

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي



قسم: العلوم الاجتماعية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أطفال التوحد

دراسة ميدانية بكل من مدينة قمار - البياضة - الوادي

مذكرة مكملة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

في: علوم التربية تخصص: تربية خاصة

بإشراف الدكتورة:

من إعداد الطالب:

فالح يمينه

رحال عبدالرحمان

لجنة المناقشة

الأستاذ	الرتبة	الصفة	المؤسسة الأصلية
خشخوش صالح	أستاذ	مناقشا	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي
عمامرة سميرة	أستاذ	رئيسا	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي
فالح يمينه	إستاد	مشرفا	جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي

السنة الجامعية: 2019/2018

الشكر والتقدير

أشكر الله العظيم أولاً وأخيراً الذي وفقني لإكمال مذكرة التخرج

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من علمني حرفاً والأستاذة الكرام الذين صهروا وتعبوا لإنارة الدرب لنا ولم يبخلوا علينا بالعلم والنصح واخص بالذكر أساتذة الدفعة كل باسمه ومقامه عموماً والأستاذة المشرفة خصوصاً على كل ما تقدمه لنا من معلومات ونصائح وإرشادات وتوجيهات . كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل زملائي بقسم تربية خاصة وكل الإخوة والأصدقاء والزملاء .

وأنتقدم بكل التشكرات إلى مسؤولي المراكز الذين ساعدوني في دراستي ولم يبخلوا علينا ولم يدخروا جهداً في مدنا بيد العون والمساعدة .

وأخيراً أنتقدم بشكري الخالص إلى الأولياء على تعاونهم معنا في الإجابة على أسئلة الاستبيان بكل حرية وصدق سائلاً الله الكريم أن يمدهم بالعون على القيام برعاية أطفالهم وأن يشفيهم أنه ولي ذلك والقادر عليه .

ملخص الدراسة باللغة العربية

الملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أمور أطفال التوحد على المستوى الوقائي قبل الزواج وأثناء الحمل والولادة وما بعدها . وعلى المستوى النمائي والعلاجي حيث اعتمدت في هذا البحث على المنهج الوصفي الاستكشافي وتم تطبيق استبيان من تصميم الباحث والذي تم توجيهه لعينة أولياء الذين لديهم أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة قد تم تشخيصهم بان لديهم اضطراب التوحد ويستفيدون من برنامج التدخل بالرياض الخاصة أو مدمجين في المدارس الابتدائية العادية المتواجدين بمدينتي قمار و الوادي.و البيضاء ، بحيث بلغ العدد الإجمالي لأفراد الدراسة 100 ولي طفل توحد أما عينة الدراسة فتم اختيارها بطريقة قصديه .

وقد بدأت الدراسة في شهر مارس إلى شهر ماي لسنة 2019 وتم استخدام الاستبيان الذي يحتوي على 57 بنداً، وبعد حساب الصدق التمييزي للاستبيان وجد أن قيمة ت تساوي 9.83 وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 وعند درجة حرية 14، كما نجد أن قيمة معامل الارتباط للأبعاد الخمسة لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد تتراوح بين 0.74 و 0.86 وهي دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 ، مما يؤكد على أن محتوى الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الصدق من حيث المحتوى أو المضمون ثم حساب ثبات الاستبيان بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) والتجزئة النصفية وجد انه يتمتع بدرجة عالية من الثبات وبعد عرض وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية الخمس التي اتجاهاها بين موافق وموافق بشدة والفرضية العامة أي أنهاك مستوى إدراك أولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر مرتفع .وفي الأخير توصلت إلى تحقق كل الفرضيات ، ثم ختمت الدراسة باستنتاج عام واقتراحات .

ABSTRACT

The present study aimed to identify early intervention services as perceived by parents of autistic children at the preventive level before marriage, during pregnancy, birth and beyond. The researcher adopted the descriptive descriptive approach and applied a questionnaire designed by the researcher which was directed to the sample of parents who have children with special needs who have been diagnosed with autism disorder and who benefit from the intervention program in Riyadh or are integrated into the regular primary schools located In the towns of Gammar and

EL oued, and Al-Bayadah, bringing the total number of study members to 100 and the parents of a single child

.The sample of the study was chosen deliberately

The study began in March to May 2019. The questionnaire, which contains 57 items, was used. After calculating the correctness of the questionnaire, T found that the value of 9.83 is statistically significant at 0.01 and at freedom 14. The five dimensions of the early intervention questionnaire for autistic children ranged from 0.74 to 0.86, which is statistically significant at 0.01 indicating that the content of the questionnaire has a high degree of truthfulness in terms of content or content and then calculating the consistency of the questionnaire by the internal consistency of the items Half-found it enjoyed a high degree Of the stability and after the presentation and interpretation of the results of the five partial hypotheses that are oriented between OK and strongly approved and the general hypothesis that the level of awareness of the parents of children of autism for early intervention services is high. The latter reached all the hypotheses, and then concluded the study with a general conclusion and recommendations .

فهرس محتويات الدراسة

الموضوع	الصفحة
شكر وتقدير	أ
ملخص الدراسة بالعربية	ب
ملخص الدراسة بالانجليزية	ج
فهرس محتويات الدراسة	د-ه-و
قائمة الجداول	ز
قائمة الملاحق	ح
مقدمة الدراسة	1
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	5
1/ إشكالية الدراسة	6
2/ فرضيات الدراسة	8
3/ أهمية الدراسة	8
4/ أهداف الدراسة	9
5/ التعريفات الإجرائية	9
6/ الدراسات السابقة	10
6-1 دراسات تتعلق بالتوحد عند الأطفال	10
6-2 دراسات تتعلق بخدمات التدخل المبكر	17
الفصل الثاني : اضطراب التوحد	22
- تمهيد	23
1/ تعريف التوحد	23
2/ تاريخ اضطراب التوحد:	25
3/ أنواع التوحد	27

30	4/ أسباب التوحد
34	5/ نسبة انتشاره
38	6/ خصائص أطفال ذوي اضطراب التوحد.
47	7/ كيفية تشخيص التوحد
49	8/ أهم الأساليب العلاجية لعلاج اضطراب التوحد
58	- خلاصة الفصل
59	الفصل الثالث : خدمات التدخل المبكر
60	- تمهيد
60	1/ نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره
60	2/ مفهوم التدخل المبكر
62	3/ أهداف التدخل المبكر
63	4/ أهمية التدخل المبكر
64	5/ خدمات التدخل المبكر
66	6/ دور الأسرة في برامج التدخل المبكر للأطفال التوحد
67	خلاصة الفصل
69	الفصل الرابع : منهج الدراسة وإجراءاتها
70	- تمهيد
70	1/ الدراسة الاستطلاعية
70	2/ منهج الدراسة
71	3/ مجتمع وعينة الدراسة
71	4. الحدود المكانية والزمانية للدراسة
72	5/ أداة الدراسة
73	6/ الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة
76	7/ أساليب المعالجة الإحصائية
77	خلاصة الفصل

78	الفصل الخامس :نتائج الدراسة
79	تمهيد
79	1/ عرض نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات
91	2/ تفسير ومناقشة نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات
96	3/ الاستنتاج العام والتوصيات
99	المراجع
107	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
78	توزيع أفراد عينة الدراسة	1
80	قياس الصدق التمييزي لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد	2
81	صدق المحتوى استبيان خدمات التدخل المبكر لأولياء اطفال التوحد	3
82	التناسق الداخلي للبنود استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة (ألفا كرونباخ)	4
83	معامل الثبات لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة التجزئة النصفية	5
84	حساب التكرارات والنسب المئوية للفرضيات	6
87	عرض نتائج الفرضية الأولى	7
90	عرض نتائج الفرضية الثانية	8
92	عرض نتائج الفرضية الثالثة	9
94	عرض نتائج الفرضية الرابعة	10
97	عرض نتائج الفرضية الخامسة	11
99	عرض نتائج الفرضية العامة	12

الرقم	الموضوع	رقم الصفحة
1	يوضح : حساب قيمة ت بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية لعينتين مستقلتين للصدق التميزي للاستبيان	116
2	حساب ثبات استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة التناسق الداخلي للبنود(ألفا كرونباخ)	116
3	3حساب معامل الثبات لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة التجزئة النصفية	118
4	يوضح كيفية حساب التكرارات والنسب المئوية لكل بند من بند الاستبيان	118
5	يوضح حساب الوسط الحسابي لكل بند من بنود الاستبيان	123
6	استبيان الدراسة لخدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد	124

مقدمة :

إن هبة ونعمة الله بالذرية تستحق كل الشكر والثناء لان الأولاد أمل البشرية منذ وجدت وستبقى إلى قيام الساعة للمحافظة على بقاء الجنس البشري فالآباء يتطلعون بسرعة بعد الزواج إلى إنجاب الأولاد وهذه سنة وفطرة في الحياة فقد طلب سيدنا زكريا ربه أن يرزقه ذرية قال تعالى هنالك دعا زكريا ربه قال رب هب لي من لدنك ذرية طيبة انك سميع الدعاء ((أل عمران ،38 . فإذا بشر الآباء بالأولاد تلات وجوههم بالبشر والفرح وامتألت قلوبهم بالسعادة وانتظروا التهنة بالمولود الجديد الذي سيكون الخليفة ورجل المستقبل وأمل الوالدين وذخر الأمة .هاته السعادة والفرحة تكون فطرة في الكائن البشري بالمولود الجديد ولكن لما يعلم الآباء أن هذا الأمل المنتظر الطفل الجديد الذي كانوا ينتظرونه ليس مثل الأطفال العاديين فيصابون بالصدمة والندم والذنب بهذا الطفل الذي كانوا ينتظرونه ، لكن المؤمن بقضاء الله وقدره ما عليه إلا الرضا بما قسم الله له من ذرية ورزق . ان من المعلوم على الآباء مسؤولية و دور كبير في الاعتناء والاهتمام بتربية وتعليم أطفالهم ورعايتهم خاصة في المراحل الأولى من عمرهم أي مرحلة الطفولة المبكرة وهذا عام لجميع الأطفال أما إذا ابتلى الآباء بأطفال غير عاديين فما عليهم ان يضاعفوا الجهد في المساهمة في الاعتناء بأطفالهم في السنوات الأولى من حياتهم ، ومن هذه المعاناة والحيرة لدى الآباء جاء دور التربية الخاصة لمساعدتهم وتقديم المعلومات والاستراتيجيات والتعرف على الاحتياجات الأساسية للأفراد ذوي الإعاقات وذلك عن طريق تطوير استراتيجيات تعليم وتربية ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، والحد من تأثير الإعاقة .

ونظرا للدراسات المتجددة في مجال التربية ووعي العاملين فيها لأهمية التدخل الذي هو جملة من الخدمات تهدف إلى تطوير قدرات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة صغار السن إلى اكبر أقصى درجة ممكنة .(يوسف وآخرون ،2013) .

كما تشمل خدمات التدخل المبكر من الولادة حتى سن ما قبل المدرسة حيث تركز هذه البرامج على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم على مساعدة أطفالهم في النمو والتعلم . (الصبي ،2013)

وترتكز خدمات التدخل المبكر لأولياء الأمور على المستويات التالية خدمات التدخل المبكر الطبي الوقائي المقدمة لأولياء أطفال التوحد للوقاية من الإعاقة على مختلف مراحله الثلاث قبل الزواج، وأثناء فترة الحمل، وأثناء وبعد الولادة. و المستوى النمائي : ويهدف إلى إكساب الطفل مجموعة من المهارات بهدف تنمية جوانب شخصيته.

و المستوى العلاجي :يهدف إلى علاج اضطراب التوحد عند الأطفال بتقديم إستراتيجية علاجية لمواطن الضعف والخلل لدى الطفل سواء كان ذلك في جانب اللغة او التفاعل الاجتماعي أو التواصل

- ويعتبر أولياء أمور أطفال التوحد هم الفئة المستهدفة في هاته الدراسة وهذا بعد أن لاحظنا العدد المتزايد لأطفال التوحد وضرورة التكفل بهم والاعتناء بهم ورعايتهم والحيرة الكبير للآباء عن مستقبل أبنائهم جاءت فكرة هاته الدراسة للمساهمة في مساعدة الآباء وتقديم المعلومة الصحيحة وطريقة المثلى لكيفية تقديم خدمات التدخل المبكر لأبنائهم كما تعتبر هاته الدراسة من ضمن المساهمات الجديد والنادرة في ميدان خدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد .

كما قسمت هاته الدراسة إلى خمسة فصول تجمع بين الجانب النظري والميداني وهي كالتالي:

الفصل الأول : الذي يحمل اسم الفصل التمهيدي ويضم العناصر التالية

إشكالية الدراسة ، فرضيات الدراسة ، أهداف الدراسة ، أهمية الدراسة ، التعريفات الإجرائية ،الدراسات السابقة دراسات تتعلق بالتوحد عند الأطفال و دراسات تتعلق بخدمات التدخل المبكر.

الفصل الثاني :الذي يحمل اسم اضطراب التوحد ويضم العناصر التالية

تعريف التوحد ، تاريخ اضطراب التوحد ، وأنواعه وأسبابه و نسبة انتشاره ، خصائص أطفال ذوي اضطراب التوحد ، كيفية تشخيص التوحد ، أهم الأساليب العلاجية لعلاج اضطراب التوحد.

الفصل الثالث : الذي يحمل اسم خدمات التدخل المبكر ويضم العناصر التالية

نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره ، مفهوم التدخل المبكر و أهدافه ، وخدمات التدخل المبكر، ودور الأسر في برامج التدخل المبكر للأطفال التوحد ، وأهمية التدخل المبكر

الفصل الرابع :فقد خصص إلى منهج الدراسة وإجراءاتها الذي يضم الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة ومجتمع وعينة الدراسة الأساسية وأداة الدراسة والخصائص السيكومترية لأداة الدراسة .

الفصل الخامس :فقد خصص لعرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية وتفسيرها ومناقشتها ثم الخاتمة ومجموعة الاقتراحات وقائمة المراجع والملاحق .

الجانِب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1/ إشكالية الدراسة

2/ فرضيات الدراسة

3/ أهداف الدراسة

4/ أهمية الدراسة

5/ مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

6/ الدراسات السابقة

6-1 دراسات تتعلق بالتوحد عند الأطفال

6-2 دراسات تتعلق بخدمات التدخل المبكر

خاتمة الفصل

1/ إشكالية الدراسة :

إن ميدان الإعاقة يعتبر من الميادين التي شغلت اهتماما كبيرا من قبل الدول المتقدمة التي تعنى بهذه الفئة حيث سطرت لها تشريعات ونظم وقوانين قصد رعايتها والاهتمام بها و هذا ما جعل الباحثين والدارسين يولون اهتماما في بحوثهم ودراساتهم بهذه الفئة منذ زمن طويل وذلك من خلال القيام بدراسات إحصائية كالدراسة التي قامت بها الكونفدرالية الوطنية للصحة بفرنسا عام 2012 والتي تهدف إلى إحصاء الإعاقة ووقاية الاطفال وذلك من خلال معرفة دور الوقاية الصحية للحد من الإعاقة.

وقد سايروهم في ذلك بعض الدول العربية،والجزائر تعتبر من الدول المبادرة للاعتناء بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة المصابين بالتوحد وذلك باهتمام بهم في جانب البحث العلمي والأكاديمي وتشجيع التخصصات التي تهتم بهاته الفئة وتدرسها على قرب وتعنى بها ، من ذلك بحث كوثر جمال الدين خلف الله (2005 م) بعنوان الحاجات وأساليب التنشئة الأسرية (كما يدركها أولياء أمور التوحديين) وعلاقتها بالمستوي الاقتصادي - الاجتماعي للأسرة بولاية الخرطوم).

ويعتبر التدخل المبكر في مجال التوحد أحد الاستراتيجيات الهامة والمتضمنة لمجموعة من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية التي يمكن تقديمها لفئة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المعرضين للخطر نتيجة لأسباب متعددة كما لم يعد تقديم خدمات التدخل المبكر في مقتصرة على الطفل في مراحل عمره المبكرة كوجود خطر بيولوجي يهدده، بل إن الاتجاهات الحديثة نحو تقديم هذا النوع من الخدمات أصبح متجها للعمل على تجنب حدوث الإعاقة على المدى البعيد كما في مجال التدخل المبكر الطبي الوقائي في مراحل الأولى قبل الزواج، وبعده وأثناء الحمل، وأثناء وبعد الولادة وهذا ما أكدته عدة دراسات كدراسة قامت بها الوكالة الطبية بفرنسا عام 2007 عن توفير الرعاية والتوجيه الأمثل خلال فترات الحمل المختلفة للمرأة الحامل في وضعها الطبيعي وذلك لضمان عدم وجود خطورة على الأم

والجنين وبالتالي تفادي أنواع الإعاقات المختلفة، وأيضاً دراسة نزهةسكالي (Nouzha Skalli, 2008) والتي سعت إلى وضع إستراتيجية للتقليل من الإعاقة بشكل كبير حتى نهاية 2015

ومن بين الدراسات والاهتمامات لهاته الفئة نجد برامج التدخل المبكر في الجانب الطبي والوقائي حيث تعتبر هذه البرامج "هي الأسرع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الكاملة مثل خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية (زينب شقير، 13، 2005) ومن ذلك الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة د / ضيف الله حبيبة بمستشفى الزهراوي لواقع خدمات التدخل المبكر الطبية والوقائية للوقاية من الإعاقة في الجزائر بولاية المسيلة ، وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع خدمات التدخل المبكر للوقاية من الإعاقة قبل الزواج وأثناء الحمل والولادة وما بعدها. (حبيبة ، 16، 2016)

وقد جاءت فكرة هذه الدراسة للوقوف على خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أمور أطفال التوحد قبل الزواج وبعده ، وللام والجنين أثناء فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة .

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

تساؤل عام: ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر .

ويندرج تحت هذا التساؤل العام عدة تساؤلات فرعية تمثلت فيما يلي:

- ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية قبل الزواج؟

- ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء فترة الحمل ؟

- ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء الولادة وبعدها ؟

- ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة ؟

- ما مستوى إدراك أولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر العلاجية ؟

2 / فرضيات الدراسة :

وعلى ضوء التساؤلات السابقة جاءت الفرضيات كالتي:

-الفرضية العامة:

نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بدرجات متفاوتة

الفرضيات الفرعية هي:

- نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية قبل الزواج .

- نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء فترة الحمل.

- نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء الولادة وبعدها .

- نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر النمائية .

- نتوقع مستوى إدراك لأولياء الأمور أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر العلاجية .

3/ أهمية الدراسة: تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

- التعرف على مستوى خدمات التدخل المبكر التي يجب أن تقدم لكل أفراد المجتمع

المقبلين على الزواج من خلال خدمات التدخل المبكر قبل الزواج.

- تكمن أهمية هذه الدراسة في قلة الدراسات المتمثلة في الخدمات المقدمة لأولياء أطفال

التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية لتجنب الإعاقة من التوحد مما يجعل هذه الدراسة
كإضافة جديدة في مجال البحث .

- التعرف على خدمات التدخل المبكر في للوقاية من الإعاقة أثناء فترة الحمل والولادة
وبعدها.

- محاولة الوقوف على بعض التحديات ومعالجتها وتوفير البرامج والخدمات اللازمة
التي من شأنها تقليل عدد التوحدين في المجتمع، وذلك بالتنبؤ بالإعاقة ومحاولة منع
حدوثها قبل الزواج كالبحت في الأمراض الوراثية وتقديم خدمات الإرشاد الجيني للمقبلين
على الزواج، وأثناء الحمل وقبل وبعد الولادة من خلال معرفة التشوهات الخلقية للجنين
بالوسائل الطبية الحديثة والمتطورة وذلك بوضع برامج التدخل المبكر الوقائية المناسبة .

- تعد هذه الدراسة إضافة إلى التراث النظري فيما يخص موضوع خدمات التدخل المبكر
لأولياء أطفال التوحد.

- تعد واحدة من الدراسات القليلة التي تناولت موضوع خدمات التدخل المبكر الوقائية و
النمائية والعلاجية

- نتوقع من خلال هاته الدراسة مساعدة أولياء أطفال عن كيفية التدخل المبكر للوقاية من
التوحد.

- مساهمة في مساعدة المتخصصين والباحثين والمنشغلين و الآباء بدراسة هاته الإعاقة
عن كيفية التنبؤ بها والوقاية منها قدر المستطاع وكذا كيفية التعامل معها وعلاجها .

4/ أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على مدى إدراك أولياء أطفال التوحد خدمات التدخل المبكر الوقائية والنمائية
والعلاجية من الإعاقة .

- تعتبر هاته الدراسة إضافة جديدة في مجال خدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد .

5/ التعريفات الإجرائية:

5-1 التوحد :

هو اضطراب نمائي يظهر قبل سن 3 سنوات يؤثر بدرجة كبيرة على ثلاثة جوانب أساسية الجانب الاجتماعي، الجانب التواصل، الجانب السلوكي وإجرائيا هو ما يقيسه مقياس التوحد للأطفال المطبق عليهم في المراكز والرياض التي ينتمون إليها .

5-2. التدخل المبكر :

إجرائيا التدخل المبكر: وهو مجموع البرامج والأنشطة الوقائية والنمائية والعلاجية المقدمة لأطفال التوحد ولأوليائهم قبل وأثناء وبعد الزواج وقبل وأثناء وبعد الولادة

5-3. خدمات التدخل المبكر المقدمة لأولياء أطفال التوحد:

هي مجموع الخدمات المتكاملة الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية المقدمة لأطفال التوحد وذويهم في إطار التدخل المبكر

5-4: أولياء أطفال التوحد :

وهم الأولياء الذين لديهم أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وتتراوح أعمارهم بين 4 سنوات إلى 7 سنوات قد تم تشخيصهم بأن لديهم اضطراب التوحد ويدرسون في المراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الرسمية وهي مدرسة ميهي بلحاج بمدينة الوادي والرياض الخاصة روضة تاج بقمار وروضة أحباب الله وروضة براعم الخير بالوادي وروضة المن والسلوى وروضة طاطا لندة بالبياضة .

6/الدراسات السابقة

6-1الدراسات السابقة التي تتعلق بالتوحد:

أولا : دراسات عربية

(1) دراسة سميرة عبد اللطيف السعد (1997) دراسة ماجستير منشورة، الكويت :

عنوان الدراسة: دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية ولتحقيق هذه الدراسة استخدمت الباحثة استبيان لجمع هذه المعلومات على عينة بلغ حجمها (92) أسرة لأطفال مصابين بالتوحد في كل من مدينة جدة - المملكة العربية السعودية، ودولة الكويت وكانت أهم النتائج:

1- رتبت الحاجات التدريبية والتعليمية للتوحيدين من وجهة نظر أولياء الأمور كآتي :

أ/ التدريب على السلوك المناسب وعلى استخدام وسيلة تواصل مناسبة

ب/ تطوير مهارات الاعتماد على النفس والمهارات المهنية .

ج/ المهارات المرتبطة بمقومات التعليم وأساسياته .

د/ توفير نشاطات ترفيهية والمشاركة في نشاطات اجتماعية .

هـ/المهارات الحركية وتنمية العضلات الكبيرة والدقيقة .

2- هناك اتفاق بين أولياء الأمور رغم اختلاف مستواهم التعليمي فيما يخص الحاجات

التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحيدين .

3- ليس هناك تباين واضح بين وجهات نظر أولياء الأمور بحسب أعمار أطفالهم فيما

يختص بالحاجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحيدين .(زينب محمد 2009 ، 105)

(2) دراسة هند حسين عمر مصطفى (2004)دراسة ماجستير منشورة، السودان: تكمن

أهمية هذه الدراسة كدراسة سابقة عنوان الدراسة: حالات التوحد (التشخيص، التدريب

والتأهيل، إعداد الخطط والبرامج) دراسة ميدانية بالمعاهد والمؤسسات المختصة بولاية الخرطوم واستخدمت الباحثة طريقة المقابلة الشخصية على عينة بلغ حجمها (17 أسرة، 18 معلماً أو مشرفاً) مقابل 22 طفل وكانت أهم النتائج تتمثل في:

- 1- عدم وجود مراكز مختصة تقوم بعملية تشخيص التوحد في السودان
- 2- عدد الأطفال المشخصين الموجودين بالمراكز والمؤسسات المختلفة (22) منهم (14) ذكراً و (8) إناثاً .
- 3- عدد المراكز والمؤسسات الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة (12) مركز ومؤسسة بولاية الخرطوم .
- 4- افتقار كل المراكز والمؤسسات للخطط والبرامج ذات الطابع العلمي الذي يتناسب مع احتياجات كل طفل على حده .
- 5- غياب المعلومات التشخيصية والإرشادية عن اضطرابات التوحد لدى الأسر مما يعكس عدم مقدرتهم على تفهم وتقبل حالة الطفل .
- 6- عدم إشراك الأسرة في وضع وتنفيذ البرامج للطفل التوحيدي .-7 قيامهم بالمناقشات مع أقرانهم .-8 استخدامهم لعدد من المهارات والمفاهيم المتعلقة في العديد من المواقف الأخرى . (زينب محمد ، 2009، 105)

- (3) دراسة صادق والخميسي (2004) : دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد . هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحيديين، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (3) أطفال مصابين بالتوحد، تراوحت أعمارهم ما بين (9 - 11) سنة، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن استمارة بيانات أولية، مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، فأظهرت النتائج أن

أنشطة اللعب الجماعية لها فاعلية في تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال التوحديين. (إيمان جمال، 2015، 41)

- (4) دراسة كوثر جمال الدين خلف الله (2005 م) بحث ماجستير منشور، السودان: عنوان البحث : الحاجات وأساليب التنشئة الأسرية (كما يدركها أولياء أمور التوحديين) وعلاقتها بالمستوي الاقتصادي - الاجتماعي للأسرة بولاية الخرطوم ولقد استخدمت الباحثة في هذا البحث أربعة أدوات وهي :

- 1) استمارة المعلومات الأولية (2) مقياس حاجات أولياء أمور التوحديين من إعداد الباحثة
- 3) مقياس أساليب التنشئة الأسرية للتوحديين (كما يدركها أولياء الأمور)
- 4) مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة أعده نظمي عودة أبو مصطفى (1990) .

وكما استخدمت الباحثة في اختيار العينة بالطريقة القصدية (العمدية) وبلغ حجم عينة البحث الحالي (45) زوجًا من أولياء أمور التوحديين (45) (أب) و (45) (أم) ولكن هنالك مقاييس لم تكتمل إجاباتها وأخرى لم يتم استرجاعها حيث أصبح حجم العينة النهائي (40) زوجًا من أولياء أمور التوحديين وكانت أعمار الأبناء التوحديين مقسمة إلى ثلاثة مراحل من مراحل النمو كالتالي :

- مرحلة الطفولة من (3 - 12) - مرحلة المراهقة من (13 - 17) - مرحلة الرشد من (18 - 25) . (زينب محمد، 2009، 106)

- (5) دراسة شبيب (2008): الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. هدفت الدراسة الكشف عن الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لأطفال التوحد من وجهة نظر الآباء، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم

الباحث المنهج الوصفي، وكانت عينة الدراسة عبارة عن طفلين مصابين بالتوحد من محافظة البصرة، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن المقابلة، الملاحظة، الاستبيان، السجلات، فأظهرت النتائج بأن هناك تفاوت في فهم خصائص

الطفل بين الأب، والأم، وأشارت النتائج بأن الآباء لا يستطيعون التعامل مع أطفال التوحد، وأن هناك بعض الخصائص التي ظهرت على الطفل مثل الصراخ، والحزن والفرح لا ترجع لموقف ما عند الطفل، وأشار الباحث إلى ضرورة أن تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات لتشخيص الطفل المصاب بالتوحد وتضم طبيب أطفال، طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي سمع وتخطب. (إيمان جمال ، 2015، 53)

(6) دراسة (الكبي ، 2011): المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم. هدفت الدراسة التعرف إلى المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي، وكانت الأداة الأساسية عبارة عن استبانة تتألف على (32) فقرة، طبقت على عينة بلغت (46) أب وأم لأطفال توحد من معهدي الغسق وسارة في مركز نينوى، فأظهرت النتائج وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم – أمهاتهم . (إيمان جمال ، 2015، 54)

(7) دراسة الخفش (2013) : فقد هدفت إلى تصميم . برنامج تدريبي لمعالجة مشكلات النوم عند الأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (20) من أمهات أطفال التوحد الملتحقين في المراكز المتخصصة بالتوحد في مدينة عمان. ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتصميم برنامج تدريبي سلوكي واستخدام مقياس مشكلات النوم، قد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي للتقليل من مشكلات النوم زيادة عدد ساعات النوم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بينما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية للبرنامج التدريبي يعزي لمتغير و المستوى التعليمي للأمهات اللواتي
شاركن في البرنامج التدريبي. وكانت أهم النتائج تتمثل في الآتي :-

(1) وجود فروق في الترتيب، حيث تمثل الحاجات المجتمعية أكثرها أهمية ثم المادية لدى
الآباء والأمهات

(2) وجود علاقة طردية دالة بين حاجات أولياء أمور التوحديين والمستوي الاقتصادي -
الاجتماعي للأسرة .

(3) عدم وجود علاقة دالة بين حاجات أولياء أمور التوحديين والمستوي التعليمي لأولياء
الأمر في جميع الحاجات .

(4) عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة بين أساليب التنشئة الأسرية للتوحديين والمستوي التعليمي
لأولياء الأمور .

(5) عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في
حاجات أولياء الأمور تبعاً لنوع الابن ألتوحي. (إيمان جمال ، 2015، 36)

(8) دراسة العلي (Al- Ali, 8:2013) : ارتباط التوحد مع نقص الحديد لدى الأطفال.

المصابين بالتوحد في شمال الضفة الغربية.هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين مرض
التوحد، ونقص الحديد لدى الأطفال المصابين بالتوحد في شمال الضفة الغربية، وتحديد
الانتقائية الغذائية ومقارنة مؤشرات الانتقائية الغذائية بين الأطفال الذين يعانون التوحد
والأطفال المضطربين نفسياً، والأطفال الطبيعيين، وفي الدراسة تسعون طفلاً من عمر ثلاث
إلى ثلاث عشر سنة، في دراسة الحالة الضابطة، موزعة على مجموعات الدراسة، مجموعة
تتكون من ثلاثون طفلاً يعانون التوحد وفقاً (ICD-10 – DSM-IV) ومجموعة ثلاثون طفلاً
يعانون اضطراب نفسي غير التوحد، وثلاثة وثلاثون طفلاً طبيعياً مأخوذة من المجتمع،
وجرى الربط بين المجموعات الثلاث عن طريق العمر، والجنس، والمنطقة، وقام الباحث

بقياس الفيريتين، الليموغموبين، الليماتوكريت، وعدد الكريات الحمراء، وعرض توزيع الخلايا الحمراء، فأظهرت النتائج أن نقص الحديد عند الأطفال المصابين بالتوحد (20 %) ،
(ن = 30 / 6) على أساس الفيريتين، ($SF < 10$ m/لتر) مقارنة مع (0%) لغيرها من المجموعات، كما أكدت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة بين مرض التوحد وفقر الدم، وأن انخفاض مستوى الفيريتين عند التوحدين قد يكون علامة على نقص الحديد، ومؤشر مبكر لفقر الدم، وأشارت النتائج أن الانتقائية الغذائية تعد أكثر شيوعاً في الأطفال الذين يعانون من التوحد مقارنة بغيرهم (إيمان جمال، 2015، 55)

ثانياً : دراسات أجنبية:

(1) دراسة كاربنتيير ومورجان: (Carpentieri & Morgan 6 (1996) دراسة ماجستير

منشورة، لندن: عنوان الدراسة : السلوك التكيفي للأطفال التوحدين مقارنة مع الأطفال المعاقين عقلياً ولتحقيق ذلك استخدم مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي على عينة بلغ حجمها (18) طفلاً من التوحدين و (18) طفلاً من المعاقين عقلياً وأوضحت النتائج الآتي :

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي في أبعاد المهارات اللغوية، مهارات التنشئة الاجتماعية، ومهارات التواصل لصالح الأطفال المعاقين .

2- لا توجد فروق دالة بين المجموعتين في الأبعاد الأخرى للسلوك التكيفي .

(زينب محمد، 2009، 18)

- (2) دراسة فولرتون وكواين: (Fullerton, A & Coyne 7 (1999) دراسة ماجستير

منشورة، لندن: عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي إرشادي على السلوك الاجتماعي والمهارات اللازمة للقيام بالاختبارات الذاتية، لعينة من المراهقين التوحدين بلغ حجمها (23) مراهقاً وأسرهم بعد تقديم برنامج إرشادي لوالديهم يساهم في حثهم على التفاعل ومشاركة الأقران في الفصل والقيام بإسهامات فعلية معهم داخل الفصل وإشارة النتائج إلى الآتي:

- 1- انخفاض السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال بشكل دال إحصائياً
- 2- زيادة إيجابيتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية واشتراكهم في الأنشطة المختلفة داخل الفصل
- 3- قيامهم بالمناقشات مع أقرانهم
- 4- استخدامهم لعدد من المهارات والمفاهيم المتعلقة في العديد من المواقف الأخرى .(زينب محمد :2009، 19)

- (3) دراسة قريتيبرج وآخرون: (Greenberg et al 8 (2004) دراسة ماجستير منشورة، لندن: عنوان الدراسة : تأثير نوعية العلاقة بين الأمهات وأبنائهن الراشدين المصابين بالتوحد وبعض الاضطرابات على فاعلية الأمومة ولتحقيق هذه الدراسة تم إجراء دراسة مسحية بتطبيق مقياس فاعلية الأمومة والقدرات النفسية وسط (202) امرأة ترعي راشدين توحديين وقد أوضحت النتائج الاتي :

إن الأمهات يتميزن بقدرات نفسية عالية وفاعلية الأمومة وذلك عندما تكون العلاقة بين الأم والراشد إيجابية، وتتأثر هذه العلاقة بصورة كبيرة بتفاؤل الأم قدرتها على تفهم حاجة الراشد للرعاية . .(زينب محمد :2009، 19)

تعقيب على دراسات السابقة المتعلقة بالتوحد:

- 1) معظم الدراسات لم تكن ذات صلة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية المتمثل في خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أطفال التوحد.
- 2) يلاحظ أن أغلب الدراسات التي تناولت موضوع التوحد اقتصرت على التوحديين أنفسهم حيث تمثلت في دراسات تشخيصية مقارنة بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً .
- 3) لم يحظ أولياء أمور التوحديين باهتمام الباحثين ما عدا دراسة كوثر جمال (2005) التي تناولت الحاجات وأساليب التنشئة الأسرية(كما يدركها أولياء أمور التوحديين) وعلاقتها بالمستوي الاقتصادي- الاجتماعي للأسرة ،ودراسة جان ستيفن قرينيبرج وآخرون (2004) والتي تناولت نوعية العلاقة بين الأمهات وأبنائهن الراشدين المصابين بالتوحد

هدفت دراسة (شبيب، 2008) للكشف عن الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية لأطفال التوحد.

هدفت دراسة (الكبي، 2011) لتحديد المظاهر السلوكية لأطفال التوحد.

هدفت دراسة (العلي، 2013) إلى الكشف عن ارتباط التوحد بنقص الحديد، ومعظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي.

كانت عينة دراسة (شبيب، 2008) ودراسة (الكبي، 2011) أسر حالات التوحد، وكانت عينة دراسة (العلي، 2013) تشمل على ثلاث مجموعات من أطفال التوحد، وأطفال التخلف العقلي، وأطفال عاديين.

وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم خصائص مختلفة عن أطفال التخلف العقلي، وأن أطفال التوحد يعانون نقص وعجز في التواصل اللفظي، وغير اللفظي، وتأخر في الكلام، وضعف في التركيز، والنشاط الزائد، وضعف مهارات التقليد.

6-2 دراسات تتعلق بأهمية خدمات التدخل المبكر :

(1) قام هيرزوج (Herzog, 1984) هدفت الدراسة إلى تحديد فاعلية التدخل المبكر على من 0-3 سنوات ومتابعة الأطفال فيما بين أربع إلى سبع سنوات بعد الأطفال الصم من عمر الانتهاء من برنامج التدخل، إذ قامت بمتابعة طلاب شاركوا في 11 برنامج تدخل مبكر للأطفال الصم بولاية نيويورك وكانت الطريقة المستخدمة في أربعة برامج هي الطريقة السمعية/الشفهية و في سبعة برامج هي طريقة التواصل الكلي وتم جمع البيانات سجلات إدارة التعليم بولاية نيويورك للأطفال الذين تم خدمتهم في البرامج وأشارت النتائج إلى:

1- وجود انجاز أعلى في قراءة المفردات للأطفال الذين اشتركوا في برنامج تدخل مبكر

2- كما يوجد تحقيق مستوى مرتفع في درجة تحقيق الذات والتكيف الاجتماعي لدى الأطفال فيما بين العمر سبع إلى عشر سنوات والذين التحقوا في برنامج التواصل السمعي/الشفهي .

3- انخفاض في مستوى القلق فيما بين 6 إلى 7 سنوات عند الأطفال الذين اشتركوا في برامج التواصل الكلي .

4- الأطفال من أبناء صم والذين اشتركوا في برنامج التدخل أظهروا صورة ذاتية أعلى وتفاعل اجتماعي أعلى فيما بين الفترة من أربع إلى سبع سنوات بعد متابعة العلاج في البرنامج.

5- تطور السلوك الأكاديمي والاجتماعي لاحقاً

6- الآباء الداعمين والمشاركين في البرنامج كان لهم أثر بالغ في النتائج اللاحقة للأطفال الصم. (عادل: 2009، 3)

- (2) دراسة إميل بابرينك (Emile Papiernik, 2004) تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الوقاية من الأطفال الخدج وهو مشروع الوكالة الأوربية حيث أن عملية التدخل المبكر تكون أثناء الطفولة المبكرة. في سنة 2003 لغاية 2004 ، حيث بينت عملية التدخل المبكر أثناء مرحلة الطفولة الأولى في أوربا بأنها ترتبط أساسا بمراحل الطفولة المولية وبالأسرة في تقديم الاحتياجات والحماية اللازمة حيث أسفرت نتائج هذه الدراسة أن مسؤولية التدخل المبكر هي مسؤولية سياسية بالدرجة الأولى ثم مسؤولية العاملين في قطاع الصحة والتربية وكذا المصالح الاجتماعية وأولياء الأمور حيث كملت الدراسة 19 منطقة في أوربا وبينت النتائج وجود أربعة مراحل منها اختلاف كل منطقة في شكل التدخل على حسب المصالح المتدخلة في ذلك وأيضا سجل اختلاف في نوعية التشخيص في كل منطقة تبعا للبرنامج المتبع في ذلك وفي الأخير تم الخروج بتعريف خاص بالتدخل المبكر في مرحلة الطفولة الأولى على مستوى المناطق أوربية والمتمثل في تكاثف مجموعة المصالح القائمة على التدخل المبكر بالتعاون مع الأسرة لتوفير حياة أفضل للطفل من خلال تقديم الحماية والسماح له بتطوير شخصيته إلى الأفضل. (حبيبة: 2016، 17)

(3) دراسة دانيال جوردان وآخرون (et al, 2006 Danialejordan) تهدف هذه الدراسة الى تقديم تقرير حول الخدمات المقدمة لحماية الطفولة والأمومة في فرنسا من خلال برنامج وضعته وزارة الصحة يهدف هذا البرنامج إلى توفير الحماية للأشخاص كبار السن، المعاقين و وضعت المحاور الأساسية من اجل ضمان الدور الفعال للوقاية أثناء مرحلة الطفولة بتكاثف أربع جهات (كالفادور ، ايسون ، ايرولي ، مارناتوموزال). وحماية الطفولة

والأمومة PMI توفر 18% للنساء الحوامل و 20% من الأطفال تتمثل حصص التشخيص والمراقبة من قبل مصلحة حماية الطفولة والأمومة حيث توفر هذه المصلحة 9000 شخص يعمل على مستواها، منهم 2000 طبيب يعمل بصفة دائمة وكذلك 5000 امرأة عاملة متخصصة في طب الأطفال والتمريض ومن المهام التي يقومون بها:

التشخيص المنزلي، جمع المعلومات حول انتشار مرض معين، ميدان التخطيط للولادة، التربية الجنسية، متابعة الأطفال ومراقبتهم . . (حببية :2016، 16)

(4) دراسة نزهة سكالي (Nouzha Skalli, 2008) تهدف هذه الدراسة في وضع إستراتيجية وطنية من أجل الوقاية من الإعاقة في المغرب وذلك للقضاء على الإعاقة من سنة 2008 إلى غاية أن يتم القضاء عليها بشكل كبير سنة 2015 وتتمثل هذه الإستراتيجية في مرحلة قبل الولادة وأثناءها من خلال الفحوصات الطبية التي تجرى قبل ولادة الطفل وذلك من أجل تحسين نوعية الحياة وتكمل هذه الإستراتيجية أيضا مرحلة الحمل والعناية المقدمة أثناءها، وكذا العناية المقدمة للمولود الجديد بواسطة تطوير الوسائل الصحية وتحسين معارف المجتمع بغرض تفادي خطر الإعاقة المرتبطة بالحمل والولادة، تأقلم نظام المصالح الصحية التي تحتاجها الأم وجنينها، تكوين قاعدة علمية للمعطيات التي لها علاقة بالإعاقة والمرتبطة بمرحلة قبل الولادة وأثناءها ووضع فحوصات تساعد على الكشف عن صحة الأم ومولودها، ضمان تطبيق هذه الإستراتيجية للتقليل من عدد المعاقين في المجتمع وأيضا تقليل نسبة وفيات المواليد الجدد حيث تنقلص إلى 3/2 في عام 2015 . مرجع سابق

(5) دراسة (Liver des plans de santé publiqueprévention et (sécurité sanitaire, 2011

تهدف إلى إجراء دراسات على مستوى التخطيط في الصحة العمومية وذلك من أجل الوقاية وتحقيق الأمن الصحي المجتمعي من خلال برامج للوقاية وتكمل برامج الوقاية من الأمراض المزمنة، وبرامج الوقاية من الأمراض التعفنكية كمرض السيدا VIH ، لتصل في الأخير إلى وضع الاستراتيجيات للوقاية التامة من هذه الأمراض التي تصيب المرأة الحامل وكذا الجنين

والوقاية من بعض الأمراض التنقلية كالحصبة الألمانية التي تؤدي بدورها إلى إعاقات وتشوهات خلقية . . (حببية :2016، 17)

(6) دراسة القوا سمة (2011) :

أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد .هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الأساسية لدى الأطفال التوحديين، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (20) طفل وطفلة يعانون اضطراب التوحد في مدينة إربد، وتتراوح أعمارهم بين (4 - 6) سنوات، اختيأرهم بطريقة قصدية من مراكز ومؤسسات تعمل على تقديم الخدمات التربوية لأطفال التوحديين بأربد، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وعددها (10) أطفال والأخرى تجريبية وعددها (10) أطفال. ولتحقيق الأهداف استخدام المنهج التجريبي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس للمهارات الأساسية لدى الأطفال التوحديين: مهارات الانتباه، مهارات التواصل، مهارات الحياة اليومية، حيث طبقت الباحثة البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية خلال (10) أسابيع، بواقع (3) جلسات أسبوعية، وبمعدل (30 - 35 دقيقة) للجلسة الواحدة، حيث طبقت الجلسات بشكل فردي، فأظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعتين في مهارات الانتباه، ومهارات التواصل، لصالح المجموعة التجريبية فيما لا. تظهر فروق في متوسط رتب المجموعتين في مهارات الحياة اليومية. ولا. تظهر فروق عند أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي في مهارات الانتباه، والتواصل بينما ظهرت فروق في القياس البعدي والتتبعي لمهارات الحياة اليومية لصالح التطبيق البعدي. (روان 2016، 40)

(7) دراسة قامت بها الكونفدرالية الوطنية للصحة بفرنسا (2012) وتهدف إلى إحصاء الإعاقة والوقاية عند الطفل وذلك من خلال معرفة دور الوقاية الصحية في الحد من الإعاقة عند الطفل من سن 0 إلى 6 سنوات، فرغم التخطيطات الصحية الموضوعة بعد الولادة والتي تسمح بوضع انفتاح عن السياسة البنوية والإرادية في هذه المرحلة إلا انه نسجل من خلال البحث والتفتيش عن الإعاقة عند الطفل كعمل وقائي مبكر ظهور مشاكل مختلفة على مستوى هذا التخطيط في نوعية الوقاية المقدمة للأطفال والتي يتم تقديمها في وقت متأخرة ،

وتتم تقديم هذه الوقاية من قبل فريق متنوع أثناء الولادة، طبيب متخصص والقابلة ومصلحة حماية الأمومة والطفولة وكذا مختلف المصالح الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يتابع هذا الفريق الجزء العلاجي بالإضافة إلى مساعدة الأسرة من قبل الممرضين والنفسانيين . وفي الأخير خلصت الإحصائيات إلى ضرورة تقديم العلاج الطبي والاجتماعي وكذا الوقاية بوضع برامج الإحصاء المبكر للأطفال من خلال عوامل الوقاية كمراقبة الأمراض ومدى انتشارها لتجنب الإعاقة مع القيام بالتكفل التام عن طريق العلاج من أجل تحسين حياة هذا الطفل. .(حببية :2016، 16)

تعقيب على الدراسات المتعلقة بالتدخل المبكر :

تناولت الدراسات موضوع التدخل المبكر من جانب الوقائي للإعاقة عموماً.

- معظم هاته الدراسات توصلت إلى وجود نقص على مستوى تقديم الخدمات الوقائية المقدمة في مجال التدخل المبكر .

- جل الدراسات توصلت إلى أهمية التدخل المبكر الوقائي بمختلف مراحله سواء الوقائية من الإعاقة عن طريق الدراسات الإحصائية وذلك بالوقوف على واقع هذه الخدمات المقدمة في هذا المجال أو بوضع استراتيجيات مستقبلية مقترحة للحد من عدد المعاقين المتزايد في المجتمعات .

- تناولت اغلب الدراسات السابقة مرحلة واحدة من مراحل التدخل المبكر الوقائي ولم تنطرق إلى المرحلة النمائية والمرحلة العلاجية .

- نقص الدراسات التي تهتم بخدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد .

الفصل الثاني : اضطراب التوحد

تمهيد

1/تعريف التوحد

2/تاريخ اضطراب التوحد

3/أنواع التوحد

4 / أسباب التوحد

5 / نسبة انتشاره

6 / خصائص أطفال ذوي اضطراب التوحد

7 / كيفية تشخيص التوحد

8/أهم الأساليب العلاجية لعلاج اضطراب التوحد

- خلاصة الفصل

تمهيد: يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدا الاهتمام بها في الآونة الأخيرة وبشكل ملحوظ، وذلك لما تعانيه هذه الفئة من اضطرابات نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المختلفة للطفل حيث تؤدي إلى انسحابه وانعزاله على نفسه وتظهر على هذه الفئة أيضا مشكلات في التفاعل والتواصل الاجتماعي وهذا بدوره يؤدي إلى عدم قدرة الطفل على الموائمة والتكيف الاجتماعي، معرفة الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب وأعراضه وإيجاد برامج وطرق علاجية تربوية تأهليه للتخفيف من شدة هذا الاضطراب وللتمكن أكثر من فهم هذا الاضطراب .

1/ مفهوم التوحد:

التوحد كغيره من الاضطرابات له عدة تعريفات كل وحسب رؤيته وتفسيره لهذا الاضطراب . وفيما يلي سنتطرق لعرض مجموعة من التعاريف .

- يعود مصطلح التوحد (Autism) لغة إلى الأصل الإغريقي (Autos) وتعني النفس أو الذات، وكلمة (ism) والتي تعني الانغلاق، أي أن المصطلح ككل يترجم على أنه الانغلاق على الذات، وقد اخذ المصطلح شكل autism (نبيل السيد، 2012، ص: 133)

- يعتبر كanner أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان سنة (1943)، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة لهذا الاضطراب مثل، توحد الطفولة المبكر، ذهان الطفولة، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان علم النفس، عندما عرف الفصام، وفي ذلك الوقت كان يستخدم التوحد كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصامين، ثم أصبح هذا المصطلح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب بأكمله (خوله يحي، 2000، ص: 202، 203)

- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد : (1999) : " التوحدية نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر وتكون نتائج لاضطرابات نيروولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعبا ... سواء اللفظي أو غير اللفظي. هؤلاء الأطفال يستجيبون للأشياء أكثر من استجابتهم للأشخاص ... " (السيد الرفاعي. 1999 . ص 87 - 89)

- كما عرفه فاروق مصطفى وكمال الشربيني (2011) بان التوحد إعاقه نمائية وتطورية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة (فاروق مصطفى، كمال الشربيني، 2011، 23)

- التوحد على أنه مظاهر مرضية أساسية تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (30) شهراً، ويتضمن اضطرابات مختلفة وهي: اضطرابات في سرعة أو تتابع المراحل، اضطرابات في الاستجابات الحسية لمثيرات، اضطرابات في الكلام واللغة والمعرفة، اضطرابات في القلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات .
(كوافحة وعبد العزيز : 2005: 167)

- وجاء في تعريف الشامي (2004) بان التوحد هو اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية، التخيل.
(الشامي: 2004، 19)

- تعريف التوحد طبقاً لتصنيف DSM-IV-TR-2000-P75

أ- يبدي الطفل عجزاً نوعياً في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن: العجز عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه انفعالاته، والفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران .

ب- العجز عن التواصل يرى غالباً في الأطفال التوحديين، وهذا العجز يتضح في النمو اللغوي المنطوق، والعجز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة، والسلوك النمطي، والاستخدام المتكرر للغة، والقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة العمرية.

ج- ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها، وفي اهتماماته، وهذه الأنماط تشمل الانشغال بواحد أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي، وتمسكه غير المرن بأعمال محدودة أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات
(أسامة سالم : 2015، 282)

- وعرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي على انه إعاقة في النمو تكون مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل وهي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ وينتشر بين الذكور أكثر من انتشاره بين الإناث ، ويحدث بين كافة الشرائح الاجتماعية والعرقية (سعيد العزة، 2009، 54)

- وعرفه السيد الرفاعي على انه يعد أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن اهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تنسم بالطابع التكراري النمطي (سهي نصر، 2002، 20)

-تعقيب على التعريفات :

من خلال استعراض بعض التعريفات لاضطراب التوحد يتضح لنا ما يلي:

- أجمعت التعاريف على أن اضطراب التوحد يظهر خلال ثلاثة سنوات الأولى من عمر الطفل .

-هو اضطراب عصبي نمائي يؤثر في وظائف الدماغ

-أكثر المجالات والجوانب تؤثر لدى الطفل بسبب هذا الاضطراب هي: الجوانب الاجتماعية والتفاعلية وجوانب اللعب والتخيل، وأيضاً الجوانب التواصلية سواء اللفظية وغير اللفظية، كما تظهر لديه العديد من السلوكيات النمطية المتكررة والأنشطة المحدودة

ومنه فان التوحد هو اضطراب عصبي نمائي يظهر خلال الثلاث السنوات الأولى لعمر الطفل، يؤثر بدرجة كبيرة على ثلاثة جوانب أساسية هي:

الجانب الاجتماعي، الجانب التواصلية سواء اللفظي وغير اللفظي، الجانب السلوكي بالنسبة لاهتماماته وميوله.

2/تاريخ اضطراب التوحد:

لقد ظهر التوحد منذ زمن طويل، حيث كان ينظر إليه على أنه مرض عقلي مصنف ضمن الذهانات، لكن بفضل الدراسات والبحوث التي أسهمت في تطوير مفهوم هذا الاضطراب النمائي، وإبراز أعراضه ضمن التصنيفات العالمية للأمراض النفسية والعقلية (Messersechmitt, 1991 : p12)

ففي (1868) كان هنري موندسلي (Henry Mandsley) أول أخصائي نفسي اهتم جدياً بالاضطرابات العقلية لدى الأطفال الصغار، والتي تضمنت الانحراف الملحوظ التأخر والنشوة في العمليات النمائية، وفي البداية كان يعتبر اضطراباً ذهانياً (عبد المعطي حسن، 2001 :ص 553)

وفي عام (1906) جاء كومبي (Kombi) المختص في طب الأطفال بفكرة أن الاضطرابات الملاحظة قد تكون مؤشرات لهذيانات الراشد، ومن جهة أخرى يرى جاليفي (Jaliffé) أنها مؤشرات للجنون المبكر، ولكن أزيلت هذه الفكرة بانعقاد مؤتمر علم النفس (Messersehmitt, 1991: p03).

كما قام أنباي (Anby) في عام (1910) بوضع أفكار تخص الهذيان الطفولي على شكل جنون مبكر من خلال ملاحظة الأطفال المصابين، ووفق هذه الدراسة قام بلوبر (Bleuber) بإصدار نص بعنوان " الجنون المبكر"، حيث كانت أعراض هؤلاء الأطفال انقطاع الصلة بالواقع، وانسحابه مع انطواء على الذات (Messersechmitt, 1991: p13)، كما يعتبر هذا الطبيب النفسي من الذين اهتموا بالاضطراب، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي، فالانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة. (فاروق أسامة وآخرون، 2011، ص 22)

ويعود الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به إلى الطبيب النفسي ليوكانر (Leo kanner) الذي قام بإجراء دراسة على (11) طفل، ومن خلال ملاحظته قدم وصف لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام (1943)، وأطلق عليهم اسم التوحد الطفولي

حيث يتسم الأطفال بالعزلة الاجتماعية، عجز في التواصل، وسلوك نمطي مع اهتمامات مقيدة. (بشير يوسف والبهبهاني يعقوب، 2004).

وفي فترة ما بين (1950-1960) كان التركيز على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على أنه متلازمة محددة، وامتازت هذه المرحلة كذلك بالاهتمام بالمقارنة بين التوحد وغيره من الاضطرابات، وقد تم التوصل إلى ثلاث مجالات لدى أغلبية الأطفال التوحديين والتي تمثلت في فشل في تطوير علاقات اجتماعية، تأخر واضطراب لغوي، مع ظهور سلوكيات نمطية مرتبطة بلعب نمطي (الزريقات إبراهيم عبد الله، 2004: ص 23).

في ذات الوقت الذي اكتشف فيه كانر اضطراب التوحد (1943) اكتشف أسبرجر Asperger (1944) خصائص مجموعة الأطفال النمساويين مشابهة إلى حد ما للأطفال كانر ولكن أخبار اكتشافه لم تنتشر كما انتشرت أخبار اكتشافات كانر في أمريكا بسبب حالة الحرب العالمية الثانية حيث تم نشرها فيما بعد تلك الحالات وعرفت باسم أسبرجر (A. P. A. 1994) نظرًا إلى وجود بعض الاختلافات بينها وبين أعراض كانر التي كان يطلق عليها اسم حالات التوحد ومع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد والأسبرجر في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية (D.S.M) إلا في طبعته الثالثة المعدلة (D.S.M.3TR) في أواخر الثمانينات وفي طبعته الرابعة (D.S.M.4) التي ظهرت (1994) وكان ظهور الاضطرابيين في هذا الدليل ضمن مجموعة أطلق عليها اسم مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة، (فراج : 2002، 15، 19)

3/أنواع التوحد :

يوجد العديد من أشكال التوحد و كل شكل ينتسب إلى العالم مكتشف هذا النوع أو إلى سبب الإصابة بالتوحد ومن هنا سنتطرق في هذه الدراسة إلى بعض أشكال التوحد ومنها

3-1 توحد كانر :وصف الطبيب النفسي الأمريكي كانر في عام 1943 مصطلح "التوحد

الطفولي المبكر " وهو صورة سريرية تتميز بعدم قدرة الطفل منذ ولادته لإقامة اتصال عاطفي مع محيطه ويظهر هذا الاضطراب في وقت مبكر وقبل نهاية العامين الأولين من الحياة ، ومن بين مواصفات هذا العرض

-العزلة الشديدة حيث يتميز الطفل باللامبالاة و عدم الاهتمام العميق إزاء الناس و الأشياء من الخارج .

-كذلك الرتابة النمطية العشوائية مثال، حمل المنديل باستمرار أمام أعينه، تحريك أصابعه أمام وجهه .

-كذلك المشي على رؤوس الأصابع ، الدوران حول الذات يتمايل جيئة وذهابا لعدة ساعات.

- اضطراب في اللغة مثل الكتم الكلي أو أنه يجعل الأصوات لا معنى لها أو أنه يكرر الكلمات بلا قيمة تواصلية مثل ترديد الكلمات أو العبارات من الآخرين، وكذلك ممكن استخدام كلمات جديدة. ووصف كانر أن الذكاء والذاكرة لهؤلاء الأطفال استثنائية وهذه الخصائص تميز الخلوية عن غيره من أشكال التخلف المعروفة في مجال الطب النفسي (<http://psychiatriinfirmiere.free.fr>)

2-3 متلازمة إسبرجر:

أكتشف عرض إسبرجر أول مرة عام 1944 من قبل الطبيب ألماني يدعى هانر إسبرجر حيث يمتلك الأفراد المصابين بعرض إسبرجر الموصفات السلوكية التالية :

- من حيث اللغة يتميزون بطلاقة الكلام قبل عمر 4 سنوات مع صحة واضحة في اللفظ و النحو كذلك تحريف الكلام أحيانا و تكراره أحيانا أخرى .

- أما من حيث الإدراك ،الولع بالمواضيع المعقدة مثل تصاميم الأشياء و الطقس و تركز التفكير على الذات فوق المعدل في القدرة اللفظية و تحت المعدل في القدرات الانجازية تشوش القراءة و مشاكل الكتابة وفقدان الشعور العام في فهم الواقع و التعامل مع الأشياء أما من حيث السلوك الذاتي تفاعل اجتماعي غير مناسب أحيانا مع الآخرين. (محمد زياد حمدان ، 2002 ، ص 30)

3-3 متلازمة ريت :

تتميز متلازمة ريت بالتدهور التدريجي للمكتسبات المعرفية والحركية وتوقف النمو الجيني في الدماغ وهذه المتلازمة تتواجد فقط بالأخص عند الإناث فهي تمس حوالي 1 أنثى من

كل 15000 فتاة واكتشفت هذه المتلازمة من طرف طبيب الأطفال الأتريشأندرياسريت عام 1966 هذا الاكتشاف بقي غير معروف إلى غاية أن أعيدت الدراسات عام 1983 من طرف طبيب أطفال سويسري هاقبرق الذي نشر عناوين عن أشكال وتشخيص هذه المتلازمة، والبنات المصابين بمتلازمة ريت في الشكل يعتبرون عادي لمدة 5 أشهر من الحياة وبعد 18 عشر شهر تتدهور حالتهم بسرعة وتتبعها الصفات التالية فقدان المهارة الحركية المكتسبة وكذلك بطئ نمو الدماغ الصورة النمطية المتكررة تراجع في عملية الاتصال والتنشئة الاجتماعية كذلك صعوبة في الحبو و المشي على رؤوس الأصابع صرصرة الأسنان وكذلك وجود ارتعاشات ظهريّة و مفصلية وخاصة عندما يكون الطفل مهتاج كذلك ضعف التنفس أو فقدانه كذلك نقص تدفق الدم في الساقين وجود كثرة الإمساك ميلان العمود الفقري نقص في الذاكرة وجود في بعض الأحيان الصرع وليس لديهم هذه الصفات في دفعة واحدة. (Laurent Motteront ,2004,p)(Jean Charles Juhel , 2003,p) 105-106

3-4 اضطراب الطفولة التحليلي:

عادة لا يظهر هذا الاضطراب إلا بعد سنتين من عمر الطفل بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية ويصبح لديه حركات غير عادية ويصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي وكذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة ويظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار للنشاطات ويصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية .

3-5 اضطراب النمو الشامل الغير محدد:

والذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد ولكن في الأغلب من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكن جوانب الاضطراب التي تظهر على هؤلاء الأطفال تتركز في الجوانب الاجتماعية وكذلك في المهارات اللفظية والغير اللفظية . (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص 300)

3-6 متلازمة سوتوس :

تسبب سرعة كبيرة في نضج وكبر حجم الجمجمة، التخلف العقلي ، تعبيرات وجهية شاذة ومن الأعراض المتشابهة للتوحد صغر الرأس وقصر المهارات الاجتماعية الكلام التكراري والدوران في نفس المكان .

3-7 متلازمة الكروموزوم الهش :

معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب (x) اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط غالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية و حساسية مفرطة للصوت اضطراب الأداء اللفظي و الغير لفظي و اضطرابات معرفية . (جمال مقال قاسم ، 2000 ، ص 140)

4/ أسباب التوحد:

تعددت الدراسات التي تحاول الوصول إلى أسباب إصابة الطفل بهذا الاضطراب ، بعض الدراسات ردت أسباب التوحد إلى أسباب نفسية واجتماعية ، والبعض أسباب عضوية وبيولوجية ، أو عوامل كيميائية أو عوامل جينية ، ويعتبر هذا الاضطراب من الاضطرابات التي تعزي لأكثر من عامل سببي ومازالت الدراسات غير وافية في هذا الشأن ومازالت هناك غموض حول سبب الإصابة بهذا الاضطراب .(أبو السعود: 16،2000) ، ومن النظريات المفسرة لأسباب التوحد نذكر ما يلي:

4-1 نظرية التحليل النفسي:

فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على انه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده . (احمد الكيكي، 2011، 82)

4-2 نظرية البرود العاطفي:

لاحظ كانر في عيادته أن أولياء الأمور الذين ينتمون للطبقة الاجتماعية فوق المتوسطة لديهم سلوك بارد في التعامل مع أبنائهم التوحديين وفي سنة (1960) تبني Bruno

Bettelheim برونوبتلهم هذا المنهج وأسس عليه نظريته عن طبيعة اضطراب التوحد ، في أن مشاعر الآباء الباردة هي السبب الرئيسي لهذا الاضطراب وتم استخدام مصطلح الأم الثلجة لوصف ضعف واستسلام وتبلد مشاعر الأم الذي ينعكس على الطفل ويتسبب في انسحابه من الواقع (عبد اللطيف : 2001 ، 18)

إذن أصحاب هذه النظرية يرون أن العلاقات المرضية داخل الأسرة ومواقف الوالدين المتشددة اتجاه الطفل ورفضه وضعف الاستجابة لمطالبة عوامل تؤدي إلى عدم تكوينه لنماذج الانفعالات التي يبديها الآخرون، كما لا تتكون لديه أي قاعدة لنمو اللغة والمهارات الحركية وينتج عن ذلك أن ينسحب داخل عالم من الخيالات ومن ثم حدوث التوحد (احمد الكيكي، 2011، 82)

4-3 نظرية العقل (Theory of mind):

إذ يشير العقل إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار ومعتقدات ومشاعر الآخرين من فهم وإدراك وتنبؤ من خلال الإشارة إلى صعوبة قدرة الأطفال التوحديين على الاستنتاج وتقدير الحالات العقلية، ومثال ذلك أنهم يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من تفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف المهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بها الذي قد يفعله الآخرون، والأطفال التوحديين قد يعتقدون بأنك تعرف تماما ما يعرفونه هم ويفكرون فيه، وعلى الرغم من المعرفة الأطفال التوحديين لما ينظر إليه الآخرون إلا أنهم يعانون من صعوبة كبيرة من القدرة على إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار. (مرجع سبق ذكره، 82)

ويؤكد الريحاني (1981) أنهم يتسمون بضعف قدراتهم على التكيف الاجتماعي ونقص الميل والاهتمامات، ويعجزون عن التكيف في المواقف الجديدة، ويتسم سلوكهم بالجمود، ولا يهتمون بتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وخاصة مع الأطفال الذين هم في نفس عمرهم الزمني ، وإن كانوا يميلون أحيانا إلى المشاركة مع الأصغر منهم سنا في ممارسات اجتماعية معينة . (محمد 2003:31)

4-4 نظرية الاضطرابات الأيضية:

- حالات شذوذ أيض البيورين :وهو خلل في الإنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات :هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

-نظرية الحامض الأميني بيتايد : في هذه النظرية افترض أن يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ من الغذاء الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلية مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد.(خولة أحمد يحي، 2003 ، ص 595)

- والعديد من الدراسات بينت ارتفاعا في مادة حمض الهومافانيليك في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين. (فاروق مصطفى، كامل الشربيني، 2010، 45)

4-5 نظرية التسمم بالمعادن او التلوث البيئي:

تستند هذه النظرية بالأساس إلى الملاحظة الثابتة والحقيقة أن التسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزنبق يسبب ضررا في الدماغ وبالأخص الأدمغة التي في مرحلة النمو كما عند الأطفال . (مرجع سبق ذكره، 83)

وتشير نتائج دراسته كل من ستاين وآخرون، ثومسون، وآخرون (Steen, et al 1989, Thomson et al...) إلى اثار السلبية للتعرض للرصاص في المرحلة الطفولة يقلل

من نسبة الذكاء الأطفال والانتباه ويسبب فرط في النشاط.

(فاروق مصطفى، كامل الشربيني، 2010، 47) .

4-6 نظرية اللقاقات:

اللقاقات إحدى النظريات التي وجدت قبولاً كثيراً في بداية الأمر هي نظرية علاقة الاضطراب التوحد باللقاقات التي تعطي الأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMP) وهذا السبب الرئيسي في هذا الرابط مع اللقاح بالذات هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدرتهم الكلامية بين 11 و 20 شهراً) (احمد الكيكي، 2011، 83)

4-7 النظرية الحيوية (عوامل وراثية وجينية) :

ذكر (Bai Ley :et al 1996) المذكور في (Car, 1999:279) إن هذه النظرية حاولت تفسير ظاهرة التوحد من خلال الإشارة إلى العوامل الوراثية وتشير الأدلة من خلال دراسة التوائم والأسرة إلى أن العوامل الوراثية تساهم في تطور التوحد ، حيث أن كيفية انتقال الجينات الوراثية معقدة تماماً وذكر أن هناك علاقة ما بين التوحد وبعض اضطرابات الجينات ومنها Fragile وهو اضطراب يظهر في تحليل الجينات التي يظن أنها مصاحبة للتوحد أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بالتوحد حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بويضتين مختلفتين) ومن المعروف أن التوائم المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. (2003 : http //www. uaewb. com /forums/ showthread)

إن الموروثات (الجينات) تنقل الكثير من الخصائص البشرية من أولياء الأمور إلى أطفالهم كاللون والطول والشكل وغيرها ، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية ، وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها ، أو معرفة مكانها على خارطة الكروموسوم ، ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي موروث (جين) يكون سبباً في حدوث التوحد وتسلسله في العائلة وفي إحدى الدراسات التي أجريت على التوائم تبين إمكانية حدوث التوحد . في كلا التوائم بنسبة تصل إلى 50 % مما جعل الوراثة سبباً مهماً ، كما أظهرت دراسة أخرى إن العائلة

التي يوجد لديها طفل توحدي يوجد لدي بعض أفرادها اضطرابات في التعلم واللغة والمشاكل التطورية الأخرى بدرجات متفاوتة كما إن قابلية حدوث التوحد خمسين ضعفاً أكثر منه في العائلات الأخرى(محمد ، 2003، 34 : 35)

استعرض العلماء الذين هم جزء من (الاتحاد الدولي الداعم لدراسة الجينات الجزيئية للتوحد) الحامض النووي (A.D.N.) لأكثر من 150 زوجاً من الإخوان والأقرباء الحميمين للتوحيديين ، ووجدوا أن هناك منطقتين في الكروموزوم 2 والكروموزوم 17 ربما تحضن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد وتأكدت دراساتهم هذه باستدلالات تقترح بأن منطقتي الكروموزوم 16 ، 17 لها دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد أم لا ويقول أنتوني موناكو (Antony Monako) إن العلماء موقنون بأن العوامل البيئية والجينية مرتبطة معاً بإحداث التوحد على الرغم من أن العوامل المرتبطة بالتحديد تبقى غير واضحة .

وهناك من يضيف أسباب أخرى للتوحد:

-تعاطي الأم للتبغ والخمر والمخدرات.

-الالتهابات الفيروسية مثل: الحصبة الألمانية وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-تضخم خلايا الفيروس وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

-التهاب الدماغ الفيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

-إصابة الأم بأمراض أثناء فترة الحمل. (محمد الدهمسي 2007، 157) .

تعقيب : يتضح لنا من كل هذه النظريات والعوامل أنه لا يوجد سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسؤول عن حدوث اضطراب التوحد ولكن الثابت من الأبحاث هو أن التوحد يمكن أن ينتج عن عدة عوامل تؤثر على أجزاء المخ كذلك أيضاً وقت الإصابة قد يكون قبل وأثناء وبعد الولادة وذلك لتعدد الأسباب .

5/نسبة انتشاره :

تتباين نسبة انتشار اضطراب التوحد من دراسة لأخرى ومن كتاب لآخر ولعل السبب الرئيسي في ذلك هو عدم تحديد اضطراب واحد بعينه أو عدة اضطرابات والتي قد تندمج في

مفهوم عام في مسمي التوحد ، فعندما يذكر التوحد قد يقصد به فقط التوحد الطفولي الكلاسيكي ولا شك عندئذ تكون النسبة منخفضة ،وأحياناً يقصد بالتوحد أعراض سواء كانت بسيطة أو متوسطة أو شديدة وعندئذ تكون النسبة عالية حيث تم دمج اضطرابين أو ثلاثة أو أربعة أو تزيد عن ذلك مما يؤدي لتباين كبير بالنسب وبالتالي تتفاوت أرقام نسبة الانتشار فلقد ذكرت النسب السابقة لانتشار اضطراب التوحد أنها تظهر أعراض التوحد واضحة بعد 30 شهرا تقريبا.

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

وتزداد نسبة الإصابة بين الذكور عن الإناث بنسبة (1:4) ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الطفل أو جنسه أو لونه أو المستوى التعليمي والثقافي للعائلة أي علاقة بالإصابة بالتوحد .(الجرواني و صديق، 2011: 9-10)

كما تقدر منظمة الصحة العالمية (السابعة و الستون)أن متوسط معدل الانتشار العالمي يبلغ 62/ 1000 و يعني ذلك أن طفلا واحدا من كل 160 طفلا مصاب باضطراب طيف التوحد.و تشكل هذه التقديرات رقما متوسطا ، و يتفاوت معدل الانتشار المبلغ تفاوتا واسعا بين الدراسات و مع ذلك فان بعض الدراسات المضبوطة جيدا أعطت معدلا أعلى بكثير.

أما في الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد سنة 2008و كانت كالآتي:

- في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار يتراوح ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل.

- في سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار الى 7 حالات من بين 10000 طفل.

- أما حاليا فلا يوجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر، لكن فالمؤكد أن نسبة الانتشار في تزايد مستمر (زهير ، 2011: 40)

لذا إن الاعتقاد السائد حاليًا هو أن حالات اضطراب التوحد في زيادة : نتيجة الاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب ونتيجة لظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذ في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (20 / 25 حالة من 10.000) لكل حالة ولادة حية . (القمش، 2010 ، ص 238).

إلا أن كانر أشار في كتاباته أكثر من مرة أن انتشار التوحد لدى الأطفال محدد للغاية وأنها حالات نادرة ولكن في الواقع أن تبريره أو دليله على هذا الرأي لا يعتمد على أساس علمي ثابت فقد بني رأيه هذا على أساس أنه في عام 1957 وخلال 19 عام من عمله في عيادته لم يصل عدد الحالات التي تقدمت للفحص إلى حوالي 150 حالة في قارة أمريكا الشمالية (165 مليون مواطن آنذاك) بمعنى أن هناك 7 حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب النفسي التي يرأسها كانت المركز الطبي الوحيد الذي ذاعت شهرته في تشخيص التوحد كما ذكر عام 1962 أي أنه من بين 10 حالات أحييت إليه لم يثبت سوى أن حالة واحدة فقط هي من حالات التوحد المؤكدة . (فراج، 1996 ، ص 89)

وقد بينت دراسات أخرى أن النسبة تكاد تصل إلى (1 من 500 حالة) ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (500.000) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال طيف التوحد من ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل نسبة إلى (4 من 1) و لكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوب بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (1 من 2) أي أنثى مقابل ذكران.

ذكر هالاهان و كوفمان (Halahan and Kuffman .2003) أن التوحد يمكن أن يحسب لحوالي 5-7 حالة من كل 10000 طفل وهذا لدى الذكور أكثر من الإناث، وليس محتكرًا لدى مجتمع عن مجتمع آخر . وما يميز 80 % تقريبًا من المصابين بالتوحد هو وجود إعاقة عقلية لديهم وأيضًا يمكن أن ترافقه صعوبات تعلم، صرع، واضطرابات سلوكية.

ويشير محمد (2003) أن أحدث الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2003) بأن نسبة انتشار التوحد ارتفعت بدرجة عالية حيث أصبح متوسطها (1: 250) حالة ولادة وبهذا يصبح التوحد هو ثاني أكثر الاضطرابات انتشارًا بعد الإعاقة العقلية.

وذكرت الشامي (2004 - أ) نسبة انتشار اضطراب التوحد ضمن أنواعه الخمسة كالتالي:

1- إضطراب التوحد Autistic Disorder. تقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل 10000 مولود كما ذكرت (Lotter, 1996) بينما تراوحت بين 5-15 من كل 10000 مولود لاضطراب التوحد بجميع درجاته.

2- متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome: تعد أكثر شيوعًا من اضطراب التوحد، وتحدث ل 26-36 من كل 10000 مولود وهي متشابهة لاضطراب التوحد حيث شيوعها بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4:1 .

متلازمة ريت Rett Syndrome: تصيب مولودًا واحدًا من كل 15000 مولود.

4- اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder CDD):

يعد من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من 100000 مولود وهو يشبه اضطراب اسبرجر، والتوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث.

5- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد - Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS). هناك غموض وصعوبة في تشخيص هذا الاضطراب، لذا لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أكثر شيوعًا من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى.

وفي مقال إذاعته الإذاعة الجزائرية القناة الأولى بتاريخ 2018/12/03 على الساعة 11:18 أن هناك ارتفاع معدل الإصابة بالتوحد في الجزائر والأطباء ينصحون بالمسارعة في الكشف حيث كشفت الإحصائيات العالمية المتعلقة بالتوحد في سنة 2018 عن

تسجيل 500 ألف طفل مصاب بالتوحد في الجزائر وهي الإحصاءات التي دق بشأنها المختصون ناقوس الخطر ورفعوا بشأنها دعوة إلى الأولياء من أجل الاحتياط واليقظة .

ووصف البروفيسور مجيد ثابتي رئيس مصلحة الأمراض العقلية للأطفال المراهقين بالشرافة ورئيس القسم الطبي بمركز التوحد بن عكنون الأرقام الأخيرة بالمخيفة وقال في تسجيل للقناة الأولى " أن تسجيل إصابة واحدة بالتوحد من بين 55 مولود جديد أمر يخيفنا كثيرا " وألح ثابتي على ضرورة الكشف المبكر عن التوحد والتكفل الناجع بهم لإدماجهم في المجتمع مستقبلا وأضاف بالقول في تصريحه للقناة الأولى "التشخيص المبكر ضروري من أجل أن نتمكن من إعطاء كل المؤهلات اللازمة للطفل من أجل أن يعوض النقص المسجل على المستوى العقلي والنفسي الحركي ونوجه رسالة إلى الأولياء بأن يتحركوا حال تسجيلهم لأعراض التوحد ويراجعوا الأطباء " .

ونحن في مجتمعنا العربي بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التشخيصية التي توفر لنا المعلومات أساسية تفيد في إحصاء هذا الاضطراب ومعرفة مدى انتشاره في الوسط الجزائري بالتالي وضع برامج تدريبية عن طريق إستراتيجية التدخل المبكر يديرها مؤهلين ومختصين في هذا المجال .

6/خصائص التوحد:

يشكل الأطفال ذوو اضطراب التوحد مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والتصنيفات، فنجد أن بعض هؤلاء الأطفال يطورون تواصلًا وتفاعلاً اجتماعياً مناسباً وبعضهم الآخر لا يطورون أي لغة تعبيرية ويبدون العزلة الاجتماعية طوال حياتهم. كما أن بعضهم قد يعاني من مشكلات سلوكية وحركات نمطية شديدة وآخرون تتجلى المظاهر السلوكية لديهم بشكل ضعيف وهاته الخصائص هي:

6-1 - الخصائص الاجتماعية.

6-2 - الخصائص التواصلية.

6-3 - الخصائص السلوكية.

6-4- الخصائص المعرفية.

6-5- الخصائص الحسية.

6-6- خصائص أخرى.

6-1: الخصائص الاجتماعية : إن أطفال التوحد يعانون من مشكلات في مختلف أشكال المهارات الاجتماعية ويعتبر هذا الجانب أحد أكثر الجوانب قصوراً لدى أطفال التوحد فمنذ الأشهر القليلة الأولى من حياتهم هناك صعوبة في إشراكهم في تفاعلات اجتماعية عادية بين الأم وطفلها إلا في حدود ضيقة جداً، إنهم لا يبادرون إلى البدء بتفاعلات اجتماعية متبادلة أو الإجابة عليها أو الاستمرار فيها أو إنهاؤها كما يفعل الأطفال العاديون. (الشامي - ب، 2004، 38).

ونظراً لمدى الاختلاف الكبير، لدى الأطفال ذوي التوحد في اهتماماتهم وسلوكياتهم الاجتماعية فقد قامت (وينغ) (Wing، 1979) باقتراح أنماط اجتماعية تضم الأطفال ذوي التوحد:

أ - النمط الأول النمط الانعزالي والأطفال الذين ينتمون إلى هذا النمط يتميزون بانعزالية

شديدة ولا يبدون أي رغبة في التفاعل مع الآخرين المحيطين بهم وخصوصاً الأطفال، وإذا طوروا هذا التفاعل الاجتماعي فإنه غالباً ما يكون وسيلة لطلب الحاجات لا أكثر.

ب - النمط الثاني النمط السلبي ويضم هذا النمط الأطفال الذين يقبلون تقرب الآخرين لهم ولكنهم لا يبادرون هم للتقرب من الآخرين سواء أكانوا من مثل عمرهم أو البالغين.

ج - النمط النشط لكن الغريب هؤلاء الأطفال غالباً ما يقومون بالمبادرة تجاه الآخرين المحيطين بهم ويستجيبون لهم ولكن بطريقة غريبة وشاذة كما أنهم غير قادرين على فهم الآخرين بطريقة صحيحة ويستمترون بالنظر إلى الآخرين بشكل غريب (Lord 70، 2007)

د - النمط الرسمي المتكلف يحاول الأشخاص التوحديون في هذا النمط أن يكونوا مهذبين مع الغير وتطبيق كل ما تعلموه من قوانين اجتماعية ولكن تطبيقهم لهذه القوانين يتصف بعدم

المرونة بحيث يطبقونها بحذافيرها وبنفس الشكل ومع كل الأشخاص وفي كل الأوضاع.
(الشامي - أ، 2004، 53) .

وغالباً ما يظهر الأشخاص ذوي التوحد الانسحاب من المواقف الاجتماعية وهذا ما أكدته عدة دراسات على أن الأطفال التوحديين لديهم الانسحابية وعدم التفاعل الاجتماعي والسلبية تجاه الآخرين. فهم يظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم لأي لقاءات عائلية وقصور شديد في الاستجابة للمثيرات البيئية والضعف العام في المجالات الاجتماعية. (بيومي، 2008، 15)

ويعاني الأطفال ذوي التوحد من مشكلات اللعب مع الآخرين ويتميز لعبهم بالافتقار إلى الخيال والمرونة والتجديد فهم لا يظهرون اهتماماً بالألعاب كما يفعل باقي الأطفال فنجدهم يفضلون اللعب بالأشياء المحيطة بهم والتي تعتمد بدرجة كبيرة على اللعب بالحواس مثل اللعب بالماء والتراب وبعضهم يعتمد على فهمهم في الاتصال بالألعاب لذا نرى الكثير من الأطفال يضعون الألعاب في فمهم (نصر، 2002، 47) .

ويعاني هؤلاء الأطفال من مشاكل في اللعب التخيلي أو الرمزي ويرجع لورد (Lord) سبب هذا الخلل إلى وجود قصور في المقدرة اللغوية ومستوى الذكاء لدى هؤلاء الأطفال (Lord et.al, 2001, 70). وبناءً عليه فإن الضعف الواضح في اللعب يمكن تفسيره من خلال الضعف في الأسس التي يعتمد عليها الطفل في طرق تعامله مع الآخرين والتفاعل غير الإيجابي وأنماط السلوكيات التي تصاحب التوحد، بحيث يفقد الطفل التوحدي العديد من الخبرات الاجتماعية (الجويان، 2008، 19) .

6-2 الخصائص التواصلية :

يظهر أطفال التوحد مشكلات في التواصل مع الأشخاص الآخرين المحيطين بهم وفيما يلي أهم هذه المشكلات:

أ- البكم (Mute) : إن (50 %) من الأطفال المصابين بالتوحد لا يطورون اللغة المنطوقة (Singhanian, 2005, 347) وإن حدث وأن طوروا لغة فإن ذلك قد يكون عن طريق الإشارات والكلمات الوظيفية (Boucher et.al, 2007) .

ب - رفض الكلام الانتقائي: يظهر لدى أقلية صغيرة من المصابين بالتوحد شكل من أشكال رفض الكلام كنتيجة وظيفية في الابتداء بالأعمال اللازمة لإنتاج اللغة بغض النظر عما إذا كان الفرد سيقوم بالكلام أو الكتابة أو التوقيع أو الطباعة. ويمكن للأفراد المصابين بهذا النوع المعمم رفض الكلام أن يفهموا على الأقل بعض اللغات المحكية أو المكتوبة ولكنهم لا يمكنهم التعبير عن أنفسهم إلا بشكل لا كلامي. (بوشير، 2010، 64)

ج - ظاهرة عكس الضمير (Reverasl Pronoun): إن أطفال التوحد غالباً ما يقومون بعكس الضمائر عندما يتحدثون عن أنفسهم ويستخدمون الضمير أنت بدلاً من الضمير أنا (Buman et.al، 2005) وهذا ما قام بتفسيره (Bettelheim,1987) حيث أشار إلى أن عكس الضمير يعكس رفض الأطفال لوجودهم، ووضح بارتارك وروتر (Bartak&Rutter1974) بأن عكس الضمير هو نتيجة المصاداة التي يعاني منها أطفال التوحد. (سليمان، 2003، 15)، (الزريقات، 2004، 274)

د- السيطرة على الصوت (controllIntonationand voice): إن نوعية الصوت والتنغيم لأطفال التوحد تكون شاذة عن المؤلف بشكل واضح وتستمر معهم حتى مرحلة المراهقة، كما أنهم يعانون من خلل في طبقة الصوت وفي جهازة الصوت. كما أن لديهم مشكلات في التنغيم والإيقاع فغالباً ما نجدهم يتكلم ويشكل رتيب كالرجل الآلي، وبعضهم نجدهم يتوقفون عن الحديث ويأخذون فترة ثم يتابعون كما نجدهم يعانون من سرعة واضحة في الكلام أو بطئ فيه. (Bernier et.al,2010,7). (العماري، 2009)

هـ - التساؤل المستمر Incessant Question: يعرف برايزنت (1999) التساؤل المستمر بأسئلة لفظية متكررة تكون موجهة نحو شخص آخر أو أن الطفل يسأل أسئلة ويتوقع إجابات من أشخاص آخرين أو أن يعيد طرح السؤال مرات أخرى بعد أن يعطيه الشخص البالغ جواباً. ويقوم أطفال التوحد بالتساؤل المستمر للأسباب التالية:

- لمعرفة فيما إذا كان هناك شيئاً معيناً سيحدث أو لا يحدث.

- لمعرفة مواعيد محددة.

- لكي يطمئن إلى شعور الآخرين وأحاسيسهم تجاهه. (الشامي_ب، 2004) .

- و - المصّادة Echolalia: يعتبر الصدى الصوتي من أكثر الخصائص اللغوية انتشاراً وشيوعاً لدى الأطفال التوحديين. ويعرّف بأنه قيام الطفل بتريد بعض الأصوات أو كلمات مفردة أو جمل أو لمواقف أو أحداث بسيطة وبنفس التنغيم الذي يقوله أشخاص آخرون (Buman et.al، 2005، 61،) .

-وتقسم المصاداة إلى:

أ- /المصاداة الفورية (Imidiate Echolalia):تظهر بعد سماع الكلمات تماماً في فترة زمنية لا تتجاوز عدة ثواني وكما يسمع الكلام بالضبط وأحياناً بنفس نبرة المتكلم.

ب- /المصاداة المتأخرة (Delayed Echolalia) : تحدث بعد سماع العبارة بفترة زمنية تتراوح بين دقائق وأيام ولكنها تتكرر كما سمعت.

ج- / المصاداة المخففة (Mitigated Echolalia) :تكون على شكل عبارات معادة لكن الشخص التوحيدي غير بعض كلماتها أو نبرة صوتها. وهذا النوع يعدّ أكثر تقدماً لأن الطفل هنا يعرف أن اللغة وظيفة ويمكن استخدامها للتأثير على سلوك الشخص الآخر بطريقة ما . (Prizant, et.a2006 ,)

3-6 الخصائص السلوكية

يختلف أطفال التوحد فيما بينهم من حيث الخصائص السلوكية فقد تتفاوت بين سلوكيات شديدة وأخرى خفيفة، كما تتفاوت من حيث نوعيتها وفترات ظهورها. ولكن أغلب هذه السلوكيات تكون معيقة لعمليتي التواصل والتعلم عند أطفال التوحد. ويمكننا تصنيف هذه السلوكيات كما يلي:

أ- السلوكيات النمطية والمتكررة : يظهر أطفال التوحد في أغلب الأحيان سلوكيات نمطية ومتكررة دون أن يكون لها هدف وظيفي وواضح بالنسبة للآخرين.

ب -السلوكيات الروتينية والطقوسية:والمقصود به التمسك الشديد بالروتين (زمني، مكاني، في سلوك معين) ومقاومة أي تغيير يطرأ عليه.

ويظهر الروتين لدى بعض أطفال التوحد ب:

- تمسك بالأكل بصحن واحد دون غيره.
 - إغلاق كل الأبواب الموجودة في المنزل.
 - ترتيب الأشياء بنفس الطريقة.
 - الإصرار بالالتزام بنفس البرنامج الذي يتبعه ورفض أي تغيير (Matson 2009,145)
- إن هذه السلوكيات تحدث نتيجة الصّعوبات الإدراكية التي يعاني منها الطفل والتي تشمل مشكلات الانتباه وضعف التركيز وصعوبة تعميم المفاهيم وانتقال أثر التدريب، لذلك يصبح الرّوتين وسيلة أساسية للتفاعل والتعامل مع البيئة (السرطاوي وآخرون، 2003، 67)

6-4- الخصائص المعرفية

تعتبر مهارات التفكير والانتباه والتذكر من أهم الوظائف المعرفية التي على الطفل اكتسابها وتعلمها، وأن أي مشكلة في هذه المهارات تؤثر على أداء الطفل في جميع المجالات الأخرى، وتعتبر الخصائص المعرفية ميزة أساسية لاضطراب التوحد ومن أهم الخصائص المعرفية التي يتصف بها الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي:

أ- الانتباه: إن غالبية الأطفال ذوي التوحد يعانون من صعوبات في الانتباه وتظهر هذه الصعوبات بدرجات مختلفة متمثلة في :

- الانتباه المشترك: يعرف الانتباه المشترك بأنه التنسيق بين التغيرات في الانتباه على الأحداث أو على الأشخاص الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي .

(Matson.2009,143)

ويبدأ بالظهور عند الأطفال الطبيعيين منذ عمر ستة أشهر ويصبح أكثر قصدية في عمر السنة، أما (JA) في عمر عشرين شهر يبدأ الطفل الطبيعي باستخدام أشكال متخلفة من الإيحاءات من أجل الانتباه المشترك وبغرض الطلب (Paparella,et.al, 2011.570) , ويرى لانسيستر (Lancaster ، 2005) أن الضعف في الانتباه المشترك علامة مهمة من علامات التوحد ومؤشر كافٍ لتأخر اللغة واضطرابات التواصل الأخرى، فقد وجد أن

هناك علاقة وثيقة بين مشكلات الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحيديين وصعوبات في المهارات الاجتماعية والتواصلية (الخاطر، 2011.59) .

إلا أن الأطفال التوحيديين لا يطورون هذه المهارة بشكل كاف ولكن من خلال التدريب يستطيعون التغلب على القصور الذي يعانون منه في مهارة الانتباه المشترك.

- نقل الانتباه : والمقصود بنقل الانتباه هو قدرة الطفل على تحويل انتباهه بين عدّة مثيرات موجودة أمامه بصورة تلقائية وزمن قصير أما الأطفال التوحد فيستغرقون وقتاً أطول بكثير مما يحتاجه الشخص العادي، هذا ولديهم فترة انتباه قصيرة جداً ولكنهم قادرون على إدامتها لفترات طويلة تجاه الأشياء التي تهمهم كتركيز انتباههم على شيء يدور دون غيره من الأشياء لفترة تصل إلى ساعات من الزمن (جبر، 2007، 8) .

- الانتقائية المفرطة للمثير : والمقصود بها أن الأطفال التوحيديين ينتبهون إلى جوانب غير مهمة من المثيرات البيئية ويركزون انتباههم على شيء واحد فقط دون بقية الأجزاء الأخرى، فالشخص التوحيدي عندما ينظر إلى صورة فإنه يركز انتباهه على أشجار في خلفية الصورة أكثر من تركيزه على الأشخاص الذين في الصورة. (الشامي ب، 2004، 292) .

- إطالة الانتباه : يعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد من مشكلات في إطالة الانتباه فهم يميلون إلى الانتباه لفترة طويلة نحو الأشياء التي تهمهم بينما تكون فترة انتباههم قصيرة للغاية للمهمات التي لا يميلون لها كالمهام الاجتماعية والتعليمية والنشاطات الاجتماعية (Johnson , et.al 2004) .

ب - صعوبات في التفكير والإدراك :إن الأشخاص ذوي التوحد لديهم مشكلات في إصدار وإطلاق الأحكام وفهم معنى الأشياء، فهم غالباً ما يركزون على التفاصيل ويكونون غير قادرين على رؤية الكل أو كيف أن الأجزاء تجتمع مع بعضها ، وإنه لمن الصّوبة بالنسبة لهم فصل ما هو مهم عن ما هو غير مهم والاختيار من بين عدّة أمور يعد أمراً مزعجاً وشاقاً بالنسبة لهم. (Strong، 2005)

ج - مشكلات في التعميم: يعتبر التعميم بمثابة التحدي لأطفال التوحد فنجدهم على سبيل المثال قادرون على ربط حداثهم في المنزل وغير قادرين على فعل ذلك في المدرسة. (المرجع السابق).

د- الذكاء: إن حوالي (70% - 75%) من أطفال التوحد يعانون من إعاقة عقلية ولكن نسبة قليلة منهم قد يظهرون تميزاً في مجال من المجالات وهذا ما يسمى جزر الذكاء (Islets of ability in Autism) كالقدرة على تركيب متاهة مكونة من 400 قطعة بسرعة فائقة . (كوهين وبولتون، 2000) .

هـ- الدافعية: يتصف الأفراد المصابون بالتوحد بقلة دافعتهم في اكتشاف البيئة التي يعيشون فيها أو استثمار المثيرات البيئية، كما أنهم لا يستجيبون للمعززات والمكافآت كما هو الحال لأقرانهم الاعتياديين ويعزى انخفاض الدافعية إلى تدني القدرات العقلية لدى الأطفال ذوي التوحد. (الظاهر، 2009)

و - الذاكرة: يعاني أطفال التوحد من مشكلة في استرجاع المعلومات من الذاكرة، وتزداد الصعوبة إذا كانت المعلومات لفظية حيث تشير تمبلجراندين أنها بالرغم من موهبتها إلا أنها لا تستطيع أن تتذكر مجموعة خطوات إلا إذا كانت مكتوبة. (Grandin، 3، 2003) .

5-6 الخصائص الحسية:

يعاني أطفال التوحد من مشكلات في واحدة أو أكثر من حواسهم سواء ظهرت في السمع أو البصر أو الشم أو التذوق أو اللمس فمن هذه الحواس ما يكون عالي الحساسية أو منخفض الحساسية وفيما يلي أهم الخصائص الحسية التي يعاني منها أطفال التوحد: .

- الاستجابة البصرية: قد يظهر بعض هؤلاء الأطفال تجنباً للتواصل البصري مع كل من حولهم من مثيرات سواء كانت أشخاصاً أو أشياء يمكن للطفل العادي أن يجذب إليها بسهولة، وكذلك يستجيبون بطريقة شاذة أو غريبة كالتحديق لوقت طويل في الفراغ، كما أن بعضهم يظهر حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة التي لا تعتبر ذات تأثير بالنسبة للفرد العادي. (قزاز، 2007، 21)

- الاستجابة للشم والتذوق: يقوم بعض أطفال التّوحد بالتعرف على البيئة من حولهم عن طريق شم ملابس أو أيدي الآخرين أو شم أنفسهم. كما يعانون من مشكلات في الطعام فنجدهم يصرون على طعام معين أو يأكلون الأشياء التي لا تؤكل، وتشير الدراسات إلى أن (70 %) من أطفال التوحد يوصفون بأنهم أكلة انتقائيون حيث يرى البعض أن ظهور مشكلات الطعام في مرحلة الطفولة المبكرة قد تكون إشارة أولية على ظهور التوحد. (Valerie، 2010،155)

- الاستجابة للمس: قد نرى لدى البعض حساسية جلدية كبيرة تجعله يبتعد عندما يحاول أحد الأشخاص لمسه أو معانقته، كما نجد أن البعض من أطفال التوحد يبدون أنهم لا يشعرون بالألم وربما لا يكون عندما يتعرضون لأذى بالغ، وقد يظهرون عدم الإحساس بالبرودة والحرارة وعدم الاستجابة لأي منها بالشكل المناسب. (غانم، 2013، 37)

- الاستجابة السمعية: إن الحساسية السمعية تجاه الصوت هي إحدى الاضطرابات المميزة للتوحد ومن مؤشرات السلوكية وضع اليد على الأذن للتخفيف من الصوت أو الضجيج والهرب بعيدا عن مصدر الصوت والبكاء الشديد والثورات العصبية المدمرة أو الشديدة، ويرجع الباحثون هذه السلوكيات إلى شعور الطفل بالألم تجاه هذه الأصوات، أو لأنها تثير في نفسه الرعب والخوف مما يدفعه إلى التصرف بالطريقة الاضطرابية التي نلاحظه عليها. (حمدان، 2001، 12)

إن الخصائص الحسية التي يتصف بها أطفال التوحد ناجمة عن خلل في التنظيم الحسي لأطفال التوحد، حيث يقوم دماغهم بترجمة المعلومات بطريقة أقوى أو أضعف مما هي عليه في الواقع.

6-6 خصائص أخرى:

لا يمكننا أن نعتمد على هذه الخصائص كدلائل تشخيصية تساعد على تشخيص التوحد فمن الممكن أن تظهر هذه الخصائص عند بعض أطفال التوحد ومن الممكن ألا تظهر على الإطلاق وفيما يلي أبرز هذه الخصائص:

- اضطراب في النوم: يعاني أغلب أطفال التوحد من مشكلات في النوم كعدم النوم المتواصل، ومقاومة وقت النوم والأرق، النوم أثناء النهار واليقظة أثناء الليل ومشكلات متعلقة في بداية النوم وهذه المشكلات تستمر طيلة حياة الإنسان ويستطيع التعايش معها (Adams et.al 2004)

- سلوكيات إيذاء الذات: تعد السلوكيات النمطية والمتكررة من السمات البارزة لأطفال التوحد وأحياناً قد تتطور هذه السلوكيات بطريقة يؤذون بها أنفسهم أو الآخرين المحيطين بهم، وتأخذ هذه السلوكيات العديد من الأشكال مثل الصراخ، ضرب الرأس بالحائط، ضرب يديه على وجهه وهذا السلوك يؤدي بالأهل والمربين إلى ضغوطات لا يستطيعون تحملها (Bishop et.al2007)

- نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية وخاصة ما يتعلق بالسلامة العامة كعبور الشارع والأماكن المرتفعة، وقد يشعرون بالذعر من الأشياء غير الخطرة (عبدالله ، 2004)

تعقيب: تعتبر الخصائص السابقة من أهم الصفات التي تميز أطفال التوحد، كما أنها تستخدم كمحكات لتشخيصهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى. ومن الملاحظ أن هذه الخصائص تختلف من طفل إلى آخر من حيث المظاهر ومن حيث الدرجة والشدة وهذا ما يحدث تعقيداً كبيراً أثناء عملية تشخيص هؤلاء الأطفال .

7/ تشخيص التوحد:

لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، لقلة عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل، لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة في النمو والتطور. يجب أن يتم تشخيص حالة الطفل من قبل فريق متكامل متكون من أخصائيين في تخصصات مختلفة، حيث يضم هذا الفريق:

* طبيب أعصاب . * طبيب نفسي. * طبيب أخصائي متخصص في النمو.

* أخصائي نفسي. * أخصائي علاج لغة وأمراض نطق.

* أخصائي علاج مهني. (عبد الطيف مهدي زمام ، 2008 ، 55) .

لقد ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM4 المعدل للاضطراب النفسية إلى أن أعراض التوحد تشمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، وان تظهر هذه العيوب قبل الثالثة من العمر، بشرط أن تتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر هي مجموع الأعراض التي وردت في المجموعات الثلاث، على أن يكون اثنان على الأقل من المجموعة الواحدة على الأقل من كل من المجموعتين ب وج بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق ببدء ظهور الأعراض.

1/عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل ويتمثل في:

- قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث .
- عدم البحث عن الراحة وقت التعب وعدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.
- غياب القدرة على التقليد .
- عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفردا.
- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق، وعدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

2/ قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي ويتمثل في:

- عدم القدرة على التواصل لغويا بالآخرين، ويظهر ذلك في الكلام غير المعبر، وترديد اللغة المنطوقة.
- عدم القدرة على التواصل غير اللفظي، ويظهر في نظرات العين، فقدان الابتسامة، وتعبيرات الوجه.
- قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لادوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم
- الاهتمام بالروايات الخيالية.

- شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء .

3 /محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل في :

- حركات للجسم نمطية مثل رفرفة اليدين، الدوران في حركات دائرية،ضرب الرأس.

- الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح،شم الأشياء بدلا من النظر إليها .

- استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغير في البيئة مثل تغيير وضع، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير .

- إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث ،المأكل ،الملبس ،اللعب،

الحركة،الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء .

- نقص ملحوظ في الاهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها اقرأه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف- أعمدة، مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.
(مصطفى نوري القمش، 2010، ص 108-109) .

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا إن يصعب تشخيص اضطراب التوحد لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها من طفل إلى آخر،كما قد يحدث خلط بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.

8/ أهم الأساليب العلاجية لاضطراب التوحد

تمهيد : يعد اضطراب التوحد من اشد وأصعب اضطرابات النمو لما له من تأثير على الفرد المصاب وأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه وذلك لما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو المختلفة لذلك يعد التدخل العلاجي والتأهيلي للتوحيدين أمراً في غاية الأهمية ينبغي أن تتكاتف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات .

وحتى يكون التدخل العلاجي فعالاً ويؤتي ثماره ينبغي أن يبدأ مبكراً لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض وعلى العكس من ذلك فإن التأخر في التدخل العلاجي يؤدي إلى تدهور أكثر وزيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التدخل العلاجي ولتأهيلي حيث تُشير الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعلية وأكثر تأثيراً في نمو الطفل التوحيدي .

مبادئ التدخل العلاجي :

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي

1. التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .
2. تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي .
3. مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
4. مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
5. مراعاة تنويع أساليب التعليم .
6. مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل .

أساليب التدخل العلاجي ولتأهيلي :

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة . ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص التوحيدين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

أولاً : أساليب التدخل النفسي .

ثانياً : أساليب التدخل السلوكي .

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي .

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات .

خامساً : أساليب العلاج بالحمية الغذائية .

أولاً : أساليب التدخل النفسي :

ليوكانر 1943 (Leo Kanner) وهو أول من أكتشف التوحد وحاول تفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم)

والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم , ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم .

ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة .

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين MelanyKlien وبرونوبتهيلم Betteelheim و مرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية ، إلا

أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص التوحديين ذوى الأداء الوظيفي المرتفع ، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض .

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة ثانيا : أساليب التدخل السلوكي :

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهى تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً . وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في :

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .

ب -يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية (التوحد) فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .

د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك .

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية :

1. برنامج لوفاس

2. برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل (تيتش)

3. التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training

4. برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)

5. العلاج بالحياة اليومية مدرسة هيجاش: Daily Life Therapy (DLT)

6. التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training (ALT)

7. العلاج بالتكامل الحسي: Sensory Integration Therapy (SIT)

8. التواصل الميسر : Facilitated Communication (FC)

9. العلاج بالمسك أو الاحتضان : Holding Therapy (HT)

10. العلاج بالتدريبات البدنية: Physical Exercise (PE)

11. التعليم الملطف: Gentle teaching (GT)

12. العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

برنامج لوفاس : LOVAAS Young Autistic Program (YAP)

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور إيفارلوفاس (Ivar Lovaas) الذي بدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك. ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين. ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي يبنى على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 5 سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40 % ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام .

ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناء على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على

التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضا من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة .

حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه. ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوبا فعالاً.

إما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية:

المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهجا يشمل أكثر من 500 هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب.

حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء محبب له (قطعة شكلاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة.

واهم المجالات التي يركز عليها لوفاس:

(الانتباه - التقليد - لغة الاستقبال - لغة التعبير - ما قبل الأكاديمي - الاعتماد على النفس)

ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالا من المجالات السابقة وتضاف لها أهدافا للمجالات الاجتماعية والأكاديمي والتحضير لدخول المدرسة.

2. برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل . تيتش . (TEACCH)

هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل ، وقد طوره الدكتور (إريك شوبلر) في عام 1972 م في جامعة نورث كارولينا ، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية. هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي و تناسب عالمه .

من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية - العقلية - العضلية - واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة .

إذن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني بعض هذه السلوكيات:

- التعلق بالروتين.

- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.

- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.

- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر .

- صعوبة في فهم الكلام.

- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.

- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضا عن اللغة الملفوظة.

وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:

- تكوين روتين محدد.

- تنظيم المساحات.

•الجدول اليومية.

•تنظيم العمل.

•التعليم البصري.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية.

ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

ثالثاً : أساليب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاج و حتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلي تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد ، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر .

ويركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى التوحديين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكلمن الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص التوحيدي أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الأطفال التوحيديين مثل العقاقير المنبهة أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير

المضادة للقلق Antianxiety Medication. والعقاقير المضادة

للتشنجات Anticpnavulsants

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات :

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات. فقد أجريت في فرنسا دراسة (Lelard et al 1982) وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب 6" ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15) طفل ضمن عينه قوامها (44) طفل توحدي.

وفي دراسات أخرى قام بها (Martieau et al 1988) قررت أن خلط فيتامين "ب 6" مع المغنسيوم ينتج عنه تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده .

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية:

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية .

وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والتوحد وقد أشارت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري .

والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد السكر، الطحين، القمح، الشيكولاتة، الدجاج، الطماطم، وبعض

الفواكه، ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألمونيوم .

وفى إحدى الدراسات قام بها 1994 Rimland لاحظ فيها أن نسبة 40-50 % من الآباء الذين شعورا أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم .

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم .

وأخيرا حتى يكون التدخل العلاجي فعالاً ويؤتى ثماره ينبغي أن يبدأ مبكراً لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعليه للشفاء المستهدف أو تخفيف شدة الأعراض وعلى العكس من ذلك فإن التأخر في التدخل العلاجي يؤدي إلى تدهور أكثر وزيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيرا من فاعلية برامج التدخل العلاجي والتأهيلي حيث تُشير الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعليه وأكثر تأثيراً في نمو الطفل التوحيدي.

خلاصة الفصل:

يتضح مما جاء في هذا الفصل أن التوحد اضطراب يؤثر في معظم الجوانب المتعلقة بالنمو الطبيعي للطفل، حيث يؤثر في النمو اللغوي والتواصل، وأيضا السلوكي والاجتماعي والمعرفي وفي بعض الأحيان النمو الصحي أيضا، وتظهر هذه الأعراض خلال 3 السنوات الأولى من عمر الطفل، ويتضح لنا أيضا من خلال ما سبق ذكره انه لا يوجد علاج ثابت للشفاء من هذا الاضطراب وذلك يعود إلى عدم تحديد السبب الرئيسي له إلى حد الآن، ولكن هناك برامج علاجية وتدريبية وتأهيلية تسعى للتخفيف من حد هذا الاضطراب ومحاولة جعل الطفل المصاب بالتوحد يتمتع بحياة طبيعية إلى أقصى حد ممكن وهذا يتأتى بفضل خدمات التدخل المبكر .

الفصل الثالث : خدمات التدخل المبكر

تمهيد

1/ نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره

2/ مفهوم التدخل المبكر

3/ أهداف التدخل المبكر

4/ خدمات التدخل المبكر

5/ دور الأسر في برامج التدخل المبكر للأطفال التوحد

6/ أهمية التدخل المبكر

خلاصة الفصل

تمهيد : يعتبر التدخل المبكر هو تلك العملية المتصلة بتقديم خدمات التدخل المبكر للإباء و أولادهم عندما يكون لديهم اضطراب ما يؤثر فيهم وعلى حياتهم وسلوكياتهم لتعديلها أو الكف عنها، وتعلم سلوكيات مرغوبة. ففي هذا الفصل سنتعرف على هاتة الخدمات في جميع جوانبها الوقائية والنمائية والعلاجية .

1/ نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره

وقد أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات الأخيرة الاهتمام المتزايد ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي الإعاقة من خلال الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة وتطوير أدوات القياس الملائمة للمراحل العمرية المختلفة .

و تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل رئيسية:

- المرحلة الأولى: كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع ذوي الاحتياجات الخاصة بالخدمات العلاجية والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.
- المرحلة الثانية: أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين كمعلمين لأطفالهم

- المرحلة الثالثة: أصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثر على نمو الطفل ،حيث أصبح دعم الأسرة وإرشادها الهدف الأكثر أهمية (الخطيب،الحديدي، 2005). <http://dr-banderlotaibi.com> /

2- مفهوم التدخل المبكر :

هناك مجموعة من التعريفات للتدخل المبكر تناولها الباحثون ومن بين هذه التعريفات :

- 1/ كما عرفه كل من هالاهانوكوفمان بأنه العمل على التعرف مبكرا على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة عند الطفل ما أمكن ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له ، والخدمات المناسبة لحالته للعمل على زيادة كفاءته وقدرته والتقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات والإعاقة إضافة للخدمات المقدمة لأسرته لزيادة كفاءتها (يحيى ، 2006).

2/ كما يشير مصطلح التدخل المبكر إلى إجراءات منظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الإعاقة ،وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم.

(هويدي ، 1997)

3/ وعرفه كل من هاردانوإجن بأنه "مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

4/ عرف بأنه تصميم وتنفيذ برامج تربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكرة وبرامج تدريبية وإرشادية لأسر الأطفال وخدمات مساندة عديدة كالتدريب واستثمار القدرات المتبقية.....الخ (الخطيب، 2001).

5/ وعرف بأنه الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين وإنما يشمل أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي"(السرطاوي ، 1997)

6/ كما أشار الزريقات (2009) إلى تعريف هيورد والذي يشير إلى انه جهود موجهة على مستوى المنزل والصف وتقدم خدمات تعويضية أو وقائية للأطفال المعرضين إلى خطر مشكلات التعليم والمشكلات السلوكية في حياتهم خصوصا خلال سنوات المدرسة الأساسية ،وخدمات علاجية للمشكلات والعيوب النمائية القائمة أو الحاضرة اذ يجب أن يقدم التدخل المبكر خدمات التقييم والخدمات المتخصصة لخفض أو إزالة آثار الإعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من المشكلات الأخرى .

7/ ويعرف بأنه برامج العلاج والوقاية التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة في سن مبكرة جدا وتلعب الأسرة فيها دورا بارزا . (السليطي، 2003)

8/ والتدخل المبكر هو تلك العملية المتصلة من الإجراءات التي تعمل على الوقاية من الإعاقة أو تأهيلها أو التخفيف من آثارها وانطلاقاً من هذا المفهوم نستطيع أن نقسم برنامج التدخل المبكر إلى قسمين رئيسيين هما:

* التدخل من أجل الوقاية

* التدخل من أجل التأهيل التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة

3/ أهداف التدخل المبكر للطفل التوحدي:

إنه في السنوات الأولى من عمر الطفل تكون بعض المراكز العصبية والحسية في الجهاز العصبي لا تزال في طور التشكل، ما يجعل من السهل تعديلها وتطويرها . كذلك فإن عدم الكشف عن المشكلة في مرحلة مبكرة . يؤثر سلباً في مظاهر النمو الأخرى لدى الطفل، فعدم معالجة أنماط السلوك الحركي الشاذ لدى الطفل التوحدي، يؤثر سلباً في مظاهر النمو الحركي والمعرفي لديه .

تلعب الخبرة المبكرة لدى الأهل دوراً مهماً ، من خلال إتباعهم منذ سنوات الأولى ، من عمر الطفل، الأساليب العلمية التربوية السليمة للتعامل مع طفلهم ، وبالتالي التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، وذلك لما يتصف به الطفل في هذا العمر ، من المرونة والقابلية للتغيير، إضافة إلى تقليل الضغط والقلق، الناتجين عن عدم معرفتهم الطرق والأساليب المناسبة للتعامل مع طفلهم.

هناك دور كبير ومهم، تلعبه الخبرة المبكرة في حياة الطفل، تلك الخبرة التي يكتسبها الطفل من والديه ومن بيئته المحيطة به، فتأخر الأهل في الكشف عن مشكلة ما ، يعاني منها الطفل، يؤدي إلى التأخر في تقديم الخدمات المناسبة له، فالطفل التوحدي مثلاً، الذي يعاني من ضعف شديد في اللغة، إذا لم تتوفر له الخدمات العلاجية المناسبة في مراحل مبكرة من عمره، أدى به ذلك إلى التأخير في النمو اللغوي .

وكمحصلة نهائية، فقد أثبتت الدراسات المتعددة، أن التدخل المبكر يقوم بتسهيل تطوير نمو الطفل، إضافة إلى تقديم الدعم والمساعدة للأهل ، وإيصال الأهل والطفل التوحدي إلى أقصى حد ممكن، من الاستفادة والمساعدة لمجتمعهم .

تقوم المراكز المتخصصة بعلاج مرض التوحد، بزيادة وعي المجتمع بحاجات الأشخاص . الذين يعانون من التوحد وأسرههم ومن يعتني بهم، كما تعمل على زيادة وعي وكفاءة المتعاملين مع الأشخاص، الذين يعانون من التوحد وأسرههم ومن يعتني بهم أيضاً، وتوفير الخدمات التربوية والنفسية والتأهيلية، والرعاية السليمة والدعم للأشخاص الذين يعانون من التوحد وأسرههم .

إن البدء في سن مبكرة، يتيح فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر . كما أن التدخل المبكر مهم لمنع التأخر ولتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته.

وأخيراً فلا بد من الإشارة إلى أن نمو وتعلم الطفل يكونان سريعين وفعالين في سنوات ما قبل المدرسة . لذا ، فإن التدخل المبكر في تلك السنوات مهماً وحرصاً

4/ خدمات التدخل المبكر

ترى مرزا هنية (2013) أن برامج التدخل المبكر في عالمنا العربي تتميز بالشمولية والمرونة المطلقة، وتشجع على الاستفادة من أسسه النظرية ومفاهيمه الوقائية في معالجة سائر القضايا، سواء الاجتماعية أو الصحية أو الأسرية أو التربوية أو الأكاديمية وقد أشار قانون (Individual With Disabilities Education Act, IDEA) إلى أنه يتم البدء في خدمات التدخل المبكر عن طريق تقديم الخدمات لأطفال وأسرههم منذ لحظة الولادة أو لحظة اكتشاف الإعاقة وحتى سن السادسة من العمر تقريباً، والتي يمكن أن تقدم ضمن أي نمط من أنماط تقديم الخدمات، حيث أوضحت من ناحية أنه يعاني حوالي 10% من الأطفال من تأخر نمائي أو إعاقة ما ، ومن ناحية أخرى، تؤكد المنظمات الدولية والاقليمية المتخصصة أن حوالي 50% من اضطرابات النمو، والإعاقة قابلة للوقاية بإجراءات بسيطة وغير مكلفة نسبياً، وقد سنت القوانين حث طالب قانون تعلم الأفراد ذوي الإعاقة بخدمات التدخل المبكر وضرورة توفرها للأطفال. (IDEA (2011 ,

وقد ذكر كل من (الخطيب والحديدي، 2016) أنه يمكن بوجه عام الحديث عن النماذج الرئيسية في التدخل المبكر:

*التدخل المبكر في المراكز • التدخل المبكر في المنزل • التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل • التدخل المبكر من خلال تقديم استشارات • التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام .

. ويرى كل من (Feinber, E, Silverstein, M Donahue, S. & Bliss, 2011) أن تقدم خدمات التدخل المبكر تكون لثلاث فترات عمرية :

أ) (الفترة الأولى:) منذ عمر الوالدة إلى نهاية السنة الثانية وتقدم لهم الخدمة المنزلة وذلك عن طريق زيارة الأخصائية للطفل مرتين أسبوعاً وتم من خلالها تقييم الطفل في بيئته وتكون علاقة عمل مشتركة مع والدته وتدريبها على كيفية التعامل معه والمشاركة في تدريبه على المهارات المختلف.

ب) (الفترة الثانية:) من بداية السنة الثالثة إلى السنة الرابعة (وفي هذه المرحلة يتم تدريب الطفل في المركز والمنزل معا لكي تحدد الحاجات الخاصة به، ولتقديم برنامج علاجي وتربوي مناسب له وليبئته المنزلية ولتهيئته للانتقال لمرحلة الدمج في رياض الأطفال أو مراكز الرعاية النهارية.

ج) (الفترة الثالثة:) من بداية السنة الخامسة إلى التاسعة وهنا يقوم المركز بمتابعة الطفل والإشراف الكامل على الخطة العلاجية والتربوية له، وتزويد الأهل بالتقارير الخاصة بالطفل والمتعلقة بمدى التطور الحاصل بالإضافة للتدريبات المناسبة له لثم تطبيقها في المنزل.

و خدمات التدخل المبكر تبدأ من من عمر الميلاد وحتى 6 سنوات في المجالات الصحية، والتعليمية، والتربوية، والاجتماعية. فهناك العديد من المبادرات والبرامج الرائدة في هذا المجال والتي تتضمن:

1- خدمات الرعاية الصحية للأمومة والطفولة عن طريق زيادة عدد المراكز الصحية التي تساهم في تقديم المتابعة الطبية للام

2- برنامج الفحص المبكر قبل الزواج للكشف عن الأمراض التي تتسبب في إنجاب مولود من ذوي الاحتياجات الخاصة .

3- التوسيع الكمي في استحداث الروضات الحكومية والمطبقة لبرامج التدخل المبكر .

-تدريب المعلمين والمعلمات على الكشف المبكر نظرا لوجود أطفال مستحقين لخدمات التربية الخاصة

وقد أشار (الحسان، 2014؛ الكيلاني، 2012؛ يحيى 2006) إلى تطور المناهج في برامج التدخل المبكر مستندا إلى جداول النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة. وتشتمل تلك الجداول على أمور منها :

مهارات العناية الذاتية :وتشمل تعليم الأطفال مهارات الاعتناء بأنفسهم•من تعليمهم مهارات مثل ارتداء الملابس، وتناول الطعام، والنظافة الشخصية.

المهارات الاجتماعية: وهي النشاطات التي تساعد الأطفال على تطوير•المهارات الاجتماعية، والتي تشمل تعلم التفاعلات الاجتماعية وتكون العلاقات مع الآخرين. المهارات التواصلية: وتشتمل على النشاطات التي تساعد في تطوير•المهارات التواصلية للطفل سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية .

المهارات الحركية: وتشتمل النشاطات التي تساعد في تطوير المهارات•الحركية الدقيقة والكبرى للطفل

المهارات الإدراكية: وتشتمل المهارات التي تساعد الطفل على تطوير المهارات العقلية لديه مثل التمييز، المطابقة التصنيف ، والمهارات ما قبل الاكاديمية.

5/ دور الأسرة في التدخل المبكر:

إن من الأدوار التي على الأسر القيام بها الكشف المبكر عن الأطفال الذين يظهرون أنماطاً نمائية غير طبيعية بغية تزويدهم بالخدمات الطبية والنفسية – التربوية في أسرع وقت ممكن. وفي حالة اضطرابات النمو فقد يكون الطفل معوقاً وقد لا يكون ذلك أن انحراف النمو عما يعتبر عادياً لا يعني بالضرورة حالة إعاقة حيث أن الإعاقة انحراف ملحوظ يتم تحديده وفقاً لمعايير موضوعية فهي ليست كل انحراف. ومهما يكن الأمر فإن هؤلاء الأطفال بحاجة

للتعرف عليهم مبكرًا للحد من التأثيرات المحتملة لوضعهم النمائي. فإذا كان ما يعانون منه ليس إعاقة فالهدف هو منع المزيد من التدهور في الأداء والوقاية من المشكلات الإضافية. ويستطيع الآباء أن يلعبوا دورا فاعلا في الكشف المبكر بالرغم من أن ذلك ليس بالأمر السهل خاصة إذا كانت الإعاقة غير شديدة أو غير ظاهرة وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد الإطلاع على الخصائص النمائية للأطفال في المجالات المختلفة (الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والانفعالية). فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية ما يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئناً أم لا وبالتالي إذا كانت هناك حاجة إلى إحالته إلى الأخصائيين لإجراء الفحوصات وتطبيق الاختبارات لمعرفة هل لديه إعاقة أم لا. و يستطيع أولياء الأمور اكتساب تلك المعرفة بالرجوع إلى مراجع الطفولة ومراجع علم نفس (الحديدي والخطيب 1996: 28-31) .

6/ أهمية التدخل المبكر :

تتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل .

ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوثر هامر) التي أجريت على الأطفال المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرامج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم ، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم ، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة ، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي .

- ضرورة إيلاء السنوات الأولى من العمر الطفل كل اهتمامنا . فالدراسات التي قام الباحثين بينت أن السنتين الأولى والثانية أهم بكثير مما كنا نعتقد في الماضي . فبالأنشطة الحياتية اليومية البسيطة التي يقومون بها ، يشكل الأطفال اليافعين الأسس لكل نموهم المستقبلي (White' 1975)

لقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال ، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر . (Hayden , 1997) .

إن النمو المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة . (Evans & Myers , 1994)

- إن برامج الطفولة المبكرة التي تقوم على فهم مبادئ النمو الإنساني ضماناً للنمو المستقبلي للمجتمع بأسره . (o- . (Hohmann , 1991) إن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر . (Hayden , 1997) .

وقد حرصت التشريعات على ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية (الخطيب، 52، 51:1997)

وفي الواقع فإن التدخل المبكر أصبح يحظى في السنوات الأخيرة باهتمام لم يسبق له مثيل ، فبرامج التدخل المبكر المنفذة في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر ، والإعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان المعوق بوجه خاص ، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة ، كلها أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر .

خلاصة الفصل

وهكذا فإن التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة ، ولكنه يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر ، والخدمات المساندة (العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي) والإرشاد والدعم والتدريب الأسري ، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية ، والتوعية الأسرية والجماهيرية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية وقد أصبحت المجتمعات الإنسانية تدرك أكثر من أي وقت مضى أهمية التدخل المبكر

الجانِب المِيداني

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1/ الدراسة الاستطلاعية

2/ منهج الدراسة

3/ مجتمع وعينة الدراسة الأساسية

4. الحدود الزمانية والمكانية

5/ أداة الدراسة

6/ الخصائص السيكمترية لأداة الدراسة

7/ أساليب المعالجة الإحصائية

تمهيد : يتضمن هذا الفصل المنهج المناسب للدراسة، و الدراسة الاستطلاعية، ووصف لعينتها، ووصف أداة جمع البيانات، والخصائص السيكومترية لها، وكذا تطبيق الدراسة الأساسية وإجراءات تطبيقها، والاستبيان في صورته النهائية، والأساليب والإحصائية المستخدمة في الدراسة

1/ الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي يقوم بها الباحث والتي عادة ما يكون الهدف منها مسح الميدان، فتمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

التعرف على ميدان الدراسة ومعرفة العراقيل التي يمكن أن تواجه الباحث
فحص أهم الخصائص السيكومترية لكل بعد من أبعاد الاستبانة المتمثلة في خمسة أبعاد
حيث كان البعد الأول خدمات التدخل المبكر في الجانب الوقائي قبل الزواج كان البعد الثاني خدمات التدخل المبكر في الجانب الوقائي أثناء فترة الحمل والبعد الثالث خدمات التدخل المبكر في الجانب الوقائي أثناء الولادة وبعدها وكان البعد الرابع خدمات التدخل المبكر في الجانب النمائي وكان البعد الخامس خدمات التدخل المبكر في الجانب العلاجي حتى يتسنى لنا القيام بالدراسة الأساسية من خلال أدوات يتوفر بها القدر المطلوب من الصدق والثبات

-التأكد من صحة صياغة الفروض ودقتها قبل البدء في الدراسة الأساسية
وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 30 ولي طفل توحد مستفيد من برنامج التدخل المبكر بالرياض الخاصة بمدينة الوادي والأطفال المدمجون بالمدرسة العادية وتم اختيارهم بطريقة قصدية.

2/منهج الدراسة :

تم الاعتماد في الدراسة الحالية، على المنهج الوصفي الاستكشافي، الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، ويعبر عنها بتعبير كمي أو كيفي - .كما يعد هذا المنهج، الطريقة التي يسعى من خلالها الباحث إلى جمع البيانات والحقائق حول الظواهر الاجتماعية بصفة كيفية. (جمال معتوق، 2013، ص100)

في الدراسة الحالية تم وصف خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أطفال التوحد

3/ مجتمع وعينة الدراسة الأساسية :

وهم الأولياء الذين لديهم أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة قد تم تشخيصهم بان لديهم اضطراب التوحد ويستفيدون من برنامج التدخل بالرياض الخاصة أو مدمجين في المدارس الابتدائية العادية المتواجدين بمدينتي قمار والوادي.و البيضاء ، بحيث بلغ العدد الإجمالي لأفراد الدراسة 100 ولي طفل توحد أما عينة الدراسة فتم اختيارها بطريقة قصدية حيث يتم اللجوء إلى هذه الطريقة عندما لا نستطيع اختيار العناصر بطريقة عشوائية .

4. الحدود المكانية والزمانية:

الحدود المكانية: تمت هاته الدراسة للعينة المكونة من (100) ولي طفل مصاب بالتوحد وهم موزعون حسب مراكز الدراسة كما في الجدول التالي
عنوان الجدول رقم (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة

اسم المركز	العدد	النسبة المئوية
المدرسة الابتدائية ميهي بلحاج الوادي	8	%08
روضة تاج بقمار	40	%40
روضة أحباب الله بالوادي	20	%20
روضة براعم الخير بالوادي	15	%15
روضة المن والسلوى بالبيضاة	10	%10
روضة طاطا لندة بالبيضاة	7	%07
المجموع	100	%100

قراءة للجدول رقم (1): يوضح هذا الجدول توزيع عدد أفراد العينة حسب كل مركز وما يوافقه من نسبة مئوية وكذا مكان تواجد هذا المركز.

الحدود الزمانية: تمت هاته الدراسة خلال الأشهر مارس وافريل وماي لسنة 2019

5/ أداة الدراسة :

تمثلت أداة الدراسة في استبانة خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أطفال التوحد و تم إعداد أداة الاستبانة من طرف الباحث وهي موجهة لأولياء أطفال التوحد ، وتتكون هذه الأداة من 57 فقرة أو بند في صورتها النهائية. حيث تم تطبيقها على عينة أساسية تقدر بـ 100 ولي طفل التوحد ، ويتم تصحيح الأداة بوضع العلامة (X) بجانب البديل الذي يتفق معه ما يقدم حقيقة من خدمات التدخل المبكر. وباستخدام مقياس خماسي الأبعاد يتم تقييم مقدار الخدمات المقدمة على عبارات الاستبانة وتعطى الدرجات (1,2,3,4,5) للبدائل موافق بشدة ، موافق محايد ، معارض ، معارض بشدة على الترتيب إذا كان البند ايجابي تكون التصحيح (5) موافق بشدة و (4) موافق و (3) محايد و (2) معارض و (1) معارض بشدة.

وإذا كان البند سلبي تكون التصحيح (5) معارض بشدة و (4) معارض و (3) محايد و (2) موافق و (1) موافق بشدة.

وتم إعداد أداة المقياس وذلك وفق خطوات هي :

- بالرجوع إلى التراث النظري كما تم الاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة بموضوع الدراسة. ومن ثمة تم صياغة فقرات الاستبانة من قبل الباحث بصورته النهائية حيث تتكون الاستبانة من 57 بنداً ممثلة في خدمات التدخل المبكر كما يدركها أولياء أطفال التوحد من جوانبها الخمسة

أولاً : الوقائية قبل الزواج

ثانياً : أثناء فترة الحمل

ثالثاً : أثناء الولادة وبعدها.

رابعاً : خدمات التدخل المبكر في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد

خامساً : خدمات التدخل المبكر العلاجي للتوحد .

6/ الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

6-1/ صدق أداة الدراسة :

6-1-1 صدق التمييز (المقارنة الطرفية) :

اعتمد الباحث في قياس الصدق التمييزي لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد على طريقة المقارنة الطرفية بعد تقرير بيانات العينة الاستطلاعية ، تم جمع درجاتهم الكلية وترتيبها ترتيباً تنازلياً ، ثم تقسيم العينة لفئتين فئة عليا وفئة دنيا بنسبة % 27 في كل مجموعة تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS₂₅) لحساب قيمة T لعينتين مستقلتين ، حصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي رقم (2) :يوضح حساب قيمة ت لعينتين مستقلتين

عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة التجانس f	مستوى دلالة f	قيمة t	درجة حرية T	مستوى دلالة ل T
8 عليا	269.5	10.41	0.58	غير دالة	9.83	14	دالة عند 0.01
8 دنيا	222	8.86					

من خلال الجدول رقم (2) ، نجد أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا يساوي 269.5 وانحرافها المعياري يساوي 10.41 ، وأن المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا يساوي 222 وانحرافها المعياري يساوي 8.86 في حين نجد قيمة اختبار التجانس F تساوي 0.58 وهي غير دالة إحصائياً ، مما يدل على أن المجموعة العليا والمجموعة الدنيا متجانستين ، وعليه نجد أن قيمة T تساوي 9.83 وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 وعند درجة حرية 14 ، بناء على ذلك نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العليا والدنيا ، وعليه فاستبيان خدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد يمكننا من التمييز بين المجموعتين ، وبذلك يمكن القول بأنه يتمتع بالصدق التمييزي

6-1-2 صدق المحتوى (الاتساق الداخلي) :

قام الباحث بحساب صدق المحتوى استبيان خدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد بطريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل ارتباط كل بعد من الأبعاد الخمسة للاستبيان

عن الدرجة الكلية للاستبيان تم استعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS₂₅) لحساب قيمة r لكل بعد ، فتحصل على النتائج المدونة في الجدول رقم (3) عنوان الجدول رقم(3): يوضح معامل الارتباط كل بعد والدرجة الكلية للاستبيان

البعد	عدد أفراد العينة	قيمة معامل الارتباط r	مستوى الدلالة
الوقاية من التوحد قبل الزواج	30	0.74	دالة إحصائية عند 0.01
الوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل	30	0.83	دالة إحصائية عند 0.01
الوقاية من التوحد أثناء الولادة	30	0.82	دالة إحصائية عند 0.01
النمو ما بعد الولادة	30	0.74	دالة إحصائية عند 0.01
التدخل المبكر العلاجي	30	0.86	دالة إحصائية عند 0.01

من خلال الجدول رقم (3) نجد أن قيمة معامل الارتباط r للأبعاد الخمسة لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد تتراوح بين 0.74 و 0.86 وهي دال إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 ، مما يؤكد على أن محتوى الاستبيان متسق من خلال ارتباط جميع الأبعاد مع بعضها الكلي ، وعليه يمكن القول بأن استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد يتمتع بدرجة عالية من الصدق من حيث المحتوى أو المضمون .

. 6-2 ثبات أداة الدراسة:

6-2-1 التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) :

قام الباحث بحساب ثبات استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة التناسق الداخلي للبنود (ألفا كرونباخ) بواسطة نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)

(SPSS₂₅) ، النتائج مدونة في الجدول رقم (4)

عنوان الجدول (4): يوضح معامل ارتباط الفا

البعد	عدد البنود	قيمة معامل ألفا كرونباخ	مستوى الدلالة
الوقاية من التوحد قبل الزواج	6	0.74	دال
الوقاية من التوحد أثناء الحمل	14	0.79	دال
الوقاية من التوحد أثناء الولادة	7	0.71	دال
النمو ما بعد الولادة	10	0.82	دال
التدخل المبكر العلاجي	20	0.89	دال
المجموع	57	0.9	دال

من خلال الجدول رقم (4) نجد أن قيمة ألفا كرونباخ لأبعاد الاستبيان تتراوح بين 0.71 و 0.89 وهي دالة ، وما يؤكد ذلك نجد أن قيمة الدرجة درجة الكلية للتناسق الداخلي بين البنود تساوي 0.9 ، وبذلك يمكن القول بأن استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2-2-6 التجزئة النصفية : قام الباحث بحساب معامل الثبات لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة التجزئة النصفية ، حيث تم تقسيم بنود الاستبيان إلى نصفين متكافئين (زوجي/ فردي) ، ثم حساب معامل الارتباط بيرسون بين النصفين باستعمال نظام الحزمة الإحصائية (SPSS₂₅) ، النتائج مدونة بالجدول التالي رقم (5):

عنوان الجدول (5) : حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

المؤشرات الإحصائية	قيمة r المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
قبل التعديل بيرسون	0.91	28	دالة عند 0.01
بعد التعديل سبرمان براون	0.95		

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن قيمة r المحسوبة قبل التعديل بيرسون تساوي 0.91 ، وفي الحقيقة قيمة r المعبر عنها تعبر عن قيمة معامل الارتباط بين نصفي الاستبيان توجب تصحيح معادلة الطول فتحصلنا على قيمة r الحقيقية بعد التعديل سبرمان تساوي

0.95 وهي دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) ، وعليه يمكن القول بأن استبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

7/ أساليب المعالجة الإحصائية :

بعد تفريغ المعطيات والبيانات تمت معالجتها إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية عن طريق التقنيات الإحصائية التالية:

" - معامل الارتباط "لسبيرمان براون" و قيمة معامل الارتباط r قيمة معامل ألفا كرونباخ والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك لحساب الخصائص السيكومترية أداة قياس المتمثلة في استبانة خدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد - .النسب المئوية لمعرفة خصائص العينة .

بالنسبة للفرضيات فقد استخدمت المعالجة الإحصائية عن طريق حساب التكرارات والنسب المئوية وقد اعتمدت في هاته الدراسة محك وهو : لتحديد طول الخلايا في مقياس ليكرت الخماسي من خلال: حساب المدى بين درجات المقياس $(4=5-1)$ ثم تقسيمه على أكبر قيمة في المقياس للحصول على طول الخلية أي $(4/5 = 0.80)$. بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (بداية المقياس وهي واحد صحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما هو موضح في جدول رقم (6)

عنوان الجدول رقم (6) : يوضح المحك المعتمد في الدراسة.

طول الخلية	الوزن النسبي المقابل له	درجة الموافقة
من 1 - 1.80	من 20% - 36%	غير موافق بشدة
أكبر من 1.80 - 60.2	أكبر من 36% - 52%	غير موافق
أكبر من 2.60 - 40.3	أكبر من 52% - 68%	محايد

أكبر من 3.40 – 20.4	أكبر من 68% – 84%	موافق
أكبر من 4.20 – 5	أكبر من 84% – 100%	موافق بشدة

تعليق على الجدول : يمثل هذا الجدول طول خلية وما يقابلها من وزن نسبي الذي نحدده بواسطته الاتجاه المناسب لكل بند موافق او موافق بشدة أو محايد أو معارض أو معارض بشدة .

خلاصة الفصل : تم التعرض في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم في الدراسة والدراسة الاستطلاعية كما تم التطرق لوصف أداة الدراسة وخصائصها السيكمترية، بعدها تعرضنا إلى وصف حجم ونوع وخصائص عينة الدراسة الأساسية، وإجراءات الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس :نتائج الدراسة

1/ عرض نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات

2/ تفسير نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات

3/ مناقشة نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات

4/ الاستنتاج العام والاقتراحات

تمهيد: يتم في هذا الفصل عرض وتحليل النتائج التي توصلت لها الدراسة من خلال أدوات جمع البيانات المستخدمة، وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به، ومن ثم التعليق عليها. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة ، وكذلك يتناول هذا الفصل مناقشة وتفسير نتائج الدراسة على ضوء الفروض وبناءا على الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة .

1/ عرض نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضيات

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر الوقائية قبل الزواج وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد قبل الزواج حيث يحتوي هذا البعد على ستة بنود كما هو موضح في الجدول رقم (7) التالي:

عنوان الجدول رقم (7) : نتائج الفرضية الأولى

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معار ض	معار ض بشدة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي	الاتجاه
01	ضرورة الكشف عن الأمراض الوراثية	52	36	7	3	2	4.330 0	87	موافق بشدة
02	أهمية تقديم خدمات الإرشاد الجيني للمقبلين عن الزواج	14	45	24	15	2	3.540 0	71	موافق

03	ضرورة إجراء الفحوصات الطبية للعائلة	31	56	8	4	1	4.120 0	82	موافق
04	اهمية الكشف عن الأمراض الجنسية للأفراد المقبلين عن الزواج	22	55	15	6	2	3.890 0	78	موافق
05	الكشف عن الأمراض المزمنة لأفراد المقبلين على الزواج	34	49	7	7	3	4.040 0	81	موافق
06	ضرورة معرفة توافق العامل الريزسي RH قبل الزواج	35	52	10	3	00	4.190 0	84	موافق
المجموع							4.01	80	موافق

يمثل هذا الجدول توزيع نتائج الفرضية الاولى: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد قبل الزواج ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع ستة بنود وهي وللإجابة عليه حدد لها خمس بدائل تم حساب الوسيط الحسابي والوزن النسبي لكل بديل مما ينتج عنه الاتجاه المناسب له وقد وصل مجموع الوسيط الحسابي للبنود 4.01 وما يوافقه من وزن نسبي 80 الذي يمثل درجة الاتجاه العام موافق

1 وجود خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد قبل الزواج. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد قبل الزواج ا حيث يحتوي هذا البعد على ستة بنود كما هو موضح في الجدول رقم 8 على التوالي: فنلاحظ من خلال النتائج الموضحة أن اتجاه البنود مرتفع (موافق - موافق بشدة) وهذا ما ينم ويجعلنا نطلع ان هناك إدراك ووعي لخدمات التدخل المبكر وبهذا نقول أن خدمات التدخل المبكر الوقائية قبل الزواج موجودة . أي قبول الفرضية .

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع أربعة عشرة بند وهي موضحة في الجدول رقم(8):
عنوان الجدول رقم (8) : نتائج الفرضية الثانية

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي %	الاتجاه
07	- ضرورة تقديم حصص في شكل تمارين علاجية لتسهيل عملية الولادة	30	52	16	2	00	4.1000	82	موافق
08	ضرورة تقديم حصص عن الغذاء المناسب للمرأة الحامل	36	53	7	4	00	4.2100	84	موافق
09	ليس ضرورة إجراء الفحوصات الطبية	35	52	16	2	00	4.0500	81	موافق

								الدقيقة والمتابعة الجيدة أثناء فترة الحمل	
موافق بشدة	87	4.3400	00	3	5	47	45	ضرورة الكشف عن الأمراض المعدية عند المرأة الحامل وعلاجها	10
موافق	81	4.0600	3	5	7	53	32	ليس من الضروري تقديم خدمة فحص فصيلة الدم أثناء فترة الحمل	11
موافق بشدة	88	4.3800	00	1	3	53	43	ضرورة تجنب التعب والإرهاق للمرأة الحامل	12
موافق	83	4.1700	3	3	1	60	33	ليس ضروري قياس الضغط الدموي للمرأة الحامل	13
موافق بشدة	86	4.2900	1	6	00	49	44	ليس ضروري علاج فقر الدم عند المرأة الحامل	14
موافق بشدة	90	4.4900	2	2	3	31	62	ضرورة علاج نقص الكالسيوم وعلاج نقص الفيتامينات عند المرأة الحامل	15
موافق بشدة	91	4.5500	2	2	3	25	68	من الضروري تجنب تناول الأدوية أثناء فترة الحمل دون إستشارة طبية .	16

17	ليس من الضروري تجنب تناول القهوة والشاي أثناء فترة الحمل	5	28	42	17	8	3.0500	61	محايد
18	ضرورة تجنب التدخين والتدخين السلبي	73	21	3	1	2	4.6200	92	موافق بشدة
19	ليس من الضروري تجنب القلق والضغط النفسي عند المرأة الحامل	48	35	4	6	7	4.1100	82	موافق
20	ضرورة تجنب التعرض للإشعاع عند المرأة الحامل	51	35	5	4	5	4.2300	85	موافق بشدة
المجموع							4.18	84	موافق

يمثل هذا الجدول توزيع نتائج الفرضية الثانية: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع أربعة عشرة بند وهي وللإجابة عليه حدد لها خمس بدائل تم حساب الوسيط الحسابي والوزن النسبي لكل بديل مما ينتج عنه الاتجاه المناسب له وقد وصل مجموع الوسيط الحسابي للبند 4.18 وما يوافقه من وزن نسبي 84 الذي يمثل درجة الاتجاه العام موافق .

- وجود خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل وللتحقق من صحة هذه تم وضع أربعة عشرة بند وهي: وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد التدخل المبكر بالشكل التام في المجال الوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل يحتوي هذا البعد على أربعة عشرة بند كما هو

موضح في الجدول رقم (8) على التوالي: فنلاحظ من خلال النتائج الموضحة أن اتجاه البنود مرتفع (موافق - موافق بشدة) وهذا ما ينم ويجعلنا نطلع أن هناك إدراك ووعي لخدمات التدخل المبكر وبهذا نقول أن خدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء فترة الحمل موجودة غير انه نجد في بند ليس من الضروري تجنب تناول القهوة والشاي أثناء فترة الحمل الاتجاه محايد وهذا ا راجع لعدة عوامل منها ماهر متعلق بنظرة الأولياء لتناول القهوة والشاي بأنه لا علاقة له بموضوع الإعاقة ومنها ما تعلق باقتناع الأولياء بان تناول القهوة والشاي أمر ضروري ولا يستطيع الاستغناء أو الانقطاع عليه مهما كلف ذلك. وبهذا نقول أن خدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء الحمل موجودة أي قبول الفرضية .

1-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال

التوحد خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد أثناء الولادة وبعدها. وللتحقق من هذه وضع 7 بنود وهي موضحة في الجدول رقم (9): عنوان الجدول رقم (9) : نتائج الفرضية الثالثة

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي %	الاتجاه
21	ليس ضروري توفر أماكن ومستشفيات خاصة بالتوليد والنساء	63	27	3	5	2	4.4400	89	موافق بشدة
22	ليس ضروري تتوفر المستشفيات على مصالح خاصة تقدم الرعاية لام ومولودها بعد الولادة مبكرة	65	26	3	5	1	4.4900	90	موافق بشدة
23	ضرورة وجود مصالح	67	28	1	1	2	4.5900	92	موافق

بشدة								مختصة تدعى مصلحة الأمومة والطفولة تقديم اللقاحات للمولود والأم للوقاية من بعض الأمراض المتنتلة	
موافق	82	4.0800	4	7	9	37	43	24 - ضرورة أن تكون الولادة على يد طبيب متخصص	
موافق	82	4.0900	00	2	20	45	33	25 ليس من الضروري توفر الحاضنات الاصطناعية	
موافق	78	3.9100	2	6	22	39	31	26 ضرورة تجنب الولادات العسيرة بإجراء عملية قيسرية	
موافق بشدة	92	4.6100	00	00	1	37	62	27 ضرورة متابعة الأطفال ومراقبتهم بعد مرحلة الولادة لتجنب العديد من الإعاقات	
موافق بشدة	89	4.45	المجموع						

يمثل هذا الجدول توزيع نتائج الفرضية الثالثة: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء
أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد أثناء
الولادة وبعدها ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع سبعة بنود وللإجابة عليها حدد لها خمس
بدائل تم حساب الوسيط الحسابي والوزن النسبي لكل بديل مما ينتج عنه الاتجاه المناسب له
وقد وصل مجموع الوسيط الحسابي للبنود 4.45 وما يوافقه من وزن نسبي 89 الذي يمثل
درجة الاتجاه العام موافق بشدة .

4- وجود خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال للوقاية من التوحد

أثناء الولادة وبعدها. وللتحقق من هذه وضع (9) بنود وهي : وللتحقق من صحة هذه
الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد التدخل المبكر

بالشكل التام في المجال الوقاية من التوحد أثناء فترة الولادة وبعدها البعد له سبعة بنود كما هو موضح في الجدول رقم (9) على التوالي: فنلاحظ من خلال النتائج الموضحة أن اتجاه البنود مرتفع (موافق - موافق بشدة) وهذا ما ينم ويجعلنا نطلع ونجزم أن هناك إدراك ووعي لخدمات التدخل المبكر وبهذا نقول أن خدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء فترة الولادة وبعدها موجودة قبول الفرضية .

4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة: التي تنص على عدم وجود خدمات التدخل المبكر

بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم وضع 10 بنود على التوالي وهي موضحة في جدول رقم (10):
عنوان الجدول رقم (10) : عرض نتائج الفرضية الرابعة

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي %	الاتجاه
28	ضرورة الاهتمام بتوفير الرضاعة الطبيعية للطفل	71	27	1	1	00	4.6800	94	موافق بشدة
29	ضرورة احترام ساعات النوم الكافية للطفل	50	46	3	1	00	4.4500	89	موافق بشدة
30	ليس من الضروري مراقبة درجة حرارة الطفل باستمرار	37	40	5	13	5	3.9100	78	موافق
31	ضرورة علاج الإسهال عند الطفل	45	41	5	3	3	4.2500	85	موافق بشدة

32	ليس من الضروري علاج اليرقان عند الطفل	31	45	11	9	4	3.9000	78	موافق
33	ضرورة علاج التهاب السحايا عند الطفل	58	37	1	4	00	4.4900	90	موافق بشدة
34	ضرورة توفير التغذية المناسبة للطفل	55	38	4	3	00	4.4500	89	موافق بشدة
35	ليس من الضروري توفير الاهتمام والحب والأمن النفسي للطفل	63	26	00	3	8	4.3300	87	موافق بشدة
36	ضرورة احترام جدول التلقيحات عند الطفل	59	41	00	00	00	4.5900	92	موافق بشدة
37	ليس من الضروري اللعب مع الطفل وتشجيع نموه الحس حركي	57	35	3	1	4	4.4000	88	موافق بشدة
المجموع									
							4.34	87	موافق بشدة

يمثل هذا الجدول توزيع نتائج الفرضية الرابعة: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع عشرة بنود وللإجابة عليها حدد لها خمس بدائل تم حساب الوسيط الحسابي والوزن النسبي لكل بديل مما ينتج عنه الاتجاه المناسب له وقد وصل مجموع الوسيط الحسابي للبنود 4.34 وما يوافقه من وزن نسبي 87 الذي يمثل درجة الاتجاه العام موافق بشدة .

5. عدم وجود خدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم وضع 10 بنود على التوالي: وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة البعد له عشرة بنود كما هو موضح في الجدول رقم (10) على التوالي: فنلاحظ من خلال النتائج الموضحة أن اتجاه البنود مرتفع (موافق - موافق بشدة) وهذا ما ينم ويجعلنا نطلع ونجزم ان هناك إدراك ووعي لخدمات التدخل المبكر وبهذا نقول أن خدمات التدخل المبكر في مجال النمو ما بعد الولادة قبول الفرضية.

1-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة: التي تتص على عدم وجود خدمات التدخل المبكر العلاجي للتوحد وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم وضع 20 بند على التوالي موضحة في الجدول رقم (11)

عنوان الجدول رقم (11) : عرض نتائج الفرضية الخامسة

الرقم	البند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	الوسيط الحسابي	الوزن النسبي %	الاتجاه
38	ضرورة السعي لعلاج إي خلل يظهر في نمو الطفل	69	30	00	00	00	4.6000	92	موافق بشدة
39	ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي عند الطفل	60	40	00	00	00	4.3600	87	موافق بشدة
40	ضرورة طلب التدخل العلاجي المتخصص	44	51	3	1	1	4.3600	87	موافق بشدة

41	ضرورة الحرص على استمرار التدخل العلاجي المتخصص داخل العيادات والمراكز الخاصة	45	49	3	3	00	4.4800	90	موافق بشدة
42	ضرورة مساهمة الوالدين والأسرة في تدريب الطفل وعلاجه عن طريق الواجبات المنزلية	51	46	3	00	00	4.2300	85	موافق بشدة
43	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل على النطق .	44	46	3	3	4	4.2500	85	موافق بشدة
44	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل على تسمية الأشياء	45	45	1	8	1	4.5600	91	موافق بشدة
45	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على التواصل البصري	60	37	2	1	00	4.4300	89	موافق بشدة
46	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الجلوس على الكرسي	53	42	1	3	1	4.4200	88	موافق بشدة
47	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل التواصل مع	46	52	00	2	00	4.1100	82	موافق

								الآخرين	
موافق بشدة	91	4.5700	3	5	3	56	33	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل التعبير عن مشاعره	48
موافق بشدة	90	4.4900	00	1	1	38	60	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على اللعب مع الآخرين	49
موافق بشدة	88	4.4200	00	2	2	40	55	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على فهم التعليمات الموجهة إليه	50
موافق بشدة	86	4.2800	00	2	5	42	51	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الاستجابات الصحيحة للتعليمات الموجهة إليه	51
موافق بشدة	85	4.2500	1	9	2	37	51	ضرورة التركيز على تعديل سلوك الطفل	52
موافق بشدة	85	4.2300	1	8	00	47	44	ليس من الضروري التركيز على تعليم الطفل مهارة النظافة	53
موافق بشدة	86	4.3000	1	3	6	52	38	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارة الأكل	54
موافق بشدة	86	4.3200	1	3	2	53	41	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارة اللباس	55

56	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارات التواصل مع الآخرين	44	49	3	3	1	4.6700	93	موافق بشدة
57	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الكلام	68	31	1	00	00	5.1900	100	موافق بشدة
المجموع									موافق بشدة
							4.20	84	موافق بشدة

يمثل هذا الجدول توزيع نتائج الفرضية الخامسة: التي تنص على وجود مستوى إدراك لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر العلاجي من التوحد ، وللتحقق من صحة هذه تم وضع عشرون بند ولإجابة عليها حدد لها خمس بدائل تم حساب الوسيط الحسابي والوزن النسبي لكل بديل مما ينتج عنه الاتجاه المناسب له وقد وصل مجموع الوسيط الحسابي للبنود 4.20 وما يوافقه من وزن نسبي 84 الذي يمثل درجة الاتجاه العام موافق بشدة .

6-عدم وجود خدمات التدخل المبكر العلاجي للتوحد وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم وضع 20 بند على التوالي وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم تحويل التكرارات إلى نسب مئوية على كل بند من بنود بعد التدخل المبكر العلاجي للتوحد عشرون بند كما هو موضح في الجدول رقم (11) على التوالي: فنلاحظ من خلال النتائج الموضحة أن اتجاه البنود مرتفع (موافق بشدة) وهذا ما ينم ويجعلنا نطلع ونجزم أن هناك إدراك ووعي لخدمات التدخل المبكر مجال العلاجي وبهذا نقول قبول الفرضية.

1-6 عرض نتائج الفرضية العامة : نتج عن اختبار الفرضية العامة مايلي:

وجود مستوى إدراك أولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر بدرجات مرتفع.

تم قياس هذه الفرضية باستخدام اختبار ت لعينة واحدة على متوسط فرضي ، بواسطة نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS25 ، تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي :رقم (12) عنوان الجدول رقم (12) : يوضح اختبار "ت" لعينة واحدة على متوسط فرض لمستوى إدراك أولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر

البيانات الإحصائية	عدد الأفراد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المتغيرات							
خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد	100	244.73	20.43	142.5	50.02	99	دال إحصائيا عند 0.01

من خلال الجدول (12) نجد أن عدد الأفراد يساوي 100، وأن الوسط الحسابي يساوي 244.43 بانحراف معياري يساوي 20.43، وأن المتوسط الفرضي يساوي 142.5، في حين بلغت القيمة المحسوبة لاختبار "ت" 50.02 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 وعند درجة حرية 99 ، وعليه نقبل الفرض العامة القائلة بأن مستوى إدراك أولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر مرتفع .

2/ التفسير ومناقشة الفرضيات

2-1 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى: بعد عرض نتائجها وتحليلها والوصول إلى

تحقق الفرضية بشكل مرتفع حيث ظهر الاتجاه موافق بشدة الذي ينحصر في المجال (84-100) للبند المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور أطفال التوحد بخدمات الكشف عن الأمراض الوراثية قبل الزواج وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه النظرية الحيوية والوراثية ضمن الأسباب المؤدية للتوحد وعلاقة الجانب الوراثي بها حيث حاولت هذه النظرية تفسير

ظاهرة التوحد من خلال الإشارة إلى العوامل الوراثية كما ظهر الاتجاه في البنود المتبقية بموافق الذي ينحصر في المجال (84-68) المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور القيام بخدمات التدخل المبكر قبل الزواج للإرشاد الجيني والكشف عن الأمراض المزمنة والجنسية وضرورة معرفة توافق العامل الريزي سي وهذا يوافق ما تعرضنا إليه في الإطار النظري للدراسة من دور العوامل الحيوية والوراثية للتوحد وكذا تعرض بعض الدراسات التي طرحها (إبراهيم أبوعليم، 2005) التدخل الوقائي المبكر ما قبل مرحلة الزواج وهو الذي يهدف إلى مساعدة المتعرضين لخطر التوحد أو إنجاب طفل متوحد من خلال الكشف والتشخيص والبحث عن مسببات الإعاقة من التوحد واتخاذ الإجراءات الوقائية التي تمنع أو تحد من تأثير أسباب الإعاقة.

وفي الأخير نخلص إلى الإدراك المرتفع والوعي الكبير لأولياء أمور بضرورة القيام بخدمات التدخل المبكر قبل الزواج لتفادي ظهور الإعاقة من التوحد أو اكتشافها والتنبؤ بها قدر المستطاع لتسهيل عملية التدخل المبكر .

2-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية : بعد عرض نتائجها وتحقق الفرضية

بشكل مرتفع حيث ظهر الاتجاه موافق بشدة الذي ينحصر في المجال (84-100) للبنود (9-10-11-12-13-14-15-16-18-20) والمتعلقة بضرورة تقديم خدمات تدخل مبكر الوقائية من التوحد للمرأة أثناء فترة الحمل وذلك في مجالات الكشف عن الأمراض المعدية وعلاج فقر الدم و نقص الكالسيوم و نقص الفيتامينات و تجنب التدخين و التعرض للإشعاع وتناول الأدوية أثناء فترة الحمل دون استشارة طبية وتجنب التعب والإرهاق للمرأة الحامل و والمتابعة الجيدة للحمل و تقديم خدمة فحص فصيلة الدم و قياس الضغط الدموي وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه في الجانب النظري المفسر لأسباب التوحد والتي منها تعاطي الأم للتبغ والخمر والمخدرات و إصابة الأم بأمراض أثناء فترة الحمل.

(محمد الدهمشي 2007). وكذا فق ما تدارسناه في الأساليب العلاجية المناسبة للتوحد في الجانب التدخل الطبي وجانب العلاج بالفيتامينات و الحماية الغذائية .

كما ظهر الاتجاه في البنود (7-8-19) موافق الذي ينحصر في المجال (68-84) المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور ا القيام بخدمات التدخل المبكر الوقائية من التوحد للمرأة أثناء فترة وذلك بضرورة تقديم حصص لتسهيل عملية الولادة و الغذاء المناسب و تجنب القلق والضغوط النفسية عند المرأة الحامل وهذا ما يوافق ما تعرضنا اليه في الجانب النظري من الأسباب و الأساليب العلاجية للتوحد وعلاقة الغذاء المناسب وتوازنه بظهور الإعاقات خاصة في مرحلة الحمل وكذا دور الابتعاد عن المشاكل والضغوط النفسية التي بدررها تؤثر عن صحة الأم ثم ينتقل تأثيرها إلى الجنين .

أما الاتجاه محايد في البند (17) الذي ينحصر في المجال (52-68) المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور ا القيام بخدمات التدخل المبكر الوقائية من التوحد للمرأة أثناء فترة والمتعلق بضرورة تجنب تناول القهوة والشاي أثناء فترة الحمل راجع لعدة عوامل منها ماهر متعلق بنظرة الأولياء لتناول القهوة والشاي بأنه لا علاقة له بموضوع الإعاقة ومنها ما تعلق باقتناع الأولياء بان تناول القهوة والشاي أمر ضروري ولا يستطيع الاستغناء او الانقطاع عليه مهما كلف ذلك.

وبهذا نقول أن هناك إدراك مرتفع لخدمات التدخل المبكر الوقائية إثناء الحمل أي قبول الفرضية .

3-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة : بعد عرض نتائجها وتحقق الفرضية بشكل

مرتفع حيث ظهر الاتجاه موافق بشدة الذي ينحصر في المجال (84-100) للبنود (21-22-23-27) والمتعلقة بضرورة تقديم خدمات تدخل مبكر الوقائية أثناء الولادة وبعدها من التوحد وذلك بضرورة توفر أماكن ومستشفيات خاصة بالتوليد ومصالح خاصة بتقديم الرعاية

للام ومولودها بعد الولادة مبكرة ومصلحة الأمومة والطفولة تقديم اللقاحات للمولود والأم للوقاية من بعض الأمراض المتنقلة متابعة الأطفال ومراقبتهم بعد مرحلة الولادة لتجنب العديد من الإعاقات كالتوحد وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه في الجانب النظري المفسر لأسباب التوحد وعلاقته بنظرية اللقاحات خاصة ما تعلق منها بالطفل وكذا ما تطرقت إليه دراسات السابقة لخدمات التدخل المبكر دراسة نزهة سكاني (Nouzha Skalli, 2008) التي تهدف لوضع استراتيجية وطنية من أجل الوقاية من الإعاقة وتتمثل هذه الإستراتيجية في مرحلة ما قبل الولادة وأثناءها ، و دراسة (Livre des plans de santé publiqueprévention et sécurité sanitaire, 2011) تهدف إلى إجراء دراسات على مستوى التخطيط في الصحة العمومية والوقاية حيث يتم تقديم هذه الوقاية من قبل فريق متنوع أثناء الولادة، طبيب متخصص والقابلة ومصلحة حماية الأمومة والطفولة وكذا مختلف المصالح الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يتابع هذا الفريق الجزء العلاجي.

كما ظهر الاتجاه موافق في البنود (24-25-26) الذي ينحصر في المجال (68-84) المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور القيام بخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء الولادة وبعدها من التوحد وذلك بضرورة أن تكون الولادة على يد طبيب متخصص وتوفر الحاضنات الاصطناعية وتجنب الولادات العسيرة بإجراء عملية قيصرية وهذا ما يوافق الدراسات التي ترجع أسباب بعض الإعاقات إلى الجانب الصحي للام والظروف الصحية المناسبة للولادة والمولود بمنع حدوث الخطر من الإعاقة وذلك بتوفير ولادة عصرية بمراكز صحية مجهزة بالحاضنات الاصطناعية الخاصة بالولادة المبكرة ومريحة للام عن طريق طاقم طبي متخصص حتى وإن استدعى الأمر اللجوء إلى عملية قيصرية للابتعاد عن الولادة العسيرة التي تسبب الاختناقات وما يترتب عليها من إعاقات ومشاكل صحية .

وبهذا نقول أن هناك إدراك مرتفع لخدمات التدخل المبكر الوقائية أثناء الولادة وبعدها من التوحد أي قبول الفرضية .

2-4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة : بعد عرض نتائجها وتحقق الفرضية بشكل

مرتفع حيث ظهر الاتجاه موافق بشدة الذي ينحصر في المجال (84-100) للبنود (28-29-31-33-34-35-36-37) () والمتعلقة بضرورة تقديم خدمات تدخل مبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد والمتعلقة بضرورة الاهتمام بتوفير الرضاعة الطبيعية واحترام ساعات النوم الكافية وعلاج الإسهال وعلاج التهاب السحايا وتوفير التغذية المناسبة و الاهتمام بالحب والأمن النفسي وتوفير اللعب مع الطفل وتشجيع نموه الحس حركي واحترام جدول التقيحات وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه في الجانب النظري المفسر لأسباب التوحد وعلاقته بنظرية البرود العاطفي عندما لاحظ كانر في أن مشاعر الآباء الباردة هي السبب الرئيسي لهذا الاضطراب وتم استخدام مصطلح الأم الثلجة لوصف ضعف واستسلام وتبلد مشاعر الأم الذي ينعكس على الطفل ويتسبب في انسحابه من الواقع (عبد اللطيف : 2001، 18) ونظرية اللقاحات خاصة ما تعلق منها بالطفل وكذا الأساليب العلاجية بالحماية الغذائية حيث أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية أما تطرقت إليه دراسات السابقة للتوحد دراسة الخفش (2013) فقد هدفت إلى تصميم برنامج تدريبي لمعالجة مشكلات النوم عند الأطفال التوحديين

ودراسة صادق والخميسي (2004) تتحدث عن دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد فأظهرت النتائج أن أنشطة اللعب الجماعية لها فاعلية في تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال التوحديين.

كما ظهر الاتجاه موافق في البنود (30-32) الذي ينحصر في المجال (68-84) المتعلق بضرورة وعي وإدراك أولياء أمور التوحد القيام بخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد وذلك بضرورة مراقبة درجة حرارة الطفل باستمرار وعلاج اليرقان عند الطفل وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه في الجانب النظري المفسر

لأسباب التوحد الأسباب البيئية والالتهابات الفيروسية والأمراض التي تظهر بعد الولادة جنين من يرقان وارتفاع لدرجات الحرارة الكبير ما يترتب عليه من ظهور للإعاقات

وفي الأخير نخلص إلى الإدراك المرتفع والوعي الكبير لأولياء أمور بضرورة القيام بخدمات التدخل المبكر بالشكل التام في المجال النمو ما بعد الولادة من التوحد .

2-5 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة : بعد عرض نتائجها وتحقق الفرضية بشكل

مرتفع حيث ظهر الاتجاه موافق بشدة الذي ينحصر في المجال (84-100) لجل البنود (38-39-40-41-42-43-44-45-46-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57) والمتعلقة بضرورة تقديم خدمات تدخل المبكر العلاجي للتوحد عن طريق الأسرة والوالدين من تدريب على المهارات الأساسية التي يحتاجها الطفل والسلوكيات اليومية وكذا ضرورة السعي لعلاج إي خلل يظهر في نموه والاهتمام بالجانب النفسي للطفل .

وهذا ما يوافق ما تعرضت إليه في الجانب النظري المفسر لأسباب التوحد والأساليب العلاجية السلوكية للتوحيدين إذ تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة في خصائص التوحيدين التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً . (من هاته المشكلات أشكال المهارات الاجتماعية، ومشكلات في التواصل مع الأشخاص الآخرين أو المحيطين بهم و سلوكيات حسية ومعرفية تكون معيقة لعملية التواصل والتعلم عند أطفال التوحد.)

وما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج ممثلة في :

دراسة سميرة عبد اللطيف السعد (1997) دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم .

ودراسة هند حسين عمر مصطفى (2004): تكمن أهمية هذه الدراسة كدراسة سابقة عنوان الدراسة: حالات التوحد (التشخيص، التدريب والتأهيل، إعداد الخطط والبرامج)
ودراسة صادق والخميسي (2004) :دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد .هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين
ودراسة فولرتونوكواين: (Fullerton, A &Coyne 7 (1999): فاعلية برنامج تدريبي إرشادي على السلوك الاجتماعي والمهارات اللازمة للقيام بالاختبارات الذاتية .
ودراسة القواسمة (2011) أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد .هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج التدخل المبكر في تنمية المهارات الأساسية لدى الأطفال التوحديين .

وفي الأخير نخلص إلى الإدراك المرتفع والوعي الكبير لأولياء أمور اطفال التوحد بضرورة القيام بخدمات التدخل العلاجي من التوحد .

وبعد تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات نخلص إلى أن هناك إدراك مرتفع لأولياء أطفال التوحد لخدمات التدخل المبكر في جميع جوانبها الوقائية قبل الزواج وقبل الحمل وأثناء الولادة وبعدها والنمائية والعلاجية.

3/ الاستنتاج العام والاقتراحات :

بعد الدراسة المستفيضة تم التوصل إلى النتائج التالية:

هناك إدراك لخدمات التدخل المبكر لأولياء أطفال التوحد بشكل كبير ومرتفع يتميز هؤلاء الأولياء بدرجة عالية من الوعي والحرص على أطفالهم .
أغلبية الأولياء يعتبرون من الطبقة المتعلمة والمتقفة .

رغم حرص الأولياء على أطفالهم من ناحية تدريبهم وإكسابهم مهارات إلا أنه يبقى عمل فردي لم يحضى باهتمام الجهات الوصية .

نلاحظ قلة المراكز الرسمية التي تقدم خدمات التدخل المبكر لهاته الفئة من الأطفال كما نلاحظ هناك هبة كبيرة للمراكز الخاصة التي تطمح للنهوض بهذه الفئة من الأطفال . من هنا تستنتج أن وجود هذا الإدراك المرتفع لأولياء أطفال التوحد ناتج على مدي وعيهم وحرصهم لمعرفة هذه الإعاقة بصورة واضحة وكاملة وكذلك متابعتهم ومشاركتهم المستمرة في الدورات التكوينية والإعلامية التي تنظمها المراكز التي تقدم خدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والجمعيات التي تنشط في مجال التربية الخاصة وتوفر الجوانب التثقيفية في هذا المجال من كتب ومجلات وانترنت تقدم المعلومات عنا لإعاقات وكيفية التكفل بها وكيفية تقديم برامج خدمات التدخل المبكر لها .

- اقترحات الدراسة:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية يقدم الباحث مجموعة من الاقتراحات التي قد تفيد أفراد المجتمع المقبلين عن الزواج والنساء الحوامل خلال فترة الحمل، وأثناء الولادة وبعدها وكذا الأسر التي لها سوابق مرضية وراثية قد تظهر في أي جيل من الأجيال، وكل القائمين على تقديم خدمات التدخل المبكر في مجال الوقاية من التوحد متمثلة في النقاط :

ضرورة إنشاء مراكز رسمية لتقديم خدمات ما قبل الزواج للأفراد المقبلين على الزواج خاصة خدمات الإرشاد الجيني وذلك لما له أهمية كبيرة في الحد من الإعاقة .
ضرورة إجراء المزيد من الدراسات عن التدخل المبكر على أساس انقاص الأطفال من الإعاقة بمنع حدوثها أو التقليل من حدتها وكذا علاج آثارها السلبية كلما توفرت الوسائل العلمية الحديثة للكشف عن الإعاقات في وقت مبكر وذلك عن طريق التخفيف من حدتها أو منع حدوثها

الاهتمام بتصميم برامج وقائية يقوم بها متخصصون موجهة للأفراد المقبلين عن الزواج ويحملون جينات وراثية تحمل أمراض مزمنة التي قد تولد إصابات بالتوحد ضرورة تقديم خدمات التدخل المبكر عن طريق الزائر الصحي خاصة للنساء الحوامل. زيادة الحملات التحسيسية بعقد المؤتمرات والندوات العلمية فيما يتعلق بموضوعات التدخل المبكر الوقائي لتجنب الإعاقات بكل الوسائل العلمية الحديثة وذلك بالتعريف بهذه الوسائل والاستراتيجيات والحث على الالتزام بتطبيقها قدر المستطاع .

الاهتمام بتخصص التربية الخاصة في المجال البحث الجامعي وفتح مناصب عمل مناسبة له حتي يستطيع تقديم المساعدة للأسر ذوي الاحتياجات الخاصة على قرب واكتساب خبرات ومواهب في لقرب وقت وبأقل التكاليف .

قائمة المراجع

- القرآن الكريم

-إبراهيم حسين أبو عليم .(2005) ،التدخل المبكر التدخل الوقائي المبكر تعليم، علاج، تأهيل" ، المدينة العربية السعودية،الرياض

- إبراهيم عبد الله فرج : (2004) التوحد الخصائص والعلاج . عمان الأردن ، دار وائل للطباعة والنشر

- أبو السعود، نادية إبراهيم: (2000) (الطفل التوحيدي في الأسرة، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

- أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشرييني: (2011) سمات التوحد، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

-أسامة فاروق مصطفى سالم : (2015) اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- السعد، سميرة عبد اللطيف : (1997) دراسة ، حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت رسالة ماجستير منشورة بالكويت والمملكة العربية السعودية

- الحصان، منى محمد (2014)المرشد الأول لبرامج التوحد. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر الطبعة الثالثة

- الخطيب، جمال ،ومنى الحديدي، (1996) اثر إعاقة الطفل على الأسرة مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة مصر

- الخطيب، جمال ومنى، الحديدي (2016) التدخل المبكر، التربية الخاصة في الطفولة المبكرة .عمان: دار الفكر للنشر الطبعة التاسعة

-الجرواني ، هالة إبراهيم و صديق ، رحاب محمود (2011) : المهارات الحياتية للأطفال التوحيدين ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية

الجويان، خلود (2008) بناء برنامج تدريبي على اللعب التمثيلي وقياس فاعليته في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية والحس حركية لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة عمان العربية، الأردن.

- الدهشمي، محمد عامر (2007) دليل الطلبة والعاملين في التربة الخاصة. عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.

- الدوخي، منصور، الصقر، عبد الله (2004) برامج نظرية وتطبيقية للاضطرابات عند الأطفال، ط 3، الرياض، السعودية.

- الزريقات، إبراهيم (2004) التوحد: الخصائص والعلاج. عمان، دار وائل للطباعة والنشر

- السرطاوي، عبدالعزيز (1997) نحو تنظيم جهد وطني لبرامج التدخل المبكر، مجلة كلية التربية، العدد الرابع عشر، جامعة الإمارات.

- السرطاوي، زيدان احمد، الشخص، عبدالعزيز السيد (2009) بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعوقين، ط 1، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.

السليطي، حمدة (2003) دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقة. مجلة التربية، العدد 144، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم. ص ص 96-103

- الشامي، وفاء (2004 - أ)، خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه، ط 1، جدة، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

الشيخ ذيب، رائد (2013): الخصائص السيكمترية الصورة السورية لمقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد (GARS-2)، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد (40)، الملحق (1)

الصبي، عبدالله (2012). حجم مشكلة الإعاقة في مرحلة الطفولة المبكر، موقع أطفال الخليج العرب، مسترجع من 10/ 3/ 2013

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res &r_id=1085

-الظاهر، قحطان. (2009)التوحد. ط1. عمان: دار النشر للأوائل.

- القمش، مصطفى نوري و المعاينة، خليل عبد الرحمان (2010): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الثالثة، دار المسيرة، عمان، الاردن

-القواسمة، كوثر (2011)أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات، الأردن

-الكامل ، محمد (2003 :) الاوتيزم "التوحد" الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

- الكيكي،محسن محمود أحمد (2011) المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة موجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، (المجلد 1 العدد1)

- الكيلاني، السيد (2012)استراتيجيات التدخل المبكر على ذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة عن شمس.

- إمام، قزاز. (2007) . بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية والعاديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.

- بيومي، لمياء عبد الحميد(2008): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه منشورة، جامعة قناة السويس ،العريش.

- بوشير، ج. (2010) الطيف التوحدي. (د.يوسف لطيفة، د.عبير القدسي، د.يوسف بركات، د.نزار أبازيد. مترجم). دمشق: المركز العربي للتعبير والترجمة والتأليف والنشر

-جبر، خولة. (2007) فاعلية بناء مقياس تشخيصي لحالات التوحد على عينة سورية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.

-جمال الخطيب (2001) تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الأبناء والمعلمين. دار حنين عمان.

-جمال الدين ، كوثر خلف الله : (2005) ، (الحاجات وأساليب التنشئة الأسرية كما يدركها أولياء أمور التوحيديين) وعلاقتها بالمستوي الاقتصادي - الاجتماعي للأسرة بولاية الخرطوم ، بحث غير منشور مقدم لنيل درجة ماجستير الآداب في علم النفس ذوي الحاجات الخاصة ،كلية الآداب - قسم علم النفس ، جامعة النيلين - السودان

جمال مثقال القاسم ، ماجدة السيد عبيد (2000) ،الاضطرابات السلوكية ط1، دار الصفاء للنشر و التوزيع ،عمان ، الأردن.

حبيبة ضيف الله (2016) واقع خدمات التدخل المبكر الطبية والوقائية للوقاية من الإعاقة في الجزائر دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة جامعة تيارت على واقع خدمات

-حميد السليبي : (2003) دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقة مجلة التربية العدد 144. اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم ص 96-103).

-خولة أحمد يحي (2000): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

-خولة يحي ، (2006) البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة ،عمان، دار الميسرة.

-زهير، عزاز محمد (2011) فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية و أثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحد بين دراسة تجريبية،رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص أطفونيا و أمراض اللغة و الاتصال ، جامعة الجزائر

زينب شقير (2001)،الاكتشاف المبكر و التشخيص التكامل لغير العاديين، ط 1 ،مكتبة النهضة المصرية،عمان.

- سليمان، عبدالرحمان سيد وشند، سميرة محمد وسعيد، إيمان فوزي (2003): دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحد، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء شرق، القاهرة.
- سهى أحمد أمين نصر (2002): الاتصال اللغوي للطفل التوحد: التشخيص، البرامج العلاجية، ط1، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر.
- سوسن شاكر مجيد (2008) : مشكلات الأطفال النفسية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- شبيب، عادل حاسب (2008) الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين
- بالتوحد من وجهة نظر الإباء، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية للتعليم المفتوح بريطانيا.
- عثمان لبيب فراج (1996) : إعاقة التوحد مشكلة التشخيص والكشف المبكر . النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، (العدد45)، ص من 2 - 19.
- عثمان لبيب فراج (2002) : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد النشرة الدورية لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين . (العدد82)، ص من 2 - 14
- كوافحة، تيسير مفلح وعبد العزيز، عمر فواز : (2005) مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- مصطفى، هند حسين عمر : (2004)، حالات التوحد التشخيص التدريب والتأهيل، إعداد الخطط والبرامج، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة جوبا - السودان.
- نبيل السيد وآخرون (2012): علم نفس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- هالاهان، دانيالوكوفمان، جيمس (2008): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، ترجمة: عادل عبد الله محمد، دار الفكر، عمان، الأردن.
- هويدي، محمد (1997). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الإعاقة، جامعة الخليج العربي، البحرين. ص 173-206.
- وفاء علي الشامي (2004): سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، ط1، مكتبة فهد الوطنية، الرياض.
- يوسف، آمال محمد؛ موسى، سلوى سُد؛ محمود، وفاء السُد (2013). فاعلة برنامج التدخل المبكر بنظام الدمج في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لطفل ما قبل المدرسة للمعاقين ذهنًا. دراسة مقدمة إلى الملتقى الثالث عشر، كلية التربية، جامعة الزقازق مسترجع من <http://www.gulfdisability.com/pdf/M13-G3c.pdf>
- يوسف بشير و البهبهاني يعقوب، 2004، التوحد علاج الذاتية بين الأمل و العون، ط1، دار رؤي، عمان الأردن-
- كوهين، سايمون؛ بولتون، باتريكن (2000) حقائق عن التوحد . الرياض : أكاديمية التربية الخاصة. ترجمة: عبد الله إبراهيم الحمدان.
- مهدي زمام عبد اللطيف (2008): (التوحد الذاتي عند الأطفال، د ط، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- نصر، سها. (2002). (الاتصال اللغوي للطفل التوحدي. ط1. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- حمدان، محمد زياد. (2001). (التوحد لدى الأطفال اضطراباته وتشخيصه وعلاجه. ط1 دمشق: دار التربية الحديثة.
- مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني، السيد كامل (2010) التوحد الأسباب التشخيص العلاج، دار المسيرة، عمان، الأردن.

مرزا، هنية محمود (2013) التدخل المبكر: تجارب عالمة ورؤية وطنية، ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات احتفال الجمعية السعودية للتربية الخاصة ماجستير، قسم التربية الخاصة / جامعة الملك سعود. مسترجع من <http://org.gulfdisability/pdf/M13>

حسن مصطفى عبدالمعطي: (2001) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة مكتبة القاهرة - مصر

المراجع الأجنبية

-. Confédération nationale de santé .(2012),CNS parlement de la santé avis de 21juin sur le dépistage, diagnostique, et accompagnement précoces des handicap chez l'enfants.

-. Danièle Jourdain –meninger,Bernadette Roussille et All.(2006),étude sur la protection maternelle et infantile en fraance ,rapport de synthèse,membre de l'inspection générale des affaires sociales,paris

-Feinber, E, Silverstein, M., Donahue, S. & Bliss, R. (2011). Maternal Depressive Symptoms and Participation in Early Intervention Services for Young Children Retrieved <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108048/>

-Individuals with Disabilities Educational Act (IDEA) (2011). Retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Individuals_with_Disabilities_Education_Act#Part_C_of_IDEA

-. Live des plans de santé publique prévention et sécurité sanitaire (2011),3edition , ministere, du travail de l'emploi et de la santé république française , paris

- Matson, J. (2009). Applied behavior analysis for children with Autism spectrum disorders. library of congress .

-. Nouzha skalli.(2008),stratégie nationale de la prévention des handicaps,ministre du developement social de la famille et de la solidarité, maroc

-. projet de l'agence européenne.(2003 à 2005), l'intervention précoce au prés de petite enfance , analyse de situation en Europe, euro news ou spécial needs éducation ,P15

-*<http://www.psychiatrieinfirmerie-free.fr/pathologie/autisme>.

-*Laurent Motttron ,2004,L'autisme Une Autre Intelligence. Belgique.

الملاحق

ملحق رقم 1 صدق المحتوى (الاتساق الداخلي) لاستبيان خدمات التدخل المبكر للأطفال التوحد

Corrélations

	Tota
Corrélation de Pearson قبل الزواج	.737**
Sig. (bilatérale)	.000
N	30
Corrélation de Pearson فترة الحمل	.830**
Sig. (bilatérale)	.000
N	30
Corrélation de Pearson أثناء الولادة	.815**
Sig. (bilatérale)	.000
N	30
Corrélation de Pearson ما بعد الولادة	.738**
Sig. (bilatérale)	.000
N	30
Corrélation de Pearson المبكر	.862**
Sig. (bilatérale) العلاجي	.000
N	30

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم 2 حساب ثبات استبيان خدمات التدخل المبكر للأطفال التوحد بطريقة التناسق الداخلي للبندود (ألفا كرونباخ)
الاستبيان الكلي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.903	57

البعد الأول الوقاية من التوحد قبل الزواج

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.736	6

البعد الثاني الوقاية من التوحد أثناء فترة الحمل

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.792	14

البعد الثالث الوقاية من التوحد أثناء الولادة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.709	7

البعد الرابع النمو ما بعد الولادة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.817	10

البعد الخامس التدخل المبكر العلاجي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.886	20

ملحق رقم 3 حساب معامل الثبات لاستبيان خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد بطريقة
التجزئة النصفية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.865
		Nombre d'éléments	29 ^a
	Partie 2	Valeur	.907
		Nombre d'éléments	28 ^b
		Nombre total d'éléments	57
Corrélation entre les sous-échelles			.907
Coefficient de Spearman- Brown	Longueur égale		.951
	Longueur inégale		.951
Coefficient de Guttman			.946

ملحق رقم 4 يوضح كيفية حساب التكرارات والنسب المئوية لكل بند من بند الاستبيان

VAR00002

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1.00	2	2.0	2.0	2.0
2.00	15	15.0	15.0	17.0
3.00	24	24.0	24.0	41.0
4.00	45	45.0	45.0	86.0
5.00	14	14.0	14.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00001

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1.00	2	2.0	2.0	2.0
2.00	3	3.0	3.0	5.0
3.00	7	7.0	7.0	12.0
4.00	36	36.0	36.0	48.0
5.00	52	52.0	52.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00004

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1.00	2	2.0	2.0	2.0
2.00	6	6.0	6.0	8.0
3.00	15	15.0	15.0	23.0
4.00	55	55.0	55.0	78.0
5.00	22	22.0	22.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00003

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1.00	1	1.0	1.0	1.0
2.00	4	4.0	4.0	5.0
3.00	8	8.0	8.0	13.0
4.00	56	56.0	56.0	69.0
5.00	31	31.0	31.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00006

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 2.00	3	3.0	3.0	3.0
3.00	10	10.0	10.0	13.0
4.00	52	52.0	52.0	65.0
5.00	35	35.0	35.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00005

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 1.00	3	3.0	3.0	3.0
2.00	7	7.0	7.0	10.0
3.00	7	7.0	7.0	17.0
4.00	49	49.0	49.0	66.0
5.00	34	34.0	34.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

VAR00008

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	4	4.0	4.0	4.0
	3.00	7	7.0	7.0	11.0
	4.00	53	53.0	53.0	64.0
	5.00	36	36.0	36.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00007

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	2	2.0	2.0	2.0
	3.00	16	16.0	16.0	18.0
	4.00	52	52.0	52.0	70.0
	5.00	30	30.0	30.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00010

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	3	3.0	3.0	3.0
	3.00	5	5.0	5.0	8.0
	4.00	47	47.0	47.0	55.0
	5.00	45	45.0	45.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00009

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	5	5.0	5.0	5.0
	2.00	5	5.0	5.0	10.0
	3.00	5	5.0	5.0	15.0
	4.00	50	50.0	50.0	65.0
	5.00	35	35.0	35.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00012

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	1	1.0	1.0	1.0
	3.00	3	3.0	3.0	4.0
	4.00	53	53.0	53.0	57.0
	5.00	43	43.0	43.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00011

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	3	3.0	3.0	3.0
	2.00	5	5.0	5.0	8.0
	3.00	7	7.0	7.0	15.0
	4.00	53	53.0	53.0	68.0
	5.00	32	32.0	32.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00013

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	3	3.0	3.0	3.0
	2.00	3	3.0	3.0	6.0
	3.00	1	1.0	1.0	7.0
	4.00	60	60.0	60.0	67.0
	5.00	33	33.0	33.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00019

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	7	7.0	7.0	7.0
	2.00	6	6.0	6.0	13.0
	3.00	4	4.0	4.0	17.0
	4.00	35	35.0	35.0	52.0
	5.00	48	48.0	48.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00018

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	1	1.0	1.0	3.0
	3.00	3	3.0	3.0	6.0
	4.00	21	21.0	21.0	27.0
	5.00	73	73.0	73.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00016

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	2	2.0	2.0	4.0
	3.00	3	3.0	3.0	7.0
	4.00	25	25.0	25.0	32.0
	5.00	68	68.0	68.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

VAR00015

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	2	2.0	2.0	4.0
	3.00	3	3.0	3.0	7.0
	4.00	31	31.0	31.0	38.0
	5.00	62	62.0	62.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00014

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	6	6.0	6.0	7.0
	4.00	49	49.0	49.0	56.0
	5.00	44	44.0	44.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00020

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	5	5.0	5.0	5.0
	2.00	4	4.0	4.0	9.0
	3.00	5	5.0	5.0	14.0
	4.00	35	35.0	35.0	49.0
	5.00	51	51.0	51.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00017

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	8	8.0	8.0	8.0
	2.00	17	17.0	17.0	25.0
	3.00	42	42.0	42.0	67.0
	4.00	28	28.0	28.0	95.0
	5.00	5	5.0	5.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00022

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	5	5.0	5.0	6.0
	3.00	3	3.0	3.0	9.0
	4.00	26	26.0	26.0	35.0
	5.00	65	65.0	65.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00021

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	5	5.0	5.0	7.0
	3.00	3	3.0	3.0	10.0
	4.00	27	27.0	27.0	37.0
	5.00	63	63.0	63.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00024

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	4	4.0	4.0	4.0
	2.00	7	7.0	7.0	11.0
	3.00	9	9.0	9.0	20.0
	4.00	37	37.0	37.0	57.0
	5.00	43	43.0	43.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00023

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	1	1.0	1.0	3.0
	3.00	1	1.0	1.0	4.0
	4.00	28	28.0	28.3	32.3
	5.00	67	67.0	67.7	100.0
Total		99	99.0	100.0	
Manquant	Système	1	1.0		
Total		100	100.0		

VAR00026

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	2	2.0	2.0	2.0
	2.00	6	6.0	6.0	8.0
	3.00	22	22.0	22.0	30.0
	4.00	39	39.0	39.0	69.0
	5.00	31	31.0	31.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00025

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	2	2.0	2.0	2.0
	3.00	20	20.0	20.0	22.0
	4.00	45	45.0	45.0	67.0
	5.00	33	33.0	33.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00027

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	3.00	1	1.0	1.0	1.0
	4.00	37	37.0	37.0	38.0
	5.00	62	62.0	62.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00029

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	1	1.0	1.0	1.0
	3.00	3	3.0	3.0	4.0
	4.00	46	46.0	46.0	50.0
	5.00	50	50.0	50.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00028

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	1	1.0	1.0	1.0
	3.00	1	1.0	1.0	2.0
	4.00	27	27.0	27.0	29.0
	5.00	71	71.0	71.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00031

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	3	3.0	3.1	3.1
	2.00	3	3.0	3.1	6.2
	3.00	5	5.0	5.2	11.3
	4.00	41	41.0	42.3	53.6
	5.00	45	45.0	46.4	100.0
Total		97	97.0	100.0	
Manquant	Système	3	3.0		
Total		100	100.0		

VAR00032

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	4	4.0	4.0	4.0
	2.00	9	9.0	9.0	13.0
	3.00	11	11.0	11.0	24.0
	4.00	45	45.0	45.0	69.0
	5.00	31	31.0	31.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00030

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	5	5.0	5.0	5.0
	2.00	13	13.0	13.0	18.0
	3.00	5	5.0	5.0	23.0
	4.00	40	40.0	40.0	63.0
	5.00	37	37.0	37.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00034

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	3	3.0	3.0	3.0
	3.00	4	4.0	4.0	7.0
	4.00	38	38.0	38.0	45.0
	5.00	55	55.0	55.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00033

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	4	4.0	4.0	4.0
	3.00	1	1.0	1.0	5.0
	4.00	37	37.0	37.0	42.0
	5.00	58	58.0	58.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00036

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	41	41.0	41.0	41.0
	5.00	59	59.0	59.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00035

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	8	8.0	8.0	8.0
	2.00	3	3.0	3.0	11.0
	4.00	26	26.0	26.0	37.0
	5.00	63	63.0	63.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00038

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	30	30.0	30.0	30.0
	5.00	69	69.0	69.0	99.0
	54.00	1	1.0	1.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00037

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	4	4.0	4.0	4.0
	2.00	1	1.0	1.0	5.0
	3.00	3	3.0	3.0	8.0
	4.00	35	35.0	35.0	43.0
	5.00	57	57.0	57.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00040

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	1	1.0	1.0	2.0
	3.00	3	3.0	3.0	5.0
	4.00	51	51.0	51.0	56.0
	5.00	44	44.0	44.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00039

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	40	40.0	40.0	40.0
	5.00	60	60.0	60.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00042

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	3.00	3	3.0	3.0	3.0
	4.00	46	46.0	46.0	49.0
	5.00	51	51.0	51.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00041

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	3	3.0	3.0	3.0
	3.00	3	3.0	3.0	6.0
	4.00	49	49.0	49.0	55.0
	5.00	45	45.0	45.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00044

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	8	8.0	8.0	9.0
	3.00	1	1.0	1.0	10.0
	4.00	45	45.0	45.0	55.0
	5.00	45	45.0	45.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00043

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	4	4.0	4.0	4.0
	2.00	3	3.0	3.0	7.0
	3.00	3	3.0	3.0	10.0
	4.00	46	46.0	46.0	56.0
	5.00	44	44.0	44.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00046

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	3	3.0	3.0	4.0
	3.00	1	1.0	1.0	5.0
	4.00	42	42.0	42.0	47.0
	5.00	53	53.0	53.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00045

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	1	1.0	1.0	1.0
	3.00	2	2.0	2.0	3.0
	4.00	37	37.0	37.0	40.0
	5.00	60	60.0	60.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00049

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	1	1.0	1.0	1.0
	3.00	1	1.0	1.0	2.0
	4.00	38	38.0	38.0	40.0
	5.00	60	60.0	60.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00047

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	2	2.0	2.0	2.0
	4.00	52	52.0	52.0	54.0
	5.00	46	46.0	46.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00050

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	2	2.0	2.0	2.0
	3.00	2	2.0	2.0	4.0
	4.00	40	40.0	40.4	44.4
	5.00	55	55.0	55.6	100.0
Total		99	99.0	100.0	
Manquant	Système	1	1.0		
Total		100	100.0		

VAR00048

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	3	3.0	3.0	3.0
	2.00	5	5.0	5.0	8.0
	3.00	3	3.0	3.0	11.0
	4.00	56	56.0	56.0	67.0
	5.00	33	33.0	33.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00052

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	9	9.0	9.0	10.0
	3.00	2	2.0	2.0	12.0
	4.00	37	37.0	37.0	49.0
	5.00	51	51.0	51.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00051

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	2.00	2	2.0	2.0	2.0
	3.00	5	5.0	5.0	7.0
	4.00	42	42.0	42.0	49.0
	5.00	51	51.0	51.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00054

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	3	3.0	3.0	4.0
	3.00	6	6.0	6.0	10.0
	4.00	52	52.0	52.0	62.0
	5.00	38	38.0	38.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00053

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	8	8.0	8.0	9.0
	4.00	47	47.0	47.0	56.0
	5.00	44	44.0	44.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00056

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	3	3.0	3.0	4.0
	3.00	3	3.0	3.0	7.0
	4.00	49	49.0	49.0	56.0
	5.00	44	44.0	44.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00055

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	3	3.0	3.0	4.0
	3.00	2	2.0	2.0	6.0
	4.00	53	53.0	53.0	59.0
	5.00	41	41.0	41.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

VAR00057

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	3.00	1	1.0	1.0	1.0
	4.00	31	31.0	31.0	32.0
	5.00	68	68.0	68.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

Statistiques descriptives

	N	Moyenne
VAR00001	100	4.3300
VAR00002	100	3.5400
VAR00003	100	4.1200
VAR00004	100	3.8900
VAR00005	100	4.0400
VAR00006	100	4.1900
VAR00007	100	4.1000
VAR00008	100	4.2100
VAR00009	100	4.0500
VAR00010	100	4.3400
VAR00011	100	4.0600
VAR00012	100	4.3800
VAR00013	100	4.1700
VAR00014	100	4.2900
VAR00015	100	4.4900
VAR00016	100	4.5500
VAR00017	100	3.0500
VAR00018	100	4.6200
VAR00019	100	4.1100
VAR00020	100	4.2300
VAR00021	100	4.4400
VAR00022	100	4.4900
VAR00023	99	4.5859
VAR00024	100	4.0800
VAR00025	100	4.0900
VAR00026	100	3.9100
VAR00027	100	4.6100
VAR00028	100	4.6800
VAR00029	100	4.4500
VAR00030	100	3.9100
VAR00031	97	4.2577
VAR00032	100	3.9000
VAR00033	100	4.4900
VAR00034	100	4.4500
VAR00035	100	4.3300
VAR00036	100	4.5900
VAR00037	100	4.4000
VAR00038	100	5.1900
VAR00039	100	4.6000
VAR00040	100	4.3600
VAR00041	100	4.3600
VAR00042	100	4.4800
VAR00043	100	4.2300
VAR00044	100	4.2500
VAR00045	100	4.5600
VAR00046	100	4.4300
VAR00047	100	4.4200
VAR00048	100	4.1100
VAR00049	100	4.5700
VAR00050	99	4.4949
VAR00051	100	4.4200
VAR00052	100	4.2800
VAR00053	100	4.2500
VAR00054	100	4.2300
VAR00055	100	4.3000
VAR00056	100	4.3200
VAR00057	100	4.6700
N valide (liste)	95	

ملحق رقم 5 يوضح حساب الوسط

الحسابي لكل بند من بنود الاستبيان :

جامعة الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

استبيان

التعليمة:

أخي الولي / نشكرك لك تعاونك

أضع بين يديك هذا الاستبيان الذي يهدف إلى معرفة بعض طرق تعاملك مع ابنك، ونرجو منك الإجابة على جميع فقراته، وذلك توضع علامة (x) أمام البديل الذي ينطبق فعلا على طريقته تعاملك مع ابنك وتصوراتك حول الخدمات المقدمة له داخل الروضة أو المركز، نحيطك علما أن إجابتك ستحظى بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط كما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة هي ما ينطبق عليك بالفعل.

الرقم	السبند	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
01	من ضرورة الكشف عن الأمراض الوراثية					
02	ليس من الضروري تقديم خدمات الإرشاد الجيني للمقبلين عن الزواج					
03	ضرورة إجراء الفحوصات الطبية للعائلة					
04	ليس من الضرورة الكشف عن الأمراض الجنسية للأفراد المقبلين عن الزواج					
05	ليس من الضرورة الكشف عن الأمراض المزمنة لإفراد المقبلين على الزواج					
06	ضرورة معرفة توافق العامل الريزسي RH قبل الزواج					
07	- ضرورة تقديم حصص في شكل تمارين علاجية لتسهيل عملية الولادة					
08	ضرورة تقديم حصص عن الغذاء المناسب للمرأة الحامل					
09	ليس الضرورة إجراء الفحوصات الطبية الدقيقة والمتابعة الجيدة أثناء فترة الحمل					
10	ضرورة الكشف عن الأمراض المعدية عند المرأة الحامل وعلاجها					
11	ليس من الضروري تقديم خدمة فحص فصيلة الدم					

					أثناء فترة الحمل	
12					ضرورة تجنب التعب والإرهاق للمرأة الحامل	
13					ليس مهم قياس الضغط الدموي للمرأة الحامل	
14					ليس ضروري علاج فقر الدم عند المرأة الحامل	
15					ضرورة علاج نقص الكالسيوم وعلاج نقص الفيتامينات عند المرأة الحامل	
16					من الضروري تجنب تناول الأدوية أثناء فترة الحمل دون استشارة طبية .	
17					ليس من الضروري تجنب تناول القهوة والشاي أثناء فترة الحمل	
18					ضرورة تجنب التدخين والتدخين السلبي	
19					ليس من الضرورة تجنب القلق والضغوط النفسية عند المرأة الحامل	
20					ضرورة تجنب التعرض للإشعاع عند المرأة الحامل	
21					ليس ضروري توفر أماكن ومستشفيات خاصة بالتوليد والنساء	
22					ليس ضروري توفر المستشفيات على مصالح خاصة تقدم الرعاية لام ومولودها بعد الولادة المبكرة	
23					ضرورة وجود مصالح مختصة تدعى مصلحة الامومة والطفولة لتقديم اللقاحات للمولود والأم للوقاية من بعض الأمراض المتنقلة	
24					- ضرورة ان تكون الولادة على يد طبيب متخصص	
25					ليس من الضروري لتوفر الحاضنات الاصطناعية عند الضرورة	
26					ضرورة تجنب الولادات العسيرة بإجراء عملية قيصرية	
27					ضرورة متابعة أطفال ومراقبتهم بعد مرحلة الولادة لتجنب العديد من الإعاقات،	
28					ضرورة الاهتمام بتوفير الرضاعة الطبيعية للطفل	
29					ضرورة احترام ساعات النوم الكافية للطفل	
30					ليس من الضروري مراقبة درجة حرارة الطفل باستمرار	
31					ضرورة علاج الإسهال عند الطفل	
32					ليس من الضروري علاج اليرقان عند الطفل	
33					ضرورة علاج التهاب السحايا عند الطفل	

					34	ضرورة توفير التغذية المناسبة للطفل
					35	ليس من الضروري توفير الاهتمام والحب والأمن النفسي للطفل
					36	ضرورة احترام جدول التلقيحات عند الطفل
					37	ليس من الضروري اللعب مع الطفل وتشجيع نموه الحس حركي
					38	ضرورة السعي لعلاج إي خلل يظهر في نمو الطفل
					39	ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي عند الطفل
					40	ضرورة طلب التدخل العلاجي المتخصص
					41	ضرورة الحرص على استمرار التدخل العلاجي المتخصص داخل العيادات والمراكز الخاصة
					42	ضرورة مساهمة الوالدين والأسرة في تدريب الطفل وعلاجه عن طريق الواجبات المنزلية
					43	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل على النطق .
					44	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل على تسمية الأشياء
					45	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على التواصل البصري
					46	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الجلوس على الكرسي
					47	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل التواصل مع الآخرين
					48	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل التعبير عن مشاعره
					49	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على اللعب مع الآخرين
					50	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على فهم التعليمات الموجهة إليه
					51	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الاستجابات الصحيحة للتعليمات الموجهة إليه
					52	ضرورة التركيز على تعديل سلوك الطفل
					53	ليس من الضروري التركيز على تعليم الطفل مهارة النظافة
					54	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارة الأكل
					55	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارة اللباس
					56	ليس من الضروري التركيز على تدريب الطفل مهارات التواصل مع الآخرين
					57	ضرورة التركيز على تدريب الطفل على الكلام

