول الطعام ، الشراب ، 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 :

• أولاً: صعوبات في الطعام و الشراب:

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

ويضيف ربيع سلامة (2005 ، 195) أنه من المشكلات المتعلقة بالطعام والشراب 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 الاستحوازي ، 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 فى تقديم الأكل وترتيبه أمر لا يمكن الوفاء به فى كل المواقف و كل الأوقات ، ولذلك يصبح من الضرورى محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام والشراب لضمان قدر اكبر من المرونة .

ويشير عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003 ، 165) أن عادات الأكل والشراب ، وما يفضلها الطفل ، وما لا يفضلها 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 مظهرًا غير سوى أثناء تناولهم للطعام والشراب بطريقة غير صحيحة بين الناس أو على الملأ . ويرى بعض الآباء أنه مع افتقار أطفالهم للتوحيدين لأداب المائدة ، وقيامهم ببعض التصرفات الإجتماعية حين جلوسهم إليها ، فضلا عن سلوكهم الذى لا يمكن التنبؤ به ، وقد يصبح من المتعذر على أسرة الطفل التوحى 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 التى 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 ، ولكى 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 لكى 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 الموضوعة 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 قدراً كبيراً من التعزيز المعنوي مقابل جهوده الأولية في الإمساك بالأداة وملئها بالطعام في سياق الأكل ، وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل " حسناً " عندما يلتقط الأداة أو عندما ينقلها إلى الطبق وهكذا .

8. يجب أن يتحدث الوالد أو المعلم 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 إيجابياً وذات مغزى بالنسبة للطفل .

9. يجب تقديم تشكيلة من المعززات وعدم الاعتماد على معزز لفظي واحد ، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون ساراً ومخلصاً ، واللمس أيضاً 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 يبدي 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 الموضع 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 يعني أن كل الطعام الضروري للتدريب يجب أن يكون متاحاً ؛ فإذا كان الطفل تعلم تناول الأطعمة بالأصابع على سبيل المثال ، حينئذ يجب أن تتوفر تلك الأطعمة في كل وجبة .

(إيرلي بالثازار: 1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)
ثانياً: إجراءات التدريب على مهارة الشرب :

1. يتم تقديم السوائل في 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 في أوقات مناسبة على سبيل المثال (بعد الوجبات) حتى يستجيب الطفل للتدريب .

3. نطلب من الطفل أن يحمل الكأس بيديه ، وأن يبلع السائل بطريقة ملائمة .

4. يتم استخدام التوجيه اللفظي للطفل حيث نوجهه بأن لا يقطر السائل أو يسيل لعابه أثناء الشرب .

5. نطلب من الطفل الاحتفاظ بالسائل في وضع عمودي حيث يحتفظ الطفل بالسائل في فمه أثناء الشرب من الكأس أو الكوب في 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 اليدوي 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 التوحيديين 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 أنوي 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 التوحيديين في سن المدرسة الإعدادية ، (4) إناث يابانيات تتراوح أعمارهن من (9-13) سنة ولديهن إعاقة تخلف عقلي متوسطة مصاحبة للتوحد.
- في التجربة الأولى :** تم تدريب البنات على تناول وجبة طعام وتناول سوائل بعدها.
- في التجربة الثانية :** أعطيت الفتيات حزمة للتدريب تضمنت كل من الكروت المصورة والفيديو لمدة (3) أيام في الفصل الدراسي لتقويم وتعديل مهارات الطعام والشراب التي تم تقويمها وتعديلها.

• ثانيا: صعوبات في ارتداء الملابس وخلعها :

تري 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 ، وفي مرحلة لاحقة يمكننا لفت انتباه الطفل وتوجيه اهتمامه إلى البطاقة الملصقة على الثوب والتي تدل على الجهة الداخلية والجهة الخلفية للرداء ، كما أن الأطفال التوحيديين غالبا ما يكونون غير مدركين للملبس المناسب لحالة الجو السائدة في وقت ما , فتراهم يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة في الصيف أو ملابس من القطن الخفيف في 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 في 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 التوحدي كبير السن وأحيانا يدفعهم اليأس حتى يتمكن الطفل من الذهاب للمدرسة في الموعد.

إجراءات التدريب على مهارة ارتداء الملابس وخلعها :

2. 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 عادي أو مضطرب انفعالياً يجب تأجيل التدريب ، وعندما تكون الأمور متاحة يبدأ المدرب في التدريب وذلك بأن يجعل الطفل يقوم بخلع ملابسه بالكامل ثم يجعله يقوم بارتدائها .
3. يتم تجزئة المهارة إلى أجزاء ، حيث يتم ارتداء القميص أولاً ثم البنطلون ، وكذلك عند الخلع مع إعطاء الطفل فترات راحة بين الارتداء والخلع .
4. ينصح أن تعقد جلسات التدريب في حجرة الملابس في المنزل .
5. عندما يتم اختيار سلوك الهدف – على سبيل المثال – ارتداء القميص يستخدم توجيه يدوي بطيء وخفيف جداً للتأكد من أن استجابة محددة أنجزت من قبل الطفل على نحو صحيح .
6. يجب تقديم كل أداة من أدوات الملابس على نحو منفصل ، وفي 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 .
7. يجب إعطاء الطفل قدراً كبيراً من التعزيز اللفظي مقابل جهوده الأولية في ارتداء الملابس وخلعها وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل " حسناً " ، عندما يرتدى القميص أو عندما يخلعه وكذلك البنطلون .
8. 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.
9. يجب على المعلم والوالد أن ينوعا في استخدام المعززات حتى لا يشعر الطفل بالملل ، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون مشجعاً ، واللمس أيضاً يكون معززاً قوياً .
10. عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدى بعض المقاومة يستخدم التوجيه اليدوي كما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة ، ويجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة .
11. عندما يقع الطفل في خطأ ما يجب أن يتدرب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء خطوات الارتداء والخلع اللاحقة .
12. يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملاً وثابتاً وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الارتداء والخلع بنفسه.

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

• ثالثاً: صعوبات في عملية الإخراج:

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

من جهة أخرى يلاحظ أن قليلاً من الأطفال التوحيديين يتعودون على تلويث وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه ، ومما لا شك فيه أن مثل هذا السلوك في حاجه لتدخل سريع من خلال

إتباع الأساليب السلوكية التي 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 التي يمكن الاستعانة بها عندما يبذل الطفل التوحدى نفسه أثناء النوم ومنها :

- طريقة الجرس والفراش وتتلخص طريقة عمل هذا الأسلوب فى أن الجرس يرن أوتوماتيكيا بمجرد أن يبذل الطفل نفسه ، وهذه الطريقة البسيطة تساعد الطفل على توقع الوقت الذى يجب عليه الذهاب إلى الحمام أو الطلب من والدته أن تأخذه إليه.
- استخدام بعض السلوكيات التي تساعد على تنمية قدرة الطفل على التحكم فى 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 والذى يكون فى الغالب مطلعاً على مختلف الأساليب والبرامج . ولذلك ترى سوسن الحلبى (2005 ، 86) بأن بعض الأطفال التوحيدين يشكلون مضايقة وإزعاجاً لذويهم فيما يتعلق باستخدام الحمام ، ويتطلب الأمر تدريب الأطفال التوحيدين على ذلك ، وهناك بعض الأطفال الذين يكرهون بل ويخافون من استخدام المرحاض ، ومن المهم أن نكشف ما إذا كانوا يشعرون بالأمان خلال تدريبهم على استخدام المرحاض أم لا أو ما يتعلق ببرودة كرسي المرحاض 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 البوليتنأسلية 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 ، وينبغى توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التي يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة ، وكذلك المحافظة على جفاف ملابسه ، وتكون المكافأة صغيرة فى حالة اكتشاف جفاف البنطلون وكبيرة فى حالة الإخراج الملائم ، وعندما تشمل المكافأة المديح اللفظى يحدث تأثير تعزيزى إضافى ، وبعد أيام قليلة لا تكون هناك حاجة لإعطاء المكافآت المادية ، كما أكدنا من قبل أنه يجب تقديم المعززات وفقاً للخطوات المعطاة فى عملية الإخراج لوقتى النهار أو الليل .
4. مراعاة توافر أنواع عديدة من الكافئات .
5. يجب إعطاء المكافآت للسلوك الصحيح فوراً ، وهذا هو السبب فى أن الاكتشاف الفورى 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 المرحاض .
7. يمكن التخلص من الاستجابة غير الصحيحة عندما يقدم الوالد مباشرة رد فعل لفظى سليم ، ويجب تقديم ذلك " باتساق " وثبات ، وكذلك بطريقة لفظية ، وبعد إعطاء مكافأة ، وعلى العكس عندما تعطى استجابة صحيحة يجب تقديم المدح اللفظى 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 المرحاض ، هذه المواقف تعوق برنامج التدريب ، ومن ثم يجب تقليلها ، ولذلك فأن التدريب يجب أن يتم أولاً في الحمام .
 10. في بداية المراحل الأولى من التدريب يكون الإرشاد الجسمي أمراً هاماً ، ولكن يجب ألا يستخدم بعد رسوخ التدريب الأولى ، ويتم الإرشاد مع تقديم المكافآت الملائمة ، ويقل تكراره حتى يختفي تماماً ، وكما ذكرنا من قبل فأن هذه العملية التدريجية لخفض تكرار الإرشاد والإثابة تسمى " التلاشى " Fading
- (إيرلى بالثازار: 1999 ؛ رونالدكوروسو ، كولين أورورك: 2003 ؛ سوسن الحلبي: 2005)

ومن الدراسات التي 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 في 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 في النظافة الشخصية:
تتضمن النظافة الشخصية ، غسل اليدين والوجه ، وتجفيف اليدين والوجه بالفوطه ، 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 في عملية التدريب على النظافة الشخصية مهمة جدا . إن الاستخدام والعرض الفعلي للشيء ليس هو الأمر المفيد فقط ، ولكن المفيد أيضا هو أين يجب أن يوضع هذا الشيء في حالة عدم استخدامه ، ومن الأشياء التي يجب أن يألفها 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 إحدى المهارات الخاصة ، كما يتحقق أيضا إجراء خفض التعزيز التدريجي والمنتظم (التلاشى) ، 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 تنخفض 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:

تري 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 المستحدثات 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 التى يمكن أن يتعرض لها خارج أو داخل المدرسة والمنزل حتى يتمكن من تفادى أو تقليل حجم الأضرار والخسائر التى 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 فى وقوع الأطفال فى حوادث مختلفة سواء حوادث الغرق ، الكهرباء ، 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 يعانى من مشكلة صحية مثل نقص الحديد أو الزنك أو إصابته بتسمم الرصاص التى ربما قد تكون السبب فى مثل هذه السلوك ، كما يمكن الفحص الطبى التأكد من سلامة الطفل من أى أضرار نتيجة لتناوله مواد غير صالحة للأكل لاسيما جهازه الهضمى ، 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 التوحيديين 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 فى أى موقف خطر ، ومن ثم يتجنبون الوقوع فى الحوادث .
 3. ضرورة تعليم الأطفال كيفية إدراك الأخطار التى 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 فى 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 كاروثرس وتايلور (2004) Carothers & Taylor ، 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 أبى (1997) Abe بعنوان " التدريب على الحياة اليومية لدى التوحيديين ومساعدتهم على حماية أنفسهم " ، واستهدفت هذه الدراسة تصميم برنامج تدريبي على المهارات اليومية للتوحيديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم ، وتكونت العينة من طفل ذكر يابانى (8 سنوات و 7 شهور) وآخر (9 سنوات و 6 شهور) ، وقد اشترك الآباء مع المدربين أثناء التدريب باستخدام برنامج محاكاة من خلال الفيديو الذى يوضح كيفية الذهاب إلى الأتوبيس واحتياطات الأمان بالذات ، وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن فى مهارات الحياة اليومية للتلاميذ التوحيديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم .

ودراسة أولينويا (1989) Ulianou بعنوان " تنمية مهارات الخدمة الذاتية لدى الأطفال التوحيديين " تناقش هذه الدراسة كيفية تنظيم الحياة اليومية لاحتياجات الأطفال التوحيديين والأشياء التي يمكن أن ينجزوها بأنفسهم بشكل معتاد يوميا حيث تشتمل على النظافة الشخصية (الاغتسال والاستحمام) وارتداء الملابس (يمكن أن يكون ذلك بمشاركة الكبار في 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 وشيريمان (1994) Pierce&Schreibman التي هدفت إلى تدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحيديين بدون نظم إشراف خلال الإدارة الذاتية المصورة ، وأجريت هذه الدراسة على (3) أطفال أعمارهم (6-9) سنوات لديهم انخفاض في القدرات الوظيفية ، وقد بينت النتائج انه يمكنهم تعلم مهارات وسلوكيات العناية بالذات من خلال الصور في 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 للتوحيديين ، حيث وجد أن كثير من الأطفال التوحيديين في حاجة إلى تدريب منظم ومكثف على مهارات العناية بالذات بشكل يتناسب مع ما لديهم من عيوب في مهارات الانتباه واللغة ، والسلوكيات المتداخلة والإعاقة الحسية ، ويجب أن يتم تعليم مهارات العناية بالذات من خلال مواقف الحياة اليومية العادية في كل أوقات ، ويجب أولاً تقييم القدرات الحالية (مواطن القوة والضعف) ، كما يجب تحديد المهارات المستهدفة بواسطة المتخصصين وذلك لتشخيصها جيداً ، ويجب استخدام المدخل الطولي والوظيفي عند التخطيط لبرامج مهارات العناية بالذات وان تمر بخطوات محددة ، ويجب أن يتم تعريف كل مهارة بوضوح.

وفي هذه الدراسة تم وضع خطوات محددة لمهارات تصفيف الشعر وغسل الأسنان حتى يمكن تعلمها بكفاءة ، ولتعلمها التوحيديين 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 للتوحيديين في تنمية مهارات العناية بالذات التي اشتملت عليها الدراسة .

ودراسة ماتسون (1990) Matson والتي كان هدفها تدريس مهارات العناية بالذات لدى التوحيديين والمتخلفين عقلياً ، وتكونت عينة الدراسة من (4) أطفال متخلفين عقلياً في عمر (4-11) سنة ، (3) أطفال توحيديين ، حيث اشتملت إجراءات التدريب على طريقة التدريب على المهمة بالكامل من خلال النمذجة ، والتدريس اللفظي وطرق التعزيز الاجتماعي ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تعلم الأطفال بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية.

فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن وضع الفروض التالية ، كإجابات محتملة على ما أثير سابقاً من تساؤلات سابقة في مشكلة الدراسة على النحو التالي:-

- 1- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسين القبلي والبعدي ، وذلك لصالح القياس البعدي.

- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين البعدى والتتبعى.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- مقدمة.
- أولاً: المنهج.
- ثانياً: العينة.
- ثالثاً: الأدوات.
- رابعاً: الإجراءات.
- خامساً: التحليل الإحصائي.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مقدمة:

يتم في هذا الفصل عرض إجراءات الدراسة والتي تتمثل في منهج الدراسة ، وعينة الدراسة من حيث حجمها ، وكيفية تجانسها ، وطريقة اختيارها ، والأدوات المستخدمة في الدراسة ، وضبطها وإجراءات بناء البرنامج التدريبي ، وعرض الخطوات الإجرائية التي اتبعتها الباحثة في الدراسة ، وأخيراً الأسلوب الإحصائي المستخدم لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها ، وذلك على النحو التالي:

● أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي حيث أنها تختبر فاعلية برنامج تدريبي (متغير مستقل) في تنمية مهارات العناية بالذات (متغير تابع) للأطفال التوحيديين.

● ثانياً: عينة الدراسة:

استخدمت الباحثة ثلاث عينات كالتالي:

أ- العينة الاستطلاعية:-

تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التعرف على ثبات وصدق مقياس مهارات العناية بالذات وذلك من خلال التطبيق على عينة عشوائية من الأطفال التوحيديين ، وبلغ قوامها (8) ثمانية أطفال اختيروا عشوائياً من جمعية التثقيف الفكرى بمدينة الإسماعيلية ، وقد طبق المقياس بصورة فردية من خلال الأم والمعلمة في وجود الباحثة.

ب- العينة النهائية:-

تكونت من مجموعتين أحدهما تجريبية قوامها (6) أطفال توحيديين (3) ذكور (3) إناث ، والأخرى ضابطة قوامها (6) أطفال توحيديين (3) ذكور (3) إناث من جمعية التثقيف الفكرى ممن لديهم قصور في مهارات العناية بالذات ، وقد تم تشخيصهم طبقاً لمحكات الدليل التشخيصى (1994) ، وهم من فئة متوسطى الإعاقة ، (DSMIV) والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية وتتراوح نسبة ذكائهم (55-70) درجة ، والمرحلة العمرية من (9-12) سنة.

ج- العينة المشاركة "إحصائية تربوية خاصة ، أمهات الأطفال " :-

تكونت من إحصائية التربية الخاصة و(6) من أمهات الأطفال عينة الدراسة ، حيث تم تطبيق استمارة لمعرفة أهم المعززات المحببة لهؤلاء الأطفال (إعداد الباحثة) ، من خلال آرائهم ، واستمارة لجمع البيانات الشخصية للطفل (إعداد الباحثة) ، مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة إعداد عبد العزيز الشخص (2006) ، وتطبيق مقياس مهارات العناية بالذات عليهم قبلياً وبعدياً (إعداد الباحثة).

وتم مجانسة أفراد المجموعتين في المتغيرات الآتية:

1- العمر الزمنى: جميع أطفال عينة الدراسة يمثلون مرحلة عمرية واحدة وهى مرحلة الطفولة

المتأخرة (9-12) سنة.

2- درجة الذكاء لجميع أطفال العينة متوسطو الذكاء ، وتراوح نسبة ذكائهم ما بين (55 – 70

(درجة على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

3- المستوى الاجتماعى والاقتصادى المتوسط (حسب مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى

للأسرة المصرية) إعداد عبد العزيز الشخص (2006).

● ثالثاً: أدوات الدراسة :

تمثلت أدوات الدراسة فى:-

أ- أدوات اختيار العينة وتتمثل فى الآتى:

- 1- استمارة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
- 2- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء "الصورة الرابعة" تعريب لويس كامل مليكه (1998)
- 3- استمارة تقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية. (إعداد عبد العزيز الشخص (2006).

4- استمارة لجمع البيانات الشخصية. (إعداد الباحثة)

ب- أدوات الدراسة الرئيسية وهى:

- 1- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
- 2- مقياس لتقييم مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
- 3- برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات (إعداد الباحثة)

وفيما يلى وصفاً لأدوات الدراسة:-

أ- أدوات اختيار العينة:

(1) استمارة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين: (ملحق 2)

- هدف الاستمارة :

تهدف إلى تحديد أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين من خلال وجهة نظر
الأمهات والمعلمين للاستفادة منها فى ضبط العينة ، وأيضاً فى إعداد مقياس مهارات العناية بالذات .

- وصف الاستمارة :

تتضمن الاستمارة مجموعة من مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي ، وعلى يسار كل مهارة
مقياس يحدد مستوى الصعوبة ، حيث يوجد ثلاث مستويات هى:-

أ- صعوبة إلى حد ما .

ب- صعوبة .

ج- صعوبة جداً.

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

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

- هدف المقياس :

يستخدم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء لقياس وتقييم القدرات العقلية فى حالات الصحة
والمرض ، ومن أهم المبررات التى دعت الباحثة إلى استخدام هذا المقياس أن هناك بعض الدراسات
استخدمته مع هذه الفئة ، ومنها دراسة محمد عبد المنعم (2005) ، جيهان سليمان (2005).

- وصف المقياس :

يحتوى على مجموعة كبيرة من المهام المعرفية التى تنبئ بالعامل العام للذكاء ، ويتمثل نموذج
تنظيم القدرات المعرفية فى هذه الصورة من المقياس فى ثلاث مستويات هى :-

1. المستوى الأول : عامل الاستدلال العامل (فى المستوى الأعلى) .

2. المستوى الثانى : ويتمثل فى ثلاث عوامل عريضة هى:

أ - القدرات المتبلرة .

ب- القدرات السائلة التحليلية .

ج - الذاكرة قصيرة المدى .

3. المستوى الثالث : يتكون من ثلاث مجالات أكثر تخصصاً هي (الاستدلال اللفظي – الاستدلال الكمي – الاستدلال المجرد البصري – الذاكرة قصيرة المدى).

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

- (1) الاستدلال اللفظي يتضمن اختيار المفردات , والفهم , والسخافات والعلاقات اللفظية .
- (2) الاستدلال الكمي: ويتدرج تحته الاختيار الكمي , وتسلسل الأعداد وبناء المعادلة.
- (3) الاستدلال المجرد البصري : 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 نسبياً حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (0.82 – 0.97) . وقد قامت بتطبيقه الأخصائية النفسية في جمعية التثقيف الفكرى بالإسماعيلية على الأطفال التوحديين ونظراً لوجود صعوبة في استخدام اللغة لديهم تم استخدام الجزء الذى يعتمد على الأشياء العملية كالمكعبات والخرز وقطع الورق وذلك لصعوبة تعرفهم على الأجزاء اللفظية والتي تعتمد على اللغة.

3) مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة: (إعداد/ عبد العزيز الشخص ، 2006)

- هدف المقياس :

يهدف المقياس إلى تحديد المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية فى ظل الظروف الراهنة .

- محتوى المقياس :

يحتوى المقياس الاجتماعى الاقتصادى للأسرة على (5) أبعاد يمكن من خلالها تحديد المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة . وهذه الأبعاد هى :-

1. بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) وتتضمن سبعة مستويات .
2. بعد مستوى التعليم (للجنسين) ويتضمن ثمانية مستويات .
3. بعد متوسط دخل الفرد فى الشهر ويتضمن سبعة فئات .

ولتقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة ، تم استخدام المعادلة التنبؤية التالية:

$$ص = أ + 1س + 2س + 3س + 4س + 5س$$

وبالتعويض فى المعادلة تصبح

$$ص = 0.073 + 1س,264 + 2س,284 + 3س,102 + 4س,160 + 5س,0125$$

حيث:

ص = المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المطلوب التنبؤ به .

1س = درجة متوسط دخل الفرد فى الشهر .

2س = درجة وظيفة رب الأسرة .

3س = درجة مستوى تعليم رب الأسرة .

4س = درجة وظيفة ربة الأسرة .

5س = درجة مستوى تعليم ربة الأسرة .

وهكذا يمكن استخدام هذه المعادلة المختصرة فى تحديد المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة ،

وبتطبيق هذه المعادلة تم الحصول على سبعة مستويات هى:

1. منخفض جداً

2. منخفض
3. دون المتوسط
4. متوسط
5. فوق المتوسط
6. مرتفع
7. مرتفع جدا

- صدق وثبات المقياس :

قام عبد العزيز الشخص (2006) بالتحقق من صدق المقياس عن طريق حساب معاملات الانحدار على عينة قوامها (1055) أسرة فبلغ (0.967) ومن ثم توضح هذه النتيجة مصداقية صدق مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية ، كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام معاملات التنبؤ على نفس عينة الصدق فبلغ (0.073) ومن ثم توضح هذه النتيجة ثبات مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية .
والنتائج السابقة مجتمعة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات تمكن من استخدامه فى الدراسة الحالية.

(4) استمارة لجمع البيانات الشخصية (إعداد الباحثة) (ملحق 4)

- 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 المعلومات ، وإحصائية التربية الخاصة بالجمعية ، وتتضمن الاستمارة مجموعة من البيانات الشخصية والاجتماعية عن الطفل وأسرته كالاسم ، والسن ، وتاريخ الميلاد ، وتاريخ الالتحاق بالجمعية ، ومؤهل الأب ووظيفته ودخله ، ومؤهل الأم ووظيفتها ودخلها ، وعنوان الأسرة ، ورقم التليفون ، واسم الأب واسم الأم .

الأدوات الرئيسية للدراسة :

(1) استمارة لمعرفة أهم المعززات للطفل التوحدى: (إعداد الباحثة) (ملحق 5)

- هدف الاستمارة :

أكدت العديد من الدراسات السابقة التى تناولت البرامج المقدمة للأطفال التوحدين على أهمية استخدام التعزيز بصورة أساسية ومستمرة طوال فترة تقديم البرنامج باعتباره أسلوباً مثالياً لنجاح أى وعادل عبد Buffington (1998 برنامج واستمرار نجاحه على مدى أطول . مثل دراسة بوفيتون (الله (2001) وسهير عبدالله (2002) ، لذلك قامت الباحثة بإعداد هذه الاستمارة لمعرفة المعززات المحببة لدى الأطفال التوحدين .

- وصف الاستمارة :

تتضمن الاستمارة أهم المعززات الايجابية سواء كانت معززات مادية (مأكولات – مشروبات – حلويات – ألعاب – أشياء أخرى) ، أو معززات اجتماعية (شاطر – برافو – تصفيق – جيد) وتم التعرف على ذلك من خلال الأمهات وأخصائية التربية الخاصة بالجمعية ، حيث يتم استخدامها أثناء تنفيذ البرنامج.

(2) مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين: (إعداد الباحثة) (ملحق 3)

- هدف المقياس :

يهدف المقياس إلى تقييم مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين في مرحلة الطفولة المتأخرة من (9 - 12) سنة ، ويتم استخدامه في التقييم القبلي والبعدي ، والتتبعي للبرنامج .

- خطوات إعداد المقياس :

تم إعداد المقياس في الخطوات التالية:

1. الإطلاع على الإطار النظري الخاص بإعاقة التوحديين بهدف التعرف على خصائصهم وسلوكياتهم الخاصة بمهارات العناية بالذات ، أيضاً على ما كتب عن مهارات العناية بالذات .
2. الإطلاع على بعض الاختبارات والمقاييس النفسية التي اهتمت بإعاقة التوحد والسلوكيات الخاصة بالأطفال التوحديين .
3. تحديد الأبعاد الفرعية لمهارات العناية بالذات.
4. صياغة العبارات الدالة على كل بعد من أبعاد المقياس ، وقد روعي عند صياغة العبارات ما يلي:-
 - لغة العبارات تكون سهلة وبسيطة وواضحة .
 - تغطي أبعاد المقياس السبعة .
 - تنتمي للبعد الذي يحتويها .
5. تم إعداد المقياس في صورته الأولية مكون من (7) أبعاد وتشتمل على 92 مفردة.

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في التربية الخاصة ، والصحة النفسية ، وعلم النفس التربوي ، لإجراء الصدق المنطقي ، والحكم على صلاحيته من خلال النقاط التالية :-

- أ- صياغة العبارات ومدى ملائمة العبارة للهدف الذي وضع من أجله المقياس.
- ب- انتماء المفردة لكل بعد من أبعاد المقياس أو عدم انتمائها .
- ج- حذف أى عبارة يرون حذفها .
- د- وضع مقترحات أخرى بشأن المقياس وطريقة تصحيحه .

صدق المقياس:

استخدمت الباحثة عدة طرق للتحقق من الصدق ومنها :

أولاً: صدق المحكمين:-

قامت الباحثة بعرض المقياس على (8) من أساتذة علم النفس ، والتربية الخاصة ، والصحة النفسية بكليات التربية بهدف معرفة مدى الاتفاق على عبارات المقياس ، ويوضح الجدول (1) نتائج ذلك.

يتضح من خلال البيانات الموجودة في جدول (1) عدد المحكمين الموافقين على كل مفردة وكذلك نسب الاتفاق بينهم على كل مفردة من حيث كونها تقيس البعد الذي تنتمي إليه .

وقد أبقت الباحثة على المفردات التي بلغت نسبة الاتفاق عليها 70% فأكثر ، وقد بلغ عدد المفردات التي تم استبعادها (20) مفردة ، وبذلك أصبح عدد المفردات (72) مفردة موزعة على سبعة أبعاد.

جدول (١)

بوضوح الاتفاق بين المحكمين والنسب المتوقعة لاتفاق على صلاحية كل مفردة
لقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيدين وكل بعد من الأبعاد

الامان بالذات			التطابق الشخصية			عدلية الاخراج			خلف الملايس			ارتداء الملايس			تناول الشراب			تناول الطعام		
%	عدد	رقم	%	عدد	رقم	%	عدد	رقم	%	عدد	رقم	%	عدد	رقم	%	عدد	رقم	%	عدد	رقم
المتقنين	المفردة	المتقنين	المفردة	المتقنين	المفردة	المتقنين	المفردة	المتقنين	المتقنين	المفردة	المتقنين	المتقنين	المفردة	المتقنين	المتقنين	المفردة	المتقنين	المتقنين	المفردة	المتقنين
٩٠	٩	١	١٠٠	١٠	١	٧٠	٧	١	٨٠	٨	١	١٠٠	١٠	١	٩٠	٩	١	١٠٠	١٠	١
١٠٠	١٠	٢	٩٠	٩	٢	٩٠	٩	٢	٩٠	٩	٢	٨٠	٨	٢	٨٠	٨	٢	١٠٠	١٠	٢
٥٠	٥	٣	٩٠	٩	٣	١٠٠	١٠	٣	١٠٠	١٠	٣	٦٠	٦	٣	١٠	١٠	٣	٩٠	٩	٣
٦٠	٦	٤	٦٠	٦	٤	٦٠	٦	٤	٥٠	٥	٤	٩٠	٩	٤	٩٠	٩	٤	٨٠	٨	٤
٨٠	٨	٥	٨٠	٨	٥	٨٠	٨	٥	٨٠	٨	٥	٧٠	٧	٥	٦٠	٦	٥	١٠٠	١٠	٥
١٠٠	١٠	٦	٥٠	٥	٦	٨٠	٨	٦	١٠٠	١٠	٦	١٠٠	١٠	٦	٨٠	٨	٦	٨٠	٨	٦
٩٠	٩	٧	٩٠	٩	٧	٥٠	٥	٧	٩٠	٩	٧	٩٠	٩	٧	٧٠	٧	٧	٩٠	٩	٧
٧٠	٧	٨	٤٠	٤	٨	١٠٠	١٠	٨	٧٠	٧	٨	٨٠	٨	٨	٦٠	٦	٨	٩٠	٩	٨
٦٠	٦	٩	٨٠	٨	٩	٦٠	٦	٩	٨٠	٨	٩	٥٠	٥	٩	٥٠	٥	٩	٨٠	٨	٩
١٠٠	١٠	١٠	٧٠	٧	١٠	٩٠	٩	١٠	٨٠	٨	١٠	٤٠	٤	١٠	١٠	١٠	٨٠	٨	١٠	١٠
٤٠	٤	١١	١٠٠	١٠	١١	١٠٠	١٠	١١	١٠٠	١٠	١١	١٠٠	١٠	١١			٧٠	٧	١١	١١
٩٠	٩	١٢	٥٠	٥	١٢	٨	٨	١٢	٩٠	٩	١٢	٨٠	٨	١٢			٧٠	٦	١٢	١٢
									٦٠	٦	١٣	٩٠	٩	١٣			٧٠	٧	١٣	١٣
									٨٠	٨	١٤	١٠٠	١٠	١٤			٩٠	٩	١٤	١٤
									٩٠	٩	١٥						٨٠	٨	١٥	١٥
																	٦٠	٦	١٦	١٦
																	٥٠	٥	١٧	١٧

ملحق رقم (١)

ثانياً: الاتساق الداخلى :-

لحساب الاتساق الداخلى للمقياس ، طبق المقياس فى صورته النهائية على عينة قوامها (8) أطفال توحيدين وتم حساب معاملات ارتباط المفردات بالبعد الذى ينتمى إليه ، وأيضاً تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية وذلك باستخدام معادلة بيرسون كما بالجدولين (2) ، (3) .

جدول (2)

يوضح معاملات الارتباط بين كل مفردة والبعد الذى ينتمى إليه

تناول الطعام		تناول الشراب		ارتداء الملابس		خلع الملابس		عملية الإخراج		النظافة الشخصية		الأمان بالذات	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
0.64	1	0.87	1	0.57	1	0.18	1	0.58	1	0.68	1	0.73	1
0.51	2	0.87	2	0.52	2	0.68	2	0.85	2	0.71	2	0.81	2
0.57	3	0.75	3	0.66	3	0.59	3	0.74	3	0.53	3	0.88	3
0.76	4	0.67	4	0.62	4	0.78	4	0.74	4	0.84	4	0.14	4
0.58	5	0.69	5	0.74	5	0.79	5	0.58	5	0.76	5	0.18	5
0.72	6	0.60	6	0.71	6	0.74	6	0.15	6	0.68	6	0.75	6
0.58	7	0.14	7	0.82	7	0.78	7	0.65	7	0.75	7	0.74	7
0.54	8			0.11	8	0.64	8	0.67	8	0.19	8	0.77	8
0.57	9			0.57	9	0.83	9	0.81	9			0.85	9
0.58	10			0.58	10	0.56	10						
0.15	11			0.71	11	0.54	11						
0.15	12					0.74	12						
0.65	13					0.66	13						
0.75	14												
0.66	15												

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين المفردات والبعد الذى تنتمى إليه داله إحصائياً عند مستوى 0.05 فيما عدا بعض المفردات التى تم استبعادها وبلغت (9) مفردات.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية

الأبعاد	معاملات الارتباط
تناول الطعام	0.88
تناول الشراب	0.78
ارتداء الملابس	0.81
خلع الملابس	0.80
عملية الإخراج	0.85
النظافة الشخصية	0.75
الأمان بالذات	0.76

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية تراوحت ما بين 0.75 ، 0.88 وكلها معاملات ارتباط داله عند مستوى 0.05 مما يحقق الصدق للمقياس.

ثبات المقياس:-

تم حساب معاملات الثبات باستخدام التجزئة النصفية للأبعاد.

جدول (4)

يوضح معاملات الثبات لمقياس مهارات العناية بالذات بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معاملات الثبات
تناول الطعام	0.58
تناول الشراب	0.78

0.63	ارتداء الملابس
0.64	خلع الملابس
0.80	عملية الإخراج
0.74	النظافة الشخصية
0.65	الأمان بالذات

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات أبعاد المقياس تراوحت ما بين 0.58 ، 0.80 وكلها معاملات ارتباط دالة عند مستوى (0.05 ، 0.01) ، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مرضية من الثبات.

وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاختبار ككل وبلغت قيمتها 0.67 وهى دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 .

كما تم حساب الثبات الكلى للمقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ وبلغت قيمة الثبات 0.82 وهى داله عند مستوى 0.01 مما يعد مؤشرا على ثبات المقياس.

الصورة النهائية للمقياس: (ملحق 3)

بعد حساب الصدق والثبات لمقياس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحيدين أصبح المقياس فى صورته النهائية يحتوى على (62) مفردة موزعه على سبعة أبعاد على النحو التالى:

البعد الأول: تناول الطعام

قدرة الطفل التوحدى على تناول الطعام ، وذلك عن طريق استخدام أدوات الطعام بطريقة سليمة ومناسبة ، وعدم سكب الطعام على ملابسه ، ويحتوى هذا البعد على (13) مفردة من 1: 13.

البعد الثانى: تناول الشراب

قدرة الطفل التوحدى على تناول الشراب بصورة سوية (مقبولة) فى المنزل وخارج المنزل ويحتوى هذا البعد على (6) مفردات من 14: 19 .

البعد الثالث: ارتداء الملابس

قدرة الطفل على ارتداء الملابس بصورة سليمة من خلال ارتداء القميص وربط الزراير وارتداء البنطلون وغلق السوستة وارتداء التى شيرت ، ويحتوى هذا البعد على (10) مفردات من 20: 29 .

البعد الرابع: خلع الملابس

قدرة الطفل على خلع ملابسه بصورة صحيحة من خلال خلع القميص بفك الزراير وخلع البنطلون بفك السوستة وخلع التى شيرت ، ويحتوى هذا البعد على (12) مفردة من 30: 41 .

البعد الخامس: عملية الإخراج

قدرة الطفل على القيام بعملية الإخراج بصورة صحيحة ، وذلك من خلال الإعلان عنها فى الوقت المناسب ، وكيفية خلع ملابسه قبلها ، الجلوس على المقعد بهدوء والنظافة بعدها ، وارتداء ملابسه وغسل يده بعدها ويحتوى هذا البعد على (8) مفردات من 42: 49 .

البعد السادس: النظافة الشخصية

قدرة الطفل على القيام بالنظافة الشخصية بصورة جيدة من خلال غسل وجهه ، واستخدام الفرشاة ، وتمشيط شعره ، ووضع العطور ، ويحتوى هذا البعد على (6) مفردات من 50: 55 .

البعد السابع: الأمان بالذات

قدرة الطفل على تجنب الأشياء التى قد تؤذى ذاته مثل (أدوات حادة – أدوية – كهرباء ويحتوى هذا البعد على (7) مفردات من 56 : 62 .

تصحيح المقياس:

جاءت مفردات المقياس على مقياس ثلاثي متدرج (لا - إلى حد ما - نعم) ، حيث يتم التصحيح بدرجة واحدة للبديل الأول (لا) ، ودرجتان للبديل الثاني (إلى حد ما) ، وثلاث درجات للبديل الثالث (نعم) ، وتجمع درجة كل بعد على حده ، ثم تجمع جميع درجات الأبعاد لحساب درجة مهارات العناية بالذات ، والدرجة التي يتم الحصول عليها تعبر عن مدى امتلاك الطفل لمهارات العناية بالذات حيث تعبر الدرجة المنخفضة على عدم امتلاك المهارة ، والدرجة المرتفعة على إتقان المهارة.

• البرنامج التدريبي : (برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين) سوف تقوم الباحثة بتطبيق البرنامج التدريبي لتحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين من عمر (9 - 12 سنة) .

تعريف البرنامج:

(1990 ، 1999) " بأنه مجموعة من الوحدات المخططة لتحقيق أهداف يعرفه طلعت غبريال معينة بحيث تمهد كل وحدة للوحدة التي تليها ، وبحيث يتضح الترابط فيما بينها " .
أما جمال الخطيب وآخرون (1998 ، 221) فيرى " أنه عملية تتضمن جهوداً منظمة وهادفة ترمى إلى تمكين الإنسان المعوق من الاستفادة من قدراته الجسمية ، والعقلية ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، والمهنية إلى أقصى درجة ممكنة ، ويقوم على تخطيطها وتنفيذها فريق متعدد التخصصات " .

ويعرفه أيضاً حامد زهران (1998 ، 10) " بأنه مجموعة من الإجراءات المنظمةة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل المشكلات التي يقابلها في حياته أو التوافق معها " .

ويعرفه السيد عبد النبي ، فائقة بدر (2001 ، 35) " بأنه مجموعة الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة المترابطة التي تقدم للطفل خلال فترة زمنية محددة وتعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج " .

من خلال هذه التعريفات السابقة يمكن للباحثة التوصل إلى التعريف الإجرائي للبرنامج وهو :
"عملية مخططة ومنظمة تستند إلى أسس ، وفنيات نظريات تعديل السلوك ، وتتضمن مجموعة من المهارات ، والممارسات خلال فترة زمنية محددة بهدف تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المصابين بأعراض التوحد ، والتي تشتمل على تناول الطعام ، والشراب ، وارتداء الملابس ، وعملية الإخراج ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات ، وذلك في إطار خصائص ومتطلبات المرحلة العمرية لهؤلاء الأطفال ، وذلك لإكسابهم قدر من الاستقلالية في مهارات العناية بالذات ، وتحقيق الاعتماد على النفس في المواقف الحياتية " .

تخطيط البرنامج :

تحتوى عملية تخطيط البرنامج على مايلي :

1- الأسس النظرية للبرنامج :

إن لكل طفل توحدي طبيعة ونوعية خاصة ؛ أي أن لكل واحد منهم أوجه قصور وأوجه قوه تميزه عن غيره من الأطفال ، ومن هنا تظهر الصعوبة في التعامل مع هذه الفئة ، وذلك لاختلاف مستوياتهم وإمكاناتهم ، ومن خلال فحص نظريات التعلم نجد أن هناك طرق كثيرة ومتنوعة يتم من خلالها تعليم ، وتعديل سلوك هؤلاء الأطفال التوحديين .

ونوضح هنا أهم النظريات الخاصة بتعديل السلوك ، والتي نركز عليها عند تطبيق البرنامج التدريبي .

أولاً : نظرية العلاج السلوكي :

يعد العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية التي أوضحت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد ، حيث يعتمد العلاج السلوكي على فنية إدارة السلوك ، وذلك

للتخلص من السلوكيات غير المقبولة من خلال مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل السلوكيات الأخرى غير المناسبة ، وبذلك يوضع الطفل وفقا لهذا النوع من العلاج فى فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات ، كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على (رشاد موسى: 2002 ، 401) تنمية السلوكيات المقبولة.

وترى الباحثة انه قد تبين من خلال آراء معظم الخبراء فى مجال علاج الطفل التوحدى ، ومن خلال الدراسات السابقة أيضا نجاح العلاج السلوكى مع الأطفال التوحدين فى تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية ، ومهارات التواصل ، ورعاية الذات ، والمهارات المعرفية.

ثانيا: نظرية الاشتراط أو التعلم الإجرائي:

يؤكد (سكنر) مؤسس نظرية الاشتراط الإجرائي على أن الإنسان يتعلم معارفه ، وعاداته ومهاراته عن طريقة التعلم الإجرائي ، حيث يرمى إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتيح هذا السلوك من نتائج أما إيجابية أو سلبية ، لذا كان من أهم المبادئ الرئيسية لهذه النظرية والتي ارتبطت بالعلاج السلوكى للطفل (التدعيم الإيجابى ، والتدعيم السلبي) .

(رضوي إبراهيم وآخرون: 1993 ، 55)

ولهذا ترى الباحثة أن نظرية التعلم أو الاشتراط الإجرائي من النظريات الهامة في تعلم هذه الفئة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، لأن الأساليب والمبادئ التي تعتمد عليها هذه النظرية ذات أهمية بالغة في تغيير وتعديل هذه الفئة من الأطفال ، لذلك سوف يعتمد البرنامج التدريبي علي نظريات تعديل السلوك التي قد تساهم في تعديل وتنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال التوحدين لأنها تعتبر أهم وأنسب الطرق العلاجية المتعددة التي تستخدم بطريقة مكثفة لعلاج الأطفال غير العاديين بوجه عام ، والأطفال التوحدين بوجه خاص.

الأسس العامة للبرنامج :

من خلال الإطلاع علي الدراسات السابقة والبرامج التربوية العلاجية الخاصة بالأطفال التوحدين تم استخلاص أهم الأسس العامة للبرنامج والتي تشتمل علي مجموعة متنوعة من الأسس : العامة ، والنفسية ، والتربوية ، والاجتماعية ، والعصبية ، والفسايولوجية ، وفيما يلي توضيح ذلك :
(أ) الأسس العامة:

وتشتمل على :

- 1- أن السلوك الإنساني متعلم من خلال عملية التنشئة الاجتماعية والتعلم .
 - 2- السلوك الإنساني رغم ثباته النسبي ، فإنه مرن قابل للتعديل والتغيير .
 - 3- السلوك الإنساني فردى جماعى فى نفس الوقت ؛ فسلوك الإنسان وهو وحده يبدو فيه تأثير الجماعة وسلوكه وهو فى الجماعة يبدو فيه آثار شخصيته وفرديته .
- (ب) الأسس النفسية :

وتشتمل على :

- 1- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال .
 - 2- مراعاة خصائص الأطفال .
 - 3- مراعاة الحاجات الخاصة لكل طفل .
 - 4- مراعاة الخصائص النفسية غير السوية مثل الانطواء والانسحاب .
- (ج) الأسس التربوية :

وتشتمل على :

- 1- مناسبة البرنامج لقدرات الأطفال .
- 2- توضيح فقرات البرنامج بحيث لا تكون غامضة حتى ينجح الأطفال فى تنفيذ البرنامج.
- 3- توفير الوقت الكافى والمناسب للأطفال عند تنفيذ البرنامج حتى ينجح البرنامج فى تحقيق أهدافه .

- 4- تنمية إحساس الأطفال التوحيديين بأهمية البرنامج وإعطائهم التعزيز المناسب عند قيامهم بالسلوكيات المطلوبة .
- 5- التنوع فى تقديم أنشطة البرنامج .
- 6- استخدام وسائل تعليمية متنوعة لإبعاد الطفل عن الملل .
- 7- استخدام المعززات بكثرة وتنوع المكافآت المستخدمة .
- (د) الأسس الاجتماعية :

وتشتمل على :

- 1- توفير البنية المدرسية المناسبة من فحص الضوء الخاص بالمكان لأنه قد يساهم فى زيادة التوتر لدى الطفل التوحى ، وفحص المكان الذى يتم فيه التدريس مثل ارتفاع الكرسي والمنضدة .
- 2- فحص الأدوات والخامات المستخدمة فى الأنشطة والأعمال ووضعها فى مكان مناسب .
- 3- فحص درجة حرارة الغرفة ودرجة حرارة الطفل مناسبة أم لا .

(هـ) الأسس العصبية والفسولوجية :

وتشتمل على :

- 1- مراعاة مناسبة أنشطة البرنامج للقدرات الجسمية والعقلية للأطفال التوحيديين .
- 2- تحديد مهارات وقدرات الأطفال التوحيديين لإعطائهم خبرات تناسب الاختلاف بين كل طفل وآخر .

وبذلك يمكن للباحثة أن تستخلص مجموعه من الاعتبارات التى يجب أن يؤخذ بها أثناء وضع وتنفيذ البرنامج ومنها :

- 1- التنوع فى الأنشطة حتى لا يتسرب الملل إلى الأطفال .
- 2- مراعاة الخصائص والمطالب والمعدلات النهائية لهذه الفئة من الأطفال .
- 3- التنوع فى المعززات المستخدمة
- 4- التنظيم والترتيب لأى مهارة قبل البدء - تحديد دور المعلم - الباحثة - الطفل .
- 5- تحديد مستويات بسيطة من السلوك كشرط لتقديم التدعيم .
- 6- إتباع الخطوات الواحدة تلو الأخرى بطريقة متسلسلة .
- 7- معرفة كل الأبعاد الخاصة بكل طفل قدر الإمكان لإعطائه خبرات تناسبه .
- 8- استخدام عملية التدعيم السلبي من تجاهل وعقاب بسيط واستبعاد مؤقت .
- 9- استخدام عملية التدعيم الإيجابي سواء باستخدام تدعيمات مادية أو تدعيمات اجتماعية .
- 10- تناول مواقف شائعة التكرار مثل الأساليب المقبولة لاستخدام الحمام .
- 11- التدريب فى المواقف التى تظهر فيها الحاجة بالفعل أى قبل الأكل أو بعده أو عند الحاجة إلى دخول الحمام .
- 12- استخدام الأدوات الطبيعية والواقعية أثناء التدريب .
- 13- أن يكون التدريب فى الأماكن المختلفة المسموح بها لأداء هذه المهارات ولا يقتصر على المركز فقط لكى تعمم المهارات المكتسبة .
- 14- قيام أكثر من شخص بتدريب الطفل (المعلمة - الباحثة - الأم) .

أهداف البرنامج :

(1) الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج الحالى إلى مساعدة الطفل التوحى الذى يتراوح عمره بين (9 - 12 سنة) إلى تحسين مهارات العناية بالذات .

(2) الأهداف الفرعية للبرنامج :

تتلخص الأهداف الفرعية فيما يلي:-

- 1- تدريب الطفل التوحدي على كيفية تناول الطعام بطريقة صحيحة .
- 2- تدريب الطفل التوحدي على كيفية تناول الشراب بطريقة صحيحة .
- 3- تدريب الطفل التوحدي على كيفية ارتداء الملابس وخلعها .
- 4- تدريب الطفل التوحدي على القيام بعملية الإخراج .
- 5- تدريب الطفل التوحدي على النظافة الشخصية .
- 6- تدريب الطفل التوحدي على تجنب الأخطار التي تؤذي ذاته .

أهمية البرنامج :

أثبتت العديد من الدراسات والبحوث أهمية البرامج التي تقدم للأطفال التوحيدين التي تهدف إلى تنمية مهارات العناية بالذات لديهم لتحقيق قدر كافي من الإعتمادية ، والإستقلالية في حياتهم ، كما أكدت نتائج العديد من الدراسات على أهمية تدريب الأطفال التوحيدين على مهارات العناية بالذات من خلال البرامج التدريبية والتي تعتمد على المداخل السلوكية التي قد تؤدي إلى تحسين مهارات العناية بالذات لديهم ، وتجعلهم غير معتمدين على أفراد أسرهم أو على من يتعاملون معهم ، وعلى ذلك يمكن تحديد أهمية البرنامج الحالي في النقاط التالية:

- قد يساهم البرنامج التدريبي الحالي في تحسين مهارات العناية بالذات التي تتمثل في " تناول الطعام والشراب ، وارتداء الملابس وخلعها ، والإخراج ، والنظافة الشخصية ، والأمان بالذات ."
- يمكن أن تسفر عن نتائج تستثمر في الاستفادة من الجهود المبذولة لمساعدة الأطفال التوحيدين في الاعتماد على أنفسهم .
- زيادة عدد البرامج والبحوث والدراسات في إعاقه التوحد في البيئة العربية عامة والبيئة المصرية خاصة .

محتوى البرنامج:

قامت الباحثة باختيار محتوى البرنامج الحالي من خلال الاعتبارات التالية:

- (1) الإطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت البرامج التدريبية الخاصة بهؤلاء الأطفال ، وأيضاً الدراسات التي تناولت مهارات العناية بالذات بشكل نظري.
- (2) ملاحظة الباحثة المباشرة لمجموعة الأطفال التوحيدين من خلال الزيارات الميدانية للجمعية.
- (3) دراسة خصائص الأطفال التوحيدين لمعرفة الاحتياجات الحقيقية لهم.
- (4) إجراء عدة مقابلات مع المعلمة والأم لمعرفة بعض البيانات والمعلومات الخاصة بهؤلاء الأطفال التوحيدين والتي قد تفيد في عملية التدريب.

الفنيات المستخدمة في البرنامج :

سوف تستخدم الباحثة بعض الفنيات التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج وفيما يلي توضيح لهذه الفنيات :

(أ) التعزيز :

ينص مبدأ التعزيز على أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج إيجابية أو يخلصه من النتائج السلبية ، وهذه حقيقة علمية أوضحتها البحوث الأساسية والتطبيقية ، وعلى ذلك فالتعزيز هو أى فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه.

(جمال الخطيب: 1993 ، 37)

أنواع التعزيز :

(1) التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

التعزيز الإيجابي هو إثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويثيبه ويدفعه إلى تكرار السلوك المطلوب إذا تكرر الموقف .

ويتضمن التعزيز الإيجابي تقديم مثير مرغوب عقب السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة معدل حدوثه ، ولكي يطلق على المثير (الابتسام – المرح – النقود – الانتباه) معزز إيجابي لابد أن يزيد من معدل حدوث السلوك أو مدته أو شدته (عبد العزيز الشخص: 2004 ، 16) وبالنسبة لأنواع المعززات الإيجابية التي سوف تستخدم في البرنامج هي :

• معززات مادية:

تدخل في المعززات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون لها قيمتها في إرضاء حاجة حيوية وهذا النوع ينفع تماما مع الأطفال التوحديين ، وتعتبر الحلوى من أكثر المكافآت المحببة إلى الطفل التوحدي مثل (مأكولات وشيكولاته ومشروبات) .

• معززات اجتماعية:

- وتظهر بالإهتمام والانتباه من خلال الإبتسامة ، والإيماءات بالرأس ، والاحتكاك العضوى .
- إظهار مشاعر الحب والود ، وذلك في حالة عناق الطفل أو تقبيله أو الربت عليه .
- الاستحسان باستخدام الألفاظ الدالة عليه أو الحركات كالتصفيق .

وهناك مجموعة من الاعتبارات يجب الأخذ بها عند مكافأة الطفل التوحدي :

- 1- يجب تحفيز الطفل نحو العمل السليم بمكافأة مناسبة .
- 2- يجب أن تكون مكافأة الطفل متناسبة مع مستوى رغباته ونزواته ومستواه الاجتماعي الاقتصادي .
- 3- يجب أن تكون المكافأة وسيلة اتصال في البرامج العلاجية .
- 4- يجب مراعاة إمكانيات الطفل عند طلب العمل منه .
- 5- لابد أن تكون المكافأة أولا عن طريق الأطعمة المحببة للطفل ، وبعد ذلك نستخدم الأنشطة المحببة مثل (المداعبة – التصفيق – اللعب معه) ، وفي مرحلة متقدمة نقدم المكافأة الاجتماعية .
- 6- محاولة اقتران المكافأة الاجتماعية مع المكافأة المادية .
- 7- يجب الابتعاد عن هذه السياسة لأنها تعوق من سلوك الابتعاد عن العمل الصحيح ؛ فمثلا لا تقدم محفزات عند بقاء الطفل وغضبه ، لأن نتيجة ذلك هو تقوية السلوك الغير مرغوب فيه .
- 8- لابد من تنويع المكافآت لكي لا يصبح الطفل مشبعا بنوع معين ، ويجب تنويع المكافأة طبقا لصعوبة العمل مثل استخدام المكافأة الغذائية عند بداية العمل ، والمكافأة الاجتماعية عند نهايته . (سهي نصر: 2001 ، 30)

لذا تعتمد الباحثة على التعزيز الإيجابي سواء مادياً أو اجتماعياً اعتماداً كبيراً لا اعتباره من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك ، ويؤدي إلى نتائج جيدة حيث يفضل استخدامه مباشرة بعد السلوك المرغوب فيه من الطفل التوحدي ليربط الطفل بين السلوك والمعزز .

ب) التعزيز السلبي :

ويقصد به إيقاع الجزاء على الشخص لأن سلوكه مرفوض أو لأنه فشل في أداء سلوك مرضى أو مشبع ، وتتمثل العقوبة في أى شكل من أشكال عدم الرضا مثل إيجاد مثير مؤلم مادياً واجتماعياً ، أو إنكار حق الطفل في أن يحصل عليه من قبل ، والتعزيز السلبي يمكن أن يكون دافعا للتعلم ، وقد يكون العقاب تلقائياً وذلك مثلما يحدث للطفل بموقف نتيجة لسلوك غير موافق عليه ، ومن أمثله (حرمانه من لعبه – التجاهل – عدم التصفيق له) ، ولكي يكون التعزيز السلبي مفيداً في تعديل السلوك يجب أن:

- يتبع الخطأ مباشرة .
- يناسب الخطأ الذى ارتكبه الطفل .
- لا يخرج كبرياء الطفل حتى لا يشعر بالإهانة والنذب من الآخرين .
- لا يستعمل إلا عند الضرورة .

- يكون مناسباً لشخصية الطفل فقد وجد أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوى ويضعف أدائه . (سهير عبدالله : 2002 ، 117)

وترى الباحثة أن التعزيز إيجابياً كان أو سلبياً يؤدي إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه ، ولكن عادة يفضل التعزيز الإيجابي أكثر من السلبي لسهولة تطبيقه ، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له.

(2) استخدام التوجيه إما يدوياً أو لفظياً:

يقصد بالتوجيه اليدوي تلك المساعدة البدنية التي تقدمها المعلمة أو المشرفة المساعدة للطفل على أداء المهارة المطلوبة ، يستخدم المعلم بعض المهارات الحركية عندما يمسك يد الطفل مثلاً ، ويوجه حركاته بطريقة تمكنه من أداء العمل المطلوب منه ، ويعد هذا أسلوباً جيداً لتعليم الأطفال التوحديين مهارة جديدة ، وفي الوقت الذي يقوم فيه المعلم بتوجيه حركة الطفل يدوياً يجب عليه تدعيم هذا لفظياً ، وذلك عن طريق إعطاء الطفل بعض التعليمات اللفظية الخاصة بالطريقة التي تؤدي بها المهارة (عبد الرحمن سليمان: 2000 ، 169)

(3) أسلوب التعلم الفردي :

وذلك يكون من خلال الخطوات التالية :

- 1- محاولة تهيئة الطفل للمهارة أو السلوك المراد تعليمه .
- 2- محاولة تقديم المهارة أو السلوك المراد تعليمه كما هو للتأكد من مدى نجاح عملية التقييم المبدئي للطفل .
- 3- استخدام طرق المساعدة اللفظية مع التأكد من استخدام عملية التدعيم في هذه الخطوات .
- 4- محاولة تثبيت عملية التعلم للمهارة أو السلوك الذي تم تعلمه.

(4) أسلوب تحليل المهام:

ويقصد بتحليل المهام محاولة تجزئة المهارة إلى أجزائها ومكوناتها الرئيسية ، ثم ترتيب هذه الأجزاء في نظام حتى تصل إلى المهارة الأساسية ، وذلك بهدف تسهيل عملية التدريب والحصول على خبرات ناجحة للطفل ، كما تسهل هذه العملية الملاحظة والقياس للجزء الذي لا يتقنه الطفل حتى يستطيع أن يتعلمه ، وبالتالي ينتقل إلى الجزء التالي ، ويتطلب الأمر هنا التسلسل في تقديم المهارة من الأسهل إلى الأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح ، ولا يجب أن ننسى دور التعزيز في ظهور أفضل أداء (هاله كمال الدين: 2001 ، 17)

(5) استخدام أساليب التقليد أو النمذجة :

تستخدم أساليب التقليد عندما يقوم المعلم بأداء مهارة معينة ، ويتوقع من الطفل تقليده في أدائها ويمكن تعليم الطفل التقليد من خلال سلسلة من المهام والخطوات ، وبمجرد أن يصبح الطفل قادراً على التقليد فإنه يمكن التدريب على بعض المهارات عن طريق تقليد شخص آخر يؤدي هذه المهارات سواء (محمد خطاب: 2005 ، 107)

وترى الباحثة أن التقليد أو النمذجة من الفنيات الرئيسية التي أثرت في علاج التوحديين ، وهذا ما أكدته بعض الدراسات السابقة ، ولذلك سوف يتم الاستعانة بفنيات النمذجة والتقليد حيث يتم تدريب الطفل على المهارات المختلفة من خلال مشاهدة أفلام خاصة لتعليم مهارات العناية بالذات على الفيديو ، ومن خلال مشاهدة الباحثة كنموذج يتم محاكاته من قبل الطفل مع إعطاء التدعيمات اللازمة للنجاح في تأدية المهارات المختلفة .

(6) استخدام الفيديو:

يستخدم الفيديو كفنية من فنيات تعديل السلوك يتم من خلالها تقديم نماذج لبعض السلوكيات التي يراد تعديلها حيث يكون له تأثيراً فعالاً في تعديل السلوك كما أكدت العديد من الدراسات السابقة سواء أكانت عربية أم أجنبية .

وأكدت العديد من الدراسات على فاعلية استخدام الفيديو في تنمية مهارات العناية بالذات لدى والتي استهدفت تدريس (Shipley, et al., (2002 الأطفال التوحديين ومنها دراسة شيبلي وآخرون مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين خلال النمذجة بالفيديو. وقد أوضحت النتائج فاعلية الفيديو في تنمية واكتساب مهارات العناية بالذات لدى جميع الأطفال التوحديين ، وكذلك في تعديل السلوك بعد الانتهاء من التدريب بحوالى شهر . والتي سعت إلى دراسة تأثير Reamer, et al., (1998 كذلك دراسة ريمير وآخرون (الفيديو القائم على التفاعل بين الآباء والأطفال التوحديين لتنمية مهارات العناية بالذات من خلال تقييم الذات , النمذجة الذاتية , تدريبات التمييز , والتدريبات السلوكية ، وذلك على مجموعتين من آباء الأطفال التوحديين خلال مهام العناية بالذات ، ولعب الدور مع أشقائهم ، وأشارت النتائج إلى مساعدة الآباء لأطفالهم لمختلف المهام الخاصة بالعناية بالذات وذلك باستخدام الفيديو . والتي افترضت خطوات للتدريب باستخدام الفيديو (Collins (2003 وأيضاً دراسة كولينس حيث تضمنت:

1. اختيار المهارة المستخدمة .
2. تحليل المهارة .
3. تحديد المهارة في الشريط .
4. اختيار إجراءات التدريب .
5. تحديد الشخص الذى يشغل الشريط .
6. تحديد كيفية تجميع البيانات .
7. تحديد دور المعلم فى التدريب .

(7) العلاج بالموسيقى :

يرى كلا من عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطى (1992 ، 303) أن العلاج بالموسيقى يحقق أهدافاً علاجية ، وأن استخدامها يحدث تغيرات مرغوبة فى سلوك الطفل التوحدى.

إن العلاج بالموسيقى يكون مؤثراً جداً فى الطفل التوحدى ؛ فقد لوحظ أن الطفل التوحدى يظهر حساسية غير عادية للموسيقى ، وتساعد كل من الأغاني المتضمنة الكلمات البسيطة ، والتعبيرات المتكررة سواء بتقليد الكلمات الموجودة فى الأغنية نفسها ، أو تقليد الحركات المصاحبة للأغنية على (سهى نصر: 2001 ، 135) حدوث تعديل فى السلوك.

والباحثة سوف تستخدم الموسيقى كوسيلة مصاحبة للحركات الخاصة بمهارات العناية بالذات والتي يتم وضعها على الفيديو حيث يتم جذب انتباه الأطفال التوحديين إليها بهدف تحسين مهارات العناية بالذات.

تقويم البرنامج:-

مرت مرحلة تقويم البرنامج بعدة إجراءات للتأكد من صلاحيته وملاءمته للهدف الذى وضع من أجله وهى:-

أ (صدق البرنامج:-

للتحقق من صدق البرنامج استخدمت الباحثة صدق المحكمين ، فبعد إعداد البرنامج في صورته النهائية تم عرضه على عدد من أساتذة الصحة النفسية ، وعلم النفس التربوي ، والتربية الخاصة لإبداء رأيهم في البرنامج من حيث:

- 1- مدى مناسبة الزمن المتاح لكل جلسة.
- 2- الإجراءات والفنيات المستخدمة لتحقيق أهداف الجلسة.
- 3- أساليب التقويم المستخدمة في كل جلسة.

وقد تم بحث التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمين والتي تمثلت في:-

- 1- زيادة الوقت المخصص لبعض الجلسات نظراً لطبيعة إعاقة هؤلاء الأطفال.
 - 2- استبعاد بعض أساليب التعزيز السلبي ، والاقتصار على حرمانه من المشاركة في لعبه أو تجاهله .
 - 3- استخدام البطاقات المصورة كوسيلة لتوضيح خطوات بعض المهارات بهدف تدعيم اكتشاف الطفل للمهارة.
 - 4- تقويم المهارة المستهدفة في ضوء بنود فرعية محددة يمكن ملاحظة كل منها.
- وقد تم مراعاة آراء السادة المحكمين بحيث أصبح البرنامج في صورته المعدلة القابلة للتطبيق.

ب) التجربة الاستطلاعية للبرنامج:-

قامت الباحثة قبل تطبيق البرنامج التدريبي بحوالى شهر بتطبيق عدد من جلسات البرنامج على سبيل التجريب للتحقق من ملائمة الإجراءات للطفل التوحدي من خلال:-

- 1- مدى ملائمة الأنشطة والفنيات المختلفة للبرنامج لهؤلاء الأطفال.
- 2- التعرف على الطريقة المناسبة مع الطفل التوحدي أثناء تنفيذ البرنامج.
- 3- التأكد من إمكانية تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة.
- 4- مدى مناسبة مكان وزمن التطبيق.

وفي ضوء ذلك تم إجراء بعض التعديلات للبرنامج ليصبح قادراً على التطبيق في صورته النهائية.

إجراءات تطبيق البرنامج:

- 1- طبق البرنامج على المجموعة التجريبية وقوامها (6) أطفال توحدين تتراوح أعمارهم من (9 - 12) سنة وتتراوح نسبة ذكائهم من (55 - 70) درجة على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء.
 - 2- تم تطبيق البرنامج بجمعية التنقيف الفكرى للأطفال ذوى الإعاقة الذهنية بمحافظة الإسماعيلية ، وتم التطبيق داخل كل من الحجرة الدراسية – مطعم الجمعية – حديقة الجمعية.
 - 3- تم تنفيذ البرنامج الحالى فى (4) شهور بواقع (32) جلسة موزعة على جلستين أسبوعياً ، زمن الجلسة (120) دقيقة ؛ وذلك لأن فترات الانتباه لدى هؤلاء الأطفال قصيرة ، كما أنهم سريعو الملل ، وروعى إعطاء الطفل فترات راحة بين أوقات الجلسة.
- رابعاً: الخطوات الإجرائية للدراسة التطبيقية:-

قبل التطبيق:-

- 1- تم الحصول على الموافقات اللازمة لتطبيق إجراءات الدراسة الحالية بجمعية التنقيف الفكرى بمحافظة الإسماعيلية.
- 2- تم زيارة الجمعية بهدف تحديد عدد الأطفال بالجمعية فى المرحلة العمرية المستهدفة ، ووجد أنه عدد كاف لإجراء التجربة.

- 3- تم مقابلة مديري الجمعية وتعريفهما بالهدف من الدراسة الحالية فأبديا كل منهما تعاوناً كبيراً مع الباحثة ، وأعربا عن استعدادهما لمساعدة الباحثة ، وتوفير كل الإمكانيات المتاحة ، كما تم مقابلة إخصائية التربية الخاصة والإخصائية النفسية ، وذلك بهدف فحص ملفات الأطفال للتحقق من تشخيصهم الطبى بأنهم أطفال توحديين.
- 4- فى ضوء الخطوة السابقة تم ملأ استمارة بيانات شخصية لكل طفل بمساعدة الأخصائيات.
- 5- تم التعارف بين الباحثة وأفراد العينة بهدف إقامة علاقات ود وألفة مع هؤلاء الأطفال ، وحتى يمكن إزالة الرهبة التى قد يبديها هؤلاء الأطفال ، علماً بأن لقاء التعارف تم فى وجود كل من المعلمة والإخصائيات.

أثناء التجربة:-

(1) التطبيق القبلى لأدوات الدراسة:-

- 1- تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى عبد العزيز الشخص (2006) ، مقياس ستانفورد بينيه تعريب لويس مليكه (1998) بهدف التحقق من تجانس أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- 2- فى ضوء الخطوة السابقة تم تحديد أفراد العينة وقوامها (12) طفلاً من الأطفال التوحديين (6) مجموعة ضابطة (6) مجموعة تجريبية ، حيث تم استبعاد الحالات التى لا تنطبق عليها الشروط .
- 3- تم تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات على عينة الدراسة المختارة قبلياً بتاريخ 2007/5/28م ، وخلال هذا التطبيق حرصت الباحثة على شرح تعليمات المقياس لكل من المعلمات والأمهات مع التوضيح بأمثلة توضح طرق الإجابة على بنود المقياس ، وتم رصد نتائج التطبيق القبلى.

(2) تنفيذ البرنامج:-

- 1- إعداد وتجهيز مكان التطبيق والأدوات اللازمة لذلك ، حيث تم اختيار حجرة الدراسة – ومطعم الجمعية – وحديقة الجمعية.
- 2- تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية للدراسة فى مدة أربعة أشهر أى فى مدار 32 جلسة ، وقد تراوحت مدة الجلسة الواحدة من 120 دقيقة ، علماً بأن التطبيق كان يتم فى وجود معلمة الأطفال وأخصائية التربية الخاصة ، وتمثل دور المعلمة فى :-
- مساعدة الباحثة فى تحضير البيئة الفصلية ، والأدوات والخامات والوسائل المطلوبة للتدريب .
 - مساعدة الباحثة فى السيطرة على الأطفال .
 - تساعد الباحثة فى التدريب الفردى للأطفال .
 - متابعة الإجراءات التى وضعتها الباحثة فى الأوقات التى لا تتواجد فيها الباحثة .
 - الإشراف على الأطفال أثناء فترات التدريب كتناول الطعام – وتناول الشراب – ارتداء الملابس وخلعها – عملية الإخراج – الأمان بالذات – النظافة الشخصية وذلك لتتأكد من من إتباع الأطفال للسلوك المقبول.
- 3- تم تدوين بعض الملاحظات والانطباعات الشخصية للباحثة أثناء تطبيق جلسات البرنامج والتى تمثلت فى:-
- انتباه الأطفال أثناء عرض بطاقات مصورة لبعض المهارات وكذلك أثناء عرض نماذج بالفيديو.

- سعادة الأطفال عند تقديم المعززات المتمثلة فى الحلوى والعصائر وإقبالهم على تكرار السلوك المرغوب.
- أبدت المعلمات والأخصائية إعجابهم بطرق تعليم الأطفال لهذه المهارات.
- عبرت الأمهات عن سعادتهن بتحسين مستوى مهارات العناية بالذات لدى أطفالهن ، وجدير بالذكر أن الباحثة ولفقت أنظار الأمهات لدورهن الفعال فى حث أطفالهن على تكرار المهام التى يؤديها الأطفال بالجمعية فى المنزل لضمان تحسين مستوى مهارات العناية بالذات.
- لم تواجه الباحثة أى صعوبات من شأنها إعاقة تحقيق أهداف البرنامج ، حيث أبدت إدارة الجمعية تعاوناً ملحوظاً أثناء تطبيق جلسات البرنامج.
- (3) التطبيق البعدى أدوات الدراسة:-
- 1- تم تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعدياً بتاريخ 2007/10/2م.
- 2- تم رصد النتائج تمهيداً لإجراء المعالجات الإحصائية.

خامساً: التحليل الإحصائى:-

حيث إن حجم عينة الدراسة الحالية من النوع الصغير ($n = 12$) (6) تجريبية و (6) ضابطة ، فقد تم استخدام أساليب إحصائية لابارامترية لمعالجة البيانات التى تم الحصول عليها ، حيث تعد الأنسب لطبيعة متغيرات الدراسة الحالية ، وحجم العينة وقد تمثلت هذه الأساليب فى:-

1- اختبار مان وتنى (Mann-Whitney):-

لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المستقلة.

2- اختبار ولكوكسون (Willcoxon):-

لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المرتبطة.

الفصل الرابع

النتائج والتوصيات والبحوث المقترحة

- مقدمة.
- أولاً: نتائج الدراسة وتفسيرها.
- ثانياً: التوصيات.
- ثالثاً: البحوث المقترحة.
- رابعاً: المراجع.
- خامساً: الملاحق.

مقدمة:

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 ويتى .
2. اختبار ويلكوكسون .

ولقد تم استخدام اختبار مان ويتى 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 (5)

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 الرتبة	مجموع الرتب	متوسط 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

غير دالة إحصائياً على جميع إبعاد مقياس مهارات العناية Z يتضح من جدول (5) أن قيم 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 (6)

**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

غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية Z يتضح من جدول (6) أن قيم 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 (7)

**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

غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية Z يتضح من جدول (7) أن قيم 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 التوحيدين لهذه المهارات بعد تطبيق البرنامج .

جدول (8)

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

غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية Z يتضح من جدول (8) أن قيم 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 (9)

الفروق بين استجابات الأمهات والمعلمات على مقياس
مهارات العناية بالذات فى القياس التتبعى 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

غير دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات العناية Z يتضح من جدول (9) أن قيم
بالذات الفرعية وكذلك مجموع الأبعاد ، مما يعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى
استجابات كلا من الأمهات والمعلمات فى القياس التتبعى 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 والتتبعى لمقياس مهارات العناية بالذات ، فقد قامت الباحثة بحساب متوسط استجابات العنيتين فى كل من القياسين القبلى (المجموعة التجريبية والضابطة) ، والبعدى (المجموعة التجريبية والضابطة) ، والتتبعى للتجريبية ، وبذلك تم التعامل معهما باعتبارهما مجموعة واحدة .

ولقد اتبعت الباحثة 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 التالى:

جدول (10)

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 (10) 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 الباحثة اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق ، وجدول (11) يوضح النتائج التى تم التوصل إليها فى هذا الشأن .

جدول (11)

الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية
فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات

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

* هذه المعاملات دالة عند مستوى (0.05) .

يتضح من جدول (11) 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 (11) وجود فروق دالة إحصائية فى تناول الطعام والشراب بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى .

وهذا يعنى أن الطفل أصبح قادرا على حمل المعلقة 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 حيث أثبتت فعالية (Matson: 1990 ; McClannahan: 1990 ; Perry: 1991) دراسات البرامج التدريبية فى تنمية مهارة تناول الطعام والشراب لدى التوحيدين حيث أتاحت 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 (11) 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 فى أن البرامج (Ulianova: 1989 ; Depalma & Wheeler: 1999) الحالية مع دراسات التدريبية أتاحت للأطفال التوحديين فرصة الاعتماد على النفس فى ارتداء الملابس وخلعها دون طلب مساعدة من الغير .

بالنسبة للبعد الخامس: عملية الإخراج

يتضح من جدول (11) 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 وخلع 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 حيث اتفقوا على جدوى برامج (Luiselli: 1996 ; Reamer: 1998 ; Bainbridge: 1999) 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 (11) 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 (Carothers & Taylor: 2004 ; McClannahan: 1990) الحالية مع نتائج دراسات (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 (11) وجود فروق دالة إحصائية فى الأمان بالذات بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى .

وهذا يعنى أن الطفل التوحدى 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 (Abe, 1997) يصبح الطفل قادرا على حماية نفسه من هذه الأخطار ، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة حيث أثبتت فاعلية تدريب الأطفال التوحديين على كيفية تجنب الحوادث وكيفية الحفاظ على (1997) حياتهم والتكيف مع البيئة التى يعيشون فيها وذلك من خلال توفير الخبرات والمهارات اللازمة لتدريبهم على الحفاظ على سلامتهم الشخصية وتفادى الأخطار التى يتعرضون لها داخل أو خارج المدرسة .

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

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

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

، و محمد خطاب (2005) على أن أسلوب النمذجة (Reamer 1998) ويؤكد كل من ريمير من الفنيات التى تحقق الاستقلالية للطفل التوحدى 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 .

؛ عادل عبدالله: (1999) Dunlap & Fox ويؤكد كل من رمضان القذافى (1994) ؛
؛ محمد خطاب: (2005) على أن التعزيز بنوعيه المادى (Cicero: 2002) (ب - 2002) ؛
والمعنوى يؤدي لرفع الروح المعنوية لدى الأطفال التوحديين ، ويشجعهم على القيام بالأعمال المسندة إليهم بتركيز وانتباه .

3- التوجيه اللفظي واليدوي حيث استخدمت الباحثة التوجيه اللفظي واليدوي أثناء تدريب الأطفال والذي 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 .

على فاعلية التوجيه اللفظي واليدوي أثناء تدريب الأطفال (Matson: 1990) ويؤكد ماتسون التوحيدين على مهارات العناية بالذات.

4- **التقويم :** حيث حرصت الباحثة على تقويم 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 الباحثة اختبار ويلكوكسون للكشف عن هذه الفروق ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالى:

جدول (12)

الفروق بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة
فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس مهارات العناية بالذات

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

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 ينمىها 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 التوحيديين ، عندما طبق البرنامج على المجموعة التجريبية فوجدت فروق دالة إحصائية 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 (1993), Brown & Prelock (1995)

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 التوحيديين.

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 الباحثة اختبار مان وتينى للكشف عن هذه الفروق ، وجاءت النتائج كما بالجدول التالى:

جدول (13)

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

وهي قيم دالة إحصائية عند المستوى 0.01

يتضح من جدول (13) 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 ، والتي تتمثل فى تعليم الأطفال التوحيدين مهارات تناول الطعام ، تناول الشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، والنظافة الشخصية ، وتمكن الطفل من التبول داخل التواليت بدون حفاظة ، والأمان بالذات ، وذلك يتم عن طريق تطبيق البرامج التى تم إعدادها لهذا الغرض.

Pierce: 1994, Bergstorm: 1995, Luiselli: 1996 ولقد أكدت ذلك دراسات كل من: (

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 بأنه يمكن تحسين سلوكيات (Pierce: 1994) بالذات لديهم ، وهذا ما أكدت عليه دراسة بيرس (الاطفال التوحيدين الخاصة بالعناية بالذات عندما ينجح الطفل فى أداء مهمة وينتقل لمهمة أخرى من خلال تقديم إجراءات جديدة للتدريب.

ولذلك حرصت الباحثة 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 فى شخصية كل طفل التى تحول سلوكه نحو التعديل.

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

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

وأيضاً اعتمدت الباحثة على التوجيه اللفظي واليدوي أثناء تنفيذ خطوات المهارة ، حيث كان له التأثير الفعال والناجح على الطفل على أدائه 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 في القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لتعرف على دلالة الفروق وجدول (14) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها .

جدول (14)

الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية
في القياسين البعدي والتتبعي 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

1.37	17	3.4	4	مجموع الأبعاد
------	----	-----	---	---------------

يتضح من جدول (14) 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 بفاصل زمنى شهرين بين القياس البعدى والتتبعى .

ومن الأسباب التى يمكن أن يرجع إليها بقاء أثر البرنامج هو تخصيص الباحثة 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 للباحثة 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: التوصيات

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 كوادرات خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين.
- 5- توفير فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة من طبيب أطفال ، طبيب 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 فى كيفية تعديل سلوكياتهم.
- 10- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية فى سبيل تأهيل الأطفال التوحديين.

ثالثاً : البحوث المقترحة :

- 1- مدى فاعلية برنامج حركي لتنمية الانتباه لدى عينة من الأطفال التوحديين.
- 2- برنامج إرشادي لأباء الأطفال التوحديين لتعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم.
- 3- دراسة الكشف عن مدى فاعلية التقنيات الحديثة فى علاج الأطفال التوحديين.
- 4- دراسة لتحديد معدلات انتشار الأطفال التوحديين فى 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 يعانى منها الطفل التوحدي.
- 8- إعداد برامج تدريبية لأباء الأطفال التوحديين فى كيفية التعامل معهم.

ملخص الدراسة

مقدمة:

بدأ الاهتمام العالمي برعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك حرصاً على استثمار طاقات الأفراد فى التنمية الشاملة وتحقيق أكبر قدر من التكيف لهؤلاء الأفراد حتى يكونوا مواطنين لهم دور فعال فى المجتمع ، ومما لا شك فيه أن برامج التدخل تحسن نوعية الحياة التي يحياها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتتيح لأفراد الأسرة فرصه للتفاعل مع أطفالهم وذلك من أجل تحقيق احتياجاتهم احد فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة Child autism وحل مشكلاتهم ويعد الطفل التوحدي وهو من فقد الاتصال بالآخرين وهو منصب تماماً ولديه أنماطاً سلوكياً غير مقبولة.

(إلهامى عبد العزيز: 1999)

هو أول من أشار إلي التوحد كاضطراب يحدث في مرحلة الطفولة Leo - Kanner ويعتبر ليوكاير وهناك تضارب في المعلومات حول هذه الإعاقة . لذا أطلق عليها العديد من المصطلحات مثل التوحد ، الذاتوية، الإنطوائية ، انغلاق الذات ، ذهان طفولة مبكر ، فصام طفولي ، ذاتي التركيب ، نموأنا غيرسوى ، وتعد إعاقة التوحد من الإضطرابات النمائية وهي ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ولكنها لم تتل حظها من الاهتمام على المستوى البحثي ولكن نجد اهتماما متزايدا بها في الدول المتقدمة وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة في البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة.

(محمد خطاب: 2005)

والتوحد اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر في التفاعل الاجتماعي ، تواصل اللغة وسلوك الطفل ،قابليته للتعلم والتدريب ، أن التوحد يأخذ عده مظاهر منها تأخر أو فقدان النمو اللغوي ونوبات الغضب والبكاء والضحك بدون سبب ، عدم الخوف من الخطر اللعب بطريقة شاذة ،صعوبات في مهارات العناية بالذات كالطعام ، الشراب ، ارتداء الملابس وخلعها ، الإخراج ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات ، إن الأطباء والعلماء والمتخصصين الذين يهتمون بتلك الفئة يواجهون العديد من الصعوبات سواء في التشخيص أو معرفه السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب لتشابه هذا الاضطراب الإضطرابات الأخرى ووجود الكثير من الأعراض والمشكلات التي يعاني منها الأطفال التوحديين والتي قد اتفقت عليها العديد من الدراسات.

ولعل من أبرز هذه المشكلات عدم القدرة علي القيام بالأنشطة الخاصة بالحياة اليومية وقصور الطفل التوحدي وعجزه في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ففي سن الخمس والعشر سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عادي عمره سنتين أو أقل وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه والتعامل مع المرحاض والتغذية . ويحارب أي شئ كالحمام اليومي أو تغيير الملابس والحفاظ عليها ، وقد لا يهيمه عند إعطائه لعبه إن يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق عليها المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها وهذا بالإضافة إلى احتمال إقدام بعضهم علي إيذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم في الحائط أو عض أيديهم بشكل قاس مع عم استجاباتهم للبيئة المحيطة.

وهكذا تظهر أهميه إعداد برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال التوحديين.

(عبد الرحمن سليمان: 2000)

مشكله الدراسة :

تنبعث مشكله الدراسة من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت علي وجود العديد من المشكلات والإضطرابات سواء كانت سلوكية أو انفعالية أو اجتماعيه التي تتعلق بالطفل التوحدي ومن ابرز تلك المشكلات ،عجزه عن العناية بالذات متمثله في قدرته علي العناية بالأنشطة الحياتية الخاصة به حيث يعجز الطفل التوحدي عن رعاية نفسه ، وحماية نفسه ، وإطعام نفسه ، بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه وهو لا يتفهم ولا يقدر الأخطاء التي قد يتعرض لها ، لذا فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة علي التساؤلات التالية:

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية

على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسين القبلي والبعدي ؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات افراد المجموع الضابطة في

القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد ؟

- 7- هل 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 ؟
- 8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين البعدى والتتبعى ؟

أهداف الدراسة:

- 1- تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.
- 2- قياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

أهمية الدراسة :

- 1- تتصدى لفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة في حاجة إلى مد يد العون والمساعدة لهم ، لم تنل حظها من البحث والدراسة فى حدود علم الباحثة.
- 2- تقديم مقياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين تقديم برنامج تدريبي باستخدام الأنشطة التربوية وفنيات تعديل السلوك المتنوعة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين الذين يعانون من صور فيها.
- 3- تزويد المسؤولين عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج قد يسهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

فروض الدراسة :

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين القبلى والبعدى ، وذلك لصالح القياس البعدى.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين البعدى والتتبعى.

إجراءات الدراسة:

أ - منهج الدراسة : اعتمدت الدراسة الحالية علي المنهج التجريبي حيث أنها تختبر فاعلية برنامج تدريبي (متغير مستقل) في تنمية مهارات العناية بالذات (متغير تابع) للأطفال التوحديين.

ب- عينه الدراسة: تكونت العينة من (12) طفل من الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9 - 12) سنة ، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين ، أحدهما مثلت المجموعة الضابطة (6) أطفال منهم (3 ذكور - 3 إناث) ، والأخرى مثلت المجموعة التجريبية (6) أطفال منهم (3 ذكور - 3 إناث) .

ج - أدوات الدراسة :

- 1- قائمه لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
- 2- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي (إعداد الباحثة)

- 3- استمارة لجمع البيانات الشخصية للطفل التوحدي (إعداد الباحثة)
- 4- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، تعريب لويس مليكه : (1998)
- 5- استمارة تقديم المستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية (إعداد عبد العزيز الشخص : 2006)
- 6- مقياس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
- 7- برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)

الأساليب الإحصائية:

- 1- أسلوب مان وتني (mann-whitny Test) لتقدير داله الفروق بين المجموعات المرتبطة.
- 2- اختبار ولكوكسن (wilcoxon Teat) لتقدير دلالة الفروق بين المجموعات غير المرتبطة.

نتائج الدراسة :-

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين القبلى والبعدى ، وذلك لصالح القياس البعدى.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموع الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.
- 3- 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.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد فى القياسين البعدى والتتبعى.

المراجع

- 1- آمال عبد السميع مليجي باظة (2001) : تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة) ط 1 ، 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. ط 1 ، 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. ط 3 ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 6- اسماعيل محمد بدر (1997) : مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسين حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الدولى الرابع لمركز الارشاد النفسى , ديسمبر , المجلد الثانى , كلية التربية , جامعة عين شمس , ص 727 - 756.
- 7- إلهامى عبد العزيز إمام (1999) : سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة فى حالة الذاتوية. ط 1 , 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 التوحيدين وأقرانهم المتخلفين عقليا. مجلة العلوم التربوية والنفسية , الكويت: المجلد الثانى , العدد الثالث , سبتمبر.
- 10- ايرل ي .بالتازار (1999) : تدريب المتخلفين فى المنزل والمدرسة , دليل الوالدين والمدرسين ومدربي الأطفال بالمنزل. ط 1 ، , 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. ط 1 ، الأردن - عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 16- جمال محمد سعيد الخطيب (1993): تعديل سلوك الأطفال المعاقين , دليل الآباء والمعلمين. ط 1 ، 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 التوحيدين. رسالة ماجستير , كلية التربية , جامعة قناة السويس.
- 19- حامد عبد السلام زهران (1998) : التوجيه والإرشاد النفسى. ط 3 ، 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 الوعي 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 الأعاقة (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 ، ستيورات 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): **معائتى 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 والبحوث 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 الانجلو 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 التوحدى (الذاتى الإجتراى) : القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولى السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، 10 - 12 نوفمبر ، جامعة عين شمس.
- 47- عبد الرحمن سيد سليمان (2000) : الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 48- عبد الرحمن سيد سليمان (2001) : سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة. المجلد 1 ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- 49- عبد الرحمن سيد سليمان وآخرون (2003) : دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع الطفل التوحدى. 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 3-8 ، 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 للأسرة .
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 . ط 3 ،
القاهرة : دار الفكر العربى .

- 59- عبد المنان ملا معمور (1997) : فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيض حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين . مركز الإرشاد النفسي ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي والمجال التربوي ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، المجلد 1 ، 2-4 ديسمبر ، ص 44
- 60- عبد المنعم الحفنى (1978) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . القاهرة : مكتبة مدبولي.
- 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 العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد (68) ، السنة الثالثة عشر - ديسمبر .
- 64- عثمان لبيب فراج (2002) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي " . المجلس العربي 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 النفسي 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 العقلي 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 في التوحد. مجلة معوقات الطفولة ، مركز معوقات الطفولة ، العدد (9) ، مايو ، جامعة الأزهر.
- 71- عيسى عبد الله جابر (1989) : دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادي لعلاج الاطفال المضطربين سلوكيا عن طريق اللعب. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
- 72- فتحى السيد عبد الرحيم (1983) : قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين النظرية و التطبيق. الكويت: دار القلم ، ص ص 286 - 287.
- 73- فتحى 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 دسوقي (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 الشربيني (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 الشربيني (2004) : **طفل خاص بين الإعاقات 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 الأمانية 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 الأمانية 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 الأوتيسك 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 اتنمية 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- ميريلا كياراندا (1992) : **التربية الاجتماعية فى رياض الأطفال** (ترجمة فوزى عيسى عبد الفتاح حسن). القاهرة: دار الفكر العربى.
- 101- نادية ابراهيم عبد القادر أبو السعود (2002) : **فعالية استخدام برنامج علاجى معرفى سلوكى فى تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم**. رسالة دكتوراه , معهد الدراسات العليا للطفولة , جامعة عين شمس .
- 102- هالة فؤاد كمال الدين (2001) : **تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد**. رسالة دكتوراه , معهد الدراسات العليا للطفولة , جامعة عين شمس .
- 103- هدى أمين (1997) : **الدلالات الشخصية للأطفال المصابين بالأوتيزم – الذاتية**. رسالة ماجستير غير منشورة , كلية الآداب , جامعة عين شمس .
- 104- نادية محمد رشاد (1992) : **التربية الصحية والأمان**. الاسكندرية: منشأة المعارف.
- 105- ياسر بن محمود الفهد (2000) : **استخدام حمية الغذاء الحالى من الجلوتين و الكازين تساعد أطفال التوحد**. **مجلة عالم الاعاقة** , السنة الثالثة , العدد (15) , الرياض , المملكة العربية السعودية .
- 106- يحيى الرخاوى (2003) : **مخاطر استيراد الافكار والمناهج والمشاكل وجهات نظر**. شبكة العلوم النفسية العربية , الانترنت.
- 107- يوسف القربوطى وآخرون (1995) : **المدخل الى التربية الخاصة**. الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.
- 108- يوشيل وآخرون (2004) : **الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة**. ط1 , ترجمة: كريم بدر , القاهرة: عالم الكتب.
- 109- يسرية صادق وآخرون (2003) : **موسوعة تنمية الطفل ومشكلاته – الأسباب وطرق العلاج**. القاهرة: دار قباء.

- 110- Abe, H. (1997). The social life training of autistic children helping them to travel to school independently. Japanese, **Journal of Special Education**. Vol. (34), No. (5), pp. 117-123.
- 111- American Psychiatric Association (APA) (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th Ed., DSM-IV, Washington, DC: APA.
- 112- Balottin, V. Bejor, M. Cechini, A. Martelli, A. & Polazzi, G. (1998). Infantile autism on et. brain-scan findings: specific versus nonspecific abnormalities. **Journal of Autism Development Disorder**, Vol. (23), pp. 19-190.
- 113- Bainbridge, M & Myles, B. (1999)"The use of priming to introduce toilet training to a child with autism Focus on Autism and **Developmental Disabilities**. Vol (14), No.(2), pp.106-109
- 114- Barley, A. & Rutter, M. (1998). Assessing and intervening in the communication environment, **British Journal of Learning Disabilities**, Vol. (26), pp. 62-66.
- 115- Bengstrom, T. et al. (1995) "Microwave Fum : User – Friendly Recipe Cands, **Teaching Exceptional Children**, Vol .(2) No .(1) , PP.61-63
- 116- Bernard & R. (1995). Vitamin B6 and magnesium in the Treatment of Autism. **Autism Research Institutes** , San Diego.
- 117- Biklen, D. (2002). Communication unbound: Autism and proxis, Harvard **Educational Review**, Vol. (60), pp. 10-20.
- 118- Brown J. & Prelock P., A (1995): The Impact of Regression Development In Autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, V. 25, N (3) pp. 305-309
- 119- Buffington , D . (1998) . " Procedures For teaching appropriate gestural communication skills to children with Autism " **Journal of Autism and Developmental Disorders** ; Vol (28) ; No. (6) pp. 10 – 20

120- Burack, J. (1994). Selective Attention Deficits in Persons with autism: Preliminary evidence of an inefficient attentional lens. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. (103), No. (3), pp. 30-43.

- 121- Campbell, M. & Guava, J. (1995). Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry. A review of the past seven years, part 2, **Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. Vol. (34), pp. 1262-1269.
- 122- Carothers, D. & Taylor, R. (2004). How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism, Journal; Peer, Reviewed, **Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, Vol. (19), No. (2), pp. 102-104.
- 123- Cicero. F. & Pfadt, a (2002). "Investigation of a Reinforcement Based Toilet Training Procedure for a Children with Autism, **Research in Development Disabilities**, Vol. (2), No. (1), pp. 61-63.
- 124- Collins – B, (2003). Using video strategies to teach functional skills to students with moderate to severe. Guides-Non-Classroom; Opinion Poppers; **Speeches or – meeting – Papers**, pp. 120-150.
- 125- Carpenturi & morgan (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and no autistic retarded children, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (26), No. (6), pp. 611-620.
- 126- Dalrymple, N & Ruble,L. Parent views (1992) "Toilet Training and Behaviors of people with Autism :parent views **Journal of Autism and Developmental Disorders** ,Vol . (22), No. (2),PP.265-275
- 127- Davies, S, et al. (1994). Face Perception in Childrens with autism and asperger, syndrome. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, Vol. (35), No. (6), pp. 10-28.
- 128- Demyer, B. & Mcodoo, L. (1994). Prognosis in autism: A follow up study. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, Vol. (3), pp. 199-240.
- 129- Depalma, V. & Wheeler, M. (1991). Learning self-care skills, functional programming for people with autism: **A series, Indiana Resource Center**

for Autism, Indiana University.

- 130- Dunlap, C. & Fox, S. (1999). **Teaching students with autism**. New York, Kendal, Hunt.
- 131- Edelson, A. (1998). The autistic child in adolescence. **American Journal of Psychiatry**, Vol. (1112), pp. 607-612.
- 132- Ellis, K. (1990). **Professional perspective and practice**. London: Chapman & Hall.
- 133- Ganzalea L. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer. **Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, Vol. (12), No. (1), pp. 2-14.
- 134- Goldsten, et al., (1986). **Abnormal Psychology Experiences Origins and Interventions**, Little Brown and Company, Toronto.
- 135- Gordon, P. (1994). A double blind comparison of compromise, desipromine, and placebo , **the treatment of Autistic Disorders**, Vol. (25), No. (3), pp. 73-85.
- 136- Gillson, (2000). **Autism and social behavior Bethesda M.D.**, Autism Society of America.
- 137- Harold, L. & Benjamin, S. (1998). **Synopsis of psychiatry behavioral Sciences**, Clinical Psychiatry , 8th ed , S.A: Library of Congress.
- 138- Howlin, P. (1998). **Children with Autism and Asperger Syndrome: A Guide for Practitioners and Careers**, New York, Weinheim, John Wiley and Sons.
- 139- Inoue, M. ; Lizuka, A. & Kobayahi, S. (1994). Training persons with developmental disabilities in cooking skills: The effects of training program using cooking cards and an instructional video. **Japanese Journal of Special Education**. Vol. (32), No. (3), pp. 1-12.
- 140- Johnson, et al., (1992). The use of management procedures for maintaining responsiveness of autistic individual. A of **Dissertation Abstracts International**, Vol. (53), No. (20), p. 463.
- 141- Jordan, R. (1995). **Understanding and teaching children**

with autism. New York: Chichester-Wiley.

142- Kane, Patricia Kane, Edward. (1998). Proximal Disturbances in Autistic Spectrum Disorder. **Journal of Orthomolecular Medicine**, Vol. (12), No. (11), pp. 207-218.

- 143- Kawasaki, Y. et al., (1997). Brief Report: Electronic photographic paroxysmal activities in the frontal emerged in middle childhood and during adolescence in a follow up study of autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (27), No. (5), pp. 605-620.
- 144- Lewy, A. et al., (1994). Social stimulation and joint attention in young autistic children , **psychological Abstracts**, Vol. (80), No. (5), pp. 50-63.
- 145- Luiselli, J. (1996). "A case study evaluation of a transfer of Stimulus control toilet procedure for a child with pervasive developmental disorders , **Focus on Autism and Other Developmental**, Vol .(11) , No .(3), PP. 58-62
- 146- Macarthur, J. & Ballard, K & Artesian, M (1986) Teaching Independent Eating to Developmentally handicapped child showing chronic food refuse all and disruption at mealtimes . Austral ice and New – Zealand ; **Journal of Developmentally Disabilities** Vol . (12), No . (3), pp. 203 - 210
- 147- Macd, G. & Krantz, P., McClannanl (1993): Teaching children with Autism to us photographic activity schedules: Mainten-ance and generalization of complex response chains, **Journal of Applied Behavior analysis**, Vol. (26) No. (1) pp. 89-95.
- 148- Matson ; J. et.al (1990) ; Teaching self – help skills to Autistic and Mentally Retarded, **Research in Developmental Disabilities**, Vol . (11), No . (4) pp . 361 – 378.
- 149- Mcbrid, P. et al, (1998). Effects of diagnosis reece and puberty on plateleb serotonin levels in autism and mental retardation, **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. Vol. (37), No. (7), pp. 767-776.
- 150- McClannahan, L. et al. (1990). "Assessing and improving Child care : A personal Appearance index for children with autism" , **Journal of Applied**

Behavior Analysis, Vol .(23),No (4), pp.469-442.

151- Mehr, J. (1993). "**Abnormal Psychology**". New York: Chino Hills.

- 152- Michael, T. & Lwgia, D. (1997). A comparison of the construal communication of human. **Journal Human Development**, Vol. (40), pp. 7-27.
- 153- Myra J. (1999). Music Therapy and Language for the Autistic Willamette University Salem, Oregon This Paper Came from The Net
[Http://www.Autism.org/music-html](http://www.Autism.org/music-html).
- 154- Nelson, R. & Israel, A. (1991). **Behavior Disorders of Childhood**, 2nd ed, New York: Prentice Hall Inc.
- 155- Newsom, C. & Hovantiz, C. (1996). **Autistic disorder** (In): Mash, F. & Terdal, L. (eds.): **Assessment of Childhood Disorders**, 3rd ed., New York: Guilford Press.
- 156- O'Gorman, B. (1990). **The Nature of Childhood autism**. 2nd , London, Butter Worths.
- 157- Perry, A. et al., (1991). "Cognitive and Adaptive Functioning 28 girl With Rett Syndrome, **Journal of Autism and Developmental**, Vol. (21), No. (4), pp.551-556
- 158- Pirnce, K., & Schreibman, L. (1994). Teaching daily living skills to children with autism in unsupervised setting through pictorial self-management, **Journal of Applied Behavior Analysis**. Vol. (27), No. (3), pp. 471-481.
- 159- Quintand, M. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children, with autistic disorder, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (25), No. (2), pp. 1-14.
- 160- Rimland, B. & Baker, S. (1996). A Hernative approaches to the development of effective treatment for Autism. **Journal of Developmental Disorder**. Vol. (2), pp. 36-41.
- 161- Reamer, R. ; Brady ; M. & Hawkins; J. (1998) : The Effect of Video self- Modeling of parents interactions with children with developmental disabilities, **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, Vol. (33), No . (2), pp. 131 -143.
- 162- Romanczyk, P. (1991). Play interactions family members towards children with autism, **Journal of**

Autism and Developmental Disorders, Vol. (9), No. (3), pp. 1-10.

163- Rutter, M. (1998). Language disorder and infantile autism. In M. Rutter & E. Schopier (Eds.). **Autism are Appraisal of Concepts and Treatment**, New York: Plenum Prss.

164- Shash, A. et al., (1993). Why do autistic individuals superior performance on the block design task ? **The Journal of Child psychology and Psychiatry and allid disciplines**, Oxford: Pergamon Press, Vol. (34), No. (8), p. 23-35.

165- Shipley, B. Lutzker, J. & Taubman ; M . (2002) ; Teaching Daily Living Skills to Children With Autism Through Instructional Video Modeling ; **Journal of Positive Behavior Interventions** ; Vol . (4) ; No . (3) ; pp . 165 – 175.

166- Shottok, P. (1999), Secretin the current solution, paper from net, <http://www.feat.org>.

167- Siegl, B. (1996). **The Autistic Children Understanding and Treating Autistic Spectrum Decorum Disorders**, OxFord University, Press, U.S.A.

168- Treavarthen, C. et al., (1996). **Children with Autism Diagnosis and Intervention to meet their needs**. London, Jessica Kingsley Publishers.

169- Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism, **Focus on Autism and Developmental Disorders**, Vol. (11), No. (3), pp. 2-13.

170- Ulianova, R. (1989). Development of self-service skills in children with early child autism. Defelctologiya Russia, **Journal, Peer, Reviewed**, Status. No. (3), pp. 68-71.

171- West, K. (1992), **Child centered play therapy** London, Hadder & Stoughton.

172- Whiteley, P. (2003). Gluten/Casen Free Diet Evaluation Questionnaire, Autism Research Unit, University of Sunderland, pp. 1-4.

173- Wolf, S. (2005). **Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies**, London disciplines, Oxford: Pergamon Press.

174- Wzorek, M. (1994). Script representation of event knowledge in

high functioning individuals with autism.

Dissertation Abstracts International, Vol. (55), No. (4), pp. 205-225.

175- Young, J. & Nettebeck, D. (1994). The intelligence of clinical calculators. **American Journal on Mental Retardation**, Vol. (99), pp. 186-200.

176- Zonalli, K. & Degett, J. (1998). The effects of reinforcement rate on the spontaneous, **Social Initiations of Socially with Drown Preschoolers**. pp. 17-25.