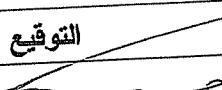
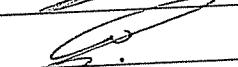


نوقشت هذه الرسالة

فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجي التمذجة والتعزيز الإيجابي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين
دراسة شبه تجريبية في عدد من مراكز التوحد بمحافظة مدينة دمشق وأجيزت يوم الثلاثاء الواقع في ٢٠١٢/١١/٢٧ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية
أسماؤهم:

التوقيع	الصفة	الاسم
	عضوأ	أ.د. مها زحلوق
	عضوأ مشرفاً	أ.د. غسان أبو فخر
	عضوأ	د. دانية القدسية

تم اجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في التربية الخاصة.



جامعة دمشق
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيتي النمذجة والتعزيز الإيجابي في
تنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

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

حسان أبو فخر

الأستاذ في قسم التربية الخاصة

العام الدراسي:

٢٠١٩ - ٢٠١١ م



وَقُلْ لِلّٰهِ مَنِ اسْمُهُ نَارٌ وَّمَنِ اسْمُهُ سَرَّاً مَّا عَلِمَ مَا
يَعْلَمُ

صدق الله العظيم

إهداء .. شكر وتقدير

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

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

وكل الشكر والتقدير للأستاذة أعضاء لجنة المناقشة لتفضّلهم بقبول تحكيم الرسالة، وتقديم الملاحظات التي سنتفهم في إثرائها وإغنائها. وأهدي هذا العمل إلى جميع محكمي أدوات الدراسة من أساتذة جامعيين في (كلية التربية) بجامعة دمشق، لقبولهم تحكيم المقاييس والبرنامج التربوي المصممة لتحقيق أهداف الدراسة الحالية والمساهمة في تدعيمه بالتوجيهات الازمة.

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

وكل التقدير لجميع التلاميذ وأولياء أمورهم المشاركون 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	آلية الكريمة
ب	إداء... شكر وتقدير
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الملاحق
و	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
٩-١	مدخل الدراسة
٢	الفصل الأول - 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
٤٣-٤١	المotor 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: ١- اضطراب وظيفة الجهاز العصبي المركزي. ٢- الاضطرابات الكيميائية الحيوية. ٣- الأسباب الوراثية. ٤- الأسباب البيئية.
٤٢-٣٨	سادساً- خصائص الأطفال التوحديين: ١- خصائص عقلية ومعرفية. ٢- خصائص اجتماعية وانفعالية.
٣٨	
٣٩	

٤٠		٣- خصائص لغوية.
٤١		٤- قصور الإدراك الحسي.
٤٢		٥- خصائص سلوكية.
٤٢	أوجه الاستفادة من المحور الأول للإطار النظري (التوحد).	
٦٠-٤٤	التعزيز الإيجابي والنمذجة	المحور الثاني
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	مهارات العناية بالذات	المحور الثالث
٦٢		- تمهيد.
٦٢	أولاً- مفهوم العناية بالذات.	
٦٤-٦٢	ثانياً- عوامل عدم اكتساب الطفل التوحيدي لمهارات العناية بالذات:	
٦٣	١- المشكلات المرتبطة بالنمو اللغوي (اللغة الاستقبلية 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 التوحيدي:	
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	دراسات سابقة	الفصل الثالث
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 (رافن).	
٩٩	٤- البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين 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 ومقترناتها	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 الإنجليزية.

ملاحق الدراسة

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
١	أسماء المحكمين و اختصاصاتهم العلمية.	١٣٥
٢	مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد (إعداد الباحثة).	١٣٦
٣	مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد (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 التوحد.	٨٥
٣	تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٨٦
٤	خصائص العينة الاستطلاعية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٨٧
٥	المدارس ومراكز التوحد التي تم منها سحب عينة الصدق والثبات لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٨٨
٦	نتائج الصدق البنائي لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٨٩
٧	نتائج الصدق المحكي لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد بدلاله قائمة تقدير السلوك التوحد (ABC).	٨٩
٨	نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد على مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية.	٩٠
٩	نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٩٠
١٠	نتائج ثبات (ألفا - كرنباخ) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٩٠
١١	خصائص عينة تعديل مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد.	٩١

٩٢	المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقاييس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية.	١٢
٩٤	نردرج الدرجات على مقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.	١٣
٩٤	نردرج التقدير الوصفي للأداء وفق الدرجات المعيارية (الذالية) لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.	١٤
٩٥	نتائج الصدق البصائي لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.	١٥
٩٦	نتائج الصدق المحكي لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي بدلالة المقياس الفرعى (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC).	١٦
٩٦	نتائج الفروق بين العاديين وذوي متلازمة التوحد لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية.	١٧
٩٧	نتائج ثبات التجزئة النصفية لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي.	١٨
٩٧	نتائج ثبات (ألفا - كربنباخ) لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.	١٩
٩٧	يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقاييس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية.	٢٠
١٠٤	المدارس التي سحب 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 البعدى المباشر لتقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة مان ويتني (Man Whitney).	٢٣
١١٠	نتائج فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسيين القبلي والبعدى المباشر على مقاييس تقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon).	٢٤
١١١	نتائج الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسيين البعدى المباشر والبعدى التبعي في مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon).	٢٥

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
١	تصنيف مقترن لمهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي.	٦٥

الفصل الأول

مدخل الدراسة

- مقدمة الدراسة و موضوعها.

أولاً - مشكلة الدراسة.

ثانياً - أسئلة الدراسة

ثالثاً - أهمية الدراسة.

رابعاً - أهداف الدراسة.

خامساً - مصطلحات الدراسة و التعاريفات الإجرائية.

● - مقدمة الدراسة و موضوعها:

يُعتبر التوحد (Autism) من الإعاقات المحيرة بالنسبة لكثيرٍ من العاملين في مجال التربية الخاصة، لصعوبة تشخيصه من جهة، وتعدد المظاهر السلوكية الشاذة المصاحبة له من جهة أخرى، فالتوحد من الأضطرابات التي له انعكاساته السلبية على تكيف الطفل مع بيئته في البيت والمدرسة؛ إذ بين كانر (Kanner 1943) أول من اكتشف متلازمة التوحد، أن هناك ثلاثة مجموعات من السلوك تميز أطفال التوحد وهي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدوبيّة في مهارات التواصل اللغطي 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 تتعكس على مهارات سلوكية أخرى بشكل سلبي لإسقاط 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، ويتأخرن في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٣ إلى ٦) سنوات، وقد يتأخر بعضهم الآخر حتى سن العاشرة إذا كان التوحد من الحالات الشديدة أو العميق، أو تلك الحالات المرتبطة بتحول عقلي شديد وعميق، مما يجعل الطفل يواجه عدة مشكلات مرتبطة بتكيف داخل البيت والمدرسة وفي المجتمع الكبير وفي الاندماج مع أقرانه العاديين (Nelson, D. L., & Taylor, A., et al, 2004, p3)؛ (Gergenti, E., & Hollander, A. C., 1980, 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 محیطهم، 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 بالغين، كما أن بعضهم قد لا يفهم المعنى الوظيفي لبعض الكلمات، ويواجه البعض الآخر مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته للآخرين للعناية به وتقديرهم بتلك المهام (Rutter, M., 2005, p133-136).

لأصوات معينة، أو مثيرات بصرية معينة، أو أن بعضًا منهم حساساً للمس، مما يجعلهم يخافون من بعض الألوان والأصوات والأماكن المخلقة أو المرتفعة، أو من الأشياء المتحركة حولهم، كما أن نقص الحساسية اللمسية 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 حللت بعض الدراسات ذلك إلى مشكلات تتعلق بفرط النشاط وعدم الرغبة في الامتناع 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، ص ٣٩٩). وينطبق ذلك على عادات الأكل والطعام التي تكون مزعجة للوالدين، وقد يصبح الطفل بدنياً لإصراره على تناول بعض أنواع الطعام، أو نحيفاً بسبب رفضه تناول كميات كافية من الطعام المناسب (عبد العزيز، ١٩٩٩، ص ٨٥). كما يعني البعض الآخر صعوبة في التفاعل الاجتماعي لاسيما الغرباء (Taylor. A, et al, 2004, p4).

وقد أشار (الخطيب ١٩٩٢) أنه ومنذ ثلثينيات القرن الماضي أجريتآلاف 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 بيئه الطفل المعموق، وخاصة المعززات المادية كالنقود والطعام، والمعززات المعنوية والاجتماعية كانتباه المعلم والابتسام، والمعززات النشاطية كاللعب والرحلات (الخطيب، ١٩٩٢، ص ٣٦-٤١). كما أن المكاسب المحققة من استخدام مدخل 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 التوحيدي، 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 مقارنةً 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

ال طفل 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 مدرومة 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 فيهمأطفال التوحد العديد من المظاهر السلوكية المناسبة لاسيما مهارات العناية بالذات (الخطيب، ٢٠٠١، ص ٤٤). كما ذكر (عبد الناصر ٢٠٠٨) أن النمذجة كان لها أثرًّا 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، ص ٩٨). 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، ص ٧٥). كما بين ريمير وباردي و هوينكس (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,) (Matson 1990, 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 وشريبلمان (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، وتحقق 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، وتعقيم وذوام السلوك المدرب (Santian, D., & Koigel, O., 2007, pp4-5).

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

أولاًً - مشكلة الدراسة:

تعد رعاية المعوقين من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمعات عموماً، إذ لا يخلو مجتمع من وجود نسبة لا يستهان بها من المعوقين أصيروا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة، والتي تحد من قدرتهم على القيام بأدوارهم على الوجه المقبول مقارنة بالعاديين، لذلك سعت تلك المجتمعات نحو التوجّه لتشخيصهم في مرحلة مبكرة من حياتهم، والتدخل المبكر لرعايتهم، وتمكنهم 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 وتقابلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكademie، إذ تجنب الوالدين الإخراج الذي قد يسببه لهما الآباء 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 وغرنطي وهولاندر (Pierce & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة بيرس وشريمان (Nelson & Schreibman 1994)، ودراسة تيلر وزملائه (Taylor et all 2004)، ودراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٦)، 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، يتناسب مع ما لديهم من قدرات وامكانيات جسدية وعقلية ومعرفية، بما يساعدهم في مواجهة متطلبات الحياة اليومية مستقبلاً.

ومن خلال عمل الباحثة في مدارس النمو، ومن خلال مشاهداتها اليومية، وشكوى الأهل وأولياء الأمور من نقص مهارات طفلي التوحد لا سيما 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 القمامه في المكان المخصص لها)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل (خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور..)، فإن ذلك دفع الباحثة لتصميم برنامج تدريسي يناسب أطفال التوحد لتجاوز تلك المشكلات السلوكية لديهم باستخدام إستراتيجيات النبذجة والتعزيز الإيجابي، وفي ضوء الاعتبارات السابقة والندرة النسبية للدراسات في هذا المجال وخاصة الدراسات

العربية، والدراسات المحلية في سوريا بحسب علم الباحثة، فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية بالسؤال الرئيس التالي: ما فاعلية برنامج تدريبي قائم على إستراتيجياتي 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 اشتغال الأسئلة الفرعية التالية:

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

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

السؤال الثالث: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدى المباشر والقياس التبعي 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 إستراتيجياتي النمذجة والتعزيز الإيجابي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، يخدم عدة فئات من أفراد المجتمع (مربيين، 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 سوريا (بحسب علم الباحثة) ومن ينتمون إلى الفئة العمرية من (٨ إلى ١١) سنة.

رابعاً - أثر البرنامج التدريسي:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

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

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

٣- التتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريسي (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): عُرف التوحد في الدليل الإحصائي والتشخيصي لأضطرابات 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 المتباينة:

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

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

- تأخر في تطور اللغة المنطقية.

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

ج- تكرار ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

- الانهك في لعبة معينة بطريقة محددة وبشكل غير طبيعي.
- مقاومة تغيير الروتين.

- تكرار حركات الجسم (رفرفة اليدين، الالتفات يمن وشمال، رفع القدمين وانزالهما...).
- الإصرار على الانهك في جزء اللعبة.

ويجب أن ينطبق على الطفل (٦) على الأقل من المعايير (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 التخييلي، وفقرة واحدة على الأقل من فقرات مجال المدى المحدود من النشاطات والاهتمامات.

- تأخر أو خلل في واحد على الأقل من الآتي على أن تظهر قبل عمر (٣) سنوات:
 - = التفاعل الاجتماعي.

- اللغة كمعين في التواصل الاجتماعي.
- اللعب التخييلي (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 تقييم الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي المصمم في الدراسة الحالية في المجالات التالية: (القصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، الانسحابية، والاعتمادية، والنশاط التخييلي، والسلوك التكراري والإصرار على الروتين، وال التواصل اللفظي وغير اللفظي، والحساسية المفرطة ونقص الحساسية)، ويحصل على رتبة مئوية من (٦٥) فما فوق على اختبار الذكاء المصنوفات المتتابعة (لرافن)، ليصنف ضمن التوحد من ذوي القدرات العقلية العادلة.

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 كانتباه 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.
- تنوع المعززات تجنبأً للإشباع.
- استخدام جداول التعزيز المناسبة.

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

٣- **استراتيجية النمذجة (Modeling Strategy)**: تتضمن قيام المعلم أو أي شخص آخر (الموزج) بتعليم الطفل المعوق كيف يفعل شيئاً ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما شاهده، لتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع والانتباه والتعزيز (الخطيب، ٢٠٠١، ص ٤٤).

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

وتعرف مهارات العناية بالذات إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها الدرجة التي يحصل عليها طفل التوحد في مهارات العناية بالذات كما يروزها 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، 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 (رمي القمامه في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور...).

٥- **البرنامج التدريبي (Training Program)**: عرفه لوك وأخرون (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، وال العامة، 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) لتميزتها 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 إستراتيجياتي النمذجة والتعزيز الايجابي، والتتأكد 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).

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 الأوتizم في الأصل إلى كلمة إغريقية وهي **أوتوس (Autos)** التي تعني النفس أو الذات، وقد اكتشفت الحالة لأول مرة بطريقة غير منهجية علمياً على يد الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبار ايتارد 1775 - 1838 (Jean Marc Gaspard Itard) المتخصص بأمراض الأذن وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حين كتب عن حالة طفل يدعى **فيكتور (Victor)** عرف فيما بعد باسم **طفل أفرون المتتوحش (The Monstrous Child of Averon)**، الذي عاش مدة (١٢) سنة في الغابات الفرنسية دون أن يرعاه أحد، وحين وضّح (ايتارد) **أوضاع (فيكتور)** لوحظ أنها تتطابق مع ما نعرفه اليوم باضطراب التوحد، كالصعوبة الشديدة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وتتأخر 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 1867 (Maudsly)** الطبيب النفسي الذي وصف الذهان العصبي الموجود لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة على أنه مختلف عن حالات التخلف العقلي ويتميز بصعوبات في التواصل الاجتماعي، وتتأخر في النمو اللغوي، مع توفر قدرات عقلية من مستوى فوق المتوسط (الجلبي، ٢٠٠٥، ص ١١). وقد استخدم الطبيب النفسي السويسري **يوجين بلوлер Eugen Bleuler 1911** كلمة التوحد مشتقاً الأسم من اللفظ الإغريقي لأنما 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 استخدم المصطلح لأول مرة بطريقة علمية منظمة من قبل ليو كانر (Leo Kanner 1943) الطبيب النفسي الأمريكي بجامعة (هارفرد)، الذي وضّح أعراض

التوحد أو الأوتيزم (Autism) في بحث بعنوان **اضطرابات التوحدية في الاتصال الفعال (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 وبنتين)، وفصل هذه الحالة (أي التوحد) عن الحالات النفسية المرضية الأخرى، بل اعتبرها زمرة إكلينيكية مميزة، وأقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي إكلينيكي جديد أطلق عليه اسم زمرة كانر (Kanner Syandrom) أو **أوتيزم الطفولة المبكرة (Early Infantile Autism)**، وحدد تسعة خصائص سلوكية مشتركة بين هؤلاء الأطفال، وقد اعتبر (كانر) ذلك البداية الحقيقة 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 ثلاثة خصائص أساسية للتوحد عوضاً عن التي ذكرها (كانر) تميز اضطراب التوحد وهي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدوبيّة 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 عام (١٩٤٤) باللغة الألمانية^١ بعنوان **الاضطراب النفسي للتوحد في سن الطفولة (The Autistic Psychopathy of Childhood)** الحصول 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 العادي والمرتفع، وأن المصاب باضطراب (اسبرجر) قد يتمتع بحصيلة لغوية لا يأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير (Piven, J., Harper, P., Arndt, S., 1996, p34). وبقيت دراسة (اسبرجر) طي النسيان في الولايات المتحدة وفي غيرها من البلدان الانكليوسكسونية 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 (اسبيرجر) غير معرفة على الصعيد العالمي كدراسة (كارتر)، بالرغم من أن لي منها لم يطاع 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 (اسبيرجر) لم تنشر سوى باللغة الألمانية، ولم تترجم إلى اللغة الإنجليزية إلا بعد أربعين عاماً تقريباً.

يشير كل منها إلى نوعية مختلفة من الحالات التي تدخل ضمن إطار اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders) لتحديد عدة أنواع فرعية من التوحد تطبق عليها جميع الملامح أو معظمها بدرجات مقلوبة من الشدة، وتم ذلك تحديداً في عام (١٩٨٨) عندما قامت بدراسة أخرى لثلاثة 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 لتوحد (كانر)، باستثناء أنها أضافت ثلاثة خصائص جديدة (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٣١-٣٢). كما قام روتير (Rutter 1978) بمراجعة الدراسات المتعلقة بالتوحد ولاسيما 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 اعتبارها 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)، الصادر 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) بصدور الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض (ICD 9) (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) صدرت الطبعة الرابعة المعدلة منه (DSM- 4- TR) حيث توسيع فيه مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders - PDD) بحيث أصبح يضم اضطرابات طيف التوحد (Autism's Spectrum Disorders- ASD) التي تتضمن اضطراب التوحد (Autism's) أو ما يسمى اضطراب التفك أو انحلال الطفولة (Rett's Syndrome- RS) أو متلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome- AS)، ومتلازمة ريت (Disorder - AD Childhood)، واضطراب التفك أو انحلال الطفولة (Atypical Autism's)، واضطراب التوحد غير النمطي (Disintegrative Disorder- CDD) أو ما يسمى اضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Disorder- AAD Pervasive) (DSM-IV-TR,) (Developmental Disorders Not Otherwise Specified – PDD- NOS) (2000, pp70-84).

ثانياً - تعریف التوحد:

تعددت وتنوعت التعريفات الخاصة باضطراب التوحد تبعاً للنقدم العلمي، والاتجاهات النظرية المفسرة، والأبحاث التجريبية التي استقصت أسبابه، وخصائصه، ومعايير تشخيصه، لذلك ظهر أكثر من تعريف له، فعلى الرغم من اختلاف العلماء والمنظمات المهمة 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 كاتر (Kanner 1943) اضطراب التوحد عندما حدد (٩) خصائص رئيسية تظهر قبل عمر (٣) سنوات هي:

- ١ - انعزالية توحيدة مفرطة (Extreme Autistic Aloneness): المتمثلة في الرغبة بالانفراد والعزلة، والعجز عن التواصل مع المحيط الاجتماعي كأنه في قوقعة (Confinement)، والشعور بالسروor عندما يكون منفرداً، والتصرف وكان الآخرين غير موجودين، و التواصل بصري غير طبيعي، وعدم مشاركة الأقران في اللعب، وارتباط شديد بالأشياء عوضاً عن الأشخاص.
- ٢ - تأخر وانحراف في نمو اللغة (Development Delay and Deviation in Language): المتمثل بتأخر استخدام الكلام، وعجز دال عن الطبيعي في القدرة على استعمال المفردات والقواعد والضمائر، وظهور كلام غريب غير مفهوم.
- ٣ - المصاددة (Echolalia): المتمثل بتردد ما يقوله الآخرون حرفيًا 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 مكنسة 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 - مظاهر جسدي طبيعي (Normal Physical Appearance): وملامح وجه طبيعية ومستوى جيد من المهارات الحركية الدقيقة.
- ٩ - الانحدار من أسر تميز 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 الأفعال 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 من 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 التمايز.
- 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 تلافاً شديداً وقدرات وظيفية ذهنية محدودة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية (الزريرات، ٢٠٠٤، ص ص ٣١-٣٢).

كما عرف روتير (Rutter 1978) التوحد بتحديده (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، يتراافق 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 وتزداد آلي لما يتم سماعه، مع بعض من مظاهر اللعب التخييلي، 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، و يؤثر 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 العادلة للخبرات الحسية، ولا ينطبق هذا التشخيص على الطفل إذا كان أدائه التعليمي يتاثر 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 عُرف 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 مختلف 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, ١٩٩٢، 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 الآخرين.
- ج- عدم القدرة على أن يشاركه الآخرين في اهتماماته وانجازاته.
- د- ضعف في تبادل المشاعر والانفعالات مع الآخرين.

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

- أ- تأخر في تطور اللغة المنطقية.
- 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 (رففة اليدين، الالتفات يمن وشمال، رفع القدمين وانزالهما...).
- د- الإصرار على الانهماك في جزء اللعبة.

ويجب أن ينطبق على الطفل (٦) على الأقل من المعايير (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 التخييلي، 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 التخييلي .(DSM-IV-TR, 2000, p75)

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

وُعرف (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 الاتكاث بالمحيط الطبيعي والاجتماعي، والاهتمام بشؤون ذاتية خاصة وبالاجتناب نحو الأشياء وتكرار فعلها، ومقاومة التغيير، والانشغال بالذات (أبو فخر، ٢٠٠٥، ص ٣٤٥).

ومن تحليل مضمون التعريف السابقة يمكن استخلاص مجموعة من العناصر الأساسية المشتركة في تعريف اضطراب التوحد وهي:

- ١- ظهور اضطراب 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 للضمائر، 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، والمواضبة 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 فضاماً.

ثالثاً- انتشار التوحد:

يتمثل 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 تمنعها 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 المتوسطة الشدة تكون نسبة حدوثه أعلى من الحالات الخطيرة (عبد الله ٢٠٠١ ، ص١٧). كما بينت دراسة (كانر) التي امتدت من أربعينيات وحتى أوائل سبعينيات القرن العشرين، أن انتشار التوحد لدى الأطفال محدود للغاية ويعود من الحالات النادرة، ووفقاً للمعايير التسعة التي وضعها تبين له أن النسبة تتراوح بين (٤-٤٠٠٠/٥) 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 ومعاييره التسعة) بينت أنه ينتشر في المجتمع الأمريكي مابين (٤-٤٠٠٠/١٠٠٠) طفل، وفي دراسة أحدث لويينغ (Wing 1996) تبين أن معدلات الانتشار بلغت (٤٠٠٠/٥٨) أي ما يعادل (١٠٠٠/٦) (Trevarthen, 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 (٤-٤٠٠٠/٥) 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 (٤-٤٠٠٠/٥) طفل (Dunlap, C. & Fox, S., 1999, p5). كما أشارت دراسة وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999, p16) أن التوحد ينتشر بنسبة تصل إلى ما بين (١٥-٢١٠٠٠/٢١) طفل، وتختلف النسبة عموماً بحسب معاملات الذكاء (California Health and Human Services Agency, 1999, p16). كما بين باركر وأخرون (Becker et al 2007) من مراجعة (٥٥) دراسة بين عامي (٢٠٠٦-٢٠٠٠) أن التوحد في الولايات المتحدة ينتشر بنسبة (١٥٠/١) 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 (٥٠٠/١) ولادة، أي ما يقارب (١٠٠٠/٢٠) ولادة، وأن هذه النسب في تزايد مستمر مع تطور مقاييس التشخيص ومعاييره (The National Autistic Society, Wing & Protter 2010, p5). كما بين (هالهان وكوفمان ٢٠٠٨) أن دراسة وينج وبروتير

(2003) بينت أن التوحد ينتشر بنسبة (١٠٠٠/٦٠) طفل (هالهان وكوفمان، ٢٠٠٨، ص ٦٣٩). كما أشار فونبوني (Fombonne 2005) أن معدل انتشار الاضطرابات النمائية مجتمعة هو (١٠٠٠/٦٠) طفل، وأن التوحد يقدر اليوم بحوالي (١٠٠٠/١٣)، واضطراب (اسبرجر) (١٠٠٠/٣) طفل، واضطراب الطفولة التفككي غير التكاملی هو نادر جداً ويقدر بحوالي (١٠٠٠/٠٢) طفل. كما بين (عبد الله ٢٠٠١) أن دراسة إيشي و تاكاشي (Ishii & Takahashi 1983) التي أجريت في اليابان والتي استخدمت معايير تشخيصية متعددة، بينت أن معدل حدوث الاضطراب يقدر بحوالي (١٠٠٠/١٦) طفل (عبد الله، ٢٠٠١، ص ١٧).

كما بين (الـ) (DSM-IV,TR 2000) أن المعدل الوسطي لانتشار التوحد في الدراسات بلغ (١٠٠٠/٥) طفل، حيث تراوحت المعدلات في هذه الدراسات إلى ما بين (١٠٠٠/٢٠-٢٠) 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 (١٠٠٠/٣٠-٤٠) 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 (١٠٠٠/٥-٤) طفل (السيد سليمان، ١٩٩٩، ص ١٧٩)، وفي سوريا لا توجد إحصائيات دقيقة لنسبة انتشار التوحد (بحسب علم الدراسة الحالية)، لكن يعتقد أنها ليست بالنسبة القليلة وهي قريبة من المعدلات العالمية مع التحفظ على اختلاف الظروف الصحية والاجتماعية والاقتصادية، وبين الجدول (١) معدلات انتشار اضطراب التوحد بحسب الإحصائيات الواردة سابقاً كما يلي:

جدول (١) نسب انتشار التوحد ومعدلاته بحسب الدراسات السابقة

معدل الانتشار	الجهة التي أجرت الدراسة المسحية وتاريخها
(١٠٠٠/٥-٤)	كانر (Kanner 1973)
(١٠٠٠/١٦)	إيشي و تاكاشي (Ishii & Takahashi 1983)
(١٠٠٠/٥٨) أي ما يعادل (١٠٠٠/٦)	وينغ (Wing 1996)
(١٠٠٠/٥-٤)	المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (Detroit Medical Center 1998)
(١٠٠٠/٥-٤)	إدلسون (Edelson 1998)
(١٠٠٠/٤١-١٥)	وكالة الخدمات الإنسانية والصحة في كاليفورنيا (California Health and Human Services Agency 1999)

(١٠٠٠/٥-٤)	مصر ١٩٩٩
(١٠٠٠/٥)	(DSM-IV,TR 2000)
(١٠٠٠/٣٠-١٠)	مجلس البحث الطبي (Department of Health 2002)
(١٠٠٠/٦٠)	وينج وبروتير (Wing & Propter 2003)
(١٠٠٠/١٣)	فونبوني (Fombonne 2005)
(١٥٠/١)	باركر وآخرون (Becker et al 2007)
(٥٠٠/١) أي ما يقارب (١٠٠٠/٢٠)	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 (٤/٥٠٠٠) طفل، وأنه يحدث لدى الذكور أكثر من الإناث بأربع مرات، كما لابد من التتويه إلى أن الزيادة الملحوظة في بعض الدراسات قد تعود إلى اختلاف المنهج والطريقة والمعايير المعتمدة، ولكن في الدراسة الحالية تم اعتماد معايير (DSM-IV,TR 2000) الذي يشير إلى أن المعدل الوسطي لانتشار التوحد هو (٥/١٠٠٠) طفل.

رابعاً - تصنيف التوحد:

يعتبر أطفال التوحد - وفق العديد من الدراسات - فئة غير متجانسة، لذلك ظهرت عدة تصنيفات للتوحد وفق معايير متعددة، إلا أن الدراسة الحالية ستعتمد على التصنيف الوارد في (ICD-10 1992) الصادر عن منظمة الصحة العالمية - World Health Organization - (WHO 1992)، والتصنيف المستند إلى (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 - اضطرابات النهاية المنتشرة (Pervasive Developmental Disorders - PDD):

التي وصفتها (ICD-10 1992) بأنها مجموعة من اضطرابات 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 آخر، ويكون التطور شاذًا منذ الرضاعة، وتتضح 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 اضطرابات

النماذج المنتشرة متمثلاً في اكس المنكسر أو الهش (Fragile X)، وإن تضمنت تخلفاً عقلياً ففيجب 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 نوع من الاضطراب النمائي المنتشر ويعرف بوجود نمط غير طبيعي أو مختلف 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، ومتماثلة (كابر)، 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 المتبدال 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 لأنواع مختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل، واستخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعده في التأكيد أو تساعده في التواصل الكلامي.
- د- يوجد دائماً اختلال في قدرة اللعب التخييلي، 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 تفضيلات البيئة.
- و- في الطفولة المبكرة تحديداً يوجد ارتباط بأشياء غير عادية لاسيمما 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 (الالحاح أو الرهاب أو اضطرابات النوم أو نوبات المزاج العصبية أو العدوان أو إيجاد 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 اللامونجي (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 وحدودية الاهتمامات)، وبالتالي فإن التطور غير الطبيعي أو المختل أو كليهما يظهر أول مرة بعد عمر (٣) سنوات، أو ظهور مala يكفي من المعايير السابقة، كما أن التوحد اللامونجي يحدث غالباً لدى الأفراد المختلفين 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 تتدخل مع خصائص تلك المعايير، وبالتالي فإن التوحد اللامونجي يمثل حالة مستقلة بحد ذاته (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٨).

٤- **متلازمة ريت (Rett's Syndrome - RS)**: نسبة إلى أندروсон 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 بلوبي 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 منها منفردة وقائمة بذاتها، وما يؤيد ذلك أنـ (DSM-IV,TR 2000) وضع ضمن معايير تشخيص التوحد خلوه من أعراض (ريت) (DSM-IV-TR, 2000, p75). كما بين كامبل وأخرون (Campbell et al, 1991) أوجه الشبه بين متلازمة (ريت) والتوحد على النحو التالي:

- أ- النمو الطبيعي في السنين 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 وتمثل بما يلي:

أ- زملة (ريت) تصيب الإناث فقط، أما التوحد يصيب الذكور والإإناث ولكن نسبة إصابة الذكور أكثر من الإناث بحوالي (٤١٪) (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 الفراغين في حالة انتشاء أمام الصدر أو الذقن، وبلا نمطي لليدين من اللعب وحدث 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 جف حدي، وأحياناً حركات رقص كنعية بعض حالات التوحد التي لا تظهر فيها تلك الأعراض.

ج- في زملة (ريت) تحدث تشنجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة، وحدث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر (٨) سنوات (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٨-٢٦٩). أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي (٤٣٪-٤٣٪) منها تحدث لهم نوبات صرعية عظمى في وقت مبكر من حياتهم وخاصة في مرحلة البلوغ (حموده، ١٩٩٣، ص ٧٠١).

د- في زملة (ريت) يحدث ضمور في العضلات الفقيرية مع عجز حركي شديد وتشنج يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي لفقدان القدرة على الحركة (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٨-٢٦٩). بعض حالات التوحد التي لا تظهر عليها مثل هذه الأعراض (حموده، ١٩٩٣، ص ٧٠١).

هـ- زملة (ريت) مرتبطة بإعاقة عقلية شديدة (ICD-10، ١٩٩٢، ص ٢٦٨-٢٦٩). أما التوحد فإن (٤٠٪) منهم نقل نسبة ذكائهم عن (٥٠)، بينما (٣٠٪) منهم نسبة ذكائهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثالث البالى فتصل نسبة الذكاء إلى مستوى العاديين، وتصل لدى البعض منهم إلى مستوى العياقرة (Campbell, M et all, 1991, p338).

و- إن العوامل المسببة لمتلازمة (ريت) تحصر 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 **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 بمهامات إرادية ذات جدوى وظيفية إلى حركات يدوية نمطية عشوائية متكررة، وبروز أشكال غير متناسبة من طرق الوقوف والمشي، إضافة إلى تجنب المخالطة الاجتماعية والميل إلى الانعزال، كما أن متلازمة (ريت) تنتشر أكثر بين

الإناث بحدود (١٠٠٠/١) 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 لمرحلي 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 (٣٠-٥)، مع تطور لاحق

لحركات يدوية نمطية عشوائي (كالتلويع أو غسل اليدين).

- فقدان المشاركة الاجتماعية في مرحلة مبكرة من العمر على الرغم من أن التفاعل الاجتماعي يتتطور لاحقاً.

- ظهور حركات غير متناسبة 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 - 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 (١٠٠٠/٣) ولادة، ويظهر بشكل واضح بعد عمر (٣) سنوات (Fombonne, E., 2005, p3-p8). وينشر بين الذكور أعلى من الإناث بنسبة (٨ ذكور إلى أثني 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 عموماً، ولا يعني 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 معاييره التشخيصية مع (الاسبرجر)، باستثناء أن الأخير لا يلاحظ فيه سريريأً وجود تأخر نمائي مزمن 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 الوجهى، أو حركة الجسم، أو الإيماءات) لتنظيم التفاعل الاجتماعى.
- فشل في تحقيق علاقات مناسبة مع الأقران من نفس المستوى النمائى.
- افتقار السعى التلقائى أو (الغوى) لمشاركة الآخرين في الاهتمامات والنشاطات والمتعة (الافتقار إلى إظهار الرغبة في المشاركة الموضعية المطروحة).
- افتقار المشاركة في التبادل العاطفى والاجتماعى.
- - 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 حدتها 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 إعاقة 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 السنين 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 (ما عدا تلك المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي)، أو حب الاستطلاع في البيئة في مرحلة الطفولة.
 - - المعايير المتعلقة بالاضطراب النمائى المنتشر المحدد أو داء الفصام لا تتوافر في هذا التشخيص (DSM-IV-TR, 2000, p83).
- أما أوجه الاختلاف بين التوحد ومتلازمة (اسبرجر) فقد حددتها (فراج ١٩٩٦) كما يلي:
- تظهر متلازمة (اسبرجر) في مرحلة الطفولة المتأخرة، أما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.
 - ب- نسبة ذكاء المصايبين بمتلازمة (اسبرجر) تقترب من الحدود الطبيعية مع وجود تباين بين الذكاء اللفظي والأدائي، أما التوحد فقد يتراافق مع حالات التخلف العقلي.

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

د- المصاب بمتلازمة (اسبرجر) يتصرف 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 باللحظة الدقيقة لفترات طويلة (فراج، ١٩٩٦، ص ٨-٧).

٦- اضطراب الطفولة التحلالية (Childhood Disintegrative Disorder - CDD) : أ-

متلازمة (هيلر) نسبة إلى ثيودور هيلر (Theodor Heller) التي اكتشفت الحالة عام (١٩٠٨) عندما أعلنت نتائج بحثها المتضمن مراقبة (٦) أطفال تعرضوا لترابع 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, E., 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 الطبعات 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 بالتدحرج بشكل ملحوظ ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحيدي، ويكون هذا التدهور سريعاً نسبياً إذ قد يحدث خلال أشهر قليلة أو عدة أسابيع، حيث تض محل قدرات الطفل التي سبق لها اكتسابها (كمهارات الكلام، والمهارات الاجتماعية، والسلوك التكيفي، والتحكم الحركي، وقدان الاهتمام بالبيئة، وحركات تكرارية نمطية، أو أحياناً القدرة على التبرز والتبول والسيطرة على المثانة، والإصابة بالبكّم وقدان 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 التداعيات قد تعقبها مرحلة من التحسن ومرحلة ثبات واستقرار، وقد ينتهي الأمر ببعض المرضى إلى مستويات من التخلف العقلي (ICD-10، ١٩٩٢، ص ص ٢٦٩-٢٧٠؛ (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 للعمر وال العلاقات الاجتماعية واللحب 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 بالإضطرابات النمائي المنتشر المحدد أو داء الفصلم لا تتوافق في هذا التشخيص (DSM-IV-TR, 2000, p79).

٧- الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified PDD - NOS)

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 صنوف 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 بالإضطراب النمائي الشامل غير المحدد ولكنها مقارنةً مع العاديين من نفس العمر الزمني والعقلي تكون أقل عمقاً، وبالمقابل فإن مهاراتهم الاجتماعية تكون قريبة من الشذوذ وليس الشذوذ نفسه مقارنةً 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 الحقلية والإدراكية (National Institute of Mental Health, 2008, p2-3). ولابد من التتويه إلى أن **(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 واقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللغطي وغير اللغطي، أو بوجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة متكررة، 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 ويزداد 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 انعكس على نتائج البحث والدراسة للأسباب الدماغية الوظيفية التي تتفق خلف تطور أعراض التوحد؛ فقد بين (أبو حلاوة ١٩٩٧) أن الدراسات التي تتناولت بالبحث التشريري منطقة في داخل المخ تسمى النظام اللحمي (**the limbic system**) تحتوي بداخلها منطقة تسمى اللوزة (**amygdale**)، وأشارت 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 الفصوص (**7-6**) 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 اللغطي (Carper, 2005, pp126-133). كما بين أديلسون (**Edelson 1998**) ووجود نقص في خلايا منطقة بركينيين (**Parkinie**) الموجودة في أسفل المخيخ بدلالة ظاهرية مما هو موجود لدى العاديين (Edelson, A., 1998, p609). كما بين كامبل وأخرون (**Cambell et al 1991**) أن

(٤٠-٥٢%) من أطفال التوحد يظهرون اتساعاً في البطينات الدماغية، وسيطرة أحد نصفي الكرة المخية على الآخر ظهرت من خلال الرسم الكهربائي للدماغ (Campbell, 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 مسؤولة 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) تحد مسؤولية 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 الدماغي الأمامي (Frontal Lobes) ذات العلاقة بالأنشطة السلوكية الروتينية، والتي تكون أصغر حجماً مقارنة بالعاديين من نفس العمر الزمني، أما الفص الصدغي الأمامي ذي العلاقة بالتنظيم والانتباه يكون أقل نشاطاً لديهم (أبو العلا، ١٩٩٥، ص ١٣٠-١٣٥). كما بينتين وأخرون (Balottin et al 2008) أن بحوثاً أجريت على المنطقة الصدغية المسطحة (Plenum Temporal) ذات العلاقة باللغة الموجودة في نصفي الكرة الدماغي، 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 والفسيولوجية في تكوين الدماغ والجهاز العصبي المركزي 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 المخى للمصابين بالتوحد يختلف عن التركيب المخى للعاديين، لاسيما دراسة أديلسون (Edelson 1998) التي فحص من خلالها أدمغة موتى مصابين بالتوحد وأفراد عاديين من نفس العمر الزمني والطول والوزن وحجم الجمجمة، حيث لاحظ اختلافات في بعض مناطق من الجملة العصبية لاسيما (المخ والمخي) 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 نيرولوجية عصبية لاختلافات في تركيبة وبنية الجملة 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., & Courchene, 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 أفراده 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 وحماد ١٩٩٩) أن التغير في الموجات الكهربائية للدماغ يظهر لدى (٢٠%-٦٥%) من حالات التوحد، كما ترتبط تلك التغيرات الكهربائية بحالات الصرع والتخلف العقلي والتصاب الدرني والفصبة الألمانية لدى (٣٠%) من الحالات مع الاقتراب من عمر المراهقة (الراوي وحماد، ١٩٩٩، ص ٣٦).

د- دراسات الرسم الط بي 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

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).

والأضطراب وظائف الجهاز العصبي المركزي عدة أسباب أهمها أسباب بيئية 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، وفي الحالة الطبيعية يكون هذا الكروموسوم (YY) 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 التنسق الحركي وميل للانسحاب الاجتماعي، أما لدى الإناث فقد يحدث فقدان في (X) فيصبح (X) بدلاً من (XX) فيعاني من متلازمة تيرنر (Ternar Syndrome)، ومن أعراضها ضعف التوجّه المكاني ومشكلات في الرياضيات وضعف الانتباه وسوء الخط اليدوي مع شذوذات جسدية كقصر القامة وضعف في التواصل الاجتماعي والبصري، ومن أسباب التوحد متلازمة اكس المنكسر أو الهش (Fragile X) ويحدث لدى الذكور، وهو اضطراب في الشيفرة الوراثية نتيجة لخلل في جزء معين من الكروموسوم (X) الذي يبدو منكسرًا عندما يرى بالمجهر، ويسبب أعراض التخلف العقلي والتوحد مع ملامح بدنية شاذة (Autism Society Ontario, 2004, pp1-3). ومن الأسباب الأخرى للتوحد تصليب أو تدرن الأنسجة، وهو حالة جينية تنتج عن نمو أو تطور شاذ للأنسجة في الدماغ، وهو نادر الحدوث يصيب (١٠٠٠/١) 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)، ومهديات الأعصاب، و (التاليوميد)، أو تناول أقراص منع الحمل بطريق الخطأ في مرحلة تخلق 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 (الأملاح المعدنية، الصوديوم، الكالسيوم، الفيتامينات)، والإفراط في التدخين أو تناول المخدرات أو الكحول، كما أن الحمل بعد سن (٣٥) يزيد من احتمال ولادة طفل توحدي، كذلك ظاهرة (RKV) 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 ماسيق يعتبر أسباباً مباشرة وغير مباشر لأشكال متعددة من التوحد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠، ص ٦٠٧-٦١٠).

بـ- **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.

جـ- **أسباب ما بعد الولادة:** كـالإصابة ببعض الأمراض (التهاب السحايا أو التهاب الدماغ)، وانخفاض تركيز السكر في الدم، وتناول المواد السامة، وإصابات الرأس والنزيف الدماغي، وسوء التغذية، وأضطرابات الغدد الصماء، والحمى الشديدة، والضغط النفسي الشديد، واستخدام المطعوم (اللّاح) الثاني (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 ٦٠٧-٦١٠).

٢- **الاضطرابات الكيميائية الحيوية (Biochemical Disorders):** في الجهاز العصبي المركزي أحد أهم الأسباب المحتملة للإصابة بالتوحد، فقد بيّنت 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, p186 Nettebeck, D., 1994, 473) (Gordon, P., 1994, 44-39)، (الزريقات، ٢٠٠٤، ص ١١٢-١٢٦)، (عبد الله، ٢٠٠١، ص ١١٣)، (الزريقات، ١٩٩٥، pp. 1262-1269). 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 المسئولة عن هضم تلك البروتينات، فيؤدي تراكمها على شكل سلاسل (بيتايدية) طويلة تسبب انتفاخاً في الأمعاء، فتسرب كميات غير طبيعية من تلك الأحماض وتنقل عبر الدم إلى الدماغ على شكل مواد (أفيونية) تسبب ظهور سلوكيات تميّز اضطراب التوحد، كما يعاني أطفال التوحد من اضطرابات عملية الإيض كحالات شذوذ أيض (البيورين) وشذوذ أيض (الكربوهيدرات) الذي يحدث نتيجة خلل في قدرة الجسم على امتصاص وتمثيل النشوؤيات في

الطعام، كما أن الحمض الأميني (بيتايد) 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 ذو 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 (٤%) من أشقاء أطفال التوحد يصابون بهذه الإعاقة بمعدل (٥٠) مرة أكثر من عامة الناس (Harold, L. & Benjamin, S., 1998, p17). وتفيد 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 ويعنى إلى احتمال ولادة أطفال توحدي أكثر بكثير عندما يكون له إخوة يعانون من التوحد (Howlin, P., 1998, p12). وتشير (الشامي ٤٢٠٤) من مراجعة عدة دراسات أنه عندما يكون لدى الأسرة طفل توحدي فإن فرصة أنجب طفل آخر مصاب بالتوحد تتراوح بين (٨%-٦%), وإذا كان الطفل ذكرًا فالاحتمال تكرار الإصابة (٧%), وإذا كانت أختي فاحتمال تكرار الإصابة (٥١٤,٥%), والأسرة التي لديها طفلين توحدين ترتفع النسبة إلى (٣٥%), وإذا اعتبرنا نسبة التوحد عموماً (٥١٥-١٥٠٠٠/١٠٠٠٠) بين الناس عموماً، فإنها تصل إلى (٦-٨) لكل (١٠٠) مولود لديه إخ توحد (الشامي، ٤٢٠٤، 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%). في حين بينت دراسة ميشيل ولوجيا (Michael & Lwitia 1997) أن التوحد يحدث بمعدل (٩٦%) في التوائم المتماثلة، وبمعدل

(٢٧%) في التوائم غير المتماثلة (Michael, T. & Lwgia, D., 1997, p23). وتشير (الشامي ٤٠٠) 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 يؤكّد فرضية الأساس الوراثي لاضطراب التوحد (Volkmar, R., & Pauls, D., 2003, pp1130-1134). وعموماً فقد أشارت أحدث دراسة لرويل 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 والزئبق في المرحلة الجنينية أو مابعد الولادة، فاللposure 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، خلال 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 بـ *تجدد العواطف*، أما عالم النفس *بتلهم* (Bettelheim 1974) يتفق مع (كانر) في أن آباء أطفال التوحد باردون ورافضون، ولديهم عدائة لأشعرورية تجاه طففهم التوحيدي، لذلك يطالب بوضع هؤلاء الأطفال في بيئة مستقرة تمكنهم من تطوير علاقات اجتماعية مستقرة، فالتوحد من وجهة نظر (كانر وبتلهم) ينبع 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 التوحيدي لدى الأطفال يحدث بسبب عجزهم في الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي الملائم، كما اعتقد بأن طفل التوحد يختلف عن الطفل العادي في كمية الاهتمام والانتباه الذي يتلقاه من الوالدين على هذا السلوك، وبذلك يتفق (فيرستر) مع (كانر وبتلهم) في أن العوامل البيئية للنفسية 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 ولوبي (Dawson & Lewy 1986) وسميث وبرايون (Smith & Bryson 1994) أن السبب في عدم إدراك طفل التوحد وفهمه لمطالبه التفاعلات الاجتماعية والبيئية المحددة يعود إلى قصور في التواهي العصبية الأساسية المسئولة عن معالجة المعلومات لاسيما الاضطرابات الوظيفية في الجهاز العصبي المركزي والمخ، وقد أكد بوراك (Burack 1994) نتائج تجريبية لوجهة النظر هذه حين لاحظ أن أطفال التوحد لديهم صعوبات إجرائية وعملية في جذب انتباهم بواسطة مثيرات معينة، في الوقت الذي تتجه فيه مثيرات بيئية أخرى في لفت انتباهم (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 والعنوية 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 بالطلاق، فمن مراجعة هذه الدراسات تبين أن الباحثين فيها تحفظوا على تعميم نتائج دراساتهم النيرولوجية، أو حتى قبولها كحقيقة مطلقة.
- ٢ - إن الأسباب الكيميائية الحيوية والأسباب المتعلقة باضطراب للجهاز 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 والتربيوي.
- ٥- تتضاد 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 اتفق الباحثون على أنها الأكثر ظهوراً وتواتراً لديهم، وأن معرفة تلك الخصائص والأعراض يساعد أولياء الأمور والمربيين 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 التوحيدي - بحسب نوع المتلازمة - وليس بالضرورة أن تتعكس جميعها، ومن أهم تلك الخصائص:

- ١- خصائص عقلية ومعرفية (Mental and Cognitive Characteristics):** كثيراً ما يصاحب التوحد الإصابة بالتأخر العقلي، كما تتشابه وتختلط الأعراض مع حالات التخلف العقلي إذا كان العمر العقلي للطفل التوحيدي 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 (٧٠-٥١) (٥٠-٣٦) على التوالي، وقد تقل نسبة الذكاء عن (٢٠) فيكون صاحبها متلفاً عقلياً بنسبة شديدة، أما ذكاء التوحديين يكون لدى (٤٠%) أقل من (٥٠)، ولدى (٣٠%) تصل إلى (٧٠) أو أكثر، أما الثالث الباقى فقد تصل نسبة ذكاؤهم إلى مستوى العاديين وأحياناً تصل لدى البعض إلى مستوى العاقرة، وبذلك يمكن القول أن التخلف العقلي يصاحب حالات التوحد بنسبة (٧٠%) (Campbell, M et al, 1991, p397). وقد ذكر كريستوفر (Christopher 1990) أن برييسون وآخرون (Bryson et al 1986) قاموا بدراسة على عينة من الأطفال الكنديين المصابين بالتوحد وتبين لهم أن ما بين (٨٩٪) إلى (٧٦,٨٪) 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 (٣٪ إلى ١٪) يعتبر من فئة المتميزين والموهوبين، وأن هذه النسب ليست ثابتة

وقيقة، فمعظم اختبارات الذكاء ليست مصممة لأطفال التوحد، وبعض تلك الاختبارات قد يكون أداء الطفل التوحيدي عليها متوسطاً أو ممتازاً، وفي اختبارات أخرى يكون أداءه 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 متفوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء في اختبار (وكسلر)، ولما بين 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 بالجانب 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 ويختلف 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 يضعونها، 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، وحيثما 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 التعبير الوجهية والإيماءات الجسدية ونبرات الصوت (بما تتضمنه من خلجمات انفعالية عاطفية)، أو الاستجابة لها إن كانت صادرة عن الآخرين، كما لا تظهر على بعضهم ردود فعل عاطفية تدل على تعلاقهم بالوالدين (الصراخ عندما يبتعدون أو الابتسام عندما يقتربون)، كما أن عدد الأشخاص الذين يتبارلون 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): يعني أطفال التوحد من مشكلات في اللغة الشفهية بإحدى بالمجالات الفرعية التالية:

أ- **صعوبة اللغة الاستقبلية** (Receptive Language Disorders): المتمثلة بصعوبات في عمليات الإنصات المتحدث، 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 التوحيدي عن التعبير من خلال النطق والكلام، وعجزه في بناء الجمل وتركيبها من خلال الاقتصار 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 بدللات الألفاظ، كما يمكن أن ينطقوا جملًا غير صحيحة من الناحية القواعدية، كما يستخدمون جملًا أطول وأكثر تعقيداً، ومع التقدم في النمو يستمرون في ارتكاب عدد أكبر من الأخطاء التحويية.

ج- **مشكلات الدلالات اللفظية** (Problems With Semantics): حيث يعني 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- **المصادفة (Echolalia)**: من أهم مظاهر اضطرابات النطق واللغة لدى أطفال التوحد . والتمثلة بالتردد الببغاوي لكلمة قالها شخص آخر بذاقيرها 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 الإعادة 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 لآخرين، 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) :

أـ- **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 محيرة، أو مثيرات بصيرية محيرة، 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 العالمية ٢٠١٠) إلى أن نقص الحساسية اللمسية على وجه التحديد لدى معظم أطفال التوحد ينتج عن صحوة في تمثيل بعض البروتينات لاسيما القلوتين (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).

بـ- **ضعف التواصل البصري (Poor Eye Contact)**: حيث يُظهر معظم أطفال التوحد بعض درجات الشذوذ في الاتصال البصري والنظر العينين 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 تجنيباً من طرف العين، ويقاد ينعدم لدى البعض الآخر في مرحلة الرضاعة بين الرضيع وأمه، ولدى البعض الآخر يظهر مع نهاية السنة الثانية وببداية السنة الثالثة من العمر (Kanner, L., 1973, p33).

٥- خصائص سلوكية (Behavioral Characteristics):

- أ- التعلق الشديد والمبالغ فيه لبعض الأشياء الموجودة في البيئة المحيطة كاللوسادة 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 كأدلة للتوجيه، كاستخدام يد شخص آخر (الأم مثلاً) للوصول إلى شيء ما يريد الحصول عليه، مع أنه بوسعيه الوصول إليه بنفسه.
- هـ- الحركات الطقوسية والتكرارية غير الهدافـة وغير الوظيفـة.
- و- تفضيل اللعب بألعاب ذات خصائص حسـية ظـاهرة (قطـعة كـاوتـشـوك أو كـرـة مـطـاطـية أو المـكـعـبـ)، أكثر من الرغـبة في اللعب بألعاب مـأـلـوـفـة (دمـيـة أو دـبـ).
- ز- لعب طفل التوحد ينـصـهـ الخيـالـ، فلا يـضـيفـ أفـكارـهـ وـمشـاعـرهـ إـلـىـ اللـعـبـ أوـ تـفـسـيرـاتـهـ الخـاصـةـ عـلـىـ اللـعـبـ.
- حـ- الانـشـغالـ الزـائـدـ بـأـجزـاءـ الأـشـيـاءـ وـالتـفـاصـيلـ المـوـجـودـةـ فـيـهاـ.
- طـ- العـدوـانـيـةـ وـالـنـشـاطـ الـحـرـكيـ الزـائـدـ وـسـرـعـةـ الـبـكـاءـ وـالـغـضـبـ وـتـقـلـبـ الـمـزـاجـ.
- يـ- التـعلـقـ الـاسـتوـحـاذـيـ بـأـشـيـاءـ مـعـيـنةـ (نصرـ، ٢٠٠٢ـ، صـ ٤٥ـ٥٨ـ).

• 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 منتظمة.
- ٢- التعرف على أهم الجهات البحثية (علماء، مؤسسات) التي ساهمت في بلورة مفهوم التوحد، ووضع تعريف 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 الانموزجي (AA)، ومترابطة ريت (RS)، ومتلازمة اسبرجر (AS)، واضطراب الطفولة التحليلية (CDD) أو ما يسمى بمترابطة هيلار، 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 تؤدي إلى حدوث اضطراب التوحد، وأنه لا يوجد سبب واحد مسؤول عن حدوث وتطور هذا الاضطراب، بل أن هناك أسباب متعددة تتدخل فيما بينها وتؤدي لتدور الحالة الوظيفية لعمل الدماغ، وبالتالي اضطراب عمليات الانتباه والتفكير واللغة كعمليات نمائية تؤدي إلى تدور 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 التدريسي 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** - فنون 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 استراتيجية التعزيز الإيجابي والنماذجة، من حيث التعريف والخصائص والأدلة والعوامل المساعدة على نجاح كل استراتيجية، ثم تحليل مراحل تصميم برنامج تعديل السلوك باستخدام التعزيز الإيجابي والنماذجة.

أولاً- التعريف بمدخل النظرية السلوكية:

أثبتت عدة دراسات أن المكاسب المحققة من استخدام مدخل النظرية السلوكية (Behavior Approach) وفياتها 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 تتميته)، ومداراته، وتواءره، ثم تحديد العوامل والأحداث والمثيرات البيئية (المادية والمعنوية) التي ساهمت في ظهوره والحفاظ عليه، ثم العمل على تعديل تلك المثيرات البيئية بما يساعد في تنمية وثبت 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) ووضع نموذج الإشراط الكلاسيكي في تفسير السلوك، من خلال تجاربها 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 ثورندايك (Edward Thorndike 1874-1949) صاحب النظرية الربطية، الذي استفاد من تجارب (بافلوف) وقوانينه في استبطاط قوانين أخرى خلال تجاربها على الحيوانات في صندوق المشكلات، فتوصل إلى قانون المحاولة والخطأ (Trial and Error Learning)، وقانون الآخر (Law of Effect)، ومنحى التعلم (Learning Curve)، كما توصل إلى مبادئ أخرى كمبادأ التدريب (The Law of Exercise)، ومبادأ الاستعداد (The Law of Readiness) (ناصف وهنا، ١٩٨٣، ص ١٧-١٧).

(٢١). تلاه جون واطسون (John Watson 1885-1978) أول من استخدم مصطلح السلوكية (Behaviorism) لتأكيده أن علم النفس يقتصر على دراسة المظاهر السلوكية القابلة للملائحة 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 (أيلرت) 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). وبعد سكتر (Skinner 1904-1992) الأب الفعلي لعلم النفس السلوكى، ويرجع إليه فضل تأسيس الإشراط 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 أساس التعلم الذاتي المبرمج، واستخدم مصطلحي السلوك الاستجابي ذي النوع اللاإرادى والسلوك الإجرائي الذي يقابل قانون الأثر عند (ثرنداي)، 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 والكتف المتبادل، وهوبارت مورر (Hobart Mowrer) الذي وضع مصطلح السلوك التنجيبي، وأدوارد تولمان (Edward Tolman) الذي اهتم بدراسة العمليات المعرفية في التعلم ووضع نظرية التعلم الإشاري، وديون جثري (Edwin Guthrie) الذي وضع مفهوم الإشراط الإقترани أي أن التعزيز لا يقوى 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 نقليته للإستجابة غير المرغوب بها) (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٦٩-٧١).

ثانياً- فنون النظرية السلوكية في تعديل السلوك الإنساني:

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

التوحد على تحقيق هذا الهدف، وسيقتصر الشرح على استراتيجيتي (التعزيز، والمنذجة) 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 محززة ويكون ما حدث تعزيزاً، ولذلك يمكن ملاحظة أن تعريف التعزيز لم يشير إلى كون توابع السلوك أشياء مرغوباً بها، فالتعزيز لا يحدث بمجرد إعطاء الفرد شيئاً متوقع 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 أصلًا، 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 اقتراحها 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 مرتبطة بالمعززات الأولية والمعززات الثانوية وتسمى بالمعززات المعممة (Generalized Reinforcer) وهي مثيرات حيادية تكتسب صفة التعزيز من خلال ارتباطها بمعززات أولية أو ثانوية متعددة، كالنقدود التي لا تعني شيئاً للطفل في بداية حياته ولكنها فيما بعد يتعلم أن باستطاعته الحصول على أشياء كثيرة جداً من خلالها (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٣).

بـ - 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 الحلوي بعد قيامه بحفظ واجباته المدرسية..، أما التعزيز السلبي (Negative Reinforcer) فهو ذلك الإجراء الذي يقوي السلوك من خلال إزالة مثير بغرض أو مؤلم بعد حدوث ذلك السلوك مباشرة، لأنّ يحضر التلميذ الواجبات المدرسية خوفاً من تأديب المعلم له، وترتيب الطفل لسريره بعد الاستيقاظ خوفاً من معاقبة أمه له، ولكن التعزيز السلبي يختلف عن العقاب فالأخير 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 اللاتكيفي أن التعزيز الإيجابي المعنوي (الابتسام، التقبيل الاجتماعي) كان أكثر فاعلية من التعزيز السلبي ومن العقاب، لذلك فهو ينصح باستخدام التعزيز المعنوي الإيجابي في تعديل السلوك اللاتكيفي وفي تثبيت السلوك المرغوب وفي تنمية المهارات المضطربة (Hegner, D, 1992, P16).

جـ - تصنیف المعززات من حيث الشكل: كالمعززات المادية (Tangible Reinforcer)
وهي ذات أثر بالغ في بداية تفاز برامج تعديل السلوك كالطعام والألعاب والصور..، وقد بينت برامج تعديل السلوك على الأطفال أنه ذو أثر مؤقت وقصير المدى، وينتشر بمشكلة الإشباع حيث يفقد المحرز 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 محينة، 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) كالابتسام والثناء التي لها فاعلية كبيرة خصوصاً إذا قدمت بعد السلوك مباشرة، ونادرًا ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٨٢-١٩٠). وقد بين هجнер (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 ماك أرثر وبالارد وآرتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) فاعلية التعزيز الاجتماعي (اهتمام الأم، وانتباهاها، والابتسام، واللامسة الجسدية) على التعزيز المادي في تدريب أطفال التوحد على مهارات الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم (Macarthur, J. & Ballard, 1986, p209) كما بينت دراسة (بيومي ٢٠٠٨) فاعلية التعزيز الاجتماعي الإيجابي على تربية مهارات العناية بالذات لدى عينة من أطفال التوحد (بيومي، ٢٠٠٨، ص ١٢٤)، كما بينت دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980) أن استخدام التعزيز المادي (الطعام والألعاب) كان فعالاً مع أطفال التوحد من عمر (٥) سنوات، الذين كان سلوكهم بالنسبة لمهارات العناية بالذات يتوافق مع سلوك طفل في الثالثة من عمره، وبال مقابل كانت المعززات الاجتماعية (الابتسام، والانتباه) أكثر فاعلية لدى التوتحدين المراهقين الأكبر سنًا، 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 تقديمها 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 بالتعيم (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ١٩٦).

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

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

- **جدول الفاصل الثابت:** يعطى التعزيز فيها بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المراد زيادته، لأن تتعزز أول استجابة تأتي بعد فترة زمنية محددة (١٠ ثوان) من جانب المدرب.
- **جدول الفاصل المتحول:** يعطى التعزيز فيها بعد فترة زمنية متغيرة من حدوث الاستجابة والأخرى، لأن تتعزز أول استجابة بعد (٥) ثوان، وتتعزز الاستجابة الثانية بعد (٦) ثوان وهكذا...، أي تقديم التعزيز بعد فترة زمنية متغيرة بين استجابة وأخرى.
- **جدول المعدل الثابت:** وفيه تتعزز استجابة معينة تأتي بعد عدد محدد من الاستجابات غير المعززة يحددها المدرب سلفاً، فالمحک هنا هو عدد من الاستجابات على العضوية القيام بها قبل تعزيز الاستجابة المحددة من قبل المجرب، لأن يعزز الاستجابة رقم (٦) بعد خمس استجابات غير معززة.
- **جدول المعدل المتحول:** فيها تتعزز الاستجابة التي تأتي بعد عدد متغول وغير ثابت من الاستجابات غير المعززة، لأن تتعزز الاستجابة رقم (٦) بعد ستة استجابات غير معززة، ثم تتعزز الاستجابة رقم (٧) بعد ستة استجابات غير معززة.. وهكذا (ناصف وهنا، ١٩٨٣، ص ١٢٧ - ١٣٥).

ج- **كمية التعزيز (Quality Reinforcement):** يجب تحديد كمية التعزيز التي يجب أن تطلى 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 وتنقل 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 تقديميه 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 متعددة أكثر فعالية من استخدام معزز من نوع واحد، كذلك فإن استخدام أشكال متعددة من المعزز نفسه أكثر فاعلية 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- **الجدة (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 للأطفال التوحدي والمحببة والمفضلة من قبله، حتى تكون فعالة في تعديل وتنشيط سلوك مهارات العناية بالذات، لذلك تم اتباع الاجراءات التالية في الدراسة الحالية لتحديد المعززات المفضلة لطفل التوحد:

أ- تحديد المعززات المحتملة أي تلك المعززات التي يتوقع أن تؤدي وظيفة تعزيزية و تعمل على تنشيط السلوك المرغوب فيه.

ب- الأخذ بالاعتبار الفروق التفصيلية للمعززات المادية والاجتماعية فيما بين أطفال التوحد المرتبطة بخبراتهم البيئية، مما يكون معززاً للأطفال توحدي قد لا يكون معززاً للأطفال توحدي آخر.

ج- تحديد المعززات المادية والاجتماعية المفضلة للأطفال التوحدي من خلال ملاحظة السلوك وتوجيهه لأولئك الأشخاص نحو المعززات المفضلة من قبل طفل التوحد.

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

٤- **النمذجة (Modeling):**

إن التقليد لدى الطفل هو ميل واستعداد فطري يولد به ويدفعه إلى محاكاة غيره في أقوالهم وأفعالهم لاسيما الأشخاص المفهمين في حياته، فيكتسب الكثير من القيم والاتجاهات والمهارات والعادات السلوكية والاجتماعية والأكاديمية، ولذلك يعتبر التقليد من الاستراتيجيات الازمة لنمو الطفل وتعليمه، فبدون النماذج السلوكية (اللفظية، والاجتماعية، والمهارات) التي يقدمها البالغون للطفل لن يتمكن 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 والمتراثة مع إمكانياته (الحنفي، ١٩٩٥، ص ٢٩٨-٢٩٩).ويرى (الخطيب، ٢٠٠٧) أن الطفل غالباً ما يتتأثر سلوكه بمشاهدة سلوك 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 بتأنية سلوك معين أمام الطفل بهدف إيضاح ذلك له والطلب منه الملاحظة والتقليد، والنماذجة عملية حتمية فالآباء يقلدون الآباء والطلاب يقلدون المعلمين، والمعالجون يقلدون المعالجين، ويسمى التغير في سلوك الفرد الناتج عن ملاحظة سلوك الآخرين (بالنماذجة أو التعلم بالمشاهدة، أو التعلم الاجتماعي، أو التقليد، أو التعلم المتبادل) (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٢٢٥).

ويعود الفضل في إرساء قواعد إجراء النماذجة 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 تقسيم بعض مظاهر السلوك وتكون الشخصية، ويستند الأساس الفلسفى لنظرية (باندورا) إلى تحليل كيفية حدوث التفاعل بين العوامل الداخلية الذاتية المستقلة للإنسان (المشاهدة، تفكير، انتباه، ذكرة)، والعوامل الخارجية البيئية المستقلة (النماذج السلوكية في البيئة لاسيما الاجتماعية، والسلوك الناتج عن النماذجة الاجتماعية، وتداعيم ذلك السلوك)، وعدم النظر إلى الفرد والبيئة ككيانين مستقلين، بل يتحдан بطرق مختلفة لإحداث النتائج السلوكية بالنماذج وفق المعادلة التالية:

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

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

أي النظر للفرد والبيئة كسبعين معتدين على بعضهما لإحداث الأثر السلوكي، وليس كأسباب مستقلة عن بعضها، 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 يعطي أيًّا منها مكانة متميزة على حساب المصادرين الآخرين، رغم أنه وفي بعض المواقف فإن أيًّا من العوامل الثلاثة قد تبرز كمؤثر مسيطر، وهذا من وجهة نظر (باندورا) ما يسمى بالاحتمالية المتبادلة (Reciprocal Determinism) أو النماذجة، التي يكون فيها السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة، وكل مجموعة محددات 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 النماذجة 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 (النماذج) تفسير السلوك وتعديلاته، وتعترف بالتبادل بين الأحداث الداخلية والخارجية، وتحاول تقديم فرضيات قابلة لاختبار 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 لتنمية التعلم وتعديل السلوك بالنماذج:

أ- ملاحظة النموذج السلوكي (Behavioral Model Observation): فالناس يستطيعون

تعلم الاستجابات الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك الآخرين، وهم لا يتعلمون من الناحية التقنية نماذج (Models)، وعليه يتم تحديد أول تفسير للنماذج هو أن اكتساب الاستجابات الجديدة نتيجة لمشاهدة 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 بتقليده 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 الحقلية والجسدية والانفعالية.

د- انتقاء التعلم من النموذج السلوكي (Selecting Learning from the Behavioral)

(Model): فحتى عند تعریض الأطفال إلى نفس النموذج، فإن بعضهم يتعلم جوانب مختلفة عن جوانب أخرى من نفس النموذج السلوكي المقدم، لذلك لا بد من دراسة لماذا يتم الاهتمام والاحتفاظ بجانب معين من النموذج دون غيره (Bandura, A., 1977, pp204-215).

وهناك عدة عوامل تؤثر في فاعلية النموذج وهي:

أ- خصائص النموذج (Model Characteristics): إذ يميل الطفل إلى تقليد الأشخاص

المهمين في حياته أو الذين يميل إليهم ويخصمهم بتقدير معين، ولذلك فإن النموذج الذي يلقى ترحيباً أو الذي يحظى بتقدير اجتماعي له نتائج أفضل في النماذج، كذلك يجب أن يكون النموذج مناسباً

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

بــ خصائص الشخص المشاهد 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، والدافعة.

جــ خصائص الإجراءات (Procedural Characteristics): فقد تشمل مواقف النماذجة 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 يلقى عقاباً، كما أن عرض النموذج في مواقف مختلفة يزيد من آثار النماذجة، 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 النماذجة المستخدمة في تعديل سلوك الأطفال المعوقين لوحظت من مراجعة عدة دراسات عربية وأجنبية وهي:

أــ النماذجة المباشرة (Live Modeling): فيها يقوم شخص (المعلم أو المدرب) بتأنية السلوكيات المستهدفة بوجود الطفل المعاقب المراد تعليميه 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) فاعالية النماذج السلوكية المباشرة المقدمة من المدرب والمدعومة بالتعزيز في تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد من عينة الدراسة (بيومي، ٢٠٠٨، ص ٧٥). كما بين ريمير وبارديلي وهوينكس (Reamer & Brady & Hawkins, 1998, p134) في دراستهم فعالية النماذجة 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 أرثر وبرادلي وآرتسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) فعالية تدريب الأطفال من ذوى 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 للحاسوب) في عرض النموذج السلوكي على الطفل المعاك ومن ثم الطلب منه تقديره، وقد بيّنت عدة دراسات فعالية النمذجة غير المباشرة في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد؛ فقد بيّنت دراسة تشارلوب ومتسن (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 تتميم المهارات اللغوية بعد (١٥) جلسة (Charlop, M., & Reamer, J., 1989, pp283-285). كما تمكن ريمير وبرادلي وهاوكلينس (Milstein, J., 1989, pp283-285) من دراسة تأثير الفيديو القائم على التفاعل بين الآباء وأطفالهم التوحديين في تتميم مهارات العناية بالذات من خلال تقييم الذات، والنمذجة الذاتية، والتدريبات السلوكية، وأثبتت النتائج فاعلية البرنامج بدلالة عالية أظهرتها قوائم الملاحظة قبل البرنامج وبعد البرنامج، كما أشارت الاستبيانات الموزعة على أولياء الأمور فاعلية عالية للبرنامج باستخدام الفيديو (Reamer, R., 1998, p140 & Hawkins 1998) (Matson 1990) من تعليم مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد والمتخلفين عقلياً بالصور لعينات من سلوك مهارات العناية بالذات، وتعلم الأطفال في كل المجموعتين بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية (Matson, J., 1990, pp366-375). كما تمكن بيرس وشريeman (Pierce & Schreibman 1994) من تعليم مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات لأطفال التوحد باستخدام الصور، وأظهرت النتائج أنه يمكن للأطفال التوحد استخدام الصور بنجاح لإدارة سلوكهم في غياب من يقدم لهم المعالجة، كما يمكنهم أيضاً أن يعمموا سلوكهم عبر الواقع والمهمات المختلفة، وأن يحتفظوا بسلوكياتهم في مرحلة المتابعة (Pierce, K. L., & Schreibman, L., 1994, pp478-480). وهناك دراسات أخرى أثبتت فاعلية الفيديو والصور في تتميم مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

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

تُصمم البرامج العلاجية والتربوية لتعديل أو تثبيت أو تتميم المهارات السلوكية والمعرفية والاجتماعية واللغوية للأطفال 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 التجاري من جهة أخرى، وتتضمن عملية التصميم هذه مجموعة من الإجراءات أهمها:

١- تحديد السلوك المحوري أو المدخلـي: باستخدام الملاحظة المباشرـ أو قوائم رصد السلوك، أو الاختبارات النفسية غير الرسمية أو الرسمية (المقـنة)، أو التقارير الذاتية من خلال المقابلة أو الاستبيان، أو الاختبارات الموقـية..، للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب غير المرغوب فيه والمراد تعديله، أو السلوك السوي المرغوب فيه والمراد تثبيته، أو السلوك الضـيف المراد تـميـته، وذلك بـطـرـيقـة مـوضـوعـية قـابـلـة لـالـمـلـاـحـظـة وـالـقـيـاسـ، لـتـحـدـيدـ موـاطـنـ القـوـةـ وـالـضـعـفـ (مخـائـلـ، ٢٠٠٦، صـ٤٧ـ٥٠ـ). وهـنـاكـ مـجـمـوعـةـ وـاسـعـةـ مـنـ الاـخـتـبـارـاتـ الـمـسـتـخـدـمـةـ فـيـ تـشـخـيـصـ اـضـطـرـابـ التـوـحـدـ كـقـائـمـةـ الـمـعـايـرـ الـتـشـخـيـصـيـةـ لـالـسـلـوـكـ التـوـحـدـيـ الـمـسـتـمـدـةـ بـنـوـدـهـ مـنـ الـ(ـDSM-IVـTRـ، ٢٠٠٠ـ)، وـمـقـيـاسـ تـقـدـيرـ التـوـحـدـ فـيـ الطـفـولـةـ (ـCARSـ Childhood Autism Rating Scaleـ)، وـمـقـيـاسـ سـكـوبـلـرـ وـآخـرـونـ (ـSchopler et al 1988ـ)، وـقـدـ قـنـنـ عـلـىـ الـبـيـئـةـ الـأـرـدـنـيـةـ (ـالـقـرـيـوـيـتـيـ)ـ وـعـبـابـةـ ، ٢٠٠٦ـ، صـ٧٣ـ٨٣ـ). وـمـقـيـاسـ (ـسـتـانـفـورـدـ بـيـنـيـ)ـ لـلـذـكـاءـ الصـورـةـ الـرـابـعـةـ المـقـنـنـ عـلـىـ الـبـيـئـةـ الـمـصـرـيـةـ الـذـيـ يـتـضـمـنـ مـعـايـرـ الـقـدرـاتـ الـعـقـلـيـةـ لـلـأـطـفـالـ التـوـحـدـ (ـمـلـكـيـةـ، ١٩٩٨ـ، صـ٢٢٣ـ). وـمـقـيـاسـ فـلـانـدـرـسـ لـالـسـلـوـكـ التـكـيـفـيـ (ـVineland Adaptive Behavior Scaleـ)ـ الـمـقـنـنـ عـلـىـ الـبـيـئـةـ الـمـصـرـيـةـ وـالـسـعـودـيـةـ (ـالـعـتـبـيـ، ٢٠٠٤ـ). وـقـائـمـةـ تـقـدـيرـ السـلـوـكـ التـوـحـدـيـ (ـAutistic Behavior Checklist- ABCـ)ـ مـنـ تـصـمـيمـ وـتقـنـيـنـ (ـالـزـرـاعـ ٢٠٠٤ـ)ـ عـلـىـ الـبـيـئـةـ السـعـودـيـةـ، بـالـإـضـافـةـ إـلـىـ مـقـايـيسـ أـخـرـىـ عـدـيدـ لـتـشـخـيـصـ الـمـهـارـاتـ الـلـغـوـيـةـ وـالـاجـتمـاعـيـةـ وـالـتـوـاصـلـيـةـ.

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 تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي، مستمدـةـ بـنـوـدـهـ مـنـ درـاسـاتـ سابـقةـ عـرـبـيـةـ وـأـجـنبـيـةـ شـبـيـهـةـ بـالـدـرـاسـةـ الـحـالـيـةـ، وـتـحـقـقـ مـنـ صـدـقـهـ وـثـبـاتـهـ، وـتـعـيـيـرـهـ لـيـنـاسـبـ أـطـفـالـ التـوـحـدـ مـنـ عـمـرـ (ـ٨ـ إـلـىـ ١١ـ)ـ سـنـةـ.

٢- تحديد مدى توافر السلوك المستهدف والبيئـاتـ التيـ يـظـهـرـ فـيـهاـ: وـهـنـاـ لـابـدـ مـنـ تحـدـيدـ درـجـةـ ظـهـورـ السـلـوـكـ المرـادـ تعـديـلـهـ أوـ تـثـبـيـتـهـ أوـ تـمـيـتـهـ (ـمـقـدارـهـ)ـ وـمـدـىـ تـكـارـهـ وـفـتـرـةـ ظـهـورـهـ، فـقدـ يـظـهـرـ سـلـوـكـ إـيـذـاءـ الذـاتـ مـثـلاـ (ـ٥ـ)ـ مـرـاتـ يـوـمـيـاـ، لـمـدةـ (ـ١٠ـ)ـ دقـائقـ، لـدـرـجـةـ الإـضـرـارـ بـالـحـالـةـ الصـحـيـةـ لـلـطـفـلـ التـوـحـدـيـ (ـالـزـرـيـقـاتـ، ٢٠٠٤ـ، صـ١٣٢ـ١٣٣ـ). كـماـ لـابـدـ مـنـ تحـدـيدـ الـبـيـئـةـ الـتـيـ يـظـهـرـ فـيـهاـ السـلـوـكـ المـضـطـرـبـ، فـلـاـ يـمـكـنـ النـظـرـ إـلـىـ هـذـاـ السـلـوـكـ بـمـعـزلـ عـنـ الـبـيـئـةـ الـتـيـ يـظـهـرـ فـيـهاـ، لـذـكـ لـابـدـ مـنـ تحـدـيدـ السـوـابـقـ وـهـيـ الـعـوـامـلـ الـبـيـئـةـ الـمـسـؤـولـةـ عـنـ اـسـتـمـراـرـ السـلـوـكـ المـضـطـرـبـ، كـأـنـ يـكـونـ نـتـيـجـةـ لـمـنـعـكـسـ طـبـيـعـيـ أوـ نـتـيـجـةـ لـمـنـعـسـ شـرـطـيـ مـتـعـلـمـ وـمـعـمـ عـلـىـ مـوـاقـفـ مـشـابـهـةـ، كـمـاـ لـابـدـ مـنـ تحـدـيدـ النـوـاتـجـ الـمـتـرـتـبةـ عـلـىـ هـذـاـ السـلـوـكـ المـضـطـرـبـ إـذـاـ كـانـ مـتـعـلـمـاـ، فـهـلـ يـحـصـلـ مـنـ خـلـالـهـ الـطـفـلـ عـلـىـ

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 تمكن 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 تعبّر عن اضطراب مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارجها)، ومدى تواتره، وشدة، وما هي الظروف المناسبة لحد منه.

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

وفي الدراسة الحالية تم تحديد الهدف العام للبرنامج التدريبي والأهداف التعليمية والأهداف الفرعية لكل جلسة تدريبية، والتي تحدّدت بتنمية 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)، وتنمية مهارات العناية بالذات خارج المنزل في مجالات (رمي القملة في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور...). وذلك باستخدام إستراتيجية النمذجة والتعزيز الإيجابي، ولابد من التنويه إلى أن أهداف البرنامج التدريبي جاءت متطابقة مع أهداف مقاييس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.

٤- تحديد الوسائل المعينة وطرق تنفيذ البرنامج: لتحقيق أهداف البرنامج العامة والخاصة، في 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 الت詹بي (السلبي) لأنّه أكثر فاعلية من التعزيز الإيجابي، أو قد يقرر تقليل السلوك الغير مرغوب به باستخدام الإطفاء لأنّه أكثر فاعلية 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 حقيقة (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 المحكّات الازمة للحكم على السلوك البديل:** فمن مهام المعالج السلوكي تحديد المحكّات المستخدمة للحكم على الطفل بأنه قد تلاشى لديه السلوك المضطرب، وأنه قد تعلم السلوك البديل المرغوب فيه (واطسون، ١٩٨٨، ص ١٢٣). وهذا بدوره يعتبر أساسى للحكم على فعالية البرنامج السلوكي الموضع من قبل المعالج، ول يقدم بيانات عن سلامة إجراءات التدخل العلاجية (تغذية راجعة للمعالجة)، 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 محكّات 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 الفرعى 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 تتميّته، وتحديد مدة تنفيذه، وطرق 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 والتغذير 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 التبعية المصممة لهذا الغرض.

وفي الدراسة الحالية تم التتحقق من فعالية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات (داخل المنزل وخارجها) باستخدام مقاييس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي، وبمساعدة أولياء الأمور لإجراء المقارنات بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة

قبل تطبيق البرنامج التدريبي، وبعده الانتهاء من تطبيقه مباشرةً، والتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي في تتميم 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)، وثرنديك (Thorndike)، وواطسون (Watson)، وسكنر (Skinner)، وهل (Hull)، ومورر (Mowrer)، وتولمان (Tolman)، وجثري (Guthrie).

٢- التعرف على أهم الاجراءات المتبعة في مدخل النظرية السلوكية لتعديل السلوك السلبي غير المرغوب فيه، وثبتت 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 والحفظ عليه، والعمل على تعديلها بما يجعلها معاونة في تتميم وثبتت السلوك المرغوب، وقد كان ذلك فعالاً مع أطفال التوحد خلال تطبيق جلسات البرنامج التدريبي، وساعد على دمجهم مع أقرانهم العاديين في المجتمع الكبير، وبما يتاسب مع حاجاتهم، وبيئتهم المحلية، حتى تمكنوا من تعميم ونقل ما تعلموه إلى مواقف أخرى مختلفة ومتباينة.

٣- التعرف على أنواع المعززات ودورها كأحد فنيات العلاج السلوكية، 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 لصنوف المعززات، ودور كل واحدة منها (المعززات الأولية والثانوية، المعززات المعممة، 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، التتويع، التحليل الوظيفي، الجدة)، 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 كإستراتيجية 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 يتحдан

طرق مختلفة لإحداث النتاج السلوكي بالنموذج، وتحديد مجموعة من المتطلبات الرئيسية لتم عملية التعلم وتعديل السلوك بالنمذجة، كملحظة 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 توافق السلوك المستهدف والبيئات التي يظهر فيها، وتحديد أهداف البرنامج ووسائل المعينة وطرق تنفيذه، والمحكمات 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 التوحدي لمهارات العناية بالذات.

ثالثاً - تصنيف مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي.

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

- تمهيد:

يتناول المحور الثالث من (الإطار النظري) للدراسة الحالية مهارات العناية بالذات بالمفهوم العام، وما هي العوامل المساهمة في عدم اكتساب مهارات العناية بالذات لدى طفل التوحد، وتقديم تصنيف مقترن 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 وتفاعلاته مع مواقف الحياة اليومية، وضرورة حتمية لجميع الأفراد عموماً وللمعاقين خصوصاً في أي مجتمع؛ وقد عرف سجنوري (Signorelli 1991) مهارات العناية بالذات بأنها مجموعة المهارات التي تمكن الفرد من التكيف على نحو إيجابي مع محبيته، وتجعله قادراً على التعامل بفاعلية مع متطلبات المحافظة على صحته وسلامته وتأمين متطلبات الحياة اليومية (طعام، شراب، نوم..) وتحدياتها (الجروح، الحرائق، المخاطر..)، بما يعزز صحته الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية (Signorelli., A, 1991, p327). كما عرفها هجرنر (Hegner 1992) بأنها مجموعة المهارات المرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد وما يتصل بها من معارف وقيم واتجاهات، يتعلّمها بصورة مقصودة أو غير مقصودة، منظمة أو غير منظمة، وبالشكل الذي يمكنه من تحمل المسؤولية والتعامل مع متطلبات الحياة اليومية بنجاح، وتجعل منه مواطناً منتجًا (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، فنجد أنه لا يمتلك منها إلا القليل، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه ومساعدته في ارتداء ملابسه، وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه يضمهما 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 يتعلّمون مهارات العناية بالذات بالتدريب والممارسة اليومية من قبل الأسرة (الأم تحديداً) من عمر (٣-٢) سنوات تقريباً، وذلك بعد اكتمال المتطلبات الالزمة لتلك المهارات لاسيما المتعلقة بالاضطرار العقلي والإدراكي والجسدي، كما أن تلك الدراسات بيّنت أن أطفال التوحد قد لا يتمكنون من تعلم مهارات العناية بالذات ويتأخرون في إحراز تقدم فيها حتى عمر (٣-٦) سنوات، وقد يتأخّر البعض الآخر لمرحلة تتجاوز عمر (١٠) سنوات إذا كان التوحد من الحالات الشديدة والعميقة، أو تلك الحالات المرتبطة بتناقض عقلي شديد وعميق دون (٣٥) درجة على اختبار ذكاء مقمن، مما يجعل طفل التوحد يواجه عدة مشكلات مرتبطة بمهارات العناية بذاته والمحافظة على صحته الجسدية من الأخطار (Nelson, L., & Gergenti, E., &

Northumberland County)؛ (Taylor. A, et al, 2004, p3)؛ (Hollander, A. C., 1980, p3 Council Communication Support Service., 2004, p18 (بيومي، ٢٠٠٨، ص ٢). كما تبين أن السبب في تراجع معظم أطفال التوحد عن اكتساب مهارات العناية بالذات بشكل فعال مقارنة مع الأطفال العاديين من نفس العمر الزمني 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 بالبالغين (اغسل يدك، 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، خطير، حار، بارد، مرتفع، مغلق..)، ويواجهه بعضاً منهم مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته من الآخرين للعناية به، أو تقويضهم والطلب منهم القيام بذلك المهام، 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 (اللون، السيارات وإشارات المرور، الأماكن المزدحمة، المصعد، السيارات المتحركة، حجرة الحمام، أصوات السيارات، صوت المكنسة 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 يخف 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 للإتمام مهمات العناية بالذات والمواضبة عليها والاستمرار القيام بها، وقد حللت بعض الدراسات ذلك إلى مشكلات تتعلق بفرط النشاط وعدم الرغبة في الامتثال للتعليمات، كما أن بعضهم 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 قصائصها في المدرسة مثلاً (الشامي، ٢٠٠٤، ص ٣٩٩). 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، وتفاقم 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 مهامات العناية بالذات، ويتمثل ذلك في عدم رغبته بتقدي أي مساعدة منهم حين شعورهم بتعريضه 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).

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

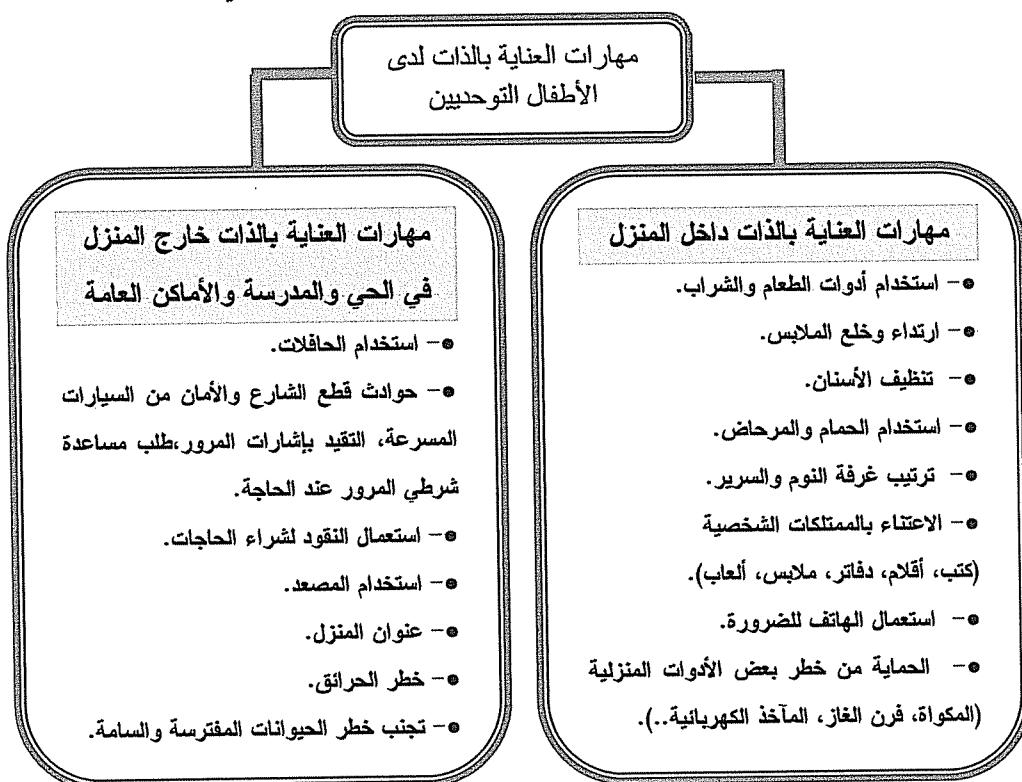
ويرى بعض الباحثين أن تدريب وتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد لها أهمية بالغة، إذ تمكّنهم من عملية الدمج مع الأقران العاديين وتقبلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكademie إذ تجنب الوالدين الإخراج الذي قد يسببه لهما الابن أمام الآخرين من جهة، ويمكن طفل التوحد من الاعتماد على نفسه في مستقبل حياته القادمة من جهة أخرى، لذلك أوصت جميع تلك الدراسات لاسيما دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر Pierce & Hollander 1980) دراسة بيرس وشريبيمان (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، دراسة (الشيخ ذيب Schreibman 1994)، دراسة تيلر وزملائه (Taylor et all 2004)، دراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٥)، دراسة (بيومي ٢٠٠٨)، دراسة (السلمي ٢٠٠٩)، دراسة 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- تصنیف مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد:

تحدد الدراسة الحالية مهارات العناية بالذات بأنها تدرج ضمن محورين أساسين 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 تصنیفاً جديداً لتلك المهارات بما يمكن المربيين وأولياء الأمور من تطبيقها 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)

تصنیف مقترن لمهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحد



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، شوك، 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 سلية 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 المخصصة لها في الخزانة، والإبلاغ عن الثياب المتتسخة لتنظيفها.. إلخ.
- ج- تنظيف الأسنان:** تتضمن عملية تعقيم الفرشاة قبل الاستعمال في كل مرة، وفتح الحاقيون المخصص لمعجون الأسنان، ووضع كمية مناسبة منه على الفرشاة، وتحريك الفرشاة على الأسنان بشكل دائري وعامودي بحسب تموير الأسنان، وتنظيف الفم بعد التفريش، وتنظيف فرشاة الأسنان وإغلاق حاقيون 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/) وإسفنجه الاستحمام والماء، والتسبح بالماء، وتنشيف الجسم بمنديل الحمام، وارتداء الملابس النظيفة، وأخذ الملابس المتتسخة 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 للتبرز 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 السابعة صباحاً)، وترتيب السرير والفراش، والذهاب لغسل الوجه بالماء والصابون، ثم تفقد الغرفة إذا كان فيها شيء غير منظم ومرتب في مكانه.
- و- الاعتناء بالمتلكات 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 الازمة لحفظها عليها سلية (تجليد، تنظيف، إبعادها عن الماء..).
- ز- استعمال الهاتف للضرورة:** تتضمن التدريب على كيفية استخدام الهاتف (رفع السماعة، وسماع نغمة التווون، 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.

ح- الحماية من خطر بعض الأدوات المنزلية: كالملوکوا، وفرن الغاز، والمأخذ الكهربائي، والمدفأة، وبيان المخاطر المترتبة على استخدامها بطرق عديدة.

٢- مهارات العناية بالآذات 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 قادرًا على التعامل مع كل عناصره بفاعلية (طرق، محلاً 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 مابلي:

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 والجلوسي.

ب- خطر حوادث قطع الشارع وإشارات المرور: تتضمن التنبه إلى إشارة مرور السيارات، والوقوف عندما ينار اللون الأخضر فيها، وقطع الشارع عندما ينار 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 (الليرة، والدينار، والدرهما، والريال، والريال المغربي، والريال الإسباني، والريال البرتغالي، والريال الإنجليزي)، وكيفية التحقق من قيمة السلعة، ودفع النقود للبائع، وأخذ المتبقي منها إن وجد، والعودة إلى المنزل.

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 التنبية تجاه خطر المصعد عند انقطاع التيار الكهربائي والاتصال بالمعينين عند حدوث أي طارئ، والتحلي بالهدوء عند حدوث مثل هذه المشكلات.

٥- عنوان المنزل: تتضمن تمكين طفل التوحد من حفظ عنوان منزله (المحافظة، المدينة، الحي، الشارع، رقم البناء، رقم المنزل ..)، والإبلاغ عن ضياعه لشرطة 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 والسمامة: 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 والطريقات العامة التي تتوارد فيها سيارات مسرعة، والوقوف والمشي على جنبي 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 للمربيين إضافة ما يرونها مناسباً وفق تطورات الحياة المعاصرة، وفي الدراسة الحالية سيتم الاقتصر 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 غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون.

- تنمية مهارات ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها.

- تنمية مهارات رمي القملامة في المكان المخصص لها.

- تنمية مهارات استعمال الهاتف.

- تنمية مهارات استعمال المأخذ 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 والتقييد 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 بالعابرين من نفس العمر الزمني والعقلي، وأنخذ هذه الحقيقة بالاعتبار عند تصميم جلسات البرنامج التدريسي.

- ٢- التعرف على الأسباب التي تقف خلف ندھور قدرة أطفال التوحد على اكتساب واستخدام مهارات العناية بالذات بکفاءة مقارنة بالعاديین من نفس العمر الزمني والعقلي، وأخذ تلك الأسباب في الاعتبار عند تصميم جلسات البرنامج التربوي.
- 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 التربوي.
- ٤- تحديد مهارات العناية بالذات التي تعد الأكثر شيوعاً لدى أطفال التوحد، وتحديدها وتعريفها بطريقة إجرائية قابلة للملاحظة والقياس، وتصميم مقياس لتقييم مهارات العناية بالذات، والتحقق من صدقه وثباته، وتعديلاته، ليناسب البيئة المحلية ولأطفال التوحد من عمر (٨ إلى ١١) سنة، واستخدامه كمقياس قبلي، وبعدي مباشر، وبعدي تتبعي.
- ٥- تمكين الدراسة الحالية من اقتراح تصنیف 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 (للدراسة الحالية) عرض الدراسات السابقة -السابقة- العربية والأجنبية، الشبيهة بالدراسة الحالية، والتي عملت على تربية 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 استراتيجية التعزيز والنماذج، والدراسات السابقة التي تناولت علاج وتنمية مهارات العناية بالذات باستخدام التعزيز والنماذج، العربية منها والأجنبية، ثم بيان مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.

أولاً: دراسات سابقة (عربية وأجنبية):

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

عنوان الدراسة: **التعزيز الإضافي مقارنة مع عدم وجود تعزيز إضافي في التدريب على العناية بالذات للمرأهقين 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 المرأةهقين وأطفال التوحد مهارة جزئية من مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات وهي ربط الحذاء.

عينة الدراسة: تكونت من (٢٠) من طفل توحد قسموا بالتساوي إلى مجموعتين، الأولى عُزرت بطريقة التعزيز الإضافي وتعلموا كيفية ربط أحذيتهم باستخدام أحذية كانت أربطتها وتقوبها ملونة بالأحمر والأبيض، والمجموعة الثانية علمت بطريقة عدم وجود تعزيز إضافي ولم يستخدمو 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 أرثر وبالارد ووارتيسيان (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 (١٣-٩) سنة.

أدوات الدراسة: اختبار باللحظة لمهارات العناية بالذات (الطعم، الشراب)، اختبار للقدرات العقلية، اختبار لتشخيص التوحد، نموذج مقدم بواسطة سلوك الأم.

نتائج الدراسة: في المرحلة الأولى تم استخدام التعزيز والدوابع، والنقلي. من الصراخ ومن رفض الطعام والشراب، المرتبط بوقت تقديم الوجبة حتى يمكن الحصول على استجابة مناسبة للطعم، 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 للتوحديين 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 أقوى من التعزيز الاجتماعي، وكذلك الحال بالنسبة لأطفال التوحد، لكن النمذجة بالصور كانت مشوقة أكثر لدى التوحديين 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 وشيربمان (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 المتدنى، وما مدى فعالية الصور لتطوير مهارات العناية بالذات لا سيما مهارات الحياة اليومية، وتقييم فعالية الصور كأداة للحد على العناية بالذات لدى أطفال التوحد من ذوي التأخر الشديد في غياب من يقدم لهم المعالجة، وتقييم تعميم طريقة بهذه عبر السلوكيات والمواقع المختلفة، ومراقبة التغير في السلوك المرافق، وتقييم الاحتفاظ بتغيير السلوك.

عينة الدراسة: تكونت من ثلاثة أولاد توحديين 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 اللطاعب 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 (٥٢.٥٪) 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 وهاوكلينس (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، والتربويات السلوكية.

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

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

نتائج الدراسة: تم تطبيق البرنامج التدريسي حيث شاهد الآباء أولًا مقاطع فيديو لأطفال توحد يمارسون مهارات العناية بالذات بعد تدريبهم، وبعد ذلك تم تعليم أولياء الأمور كيفية نقل الخبرة من الفيديو إلى أطفالهم التوحديين بالمناقشة والممارسة وتبادل الدور والتدريبات السلوكية، وبعد ذلك تمت مشاهدة نفس المقاطع من قبل أطفال التوحد وبحضور آبائهم، وتمت الاستراتيجيات التدريبية، وتم تدعيم الاستجابات الصحيحة لدى أطفال التوحد بالمدعمات المعنوية لاسيما انتباه الوالدين والاحتضان والابتسام، وثبتت 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 بالتوحد أن يطلبوا المساعدة عندما يضيعون.

(Teaching Teenagers with Autism to Seek Assistance When Lost)

هدف الدراسة: تعليم الأفراد المصابين بالتوحد الاستجابة إلى جهاز مناداة هزار وذلك لطلب المساعدة عندما ينفصلون عن معلمهم أو أحد والديهم.

عينة الدراسة: تكونت من ثلاثة مراهقين مصابين بالتوحد من عمر (١٤-١٣-١٧) سنة على التوالي.

أدوات الدراسة: اختبارات مقتنة، قائمة ملاحظة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن أفراد العينة الثلاثة تعلموا أن يظهروا بطاقة التواصل كاستجابة لجهاز المناداة الهزار 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 تدريسي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: تصميم برنامج تدريسي لتنمية مهارات أطفال التوحد 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 التوحد، شاركوا بالدراسة نتيجة ثلاثة إعلانات بالصحف المحلية قام بها الباحث، وتم اختيارهم من بين (١٥) طفلاً استجابوا للإعلانات، ظهرت عليهم خصائص التوحد وفق إجراءات التشخيص التي اتبעהها الباحث.

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

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: تطور مهارات الأطفال الأربع في المجالات التواصلية، والاجتماعية، والاستقلالية الذاتية، والقراءة بحسب متفاوتة، وانخفاض وانخفاض 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.

-**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 اليدين 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 لقدرata العقلية للأطفال، اختبار لمهارات العناية بالذات (غسيل اليدين وتنظيم الأسنان).

نتائج الدراسة: تم تطبيق البرنامج التدريسي 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 وتعديمه.

-**دراسة بيومي (٢٠٠٨).**

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريسي 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 لفراد 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 بيبيه 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 متطلبات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسيين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متطلبي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسيين القبلي والبعدى على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك في مجموع الأبعاد، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متطلبات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متطلبات رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسيين البعدى والتبعي.

٤- 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) 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، وذلك 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 الإشراط الكلاسيكي لدى ثورندايك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة.

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

عينة الدراسة: تكونت من (٨) طلاب ذكور من ذوي اضطراب التوحد من عمر (١٢-٨) سنة، ودرجة ذكاءهم تتراوح ما بين (٦٥-٥٠) 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 البعدى، كما ظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدى.

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 يؤديها المعلم، ونماذج غير مباشرة بواسطة الفيديو والصور، والتحقق من فعاليته واستمراره لدى أطفال التوحد من نوع (اسبرجر).

عينة الدراسة: تكونت من (١٢) طفل توحدي (٦ ذكور، ٦ إناث) من عمر بين (١٣ إلى ١٣,١١) 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 بنواده 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 إحصائياً في أداء المجموعة التجريبية بين نتائج التطبيق القبلي ونتائج التطبيق البعدى المباشر في مهارات الحياة اليومية والاستقلالية الذاتية لصالح التطبيق البعدى المباشر، وذلك وفق الإجابات التي عبر عنها أولياء الأمور، كما ظهرت مثل هذه الفروق لصالح التطبيق البعدى 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 ونييمن (Choi & Nieminen 2010).

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 مرغوبية 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 (تنظيم الأسنان، غسيل الوجه بالماء والصابون، ترتيب الغرفة، ترتيب الحاجات الشخصية، تناول الطعام والشراب، غسيل الصحنون).

أدوات الدراسة: مقياس (ABC) لتشخيص التوحد، قائمة ملاحظة سلوكيّة 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 السلوكيّة ونتائج تصوير الفيديو لسلوكهم قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي في مجالات (تنظيم الأسنان، غسيل الوجه بالماء والصابون، ترتيب الغرفة، ترتيب الحاجات الشخصية، تناول الطعام والشراب، غسيل الصحنون)، 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 بـأداء أطفال التوحد عندما كانوا يتواجدون مع أقرانهم العاديين وذلك كما كشفت عنها تسجيلات الفيديو المنزليّة التي شارك أولياء الأمور في تصويرها داخل المنزل.

٤ - دراسة 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 سلوكيّة لتحديد مدى تواتر اضطرابات العمليات النفسيّة 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 النفسيّة (الانتباه، 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 والم المحلي في هذا المجال، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية، وتتمثل أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في توجيهه 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 أرثر وبالارد ووارتسين (Matson 1990)، ودراسة ماكتسون (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) بيرس وشريeman (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة ريمير وبرايلي وهاوكنيس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة (الشيخ ذيب ٢٠٠٥)، ودراسة (بومي 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 وبرايلي وهاوكنيس (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 أرثر وبالارد ووارتسين (Macarthur &

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

كما ناقشت دراسات أخرى تأثير استراتيجي التعزيز الإيجابي والمنفذة في تعلم مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد كأحد المداخل المهمة في تعديل السلوك غير المرغوب فيه لاسيما دراسة نيلسون وغرنطي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة نيومان (Newman 1987)، ودراسة بيرس وشريبمان (Pierce & Schreibman 1994)، ودراسة سنتيان وكوجل (Santian & Koigel 2007)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩)، ودراسة (جودت ٢٠٠٩)، ودراسة تشوي ونيومان (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 المصايبين 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 توافر 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 المتردلة، الانسحابية، والاعتمادية، والنشاط التخييلي، 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 متجلسة أو مقتصرة على نمط واحد، وتختلف من طفل لآخر، وبدرجات متناظرة من الشدة، وقد تظهر في وظيفة معينة 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 المعرف النظرية والمعرف 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 مقترن لأهم مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجها تعريفاً اجرائياً.

كما ساهمت دراسات أخرى في تعرف 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 فاعالية البرنامج التدريبي واستمرار أثر البرنامج من خلال المقارنات القبلية والبعدية المباشرة والبعدية التبعية.

وإذا كانت الدراسة الحالية تسعى إلى التتحقق من فاعالية برنامج تدريبي قائم على استراتيجية 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 التوحيدي (داخل المنزل وخارج المنزل)، وفي حصر معظم تلك الأضطرابات السلوكية النوعية التي تبين شيوخها لدى أطفال التوحد، تم اختيار عينة من تلك الأضطرابات النوعية وإدراجها في البرنامج التدريبي وفي المقاييس المصمم لنقدير مدى توافق واضطراب في تلك المهارات.

كما تميزت الدراسة الحالية باستخدام إستراتيجيتين تدريبيتين وفق المدخل السلوكي (النمذجة والتعزيز الإيجابي)، لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجها، إذ أن معظم الدراسات السابقة عملت على تنمية تلك المهارات الخاصة بالعناء 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 وخارجها، إذ أن معظم الدراسات السابقة عملت على تنمية تلك المهارات الخاصة بالعناء بالذات باستخدام واحدة أو اثنين فقط من تلك الوسائل التعليمية.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث الحدود المكانية والزمانية، إذ أن الدراسة الحالية طُبّقت 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 التوحدى (إعداد الباحثة).
- ٢ - مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى (إعداد الباحثة).
- ٣ - اختبار المصروفات المتتابعة لرافن.
- ٤ - البرنامج التدريسي لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).

ثالثاً - عينة الدراسة والإجراءات المتتبعة في اختيارها.

رابعاً - متغيرات الدراسة.

خامساً - إجراءات تنفيذ البرنامج التدريسي.

- 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 التوحيدي (إعداد الباحثة).
- مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي (إعداد الباحثة).
- اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن.

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

أولاً- منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو (المنهج شبه التجاري) الذي يعرف بأنه المنهج الذي يستخدم في الأبحاث التي لا يستطيع الباحث ضبط متغيرات الدراسة ضبطاً مطلقاً، وهو المنهج الذي يعتمد على تصميم القياسيين القبلي البعدى، والقائم على استخدام مجموعتين تجريبية وضابطة، كما يراعى المنهج شبه التجاري ضبط الشروط المحيطة بالتجربة قدر الإمكان كتحديد زمن التجربة والعوامل الفيزيائية أثناء التطبيق والشروط السيكومترية 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 التوحيدي (إعداد الباحثة):

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

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

- ٥- السلوك التكراري والإصرار على الروتين.
- و- التواصل غير اللفظي.
- ز- التواصل اللفظي.
- ح- الحساسية المفرطة ونقص الحساسية.

أ- التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

ب- الانسحابية.

ج- الاعتمادية.

د- النشاط التخييلي.

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

* أهداف المقياس: يسعى المقياس إلى تحقيق الأهداف التالية:

- أ- تحديد مدى توافر 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 مفيدة لتعيين نواحي (القوة والضعف) في الأنماط السلوكية المميزة لمتلازمة التوحد تقييد 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 توافر 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 (دلafi) 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.	تحدد بصورة دائمة
٢	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات متقطعة.	تحدد بصورة متقطعة
١	إذا كانت الخاصية السلوكية تتكرر في فترات قليلة جداً.	تحدد 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 إجراءاً ضرورياً للاستخدام الصحيح له والحكم الصادق من خلاله.

ج- على الفاحص عدم الاستمرار في الاستجابة على بنود المقياس لأكثر من مفحوصين أثنتين 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 المقياس الفرعية على فترات متقطعة ليمكن من تقديم تقديرات صادقة وحقيقة وفق الهدف العام للمقياس ككل.

د- بعد الإجابة على بنود المقياس تجمع الدرجات الخام لكل مجال فرعي والمقياس 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 ($10 \times 3 = 30$) والدرجة الدنيا له ($10 \times 1 = 10$)، أما الدرجة الكلية لكامل المقياس ($30 \times 8 = 240$) والدرجة الدنيا له ($10 \times 1 = 10$).

الجدول (٣) تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق

الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

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

* - الخصائص السيكومترية:

أ- صدق المحتوى: تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة ممكرين بلغ عدد الإجمالي (٧) ممكماً، الذين 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، واقتربوا حذف بنود أخرى، واستبدالها ببنود أخرى جديدة لزيادة القدرة التشخيصية للمقياس وفعاليته في كشف نقاط القوة والضعف في السلوك المميز لاضطراب التوحد، وإعادة صياغة التعليمات لتوضيح للفاحص ما هو مطلوب منه ملاحظته وكيفية تقدير السلوك لدى المفحوص.

كما تم إجراء دراسة استطلاعية على تكونت عينة قوامها (٤٢) فرداً منهم (١٢) مصابين بالتوحد (٦ ذكور، ٦ إناث) من الفئات العمرية (٨ إلى ٩، ١١) (٩ إلى ١٠) (١٠ إلى ١١) سنة، بالإضافة إلى (٣٠) فرداً من العاديين (١٥ ذكور، ١٥ إناث) من الصفوف (الثالث، الرابع، الخامس) من التعليم الأساسي، اختبروا 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 واحتياطاتهم العلمية.

الجدول (٤) خصائص العينة الاستطلاعية لمقاييس تقيير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد

المجموع	الجنس		المرحلة التعليمية	العنوان	المدرسة
	إناث	ذكور			
٤	٢	٢	صف ثالث	مزة جبل خلف معهد السكرتارية	إبراهيم نعامة
٤	٢	٢	صف رابع		
٢	١	١	صف خامس		
٤	٢	٢	صف ثالث	كفر سوسة البلد الشارع الطويل	أين حزم
٢	١	١	صف رابع		
٤	٢	٢	صف خامس		
٢	١	١	صف ثالث	أبو رمانة مقابل السفارة الأمريكية	الأخوة الخاصة
٤	٢	٢	صف رابع		
٤	٢	٢	صف خامس		
المجموع	الجنس		المرحلة العمرية	العنوان	مركز التوحد
	إناث	ذكور			
٢	١	١	(٨ إلى ١١)	باب توما دحيلية منزل (١٤٥)	جمعية أسرة الإخاء السورية
٢	١	١	(٩ إلى ١١)		
٢	١	١	(١٠ إلى ١١)		
٢	١	١	(٨ إلى ١١)	باب توما حارة المسك	جمعية المحبة
٢	١	١	(٩ إلى ١١)		
٢	١	١	(١٠ إلى ١١)		
٤٢	٢١	٢١	المجموع		

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 مربى العناية والتأهيل التربوي لأطفال التوحد، كما تم الاستعانة بـ(٣) أولياء أمور اختيروا من مركز التوحد التي تظهر في ذات الجدول، طلب منهم جميعاً تطبيق المقاييس على العينة الاستطلاعية من أطفال التوحد والتلامذة العاديين. ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية التعرف على الصعوبات التي اعترضت تطبيق المقاييس من وجهة نظر الفاحصين، ومدى فهمهم لما هو مطلوب منهم أثناء تطبيق المقاييس، 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 المقاييس 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 المقاييس 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 مربى العناية والتأهيل التربوي لأطفال التوحد اختيروا من كلا المركزين، ويُظهر الجدول (٥) خصائص عينة الصدق والثبات:

الجدول (٥) المدارس ومرافق التوحد التي تم منها

سحب عينة الصدق والثبات لمقياس تقييم الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي

المدرسة	العنوان	المرحلة التعليمية	الجنس	المجموع	المعلمون
		ذكور	إناث		
إبراهيم نعامة	مزة جبل خلف معهد السكرتارية	صف ثالث	٥	١٠	٢
	كفر سوسة البلا الشارع الطويل	صف رابع	٥	١٠	٢
	كفر سوسة البلا الشارع الطويل	صف خامس	٥	١٠	٢
أبن حزم	أبو رمانة مقابل السقارة الأميركية	صف ثالث	٥	١٠	٢
	أبو رمانة مقابل السقارة الأميركية	صف رابع	٥	١٠	٢
	أبو رمانة مقابل السقارة الأميركية	صف خامس	٥	١٠	٢
أبي بن كعب الأنصاري	طبلة طريق جرمانة كازية زغلولة	صف ثالث	٥	١٠	٢
	طبلة طريق جرمانة كازية زغلولة	صف رابع	٥	١٠	٢
	طبلة طريق جرمانة كازية زغلولة	صف خامس	٥	١٠	٢
ماري العجمي	القصاص ساحة جورج خوري	صف ثالث	٥	١٠	٢
	القصاص ساحة جورج خوري	صف رابع	٥	١٠	٢
	القصاص ساحة جورج خوري	صف خامس	٥	١٠	٢
المجموع					
مربي العناية والتأهيل التربوي	العنوان	المرحلة الصرافية	الجنس	المجموع	المجموع
		ذكور	إناث		
جمعية أسرة الإخاء السورية	باب توما دحيلية منزل (١٤٥)	(٨ إلى ١١)	٢	٣	٥
	باب توما دحيلية منزل (١٤٥)	(٩ إلى ١١)	٣	٢	٥
	باب توما دحيلية منزل (١٤٥)	(١٠ إلى ١١)	٢	٣	٥
جمعية المحبة	باب توما حارة المسك	(٨ إلى ١١)	٣	٢	٥
	باب توما حارة المسك	(٩ إلى ١١)	٢	٣	٥
	باب توما حارة المسك	(١٠ إلى ١١)	٣	٢	٤
المجموع					

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 البنياني لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد

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

يُلاحظ من الجدول (٦) أن جميع معاملات الارتباط لكل مقياس فرعى مع المقاييس الفرعية الأخرى كانت مرتفعة وتراوحت 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 التوحدى، مما يؤسس لصدق المقياس عموماً.

كما حُسب (الصدق المحكى) للمقياس بدلالة قائمة تقدير السلوك التوحدى (ABC) (الزراع

٤٠٠٤) كما يُظهر الجدول (٧):

الجدول (٧) نتائج الصدق المحكى

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

عاديين				مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدى
المرحلة التعليمية	المحك	الرتبة	الرتبة	
المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة	
المرحلة التعليمية	المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة
المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة
الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة
ذوي متلازمة التوحد				مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدى
المرحلة العمرية	المحك	الرتبة	الرتبة	
المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة	
المرحلة العمرية	المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة
المحك	الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة
الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة	الرتبة
العدد (ن)				العدد (ن)

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

إلى ٨٢٪، مما يؤكد وجود ارتباط بين محتوى المقياس المصمم في الدراسة الحالية ومحفوظ مقاييس 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 ١١) (٩ إلى 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 التوحدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية

الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدالة
عاديين صف ثالث متلازمة توحد (٨ إلى ١١)	٥٠	٥٦,٦٦	١٩,٧٧	٢٢,٨٦٣	٠,٠٠٠
	١٠	٢٠٨,٧	١٧,٧٤		
الفئة عاديين صف رابع متلازمة توحد (٩ إلى ١١)	٥٠	٤٩,٤٤	١٦,٠٣	٣١,٩٥٥	٠,٠٠٠
	١٠	٢١٢,١	١٤,٤١		
الفئة عاديين صف خامس متلازمة توحد (١٠ إلى ١١)	٥٠	٥٤,٣٢	١٩,١٩	٢٤,٨٤	٠,٠٠٠
	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 لصدق 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 (سييرمان- براون) لتصحيح طول المقياس كما يُظهر الجدول (٩):

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

سييرمان- براون ()	٣٠ ()	٨ إلى ١١ ()	٩ إلى ١١ ()	١٠ إلى ١١ ()	العينة الكلية
٠,٧١*	٠,٦٣*	٠,٨*	٠,٧٤*	٠,٧٤*	(سييرمان- براون)

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 - كربنباخ (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 - كربنباخ) لمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي

قيمة (ألفا - كربنباخ)	٣٠ ()	٨ إلى ١١ ()	٩ إلى ١١ ()	١٠ إلى ١١ ()	العينة الكلية
٠,٦٩*	٠,٧٠*	٠,٧٧*	٠,٧٧*	٠,٧٣*	(ألفا - كربنباخ)

يُلاحظ من الجدول (١٠) أن جميع معاملات ثبات (ألفا - كرنياخ) للمقياس بالنسب للعينة الكلية وعند كل مرحلة تعليمية/عمرية دالة عند مستوى (٥٠٠٥)، مما يؤكد أن بنود المقياس متسبة داخلياً.

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

تم تغيير الصورة النهائية للمقياس من التطبيق على عينة (طبقية متساوية) باختيار أعداد متساوية من كل فئة صافية (طبقة) بطريقة عشوائية بسيطة، وبلغت عينة التغيير (٢١٠) تلميذ 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 التغيير:

الجدول (١١) خصائص عينة تغيير مقياس تقيير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي

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

ومن نتائج التطبيق على عينة التغيير استخراج المتوسط والانحراف المعياري عند كل مرحلة 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

للمقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي عند كل مرحلة تعليمية/عمرية

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

ولحساب الدرجة المعيارية (الذالية) للمفحوص، نحدد الفئة التعليمية/العمرية للمفحوص، ثم تطرح درجة 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:

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

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

* وصف المقياس^١: تم تصميم المقياس من قبل الباحثة كأحد المتطلبات الفرعية للتحقق من فاعلية البرنامج التدريسي (هدف الدراسة الحالية)، ويعد المقياس أداة تقييم سهلة التطبيق، ويطبق فردياً من قبل الفاحص على مفحوصين ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ٩,١١) (٩ إلى ١٠) (١٠ إلى ١١) سنة، وبمدة لا تتجاوز (١٠) دقائق، ويكون 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 غسيل 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 المأخذ الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها.

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

بـ- مهارات العناية بالذات خارج المنزل وتنص من:

- تقييم مهارات التعرف على أشارات المرور وتحديد أهميتها والتقييد بها أثناء السير في الشارع.
- تقييم مهارات رمي القمامه في المكان المخصص لها.

وقد روعي في اختيار بنود المقياس في كل مجال فرعى الشمول لجميع الأنماط السلوكية لمهارات العناية بالذات المميزة للطفل العادى والتي على أساسها تم تحديد الإضطراب السلوكى عند مقارنته بالطفل التوحدى، 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 (أدوات العناية بالذات ووظائفها وأهميتها بالنسبة للإنسان).

الثاني: جانب الأداء العملى (كيفية استخدام الأدوات التي تستعمل للعناية بالذات).

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

- ١- تحديد مدى امتلاك المفحوص ضمن الفئات العمرية (٨ إلى ٩، ١١) (٩ إلى ١٠) (١١ إلى ١٢) سنة للمعرفة النظرية والمعرفة العملية (الأدائية) لمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.

٢- تقديم معلومات مُقْنَنة لتعيين نواحي (القدرة والضعف) في مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل للتحقق من فاعلية البرنامج التربىي 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 الشخصية للسلوك التوحدى سابق التكر، 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 شفهية على الطفل للتحقق من توفر تلك المعرفة النظرية أم لا كما يُظهر 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.

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

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

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

وبعد الإجابة على بنود المقياس تجمع الدرجات الخام لكل مجال فرعى والمقياس 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)، ويكون كل مجال من (٣) بنود، والدرجة العليا للمجال الواحد هي ($3 \times 9 = 27$) والدرجة الدنيا للمجال الواحد هي ($3 \times 0 = 0$). ويكون مقياس مهارات العناية بالذات بالمجمل من (١٠) مجالات والدرجة الكلية له ($9 \times 10 = 90$) والدرجة الدنيا له ($0 \times 10 = 0$).

الجدول (١٤) تدرج التقدير الوصفي للأداء وفق

الدرجات المعيارية (الذالية) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات

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

* - **الخصائص السيكومترية:**

أ- صدق المحتوى: تم التحقق من صدق محتوى المقياس بعرضه على مجموعة ممكينين 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، واقتروا حذف بنود، واستبدلها 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 الثنائي) للمقياس باستخراج الارتباطات البينية للمقاييس الفرعية كما يُظهر في الجدول (١٥) كما يلي:

الجدول (١٥) نتائج الصدق الثنائي لمقياس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي

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

يلاحظ من الجدول (١٥) أن جميع معاملات الارتباط لكل مقياس فرعي مع المقاييس الفرعية الأخرى كانت مرتفعة وتراوحت 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 حسب (الصدق المحكي) للمقياس بدلالة المقياس الفرعي (بعد العناية بالذات) من قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC) كما يُظهر في الجدول (١٦):

الجدول (١٦) نتائج الصدق المحكي لمقياس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي بدلالة المقياس الفرعى (بعد العناية بالذات) من قائمة تقييم السلوك التوحدي (ABC)

العاديون				المرحلة التعليمية المحك	مقياس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
خامس	رابع	ثالث	(بعد العناية بالذات) من قائمة تقييم السلوك التوحدي (ABC)		
٠,٩٨*	٠,٩٤٤	٠,٩٨٤	ارتباط بيرسون		
١٥٠	١٥٠	١٥٠	العدد (ن)		
ذوي متلازمة التوحد					
(ABC)	(٨ إلى ١١)	(٩ إلى ١١)	(٨ إلى ١١)	المرحلة العمرية	مقياس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي
				المحك	
٠,٩٧*	٠,٩٤*	٠,٨٩*	ارتباط بيرسون		
٣٠	٣٠	٣٠	العدد (ن)		

يُلاحظ من الجدول (١٦) أن جميع مؤشرات الصدق المحكي للمقياس بدلالة المقياس الفرعى (بعد العناية بالذات) من قائمة تقييم السلوك التوحدي (ABC) لجميع أفراد العينة من العاديون وذوي متلازمة التوحد كانت جميعها دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) وتراوحت بين (٠,٨٩ إلى ٠,٩٨)، مما يؤكد وجود ارتباط بين محتوى المقياس المصمم في الدراسة الحالية ومحظى مقاييس أخرى تقيس نفس الخاصية السلوكية، مما يؤسس لصدق المقياس عموماً.

كما حُسب صدق الفرق المتقابلة بين عينة العاديون 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 العاديون وذوي متلازمة التوحد لمقياس تقييم مهارات

العناية بالذات لدى الطفل التوحدي باستخدام معادلة (T-Test) للعينات غير المتساوية

الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الاتحراف المعياري	T	الدلالة
عاديون صف ثالث	٥٠	١٠٨	...	٨,٣٧
	١٠	٥٢,٦	٢٠,٩٢		متلازمة توحد (٨ إلى ١١)
الفئة	العدد (ن)	المتوسط	الاتحراف المعياري	T	الدلالة
	٥٠	١٠٨	...	٥,٧٨
عاديون صف رابع	١٠	٦٤,٣	٢٣,٨٩		٠,٠٠
	١٠	٩,١١			متلازمة توحد (٩ إلى ١١)
عاديون صف خامس	٥٠	١٠٨	...	٥,٦٦
	١٠	٨٩,٦	١٠,٢٦		متلازمة توحد (١٠ إلى ١١)

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

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

أما ثبات المقياس فقد حسب 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 تقييم مهارات العناية بالذات للطفل التوحيدي

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

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

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

الجدول رقم (١٩) نتائج ثبات (ألفا - كربنباخ) لمقياس تقييم مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي

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

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

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

تم تحويل الصورة النهائية للمقياس من التطبيق على ذات عينة تحويل مقياس تقييم الخصائص الشخصية للسلوك التوحيدي التي تظهر في الجدول (١١) آنف الذكر، ومن نتائج التطبيق تم استخراج المتوسط والانحراف المعياري عند كل مرحلة عمرية/تعليمية، كما يُظهر في الجدول (٢٠) كما يلي:

الجدول (٢٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقياس

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

المرحلة التعليمية	صف ثالث	صف رابع	صف خامس
المقابلات العمرية	(٨ إلى ٨,١١) سنة	(٩ إلى ١١) سنة	(١٠ إلى ١١) سنة
المتوسط	١٠٣	١٠٦	١٠٥
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 مُعَيّر ومُقْنَى على البيئة السورية ويتضمن الفئات العمرية من (٨ إلى مادون ١١) سنة (هدف الدراسة الحالية)؛ ويقيس الاختبار الذكاء العام أو العامل (g)، وهو من إعداد جون رافن (Raven, J, 1998)، ويتألف من (٦٠) بندًا تتوزع بالتساوي ضمن (٥) مجموعات (أ- ب- ج- د - ه) في كل منها (١٢) بندًا متدرج الصعوبة، ويكون كل بند من شكل ينزع منه جزءٌ معين يجب على المفحوص اختيار الجزء الناقص من مجموعة بدائل موجودة في الأسفل، ويقيس الاختبار مدى ممتدًا من نشاط الوظيفة العقلية بدءاً من عمر مبكر يكون فيه الطفل قادرًا 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 المتحركة من أثر الثقافة، وقد تم تعديله عدة مرات كان آخرها عام (١٩٩٨) المعروف بـ (SPM Plus)، الذي غير على البيئة السورية من قبل الباحثة (رحمه ٤٠٠٢) على عينة قوامها (٢٨٩) فرداً من عمر بين (٧ - ١٨) سنة، وحسب له عدة أشكال من الصدق، كالصدق التمييزي لمعامل السهولة والصعوبة، وصدق (الفرق المقابلة) بين عينة من المتفوقيين وغير المتفوقيين 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 (كائل) وبلغ (٠٠٤٤٨)، كما حسب (ارتباط البنود بالدرجة الكلية للاختبار) وبينت النتائج أن (٤٩) بندًا من أصل (٦٠) بندًا كان ارتباطها دال إحصائيًا بالدرجة الكلية، كما حسب (التحليل العاملی) ضمن المدى العمري بين (٧ - ١٧) سنة ظهر وجود عاملين الأول عامل الذكاء العام (g)، والثاني عامل القراءة المكانية، كما أظهرت النتائج للأعمار مجتمعة وجود تشتتات بالعامل الأول في المجموعات (أ - ب - ج) وتشتت بالعامل الثاني في المجموعتين (د - ه)، كما بين تحطيل التباين الأحادي للمجموعات العمرية وجود فروق في الأداء بين كل زوج من الفئات العمرية حتى عمر (١٨) سنة لصالح الفئات العمرية الأكبر، كما حسب ثبات (ألفا- كرونباخ) للأعمار المختلفة وتراوح بين (٠٠٦١١) لعمر (١٧) سنة، (٠٠٨٧٣) لعمر (١٤) سنة، كما حسب ثبات (التجزئة النصفية) وتراوح بين (٠٠٥١٤) لعمر (١١) سنة، (٠٠٨٨٠) لعمر (١٨) سنة، كما حسب ثبات (الإعادة) بعد فترة زمنية تراوحت بين ثلاثة أسابيع والشهر وبلغ للأعمار مجتمعة (٠٠٦٩٩) (رحمه، ٢٠٠٤، ص ٧٩-٩٦).

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

وما يمكن استنتاجه من دراسة (رحمه ٢٠٠٤) أن اختبار المصفوفات المتتابعة (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 التوحديين 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 تتميّتها باستخدام استراتيجية النمذجة والتعزيز الإيجابي، ويناسب أطفال التوحد من الفئة العمرية (٨ إلى مادون ١١) سنة، وقد من تصميم البرنامج التدريبي بعدة مراحل هي:

أ- تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية:

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

الأهداف الفرعية:

•- تنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل لدى أطفال التوحد من عمر (٨ حتى مادون 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 غسل الوجه واليدين بالماء والصابون.
- *- تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها.
- *- تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامنة في المكان المخصص لها.
- *- تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف.
- *- تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال المآخذ الكهربائية والحفظ على السلامة الشخصية من خطرها.
- *- تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفظ على السلامة الشخصية من خطره.

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

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

- * - تنمية مهارات أطفال التوحد رمي القمامه 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 التربوي: يستند البرنامج التربوي 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 المباشر 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 ويتأخرن في إثراز تقدم فيها حتى عمر (٤ إلى ٦) سنوات، وقد يتاخر 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 المحظوظين بهم، وأن بعضهم الآخر قد لا يفهم المعنى الوظيفي لبعض الكلمات، أو يواجه مشكلات متعلقة بصعوبة التعبير عن حاجاته لآخرين المحظوظين به للعناية به، أو تقويضهم والطلب منهم القيام بذلك المهام، لذلك فإن جلسات البرنامج التربوي عملت على تبسيط تعليمات تنفيذ مهارات العناية بالذات الموجهة لأطفال التوحد، وتيسيرها، وجعلها قريبية من المستوى العقلي والمعرفي لهم، واستخدام اللهجة (المحلية)، فالمطلوب من الطفل التوحد 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 التربوي 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).

السلمي، عبد الله مرشود (٢٠٠٩).

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

الافتراض الرابع: معظم أطفال التوحد يعانون من فقدان الصبر وفرط النشاط وعدم الرغبة في الامتثال للتعليمات، كما أن بعضهم 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 لتشجيع سلوك العناية بالذات المرغوب فيه.

الافتراض الخامس: معظم أطفال التوحد لديهم عدم رغبة في تغيير الروتين المتعلق بتنفيذ بعض مهامات العناية بالذات، لذلك فإن التدريب ضمن جلسات البرنامج سيأخذ بالاعتبار العمل على تربية مهارات العناية بالذات بأوضاع مختلفة ومتحدة 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 تربية مهارات العناية بالذات تتطلب الربط بين الجانب المعرفي (النظري) بالجانب العملي (الأدائي)، وبعد تعرف طفل التوحد على أدوات العناية بالذات داخل المنزل وخارجها، تم استخدام تلك الأدوات من خلال إجراءات معينة يقلدها 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، التصديق... 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 تعليم الأثر.

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

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

١- يمكن العودة إلى الملحق رقم (١) للاطلاع على أسماء السادة الممكّمين وأختصاصاتهم العلمية.

وكان الهدف من تحكيم البرنامج بيان ملاحظات المحكمين لمدى ملائمة جلسات البرنامج وعدها وشموليها لمحات 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 التربوي ولدراسة 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 التربوي 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 التربوية، وزيادة عدد الوسائل التعليمية وتحسين جودتها (البطاقات، 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 التجريبية ليتم سحب التعزيز المادي تدريجياً لصالح التعزيز المعنوي ليحل محله بالملحق حتى نهاية البرنامج التربوي.

٥- الصورة النهائية للبرنامج التربوي الذي ضم (١٥) جلسة تربوية موزعة كما يلي:

الجلسة الأولى: التهيئة العامة لأطفال التوحد من أفراد العينة التجريبية المشاركون في البرنامج التربوي 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: تربية مهارات أطفال التوحد في ترتيب (الأقلام والدفاتر والكتب .. القرطاسية) داخل الحقيبة المدرسية والاعتناء بنظافتها وسلامتها.

الجلسة الثامنة: تربية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامه في المكان المخصص لها.

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

الجلسة العاشرة: تربية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف المحمول (الخلوي).

الجلسة الحادية عشر: تربية مهارات أطفال التوحد في استعمال مأخذ الأدوات الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها.

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

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

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

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

ويستخدم البرنامج التدريبي الاستراتيجيات التدريسية التالية لتحقيق أهدافه العامة والخاصة:

- استراتيجية التعزيز الايجابي (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 الباحث مسبقاً ضرورة توفر مواصفات وخصائص معينة في أفراد العينة تنسجم مع أغراض وأهداف

الدراسة، وتشير كلمة متيسرة إلى الاقتصر على عدد متأخر 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 مادون ١١) سنة، مقسمين بالتساوي (١٢) فرداً للمجموعة التجريبية (٦ ذكور، ٦ إناث)، بالإضافة إلى (١٢) فرداً للمجموعة الضابطة (٦ ذكور، ٦ إناث)، ومن يعانون من اضطراب التوحد، والتي توصف بأنها حالات توحد غير مرتبطة بتأخر عقلي، وقد تم تشخيص أفراد المجموعتين وفق الأسس والمعايير الواردة الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR)، اختيروا من مركزين للتوحد في محافظة دمشق كما يُظهر الجدول (٢١):

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

المجموع	الجنس		المرحلة العمرية	العنوان	مركز التوحد	المجموعة	
	إناث	ذكور					
٤	٢	٢	(٨ إلى ١١)	باب توما - ناحية منزل (١٤٥)	جمعية أسرة الإخاء السورية	تجريبية	
٤	٢	٢	(٩, ١١ إلى ٩)				
٤	٢	٢	(١٠ إلى ١١)				
٤	٢	٢	(٨ إلى ١١)	باب توما - حارة المسك	جمعية المحبة		
٤	٢	٢	(٩, ١١ إلى ٩)				
٤	٢	٢	(١٠ إلى ١١)				
٢٤	١٢	١٢		المجموع			

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 مقاومة 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)، ويبلغ عددهم الإجمالي (١١٤) طفلاً وطفلةً في كلا المركزين.
- ٢- العودة إلى سجلات الكشف الصحي والإبقاء على من يعاني من اضطراب توحد بدون تخلف عقلي ويبلغ 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 التصفيحة 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 التوحيدي المصمم (من قبل الباحثة) بالاستعانة بـ(٤) من أولياء أمور الأطفال التوحديين، وبالاستعانة بـ(١٢) من مدربين أطفال التوحد، حيث تم استبعاد (٤) أطفال من الذكور لا تطبق عليهم جميع الخصائص التشخيصية المميزة لأطفال التوحد ويعتبرون من الحالات الحدية (غير المحددة) وفق المعايير المتضمنة في المقياس (بحصولهم على درجة معيارية ذاتية تراوحت بين الصفر إلى ١)، وذلك نتيجة خصوصتهم لبرامج العناية والتأهيل في مراكز الرعاية، وما تبقى هم (٥٢) طفلاً وطفلة في كلا المركزين.

٦- تطبيق مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي المصمم (من قبل الباحثة) بالاستعانة بـ(٤٠) من أولياء أمور الأطفال التوحديين، وبالاستعانة بـ(١٢) من مدربين 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 ذاتية تراوحت بين الصفر إلى ١)، وذلك نتيجة خصوصتهم لبرامج العناية والتأهيل في مراكز الرعاية، وما تبقى هم (٣١) طفلاً وطفلة في كلا المركزين.

٧- في المحصلة النهائية تبقى (٣١) طفل وطفلة من يعانون من اضطراب التوحد، وتم الإبقاء منهم على (٢٤) طفل وطفلة حصلوا على أقل التقديرات وفق المحکات التشخيصية السابقة، قسموا بالتساوي (١٢ طفل وطفلة للمجموعة التجريبية، ١٢ طفل 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 ويتنى (Man Whitney) لعينتين مستقلتين كما يُظهر الجدول (٢٢):

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

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

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

الفئة العمرية (١٠ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	درجة الذكاء
٠,٦٦١	٦,٥	١٦,٥	٤,١٢	٢,٠٦١٥٥	٣٥,٧٥	٤	المجموعة التجريبية
		١٩,٥	٤,٨٨	٣,٣٠٤٠٤	٣٦,٧٥	٤	المجموعة الضابطة
الفئة العمرية (٨ إلى ٩)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٧٧٣	٧	١٧	٤,٢٥	٦,٠٢٠٨	٢٩,٧٥	٤	المجموعة التجريبية
		١٩	٤,٧٥	٤,٤٣٤٧١	٣١,٥	٤	المجموعة الضابطة
الفئة العمرية (٩ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٨	١	١٨	٤,٥	٦,٦٢٩٩٦	٣٤,٢٥	٤	المجموعة التجريبية
		١٨	٤,٥	٢,٠٦١٥٥	٣٣,٧٥	٤	المجموعة الضابطة
الفئة العمرية (١٠ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٨٨٥	٧,٥	١٨,٥	٦,٦٢	٢,١٦٠٢٥	٣٢	٤	المجموعة التجريبية
		١٧,٥	٤,٣٨	٥,٧٣٧٧٣	٣٠,٢٥	٤	المجموعة الضابطة

يُلاحظ من الجدول (٢٢) أن جميع قيم مان ويتنி (U) كانت غير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير درجة الذكاء على اختبار (رافن) ومتغير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، إذ كان مستوى الدالة 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 إحصائياً 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 التدريسي.

رابعاً - متغيرات الدراسة:

١ - **المتغير المستقل:** هو طريقة تقديم مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد من عمر (٨ إلى ١١) سنة، وله حالتان: الأولى تقديم مهارات العناية بالذات وفق برنامج تدريسي قائم على إستراتيجيات 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 البعدى المباشر، والقياس البعدى

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

خامساً- إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بالإجراءات التالية لتحقيق الهدف العام للدراسة الحالية:

- ١- تنظيم الإطار النظري (للدراسة الحالية) بالعودة إلى أدبيات التربية الخاصة بإعاقة التوحد، والدراسات السابقة المتعلقة بالدراسة الحالية.
- ٢- تصميم مقياس تقيير المهارات التشخيصية للسلوك التوحيدي والتحقق من صدقه وثباته، وتعييره ليناسب بيئة مدينة دمشق، واستخدامه كمقياس للتحقق من دقة تشخيص أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة المشخصين في مراكز رعاية التوحد.
- ٣- تصميم مقياس تقيير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي والتحقق من صدقه وثباته، وتعييره ليناسب بيئة مدينة دمشق، واستخدامه كمقياس (قبلى، بعدي مباشر، بعدي مؤجل) للتحقق من فاعلية البرنامج التدريبي.
- ٤- تصميم جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات باستخدام استراتيجيات التعزيز الإيجابي والنذجة، وعرضه على محكمين، والتحقق من وضوح أهدافه، ودقة إجراءات تطبيق جلساته التدريبية، ومناسبة أهدافه، ووسائله التعليمية، وזמן 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 فعالية البرنامج التدريبي بإجراء المقارنات القبلية والبعدية المباشرة بين أفراد المجموعة التجريبية، وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس مهارات العناية بالذات بالاستعانة بأولياء الأمور.
- ٨- التتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي من خلال إعادة تطبيق مقياس تقيير مهارات العناية بالذات بالاستعانة بأولياء أمور أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي بتاريخ (٢٠١٢/٥/٢٩-٢٧).
- ٩- تفسير النتائج في ضوء الواقع الميداني وبالعودة إلى نتائج الدراسات السابقة، والتوصل إلى مجموعة من المقترنات.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة ومقترhanها

- 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 وتقديرها 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 المقترنات، بالإضافة إلى تضمين مجموعة من البحوث المقترنة التي يمكن أن تغنى البحث في مجال تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد.

أولاً- المعالجة الإحصائية للفرضيات:

تم التحقق من فرضيات الدراسة الحالية باستخدام طرق المعالجة الإحصائية الامثلية أو الابراتيرية (Nonparametric) المتضمنة في برنامج (SPSS)، انطلاقاً من طبيعة البيانات ومستوى القياس المرتبط بها، والتي تم الحصول عليها بمساعدة (٢٤) من أولياء الأمور الأطفال التوحديين 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.

ولتتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معادلة مان ويتي (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 مباشره 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 ويتي (Man Whitney)

الفئة العمرية (٨ إلى ٨,١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٢	٠,٠٠٠	٢٦	٦,٥	٥,٧٤٤	٨٥,٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		١٠	٢,٥	٥,٥٩٧	٣٨	٤	المجموعة الضابطة قياس بعدى مباشر
الفئة العمرية (٩ إلى ٩,١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٢١	٠,٠٠٠	٢٦	٦,٥	٥,٣١٥	٨٥,٧٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		١٠	٢,٥	٢,٢١٧	٣٥,٧٥	٤	المجموعة الضابطة قياس بعدى مباشر
الفئة العمرية (١٠ إلى ١٠,١١)							المتغير
الدالة	(U)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,١٨	٠,٠٠٠	٢٦	٦,٥	١,٧٠٧	٨٨,٧٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		١٠	٢,٥	١,٠٣٤	٣٥,٥	٤	المجموعة الضابطة قياس بعدى مباشر

يُلاحظ من الجدول (٢٣) أن جميع قيم مان ويتنى (U) كانت دالة بالنسبة للدرجة الكلية لمهارات العناية بالذات، وبلغت (٥٠٠٠٠) على التوالي لكل فئة عمرية، وجميع تلك القيم تشير إلى أن الفرق كان لصالح المجموعة التجريبية في التطبيق البعدى المباشر، لاسيما أن جميع مستويات الدلالة كانت أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٥٠٠٥)، حيث بلغت (٥٠٢١) (٥٠١٨)، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: بوجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدى المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية.

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

الجدول (٢٤) نتائج الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدى المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات باستخدام معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon)

الفئة العمرية (٨ إلى ١١)							المتغير
الدلالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٠٣	١,٨٢٦	٠٠	٠٠	٦,٠٢٠	٢٩,٧٥	٤	المجموعة التجريبية قياس قبلي
		١٠	٢,٥	٥,٧٤٤	٨٥,٥		المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
الفئة العمرية (٩ إلى ١١)							المتغير
الدلالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٠٠	١,٨٢٦	٠٠	٠٠	٦,٦٢٩	٣٤,٢٥	٤	المجموعة التجريبية قياس قبلي
		١٠	٢,٥	٥,٣١٥	٨٥,٧٥		المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
الفئة العمرية (١٠ إلى ١١)							المتغير
الدلالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٠٦	١,٨٤١	٠٠	٠٠	٢,١٦	٢٢	٤	المجموعة التجريبية قياس قبلي
		١٠	٢,٥	١,٧٠٧	٨٨,٧٥		المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر

يُلاحظ من الجدول (٢٤) أن جميع قيم (Z) كانت دالة بالنسبة للدرجة الكلية لمهارات العناية بالذات، وبلغت (١,٨٤١) (١,٨٢٦) على التوالي لكل فئة عمرية، وجميع تلك القيم تشير إلى أن الفرق كان لصالح التطبيق البعدى المباشر، لاسيما أن جميع مستويات الدلالة كانت أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٥٠٠٥)، حيث بلغت (٥٠٠٦) (٥٠٠٣)، مما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: بوجود فرق دال إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدى المباشر على مقياس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية.

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

الجدول (٢٥) الفرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياسين

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

الفئة العمرية (٨ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٨٥٤	١,٨٤	٢,٢٥	٤,٥	٥,٧٤٤	٨٥,٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		٢,٧٥	٥,٥	٤,٨٣	٨٦		المجموعة التجريبية قياس بعدى تبعي
الفئة العمرية (٩ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,٤٦١	٠,٧٣٦	٣	٣	٥,٣١٥	٨٥,٧٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		٧	٢,٣٣	٥,٠٦٦	٨٦,٥		المجموعة التجريبية قياس بعدى تبعي
الفئة العمرية (١٠ إلى ١١)							المتغير
الدالة	(Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ع	م	العدد (ن)	مهارات العناية بالذات
٠,١٨	١,٣٤٢	٠٠	٠٠	١,٧٠٧	٨٨,٧٥	٤	المجموعة التجريبية قياس بعدى مباشر
		٣	١,٥	٠,٩٥٧	٨٩,٢٥		المجموعة التجريبية قياس بعدى تبعي

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 الدالة الذي بلغ (٠,٨٤٥) (٠,٤٦١) (٠,١٨) على التوالي، وبالتالي هي أكبر من مستوى الدالة الافتراضي (٠,٠٥) وبذلك لم يظهر فرق دال إحصائياً في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي المباشر والقياس التبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التربوي، مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج التربوي، وثبات التحسن في مجالاته كما بينت نتائج التطبيق التبعي.

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 التبعية) بين أداء أفرادها وأداء أفراد المجموعة الضابطة، في كل مجال فرعي وللدرجة الكلية كما يروزها مقاييس تقيير مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد (المصمم في الدراسة الحالية) وكما عبرت عنها وجهات نظر أولياء الأمور، الذين قدموا إجاباتهم على بنود المقاييس.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى الأثر الفعال للبرنامج التربوي الذي يتضمن أنشطة وتدريبات متعددة ومتعددة لتنمية مهارات العناية بالذات في المجالات التي قصد البرنامج تعميتها لدى أفراد المجموعة التجريبية، والتي يرصدها المقاييس وفق الهدف العام للدراسة الحالية، مما ساعد في إحداث تحسن ملحوظ في أداء المجموعة التجريبية لأنها 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 التربوي 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 تتبع مبدأ التكرار والممارسة، مما ساعد إلى حد بعيد في تطوير استقلاليتهم في أداء مهام العناية بالذات، وزيادة فعاليتهم في تخزينها في الذاكرة واسترجاعها عند الحاجة، وأن جلسات البرنامج التربوي تضمنت وسائل تعليمية (صور، مقاطع فيديو، وسائل تعليمية حقيقة ومجسمات) أثارت اهتمام أفراد المجموعة التجريبية خلال معظم جلسات البرنامج التربوي 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 تقييدها على البيئة السورية، مكنت الدراسة الحالية من تعين 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 المئوية. كما سعت الدراسة إلى تصميم مقاييس لتقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحدي وفق مجموعة معايير دقيقة تغطي ثمانية مجالات فرعية للسلوك المميز لمتلازمة التوحد وهي: (الصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، الانسحابية، الاعتمادية، النشاط التخييلي، السلوك التكراري والإصرار على الروتين، التواصل اللفظي وغير اللفظي، الحساسية المفرطة ونقص الحساسية)، حيث روعي في اختيار بنود المقاييس لكل وضمن كل مجال فرعية تغطي 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 المنشورة (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 تعين الأطفال الذين تستهدفهم الدراسة الحالية بدقة، وهذا الإجراء يتفق تماماً مع الإجراءات المتبعة في دراسة ماك أرثر وبالارد ووارتيسيان (MacArthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ماتسون (Matson 1990)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكلينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة الشيخ ذيب (٢٠٠٥)، ودراسة سنتيان وكوجل

Robinson & Magill & Evans (Santian & Koigel 2007)
2009، دراسة (جودت ٢٠٠٩)، ودراسة تشووي ونيمن (Choi & Nieminen 2010)، ودراسة
ديبالما وويلر (Depalma & Wheeler 2010).

ومن جهة أخرى فقد كان لتصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي 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 ببنظافتها وسلامتها، غسيل اليدين والوجه بالماء والصابون، استخدام الهاتف أو الخليوي للتواصل، استخدام فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره، استخدام المأخذ الكهربائية والحفظ على السلامة الشخصية من خطرها)، ومهارات العناية بالذات خارج المنزل (التعرف على أشارات المرور **وتحديد أهميتها والتقييد بها** أثناء السير في الشارع، مهارات رمي القمامنة في المكان المخصص لها)، دور كبير في تعين السلوك المدحلي 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 أبنائهم 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 ببنظافتها، كما ظهر لدى معظمهم عدم معرفة بوظيفة أدوات غسيل الوجه بالماء والصابون، أو المعرفة بأدوات التواصل عبر الهاتف الثابت أو الهاتف المحمول (الخلوي)، ولا حتى كيفية استخدامها، كذلك الأمر بالنسبة لفرن الغاز، والمأخذ 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 لمهمات رمي القمامنة في المكان المخصص لها، وذلك وفق ما عبر عنه أولياء الأمور بعد إجادتهم على بنود المقياس. إن هذه النتائج المتعلقة بالتطبيق (القبلي) لمقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدي 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)، (بيومي ٢٠٠٨)، كما يتفق مع دراسة ماك أرثر (Communication Support Service 2004).

وبالراد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة ريمير وبرادلي وهاوكلينس (Reamer & Brady & Hawkins 1998)، ودراسة سنتيان وكوجل (& Santian & Hawkins 2007)، ودراسة روبيسون وماجيل وإيفانس (Robinson & Magill & Evans 2009)، ودراسة كويجل (Koigel 2007).

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

أ - بالنسبة لأهداف البرنامج التربيري: تم تعين الأهداف العامة والخاصة لكل جلسة تربيري، 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 يتافق مع ما أكدته 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 للأضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR 2000).

ب - بالنسبة للوسائل التعليمية: فقد تضمن البرنامج التربيري استخدام وسائل تعليمية ذات طابع محسوس (بطاقات مطبوعة وملوّنة، صور، مقاطع فيديو، مجسمات، أدوات حقيقة)، تم تنظيمها لتحقيق الأهداف العامة والخاصة، ولتكون قريبة من الحاجات الخاصة لأطفال التوحد فيما يتعلق بمهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارجها، حيث تم توظيف تلك الوسائل التعليمية في الوقت المناسب، واستُخدمت للتدريب على تعلم واستخدام المعرفة (النظرية والعملية) لمهارات العناية بالذات لكل هدف عام وهدف سلوكي ضمن كل جلسة من جلسات البرنامج التربيري، وهذا الإجراء يتفق مع ما ذكره كل من ماك أرثر وبالراد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، (واطسون Matson 1990)، (جودت Hawkins 1998)، (بيومي ٢٠٠٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، (ريمير Reamer & Brady & ١٩٨٨).

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

بالنسبة لاستراتيجية التعزيز الإيجابي تم توظيفها من خلال تجزئة مهام العناية بالذات المعرفية (النظرية) والعملية (الأدائية) إلى وحدات صغيرة، وتمكن 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 أرثر وبالارد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩). أما بالنسبة للمعزرّات فقد اعتمدت الدراسة الحالية في التعرف على المعزرّات 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 المعزرّات التي تثير اهتمام أطفالهم، وقد كان لذلك الإجراء فعالية كبيرة في زيادة احتمال تعلم مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية كالمعزرّات المادية (الحلوى، بطاقات التشجيع) والمعزرّات 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 أرثر وبالارد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩). كما كان تقديم التعزيز (مباشرة) فور صدور الاستجابة الصحيحة من طفل التوحد ضمن المجموعة التجريبية دور كبير في تثبيت سلوك العناية بالذات المرغوب فيه وتعزيزه، ومن الاجراءات المتّبعة خلال جلسات البرنامج التدريبي ولزيادة فعالية استراتيجية 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 بالتوالي مع استراتيجية النبذجة، وهذا التوجه يتفق مع ما أكدّه هجнер (Hegner 1992)، (واطسون ١٩٨٨)، (الخطيب ٢٠٠٧)، كما يتفق مع الاجراءات المتّبعة دراسة نيلسون وغرنتي وهولاندر (Nelson & Gergenti & Hollander 1980)، ودراسة ماك أرثر وبالارد ووارتيسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986)، ودراسة (بيومي ٢٠٠٨)، ودراسة (السلمي ٢٠٠٩).

أما بالنسبة لاستراتيجية النبذجة فقد تم توظيفها وبدقّة وفي الوقت المناسب بالتوالي مع استراتيجية 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 و قريب من ميول الطفل و حاجاته الخاصة وقدراته العقلية والمعرفية خلال مرحلة اكتساب وتعلم مهارات العناية بالذات، ثم الطالب 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 الإنقان في اكتساب وتعلم واستخدام مهارات العناية بالذات، حيث صممت الجلسات التدريبية بحيث كانت تتطلب عرض النموذج السلوكي لمهارات العناية بالذات المقدمة في كل هدف، وحيث الطفل التوحدى على حفظ ذلك النموذج السلوكي، وتشجيعه ليمتاز بقدرة على تأدية ذلك النموذج السلوكي، ثم تكرار النموذج السلوكي عدة مرات بالتوالي مع تقديم التعزيز الإيجابي المناسب...وهكذا، حتى الوصول إلى مستوى الإنقان، وهذا التوجّه يتفق مع ما أكد عليه باندورا (Bandura 1977)، (محروس وعبد الرحمن ١٩٩٨)، كما يتفق مع نتائج دراسة ماتسون (Matson 1990) التي بينت فاعلية النماذج السلوكية المباشرة لتنمية مهارات العناية بالذات لدى (٣ أطفال توحد، ٤ أطفال تحف عقلية)، 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 الاجراءات تتفق مع دراسة بريمير وبيردلي وهويكنس (Reamer & Brady & Hawkins, 1998, p134) التي بينت فاعلية النماذجية المباشرة المقدمة للطفل التوحدى في تعديل سلوك مهارات العناية بالذات، وتحقيق الاستقلالية له، ودفعه إلى مزيد من النمو وتعديل السلوك. كما تتفق مع دراسة ماك أرثر وبيردلي وآرتسيان (Macarthur & Ballard & Artesian 1986) التي بينت فاعلية تدريب الأطفال من ذوى الإعاقات النمائية على مهارات الطعام والشراب مستقلين بأنفسهم باستخدام نموذج عرضه المعلم عليهم مباشرة بواسطة الأم. كما تتفق مع نتائج دراسة بيرس وشيربمان (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 الواقع والمهمات المختلفة، وأن يحتفظوا بسلوكياتهم في مرحلة المتابعة.

د- بالنسبة لأساليب القياس: فقد كان لأساليب القياس (القبلية، البعدية المباشرة، البعدية التبعية) دور فاعل في كشف فاعلية البرنامج التدريبي، حيث تم تصميم مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى، 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 متosteات الرتب لكلا المجموعتين، حيث بينت المقارنات فاعلية 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 التوجّه 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 التبعي، هو الجلسة التدريبية الأولى المخصصة للتعرف والتي شارك فيها أولياء أمور أطفال التوحد، إذ كان لهذه الجلسة دورٌ كبير في تشجيع أولياء الأمور لأنباءهم للتعرف 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 دورٌ 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 السابق.

ثالثاً- توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ميدانية يمكن تحديد مجموعة من المقترنات التي يمكن الإفادة 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 ومراتب عمرية وتعليمية متقدمة، والتحقق من صدقها وثباتها، وبناء معايير لها تنساب البيئة المحلية السورية.
- ٣- تنظيم دورات تدريبية لمحظى 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 سوريا، 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 تقصر البرامج التدريب 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 يعانونها 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 الأضطرابات 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 الحالة الأولى من التعليم الأساسي، دراسة مسحية لعينة ممثلة لمختلف المناطق التعليمية في سوريا.
 - 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 سوريا.
 - 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 سوريا.
 - 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 سوريا.

مراجع الدراسة

مراجع الدراسة باللغة العربية

مراجع الدراسة باللغة الإنجليزية

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 النفسعصبية في أهم أمراض الأطفال النفسية والعصبية، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة عين شمس، 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 ٣٢٠٠٣م، 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 بالعرش، جامعة قناة السويس، مصر.
- الجلبي، 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.
- الحديدی، منى والخطيب، جمال (٢٠٠٥) : استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة ، ط١، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- حمودة، محمود (١٩٩٣) : الطب النفسي الطفولي 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 نليل 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.
- - الرواوي، فضيلة توفيق وحماد، آمال صالح (١٩٩٩): التوحد الإعاقة الخامضة، ط١، مؤسسة حسن بن علي للنشر، الدوحة، قطر.
- - رحمة، عزيزة (٢٠٠٤): فاعلية استخدام تحليل السلسل الزمنية وتحليل الانحدار في دراسة الذكاء لدى الأفراد من عمر سبع سنوات حتى ثمانى عشرة سنة، دراسة إحصائية ميدانية في محافظة دمشق، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
- - الزراع، نايف عابد إبراهيم (٤٢٠٠): قائمة تقدير السلوك التوحد 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، سميره عبد اللطيف (١٩٩٢): معاناتي والتوحد مرض التوحد أسبابه صفاتيه علاجه أفضل طرق التعليم، ط١، مطبعة الشويخ، الكويت.
- - السلمي، عبد الله مرشد (٢٠٠٩): فاعلية استخدام أساليب الإشراط الكلاسيكي لدى ثورنديك 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 نوى الحاجات الخاصة نوى الحاجات الخاصة المفهوم والفلات، 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 وأسبابه 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 تدريسي 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 والمحترفين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحيدي، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- عبد الله، قاسم (٢٠٠١) : الطفل التوحيدي أو الذواني الانطوائي 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) : إعاقة التوحد أو الاختلال، النشرة الدولية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (٤٥)، القاهرة، مصر.
- القربيويتي، 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.
- كركلي، عبد المجيد (١٩٨٦) : يافلوف 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 الأضطرابات النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)، ترجمة أحمد عكاشه ١٩٩٩م، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- مليكة، لويس كامل (١٩٩٨) : الصورة الرابعة العربية المعدلة من مقياس استانفورد بينيه لقياس وتقدير 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، سوريا.
- - 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 التوحيدي 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 سلوكي 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., & Courchene, 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.
- Happé, 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 publesing U.S, New Jersy; 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 follow 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 Burkhardt 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 Jugendarter.
- 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

References

- 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, instrucational programs, Branch 1991 p. 327.
 - Shah, A, & Frith, U.,(1993). Why DO Autistic Individuals Superior Performance on The Block Design Task ?, Journal Child Psychol. Psychiat., 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.
- University of Toledo, fifth edition

- Wolf, S. (1988). Psychiatric Disorder of Childhood in Kandell R.E. Zealley, (ED) Companion to Psychiatric Studies, London, Churchill Liungstone.
- 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 ومشكلتها:

تعتبر إعاقة التوحد (Autism) من أكثر الإعاقات صعوبة في التشخيص بالنسبة لكثيرٍ من العاملين في مجال التربية الخاصة، لتنوع مظاهرها السلوكية الشاذة من جهة، وتشابه أفرادها في المظهر الخارجي مع أقرانهم العاديين من جهة أخرى، وبعد كانر (Kanner 1943) أول من اكتشف هذا الأضطراب، وحدد ثلاثة مظاهر سلوكية مميزة له وهي: الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومحدوبيّة في مهارات التواصل اللفظي واللغة، وسلوكيات استحواذية مرتبطة باللعب التكراري النمطي، تظهر قبل عمر الثالثة. وقد بينت عدة دراسات أن تلك الخصائص النمائية المضطربة تعكس 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 إثارة تقدم فيها حتى عمر (٦-٣) 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 التوحيدي 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 بيئه الطفل المعاوّق، وخاصة المعزّزات المادية كالنقد والطعام، والمعزّزات المعنوية والاجتماعية كانتباه المعلم والابتسام، والمعزّزات النشاطية كاللعبة والرحلات. كما أن المكاسب المحققة من استخدام مدخل النظرية السلوكية (Behavior Approach) وفنانياتها العلاجية ذات قيمة عظيمة انعكست على تكيف الأطفال المعاقين لاسيما الأطفال التوحيديين، وساعدت على دمجهم مع أقرانهم العاديين في البيت والمدرسة والحي والمجتمع الكبير عموماً. كما بينت دراسات أخرى فاعلية النبذجة 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 وتقبّلهم لهم، وقد اعتبرت في بعض الحالات الشديدة أكثر أهمية من تدريب المهارات الأكاديمية، إذ تجنب الوالدين الإحراج الذي قد يسببه لهما الآباء ألم 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 البعدى المباشر لمهارات العناية بالذات؟.

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

السؤال الثالث: هل من فرق في أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدى المباشر والقياس التبعي 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 تتجاوز 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 استراتيجية النمذجة والتعزيز الإيجابي يغدو المربيين وأولياء الأمور ومن يقوم على رعاية طفل التوحد لتنمية مهارات العناية بالذات لديه، وما يرتبط به من أهمية الكشف والتدخل المبكر لاكتشاف الإعاقة ومعالجتها، الأمر الذي يحد من تطورها، بالإضافة إلى أهمية النتائج التي قد تقييد 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 القمامه في المكان المخصص لها، خطر حوادث قطع

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

٢- التتحقق من فعالية البرنامج التربوي (المصمم في الدراسة الحالية) في تربية مهارات العناية بالذات لدى أفراد المجموعة التجريبية من أطفال التوحد.

٣- التتحقق من استمرار أثر البرنامج التربوي (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 (١١ إلى ما دون ٨) سنة، مقسمين بالتساوي (١٢) فرداً للعينة التجريبية (٦ ذكور، ٦ إناث)، بالإضافة إلى (١٢) فرداً للعينة الضابطة (٦ ذكور، ٦ إناث)، من يعانون من درجات متقاربة من اضطراب التوحد، والتي توصف بأنها حالات توحد غير مرتبطة بتأخر 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 التجاري) الذي يعرف بأنه المنهج الذي يستخدم في الأبحاث التي لا يستطيع الباحث ضبط متغيرات الدراسة ضبطاً مطلقاً، وهو المنهج الذي يعتمد على تصميم القياسين القبلي البعدي، والقائم على استخدام مجموعتين تجريبية وضابطة، كما يراعي المنهج شبه التجاري ضبط الشروط المحيطة بالتجربة قدر الإمكان كتحديد زمن التجربة والعوامل الفيزيائية أثناء التطبيق والشروط السيكومترية للعينة بدقة قبل بدء التجربة، حيث تكون كل هذه العوامل متكافئة لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية، واستخدام الاختبارات والمقياسات التي تكون درجة صدقها وثباتها جيدة، والحرص على عزل المؤثرات غير الضرورية أو الطارئة على التجربة.

سادساً - إجراءات تنفيذ البرنامج التربوي:

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

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

سابعاً - نتائج الدراسة:

١- النتيجة الأولى: ظهر فرق دال إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدى المباشر على مقاييس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، وكان الفرق دالاً عند مستوى الدلالة الافتراضي (٠٠٥) وفق معادلة مان ويتنى (Man Whitney) لعينتين مستقلتين، وكان الفرق لصالح العينة التجريبية، مما يؤكد فاعلية البرنامج التدريسي بالنسبة للعينة التجريبية بمقارنة أداء أفرادها بأداء أفراد العينة الضابطة الذين لم يطبق عليهم البرنامج.

٢- النتيجة الثانية: ظهر فرق دال إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدى المباشر على مقاييس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، وكان الفرق دالاً عند مستوى الدلالة الافتراضي (٠٠٥) وفق معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، وكان الفرق لصالح التطبيق البعدى المباشر، مما يؤكد فاعلية البرنامج التدريسي بالنسبة للعينة التجريبية بمقارنة أداء أفرادها قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج مباشرةً.

٣- النتيجة الثالثة: لم يظهر فرق دال إحصائياً في متوسطات رتب المجموعة التجريبية بين القياس البعدى المباشر والقياس التبعي على مقاييس تقدير مهارات العناية بالذات للدرجة الكلية، حيث كان مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠٠٥) وفق معادلة ويلكوكسون (Wilcoxon) للعينة الواحدة، مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج التدريسي، وثبت التحسن في مجالات مهارات العناية بالذات التي سعى البرنامج التدريسي إلى تطبيقها لدى أفراد العينة التجريبية بين فترة انتهاء تطبيق البرنامج مباشرةً حتى مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريسي.

ملاحق الدراسة

الملحق رقم (١)

أسماء المحكمين و اختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم مقياس الدراسة

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

أسماء المحكمين و اختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم البرنامج التدريسي

الاختصاص	الدرجة العلمية	اسم المحكم
تربية خاصة	دكتوراه	د. سهاد مللي
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. خسان منصور
علم نفس تربوي	دكتوراه	د. كمال بلان
علم نفس صناعي	دكتوراه	د. عماد سعدا
تربية خاصة	دكتوراه	د. دانية القدس
تربية خاصة	دكتوراه	د. آذار عبد اللطيف
تقويم وقياس	دكتوراه	د. عزيزة رحمة
مدرية تأهيل و تربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم الاجتماع	منال صفية
مدرية تأهيل و تربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم النفس	إيمان حنكي
مدرس تأهيل و تربية لذوي متلازمة التوحد	إجازة في علم النفس	فادي البقرى

الملحق رقم (٢)

مقياس تقدير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحيدي
(إعداد الباحثة)

مقياس تقيير الخصائص التشخيصية للسلوك التوحد

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

رقم البند	المجال الأول القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة				
لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادراً (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائماً (٣)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران من نفس العمر الزمني.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران من نفس الجنس.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على أشراك الآخرين في الاهتمامات.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على تبادل مشاعر (الفرح أو الحزن) مع الآخرين.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على المبادرة للتحدث إلى الآخرين.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على تكوين صداقات والمحافظة عليها.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف القدرة على الإنصات لحديث الآخرين والاهتمام بما يقولونه.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يميل إلى أن يكون وحيداً.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لديه ارتباط بأشخاص محددين هم القادرين فقط على التواصل الاجتماعي معه وفهم مشاعره.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرفض المداعبة أو الملاطفة من قبل الآخرين وخاصة الغرباء.	
رقم البند	المجال الثاني الاسحابية				
لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادراً (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائماً (٣)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يميل إلى اللعب وحيداً.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يميل إلى الأكل وحيداً.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يميل إلى أن يكون صامتاً تماماً معظم الوقت حين يجلس في مكانه.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ينسحب من مواقف التناقض التحصيلي.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتهرب من المواقف الاجتماعية مع أقرانه.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتغيب عن الحالات العائلية أو الأنشطة المدرسية والمناسبات عموماً.	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرفض العناق البدني (الجسمي) ولا يقبل الضم والحمل.	٧
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف الثقة بنفسه وفي قدراته ومعلوماته.	٨
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ينسحب من محاولة مساعدة الآخرين له.	٩
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يحتاج إلى التشجيع والدعم المستمر لقيام بالنشاطات الاجتماعية.	١٠

المجال الثالث الاعتمادية	رقم البند				
		لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادرًا (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائماً (٣)
يحتاج لمن يذكره بواجباته المنزلية والمدرسية.	١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عندما يكلف بمهام معينة يبدي عدم استعداده للقيام بها وينتظر مساعدة الآخرين.	٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عندما يكلف بمهام معينة يبدي سلوكاً طفولياً لا يتاسب مع عمره ليبدي عجزه عن القيام بال مهمة الموكلة إليه.	٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يستعمل أيدي الآخرين كأدوات للوصول إلى الأشياء التي يرغب بالحصول عليها.	٤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمساعدة الآخرين لتناول الطعام مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	٥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمن يساعدته في ارتداء الملابس مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	٦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمن يساعدته في دخول الحمام مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	٧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمن يساعدته في ربط خيوط الحذاء مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	٨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمن يساعدته في غسل اليدين مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	٩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يحتاج لمن يساعدته في تنظيف الأسنان مع أنه غير عاجز عن فعل ذلك بمفرده.	١٠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المجال الرابع النشاط التخييلي	رقم البند				
		لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادرًا (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائماً (٣)
معظم الوقت شارد أو هائم.	١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يتحدث بلغة داخلية ذاتية غير مفهومة إلا من قبله.	٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يمارس أنماط من السلوك لا تتطابق مع الواقع.	٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
يمارس حركات طقوسية تخيلية غير وظيفية.	٤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عند قيامه باللعب بدمية معينة لا يضيف أفكاره ومشاعره إلى اللعبة أو	٥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

رقم البند	المجال الخامس السلوك التكراري والإصرار على الروتين					المجال الخامس السلوك التكراري والإصرار على الروتين
	لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادراً (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائمًا (٣)		
١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يكرر بعض الأنماط السلوكية بشكل دائري غير هادف وغير وظيفي (كهز الرأس وهز الأكتاف).
٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يردد كلمة أو جملة سمعها سابقاً بشكل بيغاوي غير هادف وغير وظيفي.
٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يلعب بالأشياء التي تقع بيده بشكل دائري غير هادف وغير وظيفي (كأن يقوم بتدوير القلم بين يديه دون هدف).
٤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يتتجول باستمرار في نطاق ضيق ضمن المكان الذي يتواجد فيه.
٥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يحملق في فضاء الغرفة دون سبب مفهوم للآخرين.
٦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		لا يبدي رغبة في تغيير روتين التنشاطات اليومية.
٧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		لا يبدي رغبة في تغيير معلم وترتيب البيئة المحيطة من حوله.
٨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يظهر عليه الاتصال المتكرر والزائد بأجزاء الأشياء والتفاصيل الموجودة فيها.
٩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يفضل تناول نوع واحد من الطعام وبشكل متكرر.
١٠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يفضل النوم في مكان واحد وبشكل متكرر، ويبدي غضبه من تغيير مكان النوم.

رقم البند	المجال السادس القصور النوعي في التواصل غير اللغوي					المجال السادس القصور النوعي في التواصل غير اللغوي
	لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادراً (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائمًا (٣)		
١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		لديه صعوبة ظاهرة في استخدام التعابير الوجهية للمواقف السارة كالابتسام.
٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		لديه صعوبة ظاهرة في استخدام التعابير الوجهية للمواقف المحزنة كالعجبos.
٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		لديه صعوبة ظاهرة في فهم التعابير الوجهية الصادرة عن الآخرين في المواقف السارة.

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

رقم البلد	المجال السابع القصور النوعي في التواصل اللفظي	لا تحدث أبداً (صفر)	تحدث نادراً (١)	تحدث بصورة متقطعة (٢)	تحدث دائماً (٣)
١	لديه صعوبات في عملية الإنصات إلى الآخرين الذين يتحدثون إليه.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢	يقتصر في إجابته عن الأسئلة الموجهة إليه بقوله (نعم) أو (لا) حتى ولو كانت الإجابة تتطلب شرح التفاصيل.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٣	لديه صعوبات متعلقة بتنظيم الكلمات والتعبير عن الأفكار بجمل كاملة مفهومة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٤	ينطق جملًا غير صحيحة من الناحية الفواعدية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥	يستخدم جملًا طويلة ومعقدة للتعبير عن الأفكار أو الحاجات.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٧	الترديد الببغاوي لكلها شخص آخر بحذافيرها بطريقة غير وظيفية ولا هدف لها ولا تخدم عملية التواصل (المصادفة).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٨	يواجه مشكلات في الاستخدام الاجتماعي للغة المتمثلة في اختيار الكلمات المناسبة للمواقف الاجتماعية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٩	الاستخدام الخاطئ للضمائر (كان يستخدم أنت بدلاً من أنا، أو قد يستخدم أنت بدلاً من أنت).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٠	الاستخدام الخاطئ للظروف الزمنية (كان يستخدم اليوم بدلاً من غداً، أو العكس).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

الملحق رقم (٣)

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

مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى

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

مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى داخل المنزل

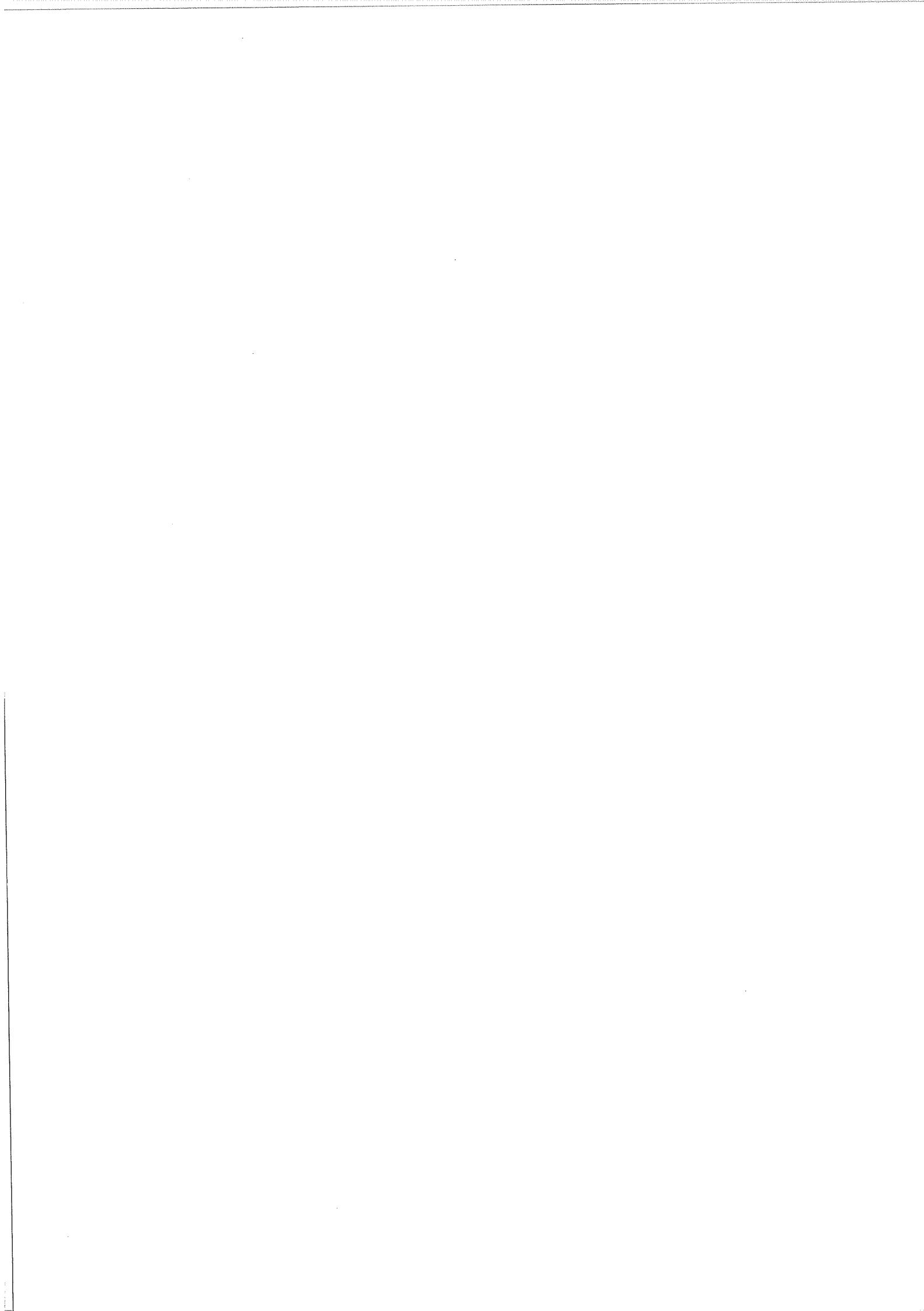
رقم البند	المجال الأول مهارات استخدام أدوات تناول الشراب				
	لا أبداً (صفر)	نادراً (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)	
١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمى الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إيريق) بدقة.
٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يعدد الطفل بعضاً من استخدامات أدوات تناول الشراب (كوب - إيريق) بدقة.
٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستعمل الطفل أدوات تناول الشراب (كوب - إيريق) بنجاح.
رقم البند	المجال الثاني مهارات استخدام أدوات تناول الطعام				
	لا أبداً (صفر)	نادراً (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)	
١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمى الطفل أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بدقة.
٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يعدد الطفل استخدامات كل من أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بدقة.
٣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستعمل الطفل أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح.
رقم البند	المجال الثالث مهارات تنظيف الأسنان				
	لا أبداً (صفر)	نادراً (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)	
١	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمى الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - معجون الأسنان) بدقة.
٢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يحدد الطفل وظيفة أدوات تنظيف الأسنان (فرشة - معجون الأسنان) بدقة.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستخدم الطفل أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة - مجون الأسنان) بنجاح.	٣
	نادرًا (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)		المجال الرابع مهارات ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها	رقم البند
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يسمى الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة.	١
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يحدد الطفل وظيفة الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بدقة.	٢
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يرتيب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) بنجاح.	٣
	نادرًا (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)		المجال الخامس مهارات غسل الوجه واليدين بالماء والصابون	رقم البند
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يسمى الطفل الأدوات التي تستخدم في غسل الوجه واليدين (الماء - الصابون) بدقة.	١
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يحدد الطفل أهمية غسل الوجه واليدين بالماء والصابون بدقة.	٢
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يغسل الطفل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح.	٣
	نادرًا (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)		المجال السادس مهارات استعمال الهاتف	رقم البند
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يسمى الطفل أجزاء الهاتف (السماعة، القرص، مكرفون التحدث) بدقة.	١
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يحدد الطفل أهمية الهاتف في عملية الاتصال بدقة.	٢
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يستخدم الطفل الهاتف في عملية الاتصال بنجاح.	٣
	نادرًا (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)		المجال السابع مهارات استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره	رقم البند
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يسمى الطفل أجزاء فرن الغاز (جرة الغاز، الشعلة، مفتاح التشغيل...) بدقة.	١
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		يحدد الطفل وظيفة الغاز في المنزل بدقة.	٢

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستخدم الطفل فرن الغاز بأمان.	٣
لا أبداً (صفر)	نادرًا (١)	بصورة متقطعة (٢)	دائماً (٣)	المجال الثامن مهارات استعمال المآخذ الكهربائية والحفظ على السلامة الشخصية من خطرها	رقم البند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمي الطفل أجزاء المآخذ الكهربائية الداخلية والخارجية بدقة.	١
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يحدد الطفل وظيفة المآخذ الكهربائية ووظيفتها في المنزل بدقة.	٢
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستخدم الطفل المآخذ الكهربائية الداخلية والخارجية بأمان.	٣

مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحيدي خارج المنزل

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المجال الأول مهارات التعرف على إشارات المرور وتحديد أهميتها والتقييد بها أثناء السير في الشارع	رقم البند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمي الطفل ألوان إشارات المرور (الأحمر - الأصفر - الأخضر) لكل من السيارات والمشاة.	١
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يحدد الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بدقة.	٢
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتبع الطفل الخطوات السليمة لقطع الشارع والتقييد بإشارات المرور الخاصة بالسيارات والخاصة بالمشاة بأمان.	٣
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المجال الثاني مهارات رمي القمامنة في المكان المخصص لها	رقم البند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسمي الطفل الأدوات التي تستخدم لرمي القمامنة (كيس - سلة - حاوية) بدقة.	١
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يحدد الطفل وظيفة الأدوات التي تستخدم لرمي القمامنة (كيس - سلة - حاوية) بدقة.	٢
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستعمل الطفل الأدوات التي تستخدم لرمي القمامنة (كيس - سلة - حاوية) بنجاح.	٣





الملحق رقم (٤)

اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن

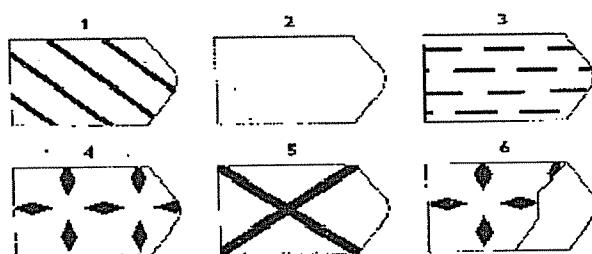
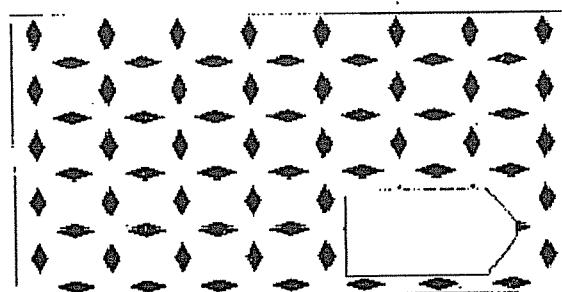
اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن Raven النسخة المعدلة
SPM PLUS ترجمة وتقدير عزيزة رحمة (2004).

مقياس المصفوفات المتتابعة المعيارية

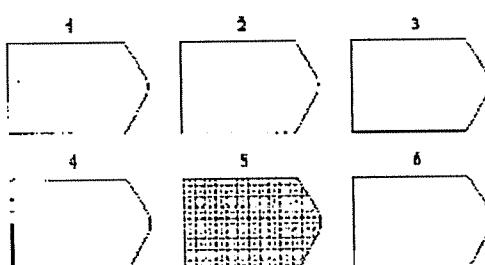
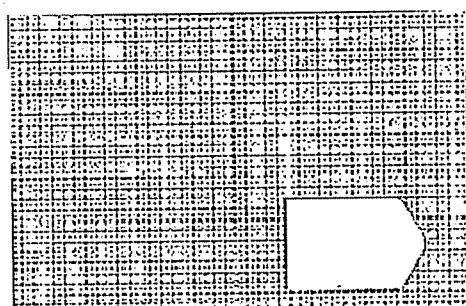
RAVEN, S
PROGRESSIVE MATRICES
SPM Plus SETS A - E

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

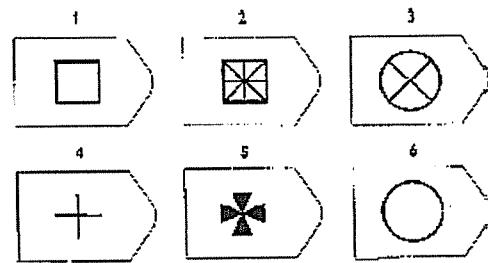
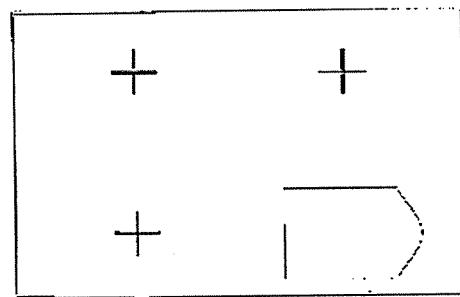
A1



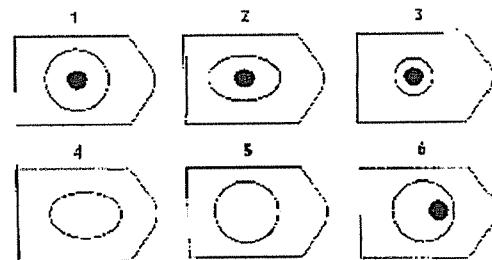
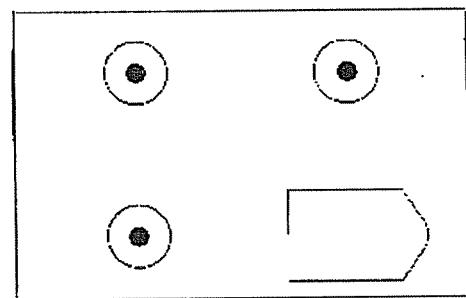
A2



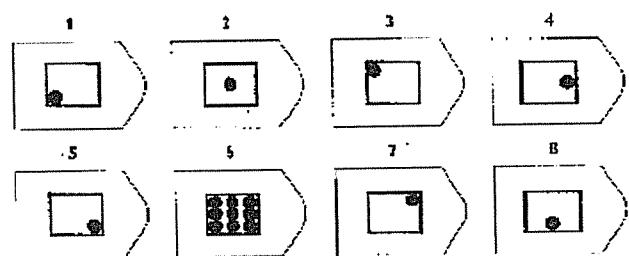
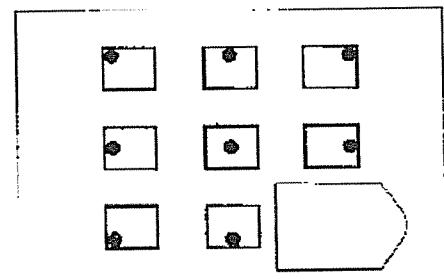
B1



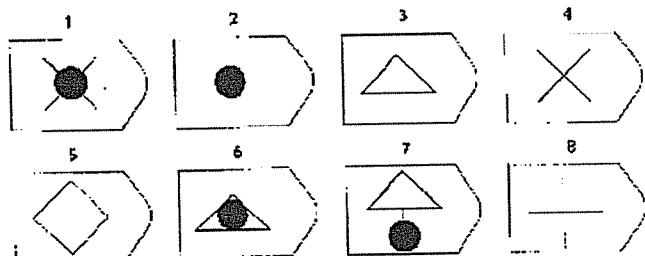
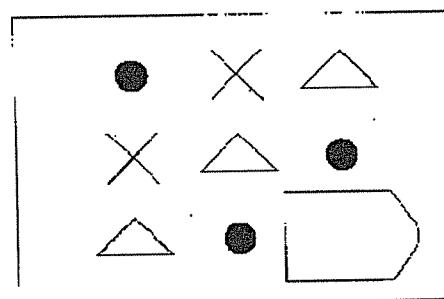
B2



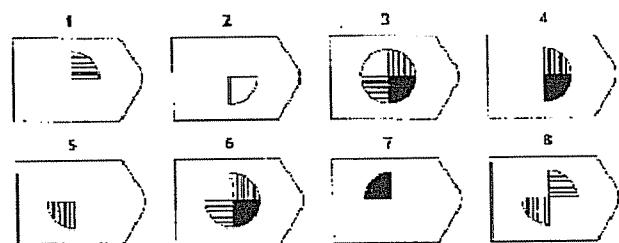
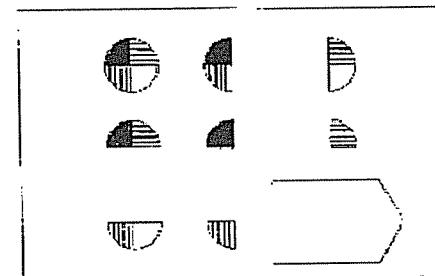
C1



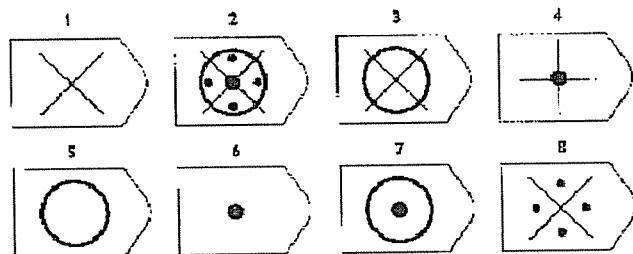
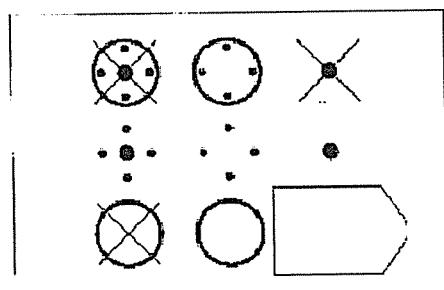
C2



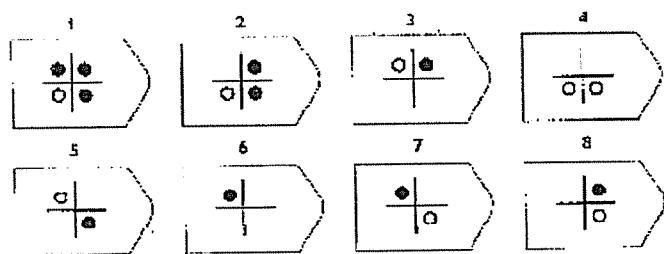
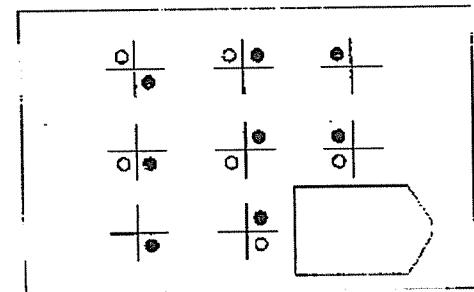
D1



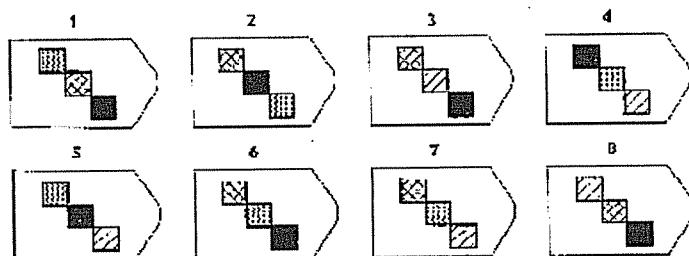
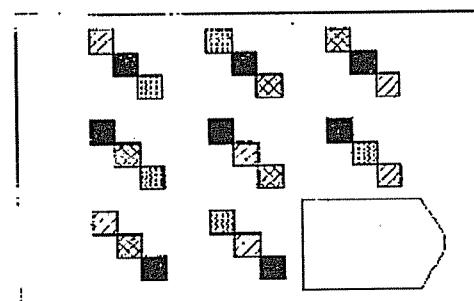
D2



E1



E2



الملحق رقم (٥)

**جلسات البرنامج التدريسي 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	الاهداف الفرعية
الاهداف العامة للأطفال التوحد للمشاركة في برنامج التدريسي لمهارات العناية بالذات (٤٥) دقيقة	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 التدريسي القادمة.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتغذية 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 المشاركون في البرنامج التدريسي.	
الإجراء رقم (٢): يعرف المعلم عن نفسه أمام أطفال التوحد، ثم يخبرهم بأنه هو المعلم الذي سيتولى تعليمهم مهارات العناية بالذات بطريقة جديدة ومحببة وملائحة بالمثيرات والتسويق، 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، ولا بد للمعلم من تشجيع الأطفال المشاركون 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) مباشرةً 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، ولا بد 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 التدريسي 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 التشجع والحماسة عليهم للمشاركة في جلسات البرنامج التدريبي القادمة بنسبة لا تقل عن (١٠٠%) لدى جميع أفراد العينة.	
تعرف المعلم على أهم نواحي القصور في مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريبي من الأطفال أنفسهم أو من أولياء أمورهم.	الهدف الفرعي الثاني
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك	الأسئلة والمناقشة
معززات مادية (حلوى، بطاقات التشجيع)، معززات معنوية (ابتسام، تشجيع، مشاركة اجتماعية). الوسائل التعليمية	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني <p>الإجراء رقم (١) : يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ويحاول شد انتباهم 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 والإبتسام وبيث الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفعالة)، وعند استجابة الطفل التوحيدي 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 موجودة 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 المنعزلين 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.</p> <p>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.</p>	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني تتمكن 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.	
تعريف أطفال التوحد وأولياء أمورهم بالأهداف العامة والخاصة لجلسات البرنامج التدريبي القادمة لتنمية مهارات العناية بالذات داخل المنزل وخارج المنزل.	الهدف الفرعي الثالث
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ

العرض	استراتيجيات تعديل السلوك
<p>معززات مادية (حلوى، بطاقات التشجيع)، معززات معنوية (ابتسام، تشجيع، مشاركة اجتماعية)، الوسائل التعليمية التي ستنستخدم في البرنامج التدريبي.</p>	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعى الثالث	
<p>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 تلخص في :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 غسل الوجه واليدين بالماء والصابون. - تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها. - تنمية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامنة في المكان المخصص لها. - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف. - تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال المأخذ 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 إشارات المرور وتحديد أهميتها والتقييد بها أثناء السير في الشارع. <p>ويقدم المعلم شروحات إضافية في حال وجه له أي سؤال من قبل أطفال التوحد أو أولياء الأمور.</p>	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث	
<p>تمكين أطفال التوحد من الاطلاع على الهدف العام والأهداف السلوكية الفرعية للبرنامج التدريبي المتوقع تحقيقها لدى التلاميذ المشاركين في البرنامج.</p>	
<p>ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١) لا ضير من استخدام المعلم للهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.</p>	

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.

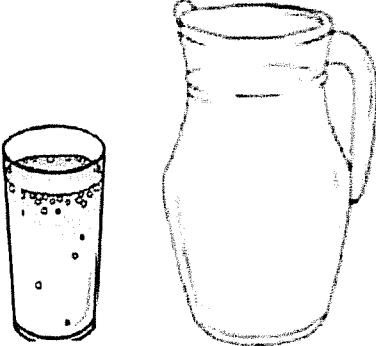
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

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

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، أدوات تناول المشروبات الكوب والإبريق).

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

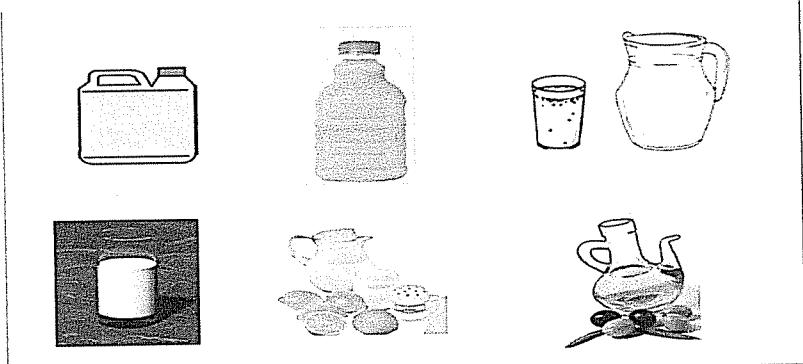
الجلسة رقم (٢)	
تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق). ١٥ دقيقة	الهدف الفرعي الأول زمن التنفيذ
النماذج و التعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(كوب - إبريق)	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريبي.</p> <p>الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من الكوب والإبريق أمام أطفال التوحد، وينظر 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 توحيدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوز معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	
	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول	
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تناول المشروبات (كوب-إبريق).	الهدف الفرعي الثاني
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النماذج و التعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(كوب - إبريق) + صور توضيحية	الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم 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، ولابد 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)، ببطاقات التوضيح رقم (١) مترافقاً مع 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.

بطاقة توضيح رقم (١)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

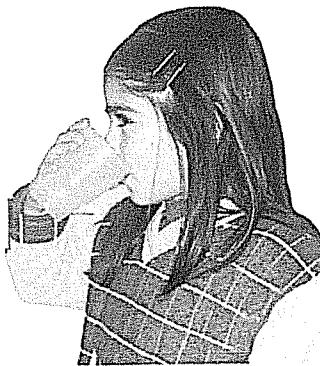
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر استخدامات أدوات تناول المشروبات (الكوب - الإبريق) بنجاح لا يقل عن (٩٠%).

الهدف الفرعي الثالث	أن يستخدم الطفل التوحيدي أدوات تناول المشروبات (كوب - إبريق) بنجاح.
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النمذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(كوب - إبريق)	الوسائل التعليمية
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 نقلية ما قام به وتمثل 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 توحدي، ولابد 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 يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية الفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلهف 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 التوحدي، ولابد 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 نقلية 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 ضير من استخدام المعلم للهجة 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 (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).

ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحيدي أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح.

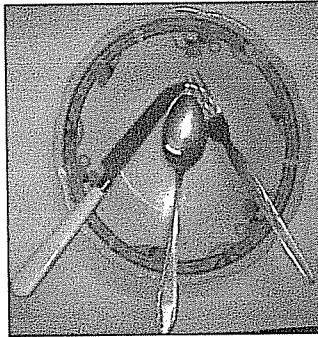
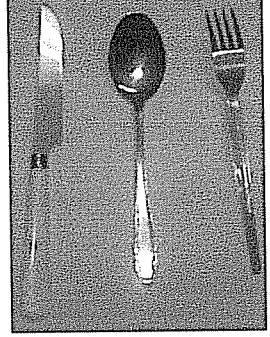
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

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 (ملعقة وسكين وشوكة وصحن)).

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

الجلسة رقم (٣)	
تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) (٤٥ دقيقة)	الهدف العام
أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(ملعقة - شوكة - سكين - صحن)	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريسي.</p> <p>الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (الملعقة - الشوكة - السكين - الصحن) أمام أطفال التوحد، وينظر 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) متزامناً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحيدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	
	
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول	
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).	
أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن).	الهدف الفرعي الثاني
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(ملعقة - شوكة - سكين - صحن) + صور توضيحية	الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم عند عرضه استخدامات أدوات تناول الطعام (ملعقة - شوكة - سكين - صحن)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (الملعقة 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 (ملعقة - 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، ولابد 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 (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) والتي تتمثل بقطيع الأطعمة (السكين)، ووضعها في الفم (الشوكة - الملعقة)، سكب الطعام (الصحن)، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر استخدامات أدوات تناول الطعام (ملعقة - 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، ولابد 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 (ملعقة - شوكة - سكين - صحن) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

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

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١): ينتقل 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 وتمثل 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، ولابد 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 يبيت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى الملعقة والصحن وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للأطفال: 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، ولابد 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 التعزيز 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): ينتقل 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 وتمثل 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، ولابد 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 يبيت المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى السكين والطعام وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك السكين هكذا ونقطع الطعام هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي

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

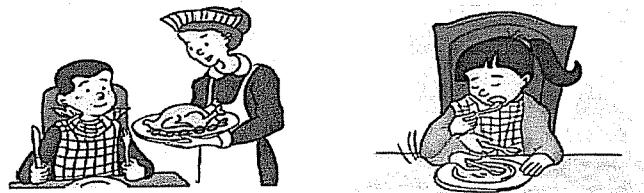
الإجراء رقم (٦): يقوم المعلم بتوزيع مجموعة من السلاسل البلاستيكية على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٥)، مع ضرورة تقديم المعلم للتعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة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

الإجراء رقم (٧): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الشوكة والصحن ملعقة لتناول الطعام، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك الشوكة باليدي اليمنى هكذا والصحن على الطاولة هكذا ونأكل هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثل تناول الطعام بالشوكة من الصحن 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 توتحدي، 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 بيئ المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية الفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلطف إلى الشوكة والصحن وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الشوكة هكذا ونأكل هكذا من الصحن، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحد، 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 (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.

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 صير 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 تقدمي 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 (تشجع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

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

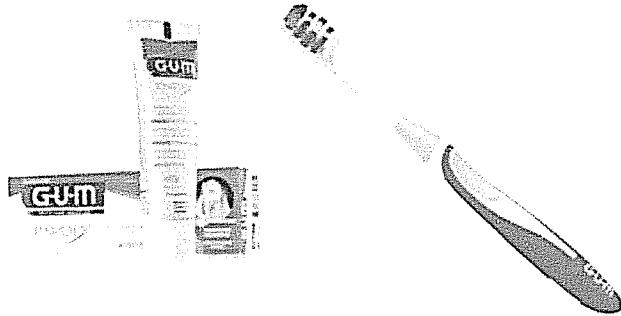
٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الرابعة.

الجلسة رقم (٤)

تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك النماذجة 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 المشاركون في البرنامج التدريبي.

الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) أمام أطفال التوحد، ويدرك أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان)، يقدم المعلم التعزيز المادي (الخطوي، 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 (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

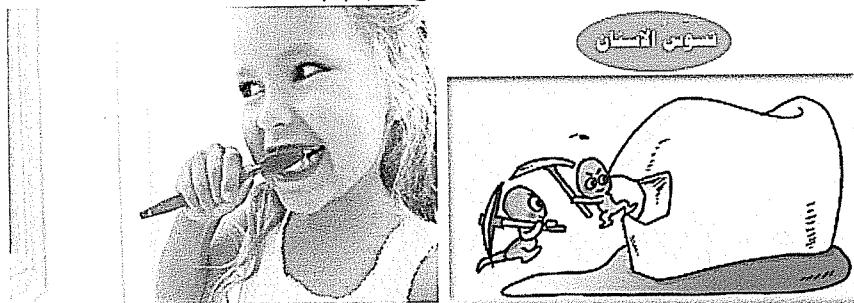
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يذكر الطفل التوحيدي استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).	الهدف الفرعي الثاني
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك النماذجة والتعزيز الإيجابي	الوسائل التعليمية
(فرشاة أسنان - معجون أسنان) + صور توضيحية	إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١) : ينتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم عند عرضه استخدامات أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (فرشاة الأسنان و معجون الأسنان) لتنظيف بقايا الطعام التي يبقى أثراً لها 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، الإيجاب، المشاركة المجتمعية) مباشرةً 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 (٤)



المخرجات النهائية للهدف السلوكى الثاني

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

أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) وتقليل سلوك تنظيف الأسنان بنجاح.	الهدف الفرعي الثالث استراتيجيات تعديل السلوك
---	---

١٥ دقيقة

زمن التنفيذ

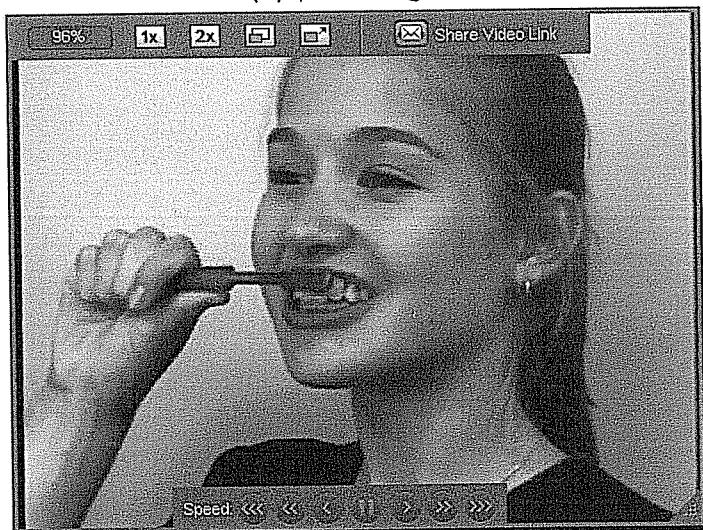
النمذجة والتغذية الإيجابية (فرشاة أسنان - معجون أسنان) + مقطع فيديو	الوسائل التعليمية
--	--------------------------

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١) : ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج بلاستيكية من (فراشي الأسنان ومعجون الأسنان)، ثم يهئ المعلم أطفال التوحد لمشاهدة عرض تقدمي 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، ولننقد 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 وتمثل 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، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاب 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 لفرشاة والمعجون لتنظيف أسنانه، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية المشاركة الإيجابية والفعالة، 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 باليدي اليمنى هكذا ومعجون الأسنان باليدي 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، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاب 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 (٩٠%).

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

الجلسة رقم (٥)

١- الهدف العام:

تنمية 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 ينفّذ الطفل التوحيدي أسنانه باستخدام أدوات تنظيف أسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان) حقيقة بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعزّزات: معزّزات معنوّية (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 التدريبيّة الخامسة.

الجلسة رقم (٥)	
تنمية مهارات أطفال التوحد لاستخدام أدوات تنظيف الأسنان (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان) (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يتذكر الطفل التوحيدي كيفية تنظيف الأسنان باستخدام (فرشاة الأسنان - معجون الأسنان).	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
المذجحة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(فرشاة أسنان - معجون أسنان)	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريبي.</p> <p>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 أثراها على الأسنان وتؤدي إلى تسوسها فيما بعد نتيجة للإهمال، 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: نستخدم (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) لتنظيف بقايا الطعام التي يبقى أثراها على الأسنان وتؤدي إلى تسوسها فيما بعد نتيجة للإهمال، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p> <p>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، ونننظف الأسنان هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، 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، ونننظف الأسنان هكذا، يقدم المعلم التعزيز المادي (الحلوى، بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ثم يطلب المعلم من بقية أطفال التوحد تكرار ما قام به الطفل، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	

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 (١٠%).

أن ينفظ الطفل التوحيدي أسنانه باستخدام أدوات تنظيف أسنان (فرشاة أسنان - معجون أسنان) حقيقة بنجاح.	الهدف الفرعي الثاني زمن التنفيذ استراتيجيات تعديل السلوك
٣٠ دقيقة	الوسائل التعليمية (فرشاة أسنان - معجون أسنان) + مغسلة
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	

الإجراء رقم (١): يتقل 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) حقيقة، حيث يقول المعلم للأطفال: سذهب الآن إلى حمام المدرسة وتنظف أسناننا هناك باستخدام (فرشاة الأسنان ومعجون الأسنان) حقيقة، 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 متلماً يفعل هو، وخلال ذلك يبيث 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، وتنظف الأسنان باستخدام الفرشاة هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولابد 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)
حقيقة بنجاح لا يقل عن (١٠٠٪)

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٥) لا ضير من استخدام المعلم للهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطقية 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 التوحيدي أدوات تنظيف الوجه واليدين (الماء - الصابون - المنشفة) وأهميتها.
 - ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام الماء والصابون في غسيل الوجه واليدين.
 - ب- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحيدي 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 (تشجع، 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)	
تنمية مهارات أطفال التوحد لغسل الوجه واليدين بالماء والصابون. ٤٥ دقيقة	الهدف العام
أن يذكر الطفل التوحيدي أدوات تنظيف الوجه واليدين (الماء - الصابون) وأهميتها.	الهدف الفرعي الأول
١٠ دقائق	زمن التنفيذ
التدجية والتعزيز الإيجابي (صابون - ماء - منشفة)	استراتيجيات تعديل السلوك
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	الوسائل التعليمية
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التربوي.</p> <p>الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من (الصابون - الماء - المنشفة) أمام أطفال التوحد، وينكر 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، الإبتسام، 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.</p>	
بطاقة توضيح رقم (٥)	
<p>الإجراء رقم (٣): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم 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، فغسيل الوجه واليدين بالماء والصابون يحمينا من انتقال الأمراض إلينا فيما بعد نتيجة للإهمال، فلابد من غسل الوجه واليدين ثلاث مرات على الأقل كل يوم، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم</p>	

عن أهمية أدوات غسل الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة)، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً 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

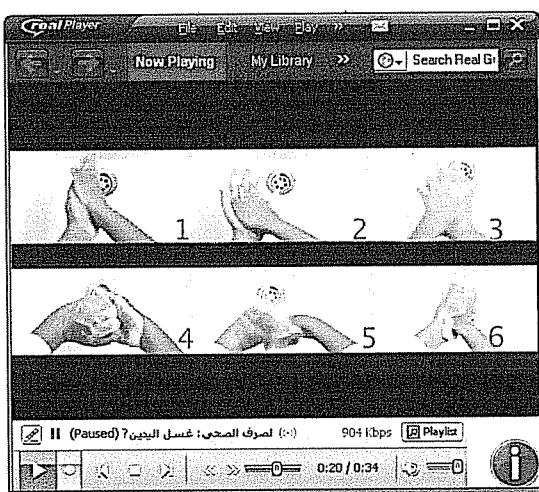
رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أدوات غسل الوجه واليدين (الصابون - الماء - المنشفة) وأهميتها بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

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

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): يتنتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج مصغرة من (الصابون - المنافس)، ثم يهئ المعلم أطفال التوحد لمشاهدة عرض تقدمي لمقاطع فيديو عن كيفية غسيل الوجه واليدين بالماء والصابون، حيث يقول المعلم للأطفال: لنمسك بالصابون هكذا، ولنقلد ما يقوم به الطفل من حركات أنشاء غسيل 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 وتمثل سلوك غسيل الوجه واليدين بأيديهم، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً 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.

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 وجرهما بلطف نحو الصابون وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بالصابون هكذا ونغسل الوجه واليدين بالصابون والماء هكذا، ثم نجف الوجه واليدين بالمنشفة هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مبادرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد 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.

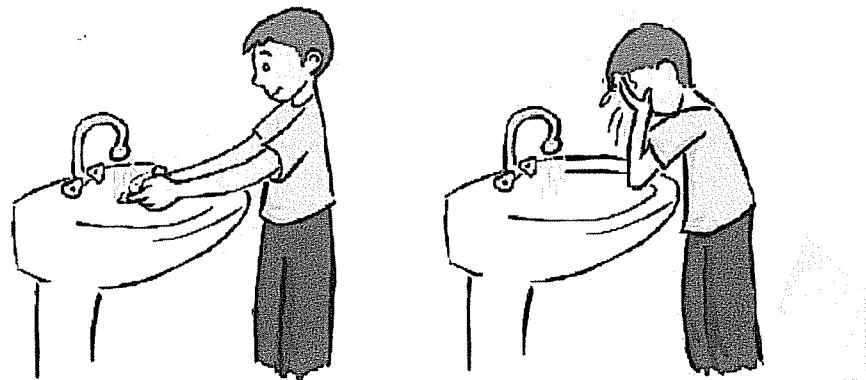
أن يستخدم الطفل التوحيدي الماء والصابون في غسيل الوجه واليدين أمام المغسلة بنجاح.	الهدف الفرعى الثالث
٢٠ دقيقة	زمن التنفيذ
المنذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(صابون - منشفة) + المغسلة	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعى الثالث	

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 للتجميف، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مبادرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: نستخدم (الماء والصابون) والمنشفة للتجميف، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولابد 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 وآداء سلوك غسيل الوجه واليدين متلماً يفعل هو، وخلال ذلك يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على غسيل وجههم وأيديهم بلطف الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك بالصابون هكذا، ونغسل والجوه واليدين بالماء هكذا، ونجف الوجه واليدين بالمنشفة هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام،

المشاركة الاجتماعية) مباشرةً فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند تقلبيتهم سلوك غسل الوجه واليدين بالماء والصابون بنجاح لا يقل عن (٩٠٪).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٦) لا ضير من استخدام المعلم لهجة 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 التوحيدي 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.

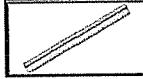
٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، 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)	
تنمية مهارات أطفال التوحد في ترتيب الأقلام والدفاتر والكتب والاعتناء بنظافتها وسلامتها (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يذكر الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) وأهميتها.	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك	الوسائل التعليمية
النموذجية والتعزيز الإيجابي	(الأقلام - الدفاتر - الكتب... قرطاسية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التربوي.</p> <p>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 المجتمعية) 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.</p>	
       	
<p>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 وتنظيمها 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 المجتمعية) 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.</p>	

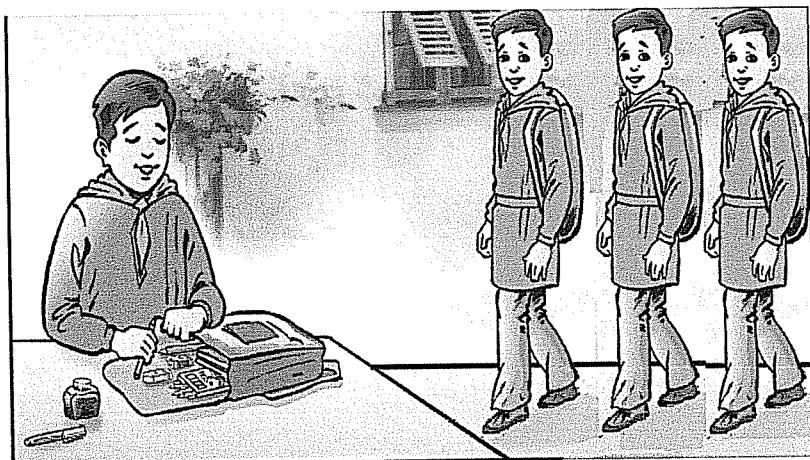
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) وأهميتها في عملية التعليم بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يرتب الطفل الأدوات التي تستخدم في التعليم (الأقلام - الدفاتر - الكتب) داخل الحقيقة المدرسية.	الهدف الفرعى الثاني داخل الحقيقة المدرسية.
٣٠ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعى الثاني	

الإجراء رقم (١): يتنتقل المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم عند عرضه كيفية ترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيقة المدرسية، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم الحقيقة المدرسية لوضع (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) التي تحتاجها للتعلم في المدرسة هكذا الواحدة تلو الأخرى، الأقلام هنا، الكتب هنا.. إلخ، ثم نغلق الحقيقة هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك ترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيقة المدرسية، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز 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.

الإجراء رقم (٢): يقوم المعلم بالطلب من أحد أطفال التوحد وأمام بقية زملائه بترتيب (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) داخل الحقيقة المدرسية، وخلال ذلك يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما بلهف إلى الحقيقة و(الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) وجعله يرتبها بنفسه باستخدام كلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نستخدم الحقيقة المدرسية لوضع (الأقلام - الدفاتر - الكتب.. القرطاسية) التي تحتاجها للتعلم في المدرسة هكذا الواحدة تلو الأخرى، الأقلام هنا، الدفاتر هنا، الكتب هنا.. إلخ، ثم نغلق الحقيقة هكذا، يقدم التعزيز التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحدي، ولابد 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 الحقيقة المدرسية، بنجاح لا يقل عن (%) ١٠٠.

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٧) لا صير من استخدام المعلم لهجة الحامية 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 القمامنة في المكان المخصص لها.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي وظيفة السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامنة لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتها من الأمراض والحفاظ على جمال المكان.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامنة في المكان المخصص لها.

ب- الهدف الفرعي الثالث: أن يستخدم الطفل التوحيدي السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامنة داخل المنزل وخارج المنزل للتخلص من الفضلات الضارة والحفاظ على جمال المكان بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

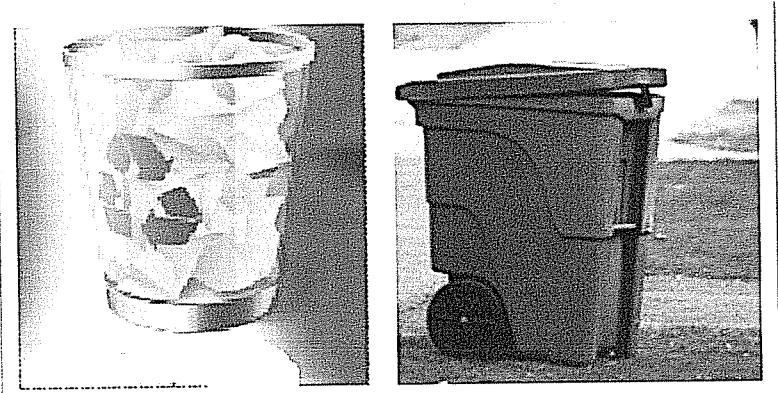
٤- استراتيجيات تعديل السلوك: التمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: الصور، مجسمات، سلة قمامنة، حاوية قمامنة، مقطع فيديو.

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

الجلسة رقم (٨)

الهدف العام تربية مهارات أطفال التوحد في رمي القمامه في المكان المخصص لها. (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول أن يذكر الطفل التوحيدي وظيفة السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتنا من الأمراض والحفاظ على جمال المكان.
زمن التنفيذ ١٠ دقائق
استراتيجيات تعديل السلوك النمذجة والتغذية الإيجابي
الوسائل التعليمية صور ومجسمات لسلات وحاويات رمي القمامه
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريبي. الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم كلاً من صور (السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه) أمام أطفال التوحد، ويذكر أسماءها أمامهم، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر إعادة ذكر أسماء (السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه)، 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.
بطاقة توضيح رقم (٦) 
الإجراء رقم (٣): يتلقى المعلم بين أطفال التوحد داخل غرفة الصف، ثم يعمل على شد انتباهم عند عرضه أهمية (السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه)، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم (السلات والحاويات) لرمي الفضلات التي تختلف من بقايا الطعام، أو من تنظيف الأشياء، أو من الأشياء التالفة... إلخ، والتي قد تسبب تكاثر الجراثيم والأمراض والقوارض إذا ما تركناها في المنزل أو الحي، وذلك يحمينا من انتقال الأمراض إلينا فيما بعد نتيجة لإهمالها، كما يحافظ على جمال المكان، لذلك لابد من رمي الفضلات في سلات وحاويات القمامه بعد تجميعها في أكياس خاصة، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد تلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية (السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه)، 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 ممكн من أطفال التوحد.

بطاقة توضيح رقم (٧)



المخرجات النهائية للهدف السلوكى الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر وظيفة السلات والحاويات المخصصة لرمي القمامه لكل من المنزل والحي وأهميتها في حمايتنا من الأمراض والحفاظ على جمال المكان بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يشاهد الطفل التوحدي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامه في المكان المخصص لها.

الهدف الفرعى الثانى

١٥ دقيقة

زمن التنفيذ

التدجنة والتعزيز الإيجابى

استراتيجيات تعديل السلوك

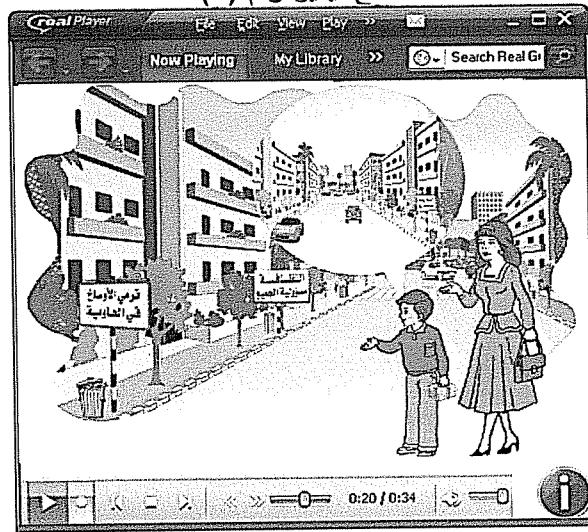
مقطع فيديو

الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعى الثاني

الإجراء رقم (١): يتلق المعلم بين أطفال التوحد ثم يهئهم لمشاهدة عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية رمي القمامه والفضلات في الأماكن المخصصة لها (السلات وحاويات القمامه)، حيث يقول المعلم للأطفال: لنشاهد ما يقوم به الطفل ووالدته في مقطع الفيديو، ولنتعلم منهم كيفية الحفاظ على الحي والمنزل نظيفاً من خلال رمي القمامه 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 يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (١) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكн 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 القمامه في سلة المهملات الموجودة في الصف كما شاهد ذلك في مقطع الفيديو، وخلال ذلك يبث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل ويجرها ببطء نحو كيس القمامه ثم يصطحبه إلى سلة المهملات الموجودة في الصف ورمي الكيس فيها، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك بكيس القمامه هكذا، ونرميه في سلة المهملات هكذا بالصابون هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد 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 القمامه في المكان المخصص لها في سلة المهملات داخل الصف بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يستخدم الطفل التوحيدي السلاط والحاويات المخصصة لرمي القمامه داخل المنزل وخارج المنزل للتخلص من الفضلات الضارة والحفاظ على جمال المكان بنجاح.

الهدف الفرعي الثالث

زمن التنفيذ

النمذجة والتعزيز الإيجابي

استراتيجيات تعديل السلوك

(أكياس قمامه - حاوية قمامه في المدرسة)

الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث

الإجراء رقم (١): يهئي المعلم أطفال التوحد للذهاب إلى باحة المدرسة والعمل على تنظيفها مما قد ينواجد فيها من قمامه.

الإجراء رقم (٢): وفي باحة المدرسة يوزع المعلم على أطفال التوحد أكياس سوداء مخصصة لرمي القمامه،

ومن ثم يطلب منهم تذكر ما شاهدوه في مقطع الفيديو عن كيفية جمع القمامات في الكيس وشده ثم رميها في حاوية القمامات، ثم يبادر المعلم أولاً وأمام أطفال التوحد بأداء سلوك جمع القمامات من باحة المدرسة، ثم وضعها في الكيس الأسود، ثم رميها في حاوية القمامات، ثم يعمل على تشجيع أطفال التوحد على تقليده وأداء سلوك جمع القمامات ووضعها في الكيس ورميها في الحاوية، خلال ذلك يبيث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثهم على جمع القمامات ووضعها في الكيس ورميها في الحاوية بلطف الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك بكيس القمامات هكذا، ونجمع الأوساخ في داخله هكذا، ونشد هكذا، ونرميه في سلة المهملات هكذا، وخلال ذلك يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوز معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد عند تقليدهم سلوك جمع القمامات في الكيس ورميها في الحاوية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (٨) لا ضير من استخدام المعلم للهجة 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- السمعة - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ويدرك 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 (تشجع، 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.

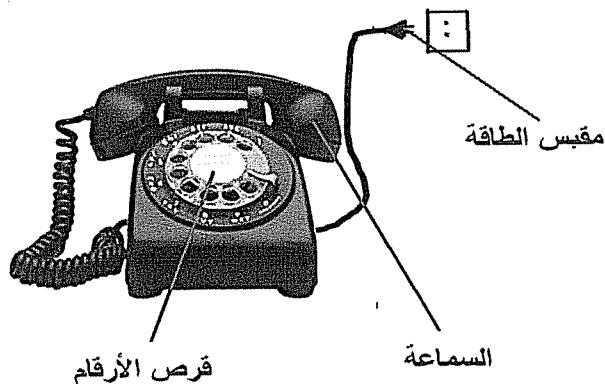
الجلسة رقم (٩)

الهدف العام	تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال الهاتف الثابت (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف الثابت (مقبس الطاقة - السماعة - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ويدرك 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 المشاركون في البرنامج التدريسي.

الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم الهاتف الثابت أمام أطفال التوحد، ويدرك أسماء الأقسام التي يتكون منها أمامهم (مقبس الطاقة - السماعة - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك أسماء أقسام الهاتف (مقبس الطاقة - السماعة - قرص الأرقams أو أزرار الأرقams)، 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 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 توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف الثابت (مقبس الطاقة- السماعة - قرص الأرقام أو أزرار الأرقام)، وذكر أهمية الهاتف في عملية التواصل مع الآخرين بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

<p>أن يستخدم الطفل التوحيدي الهاتف الثابت للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمة بنجاح.</p>	الهدف الفرعي الثاني
٣٠ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك	الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يعرض أمامهم كيفية استخدام الهاتف الثابت لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعيد (أحد أولياء أمور أطفال التوحد مثلاً)، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك سماعة الهاتف هكذا حتى نسمع نغمة التווون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووووو مرحباً... هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تقليد ما قام به وتمثيل سلوك إجراء مكالمة 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، ولابد 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 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 التווون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد 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، ولابد 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 أمر أطفال التوحد مثلاً)، وخلال ذلك يبيت 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 نفحة التووون، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار أو تدوير القرص هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألوووووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد للمعلم من تكرار إجراء 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 للهجة 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 (الخلوي).

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، وينظر 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 مكالمة بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، 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 (الخلوي) (٤٥) دقيقة
الهدف الفرعي الأول	أن يذكر الطفل التوحيدي أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، ويدرك أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين البعيدين.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل السلوك	المندجة والتعزيز الإيجابي
الوسائل التعليمية	(هاتف محمول + صور توضيحية)
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريبي.</p> <p>الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم الهاتف المحمول (الخلوي) أمام أطفال التوحد، ويدرك 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 توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	
<p>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 (وجهًا 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 توحدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٣) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء الأقسام الرئيسية للهاتف المحمول (السماعة - أزرار الأرقام - الشاشة)، وينذر أهمية الهاتف المحمول في عملية التواصل مع الآخرين بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يستخدم الطفل التوحيدي الهاتف المحمول للتواصل مع الآخرين من خلال إجراء مكالمة بنجاح.

الهدف الفرعي الثاني

زمن التنفيذ

المذكرة والتعزيز الإيجابي

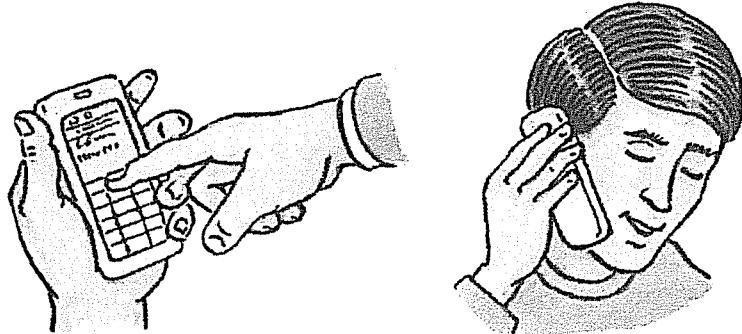
استراتيجيات تعديل السلوك

(هاتف محمول)

الوسائل التعليمية

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 ونتحدث إليه ألووووو مرحباً... هكذا، يشجع المعلم أطفال التوحد في نفس الوقت على تطبيق ما قام به وتمثل سلوك إجراء مكالمة باستخدام الهاتف المحمول بأيديهم، وتحفيزهم الوارد ثلو الآخر في حال عدم التجاوب معه، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحيدي، ولابد 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 يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك يدي الطفل وجرهما 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 التوحيدي، ولابد 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 محمول على جميع أطفال التوحد ويطلب منهم تقليد ما قام به زميلهم في الإجراء رقم (٢)، مع ضرورة تقديم التغذية المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولابد 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 محمول 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 وجرهما بلطف إلى الهاتف محمول، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك الهاتف محمول هكذا، ثم نطلب الرقم بالضغط على الأزرار هكذا، ثم ننتظر حتى يرد علينا الطرف الآخر ونتحدث إليه ألووووو مرحباً... هكذا، يقدم المعلم التغذية المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٤) عدة مرات ليتجاوب معه جميع أطفال التوحد.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند استخدامهم للهواتف محمولة لإجراء مكالمة مع شخص آخر بعد بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة الجلسة رقم (١٠) لا صير من استخدام المعلم للهجة 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 خطرها.

٢- الأهداف السلوكية:

أ- الهدف الفرعي الأول: أن يذكر الطفل التوحيدي أقسام المآخذ الكهربائية وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقاطع 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 التوحيدي مآخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقة بنجاح تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامته من خطرها.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: (الصور، مجسمات، مجموعة نماذج لمآخذ كهربائية).

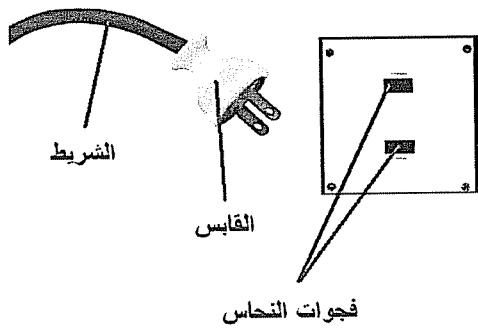
٧- وسيلة التقييم: قائمة ملاحظة لرصد السلوك المتوقع للهدف العام والأهداف السلوكية للجلسة التدريبية الحادية عشرة.

الجلسة رقم (١١)

تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال مأخذ الأدوات الكهربائية والحفاظ على السلامة الشخصية من خطرها (٤٥) دقيقة أن يذكر الطفل التوحيدي أقسام مأخذ الأدوات الكهربائية وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية.	الهدف العام الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
المندجة والتعریز الإيجابي (صور + مجسمات + مجموعة نماذج لـ مأخذ كهربائية)	استراتيجيات تعديل السلوك الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	

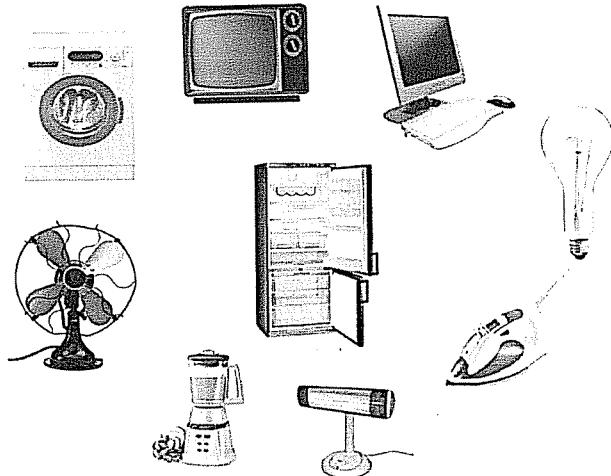
الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركين في البرنامج التدريسي.

الإجراء رقم (٢): يعرض المعلم مجموعة من مأخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المأخذ الخارجي) أمام أطفال التوحد ويدرك أسماء الأجزاء التي تتكون منها أمامهم (الشريط - قطع النحاس - فجوات القابس)، ثم يطلب منهم إعادة ذكر تلك الأسماء (الشريط - قطع النحاس - فجوات القابس)، يقام المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً 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 مأخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المأخذ الخارجي) في تشغيل الأدوات المنزلية الكهربائية، حيث يقول المعلم للأطفال: نستخدم مأخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المأخذ الخارجي) لتزويد الأدوات المنزلية الكهربائية بالطاقة الكهربائية اللازمة لتشغيلها، كالبراد والمروحة والتلفاز وخلاط الفواكه والحاسوب وسخان الكهرباء.. إلخ، ولابد من المحافظة على تلك المأخذ الكهربائية سليمة من التلف بأن نعمل على حمايتها من الكسر أو العبث أو المياه، وبعد ذلك يطلب المعلم من أطفال التوحد الواحد ثلو الآخر إعادة ما ذكره المعلم عن أهمية المأخذ الكهربائي في تشغيل الأدوات المنزلية التي تعمل بالطاقة الكهربائية، وضرورة الحفاظ عليها سليمة، يقام المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً 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.

بطاقة توضيح رقم (٨)



المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر أسماء أقسام مآخذ الأدوات الكهربائية (المأخذ الجداري - المأخذ الخارجي) وأهميتها في تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقاطع 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

المندجة والتعزيز الإيجابي

استراتيجيات تعديل السلوك

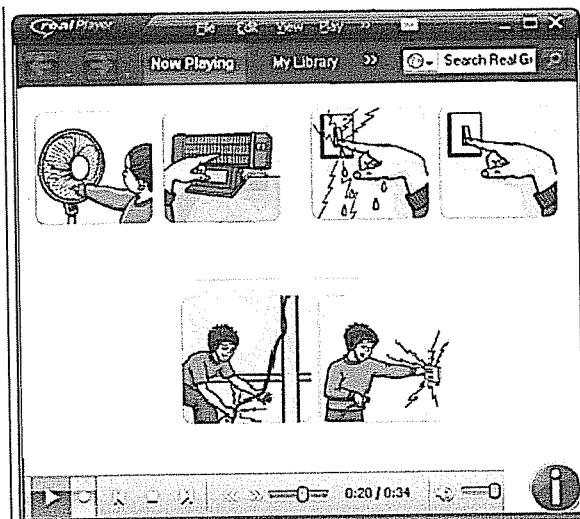
مقطع فيديو

الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني

الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يوزع عليهم نماذج بلاستيكية من (المأخذ الكهربائية الجدارية الخارجية والداخلية)، ثم يهدي المعلم الأطفال لمشاهدة عرض تقدمي لمقاطع فيديو عن كيفية الاستخدام الصحيح للمأخذ 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 بالماخذ الكهربائية، ثم نشاهد كيفية الاستخدام الصحيح للمأخذ الكهربائية، وخلال عرض مقطع الفيديو رقم (٤) يشجع المعلم أطفال التوحد على الانتباه للاستخدام الخاطئ والاستخدام الصحيح للمأخذ الكهربائية، وخلال ذلك يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية المشاهدة بانتباه لمقاطع 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 المأخذ 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 يبيث المعلم في الطفل الحماسة النفسية والجسدية للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الطفل يقوم المعلم بمسك بيدي الطفل ويجرها ببطف نحو المأخذ البلاستيكية وجعله يمسكها بكلتا يديه، حيث يقول المعلم للطفل: نمسك المأخذ الداخلي هكذا، ونضعه في المأخذ الخارجي هكذا، ويجب أن نضعه بطف 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 التوحيدي، ولابد 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 الكهربائي الداخلية والخارجية بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يستخدم الطفل التوحيدي مأخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقة بنجاح تشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامته من خطرها.	الهدف الفرعى الثالث
--	---------------------

١٥ دقيقة

زمن التنفيذ

النمذجة والتعزيز الإيجابي

استراتيجيات تعديل السلوك

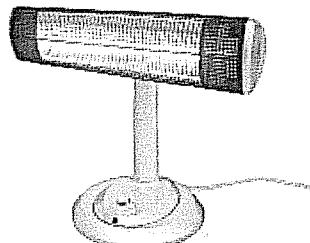
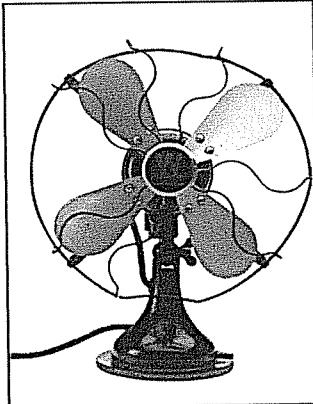
مروحة ومدفأة كهربائية

الوسائل التعليمية

إجراءات تنفيذ الهدف الفرعى الثالث

الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يضع على الطاولة مروحة ومدفأة كهربائية وأمام أطفال التوحد، ثم يستخدم المأخذ الكهربائي للمروحة لتشغيلها بوضعه في المأخذ الجاري، ثم يعمل على تشغيل المروحة، حيث يقول المعلم للأطفال: نمسك المأخذ الكهربائي للمروحة هكذا، ثم نضعه في المأخذ الكهربائي الجاري 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 وجراهما باطف 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، ونضغط على زر التشغيل هكذا، فتعمل المروحة، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد 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 المدفأة الكهربائية.

المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثالث

رصد سلوك أطفال التوحد في عند استخدامهم مأخذ كهربائية (داخلية وخارجية) حقيقة بنجاح لتشغيل الأدوات الكهربائية المنزلية والحفاظ على سلامتهم من خطرها بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١١) لا ضير من استخدام المعلم للهجة العامية إذا ثبت له عدم فهم أطفال التوحد بعض الكلمات المنطوقة باللغة العربية الفصحى.

الجلسة رقم (١٢)

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 يذكر الطفل التوحيدي أقسام فرن الغاز ووظيفة كل منها وأهمية فرن الغاز في المنزل للطهي.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقاطع 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 (تشجع، 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.

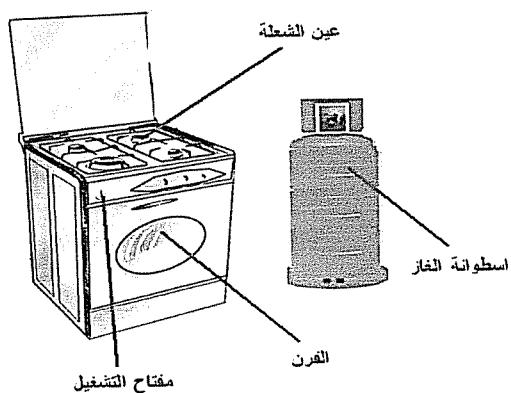
الجلسة رقم (١٢)

تنمية مهارات أطفال التوحد في استعمال فرن الغاز والحفاظ على السلامة الشخصية من خطره (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يذكر الطفل التوحيدي أقسام فرن الغاز ووظيفه كل منها وأهمية فرن الغاز في المنزل للطهي.	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
المذكورة والتعزيز الإيجابي (صور توضيحية)	استراتيجيات تعديل السلوك الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	

الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون 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) مباشرةً فور صدور الاستجابة الصحيحة من كل طفل توحيدي، ولابد 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 تقوم ماما بطبخها لنا، ولذلك لا بد من الحفاظ عليه وعدم العبث به لما قد يسببه ذلك من خطر التعرض للحرق 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) مباشرةً 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.

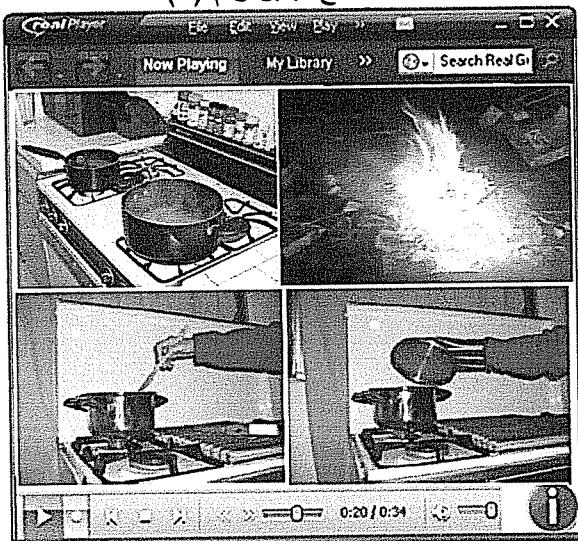
المخرجات النهائية للهدف السلوكي الأول

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%).

أن يشاهد الطفل التوبحي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية استخدام فرن الغاز بنجاح والحافظ على السلامة الشخصية من خطره.	الهدف الفرعي الثاني
٣٠ دقيقة	زمن التنفيذ
النمذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
مقطع فيديو	
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثاني	

الإجراء رقم (١): يتنقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يهئهم لمشاهدة عرض تقدمي 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 يبعث 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 لمقاطع الفيديو ومرافقة 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 ذكر المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز 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: 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 بإعلاق اسطوانة الغاز، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة المجتمعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

الإجراء رقم (٣): يهدي 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 شاهدوها في مقطع الفيديو بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٢) لا ضير من استخدام المعلم للهجة 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 التوحيدي المراحل الصحيحة لتشغيل فرن الغاز.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يشغل الطفل التوحيدي فرن الغاز حقيقي بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، ابتسام، مشاركة اجتماعية).

٦- الوسائل التعليمية: فرن غاز.

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

التدربيّة 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 التوحيدي 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 المشاركون 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 ندبر 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) مباشرةً فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، أما إذا كانت إجابة الطفل خاطئة فيصححها المعلم بقوله: نقوم أولاً بفتح اسطوانة الغاز، ثم ندبر 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، ولابد 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 التوحيدي 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): يتنقل 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: سندذهب الآن إلى مطبخ المدرسة ونعمل على تشغيل فرن الغاز وفق المراحل السابقة التي تعلمناها في الجلسة الماضية، ولنتذكر جيداً مراحل تشغيل فرن الغاز، وخلال مسیرهم 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 ندبر 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 يبيث 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 ندبر 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 يقوم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولابد 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 التوحيدي بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفة كل منها.

ب- الهدف الفرعي الثاني: أن يذكر الطفل التوحيدي الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بنجاح.

ج- الهدف الفرعي الثالث: أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لقطع 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)

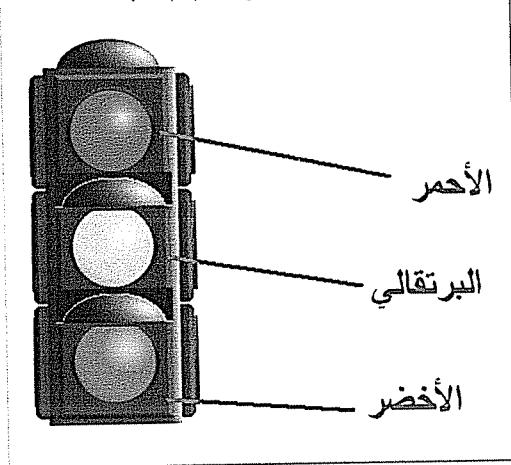
الهدف العام دقيقة (٤٥)	تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أضواء إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة
الهدف الفرعي الأول	أن يميز الطفل التوحيدي بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفة كل منها.
زمن التنفيذ	١٥ دقيقة
استراتيجيات تعديل 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 المشاركون في البرنامج التربوي.

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 والسيارات 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، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

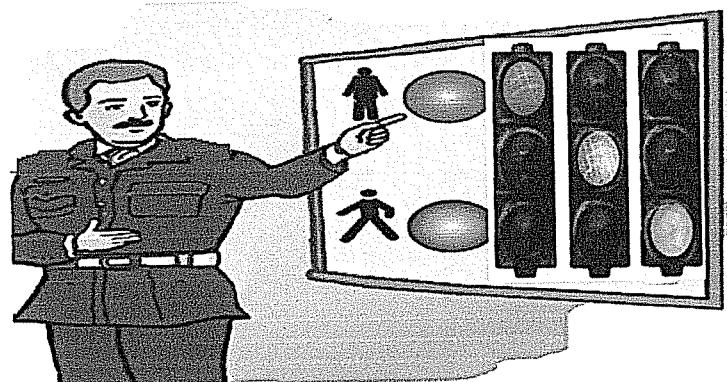
بطاقة توضيح رقم (١٠)



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 مرور 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 الثالثة، 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.

بطاقة توضيح رقم (١١)



المخرجات النهائية للاهداف السلوكية الأولى

رصد سلوك أطفال التوحد عند تمييزهم بين ألوان إشارات المرور الضوئية (الأحمر - البرتقالي - الأخضر) ووظيفتها كل منها بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يذكر الطفل التوحيدي الخطوات السليمة للسير في الشارع وفق نظام إشارات المرور الخاص بالسيارات والمشاة بنجاح.	الهدف الفرعي الثاني
--	---------------------

١٥ دقيقة زمن التنفيذ

استراتيجيات تعديل السلوك	النمذجة والتعزيز الإيجابي
--------------------------	---------------------------

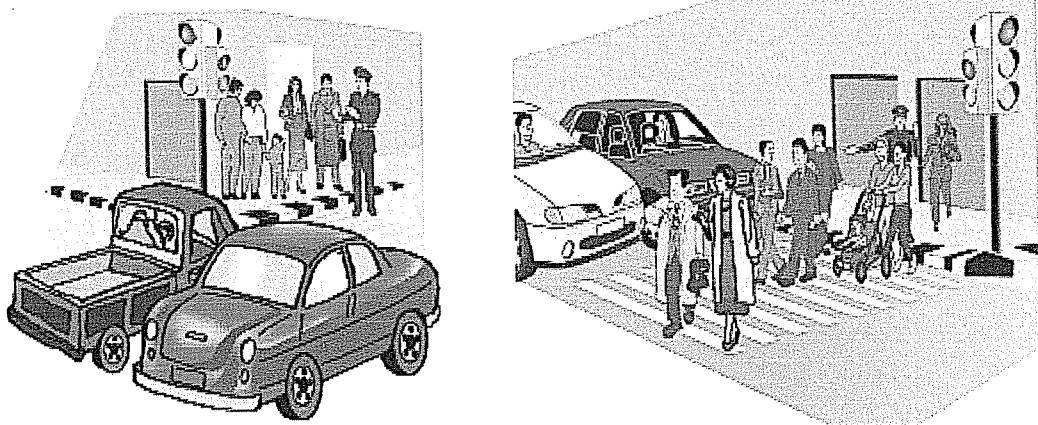
الوسائل التعليمية	(جسم إشارة مرور توضيحي)
-------------------	-------------------------

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 طرف 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)

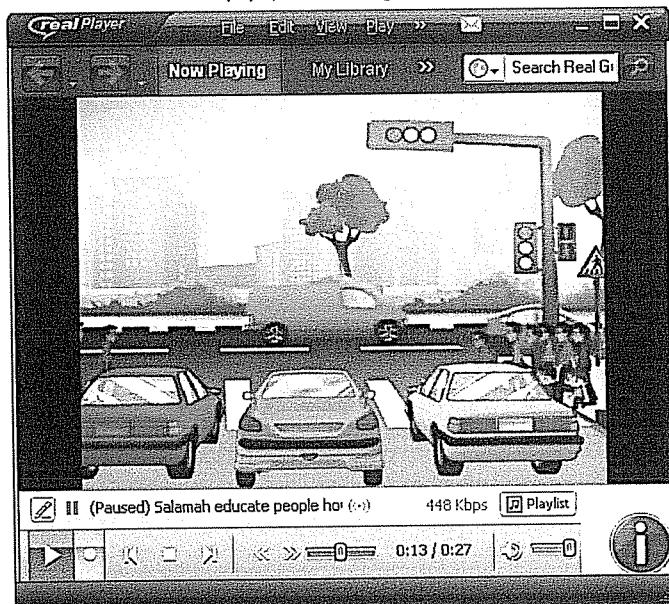


المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند ذكر المراحل الصحيحة لعبور الطريق بشكل آمن بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

أن يشاهد الطفل التوحيدي عرض تقدمي لمقطع فيديو عن كيفية الاستعانة بألوان إشارات المرور الضوئية لحفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة.	الهدف الفرعي الثالث
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
استراتيجيات تعديل السلوك	الوسائل التعليمية
مقطع فيديو	إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الثالث
الإجراء رقم (١): ينتقل المعلم بين أطفال التوحد ثم يهياهم لمشاهدة عرض تقدمي 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 يبيت المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسدية المشاهدة 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 التقىد بإشارات المرور، والعبور من المكان المخصص لل المشاة 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 حمراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسير ويجب على المشاة التوقف، وعندما تصبح إشارة المرور خضراء 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، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرة فور صدور الاستجابة الصحيحة من الطفل التوحيدي، ولابد 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 للهجة 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 الحقيقة بنجاح.

٣- زمن تنفيذ الجلسة: (٤٥) دقيقة.

٤- استراتيجيات تعديل السلوك: النمذجة والتعزيز الإيجابي.

٥- المعززات: معززات معنوية (تشجع، 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.

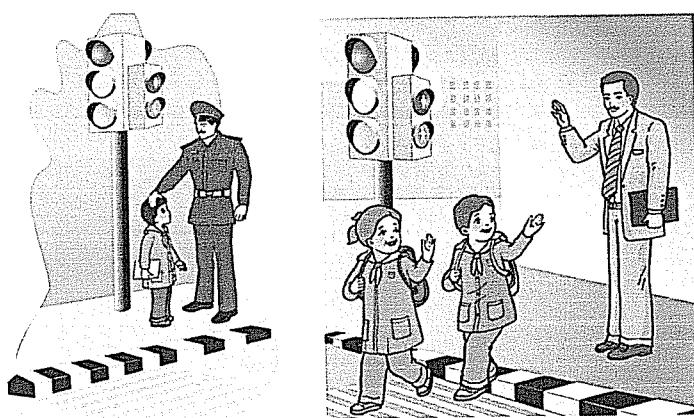
الجلسة رقم (١٥)

تنمية مهارات أطفال التوحد في التعرف على أصوات إشارات المرور وتحديد وظيفتها في حفظ السلامة الشخصية من خطر السيارات المسرعة (٤٥) دقيقة	الهدف العام
أن يتذكر الطفل التوحيدي المراحل الصحيحة لعبور الطريق العام بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية.	الهدف الفرعي الأول
١٥ دقيقة	زمن التنفيذ
النمذجة والتعزيز الإيجابي (الصور التوضيحية)	استراتيجيات تعديل السلوك الوسائل التعليمية
إجراءات تنفيذ الهدف الفرعي الأول	
<p>الإجراء رقم (١): يدخل المعلم إلى غرفة الصف، ومن ثم يلقي تحية الصباح على أطفال التوحد المشاركون في البرنامج التدريسي.</p> <p>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 ينظر 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 لل المشاة 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، يقدم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً 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 نعبر إلى الطرف المقابل من خلال الممر المخصص للمشاة، ثم يطلب المعلم تكرار الإجابة من بقية أطفال التوحد، ولابد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجاوب معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.</p>	
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 (٩٠%).	
أن يعبر الطفل التوحيدي الطريق العام فعلياً بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية الحقيقة بنجاح.	الهدف الفرعي الثاني
٣٠ دقيقة	زمن التنفيذ
النمذجة والتعزيز الإيجابي	استراتيجيات تعديل السلوك
(زيارة ميدانية إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة)	الوسائل التعليمية

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: سندذهب الآن إلى تقاطع الطرق القريب من المدرسة ونتدرب على قطع الطريق بأمان بالاستعانة بإشارات المرور الضوئية، وحيث يكون هناك شرطي المرور، ونراقب حركة السير، ولنتذكر جيداً مراحل قطع الطريق العام بأمان، وخلال مسيرهم نحو تقاطع الطرق يشجع المعلم أطفال التوحد على العمل الصحيح على قطع الطريق بأمان وعدم العبث والتقدّم بإشارات المرور وتعليمات الشرطي، وتحفيزهم الواحد تلو الآخر.

الإجراء رقم (٢): يبادر المعلم أولاً بأداء سلوك قطع الطريق العام والتقدّم 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 ستسرّع و يجب 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 تقلّيده وأداء سلوك قطع الطريق العام والتقدّم بإشارات المرور الضوئية متّماً يفعل هو، وخلال ذلك يبيّث المعلم في الأطفال الحماسة النفسية والجسديّة للمشاركة الإيجابية والفاعلة، وفي حال سلبية الأطفال يقوم المعلم بتشجيعهم وحثّهم على قطع الطريق العام بحذر الواحد تلو الآخر، حيث يقول المعلم للأطفال: عندما تكون إشارة المرور حمراء فإن ذلك يعني أن السيارات ستسرّع و يجب 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 يقوم المعلم التعزيز المعنوي (التشجيع، الابتسام، المشاركة الاجتماعية) مباشرةً فور صدور الاستجابة الصحيحة من أطفال التوحد، ولا بد للمعلم من تكرار الإجراء رقم (٢) عدة مرات ليتجابو معه أكبر قدر ممكن من أطفال التوحد.

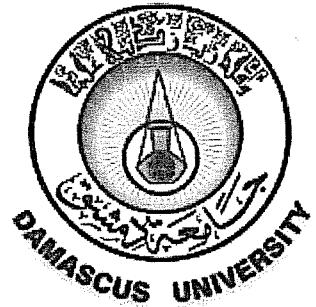


المخرجات النهائية للهدف السلوكي الثاني

رصد سلوك أطفال التوحد عند قطع الطريق العام بأمان من خلال التقىد بإشارات المرور الضوئية وفق الخطوات الصحيحة بنجاح لا يقل عن (١٠٠%).

ملاحظة: في جميع الإجراءات السابقة للجلسة رقم (١٥) لا صير من استخدام المعلم للهجة 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 sever and profound mental retardation. This makes the autistic child face many problems related to adaptation inside home, school, and the larder 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 its 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 Whiteney**) 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.