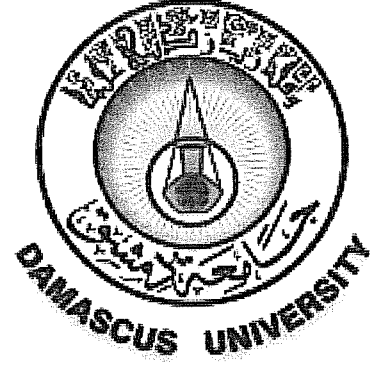


جامعة دمشق
كلية التربية
قسم التربية الخاصة



فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في
تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الاطفال التوحيدين
دراسة شبه تجريبية في عدد من مراكز التوحد بمحافظة مدينة دمشق
رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة

إعداد الطالبة

نور العبد الله

إشراف الأستاذ الدكتور

غسان أبو فخر

الأستاذ في قسم التربية الخاصة

العام الدراسي:

٢٠١١م - ٢٠١٢م



وَقُلْ رَبِّيَ زَاوِي عَالِيَا
مَا سُرِّيَ سُرِّيَ سُرِّيَ عَالِيَا

صدق الله العظيم

إهداء... شكر وتقدير

أهدي جزيل الشكر والتقدير والعرفان إلى كل من ساهم معي في نجاح هذه الرسالة وأخصّ بالذكر:

المشرف الأستاذ الدكتور غسان أبو الفخر، لقبوله الإشراف على هذه الرسالة، ولما أحاطني به من عناية أبوية، ولما قدمه لي من توجيهات علمية دون نقصير.

وكل الشكر والتقدير للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول تحكيم الرسالة، وتقديم الملاحظات التي ستسهم في إثرائها وإغنائها.

وأهدي هذا العمل إلى جميع محكمي أدوات الدراسة من أساتذة جامعيين في (كلية التربية) بجامعة دمشق، لقبولهم تحكيم المقاييس والبرنامج التدريبي المصممة لتحقيق أهداف الدراسة الحالية والمساهمة في تدعيمه بالتوجيهات اللازمة.

وكل الشكر لمدارس التعليم الأساسي ومعاهد رعاية التوحد المتواجدة في محافظة مدينة دمشق التي طبّقت فيها الدراسة الحالية، بمن فيهم من معلمين ومدرّاء ومرشدين نفسيين، لما قدموه من تعاون.

وكل التقدير لجميع التلاميذ وأولياء أمورهم المشاركين في الدراسة الحالية، لتعاونهم الكامل وقبولهم في أن يكونوا جزءاً فاعلاً من هذه الدراسة.

كما أهدي هذا العمل لجميع زملائي وزميلاتي في كلية التربية بجامعة دمشق من طلبة مرحلة الإجازة والماجستير والدكتوراه.

وإلى جميع أفراد أسرتي (والدي، والدتي، أخوتي).

(الباحثة)

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	الآية الكريمة
ب	إهداء... شكر وتقدير
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الملاحق
و	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
٩-١	الفصل الأول مدخل الدراسة
٢	- مقدمة الدراسة وموضوعها.
٥	أولاً- مشكلة الدراسة.
٦	ثانياً- أسئلة الدراسة.
٦	ثالثاً- أهمية الدراسة.
٧	رابعاً- أهداف الدراسة.
٧	خامساً- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.
٦٩-١٠	الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة
٤٣-١١	المحور الأول التوحد
١٢	- تمهيد.
١٢	أولاً- مفهوم التوحد (نظرة تاريخية).
١٥	ثانياً- تعريف التوحد.
١٩	ثالثاً- انتشار التوحد.
٢٢	رابعاً- تصنيف التوحد.
٣٨-٣٠	خامساً- أسباب التوحد:
٣٠	١- اضطراب وظيفة الجهاز العصبي المركزي.
٣٤	٢- الاضطرابات الكيميائية الحيوية.
٣٥	٣- الأسباب الوراثية.
٣٦	٤- الأسباب البيئية.
٤٢-٣٨	سادساً- خصائص الأطفال التوحديين:
٣٨	١- خصائص عقلية ومعرفية.
٣٩	٢- خصائص اجتماعية وانفعالية.

٤٠	٣- خصائص لغوية.
٤١	٤- قصور الإدراك الحسي.
٤٢	٥- خصائص سلوكية.
٤٢	أوجه الاستفادة من المحور الأول للإطار النظري (التوحد).
٦٠-٤٤	المحور الثاني
٤٥	التعزيز الإيجابي والنمذجة
٤٥	- تمهيد.
٤٥	أولاً- التعريف بمدخل النظرية السلوكية.
٥٥-٤٦	ثانياً- فنيات النظرية السلوكية في تعديل السلوك الإنساني.
٤٧	١- التعزيز.
٥١	٢- النمذجة.
٥٦	ثالثاً- مراحل تصميم برامج العلاج السلوكي (بالتعزيز والنمذجة) لأطفال التوحد.
٥٩	أوجه الاستفادة من المحور الثاني للإطار النظري (التعزيز والنمذجة).
٦٩-٦١	المحور الثالث
٦٢	مهارات العناية بالذات
٦٢	- تمهيد.
٦٢	أولاً- مفهوم العناية بالذات.
٦٤-٦٢	ثانياً- عوامل عدم اكتساب الطفل التوحد لمهارات العناية بالذات:
٦٣	١- المشكلات المرتبطة بالنمو اللغوي (اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية).
٦٣	٢- المشكلات الحسية.
٦٣	٣- فقدان الصبر وفرط النشاط.
٦٣	٤- الإصرار على الروتين.
٦٤	٥- الاعتماد على الغير.
٦٤	٦- رفض الغرباء.
٦٩-٦٥	ثالثاً- تصنيف مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد:
٦٥	١- مهارات العناية بالذات داخل المنزل.
٦٧	٢- مهارات العناية بالذات خارج المنزل.
٦٨	أوجه الاستفادة من المحور الثالث للإطار النظري (مهارات العناية بالذات).
٨٢-٧٠	الفصل الثالث
٧١	دراسات سابقة
٧١	- تمهيد.
٨٠-٧١	أولاً- دراسات سابقة (عربية وأجنبية).

٨٠	ثانياً- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.	
١٠٧-٨٣	منهج الدراسة وإجراءاتها	الفصل الرابع
٨٤	- تمهيد.	
٨٤	أولاً- منهج الدراسة.	
١٠٣-٨٤	ثانياً- أدوات الدراسة:	
٨٤	١- مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي (إعداد الباحثة).	
٩٢	٢- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي (إعداد الباحثة).	
٩٨	٣- اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة (لرافن).	
٩٩	٤- البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين باستخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي (إعداد الباحثة).	
١٠٣	ثالثاً- عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها.	
١٠٦	رابعاً- متغيرات الدراسة.	
١٠٧	خامساً- إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي.	
١١٨-١٠٨	عرض ومناقشة نتائج الدراسة ومقترحاتها	الفصل الخامس
١٠٩	- تمهيد.	
١١١-١٠٩	أولاً- المعالجة الإحصائية للفرضيات:	
١٠٩	١- الفرضية الأولى.	
١١٠	٢- الفرضية الثانية.	
١١١	٣- الفرضية الثالثة.	
١١١	ثانياً- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها.	
١١٧	ثالثاً- توصيات الدراسة.	
١١٨	رابعاً- بحوث مقترحة.	
١٢٨-١١٩	قائمة المراجع	
١٢٠	قائمة المراجع العربية.	
١٢٤	قائمة المراجع الأجنبية.	
ملخص الدراسة		
١٣٣-١٢٩	ملخص الدراسة باللغة العربية.	
II- V	ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية.	

ملاحق الدراسة		
رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
١	أسماء المحكمين واختصاصاتهم العلمية.	١٣٥
٢	مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي (إعداد الباحثة).	١٣٦
٣	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي (إعداد الباحثة).	١٤٢
٤	اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة (لرافن).	١٤٦
٥	جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد باستخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي (إعداد الباحثة).	١٥٣

فهرس الجداول		
الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	نسب انتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات السابقة.	٢١
٢	تدرج العلامات على مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٨٥
٣	تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٨٦
٤	خصائص العينة الاستطلاعية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٨٧
٥	المدارس ومراكز التوحد التي تم منها سحب عينة الصدق والثبات لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٨٨
٦	نتائج الصدق البنائي لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٨٩
٧	نتائج الصدق المحكي لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي بدلالة قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC).	٨٩
٨	نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد على مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية.	٩٠
٩	نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٩٠
١٠	نتائج ثبات (ألفا - كرنباخ) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٩٠
١١	خصائص عينة تغيير مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي.	٩١

٩٢	المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية.	١٢
٩٤	تدرج الدرجات على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	١٣
٩٤	تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	١٤
٩٥	نتائج الصدق البنائي لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	١٥
٩٦	نتائج الصدق المحكي لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي بدلالة المقياس الفرعي (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC).	١٦
٩٦	نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية.	١٧
٩٧	نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات للطفل التوحيدي.	١٨
٩٧	نتائج ثبات (ألفا - كرنباخ) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	١٩
٩٧	يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية.	٢٠
١٠٤	المدارس التي سحبت منها المجموعتين التجريبية والضابطة.	٢١
١٠٥	نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وفق معادلة مان ويتني (Man Whitney) لتحديد تجانس المجموعتين في المتغيرات (درجة الذكاء، مهارات العناية بالذات).	٢٢
١٠٩	نتائج الفرق بين أداء المجموعة التجريبية وأداء المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لتقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة مان ويتني (Man Whitney).	٢٣
١١٠	نتائج فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon).	٢٤
١١١	نتائج الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي المباشر والبعدي التتبعي في مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon).	٢٥

فهرس الأشكال		
الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
٦٥	تصنيف مقترح لمهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	١

الفصل الأول

مدخل الدراسة

- مقدمة الدراسة وموضوعها.

أولاً- مشكلة الدراسة.

ثانياً- أسئلة الدراسة

ثالثاً- أهمية الدراسة.

رابعاً- أهداف الدراسة.

خامساً- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.

● - مقدمة الدراسة وموضوعها:

يُعتبر التوحد (Autism) من الإعاقات المحيرة بالنسبة لكثير من العاملين في مجال التربية الخاصة، لصعوبة تشخيصه من جهة، وتعدد المظاهر السلوكية الشاذة المصاحبة له من جهة أخرى، فالتوحد من الاضطرابات التي له انعكاساته السلبية على تكيف الطفل مع بيئته في البيت والمدرسة؛ إذ بين كanner (1943) أول من اكتشف متلازمة التوحد، أن هناك ثلاثة مجموعات من السلوك تميز أطفال التوحد وهي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدودية في مهارات التواصل اللفظي واللغة، وسلوكيات استحواذية مرتبطة باللعب التكراري النمطي، وجميعها تظهر قبل عمر الثالثة (Kanner, L., 1973, p12-13). كما بينت عدة دراسات أن تلك الخصائص النمائية المضطربة تنعكس على مهارات سلوكية أخرى بشكل سلبي لاسيما المهارات التكيفية ومهارات العناية بالذات؛ فالأطفال العاديون يتعلمون مهارات العناية بالذات من عمر بين (٢ إلى ٣) سنوات تقريباً بعد اكتمال النضج العقلي والإدراكي والجسدي، إلا أن أطفال التوحد قد لا يتمكنون من تعلم تلك المهارات بشكل مستقل، ويتأخرون في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٣ إلى ٦) سنوات، وقد يتأخر بعضهم الآخر حتى سن العاشرة إذا كان التوحد من الحالات الشديدة أو العميقة، أو تلك الحالات المرتبطة بتخلف عقلي شديد وعميق، مما يجعل الطفل يواجه عدة مشكلات مرتبطة بالتكيف داخل البيت والمدرسة وفي المجتمع الكبير وفي الاندماج مع أقرانه العاديين (Nelson, D. L., & Gergenti, E., & Hollander, A. C., 1980, p3؛ Taylor. A, et al, 2004, p3؛ Northumberland County Council Communication Support Service., 2004, p18) (بيومي، ٢٠٠٨، ص ٢).

وتشير (الحديدي والخطيب ٢٠٠٥) إلى أن عدداً من الباحثين أشاروا أن أهم المشكلات التكيفية الرئيسية التي يواجهها الأشخاص المعوقون هي صعوبة تعلم مهارات العناية بالذات (الحديدي والخطيب، ٢٠٠٥، ص ٢٠٩). كما بين كل من (قاسم وعبد الرحمن ٢٠٠٢) أن مهارات الحياة اليومية لها دور فعال بالنسبة للأطفال المعوقين لكي يتوافقوا مع أنفسهم ومجتمعهم الذي يعيشون فيه، وتجعلهم قادرين على التكيف بشكل إيجابي مع محيطهم، وتمكنهم من التوافق مع حاجاتهم الشخصية بشكل مستقل، بما يعزز الصحة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية لهم (قاسم، ٢٠٠١، ص ٤). ويرتبط السبب في تراجع معظم أطفال التوحد عن اكتساب مهارات العناية بالذات بفعالية بجملة عوامل أهمها مشكلات النمو اللغوي، إذ لا يفهمون التعليمات الشفهية للعناية بالذات من الآخرين البالغين، كما أن بعضهم قد لا يفهم المعنى الوظيفي لبعض الكلمات، ويواجه البعض الآخر مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته للآخرين للعناية به وتقويضهم بتلك المهمات (Rutter, M., 2005, p133-136). كما أن معظم أطفال التوحد لديهم حساسية مفرطة

لأصوات معينة، أو مثيرات بصرية معينة، أو أن بعضاً منهم حساساً للمس، مما يجعلهم يخافون من بعض الألوان والأصوات والأماكن المغلقة أو المرتفعة، أو من الأشياء المتحركة حولهم، كما أن نقص الحساسية للمس قد يسبب لهم عدم الشعور بإحساسات الألم أو البرودة أو الحرارة الزائدة، أو الشعور بأن المثانة ممتلئة، أو لا يخاف من بعض المثيرات البيئية الطبيعية (Robinson, S., & Magill-Evans, J., 2009, pp11-12). وبعضهم الآخر قد لا يمتلك الصبر الكافي للمواظبة على مهارات العناية بالذات والاستمرار بها، وقد حلت بعض الدراسات ذلك إلى مشكلات تتعلق بفقرط النشاط وعدم الرغبة في الامتثال للتعليمات، كما أن لدى بعضهم الآخر عدداً من مظاهر السلوك الهيجاني والعدواني تجاه تنفيذ تعليمات العناية بالذات بشكل مستقل (Northumberland County Council Communication Support Service., 2004, p24). وغالباً ما يُظهر طفل التوحد عدم الرغبة في تغيير الروتين، كالإصرار على استخدام نفس الحمام الموجود في المنزل لقضاء حاجات النظافة الشخصية، وعدم الرغبة في قضاءها في المدرسة مثلاً (الشامي، ٢٠٠٤، ص٣٩٩). وينطبق ذلك على عادات الأكل والطعام التي تكون مزعجة للوالدين، وقد يصبح الطفل بديناً لإصراره على تناول بعض أنواع الطعام، أو نحيافاً بسبب رفضه تناول كميات كافية من الطعام المناسب (عبد العزيز، ١٩٩٩، ص٨٥). كما يعاني البعض الآخر صعوبة في التفاعل الاجتماعي لاسيما الغرباء (Taylor. A, et al, 2004, p4).

وقد أشار (الخطيب ١٩٩٢) أنه ومنذ ثلاثينيات القرن الماضي أجريت آلاف الدراسات للتحقق من فاعلية التعزيز في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لدى الأطفال المعوقين، فالتعزيز من أهم عناصر عملية التعلم، إذ يحدث تغييراً إيجابياً في بيئة الطفل المعوق، وخاصة المعززات المادية كالنفود والطعام، والمعززات المعنوية والاجتماعية كانتباه المعلم والابتسام، والمعززات النشاطية كاللعب والرحلات (الخطيب، ١٩٩٢، ص٣٦-٤١). كما أن المكاسب المحققة من استخدام مداخل النظرية السلوكية (Behavior Approach) وفنياتها العلاجية ذات قيمة عظيمة انعكست على تكيف الأطفال المعوقين لاسيما أطفال التوحد، وساعدت على دمجهم مع أقرانهم العاديين في البيت والمدرسة والحي والمجتمع الكبير عموماً (Nichols, K., & Hoover, D., 2004, p92)؛ (الجلبي، ٢٠٠٥، ١٠٦). إذ أكد لوك وآخرون (Lock & et al 2008) أن التعزيز بأشكاله المادية والمعنوية القائم على إعادة تنظيم البيئة من حول مجال اهتمام الطفل التوحدي، أدى لإيجاد حلقة من التعلم في مجال اللغة والتفاعل الاجتماعي وتعديل السلوك العدواني ونوبات الغضب الحادة وتنمية مهارات العناية بالذات، والتي كان لها تأثير كبير من الناحية الفسيولوجية والحيوية والعصبية وعلى المدى الطويل مقارنة مع تأثير الأدوية الكيميائية الخاصة بعلاج التوحد (Lock, R. H. et al, 2008, pp42-46). كما بين ريان وآخرون (Ryan et all 2007) أن التدخل في مرحلة مبكرة من عمر

الطفل التوحيدي باستخدام التعزيز الإيجابي، بطريقة منظمة، يساعد في تطوير مهارات التواصل الاجتماعي واللغوي ومهارات العناية بالذات، والمحافظة على تلك المهارات في حال انتقاله إلى المدرسة، حيث تكون مدعومة بشكل جيد (Ryan, M. et all, 2007, p7).

كما أشار (الخطيب ٢٠٠١) إلى أن مئات الدراسات العلمية أوضحت فاعلية النمذجة والتقليد في تعليم الأطفال المعوقين بمن فيهم أطفال التوحد العديد من المظاهر السلوكية المناسبة لاسيما مهارات العناية بالذات (الخطيب، ٢٠٠١، ص٤٤). كما ذكر (عبد الناصر ٢٠٠٨) أن النمذجة كان لها أثرٌ فعال في علاج حالات التوحد من نوع (ريت) (أسبرجر) وصنوف التوحد الكلاسيكية، لاسيما في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض مظاهر السلوك النمطي وتنمية المهارات اللغوية والعناية بالذات (عبد الناصر، ٢٠٠٨، ص٩٨). كما بين ماتسون (Matson 1990) فاعلية النماذج السلوكية المباشرة لتنمية مهارات العناية بالذات بنجاح وكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية (Matson, J., 1990, p377). كما بينت (بيومي ٢٠٠٨) فاعلية النماذج السلوكية المباشرة المقدمة من المدرب والمدعومة بالتعزيز في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد (بيومي، ٢٠٠٨، ص٧٥). كما بين ريمير وباردلي وهويكنس (Reamer & Brady & Hawkins 1998) فاعلية النمذجة المباشرة المقدمة للطفل التوحيدي في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات، وتحقيق الاستقلالية له، ودفعه إلى مزيد من النمو وتعديل السلوك (Reamer, R, Brady, M, & Hawkins, J, 1998, p134). كما بينت ماتسون (Matson 1990) فاعلية تعليم مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد باستخدام الصور لعينات من سلوك العناية بالذات وبعض السلوكيات التكيفية (Matson J., 1990, p366). كما تمكن بيرس وشريبمان (Pierce & Schreibman 1994) من تعليم مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات لأطفال التوحد باستخدام الصور في غياب من يقدم لهم المعالجة (Pierce, L, & Schreibman, L, 1994, p478).

وفي هذا السياق بين سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007) أنه ومن مراجعة عدة دراسات هدفت إلى تعديل عدة أنماط من مهارات العناية بالذات، أهمية تنظيم وتصميم برامج تدريبية استناداً إلى طبيعة القدرات العقلية والمعرفية والاجتماعية لأطفال التوحد، لتكون فعالة، وتحقيق الخدمة المرجوة منها، من حيث رصد أنماط السلوك المضطرب في مهارات العناية بالذات، وتعديل البيئة المحيطة أثناء تدريب وتنمية تلك المهارات، بما يحقق استقلالية أطفال التوحد في أداء تلك المهارات، وتعميم ودوام السلوك المدرب (Santian, D., & Koigel, O., 2007, pp4-5).

ومما سبق يمكن تحديد موضوع الدراسة الحالية (بفاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحيدين).

أولاً- مشكلة الدراسة:

تعد رعاية المعوقين من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمعات عموماً، إذ لا يخلو مجتمع من وجود نسبة لا يستهان بها من المعوقين أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة، والتي تحد من قدرتهم على القيام بأدوارهم على الوجه المقبول مقارنةً بالعاديين، لذلك سعت تلك المجتمعات نحو التوجه لتشخيصهم في مرحلة مبكرة من حياتهم، والتدخل المبكر لرعايتهم، وتمكينهم من خدمات التربية الخاصة بما يتوافق مع حاجاتهم وقدراتهم، وتعد مهارات العناية بالذات من بين المهارات الأساسية التي يجب أن يمتلكها الأطفال المعوقون بشكل عام وأطفال التوحد بشكل خاص، لاسيما مهارات العناية بالذات داخل المنزل ومهارات العناية بالذات خارج المنزل، وذلك لأهمية تلك المهارات في جعلهم أكثر استقلالية في إدارة شؤونهم الخاصة، ودمجهم مع أقرانهم العاديين في المجتمع.

ويرى بعض الباحثين أن تدريب وتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد لها أهمية بالغة، إذ تمكنهم من عملية الدمج مع الأقران العاديين وتقبلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكاديمية، إذ تجنب الوالدين الإحراج الذي قد يسببه لهما الابن أمام الآخرين من جهة، ويمكن طفل التوحد من الاعتماد على نفسه في مستقبل حياته القادمة من جهة أخرى، لذلك أوصت جميع تلك الدراسات لاسيما دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة بيرس وشريمان (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة تيلر وزملائه (Taylor et all 2004)، ودراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٥)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلي ٢٠٠٩)، ودراسة روبنسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009) بضرورة إعداد برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، يتناسب مع ما لديهم من قدرات وإمكانات جسدية وعقلية ومعرفية، بما يساعدهم في مواجهة متطلبات الحياة اليومية مستقبلاً.

ومن خلال عمل الباحثة في مدارس النمج، ومن خلال مشاهداتها اليومية، وشكوى الأهل وأولياء الأمور من نقص مهارات طفلهم التوحدي لاسيما في ما يتعلق بمهارات العناية بالذات داخل المنزل لاسيما في مجالات (استخدام أدوات تناول الطعام والشراب، غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون، تنظيف الأسنان، ترتيب الغرفة والسرير، استعمال الهاتف، خطر بعض الأدوات الكهربائية، رمي القمامة في المكان المخصص لها)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل (خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور..)، فإن ذلك دفع الباحثة لتصميم برنامج تدريبي يناسب أطفال التوحد لتجاوز تلك المشكلات السلوكية لديهم باستخدام إستراتيجيات النمذجة والتعزيز الإيجابي، وفي ضوء الاعتبارات السابقة والندرة النسبية للدراسات في هذا المجال وخاصة الدراسات

العربية، والدراسات المحلية في سورية بحسب علم الباحثة، فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية بالسؤال الرئيس التالي: ما فاعلية برنامج تدريبي قائم على إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من أطفال التوحد؟
ثانياً - أسئلة الدراسة:

في ضوء السؤال الرئيسي المحدد في مشكلة الدراسة يمكن اشتقاق الأسئلة الفرعية التالية:
السؤال الأول: هل من فرق بين أداء المجموعة التجريبية وأداء المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمهارات العناية بالذات؟.

السؤال الثاني: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر لمهارات العناية بالذات؟.

السؤال الثالث: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التتبعي المؤجل لمهارات العناية بالذات؟.

ثالثاً - أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في النقاط الرئيسية التالية:

١- أهمية تسليط الضوء على إعاقة التوحد (الفئة المستهدفة بالدراسة الحالية) من حيث المفهوم والأسباب والتشخيص والبرامج التدريبية، لما يعاني منه أطفال هذه الفئة من عدم القدرة على تحقيق ذلك المستوى المقبول من مهارات العناية بالذات مقارنة بالعاديين من أقرانهم.

٢- تتجاوب الدراسة الحالية مع التوجهات الحديثة للتربية الخاصة بالمعوقين، التي تهتم بمساعدة ذوي الإعاقات المختلفة على تجاوز المشكلات السلوكية التي تواجههم في مجال العناية بالذات، حتى لا تكون عائقاً يحول دون استقلاليتهم عن الآخرين في مستقبل حياتهم، وتمكينهم من الاندماج مع العاديين في المجتمع.

٣- أهمية توفير برنامج تدريبي قائم على إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، يخدم عدة فئات من أفراد المجتمع (مربين، معلمي تربية خاصة، أولياء الأمور.. إلخ) لمساعدة أطفالهم الذين يعانون من قصور نوعي في هذه المهارات.

٤- أهمية توضيح فعالية مدخل النظرية السلوكية والبرامج المستندة إليها في تعديل سلوك أطفال التوحد فيما يتعلق بمهارات العناية بالذات وتدريبها، ومعالجتها، والحد من تدهورها.

٥- إضافة ما هو جديد في مجال تعديل سلوك أطفال التوحد، مما يسهم في تخطيط البرامج التدريبية، وسد ثغرة قد تكون ناقصة في الدراسات العربية.

٦- قلة الدراسات التي أجريت في مجال تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال من ذوي إعاقة التوحد في سورية (بحسب علم الباحثة) ممن ينتمون إلى الفئة العمرية من (٨ إلى ١١) سنة.

رابعاً- أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

١- تصميم برنامج تدريبي قائم على إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الايجابي لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل في مجالات (استخدام أدوات تناول الطعام والشراب، تنظيف الأسنان، غسل الوجه واليدين بالماء والصابون، ترتيب القرطاسية المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها، استعمال الهاتف، خطر استعمال فرن الغاز، خطر بعض الأدوات الكهربائية)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل في مجالات (رمي القمامة في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور..)، يناسب أطفال التوحد من الفئة العمرية (٨-١١) سنة، والتحقق من صدقه للتمثيلي.

٢- التحقق من فعالية البرنامج التدريبي (المصمم في الدراسة الحالية) في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية من أطفال التوحد.

٣- التحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي (المصمم في الدراسة الحالية) لدى أفراد المجموعة التجريبية من أطفال التوحد في مدى امتلاكهم واحتفاظهم بمهارات العناية بالذات بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق.

خامساً- مصطلحات الدراسة:

١- التوحد (Autism): عُرّف التوحد في الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية = الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV, TR 2000) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA) وفق ما يلي:

أ- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة:

- ضعف في التواصل الغير لفظي (الإشارة/تعبيرات الوجه).
- عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران.
- عدم القدرة على أن يشاركه الآخرين في اهتماماته وانجازاته.
- ضعف في تبادل المشاعر والانفعالات مع الآخرين.

ب- قصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي:

- تأخر في تطور اللغة المنطوقة.
- عدم المبادرة في التحدث إلى الآخرين.
- التحدث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام.
- لديه لغة خاصة.

ج- تكرار ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

- الانهماك في لعبة معينة بطريقة محددة وبشكل غير طبيعي.
 - مقاومة تغيير الروتين.
 - تكرار حركات الجسم (رفرفة اليدين، الالتفات يمن وشمال، رفع القدمين وانزالهما...).
 - الإصرار على الانهماك في جزء اللعبة.
- ويجب أن ينطبق على الطفل (٦) على الأقل من المعايير الـ (١٢) الواردة أعلاه التي تشمل فقرتين على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال المدى المحدود من النشاطات والاهتمامات.
- د- تأخر أو خلل في واحد على الأقل من الآتي على أن تظهر قبل عمر (٣) سنوات:
- = التفاعل الاجتماعي.
 - = اللغة كمعين في التواصل الاجتماعي.
 - = اللعب التخيلي (DSM-IV-TR, 2000, p75).
- ويعرف الطفل التوحدي إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه الطفل الذي يقع عمره ما بين (٨ إلى ١٠,١١) سنة، والذي يحصل على درجة دون المتوسط وفق معايير قائمة بتقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي المصمم في الدراسة الحالية في المجالات التالية: (القصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، الانسحابية، الاعتمادية، والنشاط التخيلي، والسلوك التكراري والإصرار على الروتين، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والحساسية المفرطة ونقص الحساسية)، ويحصل على رتبة مئوية من (٦٥) فما فوق على اختبار الذكاء المصفوفات المتتابعة (لرافن)، ليصنف ضمن التوحد من ذوي القدرات العقلية العادية.
- ٢- استراتيجية التعزيز الايجابي (Positive Reinforcement Strategy): تعني زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه بالمستقبل، بتقديم معزز ايجابي للشخص عندما يقوم بذلك السلوك، ومثال ذلك المعززات المادية كالنقود والطعام، والمعززات المعنوية والاجتماعية كالتباهي المعلم والابتسام وقول كلمة صحيح، والمعززات النشاطية كاللعب والرحلات...، والتعزيز الايجابي هو الهيكل العظمي في ميدان تعديل السلوك للأطفال المعوقين، ولا يكاد يخلو برنامج منه، وتقوم استراتيجية تعديل السلوك على العناصر الرئيسية التالية:
- اختيار المعززات الايجابية المناسبة للفرد.
 - تقديم المعززات بعد حدوث السلوك فوراً.
 - تنويع المعززات تجنباً للإشباع.
 - استخدام جداول التعزيز المناسبة.

- توفير المعززات بكمية تناسب السلوك المستهدف (الخطيب، ٢٠٠١، ص ٥١٤).

٣- استراتيجية النمذجة (Modeling Strategy): تتضمن قيام المعلم أو أي شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل المعوق كيف يفعل شيئاً ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده، ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع والانتباه والتعزيز (الخطيب، ٢٠٠٢، ص ٤٤).

٤- مهارات العناية بالذات (Self-Care Skills): هي المهارات المطلوبة لاستقلالية المعيشة للطفل المعوق مثل الملابس واستخدام الحمام والطبخ وغير ذلك من الأنشطة اليومية (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٤٦٧).

وتعرف مهارات العناية بالذات إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها الدرجة التي يحصل عليها طفل التوحد في مهارات العناية بالذات كما يرونها مقياس تقدير مهارات العناية بالذات ضمن محورين أساسيين بحسب الهدف العام للدراسة وهي: مهارات العناية بالذات داخل المنزل (استخدام أدوات تناول الطعام والشراب، تنظيف الأسنان، غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون، ترتيب القرطاسية المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها، استعمال الهاتف، خطر استعمال فرن الغاز، خطر بعض الأدوات الكهربائية)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل (رمي القمامة في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور...).

٥- البرنامج التدريبي (Training Program): عرفه لوك وآخرون (Lock et al 2008)

بأنه نسق من الخبرات المنظمة لتحقيق هدف عام ومجموعة أهداف إجرائية لدى طفل التوحد لتنمية مجموعة مهارات (معرفية، تعليمية، سلوكية... إلخ)، وما يتضمنه ذلك البرنامج من سياق طرائق التدريس الخاصة، والعامة، والوسائل التعليمية، والاختبارات (المرحلية والقبلية والبعدية... إلخ) المناسبة لأهداف البرنامج، التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف ذلك البرنامج بأقل الإمكانيات، وعلى أجود مستوى ممكن (Lock, R. H., et al, 2008, p33).

ويعرف البرنامج التدريبي إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه مجموعة من النشاطات المخطط لها بدقة، والتي تبدأ بتحديد هدف أو أكثر من أهداف تعليم مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارج المنزل) لتمتيتها لدى أطفال التوحد، وتحليل الخبرات التي من شأنها أن توصل إلى تحقيق هذا الهدف تحليلاً دقيقاً، ثم تقديمها إلى المتعلم تدريجياً وعلى خطوات حتى يتمكن من استيعابها والاستجابة لها بمفرده باستخدام إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي، والتأكد من تحقق الأهداف بعملية تقويم قبلية وبعدية مباشرة وبعدية تتبعية مؤجلة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المحور الأول: التوحد.

المحور الثاني: النمذجة والتعزيز الإيجابي

المحور الثالث: مهارات العناية بالذات.

المحور الأول

التوحد

- تمهيد:

أولاً- مفهوم التوحد (نظرة تاريخية).

ثانياً- تعريف التوحد.

ثالثاً- انتشار التوحد.

رابعاً- تصنيف التوحد.

خامساً- أسباب التوحد.

سادساً- خصائص الأطفال التوحديين.

- أوجه الاستفادة من المحور النظري الأول (التوحد).

- تمهيد:

يتناول المحور الاول من (الإطار النظري) للدراسة الحالية اضطراب التوحد من حيث المفهوم والتعريف كمصطلح علمي ذي دلالة وصفية إكلينيكية مستنداً إلى معايير علمية معتمدة، ومن ثم تحديد نسبة انتشاره، وتعداد تصنيفاته وأنواعه، ومن ثم تحديد أسبابه، وأهم الخصائص المميزة للمصابين به.

أولاً- مفهوم التوحد (نظرة تاريخية):

يعود مصطلح الأوتيزم في الأصل إلى كلمة إغريقية وهي أوتوس (Autos) التي تعني النفس أو الذات، وقد اكتشفت الحالة لأول مرة بطريقة غير ممنهجة علمياً على يد الطبيب الفرنسي جون مارك جاسپار ايتارد (Joan Marc Gaspard Itard 1775 - 1838) المتخصص بأمراض الأذن وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حين كتب عن حالة طفل يدعى فيكتور (Victor) عرف فيما بعد باسم طفل أفرون المتوحش (The Monstrous Child of Avero), الذي عاش مدة (١٢) سنة في الغابات الفرنسية دون أن يرعاه أحد، وحين وضَّح (ايتارد) أوصاف (فيكتور) لوحظ أنها تتطابق مع ما نعرفه اليوم باضطراب التوحد، كالصعوبة الشديدة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وتأخر نمو اللغة، وصعوبة نقل وتطبيق ما تعلمه إلى مواقف أخرى جديدة، والرغبة في البقاء منعزلاً، وردود فعل حسية مختلفة وشاذة كالقدرة على تحمل درجات البرودة الشديدة، وسلوكيات أخرى غريبة وصعبة التفسير على أنها تخلف عقلي (Roeyers, H., 1995, pp161-162). تلاه بعد ذلك مودزلي (Maudsly 1867) الطبيب النفسي الذي وصف الذهان العصابي الموجود لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة على أنه مختلف عن حالات التخلف العقلي ويتميز بصعوبات في التواصل الاجتماعي، وتأخر في النمو اللغوي، مع توفر قدرات عقلية من مستوى فوق المتوسط (الجلبي، ٢٠٠٥، ص ١١). وقد استخدم الطبيب النفسي السويسري يوجين بلولر (Eugen Bleuler 1911) كلمة التوحد مشتقاً الاسم من اللفظ الإغريقي للأنا التي تعني النفس، ليصف مجموعة من أنماط التفكير التي تظهر عند الإصابة بالفصام، مشيراً إلى ميل المصاب إلى الرغبة في الاستغراق بالتخيل المباشر في الرغبات والأفكار مع افتقاد التواصل مع الواقع كميكانيزم أساسي يميزه عن حالات التخلف العقلي (Roeyers, H., 1995, pp161-162).

ورغم تلك الإرهاصات التاريخية إلا أن التوحد كمصطلح علمي ذي دلالة وصفية إكلينيكية لم يكن معروفاً بدقة لدى معظم الباحثين في التربية الخاصة وعلم نفس المعوقين قبل عام (١٩٤٣)، فظهور التوحد كإعاقة نمائية حديث العهد نسبياً على خلاف الإعاقات الفسيولوجية (العقلية، والحركية، والسمعية، والبصرية)؛ فقد أستخدم المصطلح لأول مرة بطريقة علمية منظمة من قبل ليو كانر (Leo Kanner 1943) الطبيب النفسي الأمريكي بجامعة (هارفرد)، الذي وضَّح أعراض

التوحد أو الأوتيزم (Autism) في بحث بعنوان اضطرابات التوحدية في الاتصال الفعال (Autistic Disturbances of affective contact)، عرض فيه مجموعة أنماط سلوكية غير متضمنة في فصام الطفولة أو التخلف العقلي بصورته التقليدية من دراسة حالة (١١) طفلاً (تسعة أولاد وبنين)، وفصل هذه الحالة (أي التوحد) عن الحالات النفسية المرضية الأخرى، بل اعتبرها زملة إكلينيكية مميزة، وأقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي إكلينيكي جديد أطلق عليه اسم زملة كانر (Kanner Syandrom) أو أوتيزم الطفولة المبكرة (Early Infantile Autism)، وحدد تسعة خصائص سلوكية مشتركة بين هؤلاء الأطفال، وقد اعتبر (كانر) ذلك البداية الحقيقية لتاريخ التوحد (Kanner, L., 1973, p12-14). ولا بد من ملاحظة أن الخطأ الذي ارتكبه (كانر) هو اعتبار كل الذين يعانون من التوحد يتمتعون بقدرات عقلية مرتفعة وهذا غير صحيح حالياً، فمن المتفق عليه اليوم أن هناك ثلاث خصائص أساسية للتوحد عوضاً عن التي ذكرها (كانر) تميز اضطراب التوحد وهي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدودية في مهارات التواصل اللفظي واللغة، وسلوكيات استحواذية مرتبطة باللعب التكراري النمطي التي تظهر قبل عمر الثالثة (Piven, J., Harper, P., Arndt, S., 1996, p35).

وفي نفس الفترة الزمنية تقريباً التي نشر فيها (كانر) دراسته ودون معرفة مسبقة كان هانز اسبرجر (Hans Asperger 1906-1980) يقوم بدراسة علم (١٩٤٤) باللغة الألمانية^١ بعنوان الاضطراب النفسي للتوحد في سن الطفولة (The Autistic Psychopathy of Childhood) للحصول على درجة الدكتوراه، تناولت حالة أربعة أطفال أعمارهم بين (٦-١١) سنة، حدد فيها سبعة خصائص سلوكية مشتركة بينهم (Happe, F., 1995, pp28-29). وبخلاف (كانر) تبين له أن التوحد لا يرتبط بنسبة الذكاء، وقد يترافق مع تخلف عقلي، وقد يصيب الأفراد من ذوي النسب الذكاء العادية والمرتفعة، وأن المصاب باضطراب (اسبرجر) قد يتمتع بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير (Piven, J., Harper, P., Arndt, S., 1996, p34). وبعيت دراسة (اسبرجر) طي النسيان في الولايات المتحدة وفي غيرها من البلدان الانكلوسكسونية حتى ظهور دراسة لورنا وينغ (Lorna Wing 1981)، التي ترجمت دراسة (اسبرجر) إلى اللغة الانكليزية، ووصفت فيها حالة (١٩) مريضاً أعمارهم بين (٥ - ٣٥) سنة، مسندة في مرجعيتها العلمية إلى دراسة (اسبرجر)، حيث تطابقت بعض أوصافهم مع الحالات التي ذكرها (اسبرجر)، كما تطابقت مع الحالات التي ذكرها (كانر)، لذلك اقترحت أن متلازمة (اسبرجر) يجب اعتبارها نوع مختلف وإعطائها تشخيصاً وتسمية مختلفة عن متلازمة (كانر)، وأنهما اضطرابان منفصلين

١ - فقد ذكر هيب (Happe 1995) أن السبب الذي جعل دراسة (اسبرجر) غير معروفة على الصعيد العالمي كدراسة (كانر)، بالرغم من أن أياً منهما لم يطلع على دراسة الآخر، وقيامهم باكتشاف متلازمة التوحد أو (التوحد الطفولي) في نفس الفترة الزمنية تقريباً، وفي فاصل زمني بينهما لا يتجاوز العام، هو أن دراسة (اسبرجر) لم تنشر سوى باللغة الألمانية، ولم تترجم إلى اللغة الانكليزية إلا بعد أربعين عاماً تقريباً.

يشير كل منهما إلى نوعية مختلفة من الحالات التي تدخل ضمن إطار اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders) لتحديد عدة أنواع فرعية من التوحد تنطبق عليها جميع الملامح أو معظمها بدرجات متفاوتة من الشدة، وتم ذلك تحديداً في عام (١٩٨٨) عندما قامت بدراسة أخرى لثالث الأعراض التي ذكرها (روتر) عام (١٩٧٨) (Happe, F., 1995, pp30-31). وقد تبنت كريك (Creak 1961) النظرية التكاملية لذهان الطفولة (Theory of Child Psychosis Unitary) حيث قدمت تشخيصاً لذهان الطفولة المبكر التي حددت فيه تسعة خصائص رئيسية، ويلاحظ أن (كريك) قدمت وصفاً متشابهاً للتوحد (كانر)، باستثناء أنها أضافت ثلاثة خصائص جديدة (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٣١-٣٢). كما قام روتر (Rutter 1978) بمراجعة الدراسات المتعلقة بالتوحد ولا سيما تلك المعايير التي وضعتها (كريك) عام (١٩٦١)، حيث لاحظ أن تلك المعايير لا تخص المصابين بالتوحد فقط وإنما تشمل حالات التأخر العقلي وصعوبات التعلم، لذلك عمد إلى وضع أربعة معايير اعتبرها أساسية لتشخيص حالات التوحد هي (قصور النمو العاطفي، قصور التواصل مع الغير، سلوكيات متكررة وثابتة، ظهور الحالة قبل ٣٠ شهر من العمر) (Happe, F., 1995, p31). وهذه الأعراض قد تم تبنيها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث - المعدل (Diagnostic and Statistical Manual- DSM-3 TR)، والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين (APA 1987) (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٣٢).

وقد حصل التوحد على الاعتراف الرسمي كإعاقة نمائية من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization - WHO) عام (١٩٧٧) بصور الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Disease- ICD 9) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ٣). وفي عام (١٩٩٤) أصدرت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed - DSM 4) وفي عام (٢٠٠٠) صدرت الطبعة الرابعة المعدلة منه (DSM- 4- TR) حيث توسع فيه مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders - PDD) بحيث أصبح يضم اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders- ASD) التي تتضمن اضطراب التوحد (Autism's) (Disorder - AD)، ومتلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome- AS)، ومتلازمة ريت (Rett's Syndrome- RS)، واضطراب التفكك أو انحلال الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder- CDD)، واضطراب التوحد غير النمطي (Atypical Autism's) (Disorder- AAD) أو ما يسمى الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified - PDD- NOS) (DSM-IV-TR, 2000, pp70-84).

ثانياً- تعريف التوحد:

تعددت وتتوعد التعريفات الخاصة باضطراب التوحد تبعاً للتقدم العلمي، والاتجاهات النظرية المفسرة، والأبحاث التجريبية التي استقصت أسبابه، وخصائصه، ومعايير تشخيصه، لذلك ظهر أكثر من تعريف له، فعلى الرغم من اختلاف العلماء والمنظمات المهتمة بميدان التوحد في صياغة تعريف واضح ومحدد، إلا أنهم يتفقون على جملة من الخصائص المشتركة والمميزة لأفراد المصابين به، وفيما يلي أهم تلك التعريفات:

عرف كانر (Kanner 1943) اضطراب التوحد عندما حدد (٩) خصائص رئيسية تظهر قبل عمر (٣) سنوات هي:

١- انعزالية توحدية مفرطة (Extreme Autistic Aloneness): المتمثلة في الرغبة بالانفراد والعزلة، والعجز عن التواصل مع المحيط الاجتماعي كأنه في قوقعة (Confinement)، والشعور بالسروور عندما يكون منفرداً، والتصرف وكان الآخرين غير موجودين، وتواصل بصري غير طبيعي، وعدم مشاركة الأقران في اللعب، وارتباط شديد بالأشياء عوضاً عن الأشخاص.

٢- تأخر وانحراف في نمو اللغة (Delay and Deviation in Language Development): المتمثل بتأخر استخدام الكلام، وعجز دال عن الطبيعي في القدرة على استعمال المفردات والقواعد والضمائر، وظهور كلام غريب غير مفهوم.

٣- المصاداة (Echolalia): المتمثلة بترداد ما يقوله الآخرون حرفياً كما سمعه تماماً.

٤- ذاكرة قوية (Strong Memory): لحفظ كم كبير من المعلومات حتى ولو كانت بدون معنى، بترتيبها الصحيح أو معكوسة.

٥- حساسية مفرطة (Oversensitivity): للمثيرات الخارجية كتحمل درجات الحرارة أو البرودة العالية، أو الخوف من الأصوات أو الأشياء المتحركة التي لا يخاف منها الشخص الطبيعي (صوت مكينة كهربائية، الضوء، المصعد، السيارة..)، أو الرغبة في تناول نوع محدد من الطعام.

٦- مقاومة التغيير (Change Resistance): في معالم البيئة (الأثاث، ترتيب الغرفة)، أو تغيير النشاطات اليومية المعتادة.

٧- قدرات عقلية وإدراكية عالية (High Mental and Cognitive Abilities): كالذاكرة والإدراك السمعي والبصري، والذكاء المرتفع.

٨- مظهر جسدي طبيعي (Normal Physical Appearance): وملامح وجه طبيعية ومستوى جيد من المهارات الحركية الدقيقة.

٩- الانحدار من أسر تتميز بمستوى مرتفع من الذكاء (Kanner, L., 1973, p12-13).

كما عرف اسبرجر (Asperger 1944) التوحد بعرضه (٧) خصائص رئيسية مميزة للاضطراب هي:

- ١- تمسك شديد بالأشياء والأعمال اليومية.
- ٢- اضطراب التفاعل الاجتماعي الشديد والواضح.
- ٣- اضطراب التواصل البصري غير الطبيعي.
- ٤- الرغبة الشديدة بتكرار الأعمال بشكل روتيني.
- ٥- استخدام اللغة بشكل غير صحيح قواعدياً رغم امتلاك مصطلحات لغوية سليمة.
- ٦- مهارات إدراكية عالية.
- ٧- ضعف في المهارات الحركية غير المتقنة لاسيما المشية غير الطبيعية (Happe, F., 1995, pp28-29).

كما عرفت كريك (Creak 1961) التوحد من تحديد (٩) سلوكيات رئيسية إذا ما توفرت مجتمعة في شخص واحد فإنه يعتبر ممن يعانون من اضطراب التوحد وهي:

- ١- إعاقة في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.
- ٢- عدم الوعي بالهوية الشخصية بشكل غير متناسب مع العمر.
- ٣- انشغال مرضي بأشياء محددة في بعض الخصائص بدون اهتمام بالوظائف.
- ٤- المقاومة الشديدة للتغيير في البيئة والمحافظة على التماثل.
- ٥- خبرات إدراكية شاذة.
- ٦- قلق غير منطقي وحاد ومتكرر.
- ٧- فقدان الكلام وعدم اكتسابه أو الفشل في تطويره.
- ٨- تشويه في نمط الحركة.
- ٩- يظهر تخلفاً شديداً وقدرات وظيفية ذهنية محدودة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٣١-٣٢).

كما عرف روتر (Rutter 1978) التوحد بتحديد (٤) أعراض اعتبرها أساسية لتشخيص حالات التوحد وهي:

- ١- قصور في النمو العاطفي.
- ٢- قصور في التواصل مع الغير.
- ٣- سلوكيات متكررة وثابتة ومقاومة للتغيير والإصرار على بقاء الأشياء على حالتها كما كانت.
- ٤- تظهر الحالة قبل (٣٠) شهر من العمر (Happe, F., 1995, p31).

كما عرفت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children – NSAC 1978) التوحد بأنه يشخص بمجموعة من الأعراض المتمثلة باضطراب في معدل النمو وسرعته، واضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية، والتعلق المفرط بالأشياء والأحداث والأشخاص، يترافق مع ظهور اضطرابات في التحدث والكلام وفي القدرات المعرفية (The National Autistic Society, 2010, p3).

وعرف وولف (Wolf 1988) الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد على أنهم الأفراد الذين يعانون من مظاهر نقص التواصل العاطفي الانفعالي، وصعوبات الاتصال اللغوي الناتج عن انحراف النمو اللغوي لشكل ومضمون الكلام وترداد آلي لما يتم سماعه، مع بعض من مظاهر اللعب التخيلي، ومظاهر السلوك الطقوسي والمتوقع على الذات، وإصرار على الروتين، وردود فعل عنيفة لأي تغيير في البيئة المحيطة لاسيما المادية، مع ظهور حركات لا إرادية غير هادفة كهز الرأس واليدين والأصابع (Wolf, S., 1988, p576).

كما عرف قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (Individuals with Disabilities Education Act – IDEA 1990) التوحد بأنه إعاقة نمائية وتطورية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي للطفل، يظهر عموماً قبل سن الثالثة، ويؤثر على أداء الطفل سلباً، وهناك خصائص أخرى مصاحبة كالانغماس في أنشطة تكرارية وحركات نمطية، ومقاومة للتغيير الذي قد يطرأ على البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية، ولا ينطبق هذا التشخيص على الطفل إذا كان أدائه التعليمي يتأثر عكسياً من جراء اضطراب انفعالي خطير يعاني منه، ومن جهة أخرى فإن التوحد يتسم بوجود أوجه قصور معرفية شديدة (هالهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ص ٦٨٣).

كما عُرّف اضطراب التوحد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization – WHO 1992) بأنه نوع من الاضطراب النمائي المنتشر يعرف بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما، يتضح وجوده قبل عمر (٣) سنوات، وبنوع مميز من الأداء غير السوي في ثلاثة مجالات هي:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- التواصل.

٣- السلوك المقيد التكراري.

ويحدث هذا الاضطراب بين الذكور بمعدل (٣ إلى ٤) أضعاف حدوثه بين الإناث (ICD-10, 1992, ص ٢٦٦).

كما عُرِّف التوحد في الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV,TR 2000) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA) التي تتضمن:

١- قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة:

- أ- ضعف في التواصل الغير لفظي (الإشارة/تعبيرات الوجه).
- ب- عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران.
- ج- عدم القدرة على أن يشاركه الآخرون في اهتماماته وانجازاته.
- د- ضعف في تبادل المشاعر والانفعالات مع الآخرين.

٢- قصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي:

أ- تأخر في تطور اللغة المنطوقة.

ب- عدم المبادرة في التحدث إلى الآخرين.

ج- التحدث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام.

د- لديه لغة خاصة.

٣- تكرار ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

أ- الانهماك في لعبة معينة بطريقة محددة وبشكل غير طبيعي.

ب- مقاومة تغيير الروتين.

ج- تكرار حركات الجسم (رفرفة اليدين، الالتفات يمن وشمال، رفع القدمين وانزالهما...).

د- الإصرار على الانهماك في جزء اللعبة.

ويجب أن ينطبق على الطفل (٦) على الأقل من المعايير الـ (١٢) الواردة أعلاه التي تشمل فقرتين على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال القصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال المدى المحدود من النشاطات والاهتمامات.

٤- تأخر أو خلل في واحد على الأقل من الآتي على أن تظهر قبل عمر (٣) سنوات:

أ- التفاعل الاجتماعي.

ب- اللغة كمعين في التواصل الاجتماعي.

ج- اللعب التخيلي (DSM-IV-TR, 2000, p75).

ولابد من الإشارة إلى أن التعريف الوارد في الـ (DSM-IV,TR 2000) تم اعتماده في تصميم مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي المصمم في الدراسة الحالية لفرز حالات التوحد من أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

وعرف (أبو فخر ٢٠٠٥) التوحد أو الانغلاقية بأنه اضطراب نمائي يصيب الطفل ويظهر عبر مشكلات في العلاقات الاجتماعية وفي التواصل مع الآخرين، ومع المحيط وعبر الأنماط السلوكية التي تكشف عن نفسها مثل عدم الاكتراث بالمحيط الطبيعي والاجتماعي، والاهتمام بشؤون ذاتية خاصة وبالاغتناب نحو الأشياء وتكرار فعلها، ومقاومة التغيير، والانشغال بالذات (أبو فخر، ٢٠٠٥، ص ٣٤٥).

ومن تحليل مضمون التعاريف السابقة يمكن استخلاص مجموعة من العناصر الأساسية

المشتركة في تعريف اضطراب التوحد وهي:

- ١- ظهور الاضطراب في سن الطفولة المبكرة وقبل نهاية السنة الثالثة من العمر.
- ٢- غياب الدلالة الاجتماعية والعاطفية في العلاقات مع الآخرين والاستجابة لمشاعرهم، واضطراب السلوك الاجتماعي ونقص المشاركة عموماً.
- ٣- اضطراب التواصل اللغوي وقصور شديد في تطور اللغة المنطوقة، مع نمط تكراري للكلمات أو خلط للضماير، وابتكار الطفل للغة خاصة يتحدث بها مع نفسه.
- ٤- ضعف التواصل البصري وعدم التركيز فيه.
- ٥- سلوك نمطي متكرر غير هادف وحركات غريبة مثل هز اليدين والرأس أو البدن، والانشغال المستمر بأجزاء الأشياء، ومدى محدود من الاهتمامات، والمواظبة المستمرة على نفس اللعبة، والتعلق بالأشياء المادية.
- ٦- اضطراب في الاستجابة للمثيرات البيئية (المادية والاجتماعية) وصعوبة في إصدار ردة فعل متناسبة مع المواقف السارة أو المحزنة.
- ٧- صعوبات أكاديمية في مهارات الفهم والتفكير، مع أن لدى البعض منهم قدرات عقلية عالية.
- ٨- اللعب الطقوسي وعدم مشاركة الآخرين في اللعب.
- ٩- غياب المرونة وعدم القدرة على تغيير الروتين اليومي.
- ١٠- خيال واسع وعدم ظهور هلوسات فهو ليس فصاماً.

ثالثاً- انتشار التوحد:

يمثل اضطراب التوحد في الوقت الحالي أحد أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً في المجالين البحثي والإكلينيكي؛ إذ ينتشر في جميع الثقافات والمجتمعات، ولا يقتصر على جنس معين أو عرق أو أصل بشري، وقد أشارت عدة دراسات إلى أنه من الصعب تحديد رقم دقيق لمعدل انتشار التوحد بين الأطفال، لاختلاف وجهات النظر في معايير التشخيص، ولعدم الاتفاق على تعريف محدد، يضاف إلى ذلك غياب التشخيص المبكر (عند الولادة) أو التحديد الدقيق للعمر الذي يبدأ معه ظهور

الاضطراب، بالإضافة إلى صعوبات تتعلق بأدوات التشخيص نفسها ومدى مطابقتها للمعايير أو تمتعها بالصدق والثبات، وما مدى خبرة القائمين بها وقدرتهم على تطبيقها بدقة (Department of Health, 2002, p11). والحقيقة أن بعض أطفال التوحد لا يتم التصريح عنهم أبداً، وبالتالي لا يتم تشخيصهم ودخولهم في معدلات الانتشار (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص٨). ويشير (عبد الله ٢٠٠١) من مراجعة عدة دراسات أن التوحد يحدث على طول خط متصل وبدرجات متفاوتة من الشدة، وأنه في الحالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوثه أعلى من الحالات الخطيرة (عبد الله، ٢٠٠١، ص١٧). كما بينت دراسة (كانر) التي امتدت من أربعينات وحتى أوائل سبعينات القرن العشرين، أن انتشار التوحد لدى الأطفال محدود للغاية ويعد من الحالات النادرة، ووفقاً للمعايير التسعة التي وضعها تبين له أن النسبة تتراوح بين (٤-٥/١٠٠٠٠) طفل للأعمار دون (١٥) سنة في قارة أمريكا الشمالية (١٦٥ مليون مواطن أن ذاك)، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤/١) (Kanner, L., 1973, p35). وعلى هذا كانت الدراسات اللاحقة والمبكرة لرصد معدل انتشار التوحد (وفق توصيف كانر ومعايير التسعة) بينت أنه ينتشر في المجتمع الأمريكي ما بين (٤-١٠/١٠٠٠٠) طفل، وفي دراسة أحدث لوينغ (Wing 1996) تبين أن معدلات الانتشار بلغت (٥٨/١٠٠٠٠) أي ما يعادل (٦/١٠٠٠) (Trevathan, C., Aitken, K., 1998, pp38-39). وقد أعلن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998) أن التوحد أكثر شيوعاً من متلازمة داون (Down's Syndrome) ويستمر مدى الحياة، وينتشر بنسبة (٤-٥/١٠٠٠٠) طفل، ويصيب الذكور بنسبة (٣/٤) منه لدى الإناث، كما أكد إيدلسون (Edelson 1998) بناءً على دراسات مسحية واسعة في الولايات المتحدة وانكلترا أن التوحد يحدث بمعدل (٤-٥/١٠٠٠٠) طفل (Dunlap, C. & Fox, S., 1999, p5). كما أشارت دراسة وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999) أن التوحد ينتشر بنسبة تصل إلى ما بين (١٥-٢١/١٠٠٠٠) طفل، وتختلف النسبة عموماً بحسب معاملات الذكاء (California Health and Human Services Agency, 1999, p16). كما بين باركر وآخرون (Becker et al 2007) من مراجعة (٥٥) دراسة بين عامي (٢٠٠٠-٢٠٠٦) أن التوحد في الولايات المتحدة ينتشر بنسبة (١/١٥٠) طفل، حيث يؤثر على الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات (Becker, F. & others. 2007. P2). كما بينت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children – NSAC) في عام (٢٠٠٨) أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال يصل إلى (١/٥٠٠) ولادة، أي ما يقارب (٢٠/١٠٠٠٠) ولادة، وأن هذه النسب في تزايد مستمر مع تطور مقاييس التشخيص ومعاييرها (The National Autistic Society, 2010, p5). كما بين (هالهان وكوفمان ٢٠٠٨) أن دراسة وينج وبروتر (Wing & Protter

2003) بينت أن التوحد ينتشر بنسبة (١٠٠٠٠/٦٠) طفل (هالهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ص ٦٣٩). كما أشار فونبونوني (Fombonne 2005) أن معدل انتشار الاضطرابات النمائية مجتمعة هو (١٠٠٠٠/٦٠) طفل، وأن التوحد يقدر اليوم بحوالي (١٠٠٠٠/١٣)، واضطراب (اسبرجر) (١٠٠٠٠/٣) طفل، واضطراب الطفولة التفككي غير التكاملي هو نادر جداً ويقدر بحوالي (١٠٠٠٠/٠,٢) (Fombonne, E., 2005, p3). كما بين (عبد الله ٢٠٠١) أن دراسة إيشي وتاكاشي (Ishii & Takahashi 1983) التي أجريت في اليابان والتي استخدمت معايير تشخيصية متنوعة، بينت أن معدل حدوث الاضطراب يقدر بحوالي (١٠٠٠٠/١٦) طفل (عبد الله، ٢٠٠١، ص ١٧).

كما بين الـ(DSM-IV,TR 2000) أن المعدل الوسطي لانتشار التوحد في الدراسات بلغ (١٠٠٠٠/٥) طفل، حيث تراوحت المعدلات في هذه الدراسات إلى ما بين (١٠٠٠٠/٢٠-٢) طفل، ولكن لا يزال الأمر غير واضح فيما إذا كان المعدلات المرتفعة المذكورة تعكس فروقاً في منهج الدراسة أو في التواتر المتزايد للحالات (DSM-IV-TR, 2000, p73).

وفي بريطانيا أشار مجلس البحث الطبي (Department of Health 2002) إلى أن التوحد ينتشر بنسبة (١٠٠٠٠/٣٠-١٠) طفل تحت عمر الثامنة (Department of Health, 2002, p11). كما أظهرت الدراسات المسحية التي أجريت في أوروبا أن ما يقارب (١٦٦/١) طفل لديه اضطراب طيف التوحد (Autism Developmental Disabilities Monitoring Network, 2007, p12). وفي مصر فقد بلغت نسبة انتشار التوحد (١٠٠٠٠/٥-٤) طفل (السيد سليمان، ١٩٩٩، ص ١٧٩)، وفي سورية لا توجد إحصائيات دقيقة لنسبة انتشار التوحد (بحسب علم الدراسة الحالية)، لكن يعتقد أنها ليست بالنسب القليلة وهي قريبة من المعدلات العالمية مع التحفظ على اختلاف الظروف الصحية والاجتماعية والاقتصادية، ويبين الجدول (١) معدلات انتشار اضطراب التوحد بحسب الإحصائيات الواردة سابقاً كما يلي:

جدول (١) نسب انتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات السابقة

الجهة التي أجرت الدراسة المسحية وتاريخها	معدل الانتشار
كانر (Kanner 1973)	(١٠٠٠٠/٥-٤)
إيشي وتاكاشي (Ishii & Takahashi 1983)	(١٠٠٠٠/١٦)
وينغ (Wing 1996)	(١٠٠٠٠/٥٨) أي ما يعادل (١٠٠٠/٦)
المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998)	(١٠٠٠٠/٥-٤)
إيدلسون (Edelson 1998)	(١٠٠٠٠/٥-٤)
وكالة الخدمات الانسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999)	(١٠٠٠٠/٢١-١٥)

(١٠٠٠٠/٥-٤)	مصر ١٩٩٩
(١٠٠٠٠/٥)	(DSM-IV,TR 2000)
(١٠٠٠٠/٣٠-١٠)	مجلس البحث الطبي (Department of Health 2002)
(١٠٠٠٠/٦٠)	وينج وپروتر (Wing & Protter 2003)
(١٠٠٠٠/١٣)	فونبوني (Fombonne 2005)
(١٥٠/١)	باركر وآخرون (Becker et al 2007)
(٥٠٠/١) أي ما يقارب (١٠٠٠٠/٢٠)	الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children NSAC 2008)

يلاحظ من الجدول (١) اختلاف معدلات انتشار اضطراب التوحد بحسب الزمان والمكان، وأن تلك المعدلات في ازدياد لأسباب تتعلق بتطور معايير التشخيص، وازدياد مستوى الوعي بالتصريح عن الحالات المكتومة لاسيما في الدول المتقدمة، كما لوحظ تكرار أكثر من دراسة أجمعت على أن نسبة انتشار اضطراب التوحد هي (١٠٠٠٠/٥-٤) طفل، وأنه يحدث لدى الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات، كما لا بد من التنويه إلى أن الزيادة الملحوظة في بعض الدراسات قد تعود إلى اختلاف المنهج والطريقة والمعايير المعتمدة، ولكن في الدراسة الحالية تم اعتماد معايير الـ (DSM-IV,TR 2000) الذي يشير إلى أن المعدل الوسطي لانتشار التوحد هو (١٠٠٠٠/٥) طفل.

رابعاً- تصنيف التوحد:

يعتبر أطفال التوحد - وفق العديد من الدراسات - فئة غير متجانسة، لذلك ظهرت عدة تصنيفات للتوحد وفق معايير متنوعة، إلا أن الدراسة الحالية ستعتمد على التصنيف الوارد في الـ (ICD-10 1992) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (World Health Organization - WHO 1992)، والتصنيف المستند إلى الـ (DSM-IV,TR 2000) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association - APA)، في أن التوحد يتضمن التصنيفات الفرعية التالية الأكثر شيوعاً وهي:

١- الاضطرابات النمائية المنتشرة (Pervasive Developmental Disorders - PDD):

التي وصفتها الـ (ICD-10 1992) بأنها مجموعة من الاضطرابات تتميز بشذوذات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل، وبمخزون محدود ونمطي متكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتعد هذه الشذوذات سمة منتشرة في أداء الفرد في كل المواقف التي قد تختلف في درجتها من فرد لآخر، ويكون التطور شاذاً منذ الرضاعة، وتنتضح هذه الحالات مع بعض الاستثناءات في السنوات الخمس الأولى من العمر، ومن المعتاد - وليس في كل الحالات - أن تترافق تلك الشذوذات مع درجة من الاختلال المعرفي العام (Cognitive Impairment) بالقياس إلى عمر الفرد العقلي (وهي بذلك ليست تخلفاً عقلياً)، ويمكن أن تتضمن الاضطرابات

النمائية المنتشرة متلازمة اكس المنكسر أو الهش (Fragile X)، وإن تضمنت تخلفاً عقلياً فيجب أن تصنف ضمن حالات التخلف العقلي غير المعين (Unspecified Mental Retardation)، أو حالات التخلف العقلي الخفيف (Mild Mental Retardation) (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٥).

٢- التوحد الطفولي (Childhood Autism): هو نوعٌ من الاضطراب النمائي المنتشر ويعرف بوجود نمط غير طبيعي أو مختل أو كليهما في (٣) مجالات هي (التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك المقيد والتكراري)، يتضح وجودها قبل عمر (٣) سنوات، ويحدث لدى الذكور بمعدل (٣) أضعاف حدوثه لدى الإناث، ويتضمن توحد الرضاعة، وذهانية الرضاعة، ومتلازمة (كانر)، ومن الدلائل التشخيصية على وجوده:

أ- مرحلة أكيدة من النمو غير السوي وذلك قبل السنة الثالثة من العمر.

ب- يرتبط وجده دائماً باختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل يأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية، وفقدان الاستجابة لمشاعر الآخرين، وعدم تعديل السلوك وفق الإطار الاجتماعي أو كليهما، واستخدام ضعيف للرموز الاجتماعية وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والانفعالية والتواصلية وفقدان التبادل الاجتماعي العاطفي.

ج- يرتبط دائماً باختلالات كيفية في التواصل التي قد يأخذ شكل عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارة لغوية قد تكون موجودة، والتقليد الاجتماعي، وضعف مرونة التعبير اللغوي، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، والاستخدام الخاطئ لأشكال مختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل، واستخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو تساعد في التواصل الكلامي.

د- يوجد دائماً اختلال في قدرة اللعب التخيلي، وفي قدرة الخيال وعمليات التفكير.

هـ- مدى محدود من الاهتمامات والأنشطة التي تتميز بتكراريتها ونمطيتها، كالميل نحو الروتين والتصلب تجاه النشاطات اليومية وأنماط اللعب والعادات المألوفة أو في تفاصيل البيئة.

و- في الطفولة المبكرة تحديداً يوجد ارتباط بأشياء غير عادية لاسيما القاسية منها.

ز- إصرار الطفل على أداء بعض الأعمال ضمن طقوس خاصة ليست هادفة، وانشغال بتفاصيل غير وظيفية للأشياء (رائحتها أو ملمسها).

ح- يظهر التخلف العقلي لدى (٤/٣) من الحالات.

ط- ظهور نطاق من المشكلات غير النوعية (كالخوف أو الرهاب أو اضطرابات النوم أو نوبات المزاج العصبية أو العدوان أو إيذاء النفس)، مع الافتقار إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبداع وتنظيم أوقات الفراغ، وصعوبة تطبيق المفاهيم النظرية في الواقع العملي.

ي- تلك الدلائل التشخيصية السابقة النوعية وغير النوعية تتبدل شدتها مع تقدم العمر، ولكنها تستمر في حياة الراشد بمستوى مختلف من الشدة في مجالات التكيف الاجتماعي والتواصل ومدى الاهتمامات (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٦-٢٦٧).

٣- التوحد اللانموذجي (Atypical Autism): نوع من الاضطراب النمائي المنتشر، يتميز عن التوحد إما بعمر الطفل عند بدايته، أو في عدم استيفاء المجموعات الثلاثة للمعايير (التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، التواصل، السلوك النمطي ومحدودية الاهتمامات)، وبالتالي فإن التطور غير الطبيعي أو المختل أو كليهما يظهر أول مرة بعد عمر (٣) سنوات، أو ظهور مالا يكفي من المعايير السابقة، كما أن التوحد اللانموذجي يحدث غالباً لدى الأفراد المتخلفين تخلف عقلي عميق، ولديهم مدى ضيق من المعايير الثلاثة السابقة، ويحدث لدى الأفراد من ذوي الاضطراب النوعي في تطور اللغة الاستقبالية الذين يظهرون أعراضاً اجتماعية وانفعالية وسلوكية تتداخل مع خصائص تلك المعايير، وبالتالي فإن التوحد اللانموذجي يمثل حالة مستقلة بحد ذاته (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٨).

٤- متلازمة ريت (Rett's Syndrome - RS): نسبة إلى أندرسون ريت (Anderson) التي اكتشفها عام (١٩٦٦)، ولم تحظ بالاهتمام إلا بعد (١٧) سنة من اكتشافها، عندما نشر تقريراً عنها بعد دراسة حالة (٣٥). فتاة في فرنسا والبرتغال والسويد، وبحسب (ريت) فهو اضطراب عصبي تصاعدي يصيب الإناث بشكل أساسي، ويتميز بلوي اليدين المتشابكتين بشكل متواصل، والتخلف العقلي، وإعاقة في المهارات الحركية، وتظهر بعد أن يكون الشخص قد تجاوز فترة من النمو الطبيعي (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٦٨). ونظراً لأن سماته تتشابه مع بعض أعراض التوحد، لكن توجد بعض الاختلافات الواضحة بينهما فقد اعتبرت كل حالة منهما منفردة وقائمة بحد ذاتها، وما يؤيد ذلك أن الـ (DSM-IV, TR 2000) وضع ضمن محكات تشخيص التوحد خلوه من أعراض (ريت) (DSM-IV-TR, 2000, p75). كما بين كامبل وآخرون (Campbell et al 1991) أوجه الشبه بين متلازمة (ريت) والتوحد على النحو التالي:

أ- النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من فقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية والاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.

ب- قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل للكلام.

ج- عدم التواصل في الأفكار والانفعالات، وقد يكون مصحوباً بالاكتئاب والضحك الهستيري

بدون سبب (Campbell et al, 1991, p338).

أما أوجه الاختلاف بينهما فهي كثيرة وتتمثل بما يلي:

أ- زملة (ريت) تصيب الإناث فقط، أما التوحد يصيب الذكور والإناث ولكن نسبة إصابة الذكور أكثر من الإناث بحوالي (١/٤) (Kanner, L., 1973, p35).

ب- العجز الرئيسي للمصابين بزملة (ريت) يتمثل بالتخبط والترنح في المشي وفقدان الاتزان الحركي للأطراف، والحركات اليدوية النمطية المتمثلة بعصر اليدين وغسلهما لا إرادياً، أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن، وبلل نمطي لليدين من اللعاب وحدوث صعوبة في البلع والتنفس، وفشل دائم تقريباً في التحكم في عملية التبول والتبرز، وبروز مفرط للسان، وتتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة، فيحدث تخلج جزعي وعمى حركي يصاحبها أحياناً جنف حدي، وأحياناً حركات رقص كنعية بعكس حالات التوحد التي لا تظهر فيها تلك الأعراض.

ج- في زملة (ريت) تحدث تشنجات أثناء الطفولة المبكرة. أو المتوسطة، وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر (٨) سنوات (ICD-10، ١٩٩٢، ص٢٦٨-٢٦٩). أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي (٤%-٣٢%) منها تحدث لهم نوبات صرعية عظمى في وقت مبكر من حياتهم وخاصة في مرحلة البلوغ (حموده، ١٩٩٣، ص١٠٧).

د- في زملة (ريت) يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي لفقدان القدرة على الحركة (ICD-10، ١٩٩٢، ص٢٦٨-٢٦٩). بعكس حالات التوحد التي لا تظهر عليها مثل هذه الأعراض (حموده، ١٩٩٣، ص١٠٧).

هـ- زملة (ريت) مرتبطة بإعاقة عقلية شديدة (ICD-10، ١٩٩٢، ص٢٦٨-٢٦٩). أما التوحد فإن (٤٠%) منهم تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠)، بينما (٣٠%) منهم نسبة ذكائهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثلث الباقي فتصل نسبة الذكاء إلى مستوى العاديين، وتصل لدى البعض منهم إلى مستوى العبقارة (Campbell, M et all, 1991, p338).

و- إن العوامل المسببة لمتلازمة (ريت) تنحصر في تلف المخ والنخاع الشوكي والمخيخ والجهاز العصبي بصفة عامة (أي عوامل عضوية)، أما العوامل المسببة للتوحد فهي غير محددة بعامل واحد فقد تكون عضوية أو نفسية أو وراثية (Campbell, M et all, 1991, p338).

وقد ورد في الـ (DSM-IV -TR 2000) أن متلازمة (ريت) تحصل بعد فترة طبيعية من النمو، ومن مظاهرها تدن في قياس محيط الرأس بعد أن كان طبيعياً أثناء الولادة وذلك بعد مرور (٥) أشهر من النمو الطبيعي، وتحول حركات اليدين من القيام بمهام إرادية وذات جدوى وظيفية إلى حركات يدوية نمطية عشوائية متكررة، وبروز أشكال غير متناسقة من طرق الوقوف والمشي، إضافة إلى تجنب المخالطة الاجتماعية والميل إلى الانعزال، كما أن متلازمة (ريت) تنتشر أكثر بين

الإناث بحدود (١٠٠٠٠/١) من الذكور، وقد أوردت التقارير مؤخراً أن الجين (MECP-2) المرتبط بالكروموسوم (X) هو المسؤول عن العيب النمائي المسبب لمتلازمة (ريت)، وقد وردت هذه المتلازمة في الـ (DSM-IV,TR 2000) متضمناً المعايير التشخيصية التالية:

● - جميع المعايير التالية:

- تطور طبيعي ظاهري لمرحلتين ماقبل الولادة وأثناء الولادة.
- تطور طبيعي ظاهري نفسي حركي خلال الأشهر الخمسة الأولى من الولادة.
- محيط الرأس في حدوده الطبيعية أثناء الولادة.
- - بداية حدوث كل من المعايير التالية بعد فترة من التطور الطبيعي:
 - تراجع في نمو محيط الرأس للمولود ما بين الشهر (٥ إلى ٤٨).
 - فقدان في مهارات وظيفية يدوية مكتسبة سابقاً ما بين الشهر (٥-٣٠)، مع تطور لاحق لحركات يدوية نمطية عشوائية (كالتلويح أو غسل اليدين).
 - فقدان المشاركة الاجتماعية في مرحلة مبكرة من العمر على الرغم من أن التفاعل الاجتماعي يتطور لاحقاً.

- ظهور حركات غير متناسقة في الجذع وعملية المشي دون وجود عيوب عضوية حركية.
- اضطراب شديد في تطور اللغة التعبيرية والاستقبالية مع تأخر نمائي نفسحركي شديد (DSM-IV-TR, 2000, pp76-77).

٥- متلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome - AS): نسبة للطبيب النمساوي (هانز اسبرجر) عام (١٩٤٤) (Piven, J., Harper, P., Arndt, S., 1996, p34). وهو أكثر شيوعاً من التوحد إذ يتكرر في كل (١٠٠٠٠/٣) ولادة، ويظهر بشكل واضح بعد عمر (٣) سنوات (Fombonne, E., 2005, p3-p8). وينتشر بين الذكور أعلى من الإناث بنسبة (٨ ذكور إلى أنثى واحدة)، ويتميز بنفس خصائص التوحد لاسيما الاضطراب النوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وسلوكيات نمطية متكررة، ومدى محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والأنشطة، ومشكلات خفيفة لكنها غير مزمنة في التواصل اللفظي ونمو اللغة والتواصل عمومًا، ولا يعاني المصاب به من تخلف عقلي، بل يكون لديه ذكاء عادي (ICD-10, ١٩٩٢، ص ٢٧١-٢٧٢). وبعض المصابين بمتلازمة (اسبرجر) يكون ذكاؤه فوق العادي، ويتشابه التوحد في معايير التشخيصية مع (الاسبرجر)، باستثناء أن الأخير لا يلاحظ فيه سريراً وجود تأخر نمائي مزمّن في مجالات اللغة والمعرفة والسلوك التكيفي، وقد وردت متلازمة (اسبرجر) في الـ (DSM-IV,TR 2000) متضمناً المعايير التشخيصية التالية:

- - قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر في مجالين على الأقل من المجالات التالية:

- قصور ملحوظ في استعمال السلوكيات التواصلية غير اللفظية المتعددة (كالتواصل عبر النظر بالعينين، أو التعبير الوجهي، أو حركة الجسم، أو الإيماءات) لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- فشل في تحقيق علاقات مناسبة مع الأقران من نفس المستوى النمائي.
- افتقار السعي التلقائي أو (العفوي) لمشاركة الآخرين في الاهتمامات والنشاطات والمتعة (الافتقار إلى إظهار الرغبة في المشاركة المواضيع المطروحة).

- افتقار المشاركة في التبادل العاطفي والاجتماعي.

- - اهتمامات ونشاطات وأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محدودة في واحد على الأقل من

المجالات التالية:

- الانشغال في واحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات المحدودة والنمطية التي تكون غير طبيعية في حدثها وتركيزها.
- تعلق شديد ظاهرياً في سلوكيات طقوسية أو روتينية غير وظيفية محددة.
- سلوكيات حركية نمطية وتكرارية (كبرم الأصابع أو اليدين، أو حركات معقدة لكامل محاور الجسم).
- التعلق الشديد بأجزاء الأشياء.

- - يؤدي الاضطراب إلى إعاقه ذات دلالة من الناحية السريرية في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات الوظيفية الأخرى المهمة.

- - لا يوجد تأخر عام ذي دلالة من الناحية السريرية في اللغة (الكلمات المفردة التي تستخدم في عمر السنتين والعبارات التواصلية التي تستخدم في عمر ٣ سنوات).

- - لا يوجد تأخر ذي دلالة من الناحية السريرية في النمو المعرفي أو في تطور مهارات العناية بالذات المناسبة للعمر والسلوك التكيفي (ماعدات تلك المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي)، أو حب الاستطلاع في البيئة في مرحلة الطفولة.

- - المعايير المتعلقة بالاضطراب النمائي المنتشر المحدد أو داء الفصام لا تتوافر في هذا التشخيص (DSM-IV-TR, 2000, p83).

أما أوجه الاختلاف بين التوحد ومتلازمة (اسبرجر) فقد حددها (فراج ١٩٩٦) كما يلي:

- أ- تظهر متلازمة (اسبرجر) في مرحلة الطفولة المتأخرة، أما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.

- ب- نسبة ذكاء المصابين بمتلازمة (اسبرجر) تقترب من الحدود الطبيعية مع وجود تباين بين الذكاء اللفظي والأدائي، أما التوحد فقد يترافق مع حالات التخلف العقلي.

ج- الطفل المصاب بمتلازمة (اسبرجر) ليس لديه تأخر عام في اللغة، ونموه اللغوي يقترب من الطبيعي في سنواته الأولى، ولكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح، كما يعاني من اضطرابات في تكوين الجمل.

د- المصاب بمتلازمة (اسبرجر) يتصف بالقلق والاكتئاب، وضعف التوافق الحركي، ومن السهل إحباطه، وهو عدواني (وهذه السمات ليست أساسية في التوحد). وعلى الرغم من الاختلافات الموجودة بين متلازمة (اسبرجر) والتوحد إلا أنه من الصعب التفريق الدقيق بينهما إلا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة (قراج، ١٩٩٦، ص ٧-٨).

٦- اضطراب الطفولة التحللية (Childhood Disintegrative Disorder - CDD): أو

متلازمة (هيلر) نسبة إلى ثيودور هيلر (Theodor Heller) التي اكتشفت الحالة عام (١٩٠٨) عندما أعلنت نتائج بحثها المتضمن مراقبة (٦) أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد فترة من النمو الطبيعي لعدة سنوات (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٧٣). وهذا الاضطراب نادر الحدوث جداً إذ يقدر بحوالي (١٠٠٠٠/٠,٢) طفل، وهو شبيه بالتوحد إذ يصيب الذكور أكثر من الإناث (Fombonne, 2005, p3). وقد ظل الحديث عن هذا الاضطراب قاصراً في الدوائر البحثية إلى أن تم تضمينه في الدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية عام (١٩٨١)، وفي الطبقات التالية له، كما تم تضمينه في الـ (ICD-10) عام (١٩٩٢)، وينمو الطفل المصاب بهذا الاضطراب لفترة زمنية طويلة نسبياً إلى العمر الواقع بين (٣-٥) سنوات، حيث تنمو القدرات الإدراكية والحركية والاجتماعية والقدرة على القيام بمهارات العناية بالذات... وأحياناً قد يصل إلى سن العاشرة حيث تبدأ تلك المهارات بالتدهور بشكل ملحوظ ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحد، ويكون هذا التدهور سريعاً نسبياً إذ قد يحدث خلال أشهر قليلة أو عدة أسابيع، حيث تضمحل قدرات الطفل التي سبق له اكتسابها (كمهارات الكلام، والمهارات الاجتماعية، والسلوك التكيفي، والتحكم الحركي، وفقدان الاهتمام بالبيئة، وحركات تكرارية نمطية، أو أحياناً القدرة على التبرز والتبول والسيطرة على المثانة، والإصابة بالبكس وفقدان الرغبة باللعب، وعدم الاهتمام بأي تفاعل عاطفي.. وغيرها من أعراض التوحد النموذجية)، ومن هنا جاء مصطلح اضطراب الطفولة التحللية فلا يمكن أن يحدث (التحلل أو التفسخ) في سلوك الطفل إلا بعد أن يكون تكامل المهارات قد حدث بالفعل، ولابد من الإشارة إلى أن هذه التداخيات قد تعقبها مرحلة من التحسن ومرحلة ثبات واستقرار، وقد ينتهي الأمر ببعض المرضى إلى مستويات من التخلف العقلي (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٩-٢٧٠)؛ (DSM-IV-TR, 2000, pp77-79)، وقد ورد اضطراب الطفولة التحللية أو متلازمة (هيلر) في الـ (DSM-IV,TR 2000) متضمناً المعايير التشخيصية التالية:

● - تطور طبيعي ظاهري خلال العامين الأولين على الأقل بعد الولادة يتمثل بوجود بنمو مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي المناسب للحمر والعلاقات الاجتماعية واللعب والسلوك التكيفي.

● - فقدان ذي دلالة من الناحية السريرية في المهارات المكتسبة سابقاً قبل عمر (١٠) سنوات في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

- اللغة التعبيرية أو الاستقبالية.

- المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي.

- ضبط التبول والتبرز.

- اللعب.

- المهارات الحركية.

● - حالات شذوذ وظيفي في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي (كالسلوكيات غير اللفظية، الفشل في تطوير علاقات مع الأقران، التبادل العاطفي أو الاجتماعي).

- إعاقة نوعية في التواصل (تأخر أو افتقار إلى اللغة المنطوقة، عجز عن المبادرة بالتحدث أو بالمحافظة عليها، استخدام نمطي وتكراري للغة، الافتقار إلى اللعب الخيالي المتنوع).

- أشكال محدودة ونمطية وتكرارية من السلوك والاهتمامات والنشاطات بما في ذلك الأنماط والسلوكيات الحركية.

● - المعايير المتعلقة بالاضطرابات النمائي المنتشر المحدد أو داء الفصام لا تتوافر في هذا التشخيص (DSM-IV-TR, 2000, p79).

٧- **الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified PDD - NOS):** التي تعد من أكثر الاضطرابات

النمائية الشاملة انتشاراً، ونظراً لصعوبة تشخيصها لم تتمكن الدراسات من توفير معلومات ثابتة ومحددة عن مدى انتشارها، لكن يلاحظ من معاييرها التشخيصية أنها أكثر انتشاراً من صنف التوحد الأخرى (Fombonne, E., 2005, p4). ويتم تشخيص هذه الاضطرابات عند وجود بعض ملامح التوحد (المهارات الاجتماعية، أو مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة)، وتكون الأعراض أقل شدة مما هي عليه في التوحد النموذجي، فالمهارات الاجتماعية موجودة لدى المصابين بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ولكنها مقارنة مع العاديين من نفس العمر الزمني والعقلي تكون أقل عمقاً وبالمقابل فأن مهاراتهم الاجتماعية تكون قريبة من الشذوذ وليس الشذوذ نفسه مقارنة مع طفل مصاب بالتوحد النموذجي،

ويمكن قياس ذلك على معايير التوحد النموذجية الأخرى، كما أن المصابين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي في القدرات العقلية والإدراكية (National Institute of Mental Health, 2008, p2-3). ولا بد من التنويه إلى أن الـ (DSM-IV, TR 2000) لا يحتوي على معايير تشخيصية للاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، ولا يذكر سوى أن هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي واقتترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، أو بوجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة ومتكررة، ولكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة (DSM-IV-TR, 2000, p83).

خامساً- أسباب التوحد:

من مراجعة ما كتب في البحوث والدراسات الأجنبية والعربية عن الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد، تبين أنه لا يوجد سبب واحد مسؤول عن تطور هذا الاضطراب، بل أن هناك أسباب متعددة، وعوامل خطر متداخلة تتضافر فيما بينها وتقود إلى تدهور القدرات الوظيفية النمائية، التي تقود بدورها إلى تدهور السلوك الطبيعي وبرز أشكال من السلوك غير الطبيعي تميز متلازمة التوحد بمختلف صنوفها، ويمكن حصر تلك المسببات بالمجالات الرئيسية التالية:

١- اضطراب وظيفة الجهاز العصبي المركزي (Central Neurological System Disorders):

الذي يقع في مجال البحث الطبي (الطب النفسي، طب الأعصاب)، فالتطور الحاصل في نتائج هذه الدراسات أنعكس على نتائج البحث والدراسة للأسباب الدماغية الوظيفية التي تقف خلف تطور أعراض التوحد؛ فقد بين (أبو حلاوة ١٩٩٧) أن الدراسات التي تناولت بالبحث التشريحي منطقة في داخل المخ تسمى النظام اللمبي (the limbic system) تحتوي بداخلها منطقة تسمى اللوزة (amygdale)، أشارت تلك الدراسات إلى أن قصور التطور والخلل النمائي فيها كان مسؤولاً عن حدوث مستوى وظيفي مرتفع من اضطراب التوحد لدى الأطفال منذ الولادة لاسيما اضطراب تنظيم الأبعاد الاجتماعية والانفعالية والعاطفية للسلوك (أبو حلاوة، ١٩٩٧، ص ٢٦). كما بين كاربر وكورشينس (Carper & Courchense 2005) أن الضمور الذي يصيب المخيخ (Cerebellum) أو أي جزء منه لاسيما الفصيصات (٦-٧) هو السبب المسؤول عن حدوث اضطراب التوحد عند الأطفال، وهذا الضمور قد يصل إلى (٣١%) من الحجم الطبيعي للمخيخ، مما ينعكس على تلك السلوكيات التي ترتبط بالحركات التكرارية والتوازن والتواصل اللفظي (Carper, R. & Courchense, E., 2005, pp126-133). كما بين أدلسون (Edelson 1998) وجود نقص في خلايا منطقة بركيني (Parkinie) الموجودة في أسفل المخيخ بدلالة ظاهرية مما هو موجود لدى العاديين (Edelson, A., 1998, p609). كما بين كامبل وآخرون (Cambell et al 1991) أن

(٢٠-٢٥%) من أطفال التوحد يظهرون اتساعاً في البطينات الدماغية، وسيطرة أحد نصفي الكرة المخية على الآخر ظهرت من خلال الرسم الكهربائي للدماغ (Cambell, M., et al 1991, p337). كما بين كاواسكي (Kawasaki 1997) أن الاضطرابات النمائية التي تصيب الفصوص الأمامية للقشرة المخية (Frontal Lobes of the Cerebral Cortex) ينتج عنها اضطرابات في السلوك الانفعالي كعدم الشعور بالمسؤولية والانسحاب الاجتماعي والسلوك الطفولي وعدم المشاركة الانفعالية مع الآخرين، التي تعد من الخصائص المهمة لمتلازمة التوحد، كما أن الاضطرابات النمائية التي قد تصيب الفصوص الجدارية للقشرة المخية (Parietal Lobes of the Cerebral Cortex) تكون مسئولة عن حدوث اضطراب في التكامل بين الإحساسات الجسمية والإدراكات البصرية والسمعية، أو تكون سبباً في اضطراب عمليات التكامل والتنسيق الإدراكي للإحساسات السمعية والبصرية معاً (Kawasaki, Y., 1997, p605-p620). كما بينت تريفارثن (Treavarthen 2008) أن اضطراب الفصوص القذالية للقشرة المخية (Occipital Lobes of the Cerebral Cortex) تعد مسئولة عن اضطراب الجوانب المختلفة للإدراك البصري والسمعي ولمهارات التواصل البصري والسمعي معاً، ويمكن أن يؤدي تلف تلك المناطق إلى حالة تؤدي إلى عدم الإحساس بالأشياء المادية من حول الطفل (Treavarthen, C., 2008, pp40-43). أما (أبو العلا ١٩٩٥) فقد بينت أن الاضطراب النمائي للفصوص الصدغية للقشرة المخية (Temporal Lobes of the Cerebral Cortex) يؤدي إلى اضطراب الوظائف الهامة التي ترتبط بالعمليات المعرفية للتعلم كالانتباه والذاكرة، كما قد يؤدي اضطرابها إلى صعوبات تواصلية على مستوى اللغة إصداراً واستقبالاً، كما لوحظ اختلافات بين أدمغة أطفال التوحد لا سيما في منطقة العقدة القاعدية (Basal Ganglion) والفص الدماغى الأمامى (Frontal Lobes) ذات العلاقة بالأنشطة السلوكية الروتينية، والتي تكون أصغر حجماً مقارنة بالعاديين من نفس العمر الزمني، أما الفص الصدغى الأمامى ذي العلاقة بالتنظيم والانتباه يكون أقل نشاطاً لديهم (أبو العلا، ١٩٩٥، ص١٣٠-١٣٥). كما بين بالتين وآخرون (Balottin et al 2008) أن بحثاً أجريت على المنطقة الصدغية المسطحة (Plenum Temporal) ذات العلاقة باللغة الموجودة في نصفي الكرة الدماغى، فهاتين المنطقتين لهما حجم متماثل لدى أطفال التوحد ولدى تلامذة صعوبات تعلم القراءة، أما لدى أقرانهم العاديين فإن هاتين المنطقتين تختلفان جوهرياً في الحجم، فالمنطقة اليسرى أكبر حجماً من المنطقة اليمنى، وبناءً على ذلك تأسس اعتقاد بأن اضطراب طيف التوحد وصعوبات تعلم القراءة قد ترتبط بهذا الاختلاف (Balottin, V., et al, 2008, pp83-85).

وهذه الشذوذات النمائية والفسولوجية في تكوين الدماغ والجهاز العصبى المركزى والتي

تكون السبب في اضطرابات السلوك لدى طفل التوحد تم الاستدلال عليها من خلال:

أ- الدراسات التشريحية للمخ عقب الوفاة (Postmortem Studies): التي أشارت إلى أن التركيب المخي للمصابين بالتوحد يختلف عن التركيب المخي للعاديين، لاسيما دراسة أديلسون (Edelson 1998) التي فحصت من خلالها أدمغة موتى مصابين بالتوحد وأقران عاديين من نفس العمر الزمني والطول والوزن وحجم الجمجمة، حيث لاحظت اختلافات في بعض مناطق من الجمجمة العصبية لاسيما (المخ والمخيخ) كانت لدى المصابين بالتوحد أصغر أو أكبر بدلالة ظاهرية مما هو موجود لدى العاديين المتوفين (Edelson, A., 1998, pp607-612). كما أكد فولكمار وبولز (Volkmar & Pauls 2003) من مراجعة (٣) دراسات قارنت أدمغة أطفال ويافعين مصابين بالتوحد وأمثالهم لدى عاديين متوفين، والتي بينت وجود مؤشرات نيورولوجية عصبية لاختلافات في تركيبية وبنية الجمجمة العصبية تدل على صحة هذه الفرضية (Volkmar, R., & Pauls, D., 2003, pp1133-1141). وهناك دراسات أخرى عديدة أكدت هذه الفرضية.

ب- دراسات صور الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging- MRI): التي بينت أن بعض مناطق من الجهاز العصبي المركزي أصغر حجماً أو أكبر حجماً مما هو لدى العاديين من نفس العمر الزمني والطول والوزن وحجم الجمجمة نتيجة لشذوذات نمائية في تلك المناطق (Cambell, M., et al 1991, p337)؛ (أبو العلا، ١٩٩٥، ص ١٣٥)؛ (أبو حلاوة، ١٩٩٧، ص ٢٦)؛ (Carper, R., & Courchense, E, 2005, pp126-133).

ج- دراسات رسم النشاط الكهربائي للمخ (Brain Electrical Activity Mapping- BEAM): إن النشاط الكهربائي الناتج عن مخ المصاب بالتوحد يختلف اختلافاً جوهرياً عن النشاط الكهربائي الناتج عن مخ أقرانه العاديين من نفس العمر الزمني والقدرات العقلية (Kawasaki, Y., 1997, p621)؛ (نصر، ٢٠٠٢، ص ٢٢)؛ (Volkmar, R., & Pauls, D., 2003, pp1112-1120). كما بين (أولتماز وآخرون ٢٠٠٠) أن أطفال التوحد لديهم أنماط شاذة من موجات الدماغ مقارنة بالعاديين ظهرت خلال الرسم الكهربائي للمخ (EEG) (أولتماز وآخرون، ٢٠٠٠، ص ٤٤٢). كما بين (الراوي وحمام ١٩٩٩) أن التغير في الموجات الكهربائية للدماغ يظهر لدى (٢٠-٦٥%) من حالات التوحد، كما ترتبط تلك التغيرات الكهربائية بحالات الصرع والتخلف العقلي والتصلب الدرني والحصبة الألمانية لدى (٣٠%) من الحالات. مع الاقتراب من عمر المراهقة (الراوي وحمام، ١٩٩٩، ص ٣٦).

د- دراسات الرسم الطبقي لإطلاق البوزرين (الجسيمات الموجبة) (Positron Emission Tomography-PET): التي تعتمد على دراسة عمليات الأيض (التغيرات الكيميائية التي تحدث لخلايا المخ الحية) خلال العمليات والنشاطات الحيوية، أي قياس الطاقة المستهلكة خلال الأنشطة العقلية، لاسيما دراسة المعهد الوطني للصحة النفسية الأمريكية (The American National

(Institute of Psychological Health – ANIPH 2007) على عينة من أطفال التوحد من ذوي نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) وصعوبات التعلم، التي بينت وجود اختلافات في قياس استهلاك (الجلوكوز) في مختلف مناطق القشرة الدماغية لديهم، حيث كان توزيعه وانتشاره أقل مقارنة بالعاديين (The American National Institute of Psychological Health, 2007, pp56-59).

ولاضطراب وظائف الجهاز العصبي المركزي عدة أسباب أهمها أسباب بيئة الجنين قبل وأثناء وبعد الولادة:

أ- أسباب ما قبل الولادة: أهمها اضطراب عملية الانقسام الخلوي في مرحلة اللقاح، حيث لوحظ زيادة أو نقصان في الكروموسوم (٢٣) الجنسي لدى الذكور أو الإناث المصابين بأحد أنواع التوحد، ففي الحالة الطبيعية يكون هذا الكروموسوم (XY) لدى الذكور، و (XX) لدى الإناث، لكن قد يحصل شذوذ في مرحلة الانقسام الخلوي لدى الذكور فيصبح (XXY) أي زيادة في (X) فيعاني الذكور من متلازمة كلينفلتر (Klinefelter Syndrome) ومن أعراضه مشكلات كلامية وقرائية وضعف التنسيق الحركي وميل للانسحاب الاجتماعي، أما لدى الإناث فقد يحدث فقدان في (X) فيصبح (X) بدلاً من (XX) فيعاني من متلازمة تيرنر (Turner Syndrome)، ومن أعراضها ضعف التوجه المكاني ومشكلات في الرياضيات وضعف الانتباه وسوء الخط اليدوي مع شذوذات جسدية كقصر القامة وضعف في التواصل الاجتماعي والبصري، ومن أسباب التوحد متلازمة إكس المنكسر أو الهش (Fragile X) ويحدث لدى الذكور، وهو اضطراب في الشيفرة الوراثية نتيجة لخلل في جزء معين من الكروموسوم (X) الذي يبدو منكسراً عندما يرى بالمجهر، ويسبب أعراض التخلف العقلي والتوحد مع ملامح بدنية شاذة (Autism Society Ontario, 2004, pp1-3). ومن الأسباب الأخرى للتوحد تصلب أو تدرن الأنسجة، وهو حالة جينية تنتج عن نمو أو تطور شاذ للأنسجة في الدماغ، وهو نادر الحدوث يصيب (١/١٠٠٠) ولادة (أبو حلاوة، ١٩٩٧، ص ٣٠). كما يوجد عوامل خطر طبية وبيولوجية في بيئة الرحم وأهمها عدم توافق العامل (الرايزاسي). لدم الأب والأم (RH)، وتعرض الأم الحامل للإشعاعات بأنواعها وخصوصاً في شهور الحمل الأولى، وتناولها للأدوية وخصوصاً تلك التي تحوي مادة (الكورتيزون)، ومهدئات الأعصاب، و(الثاليوميد)، أو تناول أقراص منع الحمل بطريق الخطأ في مرحلة خلق الجنين، أو الإصابة بالحمى أو الحصبة الألمانية أو السكري أو أمراض الكلى أو الغدد أو الخداج، أو تعرض الحامل لسوء التغذية ونقص العناصر الأساسية من الطعام (الأملح المعدنية، الصوديوم، الكالسيوم، الفيتامينات)، والإفراط في التدخين أو تناول المخدرات أو الكحول، كما أن الحمل بعد سن (٣٥) يزيد من احتمال ولادة طفل توحيدي، كذلك ظاهرة (RKY) لدى الحامل التي تعني عدم قدرة جسم المرأة والجنين على التخلص

من الحمض الأميني الزائد فيسبب تراكمه تلف بعض مناطق من الجهاز العصبي، والإصابة باختلال التغيير الكيميائي للخلايا، كل ماسبق يعتبر أسباب مباشرة وغير مباشر لأشكال متنوعة من التوحد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ١٠٦-١٠٧).

ب- أسباب أثناء الولادة: التي تتضمن نقص الأكسجين في الدماغ، أو حدوث النزيف أثناء الولادة، واستخدام العقاقير الطبية أثناء الولادة أو بعدها مباشرة، وإصابة الرأس بسبب إجراءات التوليد الخاصة، وعسر الولادة أو صعوبتها، وارتفاع نسبة المادة البيضاء.

ج- أسباب ما بعد الولادة: كالإصابة ببعض الأمراض (التهاب السحايا أو التهاب الدماغ)، وانخفاض تركيز السكر في الدم، وتناول المواد السامة، وإصابات الرأس والنزيف الدماغي، وسوء التغذية، واضطرابات الغدد الصماء، والحمى الشديدة، والضغط النفسية الشديدة، واستخدام المطعوم (اللقاح) الثلاثي (MMR) الذي يتضمن (٣) مطاعيم في حقنة واحدة للحماية من (الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية) مما يؤدي إلى ظهور أعراض التوحد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ١٠٧-١٠٩).

٢- الاضطرابات الكيميائية الحيوية (Biochemical Disorders): في الجهاز العصبي المركزي أحد أهم الأسباب المحتملة للإصابة بالتوحد، فقد بينت عدة دراسات وجود اعتقاد بأن أجسام أطفال التوحد لديهم اضطراب في إنتاج الناقلات العصبية (Neurotransmitters)، وهي مواد كيميائية في خلايا المخ أهمها الدوبامين (Dopamine)، والأبينفرين (Epinephren)، والسيروتونين (Serotonin)، التي توصل الرسائل العصبية من خلية عصبية لأخرى، وتنظم العواطف، وتساعد على التركيز، وتنظيم حركات الجسم، وانخفاض أو ارتفاع مستوى هذه المواد يرتبط كما أشارت عدة دراسات بضعف الانتباه والتهور والنشاط المفرط (Young, J. & Campbell, M. & Guava, J., 1994, p73)؛ (Gordon, P., 1994, p186)؛ (Nettebeck, D., 1994, pp. 1262-1269)؛ (عبد الله، ٢٠٠١، ص ٣٩-٤٤)؛ (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ١١٢-١١٣). كما يعاني أطفال التوحد من اضطراب عمليات التمثيل الغذائي لبروتين الغلوتين (Gluten) الموجود في القمح ومشتقاته، وبروتين الكاسين (Casein) الموجود في الحليب، إذ لا يملك أطفال التوحد الأنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات، فيؤدي تراكمها على شكل سلاسل (ببتيدية) طويلة تسبب انتفاخاً في الأمعاء، فتتسرب كميات غير طبيعية من تلك الأحماض وتنتقل عبر الدم إلى الدماغ على شكل مواد (أفيونية) تسبب ظهور سلوكيات تميز اضطراب التوحد، كما يعاني أطفال التوحد من اضطرابات عملية الايض كحالات شذوذ أيض (البورين) وشذوذ أيض (الكربوهيدرات) الذي يحدث نتيجة خلل في قدرة الجسم على امتصاص وتمثيل النشويات في

الطعام، كما أن الحمض الأميني (بيبتايد) خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على عمل الناقلات العصبية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ١١٢).

٣- الأسباب الوراثية (Genetic Reasons): تعد الوراثة عاملاً هاماً ومساعداً للإصابة بالتوحد، وقد انتهى عدد من الباحثين إلى القول بوجود شواهد تدل على أن اضطراب التوحد وراثي المنشأ وذو أساس جيني، ويمكن تحديد وراثية التوحد من خلال نمطين من الدراسات:

أ- الدراسات الأسرية: توصلت عدة دراسات لاسيما دراسة هارولد وبينجامين (Harold & Benjamin 1998) إلى أن حوالي (٢% - ٤%) من أشقاء أطفال التوحد يصابون بهذه الإعاقة بمعدل (٥٠) مرة أكثر من عامة الناس (Harold, L. & Benjamin, S., 1998, p17). وتؤكد دراسة هولين (Howlin 1998) أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد يزيد (٢١٠) ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام، مما يشير ويعني إلى احتمال ولادة أطفال توحد أكثر بكثير عندما يكون له أخوة يعانون من التوحد (Howlin, P., 1998, p12). وتشير (الشامي ٢٠٠٤) من مراجعة عدة دراسات أنه عندما يكون لدى الأسرة طفل توحد فإن فرصة أنجاب طفل آخر مصاب بالتوحد تتراوح بين (٦%-٨%)، وإذا كان الطفل ذكراً فاحتمال تكرار الإصابة (٧%)، وإذا كانت أنثى فاحتمال تكرار الإصابة (١٤,٥%)، والأسرة التي لديها طفلين توحيدين ترتفع النسبة إلى (٣٥%)، وإذا اعتبرنا نسبة التوحد عموماً (٥-١٥/١٠٠٠٠) بين الناس عموماً، فإنها تصل إلى (٦-٨) لكل (١٠٠) مولود لديه أخ توحد (الشامي، ٢٠٠٤، ص ١٢٦-١٢٩). كما أكد فولكمار وبولز (Volkmar & Pauls 2003) من مراجعة (١٢) دراسة وجود أدلة قوية تؤكد فرضية الأساس الوراثي لاضطراب التوحد، فعندما يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب التوحد فإن احتمال إصابة أحد الأولاد تصل إلى (٥٠-٢٠٠) مرة عما هو موجود بين عامة الناس، وما بين (٦٠%-٩٣%) من أطفال التوحد ينحدرون من أسر يعاني فيها أحد الوالدين أو أحد الأخوة أو الأجداد أو الأعمام أو الأخوال من نفس الاضطراب (Volkmar, R, & Pauls, D, 2003, pp1130-1133).

ب- دراسات التوائم: التي تقوم على مقارنة نسب انتشار التوحد بين التوائم المتماثلة (Identical Twins) والتوائم غير المتماثلة (Fraternal Twins)، حيث توصل عدد من الباحثين إلى أن التوائم المتماثلة تعد أكثر اتفاقاً فيما يتعلق باشتراكها بأحد مظاهر التوحد قياساً بالتوائم غير المتماثلة، فقد بينت دراسة هارولد وبينجامين (Harold & Benjamin 1998) أن معدل حدوث أحد أشكال التوحد في التوائم المتماثلة هو (٣٦%) بينما في التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل (٥%) (Harold, L. & Benjamin, S., 1998, p15). في حين بينت دراسة ميشيل ولوجيا (Michael & Lwgia 1997) أن التوحد يحدث بمعدل (٩٦%) في التوائم المتماثلة، وبمعدل

(٢٧%) في التوائم غير المتماثلة (Michael, T. & Lwgia, D., 1997, p23). وتشير (الشامي ٢٠٠٤) من مراجعة عدة دراسات أن تطابق اضطراب التوحد في التوأمين المتماثلين في تلك الدراسات تراوح من (٣٦%-٩٦%)، إذ أشارت معظم تلك الدراسات إلى أن تكرار الإصابة بين التوائم المتماثلة كان صفرًا (الشامي، ٢٠٠٤، ص ١٢٩-١٣٠). كما أكد فولكمار وبولز (Volkmar & Pauls 2003) من مراجعة (٨) دراسات وجود أدلة قوية تؤكد انتشار التوحد بين التوائم المتماثلة بنسبة مرتفعة عن التوائم الغير متماثلة، مما يؤكد فرضية الأساس الوراثي لاضطراب التوحد (Volkmar, R., & Pauls, D., 2003, pp1130-1134). وعموماً فقد أشارت أحدث دراسة لروبل وجالجار (Ruble & Gallagher 2004) بفحص الحامض النووي (DNA) لأكثر من (١٥٠) زوجاً من أخوة المصابين بالتوحد، أن هناك منطقتين في الكروموسوم (٢) والكروموسوم (١٧) ربما تحتضن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للإصابة بالتوحد (Ruble, L., & Gallagher, T., 2004, p2).

٤- الأسباب البيئية (Environmental Reasons):

أ- السموم البيئية (Environmental Toxins) لاسيما التعرض لمادة الرصاص والزرنيق في المرحلة الجنينية أو مابعد الولادة، فالتعرض لكميات صغيرة من هذه المواد يؤدي إلى أنماط سلوكية مميزة لاضطراب التوحد كمشكلات اللغة واضطراب التواصل، والانسحاب الاجتماعي، ونقص الانتباه، وعندما قورن أطفال من ذوي المستوى المرتفع من الرصاص مع أقرانهم من ذوي المستوى المنخفض من الرصاص، كانت نتائجهم على اختبارات تشخيص التوحد دالة مقارنة مع ذوي المستوى المنخفض من الرصاص (Poliakova, N. & Palkhivala, A., 2008, p21).

ب- التغذية (Nutrition): بينت نتائج البحوث والدراسات وجود علاقة مهمة بين التغذية والنمو العقلي والجسمي، وخاصة في مرحلة الثلاث أشهر الأولى من عمر الطفل، فالنقص أو الزيادة في بعض العناصر الغذائية له أثر سلبي على وظائف الدماغ وبالتالي على السلوك والتعلم، فسوء التغذية وعدم الاستفادة من المواد الغذائية التي يتم تناولها، ونقص الفيتامينات والأملاح المعدنية والبروتينات يرتبط باضطراب التوحد (Young, J. & Nettebeck, D., 1994, p186). يضاف إلى ذلك نتائج الدراسات التي أشارت إلى تأثير المواد الصناعية المضافة على أغذية الأطفال كالمواد الحافظة، والملونات الصناعية، والمنكهات غير الطبيعية، قد تؤدي إلى قصور التوازن الكيميائي الحيوي للجسم (Gordon, P., 1994, p73).

ج- العوامل السايكودينامية (Psycho Dynamical Reasons): قليل من الباحثين اليوم يعتقدون أن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية، فخلال فترة الخمسينات والسبعينات من القرن العشرين كان أنصار المدرسة السايكودينامية وأنصار التعلم يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل

نفسية بالدرجة الأولى، حيث أقترح (كانر) عام (١٩٩٥) أن التوحد يحدث بسبب الممارسات الوالدية غير المترابطة والبرود العاطفي وهو ما أسماه بتجمد العواطف، أما عالم النفس بتلهام (Bettelhim 1974) يتفق مع (كانر) في أن آباء أطفال التوحد باردون ورافضون، ولديهم عدائية لاشعورية تجاه طفلهم التوحدي، لذلك يطالب بوضع هؤلاء الأطفال في بيئة مستقرة تمكنهم من تطوير علاقات اجتماعية مستقرة، فالتوحد من وجهة نظر (كانر وبتلهام) ينتج عن عدم الكفاية العاطفية المقدمة من الأب والأم (Peterman, F., & Kush, R, 1995, pp349-350). وفي عام (١٩٦١) اقترح عالم السلوكية فيرستر (Ferster) بأن السلوك التوحدي لدى الأطفال يحدث بسبب عجزهم في الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والدين على سلوكهم الاجتماعي الملائم، كما اعتقد بأن طفل التوحد يختلف عن الطفل العادي في كمية الاهتمام والانتباه الذي يتلقاه من والديه على هذا السلوك، وبذلك يتفق (فيرستر) مع (كانر وبتلهام) في أن العوامل البيئية النفسية تلعب دوراً في تفاقم العوامل البيولوجية (إن وجدت) لاضطراب التوحد (Howlin, P., & Rutter, M, 1997, pp10-11). وحديثاً يفترض الخبراء في علم الأمراض النفسية والعقلية مثل داوسن ولوي (Dawson & Lewy 1986) وسميث وبرايون (Smith & Bryson 1994) أن السبب في عدم إدراك طفل التوحد وفهمه لمطالب التفاعلات الاجتماعية والبيئية المعقدة يعود إلى قصور في النواحي العصبية الأساسية المسؤولة عن معالجة المعلومات لاسيما الاضطرابات الوظيفية في الجهاز العصبي المركزي والمخ، وقد أكد بورك (Burack 1994) نتائج تجريبية لوجهة النظر هذه حين لاحظ أن أطفال التوحد لديهم صعوبات إجرائية وعملية في جذب انتباههم بواسطة مثيرات معينة، في الوقت الذي تتجح فيه مثيرات بيئية أخرى في لفت انتباههم (عبد الرحمن وحسن، ٢٠٠٤، ص ١٩). وذلك يتطلب تهيئة عناصر البيئة المادية والاجتماعية وإعادة ترتيبها بما يحقق أعلى توظيف ممكن للمهارات الاجتماعية والتواصلية اللفظية وغير اللفظية والعناية بالذات.

ولابد من التنويه في نهاية الحديث إلى مجموعة من الاعتبارات حول الأسباب المؤدية

لحدوث اضطراب التوحد وهي:

- ١- إن نتائج الدراسات المتعلقة بالأسباب الكيميائية الحيوية والأسباب المتعلقة باضطراب الجهاز العصبي المركزي ليست حاسمة بالمطلق، فمن مراجعة هذه الدراسات تبين أن الباحثين فيها تحفظوا على تعميم نتائج دراساتهم النيورولوجية، أو حتى قبولها كحقيقة مطلقة.
- ٢- إن الأسباب الكيميائية الحيوية والأسباب المتعلقة باضطراب الجهاز العصبي المركزي متداخلة فيما بينها، ولا يمكن الجزم بأن سبباً واحداً فقط يمكن أن يقف خلف حدوث اضطراب التوحد.

- ٣- إن أسباب التوحد لا يمكن التنبؤ بحدوثها، وقد تظهر أسباب مشابهة تقود إلى صعوبات التعلم أو التخلف العقلي أو إلى الاضطرابات السلوكية أو فرط النشاط مع نقص الانتباه.
- ٤- إن الأسباب الكيميائية الحيوية والأسباب المتعلقة باضطراب الجهاز العصبي المركزي لا يمكن معالجتها بشكل كامل، بل يمكن التخفيف من آثارها عبر المعالجات السلوكية والإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي.
- ٥- تتضافر الأسباب البيئية مع الأسباب الكيميائية الحيوية، والأسباب المؤدية لاضطراب الجهاز العصبي المركزي، لحدوث وتطور اضطراب التوحد.

سادساً- خصائص الأطفال التوحديين:

يتميز أطفال التوحد بجملة خصائص وأعراض سلوكية مميزة يمكن اعتبارها حزمة تشخيصية تقدم مؤشرات مهمة لتشخيص الاضطراب، التي أتفق الباحثون على أنها الأكثر ظهوراً وتواتراً لديهم، وأن معرفة تلك الخصائص والأعراض يساعد أولياء الأمور والمربين عموماً في معرفة حاجاتهم التربوية الخاصة، والوصول بهم إلى المستوى المتوقع منهم قياساً بعمرهم الزمني وقدراتهم العقلية، كما أن تلك الخصائص والأعراض السلوكية قد ينعكس بعضها على سلوك الطفل التوحدي - بحسب نوع المتلازمة - وليس بالضرورة أن تنعكس جميعها، ومن أهم تلك الخصائص:

١- خصائص عقلية ومعرفية (Mental and Cognitive Characteristics): كثيراً ما

يصاحب التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط الأعراض مع حالات التخلف العقلي إذا كان العمر العقلي للطفل التوحدي أقل من (٢٠) شهراً، لكن ما يميز التوحد عن حالات التخلف العقلي هو أن التخلف العقلي قد يكون بسيطاً أو متوسطاً أو شديداً، وتتراوح نسبة الذكاء في المستويات الثلاثة بين (٥١-٧٠) (٣٦-٥٠) (٢٠-٣٥) على التوالي، وقد تقل نسبة الذكاء عن (٢٠) فيكون صاحبها متخلفاً عقلياً بنسبة شديدة، أما ذكاء التوحديين يكون لدى (٤٠%) أقل من (٥٠)، ولدى (٣٠%) تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثلث الباقي فقد تصل نسبة ذكاؤهم إلى مستوى العاديين وأحياناً تصل لدى البعض إلى مستوى العباقرة، وبذلك يمكن القول أن التخلف العقلي يصاحب حالات التوحد بنسبة (٧٠%) (Campbell, M et al, 1991, p397). وقد ذكر كريستوفر (Christopher 1990) أن بريسون وآخرون (Bryson et al 1986) قاموا بدراسة على عينة من الأطفال الكنديين المصابين بالتوحد وتبين لهم أن ما بين (٧٦,٨% إلى ٨٩%) منهم مصابون بحالات تخلف عقلي (Christopher, G, 1990, pp104-105). أما نيورث وآخرون (Neuwirth et al 1999) تشير إلى أن التخلف العقلي يصاحب حالات التوحد بدرجات مختلفة، حيث أن (١٥% إلى ٢٠%) لديهم تخلف عقلي شديد بنسبة ذكاء تقل عن (٣٥%)، وأن أكثر من (١٠%) لديه ذكاء عادي وعدد قليل (١% إلى ٣%) يعتبر من فئة المتميزين والموهوبين، وأن هذه النسب ليست ثابتة

ودقيقة، فمعظم اختبارات الذكاء ليست مصممة لأطفال التوحد، وبعض تلك الاختبارات قد يكون أداء الطفل التوحيدي عليها متوسطاً أو ممتازاً، وفي اختبارات أخرى يكون أدائه عليها ضعيفاً، وبصورة عامة يمكن ملاحظة أن أطفال التوحد يمكنهم الاستجابة بشكل جيد على الاختبارات الفرعية (من الاختبار الكلي) لاسيما التي تقيس المهارات البصرية والمهارات الحركية الدقيقة، في حين يلاحظ عجزهم في الاختبارات الفرعية اللفظية واللغوية (Neuwirth, S et al, 1999, p13). كما بين كل من شاه وفريث (Shah & Frith 1993) أن أطفال التوحد يظهرون تبايناً واسعاً في الأداء المعرفي يتراوح بين المتوسط إلى مافوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء في اختبار (وكسلر)، ومابين المستوى الضعيف على اختبار المفردات والتفكير المنطقي والتجريدي، أما في الاختبارات الفرعية والبنود التي تتطلب تفعيل عمل الذاكرة والأداء البصري المكاني والمهارات الحركية فيكون أدائهم جيداً، كما لوحظ لديهم مشكلات في الإدراك الحسي فيستجيبون لمنبهات معينة ولا يستجيبون لمنبهات أخرى، ويعانون من ضعف الانتباه وسرعة الاستجابة العقلية للمثيرات، ومن ضعف في مهارات المحاكاة والتقليد (Shah, A, & Frith, U, 1993, p1362).

٢- **خصائص اجتماعية وانفعالية (Emotional and Social Characteristics):** أشار (كانر) إلى أن اضطراب المهارات الاجتماعية لدى طفل التوحد (التي تكون غير متناسبة مع عمره الزمني) من أهم المؤشرات التشخيصية اللازمة والضرورية للكشف عن اضطراب التوحد، وتعتبر تلك المشكلات الاجتماعية (وفق ملاحظاته السريرية) الأكثر تكراراً وشيوعاً لديهم مقارنة مع المشكلات الأخرى المتعلقة بالجوانب اللغوية والسلوكية والمعرفية (Kanner, L., 1973, p22). وقد أكد على ذلك كل من (اسبرجر) والـ (ICD-10) والـ (DSM-IV, TR 2000) الذين أجمعوا على أن اضطراب المهارات الاجتماعية هو المفتاح الأساسي في تحديد اضطراب التوحد، والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة مجالات رئيسية وهي:

أ- **التجنب الاجتماعي (Socially Avoidant):** المتمثل بتجنب طفل التوحد لكل أشكال التفاعل الاجتماعي، كالهروب من الأشخاص الآخرين الذين يودون التفاعل معه، مما يدل على أنه لا يحب الناس ويخاف منهم، وقد بينت بعض الدراسات أن هذه المشكلة ترتبط بالحساسية الزائدة إزاء بعض المثيرات البيئية، فبعضهم كان ينزعج من أصوات الوالدين، والبعض الآخر ينزعج من رائحة العطر التي يضعانها، ووصف البعض الآخر الآلام التي كانوا يعانون منها عندما كانوا يلمسون أو يحملون من قبل والديهم.

ب- **اللامبالاة الاجتماعية (Socially indifferent):** المتمثلة بعدم مبالاة أطفال التوحد بالبحث عن التفاعل الاجتماعي، كما أنهم لا يشعرون بالسعادة عند تواجدهم مع الأشخاص الآخرين.

ج- الإرباك الاجتماعي (Socially awkward): المتمثل في صعوبة يواجهها أطفال التوحد في تكوين صداقات والحفاظ عليها، وهي ظاهرة شائعة لديهم، ويعود سبب ذلك لعدم رغبتهم في التفاعل الاجتماعي ولأنهم أنانيين، وحديثهم يدور حول أنفسهم، فضلاً عن عدم رغبتهم في تعلم المهارات الاجتماعية والانعزال الاجتماعي والافتقار إلى القدرة على اتخاذ القرارات الاجتماعية (الجلبي، ٢٠٠٥، ص ٣١). ومن الناحية الانفعالية يلاحظ عليهم عدم التفاعل الانفعالي مع الآخرين للمواقف السارة أو المحزنة، كما يعانون من صعوبة ظاهرية في استخدام التعبيرات الوجهية والإيماءات الجسدية ونبرات الصوت (بما تتضمنه من خلجات انفعالية عاطفية)، أو الاستجابة لها إن كانت صادرة عن الآخرين، كما لا تظهر على بعضهم ردود فعل عاطفية تدل على تعلقهم بالوالدين (كالصرخ عندما يبتعدون أو الابتسام عندما يقتربون)، كما أن عدد الأشخاص الذين يتبادلون معهم مشاعر حميمية معينة يكون قليلاً، ويقتصر على المقربين جداً ومن هو على تواصل يومي معهم (Adam, G., 2009, p286).

٣- خصائص لغوية (Language Characteristics): يعاني أطفال التوحد من مشكلات في اللغة الشفهية بإحدى المجالات الفرعية التالية:

أ- صعوبة اللغة الاستقبالية (Receptive Language Disorders): المتمثلة بصعوبات في عمليات الإنصات للمتحدث، وسماع الأصوات النوعية، وتحديد كيفية ضم الأصوات معاً، وإدراك وفهم التجمعات الصوتية (الكلمات والجمل)، أو في عدم فهم الكلمات المفردة، أو التراكيب اللغوية (Problems With Syntax) لأكثر من كلمة، أو في فهم الجمل الغامضة لغوياً أو الجديدة عليهم وتفسيرها بأكثر من طريقة، وصعوبات في فهم الضمير المستخدم في الجملة، واستخدام قواعد اللغة، ومشكلات تتعلق باستقبال الفونيمات واستيعاب الرسالة الصوتية المنقولة.

ب- صعوبة اللغة التعبيرية (Expressive Language Disorders): المتمثلة بعجز الطفل التوحدي عن التعبير من خلال النطق والكلام، وعجزه في بناء الجمل وتركيبها من خلال الاختصار على كلمات مفردة أو جمل صغيرة، وبالتالي مواجهة صعوبات متعلقة بتنظيم الكلمات والتعبير عن الأفكار بجمل كاملة، كما يتصف النطق لديهم بحذف كلمات، وتحريف كلمات أخرى، وصيغ أفعال غير صحيحة، وأخطاء قواعدية مرتبطة بدلالات الألفاظ، كما يمكن أن ينطقوا جملاً غير صحيحة من الناحية القواعدية، كما يستخدمون جملاً أطول وأكثر تعقيداً، ومع التقدم في النمو يستمرون في ارتكاب عدد أكبر من الأخطاء النحوية.

ج- مشكلات الدلالات اللفظية (Problems With Semantics): حيث يعاني أطفال التوحد من مشكلات ترتبط بنقص عدد الكلمات، ونقص عمق المعرفة بالكلمة، والتمييز بين الكلمات

المتشابهة في المخرج الصوتي، وفي تسمية الأشياء المتناقضة (Law, J., Parkinson, A, 2000, pp26-31).

د- المصاداة (Echolalia): من أهم مظاهر اضطرابات النطق واللغة لدى أطفال التوحد، والمتمثلة بالترديد الببغاوي لكلمة قالها شخص آخر بحذافيرها بطريقة غير وظيفية (لا هدف لها) لأنها لا تخدم عملية التواصل، وقد بينت الدراسات أن طفل التوحد يلجأ إلى هذا السلوك لجذب الانتباه أو التوكيد والإثبات أو للإجابة أو لتلبية الحاجات أو لإعادة من أجل المساعدة أو تنظيم الذات (عبد الله، ٢٠٠١، ص ٩٨-٩٩).

هـ- مشكلات الاستخدام الاجتماعي للغة (Problems With Pragmatics): فمشكلات التواصل اللفظي للغة الشفهية بالتزامن مع المشكلات المهارات الاجتماعية تؤدي إلى مشكلات في اختيار الكلمات المناسبة للمواقف الاجتماعية، ومواجهة صعوبات في التفاعل اللفظي الاجتماعي ونقل الرسائل الشفهية للآخرين، والتعبير عن الحاجات الشخصية والذات والمشاعر، مما يسبب العديد من مشكلات تدني مستوى المهارات الاجتماعية اللفظية (هالهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ص ٦٥٣).

٤- قصور الإدراك الحسي (Perceptual Inconsistency):

أ- فرط الحساسية أو نقص الحساسية (Hyper responsive or Hypo responsive):

فكليهما يشير إلى قصور في الاستجابة لمثيرات معينة في البيئة، وتشير الأولى (فرط الحساسية) إلى أن معظم المصابين بالتوحد لديهم حساسية مفرطة لأصوات معينة، أو مثيرات بصرية معينة، أو يكون البعض منهم حساساً للمس، وتشير الثانية (نقص الحساسية) إلى أن بعض أطفال التوحد يتسمون بعدم الاستجابة للمثيرات السمعية والبصرية أو اللمسية (هالهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ص ٦٥٦). وتشير (منظمة الصحة العلمية ٢٠١٠) إلى أن نقص الحساسية اللمسية على وجه التحديد لدى معظم أطفال التوحد ينتج عن صعوبة في تمثيل بعض البروتينات لاسيما الغلوتين (Gluten) والكاسين (Casein)، فيؤدي تراكمها على شكل مواد (أفيونية) تسبب عدم الشعور بإحساسات الألم أو البرودة أو الحرارة الزائدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ١٢٧).

ب- ضعف التواصل البصري (Poor Eye Contact): حيث يُظهر معظم أطفال التوحد

بعض درجات الشذوذ في الاتصال البصري والنظر للعينين بشكل مباشر، حيث تكون نظراتهم متجمدة وثابتة تجاه الآخرين الغرباء، ويكون هذا الاتصال البصري أفضل مع الأشخاص المألوفين، ومع ذلك يكون هذا الاتصال قصير وغير وظيفي، أو قد يكون تجنبياً من طرف العين، ويكاد ينعدم لدى البعض الآخر في مرحلة الرضاعة بين الرضيع وأمه، ولدى البعض الآخر يظهر مع نهاية السنة الثانية وبداية السنة الثالثة من العمر (Kanner, L., 1973, p33).

٥- خصائص سلوكية (Behavioral Characteristics):

أ- التعلق الشديد والمبالغ فيه ببعض الأشياء الموجودة في البيئة المحيطة كالوسادة أو القطع البلاستيكية أو دمية معينة.

ب- مدى محدود من الاهتمامات والنشاطات التي يمارسها بشكل يومي.

ج- عدم الرغبة في تغيير الروتين اليومي للنشاطات اليومية، وعدم الرغبة في تغيير معالم وترتيب البيئة المحيطة.

د- استخدام اليد كأداة للتوجيه، كاستخدام يد شخص آخر (الأم مثلاً) للوصول إلى شيء ما يريد الحصول عليه، مع أنه بوسعه الوصول إليه بنفسه.

هـ- الحركات الطقوسية والتكرارية غير الهادفة وغير الوظيفية.

و- تفضيل اللعب بألعاب ذات خصائص حسية ظاهرة (قطعة كاوتشوك أو كرة مطاطية أو المكعب)، أكثر من الرغبة في اللعب بألعاب مألوفة (دمية أو دب).

ز- لعب طفل التوحد ينقصه الخيال، فلا يضيف أفكاره ومشاعره إلى اللعبة أو تفسيراته الخاصة على اللعب.

ح- الانشغال الزائد بأجزاء الأشياء والتفاصيل الموجودة فيها.

ط- العدوانية والنشاط الحركي الزائد وسرعة البكاء والغضب وتقلب المزاج.

ي- التعلق الاستحواذي بأشياء معينة (نصر، ٢٠٠٢، ص ٤٥-٥٨).

٥- أوجه الاستفادة من المحور الأول للإطار النظري (التوحد):

يمكن إجمال أوجه الاستفادة من المحور الأول للإطار النظري في النقاط الرئيسية التالية:

١- استيعاب التطور التاريخي لتشكل مفهوم التوحد، الذي مر بجملة من التطورات قبل أن يتبلور المفهوم بطريقة علمية منظمة.

٢- التعرف على أهم الجهات البحثية (علماء، مؤسسات) التي ساهمت في بلورة مفهوم التوحد، ووضع تعاريف لتحديد اضطراب التوحد وتمييزه عن غيره من حالات الإعاقة الفسيولوجية (العقلية، السمعية، البصرية، الحركية) والنمائية (صعوبات تعلم، نقص انتباه، فرط نشاط)، مما ساعد الباحثة على بلورة تعريف إجرائي لعينة الدراسة الحالية.

٣- تمييز الأنواع الفرعية المتضمنة في اضطراب التوحد ضمن عدة فئات هي: الاضطرابات النمائية المنتشرة (PDD) والتي تتضمن التوحد الطفولي (CA)، والتوحد اللانمذجي (AA)، ومتلازمة ريت (RS)، ومتلازمة اسبرجر (AS)، واضطراب الطفولة التحليلية (CDD) أو ما يسمى بمتلازمة هيلر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (PDD - NOS).

- ٤- التعرف على خصائص ومعايير تشخيص اضطراب التوحد، والتي على أساسها تمكنت الباحثة من تصميم مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.
- ٥- التعرف على النسب العالمية لانتشار اضطراب التوحد، وبين الذكور والإناث.
- ٦- التعرف على الأسباب المحتملة والتي تقود إلى حدوث اضطراب التوحد، وأنه لا يوجد سبب واحد مسؤول عن حدوث وتطور هذا الاضطراب، بل أن هناك أسباب متعددة تتداخل فيما بينها وتقود لتدهور الحالة الوظيفية لعمل الدماغ، وبالتالي اضطراب عمليات الانتباه والتفكير واللغة كعمليات نمائية تقود إلى تدهور السلوك مقارنة بالعاديين.
- ٧- التعرف على أهم الخصائص السلوكية المميزة للأطفال المصابين باضطراب التوحد، من الناحية العقلية، ومن الناحية المعرفية (التفكير والانتباه)، ومن الناحية الانفعالية والاجتماعية، والسلوكية...، مما ساعد في تصميم جلسات البرنامج التدريبي بحيث جاءت لتراعي تلك الخصائص، ومساعدة أطفال التوحد خطوة بخطوة لتنمية مهارات العناية بالذات لديهم.

المحور الثاني التعزيز الإيجابي والنمذجة

- تمهيد:

أولاً- تعريف بمدخل النظرية السلوكية.

ثانياً- فنيات النظرية السلوكية في تعديل السلوك الإنساني.

ثالثاً- مراحل تصميم برامج العلاج السلوكي (بالتعزيز والنمذجة)
للأطفال التوحديين.

- أوجه الاستفادة من المحور الثاني للإطار النظري (التعزيز
الإيجابي والنمذجة).

- تمهيد:

يتناول المحور الثاني من (الإطار النظري) للدراسة الحالية فنيات العلاج السلوكي في تعديل مظاهر السلوك المضطرب لمهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، وتنمية السلوك البديل لديهم، من خلال التعريف بمدخل النظرية السلوكية بلمحة تاريخية مقتضبة، وشرح أهم الاستراتيجيات المستخدمة فيها لاسيما استراتيجيتي التعزيز الإيجابي والنمذجة، من حيث التعريف والخصائص والأشكال والعوامل المساعدة على نجاح كل استراتيجية، ثم تحليل مراحل تصميم برنامج تعديل السلوك باستخدام التعزيز الإيجابي والنمذجة.

أولاً- التعريف بمدخل النظرية السلوكية:

أثبتت عدة دراسات أن المكاسب المحققة من استخدام مدخل النظرية السلوكية (Behavior Approach) وفنانياتها العلاجية ذات قيمة عظيمة انعكست على تكيف أطفال التوحد، وساعدت في دمجهم مع أقرانهم العاديين في البيت والمدرسة والحي والمجتمع الكبير عموماً (Nichols, K., & Hoover, D., 2004, p92)؛ (الجلبي، ٢٠٠٥، ١٠٦). وقد كان الاهتمام الأساسي للنظرية السلوكية في تعديل السلوك، هو تحديد السلوك المراد تعديله (غير المرغوب، أو المرغوب، أو المراد تنميته)، ومداه، وتواتره، ثم تعيين العوامل والأحداث والمثيرات البيئية (المادية والمعنوية) التي ساهمت في ظهوره والحفاظ عليه، ثم العمل على تعديل تلك المثيرات البيئية بما يساعد في تنمية وتثبيت السلوك المرغوب فيه، وبهذه الاستراتيجية يقوم مدخل النظرية السلوكية على اكتشاف العلاقة بين السلوك والبيئة، وإعادة تنظيم هذه العلاقة (حمصي، ٢٠٠٠، ص ١٣٧-١٣٩)؛ (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٢١)؛ (السلمي، ٢٠٠٩، ص ٦).

وتعود الجذور التاريخية للنظرية السلوكية إلى جهود مجموعة من العلماء والباحثين الذين أسهموا بأبحاثهم واكتشافاتهم في وضع الأسس الأولى للنظرية السلوكية؛ وفي مقدمتهم إيفان بافلوف (Ivan Pavlov 1846-1936) واضع نموذج الإشراف الكلاسيكي في تفسير السلوك، من خلال تجاربه على لعاب الكلب التي كشف خلالها تقنية الفعل المنعكس الشرطي (Conditioned Reflex)، كما تمكن من اكتشاف قانون التعميم وقانون التمييز وقانون الانطفاء التي تستند إلى قانون الفعل المنعكس الشرطي (كركتلي، ١٩٨٦، ص ٤٣-٦٠). وأتى بعده إدوارد ثرنديك (Edward Thorndike 1874-1949) صاحب النظرية الربطية، الذي استفاد من تجارب (بافلوف) وقوانينه في استنباط قوانين أخرى خلال تجاربه على الحيوانات في صندوق المشكلات، فتوصل إلى قانون المحاولة والخطأ (Trial and Error Learning)، وقانون الأثر (Law of Effect)، ومنحنى التعلم (Learning Curve)، كما توصل إلى مبادئ أخرى كمبدأ التدريب (The Law of Exercise)، ومبدأ الاستعداد (The Law of Readiness) (ناصر وهنا، ١٩٨٣، ص ١٧-٤٥).

(٢١). تلاه جون واطسون (John Watson 1885-1978) أول من استخدم مصطلح السلوكية (Behaviorism) لتأكيد أن علم النفس يقتصر على دراسة المظاهر السلوكية القابلة للملاحظة والقياس، وأقترح دراسة تلك الظواهر بطرق علمية موضوعية شأن العلوم الأخرى، ودعم وجهة نظره هذه بالعديد من التجارب المخبرية على الحيوان والإنسان وأهمها تجربة الطفل (ألبرت) التي توصل فيها إلى نظرية المثير - الاستجابة (Stimulus - Response Theory)، التي بين فيها أنه لا يوجد سلوك فطري موروث، وأن جميع أنواع السلوك (المرغوبة وغير المرغوبة) يتم تعليمها بنفس الطريقة خلال ترتيب معين للمثيرات والاستجابات (حمصي، ٢٠٠٠، ص ١٥٦-١٦٠). ويعد سكينر (Skinner 1904-1992) الأب الفعلي لعلم النفس السلوكي، ويرجع إليه فضل تأسيس الإشراف الإجرائي، وانصب اهتمامه على دراسة توقع السلوك وكيفية التحكم في ذلك السلوك، حيث قدم تطبيقات دقيقة للطرق والمعلومات والمفاهيم التي تظهر عن طريق دراسة التعلم، وقد ابتكر آلات التعلم والكتب المبرمجة، ووضع أسس التعلم الذاتي المبرمج، واستخدم مصطلحي السلوك الاستجابي ذي النوع اللاإرادي والسلوك الإجرائي الذي يقابل قانون الأثر عند (ثرندايك)، وأن معظم السلوك الإنساني من النوع الإجرائي، ووضع عدة قوانين للسلوك الإجرائي كقانون الشرطية، وقانون المحو، وقانون الارتباط بالاستجابة، كما وصف استراتيجية تشكيل السلوك وحدد فيها (٤) أنواع من جداول التعزيز، وميز بين التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي (ناصف وهنا، ١٩٨٣، ص ١٢٧-١٣٥). وقد ظهرت فيما بعد أسماء لامعة أخرى في ميدان النظرية السلوكية مثل كلارك هل (Clark Hull) الذي قدم تفسيراً جديداً للعلاقة بين المثير والاستجابة ووضع مبدأ قوة العادة ومبدأ الحافز والكف المتبادل، وهوبارت مورر (Hobart Mowrer) الذي وضع مصطلح السلوك التجنبي، وادوارد تولمان (Edward Tolman) الذي اهتم بدراسة العمليات المعرفية في التعلم ووضع نظرية التعلم الإشاري، وديون جثري (Edwin Guthrie) الذي وضع مفهوم الإشراف الإقتراني أي أن التعزيز لا يقوي الرابط بين المثير والاستجابة، فالتعزيز له دور ثانوي، إذ يكفل عدم زوال التعلم عن طريق زوال المثيرات، ووضع عدة تكتيكات لتعديل السلوك منها (تعرض العضوية لكامل المثير، تعرض العضوية للمثيرات بشكل تدريجي، إقتران المثير الذي يحدث الاستجابة غير المرغوب بها بمثير أقوى منه يحدث استجابة تقيضه للاستجابة غير المرغوب بها) (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٦٩-٧١).

ثانياً- فنيات النظرية السلوكية في تعديل السلوك الإنساني:

تتضمن برامج تعديل سلوك أطفال التوحد على عدة فنيات علاجية وتدريبية مستمدة من مبادئ النظرية السلوكية، لتعديل أنماط السلوك غير السوي، أو تثبيت أنماط السلوك السوي، أو تنمية أنماط السلوك المضطربة وضعيفة التكوين، وللقيام بذلك تتبع أساليب سلوكية مختلفة تساعد طفل

التوحد على تحقيق هذا الهدف، وسيقتصر الشرح على استراتيجيتي (التعزيز، والنمذجة) بحسب الهدف العام للدراسة الحالية:

١- **التعزيز (Reinforcement):** هو أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية، أو إزالة توابع سلبية، الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل وفي تقويته بالمعزز، لذلك يعرف التعزيز وظيفياً من خلال النتائج التي يتركها على السلوك، فإذا أدت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل تكون تلك التوابع معززة ويكون ما حدث تعزيزاً، ولذلك يمكن ملاحظة أن تعريف التعزيز لم يشر إلى كون توابع السلوك أشياء مرغوباً بها، فالتعزيز لا يحدث بمجرد إعطاء الفرد شيئاً نتوقع أنه يرغب به، لكن التعزيز يكون قد حدث إذا كان ما فعلناه قد عمل بالفعل على تقوية السلوك، وبمعنى آخر فالتعزيز يعرف بعد حدوثه فقط، وقد يكون من المناسب هنا ملاحظة أن العقاب أيضاً يعرف وظيفياً، وهو الإجراء الذي يؤدي إلى إضعاف السلوك فهو ليس ما نعتقد أنه مثيرات لا يرغب بها الفرد، فالصراخ في وجه الطفل عند قيامه بسلوك غير مرغوب فيه لا يعتبر عقاباً إلا إذا أدى إلى تقليل احتمال حدوث ذلك السلوك لدى الطفل في المستقبل، فأحياناً لا يتوقف الطفل عن عمل شيء غير مرغوب فيه حتى لو تم ضربه أو الصراخ في وجهه، ولهذا فنحن لا نستطيع القول أن الصراخ أو الضرب يعد عقاباً في هذه الحالة، والأكثر من ذلك هو أن الصراخ والضرب قد يؤديان أحياناً إلى تقوية السلوك غير المرغوب فيه، وفي هذه الحالة فإن ما يحدث يكون تعزيزاً وليس عقاباً، وقد يكون التعزيز المناسب هو التعبير عن الاهتمام بالطفل والانتباه إليه، ومن هذا التقديم لمفهوم التعزيز نلاحظ أن التعزيز لا يحدث إلا إذا أدى المثير الذي حدث بعد السلوك إلى تقويته، وبناء على ذلك من الخطأ القول على سبيل المثال: لقد قمت بتعزيز الطفل فوجدت أن التعزيز لم ينجح في معه، لأن التعزيز هو تقوية للسلوك، وإذا لم يؤدي ما فعلناه إلى تقوية السلوك فهو ليس تعزيزاً أصلاً، فربما لم نستطع تحديد التعزيز المناسب للطفل أو ربما لم نراعي العوامل التي تؤثر بفعالية التعزيز (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٢-١٨٣).

ويمكن تصنيف المعززات التي تعمل على تثبيت السلوك بأكثر من طريقة، ومن أكثر تلك

الطرق شيوعاً التصنيف التالي:

أ- **المعززات الأولية والمعززات الثانوية:** فالمعزز الأولي (Primary Reinforce) هو ذلك المثير الذي يؤدي بطبيعته إلى تقوية السلوك دون خبرة سابقة أو تعلم، وهو يسمى بالمثير غير الشرطي (Unconditioned Reinforcer) أو المعزز غير المتعلم، ومن أمثلته (الطعام، الشراب، النوم...)، والنوع الثاني هو المعزز الثانوي (Secondary Reinforcer) وهو المثير الذي يكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانه بالمعززات الأولية ولهذا يسمى بالمعزز الشرطي (conditioned).

(Reinforcer) أو المتعلم، فالمعززات الثانوية هي معززات حيادية بالأصل واكتسبت خاصية التعزيز من خلال اقترانها المتكرر بمعززات أخرى أولية. والمعززات الأولية محدودة جداً في تأثيرها ببرامج تعديل السلوك الإنساني، والاعتماد عليها فقط يحد من قدرة تلك برامج، فمعظم المثيرات الثانوية تصبح معززات من خلال الخبرة وتفاعل الفرد مع بيئته، ولهذا فإن معظم المعززات المستخدمة في برامج تعديل السلوك هي معززات ثانوية. وهناك نوع ثالث من المعززات مرتبط بالمعززات الأولية والمعززات الثانوية وتسمى بالمعززات المعممة (**Generalized Reinforcer**) وهي مثيرات حيادية تكتسب صفة التعزيز من خلال ارتباطها بمعززات أولية أو ثانوية متعددة، كالنقود التي لا تعني شيئاً للطفل في بداية حياته ولكنه فيما بعد يتعلم أن باستطاعته الحصول على أشياء كثيرة جداً من خلالها (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٣).

ب- **التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي: فالتعزيز الإيجابي (Positive Reinforcer)** هو المثير الذي يعقب السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل وفي المواقف المماثلة، كالثناء على الطفل بعد تأديته لواجب على نحو جيد، أو زيادة عدد قطع الحلوى بعد قيامه بحفظ واجباته المدرسية... أما **التعزيز السلبي (Negative Reinforcer)** فهو ذلك الإجراء الذي يقوي السلوك من خلال إزالة مثير بغيض أو مؤلم بعد حدوث ذلك السلوك مباشرة، كأن يحضر التلميذ الواجبات المدرسية خوفاً من تأنيب المعلم له، وترتيب الطفل لسريته بعد الاستيقاظ خوفاً من معاقبة أمه له، ولكن التعزيز السلبي يختلف عن العقاب فالأول يشير إلى تقوية السلوك من خلال تجنب العضوية المثير المنفر غير المرغوب، أما الثاني فيشير إلى تقليل ظهور السلوك من خلال تعريض العضوية لمثير منفر غير مرغوب (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٤-١٨٧). وقد بين هجنر (Hegner 1992) أن البحوث التجريبية في مجال تعديل السلوك اللاتكفي أن التعزيز الإيجابي المعنوي (الابتسام، التقبل الاجتماعي) كان أكثر فاعلية من التعزيز السلبي ومن العقاب، لذلك فهو ينصح باستخدام التعزيز المعنوي الإيجابي في تعديل السلوك اللاتكفي وفي تثبيت السلوك المرغوب وفي تنمية المهارات المضطربة (Hegner, D, 1992, P16).

ج- **تصنيف المعززات من حيث الشكل: كالمعززات المادية (Tangible Reinforcer)** وهي ذات أثر بالغ في بداية تنفيذ برامج تعديل السلوك كالطعام والألعاب والصور... وقد بينت برامج تعديل السلوك على الأطفال أنه ذو أثر مؤقت وقصير المدى، ويتأثر بمشكلة الإشباع حيث يفقد المعزز فاعليته بعد استهلاك الطفل كمية كبيرة منه، كما يعتبر نوع من المحفزات الخارجية لدى البعض الآخر، وهناك **المعززات النشاطية (Activate Reinforcer)** التي تتضمن السماح للطفل بالقيام بنشاطات معينة بعد قيامه بالسلوك المطلوب، كالسماح بمشاهدة التلفاز، أو ممارسة لعبة معينة، أو الرسم... وقد بينت الدراسات أن هذه المعززات أكثر فاعلية من المعززات المادية في

برامج تعديل السلوك، فهي أكثر قبولاً من الطفل، ولا تتضمن مشكلة الإشباع، وهناك المعززات الاجتماعية (Social Reinforcer) كالاتسام والثناء التي لها فاعلية كبيرة خصوصاً إذا قدمت بعد السلوك مباشرة، ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٢-١٩٠). وقد بين هجنر (Hegner 1992) أن كثيراً من الدراسات بينت فاعلية المعززات الاجتماعية والنشاطية على المعززات المادية لدى الأطفال المصابين بإحدى الإعاقات النمائية (توحد بدون تخلف عقلي، توحد مع تخلف عقلي بسيط، الحالات الحدية بدون تخلف عقلي، صعوبات تعلم، اضطرابات السلوك) في تعديل بعض أنماط السلوك المضطرب والمحدد لديهم (Hegner, D, 1992, P18). كما بينت دراسة مالك آرثر وبالارد وآرتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) فاعلية التعزيز الاجتماعي (اهتمام الأم، وانتباهها، والاتسام، والملامسة الجسدية) على التعزيز المادي في تدريب أطفال التوحد على مهارات الطعم والشراب مستقلين بأنفسهم (Macarthur, J. & Ballard, 1986, p209). كما بينت دراسة (بيومي ٢٠٠٨) فاعلية التعزيز الاجتماعي الإيجابي على التعزيز المادي الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من أطفال التوحد (بيومي، ٢٠٠٨، ص ١٢٤)، كما بينت دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti 1980) أن استخدام التعزيز المادي (الطعام والألعاب) كان فعالاً مع أطفال التوحد من عمر (٥) سنوات، الذين كان سلوكهم بالنسبة لمهارات العناية بالذات يتوازي مع سلوك طفل في الثالثة من عمره، وبالمقابل كانت المعززات الاجتماعية (الاتسام، والانتباه) أكثر فاعلية لدى التوحدين المراهقين الأكبر سناً، كما بينت الدراسة أن التعزيز المادي كان ضرورياً للأطفال التوحد في بداية البرنامج، ومن ثم تم الاستغناء عنه لاحقاً وقد كان ذلك مجدياً بصورة دالة ظاهرياً (Nelson, L., & Gergenti, E., & Hollander, C., 1980, p19).

وهناك بعض العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز في تعديل السلوك الغير مرغوب به،

ومن هذه العوامل:

أ- **توقيت التعزيز (Timing Reinforcement):** إن أحد العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز هو تقديمه مباشرة بعد حدوث السلوك، لذلك فإن التعزيز الفوري أكثر فاعلية من التعزيز المؤجل، ولا يعني ذلك أنه ليس للتعزيز المؤجل دور في عملية تعديل السلوك، وعموماً تشير البحوث إلى ضرورة استخدام التعزيز المباشر في المراحل الأولى من اكتساب السلوك، واستخدام التعزيز المؤجل في مرحلة الحفاظ على استمرارية السلوك، ومن أجل نقل أثر التدريب أو ما يسمى بالتعميم (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٩٦).

ب- **ثبات التعزيز (Consistency Reinforcement):** إذ يجب استخدام التعزيز على نحو منظم ووفق قوانين معينة قبل البدء بتنفيذ برامج العلاج، ولا يجب تقديم التعزيز بعشوائية فهو ليس

من خصائص منهجية تعديل السلوك، بل يجب تقديم التعزيز وفق جداول مناسبة يمكن وصفها كما يلي:

● - **جداول الفاصل الثابت:** يعطى التعزيز فيها بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المراد زيادته، كأن تعزز أول استجابة تأتي بعد فترة زمنية محددة (١٠ ثوان) من جانب المدرب.

● - **جداول الفاصل المتحول:** يعطى التعزيز فيها بعد فترة زمنية متغيرة من حدوث الاستجابة والأخرى، كأن تعزز أول استجابة بعد (٥) ثوان، وتعزز الاستجابة الثانية بعد (٦) ثوان وهكذا... أي تقديم التعزيز بعد فترة زمنية متحولة بين استجابة وأخرى.

● - **جداول المعدل الثابت:** وفيه تعزز استجابة معينة تأتي بعد عدد محدد من الاستجابات غير المعززة يحددها المدرب سلفاً، فالمحك هنا هو عدد من الاستجابات على العضوية القيام بها قبل تعزيز الاستجابة المحددة من قبل المجرب، كأن يعزز الاستجابة رقم (٦) بعد خمس استجابات غير معززة.

● - **جداول المعدل المتحول:** فيها تعزز الاستجابة التي تأتي بعد عدد متحول وغير ثابت من الاستجابات غير المعززة، كأن تعزز الاستجابة رقم (٦) بعدد خمس استجابات غير معززة، ثم تعزز الاستجابة رقم (٧) بعد ستة استجابات غير معززة.. وهكذا (ناصر وهنا، ١٩٨٣، ص ١٢٧-١٣٥).

ج- كمية التعزيز (Quality Reinforcement): يجب تحديد كمية التعزيز التي يجب أن تعطى للفرد، وذلك يعتمد على نوعية المعزز، وبشكل عام كلما كانت كمية التعزيز أكبر كلما كانت فعاليته أكثر، إلا أن إعطاء كمية كبيرة جداً من التعزيز في فترة زمنية قصيرة قد يؤدي إلى الإشباع، والإشباع يفقد المعزز قيمته (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٩٧). والمبدأ العام المتبع هو تقليل كمية التعزيز وعدم إعطائه بكثرة في كل مرة، ولكن يجب ملاحظة أن كمية التعزيز يجب أن تتناسب وطبيعة الجهد الذي يبذله الفرد في تأدية السلوك، كما يجب أن يقدم التعزيز بكميات كبيرة في المراحل الأولى من اكتساب السلوك وتقل كمية التعزيز في المراحل اللاحقة (الخطيب، ١٩٩٢، ص ٤٢-٤٣).

د- الحرمان (Deprivation): فكلما كانت فترة حرمان الفرد من الحصول على المعزز طويلة، كانت فعالية المعزز أكبر في تعديل السلوك، لذلك فإن استخدام المعزز يتطلب التأكد من حرمان الفرد منه فترة زمنية محددة قبل تقديمه له (الخطيب، ١٩٩٢، ص ٤٢).

هـ- درجة تعقيد السلوك (Complexity of Behavior): فكلما زادت مستوى صعوبة السلوك المستهدف ظهرت الحاجة إلى زيادة كمية التعزيز، فالتعزيز بمقدار قليل قد يكون مناسباً للسلوك البسيط، ولكنه غير فعال مع السلوك المعقد.

و- **التنوع (Variation):** فاستخدام معززات متنوعة أكثر فعالية من استخدام معزز من نوع واحد، كذلك فإن استخدام أشكال متنوعة من المعزز نفسه أكثر فعالية من استخدام شكل واحد منه، فإذا كان المعزز هو التشجيع اللفظي فلا يفضل القول للطفل في كل مرة جيد جيد...، بل لابد من تنويع المعزز اللفظي (جيد، جيد جداً، أحسنت، ممتاز...).

ز- **التحليل الوظيفي (Functional Analysis):** يجب أن يستند استخدام المعززات إلى تحليل الظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد، ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في البيئة، كما يساعد ذلك في تحديد المعززات المناسبة.

ح- **الجددة (Novelty):** إن مجرد كون الشيء جديداً يضيف فعالية خاصة للتعزيز أحياناً، لذلك ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٩٧-١٩٨).

ولابد من التنويه إلى ضرورة اختيار المعززات المناسبة للطفل التوحدي والمحبة والمفضلة من قبله، حتى تكون فعالة في تعديل وتثبيت سلوك مهارات العناية بالذات، لذلك تم اتباع الإجراءات التالية في الدراسة الحالية لتحديد المعززات المفضلة لطفل التوحد:
أ- تحديد المعززات المحتملة أي تلك المعززات التي يتوقع أن تؤدي وظيفة تعزيزية وتعمل على تثبيت السلوك المرغوب فيه.

ب- الأخذ بالاعتبار الفروق التفضيلية للمعززات المادية والاجتماعية فيما بين أطفال التوحد المرتبطة بخبراتهم البيئية، فما يكون معززاً للطفل التوحدي قد لا يكون معززاً لطفل توحدي آخر.

ج- تحديد المعززات المادية والاجتماعية المفضلة للطفل التوحدي من خلال ملاحظة السلوك وتوجيه أسئلة لأولياء الأمور نحو المعززات المفضلة من قبل طفل التوحد.

د- سؤال طفل التوحد عن ما هو مفضل بالنسبة له وما هو غير مفضل له.

٢- النمذجة (Modeling):

إن التقليد لدى الطفل هو ميل واستعداد فطري يولد به ويدفعه إلى محاكاة غيره في أقوالهم وأفعالهم لاسيما الأشخاص المهمين في حياته، فيكتسب الكثير من القيم والاتجاهات والمهارات والعادات السلوكية والاجتماعية والأكاديمية، ولذلك أعتبر التقليد من الاستراتيجيات اللازمة لنمو الطفل وتعليمه، فبدون النماذج السلوكية (اللفظية، والاجتماعية، والمهارات) التي يقدمها البالغون للطفل لن يتعلم اللغة والمهارات الاجتماعية والمهارات الحياتية لاسيما مهارات العناية بالذات والاستقلالية الشخصية. ومحاكاة النماذج السلوكية التي يحتك بها الطفل في السنوات الأولى من حياته إذ تعد من أهم أشكال الاتصال الإنساني، فهي الوسيلة اللفظية وغير اللفظية لاكتساب المعلومات من البيئة المحيطة لتساعده على تشكيل سلوكه من خلال الملاحظة والاختزان في صور ذهنية ومن ثم التقليد اللفظي والحركي باستدعاء تلك النماذج من الذاكرة، لذلك كان على المربين

استغلال ميل الطفل الفطري لتقليد النماذج السلوكية الاجتماعية والمهارات وفق قدراته والمتلائمة مع إمكانياته (الحنفي، ١٩٩٥، ص ٢٩٨-٢٩٩). ويرى (الخطيب، ٢٠٠٧) أن الطفل غالباً ما يتأثر سلوكه بملاحظة سلوك الأفراد الآخرين، فيتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت أم غير مرغوبة، وتقليد سلوك الآخرين قد يكون عفويًا أو قد يكون نتيجة لعملية هادفة وموجهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معين أمام الطفل بهدف إيضاح ذلك له والطلب منه الملاحظة والتقليد، والنمذجة عملية حتمية فالأبناء يقلدون الآباء والطلاب يقلدون المعلمين، والمتعالجون يقلدون المعالجين، ويسمى التغير في سلوك الفرد الناتج عن ملاحظة سلوك الآخرين (بالنمذجة أو التعلم بالملاحظة، أو التعلم الاجتماعي، أو التقليد، أو التعلم المتبادل) (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٢٢٥).

ويعود الفضل في إرساء قواعد إجراء النمذجة كإستراتيجية في التعليم وفي تعديل السلوك إلى عالم النفس الأمريكي ألبرت باندورا (Albert Bandura 1969) الذي وضع إحدى قواعد العمل المركزي لعلم النفس المعاصر مستنداً إلى النظرية البيئية السلوكية في التعلم وفي تفسير بعض مظاهر السلوك وتكون الشخصية، ويستند الأساس الفلسفي لنظرية (باندورا) إلى تحليل كيفية حدوث التفاعل بين العوامل الداخلية الذاتية المستقلة للإنسان (ملاحظة، تفكير، انتباه، ذاكرة)، والعوامل الخارجية البيئية المستقلة (النماذج السلوكية في البيئة لاسيما الاجتماعية، والسلوك الناتج عن النمذجة الاجتماعية، وتدعيم ذلك السلوك)، وعدم النظر إلى الفرد والبيئة ككيانين مستقلين، بل يتحدان بطرق مختلفة لإحداث النتائج السلوكية بالنموذج وفق المعادلة التالية:

السلوك (B) هو دالة للمتغيرات الذاتية المستقلة (P) والمتغيرات البيئية المستقلة (E).

$$[B = P \times E]$$

أي النظر للفرد والبيئة كسببين معتمدين على بعضهما لإحداث الأثر السلوكي، وليس كأسباب مستقلة عن بعضهما، فكمية التغير في السلوك ومداه وعمقه من وجهة نظر (باندورا) في بعض المواقف الاجتماعية وليس كلها نتيجة لأوجه التغيرات الموقفية الاجتماعية والبيئية التي تقدم نماذج سلوكية قابلة للتقليد كجزء متكامل من مسببات السلوك النهائي، فهذه المصادر الثلاثة ينظر إليها كنظام متشابك من التأثيرات المتبادلة أو المتماثلة، لا يُعطي أيًا منها مكانة متميزة على حساب المصدرين الآخرين، رغم أنه وفي بعض المواقف فإن أيًا من العوامل الثلاثة قد تبرز كمؤثر مسيطر، وهذا من وجهة نظر (باندورا) ما يسمى بالحتمية المتبادلة (Reciprocal Determinism) أو النمذجة، التي يكون فيها السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة، وكل مجموعة محدّدت تحتوي على متغيرات هي في طبيعتها معرفية إلى حد كبير، وإن لم تكن كذلك بصورة مطلقة، وهذه الأشكال من المعرفة تحدث من خلال ملاحظة الإنسان لنتائج سلوكه هو، أو ملاحظته لسلوك الآخرين أو النماذج المقدمة، وهكذا فإن النمذجة تعد

دالة للأحداث السابقة (النماذج السلوكية والعاطفية والمعرفية) ودالة للاستجابات (سلوك التقليد) ودالة للتوقعات (التدعيم الداخلي العاطفي السلبي والإيجابي، أو الخارجي المادي أو العاطفي أو الاجتماعي السلبي أو الإيجابي، أو العقاب، وهو ما يسمى **التعلم بالعمل (Learning by Work)**)، لذلك تحاول هذه الاستراتيجية (النمذجة) تفسير السلوك وتعديله، وتعترف بالتبادل بين الأحداث الداخلية والخارجية، وتحاول تقديم فرضيات قابلة للاختبار حول الاعتماد المتبادل المعقد للحالات الداخلية، والظروف الخارجية وسلوك الإنسان ذاته، والقضايا الرئيسية التي تتصدى لها مثل هذه النظرية لها آثار هامة على فهم الطبيعة الإنسانية والتعلم الإنساني (Bandura, A., 1977, pp191-200).

وهناك مجموعة من المتطلبات الرئيسية من وجهة نظر باندورا لتتم عملية التعلم وتعديل

السلوك بالنمذجة:

أ- **ملاحظة النموذج السلوكي (Behavioral Model Observation):** فالناس يستطيعون تعلم الاستجابات الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك الآخرين، وهؤلاء الناس الآخرون يعتبرون من الناحية التقنية نماذج (Models)، وعليه يتم تحديد أول تفسير للنمذجة هو أن اكتساب الاستجابات الجديدة نتيجة لملاحظة سلوك شخص آخر.

ب- **حفظ النموذج السلوكي (Behavioral Model Maintaining):** فلا بد من توفر القدرة لدى الإنسان على حفظ النموذج السلوكي، الذي يتوسط بين ملاحظة النموذج والاستجابة بتقليد النموذج، فملاحظة النموذج قد لا تؤدي إلى تقليده مباشرة، وقد لا تظهر استجابة التقليد في أيام أو أسابيع بل حتى في شهور.

ج- **القدرة على تأدية النموذج السلوكي (Ability to Perform the Behavioral Model):** الذي يتضمن قدرة العضوية على تقليد النموذج السلوكي المقدم أو عدم قدرتها من الناحية العقلية والجسدية والانفعالية.

د- **انتقائية التعلم من النموذج السلوكي (Selecting Learning from the Behavioral Model):** فحتى عند تعريض الأطفال إلى نفس النموذج، فإن بعضهم يتعلم جوانب مختلفة عن جوانب أخرى من نفس النموذج السلوكي المقدم، لذلك لابد من دراسة لماذا يتم الاهتمام والاحتفاظ بجانب معين من النموذج دون غيره (Bandura, A., 1977, pp204-215).

وهناك عدة عوامل تؤثر في فعالية النموذج وهي:

أ- **خصائص النموذج (Model Characteristics):** إذ يميل الطفل إلى تقليد الأشخاص المهمين في حياته أو الذين يميل إليهم ويخصهم بتقدير معين، ولذلك فإن النموذج الذي يلقي ترحيباً أو الذي يحظى بتقدير اجتماعي له نتائج أفضل في النمذجة، كذلك يجب أن يكون النموذج مناسباً

اللسن وللقدرات العقلية والجسدية للطفل، فذلك يزيد من قابليته على تقليد سلوك النموذج عما لو كان النموذج بعيد الشبه عن قدرات الطفل ذلك.

ب- **خصائص الشخص المُشاهد للنموذج (Observer's Characteristics):** هناك أربع جوانب ينبغي الاهتمام بمدى توافرها لدى الطفل حتى تؤدي النماذج المرغوبة، وهي عمليات الانتباه، والاحتفاظ، والقدرة على توليد الاستجابة المماثلة للنموذج، والدافعية.

ج- **خصائص الإجراءات (Procedural Characteristics):** فقد تشمل مواقف النمذجة على بعض العناصر البيئية التي تؤثر على نتائجها، فعلى سبيل المثال فالنموذج الذي يؤديه الطفل إذا كوفي فإنه يكون أكثر قابلية للتقليد وإعادة التقليد من جانب المشاهد عما لو كان هذا النموذج يلقي عقاباً، كما أن عرض النموذج في مواقف مختلفة يزيد من آثار النمذجة، كما لوحظ أنه عند وجود نماذج متعددة تكون النتائج أفضل مما لو كان هناك نموذج واحد (محروس وعبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ١٥٨-١٥٩).

وهناك نوعين من النمذجة المستخدمة في تعديل سلوك الأطفال المعوقين لوحظت من

مراجعة عدة دراسات عربية وأجنبية وهي:

أ- **النمذجة المباشرة (Live Modeling):** فيها يقوم شخص (المعلم أو المدرب) بتأدية السلوكيات المستهدف بوجود الطفل المعاق المراد تعليمه تلك السلوكيات، ويطلب منه بعد ذلك تأدية ما تمت ملاحظته في السلوك المعروض أمامه؛ وقد بينت دراسة ماتسون (Matson 1990) فعالية النماذج السلوكية المباشرة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى (٣ أطفال توحد، ٤ أطفال تخلف عقلي)، وأسفرت النتائج عن نجاح تعلم أطفال عينة الدراسة بنجاح وكفاءة مهارات العناية بالذات إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية (Matson, J., 1990, p377). كما بينت (بيومي ٢٠٠٨) فعالية النماذج السلوكية المباشرة المقدمة من المدرب والمدعمة بالتعزيز في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من عينة الدراسة (بيومي، ٢٠٠٨، ص ٧٥). كما بين ريمير وباردلي وهويكنس (Reamer & Brady & Hawkins, 1998, p134) في دراستهم فعالية النمذجة المباشرة المقدمة لطفل التوحد في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات، وتحقيق الاستقلالية له، ودفعه إلى مزيد من النمو وتعديل السلوك (Reamer, R., Brady, M., & Hawkins, J., 1998, p134). كما بينت دراسة ماك آرثر وباردلي وآرتسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) فعالية تدريب الأطفال من ذوي الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم باستخدام نموذج عرضه المعلم عليهم مباشرة بواسطة الأم (Macarthur, J., & Ballard, K., & Artesian, M., 1986, p308).

٢- النمذجة غير المباشرة (Non-Live Modeling): التي تستخدم معينات بصرية تكنولوجية (صور، فيديو، مشاهد تلفزيونية حية، استخدام العرض التقديمي للحواسيب) في عرض النموذج السلوكي على الطفل المعاق ومن ثم الطلب منه تقليده، وقد بينت عدة دراسات فعالية النمذجة غير المباشرة في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد؛ فقد بينت دراسة تشارلوب وميلستن (Charlop & Milstien 1989) فاعلية تعليم أطفال التوحد المحادثة باستخدام نمذجة الفيديو تتضمن مشاهد محادثات كلامية، وبعد العرض يتم مناقشة ما تم مشاهدته معهم، وقد أثبتت الدراسة فعالية هذا الأسلوب في تنمية المهارات اللغوية بعد (١٥) جلسة (Charlop, M., & Milstein, J., 1989, pp283-285). كما تمكن ريمير وبراندلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998) من دراسة تأثير الفيديو القائم على التفاعل بين الآباء وأطفالهم التوحدين في تنمية مهارات العناية بالذات من خلال تقييم الذات، والنمذجة الذاتية، والتدريبات السلوكية، وأثبتت النتائج فعالية البرنامج بدلالة عالية أظهرتها قوائم الملاحظة قبل البرنامج وبعد البرنامج، كما أشارت الاستبيانات الموزعة على أولياء الأمور فعالية عالية للبرنامج باستخدام الفيديو (Reamer, R., Brady, M. & Hawkins, J., 1998, p140). كما تمكن ماتسون (Matson 1990) من تعليم مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد والمتخلفين عقلياً بالصور لعينات من سلوك مهارات العناية بالذات، وتعلم الأطفال في كلا المجموعتين بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية (Matson, J., 1990, pp366-375). كما تمكن بيرس وشريمان (Pierce & Schreibman 1994) من تعليم مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات لأطفال التوحد باستخدام الصور، وأظهرت النتائج أنه يمكن لأطفال التوحد استخدام الصور بنجاح لإدارة سلوكهم في غياب من يقدم لهم المعالجة، كما يمكنهم أيضاً أن يعمموا سلوكهم عبر المواقع والمهام المختلفة، وأن يحتفظوا بسلوكياتهم في مرحلة المتابعة (Pierce, K. L., & Schreibman, L., 1994, pp478-480). وهناك دراسات أخرى أثبتت فعالية الفيديو والصور في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين.

ثالثاً- مراحل تصميم برامج العلاج السلوكي (بالتعزيز والنمذجة) لأطفال التوحد:

تُصمم البرامج العلاجية والتدريبية لتعديل أو تثبيت أو تنمية المهارات السلوكية والمعرفية والاجتماعية واللغوية لأطفال التوحد باستخدام التعزيز الإيجابي والنمذجة وفق مجموعة خطوات اتفق عليها معظم الباحثين والدارسين ومجموعات الرعاية المهتمة بتصميم تلك البرامج، والتي استندت في خلفيتها النظرية على مدخل النظرية السلوكية من جهة، ونتائج البحث التجريبي من جهة أخرى، وتتضمن عملية التصميم هذه مجموعة من الإجراءات أهمها:

١- تحديد السلوك المحوري أو المدخلي: باستخدام الملاحظة المباشر أو قوائم رصد السلوك، أو الاختبارات النفسية غير الرسمية أو الرسمية (المقننة)، أو التقارير الذاتية من خلال المقابلة أو الاستبيان، أو الاختبارات الموقفية.. للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب غير المرغوب فيه والمراد تعديله. أو السلوك السوي المرغوب فيه والمراد تثبيته، أو السلوك الضعيف المراد تثميته، وذلك بطريقة موضوعية قابلة للملاحظة والقياس، لتحديد مواطن القوة والضعف (مخائيل، ٢٠٠٦، ص ٤٧-٥٠). وهناك مجموعة واسعة من الاختبارات المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد كقائمة المعايير التشخيصية للسلوك التوحيدي المستمدة بنوده من الـ (DSM-IV-TR, 2000)، ومقياس تقدير التوحد في الطفولة (Childhood Autism Rating Scale- CARS) من تصميم سكوبلر وآخرون (Schopler et al 1988)، وقد قنن على البيئة الأردنية (القريوتي وعبانة، ٢٠٠٦، ص ٧٣-٨٣). ومقياس (ستانفورد- بينيه) للذكاء الصورة الرابعة المقنن على البيئة المصرية الذي يتضمن معايير القدرات العقلية للأطفال التوحد (ملكية، ١٩٩٨، ص ٢٢٣). ومقياس فلاندرس للسلوك التكيفي (Vineland Adaptive Behavior Scale) المقنن على البيئة المصرية والسعودية (العتيبي، ٢٠٠٤). وقائمة تقدير السلوك التوحيدي (Autistic Behavior Checklist- ABC) من تصميم وتقنين (الزراع ٢٠٠٤) على البيئة السعودية، بالإضافة إلى مقاييس أخرى عديدة لتشخيص المهارات اللغوية والاجتماعية والتواصلية.

وفي الدراسة الحالية تم تحديد جوانب القصور في مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل لدى أطفال التوحد من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث عملت الباحثة على تصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي، مستمدة بنوده من دراسات سابقة عربية وأجنبية شبيهة بالدراسة الحالية، وتم التحقق من صدقه وثباته، وتعييره ليناسب أطفال التوحد من عمر (٨ إلى ١١) سنة.

٢- تحديد مدى تواتر السلوك المستهدف والبيئات التي يظهر فيها: وهنا لابد من تحديد درجة ظهور السلوك المراد تعديله أو تثبيته أو تثميته (مقداره) ومدى تكراره وفترة ظهوره، فقد يظهر سلوك إيذاء الذات مثلاً (٥) مرات يومياً، لمدة (١٠) دقائق، لدرجة الإضرار بالحالة الصحية للطفل التوحيدي (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ١٣٢-١٣٣). كما لابد من تحديد البيئة التي يظهر فيها السلوك المضطرب، فلا يمكن النظر إلى هذا السلوك بمعزل عن البيئة التي يظهر فيها، لذلك لابد من تحديد السوابق وهي العوامل البيئية المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب، كأن يكون نتيجة لمتعكس طبيعي أو نتيجة لمتعكس شرطي متعلم ومعتم على مواقف مشابهة، كما لابد من تحديد النواتج المترتبة على هذا السلوك المضطرب إذا كان متعلماً، فهل يحصل من خلاله الطفل على

تعزيز سلبي أو إيجابي من البيئة الخارجية أم لا، وذلك وفق نموذج (A - B - C) أي (مثير - استجابة - تعزيز) (واطسون، ١٩٨٨، ص ١٢٢).

وفي الدراسة الحالية تم الاستفادة من الجلسة التدريبية الأولى للبرنامج التدريبي، التي تمكنت فيها الباحثة من التعرف قدر الإمكان (بواسطة ما قدمه أولياء الأمور من معلومات عن كل طفل على حدى) على الظروف المحيطة (المادية والاجتماعية) التي يظهر فيها الطفل التوحدي أنماط من السلوك تعبر عن اضطراب مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارجه)، ومدى تواتره، وشدته، وما هي الظروف المناسبة للحد منه.

٣- تحديد أهداف البرنامج: لاسيما الهدف العام للبرنامج تعديل السلوك، والأهداف السلوكية لكل وحدة تدريبية، والأهداف الإجرائية لكل جلسة تدريبية، وتعيين مدة كل هدف، وما تتضمنه من سلوكيات بديلة لتثبيتها بدلاً من السلوكيات الشاذة والمضطربة، ولابد من صياغة تلك الأهداف بطريقة إجرائية سلوكية قابلة للملاحظة والقياس المباشر والموضوعي حتى لو اختلف الفاحصون (واطسون، ١٩٨٨، ص ١٢٢).

وفي الدراسة الحالية تم تحديد الهدف العام للبرنامج التدريبي والأهداف التعليمية والأهداف الفرعية لكل جلسة تدريبية، والتي تحددت بتمتية مهارات العناية بالذات داخل المنزل في مجالات (استخدام أدوات تناول الطعام والشراب، تنظيف الأسنان، غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون، ترتيب القُرطاسية المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها، استعمال الهاتف، خطر استعمال فرن الغاز، خطر بعض الأدوات الكهربائية)، وتمتية مهارات العناية بالذات خارج المنزل في مجالات (رمي القمامة في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور...) وذلك باستخدام إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي، ولابد من التنويه إلى أن أهداف البرنامج التدريبي جاءت متطابقة مع أهداف مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.

٤- تحديد الوسائل المعينة وطرق تنفيذ البرنامج: لتحقيق أهداف البرنامج العامة والخاصة، ففي إستراتيجية النمذجة لابد من تحديد النماذج السلوكية لمهارات العناية بالذات باستخدام نموذج مقدم من قبل المعالج نفسه أو باستخدام شريط فيديو أو بالصور (بيومي، ٢٠٠٨، ص ٧٦). وفي إستراتيجية التعزيز قد يستخدم المعالج التعزيز التجنبي (السلبي) لأنه أكثر فاعلية من التعزيز الإيجابي، أو قد يقرر تقليل السلوك الغير مرغوب به باستخدام الإطفاء لأنه أكثر فعالية من العقاب (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٠٠).

وفي الدراسة الحالية تم العمل على تصميم النماذج السلوكية المباشرة المقدمة من قبل المدربة، كما تم تصميم الوسائل التعليمية باستخدام نماذج حقيقية (فرن غاز، أدوات كهربائية،

مغسلة، فرشاة أسنان.. إلخ)، ونماذج غير مباشرة (صور، مقاطع فيديو..)، والتي تم توظيفها في الوقت والمكان المناسب لتحقيق الهدف العام والأهداف الفرعية لكل جلسة تدريبية.

٥- تحديد المحكات اللازمة للحكم على السلوك البديل: فمن مهام المعالج السلوكي تحديد المحكات المستخدمة للحكم على الطفل بأنه قد تلاشى لديه السلوك المضطرب، وأنه قد تعلم السلوك البديل المرغوب فيه (واطسون، ١٩٨٨، ص ١٢٣). وهذا بدوره يعتبر أساسي للحكم على فعالية البرنامج السلوكي الموضوع من قبل المعالج، وليقدم بيانات عن سلامة إجراءات التدخل العلاجية (تغذية راجعة للمعالج)، وما إذا كانت هناك حاجة إلى تعديل أو تغيير طريقة العلاج المستخدمة، أو تقرير بطلانها وعدم صلاحيتها، وما يمكن أن يترتب عليها من نتائج سلبية على السلوكيات الأخرى (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٠٠-١٠١).

وفي الدراسة الحالية تم تحديد محكات الحكم على تحقق الأهداف الفرعية لكل جلسة تدريبية، بأن يحقق المتدرب (من أفراد المجموعة التدريبية) مستوى إتقان لكل مهارة فرعية من مهارات العناية بالذات لا يقل عن (١٠٠%). قبل الانتقال إلى الهدف الفرعي الثاني، والذي اعتبر المخرج الرئيسي المتوقع من تطبيق جميع الأهداف الفرعية لكل جلسة من جلسات البرنامج التدريبي.

٦- تصميم البرنامج العلاجي أو التدريبي: في هذه المرحلة تصمم وحدات البرنامج العلاجي أو التدريبي وفق الهدف العام للبرنامج، والسلوك المستهدف تعديله، والمستهدف تدميته، وتحديد مدة تنفيذه، وطرائق تطبيقه، والوسائل التدريبية المساعدة، وطرق التحقق من فعاليته، وهناك برامج تدريبية عديدة أثبتت فعاليتها في تعديل سلوك أطفال التوحد وفي تنمية مهارات اجتماعية وتواصلية ولغوية ومهارات عناية بالذات كبرنامج دنفر (Denver)، وبرنامج تيتش (TEACCH)، وبرنامج لوفاس (Lovas) (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٢٥٦-٢٥٩). كما أن هناك دراسات عنيت بتصميم برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد باستخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي سيأتي على ذكرها بالتفصيل في باب الدراسات السابقة.

٧- تطبيق البرنامج التدريبي أو العلاجي: حيث يتم تطبيق البرنامج المصمم من قبل المعالج، وتطبيقه على الفرد أو المجموعة المقصودة لتعديل أو تثبيت أو تنمية سلوك معين وفق الهدف العام من الدراسة، والتحقق من فعاليته في تحقيق ذلك الهدف.

٨- التحقق من ثبات السلوك لدى عينة أطفال التوحد بتطبيق الاختبارات البعدية المباشرة، والبعدية المتتبعية المصممة لهذا الغرض.

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من فعالية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارجه) باستخدام مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي، وبمساعدة أولياء الأمور لإجراء المقارنات بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة.

قبل تطبيق البرنامج التدريبي، وبعده الانتهاء من تطبيقه مباشرة، والتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

● - أوجه الاستفادة من المحور النظري الثاني (التعزيز والنمذجة):

١- التعرف على الخلفية النظرية والجذور التاريخية للنظرية السلوكية، ومساهمة جهود مجموعة العلماء والباحثين لوضع الأسس الأولى للنظرية السلوكية، وفي مقدمتهم بافلوف (Pavlov)، وثرندايك (Thorndike)، وواطسون (Watson)، وسكنر (Skinner)، وهل (Hull)، ومورر (Mowrer)، وتولمان (Tolman)، وجثري (Guthrie).

٢- التعرف على أهم الإجراءات المتبعة في مدخل النظرية السلوكية لتعديل السلوك السلبي غير المرغوب فيه، وتثبيت السلوك الإيجابي المرغوب وتنمية الوظائف السلوكية الضعيفة لمهارات العناية بالذات، بتحديد السلوك المراد تعديله، وتحديد العوامل والأحداث والمثيرات البيئية (المادية والمعنوية) التي ساهمت في ظهوره والحفاظ عليه، والعمل على تعديلها بما يجعلها مساعدة في تنمية وتثبيت السلوك المرغوب، وقد كان ذلك فعالاً مع أطفال التوحد خلال تطبيق جلسات البرنامج التدريبي، وساعد على دمجهم مع أقرانهم العاديين في المجتمع الكبير، وبما يتناسب مع حاجاتهم وبيئتهم المحلية، حتى تمكنوا من تعميم ونقل ما تعلموه إلى مواقف أخرى مختلفة ومتشابهة.

٣- التعرف على أنواع المعززات ودورها كأحد فنيات العلاج السلوكي، لاسيما استراتيجية التعزيز، الأمر الذي يترتب عليها زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل وفي تقويته، والاستفادة من ذلك في تصميم جلسات البرنامج التدريبي، وتوزيع أنواع المعززات على تلك الجلسات.

٤- التعرف على الاستخدام الأمثل لمصنوف المعززات، ودور كل واحدة منها (المعززات الأولية والثانوية، المعززات المعجمة، التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي المميز عن العقاب، المعززات المادية والنشاطية والاجتماعية)، والاستفادة من ذلك كله خلال تصميم وتنفيذ جلسات البرنامج التدريبي.

٥- التعرف على أهم العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز في تعديل السلوك (توقيت التعزيز، ثبات التعزيز، كمية التعزيز، الحرمان، درجة تعقيد السلوك، التنويع، التحليل الوظيفي، الجودة)، وأخذ معظم تلك العوامل بالاعتبار خلال تصميم وتنفيذ جلسات البرنامج التدريبي.

٦- التعرف على أهم الباحثين الذين يعود لهم الفضل في إرساء قواعد إجراء النمذجة كاستراتيجية في التعليم وفي تعديل السلوك ولاسيما باندورا (Bandura).

٧- تحديد أفضل طريقة ممكنة لاستخدام استراتيجية النمذجة في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لمهارات العناية بالذات، بتحليل التفاعل بين العوامل الداخلية الذاتية المستقلة، والعوامل الخارجية البيئية المستقلة، وعدم النظر إلى الفرد والبيئة ككيانين مستقلين، بل يتحدان

بطرق مختلفة لإحداث النتائج السلوكي بالنموذج، وتحديد مجموعة من المتطلبات الرئيسية لتتم عملية التعلم وتعديل السلوك بالنمذجة، كملاحظة النموذج السلوكي، وحفظ النموذج السلوكي، والقدرة على تأديته، وانتقائية التعلم من النموذج السلوكي.

٨- التعرف على أنواع النمذجة (المباشرة، وغير المباشرة) وتوظيفها بالوقت المناسب خلال تصميم وتنفيذ جلسات البرنامج التدريبي.

٩- التعرف على مراحل تصميم برامج العلاج السلوكي بالنمذجة والتعزيز لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، والتي تبدأ بتحديد السلوك المحوري أو التشخيص، وتحديد مدى تواتر السلوك المستهدف والبيئات التي يظهر فيها، وتحديد أهداف البرنامج ووسائل المعينة وطرق تنفيذه، والمحكات اللازمة للحكم على السلوك البديل، وتصميم البرنامج العلاجي أو التدريبي، وتطبيقه والتحقق من فعاليته.

المحور الثالث

مهارات العناية بالذات

- تمهيد:

أولاً- مفهوم العناية بالذات.

ثانياً- عوامل عدم اكتساب الطفل التوحيدي لمهارات العناية بالذات.

ثالثاً- تصنيف مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.

- أوجه الاستفادة من المحور الثالث للإطار النظري (مهارات العناية بالذات).

- تمهيد:

يتناول المحور الثالث من (الإطار النظري) للدراسة الحالية مهارات العناية بالذات بالمفهوم العام، وماهي العوامل المساهمة في عدم اكتساب مهارات العناية بالذات لدى طفل التوحد، وتقديم تصنيف مقترح لمهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد.

أولاً- مفهوم العناية بالذات:

تعد مهارات العناية بالذات (Self-Care Skills) من أهم المهارات التي لها دور فعال في توافق الفرد مع ذاته وتفاعله مع مواقف الحياة اليومية، وضرورة حتمية لجميع الأفراد عموماً وللمعاقين خصوصاً في أي مجتمع؛ وقد عرف سجنورلي (Signorelli 1991) مهارات العناية بالذات بأنها مجموعة المهارات التي تمكن الفرد من التكيف على نحو إيجابي مع محيطه، وتجعله قادراً على التعامل بفاعلية مع متطلبات المحافظة على صحته وسلامته وتأمين متطلبات الحياة اليومية (طعام، شراب، نوم...) وتحدياتها (الجروح، الحروق، المخاطر...)، بما يعزز صحته الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية (Signorelli, A, 1991, p327). كما عرفها هجنر (Hegner 1992) بأنها مجموعة المهارات المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد وما يتصل بها من معارف وقيم واتجاهات، يتعلمها بصورة مقصودة أو غير مقصودة، منظمة أو غير منظمة، وبالشكل الذي يمكنه من تحمل المسؤولية والتعامل مع مقتضيات الحياة اليومية بنجاح، وتجعل منه مواطناً منتجاً (Hegner. D, 1992, p16). وقد بين (سليمان ٢٠٠٢) أن الطفل التوحيدي الذي يبلغ من العمر (٥) سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع طفل في السنة الأولى من عمره فيما يتعلق بمهارات العناية بالذات، فنجده لا يمتلك منها إلا القليل، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه ومساعدته في ارتداء ملابسه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه يضعها في فمه فقط تماماً كالطفل الرضيع، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر (سليمان، ٢٠٠٢، ص ٤٧-٤٨).

ثانياً- عوامل عدم اكتساب الطفل التوحيدي لمهارات العناية بالذات:

من مراجعة عدة دراسات تبين أن الأطفال العاديين يتعلمون مهارات العناية بالذات بالتدريب والممارسة اليومية من قبل الأسرة (الأم تحديداً) من عمر (٢-٣) سنوات تقريباً، وذلك بعد اكتمال المتطلبات اللازمة لتلك المهارات لاسيما المتعلقة بالنضج العقلي والإدراكي والجسدي، كما أن تلك الدراسات بينت أن أطفال التوحد قد لا يتمكنون من تعلم مهارات العناية بالذات ويتأخرون في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٣-٦) سنوات، وقد يتأخر البعض الآخر لمرحلة تتجاوز عمر (١٠) سنوات إذا كان التوحد من الحالات الشديدة والعميقة، أو تلك الحالات المرتبطة بتخلف عقلي شديد وعميق دون (٣٥) درجة على اختبار ذكاء مقنن، مما يجعل طفل التوحد يواجه عدة مشكلات مرتبطة بمهارات العناية بذاته والمحافظة على صحته الجسدية من الأخطار (Nelson, L., & Gergenti, E., &)

(Hollander, A. C., 1980, p3)؛ (Taylor. A, et al, 2004, p3)؛ (Northumberland County Council Communication Support Service., 2004, p18)؛ (بيومي، ٢٠٠٨، ص٢). كما تبين أن السبب في تراجع معظم أطفال التوحد عن اكتساب مهارات العناية بالذات بشكل فعال مقارنة مع الأطفال العاديين من نفس العمر الزمن والعقلي يعود إلى مجموعة من العوامل أهمها:

١- **المشكلات المرتبطة بالنمو اللغوي (اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية):** فبعض أطفال التوحد لديهم مشكلات في فهم التعليمات اللفظية الشفهية للعناية بالذات من الآخرين البالغين (اغسل يديك، اقطع الشارع، انظر إلى إشارة المرور، ابتعد عن النار فهي خطيرة..)، كما أن بعضهم الآخر قد لا يفهم المعنى الوظيفي لبعض الكلمات (حمام، مشط، صابون، خطر، حار، بارد، مرتفع، مغلق..)، ويواجه بعضاً منهم مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته من الآخرين للعناية به، أو تفويضهم والطلب منهم القيام بتلك المهمات، وهذه مشكلة مرتبطة بصعوبات اللغة التعبيرية (Rutter, M., 2005, p133-136).

٢- **المشكلات الحسية:** معظم أطفال التوحد لديهم حساسية مفرطة لأصوات معينة، أو مثيرات بصرية معينة، أو يكون البعض منهم حساساً للمس، مما يجعلهم يخافون من بعض الألوان والأصوات والأماكن المغلقة أو المرتفعة نوعاً ما، أو من الأشياء المتحركة من حولهم (ألوان السيارات وإشارات المرور، الأماكن المزدحمة، المصعد، السيارات المتحركة، حجرة الحمام، أصوات السيارات، صوت المكينة الكهربائية..)، كما أن نقص الحساسية اللمسية لدى معظم أطفال التوحد قد تسبب لهم عدم الشعور بإحساسات الألم أو البرودة أو الحرارة الزائدة مما يؤدي إلى عدم الشعور بأن المثانة ممتلئة، كما قد لا يخاف طفل التوحد من بعض المثيرات البيئية التي تثير الخوف لدى الطفل العادي من نفس العمر الزمني والعقلي (حيوان مفترس، بوق الإنذار، سيارة مسرعة..) (Robinson, S., & Magill-Evans, J., 2009, pp11-12).

٣- **فقدان الصبر وفرط النشاط:** فبعض أطفال التوحد لا يمتلكون الصبر الكافي لإتمام مهمات العناية بالذات والمواظبة عليها والاستمرار القيام بها، وقد حلت بعض الدراسات ذلك إلى مشكلات تتعلق بفرط النشاط وعدم الرغبة في الامتثال للتعليمات، كما أن لبعضهم الآخر عدداً من مظاهر السلوك الهيجاني والعدواني تجاه تنفيذ التعليمات المتعلقة بمهارات العناية بالذات (Northumberland County Council Communication Support Service., 2004, p24).

٤- **الإصرار على الروتين:** التي تتمثل غالباً بعدم رغبة طفل التوحد في تغيير الروتين المتعلق بتنفيذ بعض مهمات العناية بالذات، كالإصرار على استخدام نفس الحمام الموجود في المنزل الذي اعتاد فيه على قضاء حاجاته الشخصية في النظافة، أو عدم رغبته في قضاء تلك الحاجات إذا كان مطلوباً منه قضائها في المدرسة مثلاً (الشامي، ٢٠٠٤، ص٣٩٩). وينطبق ذلك على عادات

الأكل والطعام لديه، فغالباً ما تكون عادات طفل التوحد في تناول الطعام عادات صعبة جداً ومزعجة للوالدين إلى درجة كبيرة، فلا يتناول سوى أنواع محددة من الطعام والشراب، وقد لا يستخدم إلا بعض الأدوات، وقد يصبح الطفل بديناً بسبب إصراره على تناول بعض أنواع الطعام، أو نحيفاً بسبب رفضه المستمر تناول كميات كافية من الطعام المناسب بحسب إرشادات الطبيب، وفشل محاولات أولياء الأمور في التأثير على هؤلاء الأطفال وتشجيعهم على تناول أنواع مختلفة من الطعام وتغيير العادات الغذائية لديهم (عبد العزيز، ١٩٩٩، ص ٨٥).

٥- **الاعتماد على الغير:** غالباً ما يعتمد طفل التوحد في تنفيذ مهارات العناية بالذات على الآخرين البالغين المحيطين به، وتتفاقم المشكلة أكثر إذا استمر هؤلاء البالغين في تنفيذ طلباته تلك دون محاولة تمكينه منها وتدريبه على العناية بنفسه (السعد، ١٩٩٢، ص ٦٤-٦٥).

٦- **رفض الغرباء:** إن السمة الأساسية لأطفال التوحد هي صعوبة التفاعل الاجتماعي وخصوصاً مع الغرباء (المعلم، المدرب، الجيران، شرطي المرور...)، مما ينعكس سلباً على تنفيذ مهمات العناية بالذات، ويتمثل ذلك في عدم رغبته بتلقي أي مساعدة منهم حين شعورهم بتعرضه لمشكلات خطيرة قد تضر بحياته أو صحته، وهذه المشكلة تتفاقم أكثر حين عدم معرفتهم بأنه يعاني من اضطراب التوحد (Taylor, A, et al, 2004, p4).

تلك كانت أهم الأسباب المؤدية إلى نقص قدرة أطفال التوحد على اكتساب مهارات العناية بالذات، ولكن هذه الأسباب ليست نهائية، فهناك أسباب أخرى كنقص الانتباه والاهتمام بالجزئيات، والعدوانية، ونقص القدرات العقلية دون المتوسط التي قد تصاحب التوحد.

ويرى بعض الباحثين أن تدريب وتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد لها أهمية بالغة، إذ تمكنهم من عملية الدمج مع الأقران العاديين وتقبلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكاديمية إذ تجنب الوالدين الإحراج الذي قد يسببه لهما الابن أمام الآخرين من جهة، ويمكن طفل التوحد من الاعتماد على نفسه في مستقبل حياته القادمة من جهة أخرى، لذلك أوصت جميع تلك الدراسات لاسيما دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة بيرس وشريمان (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة تيلر وزملائه (Taylor et al 2004)، ودراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٥)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩)، ودراسة روبنسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009) بضرورة إعداد برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، تتناسب مع ما لديهم من قدرات وإمكانات، ومع الهدف العام من البرنامج التدريبي المراد تحقيقه لدى أطفال التوحد، بما يساعد في تنمية مهارات العناية بالذات لديهم ويعينهم على مواجهة متطلبات الحياة اليومية مستقبلاً.

ثالثاً- تصنيف مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي:

تحدد الدراسة الحالية مهارات العناية بالذات بأنها تتدرج ضمن محورين أساسيين بحسب الهدف العام للدراسة الحالية، إذ تبين من مراجعة عدد من الدراسات وجود خلط وعدم تنسيق بتنظيم محدد لمهارات العناية بالذات التي يحتاجها أطفال التوحد، لذلك تقترح الدراسة الحالية تصنيفاً جديداً لتلك المهارات بما يمكن المربين وأولياء الأمور من تنميتها على نحو منظم وفعال لدى أطفال التوحد، وبما يتناسب مع حاجاتهم من تلك المهارات، وقد تم ترتيب تلك المهارات كما يظهر في الشكل (١):

الشكل (١)

تصنيف مقترح لمهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي



١- مهارات العناية بالذات داخل المنزل: تعرف في الدراسة الحالية بأنها تلك المهارات التي تمكن طفل التوحد من التكيف على نحو إيجابي مع محيطه الفيزيائي (المادي) داخل المنزل، وتجعله قادراً على التعامل مع كل عناصره بفاعلية (سكاكين، شوكة، ملاعق، مآخذ كهربائية، مكواة..)، واستخدامها بما يحقق حاجاته الأساسية في المحافظة على صحته (طعام، شراب، نوم..)، وسلامته من الخطر (جروح، حروق، مخاطر..)، وبما يعزز سلامته الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية له، وتتضمن تلك المهارات مايلي:

أ- استخدام أدوات الطعام والشراب: كالشوك والملاعق والسكاكين والأكواب والصحون، وذلك وفق آداب الطعام والشراب المتعارف عليها اجتماعياً، وما تتضمنه من عادات غذائية سليمة تضمن لطفل التوحد الصحة الجسدية والنفسية.

ب- ارتداء وخلع الملابس: تتضمن تمكين طفل التوحد من مهارات ارتداء وخلع ثيابه وأحذيته، وما تتضمنه من مهارات فرعية كحل الأزرار وعقدها، وربط خيوط الحذاء وحلها، وتعليق الثياب في الأماكن المخصص لها في الخزانة، والإبلاغ عن الثياب المتسخة لتنظيفها..إلخ.

ج- تنظيف الأسنان: تتضمن عملية تعقيم الفرشاة قبل الاستعمال في كل مرة، وفتح الحاقون المخصص لمعجون الأسنان، ووضع كمية مناسبة منه على الفرشاة، وتحريك الفرشاة على الأسنان بشكل دائري وعمودي بحسب تموضع الأسنان، وتنظيف الفم بعد التفريش، وتنظيف فرشاة الأسنان وإغلاق حاقون المعجون، ووضعهما في المكان المخصص.

د- استخدام الحمام والمرحاض: فيما يتعلق بمهارة استخدام الحمام فهي تتضمن الإبلاغ عن الحاجة للاستحمام، وخلع الملابس وتعليقها في مكانها المخصص داخل الحمام، واستعمال مواد التنظيف (صابون، سائل الاستحمام /الشامبو/) وإسفنجة الاستحمام والماء، والتسبج بالماء، وتنشيف الجسم بمنديل الحمام، وارتداء الملابس النظيفة، وأخذ الملابس المتسخة إلى المكان المخصص لها لتنظيفها لاحقاً. أما مهارة استخدام المرحاض للتبول والإخراج فتتضمن الإبلاغ عن الرغبة في طرح الفضلات، والذهاب إلى المرحاض، وخلع الملابس في داخله، والجلوس في المكان المخصص وللتبرز أو التبول، وتنظيف الأماكن التي تم استخدامها وتنظيف الجسم، وارتداء الملابس، وغسل اليدين بالماء والصابون.

هـ- ترتيب غرفة النوم والسرير: تتضمن الاستيقاظ باكراً في الصباح (نحو الساعة صباحاً)، وترتيب السرير والفرش، والذهاب لغسل الوجه بالماء والصابون، ثم تفقد الغرفة إذا كان فيها شيء غير منظم ومرتب في مكانه.

و- الاعتناء بالملكات الشخصية: تتضمن استخدام الممتلكات الشخصية (كتب، أقلام، دفاتر، ملابس، ألعاب..) بطريقة تمكن من المحافظة عليها من التلف، والعمل على حفظها في أماكنها المخصصة بعد الاستعمال، واتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ عليها سليمة (تجليد، تنظيف، إبعادها عن الماء..).

ز- استعمال الهاتف للضرورة: تتضمن التدريب على كيفية استخدام الهاتف (رفع السماعة، وسماع نغمة التوون، طلب الرقم، التحدث، إغلاق السماعة)، كما تتضمن حفظ الأرقام الضرورية لمكان عمل الأب أو الأم وبعض أرقام الطوارئ (الإطفاء، النجدة..)، وتمكين طفل التوحد من أخلاقيات استخدام الهاتف عند الضرورة.

ج- الحماية من خطر بعض الأدوات المنزلية: كالمكواة، وفرن الغاز، والمآخذ الكهربائية، والمدفئة، وتبيان المخاطر المترتبة على استخدامها بطريقة عشوائية.

٢- مهارات العناية بالذات خارج المنزل: تعرف في الدراسة الحالية بأنها تلك المهارات التي تمكن طفل التوحد من التكيف على نحو إيجابي مع محيطه الفيزيائي (المادي) خارج المنزل، وتجعله قادراً على التعامل مع كل عناصره بفاعلية (طرقات، محلات تجارية، إشارات مرور، مصاعد، حافلات، نقود..)، واستخدامها بما يحقق حاجاته الأساسية في المحافظة على صحته (حروق، جروح، كسور، تأمين حاجاته..)، وبما يعزز الصحة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية له، وتتضمن تلك المهارات مايلي:

أ- استخدام الحافلات: تتضمن الوقوف على الرصيف المخصص لموقف الحافلة، والصعود إليها من باب الصعود، وقطع التذكرة، والجلوس على أحد الكراسي في داخلها، والخروج من الباب الخلفي عند المكان المقصود، وما تتضمنه هذه المهارة من أخلاقيات تجنب الازدحام وإتاحة الفرصة للعجزة والشيوخ للجلوس.

ب- خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور: تتضمن التنبيه إلى إشارة مرور السيارات، والوقوف عندما ينادي اللون الأخضر فيها، وقطع الشارع عندما ينادي الضوء الأحمر فيها، والنظر إلى اليمين واليسار عند قطع الشارع، وقطع الشارع إلى الطرف المقابل مع مراعاة المكان المخصص لذلك، وطلب المساعدة من شرطي المرور عند الحاجة.

ج- استعمال النقود لشراء الحاجات: تتضمن التعريف بقيمة الوحدات النقدية وأجزائها (١٠٠٠٠ ل.س، ٥٠٠٠ ل.س، ٢٠٠٠ ل.س، ١٠٠٠ ل.س، ٥٠٠ ل.س، ٢٥٠ ل.س، ١٠٠ ل.س، ٥٠ ل.س، ٢٥ ل.س، ١٠ ل.س، ٥ ل.س)، وكيفية التحقق من قيمة السلعة، ودفع النقود للبائع، وأخذ المتبقي منها إن وجد، والعودة للمنزل.

د- استخدام المصعد: تتضمن انتظار المصعد ونزول قاطنيه إن وجدوا، والصعود بداخله، واختيار رقم الطابق المطلوب، ومراقبة اللوحة الالكترونية حتى رقم الطابق المطلوب، والنزول من المصعد وإغلاق بابه، وتتضمن هذه المهارة التنبيه تجاه خطر المصعد عند انقطاع التيار الكهربائي والاتصال بالمعنيين عند حدوث أي طارئ، والتخلي بالهدوء عند حدوث مثل هذه المشكلات.

هـ- عنوان المنزل: تتضمن تمكين طفل التوحد من حفظ عنوان منزله (المحافظة، المدينة، الحي، الشارع، رقم البناء، رقم المنزل..)، والإبلاغ عن ضياعه للشرطة أو البالغين المحيطين به.

و- خطر الحرائق: تتضمن ابتعاد طفل التوحد عن الحرائق مهما كانت صغيرة لحفظ سلامته من الحروق، وإبلاغ البالغين من حوله أو الشرطة عن وجودها.

ز- تجنب خطر الحيوانات المفترسة والسامة: كالكلاب الشاردة والأفاعي والعقارب.. والابتعاد عنها وعدم ملامستها حفاظاً على صحته من العض أو اللدغ أو..، وإرشاد البالغين من حوله أو الشرطة عن وجودها.

ح- خطر السيارات المسرعة: تتضمن تجنب الوقوف في الشوارع والطرق العامة التي تتواجد فيها سيارات مسرعة، والوقوف والمشي على جانبي الطريق وفي المكان المخصص للمشاة (الرصيف)، والتأكد من خلو الطريق قبل قطعه إلى الطرف المقابل.

وهناك مهارات عناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل عديدة أخرى خاصة بأطفال التوحد يمكن للمربين إضافة ما يرونه مناسباً وفق تطورات الحياة المعاصرة، وفي الدراسة الحالية سيتم الاختصار على تنمية المهارات التالية:

●- مهارات العناية بالذات داخل المنزل وتتضمن:

- تنمية مهارات استخدام أدوات تناول الشراب.
 - تنمية استخدام أدوات تناول الطعام.
 - تنمية مهارات تنظيف الأسنان.
 - تنمية مهارات غسل الوجه واليدين بالماء والصابون.
 - تنمية مهارات ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها.
 - تنمية مهارات رمي القلمة في المكان المخصص لها.
 - تنمية مهارات استعمال الهاتف.
 - تنمية مهارات استعمال المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها.
 - تنمية مهارات استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.
- #### ●- مهارات العناية بالذات خارج المنزل وتتضمن:
- تنمية مهارات التعرف على أشارات المرور وتحديد أهميتها والتقيد بها أثناء السير في الشارع.

- خطر حوادث قطع الشارع، وطلب المساعدة من شرطي المرور عند الحاجة.

●- أوجه الاستفادة من المحور الثالث للإطار النظري (مهارات العناية بالذات):

- ١- إدراك حقيقة أن أطفال التوحد يتأخرون بمقدار (٢ إلى ٣) سنوات فيما يتعلق باكتساب مهارات العناية بالذات مقارنة بالعاديين من نفس العمر الزمني والعقلي، وأخذ هذه الحقيقة بالاعتبار عند تصميم جلسات البرنامج التدريبي.

٢- التعرف على الأسباب التي تقف خلف تدهور قدرة أطفال التوحد على اكتساب واستخدام مهارات العناية بالذات بكفاءة مقارنة بالعاديين من نفس العمر الزمني والعقلي، وأخذ تلك الأسباب في الاعتبار عند تصميم جلسات البرنامج التدريبي.

٣- الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية لتحديد أهم مجالات النقص والتدهور في مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، والاستفادة منها في تصميم جلسات البرنامج التدريبي.

٤- تعيين مهارات العناية بالذات التي تعد الأكثر شيوعاً لدى أطفال التوحد، وتحديد ما تعريفها بطريقة إجرائية قابلة للملاحظة والقياس، وتصميم مقياس لتقدير مهارات العناية بالذات، والتحقق من صدقه وثباته، وتعييره، ليناسب البيئة المحلية ولأطفال التوحد من عمر (٨ إلى ١١) سنة، واستخدامه كمقياس قبلي، وبعدي مباشر، وبعدي تتبعي.

٥- تمكين الدراسة الحالية من اقتراح تصنيف لمهارات العناية بالذات لأطفال التوحد داخل المنزل وخارج المنزل، وتعريف تلك المهارات بدقة.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

- تمهيد:

أولاً- دراسات سابقة عربية وأجنبية.

ثانياً- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

- تمهيد:

يتناول الفصل الثالث (للدراصة الحالية) عرض الدراسات السابقة العربية والأجنبية الشبيهة بالدراسة الحالية، والتي عملت على تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من عدة فئات عمرية، أو عملت على علاج اضطرابات سلوكية ذات العلاقة بالدراسة الحالية التي تناولت علاج اضطرابات سلوكية أخرى باستخدام استراتيجيات التعزيز والنمذجة، والدراسات السابقة التي تناولت علاج وتنمية مهارات العناية بالذات باستخدام التعزيز والنمذجة، العربية منها والأجنبية، ثم بيان مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.

أولاً: دراسات سابقة (عربية وأجنبية):

١- دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980).

عنوان الدراسة: التعزيز الإضافي مقارنة مع عدم وجود تعزيز إضافي في التدريب على العناية بالذات للمراهقين وأطفال التوحد.

(Extra Prompts Versus No Extra Prompts in Self-Care Training of Autistic Children and Adolescents)

هدف الدراسة: مقارنة فعالية طريقة التعزيز الإضافي باستخدام الترميز بالألوان مع طريقة عدم وجود تعزيز إضافي لتدريب وتعليم المراهقين وأطفال التوحد مهارة جزئية من مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات وهي ربط الحذاء.

عينة الدراسة: تكونت من (٢٠) من طفل توحيدي قسموا بالتساوي إلى مجموعتين، الأولى عززت بطريقة التعزيز الإضافي وتعلموا كيفية ربط أحذيتهم باستخدام أحذية كانت تربطها وتقبوها ملونة بالأحمر والأبيض، والمجموعة الثانية علمت بطريقة عدم وجود تعزيز إضافي ولم يستخدموا الألوان ليتعلموا كيف يربطون أحذيتهم.

أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة على الملاحظة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى الذين تعلموا ربط الأحذية بطريقة التعزيز الإضافي باستخدام الألوان قد واجهوا صعوبة ذات دلالة في نقل مهارتهم التي اكتسبوها حديثاً إلى وضع طبيعي لا يستخدم الألوان، في حين أن أفراد المجموعة الثانية الذين تعلموا ربط أحذيتهم بدون تعزيز إضافي قد واجهوا صعوبة قليلة في الوضع الذي لا يستخدم الألوان.

٢- دراسة ماك آرثر وبالارد ووآرتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986).

عنوان الدراسة: تدريب الأطفال ذوي الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب

مستقلين بأنفسهم.

(Teaching Independent Eating to Developmentally handicapped child showing chronic food refuse all and disruption at mealtimes)

عينة الدراسة: تكونت من (٤) أطفال توحد (٢ ذكور، ٢ إناث) من عمر بين (٩-١٣) سنة.
أدوات الدراسة: اختبار بالملاحظة لمهارات العناية بالذات (الطعام، الشراب)، اختبار للقدرات العقلية، اختبار لتشخيص التوحد، نموذج مقدم بواسطة سلوك الأم.

نتائج الدراسة: في المرحلة الأولى تم استخدام التعزيز والدوافع، والتقليل من الصراخ ومن رفض الطعام والشراب، المرتبط بوقت تقديم الوجبة حتى يمكن الحصول على استجابة مناسبة للطعام، أما في المرحلة الثانية تم استخدام استراتيجيات تعليم ناجحة بواسطة نموذج تقدمه الأم ومحاولة تكوين سلوك الاستقلال في الطعام والشراب لدى الأطفال، وتم متابعة الأطفال ولوحظ أنهم أصبحوا قادرين على تناول الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم، وكان للتعزيز المادي في بداية الدراسة المقدم من جانب الأم ذو فاعلية، ولكنه أصبح قليل التأثير في المراحل اللاحقة أمام التعزيز المعنوي من جانب الأم (الابتسام، العطف، القبلات).

٣- دراسة ماتسون (Matson 1990).

عنوان الدراسة: تعليم مهارات العناية بالذات للتوحيدين والمتخلفين عقلياً.

(Teaching self – help skills to Autistic and Mentally Retarded)

هدف الدراسة: تدريس مهارات العناية بالذات لدى عينة من أطفال التوحد والمتخلفين عقلياً.

عينة الدراسة: تكونت من (٤) أطفال متخلفين عقلياً من عمر بين (٤-١١) سنة، بالإضافة إلى (٣) أطفال توحد من نفس الفئة العمرية.

أدوات الدراسة: صور لمهارات العناية بالذات، نماذج لمهارات العناية بالذات يقدمها المدرب، اختبار للذكاء، اختبار لتشخيص التوحد.

نتائج الدراسة: اشتملت الإجراءات على التدريب على المهمة بالكامل لكلا العينتين من خلال النمذجة المصورة والنمذجة الحية من قبل المدرب بالتدريس اللفظي والممارسة، كما تم استخدام طرق التعزيز الاجتماعي والمادي، وأسفرت النتائج على أن التعزيز المادي لمهارات العناية بالذات لدى المتخلفين عقلياً أجدى من التعزيز الاجتماعي، وكذلك الحال بالنسبة للأطفال التوحد، لكن النمذجة بالصور كانت مشوقة أكثر لدى التوحيدين من النمذجة الحية من قبل المدرب والتدريس اللفظي، وعموماً تعلم أطفال كلا المجموعتين بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية.

٤- دراسة بيرس وشريبمان (Pierce & Schreibman 1994).

عنوان الدراسة: تعليم مهارات الحياة اليومية لأطفال التوحد في الأماكن الغير خاضعة

للمراقبة من خلال العناية بالذات باستخدام الصور.

(Teaching Daily Living Skills to Children with Autism in Unsupervised Settings through Pictorial Self-Management)

هدف الدراسة: فحص فعالية برنامج العناية بالذات باستخدام الصور لتعليم مهارات الحياة اليومية لمجموعة من أطفال التوحد ذوي الأداء الوظيفي المتدني، وما مدى فعالية الصور لتطوير مهارات العناية بالذات لا سيما مهارات الحياة اليومية، وتقييم فعالية الصور كأداة للحث على العناية بالذات لدى أطفال التوحد من ذوي التأخر الشديد في غياب من يقدم لهم المعالجة، وتقييم تعميم طريقة كهذه عبر السلوكيات والمواقع المختلفة، ومراقبة التغير في السلوك المرافق، وتقييم الاحتفاظ بتغيير السلوك.

عينة الدراسة: تكونت من ثلاثة أولاد توحدين من عمر (٦ - ٨ - ٩) سنوات على التوالي، والذين تلقى التدريب في العيادة.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مجموعة من الاختبارات الدقيقة بالإضافة إلى الملاحظة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه يمكن لأطفال التوحد أن يستخدموا الصور بنجاح لإدارة سلوكهم في غياب من يقدم لهم المعالجة، كما يمكنهم أيضاً أن يعمموا سلوكهم عبر المواقع والمهام المختلفة، وأن يحتفظوا بسلوكياتهم في مرحلة المتابعة، كما أشارت النتائج إلى أن جميع الأطفال في نهاية الدراسة أظهروا انخفاضاً كبيراً في السلوكيات النمطية، وعند التلاعب وتغيير ترتيب الصور، اتبع الأطفال التسلسل الجديد للصور، الأمر الذي يشير إلى أن الصور كانت تضبط سلوكيات الأطفال، كما أظهرت الدراسة أن لهذا البرنامج أثر في توفير الوقت، حيث أن اثنين من أفراد العينة قد حققوا المعيار في السلوك الثاني والسلوك الثالث ضمن أقل من (٢٥٪) من وقت التدريب الأصلي، كما دلت النتائج على أن المشاركة في القيام بسلوكيات الحياة اليومية قد ازداد، في حين انخفضت السلوكيات غير الملائمة.

٥- دراسة ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998).

عنوان الدراسة: تأثير نمذجة الذات بالفيديو لتفاعل الوالدين مع الأطفال ذوي الإعاقات النمائية.

(The Effect of Video-self- Modeling of parents interactions with children with developmental disabilities)

هدف الدراسة: دراسة تأثير الفيديو القائم على التفاعل بين الآباء وأطفال التوحد لتنمية مهارات العناية بالذات من خلال تقييم الذات، النمذجة الذاتية، والتدريبات السلوكية.

عينة الدراسة: تكونت من مجموعتين من أطفال التوحد وآبائهم (٦ أطفال توحد من عمر بين ٧-١١ سنة، ٦ أزواج من آباء أطفال التوحد).

أدوات الدراسة: قائمة تقدير السلوك التوحدي وفق معايير (DSM-3)، اختبار للقدرات العقلية، أشرطة فيديو موجهة لأطفال التوحد عن مهارات العناية بالذات، استبيانات للآباء، قائمة ملاحظة لأطفال التوحد في مهارات العناية بالذات، البرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: تم تطبيق البرنامج التدريبي حيث شاهد الآباء أولاً مقاطع فيديو لأطفال توحّد يمارسون مهارات العناية بالذات بعد تدريبهم، وبعد ذلك تم تعليم أولياء الأمور كيفية نقل الخبرة من الفيديو إلى أطفالهم التوحدين بالمناقشة والممارسة وتبادل الدور والتدريبات السلوكية، وبعد ذلك تمت مشاهدة نفس المقاطع من قبل أطفال التوحّد وبحضور آبائهم، وتمت الاستراتيجيات التدريبية، وتم تدعيم الاستجابات الصحيحة لدى أطفال التوحّد بالمدعمات المعنوية لاسيما انتباه الوالدين والاحتضان والابتسام، واثبت النتائج فعالية البرنامج بدلالة عالية أظهرتها قوائم الملاحظة قبل البرنامج وبعد البرنامج، كما أشارت الاستبيانات الموزعة على أولياء الأمور فعالية عالية للبرنامج باستخدام الفيديو.

٦- دراسة تيلر وزملائه (Taylor et al 2004).

عنوان الدراسة: تعليم المراهقين المصابين بالتوحّد أن يطلبوا المساعدة عندما يضيعون.
(Teaching Teenagers with Autism to Seek Assistance When Lost)
هدف الدراسة: تعليم الأفراد المصابين بالتوحّد الاستجابة إلى جهاز مناداة هزاز وذلك لطلب المساعدة عندما يفصلون عن معلمهم أو أحد والديهم.
عينة الدراسة: تكونت من ثلاثة مراهقين مصابين بالتوحّد من عمر (١٧-١٣-١٤) سنة على التوالي.

أدوات الدراسة: اختبارات مقننة، قائمة ملاحظة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن أفراد العينة الثلاثة تعلموا أن يظهروا بطاقة التواصل كاستجابة لجهاز المناداة الهزاز وذلك في المدرسة وأماكن التدريب الجماعي، وقد تمت ملاحظة جميع أفراد العينة وهم يطلبون المساعدة عن طريق إظهار بطاقة التواصل، كما أظهر جميع أفراد العينة تجاوباً مع آبائهم.

٧- دراسة الشيخ ذيب (٢٠٠٥).

عنوان الدراسة: تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحدين.

هدف الدراسة: تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات أطفال التوحّد الاجتماعية والاستقلالية الذاتية وقياس فاعليته.

عينة الدراسة: تكونت من أربعة أطفال ذكور من عمر (٤،١٠ و ٤،١٠ و ٦،٩ و ٧،٦) سنة على التوالي، ممن يعانون من أعراض التوحّد، شاركوا بالدراسة نتيجة ثلاث إعلانات بالصحف المحلية قام بها الباحث، وتم اختيارهم من بين (١٥) طفلاً استجابوا للإعلانات، ظهرت عليهم خصائص التوحّد وفق إجراءات التشخيص التي اتبعتها الباحثة.

أدوات الدراسة: محكات الدليل التشخيصي (DSM-IV)، الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي (ABC)، الصورة العربية من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، القائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك (E-2)، الصورة الأردنية من مقاييس المهارات العددية واللغوية والقراءة للمعوقين عقلياً، مقياس السلوك التكيفي للمعوقين عقلياً للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، البرنامج التدريبي من تصميم الباحث.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: تطور مهارات الأطفال الأربعة في المجالات التواصلية، والاجتماعية، والاستقلالية الذاتية، والقراءة بنسب متفاوتة، وانخفاض واختفاء العديد من السلوكيات غير التكيفية، وتغير الوصف التشخيصي لحالاتهم باتجاه الجانب الإيجابي في نهاية البرنامج، واستفادتهم من الدمج الاجتماعي والأكاديمي بدرجة كبيرة، وتمكن البعض من نطق العديد من الكلمات الوظيفية.

٨- دراسة سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007).

عنوان الدراسة: تدعيم مهارات غسل اليدين وتنظيف الأسنان بالمعززات النشاطية (اللعب والترويح).

(Supporting Skills of Hand Washing and Teeth Brushing Using Activity Reinforcements – Play and Entertainment)

هدف الدراسة: التحقق من فعالية المعززات النشاطية للعب والترويح في تنمية مهارتين من مهارات العناية بالذات (غسيل اليد وتنظيف الأسنان)، لدى عينة من أطفال التوحد. عينة الدراسة: تكونت من (٦) أطفال توحد من عمر مرحلة ما قبل المدرسة، وبقدرات عقلية من فوق المتوسط، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبيتين.

أدوات الدراسة: قائمة تشخيص السلوك التوحدي (CARS)، اختبار للقدرة العقلية للأطفال، اختبار لمهارات العناية بالذات (غسيل اليدين وتنظيف الأسنان).

نتائج الدراسة: تم تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية الأولى بأن عرض عليها نماذج مثالية لغسل اليدين وتنظيف الأسنان، وعند قيامها بالسلوك المطلوب كانت تعزز بأن يسمح لها باللعب بالكرة وممارسة بعض النشاطات المحببة كزيارة حديقة الحيوان، أما المجموعة الثانية فقد طبق عليها ذات البرنامج وكانت عندما تقوم بالسلوك المطلوب تعزز بقطع حلوى فقط، وقد أظهرت قوائم الملاحظة التقديرية للسلوك بعد تطبيق البرنامج على العينتين فعالية التعزيز باللعب والنشاطات الترويحية على التعزيز المادي لقطع الحلوى في تثبيت السلوك ودوامه وتعميمه.

٩- دراسة بيومي (٢٠٠٨).

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: تصميم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، وقياس مدى فاعلية البرنامج في تنمية تلك المهارات أفراد العناية.

عينة الدراسة: تكونت من (١٢) طفل توحدي أعمارهم بين (٩-١٢) سنة، قسموا إلى مجموعتين الأولى ضابطة مكونة من (٦) أطفال (٣ ذكور، ٣ إناث)، والثانية تجريبية مكونة من (٦) أطفال (٣ ذكور، ٣ إناث).

أدوات الدراسة: مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة، استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي من إعداد الباحثة، استمارة لجمع البيانات الشخصية من إعداد الباحثة، مقياس مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي من إعداد الباحثة، برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموع الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك في مجموع الأبعاد. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسين البعدي والتبعي.

١٠- دراسة روبنسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009).

عنوان الدراسة: الأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد المعالجة الحسية ومهارات الحياة اليومية.

(Young Children with Autism Spectrum Disorder: Sensory Processing and Daily Life Skills.)

هدف الدراسة: فحص العلاقة بين درجات المعالجة الحسية ومهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

عينة الدراسة: تكونت من (٢٠) طفلاً من المصابين باضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم بين (٥-٧,٥) سنة.

أدوات الدراسة: مقياس العناية بالذات، الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-IV,TR)، صفحة الشخصية للحسية المختصرة، استبيان التقييم الطبي للإعاقة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن الأخصائيين بالمعالجة يحتاجون لأن يتعاملوا مع ما هو أكثر من الفروق في المعالجة الحسية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك لأن التعامل مع المعالجة الحسية بمفردها لن يؤدي بالضرورة إلى تحسن في مهارات الحياة اليومية، كما أشارت النتائج إلى وجود تحديات تتعلق بانتشار المعالجة الحسية لدى أفراد العينة، ودلت الدراسة على عدم وجود علاقة بسيطة ذات دلالة بين المعالجة الحسية ومهارات الحياة اليومية، وعدم وجود تطور معرفي نموذجي نسبياً لدى أفراد العينة الأمر الذي يدل على وجود عوامل أخرى تؤثر على الأداء في مهارات الحياة اليومية.

١١- دراسة السلمي (٢٠٠٩).

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام أساليب الإشراف الكلاسيكي لدى ثورندايك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة.

هدف الدراسة: تصميم برنامج تدريبي يقوم على أساليب الإشراف الكلاسيكي لدى ثورندايك لتنمية السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومعرفة أثر البرنامج التدريبي المقترح على تنمية السلوك التكيفي لدى أفراد عينة البحث.

عينة الدراسة: تكونت من (٨) طلاب ذكور من ذوي اضطراب التوحد من عمر (٨-١٢) سنة، ودرجة ذكاءهم تتراوح ما بين (٥٠-٦٥) على مقياس جودارد.

أدوات الدراسة: مقياس السلوك التكيفي من إعداد (الشخص ١٩٩٨)، قائمة تقدير السلوك التكيفي من إعداد (عبد الرحيم ١٩٩٩)، مقياس جودارد (د - ت)، البرنامج التدريبي من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: ظهرت فروق ذات دلالة بين متوسطات رتب العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في تنمية السلوك التكيفي لصالح القياس البعدي، ولكن لم تظهر فروق بين متوسطات رتب أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى النمو اللغوي على مقياس السلوك التكيفي بعد تطبيق البرنامج، كما ظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى نمو الأداء الوظيفي المستقل على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، كما ظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى أداء الأدوار الأسرية على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، كما ظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى النشاط المهني - الاقتصادي على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، كما لم تظهر فروق بين متوسطات رتب أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة

في مستوى الأدوار الاجتماعية على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، كما ظهر فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

١٢- دراسة جودت (٢٠٠٩).

عنوان الدراسة: أثر برنامج تدريبي لتنمية عدد من مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام نماذج مباشرة وغير مباشرة.

هدف الدراسة: تصميم برنامج تدريبي لتنمية عدد من مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية (تنظيف الأسنان، مهارات الطعام والشراب، النظافة الشخصية، قطع الشارع وطلب مساعدة شرطي المرور) باستخدام نماذج مباشرة يديرها المعلم، ونماذج غير مباشرة بواسطة الفيديو والصور، والتحقق من فعاليته واستمرار أثره لدى أطفال التوحد من نوع (اسبرجر).

عينة الدراسة: تكونت من (١٢) طفل توحدي (٦ ذكور، ٦ إناث) من عمر بين (١٣ إلى ١١،١٣) سنة، ممن لا يعانون من تخلف عقلي وفق مقياس الذكاء (ستانفورد- بينيه).

أدوات الدراسة: مقياس الذكاء (ستانفورد - بينيه) المقنن على البيئة المصرية، وقائمة لتقدير اضطراب التوحد مستمدة بنوده من الـ (DSM-IV,TR 2000)، وقائمة لتقدير مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية والبرنامج التدريبي وجميعها من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في أداء المجموعة التجريبية بين نتائج التطبيق القبلي ونتائج التطبيق البعدي المباشر في مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية لصالح التطبيق البعدي المباشر، وذلك وفق الإجابات التي عبر عنها أولياء الأمور، كما ظهرت مثل هذه الفروق لصالح التطبيق البعدي المؤجل بعد (٤٥) يوماً من انتهاء التطبيق، وقد بينت نتائج الدراسة أن النماذج المباشرة والتقليد الفوري من قبل أطفال التوحد من أفراد المجموعة التجريبية كان له أثر فعال وكبير مقارنة بالنماذج غير المباشرة المقدمة من المعالج بواسطة (الصور، مقاطع الفيديو).

١٣- دراسة تشوي ونيومن (2010 Choi & Nieminen).

عنوان الدراسة: تحسين مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد عن طريق تدريب جماعة الأقران.

(Improved self – help skills by Children with Autism by Training of Peers).

هدف الدراسة: فحص فعالية برنامج تدخل تدريبي في تحسين مهارات العناية بالذات لدى عينة من أطفال التوحد من خلال تقديم نماذج سلوكية مرغوبة باستخدام جماعة الأقران العاديين.

عينة الدراسة: تكونت من (١٩) طفلاً من عمر بين (٨ إلى ١١) سنة، خمسة منهم يعانون من اضطراب التوحد بدرجات متفاوتة (٣ ذكور، ٢ إناث)، بالإضافة إلى (١٤) طفلاً من الأقران العاديين (٧ ذكور، ٧ إناث) تلقوا تدريبات لتقديم نماذج مثالية لمهارات العناية بالذات أمام مجموعة أطفال التوحد (تنظيف الأسنان، غسيل الوجه بالماء والصابون، ترتيب الغرفة، ترتيب الحاجات الشخصية، تناول الطعام والشراب، غسيل الصحون).

أدوات الدراسة: مقياس (ABC) لتشخيص التوحد، قائمة ملاحظة سلوكية تستخدم نتائج تسجيل سلوك أطفال التوحد بالفيديو خلال قيامهم بمهارات العناية بالذات، والبرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن أطفال التوحد الذين كان معهم أقران عاديون قد أظهروا تحسناً كبيراً ذي دلالة في مهارات العناية بالذات كما كشفت عنها المقارنات القبلية والبعديّة المباشرة وفق قائمة الملاحظة السلوكية ونتائج تصوير الفيديو لسلوكهم قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي في مجالات (تنظيف الأسنان، غسيل الوجه بالماء والصابون، ترتيب الغرفة، ترتيب الحاجات الشخصية، تناول الطعام والشراب، غسيل الصحون)، كما بينت النتائج زيادة في معرفة أطفال التوحد بأهمية مهارات العناية بالذات نتيجة التواصل المباشر مع أقرانهم العاديين، كما بينت النتائج أن محاولة تدريب أطفال التوحد بالتعليمات المباشرة المقدمة من قبل الوالدين لم تكن فعالة مقارنة بأداء أطفال التوحد عندما كانوا يتواجدون مع أقرانهم العاديين وذلك كما كشفت عنها تسجيلات الفيديو المنزلية التي شارك أولياء الأمور في تصويرها داخل المنزل.

١٤ - دراسة ديپالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

عنوان الدراسة: برنامج تعليم وظيفي لمهارات العناية بالذات لأطفال من ذوي اضطراب التوحد.

(Learning self-care skills functional programming for Children with autism).

هدف الدراسة: تصميم برنامج تعليم قائم على تدريب وظائف العمليات النمائية (الانتباه، والتفكير، والذاكرة) لمجموعة من أطفال التوحد، والتحقق من فعالية البرنامج.

عينة الدراسة: تكونت من (٥) أطفال يعانون من اضطراب التوحد بدرجات متفاوتة من الشدة من عمر بين (٦ إلى ٩) سنوات (٣ ذكور، ٢ إناث)، تلقوا تدريبات لتنمية مهارات (الانتباه، والتفكير، والذاكرة) ثم تبعه تدريبات لتنمية مهارات العناية بالذات في عدة مجالات.

أدوات الدراسة: مقياس جامعة الهند (Indiana University) لتشخيص التوحد، قائمة ملاحظة سلوكية لتحديد مدى تواتر اضطرابات العمليات النفسية في مهارات (الانتباه، والتفكير، والذاكرة)، وقائمة تقدير مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، والبرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن أطفال التوحد قبل تدريب مهارات العمليات النفسية (للانتباه، والتفكير، والذاكرة) كانوا يعانون من اضطراب واضح في مهارات العناية بالذات قبل

تطبيق البرنامج التدريبي، لكن مهارات العناية بالذات تحسنت لديهم بعد تحسن مهارات العمليات النفسية، وذلك كما كشفت عنها المقارنات القبلية والبعدية المباشرة وفق قائمة تقدير مهارات العناية بالذات.

ثانياً: مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

بعد الإطلاع على الدراسات السابقة التي هدفت إلى بحث مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من ناحية التشخيص والعلاج وبرامج التدريب، لوحظ قلة في عدد الدراسات العربية، كما لوحظ زيادة في عدد الدراسات الأجنبية، مما يؤكد قلة الدراسات والبحوث على المستوى العربي والمحلي في هذا المجال، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية، وتتمثل أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في توجيه واقتداء الدراسة الحالية في عدة مجالات بحثية هي:

١- من الناحية النظرية:

ساهمت الدراسات السابقة في تعريف الباحثة على مفهوم التوحد عموماً، ومفهوم مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد على وجه الخصوص، من ناحية كونها مشكلات سلوكية تعيق تنمية المهارات الاستقلالية الذاتية واستمرار اعتماد الطفل التوحيدي على الغير، وتأثيرها على مهارات الحياة اليومية التي تتطلب حسن التصرف لتحقيق التفاعل الاجتماعي المقبول مع الآخرين، كما ساهمت الدراسات السابقة في تعميق فهم الباحثة لكيفية تطور (اكتساب، تعلم) مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد باستخدام مداخل علاجية وتدريبية لاسيما دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ماتسون (Matson 1990)، ودراسة بيرس وشريمان (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٥)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (جودت ٢٠٠٩)، ودراسة تشوي ونيومن (Choi & Nieminen 2010)، ودراسة ديبالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

كما ساهمت دراسات أخرى من توضيح أثر العوامل البيئية (الاجتماعية، الثقافية، والاقتصادية) في تعميق أثر المظاهر السلوكية المضطربة المصاحبة لمتلازمة التوحد لاسيما دراسة يونج ودكلاس (Yaung & Douglas 1980)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007)، وتوضيح الأثر السلبي لاضطراب العوامل المعرفية والنمائية (للإدراك، الانتباه، الذاكرة، اللغة) على أطفال التوحد خلال تعلم مهارات العناية بالذات كدراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur &

(Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ماتسون (Matson 1990)، ودراسة ديبالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

كما ناقشت دراسات أخرى تأثير استراتيجيتي التعزيز الإيجابي والنمذجة في تعلم مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد كأحد المداخل المهمة في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لاسيما دراسة نيلسون وغرنتي وهولندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة نيوومان (Newman 1987)، ودراسة بيرس وشريبمان (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩)، ودراسة (جودت ٢٠٠٩)، ودراسة تشوي ونيومن (Choi & Nieminen 2010)، ودراسة ديبالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

٢- من الناحية العملية:

ساهمت الدراسات السابقة في تعرف الباحثة على الطريقة التي يتم فيها تشخيص أطفال المصابين باضطراب التوحد، وتحديد أهم الاضطرابات السلوكية المميزة لهم عن غيرها من الإعاقات الفسيولوجية والنمائية الأخرى، مما ساهم في تصميم مقياس لتقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي لتحديد مدى تواتر وشدة بعض الأنماط السلوكية المميزة لمتلازمة التوحد يناسب الأطفال من عمر بين (٨ حتى مادون ١١ سنة) في المجالات التالية: (القصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، الانسحابية، والاعتمادية، والنشاط التخيلي، والسلوك التكراري والإصرار على الروتين، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والحساسية المفرطة ونقص الحساسية)، والتحقق من صدقه وثباته على البيئة السورية، واستخراج معايير له.

كما ساهمت الدراسات السابقة في تحديد أهم الاضطرابات النوعية في مهارات العناية بالذات التي يعاني منها أطفال التوحد داخل المنزل وخارج المنزل، التي تبين أنها ليست متجانسة أو مقتصرة على نمط واحد، وتختلف من طفل لآخر، وبدرجات متفاوتة من الشدة، وقد تظهر في وظيفة معاقة واحدة أو أكثر خلال أداء مهارات العناية بالذات، لم تشخص في وقت مبكر من حياة الطفل التوحيدي أو لم يتم الاهتمام في علاجها والتخفيف من حدة أثرها السلبي على التوافق الشخصي والاجتماعي، مما ساعد في تحديد تلك الاضطرابات بدقة وتصميم مقياس لتقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي يناسب الأفراد من عمر بين (٨ حتى مادون ١١ سنة)، بهدف تحديد نقاط القوة والضعف في مدى امتلاك المعارف النظرية والمعارف العملية (الأدائية) لمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل، والتحقق من صدقه وثباته على البيئة السورية، وبناء معايير له.

كما ساهمت الدراسات السابقة في وضع تصميم مقترح لأهم مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجه وتعريفها تعريفاً اجرائياً.

كما ساهمت دراسات أخرى في تعرّف الباحثة على أهم استراتيجيات تعديل السلوك المتبعة في المدخل السلوكي، لاسيما برامج التدريب التي أثبتت فاعليتها التجريبية في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد وغيرهم من فئات الإعاقة الأخرى، والتي اعتمدت استراتيجية التعزيز الإيجابي واستراتيجية النمذجة، حيث تم التعرف على كيفية تحديد الأهداف العامة والخاصة لأي برنامج تدريبي، كما تم التعرف على كيفية تحديد الوسائل التعليمية الأكثر ملائمة للأطفال التوحديين، وتحديد طرق التقويم المتبعة في التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي واستمرار أثر البرنامج من خلال المقارنات القبلية والبعدية المباشرة والبعدية المتتالية.

وإذا كانت الدراسة الحالية تسعى إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد في عدد من مراكز التوحد في مدينة دمشق، فإنها ورغم استفادتها من الدراسات السابقة إلا أنها تتميز في شمولها لكثير من مجالات مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد (داخل المنزل وخارج المنزل)، وفي حصر معظم تلك الاضطرابات السلوكية النوعية التي تبين شيوعها لدى أطفال التوحد، ثم اختيار عينة من تلك الاضطرابات النوعية وإدراجها في البرنامج التدريبي وفي المقياس المصمم لتقدير مدى تواتر واضطراب في تلك المهارات.

كما تميزت الدراسة الحالية باستخدام إستراتيجيتين تدريبيتين وفق المدخل السلوكي (النمذجة والتعزيز الإيجابي)، لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجه، إذ أن معظم الدراسات السابقة عملت على تنمية تلك المهارات الخاصة بالعناية بالذات باستخدام استراتيجية واحدة فقط.

كما تميزت الدراسة الحالية باستخدام وسائل تعليمية تم فيها توظيف الفيديو والصور وتمثيل الدور أمام أطفال التوحد لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجه، إذ أن معظم الدراسات السابقة عملت على تنمية تلك المهارات الخاصة بالعناية بالذات باستخدام واحدة أو اثنتين فقط من تلك الوسائل التعليمية.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث الحدود المكانية والزمانية، إذ أن الدراسة الحالية طبقت في جميع مراحلها على البيئة المحلية في محافظة مدينة دمشق.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

- تمهيد:

أولاً- منهج الدراسة.

ثانياً- أدوات الدراسة:

١- مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي (إعداد الباحثة).

٢- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي (إعداد الباحثة).

٣- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن.

٤- البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).

ثالثاً- عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها.

رابعاً- متغيرات الدراسة.

خامساً- إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي.

- تمهيد:

يتناول الفصل الرابع للدراسة الحالية منهج الدراسة وإجراءاتها، وما يتضمنه من أدوات مستخدمة في فرز الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد ممن يعانون من مشكلات ظاهرية على مستوى مهارات العناية بالذات وهي:

- مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي (إعداد الباحثة).
- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي (إعداد الباحثة).
- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن.

وذلك من حيث الوصف، والأهداف، ومعايير الصدق والثبات، والدرجات المعيارية، كما يتضمن هذا الفصل البرنامج التدريبي من حيث الأهداف، وطريقة التصميم، والجلسات التدريبية، وصدق المحكمين، كما يتضمن هذا الفصل العينة التجريبية والضابطة والمحكات التشخيصية المستخدمة لفرز العينتين.

أولاً- منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو (المنهج شبه التجريبي) الذي يعرف بأنه المنهج الذي يستخدم في الأبحاث التي لا يستطيع الباحث ضبط متحولات الدراسة ضبطاً مطلقاً، وهو المنهج الذي يعتمد على تصميم القياسين القبلي البعدي، والقائم على استخدام مجموعتين تجريبية وضابطة، كما يراعي المنهج شبه التجريبي ضبط الشروط المحيطة بالتجربة قدر الإمكان كتحديد زمن التجربة والعوامل الفيزيائية أثناء التطبيق والشروط السيكمترية للعينة بدقة قبل بدء التجربة، حيث تكون كل هذه العوامل متكافئة لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية، واستخدام الاختبارات والمقاييس التي تكون درجة صدقها وثباتها جيدة، والحرص على عزل المؤثرات غير الضرورية أو الطارئة على التجربة (أبو علام، ٢٠٠٤، ص ٢٠٥).

ثانياً- أدوات الدراسة:

١- مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي (إعداد الباحثة):

*- وصف المقياس^١: يستخدم المقياس كأداة للتحقق من صلاحية تشخيص أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من أطفال التوحد ضمن مراكز التربية الخاصة، لعدم توفر مقياس مُقنّن ومعيار على البيئة السورية، والمقياس فردي التطبيق، معياري المرجع، يناسب المفحوصين من عمر (٨ حتى ١١ سنة)، يتم الإجابة من قبل الفاحص (معلم، ولي أمر...إلخ)، وبمدة لا تتجاوز (٣٠) دقيقة، ويتكون من نموذج واحد يغطي ثمانية مجالات فرعية هي:

١- يمكن العودة إلى الملحق رقم (٢) للإطلاع على بنود مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي وطريقة التطبيق والتصحيح.

- أ- التفاعلات الاجتماعية المتبادلة. ه- السلوك التكراري والإصرار على الروتين.
 ب- الانسحابية. و- التواصل غير اللفظي.
 ج- الاعتمادية. ز- التواصل اللفظي.
 د- النشاط التخيلي. ح- الحساسية المفرطة ونقص الحساسية.

وقد روعي في اختيار بنود المقياس ضمن كل مجال فرعي جميع الأنماط السلوكية المميزة للسلوك التوحدي وفق المعايير الموصوفة من قبل (كانر، اسبرجر، الـ(ICD-10 1992)، الـ(DSM-IV, TR 2000)، وبالإشراف ببعض الدراسات السابقة، ويتضمن المقياس في كل مجال فرعي (١٠) بنود، وبذلك يصبح المجموع الكلي للبنود (٨٠) بنوداً.

* - أهداف المقياس: يسعى المقياس إلى تحقيق الأهداف التالية:

أ- تحديد مدى تواتر بعض الأنماط السلوكية المميزة لمتلازمة التوحد، وتحديد مدة الشدة المتوفرة في تلك السلوكيات للحكم على المفحوص الذي يتراوح عمره بين (٨ حتى ١١ سنة) على أنه يعاني من متلازمة التوحد.

ب- تقديم معلومات مقننة لتعيين نواحي (القوة والضعف) في الأنماط السلوكية المميزة لمتلازمة التوحد تفيد في التحقق من إجراءات ما بعد التشخيص الطبي لأطفال التوحد.

* - إجراءات التطبيق ووضع الدرجات:

يتوجب على الفاحص اتباع الخطوات التالية:

أ- الاهتمام بقراءة كل بند أو خاصية سلوكية لكل مجال فرعي، وتقدير مدى تواتر ظهورها لدى المفحوص الذي يخضع للتقدير، بوضع علامة (✓) أمام الفقرة وتحت الدرجة التي تعبر برأيه عن انطباقها على المفحوص كما يُظهر الجدول (٢)، حيث تم توزيع الدرجات على كل بند وفق تدرج (دلّفاي) في إعطاء التقديرات كما يلي:

الجدول (٢) تدرج العلامات على مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

الدرجة	معنى الاستجابة	الاستجابة
٣	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر بشكل دائم.	تحدث بصورة دائمة
٢	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات متقطعة.	تحدث بصورة متقطعة
١	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات قليلة جداً.	تحدث نادراً
∴	إذا كانت الخاصية السلوكية لا تتكرر أبداً.	لا تحدث أبداً

ب- التصريح بضرورة أن يكون الفاحص على اتصال مباشر بالمفحوص مدة لا تقل عن (٦) أشهر كحد أدنى، وأن تكون لديه ملاحظات متكررة عنه، فذلك أحد أهم المتطلبات الأساسية لتطبيق المقياس، ويعد إجراءً ضرورياً للاستخدام الصحيح له والحكم الصادق من خلاله.

ج- على الفاحص عدم الاستمرار في الاستجابة على بنود المقياس لأكثر من مفحوصين اثنين في الجلسة الواحدة - لاسيما في حالة الشك في مدى توفر أو عدم توفر نمط سلوكي معين لدى المفحوص- وفي مثل هذه الحالة يمكن توزيع زمن الإجابة عن المقاييس الفرعية على فترات متقطعة ليتمكن من تقديم تقديرات صادقة وحقيقية وفق الهدف العام للمقياس ككل.

د- بعد الإجابة على بنود المقياس تجمع الدرجات الخام لكل مجال فرعي وللمقياس ككل، ثم تحول الدرجة الخام إلى درجات معيارية (ذالية) تصف الخاصية السلوكية التي تتراوح بين (لا يوجد اضطراب - الحالات الحدية - اضطراب متوسط - اضطراب شديد، اضطراب شديد جداً) كما يظهر في الجدول (٣)، والدرجة العليا للمجال الواحد ($30 = 3 \times 10$) والدرجة الدنيا له ($0 = 0 \times 10$)، أما الدرجة الكلية لكامل المقياس ($240 = 8 \times 30$) والدرجة الدنيا له ($0 = 0 \times 8$).

الجدول (٣) تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق

الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

الدرجات الذالية	التقدير الوصفي للأداء
٢+ وأكثر	اضطراب شديد جداً
١+	اضطراب شديد
٠	اضطراب متوسط
١-	الحالات الحدية
٢- وأقل	لا يوجد اضطراب

* - الخصائص السيكومترية:

أ- صدق المحتوى: تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة محكمين بلغ عدد الإجمالي (٧) محكماً، الذين أكدوا جميعهم على ضرورة إعادة النظر في صياغة بعض البنود من حيث المعنى واللغة، وأن بنوداً أخرى لا تتناسب الهدف العام للمقياس والأهداف الفرعية له، واقترحوا حذف بنود أخرى، واستبدالها ببنود أخرى جديدة لزيادة القدرة التشخيصية للمقياس وفاعليته في كشف نقاط القوة والضعف في السلوك المميز لاضطراب التوحد، وإعادة صياغة التعليمات لتوضح للفاحص ماهو مطلوب منه ملاحظته وكيفية تقدير السلوك لدى المفحوص.

كما تم إجراء دراسة استطلاعية على تكونت عينة قوامها (٤٢) فرداً منهم (١٢) فرداً مصابين بالتوحد (٦ ذكور، ٦ إناث) من الفئات العمرية (٨ إلى ٨،١١) (٩ إلى ٩،١١) (١٠ إلى ١١) سنة، بالإضافة إلى (٣٠) فرداً من العاديين (١٥ ذكور، ١٥ إناث) من الصفوف (الثالث، الرابع، الخامس) من التعليم الأساسي، اختيروا من (٢) مركز للتوحد، ومن (٣) مدارس للتعليم الأساسي في دمشق كما يُظهر الجدول (٤):

١ - يمكن العودة إلى الملحق رقم (١) للإطلاع على أسماء السادة المحكمين واختصاصاتهم العلمية.

الجدول (٤) خصائص العينة الاستطلاعية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

المدرسة	العنوان	المرحلة التعليمية	الجنس		المجموع
			ذكور	إناث	
إبراهيم نعامه	مزة جبل خلف معهد السكرتارية	صف ثالث	٢	٢	٤
		صف رابع	٢	٢	٤
		صف خامس	١	١	٢
أبن حزم	كفر سوسة البلد الشارع الطويل	صف ثالث	٢	٢	٤
		صف رابع	١	١	٢
		صف خامس	٢	٢	٤
الأخوة الخاصة	أبو رمانة مقابل السفارة الأميركية	صف ثالث	١	١	٢
		صف رابع	٢	٢	٤
		صف خامس	٢	٢	٤
مركز التوحد	العنوان	المرحلة العمرية	الجنس		المجموع
			ذكور	إناث	
جمعية أسرة الإخاء السورية	باب توما حدويلة منزل (١٤٥)	(٨ إلى ٨,١١)	١	١	٢
		(٩ إلى ٩,١١)	١	١	٢
		(١٠ إلى ١١)	١	١	٢
جمعية المحبة	باب توما حارة المسك	(٨ إلى ٨,١١)	١	١	٢
		(٩ إلى ٩,١١)	١	١	٢
		(١٠ إلى ١١)	١	١	٢
المجموع					٤٢

وتم الاستعانة بـ (١٥) معلماً ومعلمة من مدارس التعليم الأساسي التي تظهر في الجدول (٤) السابق بمعدل (٢) معلم لكل مرحلة تعليمية، بالإضافة إلى (٣) من مربّي العناية والتأهيل التربوي لأطفال التوحد، كما تم الاستعانة بـ (٣) أولياء أمور اختيروا من مركزي التوحد التي تظهر في ذات الجدول، طلب منهم جميعاً تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية من أطفال التوحد والتلامذة العاديين. ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية التعرف على الصعوبات التي اعترضت تطبيق المقياس من وجهة نظر الفاحصين، ومدى فهمهم لما هو مطلوب منهم أثناء تطبيق المقياس، والتحقق من وضوح تعليمات التطبيق والتصحيح، وإعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود، وحذف بنود أخرى من بعض المجالات الفرعية، واستبدالها ببنود أخرى أكثر وضوحاً، وحساب متوسط الزمن المستغرق للإجابة على كامل بنود المقياس الذي بلغ (٢٦) دقيقة، كما تم إضافة (٤) دقائق لقراءة التعليمات وإجراءات التطبيق والتصحيح وبذلك يكون الزمن (٣٠) دقيقة.

ب- عينة الصدق والثبات: حُسبت عدة أشكال صدق وثبات المقياس من التطبيق على عينة بلغ عددها الإجمالي (١٨٠) فرداً منهم (٣٠) من أطفال التوحد، بالإضافة إلى (١٥٠) طفلاً من العاديين، اختيروا من (٢) مركز للتوحد ومن (٥) مدارس للتعليم الأساسي في دمشق، وتم التطبيق بمساعدة

(٣٠) معلماً ومعلمة تم اختيارهم من ذات المدارس، وبمساعدة (٨) من مربّي العناية والتأهيل التربوي لأطفال التوحد اختيروا من كلا المركزين، ويظهر الجدول (٥) خصائص عينة الصدق والثبات:

الجدول (٥) المدارس ومراكز التوحد التي تم منها

سحب عينة الصدق والثبات لمقياس تقدير الخصائص الشخصية للسلوك التوحد

المدرسة	العنوان	المرحلة التعليمية	الجنس		المجموع	المعلمين
			ذكور	إناث		
إبراهيم نعامة	مزة جبل خلف	صف ثالث	٥	٥	١٠	٢
	معهد السكرتارية	صف رابع	٥	٥	١٠	٢
		صف خامس	٥	٥	١٠	٢
أبن حزم	كفر سوسة البلد الشارع الطويل	صف ثالث	٥	٥	١٠	٢
		صف رابع	٥	٥	١٠	٢
		صف خامس	٥	٥	١٠	٢
الأخوة الخاصة	أبو رمانة مقابل السفارة الأميركية	صف ثالث	٥	٥	١٠	٢
		صف رابع	٥	٥	١٠	٢
		صف خامس	٥	٥	١٠	٢
أبي بن كعب الأنصاري	طباله طريق جرمانة كازية زغلوله	صف ثالث	٥	٥	١٠	٢
		صف رابع	٥	٥	١٠	٢
		صف خامس	٥	٥	١٠	٢
ماري العجمي	القصاص ساحة جورج خوري	صف ثالث	٥	٥	١٠	٢
		صف رابع	٥	٥	١٠	٢
		صف خامس	٥	٥	١٠	٢
المجموع						
٣٠	١٥٠	٧٥	٧٥			
مركز التوحد	العنوان	المرحلة العمرية	الجنس		المجموع	مربي العناية والتأهيل التربوي
			ذكور	إناث		
جمعية أسرة الإخاء السورية	باب توما دحذيلة منزل (١٤٥)	(٨ إلى ١١)	٢	٣	٥	٥
		(٩ إلى ١١)	٣	٢	٥	
		(١٠ إلى ١١)	٢	٣	٥	
جمعية المحبة	باب توما حارة المسك	(٨ إلى ١١)	٣	٢	٥	٣
		(٩ إلى ١١)	٢	٣	٥	
		(١٠ إلى ١١)	٣	٢	٤	
المجموع						
٨	٣٠	١٥	١٥			

وبعد جمع البيانات من التطبيق على العينة السابقة تم حساب (الصدق البنائي) للمقياس باستخراج الارتباطات البيئية للمقاييس الفرعية فيما بينها كما يُظهر الجدول (٦):

الجدول (٦) نتائج الصدق البنائي لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

ارتباط بيرسون	التفاعلات الاجتماعية المتبادلة	الانحائية	الاعتمادية	النشاط التخيلي	السلوك التكراري والإصرار على الروتين	التواصل غير اللفظي	التواصل اللفظي	الحساسية المفرطة ونقص الحساسية
التفاعلات الاجتماعية المتبادلة	-	٠,٨٤*	٠,٧٦*	٠,٨٤*	٠,٨١*	٠,٨٣*	٠,٧٤*	٠,٨٣*
الانحائية	-	-	٠,٨٩*	٠,٨*	٠,٦*	٠,٩*	٠,٨١*	٠,٨٦*
الاعتمادية	-	-	-	٠,٨٥*	٠,٧٢*	٠,٨٤*	٠,٨١*	٠,٨*
النشاط التخيلي	-	-	-	-	٠,٩*	٠,٩١*	٠,٨٧*	٠,٩٢*
السلوك التكراري والإصرار على الروتين	-	-	-	-	-	٠,٨٧*	٠,٧٧*	٠,٨*
التواصل غير اللفظي	-	-	-	-	-	-	٠,٨١*	٠,٧٥*
التواصل اللفظي	-	-	-	-	-	-	-	٠,٧٧*
الحساسية المفرطة ونقص الحساسية	-	-	-	-	-	-	-	-

يُلاحظ من الجدول (٦) أن جميع معاملات الارتباط لكل مقياس فرعي مع المقاييس الفرعية الأخرى كانت مرتفعة وتراوح بين (٠,٦) إلى (٠,٩٢) عند مستوى (٠,٠٥)، مما يشير إلى اتساق جميع المقاييس الفرعية مع بعضها البعض في قياسها للخصائص السلوكية المتعلقة بالسلوك التوحدي، مما يؤسس لصدق المقياس عموماً.

كما حُسب (الصدق المحكي) للمقياس بدلالة قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) (الزراع ٢٠٠٤) كما يُظهر الجدول (٧):

الجدول (٧) نتائج الصدق المحكي

لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي بدلالة قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)

عاديون			
مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي	المرحلة التعليمية		
	المحك		
	ارتباط بيرسون		
	خامس	رابع	ثالث
	قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)		
	٠,٥٩*	٠,٧٢*	٠,٦١*
العدد (ن)	٥٠	٥٠	٥٠
ذوي متلازمة التوحد			
مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي	المرحلة العمرية		
	المحك		
	ارتباط بيرسون		
	(١٠ إلى ١١)	(٩ إلى ١١)	(٨ إلى ١١)
	قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)		
	٠,٨٢*	٠,٧٣*	٠,٨*
العدد (ن)	١٠	١٠	١٠

يُلاحظ من الجدول (٧) أن جميع مؤشرات الصدق المحكي للمقياس لجميع أفراد العينة من العاديين وذوي متلازمة التوحد كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) وتراوح بين (٠,٥٩

إلى ٠,٨٢)، مما يؤكد وجود ارتباط بين محتوى المقياس المصمم في الدراسة الحالية ومحتوى مقياس أخرى تقيس نفس الخاصية السلوكية، وهذا مما يؤسس لصدق المقياس عموماً.

كما حُسب صدق الفرق المتقابلة بين عينة العاديين ضمن كل مرحلة تعليمية (ثالث، رابع، خامس) وبين ذوي متلازمة التوحد ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ٨,١١) (٩ إلى ٩,١١) (١٠ إلى ١١) سنة باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية كما يُظهر الجدول (٨):

الجدول (٨) نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد على مقياس

تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية

الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
عاديون صف ثالث	٥٠	٥٦,٦٦	١٩,٦٧	٢٢,٨٦٣	٠,٠٠٠
متلازمة توحد (٨ إلى ٨,١١)	١٠	٢٠,٨٧	١٧,٧٢		
الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
عاديون صف رابع	٥٠	٤٩,٤٤	١٦,٠٣	٣١,٩٥٥	٠,٠٠٠
متلازمة توحد (٩ إلى ٩,١١)	١٠	٢١٢,١	١٤,٤١		
الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
عاديون صف خامس	٥٠	٥٤,٣٢	١٩,١٩	٢٤,٨٤	٠,٠٠٠
متلازمة توحد (١٠ إلى ١١)	١٠	٢٠٩,٩	١٧,٨٥		

يُلاحظ من الجدول (٧) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين عينة العاديين وبين عينة التوحد عند كل فئة عمرية ومرحلة تعليمية عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤسس للصدق التمييزي للمقياس، وأن المقياس يميز بين العاديين ونظرائهم من ذوي متلازمة التوحد.

أما ثبات المقياس فقد حُسب بطريقة التجزئة النصفية للعينة الكلية وعند كل مرحلة تعليمية/عمرية وتم التعديل بمعادلة (سبيرمان- براون) لتصحيح طول المقياس كما يُظهر الجدول (٩):

الجدول (٩) نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي

عاديون (١٥٠) توحد (٣٠)	صف ثالث (٨ إلى ٨,١١)	صف رابع (٩ إلى ٩,١١)	صف خامس (١٠ إلى ١١)	العينة الكلية
(سبيرمان- براون)	٠,٧٤*	٠,٨*	٠,٦٣*	٠,٧١*

يُلاحظ من الجدول (٩) أن جميع معاملات ثبات التجزئة النصفية كانت جيدة ودالة عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤكد أن المقياس ثابت في قياس السمة المقيسة.

كما حُسب ثبات المقياس بطريقة ألفا - كرنباخ (Cronbach Alpha) للعينة الكلية وعند كل

مرحلة تعليمية/عمرية للعاديين ومن ذوي متلازمة التوحد كما يُظهر الجدول (١٠) كما يلي:

الجدول (١٠) نتائج ثبات (ألفا - كرنباخ) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي

عاديون (١٥٠) توحد (٣٠)	صف ثالث (٨ إلى ٨,١١)	صف رابع (٩ إلى ٩,١١)	صف خامس (١٠ إلى ١١)	العينة الكلية
قيمة (ألفا - كرنباخ)	٠,٧٣*	٠,٧٧*	٠,٧*	٠,٦٩*

يُلاحظ من الجدول (١٠) أن جميع معاملات ثبات (ألفا - كرنباخ) للمقياس بالنسب للعينة الكلية وعند كل مرحلة تعليمية/عمرية دالة عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤكد أن بنود المقياس متسقة داخلياً.

ج- استخراج الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية:

تم تعيير الصورة النهائية للمقياس من التطبيق على عينة (طبقيّة متساوية) باختيار أعداد متساوية من كل فئة صفية (طبقة) بطريقة عشوائية بسيطة، وبلغت عينة التعيير (٢١٠) تلاميذ من الجنسين (ذكور وإناث) تم اختيارهم من نفس مدارس التعليم الأساسي الخمسة السابقة التي تظهر في الجدول (٤)، كما تم الاستعانة بـ (٢٤) معلماً ومعلمة من ذات المدارس قيّموا (٧٢) تلميذاً وتلميذة، كما تم الاستعانة (١٣٨) من أولياء الأمور، ويوضح الجدول (١١) خصائص عينة التعيير:

الجدول (١١) خصائص عينة تعيير مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي

المدرسة	العنوان	المرحلة التعليمية	الجنس		المجموع
			ذكور	إناث	
إبراهيم نعامه	مزة جبل خلف معهد السكرتارية	صف ثالث	٧	٧	١٤
		صف رابع	٧	٧	١٤
		صف خامس	٧	٧	١٤
أبن حزم	كفر سوسة البلد الشارع الطويل	صف ثالث	٧	٧	١٤
		صف رابع	٧	٧	١٤
		صف خامس	٧	٧	١٤
الأخوة الخاصة	أبو رمانة مقابل السفارة الأميركية	صف ثالث	٧	٧	١٤
		صف رابع	٧	٧	١٤
		صف خامس	٧	٧	١٤
أبي بن كعب الأنصاري	طباله طريق جرمانه كازية زغلولة	صف ثالث	٧	٧	١٤
		صف رابع	٧	٧	١٤
		صف خامس	٧	٧	١٤
ماري العجمي	القصاص ساحة جورج خوري	صف ثالث	٧	٧	١٤
		صف رابع	٧	٧	١٤
		صف خامس	٧	٧	١٤
المجموع			١٠٥	١٠٥	٢١٠

ومن نتائج التطبيق على عينة التعيير استخراج المتوسط والانحراف المعياري عند كل مرحلة عمرية/تعليمية (صف الثالث، صف رابع، صف خامس) من التعليم الأساسي، التي بواسطتها يمكن تحديد التقدير الوصفي للأداء المقابل للدرجات الخام، ويوضح الجدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل مرحلة تعليمية كما يلي:

جدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية

لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية

المرحلة التعليمية	صف ثالث	صف رابع	صف خامس
المقاييل العمرية	(٨ إلى ٨,١١) سنة	(٩ إلى ٩,١١) سنة	(١٠ إلى ١١) سنة
المتوسط	٦٥	٥٠	٥٠
الانحراف المعياري	١,٨	١,٥	٢

ولحساب الدرجة المعيارية (الذالية) للمفحوص، نُحدد الفئة التعليمية/العمرية للمفحوص، ثم تطرح درجته الخام التي حصل عليها بعد تطبيق كامل المقياس من متوسط الفئة التعليمية/العمرية التي ينتمي إليها المفحوص، ثم نقسمها على الانحراف المعياري، كما في المعادلة التالية:

$$\text{الدرجة المعيارية الذالية (ذ)} = \frac{\text{الدرجة الخام (خ)} - \text{المتوسط (م)}}{\text{الانحراف المعياري (ع)}}$$

٣- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي (إعداد الباحثة):

* - وصف المقياس: تم تصميم المقياس من قبل الباحثة كأحد المتطلبات الفرعية للتحقق من فاعلية البرنامج التدريبي (هدف الدراسة الحالية)، ويعد المقياس أداة تقييم سهلة التطبيق، ويطبق فردياً من قبل الفاحص على مفحوصين ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ٨,١١) (٩ إلى ٩,١١) (١٠ إلى ١١) سنة، وبمدة لا تتجاوز (١٠) دقائق، ويتكون المقياس من نموذج واحد يغطي مجالين فرعيين لمهارات العناية بالذات وهما:

أ- تقييم مهارات العناية بالذات داخل المنزل وتتضمن:

- تقييم مهارات استخدام أدوات تناول الشراب.
- تقييم مهارات استخدام أدوات تناول الطعام.
- تقييم مهارات استخدام أدوات تنظيف الأسنان.
- تقييم مهارات ترتيب القرطاسية المدرسية (أقلام - دفاتر - كتب... إلخ) والاعتناء بنظافتها وسلامتها.

- تقييم مهارات غسل اليدين والوجه بالماء والصابون.
- تقييم مهارات استخدام الهاتف أو الخليوي للتواصل.
- تقييم مهارات استخدام فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.
- تقييم مهارات استخدام المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها.

١ - يمكن العودة إلى الملحق رقم (٣) للإطلاع على بنود مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي وطريقة التطبيق والتصحيح.

ب- مهارات العناية بالذات خارج المنزل وتتضمن:

- تقييم مهارات التعرف على أشارات المرور وتحديد أهميتها والتقيّد بها أثناء السير في الشارع.

- تقييم مهارات رمي القمامة في المكان المخصص لها.

وقد روعي في اختيار بنود المقياس في كل مجال فرعي الشمول لجميع الأنماط السلوكية لمهارات العناية بالذات المميزة للطفل العادي والتي على أساسها تم تحديد الاضطراب السلوكي عند مقارنته بالطفل التوحدي، كما تم الاستفادة من مجموعة اختبارات ومقاييس واردة في عدة دراسات سابقة. كما روعي في اختيار بنود المقياس شمولها لجانبين أساسيين في كل بند هما:

الأول: جانب المعرفة النظرية (بأدوات العناية بالذات ووظائفها وأهميتها بالنسبة للإنسان).

الثاني: جانب الأداء العملي (بكيفية استخدام الأدوات التي تستعمل للعناية بالذات).

* - أهداف المقياس: يسعى المقياس إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد مدى امتلاك المفحوص ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ١١، ٩ إلى ١١، ١٠) إلى (١١) سنة للمعرفة النظرية والمعرفة العملية (الأدائية) لمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.

٢- تقييم معلومات مُقننة لتعيين نواحي (القوة والضعف) في مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل للتحقق من فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد (موضوع الدراسة الحالية).

* - إجراءات التطبيق ووضع الدرجات: لا تختلف طريقة تطبيق هذا المقياس عن طريقة تطبيق مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي سابق الذكر، من حيث ضرورة الاهتمام بقراءة بنود المقياس، وأن يكون لدى الفاحص خبرة سابقة بالفحوص بمدة لا تقل عن (٦) أشهر، وعدم الاستمرار في الإجابة على بنود المقياس لأكثر من مفحوصين في الجلسة الواحدة، وتوزيع فترات الاستجابة على بنود المقياس لاسيما في حالة الشك في مدى توفر أو عدم توفر نمط سلوكي معين لديه. لكن تختلف طريقة تطبيق هذا المقياس في ناحية واحدة فقط وهي أنه لقياس مدى توفر المعرفة النظرية لدى الطفل عن الأدوات التي تستخدم للعناية بالذات على الفاحص طرح أسئلة شفوية على الطفل للتحقق من توفر تلك المعرفة النظرية أم لا كما يظهر في المثال التالي:

المجال الأول البند رقم (١) يسمى الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بدقة.

إذ يجب على الفاحص أن يسأل المفحوص إذا كان لديه معرفة بأسماء الأدوات التي تستخدم في تناول الشراب، وكذلك الأمر بالنسبة لبقية البنود التي تقيس الجانب المعرفي، أما البنود التي تقيس الجانب الأدائي فيتوجب على الفاحص اللجوء إلى ملاحظة المفحوص أثناء قيامه بالسلوك الذي يدل على قدرته على العناية بذاته مستقلاً كما في المثال التالي:

المجال الأول البند رقم (٣) يستخدم الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بنجاح.

وتتم إجابة الفاحص بوضع علامة (✓) أمام الفقرة وتحت درجة انطباقها على المفحوص كما يُظهر الجدول (١٣) وفق تدرج (دلفاي) في إعطاء التقديرات كما يلي:

الجدول (١٣) تدرج الدرجات على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي

الدرجة	معنى الاستجابة	الاستجابة
٣	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر بشكل دائم.	تحدث بصورة دائمة
٢	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات متقطعة.	تحدث بصورة متقطعة
١	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات قليلة جداً.	تحدث نادراً
∴	إذا كانت الخاصية السلوكية لا تتكرر أبداً.	لا تحدث أبداً

وبعد الإجابة على بنود المقياس تجمع الدرجات الخام لكل مجال فرعي وللمقياس ككل، ثم تحول الدرجة الخام إلى درجات معيارية (ذالية) تصف الخاصية السلوكية التي تتراوح بين (لا يوجد اضطراب - اضطراب خفيف - اضطراب متوسط - اضطراب شديد) كما يُظهر الجدول (١٤)، ويتكون كل مجال من (٣) بنود، والدرجة العليا للمجال الواحد هي $(٣ \times ٣ = ٩)$ والدرجة الدنيا للمجال الواحد هي $(٣ \times ∴ = ∴)$. ويتكون مقياس مهارات العناية بالذات بالمجمل من (١٠) مجالات والدرجة الكلية له $(٩ \times ١٠ = ٩٠)$ والدرجة الدنيا له $(∴ \times ١٠ = ∴)$.

الجدول (١٤) تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق

الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات

الدرجات الذالية	التقدير الوصفي للأداء
٢+ وأكثر	اضطراب شديد جداً
١+	اضطراب شديد
صفر	اضطراب متوسط
١-	اضطراب خفيف
٢- وأقل	لا يوجد اضطراب

* - الخصائص السيكومترية:

أ- صدق المحتوى: تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة محكمين بلغ عددهم الإجمالي (٧) محكماً، وقد أكدوا جميعهم على ضرورة إعادة النظر في صياغة بعض البنود من حيث المعنى واللغة، وأن بنوداً أخرى لا تناسب الهدف العام للمقياس والأهداف الفرعية له، واقترحوا حذف بنود، واستبدالها ببنود أخرى جديدة لزيادة القدرة التشخيصية للمقياس وفاعليته في كشف نقاط القوة والضعف في السلوك المميز لاضطراب مهارات العناية بالذات، وإعادة صياغة التعليمات لتوضح للفاحص ما هو مطلوب منه ملاحظته وكيفية تقدير السلوك لدى المفحوص.

١ - يمكن العودة إلى الملحق رقم (١) للإطلاع على أسماء السادة المحكمين واختصاصاتهم العلمية.

كما تم إجراء دراسة استطلاعية للمقياس من التطبيق على ذات العينة التي تظهر في الجدول (٤) آنف الذكر، ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية التعرف على الصعوبات التي اعترضت تطبيق المقياس من وجهة نظر الفاحصين، ومدى فهمهم لما هو مطلوب منهم أثناء تطبيق المقياس، والتحقق من وضوح تعليمات التطبيق والتصحيح، وإعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود، وحذف بنود أخرى من بعض المجالات الفرعية، واستبدالها ببنود أخرى أكثر وضوحاً، وحساب متوسط الزمن المستغرق للإجابة على كامل بنود المقياس الذي بلغ (٨) دقائق، وتم إضافة (٢) دقيقة لقراءة التعليمات وإجراءات التطبيق والتصحيح وبذلك يكون زمن التطبيق (١٠) دقائق.

ب- عينة الصدق والثبات: تم حساب عدة أشكال لصدق وثبات المقياس من التطبيق على ذات عينة الصدق والثبات التي تظهر في الجدول (٥) آنف الذكر. ومن نتائج التطبيق حساب (الصدق البنائي) للمقياس باستخراج الارتباطات البينية للمقاييس الفرعية كما يُظهر في الجدول (١٥) كما يلي:

الجدول (١٥) نتائج الصدق البنائي لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي

ارتباط بيرسون	تناول الشراب	تناول الطعام	تنظيف الأسنان	ترتيب الأقلام والدفاتر	غسل الوجه واليدين	استعمال الهاتف	استعمال فرن الغاز	استعمال المآخذ الكهربائية	إشارات المرور	رمي القمامة
تناول الشراب	-	٠,٨٤*	٠,٨٩*	٠,٨٨*	٠,٨*	٠,٧٦*	٠,٧٧*	٠,٩١*	٠,٩*	٠,٧٩*
تناول الطعام	-	-	٠,٨٩*	٠,٨*	٠,٦*	٠,٩*	٠,٨١*	٠,٨٦*	٠,٧٧*	٠,٨١*
تنظيف الأسنان	-	-	-	٠,٨٥*	٠,٧٢*	٠,٨٤*	٠,٨١*	٠,٨*	٠,٩١*	٠,٨*
ترتيب الأقلام والدفاتر	-	-	-	-	٠,٩*	٠,٩١*	٠,٨٧*	٠,٩٣*	٠,٨٦*	٠,٨٤*
غسل الوجه واليدين	-	-	-	-	-	٠,٨٧*	٠,٧٧*	٠,٨*	٠,٨١*	٠,٧٧*
استعمال الهاتف	-	-	-	-	-	-	٠,٨١*	٠,٧٥*	٠,٦*	٠,٨٧*
استعمال فرن الغاز	-	-	-	-	-	-	-	٠,٧٧*	٠,٧٢*	٠,٨١*
استعمال المآخذ الكهربائية	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٩١*	٠,٨*
إشارات المرور	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٩*
رمي القمامة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
العدد	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠	١٨٠

يُلاحظ من الجدول (١٥) أن جميع معاملات الارتباط لكل مقياس فرعي مع المقاييس الفرعية الأخرى كانت مرتفعة وتراوح بين (٠,٦) إلى (٠,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥)، مما يشير إلى اتساق جميع المقاييس الفرعية مع بعضها البعض في قياسها للخصائص السلوكية المتعلقة بمهارات العناية بالذات، مما يؤسس لصدق المقياس عموماً.

كما حُسب (الصدق المحكي) للمقياس بدلالة المقياس الفرعي (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC) كما يُظهر في الجدول (١٦):

الجدول (١٦) نتائج الصديق المحكي لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي بدلالة المقياس الفرعي (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)

العاديين				
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
المرحلة التعليمية	المحك	ارتباط بيرسون	العدد (ن)	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي

يُلاحظ من الجدول (١٦) أن جميع مؤشرات الصديق المحكي للمقياس بدلالة المقياس الفرعي (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) لجميع أفراد العينة من العاديين وذوي متلازمة التوحد كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) وتراوح بين (٠,٨٩ إلى ٠,٩٨)، مما يؤكد وجود ارتباط بين محتوى المقياس المصمم في الدراسة الحالية ومحتوى مقاييس أخرى تقيس نفس الخاصية السلوكية، مما يؤسس لصديق المقياس عموماً.

كما حُسب صدق الفرق المتقابلة بين عينة العاديين ضمن كل مرحلة تعليمية (ثالث، رابع، خامس) وبين ذوي متلازمة التوحد ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ١١) (٩ إلى ١١) (١٠ إلى ١١) سنة باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية كما يُظهر الجدول (١٧):

الجدول (١٧) نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية

الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
عاديين صف ثالث	٥٠	١٠,٨	٠,٠٠	٨,٣٧	٠,٠٠٠٠
متلازمة توحد (٨ إلى ١١)	١٠	٥٢,٦	٢٠,٩٢		
عاديين صف رابع	٥٠	١٠,٨	٠,٠٠	٥,٧٨	٠,٠٠٠٠
متلازمة توحد (٩ إلى ١١)	١٠	٦٤,٣	٢٣,٨٩		
عاديين صف خامس	٥٠	١٠,٨	٠,٠٠	٥,٦٦	٠,٠٠٠٠
متلازمة توحد (١٠ إلى ١١)	١٠	٨٩,٦	١٠,٢٦		

يُلاحظ من الجدول (١٧) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين عينة العاديين وبين عينة التوحد عند كل فئة عمرية ومرحلة تعليمية عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤسس للصديق التمييزي

للمقياس، وأن المقياس يميز بين الأفراد العاديين ونظرائهم من ذوي متلازمة التوحد في مهارات العناية بالذات.

أما ثبات المقياس فقد حُسب بطريقة التجزئة النصفية للعينة الكلية وعند كل مرحلة تعليمية/عمرية، وتم تصحيح طول المقياس بمعادلة (سبيرمان - براون) كما يُظهر في الجدول (١٨):

الجدول (١٨) نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات للطفل التوحد

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد	المرحلة التعليمية/العمرية (سبيرمان - براون)	صف ثالث (٨ إلى ٨,١١ سنة)	صف رابع (٩ إلى ٩,١١ سنة)	صف خامس (١٠ إلى ١١ سنة)	العينة الكلية
	٠,٧١٣*	٠,٧٣٨*	٠,٦٣٧*	٠,٦٩٦*	
العدد (ن)	٦٠	٦٠	٦٠	١٨٠	

يُلاحظ من الجدول (١٨) أن جميع معاملات الثبات التجزئة النصفية دالة عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤكد أن المقياس ثابت في قياس السمة المقيسة.

كما حُسب ثبات المقياس بطريقة معامل ألفا - كرنباخ (Cronbach Alpha) للعينة الكلية وعند كل مرحلة تعليمية/عمرية كما يُظهر في الجدول (١٩):

الجدول رقم (١٩) نتائج ثبات (ألفا - كرنباخ) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد	المرحلة التعليمية/العمرية (ألفا - كرنباخ)	صف ثالث (٨ إلى ٨,١١ سنة)	صف رابع (٩ إلى ٩,١١ سنة)	صف خامس (١٠ إلى ١١ سنة)	العينة الكلية
	٠,٧*	٠,٧٢١*	٠,٦١*	٠,٦٧٧*	
مستوى الدلالة	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٥	
العدد (ن)	٦٠	٦٠	٦٠	١٨٠	

يُلاحظ من الجدول (١٩) أن جميع معاملات ثبات (ألفا - كرنباخ) كانت دالة عند مستوى (٠,٠٥)، مما يؤكد أن درجات المقياس متنسقة داخلياً فيما بينها.

* - استخراج الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد عند كل مرحلة تعليمية/عمرية:

تم تعبير الصورة النهائية للمقياس من التطبيق على ذات عينة تعبير مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد التي تظهر في الجدول (١١) أنف الذكر، ومن نتائج التطبيق تم استخراج المتوسط والانحراف المعياري عند كل مرحلة عمرية/تعليمية، كما يظهر في الجدول (٢٠) كما يلي:

الجدول (٢٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس

تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد عند كل مرحلة تعليمية/عمرية

المرحلة التعليمية	صف ثالث	صف رابع	صف خامس
المقابلات العمرية	(٨ إلى ٨,١١ سنة)	(٩ إلى ٩,١١ سنة)	(١٠ إلى ١١ سنة)
المتوسط	١٠,٣	١٠,٦	١٠,٥
الانحراف المعياري	٥,٧	٣,٦	٣,٥

كما تحسب الدرجة المعيارية (الذالية) للمفحوص بنفس الطريقة السابقة المذكورة في الصفحة (٩٢).

٣- اختبار الذكاء (المصفوفات المتتابعة لرافن):

السبب في اختيار هذا الاختبار كونه مُعَيَّر ومُقَنَّ على البيئة السورية ويتضمن الفئات العمرية من (٨ إلى مادون ١١) سنة (هدف الدراسة الحالية)؛ ويقس الاختبار الذكاء العام أو العامل (g)، وهو من إعداد جون رافن (Raven, J 1998)، ويتألف من (٦٠) بنداً تتوزع بالتساوي ضمن (٥) مجموعات (أ- ب- ج- د- هـ) في كل منها (١٢) بنداً متدرج الصعوبة، ويتكون كل بند من شكل ينزع منه جزء معين يجب على المفحوص اختيار الجزء الناقص من مجموعة بدائل موجودة في الأسفل، ويقس الاختبار مدى ممتداً من نشاط الوظيفة العقلية بدءاً من عمر مبكر يكون فيه الطفل قادراً على تحسس فكرة إيجاد الجزء المفقود لإكمال نموذج ما حتى مراحل متقدمة من العمر يمكن قياس الحد الأقصى لقدرة الفرد على عقد المقارنات والوصول إلى قمة الاستدلال^١، والاختبار من أشهر اختبارات الذكاء المتحررة من أثر الثقافة، وقد تم تعديله عدة مرات كان آخرها عام (١٩٩٨) المعروف بـ (SPM Plus)، الذي عُيِّر على البيئة السورية من قبل الباحثة (رحمة ٢٠٠٤) على عينة قوامها (٢٨٩) فرداً من عمر بين (٧ - ١٨) سنة، وحُسب له عدة أشكال من الصدق، كالصدق التمييزي لمعامل السهولة والصعوبة، وصدق (الفرق المتقابلة) بين عينة من المتفوقين وغير المتفوقين في الصف السابع والثامن، والصدق (المحكي) بدلالة التحصيل الدراسي والدرجة الكلية للاختبار للأعمار بين (٧ - ١١) سنة ولوحظ وجود علاقة إيجابية، وبدلالة اختبار (مل هل) وبلغ (٠,٣٧٥)، واختبار (كاتل) وبلغ (٠,٤٤٨)، كما حُسب (ارتباط البنود بالدرجة الكلية للاختبار) وبينت النتائج أن (٤٩) بنداً من أصل (٦٠) بنداً كان ارتباطها دال إحصائياً بالدرجة الكلية، كما حُسب (التحليل العاملي) ضمن المدى العمري بين (٧ - ١٧) سنة فظهر وجود عاملين الأول عامل الذكاء العام (g)، والثاني عامل القدرة المكانية، كما أظهرت النتائج للأعمار مجتمعة وجود تشبعات بالعامل الأول في المجموعات (أ - ب - ج) وتشبعات بالعامل الثاني في المجموعتين (د - هـ)، كما بين تحليل التباين الأحادي للمجموعات العمرية وجود فروق في الأداء بين كل زوج من الفئات العمرية حتى عمر (١٨) سنة لصالح الفئات العمرية الأكبر، كما حُسب ثبات (ألفا- كرونباخ) للأعمار المختلفة وتراوح بين (٠,٦١١) لعمر (١٧) سنة، (٠,٨٧٣) لعمر (١٤) سنة، كما حُسب ثبات (التجزئة النصفية) وتراوح بين (٠,٥١٤) لعمر (١١) سنة، (٠,٨٨٠) لعمر (١٨) سنة، كما حُسب ثبات (الإعادة) بعد فترة زمنية تراوحت بين ثلاثة أسابيع والشهر وبلغ للأعمار مجتمعة (٠,٦٩٩) (رحمة، ٢٠٠٤، ص ٧٩-٩٦).

١- يمكن العودة إلى الملحق رقم (٤) للإطلاع على بعض من بنود اختبار الذكاء (المصفوفات المتتابعة لرافن).

وما يمكن استنتاجه من دراسة (رحمة ٢٠٠٤) أن اختبار المصفوفات المتتابة (لرافن) يتصف بمعاملات صدق وثبات كافيين، وأنه صالح للاستخدام في قياس ذكاء الأطفال العاديين ومن ذوي الحاجات الخاصة ضمن البيئة السورية.

٤- البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين باستخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي (إعداد الباحثة)^١:

وهو برنامج مصمم من قبل الباحثة انطلاقاً من الهدف العام والأهداف الفرعية التي تسعى الدراسة الحالية لبلوغها لدى أطفال التوحد، ويغطي مجموعة من مهارات العناية بالذات (داخل المنزل، وخارج المنزل) يتم تنميتها باستخدام استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي، ويناسب أطفال التوحد من الفئة العمرية (٨ إلى ١١) سنة، وقد مر تصميم البرنامج التدريبي بعدة مراحل هي:

أ- تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية:

الهدف العام: تدريب أطفال التوحد من عمر (٨ حتى إلى ١١ سنة) على مهارات العناية بالذات باستخدام استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي.

الأهداف الفرعية:

● - تنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل لدى أطفال التوحد من عمر (٨ حتى ١١) سنة) ويتفرع عن هذا الهدف:

- * - تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الشراب.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في تنظيف الأسنان.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامة في المكان المخصص لها.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرهما.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.

١- يمكن العودة إلى الملحق رقم (٥) للإطلاع على جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين باستخدام استراتيجيتي (النمذجة والتعزيز الإيجابي).

● - تنمية مهارات العناية بالذات خارج المنزل لدى أطفال التوحد من عمر (٨ حتى مادن ١١ سنة) ويتفرع عن هذا الهدف:

- * - تنمية مهارات أطفال التوحد رمي القمامة في المكان المخصص لها.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد الحفاظ على السلامة الشخصية من خطر حوادث قطع الشارع.
- * - تنمية مهارات أطفال التوحد في التقيد بإشارات المرور.

ب- صياغة الافتراضات النظرية التي يقوم عليها البرنامج التدريبي: يستند البرنامج التدريبي على مجموعة افتراضات نظرية تم التوصل إليها من دراسات سابقة ذات علاقة بالدراسة الحالية ومن نتائجها الميدانية، وبالتحديد تلك الدراسات التي عملت على تنمية السلوك التكيفي وسلوك مهارات العناية بالذات^١ لدى أطفال التوحد، وهذه الافتراضات هي:

الافتراض الأول: معظم الأطفال العاديين يتعلمون مهارات العناية بالذات بالتدريب والممارسة اليومية المباشرة وغير المباشرة من قبل الأسرة (الأم تحديداً) من عمر (٢ إلى ٣) سنوات تقريباً، بعد اكتمال المتطلبات المتعلقة بالنضج العقلي والإدراكي والجسدي، إلا أن أطفال التوحد قد لا يتمكنون من تعلم مهارات العناية بالذات ويتأخرون في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٤ إلى ٦) سنوات، وقد يتأخر بعضهم لمرحلة تتجاوز هذا العمر إذا كان التوحد من الحالات الشديدة والعميقة، أو تلك الحالات المرتبطة بتخلف عقلي شديد وعميق دون (٣٥) درجة على اختبار ذكاء مقنن.

الافتراض الثاني: إن بعض أطفال التوحد لديهم مشكلات في فهم التعليمات اللفظية الشفهية للعناية بالذات الموجهة من قبل الآخرين البالغين المحيطين بهم، وأن بعضهم الآخر قد لا يفهم المعنى الوظيفي لبعض الكلمات، أو يواجه مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته للآخرين المحيطين به للعناية به، أو تفويضهم والطلب منهم القيام بتلك المهمات، لذلك فإن جلسات البرنامج التدريبي عملت على تبسيط تعليمات تنفيذ مهارات العناية بالذات الموجهة لأطفال التوحد، وتبسيطها، وجعلها قريبة من المستوى العقلي والمعرفي لهم، واستخدام اللهجة (المحلية)، فالمطلوب من الطفل التوحيدي في هذا البرنامج تعلم مهارات العناية بالذات بغض النظر عن اللغة العربية الفصحى.

الافتراض الثالث: إن معظم أطفال التوحد لديهم حساسية مفرطة لمثيرات حسية معينة، أو نقص الحساسية تجاه مثيرات حسية أخرى، لذا فإن جلسات البرنامج التدريبي تم تنفيذها بشكل جماعي

١ - لاسيما الدراسات التالية:

Macarthur, J. & Ballard, K & Artesian, M (1986).
Matson J. (1990).
Pierce, K. L., & Schreibman, L. (1994).
Reamer, R. ; Brady ; M. & Hawkins; J. (1998).
Santian, D., & Koigel, O. (2007).
بيومي، لمياء عبد الحميد (٢٠٠٨).
السلي، عبد الله مرشود (٢٠٠٩).

وباستخدام نماذج مباشرة (يقوم بها المربي)، أو نماذج غير مباشرة (باستخدام الصور ومقاطع الفيديو)، والعمل على تنمية مهارات العناية بالذات تحت الإشراف المباشر من قبل المربي.

الافتراض الرابع: معظم أطفال التوحد يعانون من فقدان الصبر وفرط النشاط وعدم الرغبة في الامتثال للتعليمات، كما أن لبعضهم الآخر بعض مظاهر السلوك الهيجاني والعدواني، لذلك فإن جلسات البرنامج تم تصميمها لتكون قصيرة (بحدود ٤٥ دقيقة) يتخللها نشاطات ترفيهية ومحببة لأطفال التوحد، كما ستكون المعززات المادية والمعنوية متوفرة لتثبيت سلوك العناية بالذات المرغوب فيه.

الافتراض الخامس: معظم أطفال التوحد لديهم عدم رغبة في تغيير الروتين المتعلق بتنفيذ بعض مهمات العناية بالذات، لذلك فإن التدريب ضمن جلسات البرنامج سيأخذ بالاعتبار العمل على تنمية مهارات العناية بالذات بأوضاع مختلفة ومتعددة للمهارة الواحدة.

الافتراض السادس: غالباً ما يعتمد طفل التوحد في تنفيذ مهارات العناية بالذات على الآخرين البالغين المحيطين به، وتتفاقم المشكلة أكثر إذا استمر هؤلاء البالغين في تنفيذ طلباته تلك دون محاولة تمكينه منها وتدريبه على العناية بنفسه، لذلك فإن جلسات البرنامج تعمل على ترغيب طفل التوحد بتنفيذ مهارات العناية بالذات بنفسه، وضرورة التواصل مع أولياء الأمور لتحقيق هذه الغاية.

الافتراض السابع: إن فعالية البرنامج في تنمية مهارات العناية بالذات تتطلب الربط بين الجانب المعرفي (النظري) بالجانب العملي (الأدائي)، فبعد تعرف طفل التوحد على أدوات العناية بالذات داخل المنزل وخارجه، تم استخدام تلك الأدوات من خلال إجراءات معينة يقارنها بعد أن يقوم بتمثيلها المعلم أمامهم (النمذجة المباشرة)، أو باستخدام النمذجة غير المباشرة (الصور ومقاطع الفيديو)، ثم يحصل بعد ذلك على التعزيز المناسب فور قيامه بالسلوك المطلوب.

الافتراض الثامن: إن جلسات البرنامج استخدمت المعززات الإيجابية المادية (طعام، حلوى، ألعاب.. إلخ) في بداية كل جلسة مع الحرص على ضرورة الانتقال التدريجي إلى استعمال المعززات الإيجابية المعنوية (التشجيع، والابتسام، التصفيق.. إلخ) في مراحل متقدمة من كل جلسة، فالعديد من الدراسات أوضحت فعالية التعزيز المادي في بداية تشكيل السلوك ولكن أثر المعززات المعنوية أكبر في مرحلة تثبيت السلوك والانتقال إلى تعميم الأثر.

الافتراض التاسع: إن فعالية النمذجة في تنمية مهارات العناية بالذات تأتي من كونها محببة بالنسبة للطفل التوحد، لذلك فإن جلسات البرنامج تعتمد استخدام صور ومقاطع فيديو لشخصيات كرتونية محببة لأطفال التوحد وهي تقوم بتنفيذ مهارات العناية بالذات.

ج- تحكيم الصورة الأولية للبرنامج التدريبي بعرضه على مجموعة محكمين: تم التحقق من صدق محتوى البرنامج التدريبي بعرضه على مجموعة محكمين عددهم الإجمالي (١٠) محكمين^١،

١- يمكن العودة إلى الملحق رقم (١) للإطلاع على أسماء السادة المحكمين واختصاصاتهم العلمية.

وكان الهدف من تحكيم البرنامج بيان ملاحظات المحكمين لمدى ملائمة جلسات البرنامج وعددها وشمولها لمحتوى مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارج المنزل)، وإجراءات تطبيقها من حيث المعنى واللغة، ومدى ملائمة وسائل التعليم، واستراتيجيات التدريس، وكفاية زمن التطبيق بالنسبة للهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج التدريبي وللدراسة الحالية من جهة، ومدى ملائمتها لمستوى القدرات العقلية والنمائية والمعرفية لأفراد الفئة المستهدفة (أطفال التوحد من عمر ٨ إلى ١١ سنوات) من جهة أخرى.

وقدم المحكمون ملاحظاتهم التي بينوا فيها ضرورة إضافة جلسة في بداية البرنامج التدريبي يشارك فيها أولياء الأمور إلى جانب المعلم، لغاية التهيئة العامة لأطفال التوحد (أفراد العينة التجريبية) لضمان مشاركتهم الإيجابية والفاعلة في الجلسات التالية، كما اقترحوا زيادة عدد الجلسات لتصبح (١٥) جلسة بدلاً من (١٣) جلسة، من خلال تجزئة بعض الأهداف السلوكية وتنفيذها ضمن جلستين أو أكثر، وتجزئة أهداف سلوكية أخرى ضمن الجلسة الواحدة (بعضها يتضمن جانباً معرفياً والبعض الآخر يتضمن جانباً أدائياً)، وتفصيل الشرح في خطوات تنفيذ بعض الأهداف السلوكية الأخرى، وتوحيد زمن جميع الجلسات التدريبية، وزيادة عدد الوسائل التعليمية وتحسين جودتها (كالبطاقات، والصور، ومقاطع الفيديو.. إلخ)، وتفعيل استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي أكثر لتصبح أكثر كفاءة وفاعلية في تحقيق الأهداف، وتصبح أكثر ملائمة للفئة العمرية والصفية، والتقليل التدريجي من التعزيز المادي في أولى الجلسات التدريبية ليتم سحب التعزيز المادي تدريجياً لصالح التعزيز المعنوي ليحل محله بالمطلق حتى نهاية البرنامج التدريبي.

هـ- الصورة النهائية للبرنامج التدريبي الذي ضم (١٥) جلسة تدريبية موزعة كما يلي:

الجلسة الأولى: التهيئة العامة لأطفال التوحد من أفراد العينة التجريبية المشاركين في البرنامج التدريبي لمهارات العناية بالذات بمشاركة أولياء الأمور.

الجلسة الثانية: تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق).

الجلسة الثالثة: تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).

الجلسة الرابعة: تنمية مهارات أطفال التوحد للتعرف على أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).

الجلسة الخامسة: تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).

الجلسة السادسة: تنمية مهارات أطفال التوحد لغسل الوجه واليدين بالماء والصابون.

الجلسة السابعة: تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب (الأقلام والدفاتر والكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها.

الجلسة الثامنة: تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامة في المكان المخصص لها.

الجلسة التاسعة: تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف الثابت.

الجلسة العاشرة: تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف المحمول (الخليوي).

الجلسة الحادية عشر: تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال مآخذ الأدوات الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرهما.

الجلسة الثانية عشر: تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرهما.

الجلسة الثالثة عشر: تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرهما.

الجلسة الرابعة عشر: تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

الجلسة الخامسة عشر: تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

ويستخدم البرنامج التدريبي الاستراتيجيات التدريسية التالية لتحقيق أهدافه العامة والخاصة:

- استراتيجية التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement Strategy).

- استراتيجية النمذجة (Modeling Strategy).

ويضمن البرنامج مجموعة وسائل تعليمية لتحقيق أهدافه العامة والخاصة للبرنامج:

- بطاقات وصور لأدوات مهارات العناية بالذات.

- مجسمات لأدوات مهارات العناية بالذات.

- أدوات مطبخ (شوكة - سكين ملعقة - صحن.. كوب - إبريق..).

- أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون أسنان).

- فرن غاز وبعض الأدوات الكهربائية المتوفرة في مركز رعاية أطفال التوحد.

- مقاطع فيديو واقعية ومقاطع فيديو لرسوم متحركة.

- بعض المعززات المادية (حلوى، بطاقات، مكافأة).

ثالثاً - عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها:

هي من نوع (العينة المقصودة المتيسرة)، وتشير كلمة مقصودة إلى أن هدف الدراسة يحدد للباحث مسبقاً ضرورة توفر مواصفات وخصائص معينة في أفراد العينة تتسجم مع أغراض وأهداف

الدراسة، وتشير كلمة متيسرة إلى الاختصار على عدد متاح ومتيسر من الأفراد في العينة من الذين يتواجدون في مكان محدد مرتبط بهدف الدراسة (مركز إعاقة، موظفين، مدراء...) (Wiersma, W., 2004, p23). وفي الدراسة الحالية تكونت عينة الدراسة من (٢٤) فرداً من أطفال التوحد من الفئة العمرية بين (٨ إلى ١١) سنة، مقسمين بالتساوي (١٢) فرداً للمجموعة التجريبية (٦ ذكور، ٦ إناث)، بالإضافة إلى (١٢) فرداً للمجموعة الضابطة (٦ ذكور، ٦ إناث)، ممن يعانون من اضطراب التوحد، والتي توصف بأنها حالات توحد غير مرتبطة بتخلف عقلي، وقد تم تشخيص أفراد المجموعتين وفق الأسس والمعايير الواردة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR)، اختيروا من مركزين للتوحد في محافظة دمشق كما يُظهر الجدول (٢١):

الجدول (٢١) مراكز التوحد التي سحبت منها المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	مركز التوحد	العنوان	المرحلة العمرية	الجنس		المجموع
				ذكور	إناث	
تجريبية	جمعية أسرة الإخاء السورية	باب توما – حديلة منزل (١٤٥)	(٨ إلى ١١)	٢	٢	٤
			(٩ إلى ١١)	٢	٢	٤
			(١٠ إلى ١١)	٢	٢	٤
ضابطة	جمعية المحبة	باب توما – حارة المسك	(٨ إلى ١١)	٢	٢	٤
			(٩ إلى ١١)	٢	٢	٤
			(١٠ إلى ١١)	٢	٢	٤
المجموع						٢٤

ولابد من الإشارة إلى أن أفراد المجموعتين (التجريبية، والضابطة) مشخصين وفق سجلات القبول والكشف الصحي في كلا المركزين على أنهم من ذوي اضطراب التوحد وفق درجات متفاوتة من الشدة، لكن (في الدراسة الحالية) تم التحقق من نجاح التشخيص بإتباع الإجراءات التالية:

١- تصنيف أفراد المركزين ممن يعانون من اضطراب التوحد وفق متغير الفئة العمرية، ووفق متغير الجنس (ذكور، إناث)، وبلغ عددهم الإجمالي (١١٤) طفلاً وطفلةً في كلا المركزين.

٢- العودة إلى سجلات الكشف الصحي والإبقاء على من يعاني من اضطراب توحد بدون تخلف عقلي وبلغ عددهم (٧٨) طفلاً وطفلةً في كلا المركزين.

٣- تطبيق (محك استبعاد) أي إعاقة حسية، أو إعاقة حركية وذلك بالعودة إلى سجلات الكشف الصحي ومن خلال الملاحظة المباشرة، وبعد التصفية تم استبعاد (٩) أطفال ذكور فقط يعانون من إعاقة حركية وضعف بصري ظاهري، وما تبقى هو (٦٩) طفلاً وطفلةً في كلا المركزين.

٤- تطبيق اختبار الذكاء (المصفوفات المتتابعة لرافن) على ما تبقى من هؤلاء الأطفال فقط للتحقق من استبعاد حالات التخلف العقلي المصاحبة لحالات التوحد، حيث تم استبعاد (١٣) طفلاً من

الذكور درجاتهم فوق المتوسط (بين ٢ إلى ٣ انحراف معياري فوق المتوسط) على اختبار الذكاء، وما تبقى من العينة هو (٥٦) طفلاً وطفلة في كلا المركزين.

٥- تطبيق مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي المصمم (من قبل الباحثة) بالاستعانة بـ (٤٤) من أولياء أمور الأطفال التوحديين، وبالإستعانة بـ (١٢) من مدربي أطفال التوحد، حيث تم استبعاد (٤) أطفال من الذكور لا تنطبق عليهم جميع الخصائص التشخيصية المميزة لأطفال التوحد ويعتبرون من الحالات الحدية (غير المحددة) وفق المعايير المتضمنة في المقياس (بحصولهم على درجة معيارية ذالية تراوحت بين الصفر إلى -١)، وذلك نتيجة خضوعهم لبرامج العناية والتأهيل في مراكز الرعاية، وما تبقى هم (٥٢) طفلاً وطفلة في كلا المركزين.

٦- تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي المصمم (من قبل الباحثة) بالاستعانة بـ (٤٠) من أولياء أمور الأطفال التوحديين، وبالإستعانة بـ (١٢) من مدربي أطفال التوحد، حيث تم استبعاد (٩) أطفال ذكور و (١٢) طفلة أنثى لا يعانون من أي اضطراب في مهارات العناية بالذات وفق المعايير المتضمنة في المقياس (بحصولهم على درجة معيارية ذالية تراوحت بين الصفر إلى -١)، وذلك نتيجة خضوعهم لبرامج العناية والتأهيل في مراكز الرعاية، وما تبقى هم (٣١) طفلاً وطفلة في كلا المركزين.

٧- في المحصلة النهائية تبقى (٣١) طفل وطفلة ممن يعانون من اضطراب التوحد، وتم الإبقاء منهم على (٢٤) طفلاً وطفلة حصلوا على أقل التقديرات وفق المحكات التشخيصية السابقة، قسموا بالتساوي (١٢) طفلاً وطفلة للمجموعة التجريبية، ١٢ طفلاً وطفلة للمجموعة الضابطة). ولضبط متغيرات الدراسة الحالية تم التحقق من تجانس أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) وفق متغيري (درجة الذكاء، مهارات العناية بالذات) بالعودة إلى نتائج التطبيق المذكورة في المراحل السابقة لفرز المجموعتين، وذلك باستخدام معادلة مان ويتني (Man Whitney) لعينتين مستقلتين كما يُظهر الجدول (٢٢):

الجدول (٢٢) نتائج الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة وفق معادلة

مان ويتني (Man Whitney) لتحديد تجانس المجموعتين في المتغيرات (درجة الذكاء، مهارات العناية بالذات)

الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)							المتغير
الدرجة الذكاء	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٢٧	٢,٤٤٩٤٩	٥	٢٠	٦	٠,٥٥٤
المجموعة الضابطة	٤	٢٨	٢,١٦٠٢٥	٤	١٦		
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)							المتغير
الدرجة الذكاء	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٣٠,٧٥	٢,٠٦١٥٥	٣,٨٨	١٥,٥	٥,٥	٠,٤٤٥
المجموعة الضابطة	٤	٣١,٧٥	١,٨٩٢٩٧	٢٠,٥	٥,١٢		

المتغير							المتغير
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)							المتغير
الدرجة الذكاء	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٣٥,٧٥	٢,٠٦١٥٥	٤,١٢	١٦,٥	٦,٥	٠,٦٦١
المجموعة الضابطة	٤	٣٦,٧٥	٣,٣٠٤٠٤	٤,٨٨	١٩,٥		
الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)							المتغير
مهارات العناية بالذات	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٢٩,٧٥	٦,٠٢٠٨	٤,٢٥	١٧	٧	٠,٧٧٣
المجموعة الضابطة	٤	٣١,٥	٤,٤٣٤٧١	٤,٧٥	١٩		
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)							المتغير
مهارات العناية بالذات	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٣٤,٢٥	٦,٦٢٩٩٦	٤,٥	١٨	١	٠,٨
المجموعة الضابطة	٤	٣٣,٧٥	٢,٠٦١٥٥	٤,٥	١٨		
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)							المتغير
مهارات العناية بالذات	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٣٢	٢,١٦٠٢٥	٦,٦٢	١٨,٥	٧,٥	٠,٨٨٥
المجموعة الضابطة	٤	٣٠,٢٥	٥,٧٣٧٣	٤,٣٨	١٧,٥		

يُلاحظ من الجدول (٢٢) أن جميع قيم مان ويتني (U) كانت غير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير درجة الذكاء على اختبار (رافن) ومتغير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، إذ كان مستوى الدلالة لها جميعاً أكبر من (٠,٠٥)، كما يُلاحظ أن متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية مساوية تقريباً لمتوسطات رتب المجموعة الضابطة بالنسبة لكل متغير من المتغيرات السابقة، وجميع تلك القيم تشير إلى أنه لم تلاحظ فروق دالة إحصائية بين المجموعتين، مما يجعلنا نقول بأن المجموعتين التجريبية والضابطة شبه متجانسة في (٣) متغيرات فقط (العمر، درجة الذكاء، مهارات العناية بالذات) وذلك قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

رابعاً- متغيرات الدراسة:

١- المتغير المستقل: هو طريقة تقديم مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد من عمر (٨ إلى مادون ١١) سنة، وله حالتان: الأولى تقديم مهارات العناية بالذات وفق برنامج تدريبي قائم على إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي، والثانية طريقة تقديم مهارات العناية بالذات وفق الطريقة التقليدية المتبعة في البيت والمدرسة.

٢- المتغير التابع: هو الدرجة التي يحصل عليها طفل التوحد وفق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل (القياس القبلي، والقياس البعدي المباشر، والقياس البعدي

المؤجل بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج) في كل بعد من أبعاده، ولكل من المجموعتين الضابطة والتجريبية.

خامساً- إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بالإجراءات التالية لتحقيق الهدف العام للدراسة الحالية:

١- تنظيم الإطار النظري (للدراصة الحالية) بالعودة إلى أدبيات التربية الخاصة بإعاقه التوحد، والدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة الحالية.

٢- تصميم مقياس تقدير المهارات التشخيصية للسلوك التوحدي والتحقق من صدقه وثباته، وتعبيره ليناسب بيئة مدينة دمشق، واستخدامه كمقياس للتحقق من دقة تشخيص أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة المشخصين في مراكز رعاية التوحد.

٣- تصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي والتحقق من صدقه وثباته، وتعبيره ليناسب بيئة مدينة دمشق، واستخدامه كمقياس (قبلي، بعدي مباشر، بعدي مؤجل) للتحقق من فاعلية البرنامج التدريبي.

٤- تصميم جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات باستخدام استراتيجيتي التعزيز الإيجابي والنمذجة، وعرضه على محكمين، والتحقق من وضوح أهدافه، ودقة إجراءات تطبيق جلساته التدريبية، ومناسبة أهدافه، ووسائله التعليمية، وزمن تطبيق كل جلسة.. إلخ مع القدرات العقلية والمعرفية لأطفال التوحد من أفراد المجموعة التجريبية.

٥- فرز أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من أطفال التوحد.

٦- تطبيق جلسات البرنامج التدريبي لمهارات العناية بالذات خلال مدة (٦) أسابيع وخلال (٤٠) يوماً، من تاريخ (٢٠١٢/٣/١٧ حتى ٢٠١٢/٤/٢٧)، بمعدل (٢ إلى ٣) جلسات أسبوعياً.

٧- التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي بإجراء المقارنات القبلية والبعدية المباشرة بين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس مهارات العناية بالذات بالاستعانة بأولياء الأمور.

٨- التحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي من خلال إعادة تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات بالاستعانة بأولياء أمور أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي بتاريخ (٢٧-٢٩/٥/٢٠١٢).

٩- تفسير النتائج في ضوء الواقع الميداني وبالعودة إلى نتائج الدراسات السابقة، والتوصل إلى مجموعة من المقترحات.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة ومقترحاتها

- تمهيد:

أولاً- المعالجة الإحصائية للفرضيات.

ثانياً- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها.

ثالثاً- توصيات الدراسة.

رابعاً- بحوث مقترحة.

- تمهيد:

يتناول الفصل الخامس للدراسة الحالية عرض نتائج المعالجة الإحصائية للفرضيات، بما يتضمنه من مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل تصميم وتطبيق البرنامج التدريبي، كما سيتم مناقشة النتائج في ضوء نتائج الدراسات السابقة الشبيهة بالدراسة الحالية، وتقديم مجموعة من المقترحات، بالإضافة إلى تضمين مجموعة من البحوث المقترحة التي يمكن أن تغني البحث في مجال تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد.

أولاً- المعالجة الإحصائية للفرضيات:

تم التحقق من فرضيات الدراسة الحالية باستخدام طرق المعالجة الإحصائية اللا معلمية أو اللابرامترية (Nonparametric) المتضمنة في برنامج (SPSS)، انطلاقاً من طبيعة البيانات ومستوى القياس المرتبط بها، والتي تم الحصول عليها بمساعدة (٢٤) من أولياء الأمور الأطفال التوحيدين الذين طبقوا مقياس تقدير مهارات العناية بالذات على أبنائهم من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

١- الفرضية الأولى: لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معادلة مان ويتني (Man Whitney) لعينتين مستقلتين، التي تحسب الفروق بين أداء المجموعة التجريبية وأداء المجموعة الضابطة على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية بعد تطبيق البرنامج التدريبي مباشرة كما يُظهر الجدول (٢٣):

الجدول (٢٣) نتائج الفرق بين أداء المجموعة التجريبية وأداء المجموعة الضابطة

في القياس البعدي المباشر لتقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة مان ويتني (Man Whitney)

المتغير						
الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)						
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
٤	٨٥,٥	٥,٧٤٤	٦,٥	٢٦	٠,٠٠٠	٠,٢
٤	٣٨	٥,٥٩٧	٢,٥	١٠		
المتغير						
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)						
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
٤	٨٥,٧٥	٥,٣١٥	٦,٥	٢٦	٠,٠٠٠	٠,٢١
٤	٣٥,٧٥	٢,٢١٧	٢,٥	١٠		
المتغير						
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)						
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
٤	٨٨,٧٥	١,٧٠٧	٦,٥	٢٦	٠,٠٠٠	٠,١٨
٤	٣٥,٥	١,٠٣٤	٢,٥	١٠		

يُلاحظ من الجدول (٢٣) أن جميع قيم مان ويتني (U) كانت دالة بالنسبة للدرجة الكلية لمهارات العناية بالذات، وبلغت (٠,٠٠٠) (٠,٠٠٠) (٠,٠٠٠) على التوالي لكل فئة عمرية، وجميع تلك القيم تشير إلى أن الفرق كان لصالح المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي المباشر، لاسيما أن جميع مستويات الدلالة كانت أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، حيث بلغت (٠,٢) (٠,٢١) (٠,١٨)، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: بوجود فرق دالّ إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية.

٢- الفرضية الثانية: لا يوجد فرق دالّ إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، التي تحسب الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية كما يُظهر الجدول (٢٤):

الجدول (٢٤) نتائج الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي

والبعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon)

الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)							المتغير
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z)	الدلالة	مهارات العناية بالذات
٤	٢٩,٧٥	٦,٠٢٠	٠٠	٠٠	١,٨٢٦	٠,٠٣	المجموعة التجريبية قياس قبلي
	٨٥,٥	٥,٧٤٤	٢,٥	١٠			المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)							المتغير
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z)	الدلالة	مهارات العناية بالذات
٤	٣٤,٢٥	٦,٦٢٩	٠٠	٠٠	١,٨٢٦	٠,٠٠٠	المجموعة التجريبية قياس قبلي
	٨٥,٧٥	٥,٣١٥	٢,٥	١٠			المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)							المتغير
العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z)	الدلالة	مهارات العناية بالذات
٤	٣٢	٢,١٦	٠٠	٠٠	١,٨٤١	٠,٠٠٦	المجموعة التجريبية قياس قبلي
	٨٨,٧٥	١,٧٠٧	٢,٥	١٠			المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر

يُلاحظ من الجدول (٢٤) أن جميع قيم (Z) كانت دالة بالنسبة للدرجة الكلية لمهارات العناية بالذات، وبلغت (١,٨٢٦) (١,٨٢٦) (١,٨٤١) على التوالي لكل فئة عمرية، وجميع تلك القيم تشير إلى أن الفرق كان لصالح التطبيق البعدي المباشر، لاسيما أن جميع مستويات الدلالة كانت أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، حيث بلغت (٠,٠٣) (٠,٠٠٠) (٠,٠٠٦)، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: بوجود فرق دالّ إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية.

٣- الفرضية الثالثة: لا يوجد فرق دالّ إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التتبعي على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، والتي تحسب الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس البعدي التتبعي على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية كما يُظهر الجدول (٢٥):

الجدول (٢٥) الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين

البعدي المباشر والبعدي التتبعي في مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon)

المتغير						
الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)						
المتغير	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) الدلالة
مهارات العناية بالذات						
المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر	٨٥,٥	٨٥,٥	٥,٧٤٤	٤,٥	٢,٢٥	١,٨٤
المجموعة التجريبية قياس بعدي تتبعي	٨٦	٨٦	٤,٨٣	٥,٥	٢,٧٥	٠,٨٥٤
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)						
المتغير	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) الدلالة
مهارات العناية بالذات						
المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر	٨٥,٧٥	٨٥,٧٥	٥,٣١٥	٣	٣	٠,٧٣٦
المجموعة التجريبية قياس بعدي تتبعي	٨٦,٥	٨٦,٥	٥,٠٦٦	٢,٣٣	٧	٠,٤٦١
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)						
المتغير	العدد (ن)	م	ع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(Z) الدلالة
مهارات العناية بالذات						
المجموعة التجريبية قياس بعدي مباشر	٨٨,٧٥	٨٨,٧٥	١,٧٠٧	٠,٠	٠,٠	١,٣٤٢
المجموعة التجريبية قياس بعدي تتبعي	٨٩,٢٥	٨٩,٢٥	٠,٩٥٧	١,٥	٣	٠,١٨

يُلاحظ من الجدول (٢٥) أن جميع قيم (Z) كانت موجبة بالنسبة للدرجة الكلية، وبلغت (١,٨٤) (٠,٧٣٦) (١,٣٤٢) على التوالي لكل فئة عمرية، وجميع تلك القيم تشير إلى أن هذه الفروق لم تكن كبيرة عند مقارنتها بمستوى الدلالة الذي بلغ (٠,٨٤٥) (٠,٤٦١) (٠,١٨) على التوالي، وبالتالي هي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥) وبذلك لم يظهر فرق دالّ إحصائياً في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي، مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج التدريبي، وثبات التحسن في مجالاته كما بينت نتائج التطبيق التتبعي.

ثانياً- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها:

بعد القيام بإجراءات التحليل الإحصائي لنتائج الفرضيات السابقة، لوحظ تحسن في أداء المجموعة التجريبية من أطفال التوحد في مهارات العناية بالذات بعد إجراء المقارنات (القبلية، والبعدية المباشرة، والبعدية التتبعية) بين أداء أفرادها وأداء أفراد المجموعة الضابطة، في كل مجال فرعي وللدرجة الكلية كما يرونها مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد (المصمم في الدراسة الحالية) وكما عبرت عنها وجهات نظر أولياء الأمور، الذين قدموا إجاباتهم على بنود المقياس.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى الأثر الفعال للبرنامج التدريبي الذي يتضمن أنشطة وتدريبات متعددة ومتنوعة لتنمية مهارات العناية بالذات في المجالات التي قصد البرنامج تنميتها لدى أفراد المجموعة التجريبية، والتي يرصدها المقياس وفق الهدف العام للدراسة الحالية، مما ساعد في إحداث تحسن ملحوظ في أداء المجموعة التجريبية لأنه ساعد على أن تكون عملية اكتساب تلك المهارات نشطة وتثير اهتمام أفراد المجموعة التجريبية، وتحرك دافعيتهم لتعلم واستخدام مهارات العناية بالذات. كما أن التصميم الدقيق لجلسات البرنامج التدريبي على أساس التتابع (معرفة نظرية، معرفة عملية) لكل مهارة من مهارات العناية بالذات ساعد على اكتساب تلك المهارات، وتدريب أفراد المجموعة التجريبية عليها وفقاً لخطوات صغيرة مخططة تتيح مبدأ التكرار والممارسة، مما ساعد إلى حد بعيد في تطوير استقلاليتهم في أداء مهمات العناية بالذات، وزيادة فعاليتهم في تخزينها في الذاكرة واسترجاعها عند الحاجة، ولأن جلسات البرنامج التدريبي تضمنت ووسائل تعليمية (صور، مقاطع فيديو، وسائل تعليمية حقيقية ومجسمات) أثارت اهتمام أفراد المجموعة التجريبية خلال معظم جلسات البرنامج التدريبي للأسباب التالية:

١- في مرحلة فرز أطفال التوحد من أفراد المجموعتين (التجريبية، والضابطة) استخدمت الدراسة الحالية مجموعة مقاييس لها خصائص سيكومترية جيدة (صدق، ثبات)، تم تقنينها على البيئة السورية، مكنت الدراسة الحالية من تعيين أطفال التوحد في كلا المجموعتين وفق (التعريف الإجرائي المحدد). إذ ساعد تطبيق اختبار الذكاء (رافن) من اختيار أفراد المجموعتين وضمن كل فئة عمرية من ذوي الذكاء الذي يتجاوز حدود المتوسط وفق المعايير المثنوية. كما سعت الدراسة إلى تصميم مقياس لتقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي وفق مجموعة معايير دقيقة تغطي ثمانية مجالات فرعية للسلوك المميز لمتلازمة التوحد وهي: (القصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، الانسحابية، الاعتمادية، النشاط التخيلي، السلوك التكراري والإصرار على الروتين، التواصل اللفظي وغير اللفظي، الحساسية المفرطة ونقص الحساسية)، حيث روعي في اختيار بنود المقياس ككل وضمن كل مجال فرعي تغطية جميع الأنماط السلوكية المميزة للسلوك التوحدي وفق المعايير الموصوفة من قبل (كانر، اسبرجر، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، والدليل الإحصائي والتشخيصي لاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV, TR 2000))، كما تم الاستفادة من الاختبارات والمقاييس الواردة في عدة دراسات هدفت إلى تصميم مقاييس تشخيصية لمتلازمة التوحد، والتحقق من صدقه وثباته وتعبيره ليناسب البيئة السورية، حيث كان لذلك الإجراء أثرٌ فاعل في تعيين الأطفال الذين تستهدفهم الدراسة الحالية بدقة، وهذا الإجراء يتفق تماماً مع الاجراءات المتبعة في دراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ماتسون (Matson 1990)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة الشيخ ذيب (٢٠٠٥)، ودراسة سننجان وكوجل

(Santian & Koigel 2007)، روبنسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009)، ودراسة (جودت ٢٠٠٩)، ودراسة تشوي ونيومن (Choi & Nieminen 2010)، ودراسة ديبالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

ومن جهة أخرى فقد كان لتصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي وما يتضمنه من مجالات فرعية لمهارات العناية بالذات داخل المنزل (استخدام أدوات تناول الشراب، استخدام أدوات تناول الطعام، استخدام أدوات تنظيف الأسنان، ترتيب القرطاسية المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها، غسيل اليدين والوجه بالماء والصابون، استخدام الهاتف أو الخليوي للتواصل، استخدام فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره، استخدام المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل (التعرف على أشارات المرور وتحديد أهميتها والتقييد بها أثناء السير في الشارع، مهارات رمي القمامة في المكان المخصص لها)، دور كبير في تعيين السلوك المدخلي لجلسات البرنامج التدريبي، إذ يقتصر تشخيص اضطراب مهارات العناية بالذات باستخدام هذا المقياس عن جوانب القصور (الإجرائية) فقط، بل سعى المقياس إلى تقصي جوانب القصور في المعرفة النظرية بأدوات ووسائل العناية بالذات. فقد بين المقياس بعد توزيعه على أولياء أمور أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في مرحلة التطبيق (القبلي) أن لدى معظمهم أبناءهم قصور نوعي واضح في مهارات العناية بالذات داخل المنزل، ولا سيما في تحديد وظيفة أدوات تناول الشراب والطعام، وأدوات تنظيف الأسنان وقصور نوعي في استخدامها، كما ظهر لدى معظمهم إهمال في السعي مستقلاً لترتيب الحاجات المدرسية (القرطاسية والأقلام والدفاتر) والعمل على الاعتناء بنظافتها، كما ظهر لدى معظمهم عدم معرفة بوظيفة أدوات غسيل الوجه بالماء والصابون، أو المعرفة بأدوات التواصل عبر الهاتف الثابت أو الهاتف المحمول (الخليوي)، ولا حتى كيفية استخدامها، كذلك الأمر بالنسبة لفرن الغاز، والمآخذ الكهربائية، أما بالنسبة لمهارات العناية بالذات خارج المنزل فقد أظهر التطبيق (القبلي) عدم وجود معرفة نظرية لدى أطفال التوحد من أفراد المجموعتين (التجريبية، والضابطة) بإشارات المرور، ووظيفة شرطي المرور، ولا معرفة إجرائية للتقييد بها، كذلك الأمر بالنسبة لمهام رمي القمامة في المكان المخصص لها، وذلك وفق ما عبر عنه أولياء الأمور بعد إجاباتهم على بنود المقياس. إن هذه النتائج المتعلقة بالتطبيق (القبلي) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي كانت تشير إلى تأخر أطفال التوحد فيما يتعلق باكتساب وتعلم وتنفيذ مهارات العناية بالذات بما يعادل (من ٢ إلى ٣) سنوات بالمقارنة مع العاديين من نفس العمر الزمني والعقلي وهذا ما يتفق مع ما أشار إليه كل من نيلسون وجريجنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، تايلر وآخرون (Taylor et al 2004)، مجلس خدمات الدعم لمقاطعة نورثمبرلاند (Northumberland County Council 2004)، (Communication Support Service 2004)، (بيومي ٢٠٠٨)، كما يتفق مع دراسة ماك آرثر

وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007)، ودراسة روبنسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009).

٢- كان لمرحلة التطبيق (القبلي) سابقة الذكر أهميتها في كشف نواحي القصور في مهارات العناية بالذات وفي تصميم جلسات البرنامج التدريبي، واعتبرت المنطلق الرئيسي لتحديد جميع مدخلات البرنامج (الأهداف العامة والخاصة، الزمن، الوسائل التعليمية، استراتيجيات التدريس، المعززات، أساليب التقييم) لكل جلسة تدريبية بما يتناسب مع القدرات العقلية والنمائية والاجتماعية والأكاديمية لأطفال التوحد.

أ- بالنسبة لأهداف البرنامج التدريبي: تم تعيين الأهداف العامة والخاصة لكل جلسة تدريبية، وتجزئتها إجرائياً ضمن كل مهارة فرعية، والتحقق من عدم انتقال أفراد المجموعة التجريبية إلى الهدف التالي دون تحقيق الهدف السابق بنسبة نجاح لا تقل عن (١٠٠%)، كما أن الزمن المخصص لكل هدف كان يتناسب مع خصائص أطفال التوحد ضمن المجموعة التجريبية لاسيما فيما يتعلق بنقص الانتباه وقصر فتراته، وهذا يتفق مع ما أكدده عليه كل من كانر (Kanner 1943)، اسبرجر (Asperger 1944)، الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society of Autistic Children - NSAC 1978)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR 2000).

ب- بالنسبة للوسائل التعليمية: فقد تضمن البرنامج التدريبي استخدام وسائل تعليمية ذات طابع محسوس (بطاقات مطبوعة وملونة، صور، مقاطع فيديو، مجسمات، أدوات حقيقية)، تم تنظيمها لتحقيق الأهداف العامة والخاصة، ولتكون قريبة من الحاجات الخاصة لأطفال التوحد فيما يتعلق بمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجه، حيث تم توظيف تلك الوسائل التعليمية في الوقت المناسب، واستخدمت للتدريب على تعلم واستخدام المعرفة (النظرية والعملية) لمهارات العناية بالذات لكل هدف عام وهدف سلوكي ضمن كل جلسة من جلسات البرنامج التدريبي، وهذا الإجراء يتفق مع ما ذكره كل من ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، واطسون (1988)، ماتسون (Matson 1990)، ريمير وبرادلي وهاوكينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، (بيومي ٢٠٠٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، (جودت ٢٠٠٩).

ج- بالنسبة لاستراتيجيات التدريب: فقد تضمن البرنامج التدريبي استراتيجيات التعزيز الإيجابي والنمذجة بما يتلاءم مع الحاجات العقلية والنمائية الخاصة لأطفال التوحد من أفراد المجموعة التجريبية، وتمكينهم من تعلم واكتساب واستخدام مهارات العناية بالذات، والتي بينت الدراسات السابقة والبحوث التجريبية فعاليتها في تنمية المهارات النمائية والأكاديمية لدى جميع ذوي الحاجات الخاصة، وأطفال التوحد على وجه الخصوص، حيث تم توظيف هاتين الاستراتيجيتين بدقة وفي الوقت المناسب.

فبالنسبة لإستراتيجية التعزيز الإيجابي تم توظيفها من خلال تجزئة مهمات العناية بالذات المعرفية (النظرية) والعملية (الأدائية) إلى وحدات صغيرة، وتمكين أفراد المجموعة التجريبية من المهارات الفرعية بما سمح لهم من إتقان عناصر المهمة كاملة وفق تسلسل منظم مكن المدربة من مراقبة التقدم في سلوك أطفال التوحد والسير معهم بحسب قدراتهم حتى إنجاز المهارة كاملة، وهذا التوجه يتفق مع ما ذكره (واطسون ١٩٨٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، (الزريقات ٢٠٠٤)، كما يتفق مع دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩). أما بالنسبة للمعزّزات فقد اعتمدت الدراسة الحالية في التعرف على المعزّزات المفضلة لدى أطفال التوحد من أفراد المجموعة التجريبية من خلال الجلسة التدريبية الأولى التي شارك بها أولياء الأمور، ومن خلال طرح الأسئلة عليهم عن أهم تلك المعزّزات التي تثير اهتمام أطفالهم، وقد كان لذلك الإجراء فعالية كبيرة في زيادة احتمال تعلم مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية كالمعزّزات المادية (الحولى، بطاقات التشجيع) والمعزّزات المعنوية (التشجيع، انتباه المعلمة، الابتسام، قول كلمة صحيح، المشاركة الاجتماعية) وهذا التوجه يتفق مع ما ذكره (واطسون ١٩٨٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، (الزريقات ٢٠٠٤)، كما يتفق مع دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩). كما كان لتقديم التعزيز (مباشرة) فور صدور الاستجابة الصحيحة من طفل التوحد ضمن المجموعة التجريبية دور كبير في تثبيت سلوك العناية بالذات المرغوب فيه وتعزيزه، ومن الإجراءات المتبعة خلال جلسات البرنامج التدريبي ولزيادة فعالية إستراتيجية التعزيز الإيجابي، والتي كانت أساسية وتم الاعتماد عليها في جميع الجلسات التدريبية، البدء بالتعزيز المادي في الجلسات التدريبية الأولى، ثم سحب التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي بالتوازي مع إستراتيجية النمذجة، وهذا التوجه يتفق مع ما أكدّه هجنر (Hegner 1992)، (واطسون ١٩٨٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، كما يتفق مع الإجراءات المتبعة دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة ماك آرثر وبالاراد ووارتيسان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩).

أما بالنسبة لإستراتيجية النمذجة فقد تم توظيفها وبدقة وفي الوقت المناسب بالتوازي مع إستراتيجية التعزيز الإيجابي، حيث تم عرض نموذج سلوك العناية بالذات أمام طفل التوحد من أفراد المجموعة التجريبية بطريقة مباشرة (بواسطة المدربة)، أو بطريقة غير مباشرة (الصور، مقاطع الفيديو)، وبأسلوب محبب وقريب من ميول الطفل وحاجاته الخاصة وقدراته العقلية والمعرفية خلال مرحلة اكتساب وتعلّم مهارات العناية بالذات، ثم الطلب منه تقليد ذلك النموذج وبدرجة إتقان لا تقل

عن (١٠٠%) قبل الانتقال إلى الهدف التالي، وكان يعقب كل إجراء صحيح يقوم به الطفل التعزيز المناسب، حتى الوصول به إلى مستوى الإتقان في اكتساب وتعلم واستخدام مهارات العناية بالذات، حيث صممت الجلسات التدريبية بحيث كانت تتطلب عرض النموذج السلوكي لمهارات العناية بالذات المقدمة في كل هدف، وحث الطفل التوحيدي على حفظ ذلك النموذج السلوكي، وتشجيعه ليمتلك القدرة على تأدية ذلك النموذج السلوكي، ثم تكرار النموذج السلوكي عدة مرات بالتوازي مع تقديم التعزيز الإيجابي المناسب... وهكذا، حتى الوصول إلى مستوى الإتقان، وهذا التوجه يتفق مع ما أكد عليه باندورا (Bandura 1977)، (محروس وعبد الرحمن ١٩٩٨)، كما يتفق مع نتائج دراسة ماتسون (Matson 1990) التي بينت فعالية النماذج السلوكية المباشرة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى (٣) أطفال توحد، ٤ أطفال تخلف عقلي)، وأسفرت النتائج عن نجاح تعلم أطفال عينة الدراسة بنجاح وكفاءة مهارات العناية بالذات إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية. كما أن هذه الإجراءات تتفق مع دراسة (بيومي ٢٠٠٨) التي بينت فاعلية النماذج السلوكية المباشرة المقدمة من المدرب والمدعمة بالتعزيز في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من عينة الدراسة. كما أن هذه الإجراءات تتفق مع دراسة بريمر وباردلي وهوينس (Reamer & Brady & Hawkins, 1998, p134) التي بينت فعالية النمذجة المباشرة المقدمة للطفل التوحيدي في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات، وتحقيق الاستقلالية له، ودفعه إلى مزيد من النمو وتعديل السلوك. كما تتفق مع دراسة ماك آرثر وباردلي وآرتسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) التي بينت فعالية تدريب الأطفال من ذوي الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم باستخدام نموذج عرضه المعلم عليهم مباشرة بواسطة الأم. كما تتفق مع نتائج دراسة بيرس وشريبمان (Pierce & Schreibman 1994) التي تمكنت من تعليم مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات لأطفال التوحد باستخدام الصور، وأظهرت النتائج أنه يمكن لأطفال التوحد استخدام الصور بنجاح لإدارة سلوكهم في غياب من يقدم لهم المعالجة، كما يمكنهم أيضاً أن يعمموا سلوكهم عبر المواقع والمهام المختلفة، وأن يحتفظوا بسلوكياتهم في مرحلة المتابعة.

د- بالنسبة لأساليب القياس: فقد كان لأساليب القياس (القبلية، البعدية المباشرة، البعدية التتبعية) دور فاعل في كشف فعالية البرنامج التدريبي، حيث تم تصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي، والتحقق من صدقه وثباته على البيئة السورية وفق خطوات علمية محكمة قدر الإمكان، مما ساعد في إجراء المقارنات الدقيقة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وبعد مرور شهر من انتهاء التطبيق، حيث تم استخدام المعالجات الإحصائية اللامعلمية، والتي تحسب الفروق بين متوسطات الرتب لكلا المجموعتين، حيث بينت المقارنات فعالية البرنامج التدريبي بدلالة أداء أفراد المجموعة التجريبية الذي تفوق على أداء المجموعة الضابطة في مهارات العناية بالذات، كما بينت المقارنات استمرار أثر

البرنامج التدريبي بالنسبة للعينة التجريبية، وهذا التوجه في التحقق من فعالية البرنامج التدريبي يتوافق مع جميع الإجراءات المتبعة في الدراسات السابقة.

ومن العوامل الأخرى (المهمة) التي ساهمت في تحسين أداء المجموعة التجريبية مقارنة بأداء المجموعة الضابطة كما كشف عنها التطبيق القبلي والبعدي المباشر والبعدي التتبعي، هو الجلسة التدريبية الأولى المخصصة للتعارف والتي شارك فيها أولياء أمور أطفال التوحد، إذ كان لهذه الجلسة دورٌ كبير في تشجيع أولياء الأمور لأبنائهم للتعارف فيما بينهم، والحصول على معلومات منهم حول المشكلات السلوكية المتعلقة بمهارات العناية بالذات والتي لم يكشف عنها التشخيص الأولي ولم تغطيها بنود مقياس تقدير مهارات العناية بالذات، كما كان لهذه الجلسة دورٌ كبير في استمرار حضور أطفال التوحد من أفراد المجموعة التجريبية للجلسات التدريبية اللاحقة، وفي نشر الألفة بين أفرادها، وفي توجيه أولياء الأمور لمتابعة أثر البرنامج التدريبي في المنزل وتقديم معلومات دورية للمدربة عن المشكلات المحتملة للعمل على تجاوزها في الجلسات التدريبية اللاحقة، لقد كان لهذا الإجراء دور فاعل في نجاح جلسات البرنامج التدريبي في تحقيق أهدافه بكفاءة وفاعلية، ومن هنا يأتي تميز الدراسة الحالية في هذا الإجراء والذي لم يلاحظ في الدراسات السابقة.

ثالثاً- توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ميدانية يمكن تحديد مجموعة من المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في مجال تدريب وتأهيل أطفال التوحد:

١- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية والعمل على تنظيم برامج تدريبية لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد في مهارات أخرى، ولمراحل عمرية وتعليمية متقدمة، قائمة على التشخيص المقنن لنقاط القوة والضعف في تلك المهارات، وبما يتلاءم مع حاجاتهم الخاصة.

٢- العمل على بناء مقاييس لتقدير مستوى المعرفة (النظرية والعملية) بمهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من مستويات ومراحل عمرية وتعليمية متقدمة، والتحقق من صدقها وثباتها، وبناء معايير لها تتناسب البيئة المحلية السورية.

٣- تنظيم دورات تدريبية لمعلمي التعليم الأساسي لتعريفهم بمفهوم التوحد، ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين أفراد المجتمع، وتدريبهم على استخدام التشخيص المقنن، واستراتيجيات التدريب الخاصة، وأساليب التقييم.

٤- تفعيل غرف المصادر في جميع مدارس التعليم الأساسي في سورية، وتدريب المعلمين على استخدامها لتحقيق غايات الكشف المبكر لحالات التوحد، وعلاجها بالتدخل المبكر.

٥- إثراء مناهج التربية الخاصة في كليات التربية في المحافظات السورية، لتعريف طلاب كليات التربية بمفهوم التوحد، ونسبة انتشاره بين أفراد المجتمع، وأساليب الفرز والتشخيص، واستراتيجيات التدريب الخاصة، وأساليب التقييم.

٦- ضرورة تفعيل دور التأهيل المجتمعي لأطفال التوحد، إذ يجب ألا تقتصر البرامج التدريبية على تنمية مهاراتهم العناية بالذات فقط، بل لابد من السعي إلى تنمية مهاراتهم اللغوية والتواصلية الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية، وخفض حالات تشتت الانتباه وفرط النشاط، والسلوك النمطي... إلخ، التي يمكن أن يعانون منها، وذلك لتحقيق دمجهم الاجتماعي التدريجي مع أقرانهم العاديين في صفوف التعليم الأساسي ضمن المدارس العادية.

٧- اعتبار أولياء أمور أطفال التوحد جزءاً أساسياً في أي برنامج تدريبي يهدف إلى خفض مستوى وأثر بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية والاجتماعية التي يعاني منها أبنائهم من ذوي متلازمة التوحد.

رابعاً- بحوث مقترحة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن اقتراح مجموعة من الدراسات التي يمكن أن تكون ذات فائدة في مجال التربية الخاصة لذوي متلازمة التوحد:

١- فاعلية برنامج تدريبي قائم على بعض الاستراتيجيات التدريسية لتنمية المهارات اللغوية لأطفال التوحد.

٢- انتشار اضطراب التوحد عند مستوى الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، دراسة مسحية لعينة ممثلة لمختلف المناطق التعليمية في سورية.

٣- دراسة الفروق بين الأطفال العاديين وذوي متلازمة التوحد على متغير (فرط النشاط مع نقص الانتباه)، دراسة مقارنة في عدد من مدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سورية.

٤- دراسة الفروق بين الأطفال العاديين وذوي متلازمة التوحد وذوي صعوبات التعلم على متغير (اضطراب المهارات الاجتماعية)، دراسة مقارنة في عدد من مدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سورية.

٥- دراسة الفروق بين الأطفال العاديين وذوي متلازمة التوحد بدون تخلف عقلي على متغير (مهارات الإدراك السمعي ومهارات الإدراك البصري)، دراسة مقارنة في عدد من مدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في سورية.

مراجع الدراسة

مراجع الدراسة باللغة العربية

مراجع الدراسة باللغة الإنكليزية

المراجع العربية

- - أبو حلاوة، محمد السعيد (١٩٩٧): المرجع في اضطراب التوحد التشخيص والعلاج، منشورات المكتبة الإلكترونية، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة www.gulfkids.com
- - أبو العلا، إيمان (١٩٩٥) : الجوانب النفسية في أهم أمراض الأطفال النفسية والعصبية، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة عين شمس، مصر.
- - أبو علام، رجاء محمود (٢٠٠٤): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط٤، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر.
- - أبو فخر، غسان (٢٠٠٥): التربية الخاصة بالطفل، ط٢، منشورات جامعة دمشق.
- - أولتماز، توماس وآخرون (٢٠٠٠): دراسة حالات في علم النفس المرضي، ترجمة سندس رزق ليلة ٢٠٠٣م، منشورات كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- - بيومي، لمياء عبد الحميد (٢٠٠٨): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس، مصر.
- - الجلبلي، سوسن شاكر (٢٠٠٥): التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، ط١، مطبعة علاء الدين، دمشق، سورية.
- - جودت، عبد السلام (٢٠٠٩): أثر برنامج تدريبي لتنمية عدد من مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام نماذج مباشرة وغير مباشرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.
- - الحديدي، منى والخطيب، جمال (٢٠٠٥): استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ط١، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- - حمودة، محمود (١٩٩٣): الطب النفسي الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج، ط١، دار المعارف، القاهرة، مصر.
- - الحنفي، عبد المنعم (١٩٩٥): الموسوعة النفسية علم النفس في حياتنا اليومية، ط١، مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر.
- - الخطيب، جمال (١٩٩٢): تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين، ط١، دار إشراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- - الخطيب، جمال (٢٠٠١): **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل**، منشورات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، المنامة، البحرين.
- - الخطيب، جمال (٢٠٠٧): **تعديل السلوك الإنساني**، ط٢، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، حولي، الكويت.
- - الراوي، فضيلة توفيق وحماد، آمال صالح (١٩٩٩): **التوحد الإعاقة الغامضة**، ط١، مؤسسة حسن بن علي للنشر، الدوحة، قطر.
- - رحمة، عزيزة (٢٠٠٤): **فاعلية استخدام تحليل السلاسل الزمنية وتحليل الانحدار في دراسة الذكاء لدى الأفراد من عمر سبع سنوات حتى ثماني عشرة سنة**، دراسة إحصائية ميدانية في محافظة دمشق، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- - الزراع، نايف عابد إبراهيم (٢٠٠٤): **قائمة تقدير السلوك التوحدي ABC**، ط١، دار الفكر، كلية المعلمين بجدة، المملكة العربية السعودية.
- - الزريقات، إبراهيم عبد الله فرح (٢٠٠٤): **التوحد الخصائص والعلاج**، ط١، دار وائل، عمان، الأردن.
- - السعد، سميرة عبد اللطيف (١٩٩٢): **معانتي والتوحد مرض التوحد أسبابه صفاته علاجه أفضل طرق التعليم**، ط١، مطبعة الشويخ، الكويت.
- - السلمي، عبد الله مرشود (٢٠٠٩): **فاعلية استخدام أساليب الإشراف الكلاسيكي لدى ثورندايك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
- - سليمان، عبد الرحمن السيد (١٩٩٩): **سيكولوجيا ذوي الحاجات الخاصة ذوي الحاجات الخاصة المفهوم والفئات**، ج١، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- - سليمان، عبد الرحمن السيد (٢٠٠٢): **إعاقة التوحد**، ط٢، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- - الشامي، وفاء علي (٢٠٠٤): **خفايا التوحد إشكاله أسبابه تشخيصه**، ط١، منشورات مكتبة فهد الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- - الشامي، وفاء علي (٢٠٠٤): **سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها**، ط١، منشورات مكتبة فهد الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- - الشيخ ذيب، رائد موسى علي (٢٠٠٥): تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة اليرموك، عمان، الأردن.
- - عبد العزيز إمام، إلهامي (١٩٩٩) : سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتية، ط١، دار الكتب، القاهرة، مصر.
- - عبد الرحمن، محمد السيد وحسن، منى خليفة علي (٢٠٠٤): دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- - عبد الله، قاسم (٢٠٠١): الطفل التوحدي أو النواتي الانطواء حول الذات ومعالجته اتجاهات حديثة، ط١، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، حلب، سورية.
- - عبد الناصر، شاهين (٢٠٠٨): التربية الخاصة بالمعوقين، ط٢، دار النفائس، الكويت.
- - فراج، عثمان (١٩٩٦): إعاقه التوحد أو الاجترار، النشرة الدولية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (٤٥)، القاهرة، مصر.
- - القريوتي، ابراهيم وعبابنة، عماد (٢٠٠٦): تطوير مقياس متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد ٢، العدد ٢، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، عمان، الأردن.
- - كركتلي، عبد المجيد (١٩٨٦): بافلوف أبحاثه في الجهاز العصبي والتعلم والتدريب وظواهر أخرى، ط٣، مطبعة الهلال، دمشق، سورية.
- - محروس، محمد وعبد الرحمن، محمد (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، ط١، دار قباء، القاهرة، مصر.
- - مخائيل، امطانيوس (٢٠٠٦): القياس النفسي، ج١، ط٢، منشورات كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.
- - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (١٩٩٢): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)، ترجمة أحمد عكاشة ١٩٩٩م، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- - مليكة، لويس كامل (١٩٩٨): الصورة الرابعة العربية المعدلة من مقياس استانفورد بينيه لقياس وتقييم القدرات المعرفية في حالات الصحة والمرض، ط٢، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.

- - منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠): *التوحد*، منشورات منظمة الصحة العالمية، مكتب الارتباط السوري، دمشق، سورية.
- - ناصف، مصطفى وهنا، عطية محمود (١٩٨٣): *نظريات التعلم دراسة مقارنة*، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٧٠، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- - نصر، سهى احمد أمين (٢٠٠٢): *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص البرامج العلاجية*، ط١، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- - هالهان، دانيال وكوفمان، جيمس (٢٠٠٨): *سيكولوجيا الأطفال غير العاديين وتعليمهم*، ترجمة عادل عبد الله محمد، ط١، دار الفكر، عمان، الأردن.
- - واطسون، جون (١٩٨٨): *تعديل سلوك الأطفال*، ترجمة محمد فرغلي فراج وسلوى الملا ١٩٩٤، دار الكتاب الحديث، الكويت.

References

- Adam, G. (2009). *Increasing Social Skills and Pro-Social Behavior for Three Children Diagnosed with Autism Through the Use of a Teaching Package*. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(1), pp. 275-289.
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B83X14T8R20B1&_user=10&_coverDate=01%2F31%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1265341670&_rerunOrigin=google&_acct=C00050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=87e2879e8ad5e198b0bd29cb542b9781
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC., USA.
- Autism Developmental Disabilities Monitoring Network. (2007). *Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs)*, Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
- Autism Society Ontario. (2004). *Submission to Transforming Services in Ontario for People Who Have a Developmental Disability*, Preliminary Discussion Paper, November, 30, 2004.
- Balottin, V. Bejor, M. Cechini, A. Martelli, A. & Polazzi, G. (2008). *Infantile autism on et. brain-scan findings: specific versus nonspecific abnormalities*. Journal of Autism Development Disorder, Vol. (23), pp. 19-190.
- Bandura, A. (1977). *Modeling Theory (Social Learning)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, USA.
- Becker, F., Carmellini, A., Dufresne, W., Ripert, E., & Waltuck, D., (2007). *Autism Speaks Cooks up a Spectacular Evening at Capitale Percentage of Funds Raised Will Benefit the Nordoff-Robbins Music Therapy Foundation. Autism Speaks to Wall Street: A Celebrity Chef Gala with over 50 of the Nation's Finest Chefs.*
- California Health and Human Services Agency .(1999). *Department of Developmental Services, Changes in the Population of Persons with Autism and Pervasive Developmental Disorders in California's Developmental Services System: 1987 through 1998: A Report Legislature*, available at
<http://www.autismconnect.org/htm>.
- Cambell, M., Kafantris, V., Malone, R., Kowalik, S., & Locas, M. (1991). *Diagnostic and Assessment Issues Related to Pharmacology Therapy for Children and Adolescents with Autism*. Behavior Modification, Vol. 15, No. 3.
- 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.
- Charlop, M., & Milstein, J. (1989). *Teaching Autistic Children Conversational Speech Using Video Modeling*. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 22, No. 3, pp. 275-285.

- Carper, R., & Courchense, E., (2005). Localized enlargement of the frontal cortex in early autism, Biological Psychiatry 57 (2): 126-133.
- Choi, S. H. J., & Nieminen, T. A., (2010). Improved self – help skills by Children with Autism by Training of Peers. Making Meaning: Creating Connections That Value Diversity, pp. 46-53. Australian Association of Special Education.
- Christopher, G.,(1990). Autism and Pervasive Developmental Disorders, Journal Child Psychol. Psychiat., VOL. (31), NO. (1), pp99-119.
- Department of Health. (2002). Autistic Spectrum Disorders: Good Practice Guidance. Department for Education and Skills. DfES. Crown.
- Depalma, V. & Wheeler, M. (2010). Learning self-care skills functional programming for Children with autism, A series, Indiana Resource Center for Autism, Indiana University.
- Dunlap, C. & Fox, S. (1999). Teaching students with autism. New York, Kendal, Hunt.
- Edelson, A. (1998). The autistic child in adolescence. American Journal of Psychiatry, Vol. (1112), pp. 607-612.
- Fombonne, E., (2005). Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 66(10), pp. 3-8. Physicians Postgraduate Press, Inc.
- Gordon, P. (1994). A double blind comparison of compromise, desipromine, and placebo , the treatment of Autistic Disorders, Vol. (25), No. (3), pp. 73-85.
- Happe, F. (1995). Autism An Introduction to Psychological Theory. Massachusetts: Harvard University Press, USA.
- Harold, L. & Benjamin, S. (1998). Synopsis of psychiatry behavioral Sciences, Clinical Psychiatry , 8th ed , S.A: Library of Congress.
- Hegner, D., (1992). Life skills a cross, the curriculum combined teacher, student manual Department of general Academic Education, country of publeshing U.S, New Jersey; 1992. p. 15-22.
- Howlin, P., & Rutter, M., (1997). Treatment Of Autistic Children, Institute of Psychiatry, London, UK.
- Kanner, L. (1973). Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights, Washington, D.C. : V. H. Wanston, Sons, Inc.
<http://www.ama.org.br/Kannereng-complete.txt>
- Kawasaki, Y. (1997). Brief Report: Electronic photographic paroxysmal activities in the frontal emerged in middle childhood and during adolescence in a fallow up study of autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. (27), No. (5), pp. 605-620.
- Law, J., Parkinson, A, . (2000). Communication Difficulties in Childhood. Abingdon. Radcliff Medical Press, Now York, USA.

- Lock, R. H., Graff, C. A., & Bitar, G. W., (2008). Service Delivery Innovations for Autism spectrum Disorders in the State of Texas, A Consumer Report Prepared by the Burkhart Center for Autism Education and Research at Texas Tech University for the Texas Council for Developmental Disabilities.
- 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.
- Matson J. (1990). Teaching self – help skills to Autistic and Mentally Retarded, Research in Developmental Disabilities, Vol . (11), No . (4) pp . 361 – 378.
- Michael, T. & Lwgia, D. (1997). A comparison of the construal communication of human. Journal Human Development, Vol. (40), pp. 7-27.
- National Institute of Mental Health. (2008). Autism Spectrum Disorders :Pervasive Developmental Disorders. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Nelson, D. L., Gergenti, E., & Hollander, A. C., (1980). Extra Prompts Versus No Extra Prompts in Self-Care Training of Autistic Children and Adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders, 10(3). Plenum Publishing Corporation.
- Neuwirth, S., Julius, S., Peter, S., Jensen., M & Rockvil., M.(1999). Autism, all Material in This Publication is of Copyright, or Duplicated Without Permission NIMH, Citation of the Source in <http://WWW.nnih.gov/publicat/autism.htm>
- Nichols, K., & Hoover, D., (2004). Autism and Developmental Disorders. Children's Advocacy Resource Center. Kansas Legal Services, Inc.
- Northumberland County Council Communication Support Service. (2004). Autistic Spectrum Disorders: Practical Strategies for Teachers and Other Professionals. David Fulton Publishers, Ltd.
- Peterman, F., & Kush, R., (1995). Lehr bush Der klinischen Kinderpsychologie, Model Psychisclier Stroung, in kiderund Jugenderalter.
- Pierce, K. L., & Schreibman, L. (1994). Teaching Daily Living Skills to Children with Autism in Unsupervised Settings through Pictorial Self-Management. Journal of Applied Behavior Analysis, 27(3).
- Piven, J., Harper, P., Arndt, S. (1996). Course of behavioral change in autism: A retrospective study of high- IQ adolescents and adults. J. of American of child and Adolescent Psychiatry.
- Poliakova, N., & Palkhivala, A., (2008). Social Impairment in Children with Autism Spectrum Disorder. Canadian Council on Learning's Early Childhood Learning Knowledge Center.
- 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.
- Robinson, S., (2009). **Young Children with Autism Spectrum Disorder: Sensory Processing and Daily Life Skills**. Journal of Applied Behavior Analysis, 2 (6), pp. 1-16.
 - Roeyers, H., (1995). **A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a pervasive developmental disorder**, British, J.C. education, VOL.(22), NO.(4), Dec. pp.161-176.
 - Ruble, L., & Gallagher, T., (2004). **Special Needs: Autism Spectrum Disorders: Primer for Parents and Educators**. National Mental Health and Education enters. National Association of School Psychologists.
 - Rutter, M. (2005). **Language disorder and infantile autism**. (Eds.), New York: Plenum Prss.
 - Ryan, M., & others. (2007). **Early Intensive Intervention Services for Alaska Children with Autism: A Policy Analysis**. The Governor's Council on Disabilities & Special Education, Department of Health & Social Services, State of Alaska, USA.
 - Santian, D., & Koigel, O. (2007). **Supporting Skills of Hand Washing and Teeth Brushing Using Activity Reinforcements – Play and Entertainment**. ERIC Website, California, USA.
 - Signorelli, A., (1991). **Daily living and physical Education skills for Elementary Mild Retarded pupils**, Los Anglos City Schools, instructional programs, Branch 1991 p. 327.
 - Shah, A., & Frith, U., (1993). **Why DO Autistic Individuals Superior Performance on The Block Design Task ?**, Journal Child Psychol. Psychat., VOL. (34), NO. (8), pp1351-1364.
 - Taylor, B. A., Hughes, C. E., Richard, E., Hoch, H., & Coello, A. R., (2004). **Teaching Teenagers with Autism to Seek Assistance When Lost**. Journal of Applied Behavior Analysis, 37(1), pp. 79-82.
 - The American National Institute of Psychological Health. (2007). **The Difference Between Normal, Autistic, Learning-Disabled, and Children with ADHD Brains according to Positron Emission Tomography-PET**. Washington, DC., USA.
 - The National Autistic Society. (n.d.). **SPELL: The NAS framework for intervention**. Retrieved on goats 20 2010 , from.
<http://www.autismsociety.org/>.
 - Trevarthen, C., Aitken, K., (1998). **Children With Autism**, A to Z. CO., London, UK.
 - Treavarthen, C. (2008). **Children with Autism: Diagnosis and Intervention to meet their needs**. London, Jessica Kingsley Publishers.
 - ... (2000). ... (2000) ... USA.
 - ... (2000). ... (2000) ... Introduction. University of Toledo, sixth edition.

- Wolf, S. (1988). Psychiatric Disorder of Childhood in Kandell R.E. Zealley, (ED) Companion to Psychiatric Studies, London, Churchill Livingstone.
- Young, D. (1980). A Behavioral Checklist to Differential Pre-School Age Autistic Retarded Children. D.A.I., Vol. 14, No. 5, pp. 1936-1937.
- Young, J. & Nettebeck, D. (1994). The intelligence of clinical calculators. American Journal on Mental Retardation, Vol. (99), pp. 186-200.

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة العربية

أولاً- مقدمة الدراسة ومشكلاتها:

تُعتبر إعاقة التوحد (Autism) من أكثر الإعاقات صعوبة في التشخيص بالنسبة لكثير من العاملين في مجال التربية الخاصة، لتعدد مظاهرها السلوكية الشاذة من جهة، وتشابه أفرادها في المظهر الخارجي مع أقرانهم العاديين من جهة أخرى، ويعد كانر (Kanner 1943) أول من اكتشف هذا الاضطراب، وحدد ثلاثة مظاهر سلوكية مميزة له وهي: الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدودية في مهارات التواصل اللفظي واللغة، وسلوكيات استحواذية مرتبطة باللعب التكراري النمطي، تظهر قبل عمر الثالثة. وقد بينت عدة دراسات أن تلك الخصائص النمائية المضطربة تنعكس سلباً على تكيف الطفل ومهارات العناية بالذات لديه، إذا يتأخر أطفال التوحد في تعلم تلك المهارات بمعدل من (٢ إلى ٣) سنوات مقارنة بالعاديين من نفس العمر الزمني والذكاء العام، رغم اكتمال النضج العقلي والإدراكي والجسدي، فلا يتمكنون من تعلم مهارات العناية بالذات بشكل مستقل، ويتأخرون في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٣-٦) سنوات، وقد يتأخر بعضهم لمرحلة تتجاوز هذا العمر (حتى العاشرة) إذا كان التوحد من الحالات الشديدة والعميقة، أو تلك الحالات المرتبطة بتخلف عقلي شديد وعميق، مما يجعل الطفل التوحدي يواجه العديد من المشكلات المرتبطة بالتكيف داخل البيت والمدرسة وفي المجتمع الكبير وفي الاندماج مع العاديين.

ومن جهة أخرى بينت دراسات عدة فاعلية التعزيز في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لدى الأطفال المعاقين، فالتعزيز من أهم عناصر عملية التعلم، فهو يحدث تغييراً إيجابياً في بيئة الطفل المعوق، وخاصة المعززات المادية كالنقود والطعام، والمعززات المعنوية والاجتماعية كإنتباه المعلم والابتسام، والمعززات النشاطية كاللعب والرحلات. كما أن المكاسب المحققة من استخدام مدخل النظرية السلوكية (Behavior Approach) وفنياتها العلاجية ذات قيمة عظيمة انعكست على تكيف الأطفال المعاقين لاسيما الأطفال التوحديين، وساعدت على دمجهم مع أقرانهم العاديين في البيت والمدرسة والحي والمجتمع الكبير عموماً. كما بينت دراسات أخرى فاعلية النمذجة والتقليد في تعليم الأطفال المعوقين بمن فيهم أطفال التوحد العديد من المظاهر السلوكية المناسبة لاسيما مهارات العناية بالذات.

ويرى بعض الباحثين أن تدريب وتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد له أهمية بالغة، إذ تمكن من عملية دمجهم مع أقران العاديين وتقبلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكاديمية، إذ تجنب الوالدين الإحراج الذي قد يسببه لهما الابن أمام الآخرين من جهة، وتمكن طفل التوحد من الاعتماد على نفسه في مستقبل حياته القادمة من جهة أخرى.

ومما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية بالسؤال التالي: (ما فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين). ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

السؤال الأول: هل من فرق بين أداء المجموعة التجريبية وأداء المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمهارات العناية بالذات ؟.

السؤال الثاني: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر لمهارات العناية بالذات ؟.

السؤال الثالث: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التتبعي المؤجل لمهارات العناية بالذات ؟.

ثانياً- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في مجالين رئيسيين الأول أهمية نظرية تتجلى في تسليط الضوء على أحد أهم الاعاقات النمائية (التوحد) من حيث المفهوم والأسباب والتشخيص والعلاج، وذلك لأهمية الفئة المستهدفة بالبحث وهم أطفال التوحد، وما يمكن أن يعانون منه من عدم القدرة على تحقيق ذلك المستوى من مهارات العناية بالذات مقارنة بأقرانهم العاديين، وبذلك تتجاوب الدراسة الحالية مع التوجهات التربوية الحديثة للتربية الخاصة، التي تهتم بمساعدة ذوي الإعاقات على تجاوز المشكلات السلوكية التي تواجههم في مجال العناية بالذات، حتى لا تكون عائقاً دون استقلاليتهم. والثاني أهمية تطبيقية تتجلى بأهمية توفير برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي يفيد المربين وأولياء الأمور ومن يقوم على رعاية طفل التوحد لتنمية مهارات العناية بالذات لديه، وما يرتبط به من أهمية الكشف والتدخل المبكرين لاكتشاف الإعاقات ومعالجتها، الأمر الذي يحد من تطورها، بالإضافة إلى أهمية النتائج التي قد تفيد أولياء الأمور والعاملين في مجال التربية الخاصة بالمعوقين، والتخطيط للبرامج العلاجية للحد من تدهور مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، وذلك نتيجة لقلة الدراسات في هذا المجال.

ثالثاً- أهداف الدراسة:

١- تصميم برنامج تدريبي قائم على إستراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل في مجالات (استخدام أدوات تناول الطعام والشراب، تنظيف الأسنان، غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون، ترتيب القرطاسية المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها، استعمال الهاتف، خطر استعمال فرن الغاز، خطر بعض الأدوات الكهربائية)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل في مجالات (رمي القمامة في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع

الشارع وإشارات المرور..)، يناسب أطفال التوحد من الفئة العمرية (٨-١١) سنة، والتحقق من صدقه التمثيلي.

٢- التحقق من فعالية البرنامج التدريبي (المصمم في الدراسة الحالية) في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية من أطفال التوحد.

٣- التحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي (المصمم في الدراسة الحالية) لدى أفراد المجموعة التجريبية من أطفال التوحد في مدى امتلاكهم واحتفاظهم بمهارات العناية بالذات بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق.

رابعاً- عينة الدراسة:

هي من نوع (العينة المقصودة المتيسرة)، وتكونت من (٢٤) فرداً من أطفال التوحد من الفئة العمرية بين (٨ إلى ما دون ١١) سنة، مقسمين بالتساوي (١٢) فرداً للعينة التجريبية (٦ ذكور، ٦ إناث)، بالإضافة إلى (١٢) فرداً للعينة الضابطة (٦ ذكور، ٦ إناث)، ممن يعانون من درجات متفاوتة من اضطراب التوحد، والتي توصف بأنها حالات توحد غير مرتبطة بتخلف عقلي، وقد تم تشخيص أفراد العينتين وفق الأسس والمعايير الواردة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR)، اختيروا من مركزين للتوحد في محافظة دمشق.

خامساً- منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو (المنهج شبه التجريبي) الذي يعرف بأنه المنهج الذي يستخدم في الأبحاث التي لا يستطيع الباحث ضبط متحولات الدراسة ضبطاً مطلقاً، وهو المنهج الذي يعتمد على تصميم القياسين القبلي البعدي، والقائم على استخدام مجموعتين تجريبية وضابطة، كما يراعي المنهج شبه التجريبي ضبط الشروط المحيطة بالتجربة قدر الإمكان كتحديد زمن التجربة والعوامل الفيزيائية أثناء التطبيق والشروط السيكمترية للعينة بدقة قبل بدء التجربة، حيث تكون كل هذه العوامل متكافئة لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية، واستخدام الاختبارات والمقاييس التي تكون درجة صدقها وثباتها جيدة، والحرص على عزل المؤثرات غير الضرورية أو الطارئة على التجربة.

سادساً- إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي:

تم اتباع إجراءات الأسس العلمية لتطبيق جلسات البرنامج التدريبي وفق نموذج مُصغّر له [تقويم قبلي - البرنامج التدريبي بما يتضمنه من مدخلات وعمليات ومخرجات - تقويم بعدي، تقويم تتبعي]. واستغرق تطبيق جلسات البرنامج التدريبي مدة (٦) أسابيع وخلال (٤٠) يوماً، من تاريخ (٢٠١٢/٣/١٧) حتى (٢٠١٢/٤/٢٧)، بمعدل (٢ إلى ٣) جلسات أسبوعياً، أما الدراسة التتبعية التي هدفت إلى التحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي تمت من خلال إعادة تطبيق مقياس تقدير

مهارات العناية بالذات بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي بتاريخ (٢٧-٢٩/٥/٢٠١٢).

سابعاً- نتائج الدراسة:

١- النتيجة الأولى: ظهر فرق دالّ إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، وكان الفرق دالاً عند مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥) وفق معادلة مان ويتني (Man Whitney) لعينتين مستقلتين، وكان الفرق لصالح العينة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج التدريبي بالنسبة للعينة التجريبية بمقارنة أداء أفرادها بأداء أفراد العينة الضابطة الذين لم يُطبق عليهم البرنامج.

٢- النتيجة الثانية: ظهر فرق دالّ إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، وكان الفرق دالاً عند مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥) وفق معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، وكان الفرق لصالح التطبيق البعدي المباشر، مما يؤكد فاعلية البرنامج التدريبي بالنسبة للعينة التجريبية بمقارنة أداء أفرادها قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج مباشرةً.

٣- النتيجة الثالثة: لم يظهر فرق دالّ إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التتبعي على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، حيث كان مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥) وفق معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج التدريبي، وثبات التحسن في مجالات مهارات العناية بالذات التي سعى البرنامج التدريبي إلى تنميتها لدى أفراد العينة التجريبية بين فترة انتهاء تطبيق البرنامج مباشرةً حتى مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي.

ملاحق الدراسة

الملحق رقم (١)

أسماء المحكمين واختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم مقياسي الدراسة

الاختصاص	الدرجة العلمية	اسم المحكم
تربية خاصة	دكتوراه	د. سهاد مللي
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. غسان منصور
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. كمال بلان
علم نفس صناعي	دكتوراه	د. عماد سعدا
تربية خاصة	دكتوراه	د. دانية القدسي
تربية خاصة	دكتوراه	د. آذار عبد اللطيف
تقويم وقياس	دكتوراه	د. عزيزة رحمة

أسماء المحكمين واختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم البرنامج التدريبي

الاختصاص	الدرجة العلمية	اسم المحكم
تربية خاصة	دكتوراه	د. سهاد مللي
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. غسان منصور
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. كمال بلان
علم نفس صناعي	دكتوراه	د. عماد سعدا
تربية خاصة	دكتوراه	د. دانية القدسي
تربية خاصة	دكتوراه	د. آذار عبد اللطيف
تقويم وقياس	دكتوراه	د. عزيزة رحمة
مدرسة تأهيل وتربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم الاجتماع	منال صفية
مدرسة تأهيل وتربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم النفس	إيمان حنكي
مدرسة تأهيل وتربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم النفس	فادي البقري

الملحق رقم (٢)

مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي
(إعداد الباحثة)

مقياس تقدير الخصائص الشخصية للسلوك التوحيدي

معلومات عن الفاحص
اسم الفاحص: درجة قرب الفاحص من الطفل:
المدة الزمنية التي تواجد فيها الفاحص مع الطفل:
معلومات عن المفحوص (الطفل)
اسم الطفل: المدرسة: الجنس: ذكر () أنثى ()
درجة الذكاء: تاريخ التطبيق: / /

رقم البند	المجال الأول	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران من نفس العمر الزمني.	☐	☐	☐	☐
٢	ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران من نفس الجنس.	☐	☐	☐	☐
٣	ضعف القدرة على أشراك الآخرين في الاهتمامات.	☐	☐	☐	☐
٤	ضعف القدرة على تبادل مشاعر (الفرح أو الحزن) مع الآخرين.	☐	☐	☐	☐
٥	ضعف القدرة على المبادرة للتحدث إلى الآخرين.	☐	☐	☐	☐
٦	ضعف القدرة على تكوين صداقات والمحافظة عليها.	☐	☐	☐	☐
٧	ضعف القدرة على الإنصات لحديث الآخرين والاهتمام بما يقولونه.	☐	☐	☐	☐
٨	يميل إلى أن يكون وحيداً.	☐	☐	☐	☐
٩	لديه ارتباط بأشخاص محددين هم القادرين فقط على التواصل الاجتماعي معه وفهم مشاعره.	☐	☐	☐	☐
١٠	يرفض المداعبة أو الملاحظة من قبل الآخرين وخاصة الغرباء.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الثاني	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	يميل إلى اللعب وحيداً.	☐	☐	☐	☐
٢	يميل إلى الأكل وحيداً.	☐	☐	☐	☐
٣	يميل إلى أن يكون صامتاً تماماً معظم الوقت حين يجلس في مكانه.	☐	☐	☐	☐
٤	ينسحب من مواقف التنافس التحصيلي.	☐	☐	☐	☐
٥	يتهرب من المواقف الاجتماعية مع أقرانه.	☐	☐	☐	☐
٦	يتغيب عن الحفلات العائلية أو الأنشطة المدرسية والمناسبات عموماً.	☐	☐	☐	☐

٧	يرفض العناق البدني (الجسمي) ولا يقبل الضم والحمل.	☐	☐	☐	☐
٨	ضعيف الثقة بنفسه وفي قدراته ومعلوماته.	☐	☐	☐	☐
٩	ينسحب من محاولة مساعدة الآخرين له.	☐	☐	☐	☐
١٠	يحتاج إلى التشجيع والدعم المستمر لقيام بالنشاطات الاجتماعية.	☐	☐	☐	☐

رقم البند	المجال الثالث الاعتمادية	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبدأ (صفر)
١	يحتاج لمن يذكره بواجباته المنزلية والمدرسية.	☐	☐	☐	☐
٢	عندما يكلف بمهام معينة يبدي عدم استعداده للقيام بها وينتظر مساعدة الآخرين.	☐	☐	☐	☐
٣	عندما يكلف بمهام معينة يبدي سلوكاً طفولياً لا يتناسب مع عمره ليبيدي عزه عن القيام بالمهمة الموكلة إليه.	☐	☐	☐	☐
٤	يستعمل أيدي الآخرين كأدوات للوصول إلى الأشياء التي يرغب بالحصول عليها.	☐	☐	☐	☐
٥	يحتاج لمساعدة الآخرين لتناول الطعام مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
٦	يحتاج لمن يساعده في ارتداء الملابس مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
٧	يحتاج لمن يساعده في دخول الحمام مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
٨	يحتاج لمن يساعده في ربط خيوط الحذاء مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
٩	يحتاج لمن يساعده في غسل اليدين مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
١٠	يحتاج لمن يساعده في تنظيف الأسنان مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الرابع النشاط التخيلي	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبدأ (صفر)
١	معظم الوقت شارد أو هائم.	☐	☐	☐	☐
٢	يتحدث بلغة داخلية ذاتية غير مفهومة إلا من قبله.	☐	☐	☐	☐
٣	يمارس أنماط من السلوك لا تتطابق مع الواقع.	☐	☐	☐	☐
٤	يمارس حركات طقوسية تخيلية غير وظيفية.	☐	☐	☐	☐
٥	عند قيامه باللعب بدمية معينة لا يضيف أفكاره ومشاعره إلى اللعبة أو	☐	☐	☐	☐

				تفسيراته الخاصة على اللعب.
٦	☐	☐	☐	يدخل في نوبات مفاجئة من الحزن أو الفرح دون أسباب معروفة.
٧	☐	☐	☐	يتحدث مع حيوانات أو طيور معينة وكأنه قادر على التفاهم معها.
٨	☐	☐	☐	عند قيامه باللعب بأشياء معينة تجده يتعامل معها وكأنها كائنات حية مثله، فيتحدث معها أو يعتني بها أو يغير ملابس الدمية...إلخ.
٩	☐	☐	☐	لديه ميل دائم ليتخيل نفسه أصغر من عمره الزمني الحقيقي (السلوك الطفولي).
١٠	☐	☐	☐	يترك نفسه لأحلام اليقظة (daydream).

رقم البند	المجال الخامس السلوك التكراري والإصرار على الروتين	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	يكرر بعض الأنماط السلوكية بشكل دائري غير هادف وغير وظيفي (كهز الرأس وهز الأكتاف).	☐	☐	☐	☐
٢	يردد كلمة أو جملة سمعها سابقاً بشكل ببغاوي غير هادف وغير وظيفي.	☐	☐	☐	☐
٣	يلعب بالأشياء التي تقع بيده بشكل دائري غير هادف وغير وظيفي (كأن يقوم بتدوير القلم بين يديه دون هدف).	☐	☐	☐	☐
٤	يتجول باستمرار في نطاق ضيق ضمن المكان الذي يتواجد فيه.	☐	☐	☐	☐
٥	يحملق في فضاء الغرفة دون سبب مفهوم للآخرين.	☐	☐	☐	☐
٦	لا يبدي رغبة في تغيير روتين النشاطات اليومية.	☐	☐	☐	☐
٧	لا يبدي رغبة في تغيير معالم وترتيب البيئة المحيطة من حوله.	☐	☐	☐	☐
٨	يظهر عليه الانشغال المتكرر والزائد بأجزاء الأشياء والتفاصيل الموجودة فيها.	☐	☐	☐	☐
٩	يفضل تناول نوع واحد من الطعام وبشكل متكرر.	☐	☐	☐	☐
١٠	يفضل النوم في مكان واحد وبشكل متكرر، ويبدي غضبه من تغيير مكان النوم.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال السادس القصور النوعي في التواصل غير اللفظي	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	لديه صعوبة ظاهرة في استخدام التعابير الوجهية للمواقف السارة كالابتسام.	☐	☐	☐	☐
٢	لديه صعوبة ظاهرة في استخدام التعابير الوجهية للمواقف المحزنة كالعبوس.	☐	☐	☐	☐
٣	لديه صعوبة ظاهرة في فهم التعابير الوجهية الصادرة عن الآخرين في المواقف السارة.	☐	☐	☐	☐

٤	لديه صعوبة ظاهرة في فهم التعابير الوجهية الصادرة عن الآخرين في المواقف المحزنة.	☐	☐	☐	☐
٥	لديه إحجام عن المبادرة للقيام بالتفاعلات الاجتماعية للتحية أو الوداع (كمد اليد للتحية، أو التلويح باليد للوداع).	☐	☐	☐	☐
٦	لا تظهر عليه ردود فعل عاطفية تدل على تعلقه بوالديه (كالصرخ عندما يبتعد عنه أو الابتسام عندما يقتربون منه).	☐	☐	☐	☐
٧	صعوبة استخدام التعابير الوجهية لتحديد الحاجات الشخصية.	☐	☐	☐	☐
٨	يظهر بعض درجات الشذوذ في الاتصال البصري وعدم النظر إلى العينين بشكل مباشر.	☐	☐	☐	☐
٩	لديه صعوبة ظاهرة في فهم الإيماءات الجسدية للآخرين عندما يقتربون منه.	☐	☐	☐	☐
١٠	لديه صعوبة ظاهرة في تعلم مهارات التواصل غير اللفظي عموماً.	☐	☐	☐	☐

رقم البند	المجال السابع القصور النوعي في التواصل اللفظي	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	لديه صعوبات في عملية الإنصات إلى الآخرين الذين يتحدثون إليه.	☐	☐	☐	☐
٢	يقتصر في إجابته عن الأسئلة الموجهة إليه بقوله (نعم) أو (لا) حتى ولو كانت الإجابة تتطلب شرح التفاصيل.	☐	☐	☐	☐
٣	لديه صعوبات متعلقة بتنظيم الكلمات والتعبير عن الأفكار بجمل كاملة مفهومة.	☐	☐	☐	☐
٤	ينطق جملاً غير صحيحة من الناحية القواعدية.	☐	☐	☐	☐
٥	يستخدم جملاً طويلة ومعقدة للتعبير عن الأفكار أو الحاجات.	☐	☐	☐	☐
٦	يقتصر في حديثه على كلمات مفردة أو جمل قصيرة للتعبير عن الأفكار أو الحاجات (كأن يقول كلمة أسود، بدلاً من أن يقول أريد أن أصعد إلى السيارة السوداء).	☐	☐	☐	☐
٧	الترديد البيغوي لكلمة قالها شخص آخر بحذافيرها بطريقة غير وظيفية ولا هدف لها ولا تخدم عملية التواصل (المصاداة).	☐	☐	☐	☐
٨	يواجه مشكلات في الاستخدام الاجتماعي للغة المتمثلة في اختيار الكلمات المناسبة للمواقف الاجتماعية.	☐	☐	☐	☐
٩	الاستخدام الخاطئ للضمائر (كأن يستخدم أنت بدلاً من أنا، أو قد يستخدم أنت بدلاً من أنت).	☐	☐	☐	☐
١٠	الاستخدام الخاطئ للظروف الزمانية (كأن يستخدم اليوم بدلاً من غداً، أو العكس).	☐	☐	☐	☐

رقم البند	المجال الثامن الحساسية المفرطة ونقص الحساسية	تحدث دائماً (٣)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث نادراً (١)	لا تحدث أبداً (صفر)
١	سريع التشتت بالمشكلات البيئية وذو سعة انتباهية قصيرة.	☐	☐	☐	☐
٢	لديه حساسية شديدة لمثيرات صوتية معينة.	☐	☐	☐	☐
٣	لديه حساسية شديدة لمثيرات بصرية معينة.	☐	☐	☐	☐
٤	لديه حساسية شديدة لمثيرات لمسية معينة.	☐	☐	☐	☐
٥	لا يخاف من المثيرات التي تثير مخاوف الأطفال العاديين من نفس عمره الزمني والعقلي حتى ولو كانت خطرة.	☐	☐	☐	☐
٦	يتجاهل الإحساس بالألم.	☐	☐	☐	☐
٧	يتجاهل الإحساس بالبرودة الشديدة.	☐	☐	☐	☐
٨	يتجاهل الإحساس بالحرارة الشديدة.	☐	☐	☐	☐
٩	يتجاهل بعض المثيرات في البيئة التي تستجرب انتباه الأطفال العاديين من نفس عمره الزمني والعقلي.	☐	☐	☐	☐
١٠	ينتبه إلى بعض المثيرات في البيئة التي تستجرب انتباه الأطفال العاديين من نفس عمره الزمني والعقلي.	☐	☐	☐	☐

الملحق رقم (٣)

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي
(إعداد الباحثة)

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي

معلومات عن الفاحص	
اسم الفاحص:	درجة قرب الفاحص من الطفل:
المدة الزمنية التي تواجد فيها الفاحص مع الطفل:	
معلومات عن المفحوص (الطفل)	
اسم الطفل:	المدرسة:
الجنس: ذكر () أنثى ()	درجة الذكاء:
تاريخ التطبيق: / /	

مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي داخل المنزل

رقم البند	المجال الأول مهارات استخدام أدوات تناول الشراب	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يعدد الطفل بعضاً من استخدامات أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يستخدم الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إبريق) بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الثاني مهارات استخدام أدوات تناول الطعام	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يعدد الطفل استخدامات كل من أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يستخدم الطفل أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الثالث مهارات تنظيف الأسنان	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل وظيفة أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بدقة.	☐	☐	☐	☐

٣	يستخدم الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الرابع مهارات ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل وظيفة الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يرتب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الخامس مهارات غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم في غسيل الوجه واليدين (الماء - الصابون) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل أهمية غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يغسل الطفل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال السادس مهارات استعمال الهاتف	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أجزاء الهاتف (السماعة، القرص، مكرفون التحدث) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل أهمية الهاتف في عملية الاتصال بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يستخدم الطفل الهاتف في عملية الاتصال بنجاح.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال السابع مهارات استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أجزاء فرن الغاز (جرة الغاز، الشعلة، مفتاح التشغيل...) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل وظيفة الغاز في المنزل بدقة.	☐	☐	☐	☐

٣	يستخدم الطفل فرن الغاز بأمان.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الثامن مهارات استعمال المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل أجزاء المآخذ الكهربائية الداخلية والخارجية بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل وظيفة المآخذ الكهربائية ووظيفتها في المنزل بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يستخدم الطفل المآخذ الكهربائية الداخلية والخارجية بأمان.	☐	☐	☐	☐

مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي خارج المنزل

رقم البند	المجال الأول مهارات التعرف على إشارات المرور وتحديد أهميتها والتقيد بها أثناء السير في الشارع	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل ألوان إشارات المرور (الأحمر - الأصفر - الأخضر) لكل من السيارات والمشاة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يتبع الطفل الخطوات السليمة لقطع الشارع والتقيد بإشارات المرور الخاصة بالسيارات والخاصة بالمشاة بأمان.	☐	☐	☐	☐
رقم البند	المجال الثاني مهارات رمي القمامة في المكان المخصص لها	دائماً (٣)	بصورة متقطعة (٢)	نادراً (١)	لا أبداً (صفر)
١	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم لرمي القمامة (كيس - سلة - حاوية) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٢	يحدد الطفل وظيفة الأدوات التي تستخدم لرمي القمامة (كيس - سلة - حاوية) بدقة.	☐	☐	☐	☐
٣	يستعمل الطفل الأدوات التي تستخدم لرمي القمامة (كيس - سلة - حاوية) بنجاح.	☐	☐	☐	☐

الملحق رقم (٤)

اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن

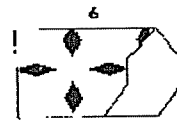
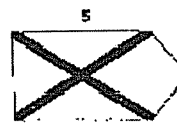
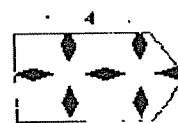
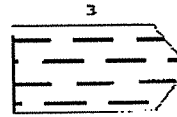
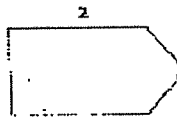
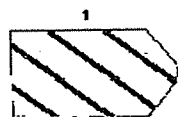
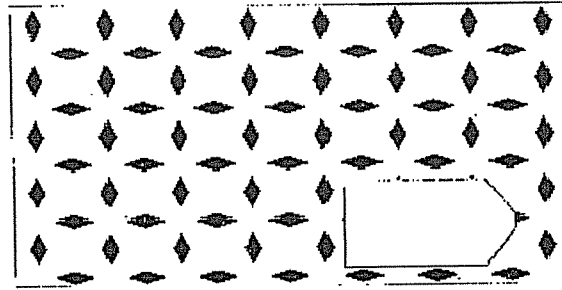
اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن Raven النسخة المعدلة SPM PLUS
تعريب وتقنين عزيزة رحمة (2004).

مقياس المصفوفات المتتابعة المعيارية

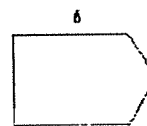
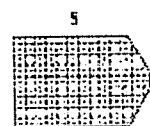
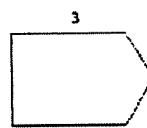
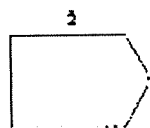
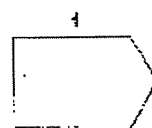
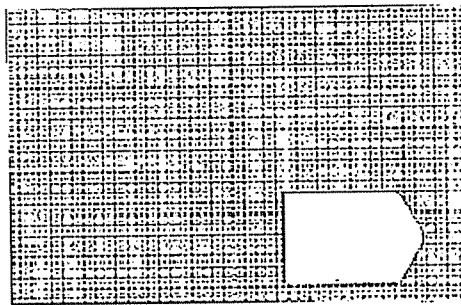
RAVEN, S
PROGRESSIVE MATRICES
SPM Plus SETS A - E

Parallel and New Items developed by
Irene Styles and Michael Raven
From the originals prepared by
J C Raven

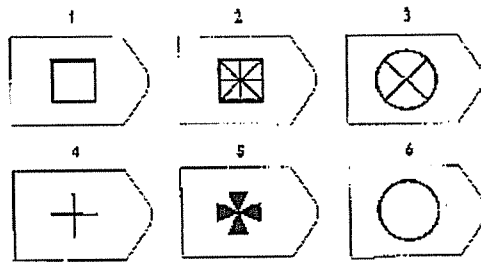
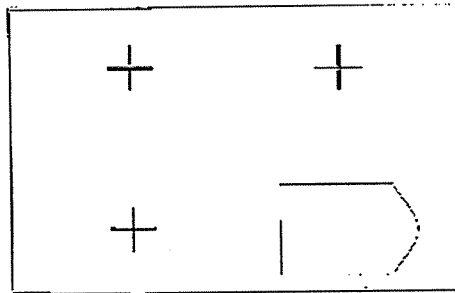
A1



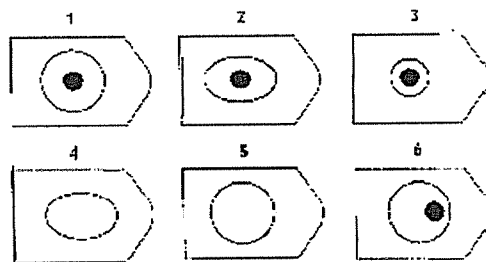
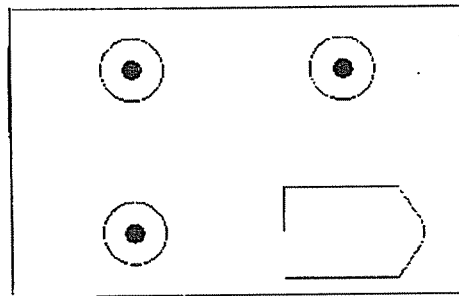
A2



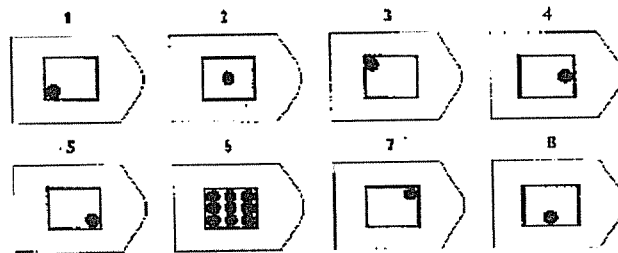
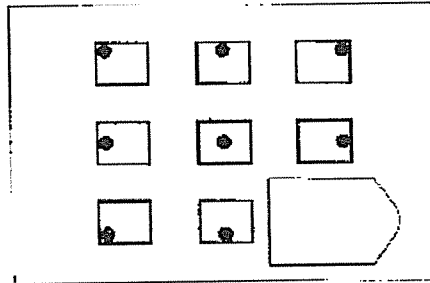
B1



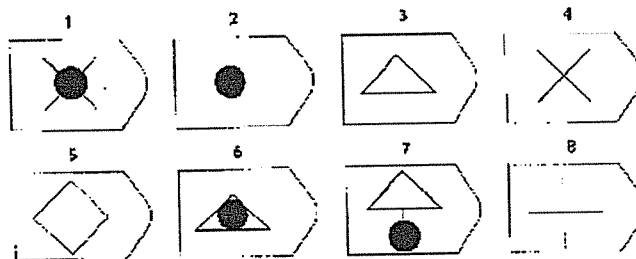
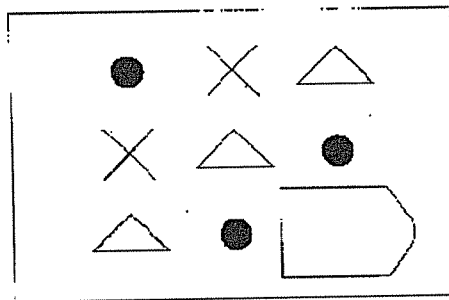
B2



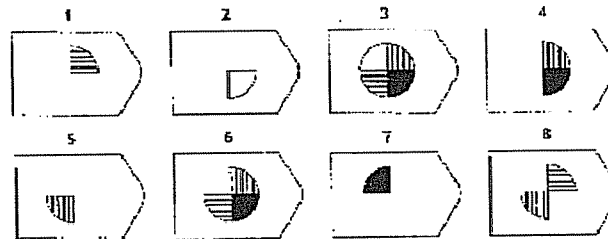
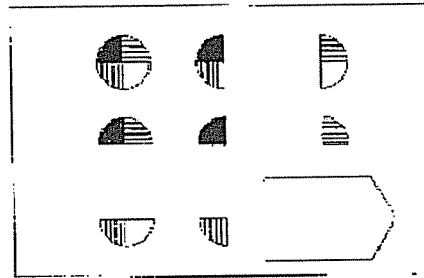
C1



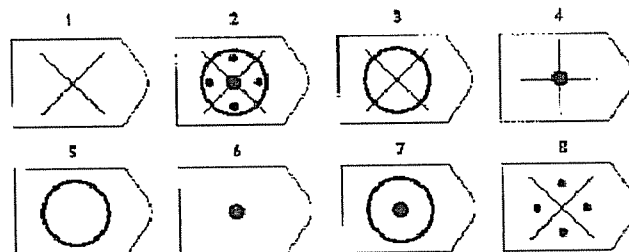
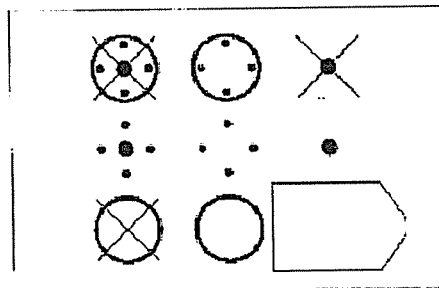
C2



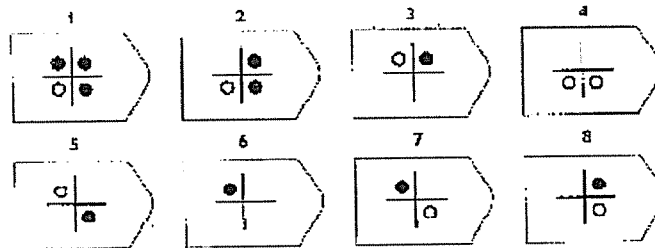
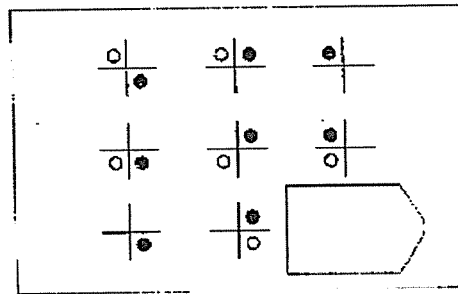
D1



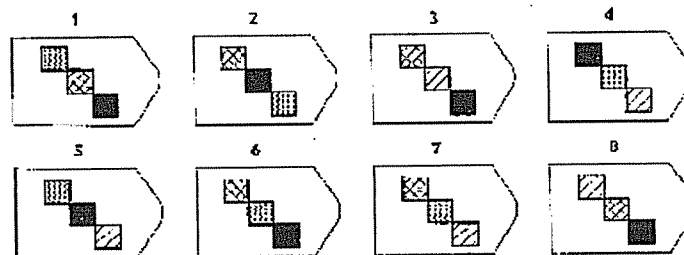
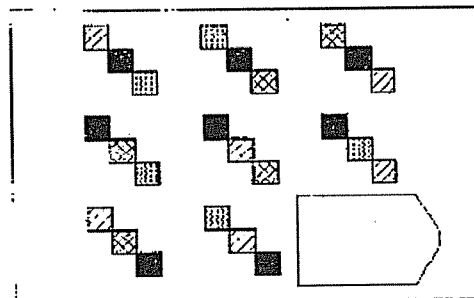
D2



E1



E2



الملحق رقم (٥)

جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى
أطفال التوحد باستخدام النمذجة والتعزيز الإيجابي
(إعداد الباحثة)

الجلسة رقم (١)

١ - الهدف العام:

التهيئة العامة لأطفال التوحد للمشاركة في البرنامج التدريبي لمهارات العناية بالذات.

٢ - الأهداف الفرعية:

أ- الهدف الفرعي الأول: تبادل التعارف بين المعلم وأطفال التوحد الذين سيتولى تدريبهم على تنمية مهارات العناية بالذات، وبث الحماسة النفسية في التلاميذ وتشجيعهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في جلسات البرنامج التدريبي القادمة.

ب- الهدف الفرعي الثاني: تعرف المعلم على أهم نواحي القصور في مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي من الأطفال أنفسهم أو من أولياء أمورهم.

ج- الهدف الفرعي الثالث: تعريف أطفال التوحد وأولياء أمورهم بالأهداف العامة والخاصة لجلسات البرنامج التدريبي القادمة لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.

٣ - زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤ - استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥ - الوسائل التعليمية: (الصور، مقاطع الفيديو، المجسمات وأدوات العناية بالذات).

٦ - المعززات: معزز مادي (حلوى، بطاقات تشجيع)، ومعززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٧ - وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع في الهدف العام والأهداف السلوكية بعد نهاية كل جلسة تدريبية.

الجلسة رقم (١)	
الهدف العام	التهيئة العامة للأطفال للتوحد للمشاركة في برنامج التدريب لمهارات العناية بالذات (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	تبادل التعارف بين المعلم وأطفال التوحد الذين سيتولى تدريبهم على تنمية مهارات العناية بالذات، وبث الحماسة النفسية في التلاميذ وتشجيعهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في جلسات البرنامج التدريبي القادمة.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	معززات مادية (حلوى، بطاقات التشجيع)، معززات معنوية (ابتسام، تشجيع، مشاركة اجتماعية).
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرف المعلم عن نفسه أمام أطفال التوحد، ثم يخبرهم بأنه هو المعلم الذي سيتولى تعليمهم مهارات العناية بالذات بطريقة جديدة ومحبة ومليئة بالمشاعر والتشويق، لمساعدتهم على تجاوز المشكلات التي كانت تواجههم في مهارات العناية بالذات التي سبق وأن تمت ملاحظتها لديهم سابقاً. الإجراء رقم (٣): يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر ذكر أسمائهم أمام بقية زملائهم، لكي يتمكن المعلم وبقية أطفال التوحد من التعرف على بعضهم البعض ونشر الألفة فيما بينهم، ولابد للمعلم من تشجيع الأطفال المشاركين في البرنامج على ذكر أسمائهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب، حيث يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة بعد أن يذكر كل طفل اسمه، ولا ضير من تواجد بعض أو كل من أولياء أمور أطفال التوحد للمشاركة في هذا النشاط، كون أطفال التوحد منعزلين وانسحابيين في سلوك التعريف على أنفسهم، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٤): يعرض المعلم على أطفال التوحد المعززات المادية (الحلوى، بطاقات التشجيع)، والوسائل التعليمية (الصور، مقاطع الفيديو، أجهزة العرض، أدوات تناول الطعام والشراب، وتنظيف الأسنان... إلخ)، التي ستستخدم في جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات، وذلك لبث الحماسة النفسية والجسدية لدى أطفال التوحد، وتشويقهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في جلسات البرنامج القادمة، التي تهدف إلى تنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل، التي ثبت أنهم يعانون من مشكلات فيها عندما تم تشخيصها لديهم في المراحل السابقة.	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول		
ملاحظة تبادل التعارف بين المعلم وأطفال التوحد بظهور علامات التشجيع والحماسة عليهم للمشاركة في جلسات البرنامج التدريبي القادمة بنسبة لا تقل عن (١٠٠%) لدى جميع أفراد العينة.		
الهدف الفرعي الثاني	تعرف المعلم على أهم نواحي القصور في مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي من الأطفال أنفسهم أو من أولياء أمورهم.	
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك	الأسئلة والمناقشة	
الوسائل التعليمية	معززات مادية (حلوى، بطاقات التشجيع)، معززات معنوية (ابتسام، تشجيع، مشاركة اجتماعية).	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني		
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ويحاول شد انتباههم للتفكير بأهم المشكلات التي تواجههم أثناء قيامهم بمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل، يوجه المعلم الأسئلة لكل طفل منفرداً وأمام بقية زملائه (مستخدماً التشجيع المادي والمعنوي والابتسام وبتشجيع الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة)، وعند استجابة الطفل التوحد يعمل المعلم على كتابة تلك المشكلات على السبورة، وفي نفس الوقت يعمل المعلم على التخفيف من وقع تلك المشكلات وما يمكن أن تسببه من ضغوط نفسية وقلق، حيث يقول المعلم للأطفال: نعم هذه مشكلات عامة وموجودة لدى أطفال عاديين آخرين من نفس المرحلة العمرية، ويؤكد المعلم للأطفال التوحد (وذلك للتخفيف من أثر التردد والخجل لديهم) أنه عندما كان صغيراً في نفس المرحلة العمرية التي أنتم فيها الآن، كان يعاني من بعض تلك المشكلات (محاولاً تشجيعهم أكثر على ذكر مزيد من تلك المشكلات في مهارات العناية بالذات)، ولا ضير من تواجد بعض أو كل من أولياء أمور أطفال التوحد للمشاركة في هذا النشاط ولتشجيع بقية أطفال التوحد المنزليين للمشاركة في هذا النشاط وذكر مزيد من مشكلات مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بتسجيل أهم المشكلات التي يواجهها أطفال التوحد أثناء القيام بمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل على السبورة لأخذها بالاعتبار والاستفادة منها في جلسات البرنامج التدريبي القادمة.		
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني		
تمكن المعلم من الحصول على معلومات من قبل أطفال التوحد أنفسهم أو من قبل أولياء الأمور عن أهم المشكلات التي تواجههم أثناء القيام بمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.		
الهدف الفرعي الثالث	تعريف أطفال التوحد وأولياء أمورهم بالأهداف العامة والخاصة لجلسات البرنامج التدريبي القادمة لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.	
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة	

العرض	استراتيجيات تعديل السلوك
معززات مادية (حلوى، بطاقات التشجيع)، معززات معنوية (ابتسام، تشجيع، مشاركة اجتماعية)، الوسائل التعليمية التي ستستخدم في البرنامج التدريبي.	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث	
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يقوم بشرح أهداف البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل لهم ولأولياء أمورهم، حيث يقول المعلم إن أهداف البرنامج التدريبي تتلخص في: - تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الشراب. - تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام. - تنمية مهارات أطفال التوحد في تنظيف الأسنان. - تنمية مهارات أطفال التوحد في غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون. - تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها. - تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامة في المكان المخصص لها. - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف. - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال المآخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها. - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره. - تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أشارات المرور وتحديد أهميتها والتقيد بها أثناء السير في الشارع. ويقدم المعلم شروحات إضافية في حال وجه له أي سؤال من قبل أطفال التوحد أو أولياء الأمور.	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث تمكن أطفال التوحد من الاطلاع على الهدف العام والأهداف السلوكية الفرعية للبرنامج التدريبي المتوقع تحقيقها لدى التلاميذ المشاركين في البرنامج.	
ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.	

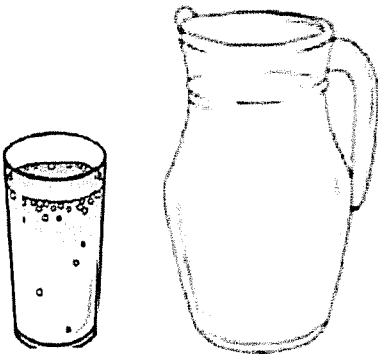
الجلسة رقم (٢)

١ - الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق).

٢ - الأهداف السلوكية:

- أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق).
 - ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق).
 - ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحيدي أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق) بنجاح.
- ٣ - زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.
- ٤ - استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.
- ٥ - المعززات: معزز مادي (حلو، بطاقات التوضيح)، ومعززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).
- ٦ - الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، وأدوات تناول المشروبات الكوب والإبريق).
- ٧ - وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الثانية.

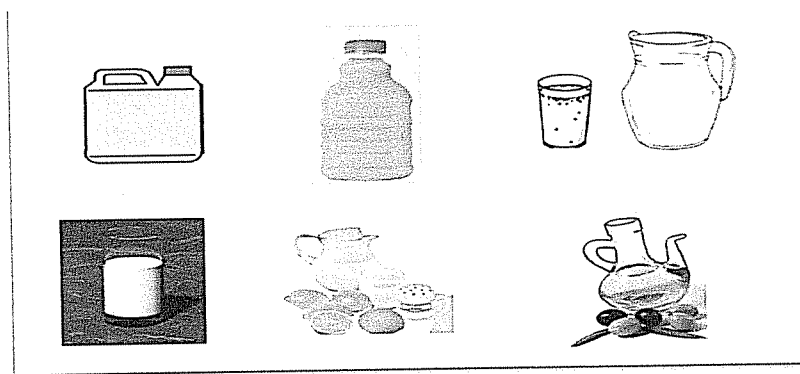
الجلسة رقم (٢)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - إبريق) (٤٥ دقيقة)
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد أسماء أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق).
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(كوب - إبريق)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من الكوب والإبريق أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أدوات تناول الشراب (الكوب - الإبريق)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن يذكر الطفل التوحد استخدامات أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق).
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(كوب - إبريق) + صور توضيحية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه استخدامات أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم الكوب والإبريق لتناول المشروبات (الماء، الحليب، العصير... إلخ)، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن استخدامات أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٢): يذكر المعلم الاستخدامات الأخرى للكوب والإبريق والتي تتمثل بنقل السوائل وحفظها، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر الاستخدامات الأخرى لأدوات تناول الشراب (الكوب - الإبريق)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التوضيح رقم (١) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (١)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر استخدامات أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث		أن يستخدم الطفل التوحدي أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق) بنجاح.
زمن التنفيذ		١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك		النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية		(كوب - إبريق)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث		
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق)، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك الإبريق هكذا ونصب فيه المياه هكذا ونشرب هكذا،		

يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك شرب الماء بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق)، وخلال ذلك يبيت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى الكوب والإبريق وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الإبريق هكذا ونصب فيه المياه هكذا ونشرب هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يقوم المعلم بتوزيع مجموعة من الأكواب والأباريق البلاستيكية على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٢)، مع ضرورة تقديم المعلم للتعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، مع الحرص على ضرورة خفض التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي تدريجياً.



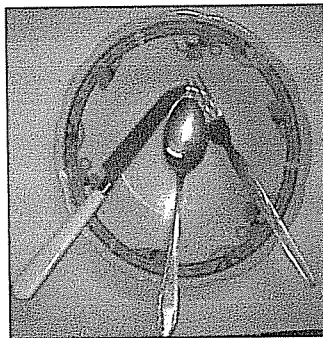
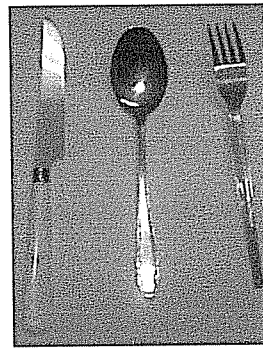
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٢) لا ضرر من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٣)

- ١- الهدف العام:
تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن).
- ٢- الأهداف السلوكية:
أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحدي أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن).
ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحدي استخدامات أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن).
ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحدي أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح.
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.
٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.
٥- المعززات: معزز مادي (حلوى، بطاقات التوضيح)، ومعززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).
٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، وأدوات تناول الطعام (ملقعة وسكين وشوكة وصحن).
٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الثالثة.

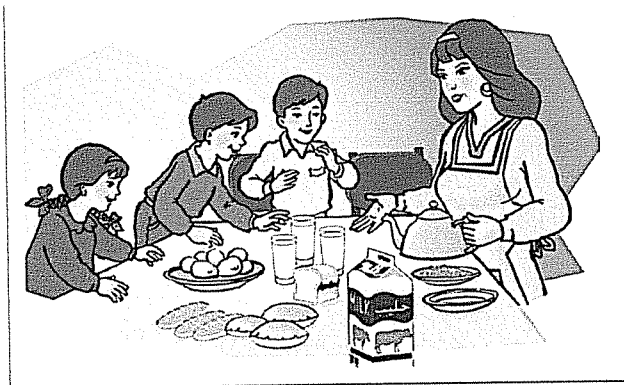
الجلسة رقم (٣)		
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) (٤٥) دقيقة	
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد أسماء أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).	
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي	
الوسائل التعليمية	(ملعقة - شوكة - سكين - صحن)	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول		
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (الملعقة - الشوكة - السكين - الصحن) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.		
 		
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول		
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).		
الهدف الفرعي الثاني	أن يذكر الطفل التوحد استخدامات أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).	
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي	
الوسائل التعليمية	(ملعقة - شوكة - سكين - صحن) + صور توضيحية	

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه استخدامات أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (الملقعة والشوكة والسكين والصحن) لتناول الأطعمة المختلفة (لحوم، خضار، فواكه، أرز... إلخ)، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن استخدامات أدوات تناول أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٢): يذكر المعلم استخدامات أخرى لأدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) والتي تتمثل بتقطيع الأطعمة (السكين)، ووضعها في الفم (الشوكة - الملعقة)، سكب الطعام (الصحن)، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر استخدامات أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التوضيح رقم (٢) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (٢)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر استخدامات أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث	أن يستخدم الطفل التوحدي أدوات تناول الطعام (ملقعة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(ملقعة - شوكة - سكين - صحن)

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الملعقة والصحن لتناول الطعام، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك الملعقة باليد اليمنى هكذا ونغرف الطعام باليد اليسرى هكذا ونأكل هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل تناول الطعام بالملعقة والصحن بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام الملعقة والصحن لتناول الطعام، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف إلى الملعقة والصحن وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الملعقة هكذا ونصب فيها الطعام هكذا ونأكل هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يقوم المعلم بتوزيع مجموعة من المعالق والصحون البلاستيكية على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٢)، مع ضرورة تقديم المعلم للتعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، مع الحرص على ضرورة خفض التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي تدريجياً.

الإجراء رقم (٤): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام السكين في تقطيع الطعام، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك السكين باليد اليمنى هكذا ونمسك الطعام باليد اليسرى هكذا ونقطع الطعام هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك تقطيع الطعام تناول بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٤) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٥): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام السكين في تقطيع الطعام، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف إلى السكين والطعام وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك السكين هكذا ونقطع الطعام هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي

(الكلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٥) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٦): يقوم المعلم بتوزيع مجموعة من السكاكين البلاستيكية على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٥)، مع ضرورة تقديم المعلم للتعزيز المادي (الكلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، مع الحرص على ضرورة خفض التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي تدريجياً.

الإجراء رقم (٧): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الشوكة والصحن ملقعة لتناول الطعام، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك الشوكة باليد اليمنى هكذا والصحن على الطاولة هكذا ونأكل هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل تناول الطعام بالشوكة من الصحن بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المادي (الكلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٧) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٨): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام الشوكة والصحن لتناول الطعام، وخلال ذلك يبيت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحها بلطف إلى الشوكة والصحن وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الشوكة هكذا ونأكل هكذا من الصحن، يقدم المعلم التعزيز المادي (الكلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٨) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٩): يقوم المعلم بتوزيع مجموعة من الشوك والصحون البلاستيكية على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٨)، مع ضرورة تقديم المعلم للتعزيز المادي (الكلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، مع الحرص على ضرورة خفض التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي تدريجياً.

بطاقة توضيح رقم (٣)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٣) لا ضير من استخدام المعلم للهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٤)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).

ب- الهدف الفرعي الثالث: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) وتقليد سلوك تنظيف الأسنان بنجاح.

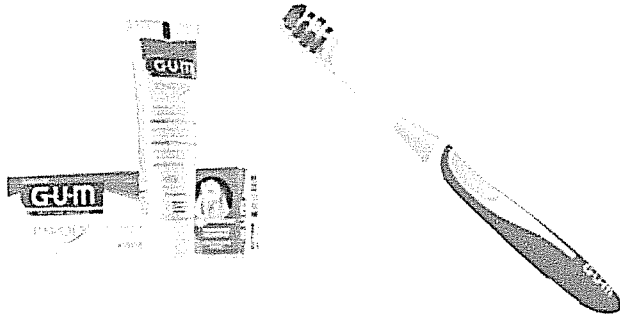
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معزز مادي (حلوى، بطاقات التوضيح)، ومعززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، وأدوات تنظيف الأسنان (الفرشاة والمعجون)، ومقطع فيديو.

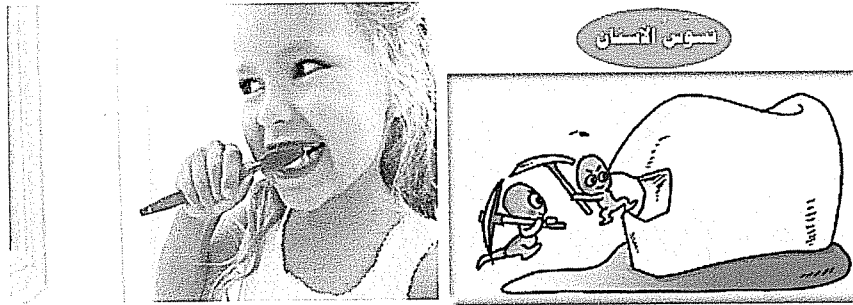
٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الرابعة.

الجلسة رقم (٤)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرشاة أسنان - معجون أسنان)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن يذكر الطفل التوحد استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرشاة أسنان - معجون أسنان) + صور توضيحية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) لتنظيف بقايا الطعام التي يبقى أثرها على الأسنان وتؤدي إلى تسوسها فيما بعد نتيجة للإهمال، فلابد من تنظيف الأسنان مرة واحدة على الأقل كل يوم، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (٤)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) وتقليد سلوك تنظيف الأسنان بنجاح.

زمن التنفيذ ١٥ دقيقة

استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتعزيز الإيجابي

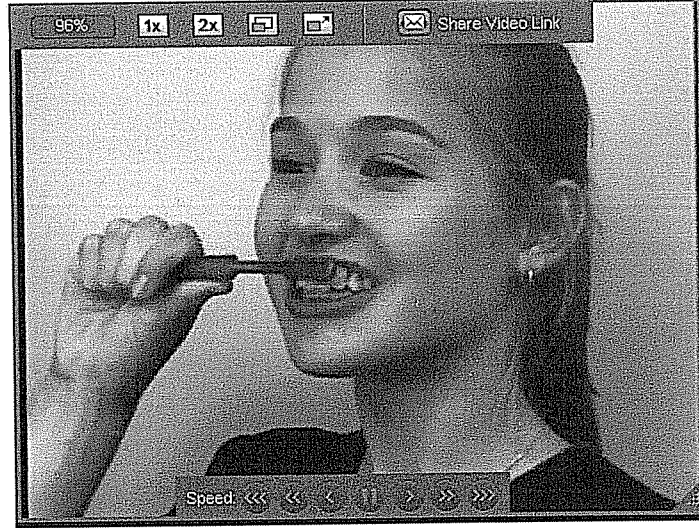
الوسائل التعليمية (فرشاة أسنان - معجون أسنان) + مقطع فيديو

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج بلاستيكية من (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان)، ثم يهيئ المعلم أطفال التوحد لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية تنظيف الأسنان باستخدام (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان)، حيث يقول المعلم للأطفال: لنمسك بفرشاة الأسنان باليد اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليد اليسرى هكذا، ولنقلد ما تقوم به الطفلة من حركات أثناء تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (١) يشجع المعلم أطفال التوحد على تقليد ما

تقوم به الطفلة في مقطع الفيديو وتمثيل سلوك تنظيف الأسنان بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

مقطع فيديو رقم (١)



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام النموذج البلاستيكي للفرشاة والمعجون لتنظيف أسنانه، وخلال ذلك يبيت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف نحو الفرشاة والمعجون وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بفرشاة الأسنان باليد اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليد اليسرى هكذا، ونضع قليلاً من المعجون على الفرشاة هكذا، وننظف الأسنان باستخدام الفرشاة هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يهيئ المعلم أطفال التوحد للجلسة القادمة والتي تتضمن تنظيف الأسنان باستخدام فرشاة أسنان ومعجون أسنان حقيقي أمام المغسلة.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

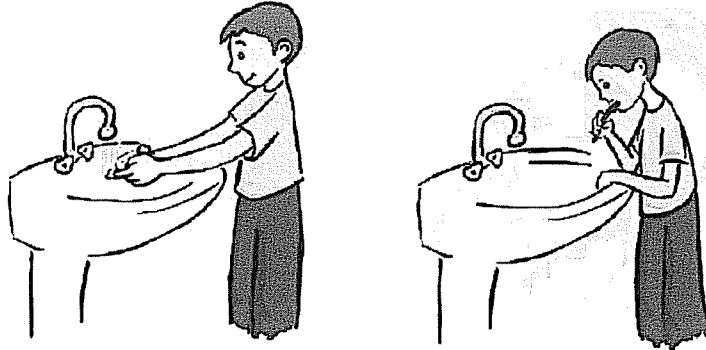
رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليدهم سلوك تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٤) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٥)

- ١- الهدف العام:
تتمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).
- ٢- الأهداف السلوكية:
أ- الهدف الفرعي الأول: أن يتذكر الطفل التوحيدي كيفية تنظيف الأسنان باستخدام (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).
ب- الهدف الفرعي الثاني: أن ينظف الطفل التوحيدي أسنانه باستخدام أدوات تنظيف أسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان) حقيقية بنجاح.
- ٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.
- ٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.
- ٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).
- ٦- الوسائل التعليمية: أدوات تنظيف الأسنان (الفرشاة والمعجون)، المغسلة.
- ٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الخامسة.

الجلسة رقم (٥)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يتذكر الطفل التوحد كيفية تنظيف الأسنان باستخدام (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرشاة أسنان - معجون أسنان)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يطلب المعلم من أحد أطفال التوحد تذكر ما تعلمه في الجلسة السابقة، حيث يسأل المعلم الطفل: ما هي الأدوات التي نستخدمها لتنظيف الأسنان؟، ثم ينتظر إجابة الطفل: نستخدم (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) لتنظيف بقايا الطعام التي يبقى أثرها على الأسنان وتؤدي إلى تسوسها فيما بعد نتيجة للإهمال، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: نستخدم (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) لتنظيف بقايا الطعام التي يبقى أثرها على الأسنان وتؤدي إلى تسوسها فيما بعد نتيجة للإهمال، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٣): يطلب المعلم من أطفال آخر تأدية سلوك تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون كما شاهده في مقطع الفيديو رقم (١) الذي عرض في الجلسة السابقة، حيث يسأل المعلم الطفل: كيف نستخدم الفرشاة والمعجون لتنظيف الأسنان؟، ثم ينتظر المعلم قليلاً: نمسك بفرشاة الأسنان باليد اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليد اليسرى هكذا، ونضع قليلاً من المعجون على الفرشاة هكذا، وننظف الأسنان هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف نحو الفرشاة والمعجون وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بفرشاة الأسنان باليد اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليد اليسرى هكذا، ونضع قليلاً من المعجون على الفرشاة هكذا، وننظف الأسنان هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ثم يطلب المعلم من بقية أطفال التوحد تكرار ما قام به الطفل، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول	
رصد سلوك أطفال التوحد عند تذكر ما تم تعلمه في الجلسة الرابعة عن استخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن ينظف الطفل التوحدي أسنانه باستخدام أدوات تنظيف أسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان) حقيقية بنجاح.
زمن التنفيذ	٣٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرشاة أسنان - معجون أسنان) + مغسلة
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	
الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على تهيئتهم للخروج إلى حمام المدرسة والعمل أمام (المغسلة) على تنظيف أسنانهم فعلياً باستخدام (فرشاة أسنان - معجون أسنان) حقيقية، حيث يقول المعلم للأطفال: سنذهب الآن إلى حمام المدرسة وننظف أسناننا هناك باستخدام (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) حقيقية، ولنتذكر ما تعلمناه عن تنظيف الأسنان، وخلال مسيرهم نحو حمام المدرسة يشجع المعلم أطفال التوحد على تنظيف الأسنان والالتزام بالتعليمات السابقة، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر. الإجراء رقم (٢): يبادر المعلم أولاً بأداء سلوك تنظيف الأسنان أمام أطفال التوحد باستخدام الفرشاة والمعجون مقابل المغسلة وباستخدام الماء، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك تنظيف الأسنان مثلما يفعل هو، وخلال ذلك يبت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على تنظيف أسنانهم بلطف الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك بفرشاة الأسنان باليد اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليد اليسرى هكذا، ونضع قليلاً من المعجون على الفرشاة هكذا، وننظف الأسنان باستخدام الفرشاة هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) حقيقية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٥) لا صير من استخدام المعلم للهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٦)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد لغسل الوجه واليدين بالماء والصابون.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحدي أدوات تنظيف الوجه واليدين (الماء - الصابون - المنشفة) وأهميتها.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام الماء والصابون في غسيل الوجه واليدين.

ب- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحدي الماء والصابون في غسيل الوجه واليدين أمام المغسلة بنجاح.

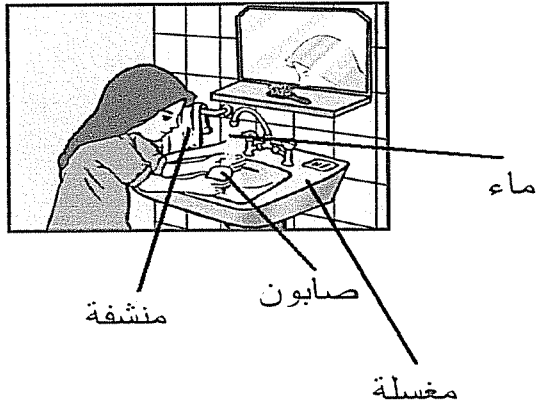
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معزز مادي (حلوى، بطاقات التوضيح)، ومعززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، صابون، مغسلة، مقطع فيديو).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية السادسة.

الجلسة رقم (٦)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد لغسل الوجه واليدين بالماء والصابون. (٤٥ دقيقة)
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد أدوات تنظيف الوجه واليدين (الماء - الصابون) وأهميتها.
زمن التنفيذ	١٠ دقائق
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(صابون - ماء - منشفة)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (الصابون - الماء - المنشفة) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أدوات تنظيف الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. بطاقة توضيح رقم (٥)	
	
الإجراء رقم (٣): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه أهمية أدوات تنظيف الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (الصابون - الماء - المنشفة) لتنظيف ما قد يعلق على وجوهنا وأيدينا من جراثيم نتيجة للتعرض للظروف الطبيعية، أو بعد الخروج من الحمام، أو بعد الاستيقاظ من النوم، فغسل الوجه واليدين بالماء والصابون يحميننا من انتقال الأمراض إلينا فيما بعد نتيجة للإهمال، فلا بد من غسل الوجه واليدين ثلاث مرات على الأقل كل يوم، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم	

عن أهمية أدوات غسل الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات غسل الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة) وأهميتها بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثاني	أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام الماء والصابون في غسل الوجه واليدين.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(صابون - منشفة) + مقطع فيديو
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	

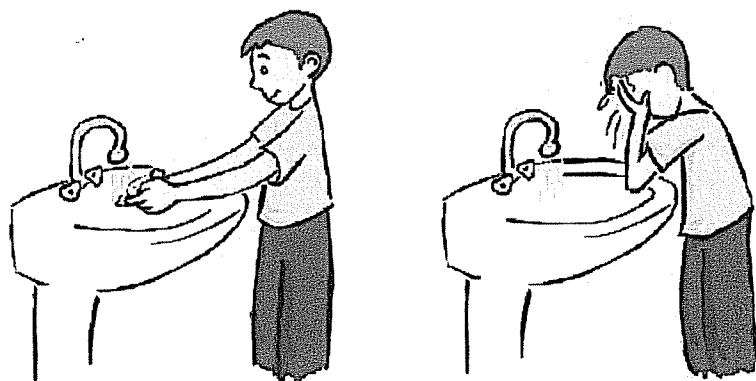
الإجراء رقم (١): يتتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج مصغرة من (الصابون - المناشف)، ثم يهئ المعلم أطفال التوحد لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية غسل الوجه واليدين بالماء والصابون، حيث يقول المعلم للأطفال: لنمسك بالصابون هكذا، ولنقلد ما يقوم به الطفل من حركات أثناء غسل يديه بالماء والصابون، ونستخدم المنشفة لتجفيف الوجه واليدين هكذا، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٢) يشجع المعلم أطفال التوحد على تقليد ما يقوم به الطفل في مقطع الفيديو وتمثيل سلوك غسل الوجه واليدين بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

مقطع فيديو رقم (٢)



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام نموذج الصابون والمنشفة المصغر لغسيل الوجه واليدين، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف نحو الصابون وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بالصابون هكذا ونغسل الوجه واليدين بالصابون والماء هكذا، ثم نجفف الوجه واليدين بالمنشفة هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليدهم سلوك غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثالث أن يستخدم الطفل التوحد الماء والصابون في غسيل الوجه واليدين أمام المغسلة بنجاح.	
زمن التنفيذ ٢٠ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتعزيز الإيجابي	
الوسائل التعليمية (صابون - منشفة) + المغسلة	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث	
الإجراء رقم (١): يهيئ المعلم أطفال التوحد للذهاب إلى حمام المدرسة والعمل أمام المغسلة على غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون. الإجراء رقم (٢): أمام المغسلة يطلب المعلم من أحد أطفال التوحد تذكر ما تعلمه في عن كيفية غسل الوجه واليدين بالماء والصابون، حيث يسأل المعلم الطفل: ما هي الأدوات التي نستخدمها لغسل الوجه واليدين؟، ثم ينتظر إجابة الطفل: نستخدم (الماء والصابون) والمنشفة للتجفيف، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: نستخدم (الماء والصابون) والمنشفة للتجفيف، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
الإجراء رقم (٣): يبادر المعلم أولاً بأداء سلوك غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون أمام أطفال التوحد مقابل المغسلة وباستخدام الماء، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك غسيل الوجه واليدين مثلما يفعل هو، وخلال ذلك يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على غسيل وجوههم وأيديهم بلطف الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك بالصابون هكذا، ونغسل الوجوه واليدين بالماء هكذا، ونجفف الوجه واليدين بالمنشفة هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام،	

المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليدهم سلوك غسل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٦) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٧)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب (الأقلام والدفاتر والكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحد الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام والدفاتر والكتب.. القرطاسية) وأهميتها.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يرتب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام والدفاتر والكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

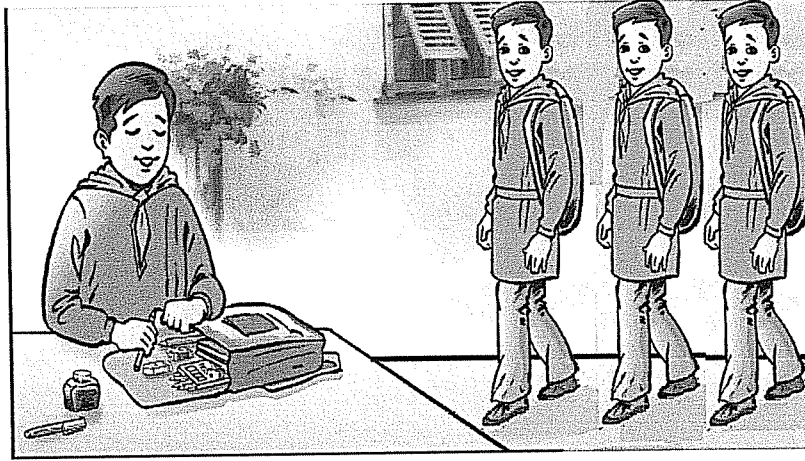
٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، مجموعة أقلام وكتب ودفاتر، مكتبة المدرسة).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية السابعة.

الجلسة رقم (٧)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) وأهميتها.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(الأقلام - الدفاتر - الكتب... قرطاسية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم مجموعة من (الأقلام - دفاتر - كتب.. القرطاسية) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك الأسماء (الأقلام - دفاتر - كتب.. القرطاسية)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
   	
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم أهمية (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) في عملية التعليم، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) لتعلم القراءة والكتابة والحساب والرسم.. إلخ، ولابد من المحافظة عليها سليمة من التلف بأن نعمل على ترتيبها وتنظيفها بشكل مستمر، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) في عملية التعليم، وضرورة الحفاظ عليها وترتيبها، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول		
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) وأهميتها في عملية التعليم بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).		
الهدف الفرعي الثاني		أن يرتب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) داخل الحقيبة المدرسية.
زمن التنفيذ		٣٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك		النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية		(الأقلام - الدفاتر - الكتب... قرطاسية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني		
الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه كيفية ترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم الحقيبة المدرسية لوضع (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) التي نحتاجها للتعلم في المدرسة هكذا الواحدة تلو الأخرى، الأقلام هنا، الدفاتر هنا، الكتب هنا.. إلخ، ثم نغلق الحقيبة هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك ترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه بترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية، وخلال ذلك ييبث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف إلى الحقيبة و(الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) وجعله يرتبها بنفسه باستخدام كلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نستخدم الحقيبة المدرسية لوضع (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) التي نحتاجها للتعلم في المدرسة هكذا الواحدة تلو الأخرى، الأقلام هنا، الدفاتر هنا، الكتب هنا.. إلخ، ثم نغلق الحقيبة هكذا، يقدم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.		



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ترتيبهم (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية، بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٧) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٨)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامة في المكان المخصص لها.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحد وظيفة السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامة لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتها من الأمراض والحفاظ على جمال المكان.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحد عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامة في المكان المخصص لها.

ب- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحد السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامة داخل المنزل وخارج المنزل للتخلص من الفضلات الضارة والحفاظ على جمال المكان بنجاح.

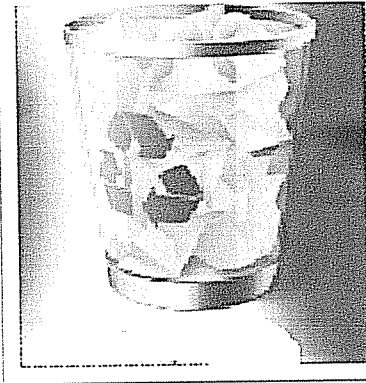
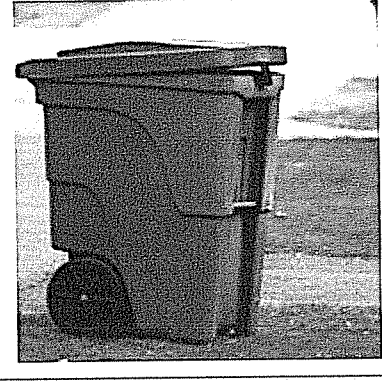
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

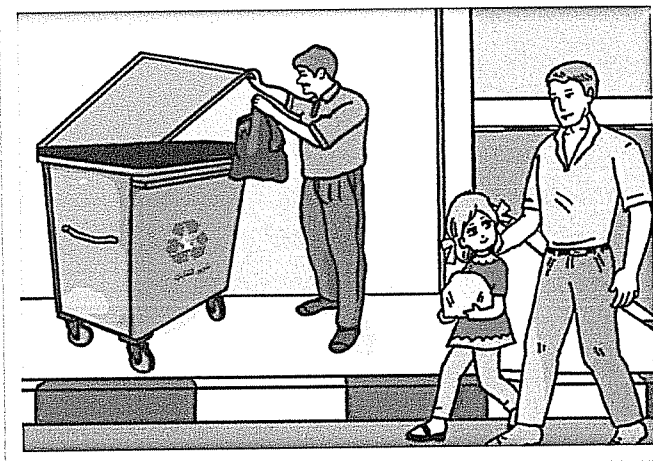
٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: الصور، مجسمات، سلة قمامة، حاوية قمامة، مقطع فيديو.

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الثامنة.

الجلسة رقم (٨)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامة في المكان المخصص لها. (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد وظيفة السلّات والحاويات المخصصة لرمي القمامة لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتنا من الأمراض والحفاظ على جمال المكان.
زمن التنفيذ	١٠ دقائق
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	صور ومجسمات لسلّات وحاويات رمي القمامة
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقى تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من صور (السلّات والحاويات المخصصة لرمي القمامة) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء (السلّات والحاويات المخصصة لرمي القمامة)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. بطاقة توضيح رقم (٦)	
 	
الإجراء رقم (٣): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباههم عند عرضه أهمية (السلّات والحاويات المخصصة لرمي القمامة)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (السلّات والحاويات) لرمي الفضلات التي تخلف من بقايا الطعام، أو من تنظيف الأشياء، أو من الأشياء النافقة.. إلخ، والتي قد تسبب تكاثر الجراثيم والأمراض والقوارض إذا ما تركناها في المنزل أو الحي، فذلك يحمينا من انتقال الأمراض إلينا فيما بعد نتيجة لإهمالها، كما يحافظ على جمال المكان، لذلك لا بد من رمي الفضلات في سلّات وحاويات القمامة بعد تجميعها في أكياس خاصة، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية (السلّات والحاويات المخصصة لرمي القمامة)، يقدم المعلم التعزيز	

المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.
بطاقة توضيح رقم (٧)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر وظيفة السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامة لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتنا من الأمراض والحفاظ على جمال المكان بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثاني أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامة في المكان المخصص لها.

زمن التنفيذ ١٥ دقيقة

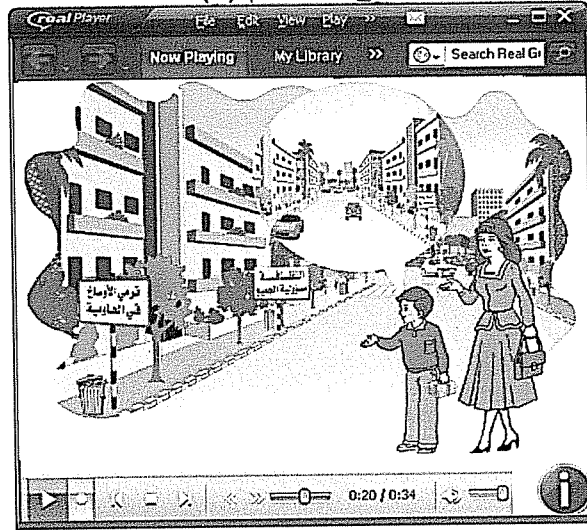
استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتعزيز الإيجابي

الوسائل التعليمية مقطع فيديو

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يهيئهم لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامة والفضلات في الأماكن المخصصة لها (السلات وحاويات القمامة)، حيث يقول المعلم للأطفال: لنشاهد ما يقوم به الطفل ووالدته في مقطع الفيديو، ولننظم منهم كيفية الحفاظ على الحي والمنزل نظيفاً من خلال رمي القمامة في المكان المخصص لها، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٣) يشجع المعلم أطفال التوحد على الانتباه لما يقوم به الطفل ووالدته في مقطع الفيديو، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، وخلال ذلك يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

مقطع فيديو رقم (٣)



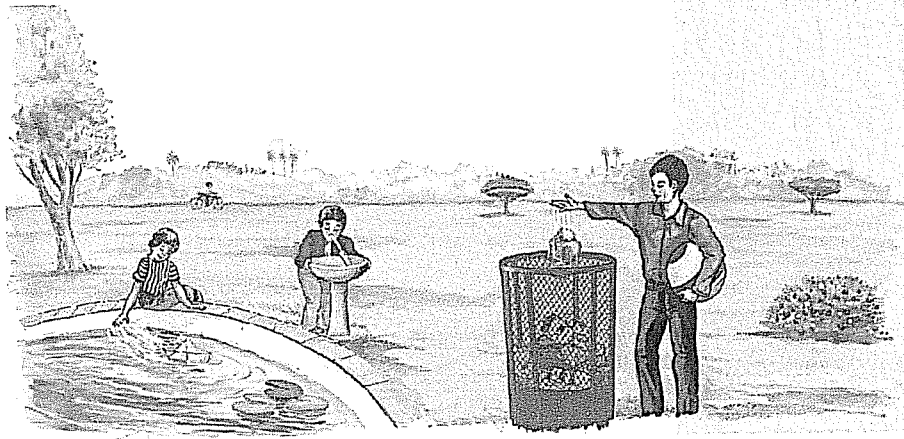
الإجراء رقم (٢): يوزع المعلم على أطفال التوحد أكياس سوداء تحوي (أوراق تالفة)، ويطلب المعلم من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه برمي كيس القمامة في سلة المهملات الموجودة في الصف كما شاهد ذلك في مقطع الفيديو، وخلال ذلك ييبث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل ويجرهما بلطف نحو كيس القمامة ثم يصطحبه إلى سلة المهملات الموجودة في الصف ورمي الكيس فيها، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بكيس القمامة هكذا، ونرميه في سلة المهملات هكذا بالصابون هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليد سلوك رمي القمامة في المكان المخصص لها في سلة المهملات داخل الصف بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث	أن يستخدم الطفل التوحد السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامة داخل المنزل وخارج المنزل للتخلص من الفضلات الضارة والحفاظ على جمال المكان بنجاح.
زمن التنفيذ	٢٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(أكياس قمامة - حاوية قمامة في المدرسة)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث	
الإجراء رقم (١): يهيئ المعلم أطفال التوحد للذهاب إلى باحة المدرسة والعمل على تنظيفها مما قد يتواجد فيها من قمامة.	
الإجراء رقم (٢): وفي باحة المدرسة يوزع المعلم على أطفال التوحد أكياس سوداء مخصصة لرمي القمامة،	

ومن ثم يطلب منهم تذكر ما شاهدوه في مقطع الفيديو عن كيفية جمع القمامة في الكيس وشده ثم رميه في حاوية القمامة، ثم يبادر المعلم أولاً وأمام أطفال التوحد بأداء سلوك جمع القمامة من باحة المدرسة، ثم وضعها في الكيس الأسود، ثم رميها في حاوية القمامة، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك جمع القمامة ووضعها في الكيس ورميها في الحاوية، وخلال ذلك يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على جمع القمامة ووضعها في الكيس ورميها في الحاوية بلطف الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك بكيس القمامة هكذا، ونجمع الأوساخ في داخله هكذا، ونشده هكذا، ونرميه في سلة المهملات هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليدهم سلوك جمع القمامة في الكيس ورميها في الحاوية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٨) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (٩)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف الثابت.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف الثابت (مقبس الطاقة- السماعة - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ويذكر أهمية الهاتف في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يستخدم الطفل التوحيدي الهاتف الثابت للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمة بنجاح.

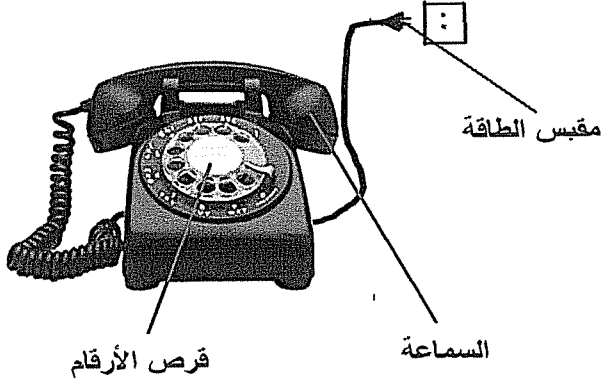
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، هاتف ثابت).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية التاسعة.

الجلسة رقم (٩)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف الثابت (٤٥ دقيقة)
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد اسماء الأقسام الرئيسية للهاتف الثابت (مقبس الطاقة - السماعه - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ويذكر أهمية الهاتف في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(هاتف ثابت + صور توضيحية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم الهاتف الثابت أمام أطفال التوحد، ويذكر اسماء الأقسام التي يتكون منها أمامهم (مقبس الطاقة - السماعه - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك اسماء أقسام الهاتف (مقبس الطاقة - السماعه - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
	
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم أهمية الهاتف الثابت في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين عنا، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم الهاتف الثابت لإجراء المكالمات المهمة مع الأشخاص البعيدين عنا، والذين لا يمكن التحدث إليهم مباشرة (وجهاً لوجه)، ولكن يجب استخدام الهاتف الثابت عند الضرورة فقط، ولا يجب إزعاج الآخرين بواسطته، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية الهاتف الثابت في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين عنا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول	
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر اسماء الأقسام الرئيسية للهاتف الثابت (مقبس الطاقة- السماعه - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، وذكر أهمية الهاتف في عملية التواصل مع الآخرين بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن يستخدم الطفل التوحيدي الهاتف الثابت للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمه بنجاح.
زمن التنفيذ	٣٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(هاتف ثابت)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الهاتف الثابت لإجراء مكالمه مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك سماعه الهاتف هكذا حتى نسمع نغمة التوون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووو مرحباً... هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك إجراء مكالمه باستخدام الهاتف الثابت بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحيدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام الهاتف الثابت لإجراء مكالمه مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، وخلال ذلك ييبث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى الهاتف الثابت، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك سماعه الهاتف هكذا حتى نسمع نغمة التوون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٣): يقوم المعلم بتوزيع نماذج بلاستيكية للهاتف الثابت على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٢)، مع ضرورة تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد. الإجراء رقم (٤): يقوم المعلم بالطلب من جميع أطفال التوحد الواحد تلو الآخر وأمام بقية زملائه باستخدام	

الهاتف الثابت لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى الهاتف الثابت، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك سماعة الهاتف هكذا حتى نسمع نغمة التوون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٤) عدة مرات ليتجاوب معه جميع أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدام الهاتف الثابت لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٩) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٠)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف المحمول (الخليوي).

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، ويذكر أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يستخدم الطفل التوحيدي الهاتف المحمول للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمات بنجاح.

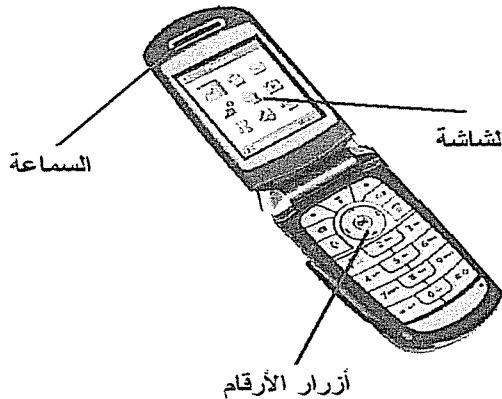
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

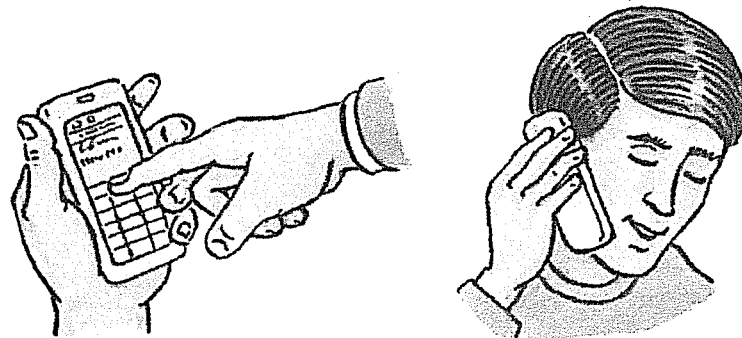
٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، هاتف محمول).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية العاشرة.

الجلسة رقم (١٠)		
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف المحمول (الخليوي) (٤٥) دقيقة	
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحد أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، ويذكر أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين.	
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي	
الوسائل التعليمية	(هاتف محمول + صور توضيحية)	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول		
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم الهاتف المحمول (الخليوي) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماء الأقسام التي يتكون منها أمامهم (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك أسماء أقسام الهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.		
		
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين عنا، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم الهاتف المحمول لإجراء المكالمات المهمة مع الأشخاص البعيدين عنا، والذين لا يمكن التحدث إليهم مباشرة (وجهاً لوجه)، ولكن يختلف الهاتف المحمول عن الهاتف الثابت في أننا يمكن التحدث من خلاله ونحن نسير في الشارع أو في السيارة، ولكن يجب استخدام الهاتف المحمول عند الضرورة فقط، ولا يجب إزعاج الآخرين بواسطته، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين عنا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.		

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول		
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر اسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أضرار الأرقام - الشاشة)، ويذكر أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).		
الهدف الفرعي الثاني	أن يستخدم الطفل التوحد الهاتف المحمول للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمة بنجاح.	
زمن التنفيذ	٣٠ دقيقة	
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي	
الوسائل التعليمية	(هاتف محمول)	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني		
الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الهاتف المحمول لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك الهاتف المحمول هكذا، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونحدث إليه ألوووو مرحباً... هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك إجراء مكالمة باستخدام الهاتف المحمول بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.		
		
الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام الهاتف المحمول لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، وخلال ذلك يبت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرحهما بلطف إلى الهاتف المحمول، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الهاتف المحمول هكذا، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونحدث إليه ألوووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه		

أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يقوم المعلم بتوزيع نماذج بلاستيكية من الهاتف المحمول على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٢)، مع ضرورة تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٤): يقوم المعلم بالطلب من جميع أطفال التوحد الواحد تلو الآخر وأمام بقية زملائه باستخدام الهاتف المحمول لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يديه وجرحهما بلطف إلى الهاتف المحمول، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الهاتف المحمول هكذا، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألووووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٤) عدة مرات ليتجاوب معه جميع أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم للهاتف المحمول لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٠) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١١)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال مآخذ الأدوات الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرهما.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحدي أقسام المآخذ الكهربائية وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو لكيفية الحفاظ على السلامة الشخصية من خطر الاستخدام الخاطئ لمآخذ الأدوات الكهربائية عند محاولة تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.

ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحدي مآخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقية بنجاح تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامته من خطرهما.

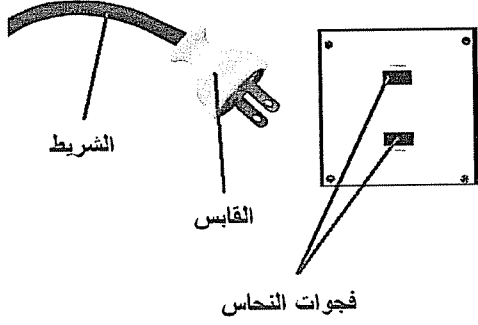
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

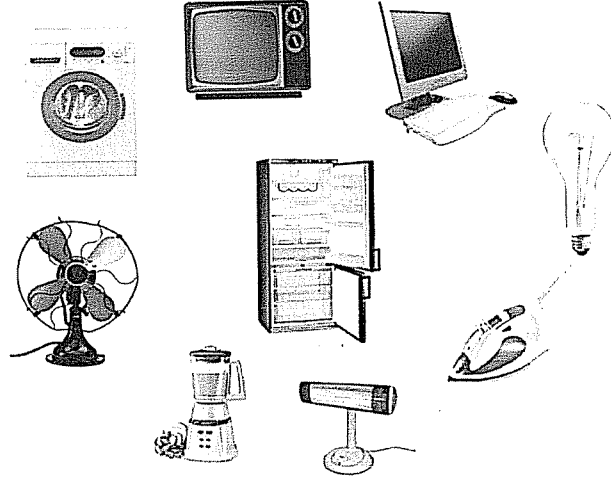
٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، مجموعة نماذج لمآخذ كهربائية).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الحادية عشرة.

الجلسة رقم (١١)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال مآخذ الأدوات الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحدي أقسام مآخذ الأدوات الكهربائية وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(صور + مجسمات + مجموعة نماذج لمآخذ كهربائية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقى تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم مجموعة من مآخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المآخذ الخارجي) أمام أطفال التوحد ويذكر أسماء الأجزاء التي تتكون منها أمامهم (الشريط - قطع النحاس - فجوات القابس)، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك الأسماء (الشريط - قطع النحاس - فجوات القابس)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
	
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم أهمية مآخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المآخذ الخارجي) في تشغيل الأدوات المنزلية الكهربائية، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم مآخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المآخذ الخارجي) لتزويد الأدوات المنزلية بالطاقة الكهربائية اللازمة لتشغيلها، كالبراد والمروحة والتلفاز وخلط الفواكه والحاسوب وسخان الكهرباء.. إلخ، ولا بد من المحافظة على تلك المآخذ الكهربائية سليمة من التلف بأن نعمل على حمايتها من الكسر أو العبث أو المياه، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية المآخذ الكهربائية في تشغيل الأدوات المنزلية التي تعمل بالطاقة الكهربائية، وضرورة الحفاظ عليها سليمة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	

بطاقة توضيح رقم (٨)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أقسام مآخذ الأدوات الكهربائية (المآخذ الجداري - المآخذ الخارجي) وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو لكيفية الحفاظ على السلامة الشخصية من خطر الاستخدام الخاطئ لمآخذ الأدوات الكهربائية عند محاولة تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.

الهدف الفرعي الثاني

١٥ دقيقة

زمن التنفيذ

النمذجة والتعزيز الإيجابي

استراتيجيات تعديل السلوك

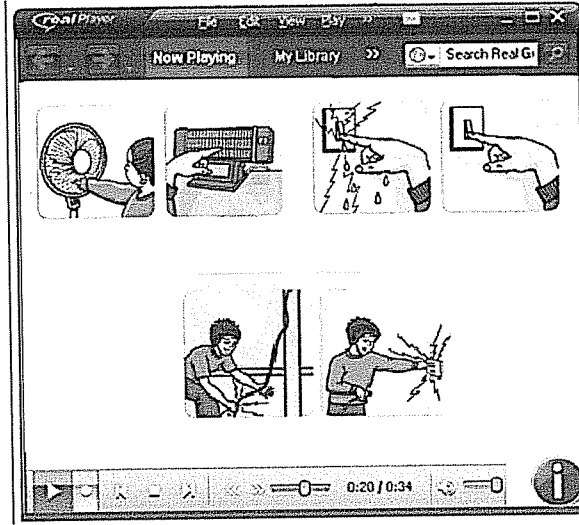
مقطع فيديو

الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج بلاستيكية من (المآخذ الكهربائية الجدارية الخارجية والداخلية)، ثم يهئ المعلم الأطفال لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستخدام الصحيح للمآخذ الكهربائية عند محاولة تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطر الاستخدام الخاطئ لها، حيث يقول المعلم للأطفال: لنراقب ما سيحدث للطفل الذي سيظهر في مقطع الفيديو وهو يعبث بالمآخذ الكهربائية، ثم نشاهد كيفية الاستخدام الصحيح للمآخذ الكهربائية، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٤) يشجع المعلم أطفال التوحد على الانتباه للاستخدام الخاطئ والاستخدام الصحيح للمآخذ الكهربائية، وخلال ذلك يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاهدة بانتباه لمقطع الفيديو ومراقبة ما سيحدث، ويمكن للمعلم تكرار مقطع الفيديو رقم (٤) عدة مرات حتى ينتبه جميع أطفال التوحد إلى ما حدث من سلوك صحيح وسلوك خاطئ عند استخدام المآخذ الكهربائية.

مقطع فيديو رقم (٤)



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه باستخدام النموذج البلاستيكي للمأخذ الكهربائي الداخلي والخارجي، وخلال ذلك يثبت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك بيدي الطفل ويجرهما بلطف نحو المأخذ البلاستيكية وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك المأخذ الداخلي هكذا، ونضعه في المأخذ الخارجي هكذا، ويجب أن نضعه بلطف ونحافظ عليه من الكسر، كما يجب أن تكون أيدينا جافة غير مبللة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

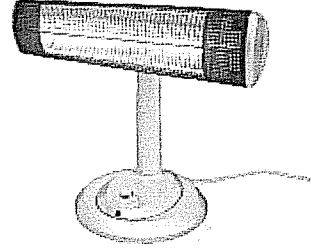
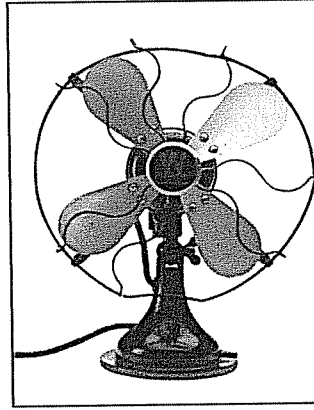
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم الصحيح والاستخدام الخاطئ للمأخذ الكهربائية الداخلية والخارجية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث	أن يستخدم الطفل التوحدي مأخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقية بنجاح تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامته من خطرهما.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	مروحة ومدفئة كهربائية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث	

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يضع على الطاولة مروحة ومدفئة كهربائية وأمام أطفال التوحد، ثم يستخدم المأخذ الكهربائي للمروحة لتشغيلها بوضعه في المأخذ الجداري، ثم يعمل على تشغيل المروحة، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك المأخذ الكهربائي للمروحة هكذا، ثم نضعه في المأخذ الكهربائي الجداري هكذا، ونضغط على زر التشغيل هكذا، فتعمل المروحة، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت

على الانتباه لما قام به من خطوات لتشغيل المروحة، وخلال ذلك يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة.



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه بأن يستخدم المأخذ الكهربائي للمروحة لتشغيلها بوضعه في المأخذ الجداري، ثم يعمل على تشغيل المروحة بالضغط على زر التشغيل، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى المأخذ الكهربائي للمروحة وجعله يمسكه بيده ويضعه في المأخذ الجداري، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك المأخذ الكهربائي للمروحة هكذا، ثم نضعه في المأخذ الكهربائي الجداري هكذا، ونفط على زر التشغيل هكذا، فتعمل المروحة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه جميع أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يقوم المعلم بتكرار الإجراءات رقم (١) و (٢) لتعليم أطفال التوحد تشغيل المدفئة الكهربائية.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد في عند استخدامهم مأخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقية بنجاح لتشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامتهم من خطرهما بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١١) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٢)

١- الهدف العام:

تتمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحدي أقسام فرن الغاز ووظيفة كل منها وأهمية فرن الغاز في المنزل للطهي.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام فرن الغاز بنجاح والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.

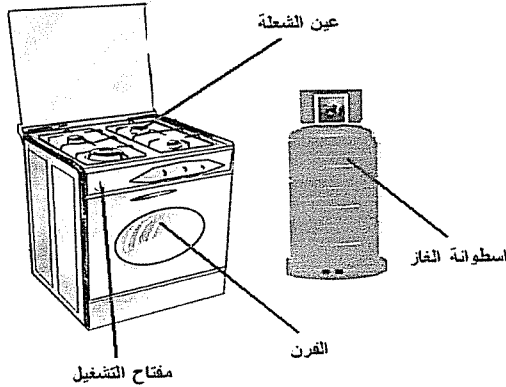
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (صور، مجسمات، مقطع فيديو).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الثانية عشر.

الجلسة رقم (١٢)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحدي أقسام فرن الغاز ووظيفة كل منها وأهمية فرن الغاز في المنزل للطهي.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(صور توضيحية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم صورة توضيحية لفرن الغاز والأقسام التي يتكون منها (الفرن - اسطوانة الغاز - مفتاح التشغيل - عين الشعلة) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أقسام فرن الغاز (الفرن - اسطوانة الغاز - مفتاح التشغيل - عين الشعلة)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
بطاقة توضيح رقم (٩) 	
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم للأطفال التوحد أهمية فرن الغاز في المنزل، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم فرن الغاز لتحضير الأطعمة التي نقوم ماما بطبخها لنا، ولذلك لا بد من الحفاظ عليه وعدم العبث به لما قد يسببه ذلك من خطر التعرض للحروق والجروح وانفجار اسطوانة الغاز، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية فرن الغاز، وضرورة الحفاظ عليها سليماً، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل	

طفل توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء الأقسام التي يتكون منها فرن الغاز (الفرن - اسطوانة الغاز - مفتاح التشغيل - عين الشعلة) وذكر أهمية فرن الغاز في المنزل بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثاني
أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام فرن الغاز بنجاح والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.

زمن التنفيذ ٣٠ دقيقة

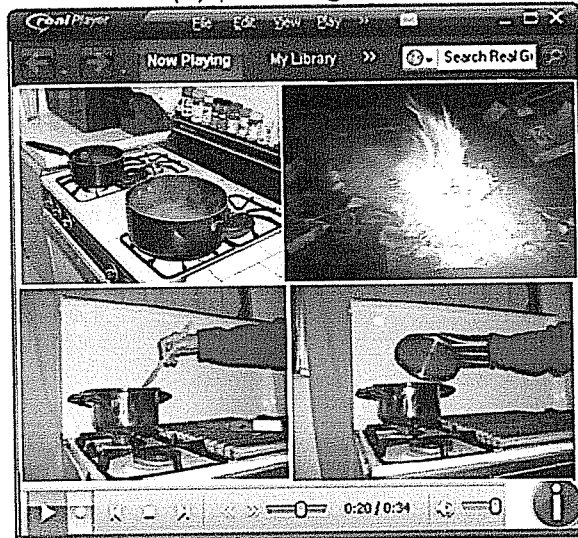
استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتعزيز الإيجابي

الوسائل التعليمية مقطع فيديو

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يهيئهم لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستخدام الصحيح لفرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطر الاستخدام الخاطئ له، حيث يقول المعلم للأطفال: لنراقب ما سيحدث للطفل الذي سيظهر في مقطع الفيديو وهو يعبث بفرن الغاز، ثم نشاهد كيفية الاستخدام الصحيح له من قبل الأم، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٥) يشجع المعلم أطفال التوحد على الانتباه للاستخدام الخاطئ والاستخدام الصحيح لفرن الغاز، وخلال ذلك يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاهدة بانتباه لمقطع الفيديو ومراقبة ما سيحدث، ويمكن للمعلم تكرار مقطع الفيديو رقم (٥) عدة مرات حتى ينتبه جميع أطفال التوحد إلى ما حدث من سلوك صحيح وسلوك خاطئ عند استخدام فرن الغاز.

مقطع فيديو رقم (٥)



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد بذكر المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز كما شاهدها في مقطع الفيديو، وخلال ذلك ييبث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بحثه على ذكر تلك المراحل، حيث يقول المعلم للطفل: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز، ثم ندير مفتاح تشغيل الشعلة، ثم يعمل الفرن أو الشعلة حسب الطلب، وبعد الانتهاء من الطهي نغلق مفتاح الشعلة، ثم نحكم إغلاق اسطوانة الغاز، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يهيئ المعلم أطفال التوحد للجلسة القادمة والتي تتضمن تشغيل فرن غاز حقيقي في مطبخ المدرسة.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز كما شاهدها في مقطع الفيديو بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٢) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٣)

- ١- الهدف العام:
تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره.
- ٢- الأهداف السلوكية:
 - أ- الهدف الفرعي الأول: أن يتذكر الطفل التوحد المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز.
 - ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشغل الطفل التوحد فرن الغاز حقيقي بنجاح.
- ٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.
- ٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.
- ٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).
- ٦- الوسائل التعليمية: فرن غاز.
- ٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الثالثة عشرة.

الجلسة رقم (١٣)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يتذكر الطفل التوحد المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرن غاز)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يطلب المعلم من أحد أطفال التوحد تذكر ما تعلمه في الجلسة السابقة، حيث يسأل المعلم الطفل: ما هي المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز؟، ثم ينتظر إجابة الطفل: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز، ثم ندير مفتاح تشغيل الشعلة، ثم يعمل الفرن أو الشعلة حسب الطلب، وبعد الانتهاء من الطهي نغلق مفتاح الشعلة، ثم نحكم إغلاق اسطوانة الغاز، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز، ثم ندير مفتاح تشغيل الشعلة، ثم يعمل الفرن أو الشعلة حسب الطلب، وبعد الانتهاء من الطهي نغلق مفتاح الشعلة، ثم نحكم إغلاق اسطوانة الغاز، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول	
رصد سلوك أطفال التوحد عند تذكر ما تعلموه في الجلسة الثانية عشرة عن المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن يشغل الطفل التوحد فرن الغاز حقيقي بنجاح.
زمن التنفيذ	٣٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(فرن غاز)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على تهيئتهم للخروج إلى مطبخ المدرسة والعمل على تشغيل فرن الغاز الموجود هناك فعلياً، حيث يقول المعلم للأطفال: سنذهب الآن إلى مطبخ المدرسة ونعمل على تشغيل فرن الغاز وفق المراحل السابقة التي تعلمناها في الجلسة الماضية، ولننذكر جيداً مراحل تشغيل فرن الغاز، وخلال مسيرهم نحو مطبخ المدرسة يشجع المعلم أطفال التوحد على	

العمل الصحيح على تشغيل فرن الغاز وعدم العبث والإهمال والالتزام بالتعليمات السابقة، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر.

الإجراء رقم (٢): يبادر المعلم أولاً بأداء سلوك تشغيل فرن الغاز أمام أطفال التوحد، وأثناء ذلك يذكر المعلم مراحل تشغيل فرن الغاز خطوة خطوة حيث يقول المعلم للأطفال: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز هكذا، ثم ندير مفتاح تشغيل الشعلة هكذا، ثم يعمل الفرن أو الشعلة حسب الطلب هكذا، وبعد الانتهاء من الطهي نغلق مفتاح الشعلة هكذا، ثم نحكم إغلاق اسطوانة الغاز هكذا، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك تشغيل فرن الغاز مثلما يفعل هو، وخلال ذلك يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على العمل بحذر لتشغيل فرن الغاز الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز هكذا، ثم ندير مفتاح تشغيل الشعلة هكذا، ثم يعمل الفرن أو الشعلة حسب الطلب هكذا، وبعد الانتهاء من الطهي نغلق مفتاح الشعلة هكذا، ثم نحكم إغلاق اسطوانة الغاز هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند تشغيل فرن الغاز وفق الخطوات الصحيحة بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٣) لا ضير من استخدام المعلم لهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٤)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يميز الطفل التوحدي بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفة كل منها.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحدي الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بنجاح.

ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستعانة بألوان إشارات المرور الضوئية لحفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

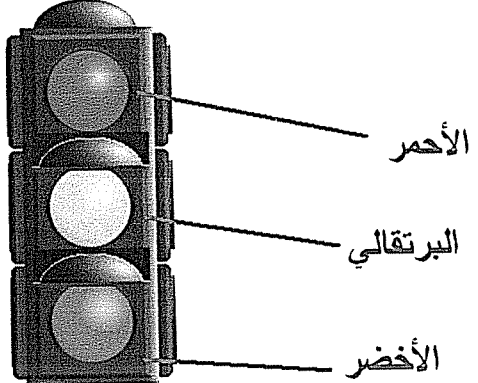
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

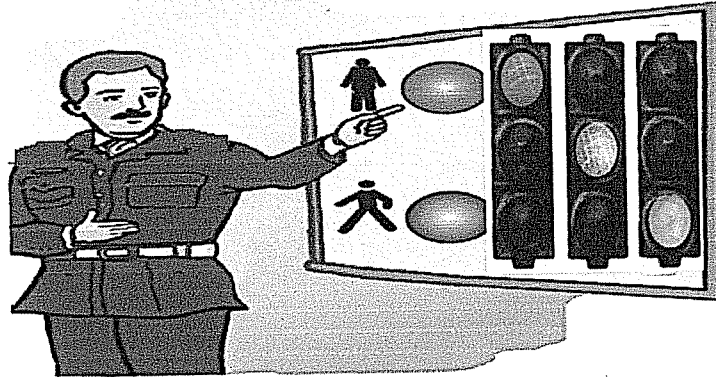
٦- الوسائل التعليمية: (صور، مجسمات، مقطع فيديو).

٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الرابعة عشرة.

الجلسة رقم (١٤)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يميز الطفل التوحيدي بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفة كل منها.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(صور توضيحية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم صورة توضيحية لإشارة المرور الضوئية بألوانها الثلاثة (الأحمر - البرتقالي - الأخضر)، ثم يقوم بتعريف الإشارة الضوئية أمامهم حيث يقول المعلم للأطفال: إن الإشارة الضوئية وسيلة تستخدم لتنظيم سير المشاة والسائقين في الطرق العامة، وتتضمن ثلاثة ألوان هي الأحمر والبرتقالي والأخضر، ثم يطلب المعلم من الأطفال الواحد تلو الآخر إعادة ذكر تعريف إشارة المرور الضوئية، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحيدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
بطاقة توضيح رقم (١٠)	
	
الإجراء رقم (٣): يبين المعلم للأطفال التوحد وظيفة كل لون من ألوان إشارة المرور الضوئية الثلاثة (الأحمر - البرتقالي - الأخضر)، حيث يقول المعلم للأطفال: إن اللون الأحمر يعني على السيارات التوقف والسماح للمشاة في العبور من خلال ممر المشاة الخاص، أما اللون البرتقالي فهو يشير إلى أن على	

السيارات التأهب للسير، أما اللون الأخضر فيعني أن على السيارات المتوقفة في الطريق السير وعلى المشاة التوقف عن العبور إتاحة طريق العبور، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن وظيفة إشارات المرور الضوئية الثلاثة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحدي، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (١١)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

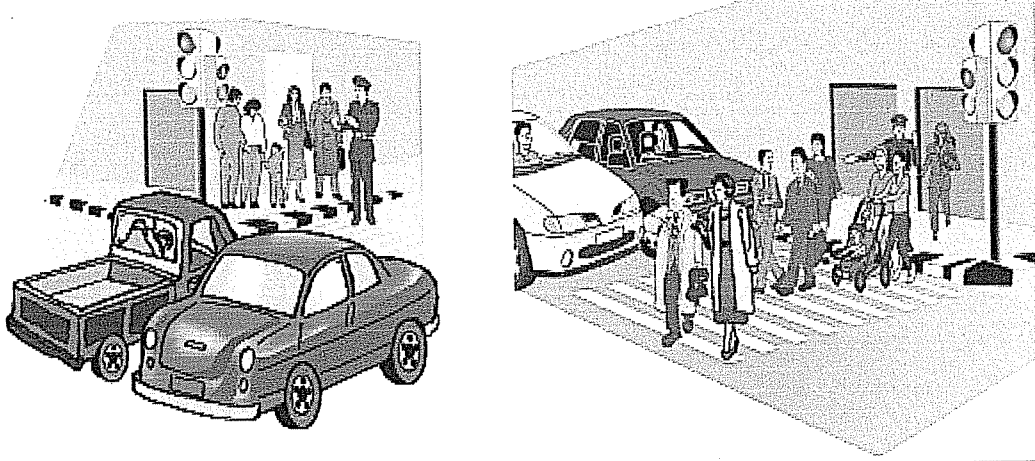
رصد سلوك أطفال التوحد عند تمييزهم بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفة كل منها بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يذكر الطفل التوحدي الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بنجاح.	الهدف الفرعي الثاني
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النمذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(مجسم إشارة مرور توضيحي)	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يضع أمام أطفال التوحد مجسم توضيحي لإشارة مرور ضوئية، حيث يقول المعلم للأطفال: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على الانتباه لما ذكره المعلم من خطوات للعبور الآمن من على طرفي الطريق، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن خطوات عبور الطريق بشكل آمن، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل

طفل توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (١٢)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر المراحل الصحيحة لعبور الطريق بشكل آمن بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

الهدف الفرعي الثالث أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستعانة بألوان إشارات المرور الضوئية لحفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

زمن التنفيذ ١٥ دقيقة

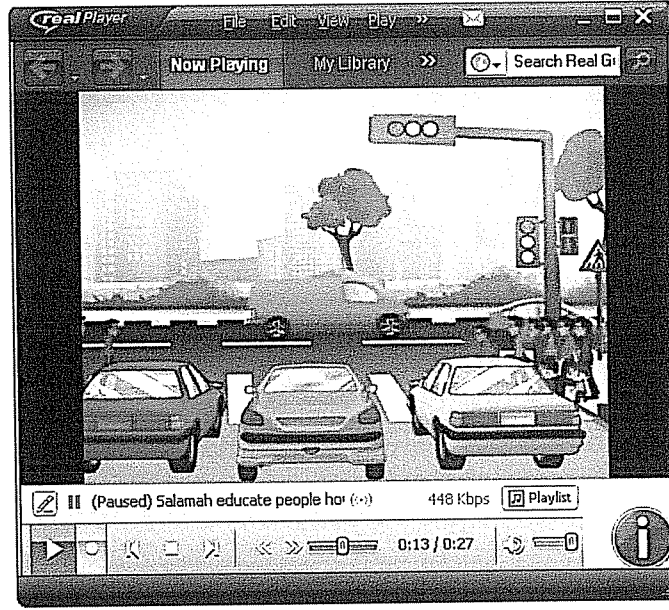
استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتعزيز الإيجابي

الوسائل التعليمية مقطع فيديو

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يهيئهم لمشاهدة عرض تقديمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستعانة بألوان إشارات المرور الضوئية لحفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة عند عبور الطريق العام، حيث يقول المعلم للأطفال: لنراقب ما سيحدث في مقطع الفيديو للطفل الذي يحاول عبور الطريق العام والسيارات مسرعة، دون التقيد بإشارات المرور الضوئية، ثم نشاهد كيفية الاستعانة بألوان إشارات المرور لعبور الطريق العام بشكل آمن، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٦) يشجع المعلم أطفال التوحد على الانتباه للطريقة الخاطئة والطريقة الصحيحة لعبور الطريق العام من المكان المخصص للمشاة بعد التقيد بإشارات المرور الضوئية، وخلال ذلك يبت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاهدة بانتباه لمقطع الفيديو ومراقبة ما سيحدث، ويمكن للمعلم تكرار مقطع الفيديو رقم (٦) عدة مرات حتى ينتبه جميع أطفال التوحد إلى ما حدث من سلوك صحيح وسلوك خاطئ عند عبور الطريق العام.

مقطع فيديو رقم (٦)



الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد بذكر المراحل الصحيحة لعبور الطريق العام بعد التقيد بإشارات المرور، والعبور من المكان المخصص للمشاة كما شاهدها في مقطع الفيديو، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بحثه على ذكر تلك المراحل، حيث يقول المعلم للطفل: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبّر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يهيئ المعلم أطفال التوحد للجلسة القادمة والتي تتضمن الذهاب إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة للنظر إلى عمل شرطي المرور وإشارات المرور الضوئية.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر المراحل الصحيحة لعبور الطريق بشكل آمن كما شاهدها في مقطع الفيديو بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٤) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٥)

١- الهدف العام:

تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يتذكر الطفل التوحيدي المراحل الصحيحة لعبور الطريق العام بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يعبر الطفل التوحيدي الطريق العام فعلياً بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية الحقيقية بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجيع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: زيارة ميدانية إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة.

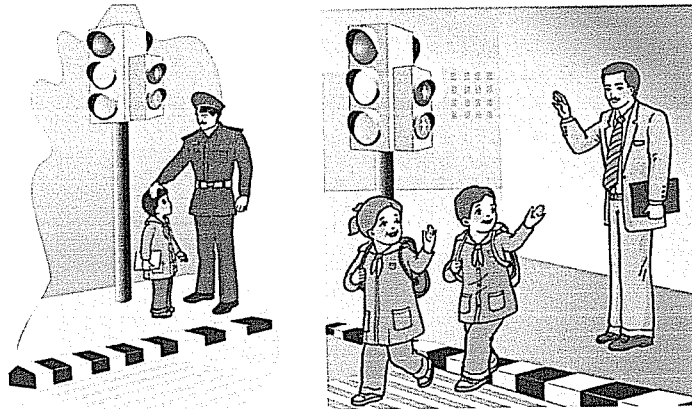
٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الخامس عشر.

الجلسة رقم (١٥)	
الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يتذكر الطفل التوحيدي المراحل الصحيحة لعبور الطريق العام بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(الصور التوضيحية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يطلب المعلم من أحد أطفال التوحد تذكر ما تعلمه في الجلسة السابقة، حيث يسأل المعلم الطفل: ما هي المراحل الصحيحة لعبور الطريق بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية؟، ثم ينتظر إجابة الطفل: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبّر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبّر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول رصد سلوك أطفال التوحد عند تذكر ما تعلموه في الجلسة الرابعة عشرة عن المراحل الصحيحة لعبور الطريق العام بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
الهدف الفرعي الثاني	أن يعبر الطفل التوحيدي الطريق العام فعلياً بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية الحقيقية بنجاح.
زمن التنفيذ	٣٠ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(زيارة ميدانية إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة)

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على تهيئتهم للخروج إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة، حيث توجد إشارة مرور ضوئية، وذلك للتدريب على قطع الطريق بأمان بالاستعانة بها، حيث يقول المعلم للأطفال: سنذهب الآن إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة ونتدرب على قطع الطريق بأمان بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية، وحيث يكون هناك شرطي المرور، ونراقب حركة السير، ولننذكر جيداً مراحل قطع الطريق العام بأمان، وخلال مسيرهم نحو تقاطع الطرق يشجع المعلم أطفال التوحد على العمل الصحيح على قطع الطريق بأمان وعدم العبث والتقييد بإشارات المرور وتعليمات الشرطي، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر.

الإجراء رقم (٢): يبادر المعلم أولاً بأداء سلوك قطع الطريق العام والتقييد بإشارات المرور الضوئية أمام أطفال التوحد، وأثناء ذلك يذكر المعلم مراحل قطع الطريق بأمان خطوة خطوة حيث يقول المعلم للأطفال: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك قطع الطريق العام والتقييد بإشارات المرور الضوئية مثلما يفعل هو، وخلال ذلك يبت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على قطع الطريق العام بحذر الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: عندما تكون إشارة المرور خضراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور حمراء هذا يعني أن السيارات ستتوقف ومن ثم يسمح للمشاة بالسير إلى الطرف المقابل، وهنا يجب أن ننظر إلى اليمين واليسار ونتأكد من خلو الطريق ثم نعبر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند قطع الطريق العام بأمان من خلال التقيد بإشارات المرور الضوئية وفق الخطوات الصحيحة بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٥) لا ضير من استخدام المعلم اللهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

**Damascus University
Faculty of Education
Department of Special Education**



**The Effectiveness of a Training Program Based on the Strategies
of Modeling and Positive Reinforcement in Developing Self-Care
Skills among a Sample of Autistic Children**

*A quasi-experimental study in a number of Autism
centers in the Governorate of Damascus city*

A thesis submitted to obtain a Master Degree in special education

**Prepared by:
Nour Al-Abdullah**

**Supervision by:
Dr. Ghassan Abu Fakher
Professor in the Department of Special Education**

School Year 2011-2012

The Abstract

First – Study introduction and problem:

Autism is considered one of the most difficult disabilities in terms of diagnosis for many specialists in special education due to its various abnormal behavioral aspects on the one hand, and the similarity between autistic individuals and the normal ones in terms of external appearance on the other hand. (Kanner, 1943) is the first who discovered this disorder and determined three distinctive behavioral aspects which are: failure in developing social relationships, the limited verbal and linguistic communicative skills, and obsessive behaviors related to the stereotyped repetitive playing, which appear before the age of three years. Many studies have showed that these disordered developmental characteristics reflect negatively on the child's adaptation and self-care skills. That is, autistic children are late in learning these skills with a rate of (2 to 3) years compared to the normal children of the same age and general intelligence despite the completion of the mental, perceptual, and physical maturity. Therefore, autistic children are not able to learn self-care skills independently, and are late in achieving progression in this relation until the age of (3-6) years. However, some of them might be late in this respect beyond this age (till ten years) if autism is severe and profound, or if it is related to severe and profound mental retardation. This makes the autistic child face many problems related to adaptation inside home, school, and the larger community, as well as merging with the normal individuals.

On the other hand, many studies have showed the effectiveness of reinforcement in modifying undesired behavior of disabled children. That is, reinforcement is the most important element in learning process, and it causes a positive change in the handicapped child's environment, especially material reinforcements such as money and food, and moral and social reinforcements such as teacher's attention and smiling, and activity reinforcements such as playing and trips. Moreover, the gains achieved by using **behavior approach theory** and its remedial techniques are of great importance that was reflected in handicapped children's adaptation, especially autistic children, it also helped in merging them with their normal peers at home, school, the neighborhood, and the larger community in general. Other studies also showed the effectiveness of modeling and imitation in teaching handicapped children, including autistic children, many proper behavioral aspects, especially self-care skills.

Some researchers believe that developing self-care skills among autistic children is of great importance since it makes it possible for them to merge with the normal children and get accepted by them. In some cases, developing self-care skills is considered more important than developing academic skills because it keeps parents away from embarrassment that might be caused by

their child to them in front of the others. It also enables the autistic child to depend on himself in his future life.

According to what has been mentioned, we can define the problem of the present study in the following question: **(What is the effectiveness of a training program based on the strategies of modeling and positive reinforcement in developing self-care skills among a sample of autistic children?).** This question has the following sub-questions:

The first question: Is there a difference between the experimental group performance and the control group performance in the immediate posttest of self-care skills ?.

The second question: Is there a difference in the experimental group performance between the pretest and immediate posttest of self-care skills ?.

The third question: Is there a difference in the experimental group performance between the immediate posttest and the delayed follow-up posttest of self-care skills ?.

Second – The importance of the study:

The importance of the present study lies in two primary domains: the first one is a **theoretical importance** which appears in shedding light on one of the most important developmental disabilities (autism) in respect to concept, reasons, diagnosis, and treatment. That is due to the importance of the targeted category in this research, the autistic children, and their suffering from inability to achieve that level of self-care skills compared to their normal peers. Thus, the present study responds to the modern educational tendencies of special education that takes an interest in helping the handicapped to overcome their behavioral problems that face them in the field of self-care so as not to be an obstacle in their independence. The second domain is a **practical importance** which appears in the importance of having a training program based on the strategies of modeling and positive reinforcement that benefits educators, parents, and those who take care of autistic children in order to develop their self-care skills, as well as the importance of early identifying and intervention to discover the disability and treat it so as to not develop. In addition, there is the importance of findings that might benefit parents and specialists in special education of the handicapped and planning for remedial programs to limit the deterioration of autistic children's self-care skills, since the number of studies in this field is limited.

Third – The study purposes:

1. Designing a training program based on the strategies of modeling and positive reinforcement to develop self-care skills inside the house in the fields of (using food and drink tools, washing the hands and face using water and soap, brushing the teeth, tidying the room and the bed, using the phone, the danger of some electric devices), and self-care skills outside the house (throwing sweepings in its right place, the danger of crossing the streets

accidents and traffic lights...) that suits autistic children at the age of (8-11) years and checking it validity and reliability.

2. Checking the effectiveness of the training program designed in the present study by training the experimental group individuals in self-care skills included in the program, as well as making comparisons between experimental groups scores and control group scores before applying the program and after applying it immediately, and making a follow-up for its effectiveness a month after finishing the application.

3. Reaching a set of suggestions that benefit parents, researchers, and teachers and educators of special education in developing autistic children's self-care skills.

Fourth – Study sample:

The study sample is an (**available intended sample**) composed of (24) autistic individuals at the age of (8 to less than 11) years, divided equally (12) individuals for the experimental group (6 males and 6 females) and (12) ones for the control group (6 males and 6 females) who suffer from varying degrees of autistic disorder, and which are described as autistic cases unrelated to mental retardation. The individuals of the two samples were diagnosed according to the basics and criteria mentioned in the (**DSM-IV-TR**), and who were chosen from two autistic centers in Damascus governorate.

Fifth – The study approach:

The approach used in this study is the (**quasi-experimental approach**) that is defined as the approach used in researches in which the researcher cannot control study variables completely. It is also the approach that adopts designing pretest and posttest and is based on using experimental and control group. Furthermore, the quasi-experimental approach takes into consideration controlling the conditions surrounding the experiment as much as possible such as determining experiment time and the physical factors during the application, as well as precisely determining the sample psychometric conditions before conducting the experiment, where these factors are to be equivalent in the experimental and control groups. This approach also uses tests and scales that have good validity and reliability degrees, and it adheres to isolating unnecessary or accidental effects in the experiment.

Sixth – Procedures of conducting the training program:

Procedures of scientific basics were used in applying the training program sessions according to a diminished model of it [pre-evaluation, the training program with the inputs, processes, and outputs it includes, post-evaluation, follow-up evaluation]. The application time of the training program sessions was (6) weeks and within (40) days, from (17/3/2012 to 27/4/2012) with a rate of (3 to 4) sessions per week. As for the follow-up study which aimed at checking the continuity of the training program effect, it

was conducted through reapplying self-care skills rating scale a month after finishing the training program application during (27-29/5/2012).

Seventh – The study findings:

1. The first finding: There was a statistically significant difference between the means of the experimental group ranks and the means of the control group ranks in the immediate posttest on the self-care skills rating scale for the whole grade. The difference was significant at the hypothetical significance level of (0.05) according to (**Man Whitney**) equation of two separate samples. The difference was in favor of the experimental group which confirms the effectiveness of the training program for the experimental group by comparing its individuals' performance with the control group individuals' performance to whom the training program was not applied.

2. The second finding: There was a statistically significant difference in the means of the experimental group ranks between the pretest and immediate posttest on the self-care skills rating scales for the whole grade, and the difference was significant at the hypothetical significance level of (0.05) according to (**Wilcoxon**) equation of the one sample. The difference was in favor of the immediate posttest which confirms the effectiveness of the training program in respect to the experimental group by comparing its individuals' performance before applying the program and after the immediate program application.

3. The third finding: There was no statistically significant difference in the means of the control group ranks between the immediate posttest and the follow-up test on the self-care skills rating scale for the whole grade. That is, the significance level was higher than the hypothetical significance level of (0.05) according to (**Wilcoxon**) equation for the one sample. This indicates to the continuity of the training program effect and stability of improvement in the self-care skills fields which the program sought to develop among the experimental group individuals between the time of finishing applying the program immediately and a month after finishing the program application.