الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة (2)

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات التواصلية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل/فلسطين

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه (ل. م. د)

في علم النفس التربوي

إعداد الطالبة

عزيزه جمال الرجبي

بإشراف الأستاذ الدكتور

ربيع العبزوزي

السنة الجامعية: 2026/2025م

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة (2)

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات التواصلية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل/فلسطين

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه (ل. م. د)

تخصص: علم النفس التربوي

إعداد الطالبة

عزيزه جمال الرجبي

بإشراف الأستاذ الدكتور

ربيع العبزوزي

أعضاء لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
جنان أمين	أستاذ/ة	البليدة(2)	**رئيسا**
ربيع العبزوزي	أستاذ التعليم العالي	البليدة(2)	مشرفا ومقررا
بوخراز أسيا	أستاذ/ة محاضر/ة	البليدة(2)	ممتحنا
دبي رابح	أستاذ/ة	البليدة(2)	ممتحنا
عوين بلقاسم	أستاذ/ة	جامعة الودي	ممتحنا
غراب رحمة	أستاذ/ة محاضر/ة	جامعة الودي	ممتحنا

السنة الجامعية: 2026/2025

الإهداء

إلى والديّ العزيزين.

إلى من لا يضاهيهما أحد في الكون.

إلى أسمى آيات العطاء، إلى من بذلا الكثير، وقدّما ما لا يمكن أن يردّ.

إلى نموذج التضحية والحب، قدوتي في الحياة.

إلى من علماني أن الإرادة والإصرار هما سر النجاح.

أمي وأبي الحبيبان.

كنتما خير داعم لي طوال مسيرتي الدراسية.

أتمنى أن أكون عند حسن ظنكما دائماً، وأن أحقق ما يليق بمكانتكما.

إلى إخوتي وأخواتي.

الذين كانوا دائمًا خير سند ودعم، ومشاطري أفراحي وأحزاني في هذه الحياة.

إلى الذين آمنوا بي في كل مرحلة من مراحل دراستي.

وإلى أساتذتي كل باسمه ولقبه، وأخصّ بالذكر المشرف على الأطروحة، الأستاذ الدكتور ربيع العبزوزي، الذي رافقني من أول حرف كتبته في هذه الأطروحة حتى النقطة الأخيرة فيها.

إلى كل من ساهم و ساعدني في حياتي الدراسية.

إلى هؤلاء جميعًا أهدي بكل صدقٍ وحب هذا الجهد المتواضع.

الشكر والتقدير

قال تعالى: (رَبِّ أوزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴿١٩﴾) سورة النمل.

حمدي وشكري لله عزّ وجلّ، الذي وفقني ويسر لي الطريق لهذه الدرجة العلمية الرفيعة.

وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى دولة الجزائر الشقيقة، التي أتاحت لي هذه الفرصة الرائعة من خلال المنحة الدراسية، التي كانت بمثابة الدعم كبير لمسيرتي الأكاديمية.

وأتقدم بجزيل الشكر والامتنان لجامعة البليدة (2)، ممثلة برئيسها، وإدارتها، وهيئات التدريس فيها؛ لما تقدمه من جهد وعطاء متجددين للطلبة.

كما ويسرني أن أتقدم بعظيم الشكر والامتنان إلى أستاذي ومشرفي، الأستاذ الدكتور ربيع العبزوزي، الذي كان نبراساً في إرشادي وإشرافي خلال هذه الرحلة العلمية، وكانت توجيهاته القيّمة ونصائحه السديدة، أساساً في صياغة أطروحتي بالشكل الذي أتيت به اليوم.

وأتقدم بفائق الشكر والتقدير إلى كل من أشعل شمعة في دروب علمنا، الأساتذة الكرام.

وأتقدم بجزيل الشكر إلى أساتذتي، أعضاء لجنة النقاش الموقرين على ما تكبدوه من عناء في قراءة رسالتي المتواضعة، وإغنائها بمقترحاتهم القيمة.

وشكر من القلب لصديقتي وزميلتي ليلى العيسة على دعمها وتشجيعها، اللذين مكناني من اجتياز هذه المرحلة من حياتي، فلكِ جزيل الشكر.

الباحثة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن فعالية برنامج تدريبي، في تحسين المهارات التواصلية، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولتحقيق هدف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، بتصميم المجموعة الواحدة ذات القياس (القبلي والبعدي)، ولهذا الغرض قامت الباحثة بإعداد مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى بناء وتنفيذ برنامج تدريبي بواقع (19) جلسة، قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تدريب الأمهات، والعلاج السلوكي والبرامج المنبثقة عنه (كتحليل السلوك التطبيقي، وبرنامج (لوفاس Lovaas)، وبرنامج تبادل الصور (بيكس PECS)، التي تم تدريب الأمهات على استخدامها لتنمية مهاراتهم التواصلية، مع أطفالهن من ذوي اضطراب طيف التوحد، تكونت مجموعة الدراسة من (10) أمهات للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، واللواتي حصلنا على أقل درجة على مقياس المهارات التواصلية، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في العينة الاستطلاعية، التي تكونت من (60) أم من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وبعد تنفيذ إجراءات تطبيق البرنامج التدريبي، وجمع البيانات تمت معالجتها باستخدام الحزمة الإحصائية (SPSS) الإصدار (22)، بالإضافة للدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروكاس (JT) (Jacobson–Truax)، تم التوصل إلى النتائج الآتية:

– وجود فروق في درجات المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي، وفي جميع الأبعاد (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن).

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في درجات المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين القياسين: البعدي والتبعي، وفي جميع الأبعاد (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن).

– عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين القياسين: القبلي والبعدي، تعُزى لمتغير عمر الأم، ولمتغير مستوى تعليم الأم، ولمتغير عمر الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، ولمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

– كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياس القبلي، تُعزى لمتغير نطق الطفل ذي اضطراب طيف التوحد،

وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياس البعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل.

الكلمات المفتاحية: (البرنامج التدريبي، أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، المهارات التواصلية).

Study Summary

The current study aimed to investigate the effectiveness of a training program in improving communicative skills among mothers of children with autism spectrum disorder (ASD). To achieve this objective, the researcher employed a quasi-experimental design with a one-group pre-test and post-test model. For this purpose, the researcher developed a communicative skills scale for mothers of children with ASD, in addition to designing and implementing a training program consisting of (19) sessions. This program was based on cognitive-behavioral therapy techniques, behavioral therapy, and its related programs, such as Applied Behavior Analysis (ABA), the Lovaas Program, and the Picture Exchange Communication System (PECS). The mothers were trained on these methods to enhance their communicative skills with their children with ASD. The study sample consisted of (10) mothers of children with ASD who had the lowest scores on the communicative skills scale in the pilot study, which included (60) mothers of children with ASD. After implementing the training program, The data collection was processed using the SPSS 22 statistical package, as well as the Jacobson-Truax (JT) clinical significance method, the following findings were obtained:

- There were significant differences in the communicative skills scores of mothers of children with ASD between the pre-test and post-test measurements, attributed to the effect of the training program across all dimensions (non-verbal communication, verbal communication, social communication, and mothers' perception of their communication with their children).
- There were statistically significant differences in the communicative skills scores of mothers of children with ASD between the post-test and follow-up measurements across all dimensions (non-verbal communication, verbal communication, social communication, and mothers' perception of their communication with their children).
- There were no statistically significant differences in the pre-test and post-test scores of mothers of children with ASD based on variables such as the mother's age, educational level, child's age, or the family's economic status.
- The results also indicated statistically significant differences in the pre-test scores of mothers of children with ASD based on whether the child had verbal abilities. However, no statistically significant differences were found in the post-test scores based on this variable.

Keywords: (Training program, mothers of children with Autism Spectrum Disorder, communicative skills).

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الغلاف	أ
الإهداء	ت
الشكر والتقدير	ث
ملخص الدراسة باللغة العربية	ج
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	ح
فهرس الموضوعات	خ
فهرس الجداول	ز
فهرس الأشكال	س
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1. مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.	7
2. فرضيات الدراسة.	13
3. أهمية الدراسة.	14
4. أهداف الدراسة.	15
5. مصطلحات الدراسة.	16
6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.	15
الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد	
تمهيد	41

1. اضطراب طيف التوحد.	41
1.2.التوحد والطيف.	46
1.3 نبده تاريخية حول التوحد.	46
1.4.انتشار اضطراب طيف التوحد.	50
1.5. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.	57
1.6.أسباب اضطراب طيف التوحد.	65
1.7. خصائص وسمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.	76
1.8. أشكال اضطراب طيف التوحد.	99
1.9. تشخيص اضطراب طيف التوحد.	108
1.10.علاج وتأهيل الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.	145
خلاصة الفصل	150
الفصل الثالث: المهارات التواصلية	
تمهيد	153
1.المهارات التواصلية.	154
1.2 أهمية التواصل.	155
1.3عناصر التواصل.	155
1.4 أشكال المهارات التواصلية.	156
1.5 معوقات التواصل.	158

1.6 المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.	158
1. 7 استراتيجيات تنمية التواصل لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.	166
1.8 التواصل في أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.	170
خلاصة الفصل	171
الفصل الرابع: البرنامج التدريبي	
تمهيد	174
1. العلاج المعرفي السلوكي.	175
2. العلاج السلوكي.	183
3. تحليل السلوك التطبيقي(ABA) .	189
4. طريقة (لوفاس Lovaas).	223
5. نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS).	249
خلاصة الفصل	287
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	290
1. الدراسة الاستطلاعية	290
1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.	290
1.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.	291
1.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية.	293
2. الدراسة الأساسية	295
2.1. منهج الدراسة.	295
2.2. مجتمع الدراسة.	296
2.3. عينة الدراسة	296
2.4. حدود الدراسة.	297
2.5. أدوات الدراسة.	297
2.5.1. مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.	297

2.5.2. البرنامج التدريبي.	305
خلاصة الفصل	313
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج وتفسيرها	
تمهيد	315
1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة.	315
1.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.	315
2.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.	325
3.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.	330
4.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.	334
5.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.	337
6.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.	340
7.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.	343
الاستنتاج العام	346
خاتمة	348
قائمة المراجع	350
الملاحق	396

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	انتشار اضطراب طيف التوحد كما حلله (Wong ,2007)	54
2	الفروق بين المعايير التشخيصية بين(DMV,) & (DSM IV-TR ,2000) 2013	131
3	مهارات مستويات (لوفاس Lovaas)	226
4	يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية لمقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.	292
5	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعينة الاستطلاعية	299
6	نتائج معامل الثبات (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة	303
7	يوضح توزيع عبارات مقياس المهارات التواصلية للأمهات على أبعاده	304
8	نتائج اختبار(ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.	316
9	نتائج اختبار(ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.	326
10	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير عمر الأم.	331
11	نتائج اختبار تحليل التباين الأُحادي (One Way Anova) بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير مستوى تعليم الأم (ن= 10).	334
12	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.	337
13	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.	340
14	نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير نطق الطفل.	343

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	يوضح تصميم المجموعة الواحدة ذو القياس القبلي والبعدي.	295
2	نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (Jacobson–Truax) (JT) ، لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.	318
3	نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (Jacobson–Truax) (JT) لفحص الفروق، بين التطبيقين، البعدي والتتبعي لمقياس المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.	328
4	الشكل (4) نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (JT) Jacobson–Truax، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الأم.	332
5	الشكل (5) نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (JT) Jacobson–Truax، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.	335
6	الشكل (6) يوضح نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (JT) Jacobson–Truax، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.	338
7	الشكل (7) نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (JT) Jacobson–Truax، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.	341
8	الشكل (8) يظهر نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا‌كس (JT) Jacobson–Truax ، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات	344

	أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.	

مقدمة

مقدمة

يشهد اضطراب طيف التوحد زيادة ملحوظة في انتشاره خلال السنوات الأخيرة، حيث أدت زيادة الوعي حول الاضطراب طيف التوحد إلى الكشف عن حالات الإصابة بهذا الاضطراب بشكل اوسع، والتغيرات التي طرأت على معايير وأساليب التشخيص، ويشير مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية (2023) أن اضطراب طيف التوحد ينتشر بين ما يقدر بنحو (1) من كل (36) طفلاً في الولايات المتحدة، ارتفاعًا عن المعدل السابق وهو (1) من كل (44)، وأن (1) من كل (45) بالغًا في الولايات المتحدة مصاب باضطراب طيف التوحد، ويعاني حوالي (4) من كل (100) فتى، و(1) من كل (100) فتاة من مرض التوحد، ويكون الأولاد أكثر عرضة للإصابة باضطراب طيف التوحد بنحو (4) مرات من الفتيات (autism speaks,2023).

ومحلياً وبرغم عدم وجود إحصائيات رسمية تحدد نسبة انتشار المرض في فلسطين، إلا أنه وبحسب وزارة الشؤون الاجتماعية، فإن فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تشكل ما نسبته (1%) من إجمالي عدد الأطفال في فلسطين (اللحام،2021، 1).

ويُعد اضطراب طيف التوحد من التحديات الكبيرة، التي تواجه الأسرة الفلسطينية والعالم، حيث تواجه أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عالمياً، العديد من الصعوبات المتمثلة بصعوبات التواصل، وتكلفة التأهيل، والمشاكل السلوكية التي تظهر لدى هؤلاء الأطفال، بالإضافة للتحديات المجتمعية، ونقص الوعي المجتمعي باضطراب طيف التوحد، كما وتواجه الأسر في فلسطين صعوبة في الحصول على خدمات تشخيص وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يلاحظ ندرة برامج تأهيل وتعليم هؤلاء الأطفال ؛ لذا يولي العالم اهتماماً كبيراً لدراسة وتطوير

برامج تأهيل للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، والسعي لتوفير الخدمات النفسية والصحية والتأهيلية لهم، للعمل على تنمية قدراتهم والوصول بهم لدرجة معقولة من الاعتماد على أنفسهم.

وتعتبر الأسرة هي الداعم الأساسي في تأهيل طفلها من ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال تقديم الدعم العاطفي، وتعزيز المهارات، والتعاون مع المختصين لتحسين حياة طفلهم.

والأمهات ضمن المنظور الثقافي العام، هن من يقع على عاتقهن مسؤولية رعاية الأطفال، وهن الركيزة الأساسية في حياة أطفالهن، ويلعبن دورًا مهماً في تعزيز قدرات أطفالهن على التواصل والتفاعل مع البيئة المحيطة.

وللمهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أهمية بالغة، كونها تساهم في تحسين حياتهن وتعزيز قدرات أطفالهن على التفاعل الاجتماعي مع محيطهم، وتنمية مهاراتهم المختلفة. كما وأن إدراك الأمهات لأهمية تطوير هذه المهارات، يلعب دوراً محورياً في توفير بيئة داعمة ومحفزة لأطفالهن، وتعزيز قدراتهم على التواصل، مما يؤثر إيجابياً على تطورهم اللغوي والاجتماعي. ويساعد الأمهات في تعليم أطفالهن طرق التعبير عن أنفسهم واحتياجاتهم، وإذا ما أخذنا الظروف التي يكابدها الفلسطينيون تحت الاحتلال، وندرة مراكز الرعاية لهذه الفئة وتكاليفها إن توفرت، فإن الدور الملقى على الأسر والأمهات تحديداً يصبح كبيراً وثقيلاً.

كما وتلعب الأم العديد من الأدوار المهمة في حياة طفلها، من خلال خلق بيئة منزلية هادئة ومنظمة، وتوفير الحب والدعم العاطفي له، وبالتالي شعور الطفل بالأمان والثقة وفهم مشاعره واحتياجاته، مما يسهل التواصل بينهما.

كما وتساهم تنمية المهارات التواصلية للأمهات في فهم احتياجات أطفالهن؛ مما يقلل من مشاعر الإحباط والقلق لديهن، ويشعرن بأنهن قادرات على فهم أطفالهن ودعمهم، مما يساهم في تحسين العلاقة بينهما. كما ويسهم تدريب الأمهات في توفير معلومات شاملة لهن حول اضطراب طيف التوحد، وبالتالي فهم سلوكيات أطفالهن واحتياجاتهم بشكل أفضل، مما يوفر بيئة تعليمية مناسبة لأطفالهن. وتسليط الضوء على الدور المحوري الهام للأمهات في تنمية وتطوير المهارات التواصلية لأطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

وتشمل المهارات التواصلية كل من التواصل اللفظي، حيث أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتحدثون ولكن بشكل محدود، والتواصل غير اللفظي حيث أن بعض أطفال اضطراب طيف التوحد لا يتحدثون على الإطلاق، ويعتمد التواصل غير اللفظي على الإشارات والرسومات، التي يستخدمها الأطفال للتعبير عن أنفسهم واحتياجاتهم، والتواصل الاجتماعي الذي يتمثل في القدرة على بناء علاقات اجتماعية وصداقات، والمشاركة بالأنشطة الاجتماعية المختلفة.

ويعتبر التدخل المبكر في البيئة الطبيعية للطفل مهم جدًا لتنمية مهارته، وخاصة مهاراته التواصلية، وهذه البيئة تعتمد بشكل أساسي على الأسرة، والتي تتمثل في مجتمعاتنا العربية عامة وفلسطين خاصة بالأم، التي هي الركيزة الأساسية في رعاية الأطفال وتنمية قدراتهم ومهاراتهم، من خلال توفير بيئة داعمة ومحفزة، والتعرف على اضطراب طيف التوحد وفهم احتياجات الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وطرق التعامل والتواصل معه، من خلال أساليب تواصل تتناسب مع الطفل وتساعده في التعبير عن نفسه، وتعزيز مهارات التواصل الاجتماعي لديه، والتعامل بتفهم وصبر مع التحديات اليومية، التي يمر بها الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.

وتواجه الأمهات العديد من التحديات والصعوبات في تربية أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يتطلب منهن تطوير قدراتهن، واكتساب استراتيجيات ومهارات خاصة، للتعامل مع هذه التحديات والصعوبات بفاعلية.

وتأتي أهمية هذه الدراسة من فهم طبيعة التوحد وتأثيراته على الأطفال، وإلى الحاجة لتطوير برامج دعم فعّالة، تساعد هؤلاء الأطفال وأسرهم على تطوير قدراتهم، من خلال الأساليب والبرامج التعليمية والتدريبية للأمهات، والتي تساعد في تنمية قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف بالتوحد، وتعزيز المهارات التواصلية لديهم بأبعادها اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية، مما يساهم في تحسين حياتهم وأسرهم، وإدماجهم بشكل أفضل في المجتمع، وتقديم الدعم والتمكين لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويمكن أن تكون هذه الدراسة بمثابة جسر للتواصل بين الأمهات وأطفالهن، مما يسهم في تطور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعزيز التواصل الفعال معهم، وتحسين نوعية الحياة الأسرية والاجتماعية لديهم، ويكسب الأمهات الثقة في التعامل مع التحديات اليومية التي يواجهنها.

تهدف الدراسة إلى بناء برنامج تدريبي معرفي سلوكي، يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات التعليمية، والأدوات التفاعلية المتنوعة والفعّالة، والتي تركز على تطوير قدرة الأمهات على تنمية المهارات التواصلية مع أطفالهن بشكل أكثر فعّالية، وتقوم الأمهات باستخدامها في حياتيهن اليومية مما يعزز المهارات التواصلية (اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية) مما ينعكس إيجابياً على نظرة الأمهات لتواصلهن مع أطفالهن.

وتسعى هذه الدراسة إلى تقديم مجموعة من التوصيات العملية، التي تسهم في تحسين حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم، وتحسين التواصل والتفاعل اليومي للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتأمل الباحثة بأن تكون هذه الدراسة دليلاً للأمهات في تطوير بيئة طبيعية داعمة ومحفزة لأطفالهن، تسهم في تحقيق تنمية متكاملة لإمكانياتهم وتعزيز اندماجهم الاجتماعي وتنمية مهاراتهم الحياتية. ولتحقيق أهداف الدراسة قسمت الدراسة إلى جانبين (نظري وتطبيقي) حيث اشتمل الجانب النظري على أربعة فصول تضمنت ما يلي:

- الفصل الأول: تضمن الإطار العام للدراسة، حيث تناول مشكلة الدراسة وتساؤلاتها، وفرضياتها وأهميتها، وأهدافها ومصطلحاتها، والدراسات السابقة والتعقيب عليها.
- الفصل الثاني: تضمن اضطراب طيف التوحد، حيث تناول مفهوم اضطراب طيف التوحد، التوحد والطيف، ونبذة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد، وانتشاره والنظريات المفسرة له، وأسبابه وخصائصه وأشكاله وتشخيصه، والعلاج وتأهيل.
- الفصل الثالث: تضمن المهارات التواصلية، حيث تناول مفهوم التواصل والمهارات التواصلية، وأهمية التواصل وعناصره وأشكاله، والمهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والعيوب التواصلية لديهم، واستراتيجيات تنمية التواصل لديهم، والتواصل في أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الفصل الرابع: تضمن البرنامج المعرفي السلوكي، والبرنامج السلوكي، حيث تناول السلوك وتحليل السلوك، والنماذج الأساسية في العلاج السلوكي، وتحليل السلوك التطبيقي(ABA)، والأسرة وتحليل السلوك التطبيقي، وطريقة (لوفاس Lovaas) ونظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS).

- الفصل الخامس: تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث قسم إلى قسمين، قسم الدراسة الاستطلاعية وجميع ما يتعلق بها، وقسم الدراسة الأساسية وجميع ما يتعلق بها.
- الفصل السادس: وتضمن عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة، والاستنتاج العام للدراسة، والخاتمة والتوصيات، وقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.مشكلة الدراسة وتساؤلاتها.

2. فرضيات الدراسة.

3. أهمية الدراسة.

4. أهداف الدراسة.

5. مصطلحات الدراسة.

6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الخلاصة

1. مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يعتبر اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية، والتي تؤثر في قدرة الفرد على التواصل والتفاعل الاجتماعي، وهو من أكثر الاضطرابات تعقيداً وغموضاً، حيث أنه يتداخل مع العديد من الاضطرابات الأخرى، كما أنه ما زال غير معروف الأسباب عالمياً، ويتسم ذوو اضطراب طيف التوحد بقصور بالتواصل الاجتماعي، كالفشل في بناء علاقات مع الأخرين، وصعوبات في فهم اللغة واستخدامها، أو البدء بالمحادثات والاستمرار بها، وعدم الاستجابة للاسم، كما ويتميزون بتأخر أو قصور في التواصل اللفظي كالتأخر اللغوي، أو استخدام لغة غير مفهومة، وقصور في التواصل غير اللفظي، كصعوبة في فهم الإشارات غير اللفظية، كتعبيرات الوجه والاتصال بالعين، وقصور التواصل البصري، في حين أن التواصل الفعّال يُعد أحد الركائز الأساسية، التي تسهم في تحسين حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم.

وتواجه أسر الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد العديد من الصعوبات والتحديات، تتمثل في تحديات نفسية ناتجة عن الصدمة، وعدم تقبل وجود ذوي إعاقة في الأسرة، بالإضافة لتحديات متعلقة في كيفية التعامل مع الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وفهم احتياجاته، بالإضافة لصعوبات اجتماعية، تتمثل في العزلة الاجتماعية نتيجة قلة الوعي والدعم المجتمعي لهذه الفئة، وصعوبات وتحديات تتعلق بالتشخيص والتأهيل والعلاج للأطفال ذوي اضطراب التوحد نتيجة محدودية المتخصصين والمؤسسات، التي ترعى هذه الفئة في فلسطين، والتحديات التي تتعلق بالطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، المتمثلة في صعوبات التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي لديه، وظهور بعض السلوكيات المتكررة لديه، وعدم فهم الأسرة لهذه السلوكيات والأعراض وكيفية التعامل معها.

وتعتبر الصعوبات التواصلية سمة أساسية لاضطراب طيف التوحد، كما وأن القصور في المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سبب أساسي في مشاكلهم السلوكية، مما يؤثر سلباً على حياتهم الأسرية والاجتماعية (سلامة،2019).

وتعتبر تربية طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد تجربة مرهقة ومليئة بالتحديات، وخاصة في البلدان التي تكون فيها خدمات الدعم محدودة، كما ويعاني مقدمو الرعاية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً من ضعف الصحة العقلية، ومن القلق والاكتئاب ومستويات أعلى من التوتر، وتكون جودة ورفاهية الحياة أقل، كما وأن الافتقار إلى الخدمات والدعم الاجتماعي المتصور بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف بالتوحد، هو المؤشر الأكثر أهمية لتطور مشاكل الصحة العقلية، ويساهم في مواجهة الوالدين تحديات كبيرة، فيما يتعلق بمهاراتهم التربوية المرتبطة بخصائص الطفل (Papadopoulos, 2021, 2-3).

وأشارت الدراسات الدولية أن (75-85%) من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية، بما في ذلك اضطراب طيف التوحد، لا يتلقون خدمات علاجية معينة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مما يمنع الأطفال من التمتع بحياة صحية، وتشمل هذه العوائق الرئيسة غياب المبادرات الحكومية، وعدم كفاية تدريب المتخصصين في الرعاية الصحية، والمعرفة المحدودة بالعلاجات الفعالة، القائمة على الأدلة ونقص في الكفاءات المطلوبة لتنفيذها Pervin, (2022,2).

وتحدثت دراسة دبابنة وبولسون (2015) حول الوصول إلى الخدمات المتعلقة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الضفة الغربية، وأشارت إلى أن خدمات الفحص والتشخيص والتعليم النفسي المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد السائدة رديئة، وأفاد الآباء أن

الحواجز الجغرافية والأعباء المالية منعت العديد من الأسر من البحث عن الخدمات أو الحفاظ عليها، وكان توافر خدمة التعليم والخدمات المجتمعية والتدخلات الخاصة باضطراب طيف التوحد محدودة، وأشار العديد من الأسر أن أطفالهم لم يتلقوا أي خدمات على الإطلاق، وأن هناك حاجة ماسة إلى إجراء البحوث والممارسات والسياسات لمعالجة نقص الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الضفة الغربية (Dababnah & Bulson , 2015).

كما ويتسم اضطراب طيف التوحد بعجز مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، منها العجز في المعاملة بالمُثُل الاجتماعية، والعجز في السلوكيات التواصلية غير اللفظية، كذلك العجز في المهارات المطلوبة لتطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها (Pervin, 2022,2).

وأكدت العديد من الدراسات على وجود قصور المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن العمل على تنمية المهارات التواصلية لديهم يخفف من المشاكل السلوكية والانفعالية لديهم، والناتجة عن قصور هذه المهارات (Begeer,2006).

أشارت دراسة الرجبي والعبزوزي (2024) إلى أن مستوى المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، جاءت بدرجة متوسطة، وكان التواصل الاجتماعي في المركز الأول، واحتلّ التعامل مع السلوكيات المضطربة المركز الثاني، وجاء التواصل اللفظي في المركز الثالث، يليه التواصل غير اللفظي.

وأشارت دراسة رجبي والعبزوزي (2023) إلى أن خبرة الأمهات في برامج التدخل المبكر في مدينة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، حيث جاءت مهارات ما قبل الاكاديمية في المركز الأول،

يليها مهارات الرعاية الذاتية في المركز الثاني، ويليها المعرفة العامة بالتوحد وأساليب التعليم في المركز، وفي جاءت في المركز الرابع المهارات الاجتماعية، وفي كانت مهارات التواصل في المركز الأخير (رجبي والعبزوزي،2023).

ويمكن للتدخلات التي تركز على الأسرة، أن تعزز قدرة الأمهات على التعامل مع المشاعر والعقبات المجهدة، التي قد تشكل عبئًا على الأسرة، ويمكن أن تزيد من ارتباط الوالدين بالطفل من خلال تعزيز الحب والألفة بين أفراد الأسرة (Papadopoulos, 2021, 11)

وأن اشتراك الأسرة في تطبيق برامج تأهيل أطفالها ذوي اضطراب طيف التوحد، يساهم بدرجة كبيرة في تحقيق النجاح (الجلامدة،2013).

وأشار غانم (2013) إلى أن أسر ذوي اضطراب طيف التوحد بحاجة إلى توفير الخدمات التعليمية، والدعم المعنوي والمادي لهم، بالإضافة للحاجات الاجتماعية التي تجعل هؤلاء الأسر تنسحب اجتماعياً، تجنباً للاتجاهات السلبية من قبل المجتمع (غانم، ٢٠١٣،72).

وكما أن تدريب أطفال التوحد، الذين تتراوح أعمارهم بين (4–9) سنوات له تأثير إيجابي واضح على تعليمهم التواصل مع الآخرين، من خلال تدريبهم على كيفية التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم بطرق متعددة، وأيضاً من خلال توفير بيئة مناسبة لتعليم الأطفال مهارات التواصل البصري، والإشارة إلى ما يرغب فيه، والإيماءات الجسدية (Siegel,2003).

ونظراً لأن اضطراب طيف التوحد يعتبر من بين أشد الاضطرابات، فإن حاجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد للمساعدات الخارجية والدعم الفعال، تعتبر من أشد الحاجات وألزمها لتحقيق قدر من التكيف والتوازن لديهم (احمد، ٢٠٢٠، 43).

وبحسب دراسة (Papadopoulos, 2021) أعربت الأمهات عن شعورهن بالعجز في مواجهة متطلبات رعاية الأطفال اليومية الصعبة، ووصفن شعورهن بالضيق المرتبط بعدم معرفة ما يمكنهن فعله، أو من يمكنهن الاعتماد عليه، لمساعدة أطفالهن.

وأظهرت الأبحاث أن الافتقار إلى الدعم الاجتماعي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، هو المؤشر الأكثر أهمية لتطور مشاكل الصحة العقلية لديهم، كما وله تأثير سلبي على ضغوط الوالدين، وعلى التنشئة الاجتماعية للأسرة، وأشار (ساندرز ومورجان) إلى أن غياب خدمات الدعم الاجتماعي، يساهم في مواجهة الوالدين لمزيد من التحديات لمهاراتهم الأبوية المرتبطة بخصائص الطفل، مما يؤدي بدوره إلى تفاقم ضغوط الوالدين وأعراض الاكتئاب لديهم.

وقد يسهم وجود الوالدين ضمن مجموعات فعّاله من أسر ذوي اضطراب طيف التوحد في زيادة قبول الوالدين لإعاقة طفلهم، بعد مناقشات مع آباء آخرين يواجهون تجارب ومخاوف مماثلة.

.(Papadopoulos, 2021,p2-6-11)

كما وأن هناك مجموعة من التدخلات النفسية الاجتماعية التي يقدمها غير المتخصصين (الآباء أو مقدمو الرعاية، والأقران، والمعلمون). وفي العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يتعين على هؤلاء غير المتخصصين تقديم التدخلات للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد بسبب نقص الموارد الأخرى، ووجد أن هذه التدخلات تنتج فوائد في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي، ومهارات الحياة اليومية، والفهم أو الأداء الأكاديمي والسلوك .(Pervin, 2022,p3)

مما سبق يظهر قصور واضح في الخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في الجانب التواصلي بشكل عام، ويظهر ذلك في عدم القدرة على التواصل وبناء علاقات مع الآخرين، مما يؤثر سلبياً على تواصلهم داخل الاسرة وخارجها، كما ويظهر أهمية تدريب أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفعالية ذلك في تنمية مهاراتهم المختلفة، ومن خلال عملي في مجال ذوي الإعاقة، والمتابعة مع عدد من المؤسسات ذات العلاقة، وملاحظة محدودية الخدمات المقدمة لهذه الفئة، وقلة البرامج المستخدمة في التأهيل، وجدت أنه من المهم المساهمة في هذا المجال، للعمل على تطوير الخدمات المقدمة لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، مما يمكن أن يؤثر إيجابياً على مهاراتهم وتواصلهم مع أبنائهم، والمساهمة في تأهيل أطفالهن في عمر مبكر، وفي البيئة الطبيعية مما يمكن أن يؤثر إيجابياً على سلوكهم وتواصلهم.

واهتمت هذه الدراسة بالجانب التواصلي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، لما لهذا الجانب من تأثير على تواصل أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في التواصل مع أبنائهم، وبالتالي تمنية مهاراتهم، وتسعى الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد من خلال برنامج تدريبي سلوكي، وتتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

أ. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي في قياس المهارات التواصلية تُعزى لأثر البرنامج التدريبي؟

ب. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين البعدي والتتبعي في قياس المهارات التواصلية تُعزى لأثر البرنامج التدريبي؟

ت. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغيرات (عمر الأم، مستوى تعليم الأم، عمر الطفل من ذوي اضطراب التوحد، الوضع الاقتصادي لأسرة، الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد ناطق أو غير ناطق)؟.

2 . فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة لاختبار الفرضيات الآتية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والتتبعي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الأم.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد ناطق أو غير ناطق.

3. أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة في تناولها لفئة أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، ومحاولة التعرف على أثر برنامج تدريبي سلوكي في تحسين مهاراتهم التواصلية، وقلة الدراسات التي تعنى بالبرامج الخاصة بأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل حاصة وفي فلسطين عامة ويمكن توضيح أهمية الدراسة من خلال ما يلي:

1. قلة الدراسات التي تعنى بالبرامج التدريبية الخاصة بأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل وفي فلسطين.

2. تسليط الضوء على البرامج التدريبية، التي يمكن أن يكون لها أثر في تطوير مهارات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد التواصلية.

3. المساهمة في تحسين المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، مما يؤثر إيجاباً في تواصلهم مع أطفالهم.

4. المساهمة في مساعدة المتخصصين والعاملين مع أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بالتعرف على برامج ذات أثر في تحسين مهاراتهم التواصلية.

5. تفعيل دور أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تأهيل وتنمية مهارات أطفالهن.

6. توفير معلومات حول اضطراب طيف التوحد، ومهارات التواصل، وبرامج التدريب المعرفي السلوكي.

7. المساهمة في توفير أدوات بحثية، يمكن للباحثين الاستفادة منها، أو الاعتماد عليها في إجراء دراسات أخرى.

8. الاستفادة من الدراسة الحالية في تأهيل وتدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المؤسسات ذات العلاقة.

4. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

1. التعرف على مدى فعالية البرنامج التدريبي المقترح، في تحسين المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل.

2. بناء وإعداد برنامج تدريبي معرفي سلوكي، يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات التعليمية والأدوات التفاعلية المتنوعة؛ لتنمية المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل.

3. بناء وإعداد مقياس المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

4. معرفة الفروقات في متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي والتتبعي، لأفراد المجموعة في مستوى المهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل.

5. التعرف على إذا ما كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأمهات على أبعاد مقياس المهارات التواصلية في القياس القبلي والبعدي.

6. التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج التدريبي المعرفي السلوكي في تنمية المهارات التواصلية، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال القياس التتبعي.

5. مصطلحات الدراسة:

1.5 اضطراب طيف التوحد: هو اضطراب نمائي عصبي يؤثر بشكل سلبي على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والاداء التعليمي، يرافقه العديد من الخصائص السلوكية والحركات النمطية، وتظهر هذه الأعراض قبل عمر الثلاث سنوات (National,2001. 55).

إجرائياً: أطفال اضطراب طيف التوحد هم الأطفال الذين تم تشخيصهم في قبل فريق متخصص، بأنهم مصابون باضطراب طيف التوحد في مركز خرما، ومركز ال مكتوم التابع لجمعية الإحسان الخيرية، ولجان العمل الصحي، ومركز مهارات في مدينة الخليل.

أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد: إجرائياً: هن أمهات الأطفال الذين تم تشخصيهم باضطراب طيف التوحد والملتحقين بمراكز التأهيل ذات الدوام النهاري أو الجلسات المنفردة في مدينة الخليل.

5. 2 المهارات التواصلية: هي عملية تبادل للمعارف، والافكار، والمشاعر، والآراء باللغة اللفظية وغير اللفظية (الزريقات،2010).

إجرائيا: المهارات التواصلية هي الدرجة الكلية، التي تحصل عليها الأمهات المشاركات في التدريب على مقياس المهارات التواصلية، بالأبعاد (التواصل اللفظي وغير اللفظي، والاجتماعي، ونظرتهن لتواصلهن مع أطفالهن)، وذلك في التطبيق القبلي والبعدي والتتبعي.

1.5 البرنامج التدريبي:

إجرائياً: مجموعة من الإجراءات والتدريبات المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي، التي يمكن من خلالها تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال استخدام فنياتها، مثل: المحاضرة والمناقشات، ولعب الدور، والنمذجة، والاسترخاء، وغيرها من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة للعلاج السلوكي وما ينبثق عنه من برامج تأهيلية لذوي اضطراب طيف التوحد، ومنها تحليل السلوك التطبيقي، وبرنامج (لوفاس Lovaas)، وبرنامج تبادل الصور (بيكس PECS)، وجميعها من مناهج علم النفس التي تستند إلى مبادئ التعلم،

والتي تهدف إلى تغيير السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال استخدام الفنيات السلوكية كالتعزيز الإيجابي، والتعزيز السلبي، والعقاب، والنمذجة، وغيرها من الفنيات السلوكية.

6 .الدراسات السابقة

تعتبر الدراسات السابقة من الركائز الأساسية في بحث علمي، حيث تسهم في فهم موضوع البحث بشكل أفضل، وتوفر سياق علمي له. كما وتسلط الضوء على الجهود السابقة في مجال البحث، مما يُسهم في تطوير الفهم الشامل للمشكلة البحثية، ويساعد في تجنب تكرار مواضيع الدراسات مما يحقق الأصالة العلمية، كما ويساعد في صياغة أسئلة وفرضيات بحثية دقيقة، مدعمة بأدلة علمية، وقد تم التطرق إلى عرض الدراسات السابقة من الأحدث للأقدم.

1.6. دراسة Bordini, D. et al (2024)

سعت الدراسة إلى استكشاف كيفية اكتساب مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، وتدريب الوالدين، ونمذجة الفيديو. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وقد تكونت أدوات الدراسة من أربعة مقاييس متدرجة للتواصل البصري والاهتمام المشترك. كما وتكونت عينة الدراسة من (34) طفلاً، يعانون من اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية (ID) ووالديهم أيضاً. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تدريب الوالدين بديل فعال. كما وأشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين وقت التعرض للتدخل واكتساب القدرات في هذا النوع من تدريب الوالدين، باستخدام نماذج الفيديو للتعلم من تحليل السلوك مهارات الاتصال البصري والاهتمام المشترك للأطفال، الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وتدخل الوالدين، وإلى إمكانية تطبيق النمذجة في البيئات منخفضة الموارد.

2.6. دراسة Abdi, F.et al (2024)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية التدريب على علاج الاستجابة المحورية (PRT)للأمهات في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. باستخدام التجربة السريرية العشوائية، وتكونت الأدوات من علاج تحليل السلوك التطبيقي (ABA). ومقياس درجات الكلام / اللغة / التواصل والتنشئة الاجتماعية للأطفال، من خلال قائمة مراجعة تقييم علاج التوحد (ATEC) ، وتم القياس قبل وبعد أسبوع واحد و بعد شهر واحد من التدخل (RCT). وتكونت عينة الدراسة من (52) أما لأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد وتقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين، وقد تلقت أمهات مجموعة التدخل تدريباً. وأشارت النتائج إلى تحسن بشكل ملحوظ في مجموعة التدخل مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن تدريب الوالدين على(PRT) يمكن أن يوفر علاجاً دائماً وفعالاً للأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في البيئة المنزلية.

3.6. دراسة Tenerife, et al (2023) .

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير مشاركة الوالدين في الأنشطة المدرسية لابنهم على مهارات التواصل، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مركز (SPED) في مدينة سيبو في الفلبين، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، حيث قام الباحثون لتقييم مهارات التواصل لدى (30) طفلاً مصاباً بالتوحد، وتقييم مدى مشاركة أولياء الأمور في الأنشطة المدرسية لأطفالهم، باستخدام استبيانات المسح. وتم استخدام أدوات إحصائية مختلفة لمعالجة البيانات التي تم جمعها، مثل المتوسط المرجح، والانحراف المعياري، ومعامل الارتباط بيرسون. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال لديهم مظهر معتدل في مهارات الاتصال، كما وأشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية

متوسطة موجبة بين مشاركة أولياء الأمور ومهارات التواصل لدى الأطفال، وبالتالي يوصى بتشجيع المعلمين على تصميم برامج للأطفال، من شأنها إشراك أولياء الأمور في تعزيز مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

4.6. دراسة أبو نواس والعويدي (2022).

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تدريب أولياء الأمور (ImPACT) في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في دولة قطر، واستخدم الباحثون المنهج التجريبي ذا المجموعة الواحدة (مع القياس القبلي والبعدي)، وكانت أدوات الدراسة (مقياس التواصل الاجتماعي (Social Communication Checklist–SCC)، والبرنامج التدريبي (ImPACT) من ترجمة الباحثين وإعداد (Brooke Ingersoll and Anna Dvortcsak). وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، (8) أطفال مشخصين باضطراب طيف التوحد من مركز رؤى للتقييم أو مستشفى الرميلة في دولة قطر وأولياء أمورهم، حيث طبق مقياس مهارات التواصل على الأطفال وعلى ولي الأمر الخاضع للتدريب، وقد اختيروا بطريقة العينة القصدية، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الرتب في التطبيقين (القبلي والبعدي)، لأداء المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التواصل يُعزى للبرنامج التدريبي، وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، كما وأشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب في التطبيقين (القبلي والبعدي)، تعزى للبرنامج التدريبي لصالح التطبيق البعدي للأبعاد (المشاركة الاجتماعية، استخدام الاتصال–اللغة التعبيرية، استخدام التواصل الوظيفي–اللغة التعبيرية، وفهم التواصل– اللغة الاستقبالية– التواصل كلك)، باستثناء بعد التقليد فلم يوجد فيه فروق دالة إحصائياً.

5.6. دراسة الديباني وقطب (2022).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية التدريب عن بعد لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لمساعدتهن في تنمية وتطوير مهارات السلوك التكيفي، و مساعدة أطفالهن في تحسين مستوى مهارات السلوك التكيفي لديهم عن بعد (التواصل – مهارات الحياة اليومية التنشئة الاجتماعية – المهارات الحركية). استخدمت الدارسة المنهج التجريبي، واستخدم الباحثان مقياس (فاينلاند للسلوك التكيفي) النسخة المعربة للدكتور بندر العتيبي (٢٠٠٤)؛ لقياس أداء الأطفال من خلال سؤال أمهاتهم، وتكونت عينة الدراسة من (٥) أمهات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من منطقة مكة المكرمة، تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد باستخدام مقياس كارز من قبل مختصين، وتراوحت أعمارهم بين (3 – ٧) سنوات. وتم تطبيق البرنامج التدريبي المبني على مقياس (فاينلاند)، لمدة سبعة أسابيع؛ بواقع (٧) جلسات تدريبية للأمهات، وأشارت نتائج الدراسة من خلال مقارنة القياس القبلي والبعدي لمقياس (فاينلاند) على فاعلية البرنامج التدريبي المقدم للأمهات عن بعد.

6.6. دراسة حنفي وأخرون (2022).

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج (لوفاس Lovaas) عن بعد، بمشاركة والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات التواصل لدى الأطفال اضطراب ذوي طيف التوحد، من خلال التدريب عن بعد، عبر تطبيق الزوم، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وقام الباحث باستخدام مقياس (جيليام)، لتقدير اضطراب طيف التوحد، تعريب عادل عبد الله وعبير أبو المجد (2020)، وبرنامج (لوفاس Lovaas) وفنيات تحليل السلوك التطبيقي من إعداد الباحث. وتكونت عينة الدراسة من (8) أطفال، (4) من الذكور و(4) من الإناث تتراوح أعمارهم بين (4.3

– 8.1) سنوات، ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى أفراد العينة، ولم تظهر فروق بين مدى الاستفادة لدى الذكور والإناث، واتضح استمرار أثر البرنامج بمقارنة القياس البعدي والتتبعي.

7.6. دراسة جبارة ومسودة (2021).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس التواصل غير اللفظي من إعداد الباحثين، ومن البرنامج التدريبي في التدخل المبكر القائم على برنامج التواصل عن طريق نظام تبادل الصور (PECS)، من إعداد (اندي باوندي ولوري فورست,1994) ، وتكونت عينة الدراسة من (12) أم من اللواتي حصلن على أقل درجة على مقياس التواصل غير اللفظي ، وأشارت النتائج إلى أن نظام التواصل عن طريق نظام تبادل الصور قادرٌ على خلق طريقة تفاهم بين الأم وطفلها، وأن الطفل يصبح قادراً على التعبير عما يريد من خلال الصور، مما يخفف العبء عن الأم، وأشارت إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجات الأبعاد (الانتباه المشترك، والتقليد، والتعرف والفهم)، كما وأشارت إلى وجود فروق على مقياس التواصل غير اللفظي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.

8.6. دراسة عياط (2020).

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر العلاج السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأثره في تنمية التواصل اللفظي لدى أبنائهن، واستخدمت الدراسة

المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي من إعداد عادل السعيد البناء (٢٠١٠)، ومقياس ستانفورد بينيه في صورته الخامسة، من إعداد محمود السيد أبو النيل (٢٠١١) ومقياس الطفل ذي اضطراب طيف التوحد من إعداد عادل عبدالله محمد (2008). ومقياس عادات العقل من إعداد الباحث ومقياس التواصل اللفظي للطفل ذي اضطراب طيف التوحد للفئة العمرية بين (٦-٨) سنوات من إعداد الباحث، والبرنامج التدريبي لاستخدام العلاج السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأثره في تنمية التواصل اللفظي لأبنائهن من إعداد الباحث. وتكونت عينة الدراسة من (٨) أمهات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من غير المجموعة الاستطلاعية، وتراوحت أعمار الأمهات بين (٣٠-٣٥) عاماً، ومن (٨) أطفال توحديين من غير المجموعة الاستطلاعية، وتراوحت أعمارهم بين (6-8) سنوات، ونسبة ذكائهم بين (١٠-٨٠) درجة، وأشارت النتائج إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل، لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن.

9.6. دراسة الضمور (2019).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي انتقائي، لتنمية المرونة المعرفية ومهارات التعايش لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس المرونة المعرفية المكون من (24) فقرة، ومقياس مهارات التعايش، والمكون من (32) فقرة، وأربع أبعاد هي (التسامح وتقبل الآخر والتعاون والحوار)، والبرنامج الإرشادي قائم على الارشاد الانتقائي، وقد تكونت العينة من الأمهات اللواتي لديهن أطفال توحديين تتراوح أعمارهن بين (45-25) عاما، مع تنوع مستوى التعليم لهن، وأشارت

النتائج إلى وجود مستوى متوسط من المرونة المعرفية، ومهارات التعايش لدى العينة المسحية الأولية، وإلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المرونة المعرفية، ومهارات التعايش وأبعاده في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية، كما وأشارت إلى عدم وجود فروق بين التطبيقين (البعدي والتتبعي) على مقياسي المرونة المعرفية، ومهارات التعايش، مما يعني استمرار تحسن أداء أفراد المجموعة التجريبية بأثر البرنامج الإرشادي بعد مرور شهرٍ على تطبيق البرنامج.

10.6. دراسة Flippin, M. (2019) .

هدفت الدراسة إلى تدريب الأب على التواصل مع الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد، حيث تم إجراء تجربة موضوعية واحدة، وخطوط أساس متعددة عبر السلوكيات مع ثنائي واحد أي الأب والطفل المشخص باضطراب طيف التوحد. وأشارت النتائج إلى أن الأب المشارك كان قادراً على التعلم بسرعة لاستخدام ثلاثة من استراتيجيات الاستجابة الأربعة المستهدفة، (أي تعليقات المتابعة، وتوجيهات المتابعة، واللعب البدني المستجيب). لقد زاد استخدام الطفل للكلمات المفردة عن مستوى خط الأساس، وتم توثيق بداية استخدام الألفاظ المتعددة الكلمات.

11.6. دراسة الحديبي (2019).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج صن رايز (SON-RISE) لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تحسين مهارات التواصل البصري لدى أطفالهن، واستمرارية هذا التحسن، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتضمنت أدوات البحث قائمة سلوكيات التواصل البصري المدرك لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستمارة المقابلة

لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (57) أم للأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، للتحقق من كفاءة أدوات البحث السيكو مترية، وطبقت برنامج إرشادي قائم على استراتيجية منح السيطرة والتحكم (صن رايز) على (8) من أمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد؛ لتحسين مهارات التواصل البصري لدى أطفالهم ذوي طيف التوحد، و أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج على الأمهات في تحسين مهارات التواصل البصري لدى أطفالهم ذوي طيف التوحد، وإلى استمرار هذا الأثر خلال فترة المتابعة، وإلى تحسن مهارات التواصل البصري المدرك عبر مراحل برنامج (صن رايز) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

12.6. دراسة الحياري والخطيب (2018).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في تنمية معرفة ومهارات التعامل مع سلوكيات الأطفال لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في دولة الإمارات المتحدة، وتم استخدام المنهجي التجريبي (مجموعة تجريبي ومجموعة ضابطة)، وأدوات الدراسة هي برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك من إعداد الباحث، ومقياس مستوى امتلاك أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لفنيات تعديل السلوك مكون من (40) فقرة من إعداد الباحث، وتكونت عينة الدراسة من (30) أم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمار أطفالهن بين (5–10) عاماً، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في الأداء على مقياس مستوى امتلاك أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لفنيات تعديل السلوك، لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي، مقارنة بالمجموعة الضابطة.

13.6. دراسة عميرة والسرور (2018).

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير الملتحقين في مراكز التربية الخاصة، في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، واستخدم الباحثين المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس من إعداد الباحثين، وبناء برنامج تدريبي قائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي، وتكونت عينة الدراسة من (10) أمهات وأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، ممن هم على قوائم الانتظار، في مراكز التربية الخاصة في محافظة عمان. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً على جميع أبعاد مقياس مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، لصالح القياس البعدي.

14.6. دراسة (Vahidi. M, et al.(2017 .

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مهارات الاتصال الفعال، في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي حيث تم تقسيم المشاركين إلى مجموعات تجريبية وضابطة بشكل عشوائي. وكانت أداة الدراسة استبيان المهارات الاجتماعية – الوالدين (SSP) (جريشام وإليوت،1990). وتكونت عينة الدراسة من (24) أم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم بين (4 – 13) سنة، المراجعين مركز طهران للتوحد، وتلقت المجموعة التجريبية (8) جلسات للتدريب على مهارات الاتصال الفعال. وقد أظهرت النتائج أن أطفال الأمهات في المجموعة التجريبية لديهم أداء أفضل في المهارات الاجتماعية مقارنة بأطفال الأمهات في المجموعة الضابطة.

15.6. دراسة Thompson CK, et al.(2016) .

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تدريب أولياء الأمور على تعزيز التواصل والسلوك الاجتماعي، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، باستخدام برنامج Son-Rise. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، واستخدم الباحث في الدراسة الاستبيانات وقائمة تقييم اضطراب التوحد، حيث شارك أباء الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في دورتين لتدريب الوالدين، لمدة خمسة أيام في تدخل برنامج Son-Rise، مفصولة بعدة أشهر، وأشارت نتائج الدراسة إلى تحسن في التواصل الاجتماعي والوعي الحسي والمعرفي لدى أطفالهم، مع مكاسب أكبر مرتبطة بزيادة ساعات العلاج في الأسبوع.

16.6. دراسة Far. J, et al.(2016).

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التدريب على العلاج باللعب لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تحسين المهارات اللفظية وغير اللفظية لأطفالهن، واستخدم المنهج التجريبي بمجموعتين (تجريبي وضابطة)، وتكونت عينة الدراسة من (30) أم للأطفال ذوي الدرجة المتوسطة من اضطراب طيف التوحد. وأشارت النتائج إلى أن التدريب على العلاج باللعب أدى إلى تحسن كبير في تحسين المهارات اللفظية وغير اللفظية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

17.6. دراسة صالح وحنفي (2015).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية تطبيق برنامج تدريبي في تنمية مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، وأثره على خفض المشكلات السلوكية لأطفالهن، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس (جودار)،

والبرنامج التدريبي، الذي ضم مجموعة من المهارات وهي (مهارات التواصل، ومهارات التفاعل الاجتماعي، وإشباع الحاجات الأساسية، ومواجهة السلوكيات المضطربة) ، وتكونت عينة الدراسة من (7) أمهات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأطفالهن، تراوحت أعمار الأمهات بين (٢٥ – ٤١) عاما، وأعمار أطفالهن بين (4–٨) سنوات، ودرجة ذكاء أطفال العينة بين (٧٥–٩٠) درجة على مقياس (جودارد)، وتم اختيار الأمهات اللواتي حصلن على درجات منخفضة على مقياس مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن، واللواتي لديهن نقص في مهارات التعامل مع الأبناء، وتم تدريب الأمهات لمدة ثلاثة أشهر بواقع جلستين أسبوعياً، وكانت مدة الجلسة الواحدة ساعتين، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي والبعدي) على مقياس مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن، لصالح القياس البعدي، وإلى عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) على مقياس مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن، كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أطفال أمهات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي والبعدي)، على مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد للأطفال، لصالح القياس البعدي، وأشارت إلى عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أطفال أمهات المجموعة التجريبية، في القياسين (البعدي والتتبعي)، على مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد للأطفال.

18.6. دراسة أبو حسب الله (2015).

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي، في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، واستخدمت مقياس التواصل غير اللفظي من إعداد الباحثة، والبرنامج التدريبي

القائم على برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور من إعداد (اندي باوندي ولوري فورست،1994)، وتشكلت عينة الدراسة من (12) أم من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي في الدرجة الكلية للتواصل غير اللفظي لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وأشارت أيضاً إلى وجدت فروق بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي، ووجود فروق في درجات بُعد (الانتباه المشترك) لمقياس التواصل غير اللفظي، لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وجود فروق بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي، ووجود فروق في درجات بُعد (التقليد) لمقياس التواصل غير اللفظي، لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، ووجود فروق بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي، ووجود فروق في درجات بُعد (التعرف والفهم) لمقياس التواصل غير اللفظي، لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، ووجود فروق بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي، في درجات بُعد (الإشارة إلى ما هو مرغوب) لمقياس التواصل غير اللفظي، لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي. كما وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود أي فروق بين درجات القياس البعدي، ودرجات القياس التتبعي في الدرجة الكلية للتواصل غير اللفظي الكلية وأبعاده، لأمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد.

19.6. دراسة محمد (2014).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية تدريب الأمهات على استراتيجيات برنامج تحليل سلوك تطبيقي في تحسين سلوك أطفالهم المشكل، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتكونت

أدوات الدراسة من برنامج تحليل السلوك التطبيقي من إعداد الباحث، ومقياس السلوك المشكل للأطفال من اعداد الباحث، حيث طبق على مجموعة من الأمهات بلغ عددهن (64) أمٍ، أعمارهن بين (٣٥-39) عاما. تم اختيار بشكل عشوائي (26) أم من اللواتي أقررن وجود سلوك مشكل مرتفع لدى أطفالهن وتوزيعهم بشكل عشوائي على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، بواقع (١٤)، جلسة بمعدل جلسة أسبوعياً للجلسات الاثني عشر الأول، ثم جلستان خلال الأسبوع لباقي جلسات البرنامج. وتم تطبيق القياس القبلي والبعدي على المجموعتين، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين السلوك المشكل لأطفال أمهات المجموعة التجريبية، مقارنة بأطفال أمهات المجموعة الضابطة. وأشارت النتائج في القياس التتبعي إلى استمرار فاعليته في فترة المتابعة، مما يشير إلى فاعلية تدريب أمهات المجموعة التجريبية في استخدام أدوات الاستراتيجيات النشطة، والتفاعلية في برنامج تحليل السلوك التطبيقي، واكتسابهن مهارات تطبيقها مع أطفالهن في البيئة الطبيعية، وإلى تحسين سلوكهم المشكل بعد تطبيق البرنامج، مقارنة بأطفال أمهات المجموعة الضابطة وفي فترة المتابعة.

20.6. دراسة العسكر (2011).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشاد سلوكي معرفي، لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد البسيط، في تنمية رعاية وتعليم أطفالهم في مدينة الرياض ، واستخدمت الباحثة في الدراسة المنهج التجريبي، واستخدمت الباحثة استبيان تقدير سلوك الطفل التوحدي، واستبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي، وبرنامج تدريبي سلوكي معرفي من إعداد الباحثة، وتكونت عينة الدراسة من (5) أسر لأطفال توحد بسيط، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، نتيجة

تدريب الوالدين، ووجود فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية، كما وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي. وعدم وجود فروق بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل ذي اضطراب طيف التوحد قبل البرنامج، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل ذي اضطراب طيف التوحد بعد البرنامج.

21.6. دراسة محمد (2011).

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي، لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بإمارة الشارقة، في إكساب أطفالهن مهارات التواصل اللغوي، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتكونت أدوات الدراسة من البرنامج الإرشادي ومقياس اللغة من إعداد الباحثة، وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذكور وأمهاتهم، واختيرت العينة بالطريقة العشوائية البسيطة، وتراوحت أعمار الأطفال (4-12). وأشارت النتائج إلى وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات، لصالح التطبيق البعدي، كما وأشارت إلى عدم وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والمستوى التعليمي للأم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات. وأشارت إلى وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وعدد الإخوان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات، وأيضاً وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات، لصالح العمر الزمني للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

22.6. دراسة الدهمشي (2008).

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج هيجاشي القائم على مهارات الحياة اليومية في تنمية المهارات التواصلية، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز الرياض، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، حيث قام الباحث بتطوير برنامج لتنمية مهارات الحياة اليومية، وتطبيقها لمدة (15) يوماً. وتكونت عينة الدراسة من (40) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، تم فصلهم عشوائياً إلى عينتين، المجموعة التجريبية تكونت من (20) طفل توحدي، والمجموعة الضابطة تكونت من (20) طفل توحدي، أعمارهم بين (6–11) سنة. وأظهرت النتائج أثر فعالية البرنامج في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في منطقة الرياض.

23.6. دراسة المهتدي (2008).

هدفت الدراسة معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي، لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، واستخدمت الباحثة أداة مقياس أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لسمات السلوك الانسحابي لدى أطفالهن، وقياس فعالية البرنامج الارشادي، تبعاً لمتغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، وترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد)، وتكونت عينة الدراسة من (9) أمهات في المجموعة التجريبية تم اختيارهن بطريقة قصدية، وإجراء قياس قلبي وبعدي. وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، تُعزى لفعالية البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم، قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

التعليق على الدراسات السابقة:

توفر الدراسات السابقة ركيزة أساسية لفهم موضوع الدراسة، وتسهم في التعرف على الفجوة المعرفية التي سعت الدراسة الحالية إلى معالجتها، وفي ضوء ما سبق يمكن التعليق على الدراسات السابقة من خلال عدة محاور رئيسة هي:

- من حيث الأهداف:

تعددت أهداف الدراسات السابقة، فمنها ما كان هدفه استكشاف مدى اكتساب مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال المشخصين بالتوحد، كما في دراسة Bordini. D, et a.l (2024) وتقييم تأثير مشاركة الوالدين في الأنشطة المدرسية لابنهم على مهارات التواصل، لدى الأطفال المشخصين بالتوحد كما في دراسة(Tenerife, et al. 2023) ودراسة (Thompson CK, et al. 2016) وأخرى هدفت إلى تنمية مهارات التواصل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد كما في دراسة (Abdi, F. et al. 2024) ، ودراسة (حنفي وأخرون،2022)، ودراسة (جبارة ومسودة،2021)، ودراسة (عياط، 2020)، ودراسة (Flippin, M. 2019)، ودراسة (الحديبي ،2019)، و دراسة (عميرة والسرور، 2018)، ودراسة (Vahidi. M, et al,2017)، ودراسة (Far. J, et al. 2016) ، ودراسة (أبو حسب الله ،2015)، ودراسة (محمد، 2011)، وهو ما يتفق مع هدف الدراسة الحالية في تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وأخرى لمعرفة أثر برنامج تدريبي لأولياء الأمور في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما في دراسة (أبو نواس والعويدي،2022). وفاعلية التدريب عن بعد، لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في تحسين مستوى مهارات السلوك التكيفي لديهم عن بعد، (التواصل – مهارات الحياة اليومية التنشئة الاجتماعية –

المهارات الحركية)، كما في دراسة (الديباني وقطب، 2022) وأخرى هدفها التعرف على فاعلية برنامج إرشادي انتقائي، لتنمية المرونة المعرفية ومهارات التعايش، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما في دراسة (الضمور،2019)، والتعرف على فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في تنمية معرفة ومهارات التعامل مع سلوكيات الأطفال، لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد كما في دراسة (الحياري والخطيب،2018)، ودراسة (صالح وحنفي،2015)، ودراسة (محمد،2014)، والتعرف على فاعلية برنامج إرشاد سلوكي معرفي لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد البسيط في تنمية رعاية تعليم أطفالهم، كما في دراسة (العسكر، 2011) والتعرف على أثر برنامج هيجاشي في تنمية المهارات التواصلية، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما في دراسة (الدهمشي، 2008)، والتعرف على فعالية برنامج إرشادي، لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحد من السلوك الانسحابي، كما في دراسة (المهتدي، 2008).

ركزت أهداف الدراسات السابقة على:

- تنمية مهارات التواصل لدى أمهات وأباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتنمية السلوك التكيفي والتعايش، ومهارات التعامل مع أطفالهم، والحد من السلوك الانسحابي لديهم، وتنمية قدرتهم على رعاية وتعليم أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- من حيث منهج الدراسة المستخدم

- استخدمت معظم الدراسات السابقة المنهج التجريبي، سواء ذو المجموعتين التجريبية والضابطة، أو المنهج ذو المجموعة الواحد بقياس قبلي وبعدي، كما في دراسة .Bordini)

(D,et al.2024 ، ودراسة (Abdi, F. et al.2024)، و دراسة (أبو نواس والعويدي،2022)، ودراسة (الديباني وقطب،2022) ، ودراسة (حنفي وأخرون، 2022)، ودراسة (جبارة ومسودة،2021)، ودراسة (عياط،2020)، ودراسة (الضمور، 2019)، ودراسة (الحديبي، 2019)، ودراسة (الحياري والخطيب،2018)، ودراسة (عميرة والسرور، 2018)، ودراسة (Vahidi. M,et al. 2017)، ودراسة Thompson CK, et al.2016)ودراسة (Far. J, et al. 2016) ، ودراسة (صالح وحنفي، 2015)، ودراسة (أبو حسب الله،2015)، ودراسة (محمد،2014)، ودراسة (العسكر،2011)، ودراسة (محمد،2011)، ودراسة (الدهمشي، 2008)، ودراسة (المهتدي، 2008)، وهذا يتوافق مع الدراسة الحالية التي اعتمدت المنهج التجريبي ذا المجموعة الواحدة.

ودراسة استخدمت المنهج الوصفي المسحي كما في دراسة (Tenerife, et al. 2023) واستخدمت دراسة (Flippin, M. 2019) منهج دراسة الحالة.

- من حيث عينة الدراسة

أُجريت الدراسات السابقة في بيئات مختلفة، عربية وأجنبية، واختلفت حجم عينتها.

- معظم الدراسات السابقة كانت عينة دراستها أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتراوحت أعدادهم ما بين (8–26) أم، وهذا يتوافق مع عينة الدراسة الحالية، والتي تتكون من (10) أمهات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- وهناك دراسات كانت عينتهم الأطفال ووالديهم، كما في دراسة Bordini. D,et al. 2024)، ودراسة (أبو نواس والعويدي، 2022)، ودراسة (حنفي وأخرون، 2022).

- وتكونت عينة الدراسة الوصفية من(30) طفل، لتقييم أثر مشاركة أولياء أمورهم، وهي دراسة (Tenerife, et al.2023)
- ودراسة واحدة كانت عينتها من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت من (40) طفل، وهي دراسة (الدهمشي،2008).
- ودراسة واحدة كانت عينة الدراسة الأب، وهي دراسة (Flippin, M. 2019).

- من حيث أدوات الدراسة

استخدم الباحثون مجموعة من المقاييس التي تخدم أهداف ومتغيرات دراستهم، كمقاييس التواصل، والتواصل الاجتماعي، كما في دراسة (Bordini. D,et al. 2024) ، ودراسة(2024 .Abdi, F. et al)، ودراسة (Tenerife, et al. 2023)، ودراسة (أبو نواس والعويدي،2022)، ودراسة (Vahidi. M, et al. 2017) ، ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي كما في دراسة (الديباني وقطب، 2022)، ومقياس جيليام كما في دراسة (حنفي وأخرون، 2022)، ومقياس ستانفرد بينه كما في دراسة (جبارة ومسودة،2021).

بينما اعتمد معظم الباحثين على بناء وتطوير مقاييس تخدم أهدافهم بعد مراجعة الأدب التربوي والمقاييس ذات العلاقة بأهدافهم.

وتنوعت البرامج التدريبية المستخدمة، حتى لو كانت الدراسات تتناول أهداف مشتركة، فمنها من استخدم تحليل السلوك التطبيقي أو إحدى فنياته، كما في دراسة (Bordini. D, et al. 2024 ، ودراسة (Abdi, F. et al. 2024) ، ودراسة (حنفي وأخرون، 2022)، ودراسة (جبارة ومسودة، 2021)، ودراسة (عميرة والسرور، 2018)، ودراسة (أبو حسب الله، 2015)، دراسة (محمد ،2014)، ومنهم من بنى برنامجه التدريبي على النظرية السلوكية وتعديل السلوك كما

في دراسة (عياط،2020)، ودراسة (الحياري والخطيب، 2018)، والعلاج السلوكي المعرفي كما في دراسة (العسكر، 2011) وبرنامج هيجاشي كما في (دراسة الدهمشي،2008) وبرنامج (impact) كما في دراسة (أبو نواس والعويدي، 2022)، وبرنامج مبني على مقياس فاينلاند كما في دراسة (الديباني وقطب، 2022)، وبرنامج (صن رايز) كما في دراسة (الحديبي ،2019)، والعلاج باللعب كما في دراسة (Far. J, et al. 2016).

تم بناء مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد مراجعة الأدب التربوي، والاستفادة من مقياس دراسة (أبو حسب الله، 2015)، ومقياس (Balestro, J. Izidro & Fernanda, D. Fernanda. 2012)، ومقياس (سليمان وآخرون،2022)، وبناء برنامج تدريبي مبني على تحليل السلوك التطبيقي، وبرنامج (لوفاس Lovaas)، وبرنامج تبادل الصور (بيكس PECS).

- من حيث نتائج الدراسات

أشارت جميع نتائج الدراسات السابقة التجريبية إلى فعالية البرامج التدريبية والارشادية المطبقة، سواء على الوالدين أو الأمهات فقط.

وأشارت نتائج دراسة (محمد ،2011) إلى عدم وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والمستوى التعليمي للأم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات. كما وأشارت إلى وجود فروق تبعاً لمتغير عدد الإخوان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات، وإلى وجود فروق لصالح العمر الزمني للطفل، ذي اضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الأمهات.

وأشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن تدريب الوالدين أو الأمهات بديل فعال ودائم؛ لتنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- مجالات الاستفادة من الدراسات السابقة

استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء وتطوير أدوات الدراسة الحالية.

والاستفادة من الدراسات السابقة في تصميم البرنامج التدريبي، والتعرف على أساس إعداد البرامج التدريبية، وفي اختيار الأساليب الإحصائية التي تناسب معالجة بيانات الدراسة الحالية.

- **مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:**

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أهمية البرامج التدريبية المبنية على استراتيجيات تدخل منبثقة عن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي، كتحليل السلوك التطبيقي وتقنياته وفنياته المختلفة في تنمية المهارات التواصلية، لدى أمهات أو والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وتميزت الدراسة الحالية بكونها من الدراسات القليلة في المجتمع الفلسطيني، والتي تناولت تنمية المهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على حد علم الباحثة.

وبحد علم الباحثة لا يوجد دراسات عربية وأجنبية تناولت المهارات التواصلية (اللفظية وغير اللفظية والاجتماعية) معاً، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واستخدمت العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي وما ينبثق عنه من برامج (كتحليل السلوك التطبيقي، وبرنامج (لوفاس Lovaas)، وبرنامج تبادل الصور (بيكس PECS) معاً.

ومما سبق تستنتج الباحثة ما يلي:

- أهمية تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لما له من أثر إيجابي في تنمية مهاراتهم المختلفة.
- أهمية تنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في بيئتهم الطبيعية، ولساعات طويلة.

الخلاصة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يتضح أهمية تدريب الأمهات في تأهيل وتدريب أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، ومن خلال استعراض الدراسات التي اهتمت في تنمية المهارات التواصلية، يتضح أهمية المهارات التواصلية، كونها أساساً في عملية التأهيل الشامل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفصل الثاني

اضطراب طيف التوحد

تمهيد

1. اضطراب طيف التوحد.

1.2.التوحد والطيف.

1.3 نبده تاريخية حول التوحد.

1.4.انتشار اضطراب طيف التوحد.

1.5. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.

1.6.أسباب اضطراب طيف التوحد.

1.7. خصائص وسمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

1.8. أشكال اضطراب طيف التوحد.

1.9. تشخيص اضطراب طيف التوحد.

1.10.علاج وتأهيل الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

تمهيد:

اضطراب طيف التوحد (ASD) هو حالة اضطراب نمائي عصبي، يؤثر على حياة الفرد وأسرته، وسلوكه وتواصله، وتفاعله الاجتماعي. يظهر غالباً في مرحلة الطفولة المبكرة ويستمر مدى الحياة، يمتاز بصعوبات في التواصل من حيث صعوبة في التحدث، أو فهم اللغة، وصعوبات في التفاعل الاجتماعي من حيث فهم المشاعر والتعبيرات الاجتماعية المختلفة، مما يؤثر سلباً على قدرة الفرد في تكوين علاقات، وظهور أنماط سلوكية تكرارية، مثل (رفرفه الأيدي والاهتمام المفرط بأشياء معينة، وصعوبات حسية)، وتظهر في تفاعل غير عادي للمحفزات الحسية كالأصوات أو الأضواء. وتتفاوت شدة ودرجة الأعراض من فرد إلى أخر.

ويُعتبر التوحد اضطرابًا طيفيًا، لأنه يشمل مجموعة كبيرة من الأعراض والمستويات، وما تزال أسباب اضطراب طيف التوحد غير واضحة، ويُعتقد أنها مزيجٌ من العوامل الوراثية والبيئية. ويبدأ تشخيصه في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال فريق عمل متكامل. كما ويعتمد علاج وتأهيل ذوي اضطراب طيف التوحد على مجموعة من الاستراتيجيات، تشمل التدخل السلوكي واللغوي، والدعم التعليمي، والعلاج باللعب، مما يسهم في تحسين مهاراتهم الاجتماعية والتواصلية، وتخفيف حدة الأعراض.

وتقدم هذه الدراسة نظرة شاملة لاضطراب طيف التوحد، والتطورات الحديثة في تشخيص الاضطراب والتدخلات العلاجية.

1. اضطراب طيف التوحد

مفهوم التوحد (لغوياً): هو توحَّدَ تَوَحُّدًا، فهو مُتوحِّد، و(المفعول) مُتوحَّد (للمتعدِّي) وتوحَّد الشَّخصُ إي أقام وحده، وبقي مُفْردًا (عمر،2010،2409).

تشتق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية (AUT) وتعني النفس، وكلمة (ISM) وتعني (انغلاق) أي أنه الانغلاق على الذات، حيث أن هؤلاء الأطفال يتوحدون مع أنفسهم، ولا يهتمون بالعالم الخارجي، وعاجزون عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشلون في استخدام اللغة للتواصل مع الآخرين، ولديهم رغبة دائمة بالقيام بنفس السلوك، ولديهم إمكانيات معرفية جيدة، كما ولديهم سلوكيات نمطية متكررة (Crepeau, et al, 2003).

واختلف العلماء في تعريف التوحد كاضطراب، حيث أن الأطفال المشخصين بهذا الاضطراب، يتميزون بأنهم منغلقون على أنفسهم ولا يقيمون علاقات اجتماعية، ويفشلون في استخدام اللغة للتواصل مع الآخرين، ولديهم رغبة ملحة في الاستمرار بنفس السلوك، كما ويظهر لديهم سلوكيات نمطية متكررة، وهذه الصفات تظهر قبل عمر (30) شهراً من عمر الطفل (الجلامدة ، 2013).

ويعتبر الطبيب النفسي الأمريكي (ليو كانر) أول من أشار إلى هذا الاضطراب، حيث انتبه خلال بحثه الشهير بعنوان (Autistic Disturbances Of Affective Contact) إلى أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً، كانوا مصنفين من ذوى التخلف العقلي، وأن سلوكهم لا يتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا مع التخلف العقلي، بل هي أعراض إكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال، فأطلق عليها (زملة كانر)، أو توحد الطفولة المبكرة (القمش،2011).

وقد اشار (ليو كانر) في كتابه علم نفس الطفل (1953)، إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث بالطفولة، وذلك عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفرد في الوليات المتحدة الامريكية، وقد لاحظ وجود أنماط غير عادية لدى أحد عشر طفلاً كانوا مصنفين أنهم متخلفون عقلياً، وكانت سلوكياتهم تتميز بالانغلاق على الذات والابتعاد عن الواقع، والانطواء وعدم التجاوب مع المثيرات المحيطة بهم، وأطلق عليه اضطراب الذاتوية الطفولية (مجيد،2010). وعرفه على أنه اضطراب يظهر في الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل، حيث يظهر لدى الأطفال المشخصين به عدة صفات، وركز على صفتين، الأولى: نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين، والثانية: الحفاظ على الروتين ومقاومة التغيير، بالإضافة إلى التمسك غير المناسب بالأشياء، وضعف القدرة على التخيل، والعزلة الشديدة (الزراع،2003).

وأشار (الأشول) إلى أن التوحد هو اضطراب سلوكي، يظهر في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في الطفولة المبكرة، ويتحدث الطفل فيه بالكلام عديم المعنى، وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين، وينسحب داخل ذاته (الأشول،1987).

وعرف بالمؤتمر إنجلترا (1999) على أنه اضطراب نمو طويل المدى، يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم، ويتميز هذا الاضطراب بفقدان في العلاقات الاجتماعية، وفقدان التواصل اللفظية أو غير اللفظية، ومشكلات في التخيل والإدراك واللعب، و فقدان في رؤية الطفل للعالم من حوله، بالإضافة إلى مشكلات في تعلمه من خبراته التي يمر بها (الزراع،2003).

وأشار العالم الألماني (أسبرجر،1994) إلى اضطراب طيف التوحد من خلال دراسة نشرها في اللغة الألمانية، إلى أن مجموعة من الأطفال الذين راقبهم ظهرت لديهم أطوار غريبة ومشتركة، وأطلق عليها اسم التوحد الطفولي (الشيخ ذيب، 2004).

ويعرفه (الشامي) على أنه اضطراب في النمو العصبي، يؤثر سلباً على التطور في مجالات ثلاثة أساسية وهي: التواصل، والتخيل، والمهارات الاجتماعية (الشامي،2004).

ويعرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين (IDEA) التوحد على أنه إعاقة نمائية، تؤثر تأثيراً كبيراً على التواصل اللفظي، وغير اللفظي (الزريقات ،2004).

وعرفه كريك (krek) بأنه حالة من الاضطراب، يصيب الطفل في الثلاث سنوات الأولى من عمره، ويشمل عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية، واضطراب في الإدراك، وضعف الدافعية، وخلل في تطور الوظائف المعرفية، وعجز في استخدام اللغة، وضعف القدرة على التخيل ومقاومة التغيرات في بيئته (العبادي، 2005).

وتعتبر جمعية التوحد الامريكية (ASA) أن التوحد إعاقة نمائية شديدة، تظهر خلال الأعوام الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وتستمر مدى الحياة ويؤثر في النمو السوي للدماغ في مجالات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي،, التطور الحسي (محمد وفؤاد،2011).

ويعرفه هولين (1995) على أنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل ، الذي يتميز بقصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي، مما يؤثر سلباً على نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم، وعلى النمو المعرفي والاجتماعي، ووجود نزعة إنطوائية إنسحابية، وانغلاق على الذات، كما لو أن حواسه الخمس قد توقفت عن توصيل واستقبال أية مثيرات خارجية، ما عدا اندماجه بحركات نمطية عشوائية غير هادفة ولفترة طويلة (مصطفى والشربيني،2011).

ويعتبر التوحد من الاضطرابات التي تشهد اهتماماً كبيراً من الباحثين والمختصين، لما يعتريه من غموض، وتنوع في الأسباب وتعدد في البرامج التربوية والعلاجية (سهيل،2015).

وعرفه (DSM-5) بأنه عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة منها:

1- عجز عن التعامل العاطفي، ويظهر في الأسلوب الاجتماعي الغريب، والفشل في الرد في المحادثة، وتدني في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف.

٢ - عجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية خلال التفاعل الاجتماعي، يتراوح بين ضعف كامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، والشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، والعجز في فهم واستخدام الإيماءات، والانعدام التام للتعابير الوجهية، والتواصل غير اللفظي.

3- عجز في تطوير العلاقات وفهمها والمحافظة عليها ، ومنها صعوبات تعديل السلوك؛ ليتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة، وصعوبات في مشاركة اللعب التخيلي، وتكوين الصداقات، وانعدام الاهتمام بالأقران (Siegel, 2003).

كما وعَرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة (5-DSM)، اضطراب طيف التوحد (ASD) على أنه حالة مبكرة، تستمر مدى الحياة في الغالب وتتميز بالعجز المستمر في مهارات التواصل الاجتماعي والعاطفي والتواصل غير اللفظي، والعجز في تطوير الحفاظ على العلاقات، والسلوكيات المقيدة والمتكررة بما في ذلك الصور النمطية، والإصرار على التشابه والاهتمامات المقيدة والثابتة للغاية، والتشوهات الحسية Annio & (Paola,2023.p566).

ويعرفه (الزريقات ،2020) بأنه اضطراب نمائي يؤثر سلباً في التواصل والسلوك ومتغير الشدة، ويتميز بصعوبات أو بعجز في التفاعل والتواصل الاجتماعي والاهتمامات المقيدة،

والسلوكيات التكرارية، وتتراوح شدة الاضطراب من البسيط إلى الشديد، ويشخّص خلال فترة الطفولة المبكرة (خلال العامين حتى الثماني سنوات من عمر الطفل. كما ويعرف على أنه اضطراب (الطيف) لوجود تباين كبير في نوع وشدة الأعراض التي تظهر لدى المشخصين به (الزريقات،2020).

وأشار جوردن (Jordan, et al. 1998) إلى أن التوحد هو حالة وليس مرضاً، حيث أن الحالة قابلة للتحسن بالتدريبات والبرامج الإرشادية والتربوية والسلوكية، بينما المرض قابل للشفاء بالمتابعة والعلاج، كما وإن السلوكيات التي يتم تعلمها في جلسة واحدة يصعب نقلها بسهولة إلى أوضاع أخرى (الأمام والجوالدة،2011).

كما ويعرف اضطراب طيف التوحد، بأنه اضطراب نمائي عصبي يحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد لا تظهر أعراضه بشكل كامل إلا في وقت لاحق عندما تتجاوز المتطلبات الاجتماعية قدرات الطفل ذي اضطراب طيف التوحد (Gewaldnyne& Yuliati& Saputir,2020).

1.2. التوحد والطيف

لقد تغير تعريف التوحد كثيراً منذ أن وصفه لأول مرة (ليو كانر،1943) على أنه الأعراض الأساسية لدى الأطفال الأحد عشر، الذين وصفهم في البداية هي نفسها نسبياً، وهي قصور اللغة والإعاقات الاجتماعية، والطقوس، والروتين، والصلابة المعرفية، ومع ذلك أصبح التوحد الآن عبارة عن مجموعة من الحالات المتشابهة، وليس اضطراباً واحدا، ومن الاضطرابات عالية الانتشار هي التوحد، واضطراب النمو الشامل، غير المحدد (PDDNOS) الذي يتميز

بميزات التوحد، ولكن لا يتم استيفاء جميع معايير التوحد، ومتلازمة أسبرجر ويتضمن متلازمة (ريت Rerts)، ومن هنا جاء مصطلح الطيف (Matson,2009,p4).

1.3 نبده تاريخية حول التوحد

وصف طبيب نفسي نمساوي ثيودور هيلر (1869–1938)، في فيينا اضطراب الطفولة التفككي (CDD)، حيث أنه يعود لعائلة لها تاريخ في خدمة المكفوفين، لكن هيلر لم يكن يرغب في مساعدة هؤلاء الأفراد فحسب، بل جميع الأطفال المعاقين أيضا، فقد لاحظ هذه الحالة النادرة التي تبدأ في سن (3–10) سنوات، وأشار إليه بالخرف التدريجي. وأفاد هيلر أن هؤلاء الأطفال، الذين تأخروا إلى حد ما في البداية، أصيبوا بمجموعة من العجز المدمر، يشمل تشنجات لاإرادية، والخرس، والقوالب النمطية، والعجز المنعزل، والسلوك غير الناضج، والسلوكيات الصعبة، سماه هيلر (بخرف الطفل) بحيث تبين أن هؤلاء الأطفال كانوا يصابون بالخرف، وعرف أيضاً باسم متلازمة هيلر، وقد تمت إعادة تنظيم اضطراب CDD رسمياً كاضطراب في العقدين الماضيين. (Matson,2009,p4).

والتقارير الأولى عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حتى اليوم ينسبها معظم المؤلفين إلى ليو كانر (1943)، وهانز أسبرجر (1944)، ولكن في الواقع، أول من وصف هذه الحالة في مجلة علمية كانت امرأة هي (جرونيا إفيموفنا سوخاريفا)، التي أبلغت في عام (1926) عن إصابة (6) أولاد بالتوحد الذي يمكن تعريفه اليوم بـ "الأداء العالي"، وقدمت الكثير من التفاصيل السريرية، بما في ذلك التشوهات الحسية، والتي اكتسبت وزنها المناسب فقط في وصف DSM –5– لاضطراب طيف التوحد .(Annio, Paola,2023.p566).

يعتبر الطبيب النفسي الانجليزي هنري مودزلي (1867) أول من اهتم بالاضطرابات، التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال (مجيد، 2010).

واستخدم (بلوبير،1911) مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الاجتماعي، والتركيز الفردي على الاهتمامات الشخصية للأفراد، الذين يعانون من الفصام (Heflin & Alaimo, 2007)

و ليوكانر (1935) أول من تعرض لإعاقة التوحد كإعاقة مستقلة، ذات أعراض مختلفة عما يظهر لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، في كتابة طب نفس الطفل (الشرقاوي،2018).

وبقي اضطراب طيف التوحد مجهولاً، حتى تم اكتشافه من قبل العالم (كانر، 1943)، والعالم (اسبيرجر،1944) وهما اللذان أطلقا على هذه الحالة التي تصيب الأطفال بحالة التوحد، حيث أشار كانر إلى أن التوحد يعنى (الوحدة والانعزالية) وركز على مهارة الحفظ ، بينما ركز أسبرجر على المشاكل الحركية (السعيد 2021). وحاول أسبرجر أن يربط سلوك التوحد بتنوع الشخصية الطبيعي، والذكاء ليشكل مدخلاً استثنائيا لفهم التوحد(الزريقات،2004).

كما وأشار (ليو كانر، 1943) إلى التوحد الطفولي اضطراب يحدث في مرحلة الطفولة ، حيث قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفرد، ولاحظ وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً، كانوا مصنفين على أنهم متخلفون عقلياً، ووجد أن سلوكهم يتميز بالابتعاد عن الواقع، والانطواء، والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم (مجيد،2010).

يرى (ليو كانر) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، جاؤوا إلى العالم بلا قدرة فطرية على التواصل مع الأخرين، كالأطفال الذين قدموا إلى العالم بإعاقات فطرية جسمية أو عقلية (الزريقات،2004).

و(ليو كانر) أول من وضع تعريفاً للتوحد في عام (1956) من خلال حصر معيار التوحد في صورتين أساسيتين هما:

الأولى: الوحدة المفرطة.

أي العيش في الخيال، ويكون تفاعل الطفل مع نفسه دون الاندماج مع الآخرين من أقرانه.

الثانية: الرتابة.

ويقصد بها أن الطفل في بداية العامين الأولين يميل إلى الروتين والنمطية في سلوكه (السعيد،2021).

واعتقد العالم الأمريكي ذو الأصل النمساوي بيتلهايم عام (1967)، أن التوحد ناتج عن بعض التأثيرات الحرة في سنوات الطفولة المبكرة، ونتيجة لهذا الاعتقاد حَمل الأهل الشعور بالذنب تجاه أطفالهم المشخصين باضطراب طيف التوحد، وتركزت جهود العلاج بناءً على هذا المعتقد، على تغيير بيئة الطفل لتغيير سلوكياته، وفي السبعينات من القرن الماضي، حدث تغيرات في منحى التفكير بمسبب التوحد، وكانت النقلة الأولى حول مفهوم التوحد، حيث عرف التوحد بحسب جمعية الطب النفسي الأمريكية عام (2000)، على أنه اضطراب نمائي وليس اضطراباً نفسياً أو انفعالياً، والنقلة الثانية كانت حول أصل اضطراب طيف التوحد، حيث أنه اضطراب خلقي يولد مع الطفل منذ الولادة، لذا فلا علاقة للأهل بظهور الاضطراب، حتى لو أساؤوا معاملة الطفل، وتشير

بعض الدراسات إلى وجود علاقة لبعض الجينات بالتوحد، وجاءت النقلة الثالثة وهي طريقة التواصل الميسر، والتي تعتبر أحد وسائل تيسير التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والتي تعرف بوسائل التواصل المعززة (AAC) Augmentative and alternative communication (آل اسماعيل،2012).

وفي ستينيات القرن الماضي تم تشخيص التوحد، على أنه نوع من الفصام الطفولي، وفقاً لما ورد في الطبعة الثانية المعدلة من الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية (DSM-2R)، وبقي كذلك حتى عام (1980) إصدار الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل نفسه (DSM-3R) ، حيث تم من خلاله التمييز بين الفصام والاضطراب كإعاقة وليس كحالة مبكرة من الفصام، وأصبح ينظر إليه كإعاقة منفصلة.

وفي عام (1994) نص التصنيف الموضوع من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية، " على أن اضطراب طيف التوحد هو شكل من أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة"، وتم تأكيد ذلك، وفقاً للدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV) (عميرة، 2021).

1.4. انتشار اضطراب طيف التوحد

هناك أعدادٌ متزايدة من الأطفال الذين يستوفون المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد في أنحاء العالم، حيث يقدر عدد الحالات بـ (52) مليون حالة على مستوى العالم (Pervin, 2022,2).

نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد تختلف باختلاف معايير التشخيص التي تعتمدها المجتمعات، فبعض الدراسات اعتمدت على (DSM -3) في تشخيص بعض الحالات، حيث

أشارت إلى أن نسبة التوحد كانت (2 : 5) حالات لكل (10,000) ولادة حية ، ونسبة الإصابة بين الذكور أكثر منها بين الإناث بمعدل (3–4) مرات (الجلامدة، 2013).

تشير المعلومات أن مرض التوحد انتشر في الماضي بما نسبته (5:4) لكل (10,000) من حالات التوحد الكلاسيكية، و(17) لكل (10,000) للحالات ذات الصلة الوثيقة، والتي تتطلب خدمات مماثلة (Gittens & Aarons. 2001).

وأشار العالمان (Lotter & Middles,1966) أن من بين الأعمار (10،9،8) سنوات هناك (54) أطفال مصابون بالتوحد الطفولي لكل (10,000) طفل.

كما وأشارت دراسة (Lotter, 1967) أن (25%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الطفولي، هم ضمن فئة التخلف العقلي البسيط، و(56 %) يقعون ضمن فئة التخلف العقلي الشديد (مجيد ،2010).

وأجرى وينج وجولد (Wing & Gould, 1979) دراسة استغرقت أربعة عشرة عاماً في منطقة كامبرويل في لندن، حيث فحص انتشار التوحد لدى الأطفال المولودين حديثا، وكانت عينة الدراسة هم الأطفال الذين مستوى نسبة الذكاء لديهم أدنى من (70)، ووجدوا أن معدل الانتشار كان (20) حالة لكل (10,000) (الأمام والجوالدة،2010).

ويعتبر (لورد وبول ,1988)التوحد اضطراباً نمائياً نادراً، مقارنة بالاضطرابات النمائية الأخرى، وأن معدل انتشاره (2 : 5) من كل(10,000) ولادة (السيد، 2003).

وأشار جيلبرغ (Gillberg) في دراسته عام (1990)، أن نسبة الإصابة باضطراب طيف التوحد في المرحلة العمرية من (5– 7) سنوات، قدرت بنسبة (4: 12) لكل(10,000) ولادة حية،

و في المرحلة العمرية من (1–4) قدرت نسبة الانتشار بمعدل (11:6) لكل(10,000) ولادة حية (القمش ،2011).

وأجرى ايهلرز وجيلبيرج (Ehlers & Gillberg) عام (1993) دراسة في المدارس الحكومية العامة في جوتنبيرج استغرقت ثمان سنوات، حيث قاموا بفحص الأطفال ممن نسبة ذكائهم (70) فأعلى، ووجدوا أن انتشار اضطراب طيف التوحد يصل معدله إلى (36) حالة لكل(10,000) طفل، وأن (35) من كل (10,000) طفل يعانون من إعاقات اجتماعية تنسب إلى أنواع اضطراب طيف التوحد، ونتيجة لهذه الدراسات تم التوصل إلى أن نسبة الانتشار تصل إلى ما يقارب (1%) من نسبة السكان العام (الأمام والجوالدة،2010).

وفي عام (1999) بلغ نسبة انتشاره وفقا للجمعية الأمريكية لاضطراب طيف التوحد ما نسبته (54) طفل لكل (10,000) حالة ولادة (شكري، 2020).

وفي المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا عام (2002) أشارت الدكتورة (Marie Bristol) إلى أن حالات التوحد الطفولي جاءت كما يأتي: (1) من كل (1000) حالة طفل، صنف بأنه توحد كلاسيكي Classic Autism ، وان (1) من كل (500) حالة مشخصين بأعراض اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum، وتضم أعراض اضطرابات النمو PDD. وأن (1) من كل (200) حالة من أعراض اضطراب طيف التوحد، وتضم أعراض اضطرابات النمو PDD، وأعراض اضطراب أسبرجر (Aspergers Syndrome) (الجلبي،2015).

وأشار (Keen, 2008) إلى أن نسبة حدوث اضطراب طيف التوحد كانت (6,740) لكل (10,000) طفل، أي ما نسبته (42%) من الأطفال لكل (10,000) طفل.

وأصبحت في مارس (2012) (1: 88) حالة ولادة وفقا لما نشرته الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (شكري ،2020).

وأشارت الدراسات الصادرة في شهر آذار للعام (2014) عن مركز (Center of Diseases Controls and Prevention)، إلى أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية، بلغت حالة واحدة لكن (68) طفل، وهذه النسبة ظهرت بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل (5:1) (المقابلة ،2016). وكما وأشار المركز نفسه في العام (2018)، إلى أن ما يقارب (1) من كل (59) طفل يتم تشخصيهم على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد، بسنبة (1) من (37) للذكور، و (1) من (151) للإناث.

وأن (31%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية، بمعامل الذكاء أقل من (70) وأن (25%) معامل الذكاء لديهم يقع بين(85–71)، وأن (47 %) لديهم معامل الذكاء متوسط وأعلى من المتوسط، أي بمعدل أعلى من (85) (الزريقات،2020).

وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الامريكية (2017) إلى أن نسبة الاضطراب تظهر لدى الذكور بنسبة (1: 42) ، ولدى الإناث (1: 198) (عميرة،2021).

وفي عام (2019) أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO)، إلى أن طفل (1) من كل (160) طفلاً يعاني من اضطراب طيف التوحد (السعد،2021).

وقدرت الإحصاءات الحديثة المنقحة بواسطة (NAS) عدد الأشخاص في المملكة المتحدة الذين لديهم اضطرابات طيف التوحد هو (91) لكل (10,000)، ولا تشير هذه الأرقام بالضرورة

إلى زيادة في حدوث الاضطراب، ولكنها قد تعكس زيادة في التعرف على نطاق اضطراب طيف التوحد .(Gittens&Aarons.2001)

وفي حال وجد التخلف العقلي الشديد مع ملامح التوحد، يرتفع المعدل إلى (20) لكل (10,000).

وكان يعتقد سابقاً أن اضطراب طيف التوحد أكثر شيوعاً بين أفراد الطبقات الاجتماعية الراقية، ولكن لاحقاً ثبت عدم صحة هذه المقولة، وأن سبب هذا الاعتقاد هو أن اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج أقل في الطبقات الفقيرة (خطاب، 2005).

كما وتشير الدراسات أن عدد الأولاد ذوي اضطراب طيف التوحد أكبر من عدد البنات، إلا أن عدد الذكور ذوي اضطراب طيف التوحد يفوق عدد الإناث بنسبة (1: (5-3) Gittens & (Aarons. 2001).

ولكن البنات ذوات اضطراب طيف التوحد، يكن أشد اضطراباً وأكثر تاريخاً أسرياً للخلل المعرفي من الذكور(خطاب،2005).

كما وأن الفروق بين الجنسين في اضطراب طيف التوحد متغيرة، وتعتمد على درجة الذكاء لدى المشخص، حيث أن اضطراب طيف التوحد ينتشر أكثر بين الفتيات اللواتي درجة ذكائهن أقل من (35)، وهذا الاضطراب أكثر عند الأولاد الذين درجة ذكائهم أعلى، ولا زال غير معروف السبب في هذه الفروق الجنسية ودرجة الذكاء. (الزريقات، 2004).

وكان يعتقد سابقاً أنه أكثر شيوعاً بين أفراد الطبقات الاجتماعية الراقية، ولكن لاحقاً ثبت عدم صحة هذه المقولة، وأن سبب ذلك اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج أقل في الطبقات الفقيرة (خطاب).

وينمو اضطرب طيف التوحد في العالم بسرعة كبيرة، ويظهر الجدول أدناه تقسيم انتشاره كما تم تحليله بواسطة (Wong,2007)

الجدول (1) انتشار اضطراب طيف التوحد كما حلله (Wong ,2007)

الدولة	نسبة مئوية
أستراليا	6.25. من كل 1000
الصين	1.1 من كل 1000
الدنمارك	9 من كل 1000
الهند	1 من كل 250
اليابان	3 من كل 1000
المكسيك	2- 6 من كل 1000
كندا	1 من كل 154
السويد	1 من كل 188
فنلندا	1 من كل 833
ماليزيا	1 من كل 625

وأشار مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، في الولايات المتحدة، إلى أن (1) من كل (68) طفلاً لديهم اضطراب طيف التوحد، وأن (1) من (42) ولداً و (1) من (189) فتاة مصابون باضطراب طيف التوحد (Ruth & Rohana,2018.p53).

1.4.1.عوامل ارتفاع نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد

وأشار اللالا وزملاءه (2012) إلى مجموعة من العوامل التي أدت إلى ارتفاع نسبة انتشار التوحد وهي ما يلي:

1. تطور المعايير التشخيصية وتنوعها، حيث أن تطور معايير القياس والتشخيص منذ صدور كل من (DSM-3,ICD9) إلى (DSM-4, ICD10) يعتبر سببٌ في زيادة نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد.

2. زيادة نسبة الوعي باضطراب طيف التوحد لدى أولياء الأمور والمعلمين والمتخصصين، مما أدى إلى تمييزهم عن الإعاقات.

3. تعدد أدوات القياس والتشخيص الدقيقة والمقننة، مما أدى إلى تحديد وفرز ذوي اضطراب طيف التوحد عن غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى (الجلامدة، 2013).

4. تزايد المعرفة في العلوم البيولوجية لاضطراب طيف التوحد.

5. تحسن الوعي المهني في اضطراب طيف التوحد، رغم عدم الاتفاق على أسباب حدوثه (مصطفى والشربيني،2011).

1.4.2. انتشار اضطراب طيف التوحد في العالم العربي

وتشير أحدث التقارير إلى أن معدل انتشار اضطراب طيف التوحد في الوطن العربي، تتراوح بين (14) حالة بين كل (10,000) طفل في عمان، و (29) حالة بين كل (10,000) طفل في الإمارات العربية المتحدة. ورغم أن النسبة أقل من مثيلاتها في الدول المتقدمة، حيث أن النسبة فيها تصل إلى (77:39) حالة من المشخصين باضطراب طيف التوحد بين كل (10,000) طفل. وهذا التراجع في انخفاض معدلات الاصابة بالتوحد في المنطقة العربية، يعود إلى عدة عوامل منها:

1. صعوبة إجراء تشخيص اضطراب طيف التوحد، نتيجة نقص في خبرة المتخصصين في تشخيص الاضطرابات النفسية، وكيفية التعامل معها مقارنة بالدول المتقدمة، ونقص في الأطباء المتخصصين في معالجة اضطرابات النمو، لدى الأطفال في الدول العربية.

2. وجود مشكلة بتقنين المقاييس العالمية بما يتناسب والبيئات العربية.

3. نقص الوعي لدى الآباء فيما يتعلق باضطرابات طيف التوحد، وبالتالي صعوبة التعرف على أعراض اضطراب طيف التوحد، مما يؤدي إلى عدم طلب التشخيص والعلاج، خاصة لمن يعانون من أنماط معتدلة من أعراض اضطراب طيف التوحد.

4. وجود الخجل الاجتماعي من وجود طفل من ذوي الإعاقة في الأسرة، لذا يلجأ البعض إلى إخفاء أطفالهم عن المجتمع (السعيد، 2021).

1.5. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.

تعددت التفسيرات واختلفت وجهات النظر في تفسير اضطراب طيف التوحد، فمنهم من ارجعه إلى وجود خلل جسدي أو عصبي أو وراثي أو نفسي، وأشار(الزريقات،2004) إلى أنه لا

يوجد نظرية واحدة مقنعة لسبب إصابة الأطفال باضطراب طيف التوحد خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل. وهناك كم هائل من النظريات التي سعت تفسر سبب حدوث سلوكيات توحدية لدى بعض الأطفال ويمكن تصنيف التفسيرات يما يلي:

أولاً: النظرية النفسية.

تشير نتائج بعض الأبحاث أن اضطراب طيف التوحد يمكن أن يكون هناك عوامل بيولوجية، تسهم في الإصابة بهذا الاضطراب بالاتحاد مع العوامل النفسية، حيث يظهر سلوكيات غير اعتيادية عند الأفراد ذوي اضطراب بالتوحد (الزريقات،2004).

وكان يعتقد سابقاً، أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن إهمال الوالدين لأطفالهم وعدم الاعتناء بهم، وخاصة ضعف العلاقة بين الطفل والأم، وعدم القدرة على إدارة عواطف الطفل، وكان المحلل النفسي برونو بيتلهايم (Bruno Bettelheim) من المؤيدين لهذا التفسير، حيث عمل على نقل الأطفال ذوي اضطراب طيب التوحد إلى أسر بديلة لرعايتهم، ولكن لم يلاحظ إي تحسن لدى الأطفال، مما دحض هذا التفسير. وتشير هذه النظرية إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم المستوى الأول من الإدراك، وهو إدراك الأشياء من حولهم، ولكن لا يتطورون إلى المستوى الثاني للإدراك وهو فهم معاني الكلام وتوقع سلوك الآخرين حولهم، كما وينتج قصور التفاعل الاجتماعي لديهم، نتيجة عدم فهم الأشخاص والظواهر من حولهم، وبالتالي هم غير قادرين على فهم نوايا، ورغبات ومشاعر، ومبادئ الآخرين (صديق،2005،ص12-13).

وأكد الطبيب النفسي (كانر Kanner)أن التوحد الطفولي هو نتاج عوامل نفسية بشكل أساسي، ومن هذا العوامل اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، وأشار إلى أن معظم المرضى منذ

البداية، كانوا معرضين للبرود الأبوي، وإلى نوع آلي من الاهتمام، والاهتمام بالاحتياجات المادية فقط، وأن انسحابهم عبارة عن ردة فعل للهروب من هذه موقف، والحصول على الراحة في تلك العزلة (الزريقات،2004). كما ووصف (كانر) آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بأنهم شديدو الاهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي، وأنهم متفوقون عقلياً ولا يظهرون الود لأولادهم، لذا يرى أنصار هذه النظرية أن اضطراب طيف التوحد، ناتج عن شعور الطفل بالرفض من قبل والديه، وعدم شعوره بالعاطفة.

كما ويرى رواد هذه النظرية أن سبب اضطراب طيف التوحد الإصابة بمرض الفصام، والذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع التقدم بالعمر يتطور هذا المرض وتظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، وأن التوحد ينشأ بسبب وجود ذوي اضطراب طيف التوحد في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل، مما يؤثر على النمو النفسي والاجتماعي للطفل (الشرقاوي، 2018).

ثانياً: النظرية المعرفية.

تفترض النظرية المعرفية أن المشكلات المعرفية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، هي مشكلات أولية تؤدي إلى مشكلات اجتماعية. حيث أن المشكلات المعرفية لديهم شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع، وتطبيق القواعد والمبادئ واستخدام المعلومات (خليل،2022،ص94).

ويرى رواد هذه النظرية أن الخصائص المعرفية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية، وهي الطريقة التي يكتسب الفرد عبرها معلومات عن بيئته، حيث تمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع ما بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة

والانتباه، لذا يجب الاهتمام بهذه الخصائص، لفهم الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد ، ولمعرفة نوع المساعدة التي تتناسب مع حاجاتهم وتنميتهم (الشرقاوي، 2018).

كما ويرون أن التوحد ليس نتيجة لعيوب إدراكية رئيسة فقط ، وإنّما نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، مما أدى إلى الوصول إلى أنواع مهمة من العلاج ، فبعض المعالجين السلوكيين علّموا الأطفال لغة الإشارة، من خلال الاعتماد على حساسيتهم للحس والحركة، وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق.

يرى (Rutter) أن ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبة في العمليات المعرفية والإدراك، والانتباه، والذاكرة ، والحكم والتفكير، مما يعيق المشاركة الوجدانية ، والتقمص ، ومعرفة انفعالات الآخرين ، وأن الخلل في الوظائف المعرفية يؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية.

وأشار هوبسون (Hobson) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لا يهتمون بالأخرين من حولهم، وغالبا يفضلون أجزاء من لباسهم، بالإضافة إلى وجود اضطراب في المعالجة الحسية وإدراك الانفعالات لديهم.

وأشار بارون وآخرون (Baron, et al. 1985) ، أن صعوبات التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ناتجة عن عدم القدرة على التفكير، أي أنه نتيجة لعدم وجود المشاركة الوجدانية فليس لديهم القدرة على فهم أنفسهم أو الآخرين (الجلامدة، 2013).

كما ويرى رواد النظرية أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد انتقائيون في انتباههم، نتيجة لعيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير حسي واحد في وقت واحد، بصريا أو لمسيا أو غيرها (خليل،2022،ص95).

ثالثاً: نظرية العقل.

تعتبر نظرية العقل من النظريات الحديثة التي حاولت تفسير اضطراب طيف التوحد، والتي تبناها لبروفيسور (سيمون بارون كوهين) في مركز أبحاث التوحد بجامعة كامبردج ببريطانيا، والتي ترى أن سبب مصاعب ذوي اضطراب طيف التوحد الاجتماعية واللغوية، هو انعدام نظرية العقل لديهم (الزريقات،2004).

ونظرية العقل هي القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأخرين، المتعلقة بأفكارهم ورغباتهم ونواياهم، والقدرة على استخدام هذه المعلومات بتفسير ما يقولون، وفهم سلوكهم والتنبؤ بما سيفعلونه لاحقاً.

وترى هذه النظرية أن صفات التوحد الاجتماعية والتواصلية ناتجة عن تأخر في تطوير نظرية العقل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، بقدر لا يسمح لهم بالتفكير بالنوايا والرغبات والمشاعر عند الآخرين، وفهم وتفسير سلوكهم والتنبؤ به، مما يؤدي إلى العجز الاجتماعي (سهيل،2015).

وأكدت فريت (Frit, 2003) أن التطور غير الطبيعي في الدماغ لدى ذوي اضطراب طيف التوحد يمنع تكوين نظرية العقل لديهم، مما يؤدي إلى قصور في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتعليمية لديهم (الزيادت،2013،ص31). وأن ذوي اضطراب طيف التوحد غير قادرين على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين، وأنهم لا يرى الأشياء من وجهة نظر الطرف الآخر، بينما الأشخاص الآخرون من غير ذوي الإعاقة لديهم فهم أو إحساس خاص (الزريقات،2004).

أشار بارون كوهين (Baron –Cohen ,1998) أن نقص نظرية العقل هو جوهر الاختلال في التوحد، في حين أن جوردان وبريل (Jordan and Power, 1995) ، أشارا إلى أن نظرية العقل لا تتطور لدى الأطفال من غير ذوي الإعاقة قبل سن الرابعة ، بينما يمكن ملاحظة اضطراب طيف التوحد بوضوح قبل هذا العمر (الامام والجوالده، 2011).

رابعاً: نظرية ضعف التماسك المركزي.

التماسك المركزي هو القدرة على إيجاد روابط من الصورة الكلية، ووصول الفرد إلى الصورة الكلية عبر قنوات كثيرة ومختلفة ببذل أقل جهد، ويعتقد أن معظم الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد، ذوي قنوات واحدة، وهذا يفسر العديد من المشكلات التي تواجههم ، مثل الصعوبة في التكيف، المعالجة اللغوية، تعميم الخبرات، وفهم الأوضاع الاجتماعية (الامام والجوالدة، 2010).

ويميل الأشخاص من غير ذوي الإعاقة إلى توحيد مكونات عديدة من المعلومة، للحصول على صورة كاملة ذات معنى، يُعرف هذا بنظرية الترابط المركزي، ويواجه الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة في توحيد المكونات العديدة للمعلومة . حيث أنهم على الأرجح يكتشفون العالم بطريقة مجزأة، وتشير الدراسات إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يركزون انتباههم على التفاصيل أكثر من تركيزهم على الجانب الرئيسي للمعلومة (الجلامدة، 2013).

وتتنبأ هذه النظرية بأن ذوي اضطراب طيف التوحد، يعانون من عجز في دمج المعلومات على مستوى أعلى من المعلومات الكلية، مما يعني أن أداءهم سوف يكون جيدا في اختبارات النماذج الأساسية، ولكن يجدون صعوبة في رؤية الصورة الكلية (سهيل، 2015).

وتشير نظرية التماسك المركزي الضعيف إلى ميل الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد إلى استخدام أسلوب معالجة المعلومات والذي يركز على التفاصيل بشكل مفرط، الأمر الذي يؤدي إلى إضعاف التفاعلات الاجتماعية، التي تحتاج إلى التكامل المناسب بين العناصر المتنوعة مثل (الصوت والتقليد، والإيماءات والسياق البيئي) (Annio&Paola,2023.p568).

خامساً: النظرية الكيميائية.

تشير العديد من الدراسات إلى وجود عوامل كيميائية عصبية لها دور في حدوث اضطراب طيف التوحد، حيث أشار (كوهين وبولتون ,2000) إلى أن درجة تركيز حمض الهوم- وفانيليك (Homovanilic Acid) أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ، والنخاع الشوكي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، منه عند الأطفال من غير ذوي الإعاقة، ولاحظت دراسات أخرى زيادة في تركيز عنصر السيرتونين (Sertonin) في الدم، وهو عنصر مسؤول عن نقل الإشارات بين الخلايا العصبية، ووجدت الزيادة لدى (30-50%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مقارنة بالأطفال من غير ذوي الإعاقة (صديق،2005،ص14).

كما وأن تعرض الآباء والامهات لمواد كيماوية سامة، تؤدي إلى زيادة مخاطر إنجاب أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد ، حيث أشار (Felicetti, 1981) إلى العلاقة بين الأمهات اللواتي يتعرضن لمواد كيماوية سامة، ووجد أن هناك احتمالٌ أكبر لإنجابهن أطفال من

ذوي اضطراب طيف التوحد. ولكن الآلية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد ما زالت غير معروفة (السعيد،2021).

سادساً: النظرية العصبية.

ترى هذه النظرية أن المشكلات التي تظهر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ناتجة عن خلل النظام العصبي المركزي، ويكون الخلل في الفص الأمامي المسؤول عن وظائف التخطيط والتحكم، وفي الجزء المسؤول عن تنظيم الانفعالات، أو يكون الخلل في المخيخ المسؤول عن تنسيق الحركة والتوازن، ووجود خلل في أغشية الدماغ، وأن حجم الفصيصات (6-8) من المخيخ أصغر حجماً عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بأقرانهم من غير ذوي الإعاقة. وأشارت الدراسات أن الحجم الكلي للدماغ لدى ذوي اضطراب طيف التوحد أكبر بنسبة (2-10%) من حجم دماغ لدى الأشخاص من غير ذوي الإعاقة، سواء كانت الزيادة في الحجم الكلي للدماغ أو في أجزاء منه (صديق،2005،14).

كما وأن ذوي اضطراب طيف التوحد يوجد لديهم اختلاف في الجهاز الطرفي للمخ، وهو الذي يسيطر على السلوكيات الاجتماعية والعاطفية ، وبعض جوانب التعلم والذاكرة، كما ويوجد لديهم خلل في المخيخ مما يعيق قدرتهم على تحويل الانتباه من شيء إلى آخر بسرعة (1994 ,Osterling & Dawson) إن ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم زيادة في النشاط العصبي، والبعض منهم لديهم انخفاض في النشاط العصبي للدماغ، مما يدل على وجود خلل في شكل الخلايا العصبية، أو في أدائها (السعيد،2021).

وهناك فرضية تشير إلى أن الاختلال الوظيفي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، يقع في نصف الكرة الأيسر للدماغ، وأن الوظائف المعرفية التي تبدو متوسطة لنصف الكرة الأيسر للدماغ، كاللغة والعملية التسلسلية المهارات التحليلية، كلها ضعيفة أو مفقودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن الوظائف المسيطر عليها بنصف الكرة الأيمن للدماغ، كالمهارات البصرية المكانية، والمعرفة من دون تحليل، هي أقرب إلى الوضع الطبيعي، وأن شذوذ اللغة التوحدية التجريدية والتكرارية والنوعية والأوتوماتيكية، تدعم فرضية نصف الكرة الأيسر للدماغ، وهذه الصفات مرتبطة بعمليات نصف الكرة الأيمن، بمعنى أن اللغة الموجودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تكون نتيجة لجهود نصف الكرة الأيمن للدماغ، لتقوم بما هو مستطاع دون دعم من نصف الكرة الأيسر للدماغ (خليل،2022،93-94).

سابعاً: النظرية الصينية.

عّرف الصينيون اضطراب طيف التوحد منذ أكثر من (2000) عام، وكانوا يفترضون أن مسببات اضطراب طيف التوحد، ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل، كما وأنهم وعالجوه وما زالوا يعالجونه عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين باضطراب طيف التوحد، مما كان يؤدي إلى تحسن أعراض اضطراب طيف التوحد، والسلوكيات الشاذة المصاحبة له.

وأشارت نظرية الكلى التي وضعها الباحثون الصينيون في مجال اضطراب طيف التوحد، إلى أن الكلى هي عضو خلقي موجود منذ الولادة، بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة، وبناء على هذا، فإن سبب اضطراب طيف التوحد بعد الولادة غالبا يكون تلف في الجهاز الهضمي وهو مشكلة في الطحال أو المعدة أو فيهما سوياً، مما يمنع الجسم من امتصاص فيتامين

(B6) وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ وصيانته، كما وأن الكليتين والطحال التالفين يسببان تلف الجهاز المناعي .

وبناءً على النظرية الطبية الصينية، فإن اضطراب طيف التوحد الذي يحدث أثناء الحمل، يعود إلى وجود مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين، ويمكن أن تكون عن طريق الأم وأحيانا عن طريق الأب، حيث أشاروا إلى أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين (B6) بطريقة فعالة.

كما وأن نقص فيتامين (B6) وبعض العناصر الحيوية الأخرى، يعيق عمليات بناء ونمو المخ، مما يؤدي إلى ولادة طفل ذي اضطراب وظيفي في المخ .

وأشار الباحثون إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين يتبعون نظام الحمية الخالية من الكاربين والغلوتين وبعض الملاحق الغذائية الأخرى، قد تحسنت لديهم أعراض اضطراب طيف التوحد، وتقلصت بعض السلوكيات الشاذة لديهم بنسبة (90%) (العبادي،2006 والسعيد،2021).

1.6. أسباب اضطراب طيف التوحد.

ما زال العلماء لا يعرفون الأسباب الدقيقة لاضطراب طيف التوحد، وتشير الأبحاث إلى أن الجينات يمكن أن تعمل جنباً إلى جنب مع التأثيرات من البيئة، للتأثير على النمو بطرق تؤدي إلى اضطراب طيف التوحد، وإنّ العلماء ما زالوا يحاولون فهم سبب إصابة بعض الأشخاص باضطراب طيف التوحد وعدم إصابة آخرين به، إلا أن بعض عوامل الخطر التي تشمل وجود أخ مصاب

بالتوحد، ووجود والدين أكبر سنا، ووجود حالات وراثية معينة مثل حالات متلازمة داون، ومتلازمة X الهشة، بالإضافة إلى وزن الولادة المنخفض جداً (Jacquie& Mace,2022).

وهناك العديد من الافتراضات لسبب اضطراب طيف التوحد منها، الإجهاد التأكسدي، وتغير في الكائنات الحية الدقيقة المعوية، وخلل في التنظيم المناعي، والتهاب الأعصاب، كل هذا يمكن أن يؤدي إلى خلل جيني يؤدي في النهاية إلى اضطراب طيف التوحد (Annio&Paola,2023.p566).

ورغم عدم معرفة الأسباب الدقيقة لاضطراب طيف التوحد، إلا أن هناك مجموعة من الأسباب التي تناولتها الدراسات ومنها:

أولاً: أسباب فسيولوجية (العضوية):

أن امراض المخ يمكن أن تؤدي إلى التوحد مثل الالتهاب الدماغي في السنوات الأولى من العمر، وإصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال فترة الحمل، والتصلب الحدبي للأنسجة العضوية. وأشارت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في أمريكا وإنكلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة كانت أكثر لدى أطفال التوحد من غيرهم من الأسوياء أو لدى غيرهم من ذوي الاضطرابات الأخرى.

وفي عام (1988) وجد أن أجزاء المخيخ غير كاملة في (82 %) من حالات التوحد، وأشارت الباحثة (مركريت بومان) أن المخيخ لدى عدد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيه خلل، يتمثل بزيادة عدد الخلايا وهذه الزيادة تسبب الاعتلال، باعتبارها تحتوي على المراكز المسؤولة عن السلوك، وتكوين المهارات الاجتماعية ، وأن المركز الخاص بالسلوك لدى أطفال

التوحد والموجود في المخيخ غير طبيعي، مما يتسبب بحدوث تفاعل كيميائي كهربائي يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية، مما يؤدي إلى إعاقة الذاكرة وفرط الحركة دون هدف. كما وتؤدي هذه المنطقة المعقدة إلى إعاقة حركة الاتصال بين أجزاء المخ، وإعاقة الربط بين الأحاسيس وتعميم المعلومات والذاكرة التخيلية. (مجيد،2010).

وهذا الخلل في التركيب العضوي للمخ، ينتج عن المضاعفات التي تحدث للأم أثناء فترة الحمل مثل الاصابة ببعض الأمراض، أو انتقال بعض الفيروسات مثل فيروس "سايتوميجالو" ، أو نقص الأوكسجين الذي يصل لمخ الطفل أثناء الولادة، حيث أشارت الدراسات إلى أن التوحد (Autism) ناتج عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، ومن الأدلة على ذلك بحسب رياض سعد (2008):

1. أن معظم ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب اللغة، وشذوذ السلوك الحركي، والحساسية للمس، وضعف أو زيادة المدخلات الحسية، وهذا كله يرتبط بوظائف الجهاز العصبي المركزي.
2. أن النوبات المرضية، أو أشكال السلوك المنحرف، التي تظهر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد تكون بدايتها في الجهاز العصبي المركزي، حيث يظهر لدى بعض المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد، رغم أن النوبات المرضية لم تظهر في اختباراتهم الطبية والعصبية أثناء فترة الطفولة .
3. كما وأظهرت الفحوصات العصبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعض الشذوذ الوظيفي مثل : سيلان اللعاب والنشاط الزائد، وضعف الإيقاع العضلي، مما يدل على وجود قصور في الجهاز العصبي المركزي .

4. وتشير بعض التقارير أن من (50 : 80٪) من عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المستخدمة بالدراسة، لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربي (سعد،2008).

كما وتظهر شذوذات في الفحوصات العصبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مثل (شذوذ نغمة العضلة الضعيفة، وضعف التآزر السمعي البصري، وحدة في سيلان اللعاب، والنشاط الزائد)، ولتفسير هذا الشذوذ العصبي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ظهر عدة فرضيات، منها افتراض ريملاند (Rimiand,1964) أن التكوين المعقد في جذع الدماغ لطفل التوحد، ربما يفشل في تزويده بدرجة مناسبة من الأداء الوظيفي العام، وافترض (ديماير وبارتون،1973) الذي أشار أن مواقع التلف في القشرة الدماغية، الطبقة الأكثر بعدا من الدماغ، وقد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي والإدراكي.

وفرضية تعتمد على النمط المعرفي والعيوب اللغوية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، تشير إلى أن الاختلال الوظيفي يقع في نصف الكرة الأيسر للدماغ، وأن الوظائف المعرفية المسيطر عليها بنصف الكرة الأيسر للدماغ (اللغة، العملية التسلسلية، المهارات التحليلية) كلها ضعيفة أو مفقودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن الوظائف المسيطر عليها بنصف الكرة الأيمن للدماغ (المهارات البصرية، المكانية، المعرفة من دون تحليل) هي أقرب إلى الوضع الطبيعي، وشذوذ اللغة التوحدية التجريدية والتكرارية والأوتوماتيكية، تدعم فرضية نصف الكرة الأيسر للدماغ، وهذه الصفات مرتبطة بعمليات نصف الكرة الأيمن، وأن اللغة الموجودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي نتيجة لجهود نصف الكرة الأيمن للدماغ، لتقوم بما هو مستطاع دون دعم من نصف الكرة الأيسر للدماغ (عبد الناصر، 2022).

ولقد أشار (الجلبي، 2005) إلى أن هناك مجموعة من الأسباب العضوية للإصابة باضطراب طيف التوحد وهي كما يلي:

1. الحساسية المفرطة من مادة "الكازين" الموجودة في لبن الأبقار والماعز، ومادة "الجلوتين" وهي مادة بروتينية توجد في القمح والشعير والشوفان.

2. المضادات الحيوية، حيث أن المضاد الحيوي عندما يأخذها الطفل يؤدي إلى القضاء على البكتريا النافعة والضارة في أمعائه، مما يؤدي إلى تكاثر الفطريات في المعدة، حيث تقوم بدورها في إفراز المواد الكيماوية مثل حمض الترتريك" و "الأرابينوز، والتي أصلا موجودة لكن بكميات صغيرة، ولوحظ زيادة نمو وتكاثر الفطريات لدى أطفال اضطراب طيف التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية، بالإضافة إلى وجود السكريات بكميات كبيرة بالجسم والوجبات الغذائية.

3. وجود اضطرابات في جهاز المناعة بسبب تناول لقاح "النكاف "و "الحصبة" و "الحصبة الألمانية"، وهذا نتيجة كمية" الزئبق " التي تصل للطفل عن طريق تناول هذه اللقاحات، والتي هي أعلى من النسبة المسموح بها، في لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية، وهي نسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل، ويمكن أن تكون من الأسباب التي تؤدي إلى الاصابة باضطراب طيف التوحد. (صالح، 2022).

ومن المحتمل جداً وجود تلف أو خلل في الدماغ في مرض التوحد، وعندما يكون هناك ضعف اجتماعي شديد، وصعوبات في التعلم، وصعوبات بدنية، فإن مدى الضرر سيكون أكبر بكثير مما هو عليه في الحالات التي يوجد فيها ضعف اجتماعي، وفي نفس الوقت هناك العديد

من مجالات المهارة سليمة. ومع ذلك، حتى الآن لم يتم تحديد أي منطقة واحدة من الدماغ متورطة بشكل قاطع، ويمكن أن تكون هي المسؤولة عن المجموعة الواسعة من المظاهر، ولكن يبدو أن هناك عجزاً عصبياً متعدداً.

ثانياً: أسباب وراثية جينية.

أن للوراثة أثر كبير في الإصابة باضطراب طيف التوحد بنسبة 89% ، وأن هشاشة البويضات ومتلازمة الكروموسوم الهش وفيروس (CED) كلها مسؤولة عن الإصابة بهذا الاضطراب

(Gittens & Aarons. 2001).

وأشار الباحثان (Folstin& Rutter, 1978) خلال دراستهما لـ (11) توائم متطابق من أطفال التوحد، إلى أن التوحد يزداد لدى التوائم من بيضة واحدة وبلغت نسبة التوحد في التوائم المتطابقة (82%)، (10%) في التوائم غير المتطابقة، ووجدا أن لديهما تأخراً في الجانب اللغوي والمعرفي (مجيد،2010).

وأشارت السعيد (2021) أن نسبة التوارث في اضطراب طيف التوحد بين التوائم المتطابقين، تتراوح بين (36–96 %) و (3 –9%) بين الأخوة، وأقل من (1%) للأقارب.

أظهرت الأبحاث أن أقارب الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد يواجهون فرصة أكبر بقليل من المتوسط للإصابة بالتوحد، وأن الأسر لديها نسبة عالية، لقد تم إجراء عدد من الدراسات على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة، حيث يتأثر أحدهما أو كلاهما بالتوحد. وقد قدمت هذه

الدراسات معلومات مهمة تتعلق بالعوامل الوراثية، حيث أشار الباحثون إلى أن مرض التوحد مرض وراثي إلى حد كبير (Gittens & Aarons. 2001).

وأن اضطراب طيف التوحد متعدد الجينات، وليس مرتبط بجين واحد فقط، قد يُورث من أحد الوالدين أو كلاهما (السعيد،2021).

والبعض يرجع اضطراب طيف التوحد إلى الضعف في الكروموسوم X الهش(Fragile Chromosome)، ويظهر ذلك في (5-16%) من حالات اضطراب طيف التوحد، ويمكن أن يفسر ذلك انتشار اضطراب طيف التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث (مجيد،2010).

كما وأنه هناك ارتباط بين اضطراب طيف التوحد، ووجود خلل تقريباً في جميع الكروموسومات، وخاصة كروموسوم (15، 7، 22) (السعد، 2021).

وأشار كوهين وبولتون (2000) إلى عدد من الاضطرابات الجينية الموروثة ومنها:

- متلازمة الكروموسوم X الهش (Fragile Syndrome) وهو خلل وراثي يؤدي إعاقة عقلية، وصعوبات في التعلم ، ومشكلات سلوكية كالنشاط الزائد.

- الفينيل كيتون يوريا (Phenylketonuria) وهو خلل كيميائي وراثي، يعمل على تكاثر عناصر ضارة في الدم، يمكن أن تؤدي إلى إحداث تلف في المخ.

- التصلب المتعدد (Tuberous Sclerosis) وهو تشوه جيني وراثي، سبب تورمات في المخ، والجهاز العصبي.

– الأورام العصبية الليفية (Neurofibromatosis) وهي إعاقة جينية وراثية، تؤدي إلى إصابة الجلد بعلامات تشبه حبات القهوة، كما وينتج عنها خلل في الأعصاب (صديق،2005، ص15).

ولا يمكن القول بأن اضطراب طيف التوحد مرض وراثي ناتج من اختلال في بعض الجينات، حيث أنه أيضًا يرتبط بالعامل البيئي، فقد يكون الطفل حاملاً للجين المسبب للمرض، ولكن لم يتعرض لبيئة مواتية لنشاطه فلا تظهر لديه أعراض اضطراب طيف التوحد، ويشار إلى أن التوحد يرتبط بعدد من الجينات، وليس جينًا واحدًا فقط. (صالح،2022).

ثالثاً: الأسباب النفسية والاجتماعية.

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتهم، بالإضافة إلى وجود بعض المشكلات الأسرية، مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانطوائه على نفسه (مجيد، 2010).

وركز (كانر) على أن الإصابة بالتوحد الطفولي ناتجة بشكل أساسي عن أسباب نفسية، منها اتجاهات الآباء نحو أطفالهم وطريقة تعاملهم معه، وأن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الطفولي كانوا من بداية حياتهم معرضين للبرود الأبوي، والاهتمام باحتياجاتهم المادية فقط (عبد الناصر، 2022). واستخدم (برونو بتلهايم) وهو مؤرخ فني نمساوي كان يدير داراً للأطفال ذوي الإعاقة العاطفية والنمائية المرتبطة بجامعة شيكاغو في تفسير للتوحد إلى نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي، واعتبره عنصرًا محوريًا لتطور التوحد، وأشار إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يحاولون الدفاع عن أنفسهم عن طريق العزلة والانسحاب من

المواقف الصعبة التي تواجههم والتي يصعب عليهم تحملها، وبأن الآباء الباردين والمنفصلين عاطفياً هم سبب هذا الاضطراب، ولكن ظهرت مجموعة من البيانات التي لا تدعم هذه الادعاءات، كما وأن نجاح تحليل السلوك التطبيقي كتدخل، قد أدى إلى تشويه هذه النظريات بشكل أكبر (Matson,2009,p10) (عبد الناصر، 2022).

وأشار (كانر) إلى أن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله، من ذوي التحصيل العلمي العالي، كانوا غريبي التصرف، مفرطي الذكاء والإدراك، صارمين، ومنعزلين وجديين، ويكرسون أوقاتهم لإعمالهم أكثر منها لعائلاتهم (مجيد، 2010).

ويعتقد كانر أن الوالدين هم المخطئون، وخاصة الأم التي كانت مسؤولة عن عدم توفير الدفء والمودة الكافية لطفلها، وكان هناك عبارات شائعة الاستخدام هي "الأم المبردة" و"الوالدان الفكريان الباردان". كما وادعى (تينبرجن وتينبرجن ,1972)، أن مرض التوحد سببه انهيار في عملية الترابط بين الأم والطفل، وهذه الآراء الانتقادية وغير المدروسة فقدت مصداقيتها مع تطور التجارب السريرية والأبحاث، مما أدى إلى دحض هذه النظريات (Gittens & Aarons, 2001).

كما يؤكد باحثون على تأثير العوامل السيكولوجية في تنشئة الطفل للإصابة باضطراب طيف التوحد، وخاصة وجهة النظر القائلة بأنه في وقت ما كانت أمهات الأطفال ذوي التوحد باردات انفعاليا، ومنسحبات اجتماعيا، وأيضا أن الأم تعاني من صدود طفلها ذي اضطراب طيف التوحد، نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطوعة.

وأشار جورمان (Goran,1970) إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل، مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعيا للأم، ويحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم مما يؤدي إلى انشغالها بعض الوقت عن الطفل، أو الانفصال العاطفي الذي يحدث نتيجة عدم قابلية الأم والطفل لصنع علاقة مرضية معا، أو لكون الأم فصامية، أو تعاني من مرض عاطفي حيث أنها متعلقة طفولياً بأمها، مما يؤدي لعدم قدرتها على القيام بدور الأم (السعيد،2021).

ويشير أنصار العوامل البيئية والأسرية إلى أن الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر على نموه، وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل سبب للاضطراب لديه، وخاصة المشكلات الانفعالية المرتبطة بالعلاقة ما بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة المبكرة، مما يؤدي إلى انسحاب الطفل من البيئة الاجتماعية وعزلته داخل أسواره الذاتية المغلقة مع وجود الآخرين. وهذا يشير إلى أن أطفال التوحد غالبا تكون بيئاتهم أقل تفاعلية وأكثر جمودا وانسحابية، وهذا يجعلهم شديدي الانطواء، والذي يؤدي إلى صعوبة أو عدم قدرة أو عدم رغبة لديهم في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (مجيد، 2010).

وخلافا لافتراضات كانر، أشارت الدراسات الوبائية إلى أن مرض التوحد يصيب الأطفال المولودين في جميع طبقات المجتمع، بغض النظر عن العوامل الفكرية، أو الاجتماعية، والاقتصادية، أو الأصول العرقية .(Gittens & Aarons. 2001)

كما وانتقد الباحثون مثل ريملاند (Remland) هذا الاتجاه، الذي يلوم الآباء في أنهم السبب في الإصابة بالتوحد لأبنائهم، وقدموا مجموعة كبراهين هي:

1. أن هناك بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مولودين لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية.

2. وأن الآباء الذين لديهم أطفال توحديون لديهم أطفال غير توحديين أيضاً.

3. وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد سلوكياتهم غير عادية منذ لحظة الولادة (عبد الناصر،2022).

وأشار (Davis,2002) إلى أنه لا يمكن اعتبار التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته، حيث لا نستطيع أن ترجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي، ويمكن إرجاعه بشكل أساسي إلى الخلايا والأعصاب والأنزيمات والهرمونات (الشرقاوي،2018).

رابعاً: الأسباب البيوكيميائية.

اهتمت بعض الدراسات بالتعرف على دور الموصلات العصبية في إحداث اضطراب طيف التوحد، مقارنة بدورها في إحداث الفصام، حيث وجدت أن بعض الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد لديهم اضطراب مرتفع في مستوى السيروتونين والدوبامين، ولكن لم يعرف سبب الاضطراب في مستوى هذه المواد (سعد،2008).

كما ووجدَ علاقة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم، ونقص في سائل نخاعي الشوكي، ووجد أن عدم وجود توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين، يؤدي إلى تدمير بعض الخلايا العصبية (الجلبي،2015).

ووجد أن زيادة هرمون الدوبامين لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، تؤدي إلى النشاط الزائد والسلوك النمطي، وقلة في الاستثارة الذاتية، بينما زيادته فتؤدي إلى الحركات التكرارية (سعد،2008).

كما وأن حدوث خلل بيوكيميائي في النواقل العصبية كالسيروتونين، والدوبامين والببتيدات العصبية، يؤدي إلى أثار سلبية في كل من المزاج والذاكرة، وإدراك الألم، وإفرازات الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم (السعد،2021).

وأشارت الدكتورة سولا وولف من جامعة إدنبرة (1988) إلى أنه لكي يتطور اضطراب طيف التوحد، يجب أن يحدث تلف في الدماغ في إطار الاستعداد الوراثي، وإن سبب التوحد الذي من المحتمل أن يكون غير متجانس ينشأ عندما يتزامن عدد من العوامل المشتركة Gittens & (Aarons. 2001).

خامساً: أسباب ناتجة عن الالتهابات الفيروسية.

وهي مجموعة من الالتهابات تصيب الطفل خلال مرحلة الحمل، ومن أهم تلك الالتهابات:

1. الحصبة الالمانية (Congenital Rubella).
2. فيروس تضخم الخلايا (Cytomegalovirus.)
3. الالتهاب الدماغي الهربسي (Herbes Encephalitis) ويؤدي إلى تلف في خلايا الدماغ المسؤولة عن الذاكرة (صديق،2005، ص14).

1.7. خصائص وسمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

يعتبر الأشخاص من ذوي اضطراب طيف التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص والسمات، ويمكن أن يكون الاختلاف بين فرد وآخر من ذوي اضطراب طيف التوحد أكبر من التشابه بينهم. وقد تختلف أعراض اضطراب طيف التوحد من طفل إلى آخر، وقد تختلف عند نفس الطفل من وقت إلى آخر، حيث لا يوجد سلوك معين يدل على هذا الاضطراب، ولكن يوجد خصائص عامة يتشابه بها الأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، ويوجد عددٌ من الخصائص العامة التي تميزهم (الجلامدة، 2013).

أولاً: الخصائص الاجتماعية.

تظهر أعراض اضطراب طيف التوحد خلال الشهور الست الأوائل من عمر الطفل في بعض الحالات، وغالباً تظهر الأعراض بين العامين الثاني والثالث من عمر الطفل، حينما يدرك تفرده كإنسان مستقل، وتزداد حدة المشكلة حينما لا يجد تجاوباً من الآخرين من حوله، وبابتعاده عن الآخرين، وعجزه عن التواصل في البيئة الاجتماعية (شكري،2020).

وأوضح المعهد الوطني للتوحد (National Autism Center, 2009) العلامات الأولية المحتملة، والتي يمكن أن تدلل على أن الطفل من المعرضين لخطر الإصابة باضطراب طيف التوحد، وهذه العلامات هي:

1. عدم قدرة الطفل على تكوين جملة من كلمة واحدة قبل عمر السنة والنصف.
2. عدم قدرة الطفل على تكوين جملة من كلمتين قبل عمر السنتين.
3. عدم استجابة الطفل عند مناداته باسمه.
4. فقدان الطفل للمهارات اللغوية والاجتماعية خلال السنوات الأولى من العمر.

5. تجنب الطفل للتواصل البصري.

6. فقدان الطفل لقدرته على التأشير أو استخدام الإيماءات بشكل وظيفي خلال السنة الأولى من عمره.

7. يظهر الطفل تعلقه بلعبة معينة أو مجسم أو شيء محدد.

8. لا يبتسم الطفل استجابة لتبسم الآخرين.

9. يتصرف الطفل كالأصم (سهيل،2015).

في مرحلة النمو الاجتماعي لأطفال اضطراب طيف التوحد، فإنهم يعانون من غياب مظاهر الترابط والصلة الطبيعية لأبويه وأفراد أسرته، إلا في حالات نادرة للغاية وبعد تدريب مكثف (شكري،2020).

والرضيع ذو اضطراب طيف التوحد لا يظهر استجابة للحمل والاحتضان، كما وأنه لا يركز النظر والتحديق لأمه، وإنما يقوم بالتركيز على نقاط أخرى، في حين أن الأطفال من غير ذوي الإعاقة في عمر ستة أشهر بإمكانهم متابعة أمهاتهم عند احتضان الأم لهم. وفي عمر (12) شهر يتابع الأطفال أمهاتهم، وفي عمر (18) شهر فإن الأطفال يتابعون نظرات وحركات عيون أمهاتهم ، وهذه هي مهارات التواصل الأولية للطفل، بينما أطفال التوحد غير قادرين على ذلك. ويتجنب الطفل الأكبر سنا النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع عن إقامة الاتصال بالعين وعندما يمسك الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بأي إنسان آخر، يبدو وكأنه يمسك بقطعة أثاث (مجيد،2010)، ويظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدم الاستجابة لانفعالات الوالدين أو مبادلتهم المشاعر، كما ويظهر لدى أطفال التوحد خلل في التفاعل الاجتماعي، حيث ليس لديهم

القدرة على تنمية علاقات اجتماعية مع الآخرين، ونقص في الاستجابة للآخرين، وعدم الاهتمام بما يفعله الآخرون من حولهم، كما ويظهر لديهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على أنفسهم، ويفضلون اللعب الفردي، وإذا شاركوا الأطفال الآخرين فهم يعاملونهم كالات، وليس لديهم القدرة على بناء صداقات مع الأخرين، ويبقى الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب الاهتمام به، ويرفض الملاطفة والمداعبة ويتجنبهما (الجلبي،2015). ويتصرف الطفل كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات والضجيج من حوله، وكأن من حوله غير موجودين، وأحياناً يظهر بعض الاستجابات المفاجئة (سعد،2008).

ولا يبدو على معظم أطفال اضطراب طيف التوحد أي حزن أو غضب أو ضيق عند مفارقتهم آبائهم أو إخوانهم أو رفاقهم، حتى عندما يتركوهم بين أفراد أغراب لا يعرفونهم، وتختفي بعض السمات الانسحابية تدريجياً لدى طفل التوحد عند الالتحاق بالمدرسة، ومع التقدم بالعمر تتحسن هذه السلوكيات في مرحلة المراهقة المتأخرة (شكري،2020).

والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبات اجتماعية ملحوظة، بغض النظر عن قدرتهم الفكرية، وهذه الصعوبات الواضحة في ثلاثة مجالات مختلفة من الأداء، تم وصفها بأنها "ثالوث الإعاقات في التفاعل الاجتماعي"، والجوانب الثلاثة للثالوث هي:

1. ضعف العلاقات الاجتماعية.

ويظهر ضعف العلاقات الاجتماعية من خلال:

أ. الانعزال واللامبالاة بالآخرين.

ب. عدم قبول التوجهات الاجتماعية من قبل الآخرين.

ت. يتخذ مقاربات اجتماعية تجاه الآخرين أحادية الجانب، والانغماس في اهتمامات غريبة وغير عادية.

ث. يقوم بالاتصال الاجتماعي، لكنه يفتقر إلى فهم القواعد الدقيقة للسلوك الاجتماعي.

2. ضعف التواصل الاجتماعي، والتي تظهر فيما يلي:

أ. عدم وجود أي رغبة في التواصل مع الآخرين.

ب. يقتصر التواصل على التعبير عن الاحتياجات فقط.

ت. يقدم تعليقات ليست جزءاً من التبادل الاجتماعي، وغالباً ما تكون غير ذات صلة بالسياق الاجتماعي.

ث. يتحدث كثيراً بغض النظر عن استجابة المستمعين، ويواجه صعوبة في الدخول في محادثة متبادلة.

.3 ضعف الخيال الاجتماعي والتي تظهر فيما يلي:

أ. غياب النسخ والتظاهر.

ب. قد يقلد تصرفات الآخرين، ولكن دون فهم حقيقي لمعناها والغرض منها، مثلاً: (قد تحمم دمية، أو تصنع أكواب شاي وهمية).

ت. تمثيل الدور بشكل متكرر ونمطي، ولكن دون تغيير أو تعاطف، مثل (تقليد شخصية تلفزيونية).

ث. الوعي بأن الأشياء تدور في أذهان الآخرين، دون اكتشاف ماهيتها

.(Gittens& Aarons 2001. 8-9)

ومظاهر العجز الاجتماعي لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد فيما يلي:

1. عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي .
2. رفض التلامس الجسدي.
3. عدم الاقتراب من الآخرين، والتأثر بوجودهم.
4. عدم الرغبة في تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين.
5. قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.
6. عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين، أو مبادلتهم نفس المشاعر.
7. تفضيل العزلة على الوجود مع الآخرين.
8. لا يتجاوب لابتسامة الآخرين، وحين يبتسم تكون ابتسامته للأشياء وليس للآخرين.
9. قصور التواصل البصري حيث يتجنب النظر بوجه الآخرين.
10. يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين (القمش ،2011).
11. الطفل جامد المشاعر لا يهتم بمن حوله كثيرا.
12. لا ينظر إلى العين عند التحدث مع الآخرين.

13. لا يفرح لرؤية أمه وأبيه مثل غيره من الأطفال.

14. لا يهتم بمشاركة والديه وإخوانه بأي نشاط.

15. ضعف في استعمال التعابير الاجتماعية، فهو لا يستطيع أن يعبر بوجه عن مشاعر الدهشة، أو الحزن في الموقف التي تتطلب ذلك.

16. ليس لديه المقدرة على فهم المعاني غير المرئية في الأشخاص الآخرين، فهو لا يعرف بالنظر إلى وجهه أمه مثلا هل هي سعيدة أم حزينة، وهو ما يسمى بالعمى الاجتماعي (شكري،2020).

وأشار (DSM-5) في نسخته الصادرة عام (2014) أن التوحد عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، يظهر من خلال ما يلي:

1. عجز في التعامل العاطفي، يظهر من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع الفشل في الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، والانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2. عجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية في التفاعل الاجتماعي، يتراوح ما بين ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى شذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، والعجز في فهم واستخدام الإيماءات، والانعدام التام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3. عجز في تطوير العلاقات وفهمها والمحافظة عليها، وتتراوح في صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية، وصعوبات المشاركة في اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، وانعدام الاهتمام بالأقران (DSM-5,2014).

ثانياً: الخصائص اللغوية والتواصلية.

تعتبر مشكلات التواصل أحد أهم المؤشرات الأساسية لاحتمالية أن يكون الطفل مصابٌ باضطراب طيف التوحد، وهي إحدى أهم الركائز الأساسية في عملية التشخيص، وتشير الدراسات بأن (50%) من ذوي اضطراب طيف التوحد، لا يستطيعون التواصل باستخدام اللغة المنطوقة.

و تؤثر عملية التواصل على مظاهر النمو الأخرى، حيث أن عدم القدرة على التواصل تحد من قدرة الطفل على التعلم، وتؤخر تطوره الاجتماعي واستقلاليته.(شكري،2020).

ويعاني بعض الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من ضعف في استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين. وبعضهم قد لا يتعلمون الكلام أبدا، وتظهر لديهم ملامح غير السوية عند بدء الحديث فقد يرددون ما يسمعه وفي نفس اللحظة، وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة (المصاداة) (المقابلة،2016).

كما ويُظهر أطفال اضطراب طيف التوحد عدم القدرة على فهم الرموز اللغوية وما تنقله إليه من معاني، فلا يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته، بل يصدر أصوات ليس لها معنى أو همهمة غير مفهومة، وأما التواصل غير اللفظي، مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فيها، غائبة أو نادرة (مجيد،2010).

كما وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم فقدان للرغبة في التواصل مع الآخرين، بغض النظر عن درجة القرابة منه. كما وهناك درجة شديدة من عدم القدرة على التعبير عن احتياجاتهم أو متطلباتهم، وعدم القدرة على نقل الخبرات التي يمر بها، نتيجة عدم وجود طرق للتواصل مع الآخرين، ويلاحظ أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يستخدمون التواصل

اللفظي، حتى في حال وجوده لدى البعض منهم، كما وأنه ليس لديهم القدرة على الاستماع لفترة طويلة لشخص آخر، وفهم ما يعنيه الآخرون من وراء حديثهم (سهيل،2015).

ويصنف (شكري،2020) مجالات اضطرابات التواصل واللغة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما يلى:

1. اضطرابات التواصل غير اللفظي: حيث يظهرون صعوبة في التواصل البصري والانتباه المشترك، وصعوبة في استعمال تعبيرات الوجه، واستعمال الإشارة، والإشارة بالأصابع.

2. اضطرابات التواصل اللفظي: حيث يظهرون صعوبة في استخدام المفردات اللغوية والجمل، بالإضافة إلى الصعوبة في التحكم في أسس الكلام اللغوية، وصعوبة في تحليل الكلام وفهمه.

3. اضطرابات الجوانب العملية للغة (البراجماتيا)، والتي تشمل اضطراب أسس استخدام الكلام في الحديث والتواصل.

وتتمثل الخصائص اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الآتي:

1. قصور أو توقف أو اضطراب في النمو اللغوي، والذي يعتبر من أهم الأعراض المميزة لحالات التوحد والمعايير تشخيصها.

2. عدم استخدام اللغة نتيجة قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن اللغة والكلام (شكري،2020).

3. صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة بهم.

4. صعوبة في القدرة على التكلم لدى البعض منهم.

5. صعوبة في استخدام الضمائر، وفي استخدام حروف الجر (الزراع ،2003).

وتتطور اللغة التعبيرية بنسبة ضئيلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتشير الدراسات أن (50%) من أطفال التوحد لا يطورون اللغة التعبيرية أصلاً، وفي حال ظهور اللغة لدى طفل التوحد فإنها تستخدم للطلب، وللتعبير عن بعض الرغبات، وليس للتفاعل الاجتماعي أو ما يدعمه، كما ويتصف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بقصور واضح بالتعبير، إذ لا يستطيعون بناء الجمل الكلامية ، ويعانون من صعوبة في ربط الكلمات في جمل ذات معنى، كما أنهم قد يعكسون الضمائر، فمثلا: يستخدمون " أنت" بدلا من "أنا " (الجلامدة، 2013).

ويواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات في فهم وتفسير مشاعر الآخرين، أو التنبؤ بها وخاصة المعقدة منها كالإرتباك، نتيجة عدم مقدرتهم على فهم التعبيرات المصاحبة لها، كالإيماءات ونبرة الصوت، وتعبيرات الوجه (سهيل، 2015).

ويلخص(القمش،2011) أهم المشكلات المرتبطة بالعجز اللغوي لدى ذوي اضطراب طيف التوحد بما يلي:

1. قصور في فهم المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين.

2. قصور في القدرة على تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين.

3. قصور في القدرات التعبيرية، حيث أن ما يقولونه يبدو غريباً وغير مرتبط بموضوع الحديث.

4. الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات التي توجه إليهم.

5. الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم، مما يؤدي لمشكلات اجتماعية عند تفاعلهم مع الآخرين.

6. ترديد الكلام هي صفة مشتركة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يتكلمون، فمثلاً عندما يوجه لهم سؤال، تكون الاجابة عليه بالسؤال نفسه، مثلا ما اسمك؟ يجيب ما اسمك ؟ مما يدل على انخفاض القدرات التعبيرية لديهم.

7. عدم فهم النكات، وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة.

8. عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل، وعدم معرفة الاستخدام الصحيح للكلمات.

9. عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين، سواء في الأسلوب أو المحتوى، حيث أنهم لا يدركون متى يتحدثون، ومتى يتوقفون عن الحديث للاستماع.

10. عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين، والاستمرار بها.

11. قصور في استخدام الضمائر (القمش، 2011).

كما ويلخص (سهيل، 2015) الخصائص اللغوية، التي تظهر لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد الناطقين فيما يلي:

1. المحادثة القصيرة جداً.

2. صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها.

3. صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى، مثلاً: استخدام كلمة (مرحباً) عند الانصراف. عكس الضمائر مثل استخدام (انت) بدلاً من الضمير (انا).

4. وجود جمل روتينية في كلامهم.

5. صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص (سهيل، 2015).

ثالثاً: الخصائص السلوكية.

يظهر أطفال اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة، تكون مصدر إزعاج للآخرين، كما ويظهرون عدم الاستجابة للآخرين مما يؤثر سلباً على قدرتهم في فهم اللغة، واستخدامها بشكل صحيح، ويتميزون بالاحتفاظ بروتين معين، والخوف من أي تغيرات بسيطة في بيئتهم، ويظهر لديهم النشاط الزائد أو الخمول (الجلامدة، 2013).

ومن أبرز الخصائص السلوكية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد:

1. السلوكيات اللاإرادية مثل رفرفة اليدين، وهز وتحريك الجسم ذهاباً وإياباً.

2. القصور واضح في دافعيتهم إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به.

3. انتقاء مثير محدد بصورة متكررة.

4. السلوك العدواني في مواقف الغضب والإحباط، التي تعيق إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، مما يمكن أن يتسبب بأذى له وللآخرين، ويكون هذا السلوك لتخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط (اسامة والشربيني، 2011).

ومن السلوكيات العدوانية التي يمارسها ذوي اضطراب طيف التوحد:

أ. عض نفسه حتى يُدمى.

ب. طرق رأسه في الحائط أو الأثاث، مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو تورم.

ت. ضرب أو لطم وجهه بإحدى أو بكلتا يديه.

ث. يُتلِفُ بعض الأشياء بسكبها على الأرض، مثل: الطعام، والشراب.

ج. تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس.

ح. تكسير لُعَبهُ أو أثاث ونوافذ المنزل.

خ. القفز من فوق الأسطح المرتفعة، مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات. وجرح نفسه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة.

د. الإمساك واللعب بالمصادر الكهربائية (القمش، 2011)

5. السلوك النمطي المتكرر وهي سلوكيات غير هادفة، تتسم بالتكرار والرتابة، سواء في الحركة أو الأداء، ينغمس فيها ذوو اضطراب طيف التوحد ولفترات طويلة.

ومن أهم السلوكيات النمطية التي يمارسها ذوي اضطراب طيف التوحد:

أ. الانشغال باللعب بالأصابع، أو أحد أعضاء الجسم.

ب. حركات لا إرادية باليد كرفرفة اليدين، أو لف اليدين بشكل منتظم بالقرب من العينين.

ت. السير على أطراف الأصابع، أو يسير إلى الأمام خطوتين وإلى الخلف خطوتين، أو الضرب بالقدمين على الأرض، أو أرجحتهم.

ث. دوران ذوي اضطراب طيف التوحد حول نفسه، دون الشعور بالدوخة أو الدوار.

ج. الجلوس والنظر إلى الأرض لفترات طويلة، أو النظر في اتجاه معين مثلاً مصدر ضوء أو صوت قريب، أو نحو بندول ساعة الحائط.

ح. قرص أو عض يديه، أو حك وخبط رأسه في الحائط بشكل دائم.

خ. التعلق والتمسك بلعبة وحيدة من لعبه، وغالباً ما تكون ذات إيقاع رتيب، أو يصدر عنها حركة أو صوت.

د. إصدار صوت أو همهمة بشكل متكرر.

ذ. تكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة (القمش، 2011).

5. اضطرابات الأكل: يعاني (90%) من أطفال اضطراب طيف التوحد من اضطرابات في الأكل: كعدم الانتظام في تناول الطعام ما بين الامتناع القهري عنه، أو التكرار القهري لتناوله وفي غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يحتاجه النمو الطبيعي للفرد (شكري،2020).

وهناك صورتان لاضطراب الأكل، لدى أطفال اضطراب طيف التوحد وهما:

أ. الوحم والشاذ: وهو أكل مواد لا تصلح للأكل، مثل الدهانات، والحجارة والحشرات، والشعر.

ب. الاضطراب الاجترارين: وهو إرجاع جزء من الطعام المأكول إلى الفم دون غثيان أو اشمئزاز، حيث أنه إما أن يقوم بلفظ الطعام، أو إعادة مضغه وابتلاعه مرة أخرى (السعيد،2021).

6. اضطرابات الإخراج: يعاني أطفال اضطراب طيف التوحد من عدم القدرة على التحكم في الإخراج، والتأخر في اكتساب القدرة على التحكم في الإخراج (شكري،2020).

7. اضطرابات النوم: حيث تنتشر اضطرابات النوم ما بين (44 %) إلى (83%)، بين ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتضمن صعوبات في النوم وقلة النوم، والاستيقاظ مبكرا، والصراخ أثناء النوم والكوابيس (شكري،2020). وتشير الدراسات أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد جميعهم معرضون لاضطرابات النوم، بغض النظر عن أعمارهم، ونسبة ذكائهم، وشدة حالاتهم (السعيد،2021).

رابعاً: الخصائص الجسمية والحركية.

تتراوح فترة الحمل في الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من (35) إلى (36) أسبوعاً، وتحدث الولادة غالباً في الأسبوع (36)، ويصرخ بطريقة تلقائية ويكون تنفسه طبيعياً، بعدها بفترة يصاب باليرقان، وفي بعض الأيام يكون الطفل خاملاً وغير نشط. ويظهر في الشهر الأول من عمر الطفل حركة منخفضة في عضلة منطقة الوجه. وصعوبة في التآزر البصري الحركي. وفي الشهرين ونصف يظهر لديهم صعوبات في الرضاعة، وفي الشهر التاسع يظهر تحكم في استخدام الفم وفي التغذية، والزحف ومحاولة سحب الأشياء والوقوف، ويبدأ في المشي بينما هو ممسك بالحائط أو الأثاث، وعندما يبدأ في الوقوف يقف على أطراف أصابعه، وعندما يجلس يهز ظهره، ويضرب رأسه أحياناً، ومن الصعب أن يبدأ النوم، ويستيقظ أثناء الليل مرات. وطول قامة الأطفال

ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر بين سنتين إلى سبع سنوات يكون أقصر طولاً من أقرانهم في نفس العمر من غير المشخصين باضطراب طيف التوحد، ويوجد اختلاف طبيعي في خصائص الجلد وبصمات الأصابع، مما يشير إلى اضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم (السيد وعبد الله،2003).

ولا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشاكل حركية دقيقة في حال عدم وجود إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة لديهم، ولكن يوجد اختلاف مقارنة مع غير ذوي اضطراب طيف التوحد في مراحل تطورهم الحركي، حيث يختلف ترتيبها، فمثلاً: يتعلمون المشي ثم الحبو، ويميل بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى المشي على أصابع أقدامهم (الشامي ،2004).

يصل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى مستوى النمو الحركي، يماثل الأطفال من غير ذوي الاضطرابات، من نفس عمرهم، مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، ووجود بعض الاختلافات مثلاً فالأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد لهم طريقة خاصة بالوقوف، ففي يعض الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كأنهم يحملقون تحت أقدامهم، وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وكثير منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه عند المشي، ويضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الخلف بشكل متكرر (شكري،2020).

وأشارت الجمعية الأمريكية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى وجود ضعف عضلي لديهم، يتراوح من متوسط إلى شديد، ويؤثر في مهاراتهم الحركية العامة والدقيقة.

وقد أشارت نتائج الدراسة (Ming, Brimacamba, Wager 2007) إلى مجموعة من المشاكل الحركية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد مثل : التأخر الحركي، والمشي على أطراف الأصابع، ومشكلات في التناسق الحركي العام، بالإضافة إلى صعوبة في حركة كاحل القدمين(المقابلة،2016).

وأشار عثمان لبيب (2020) إلى مجموعة من المظاهر الحركية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد وهي ما يلى:

1. المظهر العام لهم مقبول وأحياناً يكون جذاباً، وطول القامة في عمر سنتين إلى سبع سنوات يكون أقصر طولاً، ممن هم في نفس العمر من غير المصابين باضطراب طيف التوحد.

2. أطفال التوحد في عمر مبكر يستخدمون اليد اليمنى فقط أو اليسرى، حيث يعانون من عدم الثبات والتردد في استخدام يد معينة.

3. وجد أنه لديهم الجلد وبصمات الأصابع مختلفة عن الطبيعي، مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.

4. يتعرضون في مرحلة الطفولة المبكرة لأمراض في الجزء العلوي من الجهاز التنفسي، وضيق في التنفس والسعال، وحالات الربو والحساسية (شكري،2020).

وينخفض النشاط البدني في مرحلة المراهقة الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، ويستمر هذا الانخفاض في مرحلة الرشد، وتجلب المراهقة المبكرة لذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات معينة، خاصة فيما يتعلق بما يتوقع منهم من روح المبادرة والإحساس بالمسؤولية. وفي مرحلة البلوغ لا تختلف التغيرات الجسمية المصاحبة لهذه المرحلة، عما هي عليه لدى الأشخاص

من غير ذوي اضطراب طيف التوحد، ويبلغ العديد من ذوي اضطراب طيف التوحد الحلم في سن متأخرة، وقد لا يشعر بعضهم بالانجذاب الجنسي، غير أن غالبية ذوي اضطراب طيف التوحد الأكثر قدرة لديهم مشاعر جنسية. ويظهرون اهتمامات جنسية واسعة المدى (السيد وعبد الله،2003)، ويظهر نمو الرغبة الجنسية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد في حالة الاستمناء عند الأولاد، دون إدراك لعادات المجتمع وقوانينه أمام الناس، ويظهر لديهم فضول طفولي متعلق بالأجساد، وقد يبادر بعضهم براءة إلى خلع ملابس الأطفال الآخرين، أما الفتيات ذوات اضطراب طيف التوحد فإن عملية الحيض والدورة الشهرية غالباً تبدأ لديهن في نفس الوقت الزمني الذي تبدأ فيه عند الفتيات من غير ذوات اضطراب طيف التوحد (مصطفى والشربيني،2011).

ولا يحقق ذوو اضطراب طيف التوحد شديدو الإعاقة ما يكفي من أهلية اجتماعية، مما يجعلهم عرضة للمخاطر جنسية، ويكونون أقل ميلاً للجنس، بالمقارنة مع ذوي اضطراب طيف التوحد الأكثر قدرة (السيد و عبد الله،2003).

خامساً: الخصائص العقلية والمعرفية.

يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من اضطراب في النمو العقلي، حيث يظهر في بعض الحالات تفوقٌ ملحوظٌ في مجالات معينة (الجلبي،2015)، حيث أن أكثر من (70%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من قدرات عقلية متدنية، يمكن أن تصل إلى الإعاقة العقلية البسيطة، والمتوسطة، والشديدة، وأن ما نسبته (10%) منهم لديهم قدرات عقلية مرتفعة في بعض الحالات كالحساب، والذاكرة، والموسيقى، والفن والقراءة، وبحسب تقرير الاتحاد الوطني لبحوث ودراسات اضطراب طيف التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (2003) فإن(95%) منهم معدلات ذكاءهم تقع في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة.(شكري،2020)، وأن

(40%) من أطفال اضطراب طيف التوحد لديهم من معامل ذكاء يقل عن (55) درجة، وأن حوالي (30%) يتراوح معدل ذكائهم ما بين (55 –70) درجة، ويلاحظ ازدياد التوحد مع نقص الذكاء، ويعاني بعضهم من ضعف في الإدراك والوظائف العصبية (الجلبي ،2015). كما ويعاني (50%) منهم من مشكلات تتعلق بالانتباه، يصاحبه النشاط المفرط لدى بعضهم، ومن يتشتت انتباههم وخاصة في مواقف التعلم، ويظهر من سلوكياتهم أنهم يعانون من مشكلة الانتقاء الزائد للمثير، أي اختيار مثير أو موضوع معين والتمسك به دون غيره (شكري،2020).

ويعاني أطفال اضطراب طيف التوحد من صعوبات في التذكر، حيث أن لديهم صعوبات في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة، كتسلسل الأنشطة والأحداث التي وقعت لهم، ورواية القصص (السعيد،2021).

ويظهر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد عيوب في العمليات الإدراكية، حيث يقومون باستجابات شاذة للإثارة الحسية، كما وأن التوجيه الإدراكي لديهم يكون باتجاه أجزاء العنصر، أكثر من الشكل الكلي له، ويكون تركيزهم على أجزاء العناصر، مما يفسر غياب التداخل الكلي (الزريقات،2004).

ووجد ليو كانر أن من صفات التوحد أن لديهم قدرات جيدة في اختبارات القدرات البصرية المكانية كتركيب البازل، ولوحظ أن لديهم قدرة على حفظ وتخزين المعلومات في ذاكرتهم وحفظها لفترة من الزمن بنفس التفاصيل، ودون حدوث أي تغيير كتذكر كلمات من الدعايات أو الأناشيد وغيرها، والقيام بعمليات حسابية سريعة، مثل الجمع والطرح، والقسمة والضرب، وحفظ أرقام وتواريخ حدثت في الماضي أو ستحدث في المستقبل (شكري،2020). ويظهر لدى بعضهم قدرة على حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة وبمهارة فائقة. وأحيانا يمكن أن يتمتع بعضهم في طلاقة لغوية

فائقة في القراءة رغم أنهم لا يفهمون ما يقرؤون، ويظهر البعض منهم تفوق ومهارة موسيقية في العزف، واستخدام الأدوات الموسيقية (الجلبي،2015).

وتتميز طريقة تفكير الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد في معظم الأحيان بما يلي:

1. التفكير بالصور وليس بالكلمات.
2. تعرض الأفكار في مخيلتهم على شكل شريط فيديو، لذلك يحتاجون بعض الوقت لاستعادة الأفكار.
3. صعوبة في معالجة سلسلة من المعلومات الشفوية.
4. يصعب احتفاظهم بمعلومة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولتهم معالجة معلومات أخرى.
5. يستخدمون قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.
6. صعوبة تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها.
7. عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس (الجلبي،2015).

سادساً: الخصائص الحسية.

تبدو على أطفال اضطراب طيف التوحد علامات العاجز في حواسهم عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فعندما يمر شخص قريب منهم، ويضحك أو ينادى عليهم، فإنهم يبدون كأنهم لم يروا أو يسمعوا شيئاً، وكأنهم قد أصابهم الصمم أو كف البصر (مجيد،2010).

ويعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من مجموعة من المشاكل الحسية، وتظهر لديهم استجابات غير عادية لهذه الخبرات الحسية، وتختلف هذه الاستجابات من طفل لأخر من حيث الدرجة والشدة، وما يلي يوضح ذلك:

1. المشكلات السمعية : يعاني الكثير من ذوي اضطراب طيف التوحد من مشاكل في الأذن، ومن الحساسية السمعية التي يمكن أن تفقدهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الأخرين. حيث يلاحظ الآباء على أبنائهم عدم استجابتهم لهم عند مناداتهم حيث أن من سمات الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد أنه يسمع وكأنه لا يسمع. (مصطفى والشربيني، 2011). ويعانون من الزيادة في حاسة السمع، حيث تبدو لديهم الأصوات أكثر ارتفاعاً وضجيجاً مما تبدو لنا. حيث أنه ينزعج من الأصوات التي نكلم بها عادة الأطفال الآخرين، فحيث أنه لا يسمع أصواتنا فقط، وإنما صوت الأزيز المنبعث من مصباح الفلورسنت المعلق فوقه أيضاً، والحوار الذي يدور في الغرفة المجاورة (سعد،2008). وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة، كما ويقفلون آذانهم تجنبا لسماع أصوات معينة (الجلبي،2015). وتكون استجابات ذوي اضطراب طيف التوحد غير عادية للمثيرات السمعية، ويظهر بعضهم حساسية مفرطة لبعض الأصوات، وقد يغلق أذنيه أو يغضب عندما يسمع أصوات معينة، مثل: صوت مكبرات الصوت، أو الصراخ العالي (شكري،2020).

2. المشكلات البصرية: إن مجال الرؤية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد إما أن يكون عالياً أو مشوشاً، كما ويميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة إلى الأشياء، ولا يقومون بالاتصال البصري مع الأخرين، يتجهون إلى التقاط الأشياء بدون النظر إليها، وينبهرون بالأضواء والانعكاسات ومتابعة الأشياء اللولبية الدوارة، ويميلون إلى ألوان أو العاب معينة محددة (مصطفى

والشربيني،2011) وتكون الاستجابات للمثيرات البصرية غير عادية، حيث أن بعضهم يضع يداه على عينيه عند رؤيته الأضواء ساطعةً (شكري،2020).

3. مشاكل اللمس: اللمس لدى ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً أقرب للطبيعي، فهم يألفون لمس الأشياء كالخشب الناعم، والبلاستيك، وينفرون من اللمس الخفيف، وفي نفس الوقت يمكن أن يحبوا اللعب العنيف، الذي يكون فيه ملامسة جسدية، كما ويكونون ذوي حاسة لمس قوية وزائدة، (مصطفى والشربيني،2011). وتكون الاستجابات للمثيرات اللمسية غير عادية حيث يعانون من حساسية للمثيرات الحسية اللمسية المتمثلة في حاسة اللمس، فمنهم يتجنبون ويرفضون لمس الآخرين، كما أن بعضهم لا يشعر بالألم عندما يتعرضون للسقوط أو الأذى (شكري،2020).

4. مشاكل حاسة التذوق وحاسة الشم الزائدة: إن العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يستجيبون بشدة للتذوق والروائح، وفي الوقت ذاته قد لا يبدو لديهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم، كما وأن بعضهم قد يأكلون أي شيء بما في ذلك المواد الضارة، كما وأن وآخرون منهم يحبون طعاماً معيناً ولا يقبلون غيره (سعد،2008).

ويعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير المخاطر التي يتعرضون لها، والتي يمكن أن يعيدوا التعرض لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار والاذى الذي يصيبهم، وقد يحب الطفل إمساك وتفحص الأجسام الدقيقة، مثل حبات الرمل أو بذور الأعشاب (الجلبي،2015).

كما ويعانون من غياب الإحساس بدرجات الحرارة، وبعضهم يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم أو تقريبها إلى الأنف أو العين، وبعضهم يمتلكون خبرات إدراكية غير سوية، مثل تجاهل الأصوات ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس (مجيد، 2010)0

ويلاحظ آباء ومدرسو الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أنهم يستخدمون حواسهم والتذوق والشم في اكتشاف البيئة من حولهم، لفترة طويلة من بعد انتهاء مرحلة الرضاعة والحبو الأولى (المقابلة،2016).

سابعاً: الخصائص النفسية والانفعالية.

ويمكن تناول الخصائص النفسية لذوي اضطراب طيف التوحد من خلال مفهوم الذات، حيث يعرف (ليو كانر) مفهوم الذات بأنه مجموعة من التصورات حول النفس، فهو طريقة نظرنا لأنفسنا خلال علاقتنا بالآخرين، ويتضح لنا مفهومنا لذواتنا من خلال علاقتنا بالآخرين، والتغذية الراجعة منهم. (Leo,2008)

ويشير شاتك ويول (Shattack Paul ,2007) إلى ارتباط مفهوم الذات لدى ذوي اضطراب طيف التوحد بالسلوك التكيفي لديهم، حيث أنه كلما ارتفع سلوكهم التكيفي ارتفع مفهوم الذات لديهم. كما ويرتبط إلى حد كبير بقدراتهم العقلية، ومعاملة الوالدين لهم، والمستوى الثقافي الاجتماعي للأسرة (مصطفى والشربيني، 2011).

وأشارت دراسة اسماعيل بدر (1997) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، قد لا يبتسمون أو يضحكون، واحيانا يكونون دائمي الصراخ والبكاء أو الضحك دون وجود سبب (السعيد،2021). كما وأشارت دراسة (لف وويست ,1990) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد، لديهم خوف من العواصف الرعدية، والأماكن المظلمة ، والذهاب إلى النوم في الظلام والأماكن المغلقة، بالإضافة إلى التواجد في حشود، والغرف المظلمة أو المغلقة (Love & West,1990).

وأشارت الشامي (2004) إلى أنه قلما يظهر الشعور بالذنب والخجل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أنهم لا يفهمون أهمية اتباعهم للقواعد الاجتماعية لكي يتقبلهم الأخرون (الشامي، 2004).

وأشار(Singer & Wynme, 1963) إلى أن اضطراب طيف التوحد سببه، الإصابة بمرض الفصام في مرحلة الطفولة، وأنه مع التقدم بالعمر يتطور هذا المرض، وتظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة (مجيد،2010). ومن الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يعاني منها ذوو اضطراب طيف التوحد، الاكتئاب والقلق، واضطراب الوسواس القهري، وقلق الانفصال والقلق الاجتماعي (السعيد،2021). والحركة الزائدة، وعدم الانتباه، والعدوان، واضطراب الهلع والمخاوف (مصطفى والشربيني،2011).

1.8. أشكال اضطراب طيف التوحد.

بعد سنوات من البحث، توصل الباحثون إلى أن وجود أنواع من التوحد دفعت الباحثين إلى تسمية التوحد باضطراب طيفي للإشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المشخصين به، حيث يستخدم مصطلح اضطراب طيف التوحد (ASD) مرادفاً لمصطلح اضطرابات نمائية شاملة (PDD)، للإشارة إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك فيما بينها في صفات الاضطراب في العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى إحدى أو كلتي الصفتين التاليتين:

التأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعدم القدرة على التخيل (Minshawi, 2004). كما وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا تظهر لديهم الخصائص نفسها وبالشدة نفسها، لذلك فقد ظهر العديد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. فمنهم من اعتمد في التصنيف على المستوى الوظيفي للذكاء، أو العمر عند الإصابة، أو عدد الأعراض وشدتها. ويرجع البعض الاختلاف في الأعراض لدى ذوي اضطراب طيف التوحد للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ لديهم.

واقترحت (ماري كولمان ،1976) مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن نظام تصنيفي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية، مما يشير إلى أن التوحد ليس متلازمة منفردة، كما أشار (ليو كانر) سابقاً، بل مكون من ثلاث تصنيفات فرعية هي:

أولاً: المتلازمة التوحدية الكلاسيكية.

في هذه المجموعة تظهر الأعراض مبكرة لدى الأطفال، ولكن لا تظهر لديهم إعاقات عصبية ملحوظة. والأطفال في هذه المجموعة يظهر لديهم تحسن تدريجي في العمر ما بين سن الخامسة إلى السابعة.

ثانياً: متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية.

الأطفال في هذه المجموعة يشبهون الأطفال في المجموعة الأولى، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً عنهم. كما و يظهر عند أطفال هذه المجموعة أعراضاً نفسية أخرى، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها (ليو كانر).

ثالثاً: المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا.

في هذه المجموعة يظهر لدى الأطفال مرض دماغي عضوي، يتضمن اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية، مثل: الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي والصمم والعمى (الزريقات،2004).

ويصنف اضطراب طيف التوحد ضمن خمس أنواع هي:

1. اضطرابات التوحد (Artistic Disorders)

هو اضطراب تطوري يبدأ قبل عمر (3) سنوات، ويتميز بصعوبات نمائية واضحة في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاستقبالي والتعبيري، وتأخر في اللغة واللعب الرمزي، ومحدودية واضحة في مخزون الأنشطة والاهتمامات، ووجود نماذج من السلوك النمطي المتكرر، ويعرف أيضاً بالتوحد الطفولي المبكر أو متلازمة كادر (سهيل،2015).

2. متلازمة أسبيرجر(Asperger's Syndrome)

الطبيب الألماني هانز اسبيرجر (Hans Asperger) في عام (1964) هو أول من وصف هذا الاضطراب، والذي يصيب غالباً الذكور، ويتميز المصاب بهذا الاضطراب بوجود قدرات لغوية طبيعية من الناحية التعبيرية والاستقبالية، وعجز في إقامة العلاقات الاجتماعية الطبيعية وبعض السلوكيات الشاذة (سهيل،2015).

وكان هانز أسبرجر (1906–1980) يستكشف طريقاً مشابهاً لعلم تصنيف الأمراض والتشخيص في فيينا، في نفس الوقت الذي كان (ليو كانر) يجري فيه بحثه عن مرض التوحد، وظهرت أول ورقة بحثية لـ (أسبرجر) حول هذا الموضوع في عام 1944 في مجلة علمية باللغة الألمانية، ومن المثير للاهتمام، أنه استخدم أيضاً مصطلح التوحد في تشخيصه (الاعتلال النفسي

التوحدي). وصف أسبرجر أربعة أولاد كان قد لاحظهم بأنهم "أساتذة صغار"، لأنهم كانوا منغمسين بعمق في موضوعات محددة للغاية وكانوا على دراية كبيرة بها. وأشار أيضاً إلى أن الأطفال استخدموا التواصل من جانب واحد، وكان لديهم عدد قليل من الأصدقاء، وأظهروا مهارات حركية خرقاء، وافتقروا إلى التعاطف. وقام أسبرجر بتأليف كتب باللغة الألمانية وتم نشره خلال المراحل الأخيرة من الحرب العالمية الثانية ونتيجة للفوضى التي حدثت في ألمانيا ما بعد الحرب، ظل الناس لسنوات عديدة على علم باكتشافات (ليو كانر)، ولكن ليسوا على علم باكتشافات (أسبرجر). وتمت إعادة اكتشاف أعمال (أسبرجر) وترجمتها إلى الإنجليزية في أوائل الثمانينيات. مع إعادة اكتشاف متلازمة أسبرجر والتي واجهت بعض الجدل. كما وشهد العقدان الأخيران جدلاً حول ما إذا كانت متلازمة أسبرجر منفصلة عن الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، والذي يشار إليه أيضاً باسم التوحد عالي الأداء(HFA) في الأدبيات، ويبدو أن متلازمة أسبرجر تبدأ في وقت متأخر (Matson,2009,p5).

ويعتبر اضطراب أسبيرجر من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا من اضطراب طيف التوحد، وهو مشابه لاضطراب التوحد، حيث أنه ينتشر بين الذكور أكثر منه بين الإناث بنسبة (15%)، ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي، ومحدودية الاهتمامات، والسلوكيات النمطية المتكررة، ولا يعاني ذوو بمتلازمة أسبيرجر من تأخر في اكتساب اللغة، من حيث المفردات والقواعد والصعوبة في الإدراك، والعجز في القدرة على التخيل، ولديهم مقدرة للاعتماد على أنفسهم. ويكون العجز الاجتماعي أقل شدة من التوحد، ويظهر ذوو متلازمة أسبرجر تعلقاً بأفراد أسرتهم، ويظهرون أحيانا رغبة في التفاعل مع أقرانهم، رغم أن تفاعلهم يكون غير مألوف أو غير ملائم ويتمتع ذوي اضطراب أسبيرجر بدرجات ذكاء طبيعية، ويواجهون صعوبات في

المهارات الحركية الخاصة بالتآزر البصري الحركي، ولا يستطيعون التركيز والانتباه على الأنشطة الصفية (سهيل،2015).

- معايير التشخيص (DSM-IV) لاضطراب أسبرجر.

أولاً: ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ويظهر في اثنين على الأقل مما يلي:

1. ضعف ملحوظ في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة، مثل: نظرة العين إلى العين، وتعبيرات الوجه، ووضعيات الجسم، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. الفشل في تطوير علاقات مع الأقران تتناسب ومستوى النمو.
3. الافتقار إلى السعي التلقائي؛ لمشاركة المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الآخرين.
4. عدم وجود التبادل الاجتماعي أو العاطفي.

ثانياً: أنماط السلوك والاهتمامات والأنشطة المتكررة والنمطية المقيدة، تظهر في واحد على الأقل مما يلي:

1. الانشغال الشامل بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام النمطية والمقيدة، وهو أمر غير طبيعي سواء من حيث الشدة أو التركيز.
2. السلوكيات الحركية النمطية والمتكررة، مثل رفرفة اليد أو الأصابع.
3. الالتزام غير المرن على ما يبدو بإجراءات أو طقوس محددة وغير وظيفية أو الإلتواء، أو حركات الجسم بالكامل المعقدة.

4. الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء في مجالات الأداء المهمة.

ثالثاً: يسبب الاضطراب ضعفاً ملحوظاً سريرياً، في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها.

رابعاً: عدم وجود صعوبات إكلينيكية في مجال اللغة، مثل الكلمات المفردة المستخدمة في عمر السنتين، والعبارات التواصلية المستخدمة في عمر (3) سنوات.

خامساً: لا يوجد تأخير مهم سريرياً في التطور المعرفي أو في تطوير مهارات المساعدة الذاتية المناسبة للعمر، والسلوك التكيفي بخلاف التفاعل الاجتماعي (Eric, Evdokia,2007) (سعد،2008).

سادساً: ألا يتفق المحك مع أحد اضطرابات النمو الشاملة أو مع الفصام (سعد،2008).

وبحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-V)، تتعلق متلازمة أسبرجر بالأفراد الذين لديهم لغة مناسبة لعمرهم، بالإضافة إلى الذكاء، ولكن لديهم عجزاً في التنشئة الاجتماعية ومهارات التكيف، والقاسم المشترك بين المشخصين بالأسبرجر والتوحد حسب (ليو كانر)، هو العجز في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والخيال الاجتماعي (Ruth & Rohana,2018.p53).

3. متلازمة (ريت (Rett's Syndrom) .

متلازمة (ريت Rerts) من اضطرابات طيف التوحد، وسميت متلازمة (ريت Rerts) على اسم أندرياس ريت (1924-1997) الذي اكتشفها، و(ريت Rerts) التحق بكلية الطب في جامعة إنسبروك، لكنه لم يكملها حتى عام 1949 بسبب فترة قضاها في البحرية الألمانية خلال

الحرب العالمية الثانية، وأصبح طبيب أطفال بالتدريب، وأصبح محاضراً في علم الأعصاب وطب الأطفال في جامعة فيينا في عام 1967. وفي تلك المرحلة، أصبح أيضاً رئيساً لمعهد لودفيج بولتزمان لأبحاث الأطفال المشخصين باضطرابات الدماغ. قبل ذلك، كان يدير مشفى للأطفال ذوي الإعاقة وفي عام (1954)، لاحظ فتاتين صغيرتين في غرفة الانتظار الخاصة به تتشاركان في عدد من طقوس غسل اليدين. وبعد المزيد من المراجعة لحالتهم، تم تحديد أربع فتيات أخريات لهن سمات جسدية وسلوكيات حركية مماثلة. نشرت أول ورقة بحثية له حول هذا الموضوع في عام (1966)، ولكن، كما هو الحال مع أعمال (أسبرجر)، لم تلق اهتماماً كبيراً في ذلك الوقت لأنها ظهرت باللغة الألمانية حصل هذا الاضطراب على اسمه، متلازمة (ريت Rerts)، في عام (1983) عندما نشر طبيب سويدي يدعى (بينجت هاجبرج) أول بحث باللغة الإنجليزية. استخدم متلازمة (ريت Rerts) لتكريم الشخص الذي اكتشف الاضطراب في عام (1999)، أصبحت متلازمة (ريت Rerts) أول اضطراب طيف التوحد يتم كسر شفرته الجينية. وجد فريق بحث من جامعة بايلور (MECP)، الجين الذي يسبب متلازمة (ريت Rerts) عندما يتحور، يقع الجين في موقع Xq28 للكروموسوم (X) (Matson,2009,p10).

ومتلازمة (ريت Rerts) هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة، وهو اضطراب يظهر فيه سلوكيات مشابه للتوحد، مثل: مشاكل النوم وتكرار حركات اليد، تبدأ أعراضه بعد الشهور الستة أو الاثني عشرة الأولى من العمر، حيث يظهر توقف وتدهور ملحوظ في النمو، وقصور في المهارات المكتسبة سابقاً (الإمام والجوالدة،2010).

هو اضطراب يصيب الإناث غالباً، وفي حالات نادرة يمكن أن يظهر لدى الذكور، ويكون التطور طبيعي حتى عمر (6 إلى 18) شهراً، ثم يبدأ تطور السلوكيات بالتراجع أو فقدان بعض

القدرات المكتسبة، خاصة بالمهارات والحركات الكبرى، مثل: الحركة والمشي، ونقص ملحوظ في القدرات مثل الكلام، والتفكير واستخدام اليدين، وتكرار حركات وإشارات ليست ذات معنى: مثل: هز اليدين ورفرفتها أو حركات مميزة لليدين، ويعاني ذوو اضطرب (ريت Rerts) من انخفاض في نسبة الذكاء والمهارات اللغوية، والعلاقات الاجتماعية، كما ويظهر لديهم نوبات تشنج عصبي ويلاحظ لديهم صعوبات في التنفس والنوم (مصطفى والشربيني،2011) (سهيل،2015).

ويشير(مصطفى والشربيني،2011) إلى تطور متلازمة (ريت Rerts)، من خلال أربع مراحل هي على النحو التالي:

المرحلة الأولى: بعد مرحلة نمو طبيعي قد تستمر من (6 أو 8) إلى (18) شهراً بعد الولادة، تبدأ الأعراض بحدوث تأخر وبطء تدريجي خفيف في النمو، تظهر في صورة تختلف في التخاطب والتناسق الحركي.

المرحلة الثانية: يحدث في هذه المرحلة تدهور سريع في فقدان ما كان الطفل قد اكتسبه من مهارات، خلال بضعة الأشهر التالية للمرحلة الأولى، حيث يفقد قدراته على استعمال يديه في غسلهما وغسل وجهه، وعدم القدرة على استعمالهما في الكتابة، وينهمك في مص أو عض الأصابع، ويفقد حصيلته اللغوية، وهذه المرحلة تستمر حوالي (12) شهراً.

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة الكمون مع تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية، وفي تلاقي العيون، ويزداد القصور في حركة الأيدي واضطراب في التنفس، وتدهور سريع في القدرات الحركية، وأوضاع غير عادية للجسم.

المرحلة الرابعة: تتميز هذه المرحلة في التدهور المستمر، حيث يفقد الطفل ما قد اكتسبه من قدرات حركية، وفقدان لوظائف عضلات الجسم، مما يؤدي إلى العجز عن أداء الأنشطة المختلفة، دون قصور أكثر في القدرة على الانتباه، أو في التفاعل الاجتماعي أو تلاقي العيون، وتستمر هذه المرحلة عشر سنوات وأكثر، يترتب على متلازمة (ريت Rerts) دائماً إعاقة عقلية شديدة، وظهور تشنجات أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة، وعدم القدرة على المضغ الجيد للطعام، ونوبات من فرط التنفس، وفشل في القدرة على التحكم في التبول والتبرز، كما ويظهر سيولة زائدة في اللعاب وإبراز مفرط في اللسان (مصطفى والشربيني،2011)

- الخصائص السريرية لمتلازمة (ريت Rerts).

يمكن تلخيص أهم الخصائص السريرية لمتلازمة (ريت Rerts) بما يلي:

1. فقدان حركات اليد الهادفة.
2. مشكلات في التناسق والتوازن.
3. حركات نمطية.
4. فقدان الكلام.
5. القلق ومشكلات سلوكية.
6. مشكلات التنفس.
7. إعاقة عقلية (Brock,2004) و (سهيل،2015).

- معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-4) لحالات (ريت (Rerts

هي:

أولاً: توفر الخصائص التالية جميعها:

1. حمل وولادة طبيعية.
2. تطور ونمو حركي نفسي طبيعي، في الخمسة أشهر الأولى من حياة الطفل.
3. محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

ثانيا: بدء ظهور الأعراض التالية بعد مدة من مرحلة النمو الطبيعي:

1. تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين (5–48) شهراً بعد الميلاد.
2. فقدان مهارات تحريك اليدين المكتسبة في العمر بين (5–30) شهراً، مثل الكتابة بالأيدي أو غسلها، وظهور حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
3. فقدان مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي المكتسب في المرحلة السابقة.
4. تدهور في تناسق الجذع وظهور المشي بشكل غير متزن، وحركات جسمية غير طبيعية.
5. نقص شديد في تطور اللغة الاستقلالية، وقدرات التعبير اللغوي، أو فهم كلام الآخرين مع وجود التخلف النفسي والحركي (سهيل،2015 وسعد،2008).

4. الاضـــطراب الطفـــولي التراجعي(التفككـــي): (CDD) (Childhood Disintegrative Disorder)

خصائص الاضطراب الطفولي التراجعي تشبه اضطراب اسبيرجر واضطراب طيف التوحد، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث، وينشأ بعد فترة تطور طبيعية، من حيث نمو القدرات الإدراكية والمهارات الحركية والاجتماعية خلال أول سنتين إلى أربع سنوات من العمر، وقد يستمر

النمو طبيعياً في الجوانب الاجتماعية واللغوية إلى عمر (10) سنوات، ثم يتراجع التطور فتظهر صعوبات في اللغة الاستقبالية، والمهارات الاجتماعية، ويمكن أن يصاب بـ (البكم). ويتميز المشخصين به بالتأخر الذهني الشديد، الذي يؤدي إلى تأخر اللغة والعلاقات الاجتماعية والمهارات الحركية، ولذا يعتبر من الاضطرابات الخطيرة (عويجان،2012 وسهيل،2015).

- تشخيص اضطرابات الطفولة التراجعية:

لتشخيص هذا الاضطراب، لابد أن يكون الطفل مر بمرحلة نمو طبيعي لمدة عامين من عمره، وبدء ظهور الأعراض قبل العام العاشر من عمر الطفل.

ويبدأ التراجع بشكل واضح في المهارات التالية:

1. فقدان القدرات اللغوية، أو القدرة على بدء أو مواصلة الحديث مع الأخرين.
2. فقدان المهارات الاجتماعية التي تم اكتسابها سابقاً، وحدوث اضطرابات في السلوك التوافقي.
3. فقدان عديد من القدرات الحركية .
4. فقدان الاهتمام بمشاركة اللعب مع الآخرين.
5. فقدان القدرة على التحكم في عملية الإخراج البول والبراز.
6. فقدان تدريجي لمهارات الرعاية الذاتية، وفقدان الاهتمام بالبيئة المحيطة.

ويزداد فقدان تلك القدرات، ويتعذر تحقيق أي تطور بالقدرات، إلا في حالات نادرة جداً وبعد جهد فائق من برامج التدخل العلاجي، والتأهيلي الشامل المبكر (سعد،2008).

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

يتميز هذا الاضطراب بضعف عام وشديد في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل، وضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتكون النشاطات والاهتمامات لديهم لمحدودة، ويظهر لديهم السلوكيات النمطية، ولكنها لا تقابل معايير الاضطرابات النمائية العامة المحددة (PDD)، أو الفصام (Schizophrenia)، حيث أن اضطراب طيف التوحد ليس مرضاً محدداً ذو عرض معين، وإنما مجموعة من الأعراض تقع تحت مظلة تشخيصية، تسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)، فالتوحد يشكل مجموعة غير متجانسة من حيث الأعراض والتصرفات، حيث يمكن أن يظهر اختلاف بين طفلين من ذوي اضطراب بالتوحد أكبر مما يظهر التشابه بينهما. (عويجان،2012).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، تم تحديد (3) مستويات الخطورة لاضطراب طيف التوحد المستوى (1) يتطلب دعما، والمستوى (2) يتطلب دعماً كبيرا، والمستوى (3) يتطلب دعماً كبيرا جدا (Annio, Paola,2023.p566).

وأشارت السعيد (2021)، أن سيفن واخرون حددوا نظاماً تصنيفياً لاضطراب طيف التوحد حسب مقياس (DSM-5) في أربع مجموعات وهي ما يلي:

أولاً: المجموعة التوحدية الشاذة:

يظهر لدى أفراد هذه المجموعة القليل من خصائص التوحد، ويكون لديهم مستوى أعلى من الذكاء.

ثانياً: المجموعة التوحدية البسيطة:

يظهر لدى أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، مع تخلف عقلي بسيط، والتزاماً باللغة الوظيفية.

ثالثاً: المجموعة التوحدية المتوسطة:

يظهر لدى أفراد هذه المجموعة مظاهر شديدة من السلوكيات النمطية، واستجابات اجتماعية محدودة، ولغة وظيفية محددة، يرافقها قصور ذهني.

رابعاً: المجموعة التوحدية الشديدة:

يكون أفراد هذه المجموعة منعزلين اجتماعيا، وليس لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية، ويعانون من القصور الذهني بمستوى ملحوظ، وتعرف أيضاً بمجموعة التوحد الكلاسيكي أو التقليدي سابقاً (السعيد،2021 و الزريقات،2004).

- أنواع طيف التوحد الطفولي.

أشارت كل من مجيد (2010) والجلبي (2015) إلى مجموعة من أنواع طيف التوحد الطفولي وهي:

1. متلازمة أسبرجر (Aspergers syndrome)

نسبة ذكاء معظم ذوي هذا الاضطراب لديهم نسبة ذكاء عادية أو معدل عالي، يشمل هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض، وهي قصور في مهارات التوازن والاكتئاب الكلام التكراري، وإخراج الصوت بنفس الوتيرة، وحب الروتين وكره التغيير في كل شيء، سواء في الأكل أو

الملابس، ووجود طقوس معينة لهم في حياتهم، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين، ولا يوجد لديهم تأخر في النطق، ولديهم حساسية كبيرة من الأصوات، وبعضهم لديه قدرات فائقة في بعض النواحي، مثل: القدرة على الحفظ.

2. متلازمة الكروموسوم الهش (X) (Fragile X syndrome)

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي X ، ويكون في (10%) من أطفال التوحد وخاصة الذكور. يظهر لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط. ويتميزون بصفات معينة، مثل: المرونة الشديدة في المفاصل، وبروز الأذن، وكبر مقاس محيط الرأس، وغالبا ما تظهر لديهم استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، واضطراب في الأداء اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى اضطرابات معرفية.

3. متلازمة لاندو – كليفنر (Landau–Kleffner Syndrome)

في هذا الاضطراب ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من عمره، ثم يبدأ في فقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، وغالبا يشخص الطفل بشكل خاطئ على أنه أصم (مجيد،2010 و الجلبي،2015).

وتظهر هذه المتلازمة كشكل من أشكال فقدان القدرة على الكلام، التي تتطور بين ثلاث وسبع سنوات، وتنتشر بين الذكور ضعف ما هي لدى الاناث. يكون في البداية نمو ذوي هذه المتلازمة صحياً خالياً من المشاكل، ثم يفقدون مقدرتهم على الاستيعاب أي استقبال الكلام أولاً، ثم مقدرتهم على الكلام أي الكلام التعبيري، كما ولديهم نماذج شاذة وغير طبيعية تظهر في تخطيط الدماغ (EEG)، ولتشخيص هذه المتلازمة يجب إجراء فحص نماذج تخطيط الدماغ (EEG) للشخص أثناء النوم. ويظهر لدى (70%) منهم نوبات صرع، وهذه النوبات غير متكررة إلى حداً

ما، ومن السمات المشتركة بينها وبين اضطراب طيف التوحد عدم الحساسية للألم والعدوانية، وضعف التواصل البصري، والإصرار على الرتابة، ومشاكل النوم (الزراع،2003،ص31).

4. متلازمة موبياس (Mobius syndrome)

تسبب هذه المتلازمة عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي، ومنها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية، ومشكلات سلوكية كالتي تنتج عن اضطراب طيف التوحد.

5. متلازمة كوت (Kott Syndrome)

معظم حالاتها تحدث لدى الإناث ، ومن أعراضها عدم القدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا.

6. متلازمة سوتوس (Sotos syndrome)

تسبب التخلف العقلي، وسرعة كبيرة في النضج، وكبر حجم الجمجمة، بالإضافة إلى تعبيرات وجهية شاذة (مجيد،2010 و الجلبي،2015)، وتتشابه مع التوحد في قصر المهارات الاجتماعية، وسلوك الدوران في نفس المكان (الزراع،2003،ص33).

7. متلازمة توريتي (Tourette syndrome)

يعاني أطفال هذا الاضطراب من القلق وعدم القدرة على التركيز، كما وتتميز بالحركة اللاإرادية كرمش العين وهز الكتفين بطريقة شاذة، وتلمظ الشفاء.

8. متلازمة وليامز (Williams syndrome)

هو اضطراب نادر يتشابه مع اضطراب طيف التوحد ببعض الخصائص، مثل التأخر اللغوي والحركي، وحساسية مفرطة للصوت، وهز الجسم والتعلق بالأشياء غير الطبيعية.

9. مرض تصلب الأنسجة (Tuberous sclerosis)

هو مرض وراثي يسبب نمو غير طبيعي للأنسجة الدماغية، يصيب حوالي (1–4) حالات من كل (10,000) حالة ولادة (مجيد،2010 و الجلبي،2015).

وتتعدد الأوصاف المنبثقة عن اضطراب طيف التوحد، كونه اضطراب طيفي تتنوع مظاهره من شخص لأخر، وهذه الأوصاف غير رسمية، ولكنها متقبلة بشكل واسع، وتشمل:

1. التوحد عالي الأداء High – Functioning Autism (HFA).
2. التوحد متدني الأداء Low– Functioning Autism (LFA).
3. التوحد البسيط Mild Autism.
4. التوحد المعتدل Moderate Autism.
5. التوحد الشديد Severe Autism.
6. السمات التوحدية Autistic names.
7. الميول التوحدية Autistic tendencies.
8. توحد كانر Kanner Autism.
9. التوحد الكلاسيكي Classic Autism.
10. توحد اسبيرجر Asperger Autism (الامـــام والجوالـــدة،2010 و سهيل،2015).

1.9. تشخيص اضطراب طيف التوحد

مأخوذة كلمة التشخيص في الأصل من كلمة في الطب، وتعني (الطريقة أو السبيل) الذي يتم من خلاله التعرف على وطبيعة ونوع، وأسباب المرض (سكر،2014،ص62).

تتم عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ضمن برنامج متكامل، يشمل فريقاً من المتخصصين في جوانب النمو المختلفة الجسمية والانفعالية والاجتماعية والحركية والعقلية والحسية، بحيث تحدد جوانب القصور والضعف بدقة، مما يسهم في تحديد الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة الضرورية للارتقاء بالطفل، وتنمية جميع نواحي النمو في ذات الوقت. فيكون التشخيص كاملاً وشاملاً لجميع مظاهر اضطراب طيف التوحد، حيث أن اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية المربكة والمحيرة؛ يظهر أشكال مختلفة لدى الأطفال (جنيد،2018) كما وتتبع أهمية التشخيص الدقيقة لما يترتب عليه من تصميم للبرامج التربوية العلاجية، والمسار التعليمي الخاص (علي،2010).

ويمكن تشخيص التوحد بشكل موثوق من قبل أخصائي بحلول سن الثانية، ولكن متوسط عمر تشخيص التوحد في الولايات المتحدة هو (5) سنوات (autism speaks,2023).

ويعتبر التعرف على الأعراض الحقيقية لاضطراب طيف التوحد ذا أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم؛ حيث أن بعض أعراضه قد تتشابه مع أعراض أنواع أخرى من الإعاقات، كالتخلف العقلي وغيره، ولذا يجب التأكيد على ما يلى:

1- ليس من الضروري أن تظهر جميع أعراض اضطراب طيف التوحد في كل الحالات التي تعاني من اضطراب طيف التوحد، حيث يمكن أن يظهر بعضها في حالة معينة، ويظهر البعض الأخر في حالة أخرى.

2- قد يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية والسن الذي تبدأ فيه الأعراض في الظهور، حيث يمكن أن يظهر بعضها خلال الشهور الست الأولى من عمر الطفل، ولكن غالباً تظهر الأعراض ما بين العامين الثاني والثالث (شكري،2020).

ويظهر اختلاف شديد في أعراض اضطراب طيف التوحد من طفل لآخر، وهذا الاختلاف في الدرجات؛ يعود إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والأوضاع البيئية التي يوجد فيها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، وتعتمد شدة ظهور الأعراض على التدخل، والعلاج المبكر الذي يتلقاهما الطفل (شكري،2020).

وأشار الشرقاوي (2018) إلى أن الدليل التشخيصي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في نسخته الرابعة (1994) أشار إلى ضرورة توافر ستة أعراض أو أكثر من أعراض اضطراب طيف التوحد، ويكون ظهورها قبل سن الثالثة من عمر الطفل، وتتمثل هذه الأعراض في فيما يلي:

أولا : وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة من عمر الطفل، وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية:

1. قصور في اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال.
2. قصور في تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك.
3. قصور في اللعب الرمزي أو الوظيفي.

ثانياً : الاضطرابات النوعية في التواصل، وتظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

1. تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة.

2. استخدام نمطي وتكراري للغة، أو اللغة الفطرية الأولى.

3. وأطفال اضطراب طيف التوحد، يظهر لديهم إعاقة في بدء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها.

ثالثا : الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي، وتظهر في اثنين على الأقل مما يلي:

1. اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية، كالنظر بالعين، والتعبير بالوجه، والإيحاء بالجسم والإشارات، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

2. قلة البحث عن أشخاص آخرين، لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي، أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن .

3. العجز في الطلب التلقائي؛ لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين، كالعجز في الإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين.

4. العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.

رابعا : أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات، والاهتمامات والأنشطة المحددة ، وتظهر بواحدة على الأقل مما يلي :

1. حركات نمطية وتكرارية، كالتلويح بالأيدي وضرب الرأس.

2. الانشغال بأنشطة أو ألعاب محددة، والتعلق الإستحوازي بأنشطة روتينية وطقوسية.

3. الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلا من اللعبة) والاستعمال غير المألوف للأشياء (الشرقاوي،2018).

وليتم تشخيص اضطراب طيف التوحد بشكل دقيق، يجب التعرف على صعوبات التشخيص، ومحكاته وأدواته، والفريق الذي يقوم بعملية التشخيص، وفيما يلي توضيح ذلك:

1.9.1. صعوبات التشخيص:

1. تتشابه أعراض التوحد مع أعراض اضطرابات وإعاقات أخرى، مثل: التخلف العقلي والاعاقات الانفعالية، وحالات الفصام، ويعتبر بعض علماء النفس اضطراب طيف التوحد حالة فصام مبكرة تظهر في مرحلة الطفولة. (الزراع،2003)، وحالات الانطواء والخجل الشديد، واضطرابات الكلام والتخاطب (سعد، 2008).

2. بعض أعراض التوحد لم تخضع للقياس الموضوعي بعد، وتعتمد على التقديرات الشخصية للقائم بالتشخيص (عسكر،2011).

3. عدم وجود تجانس في القدرات والسمات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فلا يوجد طفلين من المشخصين باضطراب طيف التوحد لديهم القدرات والسمات (علي،2010)، حيث أن سمات التوحد لدى الأطفال ذوي الأداء المنخفض أسهل نسبياً من تشخيص ذوي الأداء المرتفع، حيث أن سمات التوحد تكون أكثر وضوحاً، مما يصعب على المتخصصين تشخيصهم مالم يكونوا من أصحاب الخبرة والكفاءة العاليتين (سكر،2014).

4. إنّ طيف التوحد اضطراب فسيولوجي في الدماغ، يؤدي إلى صعوبة نمائية، حيث يمكن لأعراض اضطراب طيف التوحد أن توجد بمفردها، أو أن تكون متلازمة مع حالات أخرى، كالتخلف العقلي ، وكف البصر، والصرع، والصمم ويمكن أن تأخذ الأعراض أشكالا مختلفة.

5. إنّ اضطراب طيف التوحد اضطراب سلوكي، يحدث في مراحل الطفولة المبكرة، وهي ذروة فترة النمو.

6. عدم الاتفاق على العوامل المسببة للاضطراب، هل هي وراثية جينية، أن اجتماعية، أم سيكولوجية، أم بيوكيميائية أم ناتجة عن إصابات أثناء فترة الحمل، أو نتيجة لتداخل عدد من هذه العوامل.

7. صعوبة التواصل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من قبل المتخصصين بالتشخيص وصعوبة تقبل الطفل لهم والتجاوب معهم.

8. تأخر التشخيص باضطراب طيف التوحد، نتيجة لإنكار الوالدين، وعدم درايتهم وقلة خبرتهم بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة له (جنيد،2018)، وأحياناً رغم شعور الوالدين بأن طفلهم يعاني من مشكلة ما في مراحل نموه الأولى، إلا أنهم قد لا يسعون إلى عرضه على الاخصائيين لتشخيص حالته خلال أول سنتين أو ثلاثة من عمره، بسبب تأكيد الأقارب أو الأصدقاء من حولهم وحتى بعض الأطباء أن الطفل على ما يرام، وأنه يعاني من تأخر طبيعي، وبعض الآباء قد لا يلاحظون وجود أي أعراض على أطفالهم وخاصة خلال السنوات الأولى من عمرهم ويحدث ذلك مع الأطفال ذوي الأداء المرتفع، أو الأطفال الذين يتطورون بشكل شبه طبيعي في السنوات الأولى من حياتهم.

9. قلة الاختصاصيين ذوي الخبرة في اضطراب طيف التوحد بمختلف أنواعه ومستوياته، حيث أنهم غالباً يعرفون اضطراب طيف التوحد بأشكاله التقليدية، أو شديدة الوضوح (سكر،2014).

10. البحوث التي تجري على إعاقة التوحد حديثة نسبيا.

11. الأنماط السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتغير من مرحلة عمرية إلى أخرى، فيمكن أن تكون هذه السلوكيات في أوج شدتها في عمر (3–6) سنوات، بينما تقل تدريجيا خاصة عند حصول الطفل على التدخل العلاجي المبكر الفعال، خاصة في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي.

12. قلة أدوات القياس والاختبارات المصممة لتشخيص هذا الاضطراب تشخيصاً دقيقاً، حيث أن هناك مجموعة من الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخصي مصممة لتشخيص إعاقات أخرى (علي،2010).

13. وكون اضطراب طيف التوحد ليس بالإعاقة يمكن لمهني أو متخصص واحد أن يقوم بتشخيصه، بل يلزم للقيام بالتشخيص الدقيق تعاون فريق كامل من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وأخصائي تخاطب وأخصائي التحاليل الطبية وغيرهم، حيث يقومون كفريق بالتقييم، وهذا الفريق يحتاج الكثير من الوقت والملاحظة، للحصول على معلومات صحيحة ودقيقة وإعطاء التشخيص المناسب للطفل (عسكر،2011).

وتحدث العبادي (2006) عن مجموعة من الأسباب التي تجعل تقييم وتشخيص الأطفال قبل عمر الثانية من عمرهم صعباً وهي:

1. أن الأنماط السلوكية للطفل في هذا العمر لم تتشكل وتتضح بشكل يسمح بإجراء التشخيص.

2. المهارات اللغوية لم تتشكل وتنضج في هذا العمر، وتعتبر ركن مهم في التشخيص.

3. في بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يكون نموهم طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الحدوث.

4. عدم قدرة الوالدين في هذه المرحلة المبكرة من العمر على ملاحظة تطور النمو لدى طفلهم (العبادي،2006).

1.9.2. مراحل تقييم وتشخيص ذوي اضطراب طيف التوحد

المرحلة الأولى : الإعداد للتشخيص، وهي مرحلة المعاينة ومرحلة ما قبل عملية التشخيص، وتشمل جمع المعلومات من خلال دراسة الحالة، وموافقة الأهل وتحديد الاختبارات المناسبة، وجمع المعلومات الأولية، واختبار أدوات التقييم.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة التشخيص، وتتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الإخصائي والمفحوص وفق معايير معينة، وتصحيح الاختبارات، وتنظيم نتائجها وتنسيقها، ووضعها في صورة كمية، بالإضافة إلى مجموعة الأحكام الجزئية الوصفية.

المرحلة الثالثة: مرحلة معالجة المعلومات، وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية للوصول إلى تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها، تمهيداً للإفادة منها للوصول إلى طرق العلاج المختلفة (الإحالة وطريقة التدريس) وبما أن ذوي اضطراب طيف التوحد مجموعة غير متجانسة، فإنّ هذا الأمر يتطلب تنوع في الرؤى وبأساليب التشخيص (سهيل،2015 ومصطفى والشربيني،2011).

إنّ هدف التشخيص هو جمع وتحليل المعلومات حول الطفل، من أجل الوصول إلى تشخيص للطفل، مما يسهم في تصميم برنامج علاجي لهذا الطفل (سهيل،2015).

1.9.2. محكات التشخيص

نتيجة صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد، سعى العلماء للتغلب عليها من خلال وضع مجموعة من المحكات والمعايير الأساسية؛ لتشخيص اضطراب طيف التوحد على أساسها، وأول من وضع مجموعة من معايير التشخيص هو العالم (ليو كانر)، والتي ذكرها في كتابه ذهان الطفولة (1973)، حيث وضع قائمة من المعايير، ولابد من وجود معيارين على الأقل من القائمة (أ)، ومعيار من القائمة (ب)، ومعيار واحد من القائمة (ج) وهي كالتالي:

الفئة (أ) :

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، يتمثل فيما يلي :

1. عدم قدرة الطفل على تبادل المشاعر مع الآخرين، وعدم تأثره بمشاعرهم، حيث أنه يعاملهم وكأنهم قطعة من الأثاث (مصطفى،2008 وسعد،2008).
2. عدم شعوره بالحاجة إلى مواساة الآخرين له في وقت الضيق، أو عندما يكون مريضاً أو متعباً، أو يبحث عنها بشكل شاذ، كأن ينطق كلمة معينة بشكل متكرر.
3. عدم تقليد الطفل للآخرين، أو تقليدهم بشكل غير المعتاد، ولا يقلد أنشطة الأم داخل المنزل، أو يقلد الآخرين بصورة آلية.
4. لا يلعب لعباً اجتماعيا، أو يلعب بطريقة شاذة، ويفضل اللعب وحده.
5. العجز الكلي في القدرة على تكوين صداقات مع الأخرين (سعد،2008).

الفئة (ب):

قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، يتمثل فيما يلي:

1. تأخر أو غياب للغة المنطوقة، وعدم محاولة استبدالها بلغة أخرى، مثل: لغة الإشارة (مصطفى،2008).

2. عدم القدرة على البدء أو الاستمرار في المحادثة مع الأخرين (مصطفى،2008)، وعدم وجود تواصل معهم، مثل: الحوار الطفولي، والتعبير الوجهي، والإيماءات (سعد،2008).

3. عدم القدرة على الاتصال غير اللفظي، فهو لا ينظر للآخرين، ولا يبتسم للأحد، ولا يرحب بوالديه أو بالزوار، يحدق بثبات في وضع معين.

4. غياب النشاط التخيلي، مثل: لعب دور الراشدين، أو تقليد أصوات الحيوانات، وعدم الاهتمام بالقصص الخيالية .

5. شذوذ في طريقة إخراج الكلام، من حيث حدة الصوت أو شدته، مثل: رتابة الصوت، أو الكلام بنغمة السؤال، أو الحديث بصوت عال.

6. شذوذ في صورة محتوى الكلام، مثل الكلام النمطي أو التكرار في الكلام، والاستخدام الخطأ للضمائر، مثل أن يستخدم " أنت " عندما يريد أن يقول " أنا ".

7. قصور في القدرة على تقليد الآخرين.

الفئة (ج) :

يقوم الطفل الذي يصنف تحت هذه الفئة بعدد محدود ومتكرر من الأنشطة والاهتمامات، وهي كما يلي:

1. حركات جسدية نمطية متكررة، مثل ثني اليدين أو التأرجح، هز الرأس ، حركات معقدة للجسم كله (سعد،2008).

2. الانشغال وبشكل متواصل وإصرار بأجزاء من أشياء معينة مثل: شم الأشياء، أو التعلق بأشياء غير معتادة، مثل: الإصرار على حمل قطعة معينة من القماش.

3. القلق الواضح عند أي تغير في العادات الروتينية والبيئة المعتادة (مصطفى،2008 وسعد،2008).

4. الإصرار على اتباع أنماط وتفاصيل محددة، مثل: الإصرار على إتباع نفس الطريق في كل مرة يخرج فيها للتسوق.

5. حدود من الاهتمامات البسيطة، أو الانشغال بشيء يتطلب اهتمام محدود مثل رص الأشياء (سعد،2008).

وأشار عسكر (2011) إلى أن الجمعية الأمريكية للتوحد، وضعت قائمة تشخيصية لاضطراب طيف التوحد تتضمن (18) عرضاً أساسياً، وضرورة أن يتوفر مالا يقل عن تسعة أعراض لدى الطفل، لتتوفر مؤشرات مقبولة بوجود اضطراب طيف التوحد لديه، وفي حال وجود عشر أعراض أو أكثر، فإن ذلك يدل على وجود حالة توحد مؤكدة، وتلك الأعراض هي:

1. صعوبة في التفاعل مع الآخرين.

2. ضعف أو انعدام التواصل البصري.

3. عدم شعور الطفل بالألم.

4. عدم الاستجابة للإيماءات اللفظية، ويتصرف كأنه أصم.

5. عدم الاستجابة لطرق التدريس التقليدية.

6. يصر على تكرار السلوك.

7. يرفض أي تغيير في البيئة أو الروتين.

8. ضحك وقهقهة غير مناسبة.

9. لا يظهر أي خوف من المخاطر.

10. يعاني الطفل من صعوبة في التعبير عن احتياجاته.

11. يرفض أن يحضنه أحدٌ أو أن يحضن هو أحداً.

12. ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.

13. يفضل اللعب الانفرادي، ويلعب بطريقة غريبة و لمدة طويلة .

14. يفضل البقاء وحيدا.

15. نشاط بدني مفرط أو خمول بدني.

16. ترديد الكلمات التي يسمعها.

17. الغضب والحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي.

18. المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (عسكر،2011، ص94).

وأشار(سهيل،2015) إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الرابع –DSM–IV) (TR المعدل (2000)، اشترط وجود ثلاثة محكات رئيسة لتشخيص التوحد كما يلي:

المحك الأول:

توفر ستة أعراض على الأقل كالآتي : اثنان على الأقل من الفئة (أ) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ب) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ج) المذكورة سابقاً.

المحك الثاني:

الأداء الوظيفي غير عادي قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، في واحد على الأقل مما يأتي:

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

المحك الثالث:

ألا يكون سبب هذه الاضطرابات يعود إلى اضطراب (ريت Rerts)، أو اضطراب (الطفولة التفككي) (سهيل،2015).

ولخص (رويارز،1995) محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً لما ورد في الإصدار الرابع الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية (DSM-IV) المعدل (1994) وجاءت كما يلي:

1. افتقاد الاستجابة للآخرين.
2. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

3. قصور واضح في النمو اللغوي.

4. مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.

5. ضعف القدرة العقلية.

6. قصور في فهم الانفعالات.

7. قصور شديد في الأنشطة والاهتمامات.

8. عدم ظهور أعراض اضطراب (ريت Rerts) أو اضطراب (أسبيرجر Aspergers).

9. عدم ظهور هلاوس وهذاءات وتفكك بالتفكير، وهي أعراض مميزة للفصام.

10. ظهور أعراض اضطراب طيف التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر (القمش،2011).

1.9.3. تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً لدليل الإحصائي الخامس (DSM- V):

ونتيجة للتطورات الحديثة التي طرأت على فهم الفئات، التي تندرج تحت مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) والواردة في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل، حدث تغيير جوهري في هذه الفئات. وقامت اللجنة العلمية التي أعدت الطبعة الخامسة بتغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها وبناء عليه، فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم مسمى هو اضطراب طيف التوحد (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف باضطراب التوحد (AD)، ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، والاضطراب النمائي

الشامل غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد، وتختلف مكوناتها باختلاف عدد الأعراض وشدتها (جنيد،2018).

1.9.4 معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً لدليل الإحصائي الخامس (DSM- V):

أولاً: العجز في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المتعددة، في الوقت الحاضر أو في تاريخ الطفل التطوري، ومما يلي، " أمثلة توضيحية وليست عامة ".

أ. العجز الاجتماعي العاطفي التبادلي؛ يتراوح بين التفاعل الاجتماعي غير الطبيعي أو الفشل في إجراء محادثة في سياق اجتماعي طبيعي، وانخفاض المشاركة في الانتباه والعواطف والانفعالات، أو الفشل في البدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

ب. العجز في السلوكيات التواصلية غير اللفظية في التفاعل الاجتماعي، وتتراوح بين التواصل اللفظي وغير اللفظي الضعيف، والتواصل البصري ولغة جسمية غريبة، أو العجز في فهم الإيماءات واستخدامها، والانعدام التام في تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

ت. العجز في تطوير واكتساب وفهم العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، ويتراوح بين الصعوبات في السلوك التكيفي في السياقات الاجتماعية المختلفة، وصعوبات المشاركة في اللعب التخيلي، أو الصعوبات في تكوين الصداقات مع الأقران، إلى غياب الانتباه للرفاق أو الاقران.

ثانياً: أنماط سلوكية أو اهتمامات أو أنشطة مقيدة أو تكرارية، في الوقت الحاضر أو في تاريخ الطفل التطوري، وبظهور اثنين على الأقل مما يلي، " أمثلة توضيحية وليست عامة".

أ. النمطية أو التكرارية في الحركات واستخدام الأشياء، أو الكلام، مثل: صف الألعاب في خط مستقيم، أو تقليب الأشياء، أو المصاداة الكلامية.

ب. الإصرار على التماثل، والالتزام الصارم بالروتين، أو الأنماط الطقوسية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي مثل (الحاجة إلى أخذ نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

ت. اهتمامات ثابتة ومقيدة بدرجة عالية وغير طبيعية، من حيث شدتها أو تركيزها، مثل (التعلق القوي أو الانشغال بأشياء غير مألوفة).

ث. قلة أو زيادة الحساسية للمدخلات الحسية أو الانتباه غير العادي في الجوانب الحسية للبيئة مثل (اللامبالاة الواضحة للألم، أو درجة الحرارة والاستجابة السلبية للأصوات أو اللمس، شم ولمس مفرط للأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركات).

ثالثاً: يجب أن تظهر الأعراض في الفترة النمائية المبكرة، من الميلاد وحتى سن الثامنة من العمر.

رابعاً: تسبب الأعراض ضعف واضح في المجالات الاجتماعية، والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة للأداء الوظيفي الحالي.

خامساً: لا تنطبق هذه الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطراب النمو العقلي أو التأخر النمائي الشامل، حيث أن الإعاقة العقلية واضطراب طيف التوحد كثيرا ما يتشاركان في إجراءات التشخيص المرضي (الاضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية)، لذا يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل مما هو متوقع على مستوى النمو العام.

كما وأن الأفراد الذين تم تشخيصهم وفقاً للإصدار الرابع DSM-IV ضمن اضطراب طيف التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو اضطرابات النمو العامة غير المحددة، يشخصون على

أنهم من ضمن اضطراب طيف التوحد، في حين أن الأفراد الذين اتصفوا بالعجز في التواصل الاجتماعي، ولم يحققوا معايير اضطراب طيف التوحد، يجب أن يعاد تقييمهم لتحديد ما إذا كان لديهم اضطراب التواصل الاجتماعي بناءً على إصدار (DSM– V, 2013) (الزريقات،2020).

1.9.5. التغيرات التي طرأت على تشخيص فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة

1. استخدام تسمية تشخيصية موحدة.

وهو " اضطراب طيف التوحد (ASD) (Autism Spectrum Disorder)) حيث يتضمن " اضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، بالإضافة إلى اضطراب التفكك الطفولي"، حيث كانت هذه اضطرابات منفصلة عن بعضها في الطبعة الرابعة المعدلة (DSM – 4).

2. التشخيص استنادا على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير، حيث تضمنت هذه المعايير الجديدة التشخيص، وفقاً لمعياري القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، والصعوبات التي تظهر في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، واستثنت عن الطبعة الرابعة المعدلة استخدام القصور النوعي في التواصل.

3. عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها، حيث تضمنت معايير (DSM – 5)، (7) أعراض سلوكية موزعة كالتالي: (3) أعراض في المعيار الأول، و(4) أعراض سلوكية في المعيار الثاني، بخلاف المعايير القديمة، والتي كانت مكونة من (12) عرضا سلوكيا موزعة على شكل أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

4. تحديد مستوى شدة الأعراض.

تتطلب المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض، وتحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي، الذي يجب تقديمه للمنتفع؛ لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

5. المدى العمري.

المعايير الجديدة تضمنت توسيعا للمدى العمري، الذي تظهر فيه الأعراض، حيث تشمل عمر الطفولة المبكرة حتى عمر (8) سنوات، في حين المعايير القديمة كانت حتى عمر (3) سنوات.

6. الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية.

اعتبرت المعايير الجديدة الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية الأساسية في تشخيصه، والذي كان في المعايير القديمة من الأعراض المساندة.

7. الاضطرابات المصاحبة.

يشترط ضمن المعايير الجديدة تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى، مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند تشخصيه، وهذا الشرط لم يكن موجوداً ضمنن المعايير القديمة.

8. اقتراح فئة تشخيصيه جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي.

يتم تشخيص الطفل بإصابته باضطراب التواصل الاجتماعي عندما تنطبق عليه الأعراض السلوكية، ضمن المعيار الأول لفئة اضطراب طيف التوحد، وعدم وجود الأعراض السلوكية في المعيار الثاني، وبحال انطبقت الأعراض السلوكية في كلا المعيارين، فإن التشخيص يكون الإصابة باضطراب طيف التوحد.

9. لم يعد هناك حاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد، حيث أن استثناء متلازمة ((ريت Rerts) Rerts) واضطراب التفكك الطفولي من فئات اضطراب طيف التوحد، ودمج فئات اضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة، تحت مسمى اضطرابات طيف التوحد. فأصبح المشخصون لا يقومون بالتفرقة بين اضطراب طيف التوحد وغيره من الاضطرابات الأخرى، وإنما يقومون بتقدير مستوى الشدة، لتحديد الدعم المراد تقديمه (جنيد،2018 والسعد،2021 وشكري،2020).

10. التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها، وتركز المعايير الجديدة على ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة، في حين أن الطبعة القديمة كانت غايتها التشخيص فقط (جنيد،2018 وشكري،2020).

11. إسقاط متلازمة (ريت Rerts) من فئات اضطراب طيف التوحد؛ لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها (جنيد،2018).

وأشار السعد (2021) وشكري (2020) إلى مجموعة من الفروق ما بين (DSMIV-TR(2000)&DMV (2013

الجدول (2) الفروق بين المعايير التشخيصية بين(DMV, 2013) & (DSM IV-TR ,2000)

معيار المقارنة	DSM IV-TR (2000)	DSM V (2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة الخمسة اضطرابات نمائية منقطعة في الأعراض	متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي: التوحد. أسبرجر. متلازمة ((ريت Rerts). الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة. اضطراب التفكك الطفولي.	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ: التوحد. أسبرجر. الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة.
محكات التشخيص	ثلاث محكات هي: التفاعل الاجتماعي. التواصل. السلوكيات النمطية	محكان فقط هما: التفاعل والتواصل الاجتماعي. السلوكيات النمطية.
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض.	مستوى الشدة وفقا لثلاث مستويات ضمن فئة واحدة.

إعاقات أخرى مصاحبة	غير محددة.	محددة: الاضطرابات العقلية. اضطرابات اللغة. الحالات الطبية والجينية. اضطرابات السلوك. الكتاتونيا.
المـــدى العمـــري لظهـــور الأعراض	(3) سنوات	الطفولة المبكرة (8) سنوات

1.9.6. أدوات التشخيص الخاصة باضطراب طيف التوحد:

1. قائمة تشخيص التوحد (ADI) (Autism Diagnostic Interview).

بنى (lord rutter & lecoutour) هذه القائمة عام (1990) وتستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات في النمو، وبإمكان استخدام هذه القائمة في البيت من خلال زيارة الفاحص، حيث يبدأ بمقابلة الأسرة، ويستغرق تطبيق القائمة عدة ساعات.

2. استمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام.

(prelinquistic autism diagnostic observation schedule. PL-ADOS)

بنى (Dilavore lord & Rutter) هذه الاستمارة عام (1995)، وهي استمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على الكلام واستخدام اللغة، وتطبق هذه الاستمارة

بمساعدة العائلة، وتزودنا هذه الاستمارة بفرصة لملاحظة المظاهر الخاصة، كالسلوك الاجتماعي، والانتباه، والتخيل والتفاعل، والمشاركة مع الفاحص.

3. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale) ((CARS).

بني (schopler, reichier, devellisadaly) هذا المقياس عام (1988)، واستخدم في تحديد الأطفال ذوي الإعاقة، وذوي اضطراب طيف التوحد الذين بحاجة إلى البرنامج التعليمي (TEACCH). وفي المقياس (15) مقياساً فرعياً لتقدير السلوك، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولتمييزهم عن غيرهم من اضطرابات النمو، والأطفال من غير ذوي اضطراب طيف التوحد. ويستغرق تطبيق المقياس من (20–30) دقيقة. ويقيس (قصور العلاقات الإنسانية ، والتقليد، السلوكيات النمطية، والقدرات الحركية البدنية، ومقاومة التغيير، واستجابات شاذة للمثيرات السمعية، وعدم التجاوب مع البيئة المحيطة، واستجابات القلق، والتواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، ومستوى الذكاء الوظيفي، والانطباعات عامة).

ويستخدم المقياس مع الأطفال بعمر سنتين فأكثر، وطبق المقياس على المراهقين بعمر (15) سنة، لـ(150) حالة. ويمكن استخدام المقياس من قبل التربويين والمشخصين، لتحديد وتصنيف أطفال اضطراب طيف التوحد، وبرامج التدخل المبكر وبرامج النمو قبل المدرسة ومراكز التشخيص التطوري. واستخدم المقياس سبعة مؤشرات، لتقدير القدرات والسلوك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. والدرجات العالية التي يحصل عليها الطفل، تحديد مستوى اضطراب طيف التوحد لديه، سواء كان بسيطاً أو متوسطاً أو شديداً.

4. مقياس تقدير التوحد (Autism Rating Scale).

بنى Gilliams janes المقياس عام (1995) ليستخدم من قبل المعلمين والمهنيين والعائلة في تشخيص اضطراب طيف التوحد، ويستخدم لمختلف الأعمار. اشتقت فقرات المقياس بالاعتماد على الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية، ووضعت الفقرات في أربع معايير وهي: السلوك النمطي، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، الاضطرابات النمائية. وللمقياس ثلاث درجات تقيس السلوك، أما المعيار الرابع والذي يقيس الاضطرابات النمائية، فيتضمن مجموعة من البيانات تشمل تطور نمو الطفل خلال السنوات الثلاثة الأولى من الحياة.

5. أداة التخطيط التعليمي من أجل مسح التوحد.

(Autism Screening Instrument For Educational Planning)

بنى (Krug Aick & Almond) هذه الأداة عام (1990) وهي من الأدوات الشائعة للتقويم والتخطيط التعليمي لأطفال اضطراب طيف التوحد، تكونت الأداة من (5) أبعاد للتعرف على المظاهر السلوكية لاضطراب طيف التوحد، من عمر (18) شهر فأكثر، وهذه مكونات هي: الحواس، والعلاقات، والتعرف على أجزاء الجسم، واللغة، والعناية الذاتية، وتقويم التفاعل والتواصل والتعلم.

وتستخدم هذه الاداة بالمدرسة لتقدير المهارات والاستعدادات الأكاديمية، خلال تفاعل الطفل في الفصل، وتقدير مستواه التحصيلي وسلوكياته في المواقف المختلفة، وبالتالي أثر عملية تخطيط البرنامج التعليمي الفردي، واليومي للأنشطة التعليمية في الفصل.

6. أدوات قياس التقدير السلوكي الأطفال التوحد والشواذ.

(Behavioral Rating Instrument for autistic and typical children)

(BRIAC)

بنى (Ruten) هذه الأداة وتضمن ثمانية مقاييس هي: (العلاقة والروابط مع الآخرين، التواصل، النطق، والتخاطب والصوت وتفهم الحديث، والتجاوب الاجتماعي، والقدرة الحركية البدنية، والنمو النفسي العضوي). وقدرة هذه الأداة على إنتاج أهداف علاجية محدودة جداً.

7. نظام ملاحظة السلوك (BOS) (Behavior observation system).

بنى (Freeman et al) هذه الأداة عام (1978)، وتتكون الأداة من تسع فقرات ملاحظة (ثلاثة دقائق لكل منها) لتسجيل حدوث (67) نوعاً من السلوكيات المميزة لاضطراب طيف التوحد.

8. قائمة التوحد للطفل الصغير (2-3) سنة (Cheklist for Autism in Toddlers) (CHAT)

بنى (Baron-cohen, Allen & Gillberg) هذه الأداة عام (1992) وتستخدم للتعرف على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وليس للتشخيص. وتستخدم بعمر مبكر من عمر (18) شهراً، ويستغرق تطبيقها من (5-10) دقائق. وتتضمن القائمة تسعة أسئلة يتم الإجابة عليها (نعم) أو (لا) ، ويمكن للعائلة الإجابة عليها. ويتم العلاج والتدخل التربوي الفعال بعد عمر (3) سنوات، وتقدم هذه الأداة للمعالجين البرنامج التربوي الذي بالإمكان تطبيقه، سواء شهريا أو سنويا بعد وضوح جميع الأعراض، وأن فشل الطفل في ثلاث فقرات من القائمة بعمر (18) شهراً فإن ذلك يعني أن لديه مخاطر التوحد وأنه بحاجة إلى التربية الخاصة، ومن هذه الأعراض:

أ. الافتقار إلى اللعب.

ب. الافتقار إلى الاهتمامات الاجتماعية.

ت. الافتقار إلى الانتباه.

ث. الافتقار إلى تطبيق التعليمات والأوامر.

ج. الافتقار إلى اللعب الاجتماعي.

ح. الضعف في النمو الحركي.

9. قائمة التقييم السلوكي المختصر.

(The behavioral summarized evaluation) (BSE)

تتكون هذه القائمة من (20) فقرة في استمارة واحدة، لكل فقرة مقياس تقدير من (5) درجات هي (صفر) لا يحدث أبدا. (1) أحيانا. (2) كثيراً. (3) كثيراً جدا. (4) دائما. و كل بند يمثل سلوكاً من السلوكيات التي تمثل أعراض اضطراب طيف التوحد، ومجموع الدرجات تقدر بـ (65) درجة، وهذه القائمة تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد والتخلف العقلي معاً، للأعمار من (2-15) سنة، وتعّبأ بواسطة أخصائي نفسي على أساس الملاحظة المقننة، وتستخدم النتائج في عمل التشخيص المبدئي للحالة، ووضع الخطوط العريضة للتدخل العلاجي.

10. قائمة التوحد السلوكي (Autism behavior checklist).

طبقت هذه القائمة من قبل (Krug) عام (1980)، حيث تضمنت مجموعة أسئلة ، ويمكن تطبيقها من قبل العائلة والمعلم، وتستخدم مع الأطفال من عمر ثلاث سنوات فأكثر. وتتضمن

القائمة (57) سؤالا حول سلوك الطفل، قسمت إلى خمسة مجالات وهي: (الإحساس، والعلاقات، استخدام الجسم والأشياء، واللغة، المجال الاجتماعي ومساعدة الذات).

11. المقابلة المنقحة لتشخيص التوحد.

(Autism Diagnostic interview – Revised)

بنى (Lecouteur) هذه القائمة عام (1989)، وهي مقابلة لتشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تستخدم من قبل العائلة، لتقييم سلوك الأطفال من عمر خمس سنوات، وتستغرق ما بين ساعة ونصف إلى ساعتين لتطبيقها ، وتركز على (التفاعل الاجتماعي والاتصال واللغة والسلوك النمطي والتكراري) (مجيد،2010).

12. الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل.

(Manual of Mental Disorders Text Revision-DSM-IV-TR)

13. الدليل العاشر للتصنيف العالمي للأمراض.

(International Classification World Health Organization Diseases, (2006) ICD10)

14. مقابلة تشخيص التوحد (Autism Diagnostic interview-Revised - ADI).

طورها (Rutter & Lord ,2003)، وتشتمل على (90) فقرة تقيس أبعاد التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك لدى أطفال التوحد.

15. جدول ملاحظة تشخيص التوحد.

(Autism Diagnostic Observation Schedule) (ADOS)

16. القائمة التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب.

طورها (Rimland) عام (1971) لتشخيص أعراض اضطراب طيف التوحد تتكون من (76) سؤالا، بهدف مساعدة المختصين في التعرف على الأطفال، الذين يحتمل أن لديهم اضطراب توحد.

17. مقياس جليام للتوحد (GARS) (Gilliam Autism Rating Sclae).

18. استبانة التواصل الاجتماعي ((Social Communication Questionnaire) (SCQ).

19. مقابلة تشخيص الاضطرابات التواصلية والاجتماعية.

(The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) (DISCO)

20. أداة مسح الاضطرابات النمائية الشاملة.

(Pervasive Developmental Disorders Screening Test) (PDDST)

(علي،2010،ص39-40)

1.9.7. أساليب تقييم وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

أولاً: التقييم الطبي:

يهتم التقييم الطبي بتاريخ حياة الطفل من بداية فترة الحمل، حيث أن له أهمية كبيرة، حيث أن بعض أسباب اضطراب طيف التوحد تعزى إليه، وإلى ما يحدث أثناء الولادة وما بعدها (مصطفى والشربيني،2011).

كما ويهتم بالتطور الجسمي والحركي للطفل، وأصابته بأي أمراض سابقة، والتاريخ المرضي للعائلة، ومن ثم إجراء الكشف السريري للطفل، وخاصة الجهاز العصبي، وإجراء بعض الفحوصات عند الحاجة لها (العبادي،2006).

ويلخص جنيد(2018)، الجوانب التي يتم فحصها، لفحص حالة الطفل هي:

1. التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل.
2. الكشف السريري.
3. ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل.
4. الفحوصات الطبية (جنيد، ،2018، ص39). ومن هذه الفحوصات ما يلي:

1. صورة صبغيات الخلية (Chromosomal analysis)، لاكتشاف الصبغي الذكري المنكسر.
2. تخطيط المخ (EEG).
3. أشعة مقطعية للمخ (CT scan).
4. أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ (MRI) (العبادي،2006).

ثانياً: التقييم النفسي

من الصعب تقييم الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد قبل التحاقه ببرامج التأهيل أو المدرسة، والتي من خلالهم تتضح الكثير من السلوكيات الشاذة لدى الطفل. ويفترض التقييم النفسي وجود أنماط محددة من سلوكيات الفرد الثابتة (جنيد،2018،ص39).

ومن خلال التقييم النفسي، يتم التعرف على الاضطرابات النفسية لدى الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، كما ويتم من خلاله تقييم القدرات العقلية والمعرفية وعمليات الانتباه، والقدرات الإدراكية والإدراك الحسي والقدرة على التذكر، والقدرات الاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية، وتكيف الطفل، ومن خلال هذا التقييم يستطيع الأهل والمدرسون معرفة جوانب القصور والتطور لدى الطفل، ويعتمد على الاختبارات النفسية التقليدية، ويستخدم الأخصائي النفسي مجموعة من الأدوات ونقاط القياس لتقييم حالة الطفل (العبادي،2006 ومصطفى والشربيني،2011).

ثالثاً: التقييم السلوكي

يقيس التقييم السلوكي السلوكيات الصريحة الظاهرة (مثل المصاداة، والهز)، ويعتمد التقييم السلوكي على الملاحظات السلوكية، وقوائم الملاحظة وتحليل المهام، وتحديد ما إذا كانت هذه السلوكيات مستمرة أم غير ذلك، ثم مقارنة هذه المستويات مع المستويات المأخوذة من مجموعات معيارية ضابطة أو طبيعية (مصطفى، والشربيني،2011).

رابعاً: التقييم الاجتماعي

خلال مرحلة النضج الاجتماعي يكتسب الأطفال الكثير من الخبرات الحياتية اليومية، وأن إجراء تقييم وتشخيص للجوانب الاجتماعية والحياتية لأطفال التوحد للتعرف عليهم أكثر، ولأهمية هذا الجانب قام (فانلاند) بإعداد مقياس للنضج الاجتماعي، يشمل (117) فقرة، تقيس ثمانية مجالات للمهارات الاجتماعية وهي: العناية بالذات، والتطبيع الاجتماعي، والتواصل والتفاعل الاجتماعي، والعناية بالمظهر الخارجي، والمأكل، وتوجيه الذات، الحركة والانتقال، والقدرة على تحمل المسؤولية المهنية) (جنيد،2018، 39).

ويمكن تحديد القصور في السلوك الاجتماعي، في ثلاث مجالات هي:

1. التجنب الاجتماعي: يلاحظ أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتجنبون كل أشكال التفاعل الاجتماعي.

2. اللامبالاة الاجتماعية: أنّ أطفال اضطراب طيف التوحد غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي، ولا يشعرون بالسعادة عند وجودهم مع الآخرين.

3. الإرباك الاجتماعي: يصعب على أطفال اضطراب طيف التوحد الحصول على الأصدقاء، ونتيجة لقصور التفاعل الاجتماعي لديهم يصعب عليهم أيضاً المحافظة على استمرار علاقاتهم مع الأخرين. (جنيد،2018، 40)

خامساً: التقييم الوظيفي:

يقوم التقييم الوظيفي بتقييم طبيعة تكامل الوظائف الحسية، وكيفية عمل الحواس (السمع، البصر، التذوق، الشم، اللمس)، وتقييم المهارات الحركة الصغرى (كاستخدام الأصابع) والكبرى(

كالجري والقفز)، ومعرف اليد التي يستخدمها الطفل (اليمني أو اليسرى) لمعرفة الجزء المسيطر من الدماغ.

سادساً: تقييم التواصل:

يتم تقييم المهارات التواصلية للطفل من خلال الملاحظة التقويمية، ومناقشة الوالدين، حيث يتم تقييم مدى رغبة الطفل في التواصل، ومستوى مهارات التواصل لديه، ويستخدم هذا التقييم لوضع البرامج التدريبية لزيادة التواصل لدى الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد (العبادي،2006).

1.9.8. فريق تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

1. طبيب الأطفال (Pediatrician).

وهو طبيب متخصص في أمراض الأطفال للفئة العمرية من الولادة وحتى الثامنة عشرة، وهو أول من يلجأ إليه الوالدان عند ملاحظتهم وجود قصور في التطور لدى أطفالهم، ويكمن دوره في إجراء الكشف الطبي العام والفحوصات الطبية اللازمة للطفل، للكشف عن الأمراض العضوية إن وجدت وإعطائه العلاج الطبي المناسب (سهيل،2015 وسكر2014،79).

2. الطبيب النفسي (Psychiatrist).

وهو طبيب متخصص في معالجة الاضطرابات النفسية والعقلية، حيث يقوم بإجراء الاختبارات النفسية على الطفل (سهيل،2015). وفحص الطفل من النواحي النفسية، لفحص وجود بعض الأمراض النفسية المرافقة، مثل: الفصام، أو الاكتئاب، أو الانسحاب الاجتماعي، وغيرها من الاضطرابات، وإعطاء العلاج الدوائي المناسب لها (سكر،2014،ص79).

3. طبيب الأعصاب (Neurologist).

هو طبيب متخصص في مجال الأمراض العصبية عند الأطفال، حيث يقوم بإجراء الفحوصات العصبية المناسبة للطفل، مثل تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي، والتخطيط الكهربائي للدماغ، للكشف عن الأمراض العصبية إن وجدت، وإعطاء العلاج الدوائي المناسب (سكر،2014،ص79). وفحص وجود اضطرابات في الجهاز العصبي، وتوجيه الانتباه والتحكم الحركي (سهيل، 2015).

4. الإخصائي النفسي (Psychologist).

ويكون حاصل على شهادة الدكتوراه أو الماجستير، ويكون ذا خبرة في مجال القياس والتقويم النفسي ، ودورة تطبيق بعض الاختبارات النفسية على الطفل، وتحليل نتائجها، ووضع خطة علاجية سلوكية تربوية، وتقديم خدمات الإرشاد النفسي للآباء (سهيل،2015 وسكر،2014،79).

5. أخصائي تربية خاصة تخصص اضطرابات التوحد.

ويكون حاصل على درجة الدكتوراه ة أو الماجستير في التربية الخاصة، تخصص اضطرابات التوحد، ومهمته التنسيق بين أعضاء الفريق، والإشراف على الحالة، من بداية الكشف والتشخيص والتقييم وانتهاءً بالتأهيل والمتابعة، ويقوم بتطبيق اختبارات التشخيص والتقييم التربوية النمائية والسلوكية، والقيام بإجراء الملاحظات السلوكية المباشرة، وإعداد الخطط والبرامج التربوية والتعليمية الفردية، كما ويقوم بتدريب الأسرة على كيفية تطبيق هذه البرامج في المنزل (سكر،2014،78).

6. الأخصائي الاجتماعي (Social Worker).

يكون حاصل على درجة الماجستير أو الدكتوراه في علم الاجتماع، دوره يكون في مقابلة الأسرة لتقييم أوضاعها،(الاجتماعية والثقافية والاقتصادية)، وتقديم الدعم اللازم لها (سكر،2014،ص79)، والحصول على معلومات حول التاريخ الوراثي الصحي والتعليمي لها، وكتابة التقرير وتزويد فريق الأخصائيين العاملين مع الطفل به (سهيل،2015).

7. أخصائي العلاج الطبيعي (Physical Therapist).

يقوم الأخصائي الطبيعي بقياس وتقويم المهارات الحركية الكبرى لدى الطفل، مثل (الحبو والمشي والركض والقفز ووضع الوقوف) وغيرها من المهارات الحركية (سهيل،2015 وسكر،2014،80).

8. أخصائي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist.)

يقوم أخصائي العلاج الوظيفي بقياس وتقويم المهارات الحركية الدقيقة لدى الطفل، كـ (تحريك اليدين والأصابع، وبالأخص مهارات الحياة اليومية كـ (مسك القلم، أو الملعقة، أو تقليب صفحات الكتاب)، وقد يتداخل عمل أخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي، وخاصة في تدريبات التكامل الحسي الحركي كـ (شد الحبل، والتأرجح، واللعب بالكرة) وغيرها من المهارات (سكر،2014،ص80).

9. أخصائي النطق والتخاطب (التواصل) (Speech and language Pathologist).

وهو أخصائي حاصل على درجة الماجستير أو الدكتوراه في مجال اضطرابات التواصل لدى الأطفال، يقوم بقياس وتقويم صعوبات الكلام والنطق، والتأخر اللغوي بشكل عام، ويعالج

التأخر اللغوي والتعامل مع صعوبات النط، وصعوبات البلع ومشاكل الأحبال الصوتية ، وكل ما يتعلق بالتواصل اللفظي وغير اللفظي (سهيل،2015 وسكر،2014،79).

10. أخصائي السمع (Audiologist).

يقوم بقياس وتقويم المشكلات التي تتعلق بقدرة الطفل على السمع، و يقدم المعلومات اللازمة لتحديد المشاكل السمعية لدى الطفل إن وجدت.

11. أخصائي العيون (Opthamologist).

يقوم بقياس وتقويم المشكلات التي تتعلق بقدرة الطفل البصرية، و يقدم المعلومات اللازمة لتحديد المشاكل البصرية لدى الطفل إن وجدت (سهيل،2015 وسكر،2014،80).

1.10. علاج وتأهيل الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

تتنوع العلاجات والبرامج التأهيلية المقدمة للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها ما يلي:

1. العلاج بالأدوية s(Medication).

يهدف استخدام الأودية إلى الحد من الأعراض السلوكية، التي تظهر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد (السعد،2021)، ويستخدم العلاج الدوائي لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية العصبية، التي تؤدي إلى السلوك الشاذ، وقد أثبتت العديد من الاتجاهات أهمية العلاج الدوائي مع ذوي اضطراب طيف التوحد.

2. العلاج باستخدام الحمية الغذائية (DT) (Dietary Treatment).

يشير بعض العلماء إلى أهمية استخدام النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازينلذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أن الجلوتين هو البروتين الموجود في القمح والشوفان والشعير، والكازين هو البروتين موجود في الحليب ومشتقاته، والأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد لديهم أمعاء ومعدة بها خلل أو تلف، تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئيا للمرور خلال مجرى الدم، وهذه البروتينات المهضومة جزئيا تكون مادة البيبتيدات التي تكون لها تأثيرات تخديرية.

3. العلاج السلوكي (Behavioral Therapy).

يستند العلاج السلوكي على نظريات التعلم، ويهدف إلى إزالة السلوك غير المرغوب فيه، وتنمية السلوك المرغوبة فيه عن طريق استخدام فنيات تعديل السلوك، من خلال استخدام التعزيز والمكافآت في تعليم الطفل مهارات جديدة، وتجاهل السلوكيات كالعدوان وإيذاء الذات (شكري،2020).

اقترح بعض الباحثين استخدام الأساليب العلاجية السلوكية، كتعديل السلوك في علاج اضطراب طيف التوحد بواسطة الآباء في البيت أو في فصول دراسية خاصة.

وتكمن أهمية تطبيق تعديل السلوك من كونها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث، التي تهتم بالحاجات التربوية لأطفال اضطراب طيف التوحد، وتعتمد على أساسيات التعلم، والتي يمكن تعلمها من قبل غير المهنيين بسهولة، وتسهم في تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نماذج من السلوك التكيفي بوقت قصير، ومن هذه السلوكيات التي يمكن تعليمها للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ما يلي:

- مهارات تعلم اللغة والكلام.
- السلوك الاجتماعي الملائم.

- مهارات العناية الذاتية.
- اللعب بالألعاب الملائمة.
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد.

وهناك عدة أسباب لاختيار العلاج السلوكي مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهي:

1. كونه أسلوب علاجي يمكن أن يتعلم مبادئه أشخاص من غير المتخصصين المهنيين، وإمكانية تطبيقه بشكل سليم بعد الإعداد والتدريب اللذين لا يستغرقان وقتاً طويلاً.
2. كونه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح، دون عناء أو تأثر بالعوامل الشخصية.
3. وهو أسلوب يضمن نظام ثابت من الإثابة والمكافاة للسلوك، الذي يهدف إلى تكوينه من خلال استخدام معززات قوية.
4. ثبت نجاح أسلوب تعديل السلوك في حال توفرت جميع متطلباته، والدقة في التطبيق (الجلبي،2015).
4. العلاج النفسي(Psychotherapy).

يرتبط العلاج النفسي بوجود قدرات تعبيرية لدى الطفل، ووجد أن (79%)، من الحالات التي تعرضت للعلاج النفسي أظهرت تقدما جيدا أو متوسطا(شكري،2020)، ويتضمن العلاج النفسي مرحلتين، الأولى: يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج، وفي المرحلة الثانية: يتم التركيز على تطوير المهارات الاجتماعية وتأجيل الإشباع.

5. العلاج الوظيفي (Occupational Therapy).

يعتمد العلاج الوظيفي على تأهيل مهارات وقدرات ذوي اضطراب طيف التوحد التي تساعده على التكيف الوظيفي والسلوكي من خلال أنشطة هادفة (السعد،2021).

6. العلاج بالموسيقى (Music Therapy).

أثبتت الدراسات أن الموسيقى لها تأثير كبير في الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تستخدم معزز للسلوك الإيجابي الذي يقوم به الطفل، كما أن للموسيقى تأثير مهدئ لأعصاب الفرد في حالة الغضب والانفعال، كما و تساعد الموسيقى على إفراز الأندروفين في الدماغ من منطقة الهيبوثلاموس، مما يثير وعي الجسم والإبداع والتعبير عن الذات والإحساس بالمرح.

7. العلاج باستخدام الحاسوب (Computer-Assisted Therapy).

سهل الحاسوب الحصول على المعلومات التي يعطيها المعلمون أو الأهل، وتعتبر برامج الحاسوب مهمة لذوي اضطراب طيف التوحد، وخاصة التي تحتوي على تعزيز مباشر للطفل، وهذه نقطة مهمة في تعديل سلوك الطفل وتعليمه مفاهيم وسلوكيات جديدة، ولتحقيق أفضل النتائج من استخدام الحاسوب يجب إبعاد الطفل عن كل ما يدور حوله من مثيرات عدا الحاسوب، بحيث لا يتشتت انتباهه، ولا يبتعد عن مهمته على جهاز الحاسوب (السعد،2021).

8. العلاج الطبيعي (Physiotherapy).

9. العلاج الحسي (Sensory therapy) (ال اسماعيل، 2012).

يهدف العلاج الحسي إلى تنمية حواس الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتحقيق التكامل والتوازن بينها، بالاستناد على أن الجهاز العصبي المركزي هو الذي يربط بين جميع

الحواس الصادرة من جسم الأنسان، وأن أي خلل في هذه الرابطة يؤثر سلباً في باقي الحواس (جنيد،2018،ص56).

10. العلاج بهرمون السيكرتين (Secretion).

ويوجد هرمون السيكرتين في الكبد والبنكرياس وأعلى الجهاز المعوي والدماغ، ويساعد في هضم الطعام، يعود اكتشاف هرمون السيكرتين إلى الطبيب الامريكي فيكتوريا بيك (Victoria Beck)، وأم لطفل توحدي عانى من الإسهال المزمن، وخلال إجراء الفحوصات المخبرية له أعطى هرمون السيكرتين لفحص وظيفة البنكرياس، فلوحظ أنه أدى إلى توقف الإسهال، وتحسن سلوك الطفل بشكل ملحوظ، وزاد تواصله البصري، وأصبح الطفل أكثر هدوءاً، وتم تدريبه على استخدام التواليت خلال أسبوعين، وبعد أسبوعين بدأ الكلام والرقص عند سماع الموسيقى، وسمي هذا الدواء بالمعجزة، وأقام معهد الأبحاث مؤتمر بعنوان هزيمة التوحد (القصيرين،2008،33).

11. البرامج علاج مشكلات اللغة والاتصال للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

12. برامج العلاج بالفن.

13. برامج العلاج باللعب (نصر،2002).

14. التدخلات والبرامج التربوية.

تهدف البرامج التربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى التعليم الأكاديمي وتنمية مهارات الاستعداد التقليدية، بالإضافة تنمية التواصل.

ومن البرامج التربوية الحديثة لتأهيل ذوي اضطراب طيف التوحد برنامج تحليل السلوك التطبيقي(ABA) ، حيث قام (ايفر لوفاس Lovaas) أستاذ علم النفس الشهير في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس بدراسة قام بها في الثمانينيات، درس فيها فعالية استخدام مبادى تحليل

السلوك التطبيقي في برنامج مكثف للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأشار إلى إمكانية حدوث تقدم ملحوظ في أداء الطفل إذا تلقى هذا النوع من التدريس، ومن استراتيجياته التدريب بالمحاولة المنفصلة Discrete Trial Training DTT وبنيت هذه الطريقة على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي وتعرف أيضاً باسم " تعديل السلوك أو علاج السلوك وهو من البرامج التدريبية التي تعمل على تحسين الأداء بشكل عام والتواصل بشكل خاص لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ال اسماعيل،2012).

الخلاصة:

اضطراب طيف التوحد (ASD) هو اضطراب نمائي عصبي، تظهر أعراضه في مرحلة الطفولة المبكرة، ويستمر مدى الحياة، ويتميز بصعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وصعوبة في استخدام اللغة والكلام، وسلوكيات نمطية متكررة. ويشمل مجموعة من الاضطرابات التي تتفاوت في شدتها وأعراضها،

وما زالت الأسباب الدقيقة لاضطراب طيف التوحد غير معروفة عالمياً، ويعتقد أنها مزيجٌ من عوامل وراثية وبيئية، كما وتتم عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، من خلال تقييم شامل يشمل الملاحظة السريرية والتاريخ الطبي، ومجموعة من الأدوات التقنية والنفسية، تحت إشراف فريق من المتخصصين

ولا يوجد علاج نهائي لهذا الاضطراب، ولكن يسهم التدخل المبكر في تحسين النتائج النهائية، التي تظهر في تطور قدرات ذوي اضطراب طيف التوحد. فاضطراب طيف التوحد حالة معقدة تتطلب فهمًا ودعمًا مستمرين.

الفصل الثالث

المهارات التواصلية

تمهيد

1.المهارات التواصلية.

1.2 أهمية التواصل.

1.3 عناصر التواصل.

1.4 أشكال المهارات التواصلية.

1.5 معوقات التواصل.

1.6 المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

1.7 استراتيجيات تنمية التواصل لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

1.8 التواصل في أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

خلاصة الفصل

تمهيد

إن المهارات التواصلية من أهم المهارات التي يحتاجها الأفراد في حياتهم، حيث تسهم هذه المهارات في تعزيز العلاقات وبناء الثقة والتفاهم بينهم وبين من حولهم، ووسيلة للتعبير عن الأفكار، والمشاعر، وبناء العلاقات مع الآخرين.

وتُعَد المهارات التواصلية من المهارات الأساسية التي يحتاجها ذوو اضطراب طيف التوحد لتحقيق التفاعل الإيجابي مع محيطهم، حيث يؤثر اضطراب طيف التوحد على قدرات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والاجتماعي، لذا فمن المهم جداً تنمية هذه المهارات لتحسين جودة حياة ذوي اضطراب طيف التوحد.

ومن خلال الفهم شامل للمهارات التواصلية، يمكن تمكين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبالتالي تنمية مهارات أطفالهن مما يسهم في تعزيز التفاعل مع بيئتهم وتحقيق إمكاناتهم الكاملة.

وللتواصل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد دورٌ هاماً في تحسين جودة حياتهم، من خلال فهم احتياجاتهم، وتطوير قدراتهم، وتقليل السلوكيات غير الرغوبة والتي يمكن أن تظهر لديهم، كالمشاعر السلبية والسلوكيات العدوانية الناتجة عن الإحباط، وتنمية قدرتهم في التعبير عن مشاعرهم. وتعزز فرص التعلم والتفاعل الإيجابي لديهم مع البيئة المحيطة، مما يؤدي إلى اكتساب مهارات جديدة. كما ويشمل التواصل الفعّال الإشارات البصرية، ولغة الجسد، والأدوات التفاعلية مثل الصور والألعاب.

ويبدأ التواصل منذ الطفولة عندما يتواصل الأطفال مع أمهاتهم؛ لتلبية احتياجاتهم خلال عملية النمو، ويبدأ اكتساب مهارات الاتصال الأساسية من خلال التفاعل المتبادل مع الأشخاص من حولهم، مثال من خلال البكاء يعبر الأطفال عن احتياجاتهم وانزعاجهم، وتقوم الأمهات بتلبية احتياجاتهم عن طريق إطعامهم أو تغيير حفاضاتهم، وتتواصل الأمهات مع أطفالهن من خلال الابتسام لهم والتحدث إليهم. وبمرور الوقت يبدأ الأطفال الاستجابة للأشخاص المحيطين بهم. مما يساعدهم على إدراك أنواع مختلفة من الاستجابات وتعزز مهارات التواصل لديهم (Aydin, 2016.p2006).

1. المهارات التواصلية.

كلمة تواصل (Communication) مأخوذة من الأصل اللاتيني (Commumis) بمعنى (Common) أي عام، وقد اشتقت كلمة تواصل في (القاموس المحيط) من الفعل وصل الشيء بالشيء وصلاً؛ ومعنى وصله أي بلغه وانتهى إليه وفي المعجم الوسيط جاءت كلمة تواصل في باب أوصله الشيء أي أنهاه وأبلغه إياه وتوصل إلى الشيء أي انتهي إليه وبلغه (مرغنى،2023،2103).

والمهارات التواصلية هي عملية نقل المعلومات والمشاعر والأفكار، ويستخدم فيها الفرد التأثير في سلوك الآخرين، وتشمل الكتابة، والكلام، وتعبيرات الوجه، والإشارات ،وحركات الجسم المتعلقة باللغة والتواصل الجسمي، كما أن مهارات التواصل ضرورية لتطوير العلاقات الاجتماعية واستمراريتها، وضرورية في عملية التعليم والحياة الاجتماعية، وتلبية الحاجات الإنسانية (أحمد، 2023).

وتعرف مهارات التواصل بأنها المشاركة المتبادلة والتفاعل بين طرفين أو أكثر، باستخدام مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية المقصودة والمخطط لها، وتشمل الأفكار والآراء والمعلومات، وتعبيرات الوجه والإشارات والإيماءات، ولغة الجسد، بهدف المشاركة مع الآخرين (متولي، 2022،152).

1.2 أهمية التواصل.

1. يعتبر التواصل مهارة أساسية في تكوين الإنسان وارتباطه بوسطه الاجتماعي.

2. يساعد التواصل الإنسان في التعرف على العادات والقيم السائدة في مجتمعه.

3. التواصل اللفظي وغير اللفظي نظام من التعبيرات والرموز، التي تساعد على التواصل مع الآخرين.

4. التواصل اللفظي وغير اللفظي وسيلة لتعبير الإنسان عن ذاته واحتياجاته وانفعالاته المختلفة.

5. من خلال التواصل غير اللفظي، يكتسب الأطفال في السنوات الأولى من عمرهم اللغة المنطوقة، من خلال التعبير والتواصل مع الآخرين (مرغنى،2023،2104).

1.3 عناصر التواصل.

1. المرسل: وهو الفرد الذي يؤثر في الآخرين، وهذا التأثير ينصب على معلومات أو اتجاهات أو سلوك.

2. الرسالة: وهي مجموعة المعلومات أو الأفكار أو الاتجاهات، التي يسعى المرسل لنقلها إلى المستقبل والتأثير عليه.

3. قناة الاتصال: هي وسيلة التفاعل بين المرسل والمستقبل.

4. المستقبل: هو المتلقي للرسالة.

5. التغذية الراجعة: هي رد المستقبل على رسالة المرسل(Kirwan, 2009).

1.4 أشكال المهارات التواصلية.

التواصل الإنساني ينقسم إلى عدة أشكال مختلفة منها:

أولاً: التواصل غير اللفظي: Nonverbal Communication

والتواصل غير اللفظي هو إيصال المعلومات دون استخدام الكلمات، من خلال تعبير الوجه ولغة الجسد والإيماءات، ونبرة الصوت ومؤشرات جسدية أخرى (سلامه،2019).

وهو نوع من الاتصال الذي يرسل فيه المرسل رسالته عن طريق رموز غير لفظية، أي بطرق لا يستخدم فيها الكلمات المنطوقة، وإنما يعتمد على الكلمات المكتوبة، والرسوم، والصور والإشارات وحركات الجسم، وتعبيرات الوجه، والإيماءات، ونظرات العينين. يؤدي الاتصال غير اللفظي دوراً مهماً في تنويع المثيرات المرتبطة بأي موقف تعليمي، مما يزيد فاعلية هذا الموقف، ويزيد من تفاعل المتعلم ومشاركته بصورة أكثر إيجابية في العملية التعليمية (Kirwan,2009).

- أشكال مهارات التواصل غير الفظي:

أ. لغة الإشارة (Sign Language)، وهي الإشارات البسيطة المعقدة والأحادية يستخدمها الأفراد في التواصل مع غيرهم.

ب. لغة الحركة أو الأفعال (Action Language)، وتضم الحركات التي يستخدمها الفرد ليوصل للآخرين ما يريد من معان ومشاعر.

ت. لغة الأشياء (Objective Language)، وهو كل ما يستخدمه الفرد من غير الإشارة والأدوات والحركة، ليعبر عما يرده من معانٍ وأحاسيس يرد توصليها للأخرين.

ث. الرموز (Symbols)، يعبر الرمز عن كلمة أو عبارة، أو شخصية أو اسم مكان، ويشمل في داخله على عدد من الدلالات.

ج. الإيماءات :Gestures تتم الإيماءات باستخدام أجزاء الجسم المختلفة (سلامه،2019).

ثانياً: التواصل اللفظي: Verbal Communication

التواصل اللفظي هو القدرة على استخدام اللغة المنطوقة، بحيث يستطيع الطفل التعبير عن مشاعره واحتياجاته ورغباته

ثالثاً: التواصل البصري: Eye Contact

هو النظر إلى عيني الطفل عند التواصل معه، حيث أن تلاقي العيون يظهر الرغبة في التواصل بين الطفل والمحطين به.

رابعاً: التواصل الاجتماعي: Social Communication

هو سلوك مكتسب يساعد الأفراد على التفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي، مرتبط بأساليب التعامل والتفاعل مع الآخرين، ويعزز التوافق الشخصي والاجتماعي (سلامه،2019).

1.5 معوقات التواصل.

هناك عدة عوامل تعتبر من معوقات التي تؤثر في نجاح عملية التواصل وهي ما يلي:

أ. قصور بالتعبير عن معنى الرسالة، نتيجة افتقار للتعليم والخلفية الثقافية، التي تمكن من نقل الرسالة بصورة واضحة سواء شفاهياً، أو كتابياً.

ب. العائق النفسي لمستقبل الرسالة ومستوى استعداده لتقبلها.

ت. رفض الأفراد للأفكار الجديدة، وخاصة التي تعارضت مع معتقداتهم.

ث. فقدان الثقة وسوء العلاقات في العملية التواصلية (سلامه،2019).

1.6 المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

إن الطفل الرضيع من ذوي اضطراب طيف التوحد يناغي، ولكن لديه مدى قليل من الأصوات، كما وأن الطفل الذي يناغي خلال (18) شهراً الأولى من حياته ويقول كلمة أو كلمتين، مع بلوغه عمر (12) شهراً يتوقف فجأة عن الكلام، حيث أن الكلام سلسلة متتابعة، وينتظر الآباء والأطباء مزيداً من الوقت قد يصل إلى عامين، لكن دون ظهور أي تقدم لدى الطفل، ومع بلوغه الثانية أو الثالثة من العمر تصبح المشكلة أكثر وضوحاً، حيث يكرر الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد ما قيل، وقد يظهر افتقاراً إلى الكلام بشكل كامل، ومع بلوغ سن المدرسة، فإن التواصل اللفظي يثير مشكلة رئيسه حيث أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من

الافتقار إلى القدرة للاستجابة والتعبير عن أنفسهم، فالعديد منهم لديه مشكلات في فهم اللغة خارج نطاق السياق ، فلغتهم متمثلة بتقليد ماذا يسمعونه من كلمات أو الأصوات أو النغمات، وغالباً دون معنى، كما وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين يطورون اللغة، يكون لديهم صوت آلي في إنتاج الكلمات (الجلامدة، 2013).

وتعتبر اضطرابات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات المركزية، التي تؤثر سلبا على مظاهر نموهم الطبيعي وتفاعلهم الاجتماعي (نصر، 2002).

ويعاني (50%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من عجزٍ لغويٍ، وجميعهم تقريباً يعانون من تأخر في بداية الكلام (Abdi, et al, p1.2024).

ولأن اللغة والتواصل لدى الطفل من أهم ضرورات الحياة، والطفل ذو اضطراب طيف التوحد لا يظهر لدية التطور الملاحظ لدى أقرانه في اللغة والتواصل، فلا يستطيع التعبير عن نفسه، ولا يستطيع الآخرين فهمه، ويؤدي القصور في المهارات التواصلية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى انسحاب من المجتمع المحيط بهم، وظهور سلوكيات سلبية لديهم، مما يعرضه للمشكلات الاجتماعية، والفشل في التواصل مع الآخرين (سلامة،2019).

وتؤثر عملية التواصل على مظاهر النمو المتعددة، حيث أن عدم القدرة على التواصل تحد من القدرة على التعلم، وتؤخر التطور الاجتماعي والاستقلالية (شكري،2020).

كما وأن بعض أنماط السلوك التي يمارسها ذوي اضطراب طيف التوحد كإيذاء الذات والبكاء والصراخ المستمر هي سلوكيات ناتجة عن الصعوبات التي يواجهونها في التواصل مع

الآخرين. حيث أن الطفل ذا اضطراب طيف التوحد غير قادر على فهم قيمة التواصل، ولا يستطيع فهم التعبيرات التواصلية (كوهين وبولتون،2000).

6.1. طرق تواصل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

تتم عملية التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال طريقتين هما كما يلي:

1. اللغة الاستقبالية وهي القدرة على فهم الكلمات والرموز والإيماءات (الجلامدة،2013).

ومن الخصائص التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في الجانب الاستقبالي:

أ. يبدو الطفل وكأنه أصم.

ب. يحتاج الطفل إلى المزيد من الوقت، لفهم المدخلات اللفظية والاستجابة لها.

ت. صعوبة الاستجابة إلى الإيماءات والمعلومات الاجتماعية وصعوبة تحليلها (ال اسماعيل،2012).

2. اللغة التعبيرية، وهي القدرة على التعبير بالكلمات والإيماءات.

ومن الخصائص التواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد في الجانب التعبيري:

أ. (50%) من الأطفال يعجزون عن التواصل اللفظي الوظيفي.

ب. إن تحَّدث البعض منهم، فلا يجدون سهولة في التواصل اللفظي.

ت. المصاداة الكلامية وتحدث لدى (85%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ث. تكرار الأسئلة والمواضيع التي يتحدثون بها.

ج. عكس الضمائر.

ح. ضعف التواصل غير اللفظي.

خ. صعوبة التعبير عن العواطف.

د. ضعف القدرة على الحوار المتبادل، من حيث أخذ الدور أثناء الحوار والمحافظة على الموضوع أثناء الحديث (ال اسماعيل،2012).

6.2. الخصائص الكلامية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

تصنف الخصائص الكلامية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ضمن ثلاث مجموعات هي:

1. غير لفظية

2. لفظ متأخر

3. المصاداة أو الترديد (الزريقات،2004).

والمصاداة الكلامية (Echolalia) هي تكرار ما يسمعه الفرد من كلمات وعبارات.

وتنتشر المصاداة الكلامية بما نسبته (85%) من إجمالي الأفراد المشخصين باضطراب طيف التوحد. وهي نوعان:

أ. المصاداة المباشرة (Delayed Echolalin)

وهي تكرار الفرد لما يسمعه من كلمات وعبارات فوراً أو بعد فترة زمنية قصيرة.

ب. المصاداة المتأخرة (Immediate Echolalia)

وهي تكرار الفرد لما سمعه من كلمات أو عبارات بعد ساعات أو أيام أو أسابيع (ال اسماعيل،2012).

ويميز الباحثون بين تكرار الفرد لكلامه نفسه، وبين تكرر الفرد كلام الأشخاص الآخرين، سواء بشكله المباشر أو المتأخر، وبين النوع الثالث الذي يكون شبيه بالمصاداة، حيث يقوم الفرد بتكرار الكلام وراء المتحدث، مع عمل تغييرات بسيطة في بنية الجملة (ابو اسويلم و جرادات، 2021،474).

وكلما ازدادت درجة اضطراب طيف التوحد ازدادت الإعاقة التواصلية لديهم بنوعيها التعبيرية والاستقبالية، وهناك ارتباط قوي ما بين القدرات العقلية والقدرات اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أن الفرد غير الناطق منهم غالباً ما يعاني من صعوبات تعلم، أو إعاقة عقلية (الجلامدة،2013).

6.3. العيوب التواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد:

تصنف العيوب التواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ضمن مجالين رئيسين، وهما:

أ. الانتباه المشترك (Joint Attention)

وهو الذي يمكن الأطفال من النظر إلى الأشياء التي يشير إليها شخص بالغ أو ينظر إليها، ومن ثم النظر إلى الشخص مرة أخرى، وهو من أهم مهارات الاتصال الأساسية، وتكتسب هذه المهارة بين (9) و (18) شهراً (Aydın, 2016. P2006).

ويعكس الانتباه المشترك صعوبة في تنسيق الانتباه بين الأفراد والأشياء، ويلاحظ من خلال اشكاليات في التوحد والمشاركة الاجتماعية، وصعوبة في المشاركة الانفعالية وصعوبة في الانتباه للأشياء أو المواقف لمشاركة الخبرات مع الآخرين.

ب. الاستعمال الرمزي (Symbol Use) .

يعكس الاستعمال الرمزي صعوبة في تعلم المعاني المشتركة للرموز، ويلاحظ من خلال الاشكاليات في استعمال الإيماءات التقليدية، وتعلم معانيها وإشكالية في الاستعمال الوظيفي للأشياء في اللعب الرمزي (الزريقات،2004،ص266).

ومن أهم مشكلات اللغة والتواصل التي تظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ما يلي :

1. ترديد الكلام.

يظهر ترداد الكلام أو الصدى لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد مع بدء الكلام لديه مع الأفراد الآخرين، وتكون واضحة لدى ذوي القدرات اللغوية المنخفضة، كما وتظهر في المواقف التي يشعر الطفل بها بعدم الأمان والإثارة .

2. عكس الضمائر.

يخلط الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بين الضمائر (أنا، أنت)، ويشير البعض إلى أن الطفل ذا اضطراب طيف التوحد لا يعكس الضمائر، ولكنه يردد ما يسمعه.

3. مشكلة الانتباه.

لا يستطيع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، ويمكن أن يحدث الانتباه لديه من خلال التوجيه من الآخرين، وبما أن الانتباه عنصر في اكتساب الاتصال اللغوي، لذا يعاني الطفل من قصور في اللغة للتواصل مع الأخرين.

4. مشكلة الفهم.

إنّ التمييز السمعي لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد ضعيف، بالإضافة لمشاكل في الإدراك السمعي، مما يعيق قدرته على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة، واللغة غير المسموعة مما يعيق قدرته على الفهم والتعرف، وبالتالي يعيق الاتصال اللغوي بينه وبين الآخرين.

5. مشكلة التعبير.

يكون حديث الطفل ذو اضطراب طيف التوحد عشوائي، ولديه مشكلة في الحديث التعبيري، وقد يظل بعضهم أبكماً طوال حياته، كما ويجد الطفل ذو اضطراب طيف التوحد صعوبة في بناء الجُمل، وذلك إذا امتلك بعض الكلمات البسيطة.

6. مشكلة التسمية اللغة الرمزية.

تغيب اللغة الرمزية كلياً لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، ويظهر ذلك من خلال عدم قدرته على تسمية الأشياء، أو اللعب بطريقة رمزية .

7. مشكلة التقليد.

لا يستطيع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد تقليد الأفعال أو الأصوات التي حوله، والتقليد عملية هامة، لا بد من وجودها لتأسيس نظام اتصالي غير شفهي سليم.

8. النقص في القدرة على تبادل الحديث.

الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ينقصه القدرة على تبادل الحديث مع الأخرين، حيث يفشل بالربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين وعن نفسه، ولا يعرف متى يبدأ الحديث ومتى يتوقف عنه من أجل الاستماع للآخرين.

9. شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة.

يتميز صوت الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بأنه مهزوز، ولديه تحكم ضعيف في درجة الصوت وينقص التنوع، ويكون صوت البعض منهم مزعجاً، وأحادي النغمة (نصر، 2002).

10. استخدام الطفل لكلمات خاصة غير مستخدمة عند غيره واستحداث كلماته الخاصة.

11. يمكن للطفل ذي اضطراب طيف التوحد تكوين جمل صحيحة قواعدياً، لكنه يقولوها بصوت خافت وبطريقة غريبة مثل الرجل الآلي.

12. العجز اللغوي لدى الطفل ذو اضطراب طيف التوحد يتفاوت بين امتلاك قدرات الكلام السليم المتواصل إلى فشل في اكتساب اللغة (الزريقات، 2020).

13. صعوبة في فهم الكلام الموجه لهم، فيقتصر فهمهم على المعنى الحرفي للكلمات، مما يعيق عملية تواصلهم وتفاعلهم مع الأخرين.

14. الصوت لديهم يتميز بالاهتزاز والتحكم الضعيف في درجته، حيث يكون أحادي النغمة ثابتاً، وبصفة عامة تتطور الأصوات لديهم بدرجة متأخرة، بالمقارنة مع أقرانهم (غانم،2013)

ويشير شكري (2020) إلى أن اضطرابات التواصل واللغة لدى ذوي اضطراب طيف التوحد تظهر في مجالين هما:

أ. اضطرابات التواصل اللفظي: وهي صعوبة في استخدام المفردات اللغوية والجمل، والصعوبة في التحكم في أسس الكلام اللغوية، وصعوبة في فهم المعاني وفهم الكلام وتحليله، واضطرابات الجوانب العملية للغة (البراجماتيا)، وتشمل اضطراب استخدام الكلام في الحديث والاستمرار بالتواصل.

ب. اضطرابات التواصل غير اللفظي : وهي صعوبة في التواصل البصرى والانتباه المشترك، وصعوبات في استعمال تعبيرات الوجه، واستعمال الإشارات، والإشارة بالأصابع (شكري،2020).

ويفتقد الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد القدرة على التواصل بطريقة غير لفظية، ويستمرون باستخدام البكاء كوسيلة أساسية للتواصل مع الأخرين، والحصول على ما يريدون، ومع الوقت قد يطورون سلوك الصراخ والضرب، وخاصة عندما تؤدي هذه السلوكيات إلى نتيجة إيجابية وحصولهم على ما يريدون، وعندما يتطور التواصل الهادف لدى بعضهم وهو أمر نادر، يلاحظ عدم استخدامهم مهاراتهم في طلب كل شيء، ونادراً ما يتعلمون الكفاية التواصلية، وتكون محاولاتهم للتواصل مع الآخرين فاشلة (عويجان،2012،38).

1.7 استراتيجيات تنمية التواصل لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

هناك مجموعة استراتيجيات عامة يمكن اتباعها لتحفيز التواصل واللغة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأهمها:

1. عند تعليم الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، يجب الانتباه إلى المدخلات الحسية، سواء كانت بصرية أو سمعية.

2. الهدف الأساسي لتعليم غير الناطقين، أو محدودي النطق، ليس إكسابهم القدرة على الكلام، وإنما إيجاد وسيلة مقبولة اجتماعياً، للتعبير عما يردون.

3. أن تكون الوسيلة المستخدمة للتواصل مرنة قدر الإمكان.

4. تطبيق التواصل التكاملي، بحيث يتم استخدام معظم أو كل وسائل التواصل اللفظي، واللغة المكتوبة، والإيحاءات، ولغة الإشارة، والصور، والكمبيوتر (سليمان وأخرون،2022).

وأشار ال اسماعيل (2012) إلى مجموعة من الاستراتيجيات، وصنفها بحبس قدرة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد على استخدام اللغة، وفيما يلي توضيح ذلك:

7.1 استراتيجيات خاصة بالأطفال غير الناطقين.

1. تدريب الطفل على الانتباه المشترك من خلال إعطائه الألعاب التي يحبها، أو دمجه في نشاط معين، كتركيب البازل أثناء التواصل معه.

2. تدريب الطفل على مهارات التقليد.

3. تنمية مهارة لعب الدور لدى الطفل.

4. تدريب الطفل على استخدام الإيماءات المصاحبة للترحيب والوداع.

5. تدريب الطفل على مهارة الإشارة.

6. تدريب الطفل على مهارات التواصل الوظيفي، للتخلص من السلوكيات السلبية في التواصل، كالصراخ.

7. منح الطفل فرص للتواصل، ومن أفضل الفرص لتشجيع الطفل التواصل معه وقت الطعام. حيث أن الطعام معززاً مادياً مهماً للطفل وخاصة إذا ما كان جائعاً.

8. تشجع الطفل على التواصل البصري معك دون أن إجباره على ذلك.

7.2 استراتيجيات خاصة بالأطفال ذوي القدرات اللفظية المحدودة.

1. جعل تعلم اللغة أمراً ممتعاً.

2. استخدام الإيماءات والتعابير الوجهية.

3. استخدام الإشارات في تعليم الضمائر.

4. تقليل استخدام التلقين بشكل تدريجي ليقل اعتماد الطفل عليها.

5. توسيع اللغة من خلال إضافة كلمة جديدة إلى ما يقوله الطفل، ثم تلقينه ليعيد ما قاله مع الكلمة الجديدة.

6. الحديث مع الطفل بعبارات وجمل قصيرة، مما يؤدي إلى يَحسّن الاستيعاب لديه، وإعطائه نموذجاً لتقليده.

7. استخدام الغناء والموسيقى في تعليم الطفل.

7.3 استراتيجيات خاصة بالأطفال القادرين على التواصل اللفظي.

1. تدريب الطفل على الانتباه المشترك من خلال الأنشطة والروتين.

2. استخدم ألبوم الصور للحديث عن مناسبات سابقة مع الطفل، وإخباره عن المناسبات القادمة باستخدام المفكرة.

3. الحديث بمواضيع جديدة وعدم تكرر المواضيع ذاتها.

4. توسيع المهارات اللغوية البراغماتية (أي استعمال اللغة في السياق الاجتماعي) لدى الطفل.

5. تعليم الطفل المهارات الحوارية مثل: البدء بالحوار وإنهائه والمحافظة على الموضوع، وتغييره.

6. مساعدة الطفل على فهم وجهات نظر الآخرين.

7. مساعدة الطفل على توسيع الوظائف التواصلية لديه، مثل (فهم الفكاهة والسخرية، فهم واستعمال السرد، واستخدام اللغة في المقارنة).

7.4 استراتيجيات علاج مشكلة المصاداة الكلامية.

ومن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في علاج المصاداة، والتي صُنفت بناءً على الموقف ما يلي:

1. الطلب (Requesting).

عندما يريد الطفل أن يطلب قطعة من البسكويت، نقول له مثلاً: خالد يريد بسكويت، فيقوم الطفل بتكرار الجملة، وقد يتأخر بترديدها، مع التدريب سيصبح ممكنا الوصول إلى الاستقلالية ، بحيث بطلب البسكويت بنفس الطريقة، وينصح بتجنب التعزيز اللفظي المباشر مثل (ممتاز، بطل) حتى لا يقوم الطفل بترديد التعزيز اللفظي دون وعي.

2. الاختيار (Choosing).

عندما تريد وضع الطفل أمام خيارين (الكرة أم السيارة)، تقول له: سيارة أم كرة. فإذا قام باختيار واحدة منها، فقال ما اختاره، مثلاً: خالد يريد السيارة.

3. التحية (Greeting).

عندما تلقي التحية على الطفل لا تقل له مثلاً: مرحبا خالد، فقط قم بإلقاء التحية دون ذكر اسمه مثلاً (مرحباً، أو صباح الخير)، ليقوم بإعادتها دون أن يذكر اسمه، وإذا أردت جذب انتباه الطفل اليك، تنادي عليه باسمه أولاً، وبعد أن تلفت انتباهه إليك تقول له: مرحباً.

4. الرفض (Rejecting).

يمكن تعليم الطفل كيفية الرفض بعدة طرق مثلاً: عندما لا يريد الطفل أن يأكل التفاح، نقول له: لا أريد التفاح، ليقوم بتقليدها (ال اسماعيل، 2012).

1.8 التواصل في أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

يحتاج الأفراد ذوو اضطراب طيف التوحد إلى الدعم من أسرهم، بدءا من مرحلة الطفولة المبكرة. وتشير التقديرات إلى أن (60%) من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم توتر في العلاقات الأسرية وإعاقة التواصل. وتواجه أسرهم مجموعة متنوعة من التحديات فوجود طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، يتطلب اهتماماً إضافياً وروتينياً يومياً، متسقا وإدارة سلوكية وتدخلات علاجية شخصية، هذه المتطلبات قد تؤثر سلباً على الأسرة مالياً، وعلى الصحة العاطفية للوالدين، والعلاقات بين الأخوة، ونمط الحياة العام للأسرة.

يواجه الأشخاص ذوو اضطراب طيف التوحد صعوبة في المحادثة، ويكافحون من أجل فهم الإشارات الاجتماعية، وهذه الصعوبات يمكن أن تؤدي إلى توتر العلاقات، والانسحاب الاجتماعي على مستوى الأسرة. وتُعدّ التجارب العائلية الإيجابية والإجراءات الروتينية اليومية ضرورية للأطفال، لتعلم وممارسة مهارات الاتصال (Chumchal & Centanni, 2023. p8-9)

ويبدأ الطفل الصغير التواصل بداية بالصراخ أو البكاء، الذي يساعد الطفل على ضبط بيئته الاجتماعية، ومع الوقت يتناقص البكاء ويبدأ إنتاجه لأصوات أكثر، ثم يبدأ يتعلم الأطفال التواصل من خلال ملاحظة اللغة، ثم تقليدهم لما يسمعونه ويشاهدونه، وعندما يعزز الآباء الأصوات التي يصدرها الأطفال، فإنهم يتعلمون الأصوات الحقيقية للغتهم الأم، ثم تحول هذه الأصوات إلى أحرف وكلمات وجمل (الجلامدة،2013).

الخلاصة:

تعتبر المهارات التواصلية ركيزة أساسية في الحياة اليومية، وعنصرًا أساسيًا في نجاح الأفراد في مختلف مجالات الحياة. ويتطلب تطوير المهارات التواصلية الممارسة التعلم الدائم والتفهم العميق لأسس التواصل الفعّال، والاستماع الجيد، والتعبير الواضح، وفهم الاحتياجات والاستجابة المناسبة لها، مما ينعكس إيجابًا على حياة الفرد، وتعزز الروابط الإنسانية.

ويمكن تعزيز التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال تشجيعهم على إقامة اتصال بالعين أثناء التحدث معهم، وتنمية الانتباه والتقليد لديهم، و استخدام الصور أو الرموز للتواصل، وتكرار الجمل والكلمات لتعزيز الفهم لديهم.

الفصل الرابع

العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي

تمهيد

1. العلاج المعرفي السلوكي.
2. العلاج السلوكي.
3. تحليل السلوك التطبيقي(ABA) .
4. طريقة (لوفاس Lovaas).
5. نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS).

الخلاصة

تمهيد

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من العلاجات الحديثة في علم النفس، وهو نتاج اندماج بين المدرسة السلوكية، والمدرسة المعرفية، وعلم النفس الاجتماعي، ويرتكز على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا .

ويستند التدخل السلوكي مبادئ علم النفس السلوكي ومبادئ التعلم، ويستند إلى فكرة أن السلوك مكتسب يمكن تغييره من خلال تطبيق تقنيات ومبادئ التعلم، ويشمل مجموعة من الاستراتيجيات، التي تهدف إلى تغيير السلوكيات من خلال فهم العوامل والأسباب التي تؤثر عليها، لإحداث تغيير في أنماط السلوك غير المرغوب فيه، وبناء وتطوير سلوكيات جديدة أكثر إيجابية، ومن تقنياته: التعزيز الإيجابي، والعقوبات، النمذجة، والتدريب على المهارات الاجتماعية لتحسين التفاعل مع الآخرين.

ومن البرامج التي تعتمد على التدخل السلوكي: تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وهو منهج علمي يستخدم لفهم وتغيير السلوك، ويعتمد مبادئ التعلم والسلوك لتحسين سلوكيات الأفراد، وزيادة المهارات لديهم، ويعتمد تحليل السلوك التطبيقي (ABA) على تحليل السلوك، وفهم العلاقة بين السلوك والبيئة المحيطة، لتحقيق تغييرات إيجابية في السلوك، وتقليل السلوكيات غير المرغوب بها، ويستند على مبادئ التعلم السلوكي كالتعزيز الإيجابي، والتشكيل، والتحليل الوظيفي للسلوك.

يُعدّ (ABA) من أشهر الأساليب المستخدمة في تنمية مهارات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما يمثل الإطار النظري الذي يستند إليه برنامج (لوفاس Lovaas) وبرنامج (بيكس PECS).

ويُعدّ برنامج (لوفاس Lovaas) من التطبيقات المبكرة والمكثفة لتحليل السلوك التطبيقي، تم تطويره في الستينيات من قبل الدكتور (إيفان لوفاس). ويهدف إلى تعزيز المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية من خلال استخدام استراتيجيات ABA.ويهتم بالتدخل السلوكي المكثف للأطفال ذوي اضطراب طيف بالتوحد، ويستخدم تقنيات تحليل السلوك التطبيقي ABA ، ويهتم كذلك بتنمية جوانب متعددة من تطور الطفل، ويركز على التعليم المباشر والتكرار، ويركز بشكل أساسي على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويتميز بتقديم الدعم لأهالي ذوي اضطراب طيف التوحد؛ لمساعدتهم على فهم احتياجات أبنائهم وتقديم الدعم لهم.

وبرنامج تبادل الصور (PECS) هو برنامج تواصل يستخدم الصور خاصة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويستخدم PECS كأداة ضمن برامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA)؛ لتسهيل التواصل وتعزيز التفاعل الاجتماعي ويستند إلى مبادئه، ويركز بشكل أساسي على مهارات التواصل للأطفال غير الناطقين كبعض أطفال اضطراب طيف التوحد؛ لتمكينهم من التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم باستخدام الصور كوسيلة بديلة للتواصل.

وترتبط هذه البرامج ببعضها حيث أن الأسس العلمية التي يستندون إليها قائمة على تعديل السلوك وتحسين مهارات التواصل.

1. العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً حديثاً نسبياً، يدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور معرفي وانفعالي وسلوكي، ويقيم علاقة علاجية تعاونية مع المتعالج في ضوء المسؤولية الشخصية للمتعالج (عبد الله،2000).

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث، استخدمه "آرون بيك" ويقوم على تصحيح التصورات الخاطئة لدى العميل، واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ، ويهدف العلاج المعرفي إلى تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية (الغامدي، 2013، 143).

يرى ماهوني (Mahoney ،١٩٨٨) أنه منذ نهاية الثمانينيات كان هناك اتجاهان: اتجاه إليس Ellis واتجاه بيك Beck، وعمل كلاهما على الدمج بين هذين الاتجاهين المعرفي والسلوكي، مما دفع إليس Ellis إلى تغيير مسمى أسلوبه العلاجي عام ١٩٩٣ لصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتطورت هذه الاتجاهات في الوقت الحاضر بصورة كبيرة، وأشارت الدراسات إلى أنّ استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي الفنيات ذو فعالية فائقة (عبد الله ،٢٠٠٠).

ويعرف ميتشنبوم (Meichenbaum) العلاج المعرفي السلوكي بأنه اتجاه علاجي يدمج بين العلاج المعرفي بأساليبه المختلفة وأساليب العلاج السلوكي المختلفة، ويتعامل مع الاضطرابات من منظور ثلاثي (معرفي وانفعالي وسلوكي)، ويعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية، في ضوئها المسؤولية الشخصية للعميل في إحداث التغير العلاجي، حيث يقوم على إعادة البناء المعرفي للعميل، ويهدف إلى تغيير نماذج الصور الذهنية والأفكار وأساليب التفكير للعميل مما يساعده على التغلب على مشكلاته الانفعالية والسلوكية (عطا الله،2021، ٢٤٦).

وتنبع الفكرة الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي من أن المتأمل لحياة الناس بشكل عام يجد أنها لا تخلو من الخبرات التي تبعث على الشعور بالضيق واليأس والعجز نتيجة ما يتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وتتكون هذه الخبرات في ضوء التقييم الذاتي لكل إنسان وقدرته على ضبط هذه الخبرات والتفاعل معها، مما قد يؤدي إلى نوع من التشويه المعرفي، ومما يؤدي إلى

ظهور العديد من الأعراض غير التوافقية، وتسيطر على الإنسان مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله، لذا فإن هذا العلاج يعتمد على القيام بإعادة تشكيل البنية المعرفية للفرد والتي تؤثر في سلوكه (الشناوي والسيد ١٩٩٨، ٢١٢).

ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك الأشخاص سواء الأطفال أو المراهقين أو الكبار، كما ويستخدم في أماكن مختلفة كالمنزل والمدرسة والعمل (نادر، ٢٠١٤،91).

ويشير (Bradshaw،2019) إلى أنه يمكن تنمية المهارات المعرفية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خلال التدخل المعرفي السلوكي، مما يسهم في تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع بيئتهم، حيث إن طرق تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تختلف عن طرق تعليم الأطفال الأسوياء، من حيث كيفية التعامل معهم وطريقة إيصال المعلومة لهم، مما يتطلب تنظيماً لخبراتهم بما يتفق مع المرحلة العمرية والعقلية لديهم وما يميزها من خصائص ومعدلات نمائية ومشكلات سلوكية وانفعالية (قطب، وآخرون،٢٠٢٤).

1.1 مبادئ التدخل المعرفي السلوكي.

تتمثل مبادئ التدخل المعرفي السلوكي فيما يلي :

1. في العلاج المعرفي السلوكي العميل والمعالج يعملان معاً على تقييم المشكلات وتكون للعميل مشاركة فعالة للوصول إلى حلول لمشكلته.

2.في العلاج المعرفي السلوكي، المعرفة والوجدان والسلوك مرتبطون بعلاقة تبادلية على نحو سببي.

3. في العلاج المعرفي السلوكي الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية، لها دور أساسي في فهم السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

4. في العلاج المعرفي السلوكي العمليات المعرفية تندمج في نماذج سلوكية (عبد الله ،٢٠٠٠).

5. العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي حيث يهدف إلى تعليم العميل بأن يكون هو معالج نفسه.

6. يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالحاضر والمشكلات الراهنة ويهتم بالنظر إلى الماضي.

7. العلاج المعرفي السلوكي موجه بأهداف حيث يتم خلاله مساعدة العميل على تحديد أهداف سلوكية معينة يرغب بتحقيقها من خلال فهم الصعوبات لدى العميل وتقدير الطريقة المناسبة للتدخل العلاجي لها.

8. العلاج المعرفي السلوكي محدّد بزمن، حيث إن هناك مدة للجلسات تتراوح بين (٤ – ٢٠) جلسة تبعا لحالة العميل وطبيعة الاضطراب، بمعدل جلستين كل أسبوع في الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الأولى، تليها جلسة أسبوعيا في الأسابيع التالية.

9. في العلاج المعرفي السلوكي تكون الجلسات محددة البناء، حيث يلتزم المعالج بالسلوك المعرفي والبناء المحدد للجلسات العلاجية، والذي يبدأ بمراجعة للحالة الانفعالية، والواجبات المنزلية، وأحداث الأسبوع الماضي منذ الجلسة السابقة، يليها وضع جدول عمل للجلسة الحالية، وتقديم ملخص للجلسة الحالية عما تمّ إنجازه، يليها تحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات (السيد، 2006).

1.2 أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

تقوم أساليب العلاج المعرفي السلوكي على الدمج بين أساليب العلاج السلوكي وأساليب العلاج المعرفي، وبالاستناد إلى أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، كما ويتميز بالمزج بين الأساليب المعرفية والأساليب والسلوكية والأساليب الانتقائية، حيث يُختار من بينها ما يلائم كل عميل وطبقاً لظروفه، وتنقسم أساليب العلاج المعرفي السلوكي إلى ثلاثة تصنيفات، وهي:

1. الأساليب المعرفية، وهي التي تتعامل مع الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية للعميل، من خلال التعرف على أفكاره وتحليلها، وطرح الأفكار الجديدة وتوضيح مميزاتها وأهميتها، ومن هذه الأساليب (الشرح والتوضيح والتفسير والمناقشة والمواجهة والإقناع).
2. الأساليب الانفعالية، وهي التي تتعامل مع ردود أفعال العميل غير المنطقية، مثل: (الرفض، والخوف، والقلق) المرتبطة بالسلوك الذى يقوم به العميل، والتي تهتم بدراسة هذه الانفعالات والمساعدة على التحكم بها، ومن هذه الأساليب (ضبط الذات، والاسترخاء، والتدريب على مهارة حل المشكلة).
3. الأساليب السلوكية وهي تتعامل مع السلوك الظاهر للعميل والناتج عن التفكير غير المنطقي، حيث تهتم بمساعدة العميل على ممارسة عمليات التفكير العقلانية، وممارسة أنماط سلوكية توافقية جديدة ناتجة عمليات التفكير العقلانية، ومن هذه الأساليب (النمذجة، ولعب الدور، والتدعيم، والواجبات المنزلية) (عبد الناصر، ٢٠١3).

1.3 فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

وبحسب ميتشنبوم (Meichenbaum) مجموعة من الفنيات العلاج المعرفي السلوكي، وهي ما يلي:

1. التدريب على التحصين ضد الضغوط:

ويقوم التدريب على التحصين ضد الضغوط، وعلى تزويد الفرد بالمهارات التي تمكنه من التعامل مع المواقف الضاغطة مستقبلاً، ويستند إلى فكرة مفادها أن الضغوط تحدث عند إدراك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف المختلفة وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية، ولذا تعمل هذه الفنية على تزويد الفرد بالمعلومات، وعلى إكسابه المهارات التي تساعده في مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة.

2. وقف التفكير

اقترح هذه الفنية باين (Bian، 1928) وطورها تايلور (Taylor، 1963) كطريقة للتحكم في الأفكار، حيث تستخدم للتخلص من الأفكار الذاتية السلبية لدى الفرد وتحل محلها أفكار ذاتية إيجابية، وتستند هذه الفنية إلى أن الفرد يستطيع التحكم في مسار تفكيره بصوره إرادية حول موضوع معين في لحظة معينة ويحوله إلى مسار آخر.

3. إعادة البناء المعرفي:

يرى البعض أن إعادة البناء المعرفي هي الخط الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي، حيث إنه يستغل جميع الاستراتيجيات المعرفية؛ لأنه عند استخدام إعادة البناء المعرفي يتم وضع العميل في الاسترخاء، والصور الخيالية، والنمذجة، وإعادة وضع الإطار، والتحصين ضد الضغوط، ووقف التفكير.

4. التدريب على التعليم الذاتي:

يتضمن التدريب على التعليم الذاتي التعرف على الأفكار والتعبيرات الذاتية السلبية المرتبطة بالضغوط والقلق لدى العميل، والتي تسبب الضيق والكدر والمشقة لدية، ومساعدته على

تعديل هذه التعبيرات الذاتية السلبية واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية ومنطقية، ومن خلال ذلك يتعلم أن ما يعانيه من قلق وضغوط ناتج عن سوء تفسيره للمواقف التي يتعرض لها، ونتيجة لأحاديث الذات السلبية لديه، لذا يجب استبدالها بأحاديث ذات إيجابية ومنطقية (عطا الله،2021، 252،2-255).

وهناك مجموعة من الفنيات المستخدمة بالعلاج المعرفي السلوكي ومنها ما يلي:

1. تدريب الاسترخاء:

من خلال هذه الفنية يتعلم العميل كيفية التقليل من مشاعر الخوف والقلق والضيق، وكيف يستطيع أن يسترخي ويمارس التنفس العميق وخاصة للعملاء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية.

2. مهارة حل المشكلات:

يتم من خلال هذه الفنية التدريب على خطوات حل المشكلة، من حيث تحديدها، وتحديد الأهداف، وتوليد البدائل التي يمكن أن تسهم في تقييم المشكلة، والنتائج المرتبطة بها، وصولاً لاختيار البديل المناسب.

3. التدعيم الإيجابي:

يستخدم هذا الأسلوب في كل مرة يؤدي العميل فيها السلوك المرغوب سواء في حال النجاح الكلي أو الجزئي، من خلال الثناء والمدح مما يزيد من احتمالية حدوث السلوك المرغوب مرة أخرى، ويخلق الفرصة للعميل ليتلقى مكافأة على سلوكه الجديد المرغوب.

4. النمذجة:

يمكن أن يكتسب المتعالج السلوك أو يتخلص منه بسهولة، وتتم هذه الفنية من خلال ملاحظة نموذج تعليمي للتدريب على مهارات معينة، مما يكسب العميل سلوكيات جديدة مرغوبة، أو يتخلص من سلوكيات أخرى غير مرغوبة.

5. الواجب المنزلي:

في هذه الفنية يقوم المعالج في كل لقاء بتحديد واجب منزلي، مثل: قراءة كتب معينة، أو تطبيق سلوك معين بهدف مساعدة المتعالج على تغيير سلوكه، أو تغيير أهدافه حسب هدف المقابلة، ثم يتم مكافأة العميل على أدائه.

6. التغذية الراجعة:

في هذه الفنية يتم تزويد العملاء أو المتدربين بمعلومات عن تأديتهم للمهارة، وتتم هذه الخطوة بعد تنفيذ التعليمات، ولتصحيح ما قام به المتدرب.

7. لعب الدور:

تستخدم هذه الفنية من خلال قيام المعالج بالدور للعميل، أو من خلال اختيار الدور من قبل المعالج والعميل معاً، حيث يقوم المعالج بملاحظة سلوك العميل وتفاعله الاجتماعي القائم على هذا الدور.

(نادر،2014، 98-104).

يتركز لعب الدور على المواقف التي لا يجيدها العميل، من أجل تحقيق فهم أفضل لمشكلاته، أو بهدف تعلم السلوك الجديد والتدرب عليه، ويستخدم لإعطاء العميل فرصة مناسبة لممارسة التعايش واختبار الحلول المتعددة لمشكلته.

8. المحاضرة والمناقشة الجماعية:

تعتبر هذه الفنية أسلوبا من أساليب الإرشاد الجماعي التعليمي، يغلب عليها المناخ شبه العلمي، تقوم على التعليم وإعادة التعليم بشكل أساسي، حيث يتم إلقاء محاضرات سهلة على العملاء تتخللها مناقشات يكون المرشد النفسي محورا لها، كما ويتم خلالها تداول الآراء والمناقشات ويكتسب فيها العملاء مزيداً من المعارف والأفكار، مما يعزز ثقة الأفراد في أنفسهم حيث يشعرون أن الآخرين يطلبون آراءهم، وتسهم في تبادل المعلومات والخبرات، والشعور بالأمن (يومجان،2016، 188-194).

2. العلاج السلوكي.

العلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى إحداث تغيرات في سلوك الفرد، بحيث يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية. وارتبط العلاج السلوكي بالمبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العالم الروسي بافلوف (Pavlov)، والعالم واطسون (Watson)، ومع التقدم العلمي ارتبط أيضاً بنظريات الشخصية، والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية (إبراهيم. وأخرون، ١٩٩٣).

ويعتبر التدريب السلوكي من أساليب العلاج السلوكي، وهو تعلم السلوك من خلال الملاحظة، بحيث يتم ملاحظة شخص يؤدي سلوكاً معيناً، بقصد تعلم هذا السلوك، ويهدف إلى تعليم الفرد كيفية التعامل مع بعض المواقف، يشعر بأنه غير معد للتعامل معها، كما ويطلق عليه مصطلح تعديل السلوك، وتحليل السلوك التطبيقي، والعلاج السلوكي، وعلم النفس السلوكي، والعلاج الاشتراطي (طه وآخرون، 2022، 294-295).

1. 2 السلوك (Behavior)

يولد الرضيع بعدد قليل من السلوكيات الولادية، التي تعرف بالانعكاسية (Reflexes)، والتي تستخدم في الإطعام والمحافظة على القدرات الوظيفية للجسم وحمايته من الأذى، ومن المنعكسات المهمة في تغذية الطفل الرضيع، المنعكس الجذري (Rooting Reflex) والذي من خلاله يستطيع الطفل إدارة رأسه باتجاه الشيء، ومنعكس الرضاعة (Sucking Reflex) والذي يستطيع الطفل من خلاله البدء بالرضاعة عندما تمسك شفاهه أي شيء دائري كالأصبع، وهذه المنعكسات الولادية منعكسات وراثية.

وتتطور السلوكيات الأخرى بعد الولادة، حيث أن تطورها يعتمد على عمليتين أساسيتين هما: الوراثة (heredity) والخبرة (experience) (الزريقات،٢٠١٨).

ويُعرفُ السلوك بأنه كُل ما يفعله الإنسان ويقوله، فالسلوك يتضمن أفعال الشخص وليس حالته الداخلية، فعندما تقول (غضب فلان)، فإنك لا تحدد بذلك سلوكه، ولكن عندما تذكر ماذا قال الشخص أو فَعَلَ وهو في حالة الغضب، فإنك بذلك تحدد سلوكه. على سبيل المثال، أحمد يركض وراء أمه ويصعد الدرج ويطرق الباب بقوة، إن هذا الوصف يمثل السلوك الذي قد تسميه الغضب (الزريقات،٢٠١٨).

السلوك هو كل ما يفعله الإنسان، بما في ذلك كيفية تحركه وما يقوله، ويمكن وصف السلوك من حيث الشكل مثل (رفرف بيديه وإلى الأمام)، ويمكن وصفه من حيث وظيفة السلوك مثال (لماذا انخرط في هذا السلوك) (Cooper & Heron & Heward, 2007,pp25.)

ويعرف السلوك بأنه أي فعل يصدر من الفرد ويمكن ملاحظته (غنيم،2019،328).

ويرى (سكنر) أن السلوك مشكلة معقدة، وأنه عملية أكثر من كونه شيء يحدث (Skinner,1953).

2. 2 مكونات السلوك:

يرتبط السلوك بالأحداث والبيئة التي تحيط به، ولفهم السلوك الحاصل يتم تحليل الموقف مباشرة قبل وبعد السلوك الحاصل، لذا اهتم تحليل السلوك التطبيقي بالمكونات أجزاء السلوك الثلاثة وهي:

السوابق (A) Antecedent : أي سوابق السلوك وهي ما يحدث قبل السلوك مباشرة في البيئة.

السلوك (B) Behavior : أي السلوك الفعلي الظاهر الذي يحدث من الفرد يمكن ملاحظته.

التوابع (C) Consequence : أي نتائج السلوك وهي التغير البيئي الذي يحدث بعد السلوك، وقد تكون النتائج سلبية أو ايجابية ومرغوب بها.

وتُعرف معالجة الأحداث السابقة والسلوك ونتائجه بتحليل السلوك التطبيقي، كما وأن فهم وتحليل اجزاء السلوك يسهم في تحديد كيفية تعديله، فمثلا من خلال تغيير أو إزالة السوابق ثم تجنب حدوث السلوك، أو تشجيعه على الحدوث، وتغيير أو تعديل التوابع بالتحكم في التعزيز (غنيم،328،2019) و(الجلامدة،2013).

3. 2 وظائف السلوك:

1. جذب الانتباه، حيث يهدف الطفل من جراء سلوكه أن يجذب انتباه واهتمام المحيطين به، وهم الأفراد المتواجدون في السياق الموقفي الموجود فيه الطفل كالأقران أو الأسرة أو غيرهم من الأفراد.

2. الحصول على شيء مرغوب، كالحصول على شيء معين يرغب به الطفل، أو القيام بنشاط مفضل لديه.

3. التجنب أو الهروب ويتمثل بما يلي:

أ. تجنب الانتباه غير المرغوب به من قبل الآخرين في السياق الموقفي، أو الهروب من الموقف عند حدوثه.

ب. تجنب الحصول على أشياء غير مرغوب بها، وتجنب القيام بمهام صعبة تتطلب مجهوداً، وتجنب القيام والمشاركة بأنشطة غير مفضلة.

ت. تجنب حدوث حدث غير سار، أو مشاعر غير مفضلة ، والهروب منها أو تجنب حدوث سلوكيات إيذاء الذات عندما يضايقه شخص ما (محمد،2012).

4. 2 نماذج أساسية في العلاج السلوكي:

1. نموذج الإشراط الكلاسيكي: يقوم على استبدال منبهات قديمة بمنبهات تثير سلوك جديد، أو يقوم على إلحاق منبهات جديدة باستجابات موجودة سابقاً.

2. نموذج الإشراط الإجرائي: يقوم على تفعيل دور عواقب معينة، في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق التعديل السلوكي من خلال تغير النواتج التي تعقب السلوك، أو من خلال أساليب أضافية، تُخضِعُ السلوك لضبط منبهات، عرف الفرد مُسبقاً ارتباطها بعواقب تدعيمية معينة.

3. نموذج التعلم عن طريق الملاحظة: يعتمد على استخدام أساليب التعلم، فيتم التدريب على سلوك جديد عن طريق ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين.

4. نموذج التنظيم الذاتي: يقوم على حث الفرد لاختيار الطرق التي تناسبه ليغير بها ذاته، والتي تتناسب مع المعايير التي سبق أن حددها لنفسه (مليكة،1990).

5. 1 مميزات العلاج السلوكي.

وهناك عدة مميزات للعلاج السلوكي، تسهم باختياره لخفض حدة سلوكيات ذوي اضطراب طيف التوحد أهمها:

1. أنه أسلوب علاجي يمكن قياس تأثيره بشكل عملي.

2. اعتماد البرامج السلوكية على أساسيات التعلم، والتي يمكن تعليمها للأفراد بشكل سهل من قبل غير المهنيين.

3. أنه أسلوب علاجي يضمن نظام ثابت من الإثابة والمكافأة للسلوك.

4. أنه أسلوب علاجي لا يهتم بأسباب حدوث الظاهرة، وإنما يهتم بالظاهرة نفسها (غنيم،328،2019).

6. 2 تحليل السلوك:

يعود تحليل السلوك إلى النظرية السلوكية (Behaviorism) أو ما يعرف بعلم النفس السلوكي.

وتحليل السلوك (Behavior Analysis) هو العلم الذي يهدف إلى فهم السلوك من خلال دراسة طريقة تأثير العوامل البيئية، والبيولوجية، والدوائية على سلوك الإنسان والحيوان، ويهتم بدراسة وتحليل السلوك نفسه وليس بالأسباب العقلية والنفسية المفترضة للسلوك (الخطيب،2017).

وأشار (بوتوت، ٢٠١٨) إلى أن تحليل السلوك يقوم على مجموعة من المبادئ وأهمها :

أ. أن جميع السلوكيات متعلمة، وأن التعلم يحدث من خلال الإشراط الكلاسيكي الذي يقوم على ربط مثير غير معروف بمثير معروف، أو من خلال الإشراط الإجرائي الذي يقوم بتعديل المثيرات التي تتبع السلوك من أجل تغيير السلوك أو منع حدوثه.

ب. جميع السلوكيات تخدم هدفًا واحدا، وكل فرد له أهدفه الخاصة للانخراط في سلوكيات معينة.

ت. أن الأطفال يتعلمون السلوكيات من بيئتهم الطبيعية من خلال مشاهدة الآخرين وتقليد ما يفعلون، ويتم الحفاظ على السلوكيات المتعلمة من خلال النتائج الإيجابية لها، والمعززات التي تليها.

وهناك ثلاث فروع أساسية لعلم تحليل السلوك Behavior Analysis القائم على فهم تأثير العوامل البيئية والدوائية والبيولوجية على السلوك الإنساني والحيواني سعيا لفهم وإدراك السلوك وهي:

1. التحليل المفاهيمي للسلوك (Conceptual Analysis of Behavior) أو علم النفس السلوكي (Behavioral Psychology) والذي يركز على إعطاء معلومات شاملة لفلسفة تحليل السلوك، والقضايا التاريخية والنظرية والمنهجية في تحليل السلوك.

2. التحليل التجريبي للسلوك (Experimental Analysis of Behavior) والذي يركز على تحليل المبادئ الأساسية والعمليات التي توضح السلوك (الزريقات،2018 والخطيب،2017). وهو الفرع الذي ينتج المعرفة العلمية المتعلقة بتعلم السلوك وتغييره، وتعتبر العلاجات المبينة على منهجه من أكثر العلاجات فاعليةً في فهم السلوك الإنساني وتحسينه، والذي يعود بنشأته إلى نظريات جون واتسون الذي ربط مبادئ علم النفس التجريبي بالعمل التطبيقي، وغيره من العلماء (كثورندايك، وبافلوف) الذين صاغوا قوانين وافتراضات حول السلوك الإنساني الظاهر، والمعروف بالنظرية السلوكية (عميرة،2021).

3. تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis) يركز على حل المشكلات ذات الدلالة الاجتماعية من خلال توظيف المعرفة العلمية المتوفرة حول السلوك، وتحقيق أهداف ذات أهمية اجتماعية للأفراد في المجتمع (الزريقات،2018 والخطيب،2017). ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي (ABA) مصطلح من مصطلحات المدرسة السلوكية، وهو تطبيق مبادئ سلوكية لخلق ارتباطات تؤدي إلى حدوث التعلم، وملاحظة وتحليل السلوك بهدف تغييره.

ويتم التعلم ضمن برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA تبعاً لآراء السلوكيين، من خلال مجموعة ارتباطات تنقسم إلى نوعين هما:

1. الإشراط أو الارتباط الكلاسيكي أو الاستجابي Respondent (Conditioning): وفيه نتعلم السلوكيات الإنعكاسية والتي يتم استدعاؤها بواسطة مثيرات معينة، مثل: نشم رائحة طعام بعدها نأكل وجبة، التعرض لهواء شديد يجعلنا نغمض أعيننا.

2. الإشراط أو الارتباط العملي الإجرائي (Operant Conditioning): أي أن السلوك المتعلم يرتبط استمراره بتوابعه أو نتائجه سواء كانت معززات أو مثبطات، بحيث أن السلوك

الـذي يتبعـه نتيجـة محببـة سـوف يتكـرر، والسـلوك الـذي يتبعـه نتيجـة غيـر محببـة لـن يتكـرر (عميرة،2021) و(الجلامدة،2013).

3. تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

3.1 مفهوم تحليل السلوك التطبيقي

تحليل السلوك التطبيقي منبثق عن علم النفس السلوكي، وهو من أكثر الأساليب فاعليةً في تغييـر السـلوك الإنسـاني، حيـث دعـم البحـث العلمـي التجريبـي الأثـار الإيجابيـة لتحليـل السـلوك التطبيقي في المجالات التربوية والنفسية، وبخاصة في مجال التربية الخاصة والإرشاد النفسي.

وتحليل السلوك التطبيقي (ABA) نظـام متطور بين مهن الخدمـة الإنسـانية يعتمـد علـى البحـث التجريبـي، وتتضـمن الملاحظـة المباشـرة وقيـاس السـلوك، واسـتخدام المحفـزات السـابقة، والتعزيز الإيجابي، والعواقب الأخرى لإحداث تغيير في السلوك (Suzanne,2020,pp.14).

وتشـهد بـرامج تأهيـل وعـلاج الأطفـال ذوي اضـطراب طيـف التوحـد اهتمامًـا كبيـراً إقليميـا ودولياً، حيث يعتبـر تحليـل السـلوك التطبيقـي مـدخلًا حديثاً لتحسين السـلوكيات وتطـوير المهـارات الاجتماعيـة، حيـث أنـه أفضـل الخيـارات للتعامـل مـع السـلوكيات الشـاذة أو غيـر المرغـوب فيهـا، بمحوها أو تقليلها أو استبدالها بسلوكيات إيجابية (الخطيب، 2017).

عرف كوبر وهيرون وهيوارد (1987) تحليل السلوك التطبيقي بأنه:

العلم الذي يتم فيه تطبيق الإجراءات المستمدة من مبادئ السلوك بشكل منهجي؛ لتحسين السلوك المهم اجتماعياً، إلى درجة ذات معنى، وإثباتاً تجريبياً إلى أن الإجراءات المستخدمة كانت مسؤولة عن تحسين السلوك (Suzanne,2020,pp.14).

كما ويعرف تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavioural Analysis) بأنه العلم الذي يستند على النظرية السلوكية في التعلم، ويندرج تحت تعديل السلوك، حيث يقوم على تقسيم المهارات الصعبة إلى مهارات بسيطة، بحيث يسهل على الأطفال تعلمها، من خلال تحليل منظم لمهارات الطفل، والوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أدائه وسلوكه (Miltenberger, 2015).

ويعرف تحليل السلوك التطبيقي باختصار (ABA) بأنه العلم الذي يستند إلى نظريات التعلم وعلم السلوك الإنساني، وهو الفرع العملي التطبيقي من التحليل السلوكي (الخطيب،2017).

3.2 الفرق بين تحليل السلوك وتحليلي السلوك التطبيقي

يهتم تحليل السلوك بدراسة سلوك الكائن الحي، (سلوك الإنسان أو سلوك الحيوان) على حد سواء، ومعرفة المتغيرات التي تؤثر في هذا السلوك، وتحليله إلى عناصره المختلفة، ودراسة هذه العناصر بشكل معمق لفهم هذا السلوك، وضبطه والتنبؤ به، معتمداً في ذلك على نظريات التعلم المختلفة ، والوصول للأهداف المنشودة وهي حدوث التعلم، وتعديل السلوك.

بينما يهتم تحليل السلوك التطبيقي بدراسة سلوك الإنسان والمتغيرات التي تؤثر في هذا السلوك، وكيفية تعديله. أي أنه علم دراسة السلوك الإنساني، وتعديله اعتماداً على مبادئ العلم والمبادئ السلوكية المشتقة من نظريات التعلم ، وأهمها (التعزيز، والعقاب، والإطفاء، والتعميم وغيرها) من المبادئ السلوكية. ويهتم تحليل السلوك التطبيقي بتطبيق السلوكيات التي يتعلمها الشخص في السياقات الاجتماعية المختلفة، أي أداء السلوك في السياقات الموقفية المناسبة (محمد،2012).

وقد حل مصطلح "تحليل السلوك التطبيقي" مكان "مصطلح تعديل "السلوك" حيث أن مصطلح تعديل السلوك يوحي بالاهتمام في تغيير السلوك، دون إظهار التفاعل بين السلوك والبيئة ذات العلاقة (الخطيب، 2017).

3.3 نبذة تاريخية حول تحليل السلوك التطبيقي (ABA):

يعتبر (جون واتسون، 1878–1958) أول شخص قام بصياغة علم السلوك التطبيقي، وتأثر (سكينر) بشدة بأفكار واتسون (1989). ويعتبر كتاب واتسون (1919) من أقدم الكتابات العلمية التي استخدمت مصطلح السلوكية في العنوان، واستخدم أيضاً مصطلحات مثل "علم النفس" و "علم السلوك"، والتي لا تزال شائعة الاستخدام بين المهنيين الذين يؤيدون تحليل السلوك التطبيقي إلى اليوم، وكان لهذا النهج القائم على البيانات أهمية خاصة في ربط مبادئ علم النفس التجريبي الأساسية بالعمل التطبيقي، وكان هذا التطور ثورياً في ذلك الوقت، كما وكان (لفرويد ويونغ) وزملائهم ونظرياتهم في السلوك البشري تأثيراً في علم النفس التطبيقي في ذلك الوقت.

ويعتبر (سكينر) الشخص الأكثر ارتباطاً بتدوين ونشر تحليل السلوك التطبيقي، وعلى الرغم من التطورات في علم النفس التجريبي والجهود التي بذلها واتسون وزملاؤه، فإن معظم علم السلوك البشري كان يمُارس في مختبرات الجامعة من قبل سكينر، وتمكن الطبيب النفسي (أدولف ماي)ر والعالم النفسي (ويليام جيمس)، من إنشاء اللجنة الوطنية للصحة العقلية في عام(1909)، وكان لهذه النقطة أهمية خاصة لـ تحليل السلوك التطبيقي (ABA) واضطراب طيف التوحد (ASD) (Matson, 2009,p2–3).

وقام (بيروولف ورايسلي) عام (١٩٦٨) بوصف تحليل السلوك التطبيقي في الطبعة الأولى من مجلة تحليل السلوك التطبيقي على أنه إجراء يطبق من خلاله مبادئ إجرائية بهدف تحسين سلوك معين، ثم يتم تقييم السلوك لملاحظة أي تغيير حدث في السلوك، وعند حدوث التغيير في السلوك فإنه يكون ناتجاً عن هذه الإجراءات المطبقة (غنيم،328،2019).

ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي (ABA) نوعاً من العلاج، الذي يُساعد في تحسين المهارات التواصلية والاجتماعية، والتعلم من خلال التعزيز الإيجابي، ويعتبر بعض الخبراء تحليل السلوك التطبيقي العلاج الذهبي للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد أو غيرها من إعاقات النمو، حيث يوضح العلاقات الوظيفية بين الأحداث البيئية والسلوك، ويسعى التدخل السلوكي إلى إحداث تغيير في السلوك على المدى البعيد، ويتحقق فهم تحليل السلوك التطبيقي من خلال دراسة خصائصه، حيث تكون تطبيقية، وسلوكية، تحليلية، تقنية، وتتميز بالتعميم (الزالط،76،2024-77).

يؤكد الباحثون باضطراب طيف التوحد على أهمية استخدام الأساليب العلاجية السلوكية علاج اضطراب طيف التوحد سواء كان في البيت بواسطة الآباء أو في الفصول الدراسية، ويشيرون إلى ملاحظة نجاح أساليب العلاج السلوكي، وترون أنه بما أننا لن نستطيع منع حدوث الاضطراب فإنه يتحتم علينا محاولة التخفيف من الآثار الناتجة عنها من خلال تطبيق البرامج العلاجية (سلامة،2019).

يقوم العلاج السلوكي على نظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، والذي يقوم على مكافئة الطفل على السلوك الجيد، أو على عدم ارتكاب سلوك سيء، وعقابه على السلوك السيء (الجلامدة،2013).

3.4 قياس السلوك الإنساني إطار تحليل السلوك التطبيقي :

عند قياس السلوك يجب الاهتمام في أبعاد السلوك، والمقاييس الكمية للسلوك، وهذه الأبعاد تتمثل في التكرار، والمدى الزمني، والتحديد الزمني، وهي كما يلي :

- التكرار (repeatability) : يعني أن الاستجابة تحدث بشكل متكرر خلال فترة زمنية معينه. أي "كم مرة يحدث السلوك المحدد خلال هذا الوقت"
- المدى الزمني (temporal extent) : يعني أن السلوك الذي يصدر من الفرد، يحدث

خلال فترة زمنية معينة ويشغل حيزاً زمنياً، أي (ما الفترة الزمنية التي يستغرقها السلوك في حدوثه؟).

- التحديد الزمني (temporal locus) : يعني أن السلوك يحدث خلال نقطة زمنية محددة، أي (متى يحدث هذا السلوك؟) (محمد،2012).

3.5 المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي:

1. مفهوم المثيرات القبلية.
2. السلوك.
3. النتائج.
4. مفهوم الإشراط.
5. مفهوم العلاج السلوكي (Xiao, 2015).

وترتكز المبادئ الأساسية لـ ABA على التعلم الشرطي، والمحاولات السلوكية المنفصلة (الأمام والجوالدة،2011).

3.6 عناصر الممارسة الأساسية لـ تحليل السلوك التطبيقي (ARA)

1. التقييم الشامل الذي يصف مستوى محددًا من السلوك عند خط الأساس ويُسهم في الإنشاء اللاحق للأهداف العلاجية.

2. التأكيد على فهم القيمة الحالية والمستقبلية للأهمية الاجتماعية للسلوك المستهدف للعلاج.

3. التركيز العملي على إنشاء وحدات سلوكية صغيرة، تؤدي إلى تغييرات أكبر وأكثر أهمية في الأداء فيما يتعلق بتحسين الصحة ومستوى الاستقلالية.

4. جمع وقياس وتحليل بيانات المراقبة المباشرة على الأهداف السلوكية أثناء العلاج والمتابعة؛ لتحقيق أقصى قدر من التقدم نحو العلاج والحفاظ عليه.

5. الجهود المبذولة لتصميم وإنشاء وإدارة البيئة (البيئات) الاجتماعية والتعليمية؛ لتقليل سلوك المشكلة، وزيادة معدل التقدم نحو جميع الأهداف.

6. مدخل لعلاج مشكلة السلوك، يربط وظيفة السلوك أو سببه باستراتيجيات التدخل المبرمجة.

7. استخدام خطة معالجة تحليلية سلوكية مصممة بعناية وفردية ومفصلة، تستخدم التعزيز والمبادئ السلوكية الأخرى.

8. التأكيد على التقييم المباشر والمستمر والمتكرر والتحليل والتعديلات على خطة العلاج من قبل محلل السلوك بناءً على التقدم الذي تحدده الملاحظات وتحليل البيانات الموضوعية.

9. الدعم المباشر والتدريب لأفراد الأسرة وغيرهم من المهنيين المعنيين لتعزيز الأداء الأمثل وتعزيز تعميم وصيانة التحسينات السلوكية.

10. بنية تحتية شاملة للإشراف على جميع عمليات التقييم والعلاج من قبل محلل سلوكي.

(CASP,2020,pp11)

3.7 خصائص ومميزات تحليل السلوك التطبيقي:

تحليل السلوك التطبيقي هو منهج علمي يقوم على مبادئ نظرية التعليم، ويسعى لفهم السلوك وتعديله، ويتميز تحليل السلوك التطبيقي بأنه:

1. سلوكي (Behavioral) تركز الإجراءات العلاجية فيه على السلوك القابل للقياس والذي يمكن التحقق من صحته. فيهتم تحليل السلوك التطبيقي بمساعدة الفرد على القيام بسلوك فعال لذا فهو يهتم بما يقوم الفرد من سلوك، بدلاً من الاهتمام بما يمكنه قوله، اذا لم تَكُن الاستجابة اللفظية هي بالأساس السلوك المستهدف.

2. تقني (Technological) تركز الإجراءات العلاجية فيه على وصف الإجراءات زيادة في السلوك أو خفضه وصفاً دقيقاً، بحيث يستطيع أي شخص يتم تدريبه وتزويده بالمواد اللازمة من تطبيقه، فمثلاً العلاج باللعب يتم فيه وصف استجابات الطفل والمعالج، و ووصف احتمالات استجابات الطفل والمعالج، ووصف أدوات وإجراءات اللعب.

3. نظام مفاهيمي (Conceptual Systems) أي أن الإجراءات العلاجية منبثقة من نظرية علمية، ويستند تحليل السلوك التطبيقي إلى النظرية السلوكية وفنياتها. وبالتالي يتطلب منه الالتزام بقوانين السلوك، وأن تكون الإجراءات مرتكزة على القوانين السلوكية .

4. فَعّال (Effective) أي أن الإجراءات التي تم استخدامها في تحسين السلوكيات اجتماعية، أظهرت تحسناً ملحوظاً في السلوك، فإذا لم ينتج عنها تحسن ذو قيمة عملية، فإنه يكون فشل، بمعنى أن المعيار الأساس هو إحداث تغيير في السلوك نحو الأفضل.

5. العمومية (Generality) أي أن الإجراءات العلاجية صممت لاستمرار السلوك المكتسب بأوقات ومواقف وبيئات أخرى مختلفة (الزريقات،2018 والخطيب،2017).

6. تطبيقي (Applied) تركز الإجراءات العلاجية فيه على المشكلات ذات الأهمية الاجتماعية، وتهتم بالسلوك والمثيرات نتيجة لأهميتها للإنسان والمجتمع، أكثر من أهميتها النظرية، أي التطبيق في الحياة الواقعية، والتعامل مع المشكلات السلوكية للأطفال، ومع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوى اضطرابات النمو، يُستخدم برنامج التحليل السلوك التطبيقي (ABA) غالباً كاستراتيجية تدريس.

7. تحليلي (Analytic) أي أن الإجراءات العلاجية تعتمد على وجود دليلٍ منطقيٍ على الأحداث المسؤولة عن حدوث السلوك أو عدم حدوثه. أي أن يُظهر الباحث ضبطاً وتحكماً في المشكلة، أي أنه يحقق تحليل السلوك عندما يستطيع التحكم فيه، وبالتالي قدرة الباحث على زيادة أو خفض السلوك، أو جعله يحدث أو يمنعه من الحدوث. إي ملاحظة السلوك، وتحليله من أجل تغييره، وخلق ارتباطات جديدة (الزريقات،2018 والخطيب،2017 والجلامدة،2013).

كما وأشار (الجلامدة،2013) إلى مجموعة من مميزات تحليل السلوك التطبيقي وهي ما يلي:

1. يعتمد على التطبيق الفردي (one on one).
2. تتراوح ساعات تطبيق برامج تحليل السلوك التطبيقي ما بين (٣٠ – ٤٠) ساعة أسبوعياً.
3. يركز على تعزيز السلوك الإيجابي بدلا من والعقاب التوبيخ.
4. برنامج يعتمد على فردية حالة كل طفل.
5. برامج تحليل السلوك التطبيقي تشمل جميع المهارات أكاديمية، واجتماعية، والتواصلية، ورعاية ذات، ومهارات اللعب.
6. اشراك الأسرة في تطبيق برامج تحليل السلوك التطبيقي، حيث يساهم بدرجة كبير في تحقيق النجاح (الجلامدة،2013).

وأضاف كوبر، وهيرون، وهيوارد خمس خصائص للتحليل السلوكي التطبيقي هي:

1. مسؤول (Accountable) أي التزام الباحثين بالإجراءات الفعالة في برنامج تحليل السلوك التطبيقي، والاهتمام بالمتغيرات البيئية التي توثر بالسلوك، والقياس المباشر والمتكرر للتغيرات التي تحدث على السلوك.
2. عام (Public) أي أن تحليل السلوك التطبيقي علني ومرئي، ويتصف بالشفافية، ومهم لفئات متنوعة في المجتمع وفي مجالات متعددة.
3. تمكيني (Empowering) أي أن تحليل السلوك التطبيقي يحدد الأدوات التي تحقق النتائج المرغوبة، مما يزيد الثقة بالذات لدى مستخدميه.

4. تفاؤلي (Optimistic) تبعث نجاحات تحليل السلوك التطبيقي على التفاؤل، حيث تظهر التغيرات في السلوك الناتجة عن إجراءاته حتى لو كانت بسيطة، ويمكنه تحقيق أهداف من خلاله كان يعتقد أنها غير قابلة للتحقيق (الخطيب، ٢٠١٧).

5. قابل للتنفيذ (Doable) أي أن تحليل السلوك التطبيقي سهل التنفيذ، فيمكن للمعلمين، والمرشدين، وأولياء الأمور وحتى الطلبة أنفسهم أن يقوموا بتنفيذ إجراءاته. يُطبّقُ في المنزل في سن صغير؛ لأهمية التدخل المبكر، ويطبق في المدرسة بكل استراتيجياته ومنهجه (الخطيب، ٢٠١٧)، (الجلامدة،2013).

3.8 فنيات تحليل السلوك التطبيقي:

أولا: فنيات التحكم في المثيرات القبلية (الموجهات):

المثيرات القبلية: وهي الأحداث التي تسبق السلوك الإجرائي، وتؤثر على تكراره مستقبلاً، سواء أكان السلوك مقبول أو غير مقبول (اسماعيل،69،2020).

وتصنف المثيرات القبلية إلى ما يلي:

- مثيرات تمييزية إيجابية: وهي التي تؤدي إلى أن تكون احتمالات حدوث وتكرار السلوك قوية، حيث أنها تكتسب هذه الصفة، من خلال تعزيز الاستجابات التي تحدث بوجودها.
- مثيرات تمييزية سلبية: وهي التي تؤدي إلى أن تكون احتمالات حدوث وتكرار السلوك ضعيفة، أو معدومة، وهي سلبية لأنها لا تنتهي الاستجابات بوجودها بالتعزيز (الخطيب، 2017).

ويمكن التحكم في المثيرات القبلية من خلال اعتماد محلل السلوك على الأساليب التالية:

أ. الإبقاء على المثيرات القبلية، التي تشجع حدوث السلوك المرغوب، والتعلم الصحيح.

ب. إزالة المثيرات القبلية التي تؤدي لظهور السلوك غير المرغوب والتعلم الخاطئ. (اسماعيل،2020،ص69).

- فنيات ضبط المثيرات القبلية وتنظيمها:

1. الحث والتلقين (Prompting).

وهو كل مثير تمييزي إضافي يقدم للطفل، لحثه على القيام بأداء سلوك محدد، ويقوم هذا الإجراء على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية، لزيادة احتمالية تأدية الطفل للسلوك بشكل أسرع، دون الحاجة لانتظاره للقيام بالسلوك بنفسه وبشكل تلقائي. (اسماعيل،70،2020).

وهو تقديم مساعدة أو تلميحات للفرد ليقوم بتأدية السلوك، بهدف زيادة احتمالية حدوث السلوك المستهدف (بطرس،2010).

وهناك عدة أشكال لاستخدام فنيات الحث والتلقين وهي:

- الحث أو التلقين الجسدي (Physical Prompting).
- الحث أو التلقين اللفظي (Verbal Prompting).
- الحث أو التلقين الإيمائي أو التلميحي (Visual Prompting.)

2. الإخفاء أو التلاشي (Fading).

وهو التغيير التدريجي للمثيرات التلقينية، التي تضبط الاستجابات الصادرة عن الطفل، وتؤدي إلى ظهور مثيرات جديدة مكانها، مما يؤدي إلى استمرار حدوث الاستجابات في مواقف جديدة.

ويتم استخدام فنية الإخفاء أو التلاشي من خلال الآتي:

أ. تخفيف المساعدة (Decreasing Assistance)، وهي تقليل التوجيه الجسدي أو التلقين إلى أقل درجة ممكنه، بعد اكتساب السلوك المرغوب.

ب. التوجيه المتدرج (Graduated Guidance)، أي أن يبدأ المدرب باستخدام مستوى معين من التوجيه في البداية، ثم يقلل هذه المساعدة تدريجيًا.

ت. التأجيل أو التأخير الوقتي (Time Delay)، وهو تأجيل وقت تقديم المساعدة أو التوجيه للطفل، وعدم تقديمه فوراً، والانتظار لحث الطفل على الاستجابة قبل توجيهه، وزيادة مدة التأجيل تتم تدريجيا، بناءً على مستوى تطور المهارات لدى الطفل (اسماعيل،70،2020-71).

3. النمذجة Modeling

النموذج هو أي حافز سابق (قبل السلوك) يكون مطابقاً للسلوك من حيث الشكل، النموذج هو حافز يقلده المتعلم، فإذا أردنا أن يصفق الطفل بيديه، ونحن نصفق بأيدينا ونحن نقول: (إفعل هذا)، فقد قدمنا نموذجاً، وتُعد النمذجة أداة تعليمية قوية، يمكنها مساعدة المتعلمين على إتقان المهارات المعقدة. (Suzanne,2020,p17).

4. التشكيل

يتم استخدام التشكيل لتعليم المتعلم تدريجياً، كيفية القيام بشيء أفضل، حيث يكافئ المعلم المحاولات التي تبدو أقرب إلى السلوك المرغوب فيه، وبالتالي يتم تشجيع المتعلم من خلال التعزيز

لإظهار سلوك أكثر ملاءمة ، ويمكن أن يكون تشكيل السلوك عملية بطيئة، إلا أنه يمكن أن يكون فعالاً جداً إذا تم إجراؤه بشكل صحيح، وتتطلب هذه العملية أن يكون لدى المعلم معرفة وثيقة بالمتعلم والقدرة على تغيير المسار بناءً على أداء المتعلم، ومن الآثار الإيجابية للتشكيل، أنه يشمل تقليل الإحباط، من خلال تقديم تغذية راجعة للمتعلم، بأنه على المسار الصحيح حيث يصبح التعلم أكثر فائدة؛ لأن هناك العديد من الفرص للتعزيز على طول الطريق (Suzanne,2020,p16).

والتشكيل هو إجراء يتم فيه تعزيز السلوكيات القريبة من الصحيحة، مثال عندما يكون الهدف زيادة مدة جلوس الطفل لمدة (15) دقيقة، فنقوم بتعزيز الطفل لجلوسه لمدة أقل بداية التدريب، كأن يعزز لجلوسه مدة (3) دقائق ثم (4) ثم (5) وهكذا حتى يصل الطفل للنجاح في الجلوس لمدة (15) دقيقة (الجوالدة،2013).

5. تحليل المهمة (Task Analysis).

وهي عملية تجزئة المهام أو المهارات، إلى سلسلة صغيرة من العناصر المكونة لها، ويتم التدريب عليها بصورة تدريجية منظمة، وتسير من الأبسط والأسهل إلى أكثرها صعوبة .

6. التسلسل (Chaining).

تُشَبهّ فنية التسلسل بفنية التشكيل، فكلاهما تتضمن تعزيز الفرد على السلوكيات الجزئية، التي يتمكن من أدائها للوصول إلى السلوك النهائي المطلوب، وتختلف فنية التسلسل عن فنية التشكيل، في أن التسلسل يتم فيها تعزيز الخطوة الأخيرة من التدريب فقط، بينما التشكيل، تعزز فيه الاستجابات التي تقترب من السلوك النهائي، والتشكيل يسير بشكل متقدم إلى الأمام، في حين أن التسلسل يسير من الخلف إلى الأمام، ويستخدم للتدريب على سلوكيات موجودة بالفعل(اسماعيل،2020،ص75-74)

وتتمثل إجراءات استخدام فنية التسلسل بما يلي:

أ. التسلسل السلوكي (Behavioral Chaining): وهو تعليم الطفل خطوات السلوك ضمن تسلسل معين؛ لتشكل هذه الخطوات مجتمعة في تسلسلها السلوك النهائي.

ب. التسلسل الخلفي (Backward Chaining) : يتم فيها تعليم الطفل الخطوة الأخيرة للسلوك أولا، تليها الخطوة قبل الأخيرة، وهكذا حتى الوصول للخطوة الأولى، وتستخدم هذه الطريقة في تدريس اللغة، بما فيها الأغاني، حيث أن الأطفال يتذكرون غالباً الكلمة الأخيرة في الأغنية.

ت. التسلسل الأمامي (Forward Chaining) : يتعلم الطفل فيها خطوات السلوك من الأمام إلى الخلف، مثال يقوم الطفل بفتح الكمبيوتر، ثم يفتح ملف اللعبة، ثم يبدأ الطفل في اللعب.

ث. التعليم الخالي من الخطأ (Errorless Learning) : وهو إعداد موقف التعلم، بحيث يخلو تماما من الأخطاء في الاستجابة، والتأكيد على التعزيز، مثل: (تركيب بازل من النوع الذي يمكن ترتيبه بأي صورة ويبقى صحيحاً)، مثال أخر: (يقول المعلم التفاحة لونها أحمر، ويسأل المعلم ما لون التفاحة؟).

ج. تقليل صعوبة الأمر (Lowering a Demand) : وهو تقليل صعوبة الأوامر التي تقدم للطفل، بحسب قدراته؛ لكي ينفذها بنجاح، حيث أن المعلم إذا أصدر أمراً ووجد أنه صعبٌ على الطفل، يقوم بتقليل صعوبة الأمر بحيث يضمن طاعة الطفل، وعدم هروبه من تنفيذ

الأمر، مثال يطلب المعلم من الطفل أمراً مثل: (قول صباح الخير يا سارة)، أو يقول له (قول صباح الخير)، أو يقول له (قول مرحبا).

ح. المساعدة تدريجياً (Fading): وهو تقديم المساعدة تدريجياً، مثل عند سؤال الطفل: (ما هذا؟) نقول له: (هذا كتاب)، ثم تسأله مرة أخرى: (ما هذا؟) ونقول (كـ ...) ثم فقط نسأله (ما هذا؟).

خ. التعميم (Generalization) : هو أن يُعلم الطفل ويُدرب على أن قول شكراً لا يقتصر على الأم، وإنما لِكُلّ شخص يقدم شيئاً له، ولتعليم الطفل التعميم يجب استخدام معلمين ومواقف وأماكن مختلفة.

د. التعلم العرضي Incidental Learning : وهو تعليم الطفل على الأشياء في البيئة، وليس في الجلسة الفردية، مثل تعليم الطفل الأرقام من خلال فيلم (الجلامدة،2013).

ثانياً: فنيات التحكم في المثيرات البعدية (العواقب) (Consequences).

1. فنيات تعديل السلوك لتقوية السلوكيات المرغوبة.

تصنف فنيات التحكم في المثيرات البعدية (العواقب) بحسب نوع السلوك، سواء كان سلوكٌ مرغوباً فيه، يستلزم تقديم الدعم والتقوية لاستمراره، أو كان سلوك غير مرغوبٍ فيه، فيتم إضعافه أو محوه (اسماعيل،2020،ص76). ويتم ذلك من خلال ما يلي:

أ. التعزيز (Reinforcement).

يستخدم العلاج التحليلي السلوكي ذوي اضطراب طيف التوحد التعزيز في البيئات المنظمة والطبيعية؛ لمساعدة الأفراد على تعلم مهارات جديدة، حيث يتم تقسيم المهارات التي تتراوح من

البسيطة إلى المعقدة إلى وحدات صغيرة قابلة للقياس، ويتم تدريسها بشكل منهجي، الهدف الأساسي منه هو جعله ممتعاً للمتعلم، من خلال التوجيه والتعزيز المخطط له بعناية، وغالباً يظهر المتعلم السلوك المناسب أثناء وبعد التفاعل التعليمي، وفي المقابل لا يتم تعزيز السلوكيات المشكلة (Suzanne,2020,pp.14).

وإن تعزيز السلوكيات الإيجابية لدى الطفل خلال اليوم، يحفزه على تكرارها، وتدريجيا سَتَقلُّ السلوكيات السلبية لدى الطفل بطريقة غير مباشره (الجوالدة،2013).

والتعزيز نوعان هما:

- التعزيز الإيجابي: وهو إضافة شيء مرغوب فيه ،مثل الثناء، والعناق، والملصقات.

مثال: (يقوم المعلم بوضع مجموعة من الأشياء، مثل "كرة وكوباً وحذاء وملعقة وقبعة" على الطاولة، ويطلب من الطفل "لمس الحذاء"، وعندما يلمس الطفل الحذاء، يقول المعلم بحماس: "ممتاز رائع لقد لمست الحذاء").

- التعزيز السلبي: وهو إزالة شيء غير مرغوب فيه.

مثال: (إيقاف تشغيل المنبه، لإيقاف الصوت المتكرر العالي "السلوك" :لمس زر "إيقاف" على مدار الساعة. "النتيجة": هي إزالة صوت إنذار غير مرغوب فيه، "التأثير المستقبلي": زيادة احتمال حدوث سلوك "لمس الزر" في المرة التالية، التي يصدر فيها صوت التنبيه).

ويعمل التعزيز الإيجابي والسلبي على زيادة السلوك، من خلال جعل حياة المتعلم أفضل (Suzanne,2020,p16).

وأشار كل من كوبر وهيرون، وهيوارد، 2007) إلى أنواع التعزيز وهي:

أ. المعززات الصالحة للأكل: كالأطعمة والمشروبات المفضلة للفرد.

ب. المعززات الحسية: التحفيز الحسي المفضل للفرد كالدغدغة، والتدليك، والموسيقى، والأضواء البراقة.

ت. المعززات الملموسة: كالألعاب المفضلة والملصقات.

ث. معززات النشاط: كالألعاب المفضلة، والأنشطة الترفيهية، والاستماع إلى الموسيقى، المناسبات الخاصة.

ج. المعززات الاجتماعية: كالاتصال الجسدي، والثناء، والاهتمام.

.(Cooper, & Heron, & Heward, 2007)

ب. الاقتصاد الرمزي.

هو شكل من أشكال نظام التعزيز، الذي يوفر فيه المعلم شكلاً من أشكال الرموز المميزة، مثل: (العلامات والنقاط أو الملصقات)، بشرط انخراط المتعلم في الاستجابة المستهدفة، وبمجرد أن يكسب المتعلم ما يكفي من الرموز، يقوم بتبادل الرموز بعنصر أو نشاط مفضل مثل (لعبة، مأكولات) والتي تعمل كمعزز؛ ولأن الحصول على الرموز المميزة يرتبط بتسليم عنصر أو نشاط محبب، فإن الرموز المميزة تعمل كمعزز مشروط، بمعنى أنه لن يتم الوصول إلى أي عنصر أو نشاط محبب حتى يحصل المتعلم على عدد محدد من الرموز المميزة، ويتمتع تطبيق الاقتصاد الرمزي بتاريخ طويل في البحث والممارسة السريرية في مجال تحليل السلوك التطبيقي(ABA) .(Ayllon, & Azrin,1965)

2. فنيات تعديل السلوك (الإضعاف ومحو السلوكيات غير المرغوب فيها) (Differential Reinforcement)

أ. التعزيز التفاضلي (Differential Reinforcement).

وهو إجراء يقوم على أساس استخدام فنية التعزيز؛ للتقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، ويتم تعزيز الاستجابة المطلوبة، وحجب التعزيز عن الاستجابات الأخرى، وهو يستخدم لتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها، ولتشكيل سلوكيات صحيحة مرغوب فيها.

ويتم التدريب والعلاج باستخدام التعزيز التفاضلي، وفق مجموعة من الخطوات التي يجب اتباعها عند تطبيق هذه الفنية وهي ما يلي:

- تعريف وتحديد السلوك غير المرغوب فيه المراد تقليله أو تطبيق التدخل عليه.
- عمل التحليل الوظيفي للسلوك المستهدف بالتدخل والتعامل معه.
- تحديد إجراءات جمع البيانات حول السلوك المستهدف.
- تحديد الخط القاعدي، من خلال ملاحظة السلوك، بشكل متواصل خلال فترة زمنية معينة.
- اختيار إجراءات التعزيز التفاضلي، التي سوف يتم استخدامها، وتحديد الفترة الزمنية لعدم حدوث السلوك غير المرغوب فيه، وتحدد هذه الفترة بحسب معدل حدوث السلوك الذي تم ملاحظته قبل البدء في استخدام هذه الفنية.
- وضع خطة التدخل وإجراءاتها.
- تنفيذ خطة التدخل التي تم وضعها.
- جمع المعلومات عن السلوك المستهدف بعد تطبيق خطة التدخل.

- مراجعة خطة التدخل واجراء التعديلات والتغيرات عليها وفقاً لنتائج التطبيق (اسماعيل،80،2020).

ب. الإطفاء أو التجاهل (Extinction).

هو إجراء يتضمن إزالة التعزيز، الذي كان يقدم للسلوكيات غير المرغوب فيها، وتستند فنية الإطفاء إلى أنه إذا كان السلوك الذي يتم تعزيزه يقوى ويستمر، فإن السلوك الذي لا يتم تعزيزه يضعف ويختفي مع الوقت. ويستخدم الإطفاء كبديل للعقاب، لمحو السلوكيات غير المرغوبة (الزريقات،٢٠١٨).

وعندما لا يتبع السلوك نتائج إيجابية أو سلبية، يميل السلوك إلى الإنطفاء (الجوالدة،2013).

ت. العقاب Punishment

يعرف العقاب بأنه المثيرات البعدية، التي تخفض احتمالات تكرار السلوك مستقبلاً، ويأخذ العقاب شكلان هما:

- إزالة مثيرات إيجابية.
- إضافة مثيرات سلبية (الخطيب،2017).

ويُعَرّف (الزريقات،2018) العقاب (وظيفياً) بأنه إجراء يخفض حدوث السلوك واحتمالية تكراره في المستقبل، وأنه يطبق مع السلوك غير المرغوب فيه، ويتم تطبيقه فوراً بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه (الزريقات،2018).

وعارض سكنر (Skinner,1953) وبعض رواد المدرسة السلوكية العقاب بشدة لتغيير السلوك، حيث يرون أن العقاب ليس له أثر دائم في السلوك، كما وأشاروا إلى مجموعة من سلبيات العقاب وهي:

1. أن العقاب فعل عنيف، وقد يؤدي إلى رد فعل عنيف، ويرون أن العنف يقود إلى عنف مضاد.
2. يمكن أن يؤدي العقاب إلى ظهور استجابات غير مقبولة، كالتجنب والهروب والتدمير، وغيرها من السلوكيات غير المرغوب فيها، بدلاً من كبح السلوكيات غير المرغوبة.
3. يمكن أن يؤدي العقاب إلى ظهور حالات انفعالية غير تكيفية، كالخوف والبكاء والخنوع والتمارض، وغيرها من السلوكيات غير المرغوب فيها.
4. قد يؤدي العقاب الشديد، وبخاصة الجسدي منه إلى الإيذاء الجسدي.
5. قد يؤدي العقاب النفسي، إلى تدمير النفس وزعزعة الثقة بالذات.
6. يوضح العقاب الأشياء التي يجب الامتناع عنها، لكن لا يعلم كيف يمكن فعل الأشياء بطريقة صحيحة.
7. تكون نتائج العقاب مؤقتة غالباً، وأن للعقاب ثمن غالٍ، يدفعه الفرد مقابل فائدة محدودة جداً.
8. يشكل العقاب نموذجاً سلبياً، قد يتعلم منه الأفراد ويستخدمونه اتجاه المحيطيين بهم (الخطيب،٢٠١٧).

وبناءً على ما تقدم، يجب على محللي ومعدلي السلوك فهم طبيعة المثيرات المنفرة، التي يتم استخدامها في تطبيق فنية العقاب، وفهم إجراءات تنفيذ فنية العقاب وهي ما يلي:

أ. تحديد السلوك المنوي خفضه، وتعريفه بدقة وقياسه بموضوعية، والتأكد من معرفة الفرد للسلوك المراد التوقف عن القيام به.

ب. اختيار الأسلوب الذي يمثل حرمانا أو حدث غير سار بالنسبة للفرد.

ت. عدم تأجيل العقاب، وتنفيذه فوراً بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه المستهدف.

ث. عدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه بأي شكل من الأشكال.

ج. العمل على إزالة أكبر قدر من العوامل والأحداث المسببة السلوك، قبل القيام بتنفيذ الإجراءات العقابية.

ح. جمع البيانات حول السلوك المستهدف، وإجراء القياس المستمر له، للتأكد من فعالية الأسلوب المستخدم.

خ. التأكيد الدائم على احترام الفرد، كون السلوك هو المستهدف بالتغيير أو التعديل وليس الفرد (اسماعيل،2020،ص82-83).

د. عدم الانفعال عند استخدام فنية العقاب.

ذ. عدم استخدام الأساليب العقابية إلا عند الحاجة الفعلية لذلك.

ر. تنفيذ فنية العقاب وفقاً لخطة واضحة ومبرمجة.

ز. تحديد مستوى شدة الفنية بناء على طبيعة السلوك غير المرغوب فيه، ومدى خطورته.

ورغم ما سبق يمكن أن يكون العقاب من خلال استخدام المثيرات المنفرة إجراءً لا مفر من استخدامه، وأن المشكلة تكمن في كيفية استخدامه وليس فيه بحد ذاته (الخطيب،٢٠١٧).

وهناك عدة مواقف يكون فيها العقاب إيجابياً وهي ما يلي:

أ. يعتبر العقاب بديلاً متوفراً، عند حدوث سلوكيات مؤذية للذات أو للآخرين، فيتم العقاب بشكل فوري لوقف استجابة إيذاء الذات أو الآخرين.

ب. يمكن أن يكون العقاب مفيداً، عندما يمون من غير الممكن استخدام التعزيز بسهولة.

ت. يكون استخدام العقاب مفيداً، عند الحاجة إلى القمع المؤقت للسلوك، في الوقت الذي يتم فيه تعزيز سلوكيات أخرى، كما وأن الشكل البسيط من العقاب، يؤدي إلى قمع السلوك غير المرغوب فيه، خاصة، عند تزامن ذلك مع تعزيز سلوكيات بديلة مناسبة.

ث. يكون استخدام العقاب فعالاً إذا ما استُخدمَ مع التعزيز الإيجابي، حيث أن العقاب يخفض السلوكيات غير المرغوب فيها، بينما التعزيز يعمل على تطوير سلوكيات بديلة مرغوب فيها (الزريقات،٢٠١٨).

ومن الفنيات الأخرى لتحليل السلوك التطبيقي المنبثقة من النظرية السلوكية، فنية الواجب المنزلي (Homework)، حيث يتم من خلال فنية الواجب المنزلي، تشجيع الأفراد على القيام بمهام معينة بالمنزل، أثناء تطبيق جلسات مرتبطة بمواقف الحياة اليومية، وللواجبات المنزلية عدة مزايا، أهمها ما يلي:

أ. توفير فرصة للأفراد المشاركين للتدريب، ومراجعة ما تلقوه من معلومات.

ب. تهيئة الأفراد المشاركين للجلسات القادمة.

ت. تشجيع الأفراد المشاركين على استكشاف واستخدام مصادر البيئة الخارجية في التعلم، واستخدام ما تعلموه في السياق الاجتماعي (Booth,2010).

3.9 تصميم وتنفيذ برامج تحليل السلوك التطبيقي:

نظراً لطبيعة اضطراب طيف التوحد، وما يرافقه من تحديات في التواصل والسلوك الاجتماعي، وأشكال السلوكيات النمطية، فإن الأهداف الأولية لعلاجه هي تحسين التواصل والسلوك الاجتماعي، وخفض السلوكيات النمطية، وثبت أن برنامج تحليل السلوك التطبيقي أنه أحد أهم برامج علاج هذه التحديات، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (عميرة،2021).

وعند استخدام تحليل السلوك التطبيقي لتعديل السلوك، يجب اتباع مجموعة من الخطوات للتعامل مع المشكلات السلوكية، أو الانفعالية، أو الأكاديمية التي يتم مواجهتها، وهي ما يلي:

1. تحديد وتحليل السلوك المستهدف

إنّ الخطوة الأولى لبناء برنامج تحليل سلوكي، هو وجود سلوك بحاجة إلى تعديل أو تغيير، وأن يتم تحديد المتغيرات التي تؤدي إلى حدوث هذا السلوك، واستمراره، والتعرف على ظروف حدوث السلوك، ويتم ذلك من خلال المقابلة السلوكية، أو من خلال تطبيق قائمة تقدير السلوك، أو الملاحظة.

ويتم تحديد السلوك المستهدف من خلال الموجهات التالية:

أ. ملاحظة السلوك بشكل مباشر، وعدم الاعتماد على الآراء الذاتية.

ب. تحليل الظروف التي يحدث فيها السلوك بدقة.

ت. تحليل الأوقات التي يظهر فيها السلوك بدقة.

ث. وصف الشكل السلوك في حال حدوثه بالدقة.

ج. الحصول على المعلومات من خلال مقابلة الأشخاص المهمين في حياة الفرد، الذي سوف يتم تغيير أو تعديل سلوكه.

ح. عدم الخلط بين دوافع السلوك والسلوك نفسه.

2. تعريف السلوك المستهدف إجرائياً:

تعريف السلوك الذي سوف يتم تعديله أو تغييره بدقة ووضوح، ومن خلال ذلك، يتم جمع معلومات دقيقة حول السوك ووقت حدوثه، وبالتالي تصميم التدخل المناسب له، والقدرة على تقييم فاعلية هذا التدخل.

3. قياس السلوك المستهدف

في هذه المرحلة يتم جمع البيانات حول السلوك، وهذه العملية تكون طول فترة تنفيذ برنامج التحليل السلوكي التطبيقي أي قبل المعالجة، وأثناءها وبعد توقفها، لضمان عدم الاستمرار باستخدام أساليب غير فعالة، أو التوقف عن استخدام بعض الأساليب الفعالة.

4. التحليل الوظيفي للسلوك:

وهنا يتم تحليل المثيرات البيئية، التي تحدث قبل السلوك، وبعده بكلمات أخرى، أي تحليل العوامل المؤدية للسلوك، والنتائج المترتبة عليه، والوظيفة التي يؤديها السلوك للفرد.

5. تحديد الأهداف:

بعد تحديد السلوك المراد تعديله أو تغييره، تصاغ الأهداف بشكل محدد، بحيث تكون قابلة للقياس والتحقيق، ويصاغ الهدف السلوكي من خلال وصف الأداء وهو ما يفعله الفرد ويكون قابل للقياس، ثم وصف الظروف وهو مكان حدوث السلوك وموعده، وكيفية حدوث السلوك، والأدوات

اللازمة لحدوثه، ثم وصف المعايير وهي الطرق التي يقاس بها الأداء، بحيث تقيس تحقق الهدف أو عدم تحققه (الخطيب،2017).

6. إعداد تصميم برنامج التدخل :

يقوم الأخصائي بإعداد خطة التدخل التي يسعى من خلالها لتحقيق الأهداف المرغوب فيها، حيث يقوم بتحديد الأهداف العامة والأهداف الإجرائية، والإجراءات التي سوف تتبع، وتحديد مدة الجلسات، وتحديد مدة كل جلسة بحيث تتناسب مع حالة الطفل، وتحديد الأساليب والفنيات التي سوف يتبعها الأخصائي في الخطة، والتي تكون قابلة للتغيير بما يحقق أفضل النتائج المرجوة، وتحديد المكافآت التي سيستخدمها كمعززات لزيادة حدوث السلوك، أو تقليل حدوث السلوكيات غير المرغوب فيها، إلى جانب استخدام أساليب العقاب البسيط، والتي تستخدم لنفس الغرض.

7. تطبيق برامج التدخل:

يقوم الأخصائي في تطبيق البرنامج، وفق الخطوات التي حددها، فيختار الأساليب التي تتناسب مع أهدافه التي حددها، فيقوم (مثلاً) بتحليل المهمة وهي تجزئة المهمة إلى مكوناتها الصغيرة، حيث يحدد خطوات المهمة، وفقاً للأولويات التي حددها عند تحليل المهمة، ثم يختار التدريب الذي يراه مناسباً كطريق المحاولة المستقلة أو المتمايزة، أو نظام تبادل الصور، وغيرها من الأساليب، بحسب الموقف المحدد وما يناسبه، ولا يقوم بالانتقال إلى الخطوة التالية إلا بعد أن يتقن الطفل الخطوة الحالية، ويقوم الأخصائي بتصويب الأخطاء التي قد تحدث، أولاً بأول، بناءً على الإجراءات المتبعة لتصويب الأخطاء، حتى يحقق الطفل السلوك المستهدف.

8. تقييم فعالية البرنامج:

من خلال التقييم، يتم التعرف على مدى فاعلية البرنامج المطبق في تحقيق الأهداف المرجوة، من خلال استخدام أساليب القياس الموضوعية، ويتضمن تقييم الأهداف، والإجراءات، والمعززات المستخدمة، والبيئة، ويتم التقييم في نهاية البرنامج مباشرة، وبعد انتهاء البرنامج بفترة، وهو ما يُعَرف بالقياسين: البعدي والتتبعي في برامج التدخل، والتقييم النهائي للبرنامج لا يلغي أهمية وجود تقييم مستمر خلال تطبيق البرنامج، حتى يتم العمل على تعديل المسار، أولاً بأول عند الحاجة لذلك، وتتبع حدوث أي تطور لدى الطفل، والتأكد من أن الخطة تسير في الاتجاه الصحيح بما يتناسب وحالة الطفل، أو وجود حاجة لإحداث تعديلات في الخطة لتتناسب مع تحقيق الأهداف المرجوة.

و ينفذ البرنامج العلاجي بالعلاج السلوكي التطبيقي (ABA)، بما يتناسب واحتياجات الفرد ذوي اضطراب طيف التوحد. (محمد،2012).

3.10 الأسرة وتحليل السلوك التطبيقي:

يمكن للوالدين تعلم أساليب واستراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي، وبعد وقت قصير من العلاج، يمكن للآباء ملاحظة التغيرات الإيجابية على سلوك أطفالهم، وملاحظة تواصل أفضل وإحباط أقل لديهم، وتبدأ السلوكيات الإشكالية في الانخفاض مع استمرار التدخل العلاجي (الزالط،2024،ص77).

قد يشعر الوالدان بالارتياح؛ لمعرفة المصطلحات الأساسية وبعض المهارات اللازمة لمتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة، والعمل مع المدرسة على مهارات محددة، وتنفيذ استراتيجيات (ABA) المتسقة في المنزل لتعزيز السلوك المناسب على مدار اليوم، وبالنسبة لأولئك الآباء الذين

يرغبون في تعلم أساليب (ABA)، يوصى بالبدء في التدريب على التعزيز، والتشكيل في التدريب في البيئة الطبيعية، وقد تسهم هذه الاستراتيجيات في زيادة السلوك الصحيح للطفل وتحفيزه. لذا من المستحسن أن يتعلم الآباء قدر المستطاع عن ABA، وزيادة المعرفة الوالدين بـ (ABA) سيفيد طفلهم وعائلاتهم، ويجب على الوالدين أن يقرروا مقدار ما يريدون معرفته والقيام به Buchanan (& Weiss, 2020,p49).

وتُصَنّف أهم احتياجات أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بما يلي:

1. الحاجات المعرفية: وهي الإدراك والوعي بالمعلومات حول اضطراب طيف التوحد خصائصه، ومتطلباته، والمستقبل المتوقع للطفل، وأنواع المساعدات التي يمكن أن توفر للطفل.
2. الحاجة إلى الدعم والتدريب: تحتاج أسر ذوي اضطراب طيف التوحد إلى توفير الخدمات التعليمية ، والدعم المعنوي، بالإضافة إلى الدعم المادي، حيث أن تكاليف علاج اضطراب طيف التوحد مرتفعة، والحاجات الاجتماعية التي تجعل أُسرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تنسحب اجتماعياً، تجنباً للاتجاهات السلبية من قبل الآخرين.
3. الخدمات المجتمعية والحاجة إلى التأهيل التربوي والمهني، حيث أن الأسر بحاجة إلى الخدمات المجتمعية، لذا يجب توفير إمكانية الوصول لها والاستفادة منها، وأن يتم تقدم هذه الخدمات في وقت مبكر وبشكل مستمر (غانم، 72،٢٠١3).

ولتحقيق نتائج إيجابية من خلال تدخلات (ABA)، يتطلب ذلك كثافة عالية من عدد الساعات في الأسبوع، ولمدة طويلة من السنوات، وقد يكون تنفيذ (ABA) مكلفاً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لذا ظهر استخدام تدريب الوالدين، كوسيلة لضمان تحفيز الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في بيئة طبيعية، ولضمان أقصى قدر من التعرض لعلاج،

كما وأن لدى الآباء فرص عديدة لتدريب أطفالهم على المهارات على مدار اليوم وفي سياقات مختلفة، مما يسهل التعميم، كما وأشارت العديد من الدراسات إلى فعالية تدريب الوالدين فيما يتعلق بالأعراض الرئيسة لاضطراب طيف التوحد (Bordini,2024,p2).

وهناك عدة الأمور هامة، يجب على الوالدين الاقتداء بها عند تطبيق البرامج العلاجية مع أطفالهم، وهي ما يلي:

1. الانتباه إلى أن برامج تدريب الوالدين، تتضمن عناصر وطرق متعددة، وليس طريقة واحدة.

2. يمكن استخدام طريقة واحدة أكثر من غيرها، بحسب طبيعة الوالدين وأي طريقة تناسبهم أكثر.

3. سواء استعملت الطريقة التربوية بمفردها، أو مع غيرها من الطرق، فهي تقدم للوالدين معلومات أساسية حول العمل الإكلينيكي، ونتائج الدراسات العلمية حول المعالجة.

4. وإنّ تعديل السلوك يساعد الوالدين في تطبيق مبادئ التعلم في الحياة اليومية، وفي مواقف تمثل مشكلات سلوكية (السعيد،2021).

3.11 أساليب تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

هناك العديد من الممارسات القائمة على الأدلة المستمدة من تحليل السلوك التطبيقي لتدريس السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، مثل التعزيز التفاضلي، والتدخل الطبيعي والسرد الاجتماعي، والتدريب التجريبي المنفصل (DTT)، والتحفيز وتدريب الوالدين، ونمذجة الفيديو، وتسمح بعض هذه الاستراتيجيات باستخدام التدخلات المصممة؛ لتجنب الأخطاء، وهو ما يعرف

بالتعلم الخالي من الأخطاء، ويتم عرض المحتويات بطريقة منظمة ومنضبطة، حيث يتم تقسيمها إلى مكونات صغيرة منفصلة (DTT).

ويتطلب تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، تسجيل السلوك المكتسب من خلال الملاحظة المباشرة والمستمرة من قبل القائمين عليه، سواء كانوا متخصصين أو أولياء أمور أو مقدمي رعاية.

(Bordini, et al,2024,p2)

عند استخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، يتم استخدام أساليب واستراتيجيات علاجية متعددة، بحيث تلبي الاحتياجات الفردية لكل طفل، ومنها ما يلي:

1. التدريب التجريبي المنفصل (DTT):

كان التعليم التجريبي المنفصل (DTI)، أو التدريس التجريبي المنفصل (DTT) تاريخياً، هو الأسلوب التعليمي الأساسي المستخدم في تدخل (ABA) للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو طريقة منهجية للتدريس في جميع المجالات، هذه التقنية مناسبة تماماً للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد؛ لأنها تجعل التعليمات واضحة جداً للمتعلم. (Suzanne,2020,pp.17).

وهو أحد الأساليب الأكثر شيوعاً للتدريس ضمن إطار تحليل السلوك، ويستخدم هذا الإجراء المنهجي عادة لتعليم مجموعة متنوعة من المهارات (Keller & Schoenfeld, 1950).

- مكونات نظرية المحاولات المنفصلة (DTT):

- تلقين المثير التمييزي (SD): وهي الإشارات أو التلميحات التي تحفز الاستجابة المرغوب فيها، وتكون في حالَ تَطلّب الأمر إليها، مثل (البس) والتي تعتبر محفز للشخص للبس ملابسه.

- الاستجابة (R): وهي السلوك الصادر عن الطفل.

- النتيجة (C): وهي التعزيز الاستجابة إذا كانت صحيحة، أو التلقين إذا كانت غير صحيحة.

- القياس(M): وهو تسجيل الاستجابات الصادرة عن الطفل، وذلك أثناء المحاولات التدريبية التي تقدمها الأم له، سواء كانت هذه الاستجابات صحيحة أو غير صحيحة.

- الفاصل ما بين المحاولات: وهو فترة زمنية قصيرة بين المحاولات، حيث تقدم بداية ونهاية واضحة لكل محاولة، وتعزز السلوكيات المرغوب فيها (عميرة، 2021).

واستخدم (كونالين وريد،2016) نهج (DTT)؛ لتعليم العديد من الأطفال تتراوح أعمارهم بين (9–6) سنوات، من ذوي اضطراب طيف التوحد، لتصنيف مشاعر الآخرين، حيث تم وضع مجموعة بطاقات لموقف معين أمام المشاركين، والتي تصور سيناريوهات مختلفة، يمكن أن تثير مشاعر معينة مثل (طفل في حفلة عيد ميلاد)، ثم إعطاء المشارك صورة لطفل تظهر عليه تعبيرات وجه سعيدة، أو حزينة، أو غاضبة، ثم الطلب من الطفل المشارك مطابقة البطاقة مع بطاقة الموقف، ثم اعطاء كل مشارك بطاقة موقفية وطرح سؤال عليهم مثل: "إنه عيد ميلاده، كيف يشعر؟" فيجيب المشاركون باختيار صورة الطفل الذي يظهر عليه أحد المشاعر(سعيد، أو حزين،

أو غاضب)، ووجد (كونالين وريد) أن الإجراء كان ناجحاً في تعليم المشاركين تصنيف المشاعر، ضمن هذا السياق (Conallen,& Reed,2016).

يستخدم تدريب المحاولة المنفصلة، لتوفير التعلم للأفراد والأعمار جميعها، حيث أن المحاولة المنفصلة لا يستخدم فقط مع الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، ويقوم تدريب المحاولة المنفصلة على سلسلة من الخطوات المحددة لتعليم المهارات وتوسيعها، بما فيها المهارات المعرفية، والتواصل، واللعب والمهارات الاجتماعية، ومهارات المساعدة الذاتية، وهناك سبع خطوات لعملية تدريب المحاولة المنفصلة، هي:

أ. تحديد المهارات المطلوبة.

ب. تحليل المهارات المعقدة إلى أجزاء أصغر، حتى يتمكن الفرد من تعلم المهارة.

ت. تعليم مكون واحد من المهارة في كل مرة حتى تتقن، بحيث لا يحدث ارتباك، ولا يحدث تداخل في جمع البيانات.

ث. السماح بالممارسة المتكررة خلال فترة زمنية محددة، حيث أن التكرار يوفر للفرد إتقان المهارة، وإكمال المهارة بشكل صحيح.

ج. توفير التلقين وإخفاؤه حسب الحاجة.

ح. استخدام إجراءات التعزيز.

خ. تسهيل عملية تعميم المهارات في البيئة الطبيعية (الزريقات،2020).

2. التدريب على الاستجابة المحورية (PRT):

إن (PRT) عبارة عن مجموعة من الاستراتيجيات التعليمية، التي يمكن أن تزيد من دافعية المتعلم وتعليم مهارات مهمة، ويتضمن (PRT) استراتيجيات تساعد الآباء والمعلمين على تحقيق أقصى استفادة من مهارات المتعلم واختباره في البيئات اليومية.

كما ويمكن للوالدين تعلم كيفية استخدام (PRT) أثناء وقت التدريس وطوال الأنشطة اليومية، ويمكن لـ (PRT) بناء مجموعة من السلوكيات مثل التقليد والامتثال والتواصل.

وهناك سبع (7) نقاط رئيسة يجب تذكرها عند إعطاء السؤال أو التعليمات في (PRT) كما يلي:

أ- أن تكن واضحة وغير متقطعة ومناسبة للمهمة.

ب- أن تتخللها مهام الصيانة (المهام التي يمكن للمتعلم القيام بها بسهولة بالفعل).

ت- أن يتم اختياره من قبل الطفل إلى حد كبير (راقب ما ينظر إليه الطفل أو يشير إليه أو يلمسه ويستخدمه).

ث- قم بتضمين مكونات متعددة (مثل "الكتلة الزرقاء" أو "الكرة الحمراء").

ج- يجب أن تكون المعززات مشروطة بالسلوك (أي أن تتم عندما يتم تنفيذ السلوك وليس عندما لا يتم تنفيذ السلوك)، وترتبط بالسلوك المرغوب (مثل إعطاء الفقاعات للطفل عندما يقول "افتح" أثناء لف وعاء الفقاعات بدلاً من إعطاء مادة غذائية كمكافأة .(Suzanne,2020,p28)

3. التواصل بنظام تبادل الصور (PECS):

تَطَورَ نظام الاتصال بتبادل الصور لأول مرة في الثمانينيات، وهو مورد حيوي للأفراد الذين لا يستطيعون توصيل رغباتهم واحتياجاتهم بالكلام، بل من خلال استخدام الإشارات التصويرية، وقد ثبت أن نظام اتصالات تبادل الصور (PECS) نظامٌ فعال في تعليم المهارات اللغوية، وتقليل السلوكيات السلبية، كنوبات الغضب، وتحسن القدرة العامة على التواصل الاجتماعي (الزالط،2024،ص٩٠).

ويسهم التدريب على التواصل بنظام تبادل الصور، في تعليم التواصل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأشار (كشك،2007) إلى أن مستوى مهارات التواصل لدى الأطفال الذين تم تدريبهم، ضمن نسق تبادل الصور زاد مقارنة بأقرانهم الذين لم يتم تدريبهم باستخدام ذلك الأسلوب (محمد،2012).

4. أسلوب المحاولة المستقلة أو المتمايزة (DIT) (discrete trial training)

يتم استخدامه في بناء واكساب وتقوية سلوكيات معينة لدى الأطفال، والتي تحدد في ضوء الحاجات الفردية لكل طفل. وتبدأ هذه السلوكيات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالتواصل البصري، ثم التقليد، يليها التواصل، ثم المهارات المختلفة. ويكون هذا الأسلوب أكثر فاعلية عند تطبيقه بشكل يومي، ولساعات عديدة، كما ويبدأ استخدامه مبكراً، ضمن التدخل المبكر بعمر ما قبل المدرسة (محمد،2012).

5. التدريس العرضي.

التدريس العرضي هو عملية لمساعدة المتعلمين على توسيع مهاراتهم اللفظية، ويشير مصطلح التدريس العرضي غالباً إلى الأنشطة اليومية كفرص للتعلم، فإن التدريس العرضي يدخل

في تحليل السلوك التطبيقي، يُعرَف التدريس العرضي بأنه انتظار المتعلم لبدء طلب أو محادثة، ثم الاستجابة بطرق تعزز المزيد من اللغة، ويتم تقسيم الإجراء إلى الخطوات التالية:

1. يبدأ الطفل بعنصر أو نشاط، يمكن أن يكون البدء في (لغة لفظية أو لغة الإشارة أو تبادل الصور أو الإيماءة أو الإشارة أو القيادة).

2. يطلب الكبار المدربين للطفل تقديم توضيحاً من خلال:

أ. إشارة غير لفظية، مثل: (هز الأكتاف، أو النظر بترقب ،أو الإشارة إلى الشيء).

ب. إشارة لفظية، مثل: (ماذا تريد؟).

ت. النموذج اللفظي، مثل: (قولي أريد عصيرا).

3. يستجيب الطفل باستجابة أفضل قليلاً من البداية الأولى مثال (محاولة تسمية كائن أفضل من الإشارة إليه فقط).

4. يزود الشخص البالغ الطفل بالشيء المطلوب (Suzanne,2020,p28).

ومن البرامج المنبثقة عن تحليل السلوك التطبيقي (ABA) طريقة (لوفاس Lovaas) وهي ما يلي:

4 . طريقة (لوفاس Lovaas) :

طريقة (لوفاس Lovaas) هي مجموعة من الأنشطة المخطط لها بشكل منظم ومتسلسل، وقائمة على فنيات تحليل السلوك التطبيقي والمحددة بجدول زمني معين، باستخدام

مجموعة من الأساليب والفنيات منها التعزيز الايجابي، النمذجة، التلقين، التعميم، قياس وتسجيل السلوك (حفني،36،2022).

وسمي البرنامج بطريقة (Lovaas)، نسبةً إلى (آيفار لوفاس Lovaas) أستاذ الطب النفسي في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس (UCLA)، وهو أول من استخدم استراتيجيات التدريس هذه على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولهذا سميت بطريقة (لوفاس Lovaas)، وفي بداية السبعينيات قام لوفاس Lovaas بتجديد وتطوير برامج تدريبية متخصصة ومكثفة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مستخدماً استراتيجيات (تحليل السلوك التطبيقي) بشكل مكثف، وقد طبقه على(٣٨) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، وكان هدفه تعميم التعلم المكتسب في الجلسات الفردية لمواقف وأماكن مختلفة. ومع أشخاص مختلفين، وهذا يتطلب تنويع الأنشطة: كاللعب، والمهارات الحركية كبرى، والمهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى التنوع في أماكن العمل كغرفة الجلسات الفردية، والمنزل، والشارع، وغيرها، وتنويع المعلمين أو الأخصائيين (عميرة،2021).

وبدأ (أيفار لوفاس Lovaas) الاهتمام بعلم النفس أثناء احتلال ألمانيا للنرويج، وفي عام (1987) نشر برنامجه، حيث أشار في أن الأطفال طرأ عليهم تحسن، حيث أن (47%) منهم ارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي (القصيرين،39،٢٠٠٨).

وكان (لوفاس Lovaas) الاسم الأكثر ارتباطاً بأبحاث تحليل السلوك التطبيقي (ABA) في اضطراب طيف التوحد في السنوات الأولى من تطبيقه في أذهان الكثيرين، وكانت مقالته التي نشرت في مجلة الحياة في عام (1965) واحدة من أكثر المقالات تأثيراً في حياته المهنية، وحملت المقالة عناوين (الصراخ والصفعات والحب، علاجاً صادماً مفاجئاً)، وكانت إجراءات العلاج

الموصوفة في هذه المقالة واحدة من أهم الخلافات مع (لوفاس Lovaas) ، على الرغم من أساليب العلاج القاسية الموصوفة في المقالة، فقد لقي (لوفاس Lovaas) وأساليبه استقبالاً جيداً بشكل عام، ووصفت مجلة الحياة مقالة (المنفاخ الغاضب) الذي يطلقه معالج بالغ على صبي مصاب بالتوحد، و"الصفعات على الوجه". يصف المقال ابتكارات (لوفاس Lovaas) الأكثر جذرية في أساليب العقاب هذه، وهي غرفة الصدمات الطارئة، والتي تم استخدامها كملاذٍ أخير، يمكن تطبيق الصدمات عن بعد على ظهر الطفل، عبر أقطاب كهربائية صغيرة؛ للانخراط في سلوكيات نمطية وطقوسية، ويؤكد المقال أيضاً كيف أغدق الموظفون الصبر والحنان على الأطفال، وتقديم المكافآت لهم بما في ذلك الطعام، بالإضافة إلى (10) دقائق استراحة كل ساعة من أجل "اللعب اللطيف". وينتهي المقال بوجهة نظر إيجابية بشكل عام عن البرنامج، واصفا التحسينات التي طرأت على الأطفال بأنها إنجاز، يذكر المقال أن الآباء لم يتمكنوا من التعامل مع مشاكل أطفالهم بمفردهم، وبالتالي كانوا سعداء جدا بالمساعدة المقدمة، ولقد كانوا داعمين جداً للوفاس Lovaas وبرنامجه (Matson, 2009,p3).

وتقوم طريقة لوفاس Lovaas على التدريبات المتكررة والمكثفة والمنظمة (الأمام والجوالدة،2011).

ووفقاً لبرنامج لوفاس Lovaas، فإن مدة العلاج لا تقل عن (40) ساعة أسبوعياً، ومدة الجلسة (8) ساعات يومياً، تقسم على عدة جلسات تتراوح مدة كل جلسة ما بين (60) إلى (90) دقيقة تتخللها استراحة مدتها من دقيقة إلى دقيقتين كل (10– 15) دقائق من التدريب، وبعد انتهاء الجلسة الواحدة، يحصل الطفل على استراحة أو لعب لمدة ما بين (5 – 10) دقائق، ثم يعود إلى الجلسة الأخرى، وهكذا حتى تنتهي الساعات اليومية للطفل وهي (8) ساعات، ويمكن أن تطول

مدة الجلسات للبعض إلى (4) ساعات يتخللها استراحة مدتها ما بين (1-5) دقائق، وتنتهي الجلسة باستراحة مدتها (15) دقيقة (غانم،68،2013).

وحدد (لوفاس Lovaas) شرطين لقبول الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد في البرنامج، وهما:

الشرط الأول (العمر)، واعتبر أن العمر المثالي للبدء بالبرنامج بين (3 – 5) سنوات، ولا يقبل الطفل أكبر من ذلك إلا في حالات استثنائية، لديه القدرة على الكلام أو ترديده.

الشرط الثاني (درجة الذكاء)، حيث لا يقبل في البرنامج الأطفال ممن درجة ذكائهم أقل من (40) درجة، ويمكن قبول أي طفل تم تشخيصه بأحد أنواع اضطراب طيف التوحد، إذا تحقق فيه الشرطان السابقان (غانم،2013،ص68).

4.1 محتويات منهاج (لوفاس Lovaas)

يحتوي منهاج (لوفاس Lovaas) على ثلاثة مناهج فرعية، تتدرج من الأسهل إلى الأصعب، وكل منهاج يحتوي على مجموعة من الأهداف التدريبية الأساسية، تضم في مجملها ٥٠٠ هدف فرعي وهي ما يلي:

1. المنهج الإبتدائي، ويتكون من برنامج الانتباه، وبرنامج التقليد، وبرنامج اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وبرنامج ما قبل الأكاديمي، وبرنامج الاعتماد على النفس.
2. المنهج المتوسط، ويتكون من برنامج الانتباه، وبرنامج التقليد، وبرنامج اللغة الاستقبالية، والتعبيرية، وبرنامج ما قبل الأكاديمي، وبرنامج الاعتماد على النفس، والبرنامج الاجتماعي.

3. المنهج المتقدم، ويتكون من برنامج الانتباه، وبرنامج التقليد، وبرنامج اللغة الاستقبالية والتعبيرية، والبرنامج الأكاديمي، وبرنامج الاعتماد على النفس، والبرنامج الاجتماعي، وبرنامج التحضير للمدرسة.

وكل هذه المكونات تضم مجموعة من البرامج التدريبية، تشكل الهدف العام للمنهاج (عميرة 2018).

ويوضح الزغبي (2020) مهارات المستويات الثلاثة لبرنامج (لوفاس Lovaas) ، من خلال الجدول التالي:

الجدول (3) مهارات مستويات (لوفاس Lovaas)

المهارة	المستوى المبتدأ	المستوى المتوسط	المستوى المتقدم
الحضور والانتباه	– أن يجلس بمفرده. – أن يتواصل بصرياً استجابة لسماع اسمه. – أن ينظر ويتصل بصرياً عند سماع أمر ما (انظر إلي). – أن يستجيب للأوامر مثل (ارفع يديك – يداك على الطاولة).	– الاستمرار في التواصل البصري لمدة (5) ثوان استجابة لسماع اسمه. – عمل تواصل بصري استجابة لسماع اسمه أثناء اللعب. – عمل تواصل بصري من على مسافة معينه. – أن يقول نعم عندما	– أن يتواصل بصرياً خلال المحادثة. – أن يتواصل بصرياً أثناء التعليم الجماعي.

		يناديه احد باسمة.	
التقليد	– أن يقلد حركات الجسم الكبرى. – أن يقلد حركات باستخدام الأشياء. – أن يقلد الحركات الدقيقة. – أن يقلد حركات الفم والشفاه.	– تقليد الحركات الكبرى في وضع الوقوف. – تقليد الحركات الكبرى متسلسلة. – تقليد الحركات متسلسلة بالأشياء. – تقليد الحركات مقترنة بالأصوات. – تقليد النماذج بالمكعبات. – نسخ رسوم بسيطة.	– يقلد تتابع معقد. – يقلد لعب أقرانه. – يقلد استجابات أقرانه اللفظية.
فهم اللغة	– يتبع تعليمات من خطوة واحدة. – يتعرف على أعضاء الجسم. – يتعرف على الأشياء. – يتعرف على الصور. – يتعرف على	– التعرف على المشاعر والانفعالات. – التعرف على الأماكن. – اتباع التعليمات من خطوتين. – يعطى شيئين. – يستعيد أشياء لا يراها.	– يتبع تعليمات من ثلاث خطوات. – يتبع تعليمات معقدة من بعد. – تسمية شخص أو مكان أو شيء عندما يوصف له.

	الأشخاص المألوفين. – يتبع أوامر الأفعال. – يتعرف على الأفعال في الصورة. – يتعرف على الأشياء في البيئة. – يشير إلى صورة في كتاب. – يتعرف على استخدام الأشياء. – يتعرف على الملكية. – يتعرف على الأصوات في البيئة.	– التعرف على الصفات المميزة للأشياء. – التعرف على المساعدين في المجتمع (مثال السائق– رجل المرور). – التظاهر (بعمل أشياء). – يعرف فئات الاشياء. – يعرف الضمائر. – يتبع تعليمات تحتوي على حروف الجر. – يتعرف على الأشياء عندما توصف له في محيط نظره. – يضع الكروت المتسلسلة بالترتيب. – يعرف المذكر والمؤنث. – يعرف العناصر الناقصة. – يجيب الأسئلة عن	– يحدد اسم شيء عندما يظهر له جزء واحد منه. – يتعرف على العناصر المتشابهة. – يتعرف على العناصر المختلفة. – يتعرف على الشيء المختلف في صفاته من بين مجموعة. – يتعرف على المفرد والجمع. – يجيب على أسئلة (ماذا، أين، كيف، من، ... الخ) من قصة قصيرة. – يجيب على أسئلة (ماذا، أين، كيف، من، ... الخ) من موضوع. – يتبع التعليمات (اسأل

		الأشياء والصور. – يجيب بـ (نعم أو لا) استجابة للأسئلة عن الأشياء والنشاطات. – تسمية الأشياء باللمس.	– أخبر). – يجد شيئاً مختبئاً يعطي له دلائل عن مكان وجوده. – يميز بين إلقاء السؤال وتبادل المعلومات.
اللغة التعبيرية	– يتعرف على الغرف في المنزل. – يشير إلى الأشياء التي يرغب ها عند سؤاله عما يريد. – يشير بإصبعه تلقائيا إلى ما يريد. – يقلد الاصوات والكلمات. – يسمي الأشياء. – يسمي الصور. – يطلب رغباته شفهياً. – يعبر حركيا بـ (نعم /	– يُقلد جمل من كلمتين أو ثلاث. – طلب ما يريد في جملة استجابة لسؤال (ماذا تريد؟). – طلب ما يريد تلقائيا في جملة. – ينادي والديه عن بعد. – تسمية شيء معتمد على وظيفته. – تسمية وظيفة الأشياء. – يشير إلى أجزاء جسمه تبعاً لوظيفتها.	– يقول لا اعرف للسؤال غير مألوف له. – يحدد المجموعة التي ينتمي إليها الشيء. – يحدد العناصر في المجموعات. – يعيد سرد قصة. – يصف أشياء لا يراها بصفاتها. – يذكر أحداثاً ماضية. – يصف مواضيعَ. – يحكي قصته. – يعبر عن التشويش

	لا) – يسمي الأشخاص المألوفين. – يقوم بالاختيار. – يتبادل التهاني. – يجيب على الأسئلة الاجتماعية. – تحديد الأفعال (في الصور عن الآخرين وعن نفسه). – تسمية الأشياء واستعمالاتها. – تسمية الملكية.	– يذكر وظيفة أجزاء جسمه. – تسمية الأماكن. – تسمية الانفعالات. – تسمية مجموعات من الأشياء. – يذكر جمل بسيطة. – يتبادل معلومة كـ (الاسم والعمر). – يقول (لا اعرف) عند سؤاله عن اسم شيء لا يعرفه. – يسأل أسئلة كـ (ما هذا – أين يوجد ...؟). – يسمي حروف الجر. – يسمي الضمائر. – يجيب عن أسئلة معلومات عامة. – يسمي نوع الجنس (ذكر	ويسال لكي تتضح له الصورة. – يحدد ضمائر الملكية المتقدمة. – يستخدم زمن الفعل الصحيح. – يسأل سؤالاً ويخبر بمعلومة. – يستمع لحديث ويجيب أسئلة عن المحادثة. – يطلب المعرفة. – يجيب عن أسئلة معلومات عامة متقدمة. – يصف كيف يفعل شيئاً ما. – يصف التشابه والضد بين الأشياء. – يسأل أسئلة عن (أي من)؟

		أو انثى) - يصف الصور في جملة. - يصف الأشياء التي يراها ويذكر أهم صفاتها. - يستطيع أستدعاء خبرات سابقة حديثة. - يجيب عن الأسئلة التي تبدأ بـ (أين). 24- تسمية الأشياء الموجودة بالغرفة. - يذكر وظائف الغرف. - يذكر وظائف المساعدين بالمجتمع. - يجيب عن الأسئلة التي تبدأ بـ(متى). - يصف تسلسل الصور. - يوصل رسالة صغيرة. - يلعب الادوار بالدمى.	- يسأل أسئلة (ماذا، أين، كيف، من، ... الخ) عندما يزود بمعلومات غامضة.

		– يعرض المساعدة على الأخرين.	
اللغـــــــة المجردة	ـــــــــــ	ـــــــــــ	– يجيب عن أسئلة لماذا؟ – يجيب عن أسئلة إذا كان؟ – يضع تكملة منطقية للجمل. – يصف الشيء الغريب في الصور. – يجيب بـ (نعم أو لا) عن معلومات حقيقية. – يتنبأ بالنتائج. – يُعطي أفكار اخرى. – يقدم توضيح (تفسير). – يستبعد عناصر معتمداً على المجموعات وخصائصها – يعرف الموضوع الرئيس في قصة ومحادثة.

المهـــــارات الاجتماعية	ـــــــــــــ	ـــــــــــــ	– يقلد حركات أقارنه. – يتبع توجيهات أقرانه. – يجيب عن أسئلة أقرانه. – يستجيب إلى عبارات بداية اللعب. – يلعب مع أقرانه بالألعاب على الألواح. – يبادر بالرغبة في اللعب مع أقرانه. – يتبادل المعلومات مع أقرانه. – يعلق مع أقرانه خلال اللعب. – يطلب المساعدة من أقرانه. – يعرض المساعدة على أقرانه.

وتعتمد طريقة (لوفاس Lovaas) على أسلوب تدريب محاولات الاتصال بين اثنين من الأفراد، ويشترك الآباء المساعدين البالغين في توصيل البرنامج، ويوصي (لوفاس Lovaas)، بأن يبدأ التدخل مبكراً، أي ما قبل سن الرابعة. ويتألف هذا البرنامج من عدة مراحل هي:

مرحلة (العام الأول): يهتم البرنامج في هذه المرحلة بتخفيف الإثارة الذاتية، أو السلوك العدواني، ويسعى إلى تطوير الامتثال وتشجيع التقليد واللعب.

مرحلة (العام الثاني) : يتم التركيز في هذه المرحلة على اللغة التعبيرية، واللعب التفاعلي.

مرحلة (العام الثالث): ينتقل التركيز في هذه المرحلة على التعبير الانفعالي (الأمام والجوالدة،2011).

وبنى (لوفاس Lovaas) برنامجه على افتراض أن بدء العلاج مبكرا للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في عمر الثانية أو الثالثة، يحقق المزيد من التقدم والقليل من التراجع، وكان أغلب الأطفال الذين تم اختيارهم لديهم آباء سوف يقومون باستكمال برنامج العلاج المكثف لأطفالهم في المنزل، بعد انتهاء برنامج (لوفاس Lovaas) العلاجي بالجامعة، وأظهرت النتائج أن نصف الأطفال الذين التحقوا بمدارس التربية الفكرية أو الفصول الخاصة في المدارس النظامية، وحقق (47%) من الأطفال استعادة تلقائية لنسب الذكاء الطبيعي، وحققوا نجاحاً في الصف الأول من مراحل التعليم (سلامه،2019).

عمل (لوفاس Lovaas) مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين كانوا بمؤسسات خاصة، حيث سعى إلى تحسين تواصلهم اللفظي من خلال تقنيات تحليل السلوك التطبيقي، وتعرض (لوفاس Lovaas) في ذلك الوقت إلى الكثير من الانتقادات من زملائه؛ لأن معظم

الأطفال الذين تم تعليمهم فقدوا المهارات اللفظية، التي اكتسبوها بعد توقف البرنامج، وعودتهم لحياتهم بالمؤسسة، ولكن لاحظ (لوفاس Lovaas) بأن الأطفال الذين عادوا ليعيشوا مع عائلاتهم، تحسنوا بطريقة أفضل، حيث أن أسرهم كانت مهتمة بتطبيق البرنامج في المنزل؛ لمساعدة أطفالهم، ومن هنا أدرك (لوفاس Lovaas) أهمية مساهمة الوالدين في العملية التعليمية، لذا قام لاحقاً بالعمل مع الأطفال الأقل سنا وأعمارهم بين (٢ – ٤) سنوات في منازلهم وبالمشاركة الفعّالة للوالدين؛ لضمان الحفاظ على المهارات المكتسبة لدى الأطفال (غنيم،2019، ٣٢٩).

وأشار (لوفاس Lovaas) إلى أن السلوكيات التخريبية هي وسيلة الطفل، لجذب الانتباه والتعبير عن رغبته في التواصل، أو تجنب المواقف لمنع الانتكاس، لذا وجب تعليم الطفل طرق جديدة لتحقيق أهدافه، كما وأشار بأنه يمكن خفض السلوكيات السلبية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومعالجتها (الزريقات،٢٠٢٠).

وأشار (لوفاس Lovaas ،١٩٩٣) أن تحليل السلوك التطبيقي يستخدم لتحقيق أهداف تعديل السلوك بعدة طرق وهي ما يلي:

1. أن يستخدم لزيادة، أو تعزيز سلوكيات المرغوب فيها، ويمكن ذلك من خلال استخدام إجراءات التعزيز.
2. أن يستخدم في تعليم مهارات جديدة، من خلال التعليم المنظم وإجراءات التعزيز.
3. أن يستخدم في تعليم الإبقاء على سلوكيات معينة، واستمرارها كإجراءات الضبط الذاتي، أو مراقبة الذات، للإبقاء على المهارات الاجتماعية وتعميمها.
3. أن يستخدم في تعليم القيام بالتعميم، أي نقل السلوك من موقف، أو استجابة معينة إلى موقف، أو استجابة أخرى.

4. أن تستخدمه لحصر الظروف والملابسات التي تؤدي إلى حدوث سلوكيات غير مرغوب فيها اجتماعياً.

5. أن يستخدم للحد من السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً، والتخلص منها إن أمكن، ومنها سلوك إيذاء الذات، والسلوكيات النمطية.

6. أن يستخدم في اكتساب السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، والحد من السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها، وفي تحسين التواصل، وتعليم الطفل الألعاب التي تتناسب ومستواه النمائي، واكسابه مهارات جديدة (محمد،2012).

تهدف إجراءات التدريب المستخدمة في طريقة (لوفاس Lovaas) إلى خفض السلوك الفوضوي للأطفال، مما يزيد من استجابتهم للأوامر، وتعليمهم كيفية المحاكاة والتقليد، وكيفية اللعب الصحيح، كما ويهدف إلى تعليم أفراد الأسرة الوسائل السلوكية، التي يستخدمها المدرسون ليكونوا جزءاً من الفريق العلاجي، وتركز طريقة (لوفاس Lovaas) على تنمية اللغة التعبيرية، وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اللعب مع الأطفال الآخرين، والتعبير عن عواطفهم، وتنمية استعداداتهم الأكاديمية، واكتسابهم مهارات جديدة من خلال مشاهدتهم للأطفال الآخرين وتقليدهم (عميرة،2021).

وعند تطبيق أهداف برنامج (Lovaas)، فإنه يجب مراعاة مجموعة من الأسس اللازمة في التدخلات التدريبية وهي كما يلي:

أولاً : كثافة التدخل العلاجي: حيث أكد (لوفاس Lovaas) على تكثيف التدريب للأطفال بحيث تكون من (25–40) ساعة أسبوعياً، لكل طفل بشكل فردي، مع وجود مساعدة من الوالدين لكي يمتد البرنامج لساعات اليوم كاملاً، ويمتد تأثيره على البيئة الطبيعية الطفل، وبالتالي تصبح

البيئة ملائمة لإشباع احتياجات الطفل، وليتم فيها التعلم. ويمكن للتدريب المكثف، والشامل للبيئة التعليمية أن يتيح للبعض من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اللحاق بأقرانهم من سن الالتحاق بالصف الأول الابتدائي.

ثانياً: المكان الملائم للتدخل: حيث أن تعليم الأطفال في العالم الذي يعيشون فيه يكون أكثر فاعلية، فيتم تنفيذ البرنامج في المركز أو المنزل، ويكون هناك عدة ميزات لتنفيذه في المنزل، حيث يقلل المشتتات المحيطة بالطفل، مما يزيد مِن فاعلية النتائج المرجوة منه.

ثالثاً: العمر الملائم للالتحاق بالبرنامج: لا يوجد عمر محدد للتدخل العلاجي بحسب برنامج تحليل السلوك التطبيقي، وأشار المختصين بالعلاج أن الأطفال الأكبر سنا، يستفيدون من البرنامج حيث أعطى البرنامج اهتماماً للحاجات الخاصة بالأطفال الأكبر سناً، وتم إجراء مواءمة للبرنامج وفقاً لكل مرحلة عمرية.

رابعاً: دور الوالدين والمقربين من الطفل: حيث يتم تدريب الوالدين والأفراد المقربين من الطفل على تنفيذ إجراءات تدريب وتعليم الطفل (عميرة،2021).

وأشار (هارتلي وشولز، 2009) إلى أهمية تعميم المهارات المكتسبة في البيت، بحيث يستطيع الوالدان المحافظة على ما اكتسبه الطفل من مهارات، ويكونون بذلك شركاء في تقديم الخدمات لطفلهم بالتعاون مع منسقي البرامج.

4.2 المبادئ التي يجب مراعاتها عند تطبيق برنامج (لوفاس Lovaas).

أ. أن يطبق البرنامج في المنزل في عمر صغير.

ب. أن يطبق في المدرسة بكل ما فيه من تكنيكات.

ت. يعتمد البرنامج على التطبيق الفردي مع الأطفال.

ث. تتراوح ساعات تطبيق البرامج بمتوسط من (٢٥-٤٠) ساعة أسبوعياً.

ج. أن يغطي البرنامج معظم المهارات وفق مستوى البرنامج (الابتدائي والمتوسط والمتقدم) والتي تشمل الأهداف الأكاديمية وما قبل الأكاديمية، والأهداف الاجتماعية، والتواصل واللغة الاستقبالية والتعبيرية، ومهارات العناية الذاتية، والمهارات الحركية، ومهارات اللعب.

ح. الأسرة هي شريك أساسي في تطبيق البرنامج، تسهم إلى حد كبير في تحقيق نجاح البرنامج.

خ. يركز البرنامج على التعزيز الإيجابي للسلوك، بدلاً من العقاب (عميرة،2021).

ويتم استعمال التعزيزات بكثرة، وهذا من الأساسيات في استعمال البرنامج السلوكي، بحيث يتم إعطاء الطفل مكافأة فورية بعد كل محاولة ناجحة يقوم بها، خلال تنفيذ الخطوة المطلوبة منه. كما ويجب مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال في اختيار التعزيز المناسب، فبعض الأطفال يفضل (قطع من البسكويت، أو أن يترك الكرسي لخمس ثوان كاستراحة، أو الاستماع إلى مقطع موسيقى يحبه، أو التقبيل، أو المعانقة، أو الدغدغة، أو موافقة لفظية (ممتاز). و أن تكون المعززات صغيرة الحجم، لأنها تعطى بشكل متكرر، بحيث يتجنب الإشباع، وبالتالي تضمن ساعات طويلة من التدريب (الزغبي،2020).

4.3 مواصفات برنامج ا(لوفاس Lovaas).

1. أنه مُفصّلٌ، حيث أنه يصف المهارات المتعددة، التي يحتاج الطفل أن يتقنها خلال التدريب.

2. يعتمد على الخصائص الفردية لكل طفل، فلكل طفل خصائصه وقدراته، كما وأن مستواه غير ثابت في كل المهارات، فقد يكون جيد في بعض المهارات، ولديه صعوبات في اللغة.

3. تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي في وقت مبكر ومكثف، يعطي نتائج ايجابية ويحقق العديد من المكاسب للطفل (الجلامدة،2013).

4.4 خطوات تنفيذ البرنامج

المجال الأول الحضور والانتباه:

الخطوة الأولى: الجلوس الصحيح.

يمكن أن تكون هذه الخطوة سهلة بالنسبة لبعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولكن يمكن أن تكون صعب لآخرين. وتتمثل هذه الخطوة بمجموعة من الخطوات وهي ما يلي:

1. اختر الكرسي المناسب للطفل، وَضَع الكرسي مباشرة خلف الطفل.
2. عَلم الطفل الجلوس، ثم ساعده حركياً بوضعه على الكرسي.
3. كافئ الطفل فوراً عند جلوسه.
4. أوقف الطفل، وساعده حركياً، وكرر الخطوة من (2-3) مرات.
5. بعد كل مرة تساعد فيها الطفل على الجلوس، حاول تخفيف المساعدة تدريجياً حتى يجلس وحده، كافئ الطفل في كل مرة يجلس فيها، ثم قم بأبعاد المسافة بين الطفل والكرسي.
6. اذا نهض الطفل دون أن تطلب منه ذلك، أجلسه، وإذا كان هناك ضرورة أجلسه بشدة، حتى يصبح خائفاً من النهوض دون أوامرك.

الخطوة الثانية: الأيدي مسترخية

في هذه الخطوة يتم المحافظة على الأيدي هادئة، حيث أن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد أن يجلسوا يعبرون عن التململ بالأيدي أو بهزها أو تدويرها. وتتمثل هذه الخطوة بمجموعة من الخطوات وهي ما يلي:

1. عندما يبدأ الطفل بالتململ، يُعطى تعليمات كـ(أنزل يديك، أرفع يديك)، وبعدها تساق أيدي الطفل إلى الموقع المرغوب.
2. يمكن استخدام الشدة عند الضرورة؛ ليتعلم الطفل بأنه من الأفضل أن يفعل هذا الموضوع وحده.
3. يجب مكافأته حتى وأنت تساعده.
4. يتم تقليص المساعدة، بشكل تدريجي، بحيث يقوم الطفل بوضع يديه في الموقع الصحيح دون مساعدة.
5. بعد أن تحصل على النتيجة التي تريدها، قم بتخفيف المكافأة المادية (كالطعام)، واستبدلها واتجه نحو المكافآت الاجتماعية، بعد ذلك استمر في تخفيف المكافآت حتى الاجتماعية منها، للوصول بالطفل للجلوس بشكل روتيني عند الأمر.

الخطوة الثالثة: توجيه وجلب اهتمام الطفل.

إن الاستعداد لبدء التعلم يتطلب شيئين مهمين هما:

أولاً: تحقيق التواصل البصري بين الطفل والمدرب.

ثانياً: لفت انتباه الطفل إلى الأشياء التي ترغب بتعليمها له.

وتتمثل هذه الخطوة بمجموعة من الخطوات وهي ما يلي:

1. أن يجلس الطفل على الكرسي مقابلك.
2. تُكررُ تعليمة (انظر إلى) كل (5–10) ثوان.

3. مكافئة (تعزيز) الطفل بالمدح وبالطعام للنظرة الصحيحة إلى الوجه لثانية في البداية، ثم لثانيتين، ثم لثلاثةِ ثوانٍ وهكذا.

4. قد لا ينظر اليك أغلب الأطفال عندما تقول (أُنظُر إلي)، لذا استعمل المعززات، واحرص على أن تكون هناك مسافة بين عينيك وعَيَني الطفل لجلب انتباه الطفل، ولا تعطِ الطفل المكافأة إلا في حال تركيز نظره إلى عينيك.

5. تخفيف الصوت بالتدريج عند نجاح الطفل مرة بعد مرة، حتى يصبح الصوت خافتاً جداً.

6. حتى يزيد أمد التواصل بالعين، يجب الإبطاء بإعطاء المكافأة (المعزز).

الخطوة الرابعة:(التركيز على الأشياء)

1. تعريف الطفل بالأشياء من خلال الصور، وذكر أسمائها.

2. تحديد الطفل للأشياء ومسمياتها (في حال قدرة على النطق).

3. يتم استخدام نماذج الأشياء الحقيقية مع الصور.

ويطبق ذلك على الصور في جميع مجالات اهتمامات الطفل (ألعاب، أشخاص مألوفون، أدوات مطبخ، الأدوات المنزلية ... الخ).

ملاحظة: يمكن أن أرشد الطفل جسديا، لكي يشير إلى الصورة، عند الحاجة وتقليل ذلك تدريجياً، وتسمية الشيء أمام الطفل.

المجال الثاني التقليد:

إن تقليد سلوك الآخرين يؤدي بالمستقبل إلى تطوير الحس الاجتماعي لدى الطفل، كما ويؤدي تدريب الطفل على تقليد الآخرين إلى أهتمام الطفل أكثر بمن حوله، مما يؤدي إلى أن

يتصرف الطفل بشكل ملائم أكثر مع البيئة المحيطة. يتشمل هذا المجال مجموعة من المهارات وهي ما يلي:

- **تقليد الحركات الكبرى:**

البدء بهذا التمرين، يتطلب أن يكون الطفل قد تعلم أن يجلس بهدوء لفترة معتدلة من (2-5) دقائق بدون إنشغال في أي سلوك معرقل. وتتم هذه المهارة من خلال مجموعة من المراحل وهي ما يلي:

المرحلة الأولى : (خبط على الطاولة)

وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. أن يجلس الطفل مقابل المدرب، ويضع يديه على الطاولة وهو ينظر إلى وجه المدرب.
2. يقول المدرب بصوت عال (افعل هذا) مع خبط اليدين على الطاولة، واذا لم يتجاوب الطفل يجب أن يشجعه المدرب على فعل ذلك.
3. تكرار أمر (افعل هذا) مع خبط اليدين على الطاولة، وإذا لم يتجاوب الطفل، نساعده جسدياً، إما من خلال شخص يجلس خلفه، أو بوساطة المدرب نفسه، وفي حال تجاوب الطفل مع الأمر، يجب مكافأته فوراً.
4. تخفيف الصوت ثم المحاولة بنفس الطريقة، وإذا لم يتجاوب الطفل نقوم بتشجعه على ذلك، ويتم تخفيض الصوت بشكل تدريجي، حتى نصل بالطفل إلى أن يتجاوب بدون أي صوت.

المرحلة الثانية: (ارفع ذراعيك)

وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. يجلس الطفل مقابل المدرب، ويضع يديه على قدميه، وهو ينظر إلى وجه المدرب.

2. يقول المدرب للطفل بصوت عال (افعل هذا)، مع رفع اليدين فوق الرأس، إذا لم يتجاوب الطفل، يجب أن يشجع المدرب الطفل على القيام بذلك.

3. تكرر أمر (افعل هذا) مع رفع اليدين فوق رأسك، وإذا لم يتجاوب الطفل يجب مساعدته جسدياً، إما من خلال شخص يجلس خلفه أو بوساطة المدرب نفسه. وعندما يتجاوب الطفل مع أمر (ارفع يديك) بشكل صحيح يجب مكافأته، وحاول مكافأة الطفل ويداه ما زالتا مرفوعتان لأعلى.

4. تخفيف الصوت، ثم المحاولة بنفس الطريقة، وإذا لم يتجاوب الطفل يقوم المدرب بتشجيعه على ذلك، ويخفض الصوت بشكل تدريجي حتى الوصول بالطفل لتجاوب بدون أي صوت.

<u>تنفيذ التعليمات عشوائياً:</u>

عندما يتعلم الطفل في المرحلتين السابقتين الرد على (9) من (10) أو الرد على (18) من (20)، من تعليمات (رفع الذراع، الخبط على الطاولة) يقوم المدرب بخلط هذه التعليمات بشكل عشوائي (الخبط على الطاولة، رفع الذراع) وهكذا، حيث يمكن أن يكون لم يتعلم تقليد السلوك.

وتعرف هذه المرحلة بـ(تعليم الطفل أن يميز) وتعتبر هذه العملية حساسة وقوية جدا ويمكن أن تظهر بها مجموعة من المشاكل وهي ما يلي:

المشكلة الأولى: أن يطلب المدرب من الطفل (ارفع يديك) ويتصرف الطفل بشكل صحيح (9) من (10) مرات بشكل صحيح، ويكافأ الطفل فتصبح شبه عادة لدى الطفل بأن يرفع يديه ويكافأ.

المشكلة الثانية: إذا تناوب المدرب بين (ارفع يديك، خبط على الطاولة) هناك احتمالية بأن يتعلم الطفل فكرة التناوب بين التعليمتين وأخذ المكافأة، ولا يتعلم التقليد.

المشكلة الثالثة: إذا تناوب المدرب بين التعليمتين بشكل عشوائي، ويجيب الطفل مرة بشكل صحيح ومرة بشكل خاطئ، تكون هذه الطريقة مثالية للتقييم، وهنا يجب الانتباه حيث الطفل يمكن أن يكون قد تأقلم مع أخذ المكافئة في المرحلة العشوائية بشكل اعتباطي، واقنع نفسه بذلك، لذا يجب تخفيف المكافآت أو منعها تماما، حتى الوصول للتقييم الصحيح.

الخلاصة: يجب تنفيذ عشوائية الأوامر، كما ويمكن تكثيفها بشكل عشوائي مثل (2،1،1،2،1،1،2،2) وهكذا، وإذا انخفضت إنتاجية الطفل، في الإجراءات العشوائية، فهذا يعني أن الطفل لا يقلد بشكل صحيح ولكن لا تيأس.

المجال الثالث : فهم اللغة

إن هذا البرنامج مصمم لتعليم الطفل أن يفهم ما يقال له بشكل محدد، وبتطبيق هذا البرنامج، سوف يرد الطفل بشكل صحيح على الأوامر والطلبات البسيطة التي تطلب منه مثل (انهض، أعطني حضن، ارفع يديك ... الخ). ويتمثل هذا المجال بما يلي:

أولاً: الأوامر اللفظية:

أ. الأمر (ارفع يديك)، وتتمثل خطواتها بما يلي:

1. يبدأ تعليم الطفل بتقديم أمر (ارفع يديك)، يجب قولها ببطء بصوت عالٍ، وواضح، وتأكد بأن الطفل غير مشغول بأمور أخرى، مثل: الإثارة الذاتية (تدوير – هز اليدين)، ويجب أن يكون جالساً بشكل مستقيم وينظر إلى المدرب. ويجب عدم أضافة كلمات غير ضرورية إلى الجملة مثل (حسام أريدك أن ترفع يديك) حيث أن هذا الأمر يؤدي إلى تشويش الطفل، ولن

ينتبه إلى الطلب الرئيس البسيط وهو (ارفع يديك)، ويجب وجود فاصل بين الأوامر من (3 –5) ثواني.

2. ويمكن مساعدة الطفل من خلال رفع المدرب ليده، حيث أن الطفل قد تعلم التقليد سابقاً، وفي حال فشل الطفل قم بإعادة الكرة مره ثانية، كما ويمكن حث الطفل جسدياً، وأن تبقى يداه مرفوعة إلى فوق من (2–3) ثواني، ويجب مكافئة الطفل هنا ليعرف ماذا يفعل.

3. تخفيف المساعدة البصرية، بحيث يخفف المدرب رفع يده تدريجياً، حتى يصبح رد فعل الطفل من الأمر فقط، وليس نتيجة المحاكاة البصرية. حيث يتم أولاً أن يرفع المدرب يده إلى الأعلى مثل المطلوب، وبعد نجاح الطفل من (4–5) مرات، يخفض المدرب رفع يده تدريجياً، حتى يصل إلى مرحلة لا يرفع فيها يده أبداً. ويجب متابعة أن تبقى يدا الطفل مرفوعة عدة ثواني، وحتى يتم مكافأة الطفل، يجب أن يرفع يديه عندما تقول له هذا، وفي حال رفع يديه دون أن يقول المدرب له، يقول له ببساطة (لا) حتى يتعلم تنفيذ الموضوع بالأمر.

ب. الأمر (اشعل الضوء)، وتتمثل خطواته بما يلي:

1. يقول المدرب للطفل (اشعل الضوء)، فإذا استجاب الطفل، ينتقل إلى تعليمة أخرى، وإلا فإن المدرب مضطر للإعادة، حتى يحصل على الجواب الصحيح.

2. يقف المدرب والطفل بجانب مفتاح الضوء، بحيث يكون المفتاح في متناول يد الطفل، ثم يقول له (اشعل الضوء)، وإذا لم يستجب، يساعده بوضع يده على المفتاح، ويساعده في إشعاله، ثم يقول له (أطفئ الضوء) بنفس الطريقة السابقة؛ لينفذ الطفل الأمر وحده.

3. تخفيف المساعدة كل مرة، حتى ينجح الطفل في تنفيذ الأمر عدة مرات.

4. المباعدة بين الطفل والمفتاح ثم إعادة الأمر.

المجال الرابع: اللغة التعبيرية

المرحلة الأولى: التدريب على الإشارة:

يجلس المدرب والطفل بجانب واحد من طاولة صغيرة، ويجب أن يكون على الطاولة الكثير من الاشياء التي تصلح كمدعمات للطفل. وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. إزالة كل الأشياء عن الطاولة وبعيدا عن أنظار الطفل، ثم يبدأ التدريب بحيث تُوضع إحدى هذه الأشياء بعيدا عن الطفل بحوالي (60سم) ثم يقول المدرب للطفل (ماذا تريد؟).
2. يمكن حث الطفل على الاستجابة بوضع المدرب يده على المدعم، وينتظر ليرى إذا ما كان الطفل سيقلده، فإذا فشل الطفل في التقليد، يتم الانتقال للخطوة التالية.
3. المساعدة الجسدية: تكون المساعدة الجسدية ضرورية إذا ما فشل الطفل في أن يقلد المدرب في الخطوة الثانية، ويمكن مساعدته جسدياً من خلال مسك يده ووضعها على المدعم، ثم يقوم المدرب بإزالة يده بعد من (2–3) ثواني من لمس الطفل للمدعم، ثم يتم تخفيف المساعدة الجسدية بشكل منتظم، حتى يصل الطفل إلى النجاح في لمس المدعم لمجرد سؤاله.

المرحلة الثانية: تقليد الأصوات والكلمات

يعتبر هذا الجزء من البرنامج الأكثر صعوبة، فهو يتضمن برنامجاً لتعليم الطفل كيف يتحدث، وكيف يقلد الأصوات، ويمكن أن يجد بعض الأطفال البطيئين ذلك صعباً جداً. وليس كل الأطفال يمكن أن يتجاوبوا مع هذا البرنامج، فالأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات، ويستعملون بعض الأحرف الصوتية، يمكن أن يتجاوبوا بسهولة مع البرنامج، أما الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ست سنوات، وهم لا يصدرون الأحرف الصوتية فيكون تقدمهم بطيئاً جداً.

وتقسم مرحلة تقليد الأصوات والكلمات إلى عدة مراحل تتمثل فيما يلي:

المرحلة الأولى: زيادة اللفظ

ويقصد باللفظ هنا أي صوت يخرج من الأحبال الصوتية، وتهدف هذه المرحلة إلى تعليم الطفل أن أي لفظ سوف يكافأ عليه، سواء بالطعام أو أي شيء آخر، وأن يعرف الطفل بأن هذا اللفظ سيكافأ عليه إذا ما كان تحت السيطرة، وليس للإثارة الذاتية فقط. وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. يختار المدرب إحدى الألعاب التي قد يحبها الطفل، أو يختار مكافأة مادية إذا كان هذا مناسباً أكثر.
2. ثم يبدأ باللعب مع الطفل كـ (الأُرجحة مثلا) ويكرر كلمة واحدة مثل (هوب، هوب ...هوب).
3. ثم يتوقف عن الأرجحة فجأة ويطلب من الطفل أن يكرر كلمة (هوب)، وفور استعماله لكلمة (هوب) يمنحه مباشرة جائزة كـ (إعادة الأرجحة مثلا)، وعند بدء تدفق أي صوت من الطفل، يتم التكرار كل (5–10) ثوان.
4. واذا لم يصدر الطفل أي صوت، يمكن أن يكون بحاجة لأن تدفعه يدوياً بدغدغة أو بمداعبة، أو بنشاط جسمي، حيث يمكن أن يدفعه ذلك ليلفظ، وأن يعزز –فوراً– لأي لفظ يصدر منه.

وتعتبر هذه الخطوة صعبة التعلم جدا من قبل الأطفال، حتى وإن كان الطفل يلفظ قبل هذه المرحلة الكثير من الألفاظ، فهو يحتاج إلى وقت طويل ليعرف بأن هذا اللفظ ينتج تأثيراً عليه.

المرحلة الثانية: إحضار اللفظ عند الأمر:

تهدف هذه المرحلة إلى جعل الطفل يتكلم ضمن (3) ثواني، بعد أن يقول له المدرب (تكلم)، وتعتبر هذه المرحلة أكثر تعقيداً من المرحلة الأولى، حيث أن الطفل كان يكافأ إذا تكلم، أما الآن فهو يكافأ بعد أن يستمع إلى كلمتك. وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. يختار المدرب إحدى الألعاب أو المدعمات التي يحبها الطفل، بشرط أن يكون الطفل مولعا بها.
2. يبدأ المدرب باللعب مع الطفل، أو بإعطائه قطعة من الحلوى، ويكرر كلمة واحدة، مثل كلمة (مممم).
3. يتوقف المدرب عن إعطاء الطفل قطع الحلوى، ويطلب منه أن يكرر كلمة (مممم)، ويعزز على كل رد صوتي بمكافأة، ويجب أن يحدث هذا الرد الصوتي خلال (3) ثواني من الأمر.
4. الفترة بين الأمر والرد يجب أن تتناقص إلى (2) ثانية.
5. ثم تتناقض الفترة إلى (1) ثانية، ثم يتم تكرار الموضوع بنجاح لـ (10) مرات، حتى تتأكد عملية النجاح.

المرحلة الثالثة: تقليد الأصوات

تهدف هذه المرحلة إلى تعليم الطفل أن يُقلد أصوات محددة، بحيث يجب على الطفل أن يتعلم تقليد (10) أصوات بشكل أولي، وتتضمن هذه الأصوات ثلاثة حروف ساكنة على الأقل.

مثل (آه – أف – ده – كه – أه – مم – أوه – أي – ته – أوه)

وهنا يحاول المدرب اختيار الأصوات القريبة من الأصوات، التي كان يصدرها الطفل في المرحلتين السابقتين، أو اختيار أصوات سهلة مثل (آه). وتتمثل خطوات هذه المرحلة بما يلي:

1. يجلس المدرب والطفل مواجهة بمسافة قدمين.

2. عند كل محاولة يقول المدرب صوت واحد (آه).

3. عند المحاولات الخمس الأولى، أي صوت يصدر من الطفل، يكافأ عليه، حتى ولو لم يكون نفس الصوت، وإنما قريباً من الصوت الذى يصدره المدرب. مثال أن يقول المدرب (آه)، ويقول الطفل (ايه) فذلك مقبول.

4. عندما يفشل الطفل في تقليد بعض الأصوات، يعمد المدرب إلى نوعين من التحفيز وهما:

أ. التحفيز البصري، ويتم بالمبالغة بفتح الفم، فمثلاً إذا قال المدرب (آه) يفتح فمه كثيراً، ويحاول أن يجعل الطفل يقلد فتحة فمه.

ب. التحفيز اليدوي: يحتاج هذا التحفيز إلى خبير لغة، حيث أنه يمكن أن يضطر لمسك اللسان أو غير ذلك من الطرق، ويعتبر الموضوع أنه قد نفذ، إذا ما قلد الطفل الصوت المطلوب لخمس مرات متتالية.

ت. بعد نجاح الطفل بتأدية الأصوات المطلوبة، يجب تقريب الصوت من الصوت الطبيعي، ومكافأة الطفل كلما اقترب أكثر من الصوت المطلوب، ويجب إشعار الطفل بالفرق بين الصوت الصحيح والصوت الخاطئ لينتبه أكثر (الزغبي،2020).

5. نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS)

(Picture Exchange Communication System)

لا يميل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى الكلام، رغم قدرة بعضهم على الكلام، ويشعر الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد أحياناً بالذعر عند إجراء محادثة، ويشعرون بالخجل من التحدث (American Psychiatric Association,2013).

طورت طريقة (PECS) في الولايات المتحدة الأمريكية، على يد أخصائي النطق (Bondi)، وزوجته (Laurie Fros، ١٩٩٤)، وبنوا هذه الطريقة على أساس ملاحظتهما بأن (80%) من الأطفال ما قبل المدرسة، ليس لديهم القدرة على التواصل الوظيفي، وبدأ استخدام هذه الطريقة على يد (Sue Baker) عام (١٩٩٧) في المملكة المتحدة كأسلوب علاجي للأطفال الذين يعانون مشاكل في التواصل، بهدف مساعدة الأطفال على اكتساب مهارة التواصل مع الآخرين (جوهري وعلي،410،2023).

ويعتمد نظام (PECS) على آلية تبادل الصورة؛ للتعبير عن الاحتياجات و التواصل مع الآخرين، يتضمن هذه البرنامج استخدام الصور على شكل بطاقات صغيرة، ويستخدم لتعليم الأطفال الذين يعانون من قصور في التواصل، وتتلخص في أن الطفل يدرب على إعطاء الصورة المناسبة للمعلم أو الأم عندما يرغب في شيء ما ، مثال: أن يبادر و يقدم بطاقة الحلوى إلى المعلمة إذا أراد قطعة من الحلوى ، أما في المراحل المتقدمة يتدرب، الطفل على أن يكون جملة كاملة، عن طريق وضع البطاقات الخاصة بهذه الجملة على ملف لاصق (المعبود،2022،81).

وأشار دكتور (Bodley) إلى أن طريقة تبادل الصور التي أنشأها والتي تعتمد على أن الطفل هو من يبادر ويختار الصورة التي يريدها من بين مجموعة من الصور، ويعطيها للمعلم أو الأم (القائم بالتدريب)، بحيث أنه لا يشير بأصبعه فقط، وهذه الطريقة أفضل من طريقة التواصل

عن طريق الإشارة، والتي قد لا يستخدم الطفل فيها اللغة، كما وأنها أفضل من نظام التواصل بالاعتماد على الإشارة للصورة فقط.

وقام (Bodley) بتطبيق هذه الطريقة على (85) طفل أعمارهم (5) سنوات أو أصغر، لم يكن لديهم لغة عند دخولهم المدرسة، حيث أشار إلى أن (66) طفل منهم استعملوا برنامج (PECS) لتبادل الصور لمدة تزيد عن سنة، ووجد أن (44) طفل منهم أصبح لديه لغة يعتمد بها على نفسه تماماً، وأن (14) طفل منهم يستعمل اللغة بمساعدة الصور أو الكلمات المكتوبة (المعبود، 2022،82).

ونظام التواصل بتبادل الصور (PECS) هو نظام قائم على الصور، تم تطويره للمتعلمين الذين يعانون من عجز في التواصل الاجتماعي، هو نظام اتصال بديل يستخدم فيه الفرد الصور بشكل مستقل للتعبير عن رغباته واحتياجاته. ويستخدم نظام PECS المبادئ والتقنيات السلوكية، مثل: التحفيز، والتشكيل، والتعزيز التفاضلي، وتقييم التعزيز، ونقل التحكم في التحفيز إحدى الخصائص الفريدة لبرنامج (PECS)، وهي أن يُعَلّم المتعلم كيفية بدء التفاعل مع الشريك التواصلي. ويتم الاحتفاظ بالصور في دفتر ملاحظات، ويتم تعليم المتعلم كيفية إنشاء الجمل عن طريق اختيار الصور، وتسليمها إلى الشريك التواصلي، كطلب لعنصر مرغوب فيه، ويركز (PECS) على تعليم المتعلم كيفية طلب العناصر، والرد على الأسئلة، وإبداء التعليقات الاجتماعية، وغالباً ما يعاني المتعلمون ذوي اضطراب طيف التوحد من عجز في هذه المجالات، ويستفيدون بشكل كبير من البرمجة التي تستهدف هذه المهارات (Suzanne,2020,p28).

وتعرف بطاقات (BECS) بأنها نظام الاتصالات التصويرية القائمة على السلوك، صممت للأطفال الذين يعانون قصوراً في التواصل الاجتماعي، وتستهدف مهارات التواصل التعبيرية من

خلال التدريب على الطلبات والتعليقات، ولكي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث يتعلمون السلوك الاستقلالي، والاختيار، والتفاعل الاجتماعي (جوهري وعلي،410،2023).

يعد نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) استراتيجية تَدخل مستخدمة على نطاق واسع، مصممة لتعليم مهارات الاتصال للأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو، بما في ذلك التوحد.

كما ويعتبر أحد التدخلات التي تهدف إلى تحسين التواصل الوظيفي للأفراد المشخصين باضطراب طيف التوحد، وهو نظام تواصل بديل، ومعزز قائم على الصور لتواصل المعزز و البديل

(Augmentative and Alternative Communication) (AAC)، الذي يسُتخدم على نطاق واسع، لتعليم التواصل الوظيفي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويقوم نظام (PECS) على تعليم الأطفال ذوي بالتوحد واضطرابات التواصل الأخرى، بدء التفاعلات التواصلية ضمن إطار اجتماعي (Moore,2009,p66).

وهذا البرنامج يشمل ست مراحل، لتدريب الأطفال ما قبل المدرسة، أو الأطفال الأكبر سنا على التواصل، ويقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية، مثل (التشكيل والتعزيز والتلقين والإطفاء). وفي المرحلة الأولى، يتطلب التدريب وجود شخصين بالغين مع الطفل، أحدهما أمام الطفل، والآخر خلفه، حيث يساعد الشخص الذي في الخلف الطفل بشكل عملي، بحيث يضع يده فوق يد الطفل ويمسك بالبطاقة معه، ويناولها للشخص الآخر، مع استخدام التعزيز المناسب، مثال (عندما يريد الطفل أن يشرب، فإنه يأخذ بطاقة مكتوب عليها "أنا أريد" ويعطيها للمعلم، ثم يأخذ الطفل صورة لطفل يشرب ويضعها بجوار بطاقة "أنا أريد"، فيساعده المعلم قبل أن يشرب على

نطـق جملـة " أنـا أريـد أن أشـرب"، وعنـد نطـق الجملـة يعطيـه المعلـم الكـوب ليشـرب) (جنيد،2018،57).

إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وخاصة دون سن الخمس سنوات لا يتكلمون، كما ولديهم صعوبة في تقليد الآخرين، لذا سعى كل من (Andy Bondy and Lori Foust) في العام (1994) بالولايات المتحدة الأمريكية على تطوير النظام بهدف مساعدة هؤلاء الأطفال على التواصل عن طريق تبادل الصور، حيث يتم تدريبهم على اختيار الصورة التي تعبر عن حاجاتهم ورغباتهم، من خلال الاستفادة من جوانب القوة لديهم في الإدراك البصري ، والأطفال في هذا النظام لا يحتاجون إلى مهارات سابقة لتعلم التواصل، كما ولا يشترط بهؤلاء الأطفال أن يكون لديهم مهارات التقليد، ولا الكلمات، قبل البدء به، ويعتمد نظام (PECS) على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي(ABA)، للأطفال الذين يعانون من قصور في استخدام اللغة المنطوقة (غانم،2013،64).

وأظهرت الدراسات أن (PECS) يمكن أن يقلل من نوبات الغضب والسلوكيات الغريبة، مثال (قد يبكي الفرد لأنه عطشان، و قد لا يفهم أحد الوالدين أو المعلم سبب بكائه، ونتيجة لذلك ستظل احتياجاتهم غير ملباه)، فإذا كان لدى الفرد إمكانية الوصول إلى صور الاتصال، يمكنه توصيل احتياجاته بسرعة (NATIONAL Autism Resources) .

وأشار (Bondi and Frost ,1994) إلى أن (59%) من الأطفال، طوروا خطاباً مستقلاً بعد تدريب (PECS). كما وأشار (Schwartz) وآخرون (1998) إلى وجود علاقة إيجابية بين تدريب (PECS) وتطوير الكلام (Moore,2009,p66).

يستند نظام (PECS) على نظريات التعلم، التي تشير إلى أن التعلم يحدث بالآثار المترتبة على ما يلي:

قانون التكرار : أي أن السلوك يميل إلى التكرار، إذا ترتب عليه آثار جانبية.

قانون الأثر : أي أن النجاح يؤدي إلى المزيد من النجاح ويولد الدافعية (معزز) (محمد،26،2017).

وتشير الأكاديمية الوطنية للعلوم بأمريكا (٢٠٠١) (National Academy of Science, USA) إلى أن نظام (PECS) يسهم في تعليم التواصل للأطفال الذين يعانون من قصور في لغتهم التعبيرية، أو من ليس لديهم الألفاظ اللغوية، كما يعتبر ضرورياً للحد من المشكلات السلوكية المختلفة التي يمكن أن يعاني منها الأطفال، أو قد يسهم في التخلص منها. ويساعد هذا النظام الأطفال على تعلم كيفية الربط بين الأشياء أو الربط بين مواضيع معينة، والكلمات الدالة عليها. وعند استخدام هذا النظام في إطار المحاولة المستقلة أو المتمايزة، هناك احتمال كبير أن يتعلم الطفل كيف ينطق الكلمات نطقاً صحيحاً، من خلال التكرار أثناء القيام بتبادل الصور (محمد،2012).

5.2 المهارات الأساسية المتطلبة لاستخدام بطاقات برنامج بيكس (PECS):

هناك مجموعة من المهارات الأساسية التي يجب أن يتعلمها الطفل؛ ليتمكن من استخدام بطاقات برنامج بيكس (PECS) واتباعها هي ما يلي:

1. التعرف على الصورة وتمييزها من الخلفية (Background Versus Picture).

يعتبر التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية من أول المهارات التي يجب أن يتعلمها الطفل، ويظهر إتقان الطفل لهذه المهارة من خلال أن يشير إلى الصورة التي يرغب بها بإصبعه، ويذكر اسم الشيء الذي بالصورة في حال معرفته اسمه، أو يردد اسم هذا الشيء خلف المدرب إذا كان لا يعرفها .

2. تمييز الأشياء المتشابهة والتعرف عليها

(Recognizing and Distinguishing Using Similar Things)

وتعتبر هذه المهارة من المهارات المهمة؛ ليتمكن الطفل من إدراك التطابق بين الصورة والشيء، ويتعرف الطفل هنا على الأشياء ويميزها، ليصبح قادراً على المجانسة بين أي شيء وصورة هذا الشيء، حيث يدرك أن صورة الشيء تمثل المادة الخام لهذا الشيء.

3. إدراك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء (Picture Object Correspondence)

تعتمد هذه المهارة على المهارة السابقة، والتي استطاع الطفل من خلالها، تمييز الأشياء المتشابهة والتعرف عليها، يقوم المدرب هنا بأعداد خمس صفحات في ملف، ويوضع في كل صفحة صورة واحدة لشيء أو لعبة مألوفة بالنسبة للطفل، ثم يقوم المدرب بعرض البطاقات على الطفل، ويضع أمامه خمسة مجسمات حقيقية، من بينهم مجسم صورة الشيء التي عرضت على الطفل، ويطلب من الطفل معرفة الشيء الموجود في الصورة من بين الأشياء المعروضة أمامه، ويلتقط الطفل الشيء بيديه ويذكر اسمه، ويكرر المدرب ذلك في كل صفحات البطاقات، وعندما يستجيب الطفل لكل صفحات البطاقات، يتم إعطاؤه الفرصة للقيام بالمحاولة الثانية والثالثة، ويقوم المدرب بجمع بيانات خاصة بهذه البطاقات على استمارة خاصة، حيث يسجل فيها استجابات

الطفل، وتعتبر استجابة الطفل صحيحة، إذا قام بوقت لا يتعدى الخمس ثواني، ويعتبر الطفل متمكن من هذه المهارة إذا نجح بثلاث استجابات صحيحة من أصل خمسة في كل محاولة.

(جوهري وعلي،161،2023-١٦٢).

إذا كان المتعلم لا يوجه نظره إلى شريك الاتصال أو لا يتواصل معه بالعين، فإن العودة إلى نظام التدريب المكون من شخصين، قد تساعد الطفل على أن يصبح أكثر إصراراً في جذب انتباه شريكه (أي التحديق في الوجه أو الاتصال بالعين)، لا ينبغي لشريك التواصل أن ينظر تلقائياً إلى الطفل عندما يقترب بشريط جملته، بل عليه أن يخفض رأسه. يمكن للموجه أن يساعد الطفل على النقر على كتف الشريك لجذب انتباهه أو لمس وجه الشريك بلطف. يجب على شريك الاتصال بعد ذلك الرد مثلا ("أوه، إنه كذلك اسم الطفل") والرد على الطلب. وبعد التجارب المتكررة تتلاشى المساعدة الجسدية National Professional Development Center on (ASD, 2010).

أظهرت الممارسة السريرية أن نظام (PECS)، يلعب دوراً في تحسين الفهم اللفظي عن طريق إضافة إشارات مرئية وسياقية إلى المعلومات اللفظية، وفي بعض الحالات، يزيد من الإنتاج اللفظي.

ولا يمكن ضمان الاستخدام الروتيني للبطاقات إلا من خلال مشاركة أولياء الأمور في هذه العملية، ويعتبر تمكين الأسرة من خلال آليات تشغيل (PECS) أمراً أساسياً (Tamanaha, et al,2023,P2)

ويتمثل التحدي الكبير في تدريس التواصل التعبيري المستقل لبعض الأطفال، في إيجاد طريقة لتحفيزهم على المشاركة والتعلم، لذا يجب تقديم وتعليم التواصل بالصور بطريقة ممتعة ومحفزة، حتى يرغب الطالب في المشاركة في الجلسة، وتعلم مهارات الاتصال التعبيري المنظم، ولجعل رسائل التواصل أكثر قابلية للفهم (NATIONAL Autism Resources).

5.3 أهداف برنامج (PECS):

1. تعليم الأطفال الأداء السلوك الاستقلالي.
2. تدريب الأطفال على التفاعل الاجتماعي، وإقامة تفاعلات اجتماعية مقبولة مع الأخرين.
3. تدريب الأطفال على اختيار الأنشطة التي يرغبون القيام بأدائها وترتيبها.
4. الحد من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا، مثل (السلوك العدواني، وإيذاء الذات، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، والسلوك النمطي).
5. تنمية مهارة التعاون والمشاركة، والتعبير الانفعالي ، واتباع القواعد والتعليمات
6. تحسين التوافق بين الطفل والأسرة.
7. تناول مفاهيم معنوية كالمشاعر والأحاسيس (جوهري وعلي،411،2023).

- أهمية تطبيق نظام (PECS) التعليمي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

1. تطوير وتنمية المهارات الاجتماعية، والانفعالية، والإدراك الحسي.
2. تحقيق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين.
3. التشجيع على التواصل بالعين بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والآخرين.

4. تنمية الانتباه لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

5. تعديل السلوك الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال أنشطة انتقاء الكروت الملونة، مثل (الجلوس على مقعد بهدوء، والالتزام في حال تواجده مع الأطفال الآخرين في بيئته) (المعبود،2022، 83).

5.3 مميزات نظام (PECS)

1. يستخدم الاستراتيجيات السلوكية في تعليم الأطفال استخدام سلوكيات التواصل الوظيفية لطلب الأشياء التي يرغبون فيها.

2. يتم تعزيز سلوك الطلب لدى الأطفال من خلال استلام العنصر الذي يرغب فيه.

3. لا يتطلب تعلم مسبق لقدرات التقليد (Bondy& Frost، 2002).

4. لا يتطلب تطبيق البرنامج تعلم الطفل لأي كلمة قبل بدء البرنامج.

5. لا يتطلب تطبيق البرنامج استمرار الالتقاء البصري، ولا مطابقة الصور مع المجسمات.

6. لا يتطلب تطبيق البرنامج الجلوس بهدوء.

7. تنمية روح المشاركة بين جميع أفراد الأسرة، مما يقلل نسبة الإحباط عند الوالدين.

8. يمكن استخدامها مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وغيرهم ممن يعانون من المشكلات المرتبطة بقصور القدرة على التواصل (جوهري وعلي،411،2023)

9. لا يحتاج المستمع إلى تدريب خاص؛ لأن الصور سهلة الفهم وغالباً ما يتم تصنيفها.

10. المطابقة البسيطة تجعل الاتصال الأولي أسهل.

يمكن أن يساعد البدء بـ)(PECS في تجنب إنشاء تاريخ عاطفي سلبي يتعلق بالكلام (NATIONAL Autism Resources)

11. تنمية الانتباه المشترك.

بمقدور أي طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، أن يبدأ في برنامج التواصل، من خلال تبادل الصور، لأن هذا البرنامج يُركز على نقاط قوة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، فالأطفال الذين يستخدمون هذا البرنامج، يتعلمون كيف يتقاربون ويعطون صورة الشيء الذي يرغبون فيه لشريكهم في التواصل، وبهذا الأسلوب يبادر الطفل بالتواصل ليحصل على نتيجة مادية داخل سياق اجتماعي (سيد،159،2009).

5.4 سلبيات نظام (بيكس PECS)

أشار المعبود (2022) إلى مجموعة من سلبيات نظام (بيكس PECS) وهي:

1. أن نظام (بيكس PECS) قد يقلل أو يحد من إمكانية تعلم اللغة، ويحصر الطفل في استخدام تبادل الصور فقط.
2. أن نظام (بيكس PECS) يعتمد على الاستفادة من نقاط القوة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهي فهم المعلومات البصرية، حيث أشار إلى أن قدرة بعضهم على التمييز والادراك البصري ضعيفة.
3. أن الرسومات التوضيحية لبطاقات نظام (بيكس PECS) غير واقعية، حيث أنها مختلفة عن المجتمع المحيط بالطفل.
4. أن ألوان بطاقات نظام (بيكس PECS) غير جاذبة لانتباه الطفل.

5. أن حجم العناصر داخل إطار بطاقات نظام (بيكس PECS) غير متناسقة الملمس، كما وأنها غير واضحة بالشكل الكافي (المعبود، 2022،83).

ورغم أن هدف نظام (بيكس PECS) هو التواصل المستقل، إلا أن بعض المتعلمين قد لا يصلون إلى الاستقلال الكامل، وقد يختلف مستوى الاستقلال حسب احتياجات الأطفال وقدراتهم.

.(Bondy & Frost,2002)

5.5 مراحل نظام تبادل الصور (بيكس PECS)

أشار عادل محمد (2012) إلى أن (بيكسPECS) يمر بثلاث مراحل وهي ما يلي:

أولاً: تشجيع الطلب التلقائي للأشياء أو الأنشطة

تتضمن هذه المرحلة عملية تعليم الطفل نسق التواصل باستخدام نظام تبادل الصور، من خلال التشجيع التلقائي للطفل على طلب الأشياء، أو الأنشطة التي يرغب بها، وتتطلب هذا المرحلة وجود شخصين على الأقل أثناء التدريب، ويكون المدرب أحد هذين الشخصين، ويكون الطفل الشخص الثاني، ويجب ألا يوحي المدرب للطفل باستخدام صورة معينة، وألا يعطيها له، وألا يشجعه على اختيار صورة معينة، لأن هدف هذه المرحلة هو البداية التلقائية للتواصل، وليس البداية الموجهة. فالطفل هو من يختار ما يريد من تلقاء نفسه، وهذا لا يمنع من حث الطفل وتشجيعه على التقاط أي صورة دون تحديد صورة معينة، بحيث يأخذ الطفل دوراً إيجابياً، ولتحقيق هذه المرحلة يوجد مجموعة من الخطوات الفرعية، هي كما يلي :

1. تحديد ما يريده الطفل:

أي أن يقوم المدرب بمعرفة ما يريده الطفل وتحديده، من خلال ملاحظاته السابقة التي جمعها عن الطفل، ومن خلال التحليل الوظيفي لسلوك الطفل، الذي تم قبل بدء تعليم الطفل السلوك المستهدف، وتدريبه عليه. بحيث تعطي الصور المعروضة على الطفل أشياء محللة لديه، وما يمكن أن يسأل عنه، وتوضع أمامه بصورة تجعله قادراً على رؤيتها جميعها بوضوح، حتى يختار الصورة التي يريدها بسهولة. وينتظر المدرب حتى يتمكن الطفل من الوصول إلى الصورة التي تمثل الشيء الذي يرغب فيه، ويحثه المدرب على الإمساك بها، وينتظر المدرب الطفل حتى يعطيه اياها، ثم يقوم المدرب بإعطاء الطفل ما تدل عليه الصورة في الحال، ويمكن أن يعتبر هذا تعزيز للطفل، مما يحثه على الاستمرار في أداء المهمة، حتى يتم التعلم المستهدف.

2. التأكيد اللفظي على الطلب ثم الثناء.

هنا يقوم المدرب بالتأكيد لفظياً على الطلب الذي يريده الطفل، ويقوم بالثناء عليه لقيامه باختيار الصورة التي تعبر عما يريده، مثلاً: إذا أحضر صورة سيارة يقول المدرب إنها صورة سيارة، إذن أنت تريد السيارة، ويقو له ممتاز أو أحسنت أو يناديه باسمه، لقد اخترت "السيارة "، وتكون ألفاظ التعزيز بحسب بيئة الطفل.

3. حث الطفل على النطق بالكلمة :

يقوم المدرب هنا بإحضار " السيارة " كما في المثال السابق، ويقول للطفل: نعم، إنها سيارة، ويطلب منه أن يقول: " سيارة "، ويحثه على أن ينطق كلمة "سيارة"، ويبقى يكرر الكلمة مع الطفل، حتى يتمكن من نطقها.

4. تحقيق الذبول البطيء للحث:

يعمل المدرب هنا بالعديد من خلال محاولات متكررة، على تحقيق الذبول التدريجي البطيء للحث أو استخدام إشارة التذكر حتى يصبح مجرد إشارة إلى الصورة تكون من الطفل، مما يسهم في تحقيق الاستقلالية، فيصبح الطفل قادراً على البحث المستقل عن الصورة التي يرغب فيها، ويقوم بإعطائها لشخص معين، سواء المدرب أو أي شخص آخر، ويمكن للطفل أن يقوم بذكر اسم الشيء الذي في الصورة التي اختارها.

وعندما يرى المدرب أن الطفل قد فهم المرحلة الأولى، وأصبح قادراً على اختيار الصورة التي يرغب فيها، وتمكن من الإمساك بها، ونطق اسم الشي في الصورة، ثم إعطائها للمدرب، أو أي شخص آخر، ومما يدل على أنه أصبح قادراً على تحديد طلب معين يريده بشكل مستقل، يتم الانتقال إلى المرحلة التدريبية الثانية.

ثانياً: تشجيع استخدام الصور في التواصل

تتضمن هذه المرحلة، تشجيع الطفل على استخدام الصور في التواصل، من خلال عدة من خطوات فرعية وهي ما يلي:

1. استمرار الطفل في طلب الأشياء، أو الأنشطة عن طريق الصور:

في هذه الخطوة يحرص المدرب على استمرار الطفل في طلب الأشياء، أو الأنشطة مختلفة التي يرغب فيها، كم تعلم بالمرحلة السابقة، وفي هذه الخطوة، يحرص المدرب على أن ينتقل الطفل مسافة كبيرة إلى الأمام، ويطلب منه أن يمسك الصورة التي يرغب فيها، وأن يذهب

بها إلى الشخص الذي يريد منه أن يلبي طلبه، مثال (فيأخذ صورة لكوب ماء، ويذهب بالصورة إلى أمه كي تحضر له الماء).

2. استخدام الصور في مواقف مختلفة.

في هذه الخطوة، يقوم المدرب بمساعدة الطفل على استخدام الصور الموجودة في المواقف المختلفة، كأن يستخدمها مع الأب، وليس مع أمه فقط، وأن يستخدمها في غرف أخرى داخل المنزل، وليس بالغرفة التي يتم التدريب فيها فقط، ومساعدته أيضاً على استخدم الصور مع أشخاص آخرين من غير الأشخاص الذين شاركوا في تدريبه وتعليمه، فيبدأ في استخدامها مع الوالدين، والمعلمين، وأخوته، وأقاربه؛ مما يسهم في توسيع نطاق شبكة العلاقات الاجتماعية للطفل.

3. زيادة المفردات اللغوية، والأشياء، والأنشطة التعزيزية.

في هذه الخطوة، يتيح المدرب للطفل فرصة اكتساب أكبر عدد من المفردات اللغوية المعبرة عن الرموز المختلفة المتاحة أمامه، وإتاحة الفرصة له؛ ليطلب المزيد من الأشياء والأنشطة التي يستخدمها في إطار التعزيز، ويستخدم الطفل في هذه الخطوة صورة واحدة فقط، ثم ينقل أثر التدريب إلى مواقف، وأنشطة جديدة، وأفراداً أخرين، وبالتالي يدرك التعميم حيث يقوم بتعميم الخبرة على مواقف وأفراد أخرين.

وعندما يفهم الطفل المرحلة الثانية، ويصبح قادراً على اختيار الصورة التي يرغب بها، ويستخدمها بمواقف وأنشطة مختلفة، ومع أشخاص أخرين، وبعد زيادة مفرداته اللغوية المرتبطة بالصور التي يستخدمها، وقد أصبح يستطيع اختيار أنشطة تعزيزية جديدة ومتنوعة، ينتقل الطفل إلى المرحلة التدريبية الثالثة.

ثالثاً: تعلم الاختيار.

يتعلم الطفل في هذه المرحلة أن يختار بين عدد من الأشياء، أو الأنشطة، ويتراوح عدد الصور التي عليه أن يختار من بينها، بين اثنتين إلى ثلاث صور، ويمكن زيادة عد الصور لخمس أو ست صور وفق خصائص الطفل وطبيعته، ويقوم المدرب بعرض الصور على الطفل، ويدربه على القيام بالاختيارات الشخصية فيسأله " ماذا تريد ؟ " ، فيرد الطفل " أريد كذا ويحدد ما يريد". ثم يقوم تدريجياً بالعمل على ذبول الحث الذي يقدمه للطفل، فلا يسأله "ماذا تريد؟"، وإنما يترك له فرصة اختيار الصورة التي يريدها من بين مجموعة الصور، وأن يحدد هو ما يريد، ويمسك الصورة من تلقاء نفسه، ويسلمها للشخص الذي يرغب أن يتواصل معه، ويقول له " أنا أريد..."، أي يعبر فيذكر اسم الشيء الذي يريده، وبالتالي يحدث التواصل بين الطرفين (عادل محمد،2012).

ويمكن تلخيص مراحل (بيكس PECS) بأنه يتم تدريب الطفل على إعطاء الصورة المناسبة للمعلم أو الأم (القائم بالتدريب)، عندما يرغب في الحصول على شيء ما، مثال: أن يبادر و يقدم بطاقة الحلوى، إذا أراد قطعة حلوى، وفي المراحل المتقدمة يتم تدرب الطفل على تكوين جملة كاملة، من خلال وضع البطاقات الخاصة بالجملة على ملف لاصق (المعبود،2022،81).

ومن أجل تعزيز تعميم التبادل التواصلي المتعلم باستخدام نظام (بيكس PECS)، فإنه يجب أن يتم التدريس في مجموعة متنوعة من البيئات الطبيعية، (على سبيل المثال، المنزل، المدرسة، المجتمع)، ويجب أن يحدث أثناء الأحداث والأنشطة الطبيعية التي تحدث طوال فترة الدراسة، على سبيل المثال: (الوجبات، والوجبات الخفيفة، ووقت اللعب، ووقت التدريس، وفرص اللعب). ومن خلال مزجها، يبدأ المتعلم في تجربة المكافأة الفورية للتواصل، ويتعلم أن نظام التبادل

نفسه فعال عبر الأشخاص والأماكن والأنشطة (National Professional Development Center on ASD, 2010).

ويتم تطبيق نظام (بيكس PECS) بطريقة عملية من خلال المراحل والخطوات التالية:

المرحلة الأولى: (التبادل الجسدي: كيفية التواصل)

يتم في هذه المرحلة تعليم وتشجيع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على استخدام البطاقات لطلب أو إظهار رغبتهم في الحصول على عنصر جذاب بالنسبة لهم، أو الأنشطة التي يريدونها حقًا.

فيتعلم الطفل في هذه المرحلة كيفية البدء بالتواصل، من خلال الاقتراب من شخص ما، عندما يحتاج إلى شيء ما، ويستحسن الاستعانة بشخصين (المستمع والموجه)، وعندما يصل المتعلم إلى العنصر المطلوب، يرشده الموجه لالتقاط الصورة بأي مساعدة ضرورية. وقد يحتاج بعض المتعلمين إلى تحفيز مادي؛ وقد يحتاج البعض إلى مطالبة إيمائية. وبعد ذلك يصل الفرد نحو الصورة ويضعها في يد المستمع المفتوحة، وخلال هذه المرحلة من المهم أن يقوم المدرب بتخفيف المطالبات تدريجياً عبر عدة فرص.

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha, et al.2023,P2) (Suzanne,2020,p18).

نتيجة المرحلة الأولى هي أن ينظر الطفل (المتعلم) إلى الصورة ويصل إليه ويلتقطه ويسلمه إلى شريك الاتصال الخاص به.

خطوات المرحلة الأولى:

1. يقوم المدرب بترتيب بيئة التدريب، من خلال توفير صورة واحدة في كل مرة، ووضع شريك الاتصال بشكل مناسب، وعرض المعزز أمام المتعلم. ويجلس الطفل ذو اضطراب طيف التوحد مقابل شريك التواصل، مع وجود مساعد يجلس خلفه أو بجانبه للمساعدة في تطوير الإجراءات المطلوبة مثل (الوصول، والالتقاط). وليس من الضروري أن يجلس المتعلم، فقد يجد بعض المتعلمين من ذوي اضطراب طيف التوحد أن تعلم (PECS) أسهل، إذا سمح لهم بالتحرك في الغرفة (في بداية الجلسة التدريبية). يقوم المدرب بوضع أحد العناصر المفضلة للغاية والتي تم تحديدها من خلال جمع المعلومات حول المعززات بالنسبة للطفل(المتعلم) على الطاولة وبعيداً عن متناوله، وتكون صورة على الطاولة بين الطفل (المتعلم) والعنصر المعزز.

2. يقوم الشريك التواصلي بإغراء المتعلم من خلال التفاعل مع العنصر المعزز الموجود أمامه.

3. يفتح شريك الاتصال يده بعد أن يبدأ الطفل (المتعلم) الطلب.

4. يصل الطفل (المتعلم) نحو العنصر المطلوب، يقوم المساعد (الجالس خلف المتعلم) بمقاطعة الوصول، وإعادة توجيه المتعلم لالتقاط الصورة من خلال تقديم مطالبة مادية. ويتم تحفيز التبادل التواصلي المدعوم جسدياً عن طريق مقاطعة وصول المتعلم فعلياً نحو العنصر المطلوب، وإعادة توجيه المتعلم لالتقاط الصورة بدلاً من ذلك. وفي هذه المرحلة يجب عدم استخدام أي مطالبات لفظية، لأن ذلك يساعد المتعلم على أن يصبح أكثر استقلالية وأقل اعتماداً على الآخرين أثناء التبادلات التواصلية.

5. يلتقط الطفل (المتعلم) الصورة، ويقوم المساعد بمساعدة المتعلم من خلال مساعدته في وضع الصورة في اليد المفتوحة لشريك الاتصال.

6. يقوم شريك الاتصال بتسليم العنصر على الفور إلى الطفل (المتعلم)، ويسمي العنصر عند إجراء التبادل. بمجرد أن تصبح الصورة في يد شريك الاتصال، فإنه يستجيب بقول اسم العنصر. حيث يستخدم الأسماء فقط، ويتجنب استخدام بنية الجملة؛ في هذه المرحلة.

7. لا يقدم المساعد وشريك الاتصال أي مطالبات شفهية خلال المرحلة الأولى.

8. تتم مكافأة المتعلم على الفور بالعنصر بعد الاستبدال.

9. بمجرد إنشاء خطوات التبادل، يختفي المساعد من المساعدة الجسدية.

وفي البداية يتم استخدام المساعدة المادية الكاملة (أي التسليم)؛ لمساعدة المتعلم على التنقل وممارسة التبادلات الناجحة؛ وبعد ذلك يجب تقليل ذلك تدريجياً، حتى يتمكن الطفل من بدء التبادل وإكماله بمطالبات قليلة أو معدومة .

10. بمجرد تلاشي المساعدة الجسدية أثناء التبادل، يتلاشى شريك الاتصال من استخدام المطالبة باليد المفتوحة. وقد يظل بعض المتعلمين بحاجة إلى بعض التوجيه الجسدي مثل (اللمس الخفيف والإيماءات)، بينما قد لا يحتاج آخرون إلى مساعدة سريعة للمشاركة في التبادلات. الهدف هو الوصول بالطفل (المتعلم) إلى أن يبدأ في تسليم الصورة قبل أن يفتح شريك الاتصال يده لاستلامها.

<u>نصائح عامة لتنفيذ المرحلة الأولى</u>

أ. يتم توفير العديد من الفرص للممارسة، وينبغي أن تكون عمليات التبادل ممتعة للطفل (المتعلم).

ب. من الأفضل أن يكون شريك الاتصال والمساعد مجموعة متنوعة من الأفراد، لمنع المتعلم من أن يصبح معتمداً على التحفيز على شخص واحد.

ت. الأطفال (المتعلمون) الذين لديهم صدى (أي يكرروا ما يقال لهم)، يمكن استخدام عبارة "أريد" بدلاً من "أنت تريد"، عند الاعتراف بالتبادل وتعزيزه، وقد يكون من الأسهل قول اسم الشيء في الصورة فقط.

(National Professional Development Center on ASD, (2010),p(3-4).

المرحلة الثانية (المسافة والمثابرة)

تهدف هذه المرحلة إلى تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والتأكيد على فهمهم، بشكل فعال لأهمية استخدام البطاقات، وتعليم تعميم هذه المهارة الجديدة من خلال استخدامها في أماكن مختلفة، مع أشخاص مختلفين وعبر المسافات، أي الاستمرار في استخدامها في أي موقف تواصلي، ويتم تعليمهم أيضًا أن يكونوا أكثر ثباتًا في التواصل.

وفي هذه المرحلة يبتعد الشريك التواصلي تدريجيا، وتكون الصور أبعد عن المتعلم ولكن لا تزال في مرأى الجميع.

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha,2023,al. e,P2) (Suzanne,2020,p18).

ويمكن أن تبدأ المرحلة الثانية، بمجرد أن يكتسب الطلاب المهارات الأساسية الموضحة في المرحلة الأولى وهي (الوصول إلى العنصر ذي الاهتمام العالي، والتقاط صورة العنصر، وتسليم الصورة إلى شريك الاتصال، والحصول على التعزيز). ويستمر توفير العديد من الفرص

للمتعلم؛ لممارسة هذه المهارات في مجموعة متنوعة من الإعدادات مع المعززات المرغوب فيها للغاية.

وتكون نتيجة هذه المرحلة هي زيادة العفوية، وتعميم تبادل الصور لدى الطفل (المتعلم). أي أن البالغين يخلقون فرصاً للطلاب؛ لزيادة قدرتهم على بدء التفاعل التواصلي، بما في ذلك جذب انتباه شريك الاتصال، والمثابرة في البحث عن النتيجة المرجوة.

يظل الكثير من الروتين كما هو في المرحلة الأولى، مع الجانب الأكثر أهمية وهو تسلسل تبادل المتعلم لالتقاط الصورة للعنصر المطلوب، وتسليمه إلى شريك الاتصال، واستلام الكائن المطلوب مع التأكيد اللفظي من اسم العنصر.

على الرغم من أن المساعد قد قام بإخفاء المطالبات، إلا أنه يظل متاحاً للمساعدة عند الضرورة. كما هو الحال في المرحلة الأولى، ولا يتم استخدام أي مطالبات لفظية، ويتم استخدام صورة واحدة فقط في كل مرة.

وفي هذه المرحلة يتم زيادة عدد العناصر المعززة والتنويع فيها، حيث يجب أن يتوفر للطفل (للمتعلم) رصيد من الأطعمة والأنشطة والعناصر المادية؛ ليطلبها من خلال عملية التبادل، ودائماً هناك خطر الإشباع المعزز (أي أن المتعلم يتعب من المعزز)، مما قد يعيق فعالية التدريب. لذا من الضروري استخدام عناصر متعددة، أثناء عمليات التبادل التواصلي للحفاظ على دافعية الطلاب.

خطوات المرحلة الثانية:

1. يقوم المدرب بترتيب بيئة التدريب من خلال توفير صورة واحدة في كل مرة، ووضع شريك الاتصال بشكل مناسب، وعرض المعزز أمام الطفل (المتعلم).

2. يقوم الشريك التواصلي بإغراء الطفل (المتعلم) من خلال التفاعل مع الشيء المعزز الموجود أمامه. ويجب أن تتاح للمتعلم العديد من الفرص؛ للمشاركة في تبادل الصور مع مجموعة متنوعة من شركاء التواصل، حيث يتم اختيار الشركاء من الأفراد الذين يتفاعل الطفل معهم بشكل منتظم، بما في ذلك الآباء، والأشقاء، وأفراد الأسرة، والفصل الدراسي، والأقران والمعالجين، ويجب هنا تجنب المطالبات اللفظية.

3. مع تقدم التدريب، يتحرك المدرب مسافة من الطفل (المتعلم)، بحيث يجب على المتعلم أن يتحرك مسافة معينة للوصول إلى الصورة. ففي المرحلة الثانية، يزيد الشريك تدريجياً المسافة والموقع من المتعلم، بحيث يتعلم الطالب الوصول إلى الصورة، والتحرك على مقربة من شريك الاتصال المطلوب، وجذب انتباه الشريك قبل تقديم الطلب. عند الانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، يكون المساعد متاحاً لتقديم المطالبات غير اللفظية أو المساعدة عندما يبدأ الطلاب في التنقل بين الخطوات والمسافة. غالباً ما يتم استخدام "النظرة المترقبة" لتسهيل بدء الطلاب. مثال (يقوم شريك الاتصال برفع حاجبيه بينما يحني كتفيه ويرفع ذراعيه أيضاً لنقل الرسالة، "ماذا تريد؟")، وهذا غالباً ما يكون كافياً لإثارة تبادل تواصلي بين الطالب والشريك.

4. يلتقط المتعلم الصورة دون مطالبته.

5. مع تقدم التدريب، يضع المدرب كتاب التواصل على مسافة ما، بحيث يجب على المتعلم التحرك للوصول إلى الصورة.

وعندما ينجز الطفل (المتعلم) الخطوات المطلوبة في السفر من نقطة الأصل؛ لتقديم طلب لشريك الاتصال، تزداد المسافة بين الطفل (المتعلم) والصور الموجودة في كتاب التواصل. وهذه الزيادة في المسافة تكون تدريجية، وتشجع الطفل (المتعلم) على البحث بنشاط عن الصورة المحددة المطلوبة للتبادل التواصلي.

6. يقوم شريك الاتصال بتسليم العنصر على الفور إلى الطفل (المتعلم)، ويسميه عند إجراء التبادل.

7. لا يتم تقديم أي مطالبات شفهية طوال المرحلة الثانية.

8. يقوم المدرب بمكافأة الطفل (المتعلم) على الفور بالعنصر المطلوب بعد التبادل.

National Professional Development Center on ASD, (2010),p(5-6).

المرحلة الثالثة (تمييز الصور)

في هذه المرحلة يتم تعليم وتشجيع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، على الاختيار من بين صورتين أو أكثر (التي يتم وضعها في كتاب اتصالات)؛ ليطلب الأشياء المفضلة لديهم، حيث يجب عليهم تمييز البطاقات، وتسليم الأنسب لكل حالة إلى شريك الاتصال، ويكون الاهتمام بتعليم التمييز في الصور.

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha, et al, 2023. P2)

(Suzanne,2020,p18).

يمكن أن يبدأ تدريب المرحلة الثالثة بمجرد أن يتنقل الطفل (المتعلم) بشكل مستقل من الكتاب إلى شريك التواصل، لبدء تبادل على أساس ثابت، وطلب أربعة عناصر مختلفة على

الأقل، وفي هذه المرحلة، يكون الطفل (المتعلم) جاهزاً للاختيار من بين أكثر من صورة أثناء التبادلات التواصلية. ويجب على الطفل (المتعلم) أن ينتبه جيداً إلى الصور، حتى يتمكن من ذلك التمييز بينهما.

وتنقسم المرحلة الثالثة إلى قسمين هما:

المرحلة الثالثة (أ): التمييز بين الأيقونة المفضلة للغاية وأيقونة التشتت.

في التدريب على التمييز المبكر، يتضمن كتاب التواصل صورتين فقط. إحدى الصورتين هي عنصر معروف وشديد التعزيز، أو عنصر مناسب للموقف، والأخرى عنصر غير مفضل أو غير ذي صلة. مثال (إذا تمت القراءة للطفل (المتعلم)، وتوقف شريك الاتصال عن القراءة، فسيصل الطفل (المتعلم) إلى صورة الكتاب ويعطيها للشريك. إذا أعطى المتعلم صورة لعنصر غير ذي صلة مثال (قميص)، فإن شريك التواصل يعطي المتعلم القميص دون أي رد فعل اجتماعي، وإذا أصر الطفل (المتعلم) على ذلك، لاحظ رد فعله عند استلام العنصر غير ذي الصلة، ثم تابع التدريس باستخدام سيناريو بديل باستخدام العناصر، والصور المفضلة الأخرى.

خطوات المرحلة الثالثة (أ): التمييز بين الأيقونة المفضلة للغاية وأيقونة التشتت.

1. يقدم المدرب صورتين لعنصرين (واحدة مفضلة وواحدة غير مفضلة)، على مسافة معينة بحيث يجب على الطفل (المتعلم) الانتقال واختيار الصورة الصحيحة من الصورتين، (الصورة المفضلة هي الصورة الصحيحة).
2. يقوم شريك الاتصال بإغراء الطفل (المتعلم) بكلا العنصرين من خلال التفاعل معهم.

3. يحمل الطفل (المتعلم) الصورة في يده ويتحرك مسافة معينة لإعطائها لشريك الاتصال.

4. يوفر شريك الاتصال التعزيز الاجتماعي بمجرد أن يلمس الطفل (المتعلم) الصورة الصحيحة.

ومن إحدى السمات الحاسمة للتدريب على التمييز، هي سمة تعزيز اختيار الصورة الصحيحة بمجرد حدوثها (أي بمجرد أن تلمس يد الطفل "المتعلم" الصورة)، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الثناء اللفظي: مثل "نعم" أو "هذا صحيح، " أو "آه" أو "اختيار جيد".

5. يقوم شريك الاتصال بتسليم العنصر على الفور إلى الطفل (المتعلم)، ويسميه عند إجراء التبادل.

6. يتم توفير مجموعة متنوعة من عناصر التشتت، والصور المستهدفة في كتاب التواصل، حيث يتمكن الطفل (المتعلم) من التمييز بين صورتين أو أكثر؛ لزيادة عدد التمييزات التي يجب عليه القيام بها.

7. لا يقدم المدرب أي مطالبات شفهية للمتعلم أثناء التبادل.

8. يقوم المدرب بتحريك الصور في الكتاب (قطرياً، أفقياً، رأسياً).

المرحلة الثالثة (ب): تدريس التمييز المتزامن للصور– إجراء تصحيح التمييز:

بعض الأفراد يتعلمون بسهولة التمييز بين الصور وإجراء اتصال بين العناصر المصورة والأنشطة الفعلية. والبعض لا يتعلم هذه المهارة بسهولة، وسيحتاجون إلى تعليمات محددة.

الخطوات المرحلة الثالثة (ب): تدريس التمييز المتزامن للصور– إجراء تصحيح التمييز:

1. بما أن الطفل (المتعلم) قادر على التمييز بين صورتين أو أكثر، يقوم شريك الاتصال بإضافة صور لزيادة عدد التمييزات التي يجب على الطفل (المتعلم) القيام بها. يتم تقديم صور إضافية حتى يتمكن الطفل (المتعلم) من البدء في الطلب من بين العديد من الخيارات، وفي البداية يتم تضمين العناصر الأكثر تفضيلاً والأقل تفضيلاً، ومع تقدم التدريب يتم إضافة صور العناصر المرغوب فيها بنفس القدر، ويتم توفير فرص كبيرة للطفل (المتعلم) لممارسة التمييز بين الصور، ويتم تحقيق ذلك عن طريق زيادة عدد الصور الجديدة ببطء. وإذا بدا أن الطفل (المتعلم) مرتبك، أو فقد القدرة على التمييز، يتم تقليل عدد الصور إلى آخر نقطة نجاح حققها الطفل، وإتاحة الفرصة للطفل (المتعلم) للتدرب على ذلك المستوى قبل زيادة عدد الصور مرة أخرى.

وتشمل الاستراتيجيات البديلة التي تزيد من التباين بين الصورة التي يتم تدريسها والصور الأخرى ما يلي:

- جعل صورة الشيء ذي الصلة أكبر من صورة الشيء غير المفضل.
- استخدام صوراً ملونة للأشياء المرغوب فيها للتباين مع الصور بالأبيض والأسود للأشياء غير المرغوب فيها وغير ذات الصلة.
- تمييز الصورة المرغوب فيها، من خلال تحديدها باستخدام علامة سحرية.
- استخدام بطاقة فارغة.
- جَعل الصورة المرغوب فيها ثلاثية الأبعاد.
- وضع الصورة المرغوب فيها بالقرب من المكان الذي تحمل فيه الشيء المطلوب.

وبمجرد أن يتمكن المتعلم من التمييز بين الصور، يجب التخلص تدريجياً من الميزات المحسنة مثل (استخدام صور كبيرة، أو تسليط الضوء على جوانب معينة).

2. يقدم المدرب فرصاً كبيرة للطفل (المتعلم) لتقديم الطلبات.

3. يقدم شريك التواصل عنصرين مفضلين للطفل (المتعلم) مع صورتين.

فعندما يظُهر الطفل (المتعلم) بشكل موثوق القدرة على التمييز بين صورة عنصر مفضل للغاية وصورة عنصر غير مناسب أو غير مرغوب فيه، فإن الخطوة التالية هي تعليم الطفل التمييز بين عنصرين مناسبين ومرغوبين على حد سواء للطفل. مع التأكد من أن الطفل يطلب ويأخذ المادة التي يطلبها. ومن الطرق البسيطة للقيام بذلك هي تقديم عنصرين مفضلين والحصول على صور لكليهما متاحة في دفتر الاتصالات، وعندما يقدم المتعلم لشريك التواصل صورة واحدة، لا تعطي العنصر ولا تسمي العنصر، اعرض كلا العنصرين وقل "تابع" أو "أرني" أو "هنا" أو شيء مشابه. إذا أخذ المتعلم العنصر الذي يتوافق مع الصورة المقدمة، فاسمح له بالوصول، وقدم الثناء، وقم بتسمية العنصر. إذا وصل المتعلم إلى العنصر الآخر، فامنع الوصول وابدأ تسلسل تصحيح الخطأ للصورة التي تتوافق مع العنصر الذي وصل إليه الطفل (المتعلم).

4. عندما يقوم الطفل (المتعلم) بالتبادل، يجيب شريك الاتصال "حسناً، خذها". إذا وصل الطفل إلى العنصر الآخر، يقوم شريك الاتصال بحظر الوصول، ويطبق إجراء التصحيح، بحيث يجب على المتعلم التقاط الصورة الصحيحة.

<u>وتتمثل إجراءات تصحيح الخطأ بما يلي:</u>

أ. عندما يعطي الطفل (المتعلم) صورة خاطئة، يلتقط شريك الاتصال الصورة الصحيحة ويظهرها للطفل، ويسميها لفظيا.

ب. عندما ينظر الطفل (المتعلم) إلى الصورة، يقوم شريك الاتصال بمطالبة الطفل بإعطاء الصورة الصحيحة، من خلال مد يده بالقرب من الصورة، مع حثه جسدياً إذا لزم الأمر.

ت. عندما يعطي الطفل (المتعلم) الصورة الصحيحة، يعترف شريك الاتصال شفهياً بالإجابة الصحيحة، لكنه لا يعطي المتعلم الشيء. ويتبع شريك الاتصال توجيهاً غير ذي صلة، مثل: "المس رأسك".

ث. عندما يتبع الطفل (المتعلم) التوجيهات، يقوم شريك الاتصال بإغرائه من خلال التفاعل مع الكائن المطلوب.

ج. عندما يلمس الطفل (المتعلم) الصورة الصحيحة، يقوم شريك التواصل بالثناء اللفظي.

ح. عندما يعطي الطفل (المتعلم) الصورة الصحيحة، يقوم شريك الاتصال بتسليم الكائن المطلوب إلى الطفل.

نصائح لتنفيذ المرحلة الثالثة:

- توفير فرص تبادل وافرة على مدار اليوم، وعبر الإعدادات والأشخاص والأنشطة.
- يتجنب شركاء التواصل قول "لا"، عندما يرتكب الطفل خطأ أثناء التدريب على التمييز، وبدلاً من ذلك، يتم الرد بإعطاء الطفل ما طلبه، حتى لو كنت تعلم أنه ليس العنصر المطلوب.
- يُعد التوثيق المستمر للعناصر المستخدمة كمعززات وكذلك تلك التي فقدت قيمة التعزيز جزءاً مهماً من تدريب (PECS).

(National Professional Development Center on ASD, (2010),p6-9.

المرحلة الرابعة (بنية الجملة)

في هذه المرحلة يتم تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بناء جمل بسيطة باستخدام البطاقات التي تحتوي على أفعال الحركة على شريط جمل قابل للفصل باستخدام صورة "ماذا أريد؟"، متبوعة بصورة العنصر المطلوب، وتعمل هذه المرحلة على توسيع المفردات الوظيفية لدى الأطفال بشكل كبير.

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha, et al, 2023. P2)

(Suzanne,2020,p18).

تبدأ هذه المرحلة عندما يكون الطفل (المتعلم) قادراً على استخدام (12) إلى (20) صورة، ويكون قادراً على التمييز بينها لاختيار العنصر المرغوب فيه. وفي هذه المرحلة يتم تعليم الطفل وضع رمز "أريد" مع إحدى الصور التي تم استخدامها بنجاح بالفعل على شريط الجملة ثم استخدامه أثناء التبادل التواصلي. يتم تدريس بنية الجملة لسببين محددين هما:

1. إنشاء إطار لتدريس وظائف التواصل الأخرى في المستقبل من خلال تعريف الطلب بصرياً باستخدام رمز "أريد".
2. استخدام شريط الجملة يوفر البنية اللازمة لاستخلاص الكلمات المنطوقة.

وتكون نتيجة المرحلة الرابعة، هي أن يطلب الطفل (المتعلم) بشكل عفوي باستخدام بنية الجملة البسيطة. وهناك عوامل اخرى تتضمن المرحلة الرابعة ما يلي: (أ) تقديم بنية الجملة. (ب) تعزيز اللفظ. (ج) مراقبة تقدم الطالب.

خطوات المرحلة الرابعة:

1. يضع المدرب أو شريك التواصل رمز "أريد" على الجانب الأيسر من شريط الجملة وينتظر حتى يبدأ الطفل (المتعلم) في التبادل التواصلي.
2. عندما يأخذ الطفل (المتعلم) الصورة من كتاب التواصل، يقوم المدرب بإرشاد الطفل بوضع الصورة بجوار رمز "أريد" على شريط الجملة.
3. يرشد المدرب الطفل (المتعلم) إلى أخذ شريط الجملة، وتسليمه إلى شريك الاتصال.
4. يقرأ شريك الاتصال شريط الجملة ("أريد .....") ، ويشير إلى الرموز الموجودة على الشريط، ويعطي العنصر المطلوب للطفل (المتعلم).
5. يقوم المدرب أو شريك الاتصال باستبدال شريط الجملة في كتاب التواصل.
6. في التجارب المتكررة يتلاشى المدرب الإرشاد الجسدي حتى يتمكن الطفل (المتعلم) من وضع الصورة بجوار صورة "أريد" على شريط الجملة، باستخدام استراتيجية التسلسل العكسي، ويعطيها لشريك الاتصال بأقل قدر من المساعدة، وبمجرد تقديم شريط الجملة، يستخدمه الطفل لجميع الطلبات على مدار اليوم.

والتسلسل العكسي هو استراتيجية شائعة، يمكن استخدامها لتلاشي وإزالة المطالبات المادية التي يستخدمها المساعد.

ومن خلال التسلسل العكسي، يقدم المساعد المساعدة حتى الخطوة الأخيرة من التبادل، ثم تتلاشى المساعدة تدريجياً عندما يصبح الطالب أكثر استقلالية. في بعض الأحيان يكون من المفيد الانتقال من المساعدة الجسدية الكاملة (أي تسليم اليد) إلى اللمس، أو الإيماءة مع بدء التلاشي.

ومع ذلك، فمن المهم أن نلاحظ أن شريك الاتصال يستمر في إظهار يد مفتوحة، عندما يصل الطفل إلى الصورة، بينما تتلاشى مطالبات المساعد.

7. بعد إنشاء التبادل، يقوم المدرب بإرشاد الطفل (المتعلم) بوضع صورة "أريد" على شريط الجملة قبل وضع صورة العنصر المرغوب فيه.

8. يطلب من الطفل (المتعلم) أن يضع صورة العنصر المطلوب على شريط الجملة، ثم صورة "أريد"، حيث يقوم المساعد بالطلب جسدياً من الطفل بوضع صورة "أريد" أمامه على الشريط. وتتلاشى هذه المطالبات المادية بسرعة، حيث يقوم الطفل بشكل مستقل بوضع جميع الرموز على شريط الجملة.

9. في التجارب المتكررة، يخفي المدرب التوجيه الجسدي لوضع رمز "أريد".

وتتلاشى هذه المطالبات المادية بسرعة، حيث يقوم الطفل (المتعلم) بشكل مستقل بوضع جميع الرموز على شريط الجملة، وهنا يبدأ المساعد في حث الطفل على الإشارة إلى الرموز الموجودة على الشريط، بينما يقوم شريك الاتصال بقراءتها.

10. عندما يتمكن الطفل (المتعلم) من الإشارة إلى الرموز، يقرأ شريك الاتصال الكلمات، يتوقف شريك الاتصال مؤقتاً (5-3 ثوانٍ) بعد قول "أريد"، وقبل تحديد العنصر المصور، وبالتالي يترك الوقت للطفل لتسمية أو التعبير اللفظي عن العنصر لنفسه. ويضيف شريك الاتصال وقفة بعد قراءة "أريد"، وقبل تسمية العنصر المطلوب. يمكن للأفراد القادرين على النطق أن يبدؤوا في إكمال الجملة بالنطق أو الكلمة أو الكلمة التقريبية، حيث يجب تعزيز محاولة النطق خلال هذه الوقفة على الفور، بحصول الطفل على العنصر المطلوب، حتى لوكان غير قادر على نطق الكلمة بشكل صحيح.

11. إذا قام الطفل (المتعلم) بالتعبير اللفظي خلال فترة التوقف، بعد أن يقول شريك الاتصال "أريد"، فإن شريك الاتصال يقدم العنصر المطلوب على الفور، ويقدم الكثير من الثناء اللفظي على النطق.

نصائح لتنفيذ المرحلة الرابعة

- أثناء التدريب الأولي، يتم وضع صور العناصر على الغلاف الأمامي للكتاب، وعندما يعتاد المتعلم على استخدام شريط الجملة، يتم الاحتفاظ بالصور في الصفحات الداخلية حسب الفئة التي تنتمي إليها.
- سواء في المنزل أو في المدرسة، يتم الاحتفاظ بدفتر التواصل في مكان مخصص يسهل على المتعلم الوصول إليه.

National Professional Development Center on ASD, (2010),p(9-10).

المرحلة الخامسة: الرد على سؤال "ماذا تريد؟"

في هذه المرحلة يتم استخدام المطالبات اللفظية لسؤال الطفل (المتعلم) "ماذا تريد؟" في هذا الوقت، يطلب معظم الأطفال تلقائياً مجموعة متنوعة من الأشياء، أو الأنشطة، تشجع تعليمات المرحلة الخامسة البدء في تعلم الطفل الإجابة على السؤال "ماذا تريد؟" باستخدام الاستراتيجيات المقدمة في المراحل السابقة، حيث يتم طرح سؤال "ماذا تريد؟" يتم تقديمه باستخدام طريقة تأخير، يتبعها تلاشي الإشارة السريعة.

ويتم في هذه المرحلة تشجيع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الإجابة عن سؤال "ماذا تريد؟" باستخدام جمل بسيطة مع البطاقات.

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha, et al, 2023. P2)

(Suzanne,2020,pp.18).

خطوات المرحلة الخامسة: الرد على سؤال "ماذا تريد؟"

1. يشير شريك الاتصال في نفس الوقت إلى بطاقة "أريد" ويسأل: "ماذا تريد؟"، ويبدأ شريك الاتصال بالإشارة في نفس الوقت إلى بطاقة "أريد"، والسؤال "ماذا تريد؟" ويكون التأخير صفر ثانية.

2. بما أن الطفل (المتعلم) قادر على إكمال جملة "أريد" بصورة، يضيف شريك الاتصال تأخيراً متزايداً بين النقطة والإشارة اللفظية، "ماذا تريد؟"، وعندما يظُهر المتعلم القدرة على إكمال شريط الجملة، والتبادل، يقوم شريك الاتصال بزيادة الفاصل الزمني، مما يشجع المتعلم على إكمال التبادل قبل توجيه النقطة.

3. عندما يظُهر الطفل (المتعلم) أنه قادر على التغلب على النقطة المطلوبة من خلال الاستجابة للإشارة اللفظية برمز "أريد" والصورة المطلوبة، يقدم شريك التواصل الثناء الاجتماعي.

4. يوفر شريك الاتصال فرصاً كبيرة للطفل (المتعلم) للإجابة على سؤال "ماذا تريد؟"، إلى جانب الفرص المتاحة للطفل لبدء الطلبات دون المطالبة.

نصائح لتنفيذ المرحلة الخامسة

- يجب أن يتناوب الطلب العفوي مع الرد على الطلب اللفظي "ماذا تريد؟".
- يستمر توفير العديد من الفرص كل يوم للطفل (المتعلم)؛ ليطلبها أثناء الأنشطة الوظيفية ذات المغزى عبر الإعدادات، ومع مجموعة متنوعة من شركاء الاتصال.

(National Professional Development Center on ASD, (2010),p11.

المرحلة السادسة (أ): التعليق رداً على سؤال

في هذه المرحلة يتم تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، التعليق ردًا على أسئلة مثل "ماذا ترى؟"؛ "ماذا تستمع؟" "ما هذا؟"، إلى جانب طرح المواقف أو الأحداث، والتعليق عليها بشكل عفوي باستخدام جمل بسيطة باستخدام البطاقات، كما ويتعلمون تكوين الجمل بدءًا مِن (أرى، أسمع، أشعر).

وتسلط العديد من الدراسات الضوء على المراحل الأولية الثلاث، باعتبارها أساسية للتنفيذ الناجح للنظام، حيث أنها تعزز القدرة على تمييز الصور، وتوفر الاستقلالية للأطفال في اتخاذ خياراتهم الخاصة والالتزام بالنظام، وتعتبر المراحل (الرابعة، والخامسة، والسادسة) بمثابة دروس متقدمة في نظام (PECS)

(NATIONAL Autism Resources) (Tamanaha, et al, 2023. P2)

(Suzanne,2020,p18).

المرحلة السادسة (أ): التعليق رداً على سؤال

وتهدف المرحلة السادسة إلى تعليم وظيفة تواصلية جديدة، وضع العلامات على الأشياء أو تسميتها، وهذا يتضمن هذا في البداية الاستماع والاستجابة لطلب شخص آخر للحصول على معلومات. وتعد هذه خطوة مهمة في تطوير مهارات الاتصال، وغالباً ما تكون صعبة بالنسبة للأطفال والشباب ذوي اضطراب طيف التوحد. كما وتهدف هذه المرحلة إلى حذف السؤال حتى يتمكن المتعلم من البدء في استخدام التعليقات التلقائية.

وتتضمن المكونات المهمة للمرحلة السادسة:

(أ) الإعداد.

(ب) تقديم التعليق رداً على سؤال.

(ج) تعليم الإجابات المتمايزة على الأسئلة.

(د) تعليم التعليق التلقائي.

(هـ) مراقبة تقدم الأطفال.

خطوات المرحلة السادسة:

أ. التعليق رداً على سؤال.

1. يقوم شريك الاتصال بجمع المواد، بما في ذلك العناصر الموجودة بالفعل في المفردات التي يطلبها المتعلم، (ولكن ليست العناصر المفضلة)، بالإضافة إلى صور العناصر وصورة جديدة لبدء جملة جديدة مثل، "أرى". ويجب أن تكون هذه العناصر مألوفة للمتعلم، ولكن لا

ينبغي أن تكون أكثر الأشياء المرغوب فيها. يتم وضع رمز "أرى" على غلاف كتاب التواصل الخاص بالطفل (المتعلم).

2. يحمل شريك الاتصال عنصراً، ثم يضع رمز "أرى" وصورة العنصر بالقرب من شريط الجملة (ولكن ليس عليه).

3. يحمل شريك الاتصال العنصر، ويسأل: "ماذا ترى؟" ثم يشير إلى رمز "أرى".

4. إذا لم يلتقط الطفل (المتعلم) رمز "أرى" بعد ثلاث إلى خمس ثوان، يرشده شريك الاتصال لالتقاطه، ووضعه على شريط الجملة.

5. ينتظر شريك الاتصال خمس ثوانٍ لمعرفة ما إذا كان الطفل (المتعلم) يلتقط صورة العنصر ويضعها على شريط الجملة.

6. إذا أكمل الطفل (المتعلم) الخطوة الخامسة، يقول شريك الاتصال، "نعم، أرى _____."

7. إذا لم يكمل الطفل (المتعلم) الخطوة الخامسة، يرشده شريك الاتصال للقيام بذلك ثم يقول، "لقد رأيت _____".

8. يقوم شريك التواصل بتعزيز الطفل (المتعلم) في الخطوتين (5 أو 7)؛ من خلال الثناء اللفظي أو أي تعزيز آخر (ولكن ليس من خلال العنصر).

ومن المهم جداً ألا يتم استخدام العنصر، الذي يتم التعليق عليه كمعزز عند تدريس الإجابة على سؤال "ماذا ترى؟" وذلك لمساعدة الطفل (المتعلم) على التمييز بين وظيفة وضع العلامات التي يتم تدريسها، ووظيفة الطلب التي تم تدريسها مسبقاً.

9. عندما يصبح الطفل (المتعلم) قادراً على تجميع واستخدام رمز "أرى"، للإجابة على سؤال "ماذا ترى؟" شريك الاتصال يتلاشى الإشارات. ويقوم الشخص البالغ بتلاشي الإشارات في أسرع وقت ممكن، حتى يتمكن الطفل من تجميع واستخدام رمز "أرى" للرد على السؤال.

10. عندما يصبح الطفل (المتعلم) قادراً على تجميع واستخدام التبادل للإجابة على "ماذا ترى؟"، يقوم شريك الاتصال بزيادة عدد الصور والعناصر، بحيث يتمكن الطفل من التمييز بين الصور في عملية التجميع.

ويتم زيادة الصور والعناصر تدريجياً، بحيث يجب على المتعلم التمييز بين الصور، وتجميع شريط الجملة، والإجابة على "ماذا ترى؟" ويمكن إضافة عناصر مفردات جديدة وتدريسها بهذه الطريقة. يجب أن يتم التدريب على الرد على سؤال "ماذا ترى؟" من خلال جلسات تدريبية محددة، حتى يتمكن المتعلم من الاستجابة بشكل موثوق على مجموعة متنوعة من الرموز.

المرحلة السادسة (ب): التعليق رداً على سؤال – التمييز بين الإجابات على الأسئلة

بمجرد أن يتمكن المتعلم من الاستجابة بشكل موثوق لسؤال "ماذا ترى؟"، يبدأ المدرب في خلط السؤال "ماذا ترى؟" مع "ماذا تريد؟"، من أجل تعليم الاستجابات المتمايزة. عند هذه النقطة يتم وضع رمز "أرى" أسفل رمز "أريد" في الزاوية العلوية اليسرى من دفتر الاتصالات.

خطوات المرحلة السادسة (ب): التعليق رداً على سؤال – التمييز بين الإجابات على الأسئلة

1. عندما يصبح الطفل (المتعلم) قادراً على الاستجابة بشكل موثوق لسؤال "ماذا ترى؟"، يقوم شريك الاتصال بوضع رمز "أرى" أسفل رمز "أريد" في الزاوية العلوية اليسرى من دفتر الاتصالات.

2. عندما يصبح الطفل (المتعلم) قادراً على الاستجابة بشكل موثوق لسؤال "ماذا ترى؟"، يقوم شريك الاتصال بخلط الأسئلة "ماذا ترى؟" مع "ماذا تريد؟".

3. عندما يطلب أمر من الطفل (المتعلم) بشكل مناسب، يقوم شريك الاتصال بإعطاء العنصر المطلوب.

4. عند وضع التصنيف أو التعليق الصحيح، يستجيب شريك الاتصال بالتأكيد الشفهي، والتعزيز البديل (وليس العنصر نفسه).

ملاحظة: إن أمكن قم بالتقدم من التعزيز الملموس إلى التعزيز الاجتماعي لاستجابات الطفل (المتعلم) الصحيحة لسؤال "ماذا ترى؟"، أي أن التعزيز اللفظي لتحديد العنصر الصحيح، يتم تقديمه تدريجياً دون تقديم تعزيز آخر ملموس أو صالح للأكل. كما ويجب تعميم الإجابات على هذه الأسئلة على مجموعة متنوعة من شركاء وبيئات الاتصال.

المرحلة السادسة (ج): التعليق رداً على سؤال – تعزيز التعليق التلقائي وبناء السمات والتعديلات

عندما يوضح الطفل (المتعلم) التعليق رداً على سؤال، فإن الهدف هو تعزيز التعليق بشكل مستقل عن الأسئلة. ومن أجل القيام بذلك، من المهم الاستمرار في إنشاء أحداث بيئية مثيرة للاهتمام، والتخلص من أي أسئلة.

خطوات المرحلة السادسة (ج): التعليق رداً على سؤال – تعزيز التعليق التلقائي وبناء السمات والتعديلات

1. عندما يظُهر الطفل (المتعلم) قدرته على تقديم الطلبات والإجابة على الأسئلة، يقوم شريك الاتصال بالتخلص من الأسئلة لتعزيز التعليق التلقائي.

2. عندما يظُهر الطفل (المتعلم) الكفاءات في المرحلة السادسة، يوفر شريك الاتصال فرصاً لتخصيص الطلبات، من خلال إتاحة الصور للإسناد والتعديلات. يمكن إضافة السمات المعدلات في أي وقت بعد المرحلة الرابعة.

نصائح لتنفيذ المرحلة السادسة

- لا ينبغي استخدام العنصر الذي يستخدم مع الطفل (المتعلم) كمعزز للإجابة الصحيحة. حيث أن هذا قد يربك الطفل من حيث وظيفة ما يتعلم القيام به.
- يتم تدريس الإجابات على السؤال وممارستها خلال جلسة تدريبية، ثم تعميمها على بيئات أخرى.
- يجب استخدام المواد التي تهم الأطفال (المتعلمين) عند تعليمهم التعليق على ما يرونه.

مثال: (وضع الأشياء المألوفة في حاويات محكمة الغلق وشفافة، ثم وضعها داخل كيس من القماش، وإخراج حاوية من الحقيبة وعرضها على الأطفال وسؤالهم: "ماذا ترى؟". (تعليق الأشياء المثيرة للاهتمام من السقف)، (الذهاب في نزهة على الأقدام، وسؤال الأطفال عما يرونه، أو في ردهة المدرسة، أو في الهواء الطلق).

وبمجرد أن يتقدم المتعلمون خلال المراحل الست لتدريب (PECS)، فإنهم يصبحون ماهرين إلى حد ما في البحث عن كتاب التواصل الخاص بهم، والتمييز بين الصور، وإنشاء شرائح الجملة، والعثور على شريك اتصال، وإكمال التبادل.

5.6 تعليمات ما بعد تطبيق برنامج تبادل الصور (بيكس PECS)

هناك مجموعة من التعليمات لما بعد تدريب (بيكس PECS) وهي ما يلي:

1. الاستمرار في إضافة صور جديدة إلى كتاب التواصل الخاص بالطفل (المتعلم).
2. تطوير نسخ متعددة من كتاب التواصل الخاص بالطفل (المتعلم)؛ لاستخدامها في المنزل، المجتمع.
3. الاستمرار في توفير فرص متعددة ومتنوعة للتبادلات التواصلية عبر البيئات والأشخاص والأوقات والعناصر.
4. تعريف الآخرين الذين قد يتفاعل معهم الطفل (المتعلم) بنظام (PECS)، مثل (العاملين في المتجر والمجتمع، والأسرة الممتدة، والأقران).
5. توفير الفرص دون أسئلة لتعزيز التعليق التلقائي.
6. إدخال السمات لتزويد الطفل (المتعلم) بالخصوصية في الطلبات مثال ("أريد الكرة الزرقاء"، "أريد قطعة كبيرة من الكعكة"). يعد هذا جانباً مهماً من جوانب تطوير اللغة ولا ينبغي إغفاله، خاصة مع الأطفال (المتعلمين)، الذين يستجيبون لنظام (PECS) ويتعلمونه بسرعة.

(National Professional Development Center on ASD, (2010),p12-16.

الخلاصة

العلاج المعرفي السلوكي يدمج بين فنيات العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، ومن المبادئ الأساسية من هذا العلاج تعديل السلوك، والذي يهتم بتغير السلوكيات غير المرغوب فيها، وإكساب الأفراد سلوكيات جديدة مرغوب فيها، ويمكن استخدامه في بيئات المنزل والمدرسة على حد سواء، ويمكن للمعلمين والآباء تعلمه وممارسته.

ويعتبر التدخل السلوكي وسيلة مهمة؛ لتحسين جودة الحياة، من خلال استراتيجيات تعديل السلوك وتعزيز التفاعل الإيجابي.

ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي (ABA) إطار واسع، يمكن استخدامه لتلبية احتياجات الأفراد المختلفة، كالسلوك، والتواصل، والمهارات الاجتماعية هو الأساس العلمي الذي يستند إليه كل من برنامج (لوفاس Lovaas)، وبرنامج (بيكس PECS). وكلٌّ منهم يعتمد على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي (ABA)؛ لتطوير مهارات التواصل، ويستخدمون تقنياته كالتعزيز الإيجابي، وتحليل السلوك وغيرها. ويشمل برنامج (لوفاس Lovaas) تقنيات تمهيدية تخدم برنامج (بيكسPECS) لتغطية الاحتياجات الفردية للأطفال الناطقين وغير الناطقين. فهذه البرامج الثلاثة مكملة لبعضها، ويمكن دمجها لتحقيق أهداف فردية وجماعية في تأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وجميعها تهدف إلى تحسين جودة حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال تعزيز التواصل وتطوير المهارات الاجتماعية، وتعزيز الاستقلالية والسلوكيات الإيجابية لديهم.

ويمكن أن يؤدي استخدام تحليل السلوك التطبيقي وبرنامج (لوفاس Lovaas) و (بيكس PECS) معًا إلى نتائج أكثر إيجابية، من خلال تحسين التجربة التعليمية؛ والتواصلية للأطفال وأمهاتهم بصورة متكاملة.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.

1.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

1.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

2. الدراسة الأساسية

2.1. منهج الدراسة.

2.2. عينة الدراسة.

2.3. حدود الدراسة.

2.4. وسائل القياس

2.5. إجراءات تطبيق البرنامج التدريبي.

الخلاصة

تمهيد

تعتبر الإجراءات المنهجية للدراسة من أهم خطوات المنهج العملي فيها، يبلور ما يقوم به من إجراءات منظمة لتحقيق أهداف دراسته، حيث يتناول بالتفصيل الإجراءات التي اتبعها لتحقيق دراسته متمثلة بالدراسة الاستطلاعية، ووصف دقيق لإجراءات الدراسة الأساسية من حيث (منهج الدراسة وتصميمها، وعينة الدراسة وآلية اختيارها، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية، بالإضافة إلى أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة.

1. الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى في الدراسة الميدانية، التي يقوم به الباحث بهدف جمع البيانات الأولية ، حيث تساهم في زيادة معرفته حول موضوع دراسته البحثية، والتعمق فيها وفهم جميع جوانبها، وتسهم في الحصول على معلومات، وبيانات كافية لإجراء الدراسة، استخدمت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية المنهج الوصفي.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تتمثل أهداف الدراسة الاستطلاعية للدراسة الحالية فيما يلي:

- التعرف على الظروف التي تحيط بمشكلة الدراسة: التي يسعى الباحث لدراستها، وتحديد متغيراتها الأساسية.
- التعرف على جوانب القصور، ونقاط الضعف في إجراءات تطبيق المنهج العلمي، وأدوات جمع البيانات، مما يسهم بتعديلها في ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية.
- تصميم واختبار أدوات الدراسة؛ لضمان فعاليتها وموثوقيتها.

- اختيار العينة المناسبة للدراسة الأساسية، وضمان تمثيلها الصحيح لمجتمع الدراسة.
- المساهمة في بناء وإعداد البرنامج التدريبي للدراسة.

1.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بإجراء استطلاع الميدان؛ للتعرف على مجتمع الدراسة من خلال زيارة المؤسسات العاملة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل في فلسطين، قامت الباحثة بالتعريف بنفسها والتعريف بدراستها، وقامت بالحصول على الموافقة من إدارة المراكز، لتطبيق الدراسة الاستطلاعية وجمع المعلومات التي قد تساعد الباحثة في تطبيق الدراسة، والتنسيق لمقابلة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال المشاركة في أنشطة المؤسسات ذات العلاقة، ثم قامت الباحثة بحضور أنشطة المؤسسات وقامت بتوزيع الاستبيان الاستطلاعي، والمكون من مجموعة من الفقرات المتعلقة في موضوع الدراسة، وبلغ عدد الأمهات المشاركات في العينة الاستطلاعية (60) أم، بهدف التعرف على مستوى المهارات التواصلية لديهم، وأثر بعض المتغيرات الديمغرافية عليها، حيث قامت الباحثة ببناء أداة الدراسة وفق الخطوات العلمية والمنهجية المتعارف عليها.

1.3. عينة الدراسة الاستطلاعية

للتحقق من صلاحية أداة الدراسة، قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (60) أم من مدينة الخليل، للتحقق من صلاحية مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من خلال حساب الخصائص السيكومترية للمقياس باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

1.3.1. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية لمقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

جدول رقم (4) يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية لمقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

المغيرات	العدد	العدد	النسبة
عمر الأم.	18 –30 سنة	20	% 33.3
	31– 40 سنة	32	% 53.3
	41 سنة فأكثر	8	% 13.3
مستوى تعليم الأم.	أساسي	11	% 18.3
	ثانوي	31	% 51.7
	جامعي	18	% 30.0
عمر الطفل التوحدي.	6سنوات فأقل	10	% 16.7
	7 - 12 سنوات	48	% 80.0
	13سنة فأكثر	2	% 3.3
المستوى الاقتصادي للأسرة.	متدني	7	% 11.7
	متوسط	50	% 83.3
	مرتفع	3	% 5.0

التحقت سابقاً في برنامج تدريبي.	نعم	15	% 25.0
	لا	45	% 75.0
طفلي ذوي اضطراب طيف التوحد ناطق.	نعم	12	% 20.0
	لا	48	% 80.0

يتضح من معطيات الجدول رقم (4) أن عينة الدراسة الاستطلاعية، والتي تضمنت (60) أم للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أن أعلى نسبة لمتغير عمر الأم، كانت للعمر ما بين (31– 40 سنة) بنسبة (53.3%) يليها العمر(18 –30) سنة بنسب (33.3%)، يليها (41) سنة فأكثر بنسبة (13.3 %). وأن أعلى نسبة لمتغير مستوى تعليم الأم، كانت للمستوى الثانوي بنسبة (51.7 %)، يليها الجامعي بنسبة (30.0 %). وأن أعلى نسبة لمتغير عمر الطفل التوحدي كانت للعمر ما بين (12 – 7) سنوات، بنسبة (80.0 %)، يليها(6) سنوات فأقل، بنسبة (16.7 %) ، يليها (13) سنة فأكثر، بنسبة (3.3 %). وأن أعلى نسبة كانت لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة كانت للمستوى المتوسط بنسبة (83.3 %)، يليها المتدني بنسبة (11.7 %)، يليها المرتفع بنسبة (5.0 %). وأن أعلى نسبة كانت لمتغير التحقت سابقاً في برنامج تدريبي كانت للخيار (لا) بنسبة (75.0 %) ، يليها الخيار (نعم) بنسبة (25.0 %) وأن أعلى نسبة كانت لمتغير طفلي ذوي اضطراب طيف التوحد ناطق كانت للخيار (لا) بنسبة 80.0%، يليها الخيار (نعم) بنسبة (20.0 %).

1.4. نتائج العينة الاستطلاعية

أظهر استجابات الأمهات على مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أن مستوى المهارات التواصلية لديهم جاءت بدرجة متوسطة، وأشارت النتائج إلى وجود فروق تُعزى لمتغير عمر الأم، لصالح ذوي الأعمار (30–40 سنة)، ووجود فروق تعزى لمتغير مستوى تعليم الأم بين ذوي المستوى التعليمي أساسي والثانوي، لصالح الثانوي، وبين المستوى التعليمي الثانوي والجامعي، لصالح التعليم الجامعي، وعدم وجود فروق، تعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب التوحد ووجود فروق لمتغير الوضع الاقتصادي للأسرة، لصالح ذوي الوضع الاقتصادي المتوسط، ووجود فروق في متغير الالتحاق سابقاً في برنامج تدريبي لصالح الملتحقين سابقاً ببرنامج تدريبي، ووجود فروق في متغير نطق الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لصالح أمهات الأطفال الناطقين.

ويتضح مما سبق أن مستوى المهارات التواصلية لدى الأمهات ذوات الأعمار بين (30–سنة40) أعلى، وأن ذوات التعليم الأساسي والثانوي مستوى المهارات التواصلية لديهن أقل من الجامعي، وأنه لا يوجد فروق في مستوى المهارات التواصلية للأمهات، تعزى لعمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن ذوي الوضع الاقتصادي المتوسط لديهن مستوى تواصل أفضل، وأن الملتحقات سابقاً ببرامج تدريبية أيضاً تواصلهن أفضل، وأن أمهات الأطفال الناطقين يتمتعن بمستوى تواصل أقل من غيرهن من ذوي الأطفال غير الناطقين.

وقد ساهمت نتائج الدراسة الاستطلاعية بإجراء تعديلات على أداة الدراسة، من حيث المتغيرات الديمغرافية للمقياس وأبعاده وبعض فقراته، وفحص الصدق والثبات لأداة الدراسة، والمساهمة في إعداد البرنامج التدريبي للدراسة.

2. الدراسة الأساسية.

2.1. منهج الدراسة.

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي ذا المجموعة الواحدة، بالقياس (القبلي والبعدي)، للكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات التواصلية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل / فلسطين. وعليه فإن متغيرات الدراسة هي:

المتغير المستقل: المتمثل في البرنامج التدريبي.

المتغير التابع: المتمثل في مستوى المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويشمل التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة الخطوات التالية:

1. إجراء القياس القبلي للمتغير التابع (Y1).
2. تطبيق المعالجة التجريبية (X) على المشاركين.
3. إجراء القياس البعدي للمتغير التابع مرة أخرى (Y2)، وتقييم الفروقات التي تُعزى إلى تطبيق المعالجة التجريبية، من خلال مقارنة درجات القياس القبلي والبعدي.

الشكل (1): يوضح تصميم المجموعة الواحدة ذو القياس القبلي والبعدي.

المجموعة	القياس القبلي	المعالجة التجريبية	القياس البعدي
أمهات	(Y1)	(X)	(Y2)

وقد استخدمت الباحثة هذا التصميم، لسهولة اختباره واستخدامه، وتطبيق البرنامج التدريبي بمشاركة جميع أفراد العينة، ولصعوبة تحقيق التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة.

2.2. مجتمع الدراسة.

تكون مجتمع الدّراسة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين تم تشخصيهم من قبل فريق متخصص باضطراب طيف التوحد، في المؤسسات العاملة مع ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل، خلال العام 2024م، وقد بلغ عددهن (147) أم.

2.3. مجموعة البحث.

تم اختيار عينة من (10) أمهات لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، من المؤسسات العاملة مع ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل، واللواتي حصلنا على أقل درجة على مقياس المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في العينة الاستطلاعية.

خطوات اختيار عينة الدراسة ما يلي:

1. تم تطبيق مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطرب طيف التوحد، على (60) أم للأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، في المؤسسات العاملة مع ذوي اضطرب طيف التوحد العاملة في مدينة الخليل.
2. تم تحديد الأمهات ذوات الدرجة المنخفضة، على مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطرب طيف التوحد، وتم تعريفهم بالدراسة والبرنامج التدريبي إمكانية الالتحاق بالبرنامج لمن ترغب بذلك وبشكل طوعي.

3. تم اختيار مجموعة الدراسة النهائية بناءً على الخطوتين السابقتين، حيث تكون عينة الدراسة من (10) أمهات يرغبن بالمشاركة بالدراسة.

2.4. حدود الدراسة.

- الحد الموضوعي: تناولت الدراسة أثر برنامج تدريبي، في تنمية المهارات التواصلية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل / فلسطين.
- الحد الزماني: شرعت الباحثة بعد موافقة المجلس العلمي على موضوع الدراسة، بإجراء الدراسة في الفترة بين العام (2023 –2024م).
- الحد المكاني: تمثل الحد المكاني في لجان العمل الصحي الكائن في مدينة الخليل، حيث إن المكان الجغرافي كان مناسباً للمشاركات، تتوفر فيه قاعة مخصصة للتدريبات، وتتوفر فيها الامكانيات اللازمة لتطبيق البرنامج التدريبي.
- الحد البشري: يتم الحد البشري في المجموعة الدراسة الأساسية، وهي (10) أمهات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الحد الإجرائي: اقتصر الحد الإجرائي على أدوات الدراسة، ودرجة صدقها وثباتها، وعلى عينة الدراسة وخصائصها، والمعالجة الإحصائية المستخدمة.

2.5. أدوات الدراسة.

2.5.1. مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أولاً: خطوات بناء المقياس:

تمثلت خطوات بناء المقياس بما يلي:

1. تحديد موضوع المقياس ودواعي تصميمه.

2. مراجعة الباحثة الأدب النظري، والاستعانة بمقياس دراسة أبو حسب الله (2015)، ومقياس (Balestro, J. Izidro & Fernanda, D. Fernanda (2012)، ومقياس سليمان وآخرين (2022).

3. لتحقيق أهداف الدراسة، أعدت الباحثة مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويتكون المقياس من (61) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد هم (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن).

4. قياس صدق المقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين، من ذوي الاختصاص، وقياس صدق الاتساق الداخلي، وقياس ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha).

ثانياً: قياس صدق المقياس

1. صدق المحكمين

تمّ عرضُ المقياس بصورته الأوليّة على مجموعة من السادة المحكمين من ذوي الاختصاص في علم النفس الاجتماعي، والتربية الخاصة (تشخيص توحد)، والإرشاد النفسي والتربوي، والخدمة الاجتماعية، وعلم نفس وصحة نفسية، والبالغ عددهم (8) محكماً ومحكمة، انظر الملحق (2)؛ وذلك لتحديد مدى وضوح الفقرات، ودقة الصياغة اللغوية وانتمائها للمجال، وإبداء الملاحظات حول الفقرات للتعديل، أو الموافقة على صحتها، وتمّ الأخذُ بالملاحظات التي

اتفق عليها المحكمون، حيث تمّ حذفُ فقرتين، وهي (14،18) وتم إضافة فقرتين بدل منهما، وتمّ تعديل أربع فقرات، وهي (4، 11، 15، 16) حتى خرجت في صورتها النهائية.

2. صدق الاتساق الداخلي.

قامت الباحثةُ ولأغراض التوصل إلى صدق المقياس، بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية، تكونت من (60) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خارج عينة الدراسة الأصلية، حيث تمّ حسابُ صدقِ هذا المقياس بحساب الصّدق معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لفقرات الأداة مع الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لكل مجال مع الدرجة الكلية للمقياس، كما هو واضح في الجدول الآتي:

جدول (5): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) للعينة الاستطلاعية.

الرقم	الفقرات	معامل ارتباط بيرسون (ر)	القيمة الاحتمالية (Sig.)
التواصل غير اللفظي		**0.839**	**0.000****
.1	احتضن طفلي لتهيئته لتقبل التواصل الجسدي.	0.568	0.000**
.2	استخدم الصور لمساعدة طفلي على الفهم.	0.559	0.000**
.3	أشجع طفلي على الإشارة إلى ما يرغب من أشياء.	0.507	0.000**
.4	استخدم الإشارات (حركة الرأس للرفض، رفع اليد للوداع) في تواصلي مع طفلي.	0.545	0.000**

.5	أدرب طفلي على استخدام تعبيرات الوجه (كأن يضحك عند تقديم مكافاة له، أو يظهر على وجهه الحزن عند سحب المكافاة).	0.510	0.000**
.6	أدرب طفلي على الاستجابة بتحريك رأسه تجاه الصوت.	0.601	0.001**
.7	استخدم الصور الممثلة للمشاعر، وأدرب طفلي على التعبير عنها.	0.582	0.000**
.8	أدرب طفلي على طلب ما يحتاجه باستخدام الصور.	0.580	0.000**
.9	أدرب طفلي على زيادة مدة الانتباه لمثير معين.	0.518	0.000**
.10	أحرص على تنمية قدرة طفلي على الاستجابة لاسمه.	0.609	0.000**
.11	أدرب طفلي على الاستجابة بصريا عند سماع اسمه.	0.624	0.000**
.12	أدرب طفلي على كيفية التعبير عن مشاعره وانفعالاته.	0.563	0.000**
.13	أحفز طفلي على للنظر للشيء الذي أشير إليه.	0.505	0.000**
.14	أقوم بدق الجرس بطريقة تلفت انتباه طفلي.	0.401	0.002**
.15	أدق على الطاولة بطريقة معينة، وأطلب من طفلي تقليدي.	0.644	0.000**
.16	أطلب من طفلي إخراج صورة جديدة لشيء يحبه من ألبوم الصور، عن طريق الإشارة والحركات الواضحة.	0.497	0.000**
.17	أشير لطفلي بالقفز إلى أعلى مع التصفيق في ذات الوقت.	0.600	0.000**
.18	أستخدم الصور الممثلة للمشاعر (الضحك ، الحزن، الدهشة) وأدرب طفلي على التعرف عليها وتقليدها.	0.550	0.000**
.19	أعرض على طفلي مجموعة من الأشياء المختلفة مثل (دمية – قلم – كرة – سرير)، وأطلب منه إخراج مثلها من الصندوق.	0.710	0.000**
.20	أدرب طفلي على الإشارة إلى الشيء الذي يرغب به بنفسه، دون استخدام يد أحد البالغين.	0.630	0.000**
.21	أقوم بعرض صورة النشاط الجديد لطفلي، قبل أن أطلب منه تقليده.	0.688	0.000**

.22	أقوم بنمذجه السلوك المرغوب فيه أمام طفلي، قبل أن اطلب منه القيام به.	0.653	0.000**
التواصل اللفظي		**0.907**	**0.000****
.23	أدرب طفلي ليستجيب لسؤال (ماذا تريد؟.(	0.556	0.000**
.24	أواظب على تنمية قدرة طفلي على الاستجابة بجملة من كلمة ثم من كلمتين.	0.587	0.000**
.25	أشجع طفلي على التعبير لفظياً عن احتياجاته من خلال تلبيتي لها.	0.335	0.009**
.26	أحفز طفلي للاستجابة للأوامر اللفظية كـ (قف، أجلس، أمشي).	0.427	0.001**
.27	استخدم الصورة لفظياً لتعريف طفلي بالشيء، وأنطق اسمه ليربط بين المسمى والصورة.	0.379	0.003**
.28	أعلم طفلي قول كلمة (لا) عند رفض الشيء.	0.556	0.000**
.29	أعلم طفلي قول كلمة (نعم) عند قبول الشيء.	0.653	0.000**
.30	استخدم التعزيز اللفظي عندما يمارس طفلي نشاط جديد من خلال مدحه والثناء عليه، مثل (ممتاز– شاطر).	0.681	0.000**
.31	أدرب طفلي على أن يستجيب للأوامر مثل (ارفع يديك – ضع يديك على الطاولة).	0.497	0.000**
.32	أكرر ما يقوله طفلي من كلمات ذات معنى دعماً له.	0.386	0.002**
.33	أساعد طفلي على التعرف على أسماء بعض الأشياء كـ (الخضروات والحيوانات).	0.687	0.000**
.34	أشجع طفلي على أن يقول (نعم) عندما يناديه احد باسمة.	0.723	0.000**
.35	أدرب طفلي على اتباع تعليمات لفظية من خطوة واحدة.	0.419	0.001**
.36	أطلب من طفلي تقليد كلامي وحركاتي في مواقف مختلفة، مثل	0.482	0.000**

	(الأكل، وأطلب منه قول أنا جائع).		
.37	أتدرج في إصدار الأوامر لطفلي، خطوة تلو الأخرة لتنفيذ نشاط معين.	0.588	0.000^{**}
.38	أشجع طفلي على تسمية الأدوات المنزلية المحيطة به في البيئة.	0.502	0.000^{**}
.39	أحرص على استخدام صورة الشيء أثناء نطق اسمه.	0.440	0.000^{**}
.40	أحفز طفلي على الاستخدام الصحيح للضمائر (أنا – أنت – هو – هي) وفهمها.	0.708	0.000^{**}
.41	أشجع طفلي على الاستجابة لسؤال (ماذا تريد؟).	0.647	0.000^{**}
.42	أحرص على أن يطلب طفلي ما يريد دون أن أساله.	0.703	0.000^{**}
التواصل الاجتماعي.		**0.916**	**0.000^{**}**
.43	أدرب طفلي على إلقاء التحية والسلام باليد.	0.617	0.000^{**}
.44	أشجع طفلي على المبادرة بإلقاء التحية عند لقاء الأخرين.	0.564	0.000^{**}
.45	أوفر الفرص لطفلي للتفاعل مع أقرانه.	0.629	0.000^{**}
.46	أحرص على تدريب طفلي أن يجيب عن الأسئلة الاجتماعية.	0.739	0.000^{**}
.47	أشارك طفلي في المناسبات الاجتماعية.	0.494	0.000^{**}
.48	أشرك طفلي بأنشطة تتطلب القيام بالعمل الجماعي.	0.636	0.000^{**}
.49	أحرص على تنمية قدرة طفلي على بناء صداقات جديدة.	0.420	0.001^{**}
.50	أواجه صعوبات في التواصل مع طفلي عندما يكون هناك أشخاص آخرون في نفس البيئة.	0.700	0.000^{**}
.51	أدرب طفلي على التواصل مع الآخرين، من خلال اللعب الجماعي.	0.404	0.001^{**}
.52	أستطيع تعريف طفلي على الأشخاص المألوفين.	0.532	0.000^{**}
نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن		**0.840**	**0.000^{**}**

.53	أجد صعوبة في فهم ما يريده طفلي.	0.423	0.001**
.54	أجد صعوبة في فهم ما يشعر به طفلي.	0.574	0.000**
.55	أعاني من عدم قدرتي على التصرف، عندما لا يفهمني طفلي أو عندما لا أفهمه.	0.665	0.000**
.56	أرغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية التواصل مع طفلي.	0.502	0.000**
.57	أجد صعوبة في التواصل البصري مع طفلي.	0.335	0.009**
.58	لدي انطباع بأن طفلي لا يفهم ما أقول.	0.517	0.000**
.59	أجد صعوبة بتعزيز سلوك التواصل الإيجابي لدى طفلي.	0.503	0.000**
.60	أجد صعوبة في تدريب طفلي على الانتباه.	0.372	0.003**
.61	أجد صعوبة في تعليم طفلي أشياء جديدة.	0.619	0.000**

تشير المعطيات الواردة في الجدول (3) إلى أن جميع قيم مصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً، ممّا يشير إلى قوة الاتساق الداخلي، وأنها تشتركُ معاً في قياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل / فلسطين.

ثالثاً: الثبات.

قامت الباحثة لأغراض التوصل إلى ثبات المقياس، بتطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية، تكونت من (60) من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خارج عينة

الدراسة الأصلية، وتمّ حسابُ الثباتِ لمقياس الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي، معامل ألفا كرونباخ (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هي واضحة في الجدول الآتي

جدول (6): نتائج معامل الثبات (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة

الأبعاد	عـــــدد الفقرات	قيمة ألفا
التواصل غير اللفظي	22	0.906
التواصل اللفظي	20	0.883
التواصل الاجتماعي	10	0.825
نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن	9	0.786
الدرجة الكلية	**61**	**0.951**

تشير البيانات الواردة في الجدول السابق، إلى أَنَّ أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبهذا أصبح المقياس جاهزاً للتطبيق بصورته النهائية، حيث بلغت قيمة الثبات للعينة الاستطلاعية (0.951)، أي أن المقياس قادرٌ على استرجاع (95.1%) من النتائج في حال إعادة تطبيق المقياس في نفس الظروف.

رابعاً: وصف المقياس كيفية تصحيحه.

ويتكون المقياس من (61) فقرة، موزعة على أربع أبعاد هم (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن) وتجيب المشاركات على المقياس، باختيار أحد بدائل مقياس ليكرت الخماسي وهي ((5) دائماً، (4)

غالباً، (3) أحياناً، (2) نادراً،(1) أبداً)، وجميع العبارات تصحح باتجاه واحد، حيث لا يتضمن المقياس أي عبارة سلبية بالنسبة للمقياس.

الجدول (7) يوضح توزيع عبارات مقياس المهارات التواصلية للأمهات على أبعاده

الرقم	الأبعاد	عدد الفقرات	أرقام الفقرات	
			من	إلى
1	التواصل غير اللفظي	22	1	22
2	التواصل اللفظي	20	23	42
3	التواصل الاجتماعي	10	43	52
4	نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن	9	53	61

2.5.2. البرنامج التدريبي.

تمهيد

على الرغم من التطور في البرامج العلاجية والتأهيلية، للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلا أن هذا التطور، لم يشتمل على تدريب الأسر وخاصة الأمهات، كونهن الأكثر قرباً وتواصلاً مع الأطفال، رغم تأكيد العديد من الدراسات على أهمية تدريب الطفل ذو اضطراب طيف التوحد في بيئته الطبيعية.

ولما للتواصل من أهمية في اكتساب وتنمية المهارات والقدرات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولما لها من أثر في خفض السلوكيات غير المرغوبة لديهم، من هنا نبعت فكرة

إجراء برنامج تدريبي لتنمية المهارات التواصلية لدى الأمهات. كما ويسهم تدريب الأمهات على المهارات التواصلية في دعم دور الأمهات في تأهيل أطفالهن في بيئتهم الطبيعية.

ويحتاج الأشخاص المشخصين باضطراب طيف التوحد إلى الدعم من أسرهم، من بداية مرحلة الطفولة المبكرة، وتشير التقديرات أن (60%) من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، لديهم توتر في العلاقات الأسرية وإعاقة في التواصل، كما ويواجه الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة في المحادثة، ويكافحون من أجل فهم الإشارات الاجتماعية، وهذه الصعوبات قد تؤدي إلى توتر العلاقات والانسحاب الاجتماعي على مستوى الأسرة. كما وتؤدي التجارب العائلية الإيجابية، ويُعد تطبيق الإجراءات الروتينية اليومية أمراً ضرورياً للأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد لتعلم وممارسة مهارات الاتصال(Chumchal & Centanni, 2023. p8-9).

يعتبر تحليل السلوك التطبيقي (ABA) مصطلح من مصطلحات المدرسة السلوكية، ويقوم على تطبيق مبادئ سلوكية لخلق ارتباطات تؤدي إلى حدوث التعلم، ويقوم بملاحظة وتحليل السلوك بهدف تغييره (عميرة،2021) و (الجلامدة،2013).

ويعتبر الدعم المباشر والتدريب لأفراد الأسرة من أسس ممارسة تحليل السلوك التطبيقي، لتعزيز الأداء الأمثل وتعزيز التعميم وتعديل السلوك (CASP,2020,pp11) (ABA).

ويسهم اشتراك الأسرة في تطبيق برامج تحليل السلوك التطبيقي، في تحقيق نجاح البرنامج بدرجة كبير. (الجلامدة،2013).

يمكن للوالدين تعلم أساليب واستراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي، وبعد وقت قصير من التدخل، يمكن للوالدين ملاحظة التغيرات الإيجابية على سلوك أطفالهم، كما ويلاحظ تواصل أفضل

وإحباط أقل لدهم، ويلاحظ انخفاض في السلوكيات المشكلة مع استمرار التدخل العلاجي (الزالط،2024،ص77).

قد يشعر الوالدين بالارتياح لمعرفة المصطلحات الأساسية، وبعض المهارات اللازمة؛ لمتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة، والعمل مع المدرسة على مهارات محددة، وتنفيذ استراتيجيات (ABA) المتسقة في المنزل؛ لتعزيز السلوك المناسب على مدار اليوم، وبالنسبة لأولئك الآباء الذين يرغبون في تعلم أساليبABA، يوصى بالبدء في التدريب على التعزيز، والتشكيل في التدريب بالبيئة الطبيعية، وقد تسهم هذه الاستراتيجيات في زيادة السلوك المناسب الطفل وتحفيزه. لذا من المستحسن أن يتعلم الآباء قدر المستطاع عن (ABA)، وزيادة المعرفة الوالدين بـ (ABA) سيفيد طفلهم وعائلاتهم، ويجب على الوالدين أن يقرروا مقدار ما يريدون معرفته والقيام به Buchanan (& Weiss, 2020,p49).

وتركز طريقة (لوفاس Lovaas) على تنمية اللغة التعبيرية، وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد التعبير عن عواطفهم، واكتسابهم مهارات جديدة من خلال مشاهدتهم للأطفال الآخرين وتقليدهم (عميرة،2021).

ونظام التواصل بتبادل الصور (PECS) هو نظام قائم على تبادل الصور، والذي تم تطويره للمتعلمين الذين يعانون من عجز في التواصل الاجتماعي، للتعبير عن رغباته واحتياجاته. ويستخدم نظام PECS المبادئ والتقنيات السلوكية مثل التحفيز، والتشكيل، والتعزيز التفاضلي، وتقييم التعزيز، ويقوم على تعلم المتعلم كيفية بدء التفاعل مع المستمع. حيث يتم الاحتفاظ بالصور في دفتر ملاحظات، يتعلم المتعلم من خلاله كيفية إنشاء الجُمل، عن طريق اختيار الصور وتسليمها إلى الشريك التواصلي؛ لطلب العنصر المرغوب فيه (Suzanne,2020,pp.28).

كما وأنه لا يمكن ضمان الاستخدام الروتيني للبطاقات (بيكس PECS) إلا من خلال مشاركة الأهل في هذه العملية، ويعتبر تدريب الأسرة من خلال آليات تشغيل (بيكس PECS) أمراً أساسياً (Tamanaha, et al,2023. P2).

ومن الأهداف الأساسية لنظام (بيكس PECS)، تحسين التوافق بين الطفل وأسرته، وتنمية القدرة على التواصل اللفظي، وتطوير مهارات التواصل غير اللفظي، وتطوير القدرة على التعبير عن الذات لدى الطفل، وتنمية القدرة على الانتباه المشترك (جوهري وعلي،2023،ص411).

1. موضوع البرنامج.

البرنامج التدريبي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، قائم على استخدام أساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي، وما ينبثق عن العلاج السلوكي من برامج كتحليل السلوك التطبيقي (ABA)، واستراتيجيات البرامج المنبثقة عنه كبرنامج (لوفاس Lovaas)، ونظام تبادل الصور (بيكس PECS)؛ لتنمية المهارات التواصلية لدى الأمهات من خلال تطبيق هذه الأساليب والفنيات.

ويمكن تعريف تحليل السلوك التطبيقي إجرائياً: بأنه منهج علمي مبني على النظرية السلوكية، يهدف إلى فهم السلوك وكيفية تأثره بالبيئة، يستخدم في تأهيل وعلاج الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، ويعتمد على تطبيق فنيات علاجية مبنية على مبادئ علم السلوك؛ لتشكيل مهارات جديدة، وتعديل السلوك.

2. خطوات إعداد البرنامج التدريبي:

1. قامت الباحثة بالاطلاع على مراجع ودراسات، تناولت أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أجرت الباحثة دراسات تناولت أسر ذوي الإعاقة، وأمهاتهم/ للوقوف على احتياجاتهم، ومستوى معارفهم واحتياجاتهم.

2. قامت الباحثة بالتعمق بتحليل السلوك التطبيقي، والبرامج المنبثقة عنه، والتدريب عليه مع مؤسسات ذات علاقة في الأردن، والعديد من التدريبات الالكترونية، ومراجعة العديد من الدراسات والمراجع العربية والأجنبية المتعلقة بتحليل السلوك التطبيقي.

3. قامت الباحثة بإعداد البرنامج التدريبي، وعرضه على مجموعة من المحكمين مختصين في مجال الإرشاد والتربية الخاصة بفلسطين وخارجها، لتزويدها بالتغذية الراجعة؛ لتطوير البرنامج، والوصول به إلى صورته النهائية.

3. أهمية البرنامج.

تكمن أهمية الدراسة في اعتمادها على العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي، والبرامج المنبثقة عنه، كتحليل السلوك التطبيقي والبرامج المنبثقة عنه، حيث أنه من أهم البرامج التي تشجع على تدريب الوالدين بحيث يصبحون أعضاء فاعلين في فريق التأهيل والعلاج لأطفالهم، الأمر الذي ثبتت فعاليته في العديد من الدراسات، وتطبيق برنامج (لوفاس Lovaas) و(بيكس PECS) المبني على مفاهيم تحليل السلوك التطبيقي تسهم في تعميم الفائدة المرجوة منه على ذوي اضطراب طيف التوحد الناطقين وغير الناطقين، كما وتسهم في تطوير مهارات مختلفة لاحقة لديهم، بالإضافة إلى المهارات التواصلية (اللفظية، وغير اللفظية والاجتماعية).

4. أهداف البرنامج:

- الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى تنمية المهارات التواصلية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل/ فلسطين.

- الأهداف الخاصة للبرنامج:

ينبثق من الهدف العام للبرنامج مجموعة من الأهداف الخاصة تتمثل فيما يلي:

❖ أهداف معرفية:

1. تعريف المشاركات بلمحة حول اضطراب طيف التوحد، وانتشاره، وأسبابه، وأعراضه، وخصائصه، وأشكاله. والتعرف بسمات ذوي اضطراب طيف التوحد، وتشخيصه، وأساليب التدخل التربوي و العلاجي والتأهيلي.
2. تعريف مختصر للمشاركات حول مفهوم التواصل وأهميته، وعناصره، وأشكاله، ومهاراته، والتعرف على المهارات التواصلية والكلامية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، والمشكلات التواصلية لديهم، واستراتيجيات تنمية التواصل لديهم.
3. التعريف بلمحة حول برنامج تحليل السلوك التطبيقي، ومفاهيمه الأساسية، ونماذجه، وآلية قياس السلوك الإنساني، والتعرف على خصائصه ومميزاته، وفنياته، وأساليبه.
4. تعريف مختصر للمشاركات حول برنامج (لوفاس Lovaas) وصفاته، واستخدامه، ومعيقات تطبيقه.
5. تعريف مختصر للمشاركات حول برنامج (بيكس PECS) (تبادل الصور)، ونظريات التعلم المستند اليها، وأهمية ومميزاته، وأهدافه وسلبياته.

❖ الأهداف السلوكية:

1. تدريب المشاركات على خطوات تطبيق برنامج (لوفاس Lovaas) العملية.

2. تدريب المشاركات على التطبيق العملي لبرنامج (بيكس PECS) (تبادل الصور)، والتعرف على مراحله، وآلية التطبيق العملي لها.

3. تدريب المشاركات على آلية تجهيز ملف الصور (بيكس PECS) (كل أم على حدا)، والعمل على تجاوز سلبيات النظام الموجود حالياً.

4. تدريب المشاركات على مجموعة الأساليب المنبثقة عن البرنامج، والتي تسهم في تنمية مهارات التواصل مع أبنائهن من ذوي اضطراب طيف التوحد.

❖ الأهداف الانفعالية:

1. رفع مستوى تقبل الأم لوجود طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد في المنزل.

2. رفع مستوى المناعة النفسية لدى الأمهات للتعامل الإنساني مع الطفل.

5. جلسات البرنامج التدريبي:

مراعاةً لخصائص عينة الدراسة، ومحتوى البرنامج التدريبي، تكون البرنامج التدريبي من (19) جلسة تدريبية، بواقع جلستين أسبوعياً، والمدة الزمانية للجلسة الواحدة (120) دقيقة.

6. الأسس الإجرائية للبرنامج:

تحتوي جلسات البرنامج التدريبي على مجموعة من الإجراءات المطبقة بجميع الجلسات وهي:

1. الترحيب بالمشاركات، والتهيئة للجلسة، ومناقشة الواجب المنزلي، وتقديم التغذية المرتجعة والتعزيز المناسب للمشاركات.

2. إعلام المشاركات بأهداف الجلسة، وتطبيق التدريبات والأنشطة اللازمة لها.

3. تلخيص الجلسة وإنهائها.

4. إجراء تقييم الجلسة.

5. تحدي الواجب المنزلي للقاء القادم.

7. خطوات تنفيذ البرنامج:

1. إعداد البرنامج التدريبي.
2. اختيار مكان ووقت تنفيذ البرنامج التدريبي.
3. إجراء تطبيق القبلي لمقياس الدراسة.
4. تنفيذ البرنامج التدريبي مع أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
5. إجراء التطبيق البعدي لمقياس الدراسة.

8. الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج:

يستند البرنامج التدريبي على فنيات مثل: كسر الحواجز، والمحاضرة، والمناقشة والحوار ، والتفسير والايضاح، وعمل مجموعات، ولعب الدور، والتعزيز، والاستبصار، والنمذجه، والتلخيص، والواجب المنزلي.

9. الفئة المستهدفة.

أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الحاصلات على أقل درجة على مقياس الدراسة.

10. الأدوات المستخدمة بالبرنامج:

أقلام، أوراق بيضاء وملونة، سبورة، لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، وشاشة عرض، فيديوهات توضيحية، نماذج تدوين للتطبيق العملي، صور، ملصقات، أوراق وكرتون A4

ملون، ملف، شريط لاصق مزدوج (خشن و ناعم)، قلم رصاص، مقص، مسطرة، جلاتين حراري، خرامة، جهاز تجليد الحراري.

الخلاصة

تنبع أهمية فصل منهجية الدراسة من كونه الأساس الذي تبنى عليه الدراسة، بهدف جمع البيانات التي تستخدم في الدراسة، وعليها يتم اختبار الفرضيات، حيث تم تطبيق إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تطبيق الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية، وبناء مقياس الدراسة وقياس الصدق والثبات، وبناء البرنامج التدريبي، والقيام بإجراءات التطبيق للبرنامج لتحقيق الهدف الرئيسي من الدراسة.

الفصل السادس

عرض وتحليل النتائج وتفسيرها

تمهيد

1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

1.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

2.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

3.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

4.1. عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

5.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

6.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

7.1.عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.

الاستنتاج العام

خاتمة

الاقتراحات والتوصيات

قائمة المراجع

الملاحق

تمهيد

تمحور هذا الفصل حول النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء فرضياتها التي تم طرحها، وقد نظمت وفقاً لمنهجية محددة في العرض، حيث عرضت في ضوء فرضياتها، ويتمثل ذلك في عرض نص الفرضية، يليه مباشرة الإشارة إلى نوع المعالجات الإحصائية المستخدمة، ثم جدولة البيانات، ووضعها تحت عناوين مناسبة، يلي ذلك تعليقات على أبرز النتائج المستخلصة، وهكذا تعرض النتائج المرتبطة بكل فرضية على حدة.

وتم إيجاد الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس (Jacobson– Truax) ، وقد قامت الباحثة باستخدام الدلالة الاكلينيكية للمساهمة في التقييم الدقيق لمتغيرات الدراسة، وخاصة كون حجم عينة الدراسة صغيرة.

النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$) بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي.

لفحص الفرضية الأولى، حُسبت الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على الاختبار القلبي والبعدي، واستخدم اختبار(ت) للمجموعات المترابطة (Paired Sample t–test) للكشف عن فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، وتم إيجاد الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس (Jacobson– Truax).

ونتائج الجدول (8) تبين اختبار (ت) للمجموعات المترابطة:

الجدول (8) نتائج اختبار(ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

المتغير	الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	ت	الدلالة
التواصل غير اللفظي	قبلي	10	48.6	4.9	9	13.298	0.000
	بعدي	10	90.6	10.5	9		
التواصل اللفظي	قبلي	10	39.6	6.7	9	-10.861	0.000
	بعدي	10	81.2	10.3	9		
التواصل الاجتماعي	قبلي	10	20.0	4.5	9	-8.536	0.000
	بعدي	10	39.3	5.98	9		
نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن	قبلي	10	15.1	2.2	9	-10.052	0.000
	بعدي	10	31.2	4.2	9		
الدرجة الكلية	قبلي	10	123.3	13.4	9	-14.462	0.000
	بعدي	10	242.3	27.7	9		

الجدول (8) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بين المقياسين القبلي والبعدي تُعزى لأثر البرنامج التدريبي.

والجدول (8)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس القبلي بلغ (123.3)، بينما بلغ في القياس البعدي (242.3)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

الجدول (8) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل غير اللفظي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بين المقياسين القبلي والبعدي.

والجدول (8)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس القبلي بلغ (49.6)، بينما بلغ في القياس البعدي (90.6)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية التواصل غير اللفظي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

الجدول (8) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05) وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل اللفظي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بين المقياسين القبلي والبعدي.

والجدول (8)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس القبلي بلغ (39.6)، بينما بلغ في القياس البعدي (81.2)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية التواصل اللفظي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

الجدول (8) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل الاجتماعي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بين المقياسين القبلي والبعدي.

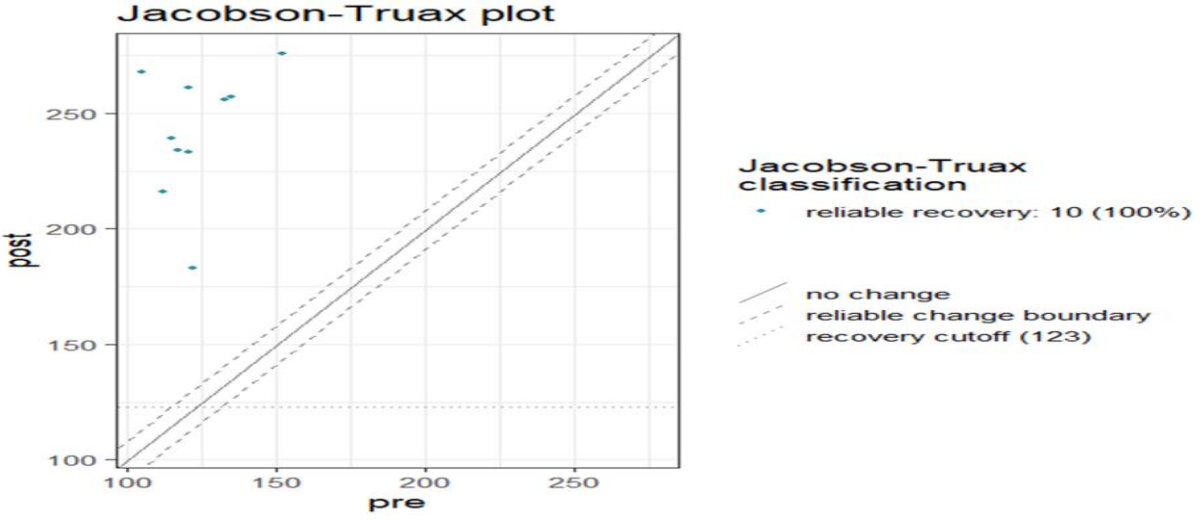
والجدول (8)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس القبلي بلغ (20.0)، بينما بلغ في القياس البعدي (39.3)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية التواصل الاجتماعي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

الجدول (8) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن ذوي اضطراب طيف التوحد بين المقياسين القبلي والبعدي.

والجدول (8)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس القبلي بلغ (15.1)، بينما بلغ في القياس البعدي (31.2)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

الدلالة الاكلينيكية:

الشكل (2): نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا كس –Jacobson) (JT) (Truax ، لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.



الشكل (2): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – ترواكس –Jacobson Truax (JT) ، لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل) ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق) مما يشير إلى أن (100%) من الأفراد حققوا تغييرًا موثوقًا، مما يدل على فاعلية البرنامج التدريبي، في تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

ويمكن أن تعزو الباحثة هذه النتيجة لكون العلاج السلوكي بما يتضمنه من تحليل السلوك التطبيقي، وبرنامج لوفاس (Lovass) بيكس (PECS) بتقنياتهم العلاجية السلوكية يعززان فهم أعمق لدى الأمهات حول خصائص وسلوكيات أطفالهن من ذوي اضطراب طيف التوحد، وكما يعمل على تطوير قدراتهن على استخدام التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي، مما يسهم في تنمية قدراتهن على فهم احتياجات أطفالهن بشكل أكبر، واكتساب مهارات تساعدهن على تلبية هذه الاحتياجات بشكل فعّال وبالتالي يعزز تواصلهن بفاعلية مع أطفالهن. وأشار (الزلط،2024) إلى أنه يمكن للوالدين تعلم أساليب واستراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي، وبعد وقت قصير من التدخل، يمكن للوالدين ملاحظة التغيرات الإيجابية على سلوك أطفالهم، كما ويلاحظ تواصل أفضل وإحباط أقل لديهم، ويلاحظ انخفاض في السلوكيات المشكلة مع استمرار التدخل العلاجي (الزالط،2024،ص77). وأشار (الجلامدة،2013) إلى أن اشتراك الأسرة في تطبيق برامج تحليل السلوك التطبيقي يسهم في تحقيق نجاح البرنامج بدرجة كبيرة.

كما وتساهم المجموعات العلاجية في تعزيز ثقة الأمهات بأنفسهن، وبالتالي يؤدي إلى تطبيقهم للمهارات التي قمن بتعلمها دون الشعور بالخوف من الفشل أو الإحباط والوصول إلى

قناعة بأن المحاولة والخطأ هي بداية للتعلم وانه بالمتابعة والتكرار يحصل التغير ويحصدن النتيجة، وأشار (Buchanan & Weiss, 2020) إلى أن الوالدين قد يشعروا بالارتياح لمعرفة المصطلحات الأساسية، وبعض المهارات اللازمة لمتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة، والعمل مع المدرسة على مهارات محددة، وتنفيذ استراتيجيات (ABA) المتسقة في المنزل، لتعزيز السلوك المناسب على مدار اليوم (Buchanan & Weiss, 2020,p49).

وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة (Leaf,2018) والذي أشار إلى أن التدخل السلوكي الشامل يمكن أن يؤدي إلى تحسن كبير في حياة الأفراد ذوي اضطرب طيف التوحد، ويمكن تنفيذ إجراءات ومبادئ تحليل السلوك التطبيقي (ABA) في بيئات متنوعة، كالمدرسة، والمنزل، والعيادة أو المركز. ومع دراسة (الملك،2015) الذي أشار إلى أن برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، يعتبر من أهم البرامج التي تطيق في تأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على مستوى العالم، وأشار كل من (John, 2007) و (الملك، 2015) في دراستهم إلى اعتبار البرامج العلاجية السلوكية القائمة على أسلوب (لوفاس ,Lovass) من البرامج الفعالة والناجحة في التعامل مع عدة مجالات، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وأشار إلى أهمية أن تشمل البرامج العلاجية فهم شامل لطبيعة الاضطراب، وعدم فصل أي من الجوانب السلوكية والاجتماعية والتواصلية، وتفسير مدى التداخل في الخصائص الاجتماعية والتواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأيضا تشير النتيجة إلى مساهمة برنامج تدريب الأمهات على فهم الإشارات غير اللفظية، التي قد يستخدمها الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، كلغة الجسد وتعابير الوجه، كما أن استخدام اللغة أثناء التدريب أيضاً، يعزز المخزون اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد، مما يجعل التواصل ما بين الأمهات واطفالهن بشكل أكبر وأسهل، وهذا ما أكدت عليه دراسة (محمد،2011)، والتي أشارت نتائجها إلى فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في إكساب أطفالهن مهارات التواصل اللغوي. وأشارت دراسة (سيتينباكيس وباستوج و أوزيل كيزيل)، إلى وجود علاقة مهمة بين تلقي الدعم الأسري والاجتماعي، وقدرة الأمهات على الاستمتاع بالحياة والتفاؤل، وبالتالي مستويات أعلى من نتائج الأمومة الإيجابية (Papadopoulos, 2021, 2-3). وبالتالي تعزيز التواصل، وتقليل الشعور بالإحباط لكل من الأمهات وأطفالهن، وتساعد أيضاً الأمهات في التعامل مع أطفالهن الآخرين ممن ليسوا من ذوي الإعاقة على حد سواء.

كما وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (Bordini. D,et al. 2024)، والتي أشارت نتائجها إلى فاعلية تدريب الوالدين القائم على تحليل السلوك التطبيقي كبديل فعال في تنمية التواصل البصري، ومع دراسة (Abdi, F.et al. 2024) ، والتي أشارت إلى وجود أثر للبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تمنية التواصل لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن البرنامج يوفر علاجاً دائما وفعالاً للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في البيئية المنزلية، ومع دراسة (Tenerife, et al. 2023)، التي أشارت إلى أن مشاركة أولياء الأمور يسهم في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة (أبو نواس والعويدي،2022)، والتي أشارت إلى وجود أثر لبرنامج تدريبي مقدم لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تنمية المهارات التواصلية لدى أطفالهم، ومع دراسة (الديباني وقطب، 2022) والتي أشارت إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مستوى مهارات السلوك التكيفي، بما فيها التواصل لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة

(حنفي وأخرون ،2022) والتي أشارت إلى فاعلية برنامج لوفاس وفنيات تحليل السلوك التطبيقي بمشاركة والدي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في تنمية مهارات التواصل لدى أطفالهم، ومع دراسة (جبارة ومسودة،2021)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية برنامج قائم على نظام تبادل الصور (PECS)، في تنمية التواصل غير اللفظي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة (عياط،2020)، والتي أشارت إلى فاعلية العلاج السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتنميه التواصل اللفظي لدى أبنائهن، ومع دراسة (الضمور،2019)، والتي أشارت إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي في تنمية المرونة المعرفية، ومهارات التعايش لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة (Flippin, M. 2019)، والتي أشارت إلى تدريب الأب على التواصل مع طفله من ذي اضطراب طيف التوحد، ساهم في زيادة استخدام الطفل للكلمات المفردة عن مستوى خط الأساس، ومع دراسة (الحديبي،2019)، والتي أشارت نتائجها إلى فاعلية البرنامج التدريبي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في تحسين مهارات التواصل البصري لدى أطفالهن، ومع دراسة (الحياري والخطيب،2018)، والتي أشارت إلى فعالية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في تنمية معرفة، ومهارات أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في التعامل مع سلوكيات أطفالهن، ومع دراسة (عميرة والسرور، 2018)، والتي أشارت إلى فعالية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهم، ومع دراسة (Vahidi. M, et al2017) ، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، على تنمية مهارات الاتصال الفعال في تحسين المهارات الاجتماعية لديهم، ومع دراسة (Thompson CK, et al. 2016) والتي أشارت إلى فعالية تدريب أولياء الأمور على تعزيز التواصل، والسلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد، ومع (Far. J, et al. 2016)، والتي أشارت إلى فعالية التدريب القائم على العلاج باللعب لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في تحسين المهارات اللفظية ،وغير اللفظية لأطفالهن، ومع دراسة (صالح وحنفي، 2015)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، مما أدى لخفض المشكلات السلوكية لأطفالهن، ومع دراسة (أبو حسب الله،2015)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية البرنامج التدريبي القائم على برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور، في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة (محمد،2014)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية تدريب الأمهات على استراتيجيات برنامج تحليل سلوك تطبيقي، في تحسين سلوك المشكل لدى أطفالهن، ومع دراسة (العسكر،2011)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية برنامج ارشاد سلوكي معرفي لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد البسيط، في تنمية رعاية تعليم أطفالهم، ومع دراسة (محمد ،2011) والتي أشارت نتائجها إلى فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في إكساب أطفالهن مهارات التواصل اللغوي، ومع دراسة (الدهمشي، 2008)، والتي أشارت نتائجها إلى فعالية برنامج هيجاشي في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومع دراسة (المهتدي، 2008)، والتي أشارت إلى فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحد من السلوك الانسحابي لأطفالهن. وقد ساهم البرنامج التدريبي في ذلك من خلال تحقيقه لمجموعة من الأهداف المعرفية، المتمثلة بتعريف شامل مختصر حول اضطراب طيف التوحد، وتقديم تصور واضح وواقعي للأمهات حوله، وكيفية التعامل مع السلوكيات التي تظهر لدى الطفل، بالإضافة لتعريفهم بتحليل السلوك التطبيقي وما يتضمن من تحليل للسلوك وفهمه، والتعرف على أسبابه، والتعريف بتقنيات التعزيز وتطبيقها بشكل إيجابي مؤثر، والذي تم خلال الجلسات العشر الأولى. والتعريف

بمستويات برنامج لوفاس بما تضمنه من تنمية الحضور والانتباه والتقليد وفهم اللغة بمستوياته الثلاثة، من خلال خطوات عملية مبسطة تتناسب وقدرات الأمهات، والاستفادة من هذا كله في تطبيق برنامج بيكس ضمن خطوات عملية واضحة ومبسطة، والذي تم خلال الجلسات العشر الأخيرة، مما ساهم بشكل واضح في تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطرب طيف التوحد. بالإضافة للأهداف الانفعالية للبرنامج، والتي حققت جانب من الدعم والتفريغ النفسي للأمهات أثناء التدريب، وما قدمته المشاركات لبعضهن من دعم ومساندة اجتماعية أثناء التدريب، والذي تم خلال جميع جلسات أهمها الجلسة السابعة.

وما سابق يتفق مع ما أشار إليه مالكولم نولز (1968) من مبادئ في تعليم الكبار "الأندراغوجيا"، حيث أشار إلى أن البالغين يتعلمون بشكل أفضل عندما يكون التعلم مرتبطًا بحياتهم، وعندما يكون التعلم متمركزًا حول مشكلة ما، ويركز على القضايا الواقعية في العالم الحقيقي(New England Institute Of Technology, 2021). وهذا تمثل في هدف الدراسة الحالية في تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من قصور واضح في المهارات التواصلية، ومن هنا تنبع أهمية البرنامج لدى الأمهات، مما شكل لهن حافزاً للمشاركة والمتابعة في تحقيق أفضل النتائج في تطوير قدراتهن التواصلية.

كما وأشار مالكولم نولز (1968) إلى أن الكبار يصبحون مستعدين للتعلم، عندما يشعرون بالحاجة إلى معرفة المهارات الجديدة أو اكتسابها (New England Institute Of Technology, 2021). وهذا ما تم ملاحظته من خلال القياس القبلي للمجموعة الاستطلاعية،

حيث تم اختيار عينة الدراسة بالاعتماد على نتائج العينة الاستطلاعية، حيث تم اختيار الأمهات الحاصلات على أقل درجة على مقياس الدراسة الاستطلاعية.

كما وأشار مالكولم نولز (1968) إلى أن الكبار يحتاجون إلى معرفة سبب تعلمهم لشيء ما، وكيف سيساعدهم ذلك في تحقيق أهدافهم (New England Institute Of Technology, 2021). وهذا ما قام البرنامج بتحقيقه من خلال التعريف بمحتوى البرنامج وأهدافه، خلال الجلسة الأولى.

كما وأشارت نظرية التعلم المعرفي إلى أهمية إعطاء فرصة للمتعلمين لطرح الأسئلة، والتفكير بصوت عالٍ؛ لمساعدتهم على فهم آلية عملية تفكيرهم، والاستفادة من هذه المعرفة لبناء فرص تعلم أفضل. كما وأشارت نظرية التعلم السلوكية إلى أن استخدام التعزيز الإيجابي لمساعدة الطلاب على استيعاب مفهوم ما بشكل أفضل، وأن المتعلمين الذين يتلقون التعزيز الإيجابي أكثر قدرة على تذكر المعلومات مستقبلًا، كما وأشارت نظرية التعلم في النظرية الإنسانية إلى أن تهيئة بيئة تعليمية تُساعد المتعلمين على تلبية احتياجاتهم النفسية، والعمل على توفير المكان الآمن والمريح للتعلم، وتوفير الدعم الكافي للنجاح، يُعد من البيئات الأنسب للتعلم (WGU, 2020). وهو ما قام عليه البرنامج التدريبي من خلال الفنيات المستخدمة، وبناء بيئة تعليمية أمنة.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين البعدي والتتبعي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي.

لفحص الفرضية الثانية، حُسبت الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على الاختبار البعدي والتتبعي، واستخدم اختبار(ت) للمجموعات المترابطة (Paired Sample t-test) للكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، ونتائج الجدول (9) تبين اختبار (ت) للمجموعات المترابطة:

الجدول (9) نتائج اختبار(ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.

المتغير	الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	ت	الدلالة
التواصل غير اللفظي	بعدي	10	90.6	10.5	9	-33.208	0.000
	تتبعي	10	179.3	17.6	9		
التواصل اللفظي	بعدي	10	81.2	10.3	9	-3.972	0.003
	تتبعي	10	84.9	9.2	9		
التواصل الاجتماعي	بعدي	10	39.3	5.9	9	-7.060	0.000
	تتبعي	10	41.7	5.5	9		
نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن	بعدي	10	31.2	4.2	9	-6.821	0.000
	تتبعي	10	33.9	3.8	9		
الدرجة الكلية	بعدي	10	242.3	27.7	9	-36.435	0.000
	تتبعي	10	339.8	34.4	9		

الجدول (9) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين: البعدي والتبعي.

والجدول (9)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس البعدي بلغ (242.3)، بينما بلغ في القياس التتبعي (339.8)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق، في تنمية المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على المقياس التتبعي.

الجدول (9) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.003)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل غير اللفظي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين البعدي والتبعي.

والجدول (9)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس البعدي بلغ (90.6)، بينما بلغ في القياس التتبعي (179.3)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق، في تنمية التواصل غير اللفظي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد على المقياس التتبعي.

الجدول (9) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل اللفظي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين البعدي والتبعي.

والجدول (9)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس البعدي بلغ (81.2)، بينما بلغ في القياس البعدي (84.9)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق، في تنمية التواصل اللفظي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على المقياس التتبعي.

الجدول (9) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05)، وهذا يظهر وجود فروق في بعد التواصل الاجتماعي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين البعدي والتبعي.

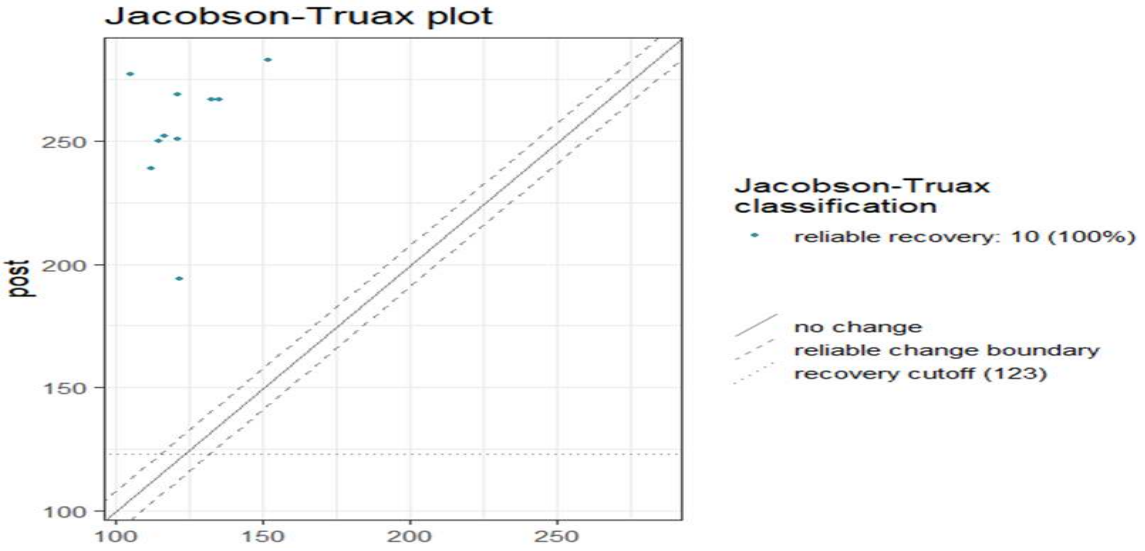
والجدول (9)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس البعدي بلغ (39.3)، بينما بلغ في القياس التتبعي (41.7)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق، في تنمية التواصل الاجتماعي، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على المقياس التتبعي.

الجدول (9) يظهر أن قيمة مستوى الدلالة المسحوبة بلغت (0.000)، وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد (0.05) وهذا يظهر وجود فروق في بعد نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن ذوي اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين البعدي والتبعي.

والجدول (9)، يظهر أن متوسط أداء الأمهات في القياس البعدي بلغ (31.2)، بينما بلغ في القياس التتبعي (33.9)، وهذا ما يؤكد فعالية البرنامج التدريبي المطبق في تنمية نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن ذوي اضطراب طيف التوحد على المقياس التتبعي.

الدلالة الاكلينيكية

الشكل (3): نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروكاس (Jacobson–Truax) (JT) لفحص الفروق، بين التطبيقين، البعدي والتتبعي لمقياس المهارات التواصلية لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.



الشكل (3): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – ترواكس –Jacobson Truax (JT) لفحص الفروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي، لمقياس المهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق)، إي أن جميع الأفراد (10 أفراد) أظهروا تحسنًا بعد التدخل، مما يعني أن هناك استردادًا موثوقًا بنسبة (100%)، مما يعكس فعالية التدخل بشكل إيجابي، حيث يُظهر أن جميع الأفراد حققوا تحسنًا ملحوظًا.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة كل من (حنفي وأخرون، 2022)، دراسة (الحديبي،2019)، و دراسة (محمد،2014)، ودراسة كل من (الضمور،2019)، ودراسة (صالح وحنفي،2015)، و(أبو حسب الله،2015)، و دراسة (العسكر،2011)، والتي أشارت جميعها إلى عدم وجود فروق بين متوسط درجات القياسين، البعدي والتتبعي.

ويمكن أن تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى عامل الخبرة والممارسة، حيث أن ممارسة الفنيات لفترة أطول، يسهم في إتقانها، مما يعزز فاعليتها، وكما أن فنيات (لوفاس وبيكس)، متسلسلة ضمن مجموعة من المراحل، لا يتم الانتقال من مرحلة دون ممارسة الطفل للمرحلة السابقة لها، وهذا يتفق مع ما أشار إليه (الصديق،2005)، كما وأن برنامج (لوفاس ،Lovass)، يعتمد على فكرة التكرار في التدريب على المهارات المحددة، للوصول إلى درجة الإتقان، حيث تجزأ المهارات المراد تعليمها إلى مهارات جزئية ويتم التنقل فيها من مرحلة إلى أخرى، وبشكل تدريجي. وخلال استخدام مبادئ التعزيز، والتشكيل، والنمذجة، والتسلسل، وتحليل المهمات للوصول بهم لاكتساب المهارات السلوكية والتربوية والاجتماعية والتواصلية، ويجب أن تشمل البرامج العلاجية فهم شامل لطبيعة الاضطراب، وعدم فصل أي من الجوانب السلوكية والاجتماعية والتواصلية، وهذا ما يفسر مدى التداخل في والخصائص الاجتماعية والتواصلية، لدى ذوي اضطراب طيف التوحد (الملك،2015). لذا ساهمت الفترة بين القياس البعدي والتتبعي، والتي قمن خلالها الأمهات بتطبيق المراحل المختلفة للبرنامجين، بالتالي تحقيق تواصل أفضل مع أطفالهن من ذوي اضطراب طيف التوحد، ويمكن أن يكون ذلك دليلاً على فعالية واستمرارية تأثير البرنامج على المدى الطويل.

وهذا يتفق مع ما أشار إليه مالكولم نولز (1968) في مبادئ تعلم البالغين، حيث أشار إلى أن الكبار يتعلمون من خلال الممارسة، ويفضلون الخبرات العملية (New England Institute Of Technology, 2021). وقد حقق البرنامج هذا المبدأ من خلال التطبيق العملي لبرنامج لوفاس ولبرنامج بيكس، والتي تمت من خلال خطوات عملية واضحة ومبسطة، وتطبيقها باستخدام فنية لعب الدور، مما ساهم في تنمية قدرات الأمهات على تطبيق الفنيات مع أطفالهن لاحقاً في المنزل وتطور مهارتهن بشكل أكبر من خلال الممارسة اليومية. كما ويشير ديفيد كولب

(1970) إلى أن البالغين يعتمدون على تجارب التعلم الواقعية؛ لتحفيز التأمل والمراجعة والتفكير المجرد، ومن ثم يمكنهم استنتاج معنى التجربة وفهمها (New England Institute Of Technology, 2021).

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تعزى لمتغير عمر الأم.

لاختبار الفرضية، تمّ استخدامُ اختبار ت (t-test) للعينات المستقلة، للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الأم، ويبين ذلك الجدول (10).

جدول (10): نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير عمر الأم

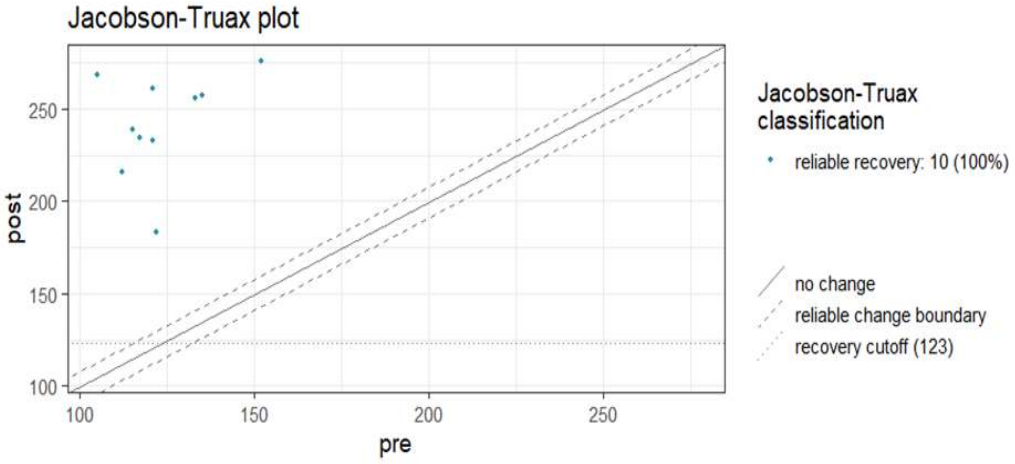
الاختبار	عمر الأم	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القبلي	18- 30 سنة	128.2	15.6	1.172	0.275
	31- 40 سنة	118.4	10.2		
البعدي	18- 30 سنة	248.6	23.8	0.697	0.505
	31- 40 سنة	236.0	32.5		

*** *دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = (9).**

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تعُزى لمتغير عمر الأم، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05) وهي غير دالة إحصائيًا.

الدلالة الاكلينيكية:

الشكل (4): نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروكاس Jacobson– Truax (JT)، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الأم.



الشكل (4): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروكاس Jacobson– Truax (JT) ، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، يُعزى لمتغير عمر الأم، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل) ،حيث أظهر أن

(الاسترداد موثوق)، إي أن جميع أفراد المجموعة (100%) أظهروا تحسنًا موثوقًا، وهذا يشير إلى أن التدخل كان فعالًا في هذه الحالات.

ويمكن أن تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مستويات الخبرة والتدريب لدى الأمهات، لها الأثر الأكبر من عمر الأم في كيفية التعامل مع أطفالهن من ذوي اضطراب طيف التوحد، كما وأن جميع الأمهات خضعن لنفس التدريب والتجربة، وحصلن على نفس المعلومات من خلال البرنامج التدريبي، وتلقين نفس الخبرات والدعم، مما ساهم في تنمية مهارات وقدرات الأمهات من جميع الأعمار على التعامل والتواصل مع أطفالهن. كما وأن وجود طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، يجعل الأمهات يعشن نفس الظروف والصعوبات، فمهما كان عمر الأم عندما تتلقى خبر تشخيص طفلها باضطراب طيف التوحد، فإنهن تتعرض لنفس الصدمة، ويبدأن برحلة التعرف على الأعراض، وكيفية التعامل مع هذا الاضطراب، ويتشابهن بالتجربة نفسها، ومعظمهن يتوجهن لنفس الأطباء والأخصائيين لأخذ النصح والارشاد، وهذا يتماشى مع طبيعتنا كمخلوقات بشرية، عندما نتعرض لأي أزمة أو شدة، نبدأ بالبحث عن حلول. وأشار أحمد (2020) إلى أن تقديم الدعم للوالدين، يسهم في خفض مستوى الضغوط لديهما، كما وأشار إلى أن احتياجات أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تشمل الاحتياجات المعرفية، والتي تتمثل في نقص المعلومات الخاصة بطبيعة الاضطراب، وأسبابها، وكيفية التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة للاحتياجات التربوية والنفسية، وأنه ينبغي على المتخصصين، أن يكونوا مصدر دعم لأسرة ذوي اضطراب التوحد، نظراً لأهمية مشاركة الوالدين في عملية التدخل الخاصة بأبنائهم، وخاصة الأمهات (احمد، ٢٠٢٠، 41-43).

وهذا يتفق مع ما أشار إليه مالكولم نولز (1968) من مبادئ لتعليم الكبار، والتي تحدث فيها على أنهم يتعلمون بشكل أفضل عندما يكون لديهم دافع داخلي لذلك (New England Institute Of Technology, 2021). وهذا تحقق بالبرنامج من خلال ربط مشاركة الأمهات بالبرنامج بوجود رغبة لديهن بالمشاركة والالتزام في البرنامج التدريبي، بغض النظر عن عمر الأم، بالإضافة إلى ما وفره البرنامج التدريبي من الدعم والتفريغ النفسي للأمهات خلال فترة التدريب، بالإضافة إلى تدريبهن على استراتيجيات ومهارات علمية وعملية مبسطة ساهمت في فهم سلوكيات أطفالهن، وفنيات التعامل معها، والتواصل بإيجابية حيث أن القدرة على تعلم المهارات مرتبط بالرغبة والدافعية للتعلم بغض النظر عن العمر.

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.

للتحقق من صحة الفرضية، تمّ استخدامُ اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)، للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم، كما هو موضح في الجدول (11).

جدول (11) نتائج اختبار تحليل التباين الأُحادي (One Way Anova)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم (ن= 10).

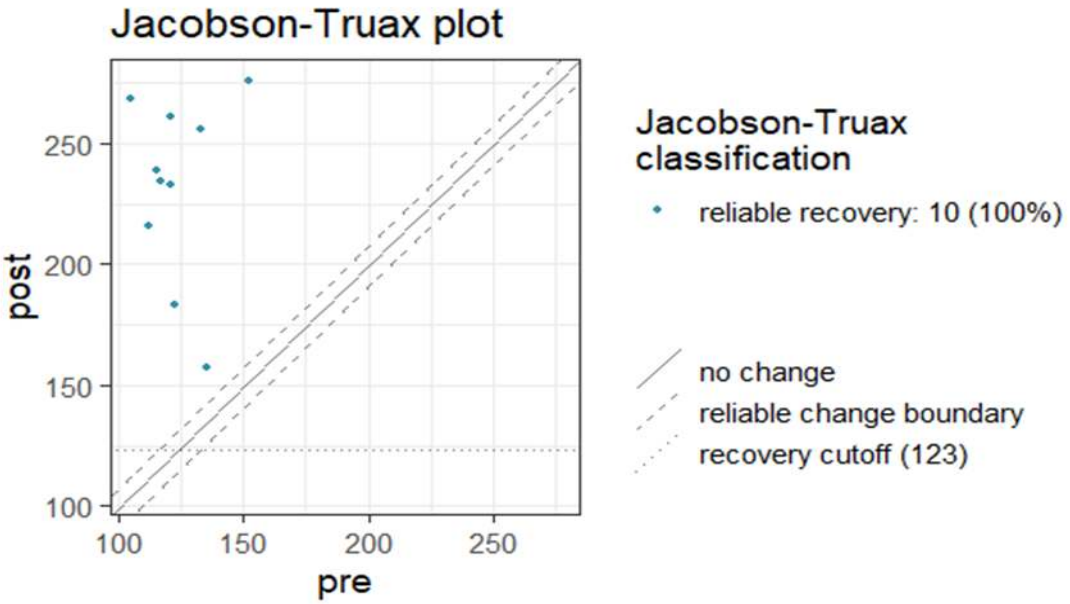
الاختبار	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية

الاختبار	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القبلي	بين المجموعات	935.267	2	467.633	4.657	0.052
	داخل المجموعات	702.833	7	100.405		
	المجموع	1638.100	9			
البعدي	بين المجموعات	3041.933	2	1520.967	2.742	0.132
	داخل المجموعات	3882.167	7	554.595		
	المجموع	6924.100	9			

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيًا.

الدلالة الاكلينيكية

الشكل (5): نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا كس (Jacobson–Truax JT)، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.



الشكل (5): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروا كس (Jacobson–Truax JT)، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post)، القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق) أي أن هناك (10) حالات أي (100%)، أظهروا تحسنًا موثوقًا، مما يشير إلى أن التدخل، كان فعّالًا لهذه المجموعة.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (محمد ،2011)، والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والمستوى التعليمي للأم، بعد تطبيق البرنامج التدريبي على الأمهات.

تعزو الباحثة هذه النتيجة، إلى ان ردود فعل أي أم عند ولادة طفل من ذوي الاعاقة يشكل صدمة لها، ويضعها تحت ضغط نفسي كبير، بالأخص أن مجتمعنا يوجه لوم للأم على ولادة طفل من ذوي طيف التوحد بنفس الحدة والدرجة، سواء كانت متعلمة أو لم تكمل مراحل تعليمها، فما زال هناك العديد من الأفكار الخاطئة المنتشرة حول هذا الاضطراب، مثل: عدم اهتمام الام بطفلها، وعدم تواصلها معه بالشكل الصحيح، هو سبب ظهور هذا الاضطراب. كما وأن التعليم بالمجالات العلمية المختلفة غير تخصص التربية الخاصة، لا يمنح أي معلومات حول اضطراب طيف التوحد، أو فنيات التواصل مع ذوي هذا الاضطراب، وكيفية فهم احتياجاتهم، أو استراتيجيات تأهيلهم وتنمية مهاراتهم، وتمكن البرنامج التدريبي للأمهات من إكسابهن خبرة عملية كبيرة، من خلال تدريبات عملية متخصصة، والتي تراعي اختلاف المستويات التعليمية للأمهات، كما وأن التطبيق العملي واليومي لاستراتيجيات البرنامج مع الأطفال في بيئتهم الطبيعية يحقق نتائج إيجابية أفضل، وهذا ما تم من خلال التطبيق العملي للبرنامج، بالإضافة للواجب المنزلي طول فترة التدريب. كما وأن البرنامج التدريبي كان متاح للأمهات، اللواتي حصلن على أقل درجة في القياس الاستطلاعي، بغض النظر عن مستوى تعليمهن، ووفر البرامج التدريبي مهارات أساسية، واستراتيجيات، وفنيات سلوكية مبسطة، مما قلل من تأثير مستوى التعليم للأم على اكتساب هذه الفنيات، والتي ساعدتهن على تطوير مهارات التواصل الفعال مع أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.

الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين ،القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.

لاختبار الفرضية، تمّ استخدامُ اختبار ت (t-test) للعينات المستقلة، للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين القبلي والبعدي تعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، ويبين ذلك الجدول (12)

جدول (12): نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.

الاختبار	عمر الطفل التوحدي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القبلي	6 سنوات فأقل	118.0	3.60	0.447-	0.668
	7- 12 سنة	121.1	11.6		
البعدي	6 سنوات فأقل	218.6	30.9	1.792-	0.116
	7- 12 سنة	248.5	19.8		

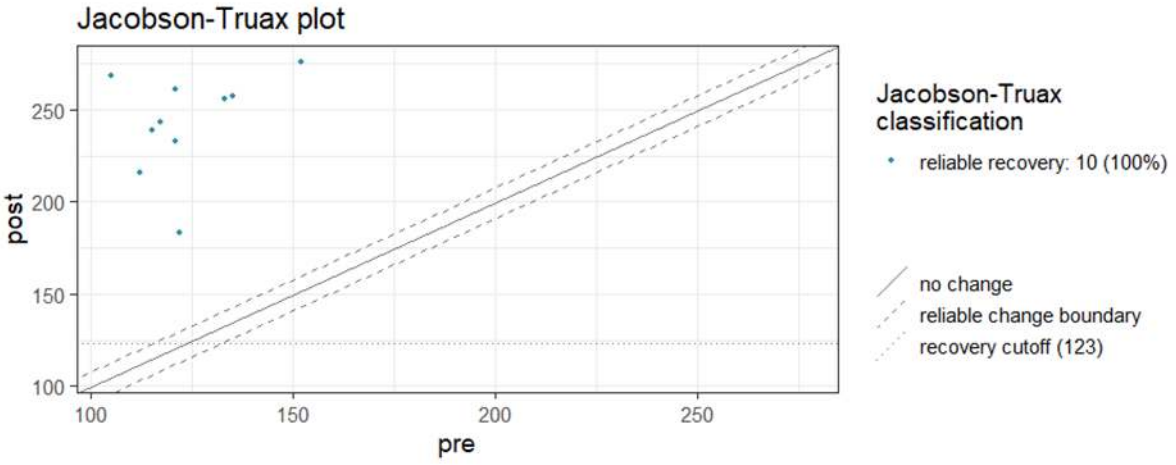
*** *دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = (9).**

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)،

بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيًا.

الدلالة الاكلينيكية

الشكل (6): يوضح نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس Jacobson–Truax (JT)، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين: القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.



الشكل (6): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس Jacobson–Truax (JT)، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تعزى لمتغير عمر الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق) مما يشير إلى وجود (10) حالات أي (100%)

أظهروا تحسنًا موثوقًا بعد التدخل، أي أن التدخل كان فعّالًا بشكل كامل، حيث حقق جميع الأفراد الذين تم قياسهم، تحسنًا موثوقًا بعد التدخل.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (محمد، 2011)، والتي أشارت إلى وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بعد تطبيق البرنامج التدريبي على الأمهات، لصالح العمر الزمني للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (محمد، 2011)، والتي أشارت إلى وجود فروق في مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بعد تطبيق البرنامج التدريبي على الأمهات، لصالح العمر الزمني للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى كون البرنامج التدريبي متكيف مع احتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأنه ليس مرتبط بعمر الطفل، كما وأن تطور قدرة الأمهات على تنمية مهاراتهن للتواصل مع أطفالهن من ذوي اضطرب طيف التوحد مرتبط بفهم احتياجاتهم، بحيث يتم تقديم برنامج تأهيلي يتوافق والاحتياجات وإشباعها، من خلال تدريبهن على كيفية تحديد الخط القاعدي لسلوك الطفل، وفهم سلوكيات أطفالهن ودوافعهم، وفهم سوابق السلوك وتوابعه، وهذا ما تم خلال الجلسة التاسعة، مما يسهم في خلق تواصل إيجابي بين الطفل والأم، وهذا يرتبط باحتياجات الطفل أكثر من أن تكون مرتبطة بعمر الطفل.

الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.

لاختبار الفرضية، تمّ استخدامُ اختبار ت (t–test) للعينات المستقلة، للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، ويبين ذلك الجدول (13).

جدول (13): نتائج اختبار ت (t–test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة

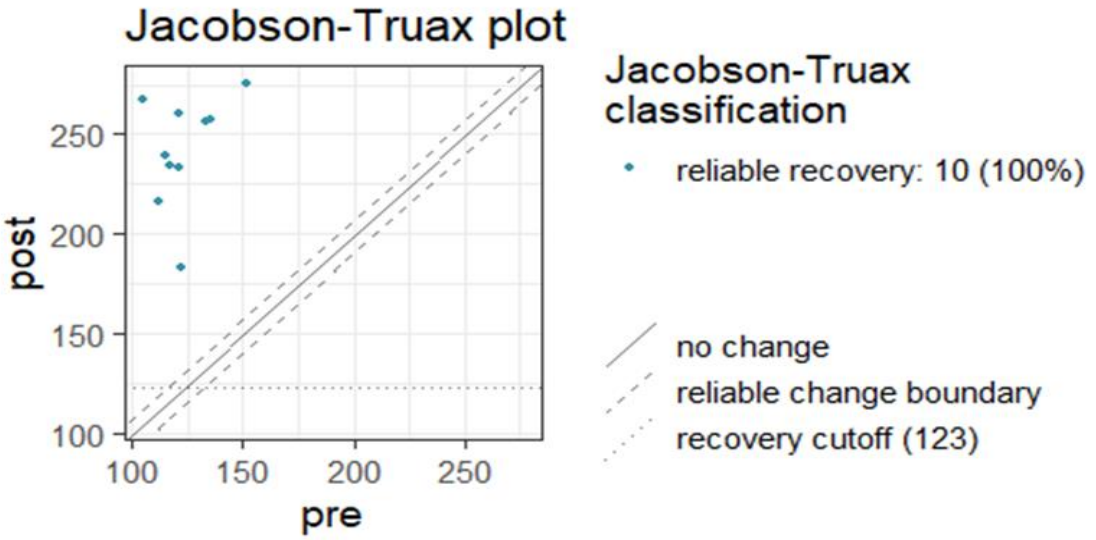
الاختبار	المستوى الاقتصادي للأسرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القبلي	متدني	120.2	11.5	0.561–	0.590
	متوسط	125.3	15.3		
البعدي	متدني	242.0	39.6	0.026–	0.980
	متوسط	242.5	21.0		

*** *دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، * دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = (9).**

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيًا.

الدلالة الاكلينيكية

الشكل (7): نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروواكس (Jacobson–Truax (JT، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.



الشكل (7): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تروواكس Jacobson– (JT) Truax، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق)، مما يشير إلى وجود (10) حالات أي (100%) أظهروا تحسنًا كبيرًا بعد التدخل.

تعزو الباحثة هذه النتيجة لكون جميع المشاركات قد توفر لديهن قدر متساوٍ من الدعم والمواد التعليمية والتدريبية، وأظهرن دافعية ورغبة شديدة لتطوير قدراتهن ومهاراتهن للمساهمة في

تأهيل أطفالهن، وخاصة في ضوء شح الخدمات المقدمة لذوي اضطراب طيف التوحد. وأشارت دراسة (Bordini. D, et al. 2024) إلى إمكانية استخدام العلاج السلوكي في البيئات ذات الموارد المنخفضة.

الفرضية السابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل.

لاختبار الفرضية، تمّ استخدامُ اختبار ت (t-test) للعينات المستقلة، للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل، ويبين ذلك الجدول (14).

جدول (14): نتائج اختبار ت (t-test) للفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل

الاختبار	نطق الطفل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
القبلي	ناطق	143.5	12.0	3.634	0.007
	غير ناطق	118.2	8.22		
البعدي	ناطق	266.5	13.4	1.465	0.181
	غير ناطق	236.2	27.4		

*** *دالـة إحصـائياً عنـد مسـتوى دلالـة (0.01)، * دالـة إحصـائياً عنـد مسـتوى دلالـة (0.05)، درجات الحرية = (9).**

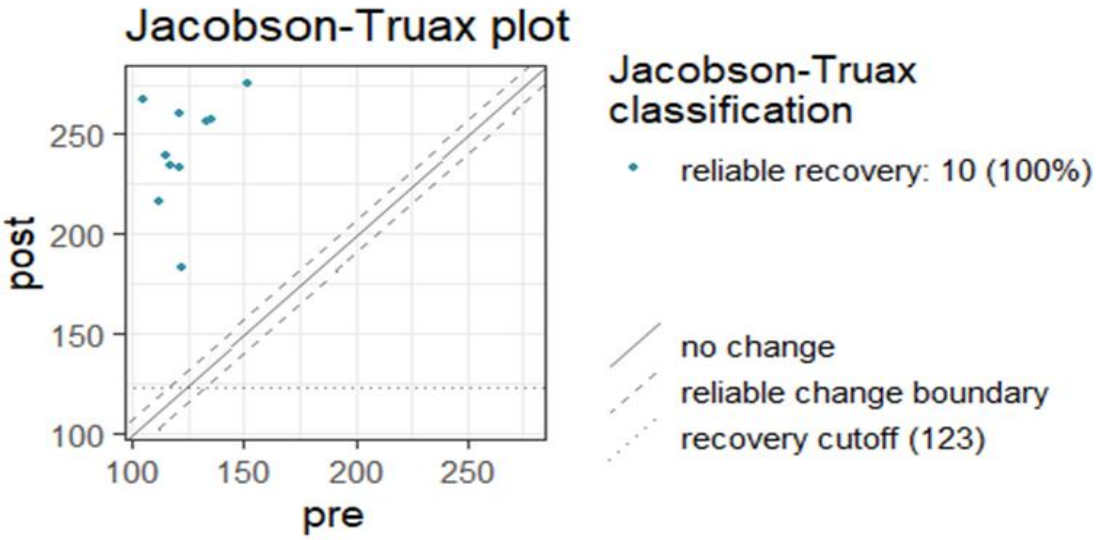
أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0,05$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياس القبلي، تُعزى لمتغير نطق الطفل، حيث كانت الدلالة الإحصائية أقل من (0.05)، وهي دالة إحصائيًا، وأن الفروق كانت لصالح أمهات الأطفال الناطقين، لأن المتوسط الحسابي لديهن أعلى.

ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة، لكون الأطفال ذوي اضطرب طيف التوحد، غير الناطقين يواجهون صعوبة في التعبير عن احتياجاتهم، ومشاعرهم بشكل واضح، مما يخلق فجوة ما بين الطفل ومحيطه، ويجعل من الصعب فهم احتياجاته، وأيضا يشكل مصدر احباط للطفل نفسه، ولأفراد أسرته بالأخص والدته، التي تقدم له الرعاية، ويشكل هذا تحدياً كبيراً أمام الأم، التي تحاول إيجاد حلول بديلة لتربط خيوط تواصل مع أبنها، وفي حال فشلها في إيجاد وسيلة أخرى، تشعر بالإحباط والعجز، وكما يؤدي عدم إيجاد وسيلة تواصل لفظي، لدى الطفل إلى عزلته عن محيطه، مما قد يجعل أعراض اضطراب طيف التوحد، تظهر بشكل أكبر لدى بعض الأطفال، في حين أن الأطفال الناطقين لديهم قدرات لغوية تتيح لهم فرص أكبر للتفاعل، والتعبير عن احتياجاتهم، حتى وان كانت لغة تتصف بالبدائية، مما ييسر عملية التواصل بين الأمهات وأطفالهن، وفهم احتياجاتهم، وخفض مستوى الحاجز بين الطفل وبيئته المحيطة.

بينما أظهرت النتائج، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \leq \alpha$)، بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياس البعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل، حيث كانت الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيًا.

الدلالة الاكلينيكية

الشكل (8): يظهر نتائج الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس Jacobson–Truax (JT) ، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.



الشكل (8): يظهر الدلالة الاكلينيكية باستخدام طريقة جكبسون – تـرواكس (Jacobson–Truax (JT، لفحص الفروق بين متوسطي درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير نطق الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يمثل المحور الأفقي (pre) القياس الأول (قبل التدخل)، ويمثل المحور العمودي (post) القياس الثاني (بعد التدخل)، حيث أظهر أن (الاسترداد موثوق)، مما يشير إلى أن هناك (10) حالات أي (100%) من هذه الحالات أظهرت تحسنًا كبيرًا بعد التدخل.

تعزو الباحثة هذه النتيجة، لتلقي الأمهات تدريب متخصص، يتوافق مع احتياجاتهن في تنمية المهارات التواصلية بأبعاده (اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي)، وتلقيهن تدريب على

استراتيجيات وفنيات سلوكية فعالة، تسهم في تنمية المهارات التواصلية مع أطفالهن، بغض النظر عن قدراتهم اللغوية. وأيضا لكون برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) يسهم في زيادة فهم الأمهات لسلوكيات أطفالهن، من ذوي اضطراب طيف التوحد، واكتسابهن استراتيجيات للتعامل معهم، وهذا ما أشارت إليه دراسة (Abdi, F.et al. 2024) ،إلى أن تحليل السلوك التطبيقي يسهم في تنمية التواصل، لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويوفر علاجاً دائماً، وفعالاً في البيئة المنزلية. وبرنامج (لوفاس ,Lovass) المنبثق عنه يساعد الام على تطوير مهارات التواصل اللفظي والاجتماعي لدى أطفالهن، وهذا ما أكدت عليه دراسة حنفي وأخرون (2022). كما ويساعد برنامج (بيكس ،PECS) وبشكل خاص الأمهات ،على تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفالهن، من خلال استخدام ملف الصور كوسيلة للتواصل، وهذا ما أشارت إليه كلٌ دراسة كل من جبارة ومسودة (2021) و حسب الله (2015).

الاستنتاج العام:

للأمهات دورٌ حيويٌ في تنشئة ورعاية أطفالهن، حيث أن البيئة المنزلية، وأساليب التنشئة الاجتماعية المستخدمة في الأسرة، تؤثر بشكل كبير في التطور النفسي والاجتماعي للطفل، وتواجه أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد العديد من التحديات، تبدأ في صدمة وجود طفل من ذوي إعاقة في الأسرة، وتحديات تشخيصه وتأهيله، بالإضافة إلى صعوبة التواصل معه، والضغوط الاجتماعية، مما يؤثر سلباً على صحتهن النفسية والعاطفية.

كما وأن والتعلم وزيادة الوعي لدى الأمهات في أساليب التعامل والتأهيل لأطفالهن من ذوي اضطراب التوحد، يمكن أن يساعدهن في تحسين جودة حياتهن وحياة أطفالهن.

ويمكن من خلال نتائج الدراسة، استخلاص مجموعة من الاستنتاجات، التي تعكس نتائج الدراسة وهي ما يلي:

- أن تدريب وتأهيل أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يسهم بشكل كبير في تحسين وضعهم النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى مساهمته بتطوير وتأهيل أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الأسرة هي النواة الأولى في تأهيل الأطفال ذوي اضطرب طيف التوحد، والدور الأكبر والأساسي هو للأم، كونها الراعية والمعلم الأول لأطفالها، وخاصة في مجتمعاتنا العربية.
- الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يمكن تأهيلهم وتطوير قدراتهم، بطريقة تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم، وتطور قدراتهم الاجتماعية، من خلال برامج تأهيلية مشتركة بين الأسرة والمختصين.
- وتشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق في المهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بين المقياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي، وعلى جميع الأبعاد (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن)، وتشير إلى وجود فروق في المهارات التواصلية، لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، بين المقياسين، البعدي والتبعي، تُعزى لأثر البرنامج التدريبي، وعلى جميع الأبعاد (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن). وتشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياسين، القبلي والبعدي، تُعزى لمتغير عمر الأم، ومستوى تعليم الأم، ولمتغير عمر الطفل التوحدي، ولمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، وتشير إلى وجود فروق ذات

دلالة إحصائية في درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياس القبلي، تُعزى لمتغير نطق الطفل، وأن الفروق كانت لصالح أمهات الأطفال الناطقين، وتشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، في القياس البعدي تُعزى لمتغير نطق الطفل.

الخاتمة

إنّ فهم اضطراب طيف التوحد هو خطوة مهمة؛ لتقديم الدعم المناسب لذوي اضطراب طيف التوحد، وأسرهم، وتحقيق النمو والتطور باستخدام استراتيجيات التدخل المبكر المناسبة .

ومعرفة طبيعة اضطراب طيف التوحد، وتطبيق الأساليب العلمية الفعالة في التعليم والتأهيل، يسهم في تحسين جودة الحياة لذوي هذا الاضطراب، وأسرهم، ويتطلب هذا التأهيل تكامل الجهود والتعاون بين الأهل والمجتمع والمختصين، وتوفير بيئة داعمة ومشجعة، وتعزيز الوعي المجتمعي حول هذا الاضطراب؛ لتقليل الوصمة الاجتماعية المرتبطة به، وتقديم الدعم اللازم لأسرهم؛ لضمان خلق بيئة داعمة ومحفزة.

ولأن الدور المركزي والأساسي للأمهات في حياة أبنائهن، وخاصة ذوي الاعاقة، تظهر الحاجة الملحة للبرامج التدريبية للأمهات، وأصبح العمل على بناء وتطوير هذه البرامج جزءاً أساسياً من الخدمات النفسية والتأهيلية لهذه الفئة، ومن هنا جاءت الدراسة الحالية لبناء برنامج تدريبي سلوكي يخدم فئة مهمة ومهمشة في المجتمع الفلسطيني، وهي فئة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وعليه فقد تم تصميم البرامج بما يتناسب وطبيعة المشكلة، والفئة المستهدفة ، حيث تم التعريف باضطراب طيف التوحد وأسبابه وخصائصه، وتشخيصه وبرامج تأهيله، بالإضافة للتعريف بالمهارات التواصلية، والبرامج السلوكية المستخدمة في تأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذلك تم بناء مقياس المهارات التواصلية للأمهات، والذي استفادت منه الباحثة في رصد التأثيرات التي طرأت على المشاركات في التدريب، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وقد تم بناء البرنامج التدريبي وفقاً للعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي، حيث تضمن البرنامج عدة جلسات، مستخدماً مجموعة من الأساليب والفنيات منها (كسر الحواجز،

المحاضـرة، المناقشـة والحـوار ، التفسـير والايضـاح، عمـل مجموعـات، لعـب الـدور، التعزيـز، الاستبصار، النمذجه، التلخيص، الواجب المنزلي). واستغرق البرنامج فترة تقدر بالأربع شهور من التطبيق والقياس التتبعي.

وأظهرت نتائج الدراسة، أن البرنامج التدريبي المستند العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي، والبرامج المنبثقة عنها، كتحليل السلوك التطبيقي، وطريقة (لوفاس Lovaas)، ونظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS)، كان فعّالاً في تحسين المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ مما ساعد على تعزيز القدرة لديهن على التعامل مع أطفالهن بطرقة إيجابية مثمرة. كما وأشارت النتائج من خلال القياس التتبعي إلى استمرار التحسن لدى الأمهات على المدى الطويل، مما يشير إلى استدامة فعالية البرنامج التدريبي.

الاقتراحات والتوصيات

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- زيادة الاستثمار في برامج التدريب والدعم النفسي، لأمهات وأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة، وذوي الاعاقة بشكل عام.
- تبني البرنامج التدريبي الحالي من الجهات والمؤسسات العاملة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم؛ لتطوير الخدمات المقدمة لهذه الفئة.
- إجراء المزيد من الأبحاث؛ لتطوير وتحسين البرامج التدريبية المستخدمة حالياً في تأهيل وتطوير مهارات الأطفال، ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم.

- إجراء المزيد من الأبحاث بهدف تحديد احتياجات الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، وأمهاتهم وأسرهم.
- التوعية والتثقيف المجتمعي حول اضطراب طيف التوحد ، مما يسهم في تقليل الوصمة الاجتماعية، وتوفير بيئة داعمة للأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم.
- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لأمهات وأسر الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يسهم في نجاح التدخلات، وتحقيق النتائج الإيجابية المرجوة.
- تعزيز التعاون بين المؤسسات الأهلية العاملة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والمؤسسات التعليمية والاجتماعية؛ للمساهمة في تقديم الدعم المتكامل، لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- السعي والضغط باتجاه توفير مؤسسات حكومية، ترعى وتقدم خدمات للأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم خاصة، وذوي الإعاقة عامة.
- تطوير ملف تبادل الصور بيكس(PECS)، وتوفيره عبر تطبيق الكتروني، بحيث يسهل توفره للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، بأي مكان وزمان، بطريقة سهلة الاستخدام، ودون عناء.

المراجع

إبراهيم. عبد الستار، والدخيل. عبد العزيز وإبراهيم. رضوان. *(١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل–أساليبه ونماذج من حالاته.* الكويت: عالم المعرفة للنشر والتوزيع.

أبو اسويلم، ضياء وجرادات، نادر .(2021). *فاعلية برنامج تدريبي في ضوء النظرية السلوكية في خفض سلوك المصاداة لدى أطفال اضطراب طيف التوحد في عينة أردنية*. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، 3(21) ، 471-492.
https://doi.org/10.12816/0059562

أبو حسب الله، علا. (2015). *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. رسالة ماجستير*، الجامعة الاسلامية – غزة:1 – 176.

أبو نواس، يزن والعويدي، علياء. (2022). *فاعلية برنامج تدريب أولياء الأمور (ImPACT) في تنمية مهارات التواصل، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في دولة قطر*. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، (13) 40، 193-205.

احمد، حسن (2020). *المسئولية الاسرية لأسر الأطفال التوحديين المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية*. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسوان، (3)1، 32-55.

إسماعيل، عمرو. (2020). *فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تكليل السلوك التطبيقي في تنمية المهارات الاستقلالية وخفض السلوكيات التكرارية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. رسالة دكتوراه، جامعة دمياط، 1-262.

بطرس، حافظ. (٢٠١٠). *تعديل وبناء سلوك الأطفال*، عمان، الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5). (2014). ترجمة أنور الحمادي.

جبارة، ليني ومسودة، ضياء. (2021). *فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر في تنمية مهارات تواصل أمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد في محافظة طولكرم*. رسالة دكتوراه، الجامعة العربية الامريكية، 1-25.

جنيد، محمد. (2018). *فاعلية برنامج قائم على استخدام تحليل السلوك التطبيقي لزيادة الانتباه لدى عينة من أطفال التوحد*. رسالة الماجستير، الجامعة الاسلامية: غزة، 1-168.

جوهري، دلال وعلي، حسام الدين. (يناير،٢٠٢٣). *فاعلية برنامج إرشادي باستخدام بطاقات (بيكس PECS)، لتنمية مهارات الأمن الجسدي لدى ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة بمنطقة جازان*. دراسات عربية في التربية وعلم النفس (ASEP)، (1)١٤٥، 141-202.

الحديبي، مصطفى. (31- أكتوبر/تشرين الأول-2019). *فعالية برنامج صن رايز لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تحسين مهارات التواصل البصري لدى أطفالهن*. مجلة التربية الخاصة، (8) 29 ، 244-314.

حنفي، مصطفى و محمد، أحمد وخليل، وفاء. (2022): *فعالية التدريب على برنامج (لوفاس Lovaas) عن بعد بمشاركة والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على مهارات التواصل*. دراسات تربوية واجتماعية، جامعة حلوان-كلية التربية، (2)28، 29-67.

الحياري، هيثم والخطيب، جمال. (2018). *فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في تنمية معرفة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في التعامل مع سلوكيات أطفالهم في دولة الإمارات العربية*. الجمعية الأردنية للعلوم التربوية، المجلة التربوية الأردنية، ،(2) 3. 238-271.

خطاب، محمد. (2005): *سيكولوجية الطفل التوحدي*. الاردن: دار الثقافة.

الخطيب، جمال. (2017). *تحليل السلوك التطبيقي*. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الدهمشي، محمد. (2008): *أثر برنامج هيجاشي القائم على مهارات الحياة اليومية في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز الرياض*. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، 1-86.

الديباني، آلاء وقطب ترمين. (يناير- 2022). *فعالية التدريب عن بعد للأمهات، لتنمية مهارات السلوك التكيفي لأطفالهم من ذوي اضطراب طيف التوحد*. مجلة البحوث التربوية والنوعية (JEQR)، (10)، 1- 37.

رجبي، عزيزة والعبزوزي، ربيع. (2023). *تقييم خبرة أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في التدخل المبكر في مدينة الخليل / فلسطين*. مؤتمر الطفولة المبكرة جامعة القدس: فلسطين.

الرجبي، عزيزه والعبزوزي، ربيع (2024). *تقييم المهارات التواصلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مدينة الخليل- فلسطين*. مجلة العلوم النفسية والتربوية. (3)10، 51-68.

الزارع، نايف. (2003). *بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي*. رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، الاردن: 7.

الزريقات، ابراهيم (2010): *التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الزريقات، ابراهيم. (2004). *التوحد الخصائص والعلاج*. ط(1)، عمان : دار الفكر.

الزريقات، ابراهيم. (٢٠٠٦). *التوحد: الخصائص والعلاج*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الزعبي، عبد الله (2015). *التوحد: تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

الزغبي، عبدالحليم. (يوليو ،2020). *تحليل السلوك التطبيقي (برنامج لوفاس Lovaas للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد)*.

https://tak7atob.blogspot.com/2020/07/blog-post.html

السعد، خميس. (2021). *اضطراب طيف التوحد من العلاج إلى الحياة اليومية*. ط (1)، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

سلامة، مشيرة. *(٢٠١٩). اللغة ومهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين*. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

سليمان، عبد الرحمن والوكيل، الشيماء ومحمد، عبد الحميد. (2022). *مقياس أساليب تواصل الوالدين مع طفلهما التوحدي*. مجلة الإرشاد النفسي، (٧٢)١٢١،٤.

سهير، كامل. (٢٠٢٣). *مهارات التواصل*. القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية خبراء التربية بالرياض.

السيد، زيزي. (٢٠٠٦). *العلاج المعرفي*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

سيد، محمد. (2009). *فاعلية استخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور (PECS)، وبعض التدريبات السلوكية، لتنمية الانتباه المشترك وأثر ذلك في خفض السلوك الانسحابي لدى أطفال الروضة التوحديين*. دراسات تربوية واجتماعية، مصر، (1)15، 143-202. http://search.mandumah.com/Record/42896

الشامي، وفاء. (2004). *خفايا التوحد: أشكاله وأسبابه وتشخيصه*. جدة: مركز جدة للتوحد.

الشرقاوي، محمود. (2018). *التوحد ووسائل علاجه*. مصر: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

صالح، سلوى وحنفي، علي. (أكتوبر –٢٠١٥). *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات تعامل الأمهات مع أطفالهن التوحديين وأثره على خفض المشكلات السلوكية لأطفالهن*. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، (9) 3، 13–68.

الضمور، ولاء. (2019). *فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية المرونة المعرفية ومهارات التعايش لدى امهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. أطروحة دكتوراه، جامعة مؤتة، 1–191.

طه، عبد الوهاب، وآخرون. (يونيو 2022). *تأثير التدريب السلوكي على علاقات العاملين في الفنادق الخمس نجوم بالقاهرة الكبرى*. مجلة اتحاد الجامعات العربية للسياحة والضيافة (JAAUTH)، (3) 22، 293–305 .

عادل، عبدالله. (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشد للنشر.

العبادي، رائد. (2006): *التوحد*. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

عبد الناصر، عوض. (2013). *نظريات مختارة في خدمة الفرد*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

العسكر، عهود. (2011). *فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في الرياض*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الامام محمد بن مسعود الاسلامية، المملكة العربية السعودية.

عطا الله، مصطفى. (2021). *العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج "دونالد ميتشنبوم: المفهوم المبادئ الأساسية، الفنيات العلاجية.* مجلة البحث في التربية وعلم النفس، (1)36، 241-262.

عمر، أحمد. (2010). *معجم اللغة العربية المعاصرة.* القاهرة: عالم الكتب.

عميرة، ميرفت والسرور، ناديا. (2018). *أثر تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير الملتحقين في مراكز التربية الخاصة في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي.* مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، (1) 8. 89-119.

عويجان، بشرى. (2012). *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.* رسالة ماجستير في التربية الخاصة غير منشورة: دمشق، 34-38 .

عياط، سعيد. (2020). *دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتويين وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن.* مجلة البحث العلمي في التربية، (21)،221-239.

الغامدي، حامد. (2013) . *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق.* ط (1)، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.

غانم، شوقي. (2013). *تقنين مقياس لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس – سورية*، دراسة ميدانية تطويرية. اطروحة ماجستير، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا، 1-255.

غنيم، وائل. (2019). *فعالية برنامج علاجي قائم على تحليل السلوك التطبيقي ABA في خفض درجة السلوك الانسحابي لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. المجلة العلمية لكلية التربية – جامعة اسيوط، (35) 2، 326-335.

القصيرين، الهام. (2008). *فاعلية برنامج التدريس المنظم (TEACCH) في إكساب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للمهارات الاجتماعية والتواصلية في الأردن*. رسالة دكتوراه، الاردن: جامعة عمان العربية،1-173. http://search.mandumah.com/Record/586902

كوهين، سايمون وبولتون، باتريكن. (2000). *حقائق عن التوحّدا*. ط(1)، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة. ترجمة: عبد الله ابراهيم الحمدان.

اللحام، ضحى. (2021). *اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة في ضوء دلالات صدق وثبات مقياس (ASR) للبيئة الفلسطينية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس، 1-106.

متولي، هبة. (٢٠٢٢). *فاعلية برنامج قائم على الأنشطة الفنية التشكيلية لتنمية مهارات التواصل لدى عينة من أطفال الروضة المعرضين للإدمان الإلكتروني*. مجلة الطفولة والتربية جامعة الإسكندرية – كلية رياض الأطفال، (٥٠)١٤، ١٤٥ – ٢١٥.

مجيد، سوسن. (2010). *التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه*. ط (2)، عمان: ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد، دعاء. (2017). *أثر برنامج التواصل بالصور PECS وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA الطريقة التقليدية) في الانتباه والحصيلة اللغوية لدى مجموعتين من الأطفال الذاتويين*. رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، 1-138.

محمد، صلاح الدين. (يوليو – ٢٠١٤). *فاعلية برنامج تدريبي للوالدين قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تحسين السلوك المشكل لأطفالهم*. دراسات عربية في التربية وعلم النفس (ASEP)، (51)، 187-215.

محمد، عادل. (2012). *تحليل السلوك التطبيقي*. ط (1)، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

محمد، مشيرة (2020). *اللغة ومهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين*. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

محمد، نانا. (2011). *فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بإمارة الشارقة في إكساب أطفالهن مهارات التواصل اللغوي*. دراسة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية، 1-189.

مرزوق، سماح. (٢٠١٠). *تكنولوجيا التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مرغنى، اميرة. (2023). *برنامج تدريبي لمعلمات رياض الأطفال في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال الذاتويين المدمجين*. مجلة الطفولة، (44)، 2102-2120.

المعبود، غادة. (2022). *السلبيات و الإيجابيات في تصميم كروت (بيكس PECS)، لإثراء مجال التصميم الموجه لأطفال طيف التوحد*. بحوث في التربية الفنية والفنون، (2) 23، 199-210.

مليكة، لويس. (١٩٩٠). *تعديل السلوك*. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

المهتدي، هبة. (2008). *فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات*. رسالة ماجستير، جامعة القدس – فلسطين، 1-164.

المهيري، عوشة. (2019). *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات اللغوية والتواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*. مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، (3) 20، 625-644.

نادر، علا. (2014). *فاعلية برنامج تدريبي قائم على العلاج السلوكي المعرفي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم*. رسالة الماجستير، جامعة دمشق.

نصر، سهى. (2002). *الاتصال اللغوي للطفل ذي اضطراب طيف التوحد، التشخيص، البرامج العلاجية*. عمّان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

يومجان، نادية. (2016). *بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة*. أطروحة دكتوراه ، جامعة محمد خيضر بسكرة، 188-194.

- Abdi, F. & Rezai, H. & Tahmasebi, N. & Maryam, D. (2023). The Effectiveness of Pivotal Response Treatment Training for Mothers on the Communication Skills of Children with Non-verbal Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

- Abdi, F. Rezai, H. Tahmasebi, N. Dastoorpoor, M. (April;2024). The Effectiveness of Pivotal Response Treatment Training for Mothers on the Communication Skills of Children with Non-verbal Autism Spectrum Disorder :Randomized Clinical Trial. University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.PP1-9. https://doi.org/10.5812/mejrh-127597.

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, D.C.

- Autism speaks,2023. https://www.autismspeaks.org/autism-statistics-asd .

- Aydın', A. (2016). Development of the Parent Form of the Preschool Children's Communication Skills Scale and Comparison of the Communication Skills of Children with Normal Development and with Autism Spectrum Disorder, Marmara University. DOI 10.12738/estp.2016.6.2684 December 2016 16(6), p(2005-2028).

- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 8(6), p357–383.

- Balestro, J. Izidro & Fernanda, D. Fernanda (2012). Questionário sobre dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças do espectro do autism- Questionnaire about communicative difficulties perceived by parents of children of the autism spectrum. Audiology - Communication Research, vol. 17, núm. 3, pp. 279-286 Academia Brasileira de Audiologia São Paulo, Brasil. E-ISSN: 2317-6431. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=391576524013

- Begeer, Sander, Carolien, Rieffe, Meerum, Terwogt, Lex, Stockman (2006): Attention to Facial Emotion Expressions in Children with Autism. The International of Research & Practice. Vol.10,N.1,pp.37-51.

- Bergeson, T; Davidson .C; Harmon,B; Gill, D; and Colwell, M. (2008). The Educational Aspects of Autism Spectrum Disorders. Washington: Office of Superintendent of Public Instruction(OSPI). (8).

- Booth, G. (2010). The effect of homework assessment on student motivation and achievement. M.A., Central Washington University, U.S.A.

- Bordini, D., Moya, A., Asevedo, G., Paula, C., Brunoni, D., Brentani, H. Caetano, C., Mari, J.(2024). Exploring the Acquisition of Social Communication Skills in Children with Autism: Preliminary Findings from Applied Behavior Analysis (ABA), Parent Training, and Video Modeling.p1-15.

- Bordini. D, et al (2024) . Exploring the Acquisition of Social Communication Skills in Children with Autism: Preliminary Findings from Applied Behavior Analysis (ABA), Parent Training, and Video Modeling. PP 1-15 https://doi.org/10.3390/brainsci14020172.

- Brock, S.E. (2004). The Identification of Autism Spectrum Disorder : A Primer for the School Psychologist. Department of Special Education, Rehabilitation, and School Psychology. California State University. (4-7).

- Buchanan M. Suzanne & Weiss J. Mary, 2020.APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS & AUTISM: First Bridge Centre. UK.p49.

- CASP The Council of Autism Service Providers Applied Behavior Analysis Treatment of Autism Spectrum Disorder Practice Guidelines for Healthcare Funders and Managers: (2nd ed).

- Chumchal, M. & Centanni, T. (2023). COMMUNICATION IN FAMILIES WITH AUTISTIC CHILDREN: THE IMPACT OF CHILD ANXIETY, AUTISM SEVERITY, AND PARENTAL BROAD AUTISM PHENOTYPE ON Com //Health & Wellness/Support/Disease.

- Conallen, K., & Reed, P. (2016). A teaching procedure to help children with autistic spectrum disorder to label emotions. Research in Autism Spectrum Disorders, 23, 63-72.

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). Applied behavior analysis (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc. FAMILY COMMUNICATION, Texas Christian University. (8-9).

- Dababnah, S. & Bulson, K. (2015). On the Sidelines: Access to Autism Related Services in the West Bank. Journal of Autism and

Developmental Disorders, 45, (12). 4124-34. doi: 10.1007/s10803-015-2538-y.

- Far. J, Hatami. H, Ahadi. H. (2016). The Effect of Training Play Therapy to the Mothers of Autistic Children to Improve the Verbal and Nonverbal Skills of their Children. Islamic Azad University, Tehran, Ira , Imam Hossein University, Tehran, Iran.

- Flippin, M. (2019). Father communication coaching for children with autism. University of Rhode Island, PP1-15. https://doi.org/10.1177/2396941519877375

- Frost, L.A., & Bondy, A.S. (2002). The Picture Exchange Communication System training manual (2nd edn).Newark, DE: Pyramid Educational Products, Inc.

- Geraldhyne, V. J., Yuliati, N., & Saputri, S. W. D. (2020). The Analysis of Social Environment Role on the Enhancement of Interpersonal Intelligence of Autism Children. In 2nd Early Childhood and Primary Childhood Education (ECPE 2020) (58-62). Atlantis Press.

- Gittens, T. & Aarons, M. (2001). The Handbook of Autism-A Guide for Parents and Professionals, 2nd Edition, Taylor & Francis Group.

- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1950). Principles of psychology: A systematic text in the science of behavior. New York, NY: Appleton-Century.

- Kirwan, M. (2009). Handbook of veterinary ommunication skills. Britsh library. Newdelhi. India, Inc.Publication

- Leaf, Justin B.; Leaf, Ronald; McEachin, John; Cihon, Joseph H.; Ferguson, Julia L. (2018): Advantages and Challenges of a Home- and Clinic-Based Model of Behavioral Intervention for Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder, Journal of Autism and Developmental Disorders, v48 n6 p2258-2266. DOI: 10.1007/s10803-017-3443-3.

- Leo, R. (2008). Definition of self concept, Http;;//messages. Yahoo. London and New York .(8-9).

- Love, S. & Matson, J. & West, D. (1990). Mothers as effective therapists for autistic children's phobias J of Applied Behavior Analysis, (23), (379-385).

- Matson, J.L. (ed.) (2009). Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders, DOI 10.1007/978-1-4419-0088-3_1,Springer Science+Business Media, LLC.

- Miltenberger, R. G., Miller, B. G., & Zerger, H. M. (2015). Applied behavior analysis. In The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies (p.79). Oxford University Press.

- Minshawi, N. F. (2004). Reliability and Concordance of the Childhood Autism Rating Scale and DSM-IV IN Adults with Severe and Profound Mental Retardation. Unpublished Master's Thesis. The Ohio State University. (16-17).

- Moore, Dennis William (April- 2009).The Effect of Teaching PECS to a Child With Autism on Verbal Behaviour, Play,and Social Functioning. Monash University: Australia. DOI: 10.1375/bech.26.1.66. https://www.researchgate.net/publication/229631343

- Muhammad, N. & Omer, F. (2016). Communication Skills in Islamic Perspective. Faculty of Arts & Humanities, Abdul Wali Khan University, Mardan, Pakistan.

- National Professional Development Center on ASD, (2010). Picture Exchange Communication System: Steps for Implementation National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders. Pp(1-16)

https://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/PECS_Steps.pdf

- National Research Council. (2001) Education Children with autism. Committee on educational interventions for children with autism. Catherine Lord, and James P. McGee, eds. Division of behavioral and social sciences and Washington, DC: National Academy Press. USA.
- New England Institute Of Technology,(April 8, 2021). Everything You Needed to Know About Adult Learning Theory https://www.neit.edu/blog/what-is-adult-learning-theory
- Papadopoulos, Dimitrios (Mar 2021).Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. MDPI. 2;11(3), pp 1-16. doi: 10.3390/brainsci11030309.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8001702/

- Pervin. Maleka, et al. (August, 2022). Effectiveness of interventions for children and adolescents with autism spectrum disorder in high-income vs. lower middle-income countries: An overview of systematic reviews and research papers from LMIC. Frontiers in Psychiatry, pp1-23. DOI10.3389/fpsyt.2022.834783 .

https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.834783/full.

- Skinner, B. (1953). Science and human behavior. New York: The Macmillan Company.

- Suzanne M. Buchanan . Mary Jane Weiss(2020).APPLIED BEHAVIOUR ANALYSIS & AUTISM: First Bridge Centre. UK.p14-28.

- Tamanaha, Ana & Olivatti. Dayane & Silva, Simoni & Vieira, Soraia & Perissinoto, Jacy .(March 02, 2023).Picture Exchange Communication System) PECS) Implementation Program for children with autism spectrum disorder. Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. P(1-6).

- Tenerife. J, Peteros. E, Bunghanoy. J, Pinili .L, Vera.J, Fulgencio .M. (2023). Impact of parental involvement on the communication skills of children with autism. International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE), Philippin. pp. 659~666. DOI: 10.11591/ijere.v12i2.24641.

- The Picture Exchange Communication System (PECS). NATIONAL Autism Resources. https://nationalautismresources.com/the-picture-exchange-communication-system-pecs/

- Thompson CK, et al.(2016). Training Parents to Promote Communication and Social Behavior in Children with Autism: The Son-Rise Program. Journal of Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids, DOI: 10.4172/2375-4427.1000147.PP 1-7.

- Tucci, Hursh, Dan, Laitinen, Richard Austin,, Lambe,(2005) Competent Learner Model for Individuals With Autism/PDD Learning Solutions, Inc. EXCEPTIONALITY.

- Vahidi. M, Khanzadeh. A, Nedaee.N (2017). The Impact of Training Mothers of Autistic Children for Effective Communication Skills on Social Skills Improvement in Autistic Children. University of Guilan, University of Caulan, Rasht, Iran, PP 1-7.

- WGU,(May 30, 2020). Five Educational Learning Theories, Education, Professional Development. https://www.wgu.edu/blog/five-educational-learning-theories2005.html.

- Xiao, F. (2015). Adult Second Language Learner's Pragmatic Development in the Study-a broad Context: a Review. Frontiers: The Interdisciplinary Journal of Study Abroad. Vol. XXV.

ملحق (1)

قائمة بأسماء المحكمين لمقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

م	الاسم	التخصص
.1	أ. د ربيع العبزوزي	علم النفس الاجتماعي/ جامعة البليدة (2)
.2	أ. د ابراهيم عبدالله الزريقات	تربية خاصة/ الجامعة الاردنية
.3	د. سهيلة بنات	الإرشاد النفسي والتربوي/ جامعة عمان العربية
.4	د. محمد عبد الفتاح الجابري	تربية خاصة (تشخيص توحد)/ الجامعة الاردنية
.5	د. خالد عياش	تربية خاصة/ فلسطين
.6	أ. د محمد عبد الفتاح شاهين	تربية/ جامعة القدس المفتوحة
.7	د. مراد الجندي	خدمة اجتماعية/ جامعة القدس المفتوحة
.8	د. كامل كتلو	علم نفس وصحة نفسية/ جامعة الخليل

ملحق (2)

قائمة بأسماء المحكمين للبرنامج التدريبي لتنمية المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

م	الاسم	التخصص
1.	أ. د ربيع العبزوزي	علم النفس الاجتماعي/ جامعة البليدة (2)
2.	أ. د ابراهيم عبدالله الزريقات	تربية خاصة/ الجامعة الاردنية
3.	د. محمد عبد الفتاح الجابري	تربية خاصة (تشخيص توحد)/ الجامعة الاردنية
4.	د. خالد عياش	تربية خاصة/ فلسطين
5.	أ. د محمد عبد الفتاح شاهين	تربية/ جامعة القدس المفتوحة
6.	د. مراد الجندي	خدمة اجتماعية/ جامعة القدس المفتوحة
7.	د. كامل كتلو	علم نفس وصحة نفسية/ جامعة الخليل

ملحق (3)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة لونيسي علي البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

مقياس وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

تم بناء المقياس بعد مراجعة الباحثة الأدب النظري، والاستعانة بمقياس دراسة أبو حسب الله (2015)، ومقياس Balestro, J. Izidro & Fernanda, D. Fernanda (2012)، ومقياس سليمان وآخرون (2022). ويتكون المقياس من (61) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد هي (التواصل غير اللفظي، والتواصل اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ونظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن) واستخدمت الباحثة بدائل مقياس ليكرت الخماسي (5) دائماً، (4) غالباً، (3) أحياناً، (2) نادراً،(1) أبداً. ما عدا بعد (نظرة الأمهات لتواصلهن من أبنائهن)، تعكس الدرجات لكون العبارات سلبية بالنسبة للمقياس.

الباحثة: عزيزة جمال الرجبي بإشراف الدكتور: ربيع العبزوزي

مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

بهدف البحث العلمي فيما يلي، مجموعة من العبارات، التي تقيس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة الخليل / فلسطين. لذا أرجو منكم قراءة الفقرات التالية قراءة دقيقة والإجابة عنها بوضع إشارة (√) بجانب البديل الذي يناسبك.

علماً أن هذه المعلومات تعامل بسرية تامة، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

1. عمر الأم:	☐ 18 –30 سنة		☐ 31– 40 سنة
2. مستوى تعليم الأم:	☐ أساسي	☐ ثانوي	☐ جامعي
3. عمر الطفل التوحدي	☐ 6 سنوات فأقل		☐ 7– 12 سنوات
4. المستوى الاقتصادي للأسرة	☐ متدني		☐ متوسط
6. طفلي ذوي اضطراب طيف التوحد ناطق	☐ نعم		☐ لا

ولكم وافر الاحترام والتقدير،،

الباحثة: عزيزة جمال الرجبي

مقياس المهارات التواصلية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
•	التواصل غير اللفظي.					
.1	احتضن طفلي لتهيئته لتقبل التواصل الجسدي.					
.2	استخدم الصور لمساعدة طفلي على الفهم.					
.3	أشجع طفلي على الإشارة إلى ما يرغب من أشياء.					
.4	استخدم الإشارات (حركة الرأس للرفض، رفع اليد للوداع) في تواصلي مع طفلي.					
.5	أدرب طفلي على استخدام تعبيرات الوجه (كأن يضحك عند تقديم مكافاة له، أو يظهر على وجهه الحزن عند سحب المكافاة).					
.6	أدرب طفلي على الاستجابة بتحريك رأسه تجاه الصوت.					
.7	استخدم الصور الممثلة للمشاعر، وأدرب طفلي على التعبير عنها.					
.8	أدرب طفلي على طلب ما يحتاجه باستخدام الصور.					
.9	أدرب طفلي على زيادة مدة الانتباه لمثير معين.					
.10	أحرص على تنمية قدرة طفلي على الاستجابة لاسمه.					

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
.11	أدرب طفلي على الاستجابة بصريا عند سماع اسمه.					
.12	أدرب طفلي على كيفية التعبير عن مشاعره وانفعالاته.					
.13	أحفز طفلي على للنظر للشيء الذي أشير إليه.					
.14	أقوم بدق الجرس بطريقة تلفت انتباه طفلي.					
.15	أدق على الطاولة بطريقة معينة، وأطلب من طفلي تقليدي.					
.16	أطلب من طفلي إخراج صورة جديدة لشيء يحبه من ألبوم الصور، عن طريق الإشارة والحركات الواضحة.					
.17	أشير لطفلي بالقفز إلى أعلى مع التصفيق في ذات الوقت.					
.18	أستخدم الصور الممثلة للمشاعر (الضحك ، الحزن، الدهشة) وأدرب طفلي على التعرف عليها وتقليدها.					
.19	أعرض على طفلي مجموعة من الأشياء المختلفة مثل (دمية – قلم – كرة – سرير)، وأطلب منه أخراج مثلها من الصندوق.					
.20	أدرب طفلي على الإشارة إلى الشيء الذي يرغب به بنفسه، دون استخدام يد أحد البالغين.					

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
.21	أقوم بعرض صورة النشاط الجديد لطفلي، قبل أن أطلب منه تقليده.					
.22	أقوم بنمذجه السلوك المرغوب فيه أمام طفلي، قبل أن اطلب منه القيام به.					
•	التواصل اللفظي.					
.23	أدرب طفلي ليستجيب لسؤال (ماذا تريد؟).					
.24	أواظب على تنمية قدرة طفلي على الاستجابة بجملة من كلمة ثم من كلمتين.... .					
.25	أشجع طفلي على التعبير لفظياً عن احتياجاته من خلال تلبيتي لها.					
.26	أحفز طفلي للاستجابة للأوامر اللفظية كـ (قف، أجلس، أمشي).					
.27	استخدم الصورة لفظياً لتعريف طفلي بالشيء، وأنطق اسمه ليربط بين المسمى والصورة.					
.28	أعلم طفلي قول كلمة (لا) عند رفض الشيء.					
.29	أعلم طفلي قول كلمة (نعم) عند قبول الشيء.					
.30	استخدم التعزيز اللفظي عندما يمارس طفلي نشاط جديد من خلال مدحه والثناء عليه، مثل (ممتاز-					

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
	شاطر).					
.31	أدرب طفلي على أن يستجيب للأوامر مثل (ارفع يديك – ضع يديك على الطاولة).					
.32	أكرر ما يقوله طفلي من كلمات ذات معنى دعماً له.					
.33	أساعد طفلي على التعرف على أسماء بعض الأشياء كـ (الخضروات والحيوانات).					
.34	أشجع طفلي على أن يقول (نعم) عندما يناديه احد باسمة.					
.35	أدرب طفلي على اتباع تعليمات لفظية من خطوة واحدة.					
.36	أطلب من طفلي تقليد كلامي وحركاتي في مواقف مختلفة، مثل (الأكل، وأطلب منه قول أنا جائع).					
.37	أتدرج في إصدار الأوامر لطفلي، خطوة تلو الأخرة لتنفيذ نشاط معين.					
.38	أشجع طفلي على تسمية الأدوات المنزلية المحيطة به في البيئة.					
.39	أحرص على استخدام صورة الشيء أثناء نطق اسمه.					

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
.40	أحفز طفلي على الاستخدام الصحيح للضمائر (أنا – أنت – هو – هي) وفهمها.					
.41	أشجع طفلي على الاستجابة لسؤال (ماذا تريد؟).					
.42	أحرص على أن يطلب طفلي ما يريد دون أن أساله.					
•	التواصل الاجتماعي.					
.43	أدرب طفلي على إلقاء التحية والسلام باليد.					
.44	أشجع طفلي على المبادرة بإلقاء التحية عند لقاء الأخرين.					
.45	أوفر الفرص لطفلي للتفاعل مع أقرانه.					
.46	أحرص على تدريب طفلي أن يجيب عن الأسئلة الاجتماعية.					
.47	أشارك طفلي في المناسبات الاجتماعية.					
.48	أشرك طفلي بأنشطة تتطلب القيام بالعمل الجماعي.					
.49	أحرص على تنمية قدرة طفلي على بناء صداقات جديدة.					
.50	أواجه صعوبات في التواصل مع طفلي عندما يكون هناك أشخاص آخرون في نفس البيئة.					

الرقم	الفقرات	المستوى				
		دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
.51	أدرب طفلي على التواصل مع الآخرين، من خلال اللعب الجماعي.					
.52	أستطيع تعريف طفلي على الأشخاص المألوفين.					
•	نظرة الأمهات لتواصلهن مع أبنائهن.					
.53	أجد صعوبة في فهم ما يريده طفلي.					
.54	أجد صعوبة في فهم ما يشعر به طفلي.					
.55	أعاني من عدم قدرتي على التصرف، عندما لا يفهمني طفلي أو عندما لا أفهمه.					
.56	أرغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية التواصل مع طفلي.					
.57	أجد صعوبة في التواصل البصري مع طفلي.					
.58	لدي انطباع بأن طفلي لا يفهم ما أقول.					
.59	أجد صعوبة بتعزيز سلوك التواصل الإيجابي لدى طفلي.					
.60	أجد صعوبة في تدريب طفلي على الانتباه.					
.61	أجد صعوبة في تعليم طفلي أشياء جديدة.					

ملحق (4)

المخطط العام للبرنامج التدريبي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الأساليب والفنيات المستخدمة	إجراءات الجلسة	الوسائل والأدوات المستخدمة
الجلسة الأولى 120 دقيقة	التعارف والتعريف بالبرنامج	– الترحيب بالمشاركات، والتعارف بينهن وبين المدربة. – خلق جو من الألفة بين المشاركات. – كسر الحواجز وبناء الثقة. – فحص التوقعات من البرنامج. – التعريف بمحتوى البرنامج. – وضع قوانين خاصة بالمجموعة، والاتفاق على مواعيد الجلسات التدريبية المناسبة لهن. – تطبيق القياس القبلي.	– تقديم عرض بوربوينت، المناقشة والحوار، الإيضاح، التلخيص.	– الترحيب والتعارف وكسر الحواجز وبناء الثقة. – فحص التوقعات من البرنامج. – التعريف بمحتوى البرنامج. – وضع قوانين المجموعة، والاتفاق على المواعيد اللقاءات القادمة. – تطبيق القياس القبلي. –لإنهاء و تقييم الجلسة.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الثانية 120 دقيقة	اضطراب طيف التوحد (1)	– كسر حواجز وبناء الثقة.	– المحاضرة وعرض بوربوينت،	– الترحيب والتهيئة. – كسر حواجز	– لوح فليب تشارت ورقي،

		– تعريف مختصر بمفهوم اضطراب طيف التوحد، وتقديم نبذة تاريخية حوله، انتشاره، أسبابه.	العصف الذهني، التفسير، المناقشة، الواجب المنزلي.	وبناء الثقة (فعالية الصديق السري). – فعالية التعارف وكسر حواجز. – تعريف مختصر باضطراب طيف التوحد. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	(Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الثالثة 120 دقيقة	اضطراب طيف التوحد (2)	– تعريف مختصر للمشاركات بأعراض اضطراب طيف التوحد، وأشكاله. – تعريف مختصر للمشاركات بسمات ذوي اضطراب طيف التوحد. – تعريف المشاركات بأساسيات تشخيص اضطراب طيف التوحد.	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، عرض فيديو، التفسير والإيضاح، والتعزيز، وعمل مجموعات، والتلخيص، والواجب المنزلي.	– الترحيب والتهيئة. – عرض الواجب المنزلي. – فعالية كسر حواجز (العد من 1–10) ضمن المجموعة. – التعريف بأعراض اضطراب طيف التوحد، وخصائصه، وأشكاله وسمات اضطراب طيف التوحد. – فعالية تنشيط للمشاركات. – التعريف بتشخيص اضطراب طيف التوحد،	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

				وادوات تشخيصه وأساليب العلاج والتأهيل. – الإنهاء والتقييم. – الواجب المنزلي.	
الجلسة الرابعة 120 دقيقة	التواصل (1)	– تعريف المشاركات بلمحة حول مفهوم التواصل وأهميته، وعناصره. – تعريف مختصر لأشكال ومهارات التواصل (اللفظي، وغير اللفظي ، والاجتماعي). – التعريف بالمهارات التواصلية والكلامية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد.	– المحاضرة (بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير، والإيضاح، التعزيز، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، وعرض الواجب المنزلي. – نشاط استبصار لأهمية التواصل الفعال. – التعريف بمفهوم التواصل وأهميته، وعناصره، وأشكاله ومهاراته. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	– جهاز (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، لوح متنقل، أقلام وايت بورد، مجموعة عوائق بسيطة.
الجلسة الخامسة 120 دقيقة	التواصل (2)	– التعريف بلمحة حول المشكلات التواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد. – التعريف المختصر باستراتيجيات تنمية التواصل لدى ذوي	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير والإيضاح، وعمل مجموعات، الواجب المنزلي، التلخيص.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، وعرض الواجب المنزلي. – التعريف بالمشكلات التواصلية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

		اضطراب طيف التوحد. – إعطاء فكرة حول التواصل في أسر ذوي اضطراب طيف التوحد.		تنمية التواصل لديهم. – فعالية تنشيط (من غير كلام). – التواصل في أسر ذوي اضطراب طيف التوحد. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	
الجلسة السادسة 120 دقيقة	تحليل السلوك التطبيقي (1)	– التعريف بلمحة حول برنامج تحليل السلوك التطبيقي (تعريف مفهوم تحليل السلوك التطبيقي، نبذة تاريخية حول نشأة تحليل السلوك التطبيقي). – تعريف مختصر بالمفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي (السلوك– مكونات السلوك– وظائف السلوك–علم تحليل السلوك). – التعريف بالنماذج الأساسية في العلاج	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير والإيضاح، النمذجه، التعزيز، الاستبصار، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة. – التعريف بتحليل السلوك التطبيقي مفهومه، ونشأته، والمفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي. – فعالية تنشيط (ما المثل التي تعبر عنه الرسمة). – النماذج أساسية في العلاج السلوكي. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة.	جهاز (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، لوح متنقل، أقلام وايت بورد.

		السلوكي (الإشراط الكلاسيكي- الإشراط الإجرائي- التعليم عن طريق الملاحظة، نموذج التعليم الذاتي).		– الواجب المنزلي.	
الجلسة السابعة 120 دقيقة	تحليل السلوك التطبيقي (2)	– تعريف مختصر بآلية قياس السلوك الإنساني. – إعطاء لمحة حول المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي، وعناصر الممارسة الأساسية في (ABA). – التعريف المختصر بخصائص ومميزات تحليل السلوك التطبيقي.	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير والإيضاح، التخليص، فعالية استرخاء، الاستبصار، التعزيز، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، وعرض الواجب المنزلي. – التعريف بآلية قياس السلوك الإنساني، والمفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي، وعناصره وخصائصه. – فعالية استرخاء (دائرة الهمس). – الإنهاء والتقييم. – الواجب المنزلي.	لوح فليب تشارت ورقي، (Lab-Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الثامنة 120 دقيقة	تحليل السلوك التطبيقي (3)	– تعريف مختصر بفنيات تحليل السلوك التطبيقي. – تمكين المشاركات من معرفة فنيات ضبط المثيرات القبلية وهي(الحث والتلقين، الإخفاء	– محاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير والإيضاح، عمل مجموعات، لعب الدور، النمذجه،	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، وعرض الواجب المنزلي. – التعريف بميزات تحليل السلوك التطبيقي، وفنيات ضبط المثيرات	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab-Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

		والتلاشي، النمذجه، التشكيل، تحليل المهمة، التسلسل) – التطبيق العملي للفنيات من خلال لعب الدور. – تدريب المشاركات على التصور من خلال الهاتف.	التعزيز، الواجب المنزلي، التلخيص.	القبلية. – التطبيق العملي للفنيات من خلال لعب الدور. – تدريب على أساسيات بسيطة في التصوير. – الإنهاء والتقييم. – الواجب المنزلي.	
الجلسة التاسعة 120 دقيقة	تحليل السلوك التطبيقي (4)	– التعريف المبسط بفنيات التحكم في المثيرات البعدية وهي: أ. فنيات تقوية السلوك المرغوب (التعزيز، الاقتصاد الرمزي). ب. فنيات إضعاف ومحو السلوكيات غير المرغوبة (التعزيز التفاضلي، الإطفاء أو التجاهل، العقاب). والتدريب على بناء خط القاعدي (خط الاساس)، الذي يعتبر ضمن خطوات التعزيز التفاضلي.	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، التفسير والإيضاح، عمل مجموعات، لعب الدور، التعزيز، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، عرض الواجب المنزلي. – التعريف بفنيات التحكم في المثيرات البعدية، و فنيات إضعاف ومحو السلوكيات غير المرغوبة. – التطبيق العمل للفنيات من خلال لعب الدور. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

الجلسة العاشرة 120 دقيقة	برنامج (لوفاس Lovaas) (1)	– تعريف مبسط ببرنامج (لوفاس Lovaas) وصفاته واستخدامه. – تعريف مختصر بمعوقات وصعوبات تطبيق برنامج (لوفاس Lovaas) ومجالاته. – التعريف بمستويات برنامج (لوفاس Lovaas) (مستوى مبتدأ، متوسط، متقدم).	– محاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، الإيضاح والتفسير، التعزيز، الاستبصار، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، وعرض الواجب المنزلي. – التعريف ببرنامج (لوفاس Lovaas). – التعريف بمجالات ومستويات برنامج لوفاس. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الحادية عشر 120 دقيقة	برنامج (لوفاس Lovaas) (2)	– التعريف بخطوات تطبيق مجالات برنامج (لوفاس Lovaas) بمستوياته الثلاثة. – التطبيق العملي لخطوات مجالات برنامج (لوفاس Lovaas) .	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، المناقشة والحوار، عمل مجموعات، الإيضاح والتفسير، عرض فيديو توضيحي، لعب الدور، الاستبصار، التعزيز، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات، والتهيئة ومناقشة المهمة البيتية. – التعريف بخطوات تطبيق مجالات البرنامج (لوفاس Lovaas). – فعالية لزيادة الاستبصار. – التطبيق العلمي لخطوات تطبيق مجالات (لوفاس Lovaas). – الإنهاء والتقييم.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

				– الواجب المنزلي.	
الجلسة الثانية عشر 120 دقيقة	مراجعة وتطبيق عملي	– مراجعة ما تم خلال الجلسات السابقة. – عرض حالات التطبيق العملي لفنيات (لوفاس Lovaas)، التي تم التعرف عليها خلال الجلسات السابقة. – إيضاح أي سؤال يمكن أن يكون لدى المشاركات.	– المناقشة والحوار، الإيضاح والتفسير، عمل مجموعات، لعب الدور، طرح الاسئلة، التعزيز، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات، والتهيئة ومناقشة المهمة البيتية. – عرض ملخص للجلسات السابقة. – تطبيق عملي لفنيات تحليل السلوك ومجالات (لوفاس Lovaas). – طرح التساؤلات حول جميع ما سبق في الجلسات. – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الثالثة عشر 120 دقيقة	نظام تبادل الصور (بيكس PECS) (1)	– التعريف المختصر حول برنامج (بيكس PECS) (تبادل الصور). – لمحة حول نظريات التعلم التي يستند اليها (بيكس . PECS) – تعريف مختصر بأهمية (بيكس	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، عمل مجموعات، الإيضاح والتفسير، التعزيز، التخليص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، ومناقشة المهمة البيتية. – التعريف ببرنامج (بيكس PECS، لتبادل الصور). – الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

			PECS) ومميزاته وأهدافه وسلبياته.		
الجلسة الرابعة عشر 120 دقيقة	نظام تبادل الصور (بيكس PECS) (2)	– تجهز ملف الصور (بيكس PECS) (كل أم على حدا).	– شرح آلية العمل، المناقشة والحوار، الإيضاح، والتفسير، العمل اليدوي، التعزيز، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة وعرض المهمة المنزلية. – توضيح آلية عمل ملف نظام (بيكس PECS). – تنفيذ وإعداد ملف (بيكس PECS) ملف لكل أم. الإنهاء (تمرين تنفس). – تقييم الجلسة. – الواجب المنزلي.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق وكرتون A4 ملون، أقلام، أقلام وايت بورد، ملف، شريط لاصق مزدوج (خشن و ناعم)، قلم رصاص، مقص، مسطرة، جلاتين حراري، خرامة، جهاز تجليد الحراري.
الجلسة الخامسة عشر 120 دقيقة	مراحل نظام تبادل الصور (بيكس PECS) (1)	– التعريف بالمرحلة الأولى والثانية لنظام (بيكس PECS). – التعريف بالخطوات لكل مستوى، والإشارة إلى الملاحظات المهمة أثناء التطبيق العملي للمرحلتين (الأولى والثانية)	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، عرض فيديو، المناقشة والحوار، الايضاح، والتفسير، لعب الدور، عمل مجموعات، التعزيز، الاستبصار،	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، ومناقشة المهمة البيتية. – التعريف بالمرحلة الأولى والثانية لنظام (بيكس PECS). – التطبيق العملي للمرحلتين. – الإنهاء والتقييم. – الواجب المنزلي.	لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.

			التلخيص، الواجب المنزلي.		
الجلسة السادسة عشر 120 دقيقة	مراحل نظام تبادل الصور (بيكس PECS) (2)	– التعريف بالمرحلة الثالثة والرابعة لنظام (بيكس PECS). – التعريف بالخطوات لكل مرحلة، والإشارة إلى الملاحظات المهمة أثناء التطبيق العملي للمرحلتين (الثالثة والرابعة).	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، عرض فيديو، المناقشة والحوار، الإيضاح والتفسير، لعب الدور، عمل مجموعات، التعزيز، الاستبصار، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة، ومناقشة المهمة البيتية. – التعريف بالمرحلة الثالثة والرابعة لنظام (بيكس PECS). – التطبيق العملي للمرحلتين. – الإنهاء والتقييم. – الواجب المنزلي.	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة السابعة عشر 120 دقيقة	مراحل نظام تبادل الصور (بيكس PECS) (3)	– التعريف بالمرحلة الخامسة والسادسة لنظام (بيكس PECS). – التعريف بالخطوات لكل مرحلة والإشارة إلى الملاحظات المهمة أثناء التطبيق العملي للمرحلتين (الخامسة والسادسة).	– المحاضرة (عرض بوربوينت)، عرض فيديو، المناقشة والحوار، الإيضاح، والتفسير، لعب الدور، عمل مجموعات، التعزيز، الاستبصار، التلخيص، الواجب المنزلي.	– الترحيب بالمشاركات والتهيئة ومناقشة المهمة البيتية – التعريف بالمرحلة والخامسة والسادسة لنظام (بيكس PECS) – التطبيق العملي للمرحلتين – الإنهاء والتقييم – الواجب المنزلي	– لوح فليب تشارت ورقي، (Lab–Top)، شاشة عرض، أوراق، أقلام، أقلام وايت بورد.
الجلسة الثامنة عشر	تطبيق عملي	– عرض الحالات	– عمل	– الترحيب	– أوراق، أقلام،

120 دقيقة	لنظام (بيكس PECS)	والتطبيق العملي لنظام (بيكس PECS)، التي تم التعرف عليها خلال الجلسات السابقة. – ايضاح أي تساؤل يمكن أن يكون لدى المشاركات.	مجموعات، لعب الدور، التعزيز، الإيضاح.	بالمشاركات والتهيئة، ومناقشة المهمة البيتية. – التطبيق العملي لنظام (بيكس PECS). – إيضاح تساؤلات المجموعة. – الإنهاء والتقييم.	لوح فليب تشارت ورقي.
الجلسة التاسعة عشر 120 دقيقة	الإنهاء والتقييم	– الإنهاء وإجراء التقييم النهائي للبرنامج. – إجراء القياس البعدي للبرنامج.	– فعاليات ختامية والإنهاء، والتقييم، والقياس البعدي.	الترحيب بالمشاركات والتهيئة. – مراجعة توقعات المجموعة. – الإنهاء. – تقييم البرنامج. – تطبيق التقييم البعدي.	– أوراق، أقلام، لوح فليب تشارت ورقي.

نموذج رقم (1)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الأولى

التبادل الجسدي: كيفية التواصل)

اسم الطفل: عمرة: التاريخ:

باستقلالية = +	مساعدة إيمائية = GP	مساعدة جسدية جزئية = PP	مساعدة جسدية كلية = FP

الشيء المفضل	النشاط	يلتقط الصورة	الوصول الي يد المدرب	وضعها في يد المدرب
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +
		FP PP GP +	FP PP GP +	FP PP GP +

ملاحظات:.....

.....

نموذج رقم (2)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الثانية

(المسافة والمثابرة)

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

باستقلالية = +	مساعدة إيمائية = **GP**	مساعدة جسدية جزئية = **PP**	مساعدة جسدية كلية = **FP**

النشاط	الصورة	المسافة الي الكتاب	الانتقال الي الكتاب	المسافة الي المدرب	الانتقال الي المدرب	إفلات الصورة

- يذكر فيها المسافة بالمتر بين الكتاب أو المدرب، أو من غرفة إلى غرفة المسافة بين المدرب والكتاب.

ملاحظات: .....

.....

نموذج رقم (3)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الثالثة (A)

(تمييز الصور)

(التمييز بين الأيقونة المفضلة للغاية وأيقونة التشتيت)

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

اختيار الصورة الخطأ = −	اختيار الصورة الصحيحة = +

أشياء مفضلة	أشياء غير مفضلة

النشاط	شيء مفضل	شيء غير مفضل	أداء المتعلم
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .
			+ .

ملاحظات: .....

نموذج رقم (3)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الثالثة (B)

(تمييز الصور)

تدريس التمييز المتزامن للصور – إجراء تصحيح التمييز

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

آخذ شيء غير الصورة = –	اخذ الشيء الصحيح = +

النشاط	شيء مفضل ١	شيء مفضل ٢	شيء مفضل ٣	الأداء
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +
				– +

ملاحظات:.....

.....

نموذج رقم (4)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الرابعة

(بنية الجملة– ماذا تريد؟)

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

باستقلالية = +	إيمائية = **G**	مساعدة جسدية جزئية = **PP**	مساعدة جسدية كاملة = **FP**

الرقم	الشيء	يضع الصورة	ازالة الشريط	تبادل الشريط مع المدرب	الأداء بالتأشير على الشريط
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +

ملاحظات:.....

.....

نموذج رقم (5)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة الخامسة

(الرد على "ماذا تريد؟")

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

باستقلالية = +	إيمائية = **G**	مساعدة جسدية جزئية = **PP**	مساعدة جسدية كاملة = **FP**

الرقم	الشيء	يضع صورة انا اريد	يضع الصورة	ازالة الشريط	تبادل الشريط مع المدرب	الأداء بالتأشير على الشريط
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +
		FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +	FP PP G +

ملاحظات:.....

.....

نموذج رقم (6)

مراحل برنامج (بيكس PECS)

المرحلة السادسة

(التعليق)

اسم الطفل: عمره: التاريخ:

المحاولة	ماذا ترى؟		ماذا تريد؟		أين كنت؟		الحديث التلقائي	
	الصورة	بادئ الكلمة	الصورة	بادئ الكلمة	الصورة	بادئ الكلمة	الصورة	بادئ الكلمة
.1								
.2								
.3								
.4								
.5								
.6								
.7								
.8								
.9								
.10								
.11								
.12								
.13								
.14								
.15								
.16								
.17								
.18								
.19								
.20								
.21								
.22								

ملاحظات:.....

نموذج رقم (7)

نموذج تقييم مجالات (لوفاس Lovaas)

المجال الأول: الحضور والانتباه

الهدف	الاستجابة									
الجلوس بطريقة مستقلة.										
تنفيذ أمر ارفع يدك.										
تنفيذ أمر يدك على الطاولة.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (8)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثاني: التقليد

أولاً: تقليد الحركات الكبرى										
الهدف	الاستجابة									
الخبط على الطاولة.										
التصفيق باليد.										
الضرب بالرجل على الارض.										
الخبط باليد على الرجل.										
الخبط باليد على الكتف.										
هز الرأس.										
عمل باي باليد.										
النط.										
المشي.										
تشبيك اليد.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (9)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثاني: التقليد

أولا : التقليد باستخدام الأشياء										
الهدف	الاستجابة									
وضع القمامة في السلة.										
رن جرس.										
دفع لعبة عربية.										
تلويح بالعلم.										
مسح الفم بالمنديل.										
هز خشخاشة.										
إطعام دمية.										
وضع الهاتف على الأذن.										
الشرب من كوب.										
نفخ في زمارة.										
تسريح شعره.										
هز دمية.										
خبط على الطبلة.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (9)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثاني: التقليد

ثالثاً: تقليد الحركات الدقيقة										
الهدف	الاستجابة									
تشبيك اليدين بعضهم ببعض.										
فتح وغلق اليد.										
النقر بالأصابع.										
طرقعة الأصابع.										
فرك الأيدي ببعض.										
الاشارة لأجزاء الجسم.										
فرد أصابع اليد.										
علامة السلام.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

ملحوظة الهدف قد يصعب على طفل عمره أقل من ثلاث سنوات.

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (9)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثاني: التقليد

رابعاً: تقليد حركات شفهية (فموية)										
الهدف	الاستجابة									
فتح الفم.										
تحريك اللسان للخارج.										
ضم الشفتين.										
خبط الأسنان ببعض.										
النفخ.										
الابتسامة.										
التكشير.										
تحريك اللسان لأعلى.										
وضع الأسنان العليا على الشفاه السفلى.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (10)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثالث: التواصل البصري

أولاً: التواصل البصري (استجابة للنداء على اسمه)										
الهدف	الاستجابة									
التواصل لمدة 1 ثانية.										
التواصل لمدة 2 ثانية.										
التواصل لمدة 3 ثواني.										
التواصل لمدة 4 ثواني.										
التواصل لمدة 5 ثواني.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (10)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الثالث: التواصل البصري

ثانياً: التواصل البصري (الاستجابة لأمر أنظر لي (أنظر لي)										
الهدف	الاستجابة									
التواصل لمدة 1 ثانية.										
التواصل لمدة 2 ثانية.										
التواصل لمدة 3 ثواني.										
التواصل لمدة 4 ثواني.										
التواصل لمدة 5 ثواني.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (−)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- (أولا): تنفيذ أوامر بسيطة										
الهدف	الاستجابة									
هات.										
أشر.										
تعال.										
اقعد.										
قف.										
أنظر لي.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- ثانياً: التعرف على اجزاء الجسم -1- أشر على										
الهدف	الاستجابة									
عين.										
أنف.										
فم.										
أذن.										
ذقن.										
رأس.										
بطن.										
ظهر.										
رجل.										
يد.										
أسنان.										
شعر.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- ثانياً: التعرف على اجزاء الجسم -2- تعبيري – ما هذا (ما هذا؟)										
الهدف	الاستجابة									
عين.										
أنف.										
فم.										
أذن.										
ذقن.										
رأس.										
بطن.										
ظهر.										
رجل.										
يد.										
أسنان.										
شعر.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- ثالثاً: التعرف على الأشياء -1- (أعطني)										
الهدف	الاستجابة									
منديل.										
كأس.										
كرة (أو أي لعبة يحبها الطفل).										
شوكولاتة (أو أي شيء يحب أن يأكله الطفل).										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- رابعاً: التعرف على الصور -1- (أشر إلى)										
الهدف	الاستجابة									
ماما.										
بابا.										
لعبته.										
كرة.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- رابعاً: التعرف على الصور -2- تعبيري (ما هذا؟)										
الهدف	الاستجابة									
ماما.										
بابا.										
لعبته.										
كرة.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- خامساً: التعرف على الأشخاص المقربين -1- أشر إلى الصورة										
الهدف	الاستجابة									
ماما.										
بابا.										
أخي.										
اختي.										
جدي.										
جدتي.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (11)

مجالات برنامج (لوفاس Lovaas)

المجال الرابع: اللغة

فهم اللغة:- خامساً: التعرف على الأشخاص المقربين -1- أذهب إلى										
الهدف	الاستجابة									
ماما.										
بابا.										
أخي.										
اختي.										
جدي.										
جدتي.										

نسبة النجاح المحقق للمجال ككل = ...%

رموز التدوين:

- الاستجابات الصحيحة الرمز (+)
- الاستجابة الخاطئة الرمز (-)
- الاستجابة الصحيحة بمساعدة الرمز (WP+)

ملحوظة:

لا يمكن الانتقال من مهارة إلى أخرى إلا بعد تحقيق النجاح بنسبة (90%) من إتقان المهارة .

(90%) هي (9) محالات صحيحة متتالية بعلامة (+) من أصل عشر محاولات متتالية للمهارة.

نموذج رقم (12)

استمارة تقييم جلسات البرنامج التدريبي

الرقم	الفقرة	دائماً	أحياناً	أبداً
1.	المواضيع التي تضمنها التدريب كانت مفيدة بالنسبة لي.			
2.	كانت أهداف التدريب واضحة بالنسبة لي.			
3.	أضاف البرنامج معارف جديدة لي.			
4.	اكتسبت صدقات جديدة من خلال مشاركتي بالبرنامج			
5.	المدربة متمكنة من محتوى البرنامج المقدم.			
6.	كان وقت التدريب ومكانه مناسباً بالنسبة لي.			
7.	إذا أتيح لي المشاركة ببرامج تدريبية أخرى، لن أتردد.			
8.	كان للبرنامج أثر إيجابي على تواصلي مع طفلي.			
9.	كان للبرنامج أثر إيجابي في تنمية مهارات جديدة لدى طفلي.			
10	كان للبرنامج أثر إيجابي على علاقتي بطفلي.			