وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الاغواط

كلية العلوم الاجتماعية
علم النفس وعلوم التربية
والارطفونيا

ميدان العلوم الاجتماعية والانسانية قسم شعبة: العلوم الاجتماعية

تخصص: أمراض اللغة والتواصل

رقم: ...../ 2022

العنوان:

فاعلية تطبيق نظام التبادل بالصور (PECS) في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد

- دراسة شبه تجريبية بمدينة الأغواط -

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في الأرطفونيا: تخصص أمراض اللغة والتواصل

إعداد الطالبتين:

- خيرة ايمان داودي
- أسماء تمزغين

إشراف الأستاذة:

د. سعاد براهيمي

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	العضوية
د. سعدية زروق	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الاغواط	رئيساً
د. سعاد براهيمي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الاغواط	مشرفا ومقرراً
د. ابراهيم فارسي	أستاذ محاضر ب	جامعة عمار ثليجي الاغواط	مناقشاً

الموسم الجامعي: 2022/2021

شكر وتقدير

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك، ولا يطيب النهار إلا بطاعتك، ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك، ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك، اللهم لك الحمد حمدا مباركا فيه أن وفقتنا وأعنتنا في أداء وإتمام هذا العمل المتواضع الذي ندعو أن ينال رضاك .

ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية واجب علينا شكر وتقدير مجهودات الذين لم يبخلو علينا بأي معلومة او نصيحة أو إرشاد...

نتقدم بأسمى آيات الشكر والإمتنان لوالدينا الكريمين حفظهم الله الذين كانو سندا وعونا لنا والذين منحونا القوة والعزيمة لمواصلة درب طلب العلم ...

كما نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذة القديرة الملهمة الدكتورة **براهيمي سعاد** التي تفضلت بالإشراف على بحثنا وقدمت لنا كل التوجيهات والنصائح القيمة طيلة فترة إنجازنا للمذكرة، كما لا يفوتنا أن نتقدم بالشكر لكل أساتذة الأرطوفونيا الذين نصحونا وساعدونا طيلة فترة بحثنا ونخص بالذكر الدكتورة **زروق سعدية**، وأخيرا نشكر جميع من قدم لنا كتابا أو مقالا أو حتى كلمة هونت علينا مشقة المشوار إلى صديقات العلم

إليكم جميعا نزف أسمى عبارات الشكر والإمتنان...

- **ملخص البحث(باللغة العربية):**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر تطبيق نظام التبادل بالصور بكس في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من أطفال طيف التوحد في مدينة الأغواط، حيث تكونت عينة الدراسة من(4) أطفال مصابين بإضطراب طيف التوحد، (2) اناث و(2) ذكور، تراوحت أعمارهم ما بين (7-10) سنوات، وهذا خلال دراسة ميدانية أجريت في المركز البيداغوجي النفسي(2) بمدينة الأغواط.

تم إتباع المنهج شبه تجريبي، تم إستخدام عدة أدوات لجمع البيانات: إستمارة جمع المعلومات، مقياس التواصل غير اللفظي، برنامج بكس. ولمعالجة البيانات إحصائيا تم إستخدام الإحصاء الوصفي لحساب الفرق.

توصل البحث لمجموعة من النتائج هي:

- يوجد أثر لبرنامج التبادل بالصور –بكس- على تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة.

- توجد فروق في مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة تعزى لمتغير درجة طيف التوحد.

- توجد فروق بين في مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة تعزى لمتغير مدة الكفالة في المركز.

الكلمات المفتاحية: طفل طيف التوحد، نظام التبادل بالصور بكس، التواصل غير اللفظي.

Abstract :

The current study aimed to apply the (PECS) picture exchange communication system in developing non verbal communication skills for children with autism spectrum in the city of Laghouat, The study sample consisted of (4) children with autism spectrum disorder, (2) females and (4) males, their ages ranged between (7 and 10 years), during a field study conducted at the Pedagogical psychological Center (2) in the city of Laghouat.

The study followed A quasi-experimental approach, several tools were used to collect data, data collection form, non-verbal communication scale, PECS Program. To treat the data statisticly, descriptive statistics, were used to calculate the differences.

The research reached a set of results which are:

-the study demonstrated the effectiveness of PECS program in developing non-verbal communication skills for children with autism spectrum (study sample).

-There are differences in non-verbal communication skills due to the autism degree variable among the study sample.

-There are differences in non-verbal communication skills due to the variable of supported within the center among the study sample.

Keywords: autism spectrum child, PCES exchange system, non verbal comminication.

فهرس المحتويات

الرقم	المحتوى	رقم الصفحة
	شكر وتقدير	-أ-
	ملخص الدراسة باللغة العربية	-ب-
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	-ج-
	فهرس المحتويات	-د-
	فهرس الجداول	-هـ-
	مقدمة	01
	الجانب النظري	
	الفصل الأول: إشكالية الدراسة وإعتباراتها	
1	إشكالية الدراسة	05
2	فرضيات الدراسة	09
3	أهمية الدراسة	10
4	أهداف الدراسة	10
5	التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة	11
6	الدراسات السابقة	12
	الفصل الثاني: التواصل غير اللفظي	
1	تعريف التواصل	21
2	أنماط التواصل	22
3	مهارات التواصل غير اللفظي	22
4	التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي	23
5	الإضطرابات التواصلية لدى الطفل التوحدي	24
	الفصل الثاث: اضطراب طيف التوحد	
1	تعريف وإنتشار إضطراب طيف التوحد	27
2	عوامل وأعراض إضطراب طيف التوحد	29

3	خصائص إضطراب طيف التوحد	33
4	التشخيص الفارقي لإضطراب طيف التوحد	35
5	الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اض التوحد	38
	الجانب التطبيقي (الميداني)	
	الفصل الرابع: اجراءات الدراسة الميدانية	
1	منهج الدراسة	46
2	حدود الدراسة	46
3	أدوات الدراسة	47
4	عينة الدراسة	51
5	الأساليب الإحصائية	51
6	إجراءات التطبيق	52
	الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
1	عرض وتحليل نتائج حالات الدراسة	54
2	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات	59
3	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة	59
4	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفريضة الجزئية الأولى	61
5	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	63
	خاتمة	65
	الاقتراحات	66
	قائمة المراجع	
	الملاحق	
01	الترخيص بالزيارة	
02	إستمارة جمع المعلومات حول حالات الدراسة	
03	مقياس التواصل غير اللفظي	
04	برنامج التبادل بالصور بكس	

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
01	حالات الدراسة	54
02	نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي للحالة (أ)	54
03	نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي للحالة (أ.ج)	55
04	نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي للحالة (م)	56
05	نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي للحالة (إ)	58
06	نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي لحالات الدراسة	59
07	نتائج القياس االبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي ودرجة التوحد لحالات الدراسة	61
08	نتائج القياس البعدي لمهارات التواصل غير اللفظي وتاريخ الإلتحاق بالمركز	63

مقدمة

مقـدمة

عرف إضطراب طيف التوحد على أنه من أكثر الإضطرابات النمائية تعقيدا التي مزال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها، إذ يوصف إضطراب طيف التوحد على أنه عبارة عن سلسلة تتمثل بمظاهر متباينة ولكنها تعتبر جزءا من طيف واسع من الإضطرابات، وقد شهدت العقود التالية نقلة نوعية في المجال التربوي والنفسي والتوعوي نحو فهم إضطراب طيف التوحد، وقد تم إجراء دراسات وأبحاث في لمعرفة أسبابه وكيفية تشخيصه وعلاجه.

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد (autism society of america, ASA, 2006)

التوحد بأنه إضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل يؤدي إلى إنحراف في النمو العادي للطفل يشمل الجوانب النمائية الثلاثة: الكفاءة الإجتماعية، التواصل والنمطية المتكررة من السلوكيات والإهتمامات والنشاطات، أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-10) فقد عرف التوحد بأنه مجموعة من الإضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الإهتمامات والنشاطات. (خلف المقابلة،ب.ت، ص14-15)

تعد إضطرابات المهارات اللفظية وغير اللفظية من أهم أسباب ضعف التواصل الإجتماعي لدى الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، والعديد من الدراسات تؤكد في معظمها على أن أطفال طيف التوحد لديهم صعوبات لغوية في كلا الجانبين أي في الجانب الإستقبالي والجانب التعبيري مقارنة مع نظرائهم من غير ذوي إضطراب طيف التوحد المناظرين لهم من نفس العمر، فالتوحد يعرقل النمو السليم للدماغ وذلك في شتى مجالات التفكير والتفاعل الإجتماعي والإنفعالي ومهارات التواصل مع الآخرين فكثير من أطفال طيف التوحد لا يطورون مهاراتهم بشكل طبيعي وعفوي، لذلك يستلزم الأمر تدريبهم وتعليمهم حتى يتمكنوا من الفهم والتعبير عن إحتياجاتهم، لذلك قضت الضرورة وبرزت الحاجة إلى وجود برامج علاجية وتدريبية وتأهيلية للمساهمة في تنمية التواصل اللفظي أو غير اللفظي ومساعدتهم على إستخدام اللغة بشكل أفضل، ومن هذه البرامج التي إهتمت في تنمية التواصل برنامج "PECS"، القائم على التبادل بالصور وهو من إعداد كل من اندي بوندي ولوري فروست في عام (1994)، والذي يعتمد على مبادلة الصورة بشكل رئيسي للتعبير عن الحاجات الرئيسية وللتواصل مع الآخرين ويعتبر طريقة تواصل بديلة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة التي تبحث في فاعلية برنامج التبادل بالصور "PECS" في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد –دراسة شبه تجريبية بمدينة –الأغواط–، وقد قمنا بتقسيم الدراسة كالتالي:

جانب نظري ويحتوي على ثلاثة فصول:

الفصل الأول: جاء كمدخل للدراسة يشتمل على الإشكالية والفرضيات وأهمية وأهداف الدراسة مع عرض للدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

الفصل الثاني: يعرض هذا الفصل تعريف وإنتشار إضطراب طيف التوحد حيث قمنا بالإشارة الى أهم التعاريف التي تناولت هذا الإضطراب ونسبة إنتشاره، وعرض العوامل المسببة وأعراض هذا الإضطراب وأيضا الخصائص التي يختص بها أطفال طيف التوحد، ثم عرض التشخيص الفارقي الذي يوضح لنا أهم الفروقات بين إضطراب طيف التوحد ولإضطرابات الأخرى المشابهة التي نستطيع من خلالها التوصل الى تشخيص دقيق وصحيح، وأخيرا عرض الأساليب العلاجية المستخدمة لعلاج هذا الإضطراب والتي من بينها برنامج التواصل عن طريق إستبدال الصور بكس.

الفصل الثالث: يوضح هذا الفصل عن ماهية التواصل غير لفظي والإضطرابات التواصلية لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد وكذا التواصل غير اللفظي لدى طفل طيف التوحد.

و**الجانب الثاني** والذي هو **الجانب التطبيقي** والذي يحتوي على فصلين، **الفصل الرابع** يحوي منهجية الدراسة من حيث المنهج المتبع، أدوات الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة إضافة إلى الأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس الذي يمثل عرض وتحليل نتائج الحالات تحليلا كميا وكيفيا، وعرض وتحليل ومناقشة الفرضيات وأخيرا خاتمة متبوعة بالمراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول:

إشكالية الدراسة وإعتباراتها

1-إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5-التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

6-الدراسات السابقة

7-التعقيب على الدراسات السابقة

1-إشكالية الدراسة:

يعكس مصطلح إضطراب طيف التوحد مشكلة تنمو مع الأفراد، تؤثر في كيفية تفاعلهم مع المحيط الخارجي ومع غيرهم من الأفراد الآخرين، إذ أنه إضطراب نمائي تطوري يؤثر على النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية: التواصل اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، التطور الحسي، تستمر مدى العمر وتظهر في السنوات الثلاثة الأولى للطفل، وبما أن التوحد طيفي نمائي تطوري فإن هذا يعني تنوع مظاهره السلوكية حسب العمر ومن فرد لآخر إذ أن الأفراد يتأثرون به بدرجات مختلفة، فبعضهم يتأثر بدرجة كبيرة بينما تبدوا الصعوبات التي تواجه الآخرين غير ملحوظة تماما، إذ أن خصائصه الثلاثة تكون بأشكال مختلفة في جميع مراحل النمو.

يعتبر ليوكانر **(Leo Kanner)** الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب (نفس الطفل) أول من أشار لإضطراب التوحد (الطفل الاوتيزمي) كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقليا كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدي الأوتيزمي، حيث قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت إنتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية ل(11) طفلا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح إضطراب الذاتوية الطفلية (Early Infantil Autisme)، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديين إستغراقهم المستمر في الإنغلاق الكامل على الذات والإبتعاد عن الواقع والإنطواء والعزلة والتفكير الإجتراري النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والإهتمامات الجزئية بعيدا عن الواقعية وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبون لها من ظواهر وأحداث صغيرة للبيئة بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعيا، ويفشلون في تكوين علاقات إجتماعية والتواصل مع الآخرين. (ركزة،2018،ص 11)

وعلى الرغم من أن (ليو كانر) قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الإعتراف بها كفئة يطلق عليه مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات من القرن الماضي وكان ينظر لهذه الفئة كفئة يطلق عليها الأوتيزم أو التوحد مع التشابه في ذلك الوقت بين الفصام الطفولي والتوحد حتى الثمانينات، وذلك بعد صدور الدليل الإحصائي لتشخيص الإضطرابات النفسية والعقلية DSM2 (1968) وكان أول ظهور لهذا الإضطراب كإضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكرة مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولي. (ركزة،2018،ص10)

و في عام (1980) ظهر هذا الاضطراب في دليل التصنيف التشخيصي و الإحصائي وذلك في الطبعة الثالثة **DSM3**، ثم في الطبعة الثالثة المعدلة DSM3R(1987)، تمت الإشارة إليه على أنه إضطراب سلوكي، يندرج ضمن فئة واسعة للإضرابات السلوكية الناتجة عن إضطرابات إنفعالية وسوء التوافق الإجتماعي وذلك مع التشابه في إضطرابات اللغة وبروفيل الشخصية وعدم التمييز المعرفي الناتج عن إضطراب الإدراك وصعوبة التفاعل الإجتماعي. (الشرقاوي،2018،ص61)

و في الطبعة الرابعة من هذا الدليل DSM4 (1994) أصبح ينظر إلى هذا الإضطراب على أنه إضطراب نمائي عام أو منتشر (Pervasive Developmental Disorder) له إنعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي. (كشك،2018،ص3)

كما أشار الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية النسخة الخامس (2013)DSM5 إلى إلغاء جميع مسميات الإضطرابات التي كانت تشترك ببعض الخصائص مع إضطراب طيف التوحد وهي (متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome، متلازمة ريتSyndromes'Rett، الإضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة، إضطراب الإنتكاس الطفولي)، وهذه الإضطرابات جميعها تجمعت أعراضها وخصائصها في مجالين جوهريين الأول هو (إضطرابات في التواصل والتفاعل الاجتماعي)، والثاني (أنماط متكررة ومحدودة للسلوك، والإهتمامات، والنشاطات). (الحميدان،2016،ص 5)

كما صنف الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية النسخة الخامسة مستويات إضطراب طيف التوحد إلى ثلاثة مستويات وكل مستوى من المستويات يتضمن خصائص التواصل والتفاعل الإجتماعي في ذلك المستوى، ومحدودية وتكرار السلوك. فالأعراض لم تعد تصنف على أنها بسيطة أو متوسطة أو شديدة كما كان شائعا، بل إلى ثلاثة مستويات تتدرج من المستوى الثالث إلى الأول، والمستوى الثالث يتضمن الأعراض الأكثر شدة، ويسمى المستوى الأول "أعراض تتطلب دعم جوهري كبير (Support Substantial very Requiring)، والمستوى الثاني "أعراض تتطلب دعم جوهري " ، والمستوى الثالث يتضمن "أعراض تتطلب دعم. " (الحميدان،2016،ص6)

ومن خلال ما تم عرضه عن إضطراب طيف التوحد، يمكننا القول أن اضطراب طيف التوحد ليس مرضا محددا ذا عرض معين، بل هو مجموعة من الأعراض والسلوكات تختلف حدتها ونوعيتها من طفل لآخر وتتفاوت ذاتها في الطفل نفسه. نشير إلى أن تشخيص إضطراب طيف التوحد أمر صعب وذلك لأنه يعتمد بشكل كبير على السلوكيات الظاهرة وذلك لأنه لا توجد علامات أو دلالات تشريحية أو بيولوجية وإنما تستند لمعايير التي تعرف الإضطراب على خصائص سلوكية معينة تظهر لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية.

ومـن المتعـارف عليـه أنـه يتصـف النمـو اللغـوي لـدى الأطفـال المصـابين بإضـطراب طيـف التوحـد بـالعجز إذ أنهـم لا يتكلمـون مـدى حيـاتهم بينمـا النصـف الآخـر يسـتطيعون تطـوير قـدراتهم اللفظيـة ويرجـع ذلـك إلـى التـدخل المبكـر، إلا أن بعضـهم يمتلـك مهـارات لغويـة جيـد لكـنهم يفتقـرون إلـى القـدرة علـى الفهـم وإعطـاء المعنـى المناسـب للغـة أي أنهـم يعجـزون عـن إسـتعمالها حسـب السـياق الكلامـي ولا يتمكنـون مـن فهـم الوظـائف البراجماتية والتعبير عنها بشكل لفظي أو غير لفظي.

ويـذكر بـوتر و وايتـاكر (2001)" Poter-whittaker "، أن الأطفـال التوحـديين لا يبـادرون بالتواصـل بسـهولة سواء بإستخدام الكـلام أو اللغـة المعـززة وغالبـا مـا يكـون لـديهم صـعوبة فـي فهـم الكـلام ونتيجـة لهـذا القصـور فـي تطـور التواصـل لهـؤلاء الأطفـال يـتم إمـدادهم بنظـام التبـادل عـن طريـق إسـتبدال الصـور ليتمكنـوا مـن التواصـل غيـر اللفظـي، كمـا أن هـؤلاء الأطفـال لـديهم دوافعهـم للتـأثيرات الإجتماعيـة للتواصـل مثـل المـدح والجـائزة والإنتبـاه المشـترك، أو التفاعـل مـع الآخـرين ضـعيف مقارنـة بالتـأثيرات الماديـة مثـل حصـوله علـى شـيء يرغبـه لـذلك طـور نظـام التواصـل بإسـتبدال الصـور وذلـك إسـتجابة للحاجـة إلـى نظـام تواصـل فعـال للأطفـال التوحـديين، وهـذا النظـام يركـز علـى إسـتبدال الصـورة أو الرمـز الـذي تمثلـه بالشـيء المرغـوب فيـه وبفعـل ذلـك يكـون الطفـل بـادر بفعـل التواصـل لشـيء الملمـوس فـي المحـيط الإجتمـاعي والإشـتراك فـي معرفـة العلاقـة بـين السـبب والنتيجـة كفعـل للتواصـل وبفعـل ذلـك يكـون أساسـيات عمليـة التواصـل ككـل، والغـرض مـن هـذا تطـور أو نمـو مهـارات التواصـل الـوظيفي مـن خـلال الصـور ولـيس لتطـور التواصـل اللفظـي مـع الإشـارة إلـى إمكانيـة حـدوث تطـور فـي اللغة لدى الطفل التوحدي. (كشك،2008،ص3)

لـذلك صـمم **بونـدي و فروسـت** طريقـة تسـاعد الأطفـال التوحـديين علـى التعبيـر عـن إحتياجـاتهم بشـكل سـهل وسـريع مـن خـلال تبـادل الصـور بكـس والـذي يسـتند إليهـا لأهـم المبـادئ منهـا مبـدأ مـن أهـم مبـادئ نظريـة تعـديل سـلوك تحليليـة (Analysis behavior sequences ABA) وهـو الإهتمـام بنتـائج أو عواقـب السـلوك الـوظيفي (sequences Functional behavior) حيـث يـتعلم الطفـل مـن خـلال عمليـة الإرتبـاط الشـرطي البـدء بعمليـة التواصـل بـدلا مـن الإعتمـاد علـى مسـاعدة الآخـرين مـن الكبـار، والإعتمـاد علـى المعـززات المحسوسـة (Tangile rewards) فـي تعزيـز الطفـل المتوحـد أكثـر مـن إعتمـاد علـى المعـززات الإجتماعيـة (Socialrewards) علـى إعتبـار أن تـأثر الطفـل المتوحـد بـالمعززات المحسوسـة أقـوى، ولهـذا يراعـي عنـد بـدء التـدريب البـدء بالأفعـال الوظيفيـة والإسـتناد إلـى حقيقـة هامـة وهـي أن الطفـل التوحـدي يتمتـع بـذاكرة بصـرية قويـة ممـا يعنـي أن الإعتمـاد فـي تعليمـه علـى الصـور يسـهل مـن عمليـة الـتعلم والتـدعيم الفـوري للاسـتجابة يعـزز مـن تكـرار ظهورهـا وهـو مـا يقـوم بـه (Picture exchange communication system-PECS) بالفعـل حيـث يحصـل الطفـل علـى مـا يرغـب

فـور إسـتخدامه للصـورة بشـكل صـحيح، والبـدء بتعلـيم الطفـل لغـة بسـيطة يمكنـه فهمهـا تبـدأ مـن كلمـة واحـدة وتتـدرج فـي الصـعوبة حتـى تصـل إلـى جملـة طويلـة معقدة، والبـدء فـي تعلـيم الطفـل مهـارة الطلـب (Mandskill) بإعتبارهـا أولـى خطـوات تعلـم الكـلام حيـث أن تـدريب الطفـل علـى طلـب الأشـياء وتسـميتها يعـد متطلبـا أساسـيا لـتعلم المحادثـة، وتقيـيم قـدرات وإحتياجـات كـل طفـل قبـل بـدء التـدريب وذلـك بإعتبـار أنـه لا يوجـد إثنـان مـن الأطفـال لهمـا نفـس مـواطن القـوة أو نفـس الاحتياجـات وهـو مـا يعـرف بمبـدأ الفـروق الفرديـة، مثـال: تحـدد قـدرات كـل طفـل الشـكل الـذي ينبغـي أن تكـون عليـه الصـورة مـن حيـث النـوع (فوتوغرافيـة، أم رمزيـة أم شـاملة للشـيء نفسه) ومن حيث الحجم (كبيرة، أم صغيرة). (الشرمان،2015،ص165)

و لقـد نبـع هـذا الفضـول العلمـي مـن قـراءات لعـدد مـن البحـوث والدراسـات النظريـة التـي إهتمـت بتنميـة مهـارات التواصـل لـدى أطفـال طيـف التوحـد عـن طريـق تطبيـق برنـامج التبـادل بالصـور بكـس لمعرفـة فاعليتـه أو أثـره فـي تنميـة مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي، منهـا دراسـة احمـد خروبـي ونادية بوضـياف (2021) حيـث كانـت الدراسـة بعنـوان فاعليـة برنـامج تـدريبي مقتـرح قـائم علـى التقليـد والإنتبـاه المشـترك لتحسـين مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى أطفـال ذوي إضـطراب طيـف التوحـد بمدينـة غردايـة، إسـتخدمت المـنهج التجريبـي وبينـت النتـائج أنـه يوجـد فاعليـة للبرنـامج التـدريبي المقتـرح لتحسـين مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى الدراسـة التجريبيـة (خروبي،بوضـياف،2021، ص221)، وكـذلك دراسـة جيهـان لينـة (2021)، حيـث قامـت بدراسـة فاعليـة برنـامج بكـس فـي تحسـين التواصـل الإجتمـاعي لـدى أطفـال التوحـد حيـث قامـت بتطبيـق برنـامج بكـس علـى عينـة الدراسـة التـي تكونـت مـن (04) أطفـال مصـابين بإضـطراب طيـف التوحـد وقامـت بالقيـاس القبلـي والبعـدي، وتوصـلت الباحثـة إلـى برنـامج أثبـت فاعليتـه فـي تنميـة التواصـل الاجتمـاعي بدرجـة متوسـطة إلـى حسـنة. (قـالي، بلمـرابط،2021،ص1-4)، كـذلك دراسـة أسـامة عبـد المـنعم عيـد حسـن (2020)، حيـث قـام بدراسـة فاعليـة برنـامج للتأهيـل التخـاطبي قـائم علـى برنـامج بكـس لتنميـة المهـارات قبـل لفظيـة لـدى الأطفـال مـن ذوي اضـطراب طيـف التوحـد، حيـث إعتمـد علـى المـنهج التجريبـي بتصـميم المجمـوعتين اي مجموعـة ضـابطة ومجموعـة تجريبيـة وأسـفرت النتـائج عـن وجـود فـروق بـين القياسـين القبلـي والبعـدي لـدى المجموعـة التجريبيـة فـي تنميـة المهـارات قبـل لفظيـة لصـالح القيـاس البعـدي، وكـذلك دراسـة بشـرى عصـام عويجـان (2012) التـي قامـت بدراسـة معنونـة بفعاليـة برنـامج تـدريبي فـي تنميـة مهـارات التواصـل غيـر لفظـي لـدى الأطفـال التوحـديين وقـد أشـارت النتـائج إلـى فاعلية البرنامج التدريبي المعد في تنمية مهارات التواصل غير لفظي.

وبنـاءا علـى مـا سـبق إرتـأت هـذه الدراسـة الموسـومة ب:" أثـر تطبيـق برنـامج تبـادل بالصـور -PECS- فـي تنميـة مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لأطفـال طيـف التوحـد"-دراسـة شـبه تجريبيـة بمدينـة الاغـواط- أن نختبـر مـدى

فاعليــة برنــامج بكــس فــي تنميــة التواصــل غيــر اللفظــي لــدى الأطفــال المصــابين باضــطراب طيــف التوحــد. وإنطلاقا مما سلف نطرح التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

-هـل يوجـد أثـر لبرنـامج التبـادل بالصـور- PECS- علـى تنميـة مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى أطفـال طيـف التوحد عينة الدراسة؟

التساؤلات الفرعية:

-هـل يوجـد فـروق فـي مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى أطفـال طيـف التوحـد عينـة الدراسـة فـي القيـاس البعدي تعزى إلى متغير درجة طيف درجة التوحد؟

-هـل يوجـد فـروق فـي مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى أطفـال طيـف التوحـد عينـة الدراسـة فـي القيـاس البعدي تعزى إلى متغير مدة الكفالة في المركز؟

2-الفرضيات:

الفرضية العامة:

-يوجد أثر لبرنامج التبادل بالصور- PECS- على تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة.

الفرضيات الفرعية:

-يوجـد فـروق فـي مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لـدى أطفـال طيـف التوحـد عينـة الدراسـة فـي القيـاس البعـدي تعزى إلى متغير درجة طيف التوحد.

-يوجد فروق في مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة في القياس البعدي تعزى إلى متغير مدة الكفالة في المركز.

3-أهمية الدراسة:

- إثراء البحث العلمي المتعلق بأهمية التواصل بإستبدال الصور وأثره في تحسين التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد.
- الإهتمام بالبحث العلمي لفائدة الفئة المستهدفة وهي فئة الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد التي تحتاج للتكفل بها بإستخدام البرامج العلاجية والتدريبية.
- مساهمة هذا البحث في إثراء الأطر النظرية للباحثين الذين سيتناولون نفس موضوع وعينة الدراسة .
- توفير برنامج التبادل بالصور بحيث يمكن تطبيقه على حالات مماثلة في المراكز والعيادات الخاصة وغيرها.
- مساهمة الدراسة الحالية في مشروع دمج الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، وتمكينهم من تطوير لغتهم بطريقة مناسبة.
- محاولة الحد من مشكلات التواصل غير اللفظي واللفظي لدى عينة الدراسة من خلال إقتراح العمل ببرنامج بيكس على العاملين في المركز.

4-أهداف الدراسة:

- معرفة أثر برنامج التبادل بالصور بكس في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد .
- معرفة الفروق بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للتواصل غير اللفظي حسب متغيرات الدراسة.
- التعرف على برنامج من برامج تنمية التواصل الموجه لأطفال طيف التوحد .
- تدريب أطفال طيف التوحد على كيفية التواصل بطريقة التبادل بالصور بكس.

5-التحديدالإجرائي لمصطلحات الدراسة:

الفاعلية: هو الأثر الذي يحدثه برنامج بكس من تغييرات إيجابية في التواصل على عينة من أطفال طيف التوحد.

برنـامج بـيكس PECS : هـو برنـامج قـائم علـى تبـادل الصـور للتعبيـر عـن إحتياجـات ورغبـات الطفـل التوحـدي وهـو معـد خصيصـا لفئـة أطفـال طيـف التوحـد غيـر النـاطقين وهـو قـائم علـى التلقـين والتعزيـز والتكـرار.. مـن خـلال إسـتخدام معـززات يرغـب بهـا الطفـل ولوحـة التواصـل وبطاقـات تمثـل مجموعـة مـن المعـززات فيـتم الحصـول علـى المعـزز مـن خـلال الطلـب عـن طريـق البطاقـات وللبرنـامج سـتة مراحـل وهـي: المرحلـة الأولـى: التبـادل الجسـمي/ المرحلـة الثانيـة: التلقائيـة فـي الأداء/المرحلـة الثالثـة: تمييـز الصـور/ المرحلـة الرابعـة: بنـاء الجملة/ المرحلة الخامسة: الإستجابة لسؤال ماذا تريد؟/ المرحلة السادسة: التعميم والإستجابة بتلقائية التقليد.

التواصـل غيـر اللفظـي: هـو مـا يقيسـه مقيـاس التواصـل غيـر اللفظـي ل أحمـد حسـام علـي، وهـو مجموعـة مـن المهـارات التـي يسـتخدمها الطفـل التوحـدي للتعبيـر عـن رغباتـه وإحتياجاتـه بسـلوكيات غيـر منطوقـة أي مـن خلال إستبدال الصور للطلب والتفاعل مع الآخرين.

أطفـال طيـف التوحـد: وهـم الـذين يمثلـون العينـة التـي تفتقـد للتواصـل وتعـرف إجرائيـا بـأنهم الأطفـال الـذين تـم تشخيصـهم بـأنهم يعـانون مـن اضـطراب طيـف التوحـد مـن طـرف المختصـين الأرطفـونيين والنفسـيين، واللـذين يـتم التكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي (2) بمدينة الأغواط.

درجـة التوحـد: هـو مـا تـم تشخيصـه مـن قبـل الطبيبـة النفسـية فـي المركـز النفسـي البيـداغوجي (2) التـي تتـراوح بين المتوسطة والشديدة.

التكفـل المبكـر: هـو الإلتحـاق بـالمركز النفسـي البيـداغوجي (2) فـي سـن مبكـرة ليتلقـى الكفالـة النفسـية والأرطفونية.

6-الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة الأبحاث التي تطرقت للبحث العلمي والتي يعود إليها الباحث من أجل جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بموضوع بحثه وتعزيز محتوى بحثه وربطها لاحقا بالجانب الميداني لتفسير نتائج فرضياته، وفيما يلي عرض للدراسات السابقة التي تناولت نفس موضوع بحثنا:

1-دراسة أحمد خروبي و نادية بوضياف (2021):

عنـــوان الدراســـة: فاعليـة برنـامج تـدريبي مقتـرح قـائم علـى التقليـد والإنتبـاه المشـترك لتحسـين مهـارات التواصـل غير اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بمدينة غرداية.

هـدف الدراســة: التعـرف علـى فاعليـة برنـامج تـدريبي مقتـرح قـائم علـى التقليـد والإنتبـاه المشـترك لتحسـين مهـارات التواصل غير اللفظي لدى اطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بمدينة غرداية.

منهج الدراسة: المنهج تجريبي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (16) طفلا توحديا أختيروا بالطريقة العمدية.

أدوات الدراسة: البرنامج التدريبي المقترح القائم على التقليد والانتباه، مقياس مهارات التواصل غير اللفظي.

الأساليب الإحصائية: تمت المعالجة الإحصائية للبيانات بإستعمال برنامج spss21.

نتـائج الدراسـة: بينـت النتـائج أنـه يوجـد فاعليـة للبرنـامج التـدريبي المقتـرح لتحسـين مهـارات التواصـل غيـر اللفظـي لدى الداسة التجريبية. (خروبي، بوضياف، 2021، ص221).

2-دراسة جيهان لينة (2021):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج بيكس في تحسين التواصل الإجتماعي لدى أطفال التوحد.

هـدف الدراســة: هـدفت الدراسـة إلـى معرفـة مـدى فاعليـة برنـامج بكـس فـي تحسـين مهـارات التواصـل الإجتمـاعي لدى أطفال التوحد.

عينــة الدراســة: تكونـت عينـة الدراسـة مـن (04) حـالات مـن اطفـال مصـابين باضـطراب طيـف التوحـد تراوحـت أعمارهم مابين (7-10) سنوات (2) ذكور و (2) اناث.

أدوات الدراســة: برنـامج بـيكس، مقيـاس التواصـل الإجتمـاعي والتواصـل اللفظـي وغيـر اللفظـي للقيـاس القبلـي والبعدي.

الأســاليب الإحصــائية: تـم حسـاب الفـرق بـين القياسـين القبلـي والبعـدي بإسـتخدام برنـامج الإكسـل والمتوسـط الحسابي.

نتـائج الدراسـة: أثبتـت نتـائج الدراسـة فاعليتـه برنـامج بـيكس فـي تنميـة التواصـل الإجتمـاعي لفئـة أطفـال التوحـد بدرجة متوسطة إلى حسنة. (قالي،بلمرابط، 2021، ص1-4)

3-دراسة حنان بالخير(2020):

عنـوان الدراسـة: إقتـراح برنـامج تـدريبي لتنميـة التواصـل غيـر اللفظـي لـدى الأطفـال المصـابين بإضـطراب طيـف التوحد دراسة شبه تجريبية بمركز المن والسلوى.

هـدف الدراسـة: هـدفت الدراسـة إلـى إقتـراح برنـامج تـدريبي لتنميـة التواصـل غيـر لفظـي ومعرفـة فاعليتـه لـدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد .

عينـة الدراسـة: تكونـت عينـة الدراسـة مـن خمسـة أطفـال (05) مصـابين بإضـطراب طيـف التوحـد بمركـز المـن والسلوى للتكفل بذوي الإحتياجات الخاصة بالبياضة ولاية الوادي.

منهج الدراسة: دراسة شبه تجريبية.

أدوات الدراسـة: وتـم تطبيـق مقيـاس تقـدير التوحـد CARS ومقيـاس تقـدير الإتصـال اللغـوي مـن إعـداد سـهى أحمد امين نصر(2001)، والبرنامج المقترح.

الأساليب الإحصائية: تمت المعالجة الإحصائية باستخدام spss.

نتـائج الدراسـة: أثبـت الدراسـة فعاليـة البرنـامج التـدريبي المقتـرح فـي تنميـة التواصـل غيـر لفظـي لـدى الأطفـال المصابين بطيف التوحد. (بالخير، 2020،ص13-15)

4-دراسة أسامة عبد المنعم عيد حسن (2020):

عنـوان الدراسـة: فاعليـة برنـامج للتأهيـل التخـاطبي قـائم علـى برنـامج بكـس لتنميـة المهـارات قبـل اللفظيـة لـدى الأطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد.

هـدف الدراسـة: هـدفت الدراسـة إلـى معرفـة مـدى فاعليـة برنـامج للتأهيـل التخـاطبي قـائم علـى نظـام التواصـل بتبادل الصور بكس لتنمية المهارات قبل اللفظية لعينة من الأطفال ذو اضطراب التوحد.

عينـة الدراسـة: تكونـت عينـة الدراسـة مـن (10) أطفـال مـن ذوي طيـف التوحـد ذكـائهم مـابين (55-77) وتـم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية.

منهج الدراسة: إستخدمت الدراسة المنهج التجريبي.

أدوات الدراسة: قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد، مقياس الطفل التوحدي، مقياس المستوى الإجتماعي والإقتصادي الثقافي، مقياس ستانفورد بينيه، مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله، ومقياس المهارات قبل لفظية (إعداد الباحث) وبرنامج للتأهيل التخاطبي قائم على بيكس.

الأساليب الإحصائية: تم إستخدام اختبار ويلكوكسون وقيمة (Z)، اختبار مان وتني وقيمة (Z).

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في تنمية المهارات قبل اللفظية لصالح القياس البعدي. (حسن، 2020، ص173)

5-دراسة حسام الدين الجابر(2018):

عنوان الدراسة: تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين بإستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي.

هدف الدراسة: الكشف عن أثر التدريب على التواصل غير اللفظي في تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين.

منهج الدراسة: المنهج شبه تجريبي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا توحديا، تراوحت أعمارهم ما بين (5-10) سنوات، وتم إختيارهم بطريقة قصدية من المركز المصري الأوروبي للحالات الخاصة.

أدوات الدراسة: قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد في الفئة العمرية ما بين (5-10) سنوات من إعداد الباحث- مقياس التفاعل الإجتماعي لأطفال التوحد في الفئة العمرية (5-10) سنوات من اعداد الباحث- البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي وتحسين التفاعل الإجتماعي لدى أطفال التوحد في الفئة العمري (5-10) سنوات من إعداد الباحث- إستمارة المستوى الإجتماعي والإقتصادي من إعداد محمود بيومي خليل(2003).

الأساليب الإحصائية: مان ويني، ويلكوسكون.

نتائج الدراسة: تشير نتائج الدراسة الى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مهارات التواصل غير اللفظي لصالح التطبيق البعدي، و توجد فروق جوهرية في التواصل غير اللفظي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، و توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التفاعل الإجتماعي بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الارشادي. (بالخير،2020، ص29)

6-دراسة منى فرحات إبراهيم جيرش(2017):

عنوان الدراسة: تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوى طيف التوحد وذلك بإستخدام طريقة تبادل الصور نظام (بكس) وأثره على سلوكهم الإجتماعي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (14) طفلا توحديا تراوحت أعمارهم ما بين (5- 7) سنوات، منهم (8) اناث ، (6) ذكور من أطفال التوحد الذين يعانون من ضعف في التواصل اللفظي والذى يوثر بدوره على سلوكهم الإجتماعي ، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من (7) أطفال، ومجموعة ضابطة تكونت من (7) أطفال من مراكز ذوى الإحتياجات الخاصة بالإسماعيلية، وقد بلغ متوسط أعمارهم الزمنية (6) سنوات.

منهج الدراسة: إستخدمت الدراسة المنهج التجريبي

أدوات الدراسة: حيث قامت الباحثة بإستخدام أدوات الدراسة المتمثلة في قائمة تقدير مهارات التواصل اللفظي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (5-7) سنوات (إعداد الباحثة)، وقائمة تقدير السلوك الإجتماعي لأطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (5-7) سنوات، (إعداد الباحثة)، وبرنامج تدريبي بإستخدام نظام تبادل الصور طريقة (بكس) لتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحّد في الفئة العمرية ما بين (5 -7) سنوات (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: وبتطبيق أدوات الدراسة والمقارنة بين المجموعتين، توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) ، وظهور تحسن في التواصل اللفظي لدى أطفال المجموعة التجريبية والذى يوثر بدوره على سلوكهم الإجتماعي مما يدل على تأثير البرنامج على أطفال هؤلاء المجموعة. (فرحات،2017، ص55)

7-دراسة خالد شريف عيسى عياش (2015):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظام التبادل بالصور بيكس لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في فلسطين.

هدف الدراسة: التعرف إلى فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نظام تبادل الصور(بكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في عينة فلسطينية.

عينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من أطفال التوحد في المراكز المختصة بذوي الإحتياجات الخاصة في محافظة نابلس البالغ عددهم (60) طفلاً، حيث تكونت العينة من (16) طفلاً منهم (8) ذكور، و(8) اناث.

أدوات الدراسة: إستخدم الباحث أداة لقياس مهارات التواصل (اللغوية وغير اللغوية) لأطفال التوحد (من إعداد الباحث) والتأكد من الصدق والثبات، كما قام ببناء برنامج تدريبي مقترح لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، حيث قام بالتحقق من الصدق والثبات له.

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة بوجود فاعلية للبرنامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج. كما أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (a ≥ 0,05) في متوسطات فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل اللغوية لدى أطفال التوحد تعزى للبرنامج التدريبي لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج. والى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (a ≥ 0,05) في متوسطات فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل اللغوية لدى أطفال التوحد تعزى للجنس، و أسفرت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (a 0,05 ≥) في متوسطات فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل غير لغوية لدى أطفال التوحد تعزى للبرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج. كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى (a ≥ 0,05) في متوسطات فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللغوي لدى أطفال التوحد تعزى للجنس.يوصي الباحث بتعميم البرنامج على عينات أخرى ، كما يوصي تعميمه على مهارات أخرى غير مهارات التواصل. (عياش،2014،ص20)

8-دراسة وائل محمد الشرمان (2015):

عنوان الدراسة: فاعلية التواصل بطريقة بكس في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الى تنمية المهارات الإجتماعية بإستخدام التواصل بطريقة بكس لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (16) طفلا توحديا، وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعة تجريبية تكونت من (8) طلاب ومجموعة ضابطة تكونت من (8) طلاب.

أدوات الدراسة: البرنامج التدريبي للتواصل بطريقة (بكس) ومقياس المهارات الإجتماعية.

منهج الدراسة: منهج تجريبي.

الأساليب الإحصائية : إختبار مان وتني لتقدير داله الفروق بين رتب المجموعات المستقلة وإختبار ويكلوكسن لتقدير دلالة الفروق بين رتب المجموعات المترابطة.

نتائج الدراسة: أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0،05 في تنمية المهارات الإجتماعية لصالح المجموعة التجريبية تعزى لفاعلية اسلوب التواصل بطريقة بكس وعدم وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية على المقياس التتبعي بعد شهرين من إنتهاء تطبيق طريقة التواصل بطريقة بكس. (الشرمان، 2015، ص160)

9-دراسة بشرى عصام عويجان(2012):

عنوان الدراسة: فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: معرفة فعالية برنامج تدريبي لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة دمشق.

منهج الدراسة: المنهج شبه تجريبي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا مصاب بالتوحد ملحقين بمركزي المستقبل لذوي الإحياجات الخاصة و جمعية نقطة حلب بمحافظة دمشق.

أدوات الدراسة: مقياس تقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي تمثلت في (الانتباه و التقليد، و التواصل البصري)- بناء برنامج تدريبي قائم على مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد .

الأساليب الإحصائية: إختبار ما ن ويتني- اختبار ويلكوكسون.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج التدريبي المعد في الدراسة في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد. (بالخير،2020، ص25)

10-دراسة صديق(2006):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: تنمية التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

منهج الدراسة: المنهج شبه تجريبي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (38) طفلا توحديا، تراوحت أعمارهم ما بين (6-4) سنوات، وقسمو إلى مجموعتين تجريبية (18) طفلا، و ضابطة (20) طفلا.

أدوات الدراسة: قامت الباحثة بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي عند أفراد المجموعة التجريبية.

نتائج الدراسة: أثر تطوير مهارات التواصل غير اللفظي على تطوير السلوك الإجتماعي. (بلخير،2020، ص24)

11-دراسة عبير فاروق محمود (2005):

عنوان الدراسة: تأثير التدخل المبكر على عمليات التواصل لدى الطفل التوحدي من خلال برنامج التواصل عن طريق الصور.

هدف الدراسة: التعرف على مدى تأثير التدخل المبكر على عمليات التواصل لدى الطفل التوحدي من خلال برنامج التواصل عن طريق الصور.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (16) طفل توحدي دون السادسة وهم مقسمون إلى مجموعتين (تجريبية (8) وضابطة (8) أطفال من الجمعية المصرية للأوتيزم .

أدوات الدراسة: تم إستخدام برنامج **PECS** وإختبار اللغة العربية (إعداد نهلة عبد العزيز رفاعى)

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج مع أطفال المجموعة التجريبية وذلك من خلال وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة التجريبية فى الدرجة الكلية لإختبار اللغة قبل تطبيق البرنامج وبعده ولم يستطع البرنامج معالجة مشكلة التحسن فى الإطار اللحنى وترجمة التعبيرات الاصطلاحية وكذلك أزمنة الفعل وفهمها (ماضى –مضارع – مستقبل) . كما لا يستطيع الأطفال تكوين جمل معقدة أو ذات إستخدام نحوى صحيح وذلك لعدم قدرتهم على الترتيب الزمنى للأحداث. (كشك،2017، ص146)

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة والتي لها علاقة بالدراسة الحالية كان لابد من توضيح ما ورد فيها من إختلاف وإتفاق مع دراستنا الحالية، حيث تم التركيز على النقاط التالية:

من حيث الأهداف: تبين من خلال الدراسات السابقة أنها تهدف إلى تطبيق البرامج التدريبية الموجهة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في تنمية التواصل غير اللفظي، و كذا تحسين مهارات التواصل غير اللفظي وقد إتخذت هذه الدراسات التواصل غير اللفظي موضوعا لها، مثل دراسة (صديق 2006) ودراسة (بشرى عصام 2012)، ودراسة (حسام الدين 2018).

من حيث المنهج: إتفقت معظم الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية في اعتماد المنهج شبه تجريبي كمنهجا لها.

من حيث العينة: تناولت معظم الدراسات السابقة نفس الفئة العمرية وهي مرحلة الطفولة مثل دراسة (صديق 2006) ودراسة (حسام الدين جابر 2018).

من حيث الأدوات: إعتمدت كل الدراسات السابقة على تطبيق البرامج التدريبية لتنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد.

من حيث النتائج: نتائج كل الدراسات السابقة كانت لصالح المجموعة التجريبية أو القياس البعدي وقد إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أهمية اختيار البرامج التدريبية كوسيلة لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ومن خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة يمكن القول:

إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة حول تحسين وتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، ومدى فاعلية البرامج التدريبية وأثرها في تنمية التواصل غير اللفظي لدى أفراد العينة، وأيضا في إختيار أفراد عينة البحث وهم الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد وذلك لأنه تم إستخدام برامج علاجية تستهدف أطفال هذه الفئة، كما إتفقت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في إعتماد المنهج شبه تجريبي، وذلك لأنه يفضل هذا النوع من البحوث على الموضوعات الإجتماعية والإنسانية أي في ميدان العلوم الإجتماعية والإنسانية لذا فإنه يطلق عليها البحوث الشبه تجريبية، إلا أنها إختلفت مع الدراسات السابقة في أماكن تطبيق البرامج حيث تم تطبيق دراسة حسام الدين جابر (2018) في مصر، ودراسة خالد الشريف عيسى عياش (2015)، ودراسة وائل الشرمان (2016) التي تم تطبيقها بالعاصمة السورية دمشق.

الفصل الثاني:

التواصل غير اللفظي

تمهـــيد

1-تعريف التواصل

2-أنماط التواصل

3- مهارات التواصل غير اللفظي

4-التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي

5-الإضطرابات التواصلية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

التواصل هي العملية الشاملة التي تتضمن تبادل الآراء والأفكار والمشاعر وغيرها بين الأفراد وذلك بشتى الوسائل والأساليب وهي متنوعة وللتواصل نوعين وهما التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، وقد أوردت العديد من الدراسات أن المشكلات الرئيسية والأساسية التي تؤثر سلبا على مظاهر النمو الطبيعي والتفاعل الإجتماعي التي تميز الطفل التوحدي هي الإضطرابات التواصلية بشقيها اللفظي وغير اللفظي، وقد أوضحت دراسات عديدة أن نصف الكلي من أطفال التوحد لا يملكون القدرة على التواصل اللفظي كما أنهم لايعوضونها بإستخدام مهارات التواصل غير اللفظي كالتواصل البصري، التقليد، وإيماءات الوجه...الخ، وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل فما هو التواصل وما هي أنواعه؟ وماهي مهارات التواصل غير اللفظي؟ وكيف هو التواصل غير اللفظي لدى التوحدي؟

1-تعريف التواصل:

التواصل communication مصطلح مشتق من الكلمة اللاتينية communion وتعني جعله عاما أو مشاعا، وهي بالتالي نقل: المعلومات، الرغبات، الأفكار، المشاعر، المعرفة من شخص إلى شخص آخر لخلق أو تأسيس نوع من التفاهم المشترك بين المرسل والمتلقي (المتحدث والمستمع)، والتواصل في اللغة العربية ضد التصارم أو التقاطع، وهو على وزن التفاعل، ما يشير إلى أن التواصل يعني تبادل الصلة أو الوصل بين الطرفين فالتواصل هو العملية المركزية في ظاهرة التفاعل الإجتماعي، ففي التواصل تنصب كل العمليات النفسية عند الفرد، وفيه تخرج كل التأثيرات الإجتماعية في حياته، ومنها ينشأ التجاذب أو التنافس و بها يتم التجانس أو يظهر التباين، فقد أصبح التواصل بين الناس معيارا من معايير السوية إن التواصل ليس عملية أحادية مفردة، بل هو عملية مركبة من عدة عمليات تتفاعل في مجال موقفي دينامي... ويشتمل على ثلاثة عناصر أساسية : الموصل، المتلقي- الرسائل اللفظية وغير اللفظية، ولكل من هذه العناصر السابقة دور في العملية ككل، إن إكتساب اللغة والتواصل يعتبر من أهم المهارات الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة خلال السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل، وأن القدرة على تكوين حصيلة لغوية واستخدام اللغة في التواصل والتخاطب بشكل واضح وسليم، تعتبر عاملا أساسيا في عملية التعلم وإكتساب الخبرات الحياتية والنمو المعرفي والإنفعالي والإجتماعي والتكيف السليم مع متطلبات الحياة الإجتماعية. (سالم،2014،ص22)

وعليه فإن التواصل عامل رئيسي من عوامل التكيف والتوافق فهو وسيلة هامة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والإنفعالي، وبه يعبر الطفل عن مشاعره وأفكاره ويساهم بشكل أساسي في التعليم وإكتساب العديد من المهارات.

2-أنماط التواصل:

تشير العديد من الدراسات إلى وجود نمطين من التواصل هما التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، وهي كالتالي:

النمط الأول: التواصل اللفظي Verbal communication

يعرف الرشيدي (2000) وآخرون التواصل اللفظي بأنه الرمزية اللفظية باستخدام اللغة كنظام من التفاعل بين شخصين أو جماعة من الناس في ترميز المعاني، وفي ذلك تشمل اللغة عدة مكونات هي: النطق، والأصوات الكلامية، وقواعد النحو والصرف، والتراكيب اللغوية، ودلالات المعاني، وهو إستخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس ومن هنا يعتبر التواصل سلوكا إنسانيا من درجة راقية ذلك لأنه يميز الإنسان عن باقي المخلوقات بإستخدام الكلام واللغة ويساعد التواصل اللفظي على نمو الطفل الإجتماعي والعقلي والمعرفي عن طريق تزويده بالمهارات ومساعدته على إكتساب الأساليب والعادات والأنماط السلوكية السليمة والإتجاهات الإيجابية في ممارسة اللغة والتواصل اللغوي ومهاراته، وتمثل اللغة الأداة التي يستخدمها الطفل في التواصل بالمحيطين به وتمكنه من التفاعل مع غيره لتحقيق الرغبات والحاجات الأساسية. (أخرس و آخرون، د.ت، ص31)

النمط الثاني: التواصل غير اللفظي Non-verbal communication

يعرف الأشول (1987) التواصل غير اللفظي بأنه تواصل بدون كلمات، سواء كانت بالحركات، أو الإشارات، أو الإيماءات وخاصة ما يستخدمها الطفل الأصم مع غيره من الأفراد، ويعرف جابر وكفافي (1992) التواصل غير اللفظي بأنه لفظ عام يشمل جميع جوانب الإتصال والتواصل التي يتم التعبير عنها دون إستخدام لغة منطوقة ظاهرة كالإيماءات ، وأوضاع الجسم وتعبيرات الوجه، والعوامل السياقية، وما شابه ذلك كلها تقع في نطاق مكونات جهاز التواصل الذي ينقل المعلومات دون إستخدام ما هو لفظي على وجه التحديد، ويستخدم الطفل الأصم هذا لنوع مع غيره. (أخرس وآخرون، د.ت، ص32،31)

3-مهارات التواصل غير اللفظي:

وهي مجموعة المهارات التي يستخدمها الطفل في التعبير عن إحتياجاته ورغباته دون إستخدام اللغة، والمتمثلة في الإنتباه المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والإستماع والفهم، والإشارة إلى ماهو مرغوب فيه وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها. (بن صديق،2007، ص10) وهاته المهارات هي:

الانتباه المشترك: قدرة الطفل على متابعة مثير مشترك بينه وبين شخص آخر سواء معلمه أو زميل في لعبة مما يولد قدر من الإنتباه الإنتقائي والتفاعل لدى طفل التوحد.

التواصل البصري: قدرة الطفل على متابعة مثير ثابت أو متحرك ببصره، أهميته أنه الخطوة الأولى للتآزر البصري الحركي الذي هو أهم طرق تأهيل إضطراب التوحد.

مفهوم التقليد:

هو تقليد(محاكاة) شخص يمارس فعلا معينا على شيء آخر كخبط لعبة أو تقليد صوت.

أنواع التقليد:

التقليد الفوري: ويتم ذلك من خلال تقليد الشيء مباشرة بعد رؤيته.

التقليد المؤجل: هو تقليد الشيء بعد رؤيته بفترة من الزمن أقلها (5) دقائق وأطولها أيام وأسابيع.

تنفيذ الأوامر: يعني قدرة الطفل على الإستماع إلى من يخاطبه وفهم المراد من الكلام وتنفيذ التعليمات التي تقال حتى لو كانت أوامر بسيطة مفردة مثل هات وخذ قم إجلس.

الإستجابة الإشارية: قدرة الطفل على التعبير عن ما يريد بطريق الإشارة.

فهم تعبيرات الوجه ونبرات الصوت:

التجاوب العاطفي بين الطفل ومن يخاطبه بفهم المشاعر من فرح أو حزن أو غضب او حزم أو خلافه من خلال إيماءات الوجه ونبرة الصوت. (حسن،2020، ص183)

4-التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي:

التواصل عند أطفال التوحد يختلف عن التواصل لدى الأطفال العاديين وخصوصا في السنة الأولى من العمر فالأطفال التوحديين منهم من لا يستطيع الحديث، ومنهم من يتأخر في تطوير تلك المهارة، وهذا يشير إلى أن إضطراب التوحد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية للطفل منذ المرحلة الأولى وعادة ما يظهرون نمطا مضطربا من تطور الإتصال يتضمن خللا في إستخدام الأشكال غير اللفظية للتواصل وفهمها، حيث لا يفهمون أساليب التواصل غير المباشر كلغة الجسد، ونغمة الصوت وتعبيرات الوجه، وقد يرجع ذلك لأنهم يجدون صعوبة في تفسير الرسائل غير اللفظية كما أنهم يظهرون بأنهم أقل إستخداما للتواصل البصري، وبإظهار الأشياء أو الدلالة عليها، وفي توزيع إنتباههم بين الأشخاص والمثيرات التي يتعاملون معها. (حسن ،2020،ص180)

فصعوبات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين حسب دراسة (Vitaskova-Rihova2013) تتمثل في القصور في كل من التقليد، فهم وإستخدام تعابير الوجه، الإشارة، التواصل البصري ووضعيات الجسد، كما يضيف

(Nadel,Ezell,Field2011) إن قدراتهم غير اللفظية تكون إما عاجزة أو بطيئة في المبادرة لتقليد الآخرين بحيث يؤثر هذا القصور في التفاعل الإجتماعي وتنمية المهارات اللغوية. (خروبي، بوضياف،2021،ص222)

كما أنهم يخفقون في إظهار الكثير من مهارات التقليد الإجتماعي ولا يلوحون بأيديهم للآخرين عند مغادرتهم، كما أنهم أقل رغبة في تقليد أو إتباع أنشطة الأطفال الآخرين، كما تنقصهم الإيماءات، والإشارة إلى ما يرغبون، فهم يميلون في الحصول على إحتياجاتهم و إلى إستخدام أسلوب القيادة بمسك رسغ يد الشخص البالغ وتوجيهه إلى ما يريدون ولا يستخدمون مد أصبع السبابة، وإستخدام إيماءة مرافقة للحركة. (حسن،2020،ص180)

5-الإضطرابات التواصلية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد:

بالرغم من عدم إكتشاف سبب المشاكل النطقية واللغوية لدى الأطفال المصابين بالتوحد إلى الآن يتوقع بعض الخبراء أن سبب تلك المشاكل هو حدوث مجموعة من المشاكل قبل وأثناء وبعد الولادة مما يؤثر سلبا على نمو الدماغ، وتؤدي تلك الصعوبات إلى عجز الطفل عن تفسير العالم المحيط به والتفاعل معه، وتختلف المشاكل التواصلية بين الأطفال المصابين بالتوحد بإختلاف النمو العقلي والإجتماعي للفرد، حيث يعجز بعض الأطفال المصابين بالتوحد عن الكلام بينما يستطيع البعض منهم التحدث مع الآخرين عن المواضيع التي يهتمون بها، الجدير بالذكر أن غالبية الأطفال المصابين بالتوحد غير عاجزين عن التلفظ، ولا يعجز عن ذلك سوى25 %منهم، ولكن الكثيرين منهم يفتقرون إلى الإيقاع والتنغيم في كلامهم والتحدث بشيء له معنى، حيث يستطيع العديد منهم التحدث ولكنهم ينطقون كلمات لا معنى لها أو يتحدثون بأشياء لا تحمل أية معلومات للآخرين، فقد تجد طفلا مصابا بالتوحد يعد من (1-5) فجأة دون أن يطلب منه ذلك، ومن السلوكيات الملاحظة عليهم المصاداة الكلامية Echolalia ، ومن الفروقات التي تلاحظ بين التطور اللغوي لدى الأطفال الطبيعيين والأطفال المصابين بالتوحد هو تخلص الأطفال الطبيعيين من تكرار ما يتم سماعه في عمر مبكر جدا إلا أنها تستمر لدى العديد من المصابين بالتوحد حتى في سن البلوغ، كما يلاحظ أيضا أن الأطفال الطبيعيين يقومون بالتحدث بكلمات غير مفهومة والتي أطلقنا عليها إسم الرطانة والتي يتخلصون منها لاحقا إلا أن الأطفال المصابين بالتوحد يستمرون بها. (آل اسماعيل،2012،ص41)

ومن الخصائص العامة لدى الأطفال المصابين بالتوحد في الجانب التعبيري:

1-يعجز 50% من الأطفال المصابين بالتوحد عن التواصل اللفظي الوظيفي.

2-أن تمكن بعض الأطفال من التحدث فلا يجدون سهولة في التواصل اللفظي.

3-المصاداة الكلامية : Echolalia ويقصد بها تكرار ما يتم سماعه وتحدث لدى 85% من الأطفال المصابين بالتوحد.

4-الإستعمال اللغوي لديهم يعطي إنطباعا أنهم تعلموا ذلك عن ظهر قلب.

5-تكرار الأسئلة والمواضيع التي يتحدثون بها.

6-تعديل الصوت بشكل غير طبيعي.

7-عكس الضمائر.

8-ضعف التواصل غير اللفظي.

9-صعوبة التعبير عن العواطف.

10-ضعف المقدرة على الحوار المتبادل: ويشمل ذلك ضعف المقدرة على أخذ الدور أثناء الحوار والمحافظة على الموضوع أثناء الحديث.

ومن الخصائص التواصلية في الجانب الإستقبالي:

1-يبدوا الطفل وكأنه أصم.

2-الحاجة إلى المزيد من الوقت لفهم المدخلات اللفظية والإستجابة لها.

3-صعوبة الإستجابة إلى الإيماءات والمعلومات الإجتماعية وصعوبة تحليلها أيضا.

4-الفهم الحرفي لكل شيء، حيث يتم تفسير المجاز تفسيرا حرفيا. (آل اسماعيل،2012، ص42)

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل نظرة شمولية عن التواصل وتعمقنا أكثر في مجال التواصل غير اللفظي ومن خلال ما سبق نستنتج أن الطفل التوحدي به صعوبات في كل من اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية ويمثل هذا القصور في كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي والذي هو جوهر القصور في إضطراب طيف التوحد، كما يمتد هذا القصور ليشمل مهارات التواصل غير اللفظي والذي يتضمن التواصل البصري و الإنتباه المشترك والتقليد...الخ

الفصل الثالث:

إضطراب طيف التوحد

تمهيد

1-تعريف وإنتشار اضطراب طيف التوحد

2-عوامل وأعراض اضطراب طيف التوحد

3-خصائص الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد

4-التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد

5-الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر إضطراب طيف التوحد من أكثر الإضطرابات تعقيدا وصعوبة حيث يصعب تشخيصه بشكل دقيق نظرا لتشابه وإشتراك بعض أعراضه مع إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الإعاقة السمعية، الصرع وإضطرابات التواصل، و كون أسبابه متباينة باختلاف آراء العلماء والباحثين في هذا المجال عن العوامل المسببة لإضطراب طيف التوحد هل هي نفسية أسرية أو بيولوجية أو بيوكيميائية، إلى أنه يوجد العديد من الأساليب العلاجية التي إستخدمت للتخفيف من حدة هذا الإضطراب منها ما هو نفسي تحليلي، سلوكي، طبي، برامج علاجية التي تهدف إلى تنمية المهارات التواصلية بشقيها اللفظي وغير اللفظي وتعديل السلوك وغيرها التي قد يظهر أثرها من خلال التدريب المستمر والمكثف بمراحل متدرجة وصولا إلى تحقيق الهدف منها وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل.

1-تعريف اضطراب طيف التوحد:

تعريف جمعية التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية حيث عرفت التوحد بأنه" عبارة عن إعاقة في التطور متعلقا بالنمو عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن إضطراب التوحد وليسو على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد بل مختلفون فمنهم شديد التوحد ومنهم في حالة إضطراب توحد أقل شدة." (ركزة،2018،ص13)

تعريف منظمة الصحة العالمية:" أنه إضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الإجتماعي."

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (1994) على أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مشيرا بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الإجتماعي وهو عادة ما يظهر في سن قبل ثالث سنوات والذي يؤثر بدوره على أداء التعليم، وبعض حالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة .

أما تعريف الدليل الإحصائي الرابع (IV-DSM) فينص على:" أنه حالة من القصور المزمن في النمو الإرتقائي للطفل يتميز بإنحراف وتأخر نمو الوظائف الأساسية، نمو المهارات الإجتماعية واللغوية وتشمل الإنتباه، الإدراك الحسي، النمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثالث الأولى. (بلخير،2020،ص37). وقد عرف الدليل التشخيصي الخامس Guide American Diagnostic Manual of mental disorder إضطراب طيف التوحد بأنه: قصور نوعي

يظهر في مجالين نمائيين هما: التفاعل والتواصل الإجتماعي، وأنماط متكررة ومحدودة للسلوك، و الإهتمامات، والنشاطات التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سنة الثانية من العمر.

و تعرفه سهى أمين (2001) بأنه نوع من الإضطرابات الإرتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره و إلى مدى حياته، و تؤثر على جميع جوانب الفرد وعلى نموه الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الإضطرابات الإرتقائية على التواصل سواء كان اللفظي او غير اللفظي وأيضا على العلاقات الإجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال التوحديون، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والإستفادة ممن حوله سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يمر بها، وهذا النوع من الإضطرابات لا شفاء منه ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر والمستمر. (الشرقاوي،2018، ص72)

و يرى كل من Grela et al (2006) أن الأطفال التوحديين لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والإنشغال بالجزء أكثر من الكل والإهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية، كما أن لديهم جمودا في الروتين. (الشرقاوي،2018،ص68)

وعرفه السيد الرقاعي (1999) بأنه أحد مظاهر الإضطرابات الإرتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لإختلال هرمونية الإرتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على إستخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضا وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال إضطراب وظائف الإدراك والإنتباه ولتفكير والتخيل، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى. (الشرقاوي،2018،ص68)

ومن خلال الإشارة الى أهم التعاريف التي تناولت إضطراب طيف التوحد فقد تبنت الباحثتين تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (1994) حيث أشارت أن إضطراب طيف التوحد هو عدم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الإجتماعي يظهر قبل سن ثلاث سنوات من عمر الطفل حيث يؤثر على إكتساب الطفل للمهارات التعليمية ولأدائية، ويتسمون بتكرار آلي لمقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهرون مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.

2-نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

ذكر الدليل التشخيصي الخامس (Diagnostic American the Guide DSM-5, 2013 and Statistical Manual of Mental Disorders V) على أنه تم التبليغ عن حالات متكررة من إضطراب طيف التوحد في مختلف أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول بنسبة 1 % من مجموع السكان، وبتقديرات مشابهة في عينات من الأطفال والبالغين. ومن غير الواضح ما إذا كانت النسب المرتفعة تعكس توسعا في معايير التشخيص باستخدام DSM -IV بحيث تشمل حالات فرعية، وزيادة في الوعي، و فروقات في منهجيات الدراسات والبحوث، أو زيادة حقيقية في زيادة إنتشار إضطراب طيف التوحد. وهناك شبه إتفاق على أن نسبة الإنتشار تتراوح بين (4 :5) حالات لكل (10,000) حالة ولادة وتظهر لدى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (1 :4)، وكان يعتقد أن التوحد أكثر إنتشارً بين الطبقات الإجتماعيةً الراقية، ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة، وعدم وجود إرتباط يعود للعرق، أو السلالة، أو الوضع الإقتصادي. (الحميدان،2016،ص6)

وإتفق زيدان (2004) والهامي عبد العزيز(2001)، وعادل عبد الله (2001) وأخرون على أن إضطراب طيف التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل (500) فرد، كما ينتشر بين الذكور بنسبة أكبر عنه لدى الإناث. (الشرقاوي،2018، ص73) وعرف طيف التوحد نسبة إنتشار مرتفعة و تزايد مستمر حيث تشير الاحصائيات في الجزائر حسب ما أوردته وزارة التضامن الوطني وقضايا الأسرة في موقعها الرسمي إلى وجود اكثر من (400) الف حالة إصابة بإضطراب طيف التوحد عام (2016). (قيرود،2020، ص490). مع الإشارة انه لا يوجد الى حد الأن إحصائيات دقيقة إلى أن جوهر الفكرة أن إضطراب طيف التوحد في إنتشار واسع ومستمر في مختلف أنحاء العالم.

3-العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:

لا يوجد سبب واحد معروف للإصابة باضطراب طيف التوحد، وبالأخذ بعين الإعتبار تعقيد هذا الإضطراب، وتباين أعراضه وشدته، ولكن توجد عوامل واضحة ومتفق عليها حتى الآن يمكن أن يعزى إليها إضطراب طيف التوحد وفيما يلي مجموعة من هذه العوامل:

أ-العوامل النفسية و الأسرية:

يرى البعض ان أسباب الإصابة بالتوحد يرجع الى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة والى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الإضطراب، كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يتسمون بالبرود الإنفعالي والوسواسية والعزوف عن الآخرين والميل الى النمطية، و

نتيجة لهذا الجمود العاطفي والإنفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسري عامة يؤدي الى عدم تمتع الطفل بالإستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة. (الشرقاوي،2018،ص77)

ب-العوامل البيولوجية:

يعتقد لويس كامل مليكة (1998) أن عدم الإتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفاق في المناطق الشبنية والدهليز وجذع المخ والدماغ وينظر الى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تعتقد أن التوحديون يفشلون في تنمية التخصص النصف كروي وخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر، ورغم أنهم أقل قصورا في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الإستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية من الدماغ (القشرة الوسطى او الجوفية- و المخطط). (الشرقاوي،2018،ص80)

ويشير (Brill2001) أن الدراسات الأولية أشارت الى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم (13) هو المحدد الأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة الى الخلل في الكروموزوم رقم (7) والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث. (الشرقاوي،2018،ص81)

كما يشير دايكن و ماكلان (1993) الى أن تعرض الأم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة او إمان للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة كنقص الأوكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد، و بعد تطوير الرنين المغناطيسي ظهرت إختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديون عن الأطفال الطبيعيين فقد إكتشفت ضمور في بعض الفصوص المخية. (الشرقاوي،2018،ص81)

و من خلال ذلك نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي إهتمت لإضطراب التوحد وبعد ما جاء في العوامل النفسية حيث تؤكد النظرية البيولوجية أن سبب التوحد هو إضطراب غير طبيعي شديد في الدماغ نتيجة إنتقال الجينات من الأهل الى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو إنخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقا مع أعراض عصبية أو عقلية ومن خلال ذلك نستطيع القول أنه لا يوجد حتى الآن دراسات وافية في هذا المجال وأيضا لا يوجد سبب واحد معروف لحدوث هذا الإضطراب التوحدي.
(الشرقاوي،2018،ص82).

العوامل البيوكيميائية:

يشير لويس كامل مليكة (1998) الى أن معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطي أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأطفال الأسوياء وأنه في حوالي 30% من الأطفال التوحديون أكثر إرتباطا بإنخفاض مستوى الذكاء، كما يوجد نقص في سائل النخاع الشوكي وإزدياد في حمض الهموفونانيليك لدى الأطفال ذوي التوحد، كما يستخلص كل من (عثمان فراج 2003) و (عادل عبد الله 2004) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التي قد تلعب دورا ملحوظا في إضطراب التوحد هي:

1- التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ.

2- أحد صور التمثيل الغذائي مثل حالات pku، أو مرض السكري .

3- خلل أو قصور في الجهاز المناعي.

4- إصابة بكتيرية أو فيروسية، مثل إلتهاب الغدد النكافية، أو إلتهاب الكبد الوبائي، أو الإيدز، أو نقص المناعة المكتسبة، أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

1- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات.

6- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية، أو التسرب الإشعاعي، أو إستخدام النفايات النووية في الأسلحة الثقيلة.

7-التعرض للأمراض المعدية، و خاصة تعرض الأم الحامل لها، و اصابتها بها أو تعرض الطفل لها في بداية حياته او خلال عامه الأول. (الشرقاوي،2018، ص82)

4-أعراض اضطراب طيف التوحد:

تتشابه بعض أعراض اضطراب طيف التوحد مع بعض أعراض الإعاقات الأخرى الى أنه يتم تحديد الفروق بينهم من خلال التشخيص الفارقي ليسهل تشخيص الحالات بشكل دقيق وذلك ما سيم عرضه لاحقا.

يشير غابريال و هيل (Gabriels & Hil 2003)، الى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدي يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الإجتماعية وتحديدا في التفاعل الاجتماعي، ويرجع ذلك الى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدي حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو أنها غير موجودة أو أن بها عجز في ناحية ما، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعاني من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الإجتماعي وما نجده أيضا بوضوح في الطفل التوحدي هو السلوك التكراري، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في

كـل مـرة و يصـر علـى روتـين يـومي معـين وثابـت يواجـه تغييـر هـذا الـروتين بـالثورة والغضـب. (الشرقاوي،2018،ص85)

أبرز أعراض التوحد:

1- صعوبة في تكوين العلاقات الإجتماعية، وعدم قدرته على التواصل ولمشاركة في اللعب الجماعي مع أقرانه من الأطفال، ولا يشارك الآخرين في إهتماماته.

2- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين عن طريق الكلام أو التخاطب فالطفل التوحدي يعاني من عدم النضج في طريقة الكلام ومحدودية فهم الأفكار وإستعمال الكلمات دون ربط المعنى المعتاد بها وترديد العبارات والجمل التي يسمعها.

3- بطء المهارات التعليمية، حيث أثبتت الدراسات أن 20 % من الأفراد الذين يعانون من إضطراب طيف التوحد متأخرون في إكتساب القدرات العقلية واكتشف أن لديهم مهارات ومواهب معينة في مجالات الموسيقى والرياضيات ومهارات يدوية مثل تركيب أجزاء الصور المقطوعة بينما يظهر تخلف شديد في مجالات اخرى.

4- التمسك بروتين حياتي معين ومقاومة التغيير والإنشغال بلعبة واحدة لفترة طويلة دون الملل منها كفتح الباب وغلقه.

5- حركات متكررة للجسم تكون غير طبيعية كهز الرأس المستمر أو فرقعة اليدين أو ضرب الراس بالحائط. (الشرقاوي،2018، ص88)

- **أعراض التوحد في الطفولة المبكرة:**

1- القصور الحسي.

2- العزلة العاطفية أو البرود الإنفعالي.

3- الإندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر ونوبات ايذاء الذات.

4- القصور اللغوي والعجز عن التواصل.

5- التفكير الإجتراري المنكب على الذات.

6- قصور في السلوك التوافقي.

7- الأفعال القسرية والطقوس النمطية. (الشرقاوي،2018، ص89)

5-خصائص الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

1-ضعف التواصل الإجتماعي:

يعاني الأطفال التوحديين من عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بالطرق نفسها الطبيعية للتفاعل وعدم الإهتمام بالآخرين على الإطلاق، وضعف في التواصل البصري أو إنعدام الإلتقاء البصري والإكتفاء بالنظرة الجانبية، ولديهم رغبة في الإنعزال والوحدة، كما أنهم يعانون من صعوبة في فهم مشاعر الآخرين أو التعبير عن مشاعرهم، وبكعس معظم الأطفال فهم لا يحبون أن يحتضنهم أحد، كما أن لديهم مشكلة في الإرتباط مع الآخرين و إنشاء علاقات إجتماعية ويفضلون اللعب الإنفرادي، كما يعانون من ضعف في الآداء التعليمي نتيجة عدم الإستجابة لطرق التعلم الطبيعية، ومن الغريب أنهم لا يشعرون بالخوف من الأخطار وبعضهم لا يشعر بالألم كلمس شيء ساخن مثلا أو عض الرسغ (معصم اليد) بإستمرار عند كل نوبة غضب وهذا ما تم الإنتباه إليه في المركز النفسي البيداغوجي (2) خلال دراستنا الميدانية. (عيد،31،2016)

2-قصور في التواصل:

ذكر علي (2010) أن المشكلات الأساسية فَي التواصل تمثل العجز الأساسي فَي التوحد، فَي حيّن تمثل المشكلات السلوكيّة العناصر الثانوية لهذه الحالة. حّيث وضح أن مشكلات التواصل التي يعانَي منها الطفل من ذوي التوّحد قدٌ نتج عنها مجموعة من أنماط السلوك غير المقبولة، حيث لوحظ على الطفل التوحدي قصور شديد فَي إكتساب اللغة. و يمكن تجنب ذلك من خلال توفٌر البٌيئة المناسبة يتعلم فيٌها الطفل مهارات التواصل البصري، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، والإيماءات والتعبٌيرات الجسدية أو حدة الصوت فَي المستوى الطبيعي، وقد ذكرت كثير من الدراسات أن نسبة كبٌيرة من أطفال ذوي إضطراب التوحد لا يملكون القدرة على الكلام، وٌيعانون من عجز فَي تطوٌر مهارات التواصل لديهم، حيث يمكن تعويض هذا العجز بإستخدام أساليب التواصل غير اللفظَي كإيماءات الوجه أو المحاكاة. حيٌث يعرف الطفل من ذوي التوحد بالطفل الذي فقد الإتصال، ولوحظ على أطفال التوحد صعوبة شدٌيدة فَي إكتساب اللغة ونقص القدرة على التخيل وضعف الإهتمام ونقص فَي الإنتباه والإدراك التيً تساعده على تعلم اللغة، وٌيبدي الطفل عزوف عن التواصل بكل من حوله بما فيٌهم أسرته ويعتبر الأطفال التوحديين أطفال محدودي اللغة، حيث يصنف هؤلاء إلى ثلاث مجموعات تبعا لمستوى التواصل، وتشمل المجموعة الأولى الأطفال الذين يستخدمون الإيماءات والإشارات الأصوات، ويكون ذلك نتيجة ضعف الحصيلة اللغوية ونقص في المفردات وتتكون المجموعة الثانية من الأطفال ذي الكلمة الواحدة فقط للتعبير عن إحتياجاتهم، أما المجموعة الثالثة فتتكون من الأطفال القادرين على إنتاج عدد من الكلمات البسيطة جدا، وتتكون إلى حد كبير من الكلمات المبكرة التي يستخدمها الطفل في المراحل الأولى من التطور اللغوي لديهم وتظهر حاجة الأطفال من

محدودي اللغة إلى العمل على البنية الأساسيّة التي تسبق ظهور اللغة تكتسب، وتعرف بالمهارات غير لفظية وتكتسب هذه المهارات لدى الأطفال قبل المهارات اللفظية وتعتبر هذه المهارات ذات أهمية عالية والبنية الأولى في تعزيز اكتساب المهارات اللفظّة الأخرى. (عيد،2016،ص32)

3-السلوك النمطي و الطقوسي Stereotyped and ritualistic behavior:

السلوك النمطي والطقوسي من السلوكيات الملاحظة على العديد من الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد يكون عدوانيا إتجاه الآخرين أو ايذاء الذات، وفي الحقيقة فإن المشكلات السلوكية المرتبطة بالتوحد هي مشكلات رئيسية، وفي الكثير من حالات التوحد الشديد فإن المشكلات السلوكية تكون دائمة وتعيق بشدة الفرصة المتاحة للطفل للتعلم و لتفاعل الإجتماعي. (الزريقات،2004، ص39)

4-نوبات الغضب أو الهيجان Tantruns:

من الملامح المميزة للأطفال التوحديون هي الصراخ والبكاء كإستجابته للإنزعاج والإحباط، وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب الى سلوك عدواني نحو الآخرين، وهذه السلوكات تتداخل مع التفاعل الإجتماعي المناسب وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال. (الزريقات،2004، ص40)

5-سلوك ايذاء الذات Self-injurious behavior:

من خصائص الأطفال التوحديون الإنشغال بسلوكات مؤذية لأنفسهم، قد تشمل ضرب الرأس، عض اليد، حك الجلد، وغيرها ولا يظهر الأطفال التوحديون الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكات، و يثير سلوك ايذاء الذات الرعب لدى الآخرين ويؤدي الى صعوبات إجتماعية، ويعالج هذا السلوك من خلال اجراءات تعديل السلوك. (الزريقات،2004، ص40)

6-الإنتباه المشترك joint Attention:

يعود الإنتباه المشترك الى سلوك الإشتراك في النظر الى أين ينظر الشخص الآخر، أو يشير، أو ما هو مميز في سلوك الإنتباه المشترك هو أن الطفل لا يهتم بالأشياء، ولكنه يهتم بإتجاهات الشخص الآخر نحو الشيء وهذا يعد من الملامح النمائية الرئيسة والذي يعرض الطفل الى تعدد فرص التعلم، فعندما ينظر الطفل الى نفس الشيء الذي ينظر إليه الشخص الآخر، فالطفل لا يشارك فقط الشخص الآخر بالإهتمام ولكن أيضا يحصل على معلومات حول مشاعر الشخص الأخر. (الزريقات،2004، ص41)

7-عيوب معرفية Cognitive Deficits:

يظهر الأفراد التوحديين عيوبا في العمليات الإدراكية لذلك فهم يقومون بإستجابات شاذة للإثارة الحسية، وهذا يعود الى القدرات الوظيفية الإدراكية لهذه الفئة من الأفراد، حيث تقول نظرية التماسك المركزي بأن الأفراد التوحديين لديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية، حيث أن التوجيه الإدراكي لهم يكون بإتجاه أجزاء العنصر أكثر من االشكل الكلي. أما فيما يتعلق بالقدرات الوظيفية التنفيذية فيرى تورنر،(1999) بأن الأفراد التوحديون لديهم صعوبة في نقل الإنتباه من الملامح المؤلوفة للمثير وهذا يعود الى إستنتاج مفاده أن الأفراد التوحديون لديهم عيوب في القدرة على توليد إستجابات وأفكار جديدة، والتخطيط لتنفيذ الأفعال يدفعنا الى الإستنتاج ان السلوك العفوي محدد، وأن السلوك يمتاز بالتكرارية، كما وتشير الأدلة العلمية أن لديهم قصور في التخيل ومخزون سلوكي محدد، كما وتقول نظرية العقل (Theory of mind) أن الافراد التوحديين لديهم صعوبة في إدراك أن الأفراد الآخرين لديهم أفكار وآراء مختلفة عن تلك التي يمتلكها الفرد لنفسه. (الزريقات،2004، ص34)

و خلاصة القول في دراسة القدرات التنفيذية، أن وجود أو غياب القدرة على توليد إستجابات عفوية وجديدة لدى الأفراد التوحديون ربما يعطي توجها جديدا بإتجاه تشكيل ملف للأعراض والخصائص السلوكية المحددة للتوحد.

6-التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد:

و يقصد بالتشخيص الفارقي إستبعاد الإضطرابات الأخرى التي تتشابه مع التوحد في بعض الأعراض والمظاهر السلوكية وذلك للتأكد من دقة وصحة التشخيص.

التوحد و التخلف العقلي:

غالبا ما نجد أن الأطفال المصابين بالتخلف العقلي إجتماعيين ولا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد مثل العجز في تكوين العلاقات مع الاخرين، بينما نجد أن الأطفال التوحديين يفشلون في تكوين علاقات إجتماعية مع الاخرين ويميلون الى معاملة الاخرين كأهداف أو مصادر للإشباع المرضي حيث يشير عبد المجيد منصور وآخرون (2003) الى أهم الفروق بين التوحد والتخلف العقلي فيما يلي:

-الطفل المتخلف عقليا ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعي إجتماعي بينما الطفل التوحدي لا يوجد لديه تعلق بالآخرين حتى إذا كان مستوى ذكائه متوسط.

-للطفل التوحدي إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المتخلف عقليا بشكل كبير.

-للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المتخلف عقليا.

-الطفل المتخلف عقليا يتميز بنزعة التقرب الى الوالدين والكبار وغيرهم من الأطفال، وهي سمة غائبة عند الطفل التوحدي.

-الطفل المتخلف عقليا يستطيع بناء حصيلة لغوية ويظهر تطورا أو تقدما في نمو اللغة بينما الطفل التوحدي غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية حتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل.

-الطفل المتخلف عقليا لا يقاوم التغيير في عاداته اليومية سواء في الملابس أو اللعب أو الأكل أو شكل أثاث البيت وليس لديه نوبات غضب مثل طرق الرأس في الحائط أو عض اليد وايذاء الذات كما يحدث للطفل التوحدي.

-الطفل المتخلف عقليا لا يعاني من قصور في إستعمال الضمائر بينما الطفل التوحدي يخلط بين أنا وأنت وغيرها من الضمائر.

-الطفل المتخلف عقليا أسهل مرارا في التعامل معه في برامج التأهيل بينما الطفل التوحدي يحتاج الى جهود فائقة ومكثفة وصبر في التعامل معه.

-يتجنب الطفل التوحدي التواصل البصري بإلقاء العيون بين المحادثين وهي نادرا ما تحدث مع الطفل المتخلف عقليا

-قد يبدأ الطفل التوحدي فجأة بنوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلا بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا مع الطفل المتخلف عقليا.

-يفتقر الطفل التوحدي القدرة على اللعب مع أقرانه بعكس الطفل المتخلف عقليا الذي يشارك أقرانه في أشطتهم ويستمتع باللعب معهم.

-لا يفهم الطفل التوحدي المظاهر والإيماءات أو العاطفة كما أن لديه قصور وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس الطفل المتخلف عقليا. (الشرقاوي،2018، ص109)

التوحد و الإعاقة السمعية:

قد يتداخل الأمر على الأخصائيين الإكلينيكيين ويخلطون بين تشخيص الطفل التوحدي وغيره حيث يشير (Berke ,2003) الى أنه يتم اساءة التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهما حيث أن الطفل التوحدي قد يبدي بعض السمات التي يبديها الطفل المعاق سمعيا إذ نجده أحيانا وكأنه لا يستجيب لأصوات النداء ضنا منهم أنه لا يسمع ومن هنا فقد يم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه يعاني من إضطراب طيف التوحد نظرا لما قد يصدر عنه من سلوكيات، وقد إتفق كل من عبد الرحمن سليمان ومحمد الخطيب على توضيح أهم الفروق بين الأطفال التوحديون والأطفال المعاقين سمعيا على النحو التالي:

-معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.

-يميل الطفل التوحدي الى الإنسحاب الإجتماعي والإنزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالطفل المعاق سمعيا.

-يمكن للطفل التوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع المعاق سمعيا.

-يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمه والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض. (الشرقاوي،2018، ص112)

التوحد وفصام الطفولة:

كانت البداية في التعرف على إضطراب طيف التوحد هي إستخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في إضطراب الفصام، الإنسحاب او الشعور بالوحدة النفسية، ولذلك كان إفتراض حدوث خلط بين الإضطرابين وارد ولا بد من التفريق بين الإضطرابين على النحو التالي:

-الفصاميون قادرين على إستخدام الرموز في حين أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد لا يمكنهم ذلك.

-الطفل التوحدي لا يستطيع إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين ويرفضون الإستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الأطفال الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين بنسب منخفضة مع الإشارة أن علاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة.

-الأطفال الفصاميون يعانون من الهلاوس والأوهام وفقدان الترابط للكلام وهذه الأعراض لا يعاني منها أطفال التوحد.

-تبدأ أعراض التوحد في الظهور تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهر من عمر الطفل، بينما أعراض الفصام تظهر في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.

-وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الإصابة بإضطراب طيف التوحد تشير النتائج الى أن نسبة إصابة الذكور أعلى من الإناث في حين يتساوى الذكور والإناث في نسب الإصابة بالفصام. (شاكر،2010، ص68)

التوحد و إضطرابات التواصل:

يشير علاء كفافي (2001) الى أن إضطراب اللغة سواء كان في اللغة التعبيرية أو الإستقبالية أو التعبيرية المختلطة فإنه يكون هناك خلل في إستخدام اللغة، ولكنه يكون مصحوبا بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الإجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الإضطراب التوحدي، و أظهرت دراسة سميث بعض الفروق بين إضطراب طيف التوحد وإضطرابات التواصل على النحو التالي:

-العجز في إستخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدي بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

-يظهر الطفل التوحدي تعبيرات إنفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام.

-كلاهما يمكنهما إعادة الكلام الا أن الطفل التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس طفل المضطرب في التواصل. (خليفة،2010،ص182)

7-الأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد:

تختلف الآراء حول إمكانية تقديم العلاج للأطفال التوحديين حيث تحتاج هذه الفئة الى عناية خاصة ومتدربين على العمل معهم ورعايتهم ومشاركة الوالدين في سبيل تقديم البرامج العلاجية منها برنامج التبادل بالصور لتنمية التواصل غير اللفظي الذي تم تطبيقه في هذا البحث على افراد العينة، والعمل على نجاحها لو بنسبة بسيطة للتخفيف من حدة هذا الإضطراب، كما أنه من الأساليب العلاجية المتبعة في تخفيف من حدة آثار هذا الإضطراب منها ما هو قائم على الأسس النظرية السلوكية المعرفية ، وهناك أيضا تدخلات علاجية قائمة على إستخدام العقاقير والأدوية وغيرها.

1-العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج السلوكي المعرفي هو أحد أنواع العلاج النفسي، ويكون بشكل منظم ولفترة زمنية محددة، ويتم هذا النوع من العلاج من خلال عقد جلسات محددة سابقا، يقوم فيها المعالج بمساعة المصاب ليصبح أكثر وعيا للأفكار السلبية وغير الصحيحة، ومواجهة المواقف الصعبة بطريقة أكثر وضوحا، تجدر الإشارة ان العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج بسيط، حدسي، وواضح حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية تحديدا المعارف التي تؤثر بشكل سلبي وقوى في الوجدانيات والسلوكيات ومن ثم تسهم في الإبقاء على المشكلات النفسية. على الرغم من ان العلاج المعرفي السلوكي أصبح مألوفا ومعروفا الا أنه مازال هناك مفاهيم خاطئة وأخطاء معرفية تتعلق بهذا العلاج الذي يسلك طريقه بشكل صحيح في سبيل الهيمنة على علاج الإضطرابات النفسية نظرا لأن العلاج المعرفي السلوكي متطور ومتغير حيث تراكمية المعرفة التي يتعرض لها فمن الأهمية النظر اليه على أنه فرع من فروع العلم الناضجة وليس مجرد مجموعة من الأساليب العلاجية الخاصة ويعود السبب الى دمج النتائج التجريبية الجديدة عن الأمراض النفسية للإضطراب في نموذج عملي للعلاج المعرفي السلوكي الخاص بالإضطراب. (عيسى، 2012، ص8)

3-العلاج الطبي(الدوائي):

في الآونة الأخيرة قام العديد من الباحثين بأبحاث عديدة لمحاولة التوصل الى الأدوية التي قد تستطيع أن تخفف من وطأة هذا المرض، وقبل القاء الضوء على بعض هذه الأدوية لا بد من الاشارة أن تلك الوسائل العلاجية ما زالت تحت التجربة لأن نتائج بعض هذه الأبحاث متضاربة، ولكن الجدير بالذكر أن بعض هذه العلاجات قد حقق نجاحات في العديد من الدراسات التي أجريت على بعض من الأطفال التوحديين. (سالم،2008، ص98)

و يشير رشاد علي موسى (2000) الى أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهي:

الهالوبيريدول (Haloperidol): حيث يفيد في خفض النشاط الزائد والإنسحاب والحركات النمطية التكرارية.

الفينفلورمان (Fenphloaromane): يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب،كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية و الإجتماعية.

نالتركسون (Naltrexane): يساعد على خفض العدوان وسلوك ايذاء الذات.

كلوميبيرامين (Clominpryamina): يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والإضطراب الإنفعالي، ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال التوحديين. (الشرقاوي،2018،ص200)

و من الضروري الإشارة إلى عدم إستخدام هذه الأدوية إلا بموافقة الطبيب المختص والإلتزام بتعليمات إستخدامه، علما أنها ليست علاج تام أو ناجح لإضطراب طيف التوحد إنما تخفف من حدة الأعراض وتسهل عملية التعليم أو تحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو تهدئ من ثورات الغضب.

4-تدريب التوافق السمعي (العلاج الموسيقي):

بعض الأطفال التوحديين يتسمون بحساسية مفرطة لبعض ترددات الأصوات التي لا يتأثر بها الأطفال العاديون، ولهذا ينزعج الأطفال التوحديون من أصوات معينة التي لا ينزعج منها الأشخاص الطبيعيين، ويزيد هذا من عوارض المرض، ومن المعروف أن الإحساس في الإنسان يخضع الى التعدد بمعنى أن جرعات بسيطة من المثير في فترات زمنية متقاربة تؤدي الى انخفاض الشعور والحساسية لهذا المثير، ومن هنا نشأت فكرة تدريب التوافق السمعي كأحد العلاجات للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، حيث يتعرض الطفل التوحدي لموسيقى عن طريق سماعات توضع على الأذن ذات ترددات محددة، وتزداد شدة هذه الترددات تدريجيا (عشرون جلسة لمدة نصف ساعة لمدة 15-20 يوما) يمكن تكرارها بعد فترة، وبذلك يعود الطفل على ترددات الأصوات التي كانت تصيبه بالإزعاج من قبل وتقل أو تنعدم حساسيته لها، ولا يتشتت عند سماعها، وهذا من شأنه أن يزيد في إنتباه الطفل وبالتالي قدرته على التعلم، ويقلل من توتره و

من نوبات الغضب التي تنتابه ومن قيامه بالحركات التكرارية كمخرج له من التوتر، حيث أسفرت العديد من الأبحاث التي قامت في هذا الصدد بتحسن ملحوظ عند بعض الأطفال التوحديين بعد خضوعهم لهذا الأسلوب من العلاج. (سالم،2008،ص101)

5-التوافق الحسي:

و يتم عن طريق إستثارة جلد الطفل عن طريق الضغط مع إستثارة جهاز الإتزان عن طريق اللف أو الأرجحة حيث يؤدي هذا الى زيادة التوافق بين الجهاز الحسي الحركي مع ضبط الإستجابة للمثيرات الحسية وقد أدى هذا الى تحسن ملحوظ في بعض الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد عن طريق تحسين الإتزان الحركي. (سالم،2008،ص102)

6-العلاج باللعب:

دائما ما يخرج اللعب الطاقة السلبية والإنفعالات والصراعات التي عادة ما تكون داخل الطفل التوحدي وتعمل على توتره، ويؤكد (Taft ,Allen) على أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأنه يجد نفسه من خلال علاقته مع المعالج، حيث تعتبر فترة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل، فقد يدرك الطفل تدريجيا كيانه الشخصي المستقل، ويدرك ما لديه من قدرات خاصة به. (محمود امين،2000، ص108)

و يشير محمد الفوزان (2000) أن العاب الطفل التوحدي يجب أن تحتوي على مثيرات سمعية وبصرية وملموسة، ومثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدي لديه إضطرابات سلوكية، لذلك يعتبر اللعب أسلوب جيد لحل بعض المشكلات لدى الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد. (الشرقاوي،2018،ص205)

7-العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات:

و هي وسائل بديلة للعلاج منها الغذاء وخاصة جرعة كبيرة من فيتامين (ب6) والماغنسيوم، وعلاج حساسيات الطعام والعدوى الميكروبية وإختلال الجهاز المناعي، كما لوحظ أيضا أن 50 بالمئة من الآباء الذين أزالو اللبن والقمح والسكر من غذاء الأطفال شعرو أن أبنائهم قد إستفادو، حيث يعتقد أن هذه البروتينات قد تؤدي الى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحويلها الى أحماض أمينية، وهذه البروتينات هي الجلوتين (Glutin) مثل القمح والشعير والكازين (Casein) ويعني الحليب ومنتجاته حيث أنها لا تهضم بشكل جيد وتؤدي إلى تراكم مواد تسمى -بتايدز افيونية- لها تأثير على الدماغ و تؤثر بشكل فعال على سلوكيات الطفل التوحدي. (الفوزان،2000،ص206)

8-العلاج بإستخدام الحيوانات:

هو نوع بديل أو تكميلي من العلاج الذي يتضمن إستخدام الحيوانات في العلاج. يقع ضمن نطاق التدخل بمساعدة الحيوان، والذي يشمل أي تدخل يتضمن حيواناً في سياق علاجي مثل حيوانات الدعم العاطفي، وحيوانات الخدمة المدربة للمساعدة في الأنشطة اليومية، والنشاط بمساعدة الحيوانات يمكن

تصنيف العلاج بمساعدة الحيوان حسب نوع الحيوان والسكان المستهدفين وكيفية دمج الحيوان في الخطة العلاجية. أكثر أنواع العلاج بمساعدة الحيوانات شيوعًا هي العلاج بمساعدة الكلاب والعلاج بمساعدة الخيول. الهدف من العلاج بمساعدة الحيوانات هو تحسين الأداء الاجتماعي أو العاطفي أو المعرفي للمريض، وتشير المراجعات الأدبية إلى أن الحيوانات يمكن أن تكون مفيدة للفعالية التعليمية والتحفيزية للمشاركين وثقت الدراسات الآثار الإيجابية للعلاج كما ورد في مقاييس التقييم الذاتية وعلى المقاييس الفسيولوجية الموضوعية مثل ضغط الدم ومستويات الهرمونات. (كريجر،2010،ص33)

9-العلاج التعليمي:

1-طريقة البرنامج التعليمي الفردي Individual Educational Program(IEP):

وهو برنامج تعليمي خاص مبني على إفتراض أن لكل طفل توحدي إحتياجاته التعليمية الخاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صفحة بيانية خاصة (Profile) تحدد مشكلاته وإحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني، هذا لبروفيل يعد بناءا على قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات، يقوم بإجرائه اخصائيين نفسيين وتربويون ليكون أساس لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.(شاكر مجيد،2008،ص135).

2-طريقة تيتش (Teacch):

و هو إختصار (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children)

حيث أن كلمة (تيتش) تعني التعليم والعلاج للأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، وقد طور برنامج تيتش عام (1972م)، وقد كان أول برنامج تربوي متخصص لتعليم التوحديين، وأول برنامج معتمد من في الجمعية الأمريكية. (آل شرف،2012،ص126)

حيث تمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة والسلوك، بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل عن طريق هذا البرنامج، وطريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب إحتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين (2-7) أطفال مقابل معلمة واحدة ومساعدة لها، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل حيث يلبي إحتياجات هذا الطفل، ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر الى الطفل التوحدي كل على إنفراد و يقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية، العقلية، العضلية، اللغوية وذلك بإستعمال إختبارات مدروسة، ويدخل هذا البرنامج في عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل إهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين ويهيئ البرنامج الطفل للمستقبل ويدربه على الإعتماد على نفسه وايجاد وظيفة مهنية له ليحقق الإستقلال المادي. (شاكر ،2008،ص136)

3-طريقة فاست فورورد Fast forward :

و هي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، و تم تصميمه بناءا على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة (Paoula Talla) على مدى ثلاثين سنة حيث بينت أن الاطفال الذين إستخدمو البرنامج قد إكتسبو ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، حيث تقوم فكرة البرنامج بوضع سماعات على اذني الطفل بينما يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه الألعاب، حيث يركز البرنامج على جانب واحد وهو الجانب اللغوي والإستماع والإنتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية، ولم تجرى حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين. (مجيد،2008،ص137)

4-برنامج التواصل باستبدال الصور بكس:

هو برنامج تدريبي يهدف الى تنمية مهارات التواصل عن طريقة إستبدال الصور لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، ولقد تم تطويره في الولايات المتحدة الأمريكية على يد اخصائي النطق بوندي وزوجته فروست عام (1994) ولقد بنيت هذه الطريقة أساسا على ملاحظتهما بان 80 %من فئة أطفال ما قبل المدرسة ليست لديهم القدرة على التواصل الوظيفي، وفي عام (1997) بدأ إستخدام هذه الطريقة في المملكة المتحدة كأسلوب لعلاج الاطفال الذين يعانون من مشاكل في التواصل وكان ذلك على يد (Baker Sue) وتهدف طريقة بيكس الى مساعدة الطفل على إكتساب مهارة التواصل خصوصا إبداء التواصل مع الأخرين والقدرة على التعبير عن إحتياجاتهم الخاصة وفهم ما يدور حولهم بشكل أفضل كان لابد ان يعمل على إستخدام جمل بسيطة بعيدة عن التركيبات اللغوية المركبة أو المعقدة حتى يمكن أن تؤدي الى تحسين فهمهم لمعاني الكلمات وزيادة مفرداتهم اللغوية. (رجب عبده،2007،ص111)

وبناء على ما سبق فان الهدف العام للبرنامج هو تقديم برنامج تدريبي بإستخدام تبادل الصور لتنمية مهارات التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، ويستند نظام بكس الى المبادئ التالية:

1- إستخدام المساعدة بدرجتها المختلفة وتقليلها تدريجيا الى وقت الوصول الى الإستقلالية.

2- تحديد المعززات شديدة التأثير على الطفل.

3- الإستناد الى المبادئ العامه التى يجب ان تستند اليها تدريب التواصل الفعال وهي: إستخدام المعززات الفعاله والمؤثرة فى الطفل اكثر من استخدام المعززات الأقل تأثيرا.

4- أن يبدأ التدريب بمهارة الطلب وليس التسمية.

5-أن يتجنب تنميه الإعتمادية لدى الطفل من خلال وسائل المساعدة.

6-أن يبدأ التدريب بتعليم الطفل التواصل التلقائى. (حسن،2016،ص41)

حيث يتم تطبيق البرنامج من خلال ستة مراحل ولكن يتوجب من المعالج قبل البدء في تنفيذ هذه المراحل أن يقوم بمشاهدة وملاحظة الطفل لفترة من الزمن ويقوم بسؤال الأهل ليتسنى له معرفة رغبات الطفل وإحتياجاته ويسمى هذا بتقييم المعزز الأمر الذي لم يتسنى للباحثتين الحصول عليه لذا تم إقتراح معززات من إعداد الباحثتين.

5-تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis (ABA:

هو نظام يعمل على دراسة تعديل السلوك الذي تمت ملاحظته من خلال معالجة البيئة المحيطة بالطفل وهو إجراء يتم إستخدامه لتحسين سلوك ما، وذلك بتطبيق مبادئ تجريبية، ثم يتم عمل تقييم للسلوك لملاحظة إن طرأ أي تغيير عليه، واذا كان كذلك، فأي إجراء من تلك الإجراءات هو سبب هذا التغيير، ويركز على إيجاد حلول للمشكلات المهمة إجتماعيا وذلك من خلال ممارسة إجراءات ومبادئ تحليل السلوك. (ممدوح،2020،ص798)

خلاصة الفصل:

على الرغم من بعض الدراسات والبحوث التي جاءت من قبل العلماء والباحثين والمختصين بهذا المجال الى أنه لم يتوصل بعد الى صورة واضحة عن هذا الإضطراب وأسباب حدوثه رغم النظريات المفسرة للعوامل المسببة لهذا الإضطراب الى أنها لم تجد من يبررها لأن تكون أسباب مباشرة للإصابة باضطراب طيف التوحد ومن خلال ذلك نستطيع القول أنه لا يوجد حتى الأن دراسات وافية في هذا المجال وأيضا لا يوجد سبب واحد معروف لحدوث هذا الإضطراب التوحدي.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

اجراءات الدراسة الميدانية

- تمهيد
- منهج الدراسة
- حدود الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- الأساليب الإحصائية
- اجراءات التطبيق
- خلاصة الفصل

تمهيد:

في هذا الفصل سنقوم بعرض الخطوات المنهجية التي اتبعناها في إجراءاتنا التطبيقية، حيث يشتمل هذا الفصل على عينة الدراسة التي قمنا بتطبيق برنامج بكس عليها والمنهج المتبع إضافة الى حدود الدراسة والأدوات وشرح مفصل فيما يخص إجراءات التطبيق.

1-منهج الدراسة:

يقصد بالمنهج الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة موضوع ما ويعرف انه أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها بالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة. (المحمودي، 2019، ص35)

وبما أن المنهج يتحدد تبعا لمشكلة البحث، وهدف بحثنا هو معرفة فاعلية برنامج التبادل بالصور بكس على مجموعة من الأطفال المصابين بطيف التوحد، فقد إعتمدنا على المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة كونه يلائم طبيعة بحثنا حيث يفضل هذا النوع من البحوث على موضوعات إجتماعية وإنسانية، فنحن نستطيع أن نطبق المفهوم الكامل للتجربة (الدقة- التحديد- العزل- الضبط- التحكم) على المواد والسوائل والجماد في الطبيعة، بينما لا يمكن تحقيق كل هذه العناصر على الإنسان أي في ميدان العلوم الإنسانية والإجتماعية وفي مهنة الخدمة الإجتماعية فإنما نطلق عليها البحوث شبه تجريبية (semi experimental research). (ابو النصر،2017،ص121)

حيث قمنا بتصميم مجموعة تجريبية واحدة وقمنا بقياس قبلي لمهارات التواصل غير اللفظي ومن ثم تطبيق برنامج بكس لفترة معينة بعد ذلك تطبيق القياس البعدي لمعرفة التغيرات التي طرأت على عينة الدراسة.

2-حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة فيما يلي:

1-الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة في المركز النفسي البيداغوجي (2) بمدينة الأغواط، يضم هذا المركز (الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد و متلازمة داون)، ويعمل به مختصين أرطفونيين ومختصين نفسانيين ومربيين، ويوفر فضلا عن الأقسام الدراسية بيئة ترفيهية ومكان تتواجد فيه بعض الحيوانات (الدجاج، البط، الماشية).

2-الحدود الزمنية: تم الحصول على موافقة المركز على زيارتنا، والبدء بجمع المعلومات وتطبيق البرنامج في مدة زمنية من (2022/02/20) الى (2022/03/30) بواقع أربع جلسات في اليوم مدة الجلسة نصف ساعة لكل حالة.

3-أدوات الدراسة:

1-المقابلة:

هي علاقة لفظية حيث يتقابل فيها شخصان، فينقل الواحد منهما معلومات خاصة للآخر حول موضوع أو موضوعات معينة، فهي نقاش موجه وهو إجراء اتصالي يستعمل سيرورة إتصالية لفظية للحصول على معلومات على علاقة بأهداف محددة. (ديبون،ص69، 2011)

اذ قمنا بإجراء مقابلة مع المختصة الأرطفونية والمختصة النفسية العاملتين بالمركز النفسي البيداغوجي، للحصول على معلومات حول العينة، إحتوت محورين تتضمن أسئلة حول الطفل فيما يخص معلوماته وتاريخ إلتحاقه والسلوك العام، والمحور الثاني يتضمن اسئلة حول الضروف الاجتماعية والاقتصادية والأسرية للحالة، وتم معالجتها معالجة كيفية وإستثمارها في تحديد العينة وتشكيل الفرضيات. (انظر الملحق رقم 02)

2-مقياس التواصل غير اللفظي:

تم الإعتماد في هذه الدراسة على مقياس "حسام محمد احمد علي" معلم تربية خاصة بمدرسة التربية الفكرية بأسيوط بمصر، قام بإعداده سنة (2014)، وذلك لقياس مهارات التواصل، من أجل تطبيقه على عينة من الأطفال المصابين بالتوحد ودراسته معنونة ب:" فاعلية برنامج معرفي الكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى أطفال التوحد"، والمقياس يحتوي على محورين، المحور الأول يقيس مهارات التواصل غير اللفظي ويحتوي على (28) فقرة أما المحور الثاني يقيس مهارات التواصل اللفظية ويحتوي على (38) فقرة ليكون العدد الإجمالي لفقرات المقياس (66) فقرة، يتم تصحيحها بإعطاء ثلاث درجات في حالة اختيار(نعم يفعل)، درجتين في حالة اختيار الإجابة (يفعل إلى حد ما)، إعطاء درجة واحدة في حالة اختيار (لا يفعل)، حيث يقوم الفاحص بوضع إشارة (X) أمام الإستجابة المناسبة لحالة الطفل على النحو التالي:

_ لا تنطبق أبدا (لا يفعل): تعني أن السمة أو السلوك الخاص بالفقرة لا تظهر على الطفل نهائيا.

_تنطبق أحيانا(يفعل إلى حد ما) تعني أن السمة أو السلوك الخاص بالفقرة يظهر من فترة إلى أخرى.

_تنطبق دائما (نعم يفعل) تعني أن السمة أو السلوك الخاص بالفقرة يظهر في معظم الوقت بشكل دائم. (علي، 2014، ص136)

ملاحظـة: تجمـع الـدرجات علـى المقيـاس ككـل وتقـارن بجـدول نتيجـة التقيـيم المرفـق بالمقيـاس، وقـد قمنـا فـي دراستنا بإعتماد الشق الأول من المقياس وهو مقياس التواصل غير لفظي وتطبيقه على عينة الدراسة.

3-برنامج التبادل بالصور بكس:

يعتبر برنامج بكس التدريبي طريقة تواصل بديلة مناسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد وذوي الإحتياجات الخاصة، والذين يفتقرون الى مهارات التواصل حيث يطبق حاليا على كافة الأعمار، الهدف منه تنمية مهارات التواصل عن طريق استبدال الصورة بالشيء المرغوب فيه للتعبير عن الحاجات الأساسية والتواصل مع الآخرين، وهو أهم وسيلة كبداية تعليم للمهارات التواصلية الغرض منها جعل الطفل يشير الى ما يريده عن طريقة لمس صورة الشيء، وبهذه الطريقة يبدأ الطفل بتكوين فكرة ان هناك رموزا للأشياء وأن الكلمة هي رمز ولكن يكون أكثر صعوبة في التذكر والربط مع الشيء المادي المماثل لديهم، كما أن تقديم الصور ذو أهمية بالغة للأطفال التوحديين لأنها تمكنهم من الحصول على ما يريدونه بسرعة ودون التعرض لنوبات الغضب حيث يتم تدريب الطفل على إنتقاء وتبديل الصور للشيء المرغوب فيه أو النشاط وبالتكرار يتعلم الطفل ربط الكلمة بالصورة، وهذه الصورة تمثل إهتمامات الطفل المفضلة لذا يحتاجون إلى تعلم الربط بين السبب – النتيجة لكى يتعلموا أن هناك رابطة وعلاقة هامة بين الصورة والشيء المقابل، وأن أفضل طريقة للتعليم بهذه الطريقة هى البدء بطعام يحبه الأطفال ويذكر المدرب إسم هذا الشيء ويعطيه له، والسبب الرئيسى أو الأساسى وراء إستخدام نظام التواصل من خلال الصور هو أن العديد من الأطفال التوحديين يستجيبون بشكل أفضل للمثيرات البصرية، مثل الصور أو الكلمات المرسومة عن المثيرات السمعية ومن خلال الصور يستطيع الطفل الإشارة إلى متطلباته وحاجاته، كما أن توجيه الأطفال التوحديين بمعلومات مصورة يكون أكثر سهولة من التوجيه بالمعلومات اللفظية المسموعة، ولذا يمثل هذا النظام أحد المداخل الفعالة لتطوير سلوكيات التواصل ويتطلب هذا المدخل من الطفل إنتقاء الصورة المطلوبة من لوحة التواصل، ولقد أصبح إستخدام نظام التواصل باستبدال الصور معروفا بشكل واسع مع الأطفال الذين يعانون من إضطراب طيف التوحد، ويستخدم كنظام معزز للتدريب على مهارات التواصل الوظيفى ومن المحتمل أن يكون جسرا لإكتساب الحديث. (كشك،2007،ص110)

أي أنه من المحتمل أن يكتسب الطفل التوحدي كلمات التي تدرب عليها كما حصل مع الباحثين بعد تدريب أطفال عينة الدراسة فقد تمكنت الحالة (أ) من التلفظ بكلمة عصير (Jus) وبمجرد رؤية صورة العصير او سؤاله ماذا ترى في الصورة ؟

حيث يتكون البرنامج من ستة مراحل كالتالي:

المرحلة الأولى: التواصل عن طريق المساعدة الجسدية او التبادل الجسدي (The physical Exchange)

الهدف النهائي لهذه المرحلة: التدريب على أخذ الصورة من على الطاولة ووضع الصورة في يد المدرب للحصول على المعزز .

طريقة التطبيق: يتم في هذه المرحلة وضع صورة الشيء المفضل بالنسبة للطفل، وأن يكون الطفل قادرا على التقاط صورة هذا الشيء والتوجه به إلى المدرب ووضع الصورة فى يد المدرب بمساعدة المدرب الذي يكون خلف الطفل و يلقنه جسديا، و بالمقابل المدرب الآخر الذي يكون أمام الطفل لإلتقاط الصورة من الطفل، ثم يقوم بإعطائه المعزز، (يبدأ الملقن بإخفاء التلقين و المساعدة تدريجيا، كما يقوم المدربين بتبادل الأدوار). (عاطف،ب.س،ص10)

المرحلة الثانية: توسيع المستوى الانتقال التلقائي (الطلب بتلقائية Expanding Spontaneity)

الهدف النهائي من هذه المرحلة: أن يذهب الطفل الى ملف التواصل و ينتزع صورة المعزز الذي يريده و يتوجه نحو المدرب و يضع الصورة في يده ثم يحصل على الشيء.

طريقة التطبيق: صنع ملف التواصل ووضع الصورة التي تدرب عليها الطفل على وجه الملف مع عرض الشيء المحبب للطفل وعلى الطفل أن ينتزع الصورة من الملف ويعطيها للمدرب حتى يحصل على الشيء من خلال زيادة المسافة بين المدرب والطفل وبين الملف والطفل. (عاطف،ب.س،ص12)

المرحلة الثالثة: تمييز الصور (Picture Discrimmination)

الهدف من هذه المرحلة: أن يطلب الطفل ما يحبه من خلال التوجه الى ملف التواصل وإختيار صورة الشيء الذي يريده من بين صورتين و يتوجه بها الى المدرب ويعطيه الصورة ليتحصل على المعزز.

طريقة التطبيق: وضع صورتين على وجه الملف، واحدة لشيء محبب للطفل والاخرى شيء غير محبب، حيث يختار الطفل الشيء الذي يريده، يقوم المدرب بإعطائه الشيء و تشجيعه، وفي حال إختيار الطفل للشيء الذي لا يحبه فإن المدرب يقول بإعطائه المطلوب دون تشجيع و بدون أن يقول له خطأ، مع اعطاء فرص للتكرار والمحاولة حتى يتعلم الطفل إختيار صورة من بين صورتين ثم تضاف صورة ثالثة حتى يصل الى الإختيار من بين عدة صور. (عاطف،ب.س،13)

المرحلة الرابعة: مرحلة بناء الجملة (Sentence structure)

الهدف من هذه المرحلة: أن يقوم الطفل بطلب أشياء موجودة و غير موجودة أمامه من خلال استخدام جمل مكونة من كلمتين (أريد+ صورة الشيء)

طريقة التطبيق: يضاف الى ملف الصور شريط الجمل حيث يبقي المدرب رمز (أريد) على شريط الجمل لاستخدامها مع باقي الصور، و يضع الصور التي تدرب عليها الطفل على وجه الملف، و يطلب من الطفل أن يضع صورة الشيء الذي يريده على الشريط و ينتزعه من ملف التواصل و يعطيه للمدرب ليحصل على المعزز و في حال وجود صعوبة يتم استخدام التلقين الجسدي، و يتعلم الطفل في هذه المرحلة استخدام كلمة (أريد) واستخدام بعض الصفات كاللون و الحجم. (عاطف،ب.س،ص18)

المرحلة الخامسة: الإستجابة للطلب

الهدف من هذه المرحلة: ان يقوم الطفل بطلب أشياء متعددة تلقائيا و ان يتمكن من اجابة سؤال: ماذا تريد؟

طريقة التطبيق: يعرض على الطفل الصور التي تدرب عليها و المحببة له و يسأله ماذا تريد؟ حيث يشير المدرب الى رمز (أريد) لمساعدة الطفل، ينتظر المدرب الطفل حتى يستجيب و يضع صورة أريد و صورة الشيء الذي يريده على شريط الجمل ثم يعطيه للمدرب ليحصل على المعزز. (عاطف،ب.س،ص20)

المرحلة السادسة: التعليق التلقائي (Responding and Spontaneous) (لم يتم إستئنافها وتطبيقها)

الهدف من هذه المرحلة: أن يجيب الطفل عل سؤال ماذا تريد؟ ماذا ترى؟ ماذا تسمع؟ ما هذا؟ ويطلب ويعلق تلقائياً على أحداث يراها.

طريقة التطبيق: في هذه المرحلة يكون الطفل قد تعلم على إستعمال الجملة للمبادرة في الطلب والإجابة على أسئلة الطلب التي نسألها له حيث يتم تدريبه على التمييز بين صور ورموز (أنا أريد) (أنا أسمع) – (ماذا ترى؟) والتعليق يكون على أحداث بيئية، مثل (:سماع صوت سيارة، قطة، كلب، أو رؤية أشياء معينة ،مع استخدام المساعدة المتأخرة لتدريب الطفل على الاستجابة لكل سؤال جديد و منح فرصة أو محاولة في اليوم الواحد للطفل على الطلب والتعليق على أشياء يراها او يسمعها.(عاطف،ب.س،ص21)

6-عينة الدراسة:

العينة هي الجزء المصغر من مجتمع البحث اذ أنها تماثله وتحمل الصفات ذاتها التي يتضمنها موضوع البحث أو مجموعة البحث حسب بعض المراجع، ويمثل الجدول رقم (1) خصائص عينة الدراسة.

حيث تكونت عينة الدراسة من أربع حالات (2) ذكور و (2) إناث، تراوحت اعمارهم ما بين (7-10) سنوات، التي تم انتقائها بطريقة قصدية، وتتميز عينة الدراسة بجموعة من الخصائص تتمثل في:

- أن يكون أفراد العينة غير ناطقين أي لا يستعملون اللغة اللفظية
- أعمارهم تتراوح بين (7-10) سنوات

جدول رقم1: يمثل خصائص عينة الدراسة

الحالات	الجنس	السن	سنة الإلتحاق بالمركز	درجة طيف التوحد
الحالة1: (أ)	ذكر	(9) سنوات	(2021)	متوسطة
الحالة2: (أ.ج)	انثى	(9) سنوات	(2016)	شديدة
الحالة3: (م)	انثى	(10) سنوات	(2021)	متوسطة
الحالة4: (إ)	ذكر	(7) سنوات	(2021)	شديدة

نلاحظ أن الجدول رقم (1) يمثل خصائص عينة الدراسة حيث تكونت من (2) ذكور، و(2) اناث، تراوحت أعمارهم بين (7-10)، حيث نلاحظ ان الحالات التحقت بالمركز النفسي البيداغوجي (2)، بإستثناء الحالة الثانية (أ.ج) الذي إلتحق بالمركز منذ ثلاثة سنوات، ودرجة طيف التوحد لكل حالة.

الأساليب الإحصائية: تم إتباع الإحصاء الوصفي وإستخدام المتوسط الحسابي وحساب الفرق للتوصل إلى نتائج الفرضيات.

إجراءات التطبيق:

تم الحصول على ورقة الترخيص بالزيارة من إدارة الجامعة ثم التوجه الى المركز النفسي البيداغوجي(2) بمدينة الأغواط، حيث تمت الموافقة على إجراء الدراسة الميدانية هناك، وقمنا بإختيار أفراد الدراسة عشوائيا وجمع المعلومات حولها من خلال إستمارة جمع المعلومات (انظر الملحق2)، وتم المباشرة بالعمل مع مجموعة الدراسة المتمثلين في إثنين من الذكور وإثنين من الإناث، تم تطبيق نظام التبادل بالصور بكس خلال مدة شهر ونصف تقريبا، وتطبيق القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي (انظر الملحق3).

وقد واجهنا بعض الصعوبات المتمثلة في عدم توفر قاعة خاصة للعمل مع كل حالة بشكل فردي مما زاد من صعوبة العمل نظرا للتشويش والفوضى من قبل باقي الأطفال والإنجذاب للمعززات ومحاولة الحصول عليها، لذا تم اللجوء الى العمل خارج القسم والعمل في الممرات مع نقل أدوات العمل(الطاولة– الكرسي)، ونظرا لتغير المكان المعتاد بالنسبة للحالة فإنه ينجذب ويتشتت وينشغل بإكتشاف المكان والتحديق به لمدة و مغادرة الكرسي، وغياب الحالات في الأحوال الجوية المطرية وغيرها، وصعوبة تنقلها.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

I: عرض وتحليل نتائج حالات الدراسة

1- عرض وتحليل نتائج الحالة (أ)

2- عرض وتحليل نتائج الحالة (أ.ج)

3- عرض وتحليل نتائج الحالة (م)

4- عرض وتحليل الحالة (إ)

II: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات

1-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة

2-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

3-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

تمهيد:

في هذا الفصل سنقوم بعرض نتائج الحالات وتحليلها كميا وكيفيا ثم مقارنة نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي لمعرفة مدى فاعلية برنامج تبادل الصور "PECS" وذلك من أجل التحقق من فرضيات الدراسة وأهدافها، وفي الأخير سيم عرض نتائج الفرضيات ونتائجها

I: عرض وتحليل نتائج حالات الدرسة:

قمنا بجمع المعلومات حول الحالات من خلال المقابلة مع المختصة الأرطفونية والمختصة النفسية، وذلك من خلال إستمارة جمع المعلومات حول العينة.(انظر الملحق رقم2)

1-عرض وتحليل نتائج الحالة (أ): يبلغ من العمر(9) سنوات، يعاني من سلوكات إنفعالية مثل فرط الحركة وعدم الإنصياع للأوامر، حالته الإجتماعية مستقرة أي أنه يعيش في أسرة نووية، الظروف الإقتصادية متوسطة، إلا أن الظروف الأسرية عنيفة نوعا ما لأنه يعاقب بسبب فرط حركته في البيت، المستوى التعليمي للأب جامعي أما بالنسبة للأم أنهت دراستها في المرحلة المتوسطة، يبلغ عدد إخوته أربعة، وهو في الرتبة الثالثة من بين إخوته، إلتحق بالمركز بتاريخ (22-02-2021)، حيث تم إدراجه في قسم الملاحظة، إضافة الى الكفالة الأرطفونية خارج المركز من خلال حصص مسائية عند مختصة أرطفونية لمدة أربعة أشهر، درجة التوحد متوسطة من خلال ما أدلت به المختصة الأرطفونية المشرفة عليه، حيث تم العمل مع الحالة ومن خلال تطبيق برنامج بكس لاحظنا أن الحالة لديها فهم للتعليمات وللصور والمعززات لكنه كان في كثير من الأحيان يعاند ويصرخ رغم فهمه الجيد لما يطلب منه.

من خلال تطبيق مقياس التواصل غير اللفظي قبل وبعد تطبيق برنامج "PECS" وذلك بمساعدة الأخصائية الأرطفونية توصلنا إلى ما يلي :

جدول رقم(2): يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارات التواصل غير اللفظي للحالة (أ)

القياس القبلي	الملاحظة	القياس البعدي	الملاحظة
62	إضطراب بسيط	65	إضطراب بسيط

التحليل الكمي لنتائج الجدول:

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة الأولى سجلت (62) درجة في القياس القبلي وهي نسبة مرتفعة حسب جدول التقييم المرفق بالقياس غير اللفظي حيث تفسر الدرجة على أنه إضطراب بسيط كما نلاحظ أنها سجلت في القياس البعدي درجة(65) حيث تقدمت الحالة بدرجتين، إلا أنها بقيت محافظة على نفس التقدير المتوسط.

التحليل الكيفي لنتائج الجدول:

من خلال التحليل الكمي لجدول القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي نستنتج أن الحالة (أ) سجل تطورا حسنا في التواصل غير اللفظي، حيث أنه يستجيب للتعليمات ولديه تواصل بصري وفهم جيد للمتكلم وإستجابة للأوامر وعند سماع إسمه، لكنه يعاند في بعض الأحيان، يقوم بربط المعزز بالصورة الممثلة له وربط العلاقة بين الصورة والمعزز، يحدق بالصورة مليا ويمسك اللعبة ويلعب بها بنفس النمط بدون أي إبداع، إضافة أنه يشير إلى صوت الصورة الذي يسمعه من بين الصور، ينظر إلى حيوانات مألوفة عند سماع الأصوات التي تصدرها مثل (مواء القطة مياو، نباح الكلب، ثغاء الخروف)، لكنه لا يدرك مفهوم الإختيار حيث أنه إذا طلب منه إختيار الصورة التي يريد الحصول عليها فإنه يقوم بإختيار صورتين أو اكثر في نفس الوقت ولا يميز بين الألوان، ومن خلال ذلك تتضح فاعلية طريقة "بكس" في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي في القياس البعدي للحالة (أ) مقارنة بالقياس القبلي.

2-عرض وتحليل نتائج الحالة(أ.ج): يبلغ من العمر (9) سنوات، يعاني من سلوكات إنفعالية تتمثل في عض اليد عند الغضب بشدة بدون الإحساس بالألم، حالته الإجتماعية مستقرة، يعيش في ضروف إقتصادية لابأس بها وفي أسرة نووية، كلا الوالدين يعملان، عدد إخوته ثلاثة، وهو في الرتبة الثانية من بين إخوته، إلتحق بالمركز منذ خمسة سنوات، لا يخضع للكفالة الأرطفونية خارج المركز، ومن خلال العمل معه في البداية كان لا يستجيب مطلقا لما يطلب منه، كما أن لديه خمول، لكن مع مرور الوقت أصبح أخيرا يهتم بالمعززات ويمسك اللعبة لأول مره و يلعب بها، ويستجيب للتعليمات مع نوبات غضب مفاجئة تتمثل في عض اليد او الضحك بدون سبب وأحيانا ما يقوم بإحتضان إحدى الباحثتين، ويبتسم و يأتي إلينا مجرد دخولنا إلى قسمه، درجة التوحد لديه شديدة من خلال ما أدلت به المختصة الأرطفونية المشرفة عليه.

من خلال تطبيق مقياس التواصل غير اللفظي قبل وبعد تطبيق برنامج "PECS" وذلك بمساعدة الأخصائية الأرطفونية توصلنا إلى ما يلي :

جدول رقم(3): يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي للحالة (أ.ج)

القياس القبلي	الملاحظة	القياس البعدي	الملاحظة
60	**إضطراب بسيط**	**67**	**إضطراب بسيط**

التحليل الكمي لنتائج للجدول:

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة (أ.ج) سجل درجة (60) في القياس القبلي وهي نسبة مرتفعة حسب جدول التقييم المرفق بالقياس غير اللفظي حيث تفسر الدرجة على أنه إضطراب بسيط كما نلاحظ تقدمه الملحوظ والحسن بستة درجات في القياس البعدي حيث سجلت درجة (67) إلا أنه بقي محافظا على نفس التقدير المتوسط.

التحليل الكيفي لنتائج للجدول:

من خلال التحليل الكمي لجدول القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير لفظي نستنتج أن الحالة (أ.ج) سجل تطورا حسنا في التواصل غير الفظي، على رغم أنه في الحصص الأولى كان لا يسجيب بتاتا لأي تعليمات أو حتى الى الصور أو الألعاب الملموسة سواءا بالنظر إليها أو بإمساكها كما أنه يعاني من خمول شديد ونوبات غضب تتمثل في البكاء وعض اليد، لكنه لاحقا أصبح يستجيب للتعليمات ولديه تواصل بصري وفهم لا بأس به لما يطلب منه، يقوم بربط المعزز بالصورة الممثلة له وربط العلاقة بين الصورة والمعزز مثل لعق صورة الشكلاطة، يستطيع إختيار صورة واحدة من بين الصور، ومن خلال ذلك تتضح فاعلية طريقة "بكس" في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي في القياس البعدي للحالة (أ.ج) مقارنة بالقياس القبلي .

3-عرض وتحليل نتائج الحالة (م):

تبلغ الحالة (10) سنوات، تم تشخيصها من قبل طبيبة المركز بأنها تعاني من إضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة، تاريخ إلتحاقها بالمركز كان يوم 2021/02/23، وهي في المرتبة الثانية من بين إخوتها، تعاني من مشكل الوصول وهذا ما تسبب في عدة غيابات أثناء تطبيقنا لبرنامج " PECS"، بالنسبة للظروف الإقتصادية للحالة فهي متوسطة، المستوى التعليمي للوالدين متوسط، لاحظنا إنعدام النظافة الشخصية وذلك راجع لعدم إكتسابها للإستقلالية أما فيما يخص السلوك العام فهي تتسم بالإندفاعية، تقوم بحركات نمطية إعتيادية ولديها تواصل بصري، أما الجانب اللغوي فإن اللغة التعبيرية

منعدمة مع وضوح عرض ترديد الأصوات Echolalia لديها أي أنها غير ناطقة، ولكن الجانب الإستقبالي فهو متوسط.

قمنا بتطبيق برنامج " PECS" لاحظنا إستجابة جيدة من ناحيتها ...

من خلال تطبيق مقياس التواصل غير اللفظي قبل وبعد تطبيق برنامج "PECS" وذلك بمساعدة الأخصائية الأرطفونية توصلنا إلى ما يلي :

جدول رقم (4) يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي للحالة (م)

القياس القبلي	الملاحظة	القياس البعدي	الملاحظة
46	**إضطراب متوسط**	**64**	**إضطراب بسيط**

التحليل الكمي لنتائج الجدول:

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة مريم سجلت في القياس القبلي (46) درجة ، وهي على حسب جدول التقييم المرفق بالقياس فتفسر الدرجة على انه اضطراب متوسط، أما في القياس البعدي فسجلت (64) درجة وهي تعني إضطراب بسيط.

التحليل الكيفي لنتائج الجدول:

من خلال التحليل الكمي لجدول القياس القبلي والبعدي للمقياس التواصل غير لفظي نستنتج أن الحالة (م) سجلت تطورا حسنا في التواصل غير لفظي، فهي تستجيب بصريا وتقوم بالنظر إلى عيني وفم المتكلم عند سماعها إسمها، وتقوم بربط المعزز مع الصورة الممثلة له وتفهم العلاقة بين إعطاء الصورة وأخذ المعزز إضافة إلى أنها تفهم وتنفذ الأوامر البسيطة مثل أنها تتجاوب مع الطلبات البسيطة بالإيماءات، وتومئ تلقائيا لتعبر عن حاجتها بالإشارة مثل مد اليد التعبير عند القبول أو الرفض بتحريكها للرأس (نعم/لا)، كما أنها تشير إلى صوت الصورة الذي يسمعه من بين الصور، تنظر إلى حيوانات مألوفة عند تسميتهم، يرتب الأشياء مثل سيارات صغيرة، أقلام... إضافة إلى أنها تؤشر إلى بعض أعضاء من الجسم من خلال الدمية أو الصورة.

يتضح من خلال ذلك تتضح فاعلية طريقة "بكس" في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي في القياس البعدي للحالة مريم مقارنة بالقياس القبلي .

4-عرض وتحليل نتائج الحالة(إ): تبلغ الحالة (07) سنوات، تم تشخيصها من قبل طبيبة نفسية المركز بأنها تعاني من إضطراب طيف التوحد بدرجة شديدة، كان أول تاريخ التحاق لها بالمركز بيوم 2021/02/23، وهي في المرتبة الثانية من بين أخواتها، بالنسبة للظروف الأسرية فإن الحالة تعاني من إهمال أسري كبير من ناحية متابعتها في المنزل والسعي في تأهيلها وكذا من ناحية الأكل والنظافة الشخصية (الجوع الشديد)، وحسب ما أدلته الأخصائية النفسانية فإن أم الحالة غير متقبلة لإضطراب إبنتها تماما وغير مبالية برعايتها والعناية بها، على غرار الأب فهو متقبل ويسعى في رعايتها، بالنسبة للمستوى التعليمي للوالدين، فالأم غير متعلمة والأب توقف عند السادسة ابتدائي، تعاني الحالة من ظروف إقتصادية متدنية أي أنها فقيرة جدا، بالنسبة للسلوك العام فهي تعاني من نوبات الغضب، عدوانية تجاه الذات، البكاء الطويل المستمر، حركات نمطية، إنعدام التواصل البصري، بالنسبة للجانب اللغوي فهو منعدم فهما وإنتاجا.

عند تطبيقنا لبرنامج "PECS" لاحظنا عدم إستجابتها وواجهنا صعوبة في التعامل معها.

من خلال تطبيق مقياس التواصل غير اللفظي قبل وبعد تطبيق برنامج "PECS" وذلك بمساعدة الأخصائية الأرطفونية توصلنا إلى ما يلي :

جدول رقم(5): يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي للحالة (إ)

القياس القبلي	الملاحظة	القياس البعدي	الملاحظة
36	**إضطراب شديد**	**45**	**إضطراب متوسط**

التحليل الكمي لنتائج الجدول :

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة (إ) سجلت في القياس القبلي (36) درجة، وهي على حسب جدول التقييم المرفق بالقياس فتفسر الدرجة على أنه إضطراب شديد في مهارات التواصل غير اللفظي، أما في القياس البعدي فسجلت (45) درجة وهي تعني اضطراب متوسط في مهارات التواصل غير اللفظي .

التحليل الكيفي لنتائج الجدول:

من خلال التحليل الكمي لجدول للقياس القبلي والبعدي للمقياس التواصل غير لفظي نستنتج أن الحالة (إ) سجلت تطورا طفيفا في مهارات التواصل غير اللفظي فالقياس القبلي كان (36) درجة وبعد تطبيقنا للبرنامج "بكس" وتطبيقنا للقياس البعدي كانت النتيجة (45) مما يعني أنها تقدمت بحوالي (9) درجات، فالحالة (إ) تستجيب لأصوات البيئة ولمصدر المتحدث ولكن لا تتواصل بصريا مع الآخرين، في حين أنها وبعد مدة من التطبيق البرنامج بكس إستوعب العلاقة بين المعززات والصور الممثلة لها لكن لا تستجيب للأوامر، وتتجاوب مع الطلبات البسيطة بالإيماءات (مثل

تعال وأنت تمد يدك)، وتومئ تلقائيا لتعبر عن حاجاتها بالإشارة (مد اليد أو الذراع..) إضافة إلى أنها تستخدم الألعاب بشكل غير وظيفي مثل أن تقوم بتدوير الأشياء بشكل نمطي–تدور عجلات السيارة– التلويح بسلك الهاتف، تستجيب للطلبات البسيطة إلى حد ما (الأخذ/الطلب).

يتضح من خلال التحليل الكمي والكيفي لجدول نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة (إ) أن لبرنامج التبادل بالصور "بكس" فاعلية في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي فقد أظهرت تحسنا لا بأس به.

II –عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات:

1–عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه يوجد أثر لبرنامج التبادل بالصور –PECS- على تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة، وللتحقق من هذا الفرض إستخدمت الباحثتان جدولا يوضح نتائج الحالات في القياس القبلي والبعدي، وإستخدام المتوسط الحسابي وحساب الفرق بين القياسين القبلي والبعدي كما هو موضح كالتالي:

عرض نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس التواصل غير اللفظي في ضوء الفرضية العامة:

جدول رقم(6): يمثل نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي لمجموعة الدراسة

مجموعة الدراسة	نتائج القياس القبلي	القياس البعدي
الحالة (أ)	(62)	(65)
الحالة (أ.ج)	(60)	(67)
الحالة (م)	(46)	(64)
الحالة (إ)	(36)	(45)
المجموع	(204)	(241)
المتوسط الحسابي	$\dot{x}1=51$	$\dot{x}2=60$
الفرق بين المتوسطين الحسابيين	$D= \dot{x}2 - \dot{x}1 = 60-51= 9$	

حيث تم حساب المتوسط الحسابي وحساب الفرق لتحقيق الفرضية العامة كالتالي:

-قانون حساب المتوسط الحسابي:

$$\sum X1 = 204$$

$$\dot{x}1 = \frac{\sum x1}{n} = \frac{204}{4} = 51$$

$$\sum X2 = 241$$

$$\dot{x}2 = \frac{\sum x2}{n} = \frac{241}{4} = 6$$

حساب الفرق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس التواصل غير اللفظي:

$$D = \dot{x}2 - \dot{x}1 = 60-51 = 9$$

تحليل نتائج الفرضية العامة:

من خلال الجدول نلاحظ أن الحالة الأولى سجلت(65) درجة وهي نسبة مرتفعة اذ نلاحظ أنها سجلت في القياس القبلي درجة (62) حيث تقدمت الحالة بدرجتين، والحالة الثانية سجلت(67) درجة و هي نسبة مرتفعة وقد سجلت من قبل درجة (60) فنلاحظ تقدمها بستة درجات، أما الحالة الثالثة فسجلت (64) درجة وهي درجة مرتفعة ونلاحظ انها سجلت من قبل (46) درجة ونلاحظ تقدمه الواضح والجيد حيث سجلت تقدما بثمنية عشر درجة، والحالة الرابعة سجلت(45) درجة وهي درجة منخفضة اذ نلاحظ انها سجلت من قبل (36) درجة حيث انها تقدمت بسبعة درجات فقط ولا تزال محتفظة بتقدير منخفض، و تمثل درجات من (28-56) نسبة منخفضة، ومن (56-84) تمثل نسبة مرتفعة.

مناقشة نتائج الفرضية العامة:

نلاحظ من خلال الجدول ان الحالتين رقم (1) و (2) سجلا درجة مرتفعة وهذا يدل على فاعلية برنامج بكس في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي،اما الحالتين (3) و (4) سجلا درجة منخفضة وهذا يعود على الأرجح الى متغير درجة التوحد حيث ان درجة التوحد لديها متوسطة ومنخفضة، وبالربط مع الدراسات السابقة نذكر دراسة صديق(2006) المعنونة بفاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين، حيث أسفرت نتائج هذه الدراسة الى وجود أثر مهارات التواصل غير اللفظي على تطوير السلوك وربما يعود هذا الى بناء قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي أعده صاحب الدراسة حيث أنه يوظف ما يساعده ويتوافق مع عينة دراسته في القائمة، ودراسة اسامة عبد المنعم عيد حسن (2020)، المعنونة بفاعلية برنامج للتأهيل التخاطبي قائم برنامج بكس لتنمية المهارات قبل اللفظية لدى الأطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد حيث هدفت الدراسة الى معرفة مدى فاعلية

برنامج للتأهيل التخاطبي قائم على نظام التواصل بتبادل الصور بكس لتنمية المهارات قبل اللفظية لعينة من الأطفال ذو إضطراب طيف التوحد، أسفرت النتائج عن وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في تنمية المهارات قبل اللفظية لصالح القياس البعدي، وربما يعود هذا الى جهود صاحب الدراسة وتكثيف الأدوات المستخدمة حيث نلاحظ أنه إستخدم الكثير من الأدوات.وبذلك تحقق الفرضية، ومما سبق يمكننا القول أن الفرضية العامة تحققت.

2-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

والتي صيغت كالتالي: توجد فروق في مهارات التواصل غير اللفظي تعزى إلى متغير درجة طيف التوحد، ولإختبار هذه الفرضية قمنا بمقارنة درجة التوحد لكل حالة في القياس البعدي لكل حالة كما في الجدول رقم (7):

جدول رقم(7): يمثل الجدول نتائج القياس البعدي ودرجة طيف التوحد للحالات الأربع

حالات الدراسة	الحالة(أ)	الحالة (أ.ج)	الحالة(م)	الحالة(إ)
درجة التوحد	متوسط	شديدة	متوسطة	شديدة
نتيجة القياس البعدي	65	67	64	45

تحليل نتائج الفرضية الجزئية الاولى:

من خلال الجدول نلاحظ نتيجة الحالة (أ) (65) ونتيجة الحالة (م) (64) اللذان درجة توحدهما متوسطة فالملاحظ هنا أن نتيجة القياس البعدي لمهارات التواصل غير اللفظي لكلاهما متقاربة والتي تعني أن الإضطراب بسيط، بالنسبة للحالة (إ) ذات درجة توحد شديدة فالنتيجة الموضحة في الجدول هي (45) ما يعني أن الإضطراب متوسط، بإستثناء الحالة (ا.ج) ذي درجة التوحد شديدة فالنتيجة كانت (67) والتي تشير إلى أن الإضطراب بسيط وهي متقاربة مع نتيجة الحالتين (أ) و (م) اللذان درجة توحدهما متوسط.

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

من خلال التحليل الكمي للجدول نلاحظ تقارب نتائج الحالات الثلاث (أ)، (م)، (أ،ج)،

الحالتين (أ) و(م) اللذان يمثلان درجة توحد متوسطة والحالة (أ.ج) الذي يمثل درجة توحد شديدة، والملاحظ هو الفرق بين درجات الحالات الثلاثة مع درجة الحالة (إ) التي تمثل درجة توحد شديدة.

لمعرفة الفروق يجب علينا حساب الفرق بين نتيجة القياس البعدي للحالات ذات درجة طيف توحد متوسطة ونتيجة القياس البعدي للحالات ذات درجة طيف توحد شديد:

نتيجة القياس البعدي للحالات ذي درجة طيف توحد متوسطة: 129 =65+64

نتيجة القياس البعدي للحالات ذي درجة طيف توحد شديدة : 112 =67+45

الفرق: 17 =129-112

بالنظر إلى نتيجة الفروق نلاحظ أن الفرق بين نتيجة القياس البعدي للحالات ذات درجة طيف توحد متوسطة والقياس البعدي للحالات ذات درجة توحد منخفضة هو (17) درجة مما يعني أن مستوى مهارات التواصل غير اللفظي تحسن بدرجات أكبر لدى الحالات ذات درجة توحد متوسطة، مقارنة بالحالات التي درجة توحد لديها شديدة، وعلى ضوء هذا نستنتج أثر برنامج بكس على تحسين مهارات التواصل غير اللفظي وفاعليته الأكبر على الحالات ذات درجة توحد متوسطة، بإستثناء الحالة (أ.ج) الذي كانت درجته مرتفعة في مهارات التواصل غير اللفظي (67) وهنا يتدخل عامل مهم والذي أحدث هاته الفروقات والذي عامل التكفل المبكر فالحالة (أ.ج) تم تشخيصه والتكفل به في سن مبكرة حيث كان يبلغ (4) سنوات، فبالرغم من أنه تم تشخيصه على أن درجة التوحد لديه الشديدة إلا أن تحصل على درجة أكبر من الحالات الثلاث، فقد بينت العديد من الأبحاث أنه من خلال التدخل المبكر المناسب، أن 14 % من التوحديين فقط لا يطورون قدراتهم اللفظية، وقد يمتلك بعض التوحديين مهارات لغوية جيدة ولكنهم يفتقرون إلى القدرة على فهم الوظائف البراجماتية الإجتماعية والتعبير عنها بشكل لفظي أو غير لفظي. (صالح، عيد، 2010، ص20)، على غرار الحالة (إ) ذات درجة توحد شديدة فكانت نسبة تطورها طفيفة والذي حسب ظننا راجع إلى أن كفالتها في المركز أي الكفالة الأرطفونية والنفسية كانت حديثة إضافة إلى الإهمال الأسري الذي تعاني منه فلا توجد متابعة في المنزل ولا يوجد حرص من عائلتها فالعامل النفسي هنا يؤثر على طول وكيفية إستجابتها.

فقد أشارت بعض الدراسات التي إهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض، وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدوا على الوالدين، كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الإعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالدونية والنقص، الهروب من الواقع، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة، عدم الإنسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة. (زغدي، 2018، ص63)

فالطفل الذي يعيش في وسط عائلي متقبل وداعم يؤثر بشكل كبير على تطوره وتحسنه ويعين على الكفالة الأرطفونية والنفسية، ولهذا نرى أن عامل الإرشاد النفسي الأسري ضروري جدا في نجاح الكفالة الأرطفونية والتي من أساسياتها

دعم الأسرة للحالة من خلال توفير العناية والإحتواء وتقبل الحالة كما هي وتطبيق التمارين والأنشطة التي تساعد على تطور الحالة وتقليل من شدة الإضطراب، وعليه نستنتج أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت.

3-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص على أنه توجد فروق في مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة تعزى لمتغير مدة الكفالة داخل المركز، وللتحقق من الفرض تم عرض جدول يوضح تاريخ التحاق الحالات الى المركز النفسي البيداغوجي (2) ونتائج القياس البعدي للمجموعة الدراسة:

جدول رقم (8): يوضح تاريخ إلتحاق الحالات للمركز ونتائج القياس البعدي

كفالة المركز	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
الكفالة داخل المركز	مدة سنة	**مدة خمس سنوات**	مدة سنة	مدة سنة
القياس البعدي	**(65)**	**(67)**	**(64)**	**(45)**

تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

من خلال الجدول نلاحظ اعلى درجة (67) وهو الطفل(أ.ج) الذي التحق منذ خمسة سنوات بالمركز اذا نستنتج أن للكفالة المبكرة دور كبير في الحد من تثاقم الحالة وفي مدى فعالية تطبيق برنامج بكس مقارنتا بالحالات الأخرى الثلاث الذين إلتحقو بالمركز مؤخرا رغم أن الحالة (أ،ج) تم تشخيصها من قبل المختصة في المركز أنه يعاني من توحد شديد لكنه إستطاع أن يحقق أعلى درجة من بين باقي الحالات التي التحقت مؤخرا بالمركز حيث تحصلت الحالة (أ) على (65) وقد التحق بالمركز بتاريخ (22-02-2021) اي منذ سنة، والحالة(م) على (64) والتي التحقت بالمركز بتاريخ (23-02-2021) اي قبل سنة، والحالة (إ) على (45) والتي هي أيضا تعاني من توحد شديد الى أنها لم تلتحق بالمركز إلا مؤخرا بتاريخ (23-02-2021) أضا قبل سنة، حيث نلاحظ أن الحالات الثلاث إلتحقت بالمركز في نفس الفترة التاريخية تقريبا.

مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

من خلال الجدول رقم (7) نلاحظ ان الحالة(أ.ج) الذي إلتحق بالمركز النفسي البيداغوجي قبل الحالات الباقية أي قبل خمسة سنوات والذي درجة توحده شديدة حسب ما شخص في المركز أنه تحصل على أعلى درجة في القياس البعدي لمهارات التواصل غير اللفظي حيث تحصل على درجة (67) والتي تعني أن الإضطراب بسيط حسب جدول التقييم المرفق بالمقياس حيث تفسر درجة من (56 الى70) درجة أنه إضطراب بسيط، حيث نذكر أنه تحصل من قبل على درجة (60) في القياس القبلي لمهارات التواصل غير اللفظي وقد تقدم بأربع درجات مما يعني أن الفرضية تحققت، حيث نشير الى أهمية التكفل المبكر إلى الحد من تطور الحالة لاحقا. حيث يشير مصطلح التدخل المبكر إلى الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة مثل تأخر النمو، الإعاقة بأنواعها المختلفة، والإحتياجات الخاصة، بالإضافة الى تفاوت كثافة وتركيز برامج التكفل المبكر حسب نوم المشكلة، فالمدة الزمنية تختلف حسب حالة كل طفل. (علي كامل،2005،ص56)

ومن خلال ما تم عرضه يمكننا القول ان الفرضية (2) القائلة أنه توجد فروق في التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة تعزى لمتغير مدة الكفالة داخل المركز تحققت.

خاتمة:

وبعد تطرقنا إلى دراسة مدى فعالية برنامج بكس في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، وبعد تطبيق برنامج التبادل بالصور بكس، توصلنا إلى وجود فعالية لبرنامج بكس في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي، وإلى وجود فروق في التواصل غير اللفظي بين مجموعة الدراسة التي تعزى لمتغير درجة التوحد، وإلى وجود فروق بين مجموعة البحث في مهارات التواصل غير اللفظي تعزى لمتغير مدة الكفالة داخل المركز ،حيث يمكننا القول أن فرضيات الدراسة تحققت.

وفي الأخير نشير الى أهمية تطبيق البرامج العلاجية والتدريبية، كونها تهدف الى تنمية مهارات التواصل والحد منها ومساعدة الطفل التوحدي على إكتساب القدرة على التواصل مع الآخرين والتعبير عن إحتياجاتهم ورغباتهم وفهم مايدور حولهم وفهم معاني الكلمات وإكتساب مفردات لغوية، كما نشير الى تسليط الضوء أكثر على أفراد هذه الفئة التي فعلا تحتاج إلى تكفل وإهتمام وتنمية مختلف المهارات قبل اللغوية ثم اللغوية وتنمية نقاط القوة وتصنيف أطفال هذه الفئة كل حسب قدراته ودرجة توحده وإلى توفير درجة التوحد ونسبة الذكاء لكل طفل توحدي في المراكز والجهات المختصة وذلك لتنظيم وتسهيل العمل على الباحثين الذين سيتناولون موضوع طيف التوحد، وحسن تصنيفهم والعمل مع كل حالة بشكل فردي ومحاولة تنمية مهارات التواصل لديهم، وإلى تكثيف حملات التوعية حول موضوع التوحد بهدف توجيه وإرشاد أولياء هؤلاء الأطفال من أجل التعرف أكثر على هذا الإضطراب وفهم كيفية التعامل مع أطفالهم.

الاقتراحات:

من خلال النتائج التي توصلنا اليها والتعامل مع الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد والوقوف على أهم العوائق التي يواجهونها يمكن تقديم التوصيات التالية:

-محاولة العمل مع الطفل التوحدي من خلال برنامج التواصل عن طريق استبدال الصور بيكس كونه يهدف الى اكساب الطفل التوحدي مهارات التواصل غير اللفظي وقد ثبتت فاعليه خلال الدراسة الحالية.

-ضرورة تكوين الأخصائيين الأرطفونيين والنفسسيين على تطبيق البرامج العلاجية والتدريبة التي تهدف الى تنمية مهارات التواصل بشقيه الغير لفظي واللفظية، والإشارة الى ضرورة العمل الفردي مع كل طفل توحدي.

-إجراء برامج إرشادية موجهة للآباء حول طرق التكفل، وأهمية التدخل المبكر وأثره في الحد من مشكلات التواصل لدى أطفالهم.

-تكثيف الحملات التوعوية لأسر الأطفال بالمصابين بإضطراب طيف التوحد.

قائمة المراجع:

-أبو النصر، مدحت محمد. (2017). **مناهج الخدمة الإجتماعية**، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.

- أحمد علي، حسام محمد. (2014). **فعالية برنامج معرفي الكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى اطفال التوحد**. مذكرة مقدمة للحصول على درجة الماجستير. قسم علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة جنوب الوادي، مصر.

-احمد، وليد السيد خليفة، وشكري،ربيع. (2010). **الإعاقة الغامضة(التوحد)**، الإسكندرية: دار الوفاء.

-اخرس، نائل محمد عبد الرحمن، وسليمان، عبد الرحمان سيد والمولى، احمد، محمد جاد،(ب،س). ***اضطرابات التواصل***، مكتبة المتنبي.

- آل اسماعيل، حازم رضوان. (2011). **التوحد واضطرابات التواصل**، عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

_البحيري، ومحمود، محمد امام. (2018). **اضطراب طيف التوحد(الدليل التطبيقي للتشخيص والتدخل العلاجي)**، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

-الحميدان،عمر. (2016). **فاعلية برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية في تنمية المهارات اللغوية لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد**. مؤتمر التدخل المبكر، الشارقة.

-الزريقات ابراهيم، عبد الله فرج. (2004). **التوحد (الخصائص و العلاج)**، الأردن: دار وائل للطباعة.

-الشرقاوي، محمد عبد الرحمان عيسى. (2018). **الإعاقة السمعية والتوحد**، الجزائر: دار أطفالنا للنشر والتوزيع.

-الشرمان، وائل محمد. (2015). **فاعلية التواصل بطريقة "البكس" في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، **العدد(4)**، من الصفحة 160 الى 186 .

-الغامدي رغد،ممدوح محمد، ومعاجيني فايز سليمان. (2020). **مستوى تطبيق معلمات ذوي إضطراب طيف التوحد لإستراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي في مراكز الرعاية النهارية في مدينة جدة**، كلية التربية، المجلة التربوية، **العدد (73)**.

-الفوزان، محمد بن عبد العزيز. (2000). **التوحد**، الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

-امين، سهير محمود. (2000). **اللجلجة**، القاهرة: دار الفكر العربي.

-بالخير، حنان. (2020). **إقتراح برنامج تدريبي لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد**. مذكرة ماستر. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية ، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي.

-جمال خلف، المقابلة. (2016). **اضطرابات طيف التوحد (التشخيص والتدخلات العلاجية)**، عمان: دار يافا العلمية.

-حسن سحر، محمد محمد. (2016). **فاعلية برنامج بيكس المحوسب المطبق من قبل الأمهات في تنمية مهارات التواصل لدى أطفالهن التوحديين دراسة تجريبية بمركز ميسم كير للتوحد**. بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في تخصص التربية الخاصة. قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة العلوم والتكنولوجيا، السودان.

-حمودي، محمد سرحان علي. (2019). **مناهج البحث العلمي**، صنعاء: دار الكتب.

-خروبي،أحمد. بوضياف، نادية. (2021). **فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي**. مجلة العلوم النفسية والتربوية .

-ديبون، محمد. (2011). **تحديد الذات والإنفصال عند الشاب المصاب بالصرع**. مذكرة ماستر. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان.

-رجب عبده كشك، رضا. (2007). **فاعلية برنامج تدريبي بنظام التبادل بالصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين**. رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه تخصص صحة نفسية. قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الزقايق، مصر.

-ركزة، سميرة. (2018). **التوحد**، الجزائر: دار جسور للنشر والتوزيع.

-زغدي، نذيرة. (2018). **التصورات الإجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد**. مذكرة ماستر، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي.

-صالح، الإمام، ومحمد، عيد الجواله فؤاد. (2010). **التوحد ونظرية العقل**، عمان: دار الثقافة.

-عاطف، محمد(ب.س). **التدريب على مهارات التواصل من خلال تبادل الصور**،الجمعية السعودية للتوحد، مركز الأمير ناصبر عبد العزيز للتوحد.

-عبد الرقيب، احمد البحيري، وإمام، محمود محمد. (2018). **اضطراب طيف التوحد (الدليل التطبيقي للتشخيص والتدخل العلاجي)**، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

-علي، كامل محمد. (2005). **التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد**، القاهرة: مكتبة ابن سينا

-عمر بن الصديق، لينا. (2007). **فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى اطفال التوحد واثر ذلك على سلوكهم الإجتماعي.مجلة الطفولة العربية، العدد(39)**، من صفحة 8 الى 39.

-عيد حسن، أسامة عبد المنعم. (2020). **فعالية برنامج للتأهيل التخاطبي قائم على(PECS) لتنمية المهارات قبل اللفظية لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد.مجلة التربية الخاصة والتأهيل، العدد(34)**، من الصفحة 173الى 210.

-عيسى مراد، علي. (2012). **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)**، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.

-قالي، أمينة، بلمرابط، جيهان لينة. (2021). **فعالية برنامج بكس (PECS) في تحسين التواصل الاجتماعي لدى الطفل التوحدي**. مذكرة ماستر. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي.

-قيرود، الطاهر. (2020). **التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين الواقع و المأمول دراسة تقييمية بولاية باتنة**. المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، **العدد (2)**، ص490.

-كريجر. (2010). **التدخلات بمساعدة الحيوان في الصحة النفسية**. كتيب عن العلاج بمساعدة الحيوان.

-كمال الدين، هالة فؤاد. (2010). **تصميم برنامج لتنمية السلوك الإجتماعي**.

-مجيد، سوسن شاكر. (2010). **التوحد (أسبابه،خصائصه،تشخيصه،علاجه)**، الأردن: ديبونو للطباعة والنشر.

- مصطفى سالم، أسامة فاروق.(2014). **اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق**، عمان: دار المسيرة.

-مصطفى ،جيهان أحمد. (2008). **التوحد**، القاهرة: دار أخبار اليوم.

الملاحق:

الملحق رقم(1): الترخيص بالزيارة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي بالأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Amar Telidji Laghouat
Faculté des Sciences Sociales

إلى السيد :.....

.....

ترخيص بالزيارة

في إطار ربط المعارف النظرية بالواقع المعاش ،وتجسيدا للتعاون بين الجامعة والمؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية (العمومية والخاصة)،وكذلك المؤسسات الثقافية واقتصادية وإيمانا منا بضرورة انفتاح الجامعة على محيطها ، فإننا نلتمس من سيادتكم مد يد المساعدة

للطالب : .....

.....

- تخصص .....

وهذا في إطار زيارة ميدانية تساهم وتساعد الطالب في بحثه لنيل شهادة

.....

الأغواط :...../...../2021

رئيس القسم

الملحق رقم(2): إستمارة جمع المعلومات حول الحالة:

إستمارة جمع المعلومات حول الطفل:

الإسم:

السن:

السلوك الإنفعالي (السعادة، الحزن، الصراخ، البكاء، الضحك، الغضب):

الحالة الإجتماعية للأب:

الحالة الإجتماعية للأم:

الظروف الاقتصادية:

الظروف الأسرية:

مهنة الأب:

مهنة الأم:

المستوى التعليمي للأب:

المستوى التعليمي للأم:

عدد الإخوة:

رتبة الطفل من بين إخوته:

سنة الإلتحاق بالمركز:

الكفالة خارج المركز:

مدتها:

نوع الكفالة:

هل هو مدمج او لا؟

الملحق رقم(3): مقياس التواصل غير لفظي

م نهائية	المهارة / السلوك	لايفعل	يفعل الى حد ما	نعم يفعل
1	يستجيب لأصوات البيئة- بردود فعل ادراكي(مثل: الفزع، التغير في التنفس، رمش العين)			
2	يستجيب لأصوات الاشخاص(مثل: يهتم بشخص معين لمدة دقيقة من خلال تعديل الجسم لبداية اظهار الاهتمام ، او تحاشي التفاعل مع شخص او غرض)			
3	يدير عينيه ورأسه لمصدر صوت(مثل: يبحث بعينيه عن مكان صوت المتحدث الذي يكون خارج نطاق رؤيته)			
4	يشير الى صورة الصوت الذي يسمعه من بين الصور			
5	ينظر الى عيني وفم المتكلم(مثل: يدور وجهه الى المتحدث عند سماع اسمه)			
6	يشير الى افراد العائلة عند تسميتهم (على الاقل ثلاثة)			
7	ينظر الى حيوانات مألوفة عند تسميتهم(على الاقل ثلاثة)			
8	يستمع باختياره الى كلمات مألوفة له(مثل : ينظر الى الزجاجة استجابة الى اين زجاجتك؟)			
9	يشير الى(4) صور حيوانات (على الاقل اربعة من ستة حيوانات مألوفة تكون صور او العاب)			
10	يختار صور تختص بأفعال الحركة(مثل: النوم، الاكل، البكاء، على الاقل ثلاثة افعال)			
11	يشير الى عدد من الثياب المتنوعة عند الطلب (على الاقل (4) من الثياب المختلفة)			
12	يؤشر الى بعض اعضاء من الجسم من خلال صورة دمية (على الاقل ثلاثة)			
13	يتجاوب مع الطلبات البسيطة بالايماءات(مثل: (تعال هنا) وانت تمدين يدك)			
14	يطيع الاوامر المكنة من جزئين مترابطين بأمرين(مثل: خذ المنديل وامسح وجهك)			
15	يطيع الاوامر المكونة من جزئين غير مترابطين(مثل: اعطني ملعقة واعطي ماما الكوب)			
16	يبادر بعمل حركات للاستمرار في نشاط مألوف (مثل: عندما تتوقف الام عن هز الطفل فالطفل يهز لكي تستمر الام في ذلك			
17	يمد لعبة بيده ليريها الاخرين لايتخلى عنها- ليقول (انظر الي) بالاشارة			
18	يعطي اللعبة الى شخص مألوف له تلقائيا وعند الطلب – من اجل البدء في التواصل، ليس لأنه لا يريد اللعبة			
19	يومئ تلقائيا ليعبر عن حاجاته بالاشارة، للتوضيح(مثل: مد الذراع او اليد، اخذ يد كبيرة، ايضا الجمع بين الايماءات)			

20	يشير الى اشياء بعيدة في الخارج (مثل: طائرة، قمر، عصفور، سيارة)				
21	يتحرك مع الموسيقى (مثل: يثب، يهز، يحرك الذراعين، يحرك وسطه، يحرك رأسه من جنب لآخر)				
22	يعطي اكثر من شئ واحد عند سؤاله باستعمال صيغة الجمع (مثل: مكعبات)				
23	يجد زوج من الادوات او الصور عند الطلب (مثل: قلم، قلم-فرشة، فرشة...)				
24	يرتب الاشياء (مثل : سيارات صغيرة-اقلام- مكعبات) بطريقة معينة ثابتة				
25	يستخدم الالعاب بشكل غير وظيفي (مثل: يقوم بتدوير الاشياء بشكل نمطي-تدور عجلات السيارة- التلويج بسلك الهاتف)				
26	لا يستطيع ترتيب مجموعة صور تعبر عن قصة متسلسلة				
27	يفتقد القدرة على تصنيف مجموعات مختلفة(مثل: مكعبات-كرات-خضار-فواكه)				
28	يفقد القدرة على اكمال صورة ناقصة (مثل: صورة طفل تنقصه اي عضو-مربع ينقصه ضلع- طاولة ينقصها رجل)				

الجدول المرفق بالمقياس لتقييم النتيجة:

تفسير الدرجات	لايوجد اضطراب	اضطراب بسيط	اضطراب متوسط	اضطراب شديد
الدرجات الكلية للطفل				

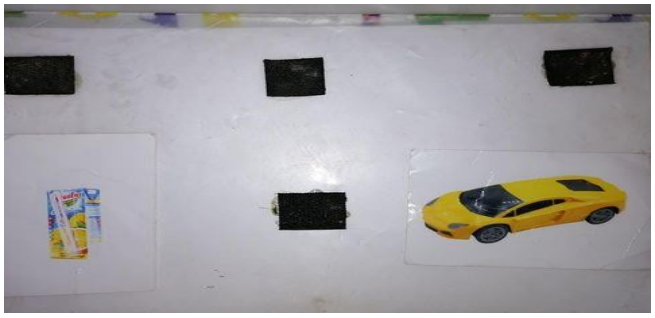
الملحق رقم 4: برنامج التبادل بالصور بكس

المرحلة الأولى: التواصل عن طريق المساعدة الجسدية (The Physical Exchange)

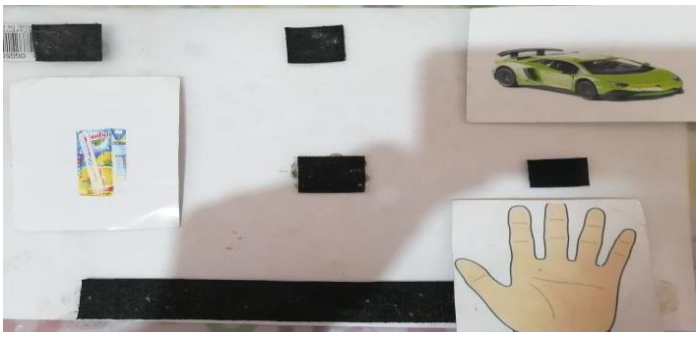
المرحلة الثانية: الطلب التلقائي (Expanding Spontaneity)

صنع ملف التواصل وزيادة المسافة بين المدرب والطفل وبين الملف والطفل.

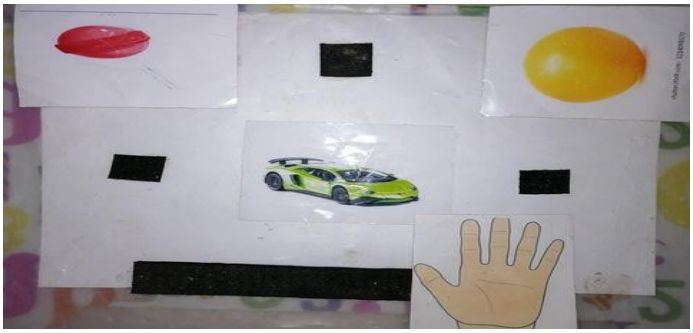
المرحلة الثالثة: تمييز الصور (Picture Discrimination)



المرحلة الرابعة: بناء الجملة (Sentence Structure)



المرحلة الخامسة: الإستجابة للطلب



المرحلة السادسة: التعليق التلقائي (Commenting Spontaneous)