

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة عمار ثليجي بالأغواط

ميدان العلوم الإجتماعية والإنسانية  
شعبة: علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي



كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
والأرطوفونيا  
رقم:...../2023

العنوان

دور النشاط البدني المكيف في التخفيف من فرط النشاط عند  
الطفل المصاب بطيف التوحد -درجة متوسطة-  
"دراسة ميدانية في المركز النفسي البيداغوجي 2 بالأغواط"

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس تخصص: علم النفس  
العيادي

تحت إشراف البروفيسور:  
- باهي سلامي

إعداد الطالبين:  
- جلال حطاب  
- عماد الدين روتال

لجنة المناقشة

العضوية	الجامعة	الدرجة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة عمار ثليجي بالأغواط	أستاذ التعليم العالي	أ.د محمد صخري
مشرفا و مقرا	جامعة عمار ثليجي بالأغواط	أستاذ التعليم العالي	أ.د باهي سلامي
مناقشا	جامعة عمار ثليجي بالأغواط	أستاذ محاضر "أ"	د. بن شهرة قرينات

الموسم الجامعي: 2022/2023

إلى كل من في قلبه ذرة حب  
لهذا الوطن  
...جلال خطاب



الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات  
أرجوا من الله عز وجل أن يكون هذا العمل بداية لنجاحات  
قادمة

إهدي هذا العمل إلى:  
روح امي الغالية رحمة الله عليها  
إلى زوجتي ورفيقة دربي العزيزة  
إلى أبنائي و قرّة عيني أختي الغالية

إلى:

الوالد، المربي، الموجه

الأستاذ الدكتور باهي سلامي

الشكر موصول إلى الدكتور الفاضل والأخصائي النفساني

العيادي السيد العايب عبد القادر.

كما لا يفوتنا شكر إدارة المركز النفسي البيداغوجي -2- بالأغواط.

وإلى الأساتذة الأفاضل من قسم علم النفس على مستوى جامعة

## ملخص الدراسة:

تدور فكرة البحث حول تطبيق أنشطة بدنية مكيفة لعينة من أطفال التوحد متوسطي الدرجة، والذين يعانون من فرط النشاط قصد تثبيطه أو توجيهه أو خفضه، والنظر في النهاية ما إذا كان للنشاط البدني دور التخفيف من فرط النشاط لدى الطفل التوحد متوسط الدرجة، محاولة منا للحد من المشاكل المترتبة عن مشكلة فرط النشاط عند الطفل التوحد وإمكانية خفض من تشتت الإنتباه والتخفيف من الإندفاعية والتي تؤدي بالطفل إلى إيذاء ذاته وغيره، لذلك حاولنا الوصول إلى أهدافنا عن طريق تطبيق نشاطين مكيفين تمثلا في:

-القفز داخل الحلقات.

-المشي في المتاهة.

اخترنا المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا-2- بالأغواط لتطبيق هذه الدراسة، على عينة تتكون من عشرة(10) أطفال قسمناهم على مجموعتين (تجريبية وضابطة).

متبعين في ذلك المنهج التجريبي، وقياس النشاط الزائد لأطفال طيف التوحد متوسطي الدرجة ثم قمنا بمقارنة نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمقياس فجاءت النتائج مؤكدة الدور الكبير للنشاط البدني المكيف في التخفيف من فرط النشاط لدى الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

إن الغاية الأكبر من بحثنا هذا المساهمة في تسهيل العملية التكيفية من خلال إزالة أو التخفيف من أكبر عائق يحول دون نجاحها والذي يتمثل في فرط النشاط وذلك عن طريق الأنشطة البدنية المكيفة.

الكلمات المفتاحية : الأنشطة البدنية المكيفة/ النشاط الزائد/طيف التوحد /الأطفال.

## **Study summary:**

The idea of the research revolves around the application of adapted physical activities for a sample of moderately autistic children who suffer from hyperactivity in order to discourage, direct or reduce it.

Finally, and to consider whether physical activity has a role in mitigating hyperactivity in the autistic child of average degree, an attempt by us to reduce the problems arising from the problem of hyperactivity in the autistic child and the possibility of reducing distraction and reducing impulsivity, which leads the child to harm himself and others, Therefore, we tried to reach our goals by applying two adapted activities:

- Jumping inside the rings.
- Walking in the maze.

We chose the Psychological Pedagogical Center for Mentally Handicapped Children -2- in Laghouat to apply this study, on a sample consisting of ten (10) children, whom we divided into two groups (experimental and control).

following the experimental method, And measure the hyperactivity of children of the autism spectrum of the middle degree, and then we compared the results of the pre and post test of the scalek The results confirmed the significant role of adapted physical activity in reducing hyperactivity in a moderately autistic child

The biggest goal of our research is to contribute to facilitating the sponsorship process by removing or mitigating the biggest obstacle to its success, which is hyperactivity, through adapted physical activities.

**Keywords: adapted physical activities/ hyperactivity/ autism spectrum/ children.**

## فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	الإهداء
ج	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة باللغة العربية
هـ	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
و	فهرس المحتويات
ل	فهرس جداول
م	فهرس الأشكال
ن	فهرس الملاحق
1	مقدمة

### الفصل: الأول الإطار العام للدراسة

4	إشكالية الدراسة	1
6	فرضيات الدراسة	2
6	أهداف الدراسة	3
7	أهمية الدراسة	4
7	مصطلحات الدراسة	5
8	الدراسات السابقة	6

### الفصل الثاني: النشاط البدني المكيف

14	تمهيد	
14	لمحة تاريخية	1
15	تعريف النشاط البدني المكيف	2
16	أهمية النشاط البدني المكيف	3

17	الأهمية التربوية	1-3
18	الأهمية البيولوجية	2-3
18	الأهمية النفسية	3-3
19	الأهمية الإجتماعية	4-3
19	الأهمية الإقتصادية	5-3
19	الأهمية العلاجية	6-3
20	مجالات النشاط البدني المكيف	4
20	المجال العلاجي أو التأهيلي	1-4
21	المجال التربوي	2-4
21	المجال التنافسي	3-4
22	طرق تعديل الأنشطة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة	5
22	التعديل في النواحي القانونية	1-5
22	التعديل في عدد اللاعبين	2-5
22	التعديل في الأداء المهاري للحركة	3-5
23	التعديل في الأدوات	4-5
23	معوقات النشاط البدني المكيف	6
25	النشاط البدني المكيف في الجزائر	7
26	أهداف الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين	8
26	عضوية الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين في الهيئات الدولية	9
29	خلاصة الفصل	

### الفصل الثالث: فرط النشاط

31	تمهيد	
31	تعريف فرط النشاط	1

33	أسباب فرط النشاط	2
33	أسباب نفسية	1-2
33	أسباب بيولوجية	2-2
35	اسباب وراثية	3-2
36	أسباب بيئية	4-2
37	أسباب إجتماعية	5-2
38	أعراض فرط النشاط	3
38	الأعراض الأساسية لاضطراب فرط النشاط	1-3
38	فرط النشاط	1-1-3
38	تشنت الإنتباه	2-1-3
39	الإنذفاعية	3-1-3
39	الأعراض الثانوية لاضطراب فرط النشاط	2-3
39	انخفاض الأداء الأكاديمي	1-2-3
39	عدم القدرة على تكوين علاقات مع جماعة الأقران	2-2-3
40	فرط النشاط حسب DSM-5	4
43	تشخيص فرط النشاط	5
45	أهم المقاييس المستعملة في قياس فرط النشاط وتشنت الإنتباه والإنذفاعية	6
45	مقياس CONNERS لتقدير أولياء الامور	1-6
45	مقياس CONNERS لتقدير المعلمين	2-6
47	مقاييس التقدير المشتركة	3-6
46	التشخيص الفارقي	7
46	متلازمة أسبرجر	1-7
46	متلازمة هرمون الدرق	2-7

47	متلازمة توريت	3-7
47	التخلف العقلي	4-7
47	نوبات الصرع	5-7
48	طرق علاجية معتمدة في علاج فرط النشاط	8
50	خلاصة الفصل	

#### الفصل الرابع: طيف التوحد

52	تمهيد	
52	لمحة تاريخية	1
56	تعريف التوحد	2
59	أنواع اضطراب طيف التوحد	3
60	أعراض اضطراب طيف التوحد	4
67	تشخيص اضطراب طيف التوحد	5
67	صعوبة تشخيص اضطراب طيف التوحد	1-5
68	أساليب التشخيص	2-5
70	معايير التشخيص	3-5
70	المعايير التشخيصية حسب منظمة الصحة العالمية ICD	1-3-5
71	المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد وفقا لدليل التشخيصي DSM-5-	2-3-5
75	التشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى	4-5
76	التوحد والإعاقة العقلية	1-4-5
76	التوحد والفصام	2-4-5
77	التوحد ومتلازمة أسبرجر	3-4-5
78	التوحد ومتلازمة ريت	4-4-5
79	عملية وأساليب التكفل	6

80	أنواع التكفل	1-6
80	التكفل الطبي	1-1-6
81	التكفل الإجتماعي	2-1-6
81	التكفل النفسي	3-1-6
81	التكفل السلوكي	4-1-6
82	أهمية عملية التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد	2-6
82	أهم البرامج التكفلية بأطفال طيف التوحد	3-6
82	برنامج التدخل المكثف ABA	1-3-6
83	برنامج علاج وتربية الأطفال ومشكلات التواصل المتشابهة TEACCH	2-3-6
84	برنامج استخدام الصور في التواصل PECS	3-3-6
85	التدريب على المهارات الإجتماعية SST	4-3-6
85	العلاج بالحياة اليومية DLT	5-3-6
85	العلاج بالتكامل الحسي SIT	6-3-6
85	التدريب على التكامل السمعي AIT	7-3-6
85	العلاج بالتدريبات البدنية PE	8-3-6
86	مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS	9-3-6
87	خلاصة الفصل	

### الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

90	تمهيد	
90	منهج الدراسة	1
90	المنهج التجريبي	1-1
90	حدود الدراسة	2
90	الحدود المكانية	1-2
91	الحدود الزمانية	2-2

91	الحدود البشرية الأدائية	3-2
91	مجتمع الدراسة	3
92	عينة الدراسة	4
93	إجراءات التطبيق	5
93	الهدف من الدراسة الإستطلاعية	6
93	أدوات جمع البيانات	7
93	المقابلة	1-7
94	إختبار قياس درجة التوحد كارز2	2-7
95	إختبار فرط النشاط المصحوب بتشتت الإنتباه والإندفاعية	3-7
96	تصحيح مقياس النشاط الزائد	1-3-7
97	الأنشطة البدنية المكيفة المستعملة في هذه الدراسة	4-7
98	إجراءات التطبيق	8
98	مقياس كارز2 لتحديد الدرجة	1-8
101	تطبيق إختبار النشاط الزائد القبلي	2-8
104	الأنشطة البدنية المكيفة	3-8
107	نتائج تطبيق الإختبار البعدي لمقياس فرط النشاط	4-8

#### الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

110	تمهيد	
110	النتائج العامة للقياس	1
110	المجموعة التجريبية	1-1
111	المجموعة الضابطة	2-1
113	نتائج قياس البنود الخاصة ببعده تشتت الإنتباه	2
114	المجموعة التجريبية	1-2
114	المجموعة الضابطة	2-2

116	نتائج قياس البنود الخاصة ببعد الإندفاعية	3
117	المجموعة التجريبية	1-3
117	المجموعة الضابطة	2-3
120	الإستنتاج العام	4
121	الخاتمة	
122	قائمة المراجع	
128	قائمة الملاحق	

### قائمة الجداول

25	الرياضة الممارسة حسب أصناف الإعاقة	1
55	مراحل تطور اضطراب طيف التوحد	2
73	درجة الشدة والإحتياج	3
76	الفروق بين التوحد والإعاقة العقلية	4
77	الفروق بين التوحد والفصام	5
77	الفروق بين التوحد ومتلازمة أسبرجر	6
79	الفروق بين التوحد وبين متلازمة ريت	7
95	توضيحي لتصنيف التوحد حسب الدرجة	8
96	الأبعاد وبنود إختبار النشاط الزائد	9
96	مفتاح مقياس فرط النشاط	10
98	نتائج إختبار تحديد الدرجة للطفل المصاب بطيف التوحد	11
101	يبين توزيع التوحد حسب الدرجة والجنس	12
102	نتائج تطبيق الإختبار (القبلي) لفرط النشاط	13
103	تقسيم العينة لمجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية	14
104	نتائج إختبار فرط النشاط القبلي للعينة (الضابطة والتجريبية)	15
107	نتائج تطبيق الإختبار (البعدي) حسب مقياس فرط النشاط	16

110	نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق اختبار فرط النشاط.	17
112	نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق اختبار فرط النشاط.	18
114	نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق بنود بعد تشتت الإنتباه.	19
115	نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق بنود بعد تشتت الإنتباه.	20
117	يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق بنود بعد الإندفاعية.	21
118	نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق بنود بعد الإندفاعية.	22

#### قائمة الأشكال

91	يوضح لنسبة أطفال طيف التوحد والإحتياجات الأخرى المتكفل بهم داخل المركز	1
92	يوضح لنسبة الاطفال الذين يعانون من فرط النشاط	2
101	يوضح نسب الدرجات المتحصل عليها	3
103	يوضح نتائج مقياس فرط النشاط القبلي للعيينة	4
113	يوضح نسب نتائج الإختبار البعدي لمقياس فرط النشاط للمجموعتين	5
118	يوضح مقارنة بين نتائج الإختبار القبلي والبعدي الخاص بالمجموعتين	6
116	يوضحي للمقارنة بين نتائج مجاميع بنود تشتت الإنتباه، للإختبار القبلي والبعدي الخاص بالمجموعتين التجريبية والضابطة	7
119	المقارنة بين نتائج مجاميع بنود بعد الإندفاعية للعيينة	8

قائمة الملاحق

129	مقياس فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإنذافية	1
131	نموذج لبطاقة تقنية	2
132	بطاقة تقنية للنشاط البدني المكيف الأول (القفز داخل الحلقات)	3
133	بطاقة تقنية للنشاط البدني المكيف الثاني (المشي داخل المتاهة)	4
134	مقياس كارز 2	5
137	التقارير العيادية للعينة	6
147	الهيكل التنظيمي للمركز النفسي البيداغوجي -2- بالأغواط	7

## مقدمة:

تعتبر مهارات القدرة على التواصل والتأقلم والتعاطي مع الآخر بأسلوب سوي بحيث يتقبلها الآخر بصورة عادية دون صعوبة، هي المكسب والهدف الرئيس الذي يعمل عليه المربي أو المسؤول أو المشرف على تنشأة الطفل.

لذلك جاءت التشريعات البدنية والرياضية لتحسين أداء الفرد وتمكينه من أداء واجباته على أكمل وجه لاسيما الواجبات اتجاه الغير، كما استطاع أصحاب هذا المجال والباحثين فيه من تطويره ليصبح أداة تساهم في تسهيل تطبيق مختلف البرامج التعليمية والتكيفية وغيرها الموجهة للطفل من خلال الحد من بعض المشاكل والمعوقات أو التخفيف منها والتي تعرقل تلك البرامج والعمليات التعليمية والتلقينية وكذا التكيفية مثال ذلك مشكل فرط النشاط، والذي يعتبر من أهم وأكبر المعوقات التي تواجه القائم على تلك العمليات والبرامج، باعتبار أن الطفل الذي يعاني من فرط النشاط يعاني بذلك من التشتت في الإنتباه وبذلك ينقص مستوى استيعابه.

لا تقتصر الانشطة البدنية على الأشخاص الأسوياء فقط، وإنما تعدى هذا المجال دائرة السواء فاستطاع القائمون على هذا المجال من تكيف بعض الأنشطة البدنية لكي تتماشى مع ذوي الإحتياجات الخاصة لكل فئة على حسب احتياجاتها وقدراتها، محاولة لعدم حرمانهم من ممارسة الهوايات والواجبات البدنية من جهة، ومحاولة مساعدتهم على اجتياز بعض الصعوبات والمعوقات من جهة أخرى، تماما كالأنشطة البدنية المكيفة على حسب قدرات أطفال طيف التوحد مثلا، فقد تم تكيف العديد من الأنشطة البدنية لمساعدتهم على التخلص من بعض المشكلات والصعوبات التي تحول دونهم ودون استيعابهم وتواصلهم مع الغير لا سيما مشكلة فرط النشاط عند الطفل المصاب بطيف التوحد.

فجاء هذا البحث لتحديد ما إذا فعلا يستطيع النشاط البدني المكيف في التخفيف من مشكل فرط النشاط والتشتت في الإنتباه عند الطفل المصاب بطيف التوحد، فتضمن البحث

في الفصل الأول من الجانب النظري طرح الإشكال الرئيسي والإشكاليين والفرعيين ثم تقديم الفرضيات وتبيين الأهمية من هذا البحث والهدف منه، وجاء في الفصل الثاني للبحث أهم ما يمكن التطرق إليه في مجال النشاط البدني المكيف، ثم أهم ما يمكن ذكره في مشكل فرط النشاط في فصل ثالث، ثم قمنا بالإحاطة بطيف التوحد في الفصل الرابع من الجانب النظري.

أما عن الجانب التطبيقي فذكرنا في فصل إجراءات الدراسة تبيين المنهج المستخدم في هذا البحث وأدوات جمع المعلومات، وكذا حدود الدراسة الزماني والمكاني والبشري، حددنا أيضا عينة الدراسة من أطفال طيف التوحد متوسطي الدرجة، أما الفصل الأخير من الجانب التطبيقي أهم ما جاء فيه العرض المفصل لنتائج الإختبار البعدي لمقياس فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية، والإجابة عن التساؤلات وتحقيق الفرضيات وأخيرا ذكر لبعض المقترحات.

## الفصل الأول:

### الإطار العام للدراسة

1 إشكالية الدراسة

2 فرضيات الدراسة

3 أهداف الدراسة

4 أهمية الدراسة

5 التعريف بمتغيرات الدراسة

6 الدراسات السابقة

## 1 إشكالية :

تعد فئة ذوي الإحتياجات الخاصة فئة من فئات المجتمع التي تعاني-نظرا لخصوصيتهم- من القصور من حيث تأدية وظائفهم وممارسة حياتهم بصورة عادية مقارنة بالعاديين.

وبذلك فإن هذه الفئة تحتاج لفهم أكثر عن طريق الإهتمام الأكبر والأمثل نتيجة ما تفرضه عليهم الخصوصية الجسمية والتفاعلية والإجتماعية والسلوكية والإكلينيكية ...

تتعدد المشاكل التي قد يعاني منها الطفل عموما أو الطفل من ذوي الإحتياجات الخاصة من بين أهم هذه المشاكل هو مشكل النشاط الزائد أو ما يعرف بفرط النشاط المصحوب بتشتت الإنتباه والتي تؤثر سلبا على أداء مهامهم على أكمل وجه وهذا ما يجعل الطفل يترجم ذلك بالإندفاعية، ويتسم الأداء المدرسي عند الطفل الذي يعاني من فرط النشاط بالصعوبة في أداء الواجبات الدورية وبكثرة الأخطاء، وفي المنزل يؤثر سلبا على أداءه وتفاعله وكذا علاقاته مع أفراد أسرته وكذلك على جماعة أقرانه.

ونستطيع القول أنه لحد الآن لايزال مشكل فرط النشاط لدى الفئات الخاصة يحتاج للكثير من البحث والدراسات المعمقة من أجل الحد من تأثيره وتحسين ظروف التكفل والحماية للطفل الذي يعاني منه، وكذا مساعدته على حلحلة هذا المشكل وتأثيره السلبي على جميع الأصعدة وذلك بمشاركة الجميع، خاصة الأفراد الذين تجمعهم به علاقات دائمة كأولياء أو علاقات طويلة المدى كمؤطرين وأخصائيين و...، ولأنه لايمكن بأي حال من الأحوال غض النظر على العوامل المحيطة بالفئات الخاصة التي للأسف في الكثير من الأحيان تحول دونه ودون سيرورة العملية التكلفية أو الأكاديمية الحسنة، لأن المعاملة غير السوية لأولياء على سبيل المثال للأبناء المعاقين عموما على غرار التهميش وتحسيسهم بالنقص والتفرقة والكيل بمكيالين مقارنة بالأبناء الأسوياء...، تؤثر لا محالة على الأهداف المرجوة والمنتظرة من العملية التكلفية لذوي الإحتياجات الخاصة، خاصة الفئات التي تعتمد أساسا في عملية التكفل على الأولياء لا سيما الطفل التوحدي، باعتبار أن جل البرامج التكلفية والتلقينية للطفل المصاب بطيف التوحد لا تخلو من المشاركة الوالدية في الأساس.

إن فرط النشاط لدى الطفل المصاب بطيف التوحد يجعل من تطبيق البرامج التكلفية شبه مستحيلا، ويؤدي في جل الأحيان للنفور منه على الصعيد الأسري عن طريق تهميشه،

وكذلك مجتمعيا من طرف جماعة الأقران، وهذا يعود رأسا لتشتت إنتباهه وإندفاعيته، وبذلك فإنه أساسا يحتاج إلى الحد من التأثير السلبي عليه، عن طريق برامج وآليات.

من بين أهم المجالات التي اهتمت بهذا المشكل هو المجال البدني، الذي عمل على التوجيه والتقليل من فرط النشاط والإندفاعية عن طريق البرامج والأنشطة البدنية وتكييفها تماشيا وخصوصية كل فئة، وعلى رأسها فئة الطفل التوحدي بأنواعه ودرجاته من شديد ومتوسط وخفيف.

فإذا نجح النشاط البدني المكيف على حسب خصوصية الفئة في الخفض من مستوى فرط النشاط عند الطفل التوحدي في أحد درجاته ولتكن الدرجة المتوسطة مثلا، فإننا قد وضعنا حدا للمشكلة التي أدت سلفا في التأثير سلبا على التحصيل وعلى العملية التكيفية للطفل من جهة، وعلى المجال العلائقي بينه وبين محيطه من جهة أخرى وهنا تكمن أهمية التجربة، وعلى ضوء ما تقدم ذكره نصل إلى التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيس:

-هل للنشاط البدني المكيف دور في خفض فرط النشاط عند الطفل المصاب بطيف التوحد ذو الدرجة المتوسطة؟

تساؤل فرعي أول:

-إلى أي مدى يمكن أن يساهم النشاط البدني المكيف في الخفض من تشتت الإنتباه عند الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة؟

تساؤل فرعي ثاني:

-هل يمكن للنشاط البدني المكيف أن يقلل من الإندفاعية لدى الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة؟

## 2 فرضيات الدراسة:

إنطلاقاً من ما سبق التطرق له في الجانب النظري الذي صب في سياق الموضوع، وسعياً للإجابة على إشكالية الدراسة، تم بناء الفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية التالية:

### الفرضية الرئيسية:

- للنشاط البدني المكيف دور في خفض فرط النشاط عند الطفل المصاب بطيف التوحد ذو الدرجة المتوسطة.

### الفرضيات الفرعية:

- يساهم النشاط البدني المكيف في خفض من تشتت الإنتباه عند الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

- يمكن للنشاط البدني المكيف أن يقلل من الإندفاعية لدى الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

## 3 أهداف الدراسة:

- معرفة دور النشاط البدني المكيف في خفض مستوى النشاط الزائد عند الأطفال المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

- محاولة الحد من المشاكل المترتبة عن مشكلة فرط النشاط عند الطفل المصاب بطيف التوحد.

- التخفيف من أعراض الإندفاعية التي تؤدي بالطفل إلى إيذاء الذات أو الغير.

- المساهمة النظرية في مجال النشاط البدني المكيف.

- محاولة الرفع من مستوى التحصيل بوضع حد أو التخفيف من مشكلة فرط النشاط عند الطفل المصاب بطيف التوحد عموماً.

- المساهمة في الرفع من فاعلية العملية التكيفية.

- زيادة التوعية بأهمية مجال الأنشطة البدنية المكيفة داخل المراكز المتخصصة.

#### 4 أهمية الدراسة:

إمكانية مساهمة هذا البحث وما يسفر عليه من نتائج، حول ما إذا كان للأنشطة البدنية المكيفة دور في الخفض من النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه والاندفاعية عند الطفل المصاب بطيف التوحد باختلاف درجات التوحد لديه حسب مقياس (كارز) لقياس درجة التوحد، كما نرجوا أن تساعد بعض الباحثين للقيام ببحوث أخرى في مجال الأنشطة البدنية المكيفة خاصة فئة التوحد بدرجات أخرى غير المتوسطة، أو عند فئة أخرى من فئات الإحتياجات الخاصة.

كما نهدف إلى مساعدة الأخصائيين المشرفين على العمليات التكيفية داخل وخارج المؤسسات المتخصصة على التخلص من المشاكل المترتبة على فرط النشاط وتشتت الإنتباه والاندفاعية لدي الفئة المتكفل بها داخل المؤسسات المتخصصة في ولاية الأغواط. كما أن لهذا البحث إمكانية مساعدة القائمين على الفئات الخاصة داخل المراكز المتخصصة على مستوى ولاية الاغواط، في توجيهه وتأطير الطاقة الزائدة المعيقة للعملية التكيفية واستغلالها.

بمثل هذه البحوث يرتفع مستوى الأداء الوالدي للتكفل من جهة، ويترك أثرا إيجابيا في أنفسهم من جهة أخرى.

محاولة المساهمة في الرفع من القيمة العلمية للمجال البدني المكيف ومدى تأثيره إيجابيا على فرط النشاط المصحوب بالتشتت في الإنتباه والاندفاعية.

#### 5 مصطلحات الدراسة:

ويرى الطالبين الباحثين أن:

- **النشاط البدني المكيف:** هي الأنشطة المعدلة تماشايا مع خصوصيات الفئة المستهدفة من حيث القدرة والحاجة والإمكانيات، تهدف إلى الخفض من فرط النشاط عند الطفل التوحدي متوسط الدرجة.
- **فرط النشاط:** مجموعة من الأعراض المتعلقة بفرط في الحركة وتشتت في الإنتباه و نتيجة القياس عنده في مقياس النشاط الزائد يفوق 74 نقطة.

- **الطفل المصاب بطيف التوحد:** هو طفل يعاني من اضطراب نمائي، يتميز بقصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي، فيتأثر بذلك التواصل وبذلك التفاعل بكل أنواعه.
- 6 الدراسات السابقة:

## 1- دراسة عفيف مفيد إبراهيم، 1996.

موضوع الدراسة: مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقليا

- هدفت الدراسة للتعرف على مستوى اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقليا إعاقة بسيطة وإعاقة متوسطة في المراكز الأردنية الخاصة والحكومية وذلك من خلال البحث في الإجابة عن التساؤل الآتي ذكره:

- هل توجد فروق ذات دلالات إحصائية في عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقليا للفئة العمرية الواحدة تبعا لمتغير نوع المركز ونوع الإعاقة والتفاعل بينهما؟

- إفترض الباحث أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة للمعوقين عقليا للفئة العمرية الواحدة تبعا لمتغير نوع المركز ونوع الإعاقة والتفاعل بينهما.

- إستخدم الباحث المنهج التجريبي، أجريت الدراسة على عينة تتكون من اربعمائة و عشرة(410) طفلا معوقا إعاقة بسيطة وإعاقة متوسطة تم اختيارهم عشوائيا، ينتمون على ثمانية(08) مراكز مقسمة بين المراكز الخاصة والحكومية.

- إستعان الباحث ببطارية اختبار الجري و المشي مسافة ميل واحد، لقياس التحمل الدوري التنفسي.

- أظهرت نتائج هذه الدراسة بصورة عامة وواضحة تفوق المراكز الخاصة على المراكز الحكومية في جميع متغيرات الدراسة من جهة، ومن جهة اخرى تفوق ذوي الإعاقات البسيطة على ذوي الإعاقات المتوسطة.

## 2- دراسة عبورة العربي، 2006.

موضوع الدراسة: الانشطة الرياضية والترويحية المعدلة في تحسين التكيف الشخصي والاجتماعي (رسالة ماجستير).

- هدفت الدراسة على تصميم برنامج تكفلي بيداغوجي من خلال التربية الرياضية والترويحية للمعاقين سمعياً لتحسين التكيف الشخصي والاجتماعي و إثارة الدافعية في ممارسة النشاط الحركي المكيف بواسطة تنمية القدرات الحركية الأساسية ومهارات الألعاب الترويحية.

- فرضت الدراسة أن ممارسة النشاط البدني المكيف يساعد في تحقيق الاغراض العضوية والعصبية والعضلية والاجتماعية والعاطفية، وان هنالك تأثير إيجابي في توظيف الأنشطة الرياضية و الترويحية المعدلة لتحسين التكيف الشخصي والاجتماعي للمعاقين سمعياً.

- إعتد الباحث في دراسته على المنهج التجريبي، إستخدم من خلاله الأدوات التالية:

• إستبيان موجه للمدراء والمشرفين.

• إختبار الشخصية.

• وحدات تعليمية تتضمن بعض الأنشطة الرياضية والترويحية.

- واستهدف عينة قصدية تمثلت في واحد وعشرين (21) طفلاً ذوو إعاقة سمعية درجة متوسطة من مجتمع العينة مدرسة صغار الصم بولاية وهران.

جاءت دراسة عبورة العربي بنتائج أكدت أن ممارسة النشاط الحركي المكيف ساعد بالفعل في تحقيق التحسن في التكيف الشخصي والاجتماعي للمعاقين سمعياً.

### 3- دراسة أحمد بوسكرة، 2007.

موضوع الدراسة: النشاط البدني المكيف لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بالمراكز الطبية البيداغوجية دراسة ميدانية عن الاطفال ذوي التخلف العقلي البسيط من 09 إلى 12 سنة (دراسة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص النشاط البدني المكيف سنة 2007)

- جاءت الدراسة للإجابة على التساؤل الآتي:

• هل إن إقتراح برنامج بدني مكيف يؤثر في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً في المراكز البيداغوجية؟

- فرضت الدراسة أن المراكز البيداغوجية المكلفة بتربية ورعاية الأطفال المتخلفين

عقلياً، تفتقر إلى منشآت رياضية قاعدية وبرامج رياضية مكيفة وإلى مربين مختصين في النشاط البدني والرياضي المكيف، واقترح برنامج بدني مكيف يؤثر إيجاباً على نمو

المهارات الإجتماعية لدى الأطفال المتخلفين تخلفا عقليا بسيطا في المراكز النفسية البيداغوجية.

- هدفت الدراسة إلى معرفة أثر النشاط الرياضي المكيف على نمو المهارات الحركية الأساسية من خلال تطبيق برنامج مقترح في النشاط البدني المكيف وذلك للوصول بالطفل الى:

• الوعي بالجسم والسيطرة عليه أثناء الأداء.

• تحقيق التوافق العصبي العضلي.

• تنمية المهارات الإنتقالية مثل المشي والجري، والمهارات اللانقلالية مثل التوازن والإنحاء.

• تنمية الإدراك الحسي.

• المساهمة في الرعاية التربوية والتكفلية لهذه الفئة، على جانب المساهمة في تنمية وتطوير البحث العلمي في هذا المجال.

- عينة الدراسة بولاية المسيلة في الجزائر، مع مختلف المدراء واستغرقت مدة ثلاث (03) أيام مع استعمال معالجة النتائج بمعامل الارتباط (بيرسون).

- إعتد الباحث في هذه الدراسة على المنهج التجريبي، من مجتمع أصلي يقدر بإثنان وسبعون (72) طفلا، تم اختيار ستون (60) كعينة للدراسة، عشرون طفلا (20) كعينة تجريبية، وعشرون (20) طفلا كعينة ضابطة.

- نتجت دراسة أحمد بوسكرة إلى تحقيق جميع الفرضيات في وحدات البرنامج التدريبي وتم

الإستنتاج بان الأهداف الإجرائية التي تمت صياغتها ارتبطت بشكل مباشر بأهداف

ممارسة الأنشطة الحركية والرياضية للأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة وبمتطلباتها

وخصائصها، كما تم إستخدام الكثير من الأنشطة والتمارين والحركات أثناء تنفيذ البرنامج

التدريبي المقترح كما ساعد في نمو المهارات الإجتماعية والحركية الأساسية لأفراد العينة

التي قيد الدراسة.

#### 4-دراسة لاندراو (2014)، الولايات المتحدة الأمريكية:

موضوع الدراسة: العلاقة بين شدة المظاهر السلوكية والأعراض المرضية المصاحبة

لاضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط عند الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

- هدفت الدراسة إلى الكشف عن معدلات ونسب اضطراب النشاط الزائد وضعف الإنتباه، على أساس التقارير الإكلينيكية للآباء والأمهات الذين لديهم أطفال من ذوي اضطراب التوحد حسب الدليل التشخيصي الرابع (DSM4).
- اعتمدت الدراسة على الأدوات التي ذكرها:
  - مقياس اضطراب نقص الإنتباه والنشاط الزائد بالإضافة إلى تقارير الآباء.
- تكونت عينة الدراسة من ثمانية وأربعون (48) طفلا من أطفال طيف التوحد.
- كما أظهرت النتائج أن من بين أفراد العينة هناك أطفال ذوي فرط النشاط وعجز الإنتباه يؤدون وظائف معرفية قليلة وامتدنية ويعانون من ضعف وإعاقة اجتماعية شديدة أكثر من أفراد بقية العينة، أي ذوي اضطراب التوحد الذين ليس لديهم فرط في النشاط.

# الجانب النظري

## الفصل الثاني:

### النشاط البدني المكيف

#### تمهيد

#### 1 لمحة تاريخية

#### 2 تعريف النشاط البدني المكيف

#### 3 أهمية النشاط البدني المكيف

#### 4 مجالات النشاط البدني المكيف

#### 5 طرق تعديل الأنشطة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة

#### 6 معوقات النشاط البدني المكيف في الجزائر

#### 7 النشاط البدني المكيف في الجزائر

#### 8 أهداف الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين

#### 9 عضوية الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين في الهيئات

#### الدولية

#### خلاصة الفصل

## تمهيد:

في البحث عن الطرق المثلى التي تهدف أساسا لمساعدة ومرافقة كل الأشخاص أصحاب الحالات خاصة وعلى رأسها ذوو الإحتياجات الخاصة، وعلى إبراز كفاءتهم وقدراتهم في المجالات النفسية والحركية والحسية، نجد النشاطات البدنية الترفيهية أو عن طريق النشاطات الرياضية التي تتماشى مع خصوصية كل فئة من حيث القدرة على الأداء.

يعتبر النشاط البدني المكيف من الأنشطة الهادفة الأكثر إنتشارا في المؤسسات كالمدارس التربوية، والمؤسسات الخاصة كالمراكز النفسية البيداغوجية، ومما ساعد على هذا الإنتشار أن النشاط الرياضي يساعد على الإحساس بالسرور والراحة النفسية والإرتقاء بالمستوى الصحي والبدني للفرد المعاق، إذ يكسبه القوام الجيد، ويخلصه من التعب والملل وتجعله فردا قادرا على التحسن في الأداء.

### 1- لمحة تاريخية:

الإعاقاة والنشاط البدني، كلمتان كانتا سابقا بمثابة خطين متوازيين لا يلتقيا في أي نقطة، ونظرا لضرورة إيجاد حلول مناسبة لهذه الإشكالية كان لزاما على المتخصصين في المجال البدني والحركي البحث على الحل في إطار قانوني ومنظم وعالمي .

فكانت سنة 1973 بمثابة الإطلاقة الحقيقية للمشروع، وذلك بتأسيس الفدرالية الدولية للنشاط البدني المكيف (IFAPA) من بشراكة بلجيكية كندية، وبذلك أصبح اليوم من حق الشخص المعاق وذو إحتياج خاص ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية التي تتماشى مع نوعية الإحتياج الذي يميزه بكل أريحية، متخطيا كل العراقيل والأديولوجيات.

يعتمد النشاط البدني المكيف على أنشطة بدنية و تمارين رياضية معدلة، حيث تعطى عناية خاصة لكفاءات الأشخاص القاصرين ومدى قدرتهم على الأداء، كالأشخاص في وضعية إعاقاة وذوي الصعوبات (إجتماعية أو صحية والشيوخة والخ).

## 2- تعريف النشاط البدني المكيف:

تعدد مفاهيم الأنشطة البدنية المكيفة التي تداولها الأخصائيون والعاملون في المجال، فقد استخدم بعض الباحثون والممارسون مصطلحات النشاط الحركي والبدني المكيف أو النشاط الحركي أو البدني المعدل أو التربية الرياضية المعدلة أو التربية الرياضية المكيفة أو التربية الرياضية الخاصة، في حين استخدم البعض الآخر مصطلحات الأنشطة الرياضية العلاجية أو أنشطة إعادة التكييف.

وبرغم الإختلاف من ناحية التسمية، إلا أنه يبقى الجوهر واحداً ويكمن أساساً في دورها وأهميتها إذ أنها أنشطة رياضية وحركية تهدف إلى تحسين أداء الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سواء كانوا معاقين متأخرين دراسياً أو موهوبين أو مضطربين نفسياً وانفعالياً والمساهمة في إضمار بعض المشاكل لديهم في أكثر من مجال.

يعتبر النشاط البدني المكيف عملية تكييف في طرق ممارسة الأنشطة الرياضية تماشياً وقدرات الفئات المستهدفة، ويتناسب مع نوع ودرجة الإعاقة لديهم. كما تعتبر الأنشطة البدنية المكيفة بمثابة مجموعة من الإجراءات التي تتخذ في بعض الأنشطة الرياضية سواء من حيث التعديل في الأداء البدني، أو التعديل في بعض النواحي القانونية، أو في بعض الخطوات التعليمية حتى يتسنى للمعاق ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية بصورة عادية ومؤمنة.

وتتعدد التعريفات الخاصة بالنشاط البدني المكيف من مختص لآخر ومن هيئة لأخرى، و نذكر على سبيل المثال لا الحصر :

عرفها محمد عبد الحليم البواليز على أنها تلك البرامج المتنوعة من النشاطات الإنمائية والألعاب التي تنسجم وميول وقدرات الطفل المعاق والقيود التي تفرضها عليه الإعاقة. ومن خلال هذا العرض تختلف التعاريف فالمقصود بالنشاط الرياضي المكيف هو إحداث تعديل في الأنشطة الرياضية المبرمجة لتتماشى مع الغايات التي وجدت لأجلها فمثلاً في الرياضات التنافسية هو تكييف الأنشطة الرياضية حسب الفئة وتدريبه للوصول إلى المستويات العالية. (حلمي وفرحات، 1998، ص 223).

كما عرفها ستور stor على أنها تلك الحركات والتمرينات وكل الرياضات التي يتم ممارستها من طرف أشخاص محدودين في قدراتهم من الناحية البدنية، النفسية، العقلية وذلك بسبب أو بفعل تلف أو إصابة من بعض الوظائف الجسمية الكبر ( A.STOR 10,p,1993).

ويرى كل من حلمي إبراهيم ليلي السيد فرحات بأنها مجمل الرياضيات والألعاب والبرامج التي يتم تعديله لتلائم حالات الإعاقة وفقا لنوعها وشدتها، ويتم ذلك وفقا لاهتمامات الأشخاص غير القادرين في حدود قدراتهم(حلمي وفرحات، 1998، ص 223).

كما جاء في تعريف الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية بأنها عبارة عن مجموعة من البرامج المتطورة والمتنوعة من الأنشطة والألعاب الرياضية التي تتناسب مع قدرات المعاقين، إذ يمكنهم ذلك من إشباع رغباتهم في ممارسة أنشطة رياضية تعود عليهم بالنفع وتسهم في استغلال قدراتهم(نفس المرجع، ص 22).

إذن يمكن القول أن النشاط البدني المكيف هو كل الحركات والتمارين وأنواع الرياضات التي يستطيع ممارستها الفرد المحدود القدرات من الناحية البدنية أو النفسية أو العقلية وذلك بفعل تلف بعض الوظائف الجسمية الكبرى، وهي عبارة عن مجموعة من الرياضات الفردية أو الجماعية تمارس من طرف الأفراد المعاقين(رواب وآخرون، 2012، ص 107).

### 3- أهمية النشاط البدني المكيف:

أجمع الأخصائيين على مختلف تخصصاتهم العلمية، في علم البيولوجيا والنفس والإجتماع بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا إجتماعيا نفسيا تربويا اقتصاديا وسياسيا.

روّجت الجمعية الأمريكية للصحة والتربية البدنية في اجتماعها عام 1978، بأن حقه في الترويح الذي يتضمن الرياضة إلى جانب الأنشطة الترويحية الأخرى يندرج ضمن حقوق الإنسان عامة، ومع مرور الوقت بدأت المجتمعات المختلفة في عدة دول مختلفة تعمل على أن يشمل هذا الحق الجميع بمختلف قدراتهم، وقد اجتمع العلماء على مختلف

تخصصاتهم بأن الأنشطة الرياضية والترويحية هامة عموماً، ولذوي الإحتياجات الخاصة بالذات وذلك لأهمية هذه الأنشطة بيولوجيا اجتماعيا نفسيا تربويا اقتصاديا وسياسيا....

### 3-1 الأهمية التربوية:

تقوية الذاكرة:

كمن عملية التقوية الخاصة بالذاكرة اثناء مشاركة الشخص في النشاط وأثناء تكرار النشاط والأدوار الموكلة إليه يقوم المخ بتنشيط الأماكن المسؤولة على تخزين المعلومة وعملية الإسترجاع والتذكر لا سيما في الأنشطة والألعاب التمثيلية.

إكتساب مهارات جديدة:

بفضل تكرار الانشطة البدنية، يستطيع الشخص إكتساب مهارات جديدة خاصة ذات الطابع التنافسي أو الترويحي، بفضل التكرار من جهة وبفضل تنشيط الأعضاء المسؤولة عن الحركات الدقيقة من جهة أخرى، مثل مداعبة الكرة والتنافس البدني في لعبة الكرة بأنواعها.

تعلم حقائق المعلومات:

تمكن الانشطة الرياضية والبدنية من التطلع أكثر على حقائق الأمور كالإحساس عن كذب بالإرهاق بالنجاح والتغير الميزاجي و...، بدل الإكتفاء بالنظري، وتعلم حقائق الأمور كالمسافات بين الأماكن والمدن في مسابقات العدو والماراطون مثلاً.

إكتساب القيم:

إن اكتساب معلومات وخبرات عن طريق الرياضة و التروييح يساعد الشخص على اكتساب قيم جديدة ايجابية، مثلاً تساعد رحلة على اكتساب معلومات عن هذا النهر، وهنا اكتساب لقيمة هذا النهر في الحياة اليومية، القيمة الإقتصادية، القيمة الإجتماعية وكذا القيمة السياسية. (رضا، 1978، ص32، 33).

### 3-2 الأهمية البيولوجية:

يحتم الهيكل والبناء العضلي والعصبي والعظمي للإنسان بيولوجيا، الضرورة القصوى للحركة عموما والأنشطة البدنية والرياضية بصورة أدق، لذلك يجمع المتخصصين في علم بيولوجيا الإنسان أن الحركة هي المسؤول الأهم في الإحتفاظ على سلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص عموما، أو الشخص الخاص خصوصا، بالرغم من إختلاف المشكلات التي قد يعاني منها ذوو الخصوصيات لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فإن أهميته البيولوجية للخواص هي ضرورة التأكيد على الحركة.

إن البناء البيولوجي للجسم البشري يحتم ضرورة الحركة حيث اجمع علماء البيولوجيا المتخصصين في دراسة الجسم البشري على أهميتها في الإحتفاظ بسلامة الأداء اليومي المطلوب من الشخص العادي، أو الشخص الخاص، برغم إختلاف المشكلات التي قد يعاني منها الخواص لأسباب عضوية واجتماعية وعقلية فإن أهميته البيولوجية للخواص هو ضرورة التأكيد على الحركة. (لظفي بركات، 1984، ص61).

يؤثر التدريب وخاصة المنظم على التركيب الجسمي، حيث تزداد نحافة الجسم وتقل سمنته دون تغيرات تذكر على وزنه وقد فحص (ويلز) وزملائه تأثير خمسة (05) شهور من التدريب البدني اليومي على أربعة وثلاثون (34) مراهقة وأظهرت النتائج تغيرات واضحة في التركيب الجسمي، حيث تزداد نمو الأنسجة النشطة ونحافة كتلة الجسم في مقابل تناقص في نمو الأنسجة الدهنية. (رتب وأمين الخولي وأسامة كمال، 1996، ص150).

### 3-3 الأهمية النفسية:

ركزت الدراسات النفسية في بداياتها على التأثير البيولوجي في السلوك، أي أن هناك دافع فطري يؤثر على سلوك الفرد، واختار أصحاب هذه الدراسات لفظ (الغريزة) واعتبروه الدافع الأساسي للسلوك البشري بنوعيه السوي واللاسوي.

ثم اتجه آخرون إلى استخدام عنصر آخر في التفسير إلى جانب الغريزة وهو (الدوافع) أي الدافع الذي من خلاله حدث السلوك، وتكمن أهمية هذا العنصر بأنه مكتسب على عكس الغريزة الموروثة، وبذلك نقول أن هناك مدرستين أساسيتين في الدراسات، إحداهما

ركزت على الغريزة الموروثة فقط لتفسير السلوك، والأخرى تعتمد على شقي المعادلة، المكتسب منها و يتمثل في الدافع والموروث منها ويتمثل في الغريزة.

أما نظرية "ماسلو" فتقوم على أساس إشباع الحاجات النفسية، كالحاجة إلى الأمن والسلامة، و إشباع الحاجة إلى الإنتماء وتحقيق الذات وإثباتها، والمقصود بإثبات الذات أن يصل الشخص إلى مستوى عال من الرضا النفسي والشعور بالأمن والإنتماء، ومما لا شك فيه أن الأنشطة الترويحية تمثل مجالا هاما يمكن للشخص تحقيق ذاته (رضا، 1978، ص 20).

### 3-4 الأهمية الإجتماعية:

تسمح الانشطة البدنية والرياضية للفرد بالتكيف والإندماج الفعلي والحقيقي مع الأفراد و الجماعات عن طريق تعلم مهارات التواصل الإجتماعي بالتخاطب والتواصل اللفظي وغير اللفظي وتسهل عليه تقبل الآخر وذلك برفع درجة الثقة بالنفس.

وقد استعرض كوكيلي الجوانب والقيم الاجتماعية للرياضة والترويح فيما يلي : الروح الرياضية، التعاون تقبل الآخرين بغض النظر عن الآخرين، التنمية الاجتماعية، المتعة و البهجة، إكتساب المواطنة الصالحة، التعود على القيادة والتبعية، الارتقاء والتكيف الإجتماعي (بركات، 1984، ص 65).

### 3-5 الأهمية الإقتصادية:

تكمن أهمية النشاط البدني في ان هذا الأخير يساهم في كفاءة العامل ومثابرتة واستعداداه للمردودية أكثر بفعل الراحة التي يتحصل عليها الفرد بعد قضاء أوقات فراغ جيدة ومسلية بشكل مؤطر وممنهج وبمساعدة أخصائيين أكفاء وعلى مستوى من العلم كفاءة العامل، مما يساعد على رفع الإنتاجية العامة، كما أن النشاط البدني والترويح يمكن أين ينشأ من رحم الآثار السيئة والظروف الصعبة والمشدودة بين العمال كمتنفس يساعد الأفراد على الراحة.

### 3-6 الأهمية العلاجية:

يرى بعض المختصين في الصحة العقلية، أن رياضة الترويح يكاد يكون المجال الوحيد الذي تتم فيه عملية التوازن النفسي، حينما تستخدم أوقات فراغنا إستخداما جيدا في الترويح

(تلفزيون، سنا، موسيقى، رياضة، سياحة...) شريطة أن لا يكون الهدف منها تمضية وقت الفراغ، كل هذا من شأنه أن يجعل الإنسان أكثر توافقاً مع البيئة وقادر على الخلق والإبداع. وقد تعيد الألعاب الرياضية والحركات الحرة الجسم، فهي توازن تخلصه من التوترات العصبية ومن العمل الآلي وتجعله كائناً أكثر مرحاً وارتياحاً في البيئة الصناعية، وتعد الحياة يؤديان إلى إنحارفات كثيرة وفي هذه الحالة يكون اللجوء إلى ممارسة الرياضة والبيئة الخضراء والهواء الطلق والحمامات وسيلة هامة للتخلص من هذه الأمراض العصبية وربما تكون خير وسيلة لعلاج بعض الإضطرابات العصبية (A.Domart,1986,p589).

#### 4- مجالات النشاط البدني المكيف : تتعدد مجالات النشاط الرياضي المكيف وتنقسم الى:

**4-1 المجال العلاجي أو التأهيلي:** يمارس في الأوساط الطبية والمصحات ومراكز إعادة التأهيل وفي المؤسسات الخاصة ويراعي في اختيار نوع النشاطات البدنية والرياضية كل من السن والاهتمام والرغبة ، ويمكن استعمال النشاط البدني والرياضي في عدة أشكال نجد منها حركات رياضية كلية نشيطة موجهة ودقيقة، عند تنفيذها وممارستها تقتضي تعلم تقني وهدفها الرئيسي اكتساب الشخص المعوق اكثر فاعلية حركية ممكنة، وتخضع الاستعمالات العلاجية لبعض الشروط نذكر منها على سبيل المثال :

- في كرة السلة نجد مهارة تصويب الكرة نحو السلة يسمح بإعادة تأهيل كلي للأطراف العلوية.

- في السباحة نجد حركة الرجلين تمثل صورة حقيقية للخطوة.

- تصويب الكرة عند المعاقين ذهنياً يمثل برنامج عقلي والكرة تمثل وسيلة للاتصال وأداة تواصل.

- التصويب بالقوس عن قرب يمثل تقوية عضلية للمنطقة الكتف والأطراف العلوية ،ويسمح في نفس الوقت بضبط التحكم في توازن الأطراف السفلية فوق الكرسي المتحرك.

تجلب هذه الأنشطة الرياضية في المراحل الأولى من إعادة التكيف بجلب السرور وإعادة بعث الحياة والأمل في الشخص المعاق (تمار ،2015، ص 53).

**4-2 المجال الترويحي:** يمكن القول إن النشاط الرياضي في المجال الترويحي وهو نشاط الذي يقوم به الفرد من تلقاء نفسه لغرض تحقيق السعادة والمتعة الشخصية التي يشعر بها قبل وبعد أو أثناء ممارسته لنشاطات، إضافة إلى ما توفره من تنمية شاملة لشخصية من نواحي بدنية وعقلية واجتماعية.

كما أكد مروان عبد المجيد أن النشاط البدني الرياضي الترويحي يشكل جانبا هاما في نفسية المعاق إذ يمكنه من استرجاع العناصر الواقعية للذات والصبر، والرغبة في اكتساب الخبرة والتمتع بالحياة، ويساهم بدور ايجابي كبير في إعادة التوازن النفسي للمعاق والتغلب على الحياة الرتيبة والمملة ما بعد الإصابة، وتهدف الرياضة الترويحية إلى غرس الاعتماد على النفس والانضباط وروح المنافسة والصدقة لدى الطفل المعوق، وبالتالي تدعيم الجانب النفس والعصبي لإخراج المعوق من عزلته التي فرضها على نفسه في المجتمع. (إبراهيم، 1997، ص 112).

إن ممارسة النشاط الرياضي سواء كان بهدف الترويح عن النفس أو تدريب يعتبر عاملا مهما لتحقيق النمو الكامل من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية.

**4-3 المجال التنافسي:** وهو ممارسة نوع أو اختصاص رياضي أو أكثر من طرف المعاق وخاصة المعاقين بدنيا ويتميز بطابع المنافسة والمسابقة وله عدة فوائد وأهداف أهمها:

- تحقيق استرجاع بدني يكون إلى أقصى حد ممكن للوظائف والعضلات المختلفة في الجسم.
- إعادة التوازن النفسي للمعاق.
- إزالة الإحساس بالنقص لدى الفرد المعاق.
- تحسيس الجمهور بأن المعاقين يستطيعون ممارسة النشاط البدني الرياضي والتنافسي بقدر معين من الاندفاع والمتعة وروح الفوز مثل العاديين.
- البرهان للعاديين بأنه بواسطة التدريب المستمر والإرادة، أن الأشخاص المعاقين يستطيعون الوصول وتحقيق نتائج مهمة في مختلف الاختصاصات الرياضية والتنافس بدون أي خجل.

- تأكيد على أن الإعاقة ليست حاجزا مستحيل تجاوزها، حيث انه الفرد المعاق الرياضي يتمتع بنفس مميزات الشخص العادي الرياضي من دقة وتركيز وتحكم في النفس.

ومهما يكن نوع النشاط الرياضي الممارس فإنه يثير اندفاعا وصداما شعوريا معيناً، وعند المعاقين يساعد هذا العامل بدون أي شك في تنمية الثقة بنفس والتخلص من مركب النقص الذي يعتريه ويدرك انه فرد كامل قادر على ممارسة الأنشطة الرياضية المكيفة بصورة عادية مما يمنحه قابلية أكثر للاندماج في المجتمع(فيرم،2016،ص144،145).

#### 5- طرق تعديل الأنشطة الرياضية لذوي الاحتياجات الخاصة :

يقصد بالتعديل الإجراءات المخصصة لتحويل الأنشطة الرياضية العادية إلى أنشطة ملائمة لذوي الاحتياجات الخاصة مما يساهم في مشاركتهم فيها بطرق أكثر فاعلية لتحقيق الأهداف المرجوة من الممارسة الرياضية بصفة وعامة والممارسة الرياضية المكيفة بصفة خاصة وتتنوع أشكال التعديل ويمكن ذكرها كما يلي :

**5-1 التعديل في النواحي القانونية:** هناك قوانين تحكم كل نشاط رياضي وتنظم ممارسته، ويمكن للمدرب أو المدرس أن يقوم أثناء التدريب بتعديل بعض نواحي القانون وتأخذ على سبيل المثال:

- يمكن إلغاء قاعدة التسلل في كرة القدم.
- يمكن إلغاء إلتماس بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنيا في المدرسة.
- يمكن السماح بلمس الكرة باليد للمعاقين ذهنيا في المدرسة.

**5-2 التعديل في عدد اللاعبين:** كل نشاط رياضي له عدد محدد من اللاعبين، يمارس من خلالهم النشاط، ويمكن أن نزيد عدد اللاعبين أو أن نقلل منهم مثلا:

- يمكن أن نزيد عدد اللاعبين في كرة السلة للتلاميذ في المدرسة.
- يمكن أن نقلل عدد اللاعبين في كرة القدم.

**5-3 التعديل في الأداء المهاري للحركة:** تتميز كل رياضة بمهارات حركية وفنية ينبغي تطبيقها والتقيد بها عند أدائها، ولكن توجد دائما استثناءات حيث يمكن تعديلها مع اللاعبين المعاقين وذلك بالاستغناء عن بعض الخطوات مثلا:

- يمكن ممارسة رياضة الوثب الطويل من الثبات بدلا من الحركة.
- يمكن ممارسة مهارة دفع الجلة من المواجهة، أو على الكرسي لحالات بتر الطرف السفلي.
- يمكن الاستغناء عن مهارة تنطيط الكرة في رياضة كرة السلة للمعاقين على الكرسي المتحركة.

**4-5 التعديل في الأدوات :** يمتلك كل نشاط رياضي نوعا خاص من الأدوات يمارس بها، ويمكن التعديل فيها باستخدام أدوات أخرى مساعدة أو التعديل في الأدوات في حد ذاتها  
مثالا:

- زيادة قطر حلقة كرة السلة للمعاقين ذهنيا داخل المدرسة.
  - تعديل في وضع شبكة الكرى الطائرة بالنسبة لحالات الشلل وبتر الطرف السفلي عند ممارسة كرة الطائرة من وضع الجلوس.
  - استخدام كرسي ثابت أثناء دفع الجلة لحالات بتر الطرف السفلي (نايل، 2011، ص 84).
- ويمكن تلخيص أساليب التعديل في النقاط التالية :

- يمكن تعديل وقت لعب المباريات والمدة الزمنية للاعبين المعاقين بما يتماشى مع جهودهم وطاقتهم كذلك أوقات الراحة بين الأشواط.
- تعديل مساحة الملعب لتقليل مقدار الجهد المبذول في النشاط.
- تقليل وزن وطول وارتفاع الأدوات المستعملة مثل التخفيف من وزن الجلة والرمح.
- زيادة عدد أفراد الفريق.
- السماح بتغيير المستمر أثناء اللعب بحيث يشارك كل فرد ثم يأخذ استراحة أثناء اللعب.
- تقسيم النشاط على اللاعبين تبعا للفروق الفردية وإمكانات الفرد.
- السماح بخروج اللاعب إذا ظهرت أي تعب أو أعراض إنهاك عليه (عروسي، 2019، ص 82).

**6- معوقات النشاط البدني المكيف :** يواجه النشاط البدني المكيف العديد من الصعوبات والعوائق التي تحول دون تحقيق الغرض من ممارسته خاصة كون الفئة التي

يرتبط بها هي فئة حساسة جدا وتواجه هي في حد ذاتها العديد من الصعوبات ويمكن ذكر أهم المعوقات كالتالي :

● **الوسط الاجتماعي والثقافي:** لطالما أثرت ثقافة المجتمع وعاداته وتقاليده على شكل الأنشطة الرياضية الممارسة من قبل الأفراد، فالأنشطة الرياضية المكيفة لم تلقى التشجيع الكافي من المجتمع لعدم إدراكه لهذه الأخيرة ودورها الهام في العملية التكيفية بذوي الاحتياجات الخاصة، حيث لم يعطى النشاط البدني المكيف المكانة اللائقة والصحيحة ضمن المشاريع التكيفية بالمؤسسات المتخصصة رغم الدور الايجابي في تربية وتكوين الفئات الحساسة، وإضافة إلى نقص الطاقم المكون في مجال النشاط البدني المكيف سواء داخل المؤسسات أو خارجها ونقص في أماكن الممارسة.

● **المستوى التشريعي:** والملاحظ في هذا الجانب هو غياب اللوائح والقوانين التشريعية والتنظيمية الخاصة التي تحكم الرياضة المكيفة وتوفر الحماية والدعم اللازم للممارسين لها من ذوي الاحتياجات الخاصة الأمر الذي اثر سلبا على ممارسة النشاط البدني المكيف.

● **المستوى الاقتصادي:** ويمكن التحدث في الجانب الاقتصادي عن دخل الفردي وعلاقته بالأنشطة الترويحية والترفيهية، فكلما زاد الدخل زاد الإقبال على مثل هذه الأنشطة، وكلما قل تم الإعراض عنها واعتبارها من الكماليات والاكتفاء بالأساسيات وهذا ما يؤكد على العلاقة الوثيقة بين دخل الفرد وكيفية قضائه لوقت فراغه خاصة في الدول العربية.

● **السن والجنس:** يتحكم عامل الجنس في الأنشطة الرياضية الممارسة فالأنشطة التي تمارسها الفتيات تختلف عن الأنشطة التي يمارسها الأولاد، فالفتيات دائما يملن إلى الألعاب الرقيقة التي لا تتطلب جهدا عاليا عكس الذكور الذين يحبون ممارسة الأنشطة العنيفة، إما بخصوص عامل السن فالملاحظ أن لكل مرحلة عمرية أنشطتها الخاصة بها فالفردي في السنوات الأولى من عمره يكون أكثر اندفاعا وحبا للعب وتبدء هذه الاندفاعية تقل مع التقدم في العمر وظهور أنشطة واهتمامات جديدة.

في الأخير يمكن القول أن تضافر جميع العناصر السابقة أدى إلى عرقلة النشاط البدني المكيف.

## 7- النشاط البدني المكيف في الجزائر :

لا يمكن الحديث عن رياضة المعاقين، ولا حتى المعاقين في الجزائر أثناء الحقبة الاستعمارية للجزائر نظرا للأسباب المعروفة عن طابع الاستبداد والظلم وكذا التهميش الذي طال كل فئات الشعب الجزائري بما فيهم المعاقين وبعد الاستقلال يعتبر تأسيس الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعاقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة الانطلاقة الحقيقية للنشاطات البدنية الرياضية المكيفة في الجزائر وذلك بتاريخ 19 فيفري 1979 بحيث تم وفي نفس السنة تنظيم الألعاب الوطنية كأول محاولة لانطلاقة رسمية في المجال بالرغم من الإمكانيات المحدودة التي سخرت لهذه التظاهرة، وفي سنة 1981 قامت الاتحادية الجزائرية لرياضة المعوقين بالاشتراك مع الفدرالية الدولية لرياضة المكفوفين كليا وجزئيا بتنظيم تظاهرة رياضية أولى من نوعها بطابع عالمي بالنسبة لمشاركة الجزائر، وتم بعد ذلك تنظيم الألعاب الوطنية لرياضة المعوقين في الفترة ما بين (24 إلى 30) من شهر سبتمبر من العام 1983، حيث تبعتها عدة ألعاب وطنية أخرى في السنوات التي تلتها في مختلف أنحاء الوطن أما عن أول مشاركة للجزائر على المستوى القاري فقد كانت في الألعاب الإفريقية الخاصة بالمعوقين سنة 1992 في برشلونة حيث شاركت الجزائر بفوجين (02) يمثلان ألعاب القوى، وكانت لهذه الألعاب الفضل في ظهور وتميز بعض العدائين الجزائريين وارتقائهم للمستوى العالمي (منشورات الفيدرالية الوطنية لرياضة المعوقين، 1996).

وتمارس حوالي 10 اختصاصات رياضية مكيفة من طرف المعاقين كل حسب نوع إعاقته ودرجتها يمكن تمثيلها في الجدول التالي :

جدول رقم(1): يمثل الرياضة الممارسة حسب أصناف الإعاقة

متخلفين ذهنيا	إعاقة حركية	إعاقة بصرية
ألعاب القوى	العاب القوى	ألعاب القوى
كرة القدم (خمس لاعبين)	كرة السلة	كرة الهدف (الجرس )
السباحة	رفع الأثقال	السباحة
تنس الطاولة	السباحة	الجيدو
الكرة الطائرة	تنس الطاولة	

## 8- أهداف الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين:

- تطوير النشاطات الرياضية لفائدة المعوقين.
- توسيع هيكله الرياضي للمعوقين داخل الرابطات والجمعيات.
- تنظيم التظاهرات الرياضية.
- مساعدة وتشجيع البرامج التربوية والبحث والنشاطات الترقية.
- البحث عن إدماج رياضة المعوقين في الحركة الرياضية الوطنية للأسوياء مع الحفاظ على هويته.
- العمل على تكوين إطارات متخصصة في ميدان النشاط البدني المكيف بتعاون مع مختلف المعاهد الوطنية والوزارات.

## 9- عضوية الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين في الهيئات الدولية:

- اللجنة الدولية للألعاب الاولمبية.
  - الكنفدرالية الإفريقية لرياضة المعوقين وذوي العاهات.
  - الاتحادية الدولية للرياضات على الكراسي المتحركة.
  - الجمعية الدولية للرياضات الفئات الخاصة.
  - الاتحاد المغربي لرياضة المعوقين وذوي العاهات.
  - الاتحاد العربي لرياضة المعوقين.
- (الفيدرالية الجزائرية لرياضة المعوقين، 1999، ص9، 10).

## 10- واقع النشاط البدني المكيف في الجزائر :

إن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة تبلغ قرابة 04 ملايين من سكان الجزائر، من بينهم فئة المعوقين حركيا التي تمثل نسبة كبيرة جدا في هذا المجتمع بعدد يفوق 300.000 معوق حركيا على مستوى الوطن وتبذل الدولة الجزائرية في مجال رعاية هذه الفئة جهودا جبارة، حيث أنشأت لهذا الغرض 92 مدرسة الأطفال الصم البكم، و 11 مدرسة للمكفوفين الصغار، وسبعة (07) مركزا للمتخلفين ذهنيا، وخمسة (05) مراكز للمعوقين حركيا (دويلي، 2005، ص3).

كما سخرت الدولة كامل جهودها من خلال تشجيع البحث في هذا المجال والتركيز على المفاهيم تماشياً مع مستجدات العالم الخارجي، وركزت على عملية التصنيف التي تساعد في عملية التشخيص والتكفل وعملت على سن القوانين والتشريعات التي تضبط عملية التكفل لهذه الفئة وتضمن حقوقها، ذلك عن طريق اتخاذ إجراءات وتدابير من شأنها أن توفر الفعالية للبرامج التأهيلية وإدراجها في السياسات العامة لتنمية الوطنية، وغالباً ما تحتوي البرامج على الوقاية، إعادة التأهيل، وتكافؤ الفرص، وقد صدرت العديد من القوانين المتعلقة بتوجيه المنظومة الوطنية لتربية البدنية والرياضية بصفة عامة حيث اعتبرت حقاً معترف به لجميع أصناف السكان دون تمييز في السن أو الجنس، وتغاضي وعدم التميز في الممارسة بين الأسوياء والمعاقين، كما أكدت المواد على إجبارية ممارسة التربية البدنية والرياضية في المؤسسات المتخصصة الخاصة بالأشخاص المعاقين وذوي العاهات كما ورد في قانون 05/13 المؤرخ في 23 جويلية 2013 يتعلق بتنظيم الأنشطة البدنية وتطويرها حيث نصت المادة الثالثة إن ممارسة الأنشطة البدنية حق لجميع المواطنين دون تمييز، والمادة 17 من نفس القانون على إجبارية ممارسة التربية البدنية والرياضية في المؤسسات التربوية الخاصة بالمعاقين، كما ركز الفصل الخامس من نفس القانون على أهمية النشاطات البدنية المكيفة ودورها في التأهيل البدني للمعاقين بغية إدماجهم في المجتمع وتحدث عن المشاركة التنافسية الرياضية الدولية وتنظيم رياضة المعاقين من قبل اتحادية رياضة المعاقين (سبع وآخرون، 2016، ص 3).

برغم من غزارة المواد والقوانين التشريعية في مجال النشاط البدني المكيف إلا أن الملاحظ لأرض الواقع يجد أن أغلب المواد ما هي إلا حبر على ورق وهو ما يمكن تلخيصه في النقاط التالية:

- لا تحتوي اغلب المؤسسات المتخصصة في التكفل بالمعاقين على متخصصين في النشاط البدني والرياضي المكيف وان وجد يكون أستاذ تربية بدنية فقط.
- لا تتوفر اغلب المراكز والمؤسسات على المنشآت والقاعات والوسائل والمعدات المكيفة المخصصة للممارسة للنشاط البدني المكيف.
- عدد ساعات النشاط البدني ورياضي المكيف لا يرقى إلى المستوى الكافي والمطلوب.
- عدم وجود برامج رياضية مصممة ومخصصة لكل فئة من الفئات.

- عدم وجود وعي كافي بأهمية النشاط البدني والرياضي المكيف بالنسبة للفرد المعاق.
- تركيز اغلب المراكز على الجانب الطبي النفسي مع إهمال الجانب الرياضي.
- عدم توفر نوادي خاصة بالنشاط البدني المكيف.

في الأخير يمكن أن نختتم القول بعبارة Louis Pierre إن الفرد المعاق في وسط مهياً في سبيل الوصول هو فرد عادي، والفرد العادي في وسط غير مهياً عبارة عن شخص معاق.

## خاتمة الفصل :

في النهاية يمكن القول أن النشاط البدني المكيف عبارة عن نشاط بدني عادي تم تكيفه ليتمشى مع نوع ودرجة الإعاقة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة كون ممارسة النشاط البدني بصفة عادية حقا يكفله القانون لهم إضافة لما له من انعكاس على عدة جوانب منها الجانب الصحي، الجانب النفسي، الجانب الاجتماعي، فممارسة النشاط البدني المكيف يسمح للفرد المعاق يتجاوز العديد من العقبات منها الشعور بالنقص ويسمح له بالاندماج في المجتمع وتحقيق العديد من النتائج التي من شأنها أن تبعث الفرح والسرور في نفسية الفرد المعاق لذا ينبغي إن تبذل الدولة جهودا اكبر في مجال النشاط البدني المكيف وتولييه اهتماما اكبر خاصة على مستوى المؤسسات المتخصصة للوصول إلى النتائج المرجوة من ممارسة النشاط البدني المكيف وضمان السير الحسن للعملية التكيفية.

## الفصل الثالث: فرط النشاط

### تمهيد

1 تعريف فرط النشاط

2 أسباب فرط النشاط

3 أعراض فرط النشاط

4 فرط النشاط حسب DSM-5

5 تشخيص فرط النشاط

6 أهم المقاييس المستعملة في قياس فرط النشاط وتشنت الانتباه والإندفاعية.

7 التشخيص الفارقي

8 طرق علاجية معتمدة في علاج فرط النشاط

خلاصة الفصل

## تمهيد:

اهتم الكثير من الباحثين على اختلاف تخصصاتهم بفرط النشاط وقصور الإنتباه لدى الأطفال وخاصة عند ذوي الاحتياجات الخاصة، نظرا للمشاكل التي يسببها للطفل أثناء التحصيل يشكل فرط النشاط قصور الانتباه مصدرا أساسيا لتضايق وتوتر وانزعاج محيط الطفل من أولياء وأخصائيين وغيرهم.

من أجل التعرف وفهم مشكلة فرط النشاط أكثر، سنتطرق إلى لمحة تاريخية حول هذه المشكلة وبعض التعاريف المختلفة له، والأسباب التي تؤدي له، كما يجب التطرق إلى توضيح الفروق بينه وبين بعض الاضطرابات التي تتقاطع معه في أكثر من عرض عن طريق التشخيص الفارقي، ثم إلى بعض الطرق والمناهج العلاجية المتخذة للحد منه تسهيلا لإنجاح عملية التكفل.

### 1- تعريف فرط النشاط:

تختلف تعدد تعريفات فرط النشاط وتشنت الإنتباه من باحث لآخر ومن منظور إنتماء الباحث، فمنهم من يركز في تعريفه على الجانب الطبي، ومنهم من يركز على الجانب السلوكي ومنهم من ركز على الجانب البيولوجي الوراثي.

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية DSM5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن ضعف الإنتباه والنشاط الزائد يتضمن الخصائص التالية: نقص الإنتباه والقابلية للتشتت، النشاط الزائد والحركة المفرطة، الإندفاعية، وترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطا أساسيا، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد الخصائص الأخرى.

ويشير الحمادي(2022) إلى أن " فرط الحركة-الاندفاعية: ستة(06) من الأعراض التالية إذا استمرت لستة أشهر(06) على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:

1/ غالباً ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

2/ غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

3/ غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

4/ غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

5/ غالباً ما يكون متحفز أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه.

6/ غالباً ما يتحدث بإفراط.

7/ غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره عند الحديث).

8/ غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

9/ غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً في المحادثات والألعاب أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن بالنسبة للمراهقين والبالغين قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون) (ص 57، 58).

وترى شرقي (2007) بأن "الطفل الذي ليس لديه القدرة على التركيز إنتباهه لمدة طويلة في شيء محدد و يتسم بالخصائص التالية: الاندفاعية، فرط في النشاط الحركي، وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته، أو التحكم الذاتي. وأيضاً يظهر الطفل الذي لديه إضطرابات الانتباه قصوراً في مدى نوعية التحصيل الأكاديمي، وقصوراً في الوظائف المعرفية والماوراء معرفية" (ص 54).

ولقد عرفه براكلي سنة 1990 على أنه اضطراب في منع الإستجابة للوظائف التنفيذية، وقد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك اتجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك اجتماعياً" (مشيرة، 2005، ص 18).

ويعرفه المعهد القومي للصحة النفسية لمصر على أنه اضطراب في المراكز العصبية، التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير، الذاكرة، السلوك (مشيرة، 2005، ص17).

ويعرفه (Zametkin) على أنه اضطراب النشاط الزائد مع قصور الإنتباه هو اضطراب جيني المصدر، ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنهم عدم توازن كيميائي، أو عجز في الموصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ، والمسؤولة عن الخواص الكيميائية، التي تساعد المخ على تنظيم السلوك. (مشيرة، 2005، ص17).

## 2- أسباب فرط النشاط: تتعدد الأسباب على عدة مستويات نذكر منها:

### 1-2 أسباب نفسية:

إن أساس ظهور المشكلات السلوكية لدى الأطفال لا سيما تلك المشكلات التي تعرقل عملية التحصيل السلس عند الأطفال، هي المشكلات في المزاج، فالنشاط الزائد لدى الأطفال هو في الحقيقة طريقة للدفاع عن ذاته في وجه الرفض أي أن تقدير الذات السلبي والإرتفاع في التهيج والمزاج يزيد ويرفع وتيرة النشاط الزائد.

العقد النفسية والصراعات الداخلية تستنفذ قدرا كبيرا من الطاقة العصبية اللازمة لعملية الإنتباه، ومن أمثلها:

- عقدة النقص أو الذنب أو الشعور بالإضطهاد.
- القلق المعمم وحدة الإنفعال.
- الإسراف في التأمل الذاتي والإستسلام لأحلام اليقضة (سعد رياض، 2000، ص44).

### 2-2 أسباب بيولوجية:

حسب أنصار هذه النظرية فإن تشتت الإنتباه يعود إلى عوامل بيولوجية وراثية، إثر بعض التغيرات في سيرورة وظائف المخ أو مشاكل في عملية الحمل فيحدث عدم إتران كيميائي حيوي واضطراب في وظائف الجهاز العصبي المركزي ومن ثمة فإن النظرية البيولوجية تعتمد أساسا في طرق علاجاتها على العلاج العقاقيري والعمليات الجراحي لترميم تشوهات المخ، فالنشاط الفيزيولوجي العصبي للطفل قد يتأثر بالعامل الوراثي، أي أن الخلل

الفيزيولوجي للطفل يقود اتجاهات سلوكية، فيقوم بالسلوكيات غير المرغوبة ترجمة للعوامل الكيميائية الداخلية التي تحدث على مستوى المخ، فيزيد النشاط الكهربائي له ومن ثمة تحدث السلوكيات.

#### - الخلل الوظيفي على مستوى المخ :

يقول Neihart بأن الدراسات الدارسات التشريعية والفسولوجية العصبية للفرد والمصاب بفرط النشاط وتشنت الإنتباه أثبتت وجود انخفاض للتمثيل الغذائي لكلوكوز المخ في المادة البيضاء الموجودة في الفص الصدغي ويتضح ذلك من صور MRI فقد وجدت دلائل عن نمو شاذ في الفص الجبهي وانقلاب غير متناسق في رأس النواة الذيلية أو عدم التناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن و الأيسر لدى الطفل المصاب بتشنت الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتشير الدارسات الإلكترونية الفيزيولوجية Electro Physiology والخاصة بذوي الإضطراب فقد وجدت شذوذ في الكثافة المنخفضة لموجات (ألفا) أو غياب موجات (ألفا) أو مقادير صغيرة من موجات (بيتا) ومن خلال رسم المخ الكهربائي E.E.G على الكمبيوتر و يطلق عليه التحليل الكمي لرسم المخ الكهربائي QEEG إذ وجدت زيادة في نشاط الموجة البطيئة (ثيتا) مع فقدان نشاط الموجة السريعة (بيتا) خلال مهام الإنتباه إذ أن هذا النشاط منخفض الموجة أكثر إنتشارا في السقف الجبهي "Frontal Leads".

#### - ضعف على مستوى النمو العقلي :

يرى Jensen وآخرون أن النمو العقلي يؤثر على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال فكلما زاد نمو الطفل ازادت كفاءته الانتباهية وتحسنت، أما إذا كانت هناك صعوبات في نموه العقلي، فإن ذلك يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية لنقص ذكاء الطفل حيث يؤثر النمو العقلي وقد ينشأ تشنت الانتباه نتيجة، بالمخ المسؤولة عن الانتباه العمقي والمعرفي للطفل على مستوى الانتباه لديه (Jambaqué, Auclair, 2008, p 70).

#### - خلل على مستوى النواقل العصبية:

تنتقل الإشارات العصبية المختلفة للمخ عن طريق النواقل العصبية التي تعمل كقواعد كيميائية لهذا النقل، فاختلال التوازن الكيميائي بالنسبة للنواقل العصبية يؤدي بالضرورة إلى

ضعف القدرة على التحكم في الإنتباه والحركة والتركيز، وبذلك فإن الحل يكمن في إعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية قصد التقليل من الإندفاعية وتشتت الإنتباه، ومثل هذه التدخلات الكيميائية علاج Atomoxétine.

أشار الباحثون في المعهد الوطني الخاص بالصحة العقلية National Institute Mental Health أن قياس طبيعة النشاط الأيضي Metabolic Activity في داخل الدماغ للأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الإنتباه، فأتضح أن في أدمغة المصابين من الأطفال مادة الجلوكوز وهي مصدر نشاط الدماغ في هذا العمر بمعدل اقل من أدمغة أقرانهم العاديين. وعندما يكون هذا التمثل بطيئا ولا سيما مناطق الدماغ التي توجه الحركة وتتحكم فيها، فإن النتيجة هي ظهور اضطرابات الإنتباه وعدم القدرة على السيطرة على الحركات الهادفة(سميرة شرقي، 2007، ص 63).

كما أكدت دراسة KENDALL 1990، ودراسة DUPAUL 1992، ودراسة 1991 GORDEN ودراسة KAISER 1993، أن سبب الإضطراب هو خلل وظيفي في العمليات الإدراكية الخاصة بالإنتباه والتشتت والإندفاعية والحركة الزائدة.

## 2-3 أسباب وراثية :

تجدر الإشارة أولا بأن السبب الوراثي للإصابة بفرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية لم يخرج بعد من دائرة البحث والفرضية، إذ لم تأكد الدراسات بعد بحتمية الإصابة عن طريق الوراثة بأي حال من الأحوال.

لاحظ BIEDERMAN 1986، أن انتشار الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الإنتباه تزيد عند الأسر التي لهل أحد الوالدين يعاني من نفس الاضطراب ويقدر هذا الخطر ب57 %، في حين أكدت نتائج الدراسة التي أجريت على عائلة طفل مضطرب، أن الخلل الجيني ليس سبب ظروفي وحتمي للإصابة بهذا الإضطراب إذ جاءت النتائج على النحو التالي: 46% من الذكور و32% من الإناث المصابين بفرط الحركة فقط ممن يحملون هذه الجينات، ففرضية جانب الوراثة حسب هذه الدراسة ل: FARAONE 1993، لا زالت بعيدة عن الحتمية فهي قيد الفرضية لحد الآن.

كما أثبتت دراسة MORRISON و STEWART سنة 1973، والتي اهتمت بالوالدين المتبنين (غير البيولوجيين) بحيث كان الأطفال مصابون بفطط النشاط وتشتت الإنتباه، مقارنة بوالدين حقيقيين (بيولوجيين) ولهم أطفال مصابون بذات الإضطراب، فخلصت الدراسة بأن الوالدين المتبنين (غير البيولوجيين) وأبناءهم لهم سلوكيات مضطربة أكثر من الآباء الحقيقيين (البيولوجيين)، وبذلك أكدت الدراسة بأن العامل الوراثي لا يؤثر في الإصابة بفطط النشاط وتشتت الإنتباه.

بالنسبة للدراسات الأولية حول فرضية سبب الوراثة توصل WARN 1971، أنه ليس هناك أي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى من حيث خصائص كروموزومات الأطفال ذوي النشاط الزائد، في نفس السياق تشير دراسات أخرى وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد، لكنها كذلك فشلت في التوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية.

## 2-4 أسباب البيئية :

يعتبر العامل البيئي من العوامل المهمة المسببة لكثير من المشاكل على اختلاف أنواعها، كما يعتبر سبب رئيس في الإصابة بفطط النشاط وتشتت الانتباه والإندفاعية عند الطفل.

نذكر على سبيل المثال تعاطي الأم بعض العقاقير أو التدخين أو الكحول أو المواد المخدرة قد يؤدي إلى إصابة الطفل بعجز على الإنتباه أو عجز في التحكم بالنشاط، وهذا ما ذهبت إليه بعض الدراسات أهمها تلك الدراسة التي قام بها FOWLER 1991، و BECHHAM 2001، والتي أشارت إلى أن العوامل البيئية المسببة لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه:

- أولها: في حالة تعرض الطفل إلى تسمم مثلا بالرصاص كأكل أو استخدام بعض اللعب أو حمض الأستيل سالسيلك الذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى الأطعمة.
- ثانيا: التلوث البيئي خلال فترة الحمل، أو فترة مراحل الطفولة المبكرة، والتي يحدث فيها المخ، والجهاز العصبي.
- ثالثا: تعرض الأم الحامل للأشعة مثل (أشعة X) بشكل زائد لعلاج كيميائي أو أشعاعي.

- رابعاً: إدمان الأم الحامل على الكحول والتدخين.
- وأخيراً: إصابة الأم الحامل بأحد الأعراض التي توقف تغذية الجنين بالأكسجين مثل مرض السكر، أو الحبل السري، أو الولادة العسيرة وغيرها.

## 2-5 أسباب اجتماعية :

أن العوامل الاجتماعية المحيطة بالطفل والتي تعتبر الأسرة أهمها باعتبار الأسرة النواة الأولى لتكوين المجتمع المحيط بالطفل، وكذا أساليب الأسرة في التعامل مع الطفل من والدين في الأسرة ذات الطابع النووي، والوالدين والإخوة والأعمام أو الأخوال أو الجد والجدة في الأسرة غير النووية، لها دور كبير ورئيسي في إحداث التوازن أو الخلل في التركيبة النفسية أو السلوكية عند الطفل، خاصة في مراحل نموه الأولى.

من بين أهم الدراسات التي اهتمت بالأسباب الاجتماعية للإصابة بفرط النشاط وتشتت الانتباه والإنذافية عند الطفل الدراسة التي قام بها KAPLAN وزملائه 1994، والتي كانت تهدف إلى دراسة طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة الأطفال باضطراب الانتباه فقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعيشون في مؤسسات التربية و أطفال يعيشون في بيئة الطبيعة مع أسرهم، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال المودعين بالمؤسسات مقارنة بالأطفال الآخرين، مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه (السيد علي و آخرون، 1999، ص 44).

تفيد دراسة PRIOR 1998، أن المستوى الإقتصادي والاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية. (فوزية محمدي، 2001، ص 32).

بينما أثبتت دراسة PINEDA وآخرون 2001، أن أعراض النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الإقتصادي و الإجتماعي المنخفض الأسرة التي تهمل رعاية أطفالها، كما يعزى الإضطراب إلى النظام التعليمي وعدم توفر البرامج الخاصة بخفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه في المدارس، حيث لا يتلقى الأطفال العلاج المناسب المتغلب على هذا الإضطراب.

### 3- أعراض فرط النشاط :

تتقسم أعراض فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية إلى أسباب رئيسية، وترتبط هذه الأسباب ارتباطا أساسيا بالمحاور الرئيسية للمشكلة التي يعاني منها الطفل:

• فرط النشاط.

• تشتت الإنتباه.

• الإندفاعية.

وتتطوي تحت كل محور عدة أعراض ثانوية تحصيلية.

### 3-1 الأعراض الأساسية لاضطراب فرط النشاط :

#### 3-1-1 فرط النشاط :

ونعني بفرط النشاط هنا هو الحركة بكثرة دون هدف ظاهر، وقد تجد الطفل ينتقل من مقعد لآخر ودون أمر مباشر أو ضرورة، كما يمكن ان يخرج الطفل من القسم دون أمر المشرف عليه، كما يكون الطفل فيه كثير التملل وتظهر عليه علامات الضجر والحركة العشوائية له وللأدوات المتاحة أمامه، كما يتسم بالفوضوية وهذا عائد لعدم القدرة على ضبط النفس والتحكم في أفعاله، وبالتالي تظهر عليه سلوكيات غير مرغوبة من محيطه.

#### 3-1-2 تشتت الإنتباه :

غالبا ما يكون الأطفال المصابون باضطراب ضعف الإنتباه المصحوب بفرط النشاط سلبيين، ولا يجدون متعة في عملية التعلم، ويفتقدون الحماسة اللازمة للمشاركة في النشاط التعليمي مع قصور ملحوظ في الإنتباه والتركيز، سواء داخل الصف الدراسي أو خارجه، الامر الذي يؤدي إلى سرعة قابليتهم لشروذ الذهن وتشتت الإنتباه وعدم تركيزهم أثناء الإستماع أو مشاهدة شرح الدرس، ويكونون منشغلين غالبا بأمر خارجي، بل قد يطلقون التعليقات السلبية نحو المعلم والمتعلم، فيكونون بذلك معرقلين لأنفسهم ولزملائهم، مما يجعلهم اكثر إظهارا للفشل الدراسي وإعاقة لتقدمهم التعليمي في المراحل الدراسية التالية، إضافة إلى سوء توافقهم الشخصي والإجتماعي والتعليمي (مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، 2012، ص 133).

### 3-1-3 الإندفاعية :

الإندفاعية من أكثر السلوكيات تأثيرا بالسلب على عملية التعلم لأنها نقيض التروية استيعاب النقيض واعتبار البدائل المختلفة للإستجابة، وهناك الكثير من الانشطة المدرسية التي تتطلب الإختيار من عدة بدائل، فتكون الإندفاعية عائقا دون الحل السليم للمشكلات، ناهيك عن الحوادث التي يحدثها المصابون بهذا الإضطراب داخل المدرسة وخارجها وحتى في المنزل مما يسبب لهم أضرار جسدية، وقد يتعدى ذلك ليؤثر على زملائهم والمحيطين بهم من أقران وأقارب (مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، 2012، ص 134).

### 3-2-2 الأعراض الثانوية لاضطراب فرط النشاط :

#### 3-2-1 انخفاض الأداء الأكاديمي:

أظهرت بعض الدراسات التي تناولت ضعف الإنتباه المصحوب بفرط النشاط في علاقته بالتحصيل الدراسي أن هؤلاء الأطفال يتصفون بضعف الأداء التحصيلي المدرسي بشكل عام، وأن الكثير منهم يعيد على الأقل إحدى سنوات المرحلة الابتدائية قبل انتقاله إلى المرحلة المتوسطة، وأن 40% من هؤلاء الأطفال يتعرضون للفشل الدراسي نتيجة ضعف انتباههم وتركيزهم، ومنهم من يعتبر أقل تحصيليا في مادتين أو أكثر من المواد الدراسية و أن ما بين (60-80%) من هؤلاء الأطفال يعانون مشكلات حقيقية في التعلم. (مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، 2012، ص 134).

### 3-2-2-2 عدم القدرة على تكوين علاقات مع جماعة الأقران :

غالبا ما يعجز الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية من تكوين علاقات مع الرفاق والزملاء وجماعة الأقران، ويعود السبب الأساسي في هذا العجز إلى الرفض من طرف الآخر، لما يحدثونه من فوضى ومشاكل وسلوكيات غير مرغوبة من طرف الغير، قد يؤدي بهم هذا النبذ والرفض إلى الشعور بالإحباط والانخفاض على مستوى مفهوم الذات لديهم.

## - السلوك العدواني :

يعود السلوك العدواني عند الطفل مفرط النشاط والمتششت الإنتباه إلى الخبرات السلبية السابقة، والفشل شبه الدائم في أداء المهام الموكلة إليه، ومع مرور الوقت يسود عنده الجو السلبي وتوقع الإخفاق والسوء، فيصبح بعد ذلك من الصعب التحكم في أفعاله وسلوكياته.

ومن الأعراض الثانوية التي يسببها بدوره السلوك العدواني:

- ضعف التنظيم والفضوية.
- عدم الإشباع.
- انخفاض الدافعية للدراسة والعمل.
- سوء التوافق والتأقلم.
- نقص المهارات الإجتماعية.
- الشروذ.

## 4- أعراض فرط النشاط حسب DSM-5:

وحسب معايير DSM-5-TR، فإن أعراض فرط النشاط وتششت الإنتباه تكون على النحو التالي:

A- نمط مستمر من عدم الإنتباه و/أو فرط الحركة-الإندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر ب (1) و/أو (2) :

- **عدم الانتباه:** ستة (06) من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر (06) على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية.

**ملاحظة:** إن الأعراض ليست فقط مظهر من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائي أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق) فيلزم خمسة (05) أعراض على الأقل.

I غالباً ما يخفق في إعاة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً: إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

II غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات المحادثات أو القراءة المطولة).

III غالباً ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً، حتى عند غياب أي ملهي واضح).

IV غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما ينتهي بسهولة).

V غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفقد لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

VI غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

VII غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

VIII غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً ذات صلة).

IX كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البطالين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

- **فرط الحركة-الإنذافية:** ستة(06) من الأعراض التالية استمرت لستت (06) أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الإجتماعية والمهنية/الأكاديمية.

**ملاحظة:** إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات، بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين(17 سنة وما فوق).

فيلزم خمسة (05) أعراض على الأقل.

I غالباً ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

II غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

III غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتطر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

IV غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

V غالباً ما يكون متحفز أو يتصرف كما لو أنه «مدفوع بمحرك» (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

VI غالباً ما يتحدث بإفراط.

VII غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره في عند الحديث).

VIII غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

IX غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

B- وجود بعض اعراض فرط الحركة-الإنذفاعية أو أعراض عدم الإنتباه قبل عمر 12 سنوات.

C- وجود بعض أعراض فرط الحركة-الإنذفاعية أو أعراض عدم الإنتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلا والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الانشطة).

D- يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/أو إنقاصها لجودة الأداء الإجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E- لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، الإنسمام أو الإنسحاب من مادة ما)(أنور الحمادي، 2012، ص56،59).

#### 5- تشخيص فرط النشاط :

من أجل تشخيص الأطفال المصابين بفرط النشاط، يجب ان يكون هذا العمل متكامل من نواحي عديدة ومن عديد المختصين، إذ يجب حسب المعهد الامريكي الوطني للصحة والتفوق السريري NICE سنة 2008، أن يشتمل التشخيص العمل المشترك بين طبيب الامراض العقلية للأطفال وأخصائي نفسي بشروط ان يكونوا مؤهلين وذوو خبرة من اجل تقادي الخطء في عملية التشخيص.

تكون المتابعة التشخيصية عبر المدرسة عن طريق المشرف عليه في القسم، وفي المنزل عن طريق الوالدين، وبعد تحديد المشكلة وفهمها من كل أبعادها، يتم بناء البرنامج العلاجي اللازم والذي يتماشى مع حالة الطفل.

وتجدر الإشارة دائما حسب (NICE) أن عملية التشخيص تمر عبر مراحل :

- أولا: مرحلة التقييم السريري والنفسي للطفل عن طريق جمع المعلومات العامة عنه، ويتم في هذه المرحلة دراسة وملاحظة السلوكيات اليومية له.

**ملاحظة:** يجب الإستعانة بالسجلات الطبية لإجراء المسح الطبي العام للإطلاع على كل ما يمكن ان يكون مسبب أو معيق، كما يجب الإستعانة بالطبيب العام وطبيب الامراض العقلية

للأطفال، طبيب الأعصاب، أخصائي نفساني عيادي، وكذا الوالدين والمعلم أو المشرف الأكاديمي عليه.

● ثانياً: ملاحظة أعراض الإصابة، عن طريق إجراء مقابلات مباشرة مع الطفل، والحصول عن كُتب على المعلومات اللازمة.

● ثالثاً: مرحلة التشخيص الشامل للحالة، ويتم ذلك عن طريق التقييم النفسي الشامل وتطبيق الإختبارات اللازمة والتحصيل الفردي.

بعد الإنتهاء من عملية التشخيص النهائي والكامل لفرط النشاط، يقوم الفريق المتعدد التخصصات برسم الخطة العلاجية اللازمة لفرط النشاط في شتى أبعاد حياة الطفل .

يذكر كل من BARAKLEY سنة 1998 و KOFMAN سنة 2005، بأن قياس وتشخيص أي طفل يعاني من قصور الإنتباه مع فرط النشاط الحركي لابد ان يتضمن المراحل الآتية:

1- إجراء الفحوصات الطبية المختلفة : تعمل أسرة أورام الدماغ، والصرع كمسبب لحالة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه المتأكد من وجود أو عدم وجود مشكلات مرتبطة بها.

2- إجراء المقابلة الطبية : يعرض الآباء في المقابلة الطبية الطفل على طبيب نفسي من أجل توفير معلومات عن الخصائص الطبية، والنفسية للطفل وتفاعلات الأسرة مع الطفل.

3- تقديرات المعلمين والآباء: عادة ما يكون الآباء والمعلمون اكثر إهتماماً بعملية التقييم، والتشخيص من أجل وضع خطة علاجية لضبط السلوك، وتنظيم حياة الطفل، وبيئته المدرسية، وطرق التدريس الفعالة، حيث تعد الطريقة المثلى لتقييم وتشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه هي تعريض لمتطلبات البيئة المدرسية، بالإضافة إلى تقديرات المعلمين، والملاحظة المباشرة والمقابلات المباشرة. (نايف الزارع، 2007، ص49،48).

## 6- أهم المقاييس المستعملة في قياس فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية:

من أهم المقاييس التي تهتم بتشخيص وقياس فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية:

### 6-1 مقياس CONNERS لتقدير أولياء الامور: يصلح للأطفال ما بين 3 سنوات إلى

17 سنة و يشتمل على ثمانية (08) مقاييس رئيسية :

1 مقياس المقابلة.

2 مقياس المشكلات المعرفية.

3 مقياس النشاط الزائد والإندفاعية.

4 مقياس الإلتقان.

5 مقياس المشكلات الإجتماعية.

6 مقياس القلق والخجل.

7 مقياس الإضطرابات النفسية.

8 مقياس أعراض الإضطرابات العقلية.

### 6-2 مقياس CONNERS لتقدير المعلمين : يحتوي على 59 عنصرا متشابهها لعناصر

تقدير الأولياء، وهو مقياس يعتمد أساسا على معطيات المعلمين دون غيرهم.

### • مقياس التقدير الذاتي الخاص بفئة الطلاب و المراهقين : يتكون من 87 عنصرا ضمن

المقاييس الفرعية التالية:

1 مقياس المشكلات العائلية.

2 مقياس التحكم بالغضب.

3 مقياس الأعراض التي يشمل عليها DSM-4.

4 مقياس المشكلات الإنفعالية.

5 مقياس مشكلات التعرف.

6 مقياس المشكلات العقلية.

7 كمقياس النشاط الزائد والإندفاعية.

**3-6 مقياس التقدير المشتركة :** وهي مقياس مشتركة بين المعلمين والأولياء والطلاب، تم تقنيه على عينة كبيرة من المعلمين (2000 معلم) والأولياء (3000 ولي أمر) وأطفال (10.000 طفل)، واختص بمعلومات سلوكية وعقلية وإنفعالية للحالة.

وقد قسم هذا المقياس الجزء المخصص لتقدير المعلمين إلى ثلاث (03) فئات عمرية على النحو التالي:

المجموعة الأولى: من 4 إلى 5 سنوات - مرحلة الطفولة المبكرة -

المجموعة الثانية: من 6 إلى 11 سنة - مرحلة الطفولة المتأخرة -

المجموعة الثالثة: من 12 إلى 18 سنة - مرحلة المراهقة -

#### **7- التشخيص الفارقي:**

يقوم التخصص العيادي بعملية الفصل بين بعض الإضطرابات التي تتداخل وتمتج مع فرط النشاط وتشتت الإنتباه والإندفاعية، من أشهر هذه الإضطرابات متلازمة أسبرجر، متلازمة ريت، نوبات الصرع ...

#### **7-1 متلازمة أسبيرجر:**

هو أحد الأمراض السلوكية التي تظهر أعراض في سن الثالثة (03)، فيظهر الطفل حالة من الإنزعاج من الأصوات المرتفعة وصعوبة التكيف مع الواجبات الإجتماعية ومشاكل في العلاقات مع الآخرين.

#### **7-2 نقص هرمون الدرق:**

يؤدي الخلل في عمل هرمون الدرق إلى زيادة في تدفقه، وبالتالي إلى زيادة التمثيل و الإمتصاص الغذائي وإلى زيادة الإمتصاص الغذائي وإلى كذلك تغيرات كيميائية في الخلايا

الحية، ويصاحب هذا الخلل ظهور بعض الأعراض الشبيهة بأعراض قصور في الإنتباه وفرط النشاط الحركي مثل الشعور بالإحباط والحزن وكذلك صعوبة في التركيز والإنتباه وكثرة النسيان وزيادة النشاط الحركي والتهيج، بالإضافة إلى زيادة في نشاط الجهاز العصبي ويظهر على شكل تصبب للعرق وزيادة في نبضات القلب.

### 3-7 متلازمة توريت :

يعتبر هذا المرض السلوكي من بين أكثر الأمراض تشابها باضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الإنتباه من حيث عوارضه ومظاهره، فهو اضطراب نفسي لدى الأطفال تظهر أعراضه قبل مرحلة البلوغ، وتتغير هذه الأعراض يحدثها من وقت لآخر، ويحسب الظروف المحيطة وربما تزيد مع تقدم العمر، ومن خصائصه حدوث حركات لا إرادية مفاجئة مصحوبة بأصوات تشبه الشخير أو الهمس أو السعال أو الشهيق أو إطلاق اللعنت والألفاظ النابية.

### 4-7 التخلف العقلي:

يمكن أن تظهر هذه الأعراض على شكل عدم المقدرة على التكيف الإجتماعي مع ضعف الأداء المدرسي والحاجة إلى وقت أطول للإستيعاب.

### 5-7 نوبات الصرع :

يتشابه الصرع مع اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الإنتباه من حيث تأثير الإثنتين على التحصيل الأكاديمي وعدم القدرة على التركيز في إنجاز الاعمال الدراسية. من أهم نوبات الصرع ما يسمى نوبات الصرع الخفيف أو الصغير والذي يؤدي إلى انقطاع الإنتباه خلال ثواني(أقل من 15 ثانية) ومن السهولة جدا عدم ملاحظة الآخرين لهذه الحالة، ولكن هذه الحالة قد تصل لحد مئة مرة في اليوم الواحد وبعدها يصبح من الصعوبة متابعة الحدث الذي كان أمامه، أما بالنسبة للحالة الثانية وهو ما يسمى بصرع الفص الجبهي تحدث هذه الحالات بين المواليد والبالغين وأسبابها غير معروفة إلى الآن وتبدأ عوارضها بوجود علامات منبهة قبل حدوث النوبة يليها فقدان للوعي بدون السقوط، ويصاحبها تصرفات لا هدف لها كالمشي العشوائي وشد الملابس وحركات غريبة في الوجه

كمص الشفاء والبلع والمضغ بالإضافة غلى حركات متكررة في الاصابع وتكون على نمط واحد وبدون هدف مع تمتمة وكلام غير منطقي.

## 8- طرق علاجية معتمدة في علاج فرط النشاط :

### -العلاج السلوكي:

ويعتبر العلاج السلوكي من العلاجات الفعالة في علاج اضطراب قصور الإنتباه والنشاط الزائد (ADHD)، وتقوم برامج العلاج السلوكي على خفض أو إزالة السلوكيات غير المرغوبة والعمل على زيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوكيات المرغوبة والملائمة، كما يساعد الطفل على التدريب على المهارات الإجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين في المواقف المختلفة (المدرسة والمنزل والمجتمع ككل) مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل الإجتماعي من خلال الفنيات السلوكية المتضمنة بالعلاج السلوكي.(عبد ربه، 2014،ص 155).

### -العلاج النفسي:

نتيجة لبعض السلوكيات غير المقبولة المرتبطة باضطراب قصور الإنتباه والنشاط الزائد (ADHD) لدى الطفل فإن ذلك من شأنه ان يؤثر على علاقة الطفل بالمحيطين به، خاصة الاسرة والأقران، مما يعاني سوء التكيف الإجتماعي، والشعور بالفشل وانخفاض تقديره لذاته، والشعور بالوحدة النفسية والقلق والإكتئاب، وغيرها من الاضطرابات النفسية، ومن ثم فغن العلاج النفسي يسمح للفرد بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج تساعده في تقويم صعوباته، والوصول غلى الحلول الصحيحة لها، ويشمل العلاج النفسي علاجا تحليليا، يبني على فهم شخصية الفرد، وصراعاته الداخلية توجد داخل شخصيته او بين شخصيته وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، والحيل الدفاعية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك من خلال الجلسات العلاجية التي تعقد مع الفرد المصاب باضطراب قصور الإنتباه والنشاط الزائد (ADHA) وتظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين والمعلمين في ضوء نظام محدد للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والإنفعالية للفرد، والعمل على إشباع الحاجات النفسية له.(موسى وآخرون، 2018،ص 89).

## -العلاج الدوائي:

العضوية التي تتسبب في اضطراب قصور الإنتباه والنشاط الزائد (ADHD)، والتي أكدت على أن هذا الإضطراب يرجع إلى إختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ، فإن العلاج الدوائي في هذه الحالة يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي للقواعد الكيميائية، كما أن تأثير يؤدي إلى رفع كفاءة الإنتباه لدى الطفل، مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الإندفاعية، والسلوك العدواني، والنشاط المفرط لديه.

## خلاصة الفصل:

على ضوء ما تقدم ذكره والتطرق إليه في هذا الفصل، يتضح لنا جليا بأن فرط النشاط وقلّة الإنتباه وتشتته، من أخطر ما قد يعاني منه الفرد، باعتباره حاجز وعائق كبير يحول بين الطفل وبين تحصيله على جميع الأصعدة والمستويات، وهذا راجع لأسباب وراثية وعضوية ونفسية واجتماعية وبيئية... كما تم التطرق إليه.

لذلك يعتمد المعالج على استراتيجيات وطرق تعتمد على مناهج وقواعد علمية للحد من تأثير هذا المتغير أو التخلص منه.

## الفصل الرابع: التوحد

### تمهيد

1 لمحة تاريخية

2 تعريف التوحد

3 انواع اضطراب طيف التوحد

4 اعراض اضطراب طيف التوحد

5 تشخيص اضطراب طيف التوحد

6 عملية واساليب التكفل

خلاصة الفصل

## تمهيد:

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الفرد والتي يمكن أن تحدد شكل سير المراحل التي تأتي بعدها، وفي هذه المرحلة النمائية الجد هامة يمكن أن يتعرض الطفل إلى العديد من أشكال الاضطرابات منها ما هو عضوي وغير عضوي، وفي الآونة الأخيرة ظهر اضطراب طيف التوحد كأبرز أشكال الاضطرابات غير العضوية والتي يمكن أن تمس العديد من الجوانب الهامة لدى الطفل، حيث أثار هذا الأخير العديد من التساؤلات والإستفسارات عند اكتشافه منذ خمسين عاما حتى الآن حول ماهيته وأعراضه ومظاهره وطرق التفاعل معه وفي هذا الفصل سنحاول التطرق للعناصر السابقة بصورة أكثر تفصيلا وإسهابا بغية كشف الغموض الذي يحيط بالتوحد.

### 1- لمحة تاريخية :

يعد الطبيب الفرنسي مودزلي Maudsly، أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 بحيث كان يعدها ذهانات. ولكن LeoKanner الطبيب النفسي الأمريكي المختص في طب الأطفال، ومؤلف كتاب (طب نفس الأطفال) عام 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943، عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية لاسوية لأحد عشر (11) طفلا كانوا مصنّفين على أنهم متخلفين ذهنيا، فقد كان سلوكهم يتميز باضطراب الذاتية الطفلية Early Infantile Autism، حيث لاحظ انطواءهم الكامل على الذات وعدم التجاوب مع المحيط، ومنذ ذلك العام استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism وذهان الطفولة Children Psychosis، النمط غير السوي في النمو الشاذ Atypical Development (مجيد، 2010، ص 19).

ويرى بعض الباحثين مثل يوسف القريوتي إن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح التوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلا عن أن استخدام العديد من التسميات كان بسبب غموض وتعدد التشخيص (سليمان، 2000، ص 13).

وفي عام 1944 قدم الطبيب هانز إسبرجر Hans Asperger دراسة باللغة الألمانية عن الأطفال الذين راقبهم واتصفوا بأطوار غريبة ومشاركة وهي:

- التمسك الإستبدادي بالأشياء.

- إنحراف إجتماعي شديد وواضح.

- تواصل بصري غير طبيعي.

- السلوكيات الروتينية واستخدامهم للغة بشكل غير صحيح.

وبرغم من عدم إطلاعنا على دراسة كانر، أو معرفته عنها إلا أنه اقترح بدوره أن تعطى هذه المجموعة من الأطفال تشخيصاً جديداً أطلق عليه اسم التوحد الطفولي، وعلى الرغم من تعريف كل من كانر واسبرجر Asperger لهذه المتلازمة في فترة زمنية لم تتجاوز السنة الواحدة، عرف كانر كأول من اكتشف التوحد لأن دراسة Asperger لم تنتشر للأسف سوى باللغة الألمانية، ولم يعرف Asperger على الصعيد العالمي إلا في فترة 20 سنة الماضية بعد أن ترجمت أعماله إلى الإنجليزية، ويعود الفضل إلى الدكتورة لوما وينج Lom wing في إثارة الإهتمام من جديدة حول أعمال اسبرجر Asperger وذكرت أنه برغم من وجود السمات التوحدية في دراسته إلا أنها تختلف عن سمات الأشخاص التوحديين واقترحت أن متلازمة اسبرجر يجب اعتبارها نوع من أنواع التوحد وهو ما سيتم التطرق إليها لاحقاً. (الشامي، 2004، ص 21، 22).

وبالعودة إلى (كانر) نجد أنه قام بحصر دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوع الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الإعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على إنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) ولم يتم الإعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام 1988 حينما تم نشر الطبعة الثانية المعدلة DSM2 والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد وأكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام و ربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء

والانكفاء على الذات والانعزالية لكن في الواقع أن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما، ذلك أن أعراض إعاقة التوحد تخلو تمام من الهلوسة أو الهذات، وبذلك فقد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي (الجبلي، 2015، ص12)

أما في عام 1994 فقد تم اعتبار اضطراب التوحد في الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM-4) أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تضم متلازمة Retts، ومتلازمة اسبرجر Aspergers، واضطرابات الطفولة التفككي، وفي العام نفسه تم تأسيس الإتحاد الدولي لأبحاث التوحد the National Alliance for Autism Reseach ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب التوحد (شبيب، 2008، ص16).

وفي الطبعة الرابعة المنقحة من الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية (TR-DSM4) عام 2000 وسعت مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة، لتشمل خمس فئات هي: اضطرابات التوحد، ومتلازمة (إسبرجر Aspergers، ومتلازمة ريت Retts واضطراب الطفولة التفككي، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة).

إستمر هذا التصنيف إلى عام 2012 إلى أن صدر الدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية (DSM-5) 2013 الذي اعتبر اضطراب التوحد هو أحد أشكال اضطرابات طيف التوحد، وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة الإنحلالي، واضطراب النمو العام غير المحدد بشكل آخر)، ويتصف اضطراب التوحد بنقص في التواصل الاجتماعي ومحدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات (إبراهيم، 2020، ص20).

- مراحل تسمية التوحد:

جدول رقم(2): يوضح مراحل تطور إضطراب طيف التوحد

انقسام الشخصية نوع طفولي	1952	DSM1
فصام نوع طفولي	1968	DSM2
اضطرابات النمو الكلية. توحد الوضع. متلازمة كاملة أو مرحلة متبقية. اضطراب كلي للتطور الطفولي الأول. اضطراب كلي شاذ للتطور.	1980	DSM3
اضطرابات نمائية. اضطراب توحدي. اضطراب نمائي للتطور الغير محدد.	1987	DSM3-R
اضطرابات نمائية. الاضطراب التوحدي. متلازمة إسبرجر. اضطراب نمائي غير محدد. متلازمة ريت. اضطراب التفكك الطفولي.	1994	DSM4
اضطراب طيف التوحد.	2013	DSM5

(تكوين زهير كحال 20 افريل 2016)

مما سبق نجد إن الإختلاف في التسمية راجع للاختلاف الباحثين ومشاريهم الفكرية وكذلك طبقات الدليل التشخيصي للأمراض العقلية والنفسية.

## 2- تعريف التوحد:

### -التوحد لغة:

ذكر ابن منظور في معجمه أن الوحيد، بني على الوحدة الإنفراد عن الأصحاب عن طريق بينونته عنهم، رجل متوحد: أي بقي وحده. توحد بقي وحده ومتوحدا أي منفردا لا يخالط الناس ولا يجالسهم الوحدة في معنى التوحد وتوحد برأيه تفرد به.

وهذا يعني أن وصف الفرد بالوحيد كان نتيجة الوحدة والإنفراد بعيدا عن الآخرين حتى مجالسة غيره. وقد تردد هذا المعنى وإشارات إليه الدلالة اللغوية في كثير من مفردات اللغة لتبين أن رجل متوحد أي منفرد ورجل وحيد لا جليس له ولا أنيس وأنه منفرد بنفسه وله رأيه الخاص الذي لا يحيد عنه ويتشبه به (ابن منظور، 1994، ص446).

ولا يختلف مجمع اللغة العربية فيما أورده مع غيره في بيان معنى التوحد حيث ذكر أن وحد: بقي منفردا والوحيد: المنفرد بنفسه، توحد برأيه: تفرد به. حيث تردد المعنى وتوافقت الدلالة مع المعجمين السابقين على أن كلمة التوحد تعني وتشير إلى المفهوم موضع الإهتمام والدراسة وهو الإضطراب التوحيدي (الرازي، 1987، ص223).

### -التوحد اصطلاحا:

تأتي كلمة التوحد (Autism) من كلمتين يونانيتين هما 'Aut' وتعني النفس أو الذات و 'Ism' وتعني انغلاق، وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوي على نفسه والمنغلق على ذاته بشكل غير عادي، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحيدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما إن الأفراد التوحيديين يبديون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل (مصطفى والشربيني، 2011، ص26).

## -التوحد إجرائيا :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب وسنحاول في هذا المبحث التطرق إلى أهمها:

عرفه Leo Kanner 1943 والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفولي المبكر وعرفه بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر التالية:

- ❖ صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين.
- ❖ انخفاض في مستوى الذكاء.
- ❖ العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع.
- ❖ الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.
- ❖ الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.
- ❖ اضطرابات في المظاهر الحسية.
- ❖ اضطرابات في اللغة أو فقدان اللغة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.
- ❖ ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية.
- ❖ الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب(الجبلي، 2015،ص15).

وعرفه كريك 1961 Creak بأنه يتضمن تسع نقاط أساسية وهي كما يلي :

- ❖ اضطراب في العلاقات الانفعالية.
- ❖ اضطراب في الهوية الذاتية.
- ❖ ارتباط غير عادي مع موضوعات محددة.
- ❖ المحافظة على روتين معين ومقاومة التجديد.
- ❖ تجارب وخبرات إدراكية غير سوية.
- ❖ قلق زائد ومتكرر غير عادي.
- ❖ فقدان القدرة على التحدث.

❖ أنماط حركية مضطربة.

❖ نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية.

عرفه Ornitz على أنه أحد اضطرابات النمو الشديدة السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت، وعرف جيلبيرج وكوليمان Gillberg 1992. colemane التوحد أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة مصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفضة وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي (الزراع، 2003، ص7).

وعرفته الجمعية الأمريكية للأطفال التوحدين 1999 بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا، وأن المظاهر الأساسية لهذا الاضطراب، يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلي سن 30 شهرا من العمر، ويتضمن اضطرابا في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطرابا في التعلق والانتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث.

وترى الجمعية الأمريكية لطب النفسي APA في الدليل الاحصائي الخامس DSM5 أن التوحد اضطراب نمائي يؤدي إلى العجز في المجالات التالية :

❖ الكفاءة الاجتماعية.

❖ التواصل واللغة.

❖ السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة.

ويعرف أيضا على أنه التوحد انه اضطراب نمائي يؤثر بشكل واضح على التواصل اللفظي وغير اللفظي ويؤثر على التفاعل الاجتماعي ويؤثر على الأداء التعليمي للفرد ويصاحبه العديد من الخصائص أهمها الإنغماس اليومي في النشاطات اليومية والحركات النمطية ومقاومة التغيير في روتين الحياة اليومية والإستجابة الغير طبيعية للمثيرات الحسية وتظهر هذه الخصائص قبل عمر الثلاث سنوات.

وجاء في تعريف للجمعية الفرنسية للاضطرابات العقلية عند الطفل والراشد ضمن آخر إصدار لها سنة 2012 طيف التوحد يندرج ضمن مضلة الاضطرابات النمائية الشاملة ولقد تخلت عن التصنيف القديم باعتبارها من ذهانات الطفولة، وأدرجت تحته عدة تصنيفات هي:

التوحد الطفولي، متلازمة اسبرجر، اضطراب الطفولة التفككي، اضطرابات النمو الشاملة، كما عرفته منظمة الصحة العالمية WHO في تصنيفها ICD-11 سنة 2016 يتميز

اضطراب التوحد بعجز مستمر في التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر على شكل مجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وحساسية للمدخلات الحسية التي تختلف فيما بينها في الدرجة والتكرار والتركيز مع تطور النمو (سعودي، خالد، 2022، ص318).

### 3-أنواع اضطراب طيف التوحد :

بما إن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال المتوحدين، فعلى سبيل المثال اقترح بعض الباحثين تصنيفات مختلفة، اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي، والعمر عند الإصابة، وعدد الأعراض وشدها.

واقترحت ماري كولمان Mary colman مدير العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن اقترحت نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية ويبين عملها أن التوحد ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر Kanner بل أنه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية كما يلي:

#### -النوع الأول: Type01

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية Classic Autistic syndrome يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة كما تقول كولمان فإن أطفال هذه المجموعة يبدوون في التحسن تدريجيا بين سن الخامسة إلى السابعة.

#### -النوع الثاني: Type02

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية childhood schizophrenic syndrome with Autistic symptoms يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد التلاميذ تقول كولمان بأن أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة إلى أعراض المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر.

### -النوع الثالث: Type03

Neurologically impaired Autistic syndromه عصيبا المعاقه التوحديه المتلازمة يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات ايضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى).

أما سيفن وماتسون وكوفي وسيفن (coe fee, Matson,Sevin,Sevin) فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

-المجموعة الشاذة:

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحديه والمستوى الأعلى من الذكاء.

-المجموعة التوحديه البسيطة:

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

-المجموعة التوحديه المتوسطة:

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية :استجابات اجتماعية محدودة وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي.

-المجموعة التوحديه الشديدة:

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ(الرزقيات،2004،ص48،49).

4- أعراض اضطراب طيف التوحد: عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن 24 إلى 30 شهرا، حينما يلاحظ الوالدان تأخر في أحد المجالات التالية ويمكن تقسيم الأعراض العامة إلى :

- الأعراض الاجتماعية: غالبا ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين، وهم متحفزون يقيمون اتصالات قليلة، وعلاقات ضعيفة مع كل من الراشدين والأطفال وغالبا

ما يهيمون على وجوههم في أرجاء الغرفة التي يوجدون فيها غير مهتمين بما يفعله الآخرون، كما أنهم يظهرون نوعاً من عدم الإدراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاص أو أشياء، وتظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والإنطواء على نفس وعدم القدرة على إقامة علاقة مع الآخرين إضافة إلى أن الرضيع التوحدي لا يستجيب للحمل والإحتضان (مجيد، 2010، ص41).

ويمكن تحديد اضطراب السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد في ثلاث مجالات رئيسية هي:

- 1- التجنب الاجتماعي: تجنب كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.
- 2- اللامبالاة الاجتماعية: حيث يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير مباليين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.
- 3- الإرباك الاجتماعي: صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الإفتقار إلى التفاعل الاجتماعي. ويتضح مما سبق إن القصور الواضح في العلاقات الاجتماعية هي الخاصية الأكثر بروزاً عند التوحديين.

● **الأعراض اللغوية:** يعاني أطفال التوحد من ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، وبعض الأطفال قد لا يتعلمون الكلام أبداً كما أن هناك كثيراً من الملامح غير سوية لدى الأطفال التوحديين عند بدء الحديث فقد يردد الطفل ما يسمعه توا وفي نفس اللحظة وكأنه صدي لما يقال وتعرف بظاهرة المصاداة Echolalia والحديث التلغرافي الذي يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة واستخدام الضمائر بصورة مشوشة وخاطئة حيث يستخدم أنت عندما يود أن يقول أنا وعدم القدرة على تسمية الأشياء، وعدم القدرة على تسمية الأشياء المجردة ويكون لطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل ولقد اسماها كانر Kanner لغة مجازية ويكون الكلام على وتيرة واحدة ويعاني الطفل الخلط في ترتيب الكلمات والصعوبة في فهم التعليمات الحرفية سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة.

أما التواصل غير لفظي مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة، وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعيا، وعندما لا توجد شذوذات واضحة في مهارات اللغة فإن التواصل غالبا ما يكون به خلل اللف ودوران واللغوة الذي لا علاقة بين أطرافه وبنوده، أما اضطراب فهم اللغة فيبرهن عليه بواسطة عدم فهم النكات والتورية في الألفاظ والسخرية، أما النمطية اللفظية فيشمل تكرارا للكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ولدى الأطفال الأكبر تكون الآلية اللفظية طويلة الأمد مثل إعادة نفس كلمات أغنية سمعها قبل ذلك بسنوات تاريخية حيث ان هذه المعلومات تكرر باستمرار دون اعتبار للموقف الاجتماعي أو مناسبة ذكرها من عدمه(الجلبي،2010،ص46،47).

وبخصوص صعوبات النطق عند الطفل التوحدي ليست ناتجة عن الإصابة بتوحد في حالات كثيرة بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب التوحد في حالات كثيرة، حيث يوجد أطفال توحديون لديهم نكاه طبيعي أو قريب من الطبيعي، لكن لديهم صعوبات في النطق مثل الأطفال الطبيعيين، وهذا ما يدل على أن صعوبات النطق عند التوحديين هي مثلها عند الطبيعيين(مصطفى،الشربيني،2011،ص98).

ويعاني جميع الأفراد التوحديين بلا استثناء من مشكلات في التواصل سواء كان لفظيا أو غير لفظي ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو المعاني التي يتلقونها من الآخرين.
  - قصور في تعميم المفاهيم.
  - قصور واضح القدرات التعبيرية.
  - الفشل في الاستجابة للتعليمات الموجه إليهم.
  - عدم القدرة على استخدام المصطلحات المجردة.
  - عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين والاستمرار فيها قصور في استخدام الضمائر.
- (السيد محمود وآخرون،2015،ص18).

- **الأعراض السلوكية:** تظهر لدى الطفل التوحدي العديد من الأعراض السلوكية المحدودة وضيقة المدى ويمكن إجمالها في العناصر التالية :

#### أ- السلوك النمطي:

من الأشياء الغريبة والملاحظة قيام الطفل التوحدي بعمل حركات متكررة ومتواصلة بدون أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طول فترة اليقظة، وعادة ما تختفي عند النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، ويقلل من فرص التواصل مع الآخرين ومن أمثلتها: ررفة اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، لف الأشياء الدائرية، طقطة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة، كما أن اغلب الأشخاص المصابين بتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكات مقيدة لا ترتبط بهدف واضحا (الشبيب، 2008، ص25).

#### ب- السلوك الروتيني:

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسي لساعات عديدة بلعبة محددة يقاومون التغيير بشكل كبير ويتجسد السلوك الروتيني مثلا بموعد الطعام والحمام واللباس وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة كما يحافظون بشكل كبير على التماثل، وغالبا ما يغضب أو يثور الطفل التوحدي عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي، أو في المحيط الذي يعيش فيه، فمجرد تغيير الوقت الذي اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه للبكاء أو ثورة غضب، حتى أسلوب مقابله أو تحيته لا يتحمل تغييرها بشكل الزيادة أو النقصان. (محمد سليمان، 2014، ص55).

#### ت- السلوك العدواني وإيذاء الذات :

السلوك العدواني سلوك ينطوي على شيء من القصد أو النية يأتي بها الفرد في مواقف الغضب والإحباط التي يعوق فيها من إشباع دوافعه أو تحقيق رغباته، وتجعله يأتي من السلوك ما يسبب أذى له وللآخرين، والهدف من ذلك السلوك تخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط، وتلاحظ العدوانية لدى التوحديين، وغالبا ما تكون بدون أي سبب ظاهر أو فوري، ويتضمن السلوك إيذاء الذات وخبط الرأس، والعض، والخدش، وشد الشعر.

ويتصرف بعض التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم مثل ضرب الرأس في الأرض أو الحائط، أو أن يضرب التوحدي نفسه في مواقع مختلفة من جسمه، وتعتمد

أفضل طريقة لتعامل مع السلوكيات المؤذية لنفس على تقييم العوامل التي تدفع الشخص التوحدي للبدء بممارسة إيذاء نفسه، وتلك التي تجعله يستمر في الإيذاء، وقد يظهر السلوك العدواني للتوحدي أثناء اللعب مع الآخرين ويقوم بدفعهم بكفتي يديه أو اخذ الشيء من يد الطفل الآخر، فهذا يعد من وجهة نظر الآخرين عدوانا على الآخر، إلا انه ناتج عن عدم قدرة الطفل التوحدي على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مما ينتج عنه سلوك عدواني. (مصطفى، الشربيني، ص74-75).

### ث- الانشغال المرضي بموضوعات معينة (التعلق):

ويقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل المرضي بموضوعات وأشياء معينة فقد ينهمك الطفل التوحدي تماما بقطعة من رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة وربما يستمر هذا الانشغال لفترات طويلة من الوقت، أو ينشغل بأجزاء الأشياء مثل شم الأشياء أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت، أو يلاحظ على الطفل السلوك الإستحواذي فقد يسعى إلى الإمساك بشيء واحد دوما كبطانية أو كوب ويشعر بالحزن الشديد إذا اخذ منه هذا الشيء (مجيد، 2010، ص49).

يظهر كذلك الأطفال التوحديون نشاطا حركيا زائدا ملحوظا ومبالغ فيه وإذا تم إيقاف النشاط الزائد بالقوة فإنه يتحول إلى حالة من العزلة التامة والنوم لفترات قصيرة جدا ثم يعود بعدها لممارسة النشاط .

وهناك من يميل إلى الكسل والخمول الزائد حيث أنه لا يمارس أي سلوك سوا الشرود.

### • الأعراض الانفعالية :

قد يعاني الطفل التوحدي من تقلب مزاجي مرتفع، حيث قد لا يبتسم أو يضحك، وأحيانا يستخدم التعبيرات الانفعالية في غير موضعها وأحيانا يكون دائم الصراخ أو البكاء أو الضحك دون سبب فهو يفتقد لفهم المواقف من حوله، ومن هنا فإن التعبيرات الانفعالية الصامت التام، الصراخ بدون سبب الضحك بدون سبب لدى بعض الأطفال قد تكون شديدة وحادة، لسبب غير معروف يمكن أن يصرخ ويتشنج في وقت، ويضحك في وقت آخر. (السيد محمود، 2015، ص32).

وكذلك في مجال المزاج فأن البرود العاطفي هو عنصر مميز، ولكننا قد نجد انفعالات مبالغ فيها ولا تتفق مع الموقف، فقد يخاف الطفل لسبب تافه (السيد سليمان، ص47).

ومن أهم الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم الإستجابة لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى إن طفلهما لا يعرف أحد ولا يهتم أن يكون وحيدا أو مع الآخرين، فضلا عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين (الجلبي، 2015، ص22).

#### • الأعراض المعرفية : ويمكن تناول أهم الخصائص المعرفية على النحو التالي

- الإدراك: ردود فعل الطفل التوحيدي لخبراته الحسية غالبا ما تكون شاذة فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به، ومن الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة، كما أن إحساسات الطفل التوحيدي لا تكون واضحة مثل الطفل العادي فمن الممكن أن يغطي عينيه عندما يسمع صوتا يقلقه.

- الإنتباه: والانتباه لدى الأشخاص التوحيدين غير طبيعي، وما يبدو سليما لديهم هو تمكنهم من إدامة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى، وأولى هذه المصاعب هي التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء وكذلك الانتباه إلى الأجزاء بدل الكل (التماسك المركزي الواهن).

- التذكر: قد يتذكر الطفل التوحيدي بعض المقاطع الكاملة من المحادثات، وقد يلقون قصائد شعرية بدون أخطاء، لكن يواجهون صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة كرواية قصة، أو تذكر مشاهد بصرية.

- التفكير: يتميز تفكير الطفل التوحيدي بأنه بعيد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الإجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية، حيث يتم تفكيره بالانشغال بذات وتسيطر رغبات الفرد على النشاط العقلي.

- الذكاء: حيث تشير الدراسات إلى قصور التوحيدين في معالجة المعلومات والمرونة المعرفية وكذلك القدرة على تحويل من مثير لآخر، عادة ما يكون التوحد مصحوب بتأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد، وهناك قلة ممن يمتلكون قدرات عالية من الأداء.

(مصطفى، الشربيني، 2011، ص 91، 95).

• **الأعراض النفسية:** ومن أهمها فقدان الإحساس بالهوية الشخصية أو الذات، وكثيرا ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة إلى درجة إيذاء أنفسهم، أو يتخذ الأطفال وضعا خاصة في الوقوف أو الجلوس وكأن أجسادهم شيء مألوف لديهم (مجيد، 2010، ص 49).

الخجل والشعور بالذنب يعاني الأطفال التوحد يون صعوبة في تعلم القواعد الاجتماعية للمجتمع وحيث أنهم يعانون في اغلب الأحيان من تخلف ذهني، فأنهم قلما يظهرون شعورا بالذنب أو خجلا، فهم لا يفهمون سببا لأهمية إتباع القواعد الاجتماعية، كما أن هناك العديد من الاضطرابات النفسية التي من شأنها أن تصيب التوحيدي مثل الاكتئاب، الحركة الزائدة، وعدم الانتباه، العدوان، اضطراب الوسواس القهرية، القلق، واضطراب الهلع، قلق الانفصال، والقلق الاجتماعي (مصطفى، الشربيني، 2010، ص 103، 104).

#### • **الأعراض الحسية :**

يستجيب بعض الأفراد المتوحدين إلى الإحساسات السمعية واللمسية والبصرية والدهليزية والسمعية بطريقة غريبة وشاذة فإما أن يكونوا شديدي الحساسية، أو لديهم قصور في الإستجابة الحسية، وهذا بسبب مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لديهم، وأيضا تظهر صعوبة في المشاركة في المواقف الطبيعية، فهم مثلا يتجنبون التواصل اللمسي الجسدي نظر لوجود حساسية جلدية كبيرة، ويكونون دفاعيين في ذلك، حوالي 40% من الأطفال المتوحدين لديهم حساسية عالية لأصوات محددة عندما يتعرضون لها، فلذلك نجدهم يغطون أذانهم أو يظهر الغضب لديهم كرد فعل بعد سماع الأصوات، ولأنهم لا يستجيبون للأصوات فإن بعض الآباء يعتقدون أن طفلهم أصم، فبعض الأطفال يستجيبون كأنهم صم مع أن حاسة السمع سليمة، والشخص نفسه الذي لاستجيب للأصوات نجده يقوم برد فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطابشير عند الكتابة على اللوح، إن عدم الاتساق هذا في الاستجابات إلى المثيرات السمعية قد يكون ناتج عن مشكلات في الإدراك والإحساس، الجهاز الحسي سليم ولكن بعض الشذوذات في القشرة الدماغية في دمج وإدراك المدخلات الحسية تؤدي إلى ردود فعل غريبة ومتنوعة للأصوات وللأصوات واللمس (الرزقات، 2010، ص 40).

ونلاحظ لدى الأطفال التوحدين قصورا في وسائل الإدراك البصري واللمسي والشمي و الذوقي، فهم يميلون إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء أطراف مجاله النظري، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة وطعم الأشياء ويجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت.(الجلبي، 2015، ص 33).

وفي نهاية العرض التفصيلي لأعراض التوحد يمكن القول أن التوحد يتصف بثالث أعراض شهير وهو القصور الكيفي في التفاعل الاجتماعي والقصور الكيفي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وقصور في ذخيرة الأنشطة والإهتمامات واقتصارها على عدد من السلوكيات النمطية إضافة إلى القصور في المجالات السابقة الذكر لكن تبقى المجالات الثلاثة الرئيسية هي الأساسية.

#### 5- تشخيص اضطراب طيف التوحد:

التشخيص هو السبيل الذي يمكننا من التعرف على أصل ونوع وطبيعة الاضطراب، تعتبر عملية التشخيص نقطة البدء في تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل، واختيار أسلوب التدخل المناسب، حيث يمدنا التشخيص بالمعلومات الأساسية والخلفية النمائية للحالة، إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل والإرباك الحاصل في التشخيص ينشأ من تعقيد فكرة التوحد نفسها، فهو اضطراب متنوع الصفات والخصائص، وهذه الخصائص لا تظهر كلها بالضرورة في الطفل المصاب بتوحد، والتشخيص لا يشمل تصنيف السلوكيات التوحدية للطفل فقط، ولكنه يشمل أيضا السياق الاجتماعي والأسري الذي أدى إلى تطورها وظهورها أصلا، التاريخ البيولوجي والطبي المتعلق بتحديد الفرضية ومضامين هذه المعلومات للمعالجة والوقاية من هذا الاضطراب، ومع ذلك لا تنفي فكرة تعقد الاضطراب الوصول إلى التشخيص(الزريقات، 2010، ص 123).

#### 5-1 صعوبة تشخيص اضطراب طيف التوحد :

- ✓ عدم وجود مقياس طبي واحد يؤكد بصورة قاطعة وجود هذا الاضطراب ،وفي الواقع فإن كثيرا من الأطباء يناضلون لعدة سنوات للوصول إلى تشخيص دقيق.
- ✓ أن سلوكيات التوحد تتغير مع تقدم الطفل في العمر، وسلوكيات الأفراد المصابين بتوحد تختلف من موقف لآخر باختلاف المحيطين بهم.

- ✓ قد يحدث خلط بين التوحد واضطرابات أخرى مثل الصمم الاختياري ومن مظاهره أن يرفض الطفل الحديث في مواقف معينة، صعوبات الارتباط العاطفي والتي لا يتمكن الطفل من خلالها تطوير علاقات عاطفية ثابتة مع الأبوين وهناك العديد من الحالات المشابهة لتوحد مثل صعوبات الفرط الحركي، ومتلازمة (لاندو كليفر).
- ✓ عزل وتحديد التوحد كعرض مستقل كان ولا يزال أمرا يتسم بالكثير من الصعوبة والتعقيد.
- ✓ التشخيص الفارقي للاضطرابات النمائية يكون صعبا في حالة الأطفال الصغار جدا، وكلما صغر سن الطفل زاد التداخل بين التخلف العقلي واضطراب النمو اللغوي، و الاضطرابات النمائية المتداخلة.
- ✓ عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني.
- ✓ قد تتكون مظاهر النمو الطبيعية، ثم فجأة يحدث سلوك التوحد وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز الطفل عاميين من العمر.
- ✓ تعدد وتنوع أعراض التوحد واختلافها من فرد الى فرد.
- ✓ إنكار الإعاقة مما من شأنه ان يؤخر عملية التدخل المبكر (مصطفى، الشربيني، 2010، ص114).

## 2-5 أساليب التشخيص :

### -التشخيص الطبي :

لا يوجد إي اختبار دم أو صورة شعاعية تسمح بتشخيص التوحد، وليس الهدف هنا هو تشخيص التوحد بل فهم حالة الطفل بصورة أكثر وضوح، والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى والتي قد تتداخل مع التوحد واستبعادها نهائيا ،وفي التشخيص يتم استيفاء تاريخ حياة الطفل بعناية أثناء الحمل والذي يكون له أهمية بالغة فكثير من الأسباب تعزى إليه والى ما يحدث أثناء فترة الولادة ومن أهم الفحوصات التي يمكن أن تجرى على التوحديين الفحص العصبي والفحص الفسيولوجي وفحص حجم الرأس والفحص الدماغى المرضي وفحص ردود أفعال الأوتار ومشاكل الحركة والتحليل الكروموسومي الذي يكون في غاية الأهمية مع اضطرابات طيف التوحد فالشذوذ الجيني أكثر الحالات تكرر مع حالات التوحد إضافة إلى

إختبارات السمع وإختبارات تصوير الدماغ بواسطة الرنين المغناطيسي (مصطفى، الشربيني، 2010ص116).

#### -التشخيص السلوكي:

يعتمد التشخيص السلوكي على الملاحظة الدائمة والدقيقة لسلوك الطفل في التواصل مع الآخرين، وملاحظة مستويات نموه ويمكن اعتبار طريقة الملاحظة من أكثر الطرق شيوعا واستخداما في تشخيص اضطرابات التوحد، حيث انه من الممكن الإعتماد على الخصائص والمظاهر الخارجية لطفل وملاحظته في المواقف المختلفة والقيام بتسجيل سلوكياته وشدتها وتكرارها من طرف الأهل أو المختصين في المنزل والمدرسة.

#### -التشخيص النفسي :

في التشخيص النفسي يتم تقييم القدرات العقلية والمعرفية والإدراكية والإجتماعية، و الإنفعالية والسلوكية، التكيف ومن خلالها يستطيع الوالدين والمعلمين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم(السيد محمود وآخرون، 2015، ص48).

#### -التشخيص الاجتماعي :

يتضمن التشخيص الاجتماعي التعرف على مدى قدرة الطفل التوحيدي على الانخراط في أنشطة الجماعة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين والاهتمام المشترك مع أقرانه، قصور في بعض المهارات الإستقلالية والحياتية، قصور في المهارات الاجتماعية، وضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية(ابراهيم، 2020، ص 40).

#### -تشخيص التواصل :

من المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل وكيفية أداءه لهذا التواصل التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة وكيفية معرفة الطفل لتواصل مع الآخرين وأول خطوة لدى الطفل هي فحص سمعه وبعد ذلك فحص الأعصاب الحركية.

## -التشخيص الأكاديمي :

يمكن القيام بتشخيص الأكاديمي من خلال استخدام التقييم المنهجي (باستخدام أدوات القياس) وتقييم غير رسمي (باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين)، والغرض من ذلك تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية :

✓ المهارات قبل الأكاديمية (الأشكال، الحروف، الألوان).

✓ المهارات الأكاديمية (القراءة، الحساب).

✓ مهارات الحياة اليومية (الأكل، اللباس، دخول الحمام).

تبقى عملية تشخيص التوحد من أصعب واعقد العمليات نظر لطبيعة التوحد في حد ذاتها، لكن لا يمكن إغفال دور معايير التشخيص سابقة الذكر خاصة المعيار السلوكي خصوصا إذا تمت ملاحظة سمات التوحد في سنوات الأولى من عمر الطفل وتم الإكتشاف المبكر للإضطراب.

## 3-5 معايير التشخيص:

بما أنه لا يوجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بتوحد، فإنه بتالي لا يوجد فحص طبي يمكن أن يشخص هذا الأخير مما يدل على أن معايير التشخيص تعتمد بشكل كبير على الجانب السلوكي، وبتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون منه عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص التوحد.

وتشير معايير التشخيص إلى مجموعة من المظاهر السلوكية والنفسية والعضوية أو مزيج من الاثنين معا أو الثلاثة معا من هذه العناصر التي لا بد أن تظهر على جميع الأشخاص الذين يتصفون بالحالة، وبمعنى آخر عندما تظهر معايير تشخيص اضطراب أو مرض مكتملة في شخص، يدل ذلك على أن الشخص يعاني الاضطراب الذي اكتملت لديه معايير (الشامي، 2004، ص 208، 209).

## 1-3-5 المعايير التشخيصية حسب التصنيف الدولي للأمراض حسب منظمة الصحة

### العالمية (ICD) 2017:

- العجز الدائم والمستمر في بدء والحفاظ على التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل.

- مجموعة من الاهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.

- يظهر اضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة، وقد تظهر كلها في وقت لاحق.

- كما أكدت على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا يؤدي به إلى الانخفاض وحتى تدهور أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الانخفاض والتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والثقافية .

- في هذا التصنيف أصبح اضطراب طيف التوحد وفرط النشاط يظهرا في نفس الوقت. (سعودي، عبد السلام، 2022، ص325).

### 5-3-2 المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد وفقا لدليل التشخيصي الإحصائي الخامس DSM-5:

#### إضطراب طيف التوحد (F84.0) Autism Spectrum Disorder:

**A.** عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو

كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال كل ما يلي، الأمثلة توضيحية وليست شاملة :

**1-** عجز عن تعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي

الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات،

والعواطف، أو الانفعالات يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

**2-** العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي يتراوح من

ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة

الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى الانعدام التام للتعبير الوجهية

والتواصل غير اللفظي.

**3-** العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل

السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى الصعوبات في مشاركة اللعب التخيلي

أو في تكوين الصداقات، إلى الانعدام الإهتمام بالإقران.

**B.** أنماط متكررة ومحددة من السلوك والإهتمامات أو الأنشطة، وذلك بحصول إثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ (الأمثلة توضيحية وليست شاملة).

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام مثلا أنماط حركية بسيطة صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي وخصوصية العبارات.  
2- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية لسلوك اللفظي وغير اللفظي، مثلا الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز ( مثلا، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).  
4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا: عدم الاكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة والاستجابة السلبية للأصوات أو الأنسجة المحددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء والحرك).

**C.** تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو ( ولكن قد لا توضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

**D.** تسبب الإعراض تدنيا سريرا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي أو في غيرها من المناحي المهمة.

**E.** لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية ( اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل، إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

**ملاحظة:** الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد واضطراب إسبرجر واضطرابات النمو الشامل غير محدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد، الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي

لكن أعراضهم لا تلبى المعايير لإضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي(العملي).

**تحديد شدة الحالة:** تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة (انظر القائمة الثانية :

• يحتاج لدعم كبير جدا.

• يحتاج لدعم كبير.

• يحتاج للدعم.

**حدد ما إذا كان:**

• مع أو دون ضعف فكري مرافق.

• مع أو دون ضعف لغوي مرافق.

**حدد ما إذا كان:**

• مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي(استعمل رمزا إضافيا لتحديد حالة الطبية أو الوراثة المرافقة).

• مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي.

**حدد ما إذا كان:** مع كاتاتونيا( راجع معايير الكاتاتونيا المرتبطة باضطراب عقلي آخر

للتعريف) ملاحظة الترميز استخدام الكود الإضافي F06,1 الكاتاتونيا المرتبطة باضطراب التوحد للإشارة إلى وجود كاتاتونيا مصاحبة.

**القائمة 2 درجات الشدة للاضطراب طيف التوحد :**

جدول رقم(3): يوضح درجة الشدة والإحتياج

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جدا	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير اللفظي مسببا تدنيا شديدا. في الأداء مع بداء محدود جدا	انعدام المرونة في السلوك وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو ان السلوكيات النمطية المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء

<p>في جميع المناحي، إحباط صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.</p>	<p>للتفاعل الاجتماعي مع أقل الاستجابات لاستهلاجات الغير، مثلا شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادرا ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط وللإستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.</p>	
<p>انعدام المرونة في السلوك وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية المتكررة تظهر للمراقب الخارجي وتتدخل بالأداء في العديد من السياقات، إحباط لتغيير التركيز أو الفعل.</p>	<p>عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى في الدعم في مكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاجات الغير فمثلا شخص يتكلم جملا بسيطة وتفاعلاته محدودة باهتمامات ضيقة، ولديه تواصل غير لفظي غريب.</p>	<p><b>المستوى 2</b> <b>يحتاج لدعم كبير</b></p>
<p>انعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات، صعوبة التغيير بين الأنشطة مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الاستقلالية.</p>	<p>دون دعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا. صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة لاستهلاجات الغير، وقد يبدو انخفاض الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلا شخص لديه</p>	<p><b>المستوى 1 لا</b> <b>يحتاج لدعم</b></p>

	<p>القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط باتصال ولكن محادثة من والى الآخرين ستفشل ومحاولاته لتكوين الأصدقاء غريبة وغير ناجحة.</p>	
--	---	--

(ترجمة الحمادي، 2022، ص51، 52، 53، 54)

عدد الأعراض التي تم التشخيص بها هي 7 أعراض سلوكية موزعة على 3 أعراض في المعيار الأول، وأربع أعراض في المعيار الثاني، وتم التركيز على محكيين أساسيين في عملية التشخيص وهما قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، وفي الأخير يمكننا القول أن اضطراب التوحد مر بمراحل عديدة في تشخيصه حيث كان هناك أمور تأخذ بعين الاعتبار وأصبحت الآن ليس لها دور في التشخيص مما يؤكد أن الاضطراب مزال فيه تغيرات تطرأ عليه إلى غاية اليوم وهذا راجع إلى عدم معرفة الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب.

#### 5-4 التشخيص الفارقي بين التوحد والاضطرابات الأخرى:

##### -تعريف التشخيص الفارقي :

هو العملية التي تحدد فيها إي من مرضيين أو أكثر لهم أعراض متداخلة هي التي تنطبق على حالة مريض معين، كذلك تشمل عملية التشخيص الفارق بين مرضين اثنين (02) متشابهين بتحديد الأعراض الحاسمة التي تظهر مع أحدهما ولا تظهر مع الآخر، والهدف من التشخيص الفارقي هو التوصل إلى تفسير طبي أقرب إلى الصواب لحالة مرضية غريبة ومعقدة كخطوة أولى تساعد على البحث عن العلاج المناسب.

وكذلك هو الأمر بنسبة لتوحد حيث يعاني اغلب الباحثين والمتخصصين من قضية تشابك السلوك المرتبط بالتوحد وبعض الاضطرابات الأخرى كالإعاقة العقلية وفصام الطفولة والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل ومتلازمة اسبرجر ومتلازمة ريت، واضطرابات أخرى ويمكن تخليص هذه الفروق فيما يلي:

**5-4-1 التوحد والإعاقة العقلية:** يمكن تلخيص أهم الفروق التشخيصية بين التوحد والإعاقة العقلية في ما يلي:

جدول رقم(4): يبين الفروق بين التوحد والإعاقة العقلية

م	اضطراب التوحد	الإعاقة العقلية
1	الأفراد المتوحدون لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين ويميلون للعزلة والانسحاب.	المعاقون عقليا يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي.
2	لا يعتمد بشكل أساسي في تشخيص اضطراب التوحد على القدرات العقلية.	يعتمد في تشخيص الإعاقة العقلية بشكل أساسي على اختبارات الذكاء.
3	يكون الطفل التوحدي طبيعي من حيث المظهر ويتصف بالوسامة.	توجد أعراض خارجية وشكلية تدل على وجود إعاقة عقلية مثل كبر حجم الدماغ.
4	يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وان وجدت تكون غير عادية وغير وظيفية.	اللغة موجودة بشكل أفضل مقارنة بالطفل التوحدي.
5	تركز أدوات التشخيص للأطفال المصابين بتوحد على الجوانب السلوكية واللغوية والاجتماعية.	تركز الأدوات التي تستخدم لتشخيص الإعاقة العقلية على الجانب المعرفي والعقلي والسلوكي والتكيفي.

(إبراهيم، 2020، ص41، 42)

**5-4-2 التوحد والفصام:** كانت البداية في التعرف على اضطراب التوحد هي استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام، الانسحاب أو الشعور بالوحدة النفسية، وعلى هذا الأساس كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الاضطرابين أمر وارد ولذلك لم يكن من المستغرب أن يرادف بعض الباحثين بين المصطلحين ويستخدمونهما بشكل تبادلي بمعنى أن التوحدي هو الفصامي والعكس، وبتعدد الدراسات في مجال التوحد أمكن الوقوف على أوجه التفريق بينهما (سيد سليمان، 2000، ص76).

جدول رقم(5): يبين الفروق بين التوحد والفصام.

التوحد	الفصام
يظهر بشكل واضح في مرحلة الطفولة المبكرة.	نادرا ما يظهر في فترة الطفولة وغالبا ما يظهر في بداية المراهقة.
فحص جيناتهم قد لا يظهر الحالة.	فحص الجينات يظهر الحالة بوضوح.
وجود علاقة بين التخلف العقلي والتوحد بنسبة 88% بين الأفراد التوحديين.	لا يوجد اقتران بين التخلف العقلي والفصام.
لا توجد هلاوس، وما يبدو من ضحك الطفل التوحدي بسبب مشاكل حسية.	يعاني الفصامي من الهلاوس والأوهام والاضطرابات من التفكير والهواجس والتناقض الوجداني.
يوجد قصور شديد في التفاعل الاجتماعي.	القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية.
نسبة التوحد (4) ذكور مقابل (1) إناث.	نسبة الحدوث عند الذكور والإناث متساوية.
يعاني من قصور في النمو لغوي مع عدم القدرة على استخدام الرموز مع ندرة تطور اللغة لديه.	لديه قدرات لغوية عالية يستفيد منها ويستطيع استخدام الرموز مع إمكانية التطور اللغوي.
لا يستجيب للمثيرات البصرية، خاصة التقاء العيون.	يستجيب للمثيرات البصرية.
عادة ما تتراوح نسب الذكاء لديهم ما بين 20 إلى 70 درجة.	تكون نسبة الذكاء عادية.

(اسماعيل، 2009، ص 80)

5-4-3 التوحد ومتلازمة إسبرجر: أشار الباحثون إلى وجود اختلاف بين توحد ومتلازمة

إسبرجر حاول الطالب توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم(6): يبين الفروق بين التوحد ومتلازمة إسبرجر.

التوحد	متلازمة إسبرجر
يعانون عادة من تخلف عقلي.	مستوى ذكاء عادي أو فوق العادي.
قصور في النمو اللغوي.	لغة جيدة في التخاطب والقواعد ولكن قد

تكون هناك صعوبة في فهم الأمور التي تحتاج إلى تركيز.	
يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.	يظهر في مرحلة الطفولة المتأخرة.
سلوكيات نمطية وروتينية أكثر شدة.	سلوكيات نمطية أقل شدة.
خلل في التفاعل الاجتماعي أكثر شدة.	خلل في تفاعل الاجتماعي أقل شدة.
القلق والاكتئاب والعدوانية لا تظهر بشكل أساسي عند التوحديين.	القلق والاكتئاب والعدوانية لا تظهر بشكل أساسي عند التوحديين.
يعانون العزلة الاجتماعية لكنهم غير مدركين لوجود الآخرين.	يعانون العزلة الاجتماعية لكنهم مدركون جيدا بوجود الآخرين لكن لا يسعون لتواصل معهم.

يمكننا القول إن متلازمة إسبرجر تشترك مع التوحد في العديد من الأعراض، ولكنها تظهر أقل شدة، إن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والإتصال والسلوكيات والاهتمامات إلى جانب فقدان القدرة على التخيل، وتعد متلازمة إسبرجر أكثر شيوعا من اضطراب التوحد، وهي مشابهة لتوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من الإناث (السيد محمود وآخرون، 2015، ص62).

وأشار تاسي 'Tsai' إلى أهم الملامح الأكثر وضوحا وتمييزا للإسبرجر عنه في التوحد على النحو التالي:

- الحديث والقراءة والرسم تكون منصبة في موضوعات العنف والموت.
  - المزاج يكون بسهولة محبكا مع نوبات الغضب.
  - الحالة الصحية متدنيا.
  - غير مستبصر بإعاقته.
  - متحذلق في كلامه.
  - يحب أن يخبر الناس بمعارفه.
  - لديه حب للاستطلاع (مصطفى، الشرييني، 2011، ص133).
- 4-4-5 التوحد ومتلازمة ريت** : يمكن إظهار أهم الفروقات بين متلازمة ريت والتوحد في ما يلي:

جدول رقم (7): يبين الفروق بين التوحد وبين متلازمة ريت.

متلازمة ريت	اضطراب التوحد
قد لا يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها.	فقدان تام للوظائف اللغوية.
اضطراب ريت يظهر عند الإناث.	يحدث اضطراب التوحد عند الذكور والإناث ولكن بنسبة أكثر عند الذكور.
تحدث تشنجات للمصابين بمتلازمة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة أو حدوث نوبات صرع قبل ثمان سنوات.	يعانون من نوبات صرع.
عوامل المسببة للإصابة بمتلازمة ريت تختصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي أو المخيخ والجهاز العصبي المركزي.	عوامل الإصابة غير محددة.
يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج في الأطراف السفلية مع غياب في التناسق الجزئي.	لا تظهر أعراض واضحة على حالات اضطراب التوحد.

(إبراهيم، 2020، ص44)

## 6- عملية و أساليب التكفل:

تلي عملية التشخيص عملية التكفل والتي تعد عملية جوهرية لدى الذين يعانون من اضطراب التوحد بصفه خاصة كون هذا الأخير لم يعثر له بعد على علاج نهائي، فالعملية التكفلية هي محاولة احتضان هذه الفئة وتقديم القليل من المساعدة والتدخل سواء كانت طبية أو نفسية أو اجتماعية أو تربوية من اجل ضمان حياة أحسن وأسهل للطفل التوحد والتخفيف من حجم معانات هذه الفئة.

## -تعريف عملية التكفل بالطفل المصاب باضطراب التوحد:

لغة :

اشتق التكفل في اللغة العربية من كلمة كفل، ويقال كفلا وكفالة إي أخذ على عاتقه (على مسؤوليته) وتعهد بشيء أو شخص وألزمه.(المنجد في اللغة العربية،2000، 1240).

اصطلاحا:

ويقصد الرعاية والضمان ،وهو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال حتى ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة.

ويمكن تعريفه بأنه عملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليته من خلال تنمية مهاراته وقدراته واستغلالها أحسن استغلال(الحازمي،2007،ص124).

ويمكن تعريفه كذلك بأنه الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية، وهو أيضا مجموعة من الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر عرضة لخطر الإعاقة قبل وإثناء الولادة وبعدها، و في تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة كي يتم توفير الرعاية لهم في سنوات الطفولة الأولى.(بلهيجة وآخرون، بدون سنة ص8).

## 6-1 أنواع التكفل :

6-1-1-1 التكفل الطبي: لا يوجد عقار أو مجموعة أدوية تقدم علاج متفق عليه، ومازالت المحاولات الجادة والبحوث جارية لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاج اضطراب التوحد، فالأدوية المتوفرة في الوقت الراهن تستخدم للتخفيف من حدة بعض أعراض وحالات التوحد فمن هذه الأدوية ما يساعد في عملية التعليم ومنها ما يحد من النشاط الزائد ومنها ما يخفف السلوك العدواني أو يهدئ ثورات الغضب أو يحد من السلوكات النمطية أو يعالج الصرع ومظاهر الاكتئاب، ومنها ما يقلل من العنف الزائد وسلوك إيذاء الذات ويؤكد عدد من العلماء على أهمية هذا التكفل خاصة إذا ترافق مع البرامج التربوية والسلوكية الأخرى المخصصة للطفل التوحدي(مصطفى،الشرييني،2011،ص199).

**6-1-2 التكفل الاجتماعي:** ويشمل التكفل الاجتماعي الاهتمام التام بالطفل المصاب باضطراب التوحد من حيث النوم نظافة الجسم والهندام إضافة إلى مراقبة وملاحظة التغيرات في سلوكه مع برمجة أوقات للمشاركة الأسرية في عملية التكفل الاجتماعي إضافة إلى توفير المراكز المتخصصة والطاقم البشري المؤهل وذو تكوين عالي بغية ضمان عملية تكفلية ناجحة.

**6-1-3 التكفل النفسي:** ونعني بها تلك التقنيات العلمية ذات المقاربات النفسية العلاجية التي توضع في شكل برنامج متكامل ومتنوع الأشكال والأساليب لتطبق من طرف الأخصائيين النفسي، الأروطوفوني، والبيداغوجي وإدماج الأسرة وكل من له علاقة بالتوحد وفي محيطه، وما العلاج النفسي هنا إلا تكثيف الاهتمام بالحاجات النفسية والتربوية للطفل المتوحد. (نحوي، 2012، ص302).

**6-1-4 التكفل السلوكي والتربوي:** الهدف من هذا النوع من التكفل هو تلبية احتياجات الأطفال التوحديين كمهارات العناية بذات والمهارات الأكاديمية المعرفية والتواصلية والسلوكية وهذا النوع يقوم على تدريب وتعليم الأطفال من خلال إجراءات تربوية وخطوات سلوكية مخطط لها منذ البداية وتعتبر نتائجه هي الأفضل حالياً فيما يخص التوحد وهناك العديد من البرامج التي تدخل ضمن التصنيف التربوي السلوكي سنقوم بذكرها لاحقاً، وتعد البرامج السلوكية هي الأكثر شيوعاً في العالم حيث تركز على جوانب القصور الواضحة 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، وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبّقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً مما يعني أنه بإمكان الإباء تعلمها والعمل بها رفقت الأخصائيين للحصول على عملية تكفلية متكاملة ذات نتائج جيدة.
- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.
- نظراً لعدم وجود اتفاق حول أسباب حدوث التوحد فإن الأساليب لا تعبر اهتماماً بالأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

- ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك. (شبيب، 2008، ص39).

## 6-2 أهمية عملية التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد :

تكن أهمية عملية التكفل في كونها وسيلة لإدماج الطفل التوحد داخل المجتمع، و محاولة لتدارك جوانب القصور التي يعاني منها في مختلف النواحي النفسية والاجتماعية والسلوكية قصد التخفيف من معاناته وتحقيق نوع من الاستقلالية الذاتية له إضافة إلى أنها محاولة لتغيير نظرة الشفقة التي لطالما ينظر بها إلى هذه الفئة، وتحقيق الدمج الاجتماعي للتوحد، وبينت الدراسات التي أجريت على الأطفال المعاقين، أن لبرامج التكفل أثر في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة، إضافة إلى انعكاس هذه العملية على الوالدين بصفة ايجابية. (بلهجة وآخرون، بدون سنة، ص9).

## 6-3 أهم البرامج التكفلية الموجهة لأطفال التوحد :

ويقصد بها تلك البرامج التدريبية التي تعمل على تعليم الطفل التوحد اكتساب مهارات اجتماعية تمكنه من التواصل والتفاعل مع أفراد مجتمعه وهي تلك المهارات التي يفتقدها المصاب وتشكل أهم الأعراض التي تدل على الاضطراب، بالإضافة إلى السلوكيات السلبية المصاحبة مثل فرط الحركة والنشاط وعدم الثبات، ولكل برنامج أسلوبه الخاص في التدخل من حيث الأسس التي يرتكز عليها، والفريق المعني بعملية التكفل والحجم الساعي المخصص لكل برنامج والفئة المستهدفة ومكان تنفيذه وأدواته وسنحاول التطرق لأهم هذه البرامج:

## 6-3-1 برنامج التدخل المكثف لوفاس (Applied Behaviorl Analysis (ABA : Lovaas

يعد من أشهر الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، قدمه لوفاس Lovaas بجامعة كاليفورنيا الذي أسس جميع تجاربه على نظريات تعديل السلوك التي ركزت على أن السلوك الإنساني مكتسب وقابل للقياس وتحكمه ضوابط تحدث قبل السلوك أو بعده، و سنة 1987 قام بنشر البرنامج ومدى التقدم الذي أحرزه على الأطفال المتوحدين الملتحقين بالبرنامج، حيث أن 47% منهم ارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي

والتحقوا بالمدارس، ويعتبر العمر المثالي لبدء برنامج لوفاس من سنتين ونصف إلى خمس سنوات بحيث تكون درجة الذكاء 40 ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل البرنامج الأطفال بعمر الست سنوات(06) إذا كانت لديهم المقدرة على الكلام، ويتم تدريب الطفل بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا، بمعدل ثماني ساعات يوميا تتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين(60-90) دقيقة للأطفال المبتدئين تتخللها استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل (10-15) دقيقة من التدريب، ويقوم البرنامج على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، و يبدأ الطفل بتدريب على تقليد الحركات، والأصوات، ثم اكتسابه الخبرات، ثم ينتقل إلى تعلم المهارات الكبرى الأكثر تعقيدا مثل المطابقة مع نموذج معين وكتابة الكلمات والجمل والأرقام وكل استجابة صحيحة أثناء التدريب يتم تعزيزها مباشرة بشيء يسعد الطفل مثل لعبة أو ثناء وشكر أما الاستجابات الأخرى غير صحيحة يتم تجاهلها أو تصحيحها أو تعديلها، مما يساعد الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية(العايد واخرون،2012، ص421).

ويقوم بتطبيقه فريق من المختصين من بينهم طبيب الأطفال العقلي، المختص النفسي، مختص الأرتوفونيا، مختص البيداغوجيا، بالإضافة إلى الأولياء الذين يتم تدريبهم على كيفية التدخل الذي يتم في إطار برنامج فردي محدد ومضبوط بشكل جيد، ويطبق في المراكز المتخصصة و المنزل(قيروود،بركو،2021،ص202).

### 6-3-2 برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المتشابهة TEACCH : (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped)

هو برنامج طوره اريك شوبلر Eric Schopler في عام 1972 في جامعة نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا البرنامج معتمد من قبل الجمعية الذاتية الأمريكية ومن أهم عناصر البرنامج:

التنظيم المادي: يتصف التنظيم المادي بما يلي: تنظيم البيئة الفيزيائية للأطفال التوحديين من حيث وضع الأثاث والأدوات والخزائن والأركان ويعمل على تكييف البيئة لمواجهة الصعوبات ،وزيادة الاستقلالية عند الطفل وجعل بيئته ذات معنى بالنسبة له من خلال تنظيم وترتيب المواد والأشياء، التنظيم المادي يقدم عددا من الدلائل البصرية من اجل مساعدة الأطفال على فهم التعليمات وتشمل هذه الدلائل على المجسمات والصور الفوتوغرافية

والرسومات، فيساعد على التواصل الوظيفي مع البيئة، وزيادة انتباههم وتركيزهم على المهام والأنشطة. (عبد الغني محمود، 2022، ص 258).

ويعمل البرنامج على تنمية تسع مجالات من المهارات تشمل التقليد، الإدراك الحسي، الحركات الكبرى، الحركات الدقيقة، تأزر العين واليد، المعرفي اللفظي، المعرفي العملي، الاجتماعي، العناية بذات ويتطلب تحقيقها:

- التعاون بين الأولياء والمختصين، ويعتبر الأولياء جزء من فريق التكفل.
  - التدريب الضروري للأولياء على البرنامج.
  - حضور الأولياء لعملية التشخيص والتكفل في المراكز المتخصصة من خلال قاعات مجهزة بزجاج غير عاتم.
  - اعتبار الأولياء كمعالجين مساعدين ومشاركين في وضع برنامج التكفل.
- وبخصوص فعالية البرنامج فقد أثبتت العديد من الدراسات فعاليتها مع الأطفال والأولياء كذلك كما أشارت دراسة Bristol1993 إلى انخفاض أعراض الاكتئاب عند الأمهات المشاركين في البرنامج، وعلى العكس من ذلك الأمهات اللواتي لم يشاركن لم يظهر إي تغيير في أعراضهم الاكتئابية (قيروود، بركو، 2021، ص 208).

### 6-3-3 برنامج استخدام الصور في التواصل PECS :

نشأت فكرة البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام 1994 ويتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام نظرا للقصور اللفظي وغير اللفظي الذي يعاني منه أطفال التوحد، حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب، الأم، المدرس) حيث ينبغي على هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزا أو صورا وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، يركب سيارة) وبني هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي وغيرها. (شبيب، 2008، ص 45)،

إضافة إلى العديد من البرامج يمكن ذكرها:

### 6-3-4 التدريب على المهارات الاجتماعية: (SST) Social Skills Training

يعتمد هذا الأسلوب على إيجاد بدائل أكثر فعالية وإمكانية لتعميم وتحسين التفاعلات مثل الدمج الاجتماعي وتمثيل الأدوار، واللعب مع الآخرين، والقصص الاجتماعية .

### 6-3-5 العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش) (DLT) Daily Life Therapy

يفترض هذا الاتجاه إن الطفل التوحدي لديه معدل عالي من القلق، لذلك يركز على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الإندروفينات التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما والفن مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير مناسبة. (شبيب، 2008، ص45).

### 6-3-6 العلاج بالتكامل الحسي (SIT) Sensory Intergration Therapy

وتفترض هذه الطريقة في العلاج أن التوحديين لديهم مشكلات في التكامل الحسي نتيجة عدم قدرة الدماغ على دمج المثيرات البيئية من الحواس، والبرنامج التدريبي المعتمد يتضمن تدريب اللمس وتدريب الحس المرتبط بموقع الجسم والتأزر الحركي للعضلات الدقيقة وغيرها من التدريبات التي تزيد من كفاءة التكامل الحسي.

### 6-3-7 التدريب على التكامل السمعي (AIT) Auditory Intergration Training

تهدف إلى إعادة تدريب الأذن لتخفيف فرط الحساسية نحو الأصوات، من خلال برنامج تدريبي يعتمد على الاستماع للموسيقى بعد استبعاد الأصوات الموسيقية المسببة للحساسية السمعية، بواسطة الحاسوب ويتم وضع سماعة موصولة بجهاز على أذن الطفل اليسرى مما يساعد على تحفيز مناطق اللغة في النصف الأيسر من الدماغ ويزيد انتباهه. 0

### 6-3-8 العلاج بالتدريبات البدنية PE

لاحظ الآباء نقص السلوك النمطي، وفرط الحركة واضطرابات النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات بعد ممارسة الأبناء للأنشطة الرياضية لعدة ساعات في اليوم كما لاحظوا تحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية أيضا (عبد الغني محمود، 2022، ص259).

نستنتج مما سبق التطرق إليه حول أهم البرامج التدريبية الموجهة لتكفل باضطراب التوحد أنها كلها اهتمت بتفعيل التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومساعدة الطفل التوحيدي على تحقيق استقلاليته الذاتية، وتسهيل اندماجه اجتماعيا وتخفيف العبء على الوالدين من خلال تنمية المهارات اللفظية وغير اللفظية، والمهارات المعرفية، الاجتماعية، ويمكن الإشارة هنا لدور الذي يمكن أن يلعبه الأولياء إذا شاركوا في تطبيق هذه البرامج رفقت المختصين مما من شأنه أن يسفر عن عملية تكافلية ذات نتائج جيدة.

### 6-3-9 تجدر الإشارة هنا إلى المقياس المستخدم في دراسة كأحد الأدوات الرئيسية

**فيها وهو مقياس تقدير التوحد الطفولي: The childhood Autism Rating Scal (CARS)**

وهو من إعداد سكوبلر و رسلر ورنر ولقد صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحيديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصة ذوي التخلف العقلي، ويتمتع مقياس تقدير التوحد بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الاكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص حيث كانت النتيجة الإرتباط (0,84) عند مستوى (0,001).

**ويشمل المقياس على خمسة عشر بعدا هي:**

الإلتماء، التقليد، المحاكاة، الإستجابة، الإنفعالية، إستخدام الأشياء، إستخدام الجسم، التكيف مع التغيير، الإستجابة البصرية، إستجابة الإستماع، إستجابة واستخدام التذوق واللمس والشم، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى وثبات الإستجابة العقلية، الإنطباعات العامة.

وكل بند من البنود السابقة يعطي تقديرا من (1-4) حيث أن رقم (1) يعني إن السلوك في المجال العادي بينما الرقم (4) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة. (الزراع، 2004، ص25).

## خاتمة الفصل :

ختاماً يمكننا القول أن اضطراب التوحد يعد من اشد وأصعب اضطرابات النمو لما يفرضه على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو التواصل واللغة والتفاعل الاجتماعي والإدراك الحسي والإنفعالي ويؤثر على الحياة الطبيعية للمصاب به ومما زاد من حدة هذا التعقيد والصعوبة هو تداخله مع العديد من الإضطرابات الأخرى حيث تبرز هنا عملية التشخيص كخطوة هامة تحدد بعدها مسار العملية التكيفية والأساليب العلاجية اللازمة لتدارك جوانب القصور لدى الطفل التوحدي ومحاولة إدماجه في المجتمع وتخفيف العبء على أوليائه.

# الجانِب التَطْبِيقِي (المِيدَانِي)

# إجراءات الدراسة

## تمهيد

- 1 منهج الدراسة
- 2 حدود الدراسة
- 3 مجتمع الدراسة
- 4 عينة الدراسة
- 5 الدراسة الإستطلاعية
- 6 الهدف من الدراسة
- 7 ادوات جمع البيانات
- 8 إجراءات التطبيق

## تمهيد:

يعد البحث العلمي تلك العملية البحثية المنظمة التي يقوم بها من يريد تحقيق نتائج علمية ما إما بالإثبات أو النفي في الدراسة الميدانية لموضوعه.

وعليه، فإننا نتطرق في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم في هذا البحث وأدوات جمع البيانات، وحدود دراسة البحث من الجانب الزماني وكذا الجانب البشري الأدائي، ومجتمع العينة والدراسة الإستطلاعية وإجراءات التطبيق، ثم إلى خلاصة البحث.

### 1 منهج الدراسة:

من أهم الخطوات وأدقها في الدراسات الميدانية هي خطوة تحديد واختيار منهج الدراسة، فاختيار منهج الدراسة قائم على عدة معطيات من بين أهم هذه المعطيات الهدف من الدراسة، وعليه فإننا للإجابة على تساؤلنا في موضوع البحث وهو الوصول إلى الأثر ومدى التأثير فإنه توجب علينا اختيار المنهج التجريبي.

#### 1-1 المنهج التجريبي:

هو أحد أهم المناهج العلمية، وذلك نظرا للثقة العالية في النتائج التي يتم التوصل إليها من خلاله، ويستخدم المنهج التجريبي كثيرا في العلوم التطبيقية والطبيعية، وتتمتع إجراءاته بمستوى ثقة عال، وبالتالي فإن استخدامه في البحث العلمي يعد خطوة متطورة للوصول إلى الحقائق العلمية التي تتمتع بالدقة والمصداقية نظرا لإمكانية التحكم في العوامل والظروف والمتغيرات المؤثرة في المشكلة البحثية. ([www.jawad-book.com](http://www.jawad-book.com)).

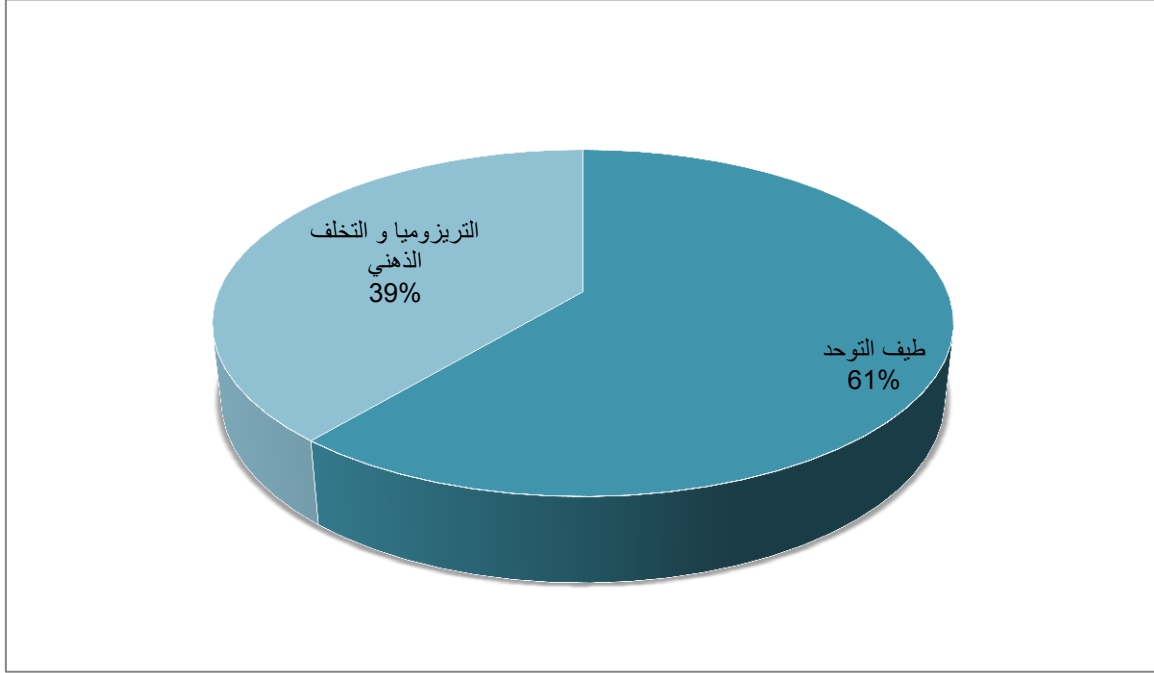
### 2 حدود الدراسة:

1-2 الحدود المكانية: قمنا بهذه الدراسة بأحد المراكز المتخصصة والذي يتكفل بالعينة التي استهدفناها في موضوع دراستنا.

المركز النفسي البيداغوجي(02) المجاهد المرحوم قدور بساس بولاية الأغواط.

حاليا يجري التكفل ب90 طفل بين 55 طفل طيف التوحد، و35 من اطفال متلازمة داون وعاقة ذهنية بنظام دوام نصف داخلي.

شكل رقم(1): توضيحي لنسبة أطفال طيف التوحد والإحتياجات الأخرى المتكفل بهم داخل المركز



**2-2 الحدود الزمانية:** أجريت هذه الدراسة في الفترة الممتدة ما بين:

من: 2023/01/08 إلى 2023/06/08، مع مراعاة العطل الدورية والإستثنائية.

**2-3 الحدود البشرية:**

أجرينا الدراسة على أطفال طيف التوحد من الدرجة المتوسطة حسب مقياس (كاررز 2) والذين يعانون من فرط النشاط المصحوب بتشتت الإنتباه والإندفاعية، وعددهم عشرة (10) أطفال.

**3 مجتمع الدراسة:**

أطفال طيف التوحد من الدرجة المتوسطة حسب مقياس كارز لتحديد درجة التوحد المتكفل بهم بنظام نصف الداخلي بالمركز النفسي البيداغوجي (02) المجاهد المرحوم قدور بساس بولاية الأغواط.

تم تطبيق إختبار كارز2، جاءت نتائجه على النحو التالي:

- 13 طفل درجة خفيفة.
- 14 طفل درجة متوسطة.
- 28 طفل شديد الدرجة.

والأطفال الذين يعانون من فرط النشاط حسب مقياس النشاط الزائد عشرة (10) أطفال من أصل أربععاشر (14) طفل طيف التوحد من الدرجة المتوسطة.

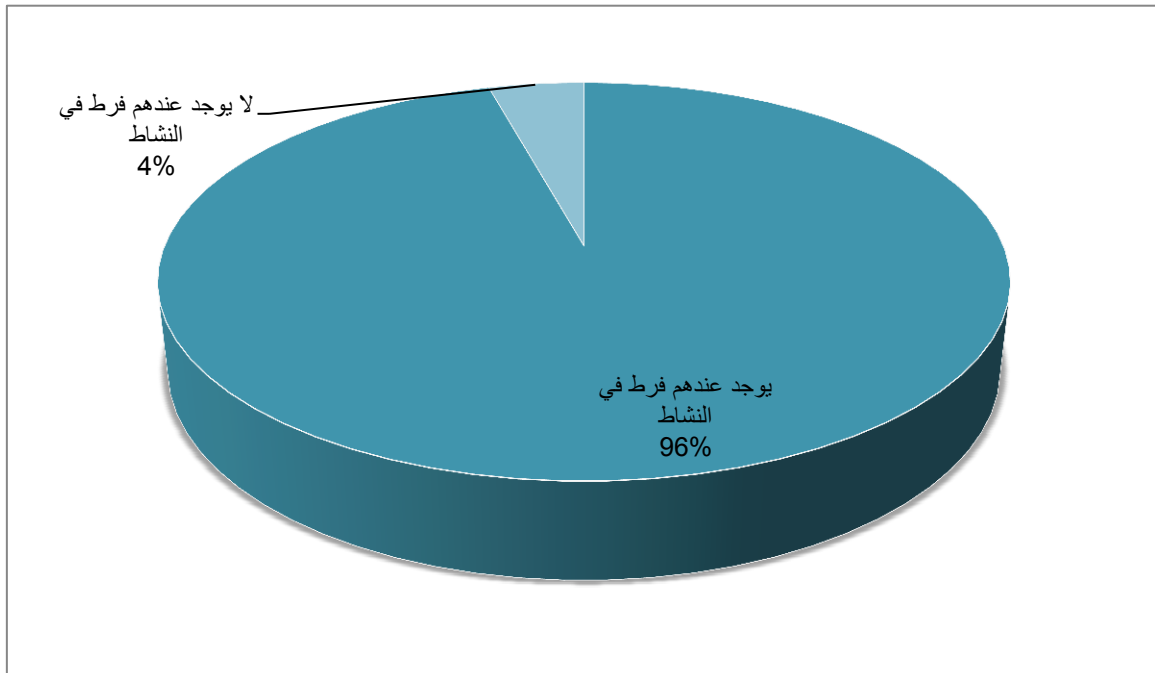
#### 4 عينة الدراسة:

وبذلك فإن العينة التي سيقام عليه التجريب هم عشرة (10) أطفال مصابين بطيف التوحد من الدرجة المتوسطة ويعانون من فرط النشاط.

جاءت نتائج تطبيق مقياس النشاط الزائد على النحو التالي:

- 10 أطفال يعانون من فرط النشاط.
- 04 أطفال ليس لديهم فرط في النشاط.

شكل رقم (2): توضيحي لنسبة الاطفال الذين يعانون من فرط النشاط



## 5 إجراءات التطبيق:

شملت دراستنا الإستطلاعية على عشرة (10) أطفال من أطفال طيف التوحد المتكفل بهم بالمركز النفسي البيداغوجي (02) المتواجد بحي الوئام المدني بولاية الأغواط، والذين لديهم درجة التوحد متوسطة الشدة والذين يعانون من فرط النشاط.

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

- المجموعة الأولى التجريبية والمتكونة من نصف العدد الإجمالي أي خمسة (05) أطفال.  
أنثيين وثلاثة ذكور.
- المجموعة الثانية الضابطة والمتكونة من (05) أطفال أي من نصف العدد الإجمالي، وكذلك من أنثيين وثلاثة ذكور.

## 6 الهدف من الدراسة الإستطلاعية:

إن الهدف الرئيسي من الدراسة الإستطلاعية هو تكوين تصور عام للبحث، من خلال الدراسة السيكمترية لأدوات القياس، والتي قد تتوج بالتصرف العلمي فيها إما بالتنقيح أو التعديل، ودراسة صدقها وثباتها، كما أنها تسمح للباحث أن يحيط بمكان إجراء الدراسة والتعرف على العينة عن قرب.

## 7 أدوات جمع البيانات:

### 1-7 المقابلة:

من الأدوات الأساسية للبحث، وهي من أهم الخطوات التي يستخدمها الباحث لمعرفة مشكلات المفحوص أو جمع المعلومات التي من خلالها يتسنى لصاحب البحث أن يطبق بعض المقاييس أو كتابة التقارير العيادية، هي علاقة لفظية حيث يتقابل شخصان، فينقل الواحد منهما معلومات خاصة للآخر حول موضوع أو موضوعات معينة. فهي نقاش موجه هو إجراء اتصالي يستعمل سيرورة اتصالية لفظية للحصول على معلومات على علاقة

بأهداف محددة.

كما تعتبر المقابلة وسيلة مؤثرة وفعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض من أجل مساعدته على التخلص من محنته وتسهيل حل مشكلاته.

أجرينا المقابلة مع أمهات أطفال طيف التوحد من أجل جمع المعلومات عن كل طفل من أجل معرفة بعض المعلومات ومن أجل تحرير التقارير العيادية لكل طفل.

**7-2 إختبار قياس درجة التوحد كارز(2):** للباحثين اريك سكوبير، روبيرت ريتشليد

مقياس تحديد درجة التوحد childhood autism rating scale، الطبعة الأخيرة منه أصدرت سنة 2010 من أصل الطبعة الأولى سنة 1988، تم إضافة اختبار الوالدين في الطبعة الأخيرة، ولمقياس كارز نسختين:

\* الأولى تستخدم مع عينة الأطفال من الفئة العمرية ما بين السنتين (02) إلى سن الثانية عشر (12).

\* والثانية للأطفال ما بين الثالثة عشرة (13) فما فوق، وهي الفئة العمرية التي تعيننا في هذه الدراسة الموافقة لأعمار الأطفال والذين يفوقون سن (13).

يشتمل مقياس تحديد شدة التوحد على خمستاشر (15) بندا:

الإتصال بالناس، التقليد، الإستجابة العاطفية، إستخدام الجسد، إستخدام الأشياء، التكيف مع الغير، الإستجابة البصرية، الإستجابة السمعية، إستجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والعصبية، التواصل اللفظي، مستوى النشاط، مستوى واتساق الإستجابة الفكرية، الإنطباع العام.

يتم تصنيف الدرجة وفق تنقيط معتمد، وهو على النحو التالي:

جدول (8): توضيحي لتصنيف التوحد حسب الدرجة.

درجة الشدة حسب مقياس كارز	وصف الشدة	التشخيص المفترض	مجموع النقاط	
من 02 إلى 12 سنة	خفيف الدرجة	طيف توحد	15-29.5	
	متوسط الدرجة	طيف توحد	36.5-30	
	شديد الدرجة	طيف توحد	60-37	
من 13 سنة و أكبر	خفيف الدرجة	طيف توحد	27.5-15	
	متوسط الدرجة	طيف توحد	34.5-28	
	شديد الدرجة	طيف توحد	60-35	

### 7-3 إختبار فرط النشاط المصحوب بتشتت الإنتباه والإنذافية:

تم تصميم مقياس النشاط الزائد من طرف الأخصائي النفسي العيادي والدكتور العايب عبد القادر، بصفته عمل مع ذوي الإحتياجات الخاصة وفئة أطفال طيف التوحد لمدة طويلة استطاع من خلالها ملاحظة أعراض النشاط الزائد المصحوب بالتشتت في الإنتباه والإنذافية انطلاقاً من خبرته المهنية والقاعدة النظرية.

- قدمت النسخة الأولية للمقياس للجنة محكمة، مكونة من متخصصين في عدة مجالات (علم النفس العيادي، التربوي، الأطفوني، المدرسي، التربية النفسحركية، التربية البدنية، التأهيل الحركي، التعليم المتخصص، الطب العقلي للأطفال)، مكن ذلك اللجنة المحكمة من تقديم بعض التوجيهات والملاحظات نوجزها في ما يلي:

\* تجنب "أو"، "و" بحيث كل عبارة تخص صعوبة معينة.

\* تجنب العبارات المتشابهة في تحديد سلوكيات النشاط الزائد.

\* إعادة صياغة بعض العبارات.

\* عند كتابة العبارات يجب تجنب التكرارات.

\* إلغاء بعض الكلمات التي لا تتاسب العبارة التي تحدد النشاط الزائد.

\* بالإضافة إلى تصحيح بعض العبارات من الناحية اللغوية.

يتكون المقياس على ثلاثة (03) أبعاد:

جدول رقم (9): يوضح الأبعاد وبنود إختبار النشاط الزائد.

المحصورة ما بين:	عدد البنود	البعد
12-01	12	الإنتباه
25-13	13	فرط الحركة
37-26	12	الإندفاعية

### 7-3-1 تصحيح مقياس النشاط الزائد:

يحتوي المقياس على سبعة وثلاثون (37) بندا، وخمسة (05) بدائل على شكل:

- دائما - غالبا - إحيانا - نادرا - أبدا، من عبارات ذات إجابات إيجابية، و درجات البدائل فيها: 0-1-2-3-4 موزعة على الفئات التالية:

جدول رقم (10): يبين مفتاح مقياس فرط النشاط.

الفئات		
التقييم	إلى	من
ليس نشاط زائد	37	0
خفيف	74	37
متوسط	111	74
شديد	148	111

#### 7-4 الأنشطة البدنية المكيفة المستعملة في هذه الدراسة:

-النشاط الأول: القفز داخل الحلقات، نشاط يقوم فيه القائم عليه، بتوزيع سته(06)حلقات بصفة عشوائية شريطة أن تكون المسافة بين الحلقة والأخرى تسمح للطفل بالقفز داخلها بكلتا القدمين، ثم يقوم القائم على النشاط بالقفز من حلقة لأخرى مع احترام الحيز ومحاولة عدم السقوط، ثم يطلب من الطفل بداية القفز تماما بعد التعليلة ويتم تحديد الوقت بين التعليلة والتعليلة وفق قدرات الطفل البدنية أو الإضطرابات المصاحبة.

مدة التطبيق: الوقت الكامل للنشاط تقريبا خمستاشر(15) دقيقة مع التكرار، ويتم النشاط بتكراره لعشرة (10) مرات بين التكرار والتكرار مدة راحة بسيطة لاتتجاوز العشر(10) ثوان.

- تم تحديد الوقت من طرف خمسة(05) مربيين متخصصين بالإضافة لمعلم التعليل المتخصص.

- تم النشاط على مدى عشرة(10) حصص كاملة لكل طفل موزعة على شهرين ونصف الشهر، طفلين إثنين في كل زيارة وطفل واحد في اليوم الثالث من الزيارة أسبوعيا.

الأيام: الأحد/الإثنين/الخميس، باعتبار الثلاثاء يوم خاص لحصص رياضية في الملعب البلدي الملحق لمركب بن سالم محمد، والأربعاء المخصص للسباحة في المسبح التابع لمركب بن سالم محمد، والمسبح التابع لمركب القواطين.

-النشاط الثاني: المشي داخل المتاهة، نشاط يحتوي على متاهة بلاستيكية لينة يقوم فيها القائم بالنشاط بتوجيهها لعدة إتجاهات، يدخل فيها الطفل حبوا بحيث يحاول قدر المستطاع التزام الإتجاهات دون طيها أو لويها أو القيام من حبوه داخلها.

مدة التطبيق: الوقت الكامل للنشاط تقريبا عشرون(20) دقيقة مع التكرار، ويتم النشاط بتكراره لعشرة (10) مرات بين التكرار والتكرار مدة راحة بسيطة لاتتجاوز العشر(10) ثوان.

- تم تحديد الوقت من طرف خمسة (05) مربيين متخصصين بالإضافة لمعلم التعليل المتخصص.

- تم النشاط على مدى عشرة (10) حصص كاملة لكل طفل موزعة على شهرين ونصف الشهر، طفلين إثنين في كل زيارة وطفل واحد في اليوم الثالث من الزيارة أسبوعياً.

الأيام: الأحد/الإثنين/الخميس، باعتبار الثلاثاء يوم خاص لحصص رياضية في الملعب البلدي الملحق لمركب بن سالم محمد، والأربعاء المخصص للسباحة في المسبح التابع لمركب بن سالم محمد، والمسبح التابع لمركب القواطين.

### 8 إجراءات التطبيق:

8-1 مقياس كارز 2 لتحديد الدرجة: كما سلف ذكره في الإطار المكاني للبحث، فإن المركز يتكفل ب55 من أطفال طيف التوحد، تم الإتصال بالأخصائية النفسانية العيادية بالمركز والتي بدورها اجتمعت معنا ومع أولياء أمور الأطفال من أجل الحصول على أجوبة المقياس ثم قمنا بتفقيط الإجابات بعد النظر في الإجابات من خلال المختصين والمشرفين على الأفواج نقادياً للذاتية من قبل الأولياء.

- ملاحظة: أكد جميع المشرفين على الأطفال على صدق الإجابات.

### جاءت النتائج بعد التطبيق على النحو التالي:

جدول رقم(11): يوضح نتائج إختبار تحديد الدرجة للطفل المصاب بطيف التوحد.

الرقم	الجنس	الدرجة الرقمية	الدرجة التصنيفية (الشدة)
01	ذ	20.5	خفيف
02	ذ	32.5	متوسط
03	أ	34.5	متوسط
04	ذ	42	شديد
05	أ	35	متوسط
06	أ	20.5	خفيف
07	ذ	26.5	خفيف
08	ذ	32.5	متوسط

09	ذ	28.5	خفيف
10	ذ	42	شديد
11	ذ	40	شديد
12	ذ	40	شديد
13	ذ	27.5	خفيف
14	ذ	32.5	متوسط
15	ذ	26.5	خفيف
16	ذ	26.5	خفيف
17	ذ	39.5	شديد
18	ذ	32.5	متوسط
19	ذ	34.5	متوسط
20	ذ	20.5	خفيف
21	ذ	40	شديد
22	ذ	32.5	متوسط
23	ذ	47.5	شديد
24	ذ	52.5	شديد
25	ذ	37.5	شديد
26	ذ	47.5	شديد
27	ذ	49.5	شديد
28	ذ	46.5	شديد
29	أ	27.5	خفيف
30	ذ	35.5	متوسط
31	أ	47.5	شديد
32	ذ	37.5	شديد
33	ذ	39.5	شديد
34	ذ	38.5	شديد

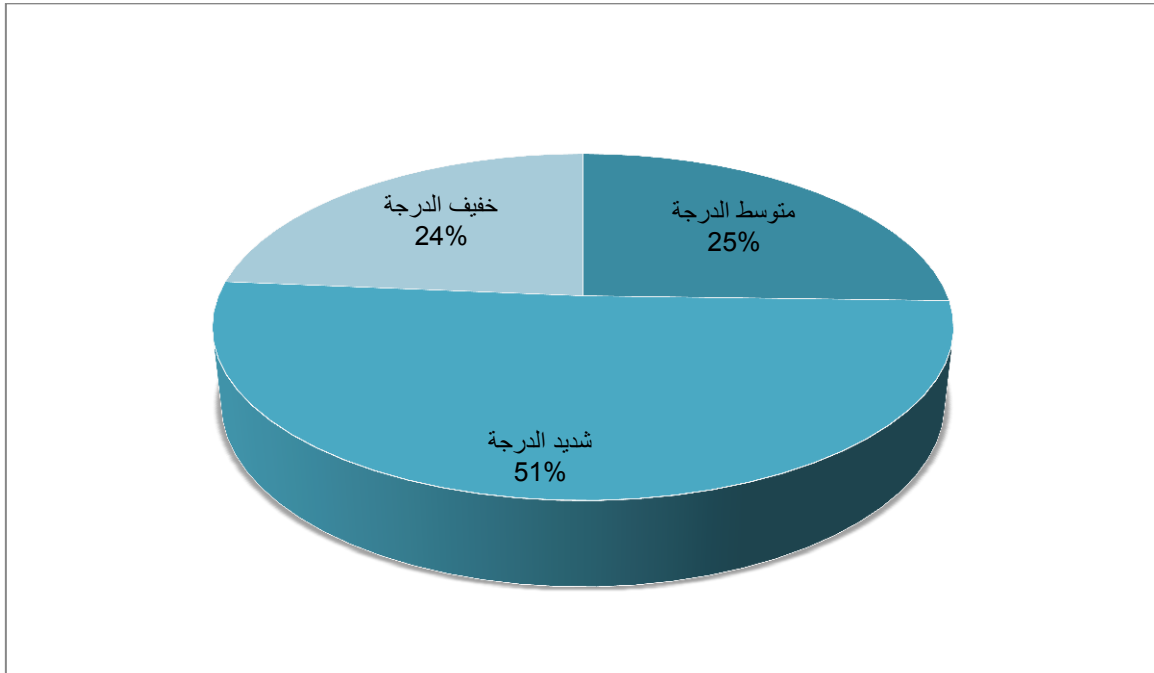
شديد	46.5	ذ	35
شديد	43.5	ذ	36
خفيف	27.5	ذ	37
متوسط	36.5	ذ	38
شديد	38.5	أ	39
شديد	39.5	ذ	40
خفيف	29.5	ذ	41
متوسط	36.5	ذ	42
شديد	40.5	ذ	43
خفيف	26.5	ذ	44
شديد	48.5	ذ	45
شديد	45.5	ذ	46
خفيف	21	ذ	47
متوسط	34.5	أ	48
شديد	40.5	ذ	49
شديد	48.5	ذ	50
شديد	48.5	أ	51
متوسط	36.5	ذ	52
شديد	46.5	أ	53
شديد	45.5	أ	54
متوسط	36	أ	55

جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم(12): يبين توزيع التوحد حسب الدرجة والجنس.

درجة شديدة		درجة متوسطة		درجة خفيفة	
28 طفل		14 طفل		13 طفل	
عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث
23	05	10	04	10	03

شكل رقم(3): يوضح نسب الدرجات المتحصل عليها.



- من خلال نتائج الإختبار الخاص بتحديد الدرجة، تحصلنا إذا على العدد أربععشر الخاص بعدد الأطفال من الدرجة المتوسطة والتي نطبق عليها إختبار النشاط الزائد.

**2-8 تطبيق إختبار النشاط الزائد القبلي:** كما ذكرنا سابقا في تحديد الأدوات، فإن هذا الإختبار يتخصص في قياس النشاط الزائد بأبعاده الثلاث الإنتباه، فرط الحركة، الإندفاعية.

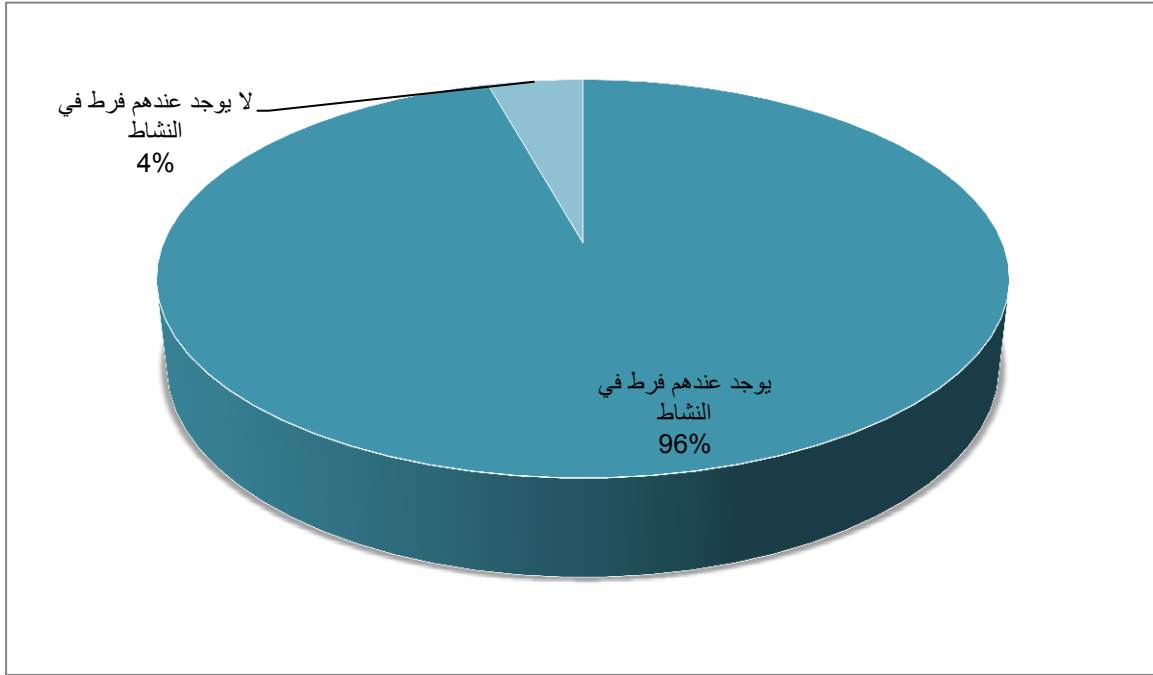
## مفتاح المقياس:

- من 0 إلى 37 لا يوجد فرط في النشاط.
- أكثر من 37 إلى 74 خفيف.
- أكثر من 74 إلى 111 متوسط.
- أكثر من 111 شديد.

جدول (13): يوضح نتائج تطبيق الإختبار (القبلي) لفرط النشاط.

فرط النشاط لدى الأطفال ذوي طيف التوحد متوسطي الدرجة				
الرقم	الجنس	الإسم المستعار	النتيجة	التصنيف
01	أ	هناء	124	شديد
02	أ	فاطمة	122	شديد
03	أ	هند	117	شديد
04	أ	حنان	127	شديد
05	ذ	عماد	123	شديد
06	ذ	بكر	127	شديد
07	ذ	يسين	123	شديد
08	ذ	وليد	129	شديد
09	ذ	عبد الله	124	شديد
10	ذ	رحيم	125	شديد
11	ذ	جمال	24	لا يوجد
12	ذ	حميد	31	لا يوجد
13	ذ	هاني	35	لا يوجد
14	ذ	أكرم	24	لا يوجد

شكل رقم(4): يوضح نتائج مقياس فرط النشاط القبلي للعيينة



- ملاحظة: نلاحظ أن كل الأطفال الذين أسفر الإختبار (القبلي) أنهم يعانون من فرط النشاط، لديهم درجة شديدة، باستثناء الأربع أطفال الآخرين.

بعد استظهار نتائج الإختبار القبلي لقياس فرط النشاط، فإنه يستوجب علينا تقسيم العينة التي أسفرت نتائج الإختبار بانها تعاني من فرط النشاط على النحو التالي:  
جدول رقم(14): يوضح تقسيم العينة لمجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية.

03	ذكور	05	المجموعة الضابطة
02	إناث	اطفال	
03	ذكور	05	المجموعة التجريبية
02	إناث	أطفال	

الأطفال المعنيون بالدراسة بعد نتائج الإختبار القبلي لمقياس فرط النشاط بالمجموعتين  
التجريبية والضابطة:

جدول رقم(15): يبين نتائج إختبار فرط النشاط القبلي للعينة (الضابطة والتجريبية).

الأطفال ذوي طيف التوحد متوسطي الدرجة				
الرقم	الجنس	الإسم المستعار	النتيجة الرقمية	التصنيف
01	أ	هند	117	شديد
02	أ	حنان	127	شديد
03	ذ	وليد	129	شديد
04	ذ	رحيم	125	شديد
05	ذ	عبد الله	124	شديد
06	أ	هناء	124	شديد
07	أ	فاطمة	122	شديد
08	ذ	عماد	123	شديد
09	ذ	بكر	127	شديد
10	ذ	يسين	123	شديد

### 3-8 الأنشطة البدنية المكيفة:

-النشاط الأول: القفز داخل الحلقات: تم اختيار هذا النشاط باقتراح من المجموعة البيداغوجية المتكونة من أخصائيين في عدة مجالات داخل المركز، والذي يخدم البحث إنطلاقاً من خبرة المجموعة ومن إنتهاجه من طرف الوزارة الوصية باعتباره داخل المحور المخصص له.

## بطاقة تقنية للنشاط الأول:

- المادة: النشاط البدني المكيف.
- الموضوع: القفز داخل الحلقات.
- الإطار الزمني: 15 د.
- الإطار المكاني: القاعة المخصصة للأنشطة البدنية و الترويحية.
- الهدف العام: الخفظ من فرط النشاط.
- الأهداف الإجرائية:

- إدراك مفهوم الحيز.
- الإلتزام بالتعليمية.
- تنمية الحركات الدقيقة للجسم.
- الوسائل المستعملة:

- حلقات بلاستيكية قطر الواحدة منها 45 سم.
- صفارة فم.
- سير العمل: قام الطالب بوضع الحلقات بشكل عشوائي مع تقريب الحلقات نوعا ما ببعضها حتى يتسنى للطفل القفز من حلقة لأخرى، وقام الطالب الآخر بالنشاط حتى يتسنى للطفل ملاحظة النشاط، قام الطالب الأمر بوضع صفارة الفم هي تعليمية الإنطلاق وكذا القفز.
- ثم يبدأ الطفل بالنشاط والخروج من الحلقة عند انتهاء الحلقات الستة(06)، ثم يكرر النشاط لعشر (10) مرات متتالية مع مدة استقطاع للراحة لا تزيد عن 10 ثوان، موزعة عبر(15) دقيقة تقريبا وتكرر هذه العملية لعشر حصص لكل طفل.

### • ملاحظة: تم تطبيق هذا النشاط في كل حصة عبر أربعة مراحل:

- 1-المرحلة التحضيرية: الوصول إلى المركز قبل الأطفال للتحضير مع المشرف.
- 2-المرحلة الإستقبالية: إستقبال الأطفال والذهاب معهم للأقسام ثم للقاعة المخصصة.
- 3-المرحلة الأساسية: القيام بالنشاط.
- 4-المرحلة الاخيرة: تقييم سير النشاط اليومي مع الفرقة البيداغوجية.

-النشاط الثاني: المشي داخل المتاهة: تم اختيار هذا النشاط أيضا باقتراح من المجموعة البيداغوجية المتكونة من الأخصائيين، إنطلاقا من خبرة المجموعة ومن إنتهاجه من طرف الوزارة الوصية باعتباره داخل المحور المخصص له.

### بطاقة تقنية للنشاط الثاني:

المادة: النشاط البدني المكيف.

الموضوع: المشي داخل المتاهة.

الإطار الزمني: 20 د.

الإطار المكاني: القاعة المخصصة للأنشطة البدنية والترفيهية.

الهدف العام: الخفظ من فرط النشاط.

الأهداف الإجرائية:

- إدراك مفهوم الحيز.

- الإلتزام بالتعليلة.

- تنمية الحركات الدقيقة للجسم.

- إدراك مفهوم الإتجاه.

الوسائل المستعملة:

- متاهة أسطوانية بلاستيكية مغلقة ومفتوحة في الطرفين طولها 3.5 أمتار، لينة قابلة

للتوجيه مغلقة من الجوانب، قطرها الواحدة 55 سم.

سير العمل: قام الطالب بوضع المتاهة بشكل مستقيم ينطوي نحو اليمين بعد 70 سم من

فتحة المتاهة، وبعد 70 سم أخرى ينحني نحو اليسار بدرجة 90د حتى فتحة الخروج من

المتاهة.

يبدأ الطفل بالنشاط بعد إشارة الإنطلاق عند العد للرقم ثلاثة ثم كلمة إنطلق والخروج من

المتاهة عند انتهاء مع تشجيعه من طرف الطالب، ثم يكرر النشاط لعشر (10) مرات متتالية

مع مدة استقطاع للراحة لا تزيد عن 10 ثوان، موزعة عبر (20) دقيقة تقريبا وتكرر هذه

العملية لعشر حصص لكل طفل.

• ملاحظة: تم تطبيق هذا النشاط في كل حصة عبر أربعة مراحل:

- 1- المرحلة التحضيرية: الوصول إلى المركز قبل الأطفال للتحضير مع المشرف.
- 2- المرحلة الإستقبالية: إستقبال الأطفال والذهاب معهم للأقسام ثم للقاعة المخصصة.
- 3- المرحلة الأساسية: القيام بالنشاط.
- 4- المرحلة الاخيرة: تقييم سير النشاط اليومي مع الفرقة البيداغوجية.

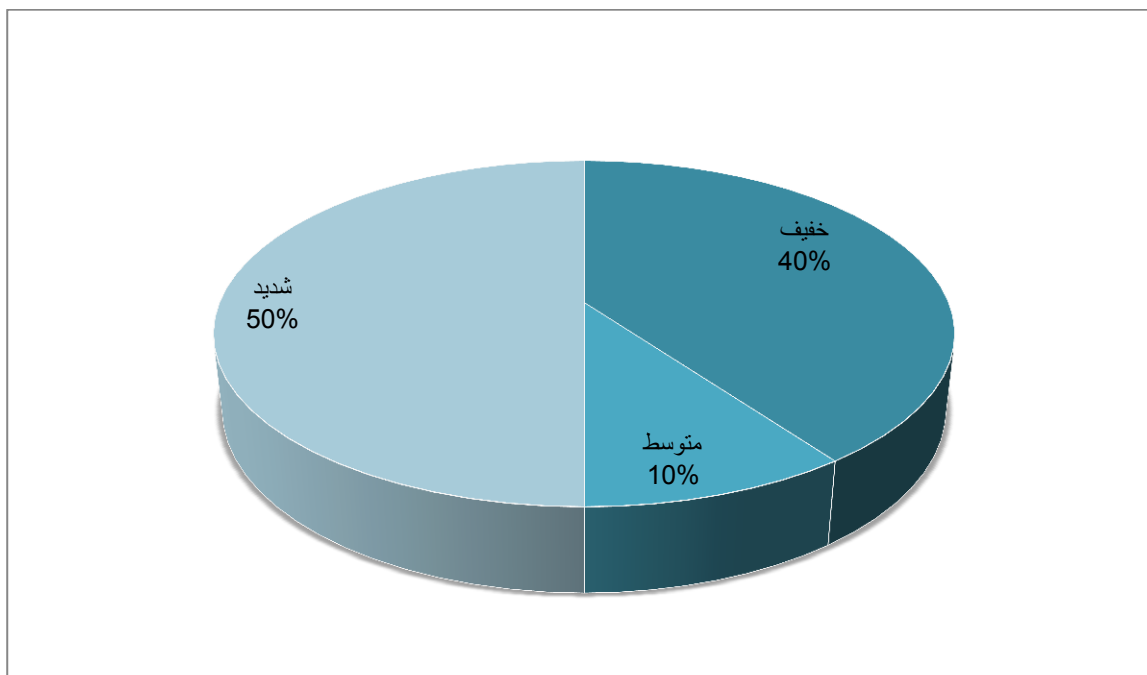
8-4 نتائج تطبيق الإختبار البعدي لمقياس فرط النشاط:

بعد تطبيق الإختبار البعدي تم الحصول على النتائج التالية:

جدول رقم(16): يوضح نتائج تطبيق الإختبار (البعدي) حسب مقياس فرط النشاط.

الأطفال ذوي طيف التوحد متوسطي الدرجة				
الرقم	الجنس	الإسم المستعار	النتيجة الرقمية	التصنيف
01	أ	هند	88	متوسط
02	أ	حنان	60	خفيف
03	ذ	وليد	74	خفيف
04	ذ	رحيم	68	خفيف
05	ذ	عبد الله	66	خفيف
06	أ	هناء	122	شديد
07	أ	فاطمة	122	شديد
08	ذ	عماد	124	شديد
09	ذ	بكر	126	شديد
10	ذ	يسين	121	شديد

شكل رقم(5): يوضح نسب نتائج الإختبار البعدي لمقياس فرط النشاط للمجموعتين.



## الفصل السادس:

### عرض وتحليل نتائج الدراسة

#### تمهيد

#### 1 النتائج العامة للقياس

#### 2 نتائج قياس البنود الخاصة ببعء تشتت الإنتباه

#### 3 نتائج قياس البنود الخاصة ببعء الإندفاعية

#### 4 الإستنتاج العام

#### الخاتمة

## تمهيد:

بعد تناول إجراءات الدراسة الميدانية وطرق تطبيق المقاييس والآليات المعتمدة في هذا البحث وهي على الترتيب:

- المقابلة.
  - مقياس كارز لقياس شدة أو درجة التوحد.
  - مقياس فرط النشاط أو تشتت الإنتباه والإندفاعية (قبلي وبعدي).
- سيتم في هذا الفصل عرض النتائج النهائية عن طريق المقارنة بين الإختبار القبلي لمقياس فرط النشاط وذلك قبل تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة، وبين نتائج الأختبار البعدي بعد تطبيق دان الأنشطة على الفئة المستهدفة من المجموعة التجريبية مقدره العدد بخمسة(05) أطفال طيف التوحد من الدرجة المتوسطة.

### 1 النتائج العامة للقياس:

#### 1-1 المجموعة التجريبية:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة التجريبية ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي لاختبار فرط النشاط:

جدول رقم(17): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق اختبار فرط النشاط.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	الإختبار القبلي	الفئة	الإختبار البعدي	الفئة	النتيجة
01	هند	أ	117	شديد	88	متوسط	انخفاض
02	حنان	أ	127	شديد	60	خفيف	انخفاض
03	وليد	ذ	129	شديد	74	خفيف	انخفاض
04	رحيم	ذ	125	شديد	68	خفيف	انخفاض
05	عبد الله	ذ	124	شديد	66	خفيف	انخفاض

نلاحظ أن نتائج الإختبار البعدي للمجموعة التجريبية جاءت مختلفة مقارنة بنتائج الإختبار القبلي.

-الحالة رقم 01 (هند): كانت نتيجة الإختبار القبلي لها من فئة الفرط الشديد ثم بعد تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة جاءت النتيجة على أنها من فئة المتوسطة من 117 إلى 88.

-الحالة رقم 02 (حنان): كانت نتيجة الإختبار القبلي لها من فئة الفرط الشديد، ثم بعد تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة جاءت النتيجة على أنها من فئة الخفيف من 127 إلى 60.

-الحالة رقم 03 (وليد): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، ثم بعد تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة جاءت النتيجة على أنها من فئة الخفيف من 129 إلى 74.

-الحالة رقم 04 (رحيم): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، ثم بعد تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة جاءت النتيجة على أنها من فئة الخفيف من 125 إلى 68.

-الحالة 05 (عبد الله): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، ثم بعد تطبيق الأنشطة البدنية المكيفة جاءت النتيجة على أنها من فئة الخفيف من 124 إلى 66.

للإجابة على التساؤل الرئيسي للبحث والذي جاء كاتالي:

• هل للنشاط البدني المكيف دور في خفض من فرط النشاط عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد درجة متوسطة؟

يجب علينا حتما النظر في نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، لأن نتائج الإختبار القبلي للمجموعة التجريبية لا تعني حتما أن النشاط البدني المكيف هو الذي كان له الدور في خفض فرط النشاط إلا إذا جاءت نتائج الإختبار البعدي للمجموعة الضابطة سلبية، ولم تتغير مقارنة بنتائج الإختبار القبلي.

## 1-2 المجموعة الضابطة:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي لاختبار فرط النشاط:

جدول رقم(18): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق اختبار فرط النشاط.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	الإختبار القبلي	الفئة	الإختبار البعدي	الفئة	النتيجة
01	هناء	أ	124	شديد	122	شديد	لم ينخفض
02	فاطمة	أ	122	شديد	122	شديد	لم ينخفض
03	عماد	ذ	123	شديد	124	شديد	لم ينخفض
04	بكر	ذ	123	شديد	126	شديد	لم ينخفض
05	ياسين	ذ	123	شديد	121	شديد	لم ينخفض

نلاحظ أن نتائج الإختبار البعدي للمجموعة الضابطة جاءت على حالها مقارنة بنتائج الإختبار القبلي:

-الحالة رقم 01 (هناء): كانت نتيجة الإختبار القبلي لها من فئة الفرط الشديد ثم جاءت النتيجة على حالها من 124 إلى 122، وكذا من ناحية الفئة.

-الحالة رقم 02 (فاطمة): كانت نتيجة الإختبار القبلي لها من فئة الفرط الشديد ثم جاءت النتيجة على حالها بعد تطبيق الإختبار البعدي من 122 إلى 122.

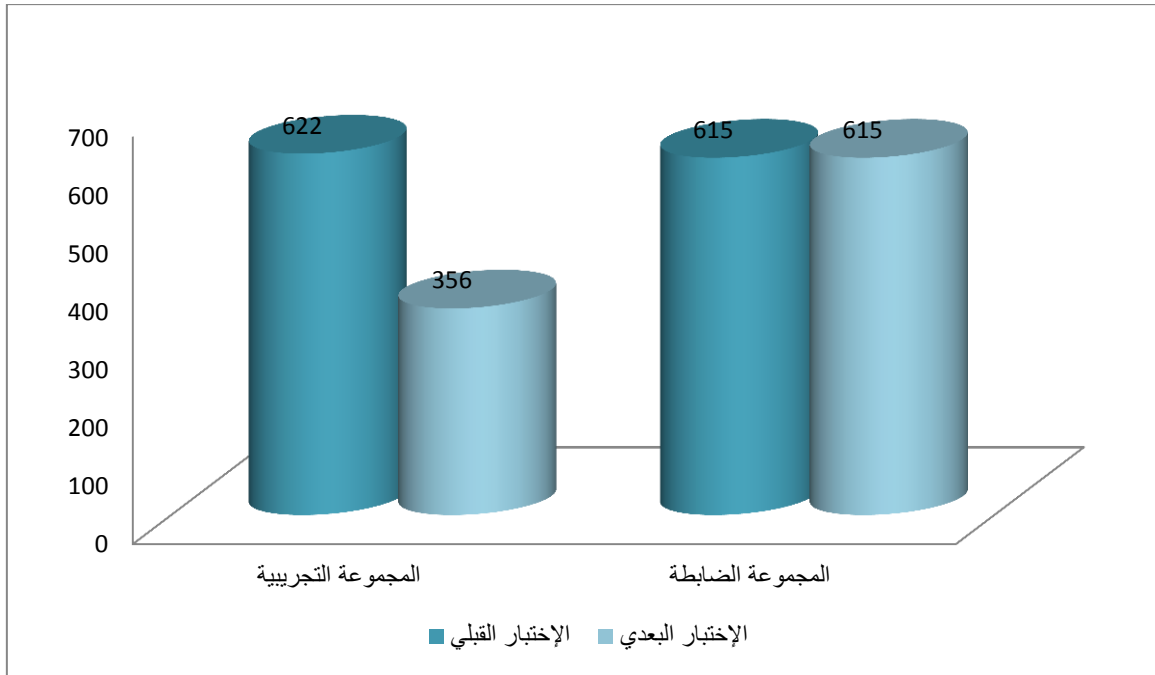
-الحالة رقم 03 (عماد): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، ثم جاءت النتيجة على حالها من حيث الفئة (شديد) بعد تطبيق الإختبار البعدي و زيادة درجة واحدة من 123 إلى 124.

-الحالة رقم 04 (بكر): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، ثم بعد تطبيق الإختبار البعدي جاءت النتيجة على حالها تقريبا بنقصان درجة واحدة من 127 إلى 126، مع البقاء في نفس الفئة (شديد).

-الحالة 05 (ياسين): كانت نتيجة الإختبار القبلي له من فئة الفرط الشديد، وبعد تطبيق الإختبار البعدي جاءت النتيجة على حالها مع نقصان في درجتين من 123 إلى 121، والبقاء في نفس الفئة (شديد).

فيما يلي شكل توضيحي للمقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للمجموعتين.

شكل رقم(6): يوضح مقارنة بين نتائج الإختبار القبلي والبعدي الخاص بالمجموعتين.



إنطلاقاً من نتائج المقارنة بين نتائج الإختبار القبلي والبعدي لقياس فرط النشاط للعينة بمجموعتيها التجريبية والضابطة، فإنه يمكننا أن نجيب على التساؤل أو الإشكالية الرئيسية المطروحة سابقاً وأنه تحقق أن:

– للنشاط البدني المكيف دور فعال في خفض فرط النشاط لدى الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

## 2 نتائج قياس البنود الخاصة ببعد تشتت الإنتباه:

للإجابة على هذا التساؤل الفرعي الأول:

- إلى أي مدى يمكن أن يساهم النشاط البدني المكيف في التخفيف من تشتت الإنتباه عند الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة؟  
فإنه يجب علينا النظر في نتائج البنود الـ 12 الخاصة بمحور تشتت الإنتباه والمقارنة بين نتائجها فيما إذا نقصت أو زادت أو بقيت على حالها.

## 2-1 المجموعة التجريبية:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة التجريبية ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي للمحور الخاص بتشتت الإنتباه:

ملاحظة: المجموع الكلي لنقاط البنود الخاصة بتشتت الإنتباه هي 48 للفرد الواحد أقصى حد.

جدول رقم(19): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق بنود بعد تشتت الإنتباه.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (الإختبار القبلي)	مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (الإختبار البعدي)	الفارق	النتيجة
01	هند	أ	39	20	19	انخفض
02	حنان	أ	42	24	18	انخفض
03	وليد	ذ	43	23	20	انخفض
04	رحيم	ذ	35	17	18	انخفض
05	عبد الله	ذ	39	31	8	انخفض

- نلاحظ من خلال نتائج مجاميع البنود الإثنا عشرة الخاصة بمحور تشتت الإنتباه والتي مجموع نقاطه على أقصى تقدير 48 maximum للفرد الواحد، و بضردها في عدد العينة التجريبية 5 نتحصل على المجموع الكلي 240، فإن نتائجه دلت على انخفاض كبير على مستوى النقاط بين الإختبار القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية.

- مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (القبلي): 198 من أصل 240.

- مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (البعدي): 115 من أصل 240.

سجلت النتائج فروق تقدر ب: 83 نقطة.

## 2-2 المجموعة الضابطة:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي للمحور الخاص بتشتت الإنتباه:

ملاحظة: المجموع الكلي لنقاط البنود الخاصة بتشتت بالإنتباه هي 48 للفرد الواحد أقصى حد.

جدول رقم(20): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق بنود محور تشتت الإنتباه.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (الإختبار القبلي)	مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (الإختبار البعدي)	الفارق	النتيجة
01	هناء	أ	46	46	00	لم ينخفض
02	فاطمة	أ	42	43	01	لم ينخفض
03	عماد	ذ	44	44	00	لم ينخفض
04	بكر	ذ	44	43	01	لم ينخفض
05	ياسين	ذ	43	43	00	لم ينخفض

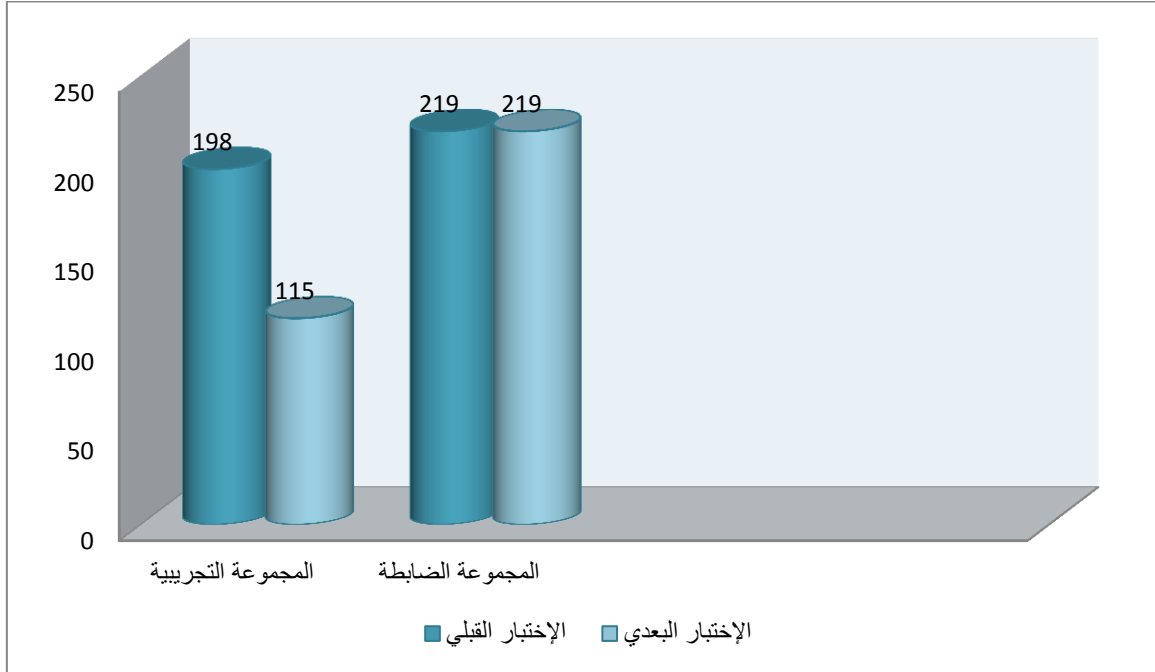
- مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (القبلي): 219 من أصل 240.

- مجموع نقاط بنود محور تشتت الإنتباه (البعدي): 219 من أصل 240.

لم تسجل النتائج أية فروق.

فيما يلي شكل توضيحي للمقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للمجموعتين من حيث مجاميع بنود محور تشتت الإنتباه.

شكل رقم(7): توضيحي للمقارنة بين نتائج مجاميع بنود تشتت الإنتباه، للإختبار القبلي والبعدي الخاص بالمجموعتين التجريبية والضابطة



إطلاقاً من نتائج المقارنة بين نتائج الإختبار القبلي والبعدي لقياس فرط النشاط للعينة بمجموعتيها التجريبية والضابطة، فإنه يمكننا أن نجيب على التساؤل أو الإشكالية الفرعية المطروحة سابقاً و أنه تحقق أن:

- يساهم النشاط البدني المكيف في الحد من تشتت الإنتباه عند الطفل المصاب بطيف التوحد درجة متوسطة.

### 3 نتائج قياس البنود الخاصة ببعء الإندفاعية:

للإجابة على هذا التساؤل الفرعي الثاني:

- هل يمكن للنشاط البدني المكيف أن يقلل من الإندفاعية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد درجة متوسطة؟  
فإنه يجب علينا النظر في نتائج البنود الـ 12 الخاصة بمحور الإندفاعية والمقارنة بين نتائجها فيما إذا نقصت أو زادت أو بقيت على حالها.

### 3-1 المجموعة التجريبية:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة التجريبية ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي للمحور الخاص بالإنذافية:

ملاحظة: المجموع الكلي لنقاط البنود الخاصة بالإنذافية هي 48 للفرد الواحد أقصى حد.

جدول رقم (21): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وفق بنود بعد الإنذافية.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	مجموع نقاط بنود محور الإنذافية (الإختبار القبلي)	مجموع نقاط بنود محور الإنذافية (الإختبار البعدي)	الفارق	النتيجة
01	هند	أ	37	13	24	انخفض
02	حنان	أ	44	20	24	انخفض
03	وليد	ذ	41	19	22	انخفض
04	رحيم	ذ	44	25	19	انخفض
05	عبد الله	ذ	41	18	23	انخفض

- مجموع نقاط بنود محور الإنذافية للمجموعة التجريبية (القبلي): 207 من أصل 240.

- مجموع نقاط بنود محور الإنذافية للمجموعة التجريبية (البعدي): 95 من أصل 240.

سجلت النتائج فروق تقدر ب: 112 نقطة.

### 3-2 المجموعة الضابطة:

فيما يلي عرض لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة ومقارنة النتائج مع نتائج القياس البعدي للمحور الخاص بالإنذافية:

ملاحظة: المجموع الكلي لنقاط البنود الخاصة بالإنذافية هي 48 للفرد الواحد أقصى حد.

جدول رقم(22): يوضح نتائج الإختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وفق بنود بعد الإندفاعية.

العدد	الإسم المستعار	الجنس	مجموع نقاط بنود محور الإندفاعية (الإختبار القبلي)	مجموع نقاط بنود محور الإندفاعية (الإختبار البعدي)	الفارق	النتيجة
01	هناء	أ	40	46	06	لم ينخفض
02	فاطمة	أ	38	39	01	لم ينخفض
03	عماد	ذ	42	41	01	لم ينخفض
04	بكر	ذ	44	44	00	لم ينخفض
05	ياسين	ذ	42	40	02	لم ينخفض

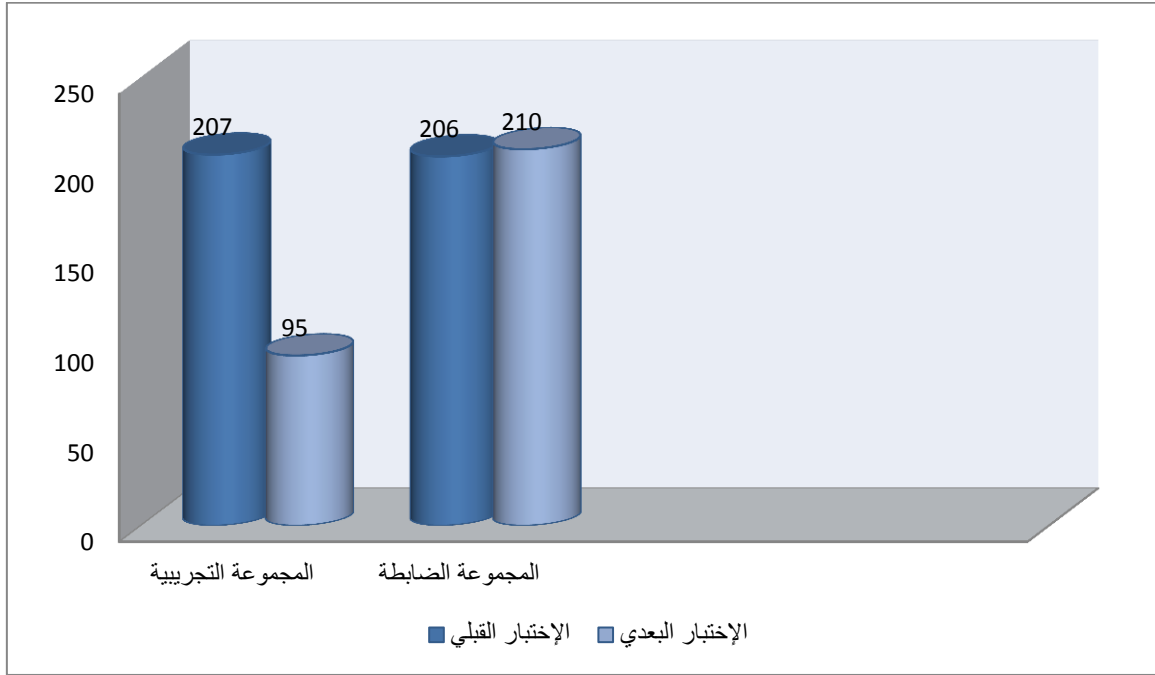
- مجموع نقاط بنود محور الإندفاعية للمجموعة الضابطة (القبلي): 206 من أصل 240.

- مجموع نقاط بنود محور الإندفاعية للمجموعة الضابطة (البعدي): 210 من أصل 240.

لم تسجل النتائج فروق معتبرة.

فيما يلي شكل توضيحي للمقارنة بين النتائج القبلية والبعدي للمجموعتين من حيث مجاميع بنود محور الإندفاعية.

شكل رقم (8): المقارنة بين نتائج مجاميع بنود بعد الإندفاعية للعينة.



إنطلاقاً من نتائج المقارنة بين نتائج الإختبار القبلي والبعدي لمجاميع نقاط البنود الخاصة بمحور الإندفاعية للعينة بمجموعتيها التجريبية والضابطة، فإنه يمكننا أن نجيب على التساؤل أو الإشكالية الفرعية المطروحة سابقاً وأنه تحقق أنه:

- يمكن للنشاط البدني المكيف التقليل من الإندفاعية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد درجة متوسطة.

وبذلك فإنه تحققت لنا صدق الفرضية الفرعية الثانية للبحث.

#### 4- الإستنتاج العام:

جاءت نتائج بحثنا هذا على تأكيد دور الأنشطة البدنية المكيفة في التخفيف من فرط النشاط لدى الطفل التوحدي، كما أكدت نتائج القياس بأن هذه الأنشطة تساهم في خفض من حدة محاور النشاط الزائد الثلاث المتمثلة في (تشتت الإنتباه، الإندفاعية، فرط الحركة).

5- نلاحظ أن إجابة الفرضية الأولى والتي جاءت نتائجها على أن للنشاط البدني المكيف دور في التخفيف من فرط النشاط جاء موازيا لدراسة دراسة أحمد بوسكرة، 2007، من حيث تأكيد أهداف بحثه والتي جاءت نتائجها لتؤكد:

- الوعي بالجسم والسيطرة عليه أثناء الأداء.
- تنمية المهارات الإنتقالية مثل المشي والجري والمهارات اللانقالية مثل التوازن والإنحناء.
- تنمية الإدراك الحسي.
- المساهمة في الرعاية التربوية والتكفيلية لهذه الفئة، على جانب المساهمة في تنمية وتطوير البحث العلمي في هذا المجال.

6- كما جاءت نتائج الفرضية الفرعية الأولى على أنه يمكن للنشاط البدني المكيف أن يساهم في التخفيف من فرط النشاط، تأكيدا على ما جاء في دراسة دراسة عبورة العربي، 2006.

- و التي جاءت نتائجها مؤكدة دور الأنشطة الرياضية والترويحية المعدلة في تحسين التكيف الشخصي والاجتماعي.
- وأن ممارسة النشاط البدني المكيف يساعد في تحقيق الاغراض العضوية والعصبية والعضلية والاجتماعية والعاطفية.
- وأن هنالك تأثير إيجابي في توظيف الأنشطة الرياضية والترويحية المعدلة لتحسين التكيف الشخصي والاجتماعي للمعاقين سمعيا.

## الخاتمة:

كان المغزى الأول من هذا البحث مساعدة الأخصائيين والمشرفين على أطفال طيف التوحد وكذا أولياءهم، على الحد من هذا العائق الذي يحول دونهم ودون تطبيق مختلف البرامج التكيفية والمعاملات والتفاعل والإكتساب على كل الأصعدة، فمن خلال ممارستنا واحتكاكنا بهذه الفئة اخترنا مشكلة فرط النشاط باعتباره من أكبر هذه العوائق والمشاكل إن لم يكن أكبرها.

دارت إشكالية البحث الرئيسية حول ما إذا كان للنشاط البدني المكيف دور في التخفيف من فرط النشاط لدى الطفل التوحدي متوسط الدرجة، فجاءت نتائج الإختبار المستخدم وهو اختبار فرط النشاط، على صدق فرضية البحث الرئيسية الرامية إلى أنه للنشاط البدني المكيف دور في التخفيف من فرط النشاط لدى الطفل التوحدي متوسط الدرجة، من خلال تحقيق الفرق الواضح بين الإختبار القبلي والبعدي.

سجل بحثنا هذا نتائج إيجابية في التخفيف من هذا المشكل والمعيق للعملية التكيفية، وعليه فإننا نقترح:

- إجراء نفس الإختبار على درجات طيف التوحد الأخرى (الخفيف والشديد).
- إجراء بحوث مماثلة تستهدف فرط النشاط لفئات أخرى.
- إجراء بحوث أخرى على فرط النشاط بالإستعانة بمقاييس أخرى.
- إجراء دراسة مسحية عامة على فرط النشاط و التشتت في الإنتباه.
- بناء البرامج العلاجية و التكيفية لمختلف الفئات التي تعاني من فرط النشاط.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع والمصادر:

الكتب :

إبراهيم، عبد المجيد مروان. (1997). الألعاب الرياضية للمعوقين، عمان الأردن: دارالفكر للطباعة والنشر.

إسماعيل نبيه، إبراهيم. (2009). إشكالية الاضطرابات النفسية اضطراب التوحد مفهومه، تشخيصه، علاجه، كيفية التعامل معه. الإسكندرية، مصر: دار الإسكندرية للنشر وطباعة.

بركات، أحمد لطفى. (1984). الرعاية التربوية للمعوقين، الرياض، السعودية: دار المريخ للنشر  
الجبلي شاكراً، سوسن. (2015). التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه علاج. سوريا: دار رسلان.

حلمي، محمد إبراهيم، والسيد فرحات، ليلي. (1998). التربية الرياضية والترويح للمعاقين. القاهرة، مصر: دارالفكر العربي.

خليفة، وليد السيد، ومراد، علي عيسى. (2008). كيف يتعلم المخ ذو النشاط الزائد المصحوب بنقص الإنتباه، الإسكندرية مصر: دار الوفاء.

الزارع، نايف بن عابد. (2007). اضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد دليل عملي للآباء والمختصين، عمان الأردن: دار الفكر.

سعد، رياض. (2000). الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين التشخيص والوقاية والعلاج، مصر: دار الحكمة للطباعة والنشر.

السيد سليمان، عبد الرحمن. (2000). الذاتوية (إعاقة التوحد لدي الطفل). مصر: مكتبة زهراء الشرق.

شاكر مجيد، سوسن. (2010). التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. عمان الأردن: دار ديونو للنشر وتوزيع.

العازمي، عدنان ناصر. (2007). الإعاقة العقلية، عمان الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع  
العايد، محمد، القبالي، احمد، العلى، وائل، الشرمان، محمد، حسونة، مأمون، الجلامدة، فوزية، صايب،  
الزبيري، شريفة، اللالا زياد. (2011). أساسيات التربية الخاصة. الرياض السعودية: دار  
المسيرة لنشر والتوزيع.

عبد الله، فرج، والزريقات، إبراهيم. (2004). التوحد (الخصائص والعلاج). الأردن: دار وائل  
لنشر والطباعة.

علي الشامي، وفاء. (2004). خفايا التوحد. (أشكاله، أسبابه، خصائصه). السعودية: مكتبة  
الملك فهد الوطنية.

القزويني، رضا، وعزام، محمد. (1978). التربية الترويحوية. بغداد: دار العربية للطباعة.

محمد سليمان، سناء. (2014). الطفل الذاتي (التوحد). مصر: عالم الكتب.

مشيرة، عبد الحميد. (2005). النشاط الزائد لدى الأطفال الأسباب وبرامج الخفض، مصر:  
المركز العربي للتعليم والتنمية.

مصطفى فاروق، أسامة، والشرييني، السيد كامل (2009). التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج،  
عمان الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

### المعاجم والقواميس:

ابن منظور. (1994). لسان العرب. بيروت، لبنان: دار صادر.

الازدي، علي. (1988). المنجد في اللغة العربية. القاهرة مصر: عالم الكتب.

الرازي، محمد بن أبي بكر. (1987). مختار الصحاح. لبنان: دائرة المعاجم.

العمل المترجم:

DSM-5 (2022) dsm-5-tr. وترجمة (انور الحمادي). الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

ورقة عمل في مؤتمر:

سبع، بوعبد الله، موسى، فريد، تركي، احمد، (2016). ممارسة النشاط البدني والرياضي عند المعاقين في الجزائر بين الواقع والتشريع، الملتقى الدولي الخامس حول الرياضة والحوكمة، الجزائر، جامعة البويرة.

الرسائل والمذكرات:

إبراهيم الزراع، نايف. 2003. بناء قائمة لتقدير سلوك التوحد. رسالة ماجستير. قسم علم النفس، كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية

شبيب، عادل. 2008. ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. رسالة ماجستير. قسم علم النفس، الأكاديمية الافتراضية لتعليم المفتوح

المجلات :

إبراهيم، احمد. (2020). التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته، المجلة الاجتماعية القومية، العدد الثاني.

بلهيجة، امال، سعدي، نسرين، تعوينات، علي. واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال اضطراب طيف التوحد بالجزائر.

دويلي، منصورية. (2005)، دراسة وصفية لنشاط الحركي المكيف في مراكز الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، مخبر تقويم الأنشطة البدنية والرياضية، 15.36-37.

رواب، عمار، قريصات، الزهرة، غربي، صباح، ديسمبر (2012). تقبل الإعاقة وممارسة النشاط البدني المكيف في الجزائر، المجلة العلمية لعلوم وتقنيات الأنشطة البدنية، 14. 9-10. سعودي، فاطمة الزهراء، عبد السلام، خالد. (2022). تطور تشخيص طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية ل : DSM5 - ICD-11 CFTMEA دراسة تحليلية مقارنة. مجلة الدراسات الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول 30. 12-13.

عبد الغني محمود، سارة. 2022. خصائص النمو الحسي والانفعالي لدى الأطفال الذاتيين. مجلة الطفولة، العدد الثاني والأربعون.

فيرم، الطيب، ديسمبر (2016). العلاقة بين ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف ودافعية الانجاز لدى الرياضيين المعاقين حركيا، مجلة الإبداع الرياضي، 20.42-57.

قيروود، الطاهر، بركو، مزوز. (2021). برامج التكفل باضطراب التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف في أساليب التدخل. مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد الأول.

نحوي، عائشة. 2012. التوحد (التشخيص والتكفل). مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد الأول.

المذكرات والرسائل :

تمار، محمد. (2015). فاعلية الأنشطة الرياضية المكيفة في الرفع من مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين بصريا، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3، الجزائر: معهد التربية البدنية والرياضية، سيدي عبد الله.

زروق، نايل.(2011).تأثير ممارسة النشاط البدني الرياضي التنافسي المكيف في التقليل من الضغط النفسي لدى المعاقين حركيا.رسالة ماجستير،جامعة الجزائر3،الجزائر:معهد التربية البدنية والرياضية سيدي عبد الله.

سميرة،شرقي.(2007).العلاقة بين اضطراب نقص الإنتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي والاسلوب المعرفي التربوي والاندفاعية، أطروحة ماجستير، جامعة باتنة.

عروسي،الدرابي.(2020).تأثير برنامج رياضي مكيف مقترح في تحسين صورة الجسم ورفع مستوى تقدير الذات لدى المعاق سمعيا.أطروحة دكتوراه، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم:معهد التربية البدنية والرياضية.

المصادر الإلكترونية :

<https://www.jawad-book.com/2021/10/experimental-method.html>

المراجع الأجنبية:

A.stor.(1993).**physique et sportive pour personnehandicaper activité.belgique ;print manking sprl.mentale.**

Jambaqué,Auclair .(2008).**le sprincipaux syndromes,introduction à la neuropsychlogie de l'enfant st de l'adulte.paris.**

# الملاحق

## مقياس النشاط الزائد لدى طفل التوحد

## أخ(ت)ي(ة)المربي(ة):

يتضمن هذا المقياس ثلاثة أبعاد، حيث يحتوي كل بعد على مجموعة من البنود لقياس درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

الرجاء من سيادتكم التفضل بالإجابة على البنود، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي وتحاط بالسرية التامة.

الرمز:

جنس المفحوص: .....

العمر: .....

المؤسسة: .....

الفوج: .....

المجال: .....

الرقم	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
<b>الانتباه</b>						
1	يصعب تركيزه على شيء معين					
2	ينتقل من نشاط إلى آخر دون أن يكمل النشاط الأول					
3	يتشتت انتباهه بسهولة لأي حركة أو منبه خارجي					
4	يبدو غير مكترث عند دخول أي شخص للقاعة					
5	يحتاج إلى التذكير للتعليمات لعدم انتباهه عند تقديمها له					
6	لديه صعوبة في اتباع التعليمات والأوامر					
7	يشعر بالضجر والضيق أثناء النشاط					
8	متقلب المزاج					
9	يصدر أصواتاً مزعجة					
10	يجد صعوبة في تحديد التفاصيل					
11	ينسى بسرعة					
12	يبدو شاردًا					
<b>فرط الحركة</b>						
13	الخروج من القسم عدة مرات دون مبرر					
14	متلمل ( يدها تتحركان باستمرار )					
15	يسبب ضوضاء داخل القسم					
16	كثير الحركة لا يهدأ في مكانه					
17	يعبث بكل ما حوله من أدوات					

				كثيرا ما ينشغل بذاته بأصابعه وشعره وملابسه	18
				القفز على الأشياء والأثاث	19
				سريع الصراخ والبكاء	20
				يتعرض لحوادث بسبب فرط الحركة	21
				يدفع الآخرين في الصف	22
				يمص إبهامه أو يمضغ ملابسه	23
				حركات متكررة رتيبة	24
				يتلف اللعب والأشياء	25
<b>الإنذافية</b>					
				اندفاعي لا يهدأ	26
				يجب أن تلبى مطالبه في الحال	27
				لا يستطيع السيطرة على أفعاله	28
				يتشاجر مع زملائه	29
				لا يحتلم مشاركة الآخرين	30
				يضايق الأطفال الآخرين	31
				يتجه نحو الخطر	32
				يبالغ في رد فعله	33
				لا ينتظر دوره في اللعب	34
				يقاطع كلام المربي بالصراخ والحركات العشوائية	35
				لا يمكن توقع سلوكه	36
				يطلب عدة أشياء متتابعة	37

ملحق رقم:(02).

## نموذج لبطاقة تقنية

المادة:

الموضوع:

الإطار الزمني:

الإطار المكاني:

الفئة:

الجنس:

الهدف العام:

الأهداف الإجرائية:

الوسائل المستعملة:

سير العمل:

## ملحق رقم: (03).

### بطاقة تقنية للنشاط الأول:

المادة: النشاط البدني المكيف.

الموضوع: القفز داخل الحلقات.

الإطار الزمني: 15 د.

الإطار المكاني: القاعة المخصصة للأنشطة البدنية والترفيهية.

الفئة: أطفال طيف التوحد.

الجنس: 3 ذكور وأنثيين.

الهدف العام: الخفظ من فرط النشاط.

الأهداف الإجرائية:

- إدراك مفهوم الحيز.

- الإلتزام بالتعليمية.

- تنمية الحركات الدقيقة للجسم.

الوسائل المستعملة:

- حلقات بلاستيكية قطر الواحدة منها 45 سم.

- صفارة فم.

- سير العمل: قام الطالب بوضع الحلقات بشكل عشوائي مع تقريب الحلقات نوعا ما

ببعضها حتى يتسنى للطفل القفز من حلقة لأخرى، وقام الطالب الآخر بالنشاط حتى

يتسنى للطفل ملاحظة النشاط، قام الطالب الأمر بوضع صفارة الفم هي تعليمية

الإنطلاق وكذا القفز.

سير العمل:

يطلب القائم على النشاط من الطفل في البدء بالنشاط والخروج من الحلقة عند انتهاء

الحلقات الستة (06)، ثم يكرر النشاط لعشر (10) مرات متتالية مع مدة استقطاع للراحة

لا تزيد عن 10 ثوان، موزعة عبر (15) دقيقة تقريبا وتتكرر هذه العملية لعشر حصص

لكل طفل.

## ملحق رقم: (04).

### بطاقة تقنية للنشاط الثاني:

- المادة: النشاط البدني المكيف.  
الموضوع: المشي داخل المتاهة.  
الإطار الزمني: 20 د.  
الإطار المكاني: القاعة المخصصة للأنشطة البدنية والترفيهية.  
الهدف العام: الخفظ من فرط النشاط.  
الأهداف الإجرائية:

- إدراك مفهوم الحيز.
- الإلتزام بالتعليمية.
- تنمية الحركات الدقيقة للجسم.
- إدراك مفهوم الإتجاه.

### الوسائل المستعملة:

- متاهة أسطوانية بلاستيكية مغلقة ومفتوحة في الطرفين طولها 3.5 أمتار، لينة قابلة للتوجيه مغلقة من الجوانب، قطرها الواحدة 55 سم.
- سير العمل: قام الطالب بوضع المتاهة بشكل مستقيم ينطوي نحو اليمين بعد 70 سم من فتحة المتاهة، وبعد 70 سم أخرى ينحني نحو اليسار بدرجة 90د حتى فتحة الخروج من المتاهة.

يبدأ الطفل بالنشاط بعد إشارة الإنطلاق عند العد للرقم ثلاثة ثم كلمة إنطلق والخروج من المتاهة عند انتهاء مع تشجيعه من طرف الطالب، ثم يكرر النشاط لعشر (10) مرات متتالية مع مدة استقطاع للراحة لا تزيد عن 10 ثوان، موزعة عبر (20) دقيقة تقريبا وتتكرر هذه العملية لعشر حصص لكل طفل.

## 1. العلاقات مع الآخرين

لا يوجد أي دلالة أو صعوبة في التعامل مع الآخرين بالنسبة لسلوك الطفل فإنه يكون مناسباً للمرحلة العمرية، وهناك بعض الحياء، ويمكن أن يلاحظ على الطفل نوبات غضب أو إزعاج ولكن ليس بالدرجة الشاذة.

### 1.5 علاقات غير عادية بدرجة بسيطة

يتجنب الطفل النظر في عيون الآخرين، ويصبح سريع الغضب إذا ما تم مواجهته، ويظهر ردود فعل قوية، ولا يوجد لديه استجابات طبيعية مثل الآخرين، ويظهر تعلق بوالديه أو أحدهما في بعض الأحيان أكثر من الأطفال في نفس سنه.

### 2.5 علاقات غير عادية بدرجة متوسطة

ييدي الطفل الانعزال في معظم الأوقات، ويحتاج إلى محاولات عديدة لدفعه على الاستجابة، وجعله أكثر متابرة، وفي الأغلب لا يبدي في إقامة علاقات مع الآخرين إلا بدرجة بسيطة.

### 3.5 علاقات غير عادية بدرجة شديدة

باستمرار لا يظهر الطفل إي اهتمام أو مبالاة لما يفعله الآخرين، وفي الأغلب لا يستجيب ولا يكون لديه المبادرة لعمل تواصل مع الآخرين، ويحتاج إلى درجة كبيرة جداً من الحث والتحفيز للتأثير عليه.

ملاحظات

## 2. التقليد

### التقليد المناسب

يستطيع أن يقلد الأصوات والكلمات والحركات، والتي تعتبر مناسبة لمستوى المهارات التي يتقنها في تلك المرحلة.

### التقليد غير العادي من الدرجة البسيطة

يقلد الطفل بعض السلوكيات (الحركات) البسيطة مثل التصفيق أو إخراج أصوات منفردة في أغلب الأوقات، ويحتاج في بعض الأحيان إلى حث مستمر، وكذلك فإنه يمكن أن يقلد بعد فترة من الوقت وليس بشكل مباشر.

### التقليد غير العادي من الدرجة المتوسطة

يقلد الطفل لجزء من الوقت ويكون ذلك بحاجة إلى جهد كبير ومثابرة وإصرار من قبل الآخرين، ويمكن أن يقلد الطفل بعد محاولات عديدة ولفترات متأخرة.

### التقليد غير العادي من الدرجة الشديدة:

نادراً ما يقوم الطفل، أو لا يقوم بتقليد الأصوات أو الحركات، حتى وإن كان هناك حث أو مساعدة من قبل الآخرين.

ملاحظات

## 3. الإستجابة الانفعالية

استجابة انفعالية مناسبة للمواقف والعمر يوجد لدى الطفل تناسب في الاستجابات الانفعالية، ودرجة الاستجابة تشير إلى القدرة على التكيف مع تغير الخبرات الخاصة والحالة المزاجية والتصرفات التي يقوم بها الطفل، وهي تتناسب مع العمر الزمني للطفل.

### 1.5 استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة البسيطة

يظهر الطفل أحياناً درجات غير مناسبة للاستجابة الانفعالية، وردود الفعل أحياناً تكون غير متصلة بالأشياء أو الأحداث من حوله.

### 2.5 استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة المتوسطة

يظهر الطفل إشارات واضحة تماماً بأن هناك عدم تناسب في نوع ودرجة الاستجابة الانفعالية، ويمكن أن تكون ردود الأفعال غير مزجوة، أو زائدة وغير متصلة في المواقف مثل البكاء، الضحك، القسوة مع أنه لا يوجد سبب واضح لهذه الانفعالات سواء من قبل أشياء أو أحداث.

### 3.5 استجابات انفعالية غير عادية من الدرجة الشديدة

الاستجابات نادراً ما تكون مناسبة للموقف، ويمكن أن يكون لأحدهم مزاج محدد، ومن الصعب تفسيره، ويمكن أن يظهر لدى الطفل انفعالات مختلفة وشاذة، وذلك حتى في حال عدم تغير أو حدوث أي شيء.

ملاحظات

## 4. استخدام الجسم

استخدام الجسم بشكل مناسب للعمر عادة تكون حركات الجسم رشيقة وسهلة وكذلك يوجد تناسق، وتكون مشابهة للأطفال في نفس العمر.

### استخدام غير عادي للجسم من الدرجة البسيطة

هناك حركات ثانوية وغريبة وتوصف بأنها شاذة، وغير ملائمة مثل الحركات التكرارية، والتناسق الضعيف، وأحياناً درجات عالية من الحركات غير الطبيعية.

### استخدام غير عادي للجسم من الدرجة المتوسطة

السلوكيات تكون عادة غريبة وغير عادية، وتتصف بأنها لا تتناسب مع العمر، وتظهر في حركات الأصابع، وفي وضع الأصابع أو الجسم، وإيذاء الذات، والهز، والدوران، والالتفاف (الالتواء)، والمشي على رؤوس الأصابع.

### استخدام غير عادي للجسم من الدرجة الشديدة

تتصف حركات الجسم بأنها حادة وقوية ومتتالية، وتبدو أنها أكثر شدة وغير عادية في استخدام الجسم، ويمكن لهذه الحركات أن تستمر بالرغم من محاولة الحد منها أو إشغال الطفل في نشاطات أخرى.

ملاحظات

الاستجابة للتغير مناسبة لعمر الطفل  
 يلاحظ الطفل أن هناك تغير في الروتين، ولكن ذلك لا يؤثر عليه  
 ولا يسبب له إزعاج وعادة ما يقبل التغير.

1.5 كيف غير مناسب بدرجة بسيطة للتغير  
 عندما يتم محاولة تغيير المهارات أو المهمات، فإن الطفل يحاول  
 العودة إلى نفس النشاطات أو نفس المواد والأشياء.

2.5 كيف غير مناسب بدرجة متوسطة للتغير  
 يمر الطفل على عدم التغير، ويحاول الاستمرار في نفس  
 نشاطات القديمة وتوجد لديه صعوبة في التغير، ويمكن أن  
 يغضب أو يبدو حزينا ومستاء عندما يتم تعديل أو تغيير الروتين.

كيف غير مناسب بدرجة شديدة للتغير  
 3.5 ظهر الطفل ردود فعل شديدة إذا ما تم تغيير الروتين، وإذا كان  
 التغيير إجبارياً فإن الطفل يظهر نوبات أشد من الغضب وعدم  
 التعاون، ويصبح أكثر عدوانية.

ملاحظات

الاستخدام المناسب والاستمتاع بالألعاب والأشياء  
 الأخرى  
 يظهر الطفل اهتماما عاديا بالأشياء والألعاب، ويستطيع أن يلعب  
 بها ويتعامل معها بطريقة مناسبة وملئمة لعمره.

1.5 الاستخدام والاستمتاع غير المناسب في الألعاب  
 والأشياء الأخرى من الدرجة البسيطة  
 ويمكن أن يظهر الطفل اهتماما شادا وغير طبيعي مقارنة بالأطفال  
 من نفس عمره، مثل أن يضرب الألعاب بعنف، أو يمص الألعاب.

2.5 الاستخدام والاستمتاع غير المناسب للألعاب والأشياء  
 الأخرى من الدرجة المتوسطة

يمكن أن يظهر الطفل اهتماما بسيطاً أو قليلاً بالألعاب أو الأشياء،  
 ويمكن أن ينشغل في استخدام شيء أو لعبة بطريقة غريبة،  
 ويمكن أن يركز على جزء من اللعبة، أو ألعاب تعكس الإضاءة،  
 وأن يحرك أجزاء من اللعبة، أو يلعب بلعبة معينة طوال الوقت.

3.5 الاستخدام والاستمتاع غير المناسب للألعاب والأشياء  
 الأخرى من الدرجة الشديدة

ربما يكون الطفل مشغولاً بشكل أكبر وأقوى في نفس السلوكيات  
 مع درجة كبيرة من الاستمرارية والشدة، ومن الصعب أن يتم  
 تحويل (صرف) الانتباه بالنسبة له عن الشيء الذي يريده.

ملاحظات

استجابة سمعية مناسبة لعمر الطفل  
 يستجيب الطفل للمثيرات السمعية بشكل مناسب لعمره، ويتم  
 استخدام السمع مع الحواس الأخرى.

1.5 استجابة سمعية غير عادية من الدرجة البسيطة  
 ربما يكون لدى الطفل ضعف في الاستجابة للسمع، أو ردود فعل  
 مبالغ فيها بشكل بسيط لبعض الأصوات، أو تكون الاستجابة  
 2.5 للأصوات متأخرة، ويمكن أن تكون بحاجة إلى تكرار للأصوات  
 لجذب الانتباه، ويظهر اضطرابه لسماع أصوات مزعجة أو غير  
 مألوفة.

3.5 استجابة سمعية غير عادية من الدرجة المتوسطة  
 يستجيب الطفل للأصوات بشكل متفاوت، ففي بعض الأحيان يظهر  
 الطفل التجاهل للأصوات للمرار الأولى القليلة من حدوث الصوت،  
 وربما يجفل (يخاف) أو يغطي أذنيه لسماعه بعض الأصوات.

استجابة سمعية غير عادية من الدرجة الشديدة  
 يظهر الطفل ردود فعل كبيرة جداً، أو لا يظهر ردود فعل بالنسبة  
 للأصوات وبدرجة ملحوظة، وبإفراط، ويكون كذلك غير مبال بنوع  
 الأصوات التي يسمعا.

ملاحظات

استجابة بصرية مناسبة للعمر  
 تكون الاستجابة البصرية عادية ومناسبة لعمر الطفل، ويستخدم  
 البصر في استكشاف الأشياء الجديدة، وكذلك يستخدم البصر مع  
 باقي الحواس الأخرى.

1.5 استجابة بصرية غير عادية من الدرجة البسيطة  
 الطفل بحاجة إلى تركيز للنظر إلى الأشياء، ويظهر الطفل  
 اهتمامات في النظر إلى المرآة أو الصور مقارنة بالنظر إلى  
 الأشياء الأخرى، وربما يحدق في الفضاء، وربما يتجنب النظر إلى  
 الآخرين.

2.5 استجابة بصرية غير عادية من الدرجة المتوسطة  
 يحتاج الطفل إلى تذكير متتال (مستمر) للنظر إلى ما تم عمله،  
 وربما يحدق في الفضاء، ويتجنب النظر في عيون الآخرين،  
 ويرى الأشياء من جوانب وزوايا غير عادية، وربما يمسك  
 الأشياء ويقربها إلى عينيه بدرجة كبيرة.

3.5 استجابة بصرية غير عادية من الدرجة الشديدة  
 يظهر الطفل عدم رغبة وتجنب دائم للنظر إلى أشياء محددة أو  
 الآخرين، ويظهر الطفل استجابات بصرية غريبة وبشكل يصعب  
 وصفه.

ملاحظات

الخوف أو العصبية بدرجة عادية  
يكون سلوك الطفل مناسب للمواقف التي يمر بها الأطفال من نفس  
عمره .

1.5  
خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة البسيطة  
أحياناً يظهر الطفل الكثير من الخوف أو العصبية في المواقف  
مقارنة بردود الفعل للأطفال العاديين من نفس العمر في المواقف  
المشابهة.

2.5  
خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة المتوسطة  
يظهر الطفل بشكل عام خوف كبير جداً أو قليل جداً تجاه الأحداث،  
ويعتبر أكثر من الأطفال العاديين في نفس الموقف.

3.5  
خوف أو عصبية غير عادية من الدرجة الشديدة  
يظهر الطفل مخاوف مستمرة للأشياء أو الأحداث غير المؤدية  
حتى لو تكررت نفس الخبرات، من الصعب جداً أن يظهر الطفل  
الهدوء والراحة، ويظهر الطفل ضعف في التعامل مع المخاطر كما  
هو الحال لدى الأطفال العاديين في نفس العمر.

ملاحظات

1.5  
الاستجابة والاستخدام الطبيعي للتذوق والشم واللمس  
يستكشف الطفل الأشياء الجديدة بطريقة مناسبة لعمره في الوضع  
الطبيعي ويكون ذلك بالإحساس والنظر، ويتم استخدام التذوق والشم  
في المواقف المناسبة، وعندما يحدث رد فعل بالنسبة لمواقف مثل  
الألم أو خبرة مزعجة، فإن ذلك لا يكون زائداً عن الحد الطبيعي.

2.5  
الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس  
بدرجة بسيطة

ربما يقوم الطفل بالإصرار على وضع الأشياء في فمه، أو يقوم  
بتذوق أو شم الأشياء غير القابلة للأكل، وربما يظهر ردود فعل  
شديدة أو إهمال للألام البسيطة التي قد تكون بمثابة خبرة مزعجة  
للأطفال العاديين.

3.5  
الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس  
بدرجة متوسطة

ربما يظهر انشغال الطفل بدرجة متوسطة فيما يتعلق باللمس - الشم  
- التذوق بالنسبة للأشياء أو الأشخاص، وربما يكون لدى الطفل  
ردود فعل كبيرة جداً أو مبالغ فيها، أو قليلة جداً.

4.5  
الاستجابة والاستخدام غير العادي للتذوق والشم واللمس  
بدرجة شديدة

عادة يكون الطفل منشغلاً بشكل كبير جداً في الشم أو التذوق  
واستخدام الأشياء وبشكل أكبر مما هو عليه في الاستكشاف العادي،  
ويمكن أن يهمل الطفل الشعور بالألم، أو يبدي ردود فعل شديدة  
لتجاهل الإزعاج.

ملاحظات

استخدام عادي للتواصل غير اللفظي، مناسب للمواقف  
وكذلك العمر الموجود فيه الطفل

1.5  
استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة  
بسيطة

2.5  
هناك استخدام بدائي (غير واضح) للتواصل غير اللفظي، وكذلك  
إشارة غير واضحة لما يريده الطفل أو يصل لما يريده بنفسه،  
وبالمقارنة مع الأطفال من نفس العمر نجد أن الطفل يمكن أن  
يستخدم الإشارة أو الإيماء بشكل أكثر تحديداً للإشارة إلى الشيء  
الذي يريده.

3.5  
استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة  
متوسطة

بشكل عام لا يمكن أن يعبر الطفل عن حاجاته أو رغباته بطريقة  
غير لفظية، وكذلك لا يستطيع أن يفهم التواصل غير اللفظي  
للآخرين.

استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة شديدة  
يستخدم الطفل إشارات أو إيماءات غريبة وشاذة حيث أنها عديمة  
المعنى (لا معنى لها)، وهو كذلك غير مدرك للمفاهيم الاجتماعية  
والإشارات والتعبيرات الموجهة للآخرين.

ملاحظات

1.5  
تواصل لفظي طبيعي مناسب لعمره الزمني وللمواقف  
التي يمر بها

2.5  
تواصل لفظي غير عادي من الدرجة البسيطة  
بشكل عام يبدو أن هناك تأخر في النطق، ومعظم الحديث مفهوم،  
وعلى كل حال يوجد بعض التردد أو عكس الضمان وأحياناً  
استخدام لغة غريبة أو غير مفهومة.

3.5  
تواصل لفظي غير عادي من الدرجة المتوسطة  
يمكن أن يكون الكلام مفقود، وكذلك فإنه يمكن أن يكون هناك خلط  
بين الكلام المفهوم والكلام الغريب مثل اللغة غير المفهومة  
والترديد وعكس الضمير، وبشكل خاص يمكن أن يشتمل الكلام  
المفهوم على أسئلة زائدة أو الانشغال المتكرر بموضوع خاص.

4.5  
تواصل لفظي غير عادي من الدرجة الشديدة  
عادة لا يستخدم الطفل النطق الجيد للمعاني، وكذلك يمكن أن يلجأ  
إلى صرخات طفولية حادة، أو إصدار أصوات مثل صوت  
الحيوانات، ولديه أصوات معقدة قريبة لأن تكون مثل المحادثة  
ويمكن أن يكون ذلك مستمراً، وكذلك فإن لدى الطفل استخدام شاذ  
لتمييز وإدارة بعض الكلمات أو الجمل.

ملاحظات

## 14. المستوى والدرجة الخاصة بالاستجابة العقلية

الذكاء طبيعي والقدرات العقلية عادية في مختلف المجالات (المناطق)

١.٥ يبدو أن ذكاء الطفل يقع ضمن حدود الطبيعي في نفس العمر، ولا يوجد لديه ضعف في القدرات العقلية أو مشكلات غير عادية.

وظائف عقلية غير عادية من الدرجة البسيطة  
لا يبدو أن الطفل لديه ذكاء من الدرجة العادية، مثل الأطفال العاديين في نفس العمر، وهناك تأخر في جميع المجالات بالنسبة لأداء المهارات.

٢.٥ وظائف عقلية غير عادية من الدرجة المتوسطة  
هناك اختلاف واضح بالنسبة لذكاء الكفل في نفس العمر، وهناك احتمال لوجود واحد أو أكثر من القدرات لدى الطفل قد تصل إلى حدود الطبيعي.

٣.٥ وظائف عقلية غير عادية من الدرجة الشديدة  
لا يستطيع الطفل أن يقوم بنفس المتطلبات أو المهام العقلية (المعرفية) للأطفال من نفس سنه، ويمكن أن يكون أفضل في وظيفة أو أكثر من الأطفال العاديين في نفس العمر.

ملاحظات

## 13. مستوى النشاط

١.٥ مستوى النشاط طبيعي بالنسبة للعمر والظروف  
لا يظهر الطفل أي نوع من المشاكل فيما يتعلق بالنشاط الزائد أو قلة النشاط مقارنة بالأطفال من نفس العمر.

٢.٥ مستوى النشاط غير عادي من الدرجة البسيطة  
عادة يكون الطفل قلقاً أو لديه ضجر ولا يشعر بالراحة، أو لديه كسل وبطء في الحركة، ويمكن أن يتداخل مستوى النشاط لدى الطفل وخاصة في الجانب الأدائي.

٣.٥ مستوى النشاط غير عادي من الدرجة المتوسطة  
يكون لدى الطفل مستوى من النشاط يتصف بالسرعة، زمن الصعب أن يتم إيقافه، وكذلك تكون لديه طاقة غير محدودة لا تساعده على النوم، ويمكن أن يكون كسولاً ويكون بحاجة إلى قدر كبير من الحث والمساعدة لتحريكه.

٤.٥ مستوى النشاط غير عادي من الدرجة الشديدة  
الطفل يظهر نشاط أو قلة نشاط بشكل مبالغ فيه، وأيضاً يسهل التحول من نشاط إلى آخر بشكل شديد.

ملاحظات

## درجة الشدة

أعراض بسيطة من اضطراب طيف التوحد

( 15 - 29.5 ; 15 - 27.5 للأعمار + 13 )

أعراض متوسطة من اضطراب طيف التوحد

( 28 - 36.5 ; 28 - 34.5 للأعمار + 13 )

أعراض شديدة من اضطراب طيف التوحد

( 37 فما فوق ; 35 فما فوق للأعمار + 13 )

الإسم :

تاريخ الولادة : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

تاريخ الإلتحاق بالمركز : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

تاريخ تطبيق المقياس : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

اسم المقيمة : .....

## 15. الإنطباع العام

طبيعي

لا يوجد علامات أو دلائل على أن الطفل لديه حالة توحد.

توحد بسيط

يوجد لدى الطفل أعراض قليلة أو درجة بسيطة من التوحد.

توحد متوسط

يوجد لدى الطفل عدد من الأعراض ، أو درجة متوسطة من التوحد.

توحد شديد

١.٥ يوجد لدى الطفل العديد من الأعراض، أو درجة شديدة من التوحد.

٢.٥ ظات

٣.٥

## الملحق رقم: (06).

### الحالة الأولى:

عبد الله، يبلغ من العمر (13 سنة) من أبوين لا توجد بينهما أي علاقة قرابية، الأب عامل مهني، الأم موظفة بقطاع التربية، مرتبة الحالة الأول في ترتيب الإخوة، لديه أخت واحدة تصغره سنا، إلتحق الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الإتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديها تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الإنتباه.

تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت راغبة في الحمل وقد تم الحمل في سن الثامن والثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها كانت تعاني في ألم بالأسنان بالإضافة إلى أن لديها حساسية أثناء الحمل، وكانت ولادتها صعبة للغاية وفي وقتها الطبيعي كما أشارت إلى استعمال الملاقظ أثناء الولادة، وكان وزن الحالة ضعيف جدا ولم يكن يعاني من أي امراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدى والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن عشرة (10) أشهر، بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع (04) ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كانت عادية تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك المشي في الشهر العاشر (10)، أول تواصله الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام (01) ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى (01).

إلتحقت بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن لديه تواصل حسن عموما مع الآخرين خاصة الأطفال وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات، دون التسمية كما تم ملاحظة أن الحالة يشارك في الحفلات و الأنشطة الخارجية.

## الحالة الثانية:

هنا، تبلغ من العمر (14) سنة، من أبوين لا توجد بينهما أي علاقة قرابة، الأب بطل، الأم ماکثة بالبيت، مرتبة الحالة الرابعة (04) في ترتيب الإخوة، لديها أخ أصغر منها سنا، إلتحقت الحالة بالمركز النفسي البیداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديها حيث تم الإتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدت الحالة نظيفة الثياب مرتبة الهدام متوسطة الطول والبنية، متوترة، ليس لديها تواصل بصري، ترفض الجلوس مشتة الإنتباه.

تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن التاسع والعشرين (29) بالحالة، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من ألم في المفاصل على مستوى القدمين أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، كان وزن الحالة طبيعي ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدتها لمدة تقارب العامين (02) وتم فطمها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن (10) أشهر، بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع (04) ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى (01)، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس (06)، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك المشي في الشهر العاشر (10)، أول تواصلها الاجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08)، مع تأخر في اللغة.

إلتحقت الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن لديه صعوبة في التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية كما لوحظ أن الحالة عدوانية اتجاه الآخرين خاصة الأطفال.

## الحالة الثالثة:

وليد، يبلغ من العمر (13) سنوات من أبوين أبناء عمومة، الأم ماکثة بالبيت، الأب بناء، مرتبة الحالة الثاني بين اخوته، التحق الحالة بالمركز بتاريخ 02 اكتوبر 2018 رفقة والديه حيث تم الإتصال بهما من طرف ادارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الإدارية للإتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة غير نظيف الثياب وغير مرتب الهندام، متوتر، ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الإنتباه، لا ينتبه عند مناداته باسمه.

تمت المقابلة مع الأم، وقالت بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في أواخر العشرينات من العمر بالحالة، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من مرض ضغط الدم أثناء الحمل، كانت تتابع ولم تكن تتابع اي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية اثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 اشهر)، وكان وزن الحالة ضعيف قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدى والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن (11) شهرا، بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر السابع (07) ثم الاغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السابع (07)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر الثامن (08) بعد ذلك بدأ المشي لوحده في سن السنة والنصف، أول تواصله الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.

إلتحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن الحالة لديها صعوبة في التواصل، كما تم ملاحظة انه ليس مدرك لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديه توازن جيد وطبيعي كما أن له ضعف في الحركات الدقيقة.

## الحالة الرابعة:

رحيم، يبلغ من العمر (14) سنة من أبوين توجد بينهما رابطة دم وصلة قرابة، الأب حرفي، الأم مأكثة بالبيت، مرتبة الحالة الثانية بين أخوته، لديه أخ أكبر منه و أخت أصغر منه، إلتحق الحالة بالمركز بتاريخ 07 ماي 2017 رفقة والديه حيث تم الإتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الادارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدى الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الإنتباه، لا ينتبه عند مناداته باسمه.

تمت المقابلة مع الوالدة حيث قالت الأم، بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في السابع والعشرين (27) من العمر بالحالة، وأشارت الى انها لم تكن تعاني من أي أمراض سوى بعض العوارض أثناء الحمل، كانت تتابع ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول اي ادوية اثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة ضعيف قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادتها إلا أنها إشارة إلى أن الحالة كان كثير البكاء وباستمرار، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالاكل وذلك في سن (12) شهرا، بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد إبتداء من الشهر الخامس (05) ثم الأغذية الصلبة إبتداء من الشهر 11، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر الثامن (08)، بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر 22، أول تواصله الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الاولى في بداية السنة الأولى، إلتحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن الحالة لم يكن يعاني من صعوبة في التواصل وكانت علاقته عادية وفي بعض الاحيان يعرض المساعد، كما تم ملاحظة انه ليس مدرك لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديه توازن جيد وطبيعي كما أن له ضعف في الحركات الدقيقة.

## الحالة الخامسة:

بكر، يبلغ من العمر (14) سنوات من أبوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب مهندس، الأم تعمل في إطار إدماج حاملي الشهادات الجامعية، مرتبة الحالة الأخيرة بين إخوته، لديه 03 إخوة ذكور وأخت، إلتحق الحالة بالمركز بتاريخ 23 جانفي 2018 رفقة والديه حيث تم الإتصال بهما من طرف ادارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشتت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

تمت المقابلة مع الأم، حيث قالت بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين (30) بالحالة، وأشارت الى انها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض اثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل ولم تتناول أي ادوية في فترة الحمل ماعدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة طبيعي وكان يعاني من مرض إلتهاب الكبد الفيروسي عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم حيث بدأ بالأكل لوحده في سن 20 شهرا، بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الاغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر الخامس (05)، الجلوس في الشهر الثالث (03)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر الثالث عشر (13)، أول تواصله الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.

إلتحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن الحالة ليس لديه أي تواصل مع الآخرين كما أنه كان مدرك لجميع أعضاء جسمه والآخرين غير أنه لوحظ من خلال هذا أن لغته اللفظية جد ضعيفة والنطق لديه ضعيف يكاد يعدم، أيضا حركاته الوجهية واللفظية طبيعية ومتوازنة ويوجد تناسق بصري يدوي.

## الحالة السادسة:

عماد، يبلغ من العمر (13) سنوات من أبوين توجد بينهما علاقة قرابة، الأب سائق، الأم ماکثة بالبيت، مرتبة الحالة الأول (01) في ترتيب الإخوة، لديه أخ واحد يصغره سننا، إلتحق الحالة بالمركز النفسي البیداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشتت الإنتباه.

تمت المقابلة مع الوالدة حيث قالت الأم بأنها لم تكن ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين (30) بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض اثناء الحمل، ولم تكن تتابع اي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعي ولم يكن يعاني من اي امراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الام بالأكل وذلك في سن 10 أشهر، النسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع (04) ثم الاغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس (06)، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك المشي في الشهر العاشر (10)، أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الاولى في بداية السنة الأولى.

إلتحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية.

## الحالة السابعة:

هند، تبلغ من العمر (13) سنة من أبوين لا تربطهما أي رابطة دم أو صلة قرابة، الأب أستاذ، الأم مأكثة بالبيت، مرتبة الحالة الثانية بين إخوتها، لديه أختين في حين لا يوجد لديها إخوة ذكور، إلتحقت الحالة بالمركز بتاريخ 07 ماي 2017 رفقة والديها حيث تم الإلتصال بهما من طرف ادارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية بدت الحالة نظيفة الثياب مرتبة الهندام متوسط الطول والبنية، متوترة ليس لديها تواصل بصري، ترفض الجلوس مشته الإنتباه، تنتبه فقط عند مناداتها باسمها.

تمت المقابلة مع الأم وقالت بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في السابع والعشرين (27) من العمر بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، كانت تتابع ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية أثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09) أشهر، وكان وزن الحالة ضعيف قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع ولم تكن تعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدى والدتها لمدة تقارب العامين وتم فطمها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن (11) شهرا، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كانت عادية تتحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأت بالوقوف في الشهر الثامن (08) بعد ذلك بدأت المشي لوحدها في الشهر (22)، أول تواصلها الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاتها كانت في الشهر الثامن (08) ونطقت بكلمتها الأولى في بداية السنة الأولى.

إلتحقت الحالة بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة (03) أشهر لوحظ أن الحالة لديها صعوبة في التواصل، كما تم ملاحظة أنها ليست مدركة لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديها توازن جيد وطبيعي كما أن لها ضعف في الحركات الدقيقة.

## الحالة الثامنة:

فاطمة، تبلغ من العمر (14) سنة من ابوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب عامل يومي، الأم إدماج مهني، مرتبة الحالة الثانية بين إخوتها، لديها أخ أكبر منها و أخت أصغر منها.

إلتحقت الحالة بالمركز بتاريخ 23 جانفي 2018 رفقة والديها حيث تم الاتصال بهما من طرف ادارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية بدت الحالة نظيفة الثياب مرتبة الهندام متوسطة الطول والبنية، لديها تواصل بصري، تجلس مع تشتت الانتباه، تنتبه فقط عند مناداتها باسمها.

تمت المقابلة مع الوالدة حيث قالت الأم بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الخامس والعشرون (25) بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج، ولم تتناول أي أدوية، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة طبيعي ولم تكن تعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدتها لمدة تقارب العامين وتم فطمها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم حيث بدأت بالأكل لوحدها في سن 20 شهرا، بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداءا من الشهر الرابع (04) ثم الأغذية الصلبة ابتداءا من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كانت عادية تحكم في الرأس في الشهر الخامس (05)، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر السابع (07) بعد ذلك بدأت المشي لوحدها في الشهر التاسع (09)، أول تواصلها الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاتها كانت في الشهر الثامن (08).

إلتحقت الحالة بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن الحالة ودودة ولديها تواصل مع الآخرين كما أنها كانت مدركة لجميع أعضاء جسمها والآخرين، ويوجد لديها تناسق بصري يدوي مع بعض الحركة الزائدة مقارنة بأقرانها.

## الحالة التاسعة :

حنان، تبلغ من العمر (15) سنة، من أبوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب موظف، الأم موظفة، الحالة ليس لديها إخوة، إلتحقت الحالة بالمركز بتاريخ 07 نوفمبر عماد، يبلغ من العمر (13) سنوات من أبوين توجد بينهما علاقة قرابة، الأب سائق، الأم مأكثة بالبيت، مرتبة الحالة الأول (01) في ترتيب الإخوة، لديه أخ واحد يصغره سننا، إلتحق الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشئت الإنتباه.

تمت المقابلة مع الوالدة حيث قالت الأم بأنها لم تكن ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين (30) بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض اثناء الحمل، ولم تكن تتابع اي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعي ولم يكن يعاني من اي امراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الام بالأكل وذلك في سن 10 أشهر، النسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع (04) ثم الاغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس (06)، الجلوس في الشهر السادس (06)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك المشي في الشهر العاشر (10)، أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن (08) ونطق بكلمته الاولى في بداية السنة الأولى.

## الحالة العاشرة:

ياسين، يبلغ من العمر (13) سنوات من أبوين لا توجد بينهما علاقة قرابة، الأب عامل مهني، الأم موظفة، مرتبة الحالة الأول (01) في ترتيب الإخوة، لديه أخت واحدة تصغره سنا، إلتحق الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الإتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية، بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الإنتباه.

تمت المقابلة مع الوالد حيث قال الأب بأن الأم كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين (28) بالحالة، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من الغدة الدرقية أثناء الحمل، وكانت تتابع علاجها أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعي ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطمه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 15 شهر، بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، بالنسبة للنمو النفسي الحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السابع (07)، الجلوس في الشهر السابع (07)، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع (09) بعد ذلك المشي في الشهر العاشر (10)، أول تواصله الإجتماعي كان الإبتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر التاسع (09) ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.

إلتحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر (03) لوحظ أن لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية.

الهيكل التنظيمي للمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا 02

