المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
عمادة الدراسات العليا

بسم الله الرحمن الرحيم

نموذج رقم (١٩)

إجازة أطروحة علمية في صياغتها النهائية بعد إجراء التعديلات وبيانات الإتاحة بمكتبة الملك عبد الله بن عبد العزيز الرقمية

بيانات الطالبة

Name	Nermeen A. Qutub					نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب	الاسم
University ID	42870146					٤٢٨٧٠١٤٦	الرقم الجامعي
College	Education					التربية	الكلية
Department	Psychology					علم النفس	القسم
Academic Degree	Ph.D	year	2012	١٤٣٣هـ	السنة	الدكتوراه	الدرجة العلمية
E-mail	Nermeen.q@Gmail.com						البريد الالكتروني

بيانات الأطروحة (الرسالة) العلمية

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد :

فبناءً على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة العلمية، والتي تمت مناقشتها بتاريخ ٢٠ / ٧ / ١٤٣٣هـ، بقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة، وحيث تم عمل اللازم، فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة في صياغتها النهائية المرفقة، كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة أعلاه. والله الموفق.

عنوان الأطروحة كاملاً	برنامج إرشاد الكتروني في تطوير تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل أمهات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر وأثر ذلك على أداء الطفل

أعضاء اللجنة

المشرف على الرسالة	الاسم	أ.د. عبد المنان ملا معمور يوسف بار	التوقيع	
المشرف المساعد (إن وجد)	الاسم		التوقيع	
المناقش الداخلي	الاسم	أ.د. محمد حمزة محمد السليماني	التوقيع	
المناقش الخارجي	الاسم	د. هشام إبراهيم عبدالله	التوقيع	
المناقش الخارجي (إن وجد)	الاسم		التوقيع	
مصادقة رئيس القسم	الاسم	د.سالم محمد المفرجي	التوقيع	

إتاحة الأطروحة (الرسالة) العلمية

بناء على التنسيق المشترك بين عمادة الدراسات العليا و عمادة شؤون المكتبات، بإتاحة الرسالة العلمية للمكتبة الرقمية، فإن للطالب الحق في التأشير (✓) على أحد الخيارات التالية :

- ○ لا أوافق على إتاحة الرسالة كاملة في المكتبة الرقمية، وأعلم أن للمكتبة الحق في استخدام عملي أو إتاحته في إطار الاستخدام المشروع الذي يسمح به نظام حماية حقوق المؤلف في المملكة العربية السعودية.
- ○ أوافق على اتاحة الرسالة في المكتبة الرقمية، وتصوير الرسالة كاملة بدون مقابل.
- ○ أوافق على تصوير الرسالة كاملة بمقابل وفق شروط مكتبة الملك عبدالله الرقمية والتي سبق وأن أطلعت و وافقت عليها.

توقيع الطالبة		التاريخ	١٤٣٣/١٠/١٠هـ

يعبأ النموذج باستخدام الحاسب الآلي، ويوضع أمام الصفحة المقابلة لصفحة عنوان الأطروحة (الرسالة) العلمية في كل نسخة من الرسالة

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربيـة - قسـم علم النفس

برنامج إرشاد الكتروني في تطوير تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل أمهات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر وأثر ذلك على أداء الطفل

إعداد الطالبة
نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب

إشـراف
الأستاذ الدكتور/ عبد المنان بن ملا معمور بار
أستاذ الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني

متطلب تكميلي لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس
تخصص إرشاد نفسي

الفصل الثاني ١٤٣٢ـ ١٤٣٣هـ

مستخلص الرسالة

عنوان الدراسة.. برنامج إرشاد إلكتروني في تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل أمهات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر وأثر ذلك على اداء الطفل.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج الإرشاد الإلكتروني، ودعمه لأمهات أطفال التوحد في تصميم خطة تربوية فردية والتي تقابل الحاجات التدريبية الفعلية لأبنائهن التوحديين، وتحديد مدى الأثر الذي ينعكس على أداء الطفل التوحدي في كل من جوانب السلوك التكيفي والأداء العقلي. وشملت عينة الدراسة (١٢) من أمهات أطفال التوحد التحق أبناؤهن ببرامج التدخل المبكر.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق قائمة المعايير الإكلينيكية للكشف عن اضطراب طيف التوحد اعداد عزة الغامدي (٢٠٠٣)، ومقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي تعريب الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢)، ومقياس السلوك التكيفي للعتيبي (٢٠٠٤)، ومقياس الذكاء لجودارد، وقائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية (اعداد الباحثة)، ومنهج مهارات مرحلة التدخل المبكر، وبرنامج الإرشاد الإلكتروني (اعداد الباحثة).

ومن خلال تطبيق المنهج شبه التجريبي وبعد المعالجة الإحصائية باستخدام أساليب إحصائية لابارمترية شملت احتبار "مان- ويتني Mann-Whitney"، واختبار "ويلكوكسون Wilcoxon"، واختبار "كروسكال- والس Kruskal-Wallis"، كشفت النتائج عن فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني في تطوير تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل والدة الطفل التوحدي في المجموعات الثلاثة بفارق سجل لصالح المجموعة الخارجية والمجموعة التجريبية على التوالي، وفي ذلك دلالة لأثر البرنامج الايجابي. كما سجل أطفال التوحد في المجموعة التجريبية تحسن في جوانب السلوك التكيفي.

وشملت توصيات الدراسة إشارة إلى أهمية العمل على تكثيف وتطوير البرامج الإرشادية المقدمة لأسر فئة التوحد وتفعيل ثورة تكنولوجيا الاتصالات والبرامج الالكترونية في ذلك.

Abstract

Study Title.. Electronic program guide in the design of the individual educational plan by the mothers of autistic children at the stage of early intervention and the impact on the child's performance.

The present study aimed to reveal the effectiveness of the counseling program-mail, and support to the families of autistic children in the design of educational plan individual and corresponding training needs of actual to their children with autism, and determine the extent of the impact is reflected in the performance of the child's autistic in every aspect of adaptive behavior and mental performance. The sample of the study (12) and mother of an autistic child who joined the sons of early intervention programs.

To achieve the objectives of the study was the application of the list of criteria clinical detection of disorder autism spectrum of Al-Ghamdi (2003), and the measure of Hiblr to estimate the behavior of the child autistic Arabization Shammari and Sartawi (2002), and the measure of adaptive behavior of Otaibi (2004), and the measure of intelligence to Goddard, and a list of estimating the efficiency of educational plan individual, and approach the stage of early intervention skills, and e-counseling program (prepared by the researcher).

Revealed the results on the effectiveness of counseling program-mail in the development plan design educational individual by the mother of an autistic child in the three groups ahead of record for the group of Foreign Affairs and the experimental group, and in a sign of the positive impact of the program. Register as autistic children in the experimental group improved in the dimensions of adaptive behavior. The recommendations of the study indicate the importance of work to intensify and develop outreach programs provided to the families of the category of autism and activate the communication technology revolution and software in it.

الإهداء

إلى من استقى من بحار عطائهم علمًا وأدبًا وفضلًا

إلى أساتذتي بقسم علم النفس بجامعة أم القرى..

وإلى من حققت بهم وبمعهم الانجاز والابداع والعطاء

إلى جميع منسوبات وأسر منسوبات الأمل المنشود..

الحمد لله عز وجل الذي إذا أعطى تفضل، وإذا أنعم أكرم، وإذا دعي أجاب، وإذا أبتلى مؤمنا لطف ويسر..

أتوجه تضرعا ورجاء إلى الله سبحانه وتعالى أن يتقبل مني إجتهادي العلمي والعملي في مجال ذوي الحاجات الخاصة وأن يجعل العلم شاهد لي، ولايجعله شاهدا على يوم ألقى وجهه الكريم. قال تعالي (وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ) التوبة/١٠٥. وبعد..

تيمننا بسنة الحبيب المصطفى صلى الله عليه وسلم الذي قال: (من لم يشكر الناس لم يشكر الله عز وجل) رواه احمدوالترمزي. فإنه يشرفني أن أتوجه بالشكر وجميل العرفان لسعادة المشرف العلمي الأستاذ الدكتور/ **عبد المنان بن ملا معمور بار**، على ماقدم من دعم وتوجيه ومتابعة للاستشارات العلمية المنوطة بالبحث مجال التخصص خلال فترة الاشراف لانجازه على الوجه الذي يرقى به لخدمة العلم والمجتمع، جزاه الله العلي القدير عني خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر لسعادة الأستاذ الدكتور/ **محمد بن حمزة السليماني**، وسعادة الدكتور/ **هشام بن محمد مخيمر** على مابذلاه من جهد ووقت لنقد وتقييم خطة البحث.

وأرفع شكري وتقديري لاعضاء لجنة مناقشة خطة البحث، سعاد الاستاذ الدكتور/ **محمد بن حمزة السليماني**، وسعادة الدكتور/ **هشام بن ابراهيم محمد عبدالله** على جميع الملاحظات العلمية الدقيقة التي دعمت الطرح العلمي، جزاهم الله عني خيرا الجزاء.

وأتشرف أيضا بتقديم الشكر وأسمى أيات الإمتنان للإخوة الأساتذة بجامعة الملك سعود قسم التربية الخاصة، سعادة الدكتور/ **إبراهيم المعيقل**، وسعادة الدكتور/ **أحمد التميمي**. والإخوة الأساتذة بجامعة الملك عبدالعزيز قسم التربية الخاصة سعادة الدكتور/ **فراس طقاطقة**، وسعادة الدكتور/ **يحي عبيدات**، وسعادة الدكتورة / **لطيفة العليات**، وسعادة الدكتورة / **لينا بن صديق**، وسعادة الاستاذة / **لبنى الشرفي**. لما قدموه من دعم وتوجيه، جزاهم الله السميع البصير عني خير الجزاء.

والشكر موصول حبا وعرفانا لسعادة الاستاذ والموجه التربوي **صابر المقبل** على مراجعة وتصحيح البحث لغويا جزاه العلي القدير عني خير الجزاء.

كما اتوجه بالشكر والدعاء لأطفال عينة الدراسة وأسرهم لتعاونهم في تطبيق اجراءات الدراسة، وادعوا الله لهم بالتوفيق والحفظ والسداد.

وأختم شكري وعظيم إمتناني إلى من رافقتني دعواتها أناء اليل وأطراف النهار، ضياء عيني وفجر أيامي **"أمي الحبيبة"** حفظك الله ووفقني إلى برك. وأتوجه بفيض من الدعاء والشكر العميق لزوجي **السيد نايف الحبشي** وأبنائي **وسام ومؤيد**، وإخوتي وأخص بالشكر إبنتي أختي الأستاذة **جيهان قطب** والاستاذة **وجدان قطب** على ماقدمتاه من جهد ودعم.

إليكم جميعا أساتذتي وأحبتي وأخوتي أهدي شكري وأمتناني ودعواتي بأن يحفظكم الرحمن.

الباحثة.

قائمة المحتويات

الموضوع	صفحة
مستخلص الدراسة (عربي)	أ
مستخلص الدراسة (إنجليزي)	ب
إهداء	ج
شكر وتقدير	د - هـ
قائمة المحتويات	و - ي
فهرس الجداول	ك
الملاحق	ل
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
- مقدمة	٢
- مشكلة الدراسة	٤
- تساؤلات الدراسة	٥
- أهداف الدراسة	٦
- أهمية الدراسة	٦
- مصطلحات الدراسة.....	٧
- حدود الدراسة	٨

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري	١٠
١- اضطراب طيف التوحد	١٠
- التعريف بالمصطلح في المجال النفسي.....	١٠
- تعريف اضطراب طيف التوحد ونسب الانتشار	١١
- الكشف عن اضطراب طيف التوحد.....	١٢
أولا: المعايير السلوكية للتشخيص	١٣
ثانيا: مؤشرات الكشف لدى الرضع	١٦
ثالثا: تقدير شدة اضطراب التوحد	١٧
- خصائص الأفراد المصابين بالتوحد خلال المراحل العمرية	١٨
- الاتجاهات الحديثة في تفسير الإصابة باضطراب طيف التوحد	٢٢
- الاتجاه التكاملي في علاج اضطراب طيف التوحد	٢٤
- المستوى الأول (علاج أحادي الاتجاه)	٢٥
- المستوى الثاني (علاج ثنائي الاتجاه)	٢٦
- المستوى الثالث (علاج متعدد الاتجاهات)	٢٦
- برنامج التدخل المبكر كمحدد لتطوير أداء فئة التوحد	٢٧
- البرنامج التربوي الفردي كنموذج محدد لأولويات التدريب لفئة التوحد ...	٣٣
- واقع الخدمات المقدمة لفئة التوحد بالمملكة العربية السعودية	٣٦

٢- **الإرشاد الالكتروني**	٣٧
- مفهوم الإرشاد في التربية الخاصة وأهدافه	٣٧
- الخصائص والمهارات المتطلبة في مرشد فئة التوحد وأسرهم	٣٩
- الخدمات الإرشادية المقدمة لفئة التوحد	٤٠
- أساليب الإرشاد التطبيقية مع فئة التوحد	٤٢
- مفهوم الإرشاد الالكتروني	٤٧
- أهداف الإرشاد الالكتروني	٤٨
- مجالات الإرشاد الالكتروني	٤٩
- مميزات الإرشاد الالكتروني	٥٠
- أنواع جلسات الإرشاد الالكتروني	٥١
- الأساليب الإرشادية والإرشاد الالكتروني	٥٢
- عناصر الإرشاد الالكتروني	٥٣
- نماذج الإرشاد الالكتروني في التربية الخاصة	٥٦
- تحديات التطبيق	٥٨
ثانيا: الدراسات السابقة	٥٩
ثالثا: التعقيب على الدراسات السابقة	٨٢
رابعا: فروض الدراسة	٨٧

الفصل الثالث: منهج وإجراءات الدراسة

- منهج الدراسة	٨٩
- مجتمع الدراسة	٨٩
- عينة الدراسة	٩٠
- أدوات الدراسة	٩٢
أولا: قائمة المعايير الإكلينيكية للكشف عن اضطراب التوحد	٩٢
ثانيا: مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي	٩٣
ثالثا: مقياس السلوك التكيفي	٩٦
رابعا: مقياس الذكاء الأدائي "جودارد"	٩٨
خامسا: قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية	٩٩
سادسا: منهج تطوير مهارات مرحلة التدخل المبكر	١٠٥
سابعا: برنامج الإرشاد الالكتروني	١٠٥
- إجراءات تطبيق الدراسة	١٠٨
- الأساليب الإحصائية	١٠٩

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- نتائج الفرض الأول	١١١-١١٢
- نتائج الفرض الثاني	١١٢-١١٣
- نتائج الفرض الثالث	١١٣-١١٤
- نتائج الفرض الرابع	١١٥-١١٧
- نتائج الفرض الخامس	١١٨-١١٩
- نتائج الفرض السادس	١١٩-١٢٠
- نتائج الفرض السابع	١٢١-١٢٣

الفصل الخامس: ملخص النتائج والتوصيات

- ملخص النتائج	١٢٥
- توصيات الدراسة	١٢٦
- الدراسات المقترحة	١٢٧

المراجع

أولا: المراجع العربية	١٢٩
ثانيا: المراجع الأجنبية	١٣٧

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
(١)	قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢).	٩١
(٢)	نسب اتفاق المحكمين على بنود مقياس قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية.	١٠٠
(٣)	قيم معاملات ارتباط درجة البند والدرجة الكلية لمقياس تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية.	١٠٢
(٤)	قيم متوسطات أداء معلمات التربية الخاصة وطالبات التربية الخاصة على مقياس قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية.	١٠٣
(٥)	قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١١١
(٦)	قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١١٢
(٧)	قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١١٤
(٨)	قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١١٥
(٩)	قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ومجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.	١١٦
(١٠)	قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد في المجموعات التجريبية والضابطة والخارجية على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١١٨
(١١)	قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة التوحد بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١٢٠
(١٢)	قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في جانب السلوك التكيفي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١٢١
(١٣)	قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة الذكاء بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني.	١٢٢

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة

مقدمة..

إن ثورة التكنولوجيا المضطردة في عالم الاتصالات تمثل محفزا للبحث العلمي في شتى المجالات، ويعكس مصطلح الإرشاد الإلكتروني أحد هذه الاتجاهات المطورة في مجال البحوث التربوية النفسية، والذي يوضح المزاوجة بين الاتجاه النظري والاتجاه التطبيقي الحديث.

وتقدم الدراسة الحالية برنامجا لتطوير استخدام التكنولوجيا في المجال التطبيقي لإرشاد ذوي الحاجات الخاصة، والذي يعد أحد الفروع المستجدة في مجال الإرشاد النفسي. وتركز الدراسة خاصة على أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد كعينة تطبيقية للدراسة الحالية، والذي يعد في الآونة الأخيرة من أكثر الاضطرابات شيوعا على مستوى العالم حيث تقدر الإصابة بـ ٨٨/١ طفل Centers for Disease Control and Prevention, (2010). وينتمي اضطراب طيف التوحد إلى الإعاقات النمائية التي تتباين شدة الأعراض فيها بين الأفراد المصابين به، وبذالك تتطلب كل من أسرة الطفل المصاب والحالة، نماذج وأساليب إرشادية متعددة تتلاءم مع طبيعة الاضطراب المتباينة. و قد مثل هذا الاضطراب لحقبة زمنية لغزا حير العلماء في إيجاد تفسير محدد للإصابة. وقد اتجهت البحوث العلمية مؤخرا إلى تضيق دائرة البحث، مسلطة الضوء بصورة أكبر على كل من الاختلال الجيني ومؤثرات التلوث البيئية وفعالية الجهاز العصبي الانعكاسي بالدماغ، كمحددات لتفسير الإصابة باضطراب طيف التوحد (شاتوك وآخرون، ٢٠٠٨: ٤).

وعلى صعيد البحث العلمي في العالم العربي، تبع ذلك زيادة مضطردة في الأبحاث التي تهتم بدراسة أثر التطبيق العملي للبرامج العالمية في البيئة العربية، مثل دراسة ذيب (٢٠٠٨) عن أثر التعليم المنظم في البيئة الصفية، واتجاهات بحثية أخرى اهتمت بضبط الجودة في البرنامج التربوي المنفذ في المراكز و المعاهد، مثل دراسة الزارع (٢٠٠٨). كما نشطت الدراسات البحثية في تقنين

المقاييس التي تدعم تشخيص السلوك التوحدي، مثل مقياس BEB-3 والذي تمت ترجمته والتدريب عليه تحت رعاية مركز والدة صاحب السمو الملكي الأمير فيصل بن فهد آل سعود.

وبتتبع الباحثة للإسهامات العلمية في مجال برامج التوحد، لمست ضعفا في ترجمة وتطوير البرامج الأدائية التي تحتوي على أنشطة مصممة على أساس علمي، مما شكل صعوبات متراكمة في تطوير المنهاج والخطط التربوية الفردية الخاصة بحالات التوحد، والتي تراعي خصائص فئة التوحد. وقد تضمنت توصيات المؤتمر الأول لمراكز التوحد في العالم العربي المنعقد عام (٢٠٠٨)، تأكيدا على أهمية دعم البرامج التدريبية و إعادة هيكلة برامج التربية الخاصة و البرامج الموجهة للأسرة على وجه الخصوص، كما ساند ذلك توصيات الملتقى العاشر للجمعية الخليجية للإعاقة والمنعقد في منتصف ابريل عام (٢٠١٠)، بدعوة الجهات الحكومية والأهلية إلى المساهمة الفعالة في تطوير البرامج التدريبية و التأهلية، مما يعكس أهمية الإنجازات البحثية التي تحقق في هذا المضمار.

وتعد الدراسة الحالية بعون الله تعالى امتدادا لدعم وتطوير الاتجاهات البحثية، والتي تهتم بتطوير برامج عملية تدعم إنجاز الأسر مع أبنائها من فئة التوحد، وتبنى على أساس الجمع بين الأسس العلمية المستندة إلى نظريات علمية مثبتة، والخصائص الخاصة بفئة التوحد، والخبرات الميدانية.

وتبنت الباحثة في هذه الدراسة البرامج التطويرية لبرنامج الفرد المصاب باضطراب طيف التوحد بالتعاون مع الأم واتخاذها شريكا محددا لأولويات العمل بعد توفير كافة المعلومات التي تمكن الأم من اتخاذ القرار وفق الضوابط العلمية، والتي تضمن تحديد الأولويات ومستوى القدرة والتسلسل النمائي لتطوير المهارات الأدائية، باستخدام آلية تمكن كلا من المدرب والأسرة الاستفادة من الثورة التقنية في مجال الاتصالات في القرن الواحد والعشرين..

ولعل تفرد الدراسة الحالية ينبثق من تحدي الواقع وفق معطياته، وذلك من خلال إيجاد حلول عملية تسهم في جعل ممارسات البحث العلمي تنعكس بصورة مباشرة في دعم بعض القضايا التي

تشكل تحديا للمجتمع، ويتحدد ذلك عن طريق استخدام الثورة التقنية في مجال الاتصالات. بالإضافة إلى أخذ خطوة إنتاجية في مجال البحوث العلمية. وتؤمن الباحثة بأن القفزة النوعية لتطوير مختلف الخدمات المقدمة لفئة التوحد كما وكيفا يمكن أن تتحقق شرط توفر الإرادة الحقيقية في الأطراف ذات الصلة، والمتمثلة في الأسرة والمدرب والمجتمع، سائلين المولى عز وجل التوفيق.

مشكلة الدراسة

أشارت هالة محمد (٢٠٠١)، و عزة الغامدي (٢٠٠٣) إلى قلة البرامج التدريبية المقدمة لأسر فئة الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد. وبمراجعة الأدبيات البحثية وجدت الباحثة إجماع الدراسات العربية على ندرة البرامج التدريبية التي تستهدف تدريب وإرشاد أسر فئة التوحد إلى كيفية التعامل مع أبنائهم، كما لمست الباحثة ذلك القصور من خلال عملها الميداني مع اسر فئة التوحد في مجال الإرشاد الأسري للحالات الخاصة.

وعلى ذلك تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في إعداد برنامج إرشاد إلكتروني لفئة التوحد في مرحلة التدخل المبكر، والكشف عن فاعلية تطبيق البرنامج الإرشادي الإلكتروني من خلال قياس أثره على تطوير أداء أمهات أطفال التوحد في تصميم نموذج خطة تربوية فردية والتي تضمن أهداف تدريبية وتعليمية تقابل الاحتياجات الفعلية لكل طفل.

وتطلع الباحثة إلى مناقشة المعوقات التطبيقية للبرنامج الإرشاد الالكتروني لكل من الأسرة والمختص في سياق الطرح من خلال الإطار النظري ونتائج الدراسة.

تساؤلات الدراسة

يمكن تحديد تساؤل الدراسة الرئيس في التالي:

ما مدى فاعلية برنامج الإرشاد الإلكتروني في دعم تصميم الخطة التربوية الفردية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات، هي:

١. ما درجة الفروق بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية؟
٢. ما درجة الفروق بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية؟
٣. ما درجة الفروق بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية؟
٤. ما درجة الفروق بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية (١)، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية؟
٥. ما درجة الفروق بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية ؟
٦. ما درجة الفروق بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة التوحد؟
٧. ما درجة الفروق بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة الذكاء، والسلوك التكيفي؟

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني، ودعمه لأسرة أطفال التوحد في تصميم خطة تربوية فردية تقابل الحاجات التدريبية الفعلية لأبنائهن التوحديين، ويمكن تحديد ذلك في النقاط التالية:

- الكشف عن فاعلية برنامج الإرشاد الإلكتروني في دعم تطوير خطة تربوية فردية لفئة التوحد.
- الكشف عن فاعلية العمل على برامج الإرشاد الإلكترونية مع أمهات فئة التوحد.
- الكشف عن الفروق بين أمهات أطفال التوحد في تطوير برامج خاصة لأبنائهن التوحديين.
- الكشف عن انخفاض درجة شدة التوحد على أطفال التوحد الذين تشارك أمهاتهم في تطبيقات البرنامج.
- الكشف عن الأثر الذي ينعكس على أطفال التوحد في كل من السلوك التكيفي، والذكاء نتيجة تطوير المشاركة الفاعلة للأسرة في تصميم البرنامج التربوي الفردي.

أهمية الدراسة

يؤكد أبوالحسن (٢٠٠٨) على أهمية التسويق الاجتماعي لبرامج تدريب أسر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد نظرا لقلة المراكز المتخصصة وتباين المستوى الثقافي للأسر وقلة البرامج التدريبية الموجهة لهم. وترجع أهمية الدراسة الحالية من الناحية النظرية إلى تقديم مصطلح جديد نسبيا في مجال علم النفس وهو "الإرشاد الالكتروني" بالإضافة إلى تقديم الدراسة في إطار يجمع بين علم النفس ومجال التربية الخاصة. كما تعد الدراسة الحالية الأولى من نوعها في هذا المجال من حيث الفكرة التطبيقية. وترجع جميع الإسهامات السابقة إلى استخدام تطبيقات الحاسب في برامج الإرشاد للخدمات الطلابية أو في حل المشاكل النفسية عن طريق الإرشادات المكتوبة من قبل المختص. كما أن جميع الدراسات التي قدمت برامج إرشادية لأسر فئة التوحد، مثل دراسة خطاب (٢٠٠٥)، وسمية

شرف (٢٠٠٦) اعتمدت منهجية أحادية التصميم من قبل المختص. وتسهم الدراسة الحالية بصورة مباشرة في رفع كفاءة دعم مشاركة أمهات فئة التوحد في تصميم وتنفيذ خطة تربوية فردية لأبنائهن المصابين بالتوحد، كما تدعم عمل المرشد الميداني في مجال التوحد في القطاع الخاص وأيضا بوزارة التربية والتعليم. أما من الناحية التطبيقية والعملية فتسهم الدراسة الحالية في التالي:

- تطوير برنامج يدعم المشاركة المزدوجة بين الأسرة والمختص في تطوير الخطة التربوية الفردية لفئة التوحد، وتقييم الإنجاز على الخطة التربوية الفردية بصورة قابلة للتطوير والتعديل.
- تقديم نموذج مطور من البرامج الإرشادية التدريبية يوظف الثورة التقنية في الحاسب الآلي.
- تقديم نموذج تطبيقي من البرامج الإرشادية يناسب الظروف الاجتماعية والمادية لأسر فئة التوحد، ويحد من معوقات قلة المختصين والبعد المكاني بين المختص والأسرة.
- تقديم نموذج للبرامج العملية التي يمكن أن تسوق بهدف رفع كفاءة التدريب لكل من الأسرة والمختص في مجال التربية الخاصة.

مصطلحات الدراسة

برنامج الإرشادي الإلكتروني Electronic Program Counseling: يعد هذا المصطلح مستحدثا في علم النفس الإرشادي لذوي الحاجات الخاصة. وهو أسلوب إرشادي متفرد يتضمن استخدام تقنيات الحاسوب لتحقيق أهداف العملية الإرشادية، مع مسترشد او أكثر. ويقصد به في الدراسة الحالية البرنامج المطبق عن طريق الحاسب الآلي، والذي يتضمن مجموعة من المهارات والإرشادات التي تطبق مع أمهات أطفال التوحد لدعم تطوير وتنفيذ خطة تربوية فردية لفئة التوحد.

الخطة التربوية الفردية Educational Individual Plan: هي خطة تصمم بشكل خاص لطفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية، بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة وفي فترة زمنية محددة (خولة يحي، ٢٠٠٥: ٣٤).

مرحلة التدخل المبكر Early Intervention Stag: يعرف التدخل المبكر في أدب التربية الخاصة في الطفولة المبكرة بمجموع الخدمات التربوية والخدمات المساندة المقدمة للأطفال من أعمار ٣-٥ سنوات، (الزريقات، ٢٠٠٩: ٢١). ويعرف إجرائيًا في هذه الدراسة بالمرحلة التي يتم فيها التدريب على المهارات الأدائية الأساسية في الجوانب الاستقلالية، والاجتماعية، والتواصلية، والحركية، والتعليمية ما قبل المنهجية.

التوحد Autism: يعرف American Psychiatric Association اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل (DSM-IVTR,2000: pp 70–71)، بأنه تأخر واختلال في تطور كل من التفاعل الاجتماعي التبادلي، والتواصل اللفظي، وغير اللفظي بشكل ملحوظ وغير طبيعي، مع وجود سلوك نمطي ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، على أن تظهر هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

وتعرف فئة التوحد إجرائيًا في هذه الدراسة، بأنها الحالة التي تسجل درجة دالة على قائمة الأعراض الإكلينيكية للكشف عن اضطراب طيف التوحد.

حدود الدراسة

تحددت الدراسة الحالية بالموضوع الذي تتناوله، وهو فاعلية برنامج إرشادي إلكتروني في تطوير أداء تصميم الخطة التربوية الفردية من قبل والدة الطفل التوحدي في مرحلة التدخل المبكر وأثر ذلك على أداء الحالة، كما تتحد بمجموعة الإجراءات التطبيقية والفئة المحددة لعينة الدراسة، وهم طلاب التوحد بمركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة، وبالفترة الزمنية خلال الفصل الدراسي الثاني لعام ١٤٣٢ هـ. وعلى ذلك فإن نتائج الدراسة يمكن أن تعمم داخل الأطر المشابهة للدراسة الحالية.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

١- اضطراب طيف التوحد.

٢- الإرشاد الالكتروني.

ثانياً: الدراسات السابقة

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة

رابعا: فروض الدراسة

أولا: الإطار النظري

١-اضطراب طيف التوحد

التعريف بالمصطلح في المجال النفسي

يشير مصطلح التوحد في التربية الخاصة إلى ذلك الاضطراب النمائي الذي ينحرف فيه نمو الطفل خلال السنوات الأولى من عمره عن تطوير أساليب تواصل موافقة لمستوى العمر الزمني لأقرانه، ويستمر في تطوير أنماط خاصة من التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي.

ومن خلال استقراء بحوث ودراسات الملتقيات والمؤتمرات العلمية المنعقدة، والتي يشرف عليها كوكبة من الباحثين المختصين بالمجال على المستوى المحلي والعالمي، أعتمد مصطلح التوحد ضمن عنوان الفعالية الرئيسي. فقد تم عقد الندوة الدولية الأولى عن التوحد واضطرابات النمو المماثلة عام (٢٠٠٤) بالرياض. وعقد الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي عام (٢٠٠٨) بجدة، كما تم عقد الملتقى العلمي السعودي للتوحد في مطلع عام (٢٠١٠) بالرياض بالتوافق مع فعاليات اليوم العالمي للتوحد، كما يزمع إقامة مؤتمر التوحد العالمي بالكويت عام (٢٠١٤) تحت مظلة منظمة التوحد العالمية.

ويقدم التركي (٢٠١٠) ترجمة المصطلح في المعجم الالكتروني تحت مسمى (الذاتوية - الانطوائية)، ويؤكد عكاشة (٢٠١٠) في حملة موسعة على المواقع الالكترونية المتخصصة والجامعية ذات الصلة لتأكيد ترجمة المصطلح (Autism) بإطلاق اللفظ العلمي الصحيح "الذاتوية"، وفق الترجمة العربية المعتمدة في التصنيف العالمي المراجعة العاشرة للأمراض النفسية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية، (شبكة العلوم النفسية العربية).

ولتضارب الاتجاهات بين المختصين في مجال التربية الخاصة والطب النفسي، أوضحت الباحثة ذلك، تحقيقا لعنوان الدراسة من الجانب العلمي والعملي. وتستعرض الباحثة في الإطار النظري المفاهيم المتعلقة بجوانب الدراسة من خلال طرح بعض المقارنات لتوضيح المفهوم والخصائص، بالإضافة إلى إدراج وجهة نظر الأفراد المصابين بالتوحد ذاتهم كتوجه حديث لفهم وتفسير اضطراب طيف التوحد.

تعريف اضطراب طيف التوحد ونسب الانتشار

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (2000:70-71) ، التوحد بأنه تأخر واختلال في تطور كل من التفاعل الاجتماعي التبادلي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي بشكل ملحوظ وغير طبيعي، مع وجود سلوك نمطي ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، على أن تبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

وتعرف منظمة الصحة العالمية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية (١٩٩٩: ٢٢٦)، التوحد بأنه اضطراب نمائي يعرف بوجود نماء غير طبيعي أو مختل أو كليهما، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات، وبنوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة، هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك المقيد التكراري.

وبذالك يتفق كل من المرجعين التشخيصيين على تعريف التوحد من خلال محددات سلوكية تضمن التواصل والتفاعل الاجتماعي والأنشطة والاهتمامات، وهو ما يتميز به التطور النمائي للطفل قبل سن الثلاث سنوات. و تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد American Society of Autism (2008) بأن اضطراب التوحد يؤثر على النمو السوي للدماغ في المراكز المسئولة عن الاتصال والتفاعل الاجتماعي والتطور الحسي، بينما تميز الجمعية الوطنية البريطانية للتوحد National

Autistic Society (2009) القصور في مهارة التخيل كأحد المحددات المتضمنة في تعريف التوحد، ويتفق مع ذلك الإمام والجوالده (٢٠١٠: ٢١).

وأوضح الصالحي (٢٠١١) تقدير تقريبي يشير إلى نسبة انتشار اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية بـ ١٨ في كل ١٠٠٠٠، أعلى قليلا من ١٣ في كل ١٠٠٠٠ التي أعلن عنها في البلدان المتقدمة. وفي مؤتمر مراكز التوحد في العالم العربي تم عرض نسب إصابة امتدت بين حالة لكل (١٠٠-١٥٠) حالة ولادة، وبمعدل نسب انتشار بين الجنسين وصلت إلى (٦- ٧: ١) ذكور إلى إناث، بعدما كانت نسب الإصابة سابقا (٤: ١)، (شاتوك:٢٠٠٨). وتظل معدلات الانتشار ثابتة باختلاف الثقافات، والتوزيع الجغرافي، والمستوى الاقتصادي (الصبي،٢٠٠٣).

وبحكم عمل الباحثة الميداني مع حالات التوحد، فقد طبقت مسحا إحصائيا أوليا ببرامج التدخل المبكر بمركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة بقسم التوحد منذ عام (٢٠٠٨) وإلى عام (٢٠١٢) ، أشارة نتائجه إلى تضاعف في عدد الحالات المصابة بالاضطراب في الذكور عنها في الإناث بنسب قد تفوق النسب المسجلة في الدراسات السابقة، وصلت إلى (١٠-١٢: ١) حالة .

الكشف عن اضطراب طيف التوحد

تؤكد الجمعية الوطنية البريطانية للتوحد (NAS/UK,2009) على أن اضطراب التوحد حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، ويعكس مصطلح اضطراب طيف التوحد autism spectrum المدى الواسع من الأعراض والذي يتباين من البسيط إلى الشديد. والذي يتضح في المدى المتباين من الأعراض السلوكية، والتباين في درجة الذكاء، ومستوى التطور النمائي، ومشاكل اللغة والتواصل، (Scott, 2008: 2). وبمراجعة الأدبيات البحثية تميز الباحثة ثلاثة اتجاهات مستجدة في الكشف عن التوحد، وهي:

أولا: المعايير السلوكية للتشخيص

اقترحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association, (2008) تعديل معايير تشخيص التوحد الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IVTR, (2000)، حيث تضمنت المعايير الحديثة لتشخيص التوحد في الإصدار المتوقع DSM-V, (2013) وجود كل من الأعراض المحددة في البنود١، ٢، ٣ على النحو التالي:

١- ضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي، والذي يتضح من خلال:

- قصور في مجال التواصل اللفظي كما يستخدم في مواقف التفاعل الاجتماعي.

- نقص في التبادل الاجتماعي والعاطفي.

- عدم تطوير "أو المحافظة" على علاقات مع الأقران بما يتناسب مع مستوى النمو.

٢- مدى ضيق من الاهتمامات وأنماط متكررة في السلوك والأنشطة تظهر في حالتين كأقل تقدير:

- حركات نمطية أو سلوكيات لفظية أو حسية غير طبيعية.

- الإصرار على أنماط متكررة من السلوك.

- ضيق مدى الاهتمامات.

٣- يجب توفر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد لا تتضح الأعراض تماما حتى تجاوز الحد الأدنى من استيفاء المتطلبات الاجتماعية.

وبمقارنة المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4TR, 2000)، وجدت الباحثة أن المعايير التشخيصية المتضمنة في إصدار (DSM-5) أوضحت التالي:

- اعتماد مصطلح اضطراب طيف التوحد ليشمل جميع أنماط الاضطراب.
- تضمين فئة أسبرجر Asperger syndrome كأحد أنماط التوحد عالية الأداء.
- دمج بنود التواصل والتفاعل الاجتماعي في مجال واحد.
- عدم اعتبار مظاهر العجز اللغوي محدد للتشخيص.
- اختفاء معيار السن كمحدد تشخيصي.
- وجوب توفر كل أو اغلب البنود لتحديد التشخيص بالإصابة.
- استبعاد اضطراب Reets من قائمة اضطرابات طيف التوحد.

وتؤكد لجنة الخبراء المشاركين في تطوير الدليل التشخيصي (DSM-5) أن دمج بنود التشخيص يسهم في تسهيل تشخيص الاضطراب بين الممارسين، كما أنه لاتوجد دلالة عملية لفصل مجالي التواصل والتفاعل الاجتماعي، فهما يظهران فعليا في سياق واحد من المواقف، وغير قابلين للتجزئة. واعتبرت اللجنة أن وضوح نمط محدد من السلوكيات والأنشطة غير الطبيعية في درجة الشدة و التكرار ومحدودية الاهتمامات محدد قوي يثبت التشخيص، American Psychiatric Association: 2008). وتبدو الحاجة ملحة إلى تدعيم الكشف الإكلينيكي بملاحظات كل من الأخصائي النفسي المتمرس، والمعلم المختص والتقارير الوالدية الوصفية لدعم التشخيص، حيث أن اعتماد المعايير آنفة الذكر تغطي مدى واسعا من الأعمار والمستويات اللغوية، غير أنها حادت عن توضيح تصنيفات محددة لمظاهر الاضطراب، بالإضافة إلى عدم دعم المعايير التشخيصية لتحديد درجة شدة التوحد.

وتضيف الباحثة.. إن تطبيق المعايير الحديثة يسهم إلى حد كبير في تقليل الحيرة بين المختصين في تقييم حالات التوحد ذات الأداء المرتفع، كون معايير التشخيص حصرت في بندين يتفقان مع طبيعة مظاهر الاضطراب بصورة واضحة، ومن الناحية العملية قد يواجه المختص غير

المتمرس صعوبة في تقييم الحالة، ولذلك تسهم مؤشرات التشخيص المعتمدة من قبل الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA) في توضيح التشخيص لكل من الأسرة والمختص بصورة أدق، كونها موضحة برسوم رمزية. وقد شملت الصورة الأولية (١٤) عرضا، وقدم العثمان (٢٠٠٧) ترجمة للأعراض التشخيصية لاضطراب التوحد في الصورة الثانية الصادرة من الجمعية الأمريكية للتوحد، و شملت (١٨) عرضا تضمنت:

- صعوبة في الاختلاط مع الأقران.
- الضحك والقهقهة بصورة غير مناسبة.
- ضعف أو انعدام التواصل البصري.
- ظهور عدم الشعور بالألم.
- البقاء وحيدا.
- لف/ تدوير الأشياء.
- التعلق غير الملائم بالأدوات.
- نشاط مفرط أو خمول بدني.
- عدم الاستجابة لطرق التدريس التقليدية.
- الإصرار على تكرار السلوك، ومقاومة التغيير في البيئة أو الروتين.
- عدم الخوف من المخاطر المحيطة.
- اللعب بطريقة غريبة ولفترة طويلة.
- ترديد الكلمات والعبارات بشكل آلي.
- عدم الرغبة في أن يحضنه أحد، أو يحضن أحدا.
- عدم الاستجابة للإيماءات اللفظية (التصرف كأصم).
- الصعوبة في التعبير عن الاحتياجات، واستخدام الإيماءات أو الإشارات بدلا من الكلمات.

- نوبات غضب شديدة دون سبب واضح أو منطقي.
- تفاوت في أداء المهارات الحركية الكبرى والصغرى (عدم القيام بركل الكرة، ولكن يمكن تركيب أو رص المكعبات).

ويظهر الأفراد المصابون عادة ما لا يقل عن نصف الصفات المدرجة أعلاه، ويكفي تحصيل (٩) نقاط من الأعراض إلى تأكيد تشخيص الإصابة باضطراب طيف التوحد.

ثانيا: مؤشرات الكشف لدى الرضع

يعجز الكشف الطبي عن تحديد سبب حدوث الاضطراب، ويظل اتجاه التقييم النفسي والسلوكي هو المعيار الأول لتأكيد حدوث الإصابة. فقد سجلت الدراسة التتبعية التي أجراها Saint-Georges, et al. (2010) ظهور الإصابة في الحالات التي تم فيها تحديد ضعف التواصل البصري كما وكيفا، وقصور الاستجابة لأسمائهم، وضعف تطوير الانتباه المشترك مع الأشخاص في سن (١٨ إلى ٢٤) شهرا. بينما أشارت دراسة Young, et al. (2009) إلى انخفاض معدلات التواصل بالعين في سن ٦ أشهر. وقدمت دراسة Bryson, et al. (2007) تقييما لمعدلات الذكاء في عمر (١٢- ٢٤- ٣٦) شهرا، حيث أشارت نتائجها إلى انخفاض عن المتوسط لدى الحالات المصابة باضطراب التوحد عنها لدى أقرانهم، بالإضافة إلى تحديد مؤشرات تمثلت في ضعف المشاركة الاجتماعية، وسلوكيات حركية حسية شاذة، ولمحة مزاجية تتسم بالتهيج والعصبية. وعلى صعيد المؤشرات الجسدية، سجلت دراسة Fukumoto, et al. (2008) وجود زيادة في وزن الرضع عن المعدل الطبيعي في سن ثلاثة أشهر، وصاحب ذلك زيادة في محيط الرأس في الشهر الأول والسادس و الثاني عشر، وصاحبه تناقص أيضا، مع الاطراد في النمو ليقاربوا أقرانهم من المستوى العمري نفسه. وأشارت نتائج دراسة Baranek, et al. (2005) إلى وجود نمو نمط حسي حركي مميز، مثل الحركات المكررة للساقين في سن ٩-١٢ شهرا، بالإضافة إلى تأخر النمو الحركي، مثل الحبو والمشي.

وتتفق الباحثة مع ما أشارت إليه Matson, et al. (2009) في أن المشكل الرئيس هو توفر أدوات للكشف المبكر عن الإصابة باضطراب طيف التوحد في سن الرضع تتسم بالحساسية والمصداقية، بالإضافة إلى التشخيص الفارق عن اضطرابات النمو الماثلة. وتمثل تطبيقات إجراءات الكشف المبكر لمستوى التطور النمائي في سن (٩-١٨) شهرا بصورة دورية، وعلى نحو خاص في مجال قدرات التواصل غير اللفظية محدد رئيس في الكشف عن الاضطراب في سن مبكر.

ثالثا: تقدير شدة اضطراب التوحد

أشار Perry, et al. (2009) إلى أن شدة الاضطراب قد تكون مرتبطة بعوامل متعددة، منها قصور التنشئة الاجتماعية وضعف أداء المهارات الاستقلالية. وبانخفاض شدة الاضطراب تتمايز المهارات الأدائية في الأداء العقلي و السلوك التكيفي. ويميز Munson, (2008) التباين في شدة التوحد بناء على التباين في مستوى الأداء العقلي. وتؤكد وفاء الشامي (٢٠٠٤: ٣٤) أن التباين في درجات اضطراب طيف التوحد من الحقائق العلمية المسلم بها في مجال البحث العلمي، ويعد مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS) والذي طوره شبلر وآخرون، من أشهر المقاييس التي استخدمت لتصنيف درجة التوحد في ثلاثة مستويات، تمتد من البسيط إلى متوسط الشدة إلى الشديد. ويتألف المقياس الكلي من (١٥) فقرة تضمنت كل فقرة منها أربعة تقديرات متدرجة من (١-٤). وتشير الدرجة (١) إلى أن السلوك عادي، في حين تشير التقديرات (٢،٤،٣) إلى أن السلوك يمتد بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي. ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (١,٥-٢,٥-٣,٥). وقد أظهر المقياس في صورته الأصلية وصورته المعربة دلالات صدق وثبات عالية، (الشمري، والسرطاوي، ٢٠٠٢: ٢٥-٣٧). وقد اشتمل المقياس على البنود التالية: الانتماء للناس، والتقليد والمحاكاة، والاستجابة الانفعالية، واستخدام الأشياء، واستخدام الجسم، والتكيف مع التغير، والاستجابة البصرية، واستجابة الاستماع، واستجابة واستخدام الذوق والشم واللمس، والخوف والقلق، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، ومستوى

النشاط، ومستوى ثبات الاستجابة العقلية، والانطباعات العامة. ووفقا لذلك يمكن تصنيف التوحد إلى ثلاثة مستويات:

- **توحد ذو أداء عال:** وهي الحالة التي تتحصل على درجة أدني بدرجتين معياريتين من منتصف مجموع درجات مقياس (CARS).
- **توحد ذو أداء متوسط:** وهي الحالة التي تتحصل على درجة منتصف مجموع درجات مقياس (CARS).
- **توحد ذو أداء منخفض:** وهي الحالة التي تتحصل على درجة أعلى بدرجتين معياريتين من منتصف مجموع درجات مقياس (CARS).

ويشير الدوسري (٢٠٠٨: ٥) في الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، إلى وجود العديد من المقاييس التشخيصية لاضطراب التوحد المترجمة في البيئة العربية، لكنها في الغالب نتيجة لأطروحات دراسات عليا لم تنشأ عن جهود عربية موحدة، وبالتالي لم تخضع للتمحيص للتأكد من ملاءمتها للبيئة العربية مما أنتج مجموعة من المقاييس بمشاكل متعددة في الترجمة أو التقنين. ويعد مقياس تشخيص التوحد عن طريق الملاحظة Autism Diagnostic Observation Schedule أحد المقاييس المعتمدة عالميا في تشخيص التوحد، وإن العمل جار على تقنين الجزء المترجم وترجمة الجزء الخاص بأطفال التوحد الناطقين بجهود مشتركة بإشراف مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة.

وتؤكد الباحثة على أنه في مجال التطبيق الميداني أصبح المختصون لايكتفون بتشخيص العرض، وإنما يوجهون اهتمامهم لتصنيف الفرد المصاب بالتوحد حسب الفئة التي ينتمي إليها لما لذلك من تأثير مباشر في تحديد مستوى البرنامج العلاجي والتدريبي. ويقدم العيتاني (٢٠٠٨: ١١) رؤية مستقبلية يمكن تصنيف اضطراب طيف التوحد على أساسها، وتشتمل على:

- طيف مصحوب بمستوى ذكاء منخفض.
- طيف مصحوب بتحسن وظيفي سريع.
- طيف يصيب الأطفال بين (١٥-١٩) شهرا من العمر.
- طيف مصحوب مع تغيرات خلقية مميزة في الملامح.
- طيف مصحوب مع ارتجاجات دماغية.
- طيف مصحوب مع خلل في وظائف الجهاز الهضمي.
- طيف مصحوب مع مشاكل في النوم، والتمييز الحسي.

ولعل هذه الرؤية تفسر، إلى حد ما، المدى الواسع في تباين الأعراض في طيف التوحد، وتعطي تفسيرات مبدئية لتنوع نتائج البحث العلمي في مجال الكشف عن الأسباب، وتدفع المختصين لتطوير برامج توافق المشكل في كل مجموعة.

خصائص الأفراد المصابين باضطراب التوحد خلال المراحل العمرية

قدم كل من وفاء الشامي (٢٠٠٤)، وخطاب (٢٠٠٥) وصفا لخصائص التوحد على مستوى جوانب النمو المتعددة، تستعرضها الباحثة في النقاط التالية:

- **الحالة العقلية:** يعاني صغار التوحد من مشكلة المعالجة التلقائية للمعلومات، إلا أن هذه المشكلة تتفاوت في الدرجة بين الحالات أثناء التطور النمائي خلال المراحل العمرية تبعا للقدرات الكامنة للحالة ونوعية الخدمات التي قدمت في مرحلة مبكرة من حياة الطفل.
- **التفاعل الاجتماعي:** تتسم طريقة اللعب لدى صغار التوحد بالنمطية وعدم المرونة، وتفشل معظم الحالات في تطوير أساليب مناسبة للعب مع الأقران في المراحل التالية بالرغم من وجدود رغبة بالمشاركة لدى الطفل يقابلها انخفاض واضح في فهم القواعد الاجتماعية.

- **اللغة والتواصل:** تظهر مشاكل متعددة في استخدام اللغة لدى فئة التوحد بدءا من استخدامها في التعبير عن الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة، وصولا إلى مشاكل متعددة في صياغة التركيب النحوي للجملة والمبادرة في استخدامها في مواقف التواصل الاجتماعي.
- **الخصائص النفسية والانفعالية:** يرتبط التعبير الانفعالي إلى حد كبير بالتطور الإدراكي، وأكثر مايميز انفعالات أفراد التوحد شدة وتباين ردة الفعل في إظهار الانفعال، بالإضافة إلى إظهار الانفعال بصورة غير متوافق مع الموقف.
- **التطور الحركي:** يتقارب النمو الحركي في المراحل الأولية إلى حد كبير مع النمو الطبيعي، وقد يلاحظ في بعض الحالات تأخر بسيط في الحبو أو المشي، ويبدو أن المشكل الأكبر هو في تباين كفاءة الأداء الحركي للحالة ذاتها. فمن المألوف في فئة التوحد أن نشاهد طفلا في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعد ذلك يجيد تركيب الأحجيات في حال عدم قدرته على مسك القلم أو ركل الكرة باتجاه محدد، بينما تمثل عدم المرونة في التوافق الجركي بين الجزء العلوي والجزء السفلي مشكلة شبة عامة بين أفراد التوحد بمختلف الأعمار.

وبالاطلاع على كتابات أفراد مصابين باضطراب طيف التوحد، أوضح (Schneide, 1999: 25-43) لجانب من الخصائص التي يتمتع بها، فعلى صعيد التواصل أكد على تفضيل البعد عن الاحتكاك بالناس وتفضيل التعامل مع الأجهزة والأشياء، بالإضافة إلى صعوبة فهم المعاني المترادفة لكلمة ما، كما أكد على انخفاض استقرائه لعقول الآخرين وعدم فهم منطقية مخاوف الأفراد من مواقف محددة، بينما يرى أن مايستدعى الخوف أو القلق هو عدم وضوح التنظيم، ويفضل التعامل وفق قوانين محددة. كما يرى أن علاقة الزواج هي تطور لعلاقة الصحبة، وأن مايثيره جنسيا هو التصور البصري بالدرجة الأولى وليس الموقف الحميمي في حد ذاته، ويؤكد على أن بعض المواقف، والتي تبدو عادية للبعض، قد تثير انفعاله بدرجة مبالغ فيها.

بينما عكست كتابات Blackman (2001) توضيح لادركها الفعلي لمحدودية فهم أفكار الآخرين وإيماءاتهم المتعددة، وصعوبة التواصل البصري إضافة إلى المشاكل الحسية المتعددة من الأصوات والملامسة. كما أوضحت أن العلاقات الاجتماعية بوجه عام، والتي تتطلب استخدام اللغة بطلاقة، تمثل ضغطا نفسيا عاليا بالنسبة لها.

ووصفت William (2004) ارتباطها وتمييزها للأشخاص على أساس حسي لا معنوي، كرائحة الشخص والأنشطة التي يمارسها. وعكست كتابتها في الأجزاء الأخيرة تعلقها بممارسة التفاصيل نفسها التي كانت تمارسها في مرحلتي الطفولة والمراهقة، مما يجعلها صعبة الفهم من قبل الأشخاص البالغين، ويظهر هذا السلوك تعلقها بالروتين. وعلقت أيضا في كتاباتها بان التعامل مع الحيوانات يمثل بالنسبة لها سهوله اكبر من التعامل مع الإنسان، وأنها لاتعتقد أنها ستكون قادرة على الإنجاب والاعتناء بالطفل، وربما تعكس نظرتها تلك تورطها في العديد من العلاقات الجنسية التي لم تكن تشعرها بالارتياح كما اتضح من تسلسل التجارب المكتوبة.

وسجلت Gerland (2003) وصفا لسلوكها خلال فترات متعددة من حياتها، حيث أوضحت ارتباطها ببعض السلوكيات النمطية في مرحلة الطفولة، مثل تلمس المنحنيات وتمسكها بنوع محدد من الأثاث. بالإضافة إلى سلوك العض كأحد وسائل التواصل مع الآخرين، بينما بدأت في فهم بسيط لنمط العلاقات في مرحلة المراهقة، فأدركت تعلقها بأختها التي تكبرها دون بقية أفراد العائلة وذلك لتلبية مطالبها من قبلها، وتابعت تعلقها بمظاهر سلوكها إلى مراحل متقدمة من حياتها مثل ارتباطها بأنماط محددة من الأكل، وخوفها المبالغ فيه من مواقف لا تستدعي الخوف، مثل الاحتفالات. وظهرت ملامح الأداء العقلي المتقدم لديها منذ الخامسة من العمر، فكانت تقرأ وتكتب جميع الحروف الأبجدية، وفي سن العاشرة برعت في الكتابة والقراءة، وواظبت على قراءة الشعر لاكتساب مفردات جديدة. ولم تشعر بالاستقرار إلا عندما عملت في مدرسة لرياض الأطفال وأصبح احتكاكها بعالم الكبار أقل.

ونستنتج من ذلك توافق وصف أفراد التوحد أنفسهم مع ما تم طرحه من خصائص ملاحظتهم، ولعل من أهم التوجهات التي يستوجب على الأسر والمختصين متابعتها هي تنمية وعي أفراد التوحد بمصادر الأخطار وطرق استغلالهم من قبل الآخرين، حيث يمكن أن يعكس تدني مستوى تفسيرهم لأفكار الآخرين كم من الجرائم التي يمكن أن ترتكب بحقهم، كما يؤكد الطرح السابق على أن أفضل مستوى معيشي ووظيفي لأفراد التوحد هو الذي يتضمن وضوح القوانين ومتابعة تنفيذ أنظمة العمل بصورة منتظمة.

الاتجاهات الحديثة في تفسير الإصابة باضطراب طيف التوحد

شكلت دراسات البحث عن أسباب الإصابة بالتوحد نواة للعديد من النظريات التي استند بعضها إلى قاعدة علمية، مثل مجموعة نظريات البيوفسيولوجية مقابل النظرية السيكولوجية، والتي تعد استنتاجات فرضية أكثر من كونها قائمة على المنهج العلمي. واتجهت الأبحاث في السنوات الخمس الأخيرة إلى بحث العلاقات الترابطية بين المسبب في الخلل الجيني وأثر ذلك على تطور الجهاز العصبي المركزي في مرحلة مبكرة من حياة الجنين داخل رحم الأم وأثناء التكوين الخلقي للجهاز العصبي، فقد قدم المعهد الوطني للصحة National Institutes of Health (2005:2-4) ملخصا يتضمن أدلة تؤكد أثر العامل الجيني كأحد المسببات الرئيسة لاضطراب التوحد، مشيرا إلى أن نسبة الإصابة بين التوائم المتماثلة تبلغ ٦٠- ٩٦% ، إضافة إلى أن نسبة تكرار الإصابة في العائلة التي لديها حالة توحد تمتد بين ٢- ٨%. كما أن هناك أكثر من ١٢ جينا تم رصدها وتحديد أدائها، وأشارت النتائج إلى تضرر كل من الجين المسئول عن التطور البنائي لجذع المخ والمخيخ، والجين المسئول عن منطقة الكلام، والجين المسئول عن تشكيل الهيكل العصبي للدماغ في مرحلة مبكرة من حياة الجنين من (٢٠- ٢٤) يوما. وأوضح التقرير أثر ذلك الاختلال على كل من التمثيل الغذائي، والنواقل العصبية في الدماغ و السلوك النمطي المتكرر. و أشارت النتائج إلى أن وجود الاضطراب في حال عدم توفر عامل الوراثة يرجع إلى طفرة جينية تحدث في مرحلة مبكرة من تكوين الجنين،

بينما قدمت دراسة Kellman (2010) توجها جديدا يربط بين زيادة السمية والتلوث البيئي وتأثير ذلك على الغدة الدرقية، والتي تؤثر بصورة مباشرة على الدماغ. وأكدت دراسة (Elizabeth & Loisa, (2007 على أن العجز في تطوير التكامل السمعي البصري سبب رئيس في العجز اللغوي وتأخر الكلام، ويشير Mullerl (2007) إلى أنه لا غني عن الدراسة التشريحية بصورة أدق لأجزاء الدماغ للتأكد من النتائج البحثية في هذا السياق وتوثيقها.

وتقدم الدراسات المستجدة في أبحاث الجنيوم البشري فهما أوضح لطبيعة مسببات اضطراب التوحد في القريب بإذن الله تعالى. ويقودنا الطرح السابق لحقائق مؤكدة عن سبب الإصابة باضطراب التوحد، تلخصها الباحثة فيما يلي:

- مسؤولية العامل الجيني عن اختلاف الأثر المسبب للخلل الجيني.
- العامل الوراثي عامل هام، لكنه غير معمم في الحالات جميعها.
- تأكيد حدوث الإصابة في مراحل مبكرة من التكوين الخلقي للجنين.
- ترشيح التوجه بان الطفل يولد وهو مصاب بالاضطراب.
- العامل البيئي عامل مساعد وليس مسببا للإصابة.

وتظل النظرية المعرفية نظرية العقل (Theory of Mind) إحدى النظريات التي تقدم تفسيرا و فهما أدق وأعمق للعجز في هذا الاضطراب، وتزاوج بين مايعكسه الأفراد التوحديون أنفسهم وبين النظريات البيوفسيولوجية. ويلخصها الزريقات (٢٠٠٤: ١١٧) بان الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد المتوحدون تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الدماغ من تكوين نظرية العقل، والتي تضمن عدم قدرة التوحدي على رؤية المواقف من وجهة نظر الأخر.

الاتجاه التكاملي في علاج اضطراب طيف التوحد

استعرض العديد من الباحثين الاتجاهات العلاجية لاضطراب التوحد وفق نوعية العلاج المقدم، والتي تتنوع بين العلاج الدوائي والعلاج السلوكي والعلاج النفسي والأسري، وتقسم الباحثة مداخل تطوير البرامج العلاجية الخاصة بفئة التوحد إلى:

١- **المدخل الكمي مقابل المدخل النوعي:** ويضم مجموعة البرامج التي تركز على كم التدريبات وعدد الساعات التي تعطى للطالب، مثل برنامج "لوفاس" Lovaas والذي يشترط إعطاء الطفل دون سن الخمس سنوات ٤٠ ساعة تدريبية في الأسبوع الواحد، مقابل برامج تطوير التواصل مثل برنامج "بكس" Becs والذي يهتم بنوع التدريب ومستوى المرحلة التي ينتقل إليها الطالب.

٢- **المدخل الفردي مقابل المدخل الجماعي:** وتعكس مجموعة البرامج التي تعتمد على استخدام التدريب من خلال المجموعة للحد من الأعراض غير المرغوبة وتوظيف السلوك، مثل طريقة "هيقاشي" والتي تعتمد على التدريبات الحركية والفنية المكثفة داخل مجموعات تنفذ في بيئات أقرب إلى البيئة الطبيعية، مقابل برامج تضمن جلسات التدريب الفردي بصورة رئيسة ضمن الجلسات العلاجية، مثل برنامج "تيتش" Teacch و الذي يعكس تدريب الطالب داخل بيئة منظمة ذات عدد محدود من الأفراد.

٣- **مدخل علاج الأسباب مقابل الأعراض:** ويرتكز هذا الاتجاه على مجموعة من النظريات التي تعتقد أن التوحد ذو منشأ عضوي نتيجة خلل في الجهاز الهضمي أو ترسب السموم في الدم، وبالتالي يعكس خضوع المصاب لسلسلة من البروتوكول العلاجي الذي يتضمن موازنة الاختلال العضوي كشرط أساسي للانضمام في البرامج العلاجية الأخرى. ويؤكد هذا الاتجاه على علاج المسبب العضوي قبل علاج الأعراض السلوكية، بينما تتجه بعض الممارسات العلاجية الأخرى إلى تخفيض حدة الأعراض واعتبارها مؤشرا للشفاء.

٤- **البرامج البحثية مقابل البرامج التجريبية:** صاحب الاهتمام بالتوحد طفرة في العديد من البرامج، والتي أخضعت لمجال الدراسة التجريبية وأثبتت فاعلية، مثل برنامج "لوفاس" و"تيتش" و"بكس" والتي طبقت أيضا في العالم العربي فقد قدمت بدرية بزبون، (٢٠٠٠) دراسة تجريبية لنظام "بكس"، بينما قدم ذيب، (٢٠٠٥) دراسة تجريبية لتطبيقات برنامج "تيتش" والتي عكست نتائج مماثلة لقريناتها في الدراسات الأجنبية. بينما ظلت برامج ذات فاعلية، مثل برنامج سن رايز والمستحدث من قبل والدي شاب توحدي، تقدم دلائل تجريبية فاعلة دون توثيق تلك النتائج بحثيا.

٥- **تقدير جوانب القوة مقابل جوانب الضعف:** يجمع هذا الاتجاه بين مختلف الاتجاهات العلاجية المتعددة، حيث يدرس بدقه نقاط الضعف في جميع جوانب النمو ويحدد التدخلات العلاجية المناسبة، وهذا مايطلق عليه في التربية الخاصة بخطة التعليم الفردي Individualized Education Plan. إلا أن تطبيقه يواجه عقبة رئيسة، وهي الحاجة إلى فريق متعدد التخصصات بالإضافة إلى الخبرة الميدانية المتخصصة والتكلفة التشغيلية العالية.

وتتفق جميع البرامج السابقة، مع اختلاف توجهاتها، على تنفيذ البرامج داخل بيئة منظمة وباستخدام أعلى درجات التواصل البصري، على أن يكون ذلك مخططا له بدقة وبشكل مسبق من قبل فريق العمل وبما يتناسب مع قدرات واحتياجات الأفراد المدرجين بالخدمة. وتطرح الباحثة نظرة شمولية **(الاتجاه التكاملي)** لعلاج التوحد انطلاقا من تحديد مستوى شدة الاضطراب ومدى تضرر الأداء الوظيفي على مستوى الجهاز العصبي والجهاز الحسي والجهاز الهضمي وتتمثل في الأتي:

- **المستوى الأول (علاج أحادي الاتجاه):** يركز هذا الاتجاه على استخدام البرامج التي تدعم التوافق بين مستوى المعالجة العقلية والإدراك الحسي، ما يتكفل بمرونة أعلى في استخدام مهارات التفكير المجرد ورفع كفاءة الأداء الأكاديمي. ويتطلب تطبيق جلسات دورية مع الأسرة لتطبق الأداء مع الابن، أو تطبيق جلسات دورية مع الحالة بمتابعة المختص، وتتضمن آلية البرنامج استخدام

أساليب التواصل البصري في رفع الأداء العقلي مما يحفز الضبط الذاتي. تنفذ آلية هذا البرنامج مع الحالات ذات الأداء فوق المتوسط وذات الأداء العالي، والتي لاتعاني من مشاكل عضوية.

- **المستوى الثاني (علاج ثنائي الاتجاه):** يتضمن هذا الاتجاه استخدام البرامج التي تطور من مستوى المعالجة العقلية والتكامل الحسي، ما يتكفل بتطوير القدرة على التعامل مع مواقف الحياة اليومية. ويطبق البرنامج بشكل شبه يومي بالإضافة إلى برنامج علاجي خاص يستهدف المشكل المرافق لعرض التوحد، ويتطلب المتابعة مع المختص الاستشاري، وتتضمن الآلية استخدام أساليب وأدوات التواصل في حل مشاكل التواصل المتعددة لدى الحالة وضبط وتوظيف السلوك. وغالبا ماتنفذ هذه الآلية مع الحالات ذات الأداء المتوسط ودون المتوسط، والتي تعاني من مشاكل في الجهاز الحسي أو الجهاز العصبي أو الجهاز الهضمي.
- **المستوى الثالث (علاج متعدد الاتجاهات):** يتضمن هذا الاتجاه استخدام البرامج التي تطور من الارتباط الشرطي والتكامل الحسي ما يتكفل بتطوير القدرة على انجاز الحد الأدنى من المهارات الاستقلالية الأساسية. ويتطلب تطبيق البرنامج بشكل يومي، كما يتطلب المتابعة مع فريق متعدد التخصصات لمتابعة المشكلات المستجدة، ويتضمن آلية استخدام فنيات تعديل السلوك المتعددة، وغالبا ما تنفذ مع حالات منخفضة الأداء والتي تعاني من مشاكل متعددة في الجهاز العصبي والهضمي، أو الجهاز العصبي والحسي أو الجهاز الحسي والهضمي.

وفي عموم الحالات يرتكز العلاج بصورة أساسية على علاج الأعراض العضوية إن وجدت، وتطوير برنامج خاص لكل حالة يتضمن أهدافا تطبيقية في جوانب النمو المتعددة تطبق حسب آلاليه المعتمدة في برامج التوحد العالمية، والتي تتضمن برامج تطوير التواصل وضبط السلوك و تطوير التكامل الحسي للحد من تطور الأعراض ومنعها.

برامج التدخل المبكر كمحدد لتطوير أداء فئة التوحد

تضمن القانون الأمريكي لذوي الإعاقات الذي صدر عام (١٩٩٠)، على تشريعات وتعديلات تضع الأساس لسياسة قومية للتدخل المبكر، (أودم وآخرون، ٢٠٠٣: ٣٣٠). ويعرف الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٨) برامج التدخل المبكر بأنها "جملة من العمليات التي يرجى منها تطوير قابليات الأطفال المعوقين الصغار في السن وقدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة"، ص٣١.

وفي أدب الطفولة المبكرة فإن مفهوم التدخل المبكر يحدد في الخدمات المقدمة للأطفال الرضع والأطفال حديثي الولادة وحتى سن عامين من العمر فقط. أما التربية الخاصة بالطفولة المبكرة فتعود على الخدمات التربوية والخدمات المساندة المقدمة للأطفال من أعمار ٣-٥ سنوات، (الزريقات، ٢٠٠٩: ٢١). وتتلخص أهداف التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة كما ذكرها كامل (٢٠٠٥: ٥٧- ٥٨) فيما يلي:

- يساعد على تهيئة المناخ المناسب لنمو الطفل.
- التركيز على مصادر القوة ة لدى الطفل وزيادة الثقة بالنفس.
- التركيز على الجودة في الأداء العام للأطفال، كل حسب عمره.
- التقليل من الآثار السلبية للإعاقات النمائية لدى الأطفال.
- تحضير الأطفال للدمج مع الأسوياء.
- العمل على إنشاء شبكات داعمة للأطفال وأسرهم.
- توعية المجتمع بتقديم خدمات التدخل المبكر.
- تخفيض العبء المادي على الأسرة.
- خفض تكلفة الخدمات المقدمة من خلال تقليص عدد مراكز وفصول التربية الخاصة.

كما أن التدخل المبكر يزيد من فرصة الطفل في التعلم والتطور في مختلف الجوانب النمائية، ويحسن من وظيفة وتفاعل الأسرة مع الموقف بشكل عام. وتبرز أهمية برامج التدخل المبكر في النقاط التالية:

- الحد من التأخر النمائي.
- الوقاية من العيوب الإضافية.
- ارتفاع المخرجات التدريبية المستقبلية للطفل.
- تطوير مسارات تدريبية متعددة.

وتتحدد نماذج التدخل المبكر في التالي:

- **التدخل المبكر في المركز:** ويتضمن هذا النموذج تقديم الخدمات من قبل فريق متخصص حسب ساعات الدوام المحددة للطفل.
- **التدخل المبكر في المنزل:** وفقا لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم من قبل مدرب متخصص يقوم بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات في الأسبوع.
- **التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:** تبعا لهذا النموذج يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سنا في المنزل وللأطفال الأكبر سنا في المركز.
- **التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات:** في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية إلى المركز مرة في الأسبوع بحيث يوكل التدريب لأولياء الأمور بعد تدريبهم من قبل فريق متعدد التخصصات.
- **التدخل المبكر في المستشفيات:** يستخدم هذا النموذج مع الأطفال صغار السن، والذين يعانون من مشكلات وصعوبات بالغة الشدة، بحيث تتطلب متابعة من قبل فريق طبي متخصص بالإضافة إلى أخصائي التربية الخاصة.

وعلى ذلك يمتد تقديم خدمات الطفولة المبكرة من الولادة إلى ماقبل سن المدرسة، وينتهي عموما عندما يدخل الطفل النظام المدرسي، (أوديم:٢٠٠٣: ٣٥٩). ويذكر ذيب (٢٠٠٨) البرامج الأكثر فاعلية حسب لجنة توصيات التدخلات التربوية للأطفال المصابين بالتوحد التابعة لمجلس البحوث الوطني في الوليات المتحدة الأمريكية (٢٠٠١) وهي:

- طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي.
- طريقة الضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة: علاج وتربية الأطفال التوحديين والأطفال ذوي الإعاقات التواصلية المصاحبة (التدريس المنظم).
- مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية.
- برنامج تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ماقبل المدرسة: ليب.
- نموذج دنفر في جامعة كولورادو- مركز العلوم الصحية.
- نموذج التدخل النمائي في جامعة جورج واشنطن- مدرسة الطب.
- برنامج الدعم الفردي في جامعة جنوب فلوريدا في تامبا.
- نموذج الاستجابات المحورية في جامعة كاليفورنيا في سانتا باربارا.
- برامج والدن للطفلة المبكرة في جامعة ايموري- مدرسة الطب.
- وحدة الأطفال في جامعة ولاية نيويورك في بنغهامتون.

وتتفق جميع البرامج المصممة أعلاه على أهمية التدخل المبكر، حيث قُدمت هذه البرامج في البداية للأطفال في عمر المدرسة الابتدائية، ثم أصبحت تقدم للأطفال الأصغر عمرا، وتطورت البرامج لتقدم خدماتها في مرحلة ماقبل المدرسة. كما أنها تتفق أيضا على أهمية دور الأسرة في تنفيذ وتعميم ومتابعة وتطوير أهداف البرنامج بصورة دورية مع المختص بينما تشترط بعض البرامج مشاركة الأسرة كمحدد في قبول تقديم الخدمة للحالة من قبل فريق العمل، ويعتبر الصمادي (٢٠٠٨)

ذلك من الخصائص الأساسية لبرامج أطفال التوحد. وقد حدد الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٨: ٤٥٢-٣٥٣) الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر في الجوانب التالية:

- **بالنسبة للطفل:-**
  - زيادة فرص النمو والتعلم.
  - تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل.
  - تعميم الاستجابات التي يتعلمها الطفل وزيادة احتمالية نقل أثر التدريب.
  - شمولية الخدمة ودعمها لحاجات الطفل.
  - دعم استقلالية الطفل.
- **بالنسبة للآباء:-**
  - اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل.
  - تحديد احتياجات الطفل في كل مرحلة عمرية.
  - جمع المعلومات الضرورية حول مصادر الدعم المختلفة في البيئة المحلية.
  - تطوير مقترحات عملية للتغلب على التحديات اليومية.
- **بالنسبة للأخصائيين:-**
  - تفهم أكبر لحاجات الطفل والأسرة.
  - الحصول على التغذية الراجعة التي تدعم تطوير البرنامج.
  - توفير الوقت المحدد للتدريب.
  - زيادة فرص نجاح تحقيق الأهداف التدريبية خارج نطاق البيئة التدريبية.

وقد أكد Dawson et al.(2004) & Kim (2004) على أن تبني برامج التدخل المبكر التي تتضمن أهدافا تطبيقية تشتمل على تطوير مهارات اللعب ومهام الانتباه المشترك، سوف يعزز القدرات التواصلية واللغوية لفئة التوحد، سواء كان التطبيق معتمدا من قبل الأسرة أو المختص على حد سواء. وأكدت هايدي العسكري (٢٠٠٨) على أهمية استخدام وسائل مساندة مرئية لتعزيز فاعلية البرامج التدريبية في مرحلة التدخل المبكر لفئة التوحد.

ومن الاستراتجيات الداعمة لتحقيق أهداف برامج التدخل المبكر أيضا، تكوين المجموعات الداعمة والتي غالبا ما تتضمن مجموعة من الآباء يرتبطون مع بعضهم البعض، ويدعم الأخصائيون قيادة بعض هذه المجموعات بهدف تقديم الدعم والإرشاد والمساعدة العملية لتخطي المعوقات النفسية والتدريبية. ولتحدي معظم المشاكل التي تواجه أطفال التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة، مثل ضعف تطوير الاهتمام المشترك واللعب الرمزي والانخراط في العديد من السلوكيات النمطية (Wong, 2006)، وصعوبة تنظيم السلوك الذاتي الموجه(Gomez& Baird, 2005) ، واضطرابات النوم، (Hoffman et al., 2005) إضافة إلى مشاكل التحفيز الحسي المتعددة، (Rogers et al., 2003)ونوبات الغضب والسلوكيات غير المتوافقة، (Matson et al., 2009) والتي غالبا ماتصيب الوالدين بالإحباط. وقد أشارت نتائج الدراسات الميدانية لتفعيل برامج التدخل المبكر لحالات التوحد والتي شاركت فيها الأسر على تأكيد تحقيق نتائج ايجابية نوجزها في التالي:

أولا: تخفيض حدة التوتر والقلق لأولياء الأمور، والأمهات خاصة.

ثانيا: تحقيق ارتفاع في نسب ذكاء أطفال التوحد.

ويتضح مما سبق الحاجة إلى تطوير البرامج لفئة التوحد في جميع المراحل العمرية، وفي مرحلة الطفولة المبكرة خاصة، للأسباب التالية:

- ارتفاع مستوى القلق والمخاوف لدى أولياء الأمور نتيجة صعوبات التواصل لدى أبنائهم التوحديين، (Konstantareas, 1988).
- ارتفاع مستوى الضغوط الوالدية، ولدى أمهات أطفال التوحد خاصة، (نادية ابو السعود، ١٩٩٧ و (Dabrowska & Pisula, 2010)، مقارنة بالإعاقات التطورية الأخرى من فئات الإعاقة العقلية، (Pisula, 2007)، (Estes et al., 2009).
- ارتفاع حدة المشاكل السلوكية لدى المصابين باضطراب التوحد (Hepburn & MacLean, 2009) وتدني الكفاءة الاجتماعية لديهم مقارنة بحالات الاضطرابات النمائية، (Griffith et al., 2010).
- ارتفاع وعي الأسرة بالخدمات التي تقدم لأبنائها من فئة التوحد، واهتمامها بتطوير طريقة التدريب عليها، (عبير آل الشيخ، ٢٠٠٢).
- تأثر العلاقات داخل الأسرة نظرا لعدم توفر معلومات حول أساليب التعامل مع الطفل التوحدي، (الغانم، ٢٠٠٨).
- انخفاض المشاركة الاجتماعية لأسرة الطفل التوحدي، (Lam, 2010).
- زيادة حدة المشاكل السلوكية وسؤ التكيف الاجتماعي لدى إخوة المصابين بالتوحد، (Quintero & Mcintyre, 2010).

وقد أكدت سميرة السعد (١٩٩٧) على أهمية التدريب على مختلف البرامج، وخاصة البرامج السلوكية والتواصلية. والعمل على تحفيز دور الأسر للقيام بمتطلبات التدريب، والأمهات خاصة، كونهن يقضين الوقت الأطول في علاج ومتابعة أبنائهن، (Blair, 1996). وكذا المحافظة الوثيقة على العلاقة بأبنائهن برغم إرتفاع الضغط النفسي، (Hoffman et al., 2009) ، وأوضحت نظمية سرحان (٢٠٠٨) أن أهم مداخل الرعاية الأسرية للطفل التوحدي تتمثل في:

- العلاج الأسري للعمل للارتقاء بالمستوى الوظيفي لأعضاء أسرة الطفل التوحدي، واستعادة التوازن بعد مواجهة مختلف الضغوط، وتصحيح مسار قنوات التواصل بين أعضاء الأسرة.
- نموذج التركيز على المهام للتعامل مع المشكلات بصورة منظمة للحصول على نتائج إيجابية.
- تعليم الوالدين وتدريبهم بصورة عملية، تمكن الوالدين من متابعة العمل مع ابنهم في المنزل.
- توفير خدمات الدعم المنزلي للأسرة بزيارة المختصين، بهدف إكساب الأسرة الخبرة للتعامل مع التغيرات الطارئة والمحتملة.

البرنامج التربوي الفردي كنموذج محدد لأولويات التدريب لفئة التوحد

أصبح البرنامج التربوي الفردي حجر الزاوية في التعليم الخاص منذ صدور قانون التعليم حق لجميع الأطفال المعوقين عام ١٩٧٥ بالولايات المتحدة. وقد أشارت التعديلات عام ١٩٩٧ إلى وضع آلية لتفعيل الأداء والحد من السلبيات أثناء التطبيق الميداني، (Drasgow, et al: 2001). وتعكس الخطة التربوية الفردية الجانب الأساسي في البرنامج الفردي، وهي عبارة عن بيان مكتوب يتألف من معلومات محددة، منها مستوى الطفل الحالي في الأداء التعليمي، وأهداف سنوية قابلة للقياس، وأهداف تعليمية تلبي احتياجات الطفل التعليمية، والخدمات المساندة والمعينات، والخدمات الإضافية، وتعديلات البرنامج أو الدعم المطلوبين لتمكين الطفل من الوفاء بالأهداف التعليمية والمشاركة مع الأطفال الأخريين، (أودم وأخريين، ٢٠٠٣: ٣٣٨). وتشكل الخطة التعليمية الفردية الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية، (خولة يحيى، ٢٠٠٦: ٤١). ويعرف خطاب (٢٠٠٩: ١٠٢) البرنامج التعليمي الفردي لفئة التوحد بأنه برنامج خاص مبني على فرضية أن لكل طفل توحدي احتياجات تعليمية خاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة. كما يحدد شروط البرنامج الجيد على النحو التالي:

- انسجام وتطابق داخلي: يحدد مدى استنباط أهداف البرنامج التعليمي مباشرة من الوضع الحالي لقدرات ومهارات واحتياجات الطفل.
- انسجام وتطابق خارجي: يحدد التوافق بين التطبيقات العلمية والأنشطة والتخطيط العام الذي يدعم تحقيق أهداف البرنامج.
- صياغة الأهداف التعليمية: وهو الجزء المحوري في البرنامج، والذي يجب أن يصاغ بدقة ووضوح، بحيث يعكس تقييمه مدى تحقق الهدف التعليمي بعد عملية التدريب.

ويؤكد الزارع (٢٠٠٨) على أن وجود الخطة التربوية الفردية والتي تتضمن وصفا لأداء الطفل الحالي في المجالات النمائية المختلفة، يعد أحد أهم معايير ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتشمل الخطة التربوية الفردية عددا من المكونات كما ذكرها الروسان (٢٠٠١: ١٠٠-١٠٢)، وهي:

- معلومات عامة عن الطفل والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة.
- تحليل الأهداف التعليمية إلى عدد من الأهداف التعليمية الفرعية.
- الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف.
- الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك.

ويحدد الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٤) أهمية العمل على إعداد الخطة التربوية الفردية في:

- ترجمة فعلية لجميع إجراءات القياس والتقويم لمعرفة نقاط القوة والضعف لدى الطفل.
- وثيقة مكتوبة تؤدي إلى تجميع الجهود المبذولة من ذوي الاختصاصات المختلفة.
- تعمل على إعداد برنامج محدد يقابل احتياجات الطالب الفعلية.
- ضمان إجراء تقييم مستمر للطالب وتطوير الخدمات المناسبة في ضوء ذلك.
- تحدد مسؤوليات كل مختص في تنفيذ ومتابعة الخدمات التربوية.

- تشرك أولياء أمور الطلاب كأعضاء فاعلين في فريق متعدد الاختصاصات.
- محك لإيضاح مدى فاعلية الخدمات المقدمة للطالب.

وينعكس دور التقنية بشكل فعال في توفير الوقت والجهد في تطوير البرنامج التربوي الفردي، فعلى سبيل المثال تقوم بعض البرامج المحوسبة بتخزين أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في المجالات المختلفة، ويستطيع المعلمون إجراء التعديلات التي يرونها مناسبة للطفل في ضوء المصادر التعليمية المتوفرة لهم، (بطرس: ٢٠١٠، ٧٦). ولعل من أهم الأسباب التي تدعم تحقق النتائج الإيجابية لبرنامج الخطة التربوية الفردية، ما يلي:

- إتباع آلية مشاركة الآباء مع المعلمين في تطوير بنود الخطة التربوية الفردية، (Ruble, et al: 2010).
- أهمية الاستعانة بأساليب دعم تدريس الأقران في تنفيذ الخطة التربوية الفردية، (Kohler, et al: 2006).
- تضمين مشاركة الاقتراحات والاهتمامات المقدمة من الطلاب في تطوير الخطة التربوية الفردية، في المرحلة الأكاديمية خاصة ، (Barnard-Brak & Lechtenberger , 2009).

وقد أكد Harris & Fagley (1987) في دراسة أولية درجة الارتباط العالية بين الانخفاض في حدة المشاكل السلوكية لدى فئة التوحد، مع التقدم في المجالات النمائية في كل من جوانب المهارات الاستقلالية والحركية والاجتماعية والأداء اللغوي، وهي في مجملها تمثل جوانب من برنامج الخطة التربوية الفردية، والتي أشار آل مطر (٢٠٠١) إلى تدني تطورها لدى فئة التوحد مقارنة بأقرانهم من المعاقين ذهنيا مما يعقوهم عن تطوير السلوك التكيفي. وفي ذلك تأكيد على أهمية تطوير برنامج الخطة التربوية الفردية بصورة مبسطة تستطيع الأسر متابعة تطويرها ذاتيا وبشكل فردي لدعم تطور أبنائها التوحديين، في ظل قلة المراكز المتخصصة وارتفاع تكلفة البرامج التدريبية، (الغانم، ٢٠٠٨).

واقع الخدمات المقدمة لفئة التوحد بالمملكة العربية السعودية

قدمت صاحبة السمو الملكي الأميرة فهده بنت سعود في المؤتمر الأول لمراكز التوحد في العالم العربي (٢٠٠٨) ملخصا للخدمات المقدمة في المملكة العربية السعودية بمختلف قطاعات الدولة، تضمنت:

- إقرار مجلس الوزراء السعودي بمشروع التوعية والتدريب حول اضطراب التوحد بأمر من خادم الحرمين الشريفين الملك عبدالله عام (٢٠٠٦).
- اعتماد التوحد ضمن الإعاقات التي تدعمها وزارة الشؤون الاجتماعية.
- اعتماد وزارة التربية والتعليم آلية تسهل على الطلاب التوحديين بالمراكز اجتياز الامتحانات الفصلية لنيل الشهادة أسوة بأقرانهم.
- تبني وزارة التربية والتعليم العام سياسة الإبتعاث بمسار التوحد في مرحلة الماجستير والدكتوراه.
- تبني الشؤون الصحية بالحرس الوطني تطبيق الكشف الطبي الدوري الشامل على أطفال التوحد في كافة أرجاء المملكة.
- تسهيل الخدمات في مؤسسات الدولة، مثل شركة الاتصالات والخطوط السعودية.
- اعتماد الدعم المالي من قبل هيئة الخبراء بمجلس الوزراء للحالات فوق سن (١٨) سنة.

كما قدمت الجمعية السعودية للتوحد والتي تم افتتاحها أوائل عام (٢٠٠٣)، ومازالت تقدم مجموعة من الخدمات التدريبية والتأهلية بفروعها المتعددة بالمنطقة الشرقية والغربية والوسطى، كان أخرها تفعيل حملة خادم الحرمين الشريفين الملك عبدالله للتوعية باضطراب التوحد باستضافة العديد من الخبراء الأجانب، كما تم افتتاح البرنامج التأهيلي لفئة الشباب فوق سن (١٦) سنة. وتتابع الجمعية أنشطة متعددة في مجال تقديم الورش التدريبية والمحاضرات التثقيفية بصورة دورية.

وبالرغم من جميع تلك الجهود كشفت دراسة السرطاوي وصفاء قراقيش (٢٠١٠) انخفاض درجة رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم المصابين بالتوحد، وأشارت إلى النقص الواضح في مختلف الخدمات التي تحتاجها أسر الأطفال التوحديين، وبشكل خاص توفير المعلومات حول حقوق الأسرة القانونية وأماكن توفر الخدمات للأطفال والأسرة، بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي وغيرها من الخدمات التربوية وفي مقدمتها الخدمات التعليمية والتخاطب.

وتؤكد الباحثة من خلال المسح الميداني المبدئي ونقاش المختصين أن حجم الخدمات المقدمة لا يتناسب مع النسب الإحصائية المتزايدة كما وكيفا، إضافة إلى عدم تناسب الخدمات المقدمة في القطاع الخاص مع دخل الأسر متوسطة الدخل، فقد أمتد الرسم السنوي للخدمة بين ٣٠- ١٢٠ ألف في السنة، وتظل عقبة التوافق بين المختصين والمسئولين في القطاع الحكومي وواقع الخدمات التي تحتاجها الأسر لأبنائهم من فئة التوحد تمثل أكبر المعوقات في سبيل تحقيق خدمة متكاملة لأفراد فئة التوحد.

٢- الإرشاد الإلكتروني

تطرح الباحثة هذا المحور من خلال التطرق إلى مفهوم الإرشاد في التربية الخاصة، مستعرضة الخدمات والاستراتيجيات والتطبيقات الخاصة بمسار اضطراب طيف التوحد، ومن ثم تطرح مفهوم الإرشاد الإلكتروني كأحد الأساليب الإرشادية المستحدثة لتطوير تقديم خدمات أكثر فاعلية للأفراد المصابين باضطراب التوحد، وذلك تجنبا لعرض المعلومات المكررة في مجال التخصص..

مفهوم الإرشاد في التربية الخاصة وأهدافه

تتعدد التعريفات الخاصة بالإرشاد النفسي وتتنوع، ولعل من أهمها أن الإرشاد النفسي في التربية الخاصة ما هو إلا مجموعة من الخدمات الإرشادية أو البرامج الإرشادية، التي يطلق عليها البعض اسم العلاج النفسي، بينما يسميها آخرون التوجيه النفسي، (عيد، ٢٠٠٦: ١٩٧).

ويمكن تعريف إرشاد المعاقين بأنه عملية مساعدة المعاقين، بحيث تتضمن تقديم الخدمات المختلفة، الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية، بهدف تمكينهم من التكيف النفسي والمهني والاجتماعي في الحياة، (عقل، ٢٠٠٠: ٤٠).

ويهدف الإرشاد النفسي للطفل في التربية الخاصة إلى تنمية ثقته في نفسه وفي البيئة التي يعيش فيها، من خلال مساعدته على إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والطمأنينة، والاعتماد على النفس، وحب الاستطلاع والإنجاز، وحصوله على الاستحسان و التقدير من الآخرين كي يشعر بالكفاءة، ويتكون لديه مفهوم الذات الطيب، (الداهري، ٢٠٠٥: ٢٧٠).

وتتفق الباحثة مع توجه الداهري، (٢٠٠٥: ٢٦٨) في أن تقدير خدمات الإرشاد النفسي في التربية الخاصة أكبر وأشمل من أن تكون جلسات إرشادية بين مرشد ومسترشد، ذلك لأنها تتضمن الجوانب التالية:

- دراسة الحالة.
- تشخيص وتقييم القدرات.
- إعداد و تقديم برامج الرعاية وتقويمها.
- توجيه الأسرة والمعلم.
- المتابعة في المنزل والمدرسة ومركز التدريب.

وبمقارنة مفهوم الإرشاد في التربية الخاصة والمفهوم العام للإرشاد نجد أنهما يتفقان على نوع الخدمة، وهي تقديم المساعدة للمسترشد. بينما يعكس المفهوم في التربية الخاصة تقديم المساعدة لكل من يتأثر ويؤثر في الحالة محدد أساسي لدعم نجاح العملية الإرشادية، وعلى ذلك يحتاج المرشد الذي يخوض مجال الإرشاد في التربية الخاصة إلى إعداد خاص.

الخصائص والمهارات المتطلبة في مرشد فئة التوحد وأسرهم

أشارت سميرة نجدي، (٢٠٠٦: ١٢) إلى التوجه الحديث نحو تقديم خدمات التربية الخاصة في بيئات أقل حدودا. و تعتبر المرحلة التمهيدية في هذا الاتجاه هي اكتساب المعرفة الأساسية بمجال العمل الذي يتضمن جميع حالات الإعاقة، (عبدالباقي، ٢٠٠١: ٢٥٥). وهذا يتطلب إعدادا خاصا، فبالإضافة إلى جميع المهارات التي يجب أن يتحلى بها المرشد على وجه العموم يحدد احمد، (١٩٩٦: ٦٧-٨٠) أبرز الخصائص الأساسية للمرشدين الذين يعملون في التربية الخاصة على النحو التالي:

- الميل إلى مخالطة وحب مساعدة الآخرين.
- تقبل واحترام الآخرين والثقة بقدراتهم الكامنة باختلاف مستوى الإعاقة.
- القدرة على الانتباه والإنصات باهتمام ومزاوجة استخدام الإيماءات المناسبة للموقف.
- دعم الحوار بالتواصل غير اللفظي.
- المتابعة الدقيقة لتعبيرات وجه المسترشد وطريقة الكلام.

كما أن القدرة على استقراء طبيعة العلاقة التفاعلية بين أفراد الأسرة محدد هام في فهم أبعاد مشكلة الابن المعاق في الأسرة. وتلخص الباحثة أهم المهارات التي يجب أن يتحلى بها المرشد الذي يتعامل مع فئة التوحد على وجه الخصوص على النحو التالي:

- **مميزات شخصية:** الصبر والنضج الانفعالي والتسامح وسرعة البديهة من الصفات الأصيلة التي يجب أن يتحلى بها المرشد في مجال التربية الخاصة، كون المرشد يتعامل مع حالات متباينة من حيث العمر، الشدة ومستوى المعالجة العقلية.
- **الخلفية العلمية والتدريبية:** تعد الركيزة الأساسية التي يتوقف عليها نجاح العملية الإرشادية من جانب المرشد، فتدريب المرشد كمعلم وتدرجه شرط أساسي لفهم تفاصيل إعداد البرامج، والتي تعد صلب العملية الإرشادية مع الحالات الخاصة، بالإضافة إلى التخصص الأكاديمي المسبق، كما

أن متابعة الاطلاع والنقاش حول المستجدات التطبيقية في مجال التربية الخاصة مع ذوي الاختصاص دافع لتميز أداء المرشد، هذا بالإضافة إلى الإعداد الأكاديمي المسبق.

- **الكفاءة الجسدية:** المرونة والكفاءة الجسدية والقدرة على سهولة الحركة والتنقل تدعم المرشد في تطوير مداخل متعددة للعلاقة مع الحالة، ذلك بحكم الحاجة للتنقل والقدرة على تقمص وتشكيل بعض الحركات حسب مقتضيات الخطة العلاجية.

وبالرجوع إلى الفئة المعنية في الدراسة الحالية وهي فئات اضطراب طيف التوحد، فإن توافر المهارات السابقة شرط أساسي لإتقان العملية الإرشادية. فالمواصفات الشخصية والتي تعكس الصبر والأناة مترافقة مع العلم و سعة الاطلاع، بالإضافة إلى المرونة الحركية، تسهل على المرشد القيام بمهامه باختلاف نوع ودرجة أداء العميل. كما أن التعامل مع حالات متباينة والاطلاع على التجارب المعاشة والمكتوبة، وبالذات من الأفراد التوحديين أنفسهم، ممكن أن يكفل للمرشد فهما أعمق لمشكلات الأفراد التوحديين وأسرهم، ودعما أقوى لدوره في العملية الإرشادية.

الخدمات الإرشادية المقدمة لفئة التوحد

وضح رندال وباركر (٢٠٠٢) أهم الخدمات التي تحتاجها أسرة أطفال التوحد للمساندة والدعم فيها، نلخصها في النقاط التالية:

- المعلومات المبدئية عن الأسباب و الأعراض و طرق العلاج المتعددة.
- توفير المعلومات العامة عن المراكز المحلية والدولية.
- الاعتبارات العاطفية والضغوط التي يتعرض لها الوالدان من قبل أفراد الأسرة أو المجتمع وكيفية التعامل معها.
- كيفية تعامل الآباء مع الأعراض الأولية للاضطراب والسلوكيات غير المرغوبة.
- الاحتياجات التدريبية للبرامج التعليمية المنزلية.

- أساليب تكيف الإخوة والطفل التوحدي.
- تطوير المهارات الاستقلالية الأساسية.
- ضبط السلوك النمطي والسلوك الغاضب.
- مفهوم الدمج والتطور التعليمي.
- الوعي بتطور السلوك الجنسي لفئة التوحد.

ولايتوقف الدعم على تقديم المعلومة وحسب، وإنما تطبق العملية في جو من النقاش يحاول المرشد فيه استنتاج أكبر قدر من المخاوف أو المشاكل الضاغطة التي تتعرض لها الأسر، بل يسهم المرشد المتخصص في استقراء المشاكل المستقبلية، ويكون له دور فاعل بالتعاون مع الأسرة في التخطيط لوضع أكثر آمان لجميع أفراد الأسرة عن طريق المعلومة الموثقة والحديثة، وتقديم التدريب العملي وتلمس النتائج الايجابية وتتبع النتائج السلبية وتطوير البرنامج المناسب. ومن الأهمية بمكان أن يكون المرشد على علم ودراية بتنوع الأساليب العلاجية والتدريبية ومستجدات العلم في هذا المجال، لاكتساب ثقة الأسرة ودفع العملية الإرشادية نحو تحقيق أهدافها. ويحدد بطرس، (٢٠٠٧: ١٩٨-٢٠٢) الخدمات الإرشادية المقدمة لفئة التوحد على النحو التالي:

أولا: خدمات الإرشاد الأسري والتربوي..

أن طبيعة تطور الاضطراب متباينة ومختلفة ولذالك فإن الأولوية تحدد البدء بالتعليم والتدريب وفق أساليب تتوافق مع طبيعة الاضطراب، وتتضمن التدريبات التالية:

- التدريب على الانتباه والتواصل البصري.
- التدريب على المحاكاة اللفظية بالصوت والكلمة.

وبالتالي فإن ذلك يتضمن التدريس وفق آلية محددة ومنظمة تستند على مبدأ التعاقد السلوكي والاشراط الإجرائي و التعزيز.

ثانيا: خدمات الإرشاد العلاجي..

وهذا الخدمة لا تضمن بالطبع وصف أنواع الأدوية العلاجية، وإنما الاطلاع على أعراض أكثر الأمراض شيوعا، مثل الصرع، والدراية بأنواع العقاقير المستخدمة والأعراض السلبية الناجمة عنها كي يستطيع المرشد التوجيه والمتابعة. كما يتضمن الإلمام بأساليب العلاجات البديلة كي يتسنى للمرشد توضيحها و تحذير الأسر من أن يقعوا فريسة لغير المتخصص، ويحذر أيضا من التعلق بآمال بعيدة عن الواقع.

وإضافة لما ذكر سابقا، تضيف الباحثة بعدا أخر للخدمات المطلوب من المرشد الإعداد لها والإلمام بمتطلباتها، وتتمثل في التالي:

ثالثا: خدمات التوعية المجتمعية والبرامج التدريبية..

يعد المرشد المتخصص من أفضل الأشخاص الذين يمكن أن يسهموا في توعية المجتمع بأهمية الكشف المبكر، والعمل على البرامج التدريبية لفئة التوحد، والتوعية بدور المؤسسات المجتمعية وأفراد المجتمع إزاء الفرد التوحدي وأسرته، وذلك بحكم احتكاكه المباشر بهذه الفئة والتي توفر له الخبرة بمتطلبات الحالة والأسرة.

أساليب الإرشاد التطبيقية مع فئة التوحد

يقسم الداهري، (٢٠٠٥: ٢٣٩- ٢٥٤) الاستراتجيات الإرشادية التطبيقية في مجال التربية الخاصة إلى: استراتجيات إرشادية للطفل غير العادي، وللآباء وللمدرسين. وتعبر عن الخطوات الإجرائية المنفذة من قبل المرشد، تستعرضها الباحثة من خلال دمجها بالأساليب التطبيقية المستخدمة مع فئة التوحد، وبالرجوع إلى خبرة الباحثة في الميدان العملي:

١. **إرشاد فئة التوحد:**

وهو أسلوب يحدد مجموع الخطوات التي يطبقها المرشد مع الفرد المصاب باضطراب التوحد، وتتحدد في الآتي:

- تحديد مبدئي لقدرات الفرد التوحدي من جميع جوانب النمو.
- الكشف عن مستوى أداء المهارات وتحديد جوانب القوة والضعف.
- تحديد الأهداف الشخصية للمسترشد (هناك أنماط من أفراد التوحد قادرة على تحديد أهدافها، وفي حال عدم قدرة المسترشد ينوب المرشد عنه في هذه الخطوة بالتعاون مع الأسرة) وتقييم مدى واقعية تطبيقها.
- تحديد المتطلبات اللازمة لتنفيذ العملية الإرشادية والتخطيط لها، من حيث الوقت والمكان وطبيعة البرنامج والأفراد المشاركين.
- مساعدة المسترشد وفريق العمل المساند - إن وجد - على تصحيح التوجهات و مواجهة التحديات بأسلوب علمي قابل للتجريب والقياس.
- متابعة وتقويم الخطة العلاجية.

وإن من أكبر التحديات التي يواجهها المرشد هو الموازنة بين المداخل العملية مع حالات التوحد ذات الأداء العالي، والذين تتسم حالتهم العقلية بدرجة عالية من الحرفية في تفسير المواقف وفهم اللغة.

٣- **إرشاد الآباء:**

تترجم هذه الأساليب في ثلاثة اتجاهات رئيسة، على النحو التالي:

١. حاجات تتعلق بالآباء أنفسهم، وتتمثل في الكشف عن استعداداتهم وقدراتهم، من حيث القدرة على المساهمة الإيجابية في البرنامج، بالإضافة إلى الكشف عن اتجاهاتهم نحو أنفسهم ونحو أبنائهم التوحديين.

٢. حاجات تتعلق بالآباء نحو أبنائهم، وتتمثل في البرامج التدريبية والمعلومات والمواد والأنشطة المتصلة ببرامج فئة التوحد.

٣. حاجات تتعلق بمعرفة الفرص والمصادر المتاح استثمارها في المجتمع لمصلحة الأبناء التوحديين.

ويطبق المرشد ذلك من خلال سلسلة من المقابلات الإرشادية المخطط لها بمرونة تشبع احتياجات الأسر المشاركة واحتياجات كل أسرة على حدة من خلال سلسلة من الخيارات والبدائل المطروحة في جلسات الإرشاد الفردي أو الجماعي.

٤- إرشاد المعلم:

يقوم المرشد بدور جوهري يمثل حلقة الوصل بين الأسرة والمعلم، حيث ينظم ويدير البرامج التي تتعلق بكيفية التعاون المثمر بين الآباء والمعلم من جهة وبين الحالة من جهة أخرى. وينفذ المرشد دوره من خلال التالي:

- تشخيص الحالة ورسم الخطة العلاجية.
- تجهيز المعلومات التي يحتاج إليها المعلم في مختلف المراحل العمرية لفئة التوحد.
- التخطيط للمستقبل التربوي والمهني للحالة بالرجوع إلى تقييم وقياس المهارات الأدائية والعقلية، والعمل على تسهيل تنفيذ الخطة بإجراء الاتصال بالجهات المعنية.
- التخطيط للخدمات الانتقالية والخدمات المساندة.

ويثمر دور المرشد في هذا الاتجاه إذا تم الإعداد له مع الأخذ بالحسبان وضع استراتجيات متعددة تلائم المعلمين الذين يتعاملون مع حالات التوحد باختلاف تأهيلهم العلمي وإعدادهم المهني وخبراتهم الميدانية وكفاءاتهم التدريسية وسماتهم الشخصية على أسس علمية مدروسة.

٥- إرشاد الإخوة والأسرة الممتدة:

يقدم عبيدات، (٢٠٠٧: ٨٥)، توصيات للحد من الآثار النفسية والاجتماعية لإخوة الفرد المصاب بالإعاقة، وتتضمن التالي:

- تقديم المعلومات اللازمة لإخوة ذوي الاحتياجات الخاصة، عن حالة أخيهم بما يتناسب مع المرحلة العمرية التي يمرون بها، وفي وقت مبكر من العمر.
- إطلاع إخوة ذوي الاحتياجات الخاصة على البرامج العلاجية والتربوية المقدمة لأخيهم، وإشراكهم في هذه البرامج، وفي عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بشأن أخيهم.
- تزويد إخوة ذوي الاحتياجات الخاصة بآليات التعامل السليم مع إخوتهم، وطرق تفريغ شحناتهم الانفعالية ومشاعرهم السلبية، وتوعية الوالدين بتأثيرات الإعاقة المحتملة على الإخوة، وتزويدهم بطرق التعامل السليم مع أبنائهم، وتخفيض حجم المسؤوليات الملقاة على عاتقهم.
- مراعاة احتياجات إخوة ذوي الاحتياجات الخاصة النفسية والانفعالية من قبل والديهم، ومحاولة تلبية هذه الاحتياجات قدر الإمكان.
- تنظيم برامج التدخل الإرشادي والنفسي لدى إخوة ذوي الاحتياجات الخاصة، والإناث خاصة، للتخفيف من مستوى مشاعر الخوف التي قد تصيبهم نحو إعاقة أخيهم، والتركيز على إخوة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية والتوحد.
- مساعدة أسرة المعاق بما فيها الإخوة على التخلص من مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع، وتدريبهم على مهارات مواجهة نظرة المجتمع السلبية نحو الإعاقة، وبناء الاتجاهات الإيجابية نحوها.
- تشكيل مجموعات الدعم الذاتي المؤلفة من إخوة ذوي الاحتياجات الخاصة، بهدف إسناد ودعم الإخوة، والاطلاع على تجارب وخبرات بعضهم البعض، وتبادل الأفكار حول إعاقة إخوتهم والبرامج المقدمة لهم.

وعلى ذلك يمكن تقديم الخدمات الإرشادية من قبل المرشد للإخوة وأفراد الأسرة الممتدة في اتجاهين:

- **الاتجاه الأول:** اتجاه مباشر يوجه من قبل المرشد اتجاه إخوة الفرد المصاب باضطراب التوحد أو أي من أفراد الأسرة الممتدة مثل الجدة، والعمة...، وجها لوجه خلال الجلسة الإرشادية.
- **الاتجاه الثاني:** اتجاه غير مباشر يوجه من قبل المرشد اتجاه أحد الوالدين أو كليهما لينقله وفق الأسلوب العلاجي المتفق عليه خلال الجلسة الإرشادية للإخوة وأفراد الأسرة مثل أنماط محددة من التدريبات او فنيات ضبط السلوك.

٦- استراتجيات إرشاد المجتمع:

تمثل خدمة التوعية والتثقيف عن أنماط اضطراب التوحد وكيفية الكشف المبكر وأساليب الرعاية والدعم للحاله أو للأسرة من الأدوار التي يجب أن يعد لها المرشد مسبقا، إعدادا يتوافق مع زيادة الأعداد المصابة بالاضطراب، وارتفاع وعي الأسرة بضرورة تطبيق البرنامج التدريبي في الأماكن الطبيعية وعدم عزل ابنهم المصاب بالتوحد. ويمكن للمرشد دعم وتثقيف المجتمع من خلال المشاركة في المحاضرات التثقيفية وعمل مطويات توضح الأماكن التي يمكن أن تقدم الدعم الطبي والتأهيلي لفئة التوحد، وشرح البرامج التطبيقية وفنيات تعديل السلوك. وبناء على ما سبق ومن خلال الممارسة الميدانية في العيادة الإرشادية، فإن الباحثة تحدد أهداف الإرشاد لفئة التوحد على النحو التالي:

- هدف أولي موجه لحالة الفرد المصاب بالتوحد، ويتمثل في دعم تطوره تربويا ومهنيا وانفعاليا وأدائيا إلى أقصى حد تسمح به قدراته.
- هدف تطبيقي موجه لأسرة الحالة، ويتمثل في تقديم وتسهيل وصول الأسرة للمعلومات التي تحتاج إليها في أي مرحلة من مراحل نمو حالة الابن المصاب باضطراب التوحد نظريا وعمليا، ومساعدتها على زيادة الاستبصار بمشكلاتها وتطوير طرق عملية لحلها.
- هدف ضمني، ويتمثل في توعية المجتمع وتقديم المعلومات التي تدعم البحث العلمي.

ويقترب دور المرشد لفئة التوحد من دور المرشد في أسلوب الإرشاد المباشر، والذي يتسم بالفاعلية والتوجيه المباشر للعملية الإرشادية، وتقع عليه مسؤولية التخطيط للبرنامج العلاجي وانتقاء الأساليب المناسبة لتنفيذ الخطة العلاجية. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى طبيعة العميل (الوالدين) واللذين قد يكونا إما فاقدين للمعلومة والطرق العلمية للتعامل مع الابن، أو إلى (الحاله) المصابة بالتوحد والتي تفتقر إلى تطبيق مهارات ما وراء المعرفة، وهي إحدى المستويات العليا في التفكير التي تدعم استبصار المسترشد بطرق حل مشكلاته.

مفهوم الإرشاد الالكتروني

يقصد **بالإرشاد النفسي** أحد قنوات الخدمة النفسية التي تقدم للأفراد والجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعوق الفرد والجماعة، وتعوق توافقهم وإنتاجهم، بهدف إحداث تغيير في النظرة والتفكير والمشاعر والاتجاهات نحو المشكلة ونحو الموضوعات الأخرى التي ترتبط بها، بحيث تمكن الفرد من اختيار السلوك الأنسب الذي يحقق له التوافق ويشعره بالكفاية والرضا، (كفافي، ٢٠٠٥: ٢١٧).

ويقصد **بالتعليم الإلكتروني** أسلوب وتقنيات التعليم المعتمدة على الإنترنت لتوصيل وتبادل الدروس ومواضيع الأبحاث بين المتعلم والمدرس، وهو مفهوم تدخل فيه الكثير من التقنيات والأساليب و اعتماد الأقراص المدمجة للتعليم، (الملاح، ٢٠١٠: ١٣).

ولحداثة وعدم تطرق المراجع البحثية المختصة لمفهوم موضوع الدراسة، تدمج الباحثة مفهوم الإرشاد النفسي و مفهوم التعليم الالكتروني معا لاستنتاج **مفهوم الإرشاد الإلكتروني** والذي يقصد به أسلوب إرشادي متفرد يتضمن استخدام تقنيات الحاسوب لتحقيق أهداف الجلسة الإرشادية، مع مسترشد أو أكثر.

أهداف الإرشاد الإلكتروني

يؤكد الخطيب، (٢٠٠٥: ١٣) على أهمية استخدام التكنولوجيا لتطوير وتفعيل البرامج التربوية والتأهيلية والخدمات المساندة المقدمة للأطفال والشباب ذوي الحاجات الخاصة. وتتبنى وجدان الكحيمي وآخرون، (٢٠٠٧) وجهة نظر تقسيم أهداف الإرشاد النفسي إلى:

- **الهدف الإنمائي:** يقصد بالإنماء "دعم النمو الطبيعي، الذي يتجه بالفرد إلى النضج من خلال التركيز على الاتجاهات الايجابية في الأفراد وتعزيزها من خلال الأنشطة والخبرات الملائمة، بالإضافة إلى محاولة التغلب على المعوقات والمشكلات التي تحول دون سير عملية النمو في مجراها الطبيعي في اتجاه النضج والسوية"، ص ٥٩.

- **الهدف الوقائي:** يسعى الجانب الوقائي إلى "تشكيل دارع مناعي ضد بعض المشكلات السائدة للفئات العمرية المستهدفة، ووضع تصور صحيح لأنسب طرق التعامل مع تلك المشكلات بهدف الوقاية منها"، ص ٦٠.

- **الهدف العلاجي:** يعتمد الهدف العلاجي على "التشخيص الدقيق بغرض دراسة المشكلة من جوانبها كافة للوصول إلى أسبابها الحقيقية ودواعي ظهورها والظروف التي ساعدت على نشأتها وتفاقمها"، ص٦١. ومن ثم التخطيط لبرنامج علاجي وفق خطة مدروسة من قبل فريق العمل.

وتتوافق أهداف الإرشاد الإلكتروني مع الأهداف العامة للإرشاد النفسي في المستوى الأول والثاني، فهناك العديد من المواقع الإلكترونية المتخصصة، والتي يندرج تحت خدماتها تحقيق الهدف الإنمائي والوقائي، إلا أن تطبيق المستوى الثالث يحتاج إلى موازنة بين البرامج التقنية عالية الدقة وخبرة المتخصص في مجال الإرشاد.

مجالات الإرشاد الإلكتروني

حدد عبدالسلام وآخرون، (١٩٩٧: ٣٨- ٣٩) مجالات الإرشاد النفسي:

- الإرشاد التربوي: وهو ذلك النوع من الإرشاد الذي تقدم فيه المساعدة للطالب من خلال اكتشافه لقدراته وميوله ثم توظيفها في تشخيص مشكلاته التربوية.
- الإرشاد المهني: حيث تقدم فيه المساعدة للفرد من أجل النجاح في اختيار مهنته واتخاذ القرارات والاختيارات الضرورية للتوافق المهني.
- الإرشاد الزواجي: وفيه تقدم المشورة للأزواج لمساعدتهم في تخطي المشكلات الناجمة عن الزواج، أو في مساعدة الأفراد على الاختيار الأمثل لشريك الحياة.
- الإرشاد النفسي: وهو تلك المساعدة المقدمة للأفراد الذين يعانون من بعض المشكلات النفسية التي لم تصل بعد إلى حد الاضطراب النفسي الشديد.

وتمثل كل تلك المجالات جوانب احتياج أساسية لإرشاد فئة التوحد وأسرهم. ففي المراحل المبكرة تحتاج الأسرة إلى جلسات إرشادية مكثفة حول طريقة تفعيل البرنامج المناسب للابن، كما تحتاج في المراحل العمرية اللاحقة إلى التوجيه المناسب حول المجال المهني المستقبلي الموافق لقدرات الحالة، ويحتاج أفراد التوحد ذوو الأداء العالي إلى دعم ومساعدة في المراحل المتعددة للزواج لتحقيق التوافق الزواجي والتوافق المهني، ويمتد احتياج كل من أفراد الأسرة وأفراد التوحد للمرشد المتخصص لدعمهم في تحدي المشكلات النفسية الناتجة عن الأعراض السلوكية المتلازمة لاضطراب التوحد خلال المراحل العمرية. ويعد أسلوب الإرشاد الإلكتروني أحد الأساليب الناجعة لدعم ذلك وعلى نحو خاص مع وجود مواقع متخصصة مزودة بالتجارب التفصيلية والصور التي تدعم الخطة العلاجية من قبل المرشد أثناء العملية الإرشادية. ويوضح الخطيب، (٢٠٠٥: ١٣٧) أن من

الممارسات التطبيقية الهامة للحاسب في التربية الخاصة التقييم والقياس، وهو أحد الخدمات الأساسية في مجال الإرشاد، وحددها في:

- التقييم الدينامي Dynamic Assessment: وهو رصد معدل التطور في الأداء.
- الاختبارات محكية المرجع Criterion-Referenced Testing: تحديد مستوى الطالب بالرجوع إلى قوائم محددة.
- القياس المبني على المنهاج Curriculum-Based Measurement: يعكس مستوى الأداء الحالي للطالب في بعد معين من أبعاد المنهاج.
- التقييم السلوكي Behavioral Assessment: ويعكس سلوك الطالب في موقف ومكان محدد.
- التفكير والعمليات المعقدة Thinking and Complex Processes: وهو مستوى الأداء العقلي بالاعتماد على المعرفة الأكاديمية.

مميزات الإرشاد الإلكتروني

تتمثل احد أهم مزايا استخدام الحاسوب في مجال التربية الخاصة في الطبيعة الفردية للتعليم عبر الحاسوب، (مرزوق، ٢٠١٠: ٣٥٩). وتحدد الباحثة مزايا الإرشاد الإلكتروني في التطبيق الميداني للعملية الإرشادية بمجال ذوي الحاجات الخاصة في التالي:

- تجاوز قيود الزمان والمكان في العملية الإرشادية.
- مراعاة الفروق الفردية بين المسترشدين.
- إتاحة الفرصة للمسترشدين في للتفاعل الفوري إلكترونيا لتبادل الخبرات.
- سهولة الوصول إلى المرشد خارج أوقات العمل الرسمية.
- استخدام أساليب أكثر دقة في تقييم أداء المسترشد من خلال رسوم المتابعة البيانية.
- تخفيض الأعباء الإدارية من خلال سهولة نقل وتخزين المعلومات إلكترونيا.

- الاستغناء عن السجلات اليدوية والتي تشغل حيزا، واستبدالها بالأقراص المدمجة.
- تعميق التواصل بين أسرة المركز والمنزل.
- تبادل المعلومات العلمية مع ذوي الاختصاص.
- سهولة تقديم استشارات جماعية من قبل فريق العمل للمسترشد.
- توفير مستوى عال من الخصوصية للمسترشد.
- التغلب على ندرة المختصين.
- توفر تطبيقات تناسب المجتمعات المحافظة.
- مواكبة روح العصر .

أنواع جلسات الإرشاد الإلكتروني

تقسم الباحثة أنماط جلسات الإرشاد الإلكتروني حسب نوع الاتصال إلى:

أولا: جلسة الإرشاد الإلكتروني "المباشرة"

وهي جلسة تعقد بين مرشد و مسترشد أو أكثر، شرط أن يكون جميع الأطراف على اتصال مباشر في ذات الوقت عن طريق الإنترنت، إما عن طريق النقل المباشر بالصوت والصورة معا، أو بالصوت أو عن طريق خدمة المراسلة الفورية (الماسنجر).

ثانيا: جلسة الإرشاد الإلكتروني المسجل "غير مباشر"

وهي جلسة يتم فيها تبادل التواصل بين مرشد ومسترشد أو أكثر من خلال خدمة البريد الإلكتروني (الإيميل). حيث يتم إدراج مرفقات مرئية أو صوتية أو كتابية أو كلاهما مجتمعين، ويتم تبادل استلامها من قبل الطرفين حسب وقت التفرغ.

وتتميز جلسة الإرشاد الإلكتروني المباشر عن جلسة الإرشاد الإلكتروني المسجل بتفعيل التفاعل بين المرشد والمسترشد بصورة أقرب إلى الإرشاد التقليدي، كما يمكن تطبيق نمط جلسات الإرشاد الجماعي والثنائي، بينما يتميز النمط الثاني بإمكانية الإرسال والاستقبال في أي وقت، موفرا بذلك مرونة أكبر للمسترشد في عملية الإرسال والاستقبال وتسهيل التواصل بما يتناسب مع متغيرات الزمان والمكان بالنسبة للمرشد والمسترشد. وتقتصر تطبيقاته على جلسات الإرشاد الفردي.

الأساليب الإرشادية والإرشاد الإلكتروني

تتعدد طرق الإرشاد النفسي طبقا للنظريات المختلفة السائدة في هذا المجال، وطبقا لظروف الموقف الذي تحدث فيه العملية الإرشادية، (كفافي، ٢٠٠٥: ٢٨٤). وبالرجوع إلى مجمل الأدبيات في مجال **الإرشاد استُنتجت** أنماط الأساليب الإرشادية التي تتوافق مع تطبيقات نمط الإرشاد الالكتروني، وهي:

- **الإرشاد المباشر:** هو الأسلوب الإرشادي الذي يستخدم الفنيات المباشرة. يقوم المرشد في هذا النمط بالأدوار الإيجابية الأساسية، بدءا من تشخيص المشكلة ورسم الخطة العلاجية وانتهاء بالتنفيذ والمتابعة.
- **الإرشاد الانتقائي:** هو أسلوب ينفتح على جميع الطرق الإرشادية ويجمع بين مزاياها، وينتقي في تطبيقاته ما يتوافق مع الموقف بسلاسة.
- **الإرشاد العرضي:** يحدث بشكل عرضي وغير مقصود، وغالبا مايتعرض له المرشد في الحالات الطارئة.
- **الإرشاد المختصر:** هو أسلوب يركز على حل المشكلة في أقصر وقت، ويهدف إلى التخفيف من الصدمة النفسية الآنية دون التعمق في الأسباب الدفينة.

وعندما تتبع الباحثة منهج محمد، (٢٠٠٧: ٤٠٣) في تقسيم أساليب العلاج إلى أساليب دينية ودنيوية، فإن أسلوب الإرشاد الديني يعد قاسما مشتركا مع جميع الأساليب الإرشادية السابقة، والذي يجب أن يستشعره المرشد أولا حتى يتمكن من توظيفه في الوقت والمكان المناسبين خلال العملية الإرشادية، ومع أفراد أسرة فئة التوحد خاصة.

عناصر الإرشاد الإلكتروني

حدد الملاح (٢٠١٠: ١٨٢-١٨٧) عناصر التعليم الإلكتروني، بما أمكن الباحثة أن توظفها في مفهوم الإرشاد الإلكتروني، على النحو التالي:

- **أجهزة الحاسب**: يجب أن يكون لدى المسترشد جهاز حاسب يمكن استخدامه فيما يشبه العزلة الالكترونية.
- **شبكة الإنترنت**: والتي لها خدمات أساسية على النحو التالي:

- البريد الإلكتروني (E-mail.moe.gov.jo): والذي يعد خدمة لتبادل الرسائل بين الأفراد والمؤسسات بسرعة وكفاءة عالية باستغلال إمكانيات الشبكات المختلفة.
- نقل الملفات (file transfer protocol): والتي يمكن عن طريقها حفظ المعلومات والتقارير وتبادل الملفات مما يسهل تنظيم وحفظ المعلومات الخاصة بالعميل وسرعة الوصول إليها وتبادلها مع المختصين.
- الاتصال عن بعد بالحاسبات (Telnet): تتيح هذه الخدمة لأي مشترك الاتصال بالشبكة والاتصال بالحاسبات المختلفة على مستوى الشبكة وتنفيذ برامجه من خلالها، كما تمكن من الوصول إلى قواعد البيانات مباشرة والتفاعل معها، مما يسهل على المرشد الاطلاع عليها وتحديث المعلومات، كما يسهل على العميل التواصل والمتابعة والتعليق.

- المنتديات العالمية: والتي يمكن من خلالها التواصل الفعال مع المنتديات المحلية والعالمية للإفادة حسب الخطة العلاجية المحددة من قبل المرشد. وفيما يلي نماذج للمواقع ذات التخصص في مجال التوحد:

مواقع عربية :

http://www.saudiautism.com/ الجمعية السعودية للتوحد، توفر روابط للجمعيات العالمية وأسماء الكتب المتخصصة

http://www.se.gov.sa/ الإدارة العامة للتربية الخاصة، تقدم برامج وإحصائيات.

- http://www.childguidanceclinic.com/ عيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال لـ د. رابية حكيم، تقدم استشارات طبية وتوضح المراكز التي تقدم خدمات لفئة التوحد بالمملكة.
- http://www.dubaiautismcenter.ae/ مركز دبي للتوحد، يقدم برامج لفئة التوحد.
- http://www.q8autism.com/ مركز الكويت للتوحد، يقدم برامج للعمل مع فئة التوحد بالإضافة إلى توفير الكروت وأجهزة التواصل.
- http://www.autismlebanon.org/ الجمعية اللبنانية للتوحد، يقد برامج مصورة للعمل مع فئة التوحد.
- http://www.elazayem.com/ موقع د . أبو العزم، يقدم برنامجا مقترحا للمركز.
- http://www.khass.com/ المنتدى السعودي للتربية الخاصة، يقدم مناقشات متخصصة.
- http://www.moudir.com/ ملتقى التربية والتعليم، يقدم مواضيع متخصصة.
- http://www.werathah.com/ منتدى عام لذوي الاحتياجات الخاصة.
- http://gulfkids.com/ar/ أطفال الخليج ذوو الاحتياجات الخاصة، يقدم طرق سلوكية لعلاج مشكلات الأكل والنوم والحمام.
- http://www.autismonline.org/ أوتيزم أون لاين، خط مفتوح للاستشارات الطبية.
- http://www.4uarab.com/vb/archive/index.php/f-166.html أرشيف أخبار التوحد.

مواقع صور التواصل:

- http://www.do2learn.com/ يقدم صور برنامج بكس.
- http://www.trainland.tripod.com/ يقدم صور تواصل الحياة اليومية.
- http://www.mayer-johnson.com/ يقدم برنامج صور البورد ميكر.
- http://www.youtube.com- autism/ موقع لتحميل وعرض مقاطع فديو.

مواقع أجنبية:

- http://www.nationalautismcenter.org/
- http://www.autism.net/
- http://www.autismtreatmentcenter.org/
- http://www.autismtoday.com/

- **الشبكة الداخلية**: وهي إحدى الوسائط التي تستخدم في تبادل التطبيقات مع توفر الإشراف المباشر دون التواجد في مكان واحد.
- **القرص المدمج**: ويمكن من خلاله تجهيز البرنامج من المرشد وتحميله من المسترشد، مثل مقياس السلوك التوافقي والسلوك اللاتوافقي.
- **الكتاب الإلكتروني:** هو اختصار لمئات الأوراق التي تظهر بشكل كتاب تقليدي في قرص مدمج، بحيث يوفر جهد البحث والاستعارة، وقد يستعين المرشد بذالك في حال تكليف المسترشد بالواجبات المنزلية. ومن المواقع الجيدة في تحميل كتب التوحد موقع "شبكة أطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة".

نماذج الإرشاد الالكتروني في التربية الخاصة

يوضح الكريم وخطاب (٢٠١٠: ٩٦-٩٧)، أن الإطار العام للبرنامج الإرشادي يتحدد من خلال الإجابة على التساؤلات التالية: لمن صمم هذا البرنامج، ولماذا صمم البرنامج، وماذا سنستخدم من أدوات، وكيف سنستخدمها، ومتى سيتم التنفيذ وماهية وسائل المتابعة..؟؟.

ويلخص الشهري (٢٠٠٣: ٥١-٦١)، الخطوات العامة في عملية الإرشاد النفسي في إحدى عشرة خطوة. تبدأ بالإعداد لعملية الإرشاد النفسي، ثم تتسلسل في خطوات تتباين بين جمع المعلومات وتحديد الأهداف وتوضيح وتقويم وتصحيح مفهوم العملية الإرشادية في ذهن المسترشد، وصولا إلى تشخيص المشكلة وتنفيذ الجلسات الإرشادية، وانتهاء بحل المشكلة والتقويم والإنهاء والمتابعة.

ويذكر الشناوي (١٩٩٥: ١٩٦) الخطوات العملية في نموذج ويليامسون ودارلي وتتضمن ست خطوات محددة:

- التحليل Analysis: جمع المعلومات عن العميل.
- التركيب Synthesis: تنظيم البيانات لفهم مشكلة العميل.
- التشخيص Diagnosis: تحديد المشكلة.
- المآل Prognosis: التنبؤ المستقبلي للمشكلة.
- الإرشاد Counseling.
- المتابعة Follow-up.

وهو نموذج يركز بشكل رئيس على التشخيص الفارقي، كما أن الخطوات ليست جامدة في هذا التتابع وإنما يمكن أن تكون هناك تداخلات وانعكاسات، (عبد السلام، ١٩٧٧: ١٨٠). ويتبع الإرشاد الإلكتروني خطوات الإرشاد النفسي ذاتها، ويتميز عنه باعتماد طريقة التطبيق التقنية. ويمكن أن نميز بين نموذجين في الإرشاد الإلكتروني من منطلق طريقة بدء التنفيذ وهما على النحو التالي:

أولا: نموذج الإرشاد الإلكتروني ذي البداية التقليدية:

يبدأ بتحديد موعد بعيادة الإرشاد النفسي من قبل ولي الأمر وبحضور الحالة، ويتم في المقابلة تسجيل البيانات الأولية، وتقييم الحالة تقييما أوليا، يكشف فيه عن أسباب المشكلة ويشخصها، ومن ثم تحال متابعة الخطة العلاجية المتفق عليها عن طريق البريد الإلكتروني.

ثانيا: نموذج الإرشاد الإلكتروني ذي البداية الإلكترونية:

يتم تعبئة نموذج خاص وإرساله عن طريق البريد الإلكتروني من قبل ولي الأمر بعد التوقيع بالموافقة على الشروط المحددة من قبل المرشد مسبقا، ومن ثم يتلقى العميل إفادة بوصول الطلب، وتتم متابعة كل من التقييم والتشخيص والخطة العلاجية عن طريق التواصل بالبريد الالكتروني.

وتلعب التقنية دورا هاما في مراحل التقييم والتشخيص، بحيث يمكن إرسال مادة مسجلة تغني عن حضور الحالة لعيادة الإرشاد بالإضافة إلى الاختبارات وقوائم الشطب. ومن المواقع العربية الرائدة في هذا المجال موقع "الطب النفسي والإرشادي للأطفال".

تحديات التطبيق

برغم كل المميزات التي توفرها تطبيقات الإرشاد الالكتروني، إلا أن التطبيق الميداني باستخدام الإنترنت يفرض معوقات محددة يذكر بطرس، (٢٠١٠: ٧٢) منها:

- التكلفة المادية: ارتفاع التكلفة المادية بالنسبة للمؤسسة في مرحلة التأسيس، وبالنسبة للأفراد في توفير الأجهزة والاشتراكات الخاصة بتفعيل الخدمة.
- المشاكل الفنية: انقطاع الخدمة لسبب ما يشكل صعوبة وإهدار في وقت كل من المرشد والمسترشد على حد سواء.
- اتجاهات المسترشدين نحو استخدام التقنية: فالعديد من المسترشدين مازال ذا خبرة محدودة في استخدام الوسائط التي تسهل نقل وتبادل المعلومات.
- الدقة والصراحة: فلا يوجد لدى المرشد ما يؤكد صحة المعلومات سوى البيانات المسجلة.
- كفاءة المرشد والمرونة في التعامل لتفعيل الفكرة.

ولعل من أهم الحلول العملية هي تكثيف التدريب المهاري الفني للمرشدين على رأس العمل لرفع الكفاءة المهنية، بالإضافة إلى عقد دورات وورش عمل دورية للأسر وذويهم لدعم المتابعة الدورية لابنائهم. وعلى حد خبرة الباحثة المحدودة في هذا المجال، فقد طورت بعض الشركات برامج للتواصل ذات كفاءة عالية مثل: Tango, Skype والتي تمثل بديل تواصل منخفض التكلفة مقابل أساليب التواصل الأخرى. كما أن الثورة التقنية في تطوير الأجهزة أنتجت وسائل اتصال متعددة صغيرة الحجم، مثل iPad ، iPhone قدمت بدائل عملية للتغلب على بعض المشكلات آنفة الذكر.

ثانيا: الدراسات السابقة

تسنى للباحثة ولله الحمد المشاركة في العديد من المؤتمرات والملتقيات العلمية المتخصصة كان أخرها مؤتمر إعاقات النمو الدولي (٢٠١١). ومن خلال مناقشة المختصين، وبالإضافة إلى البحث من خلال محركات البحث العالمية المتخصصة بالمجال التربوي فقد تم تجميع الدراسات المتضمنة في الدراسة الحالية. وقد قامت الباحثة بعرض الدراسات التي توفرت لديها من خلال محورين رئيسين، اشتمل الأول على استعراض الدراسات ذات الصلة ببرامج التدخل المبكر لفئة التوحد، بينما اشتمل المحور الثاني على استعراض البرامج الإرشادية والتدريبية الموجهة لأسر وأمهات أطفال التوحد على وجه الخصوص، وقد اعتمد العرض حسب التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث على النحو التالي:

أولا: الدراسات ذات الصلة ببرامج التدخل المبكر

- هدفت دراسة Harris (1991) إلى الكشف عن أثر برامج التدخل المبكر في تحسين نسبة الذكاء والأداء اللغوي. وتكونت عينة الدراسة في المجموعة التجريبية والضابطة من (٩) أطفال مصابين بالتوحد. وتمت المقارنة بعد سنة من تلقي خدمات التدخل المبكر، وأظهرت نتائج المقارنة للقياس (القبلي- البعدي) تطور أداء أطفال التوحد في المجموعة التجريبية بفارق (١٩) نقطة في اختبار الذكاء، و(٨) نقاط في اختبار اللغة عن أطفال التوحد في المجموعة الضابطة. وكان الاستنتاج العام أنه باستمرار تلقي الخدمات التدريبية لفئة التوحد في مرحلة مبكرة من العمر يدعم ذلك تقليل الفارق بين فئة التوحد وأقرانهم.

- وقدم Buch (1995) دراسة هدفت الكشف عن فاعلية تطبيقات برنامج التدخل المبكر لفئة التوحد، والمقدم من قبل الأمهات وغير المتخصصين. شملت عينة الدراسة ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد وثلاثة أطفال من الذين شخصوا باضطراب نمائي غير محدد. وبعد اجتياز البرنامج التدريبي للأمهات، واللائي تم تدريبهن فيه على أساسيات الجلسة التعليمية الفردية، تم تدريب الحالات لمدة ثلاثة

أشهر ومن ثم تمت مقارنة النتائج من خلال القياس (القبلي- البعدي) على مجموعة من المهارات التفاعلية المكتسبة. وقد أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في تطوير قدرات الأطفال وإن كان بنسبة محددة مقارنة بإجراءات التدخل المعتمدة من قبل العيادة الجامعية.

- وأشارت دراسة الحالة لثلاثة من أطفال التوحد، والتي قام بها Schwartz, et al. (1998) إلى أثر برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة على أداء الأطفال في المراحل التعليمية اللاحقة. وأسفرت نتائج الدراسة عن تحقيق جميع الحالات نتائج ايجابية من الناحية الأكاديمية خاصة، في مدارس التعليم الشامل.

- وهدفت دراسة Ozonoff &Cathcart (1998) إلى الكشف عن فاعلية البرنامج المنزلي المطبق في مرحلة الطفولة المبكرة باستخدام تطبيقات برنامج تيتش "برنامج التعليم المنظم"، تم تطبيق البرنامج على (١١) حالة توحد مثلت أفراد المجموعة (التجريبية والضابطة). وبمقارنة القياسين (القبلي- البعدي) للمجموعتين بعد تطبيق البرنامج وباستخدام مقياس بيب (PEP-R)، أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية.

- كما هدفت دراسة هاله محمد (٢٠٠١)، إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك الاجتماعي لفئة التوحد. وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من (١٦) طفلا توحديا تراوحت أعمارهم بين (٣-٧) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين من حيث العمر والجنس؛ إحداهما مثلت المجموعة التجريبية والأخرى مثلت المجموعة الضابطة. وقد استخدمت كل من الأدوات التالية: قائمة السلوك التوحدي، واستمارة السلوك اللفظي، واستمارة التفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى البرنامج التطبيقي المقترح، والذي اعتمد على مبادئ العلاج السلوكي ونفذ على مدى ستة أشهر لمدة ثلاث ساعات بواقع خمسة أيام في الأسبوع. وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية القياس البعدي للمجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة، وذلك في اكتساب المهارات السلوكية الاجتماعية

المحددة في البرنامج، كما أظهرت المجموعة التجريبية انخفاضا في المعايير التشخيصية للاضطراب، وميلا إلى اكتساب اللغة الوظيفية بمستويات متعددة.

- وقدمت أيضا الدراسة الاستطلاعية التي أجراها Bibby (2002) تحليل بيانات (٦٦) طفلا توحديا، وذلك لتقييم أثر برامج التدخل المبكر المكثف بمشاركة الأسرة. وبعد تطبيق البرنامج لمدة ستة أشهر أشارت النتائج إلى أن معدل الذكاء لم يتغير، بينما زادت درجة السلوك التكيفي لواحد وعشرين طفلا بشكل ملحوظ.

- كما قدمت دراسة Salt, et al. (2002) مقارنة لتقييم أثر برامج التدخل المبكر لأطفال التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة، ضمت المجموعة الضابطة (٦) أطفال، بينما ضمت المجموعة التجريبية (١٤) طفلا. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الأداء بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في كل من الأبعاد التالية: التفاعل الاجتماعي، والتقليد، وأداء مهارات الحياة اليومية، والحركية، والسلوك التكيفي.

- وقام Garfinkle & Schwartz (2002) بتطبيق نوع مختلف من برامج التدخل، والذي هدف إلى الكشف عن أثر تفعيل مهارات التقليد من خلال مواقف اللعب الحر أثناء تطبيق برامج الدمج، حيث تم دمج (٣) من أطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة، وطفلا شُخص باضطراب نمائي. وأشارت نتائج الدراسة إلى تحقيق نتائج ايجابية في مستوى السلوك الاجتماعي والانخراط في مواقف متعددة من التفاعل الاجتماعي من قبل أفراد عينة الدراسة.

- وشارك (٣) أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد في عمر التدخل المبكر(سنتين) في دراسة مقارنة لـ Reinhartsen, et al. (2002) للكشف عن أثر اختيار وقت اللعب من قبل كل من المعلم أو الطفل. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية الاختيار من قبل الطفل في التقليل من السلوك المشكل ورفع كفاءة المشاركة والتفاعل الاجتماعي.

- وهدفت دراسة عزة الغامدي (٢٠٠٣)، إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من (١٠) أطفال تتمتد أعمارهم بين (٣-٩) سنوات بمتوسط عمري (٥) سنوات وستة أشهر، تم تقسيمهم على مجموعتين متجانستين؛ إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة. استخدم لتحقيق أهداف الدراسة كل من مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي لأطفال التوحد، وقائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرجة من (DSM-4)، ومقياس شبلر لتقدير التوحد الطفولي (CARS)، وقائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد، واختبار لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان)، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي السلوكي المعرب لجولي آن فيور، والذي يتضمن أنشطة متعددة يمارس الأطفال التوحديون من خلالها التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي الإيجابي. وقد نفذ البرنامج على مدة (١٣) أسبوعا بواقع أربع ساعات يوميًا، تنوعت الجلسات ما بين جلسات فردية وجماعية مع الأطفال. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج العلاج السلوكي في تخفيض مظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأكدت التوصيات على ضرورة متابعة البرامج التدريبية في مرحلة التدخل المبكر.

- كما هدفت دراسة الجارحي (٢٠٠٤)، إلى الكشف عن فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي وخفض السلوك المضطرب لدى أطفال التوحد. تكونت عينة الدراسة من عشر أطفال امتدت أعمارهم بين (٥-٨) سنوات تم تقسيمهم إلي مجموعتين (تجريبية وضابطة) بعد مجانسة أفراد العينة في مستوى الذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة. وتضمنت أدوات الدراسة بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، مقياس تشخيص التوحد، ومقياس المستوى الاقتصادي الأسري، ومقياس السلوك التكيفي. وأسفرت نتائج الدراسة بعد تطبيق القياس (القبلي – البعدي) على المجموعتين عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٥) لصالح المجموعة التجريبية

في الجزء الأول من مقياس السلوك التكيفي (النواحي النمائية)، بينما انخفضت الفروق في الجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي (الانحرافات السلوكية) لذات المجموعة، واستقرت النتائج نفسها خلال القياس التتبعي، والذي طبقه الباحث بعد شهرين من تنفيذ البرنامج.

- وفي دراسة Howard, et al. (2005) تمت مقارنة ثلاثة أساليب لبرامج التدخل المبكر لأطفال التوحد في سن ما قبل المدرسة لمدة أربعة أشهر، كالتالي:

المجموعة الأولى: وقوام أفراد العينة (٢٩) حالة، تم تطبيق برنامج نظام التعليم الفردي بمعدل (٢٥-٤٠) ساعة في الأسبوع.

المجموعة الثانية: وقوام أفراد العينة (١٦) حالة، تم تطبيق مزيج من أسلوب التعليم الفردي والثنائي بمعدل (٣٠) ساعة أسبوعيا.

المجموعة الثالث: وعدد أفراد عينتها (١٦) حالة، تم تطبيق نموذج التعلم داخل المجموعات الصغيرة بمعدل (١٥) ساعة أسبوعيا.

وتضمنت أدوات القياس اختبار للأداء المعرفي والسلوك التكيفي والتطور اللغوي. وأظهرت نتائج مقارنة الاختبار(القبلي – البعدي) للمجاميع فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المجاميع في جميع المجالات بالنسبة للمجموعة الأولى، عدا المجال الحركي، حيث لم تظهر فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجاميع. وأكدت النتائج على ارتفاع معدلات التعلم في البرامج المتابعة في نموذج البرنامج التدريبي المتبع للمجموعة الأولى.

- وأظهرت دراسة حالة قام بها Sawyer, et al. (2005) لطفل بلغ من العمر أربع سنوات، والتي هدفت بشكل أساس إلى تطوير التواصل اللفظي والجسدي في مرحلة مبكرة من عمر الطفل إلى تحسن وضع الطفل في التعامل مع الأقران داخل الصف بصورة ملحوظة.

- وأيضا هدفت دراسة Warreyn, et al. (2005) إلى الكشف عن أثر التدخل المبكر عن طريق اللعب في سن (٣-٦) سنوات لأمهات أطفال التوحد، تمت مقارنة مجموعتين من حالات التوحد والمتجانسة في العمر ومعدل الذكاء، حيث بلغ أفراد العينة في كل من المجموعتين (٢٠) حالة، وتمت مقارنة أسلوب مشاركة الأم اللعب مع طفلها. وفي مقارنة النتائج أظهرت المجموعة الأولى والتي شاركت فيها الأم طفلها اللعب قدرة على التقليد والتفاعل الاجتماعي. هذه النتائج أكدت على الفرض المحدد والذي يؤكد على أن التدخل في وقت مبكر مع حالات التوحد يطور من مسار الحالة ويؤكد على فاعلية دور الأم.

- كما قدم ذيب (٢٠٠٥)، دراسة تهدف إلى تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات أطفال التوحد في جانب التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك الاستقلالي. امتد تنفيذ البرنامج مدة (١٣) شهراً، وتكون من العناصر التالية: اختيار البيئة الصفية وتنظيمها، والتدريب، والمحتوى التعليمي، وتنظيم الجداول، والإستراتيجيات التعليمية، وخطوات الحصة التعليمية، والإرشادات التعليمية. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة أربعة من أطفال التوحد الذكور، طبقت عليهم مجموعتان من الأدوات والمقاييس: الأولى للتشخيص؛ والثانية لقياس فاعلية البرنامج التدريبي. وتم استخدام تصميم بحث الحالة الواحدة ذي الاختبار القبلي والبعدي إضافة إلى التحليل النوعي، حيث حللت نتائج كل طفل من الأطفال الأربعة كلا على حدة، وأظهرت نتائج الدارسة تطور مهارات، عينة الدراسة، بنسب متفاوتة في جميع المجالات، وانخفاض واختفاء العديد من السلوكيات غير التكيفية، وتغير الوصف التشخيصي للحالات.

- وأوضحت نتائج دراسة نيرمين قطب (٢٠٠٥)، الأثر الإيجابي المكتسب في جانب التواصل اللفظي وغير اللفظي نتيجة توظيف الانتباه الانتقائي لدى فئة التوحد. طبقت الدراسة على (٨) أفراد في مرحلة الطفولة المتوسطة مثلوا أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وشملت أدوات الدراسة قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرجة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل (DSM-4TR) وكلا من مقياس تقدير سلوك التوحد الطفولي

ومقياس التكيف الاجتماعي. وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة لصالح المجوعة التجريبية في القياس البعدي على جميع أبعاد المقياس.

وعكست أيضا نتائج دراسة خطاب (٢٠٠٥)، والتي هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى أطفال التوحد والتي طبقت على (١٠) حالات تم توزيعها عشوائيا بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية إثر القياس البعدي والقياس التتبعي بعد تطبيق البرنامج، وذلك في الدرجة الكلية لانتباه أطفال المجموعة التجريبية.

- وقدم شربت (٢٠٠٧)، دراسة هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج تدريبي باستخدام جداول النشاط المصور في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين. طبقت الدراسة على عينة مكونة من عشر أطفال امتدت أعمارهم بين (٧-١٢) سنة تم اختيارهم بصورة عمديه وتقسيمهم بصورة عشوائية ضمن أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة). وتضمنت أدوات الدراسة اختبار الذكاء جودارد، ومقياس الطفل التوحدي اعداد عادل عبدالله (٢٠٠٣)، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي اعداد محمد خليل (٢٠٠٠)، ومقياس مهارات التواصل والبرنامج التدريبي، وكلهما من إعداد الباحث. وأسفرت النتائج عن تحقق فروض الدراسة، حيث سجلت المجموعة التجريبية تطويرا لمهارات التواصل في مختلف أبعادها (اللفظية، والحركية، والإيمائية) في القياس التتبعي.

- وأشترك مفضل ومحمد (٢٠٠٧)، في دراسة هدفت إلى تقييم كفاءة برنامج إرشاد سلوكي لتنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لأطفال التوحد في مرحلة الروضة. قسمت عينة الدراسة والمكونة من (٨) أفراد إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وشملت أدوات الدراسة مقياس جليم لتشخيص التوحد، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال، بالإضافة إلى البرنامج التدريبي المطبق من قبل الباحثين والذي استغرق تطبيقه أربعة أشهر. أظهرت النتائج تحسن أداء المجموعة التجريبية، حيث تبين وجود انخفاض في درجة السلوك التوحدي وارتفاع درجة السلوك التكيفي مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- وهدفت دراسة غزال (٢٠٠٧)، إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد. تألفت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية وضابطة) عدد أفراد كل منها (١٠) أطفال امتدت أعمارهم بين (٥-٩) سنوات، وأظهر القياس البعدي والتتبعي على حد سواء وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية، حيث اكتسب أفراد المجموعة مستوى جيدا نسبيا من المهارات الاجتماعية.

- وفي مقارنة لمدى فاعلية برامج العلاج السلوكي المكثف مقارنة بالبرامج المقدمة في رياض الأطفال لفئة التوحد، قدمت نتائج دراسة Eikeseth, et al. (2007) والتي طبقت على عينة من أطفال التوحد امتدت أعمارهم بين سن (٥- ٧) سنوات. أظهرت نتائج الدراسة ارتفاع معدل الذكاء وانخفاض في السلوك غير المرغوب وارتفاع في السلوك الاجتماعي في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- وأيضا قارنت دراسة Remington, et al. (2007) فعالية برنامجين للتدخل المبكر في سن ما قبل المدرسة لأطفال التوحد، حيث طبقت على المجموعة الأولى، والتي قوامها (٢٣) فردا، أسلوبا للتدخل المبكر المعتمد على التدخل السلوكي المكثف، بينما تلقت المجموعة الثانية، والتي قوامها (٢١) فردا، الأساليب العلاجية المعتمدة من قبل المركز. ومن خلال القياس القبلي والبعدي لم تسجل أي فروق في السنة الأولى، بينما سجلت المجموعة الأولى فروقا دالة إحصائيا عند القياس في السنة الثانية من البرنامج التدريبي في كل من مجال اللغة، ومهارات الحياة اليومية، والسلوك الاجتماعي، مما أكد على فاعلية أسلوب التدخل المعتمد على البرامج السلوكية.

- وهدفت دراسة Davis (2007) إلى المقارنة بين اثر التدخل المبكر المبني على التعاون بين أمهات أطفال التوحد و مقدمي خدمات التدخل المبكر على أداء أطفال التوحد، شملت العينة (١٥١) طفلا توحديا امتدت أعمارهم بين (١٨- ٣٣) سنه، ومن خلال جمع البيانات المقدمة من ٤٩ شخصا

من مقدمي خدمات التدخل المبكر لفئة التوحد، كشفت النتائج عن وجود اثر إيجابي انعكس على كل من الأم والطفل. وتمثلت في اكتساب الأطفال مهارات تواصلية وتفاعلية.

- وكشفت دراسة Kahana-Kalman & Goldman (2008) والتي هدفت إلى مقارنة (١٨) من أطفال التوحد بـ (١٨) طفل من حالات الإعاقة النمائية في سن (٤) سنوات في مهام التعرف، ومطابقة التعابير العاطفية التي تظهرها أمهاتهم وبين التعابير العاطفية التي يظهرها أشخاص غرباء. وأشارت النتائج إلى أن أطفال التوحد لا يعانون عجز كلي في تفهم تعابير الوجه، من قبل أمهاتهم خاصة، إلا أنها قد تكون محدودة عند عرضها من قبل أشخاص غرباء. وقد استخدم الباحث نماذج من التسجيلات البصرية لتحقيق أهداف الدراسة.

- وقدم محمد (٢٠٠٨)، دراسة متفردة هدفت إلى الكشف عن فعالية استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي في تحسين المهارات الحياتية اليومية لدى الأطفال التوحديين. وتكونت العينة من طفل وطفلة امتدت أعمارهم بين ٥-٦ سنوات، وأظهرت النتائج تحسنا في مهارات العناية بالذات، وميل الطفلين لاكتساب وتعميم مزيد من المهارات. وعكست النتائج إمكانية تخفيف العبء الملقى على الأسرة ومقدمي الرعاية لأطفال التوحد في حال تطبيق هذه الإستراتجية.

- كما قدم عبد العزيز وآخرون (٢٠٠٨)، برنامجا حركيا بنظام الدمج بهدف تنمية التواصل غير اللفظي لدى عينة من أطفال التوحد بلغت (١٠) أطفال في مرحلة الطفولة المبكرة امتدت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات. وقد تم تقسيم أفراد العينة عشوائيا ليمثلوا أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وباستخدام مقياس تقدير التواصل الوظيفي والذي اشتمل على تقدير الأبعاد التالية: (الطلب، والاختيار، والاعتراض، والتعليق، والانتباه، والتقليد). وبعد إجراء المعالجة الإحصائية للبيانات أشارت النتائج إلى أن البرنامج الحركي المقترح ساهم في تحسين التواصل غير اللفظي .

- وكشفت دراسة السلمي (٢٠٠٨)، عن فاعلية استخدام أساليب الإشراط الكلاسيكي لدى ثورنديك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد. فقد تكونت عينة الدراسة من (٨) أفراد امتدت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة، تم تقسيمهم بصوره عشوائية لتكوين أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وشملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى مقياس السلوك التكيفي، كلا من مقياس جودارد للذكاء، وقائمة تقدير السلوك التوحدي. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الأولى في القياس البعدي، وأشارت التوصيات إلى أن اكتساب السلوك التكيفي ينعكس بشكل إيجابي على الأداء التعليمي.

- كما كشفت دراسة لمياء بيومي (٢٠٠٨) عن فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لأطفال التوحد. طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٢) طفلا امتدت أعمارهم بين (٩-١٢) سنة، وهم متجانسون من حيث العمر ودرجة الذكاء، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية و ضابطة). وتكونت أدوات الدراسة من مقياس مهارات العناية بالذات، والبرنامج التدريبي، بالإضافة إلى قائمة تحديد المعززات. وبرغم النتائج ذات الدلالة الإحصائية لتقدم المجموعة التجريبية في اكتساب العديد من مهارات العناية بالذات، إلا أن التوصيات أشارت إلى ضرورة تدريب الأسرة لدعم التقدم في البرامج التدريبية لفئة التوحد بصورة عامه.

- وقدمت أيضا سهى أمين (٢٠٠٨)، دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى أطفال التوحد وأثره في تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية. طبقت الدراسة على ستة أطفال امتدت أعمارهمبين (٥-٧) سنوات، باستخدام الأسلوب شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة. وتضمنت الأدوات مقياس التفاعلات الاجتماعية، إضافة إلى مقياس تقييم الانتباه المشترك، والبرنامج المصمم من قبل الباحثة. وأسفرت نتائج القياس (القبلي – البعدي) والقياس التتبعي عن فاعلية البرنامج في تطوير مهارات الانتباه المشترك.

- وقام علي (٢٠٠٨)، بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر التدريب القائم على استخدام القصص الاجتماعية في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي. شملت عينة البحث عشرة من أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع. وقد تم تقسيمهم، بعد مجانستهم من حيث العمر ودرجة الذكاء والجنس ومستوى التواصل، إلى مجموعتين (ضابطة و تجريبية). وباستخدام مقياس تقدير المعلم للمهارات الاجتماعية للطفل التوحدي ومقياس تقدير المعلم للتواصل اللفظي للطفل التوحدي، واللذين أعدا من قبل الباحث، أسفرت النتائج عن تحقق فروض الدراسة التي تمثلت في وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في كل من جانب التواصل والمهارات الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج.

- كما هدفت دراسة Vismara, et al. (2009) إلى تقييم نموذج دنفر "تطوير التفاعلية عن طريق اللعب" لتدريب الأطفال المصابين بالتوحد من خلال مواقف الحياة اليومية. شملت عينة الدراسة ثمانية أطفال شخصوا حديثا بالإصابة بالتوحد، وتضمنت إجراءات الدراسة تنفيذ جلسة بمعدل ساعة يوميا. وقد كشفت النتائج عن النمو المطرد في اكتساب سلوكيات التفاعل الاجتماعي والتواصل.

- وتناولت دراسة Hayward, et al (2009) الكشف عن أثر البرامج العلاجية لأطفال التوحد بعد سنة من التدخل بمعدل (٣٦) ساعة في الأسبوع في مرحلة ما قبل المدرسة، على التطور في نسبة الذكاء. وقد تضمنت أفراد العينة ثلاثة مجاميع، شملت المجموعة الأولى (٢٣) حالة تم التدخل معهم وفق برامج علاجية مكثفة بمشاركة المختصين، وشملت المجموعة الثانية (٢١) حالة تلقت برامج علاجية مكثفة بمتابعة مشرف متخصص، بينما لم تتلق المجموعة الثالثة أيا من البرامج المكثفة. وأظهرت نتيجة القياس(القبلي- البعدي) للمجموعتين الأولى والثانية تحسنا كبيرا في مستوى الذكاء بمعدل (١٦) نقطة شمل كلا من الأبعاد التالية: الذكاء المكاني، والمهارات الاجتماعية والحركية، والسلوك التكيفي، واللغة الاستقبالية والتعبيرية. وجاءت هذه النتائج مؤكدة على أهمية التدخل المبكر في تطوير معدل الذكاء.

- وقدمت أيضا دراسة Zachor & Itzchak (2009) استقراء لنتائج فاعلية برامج التدخل المبكر لأطفال التوحد في سن الطفولة، وتمت مقارنة النتائج القبلية والبعدية لـ (٨٦) طفلا امتدت أعمارهم بين (١٨-٣٥) شهرا. تم استخدام التقييم الشامل قبل التدخل، وتطبيق القياس البعدي بعد سنة من البرنامج، وشملت الأدوات قائمة ملاحظة السلوك التوحدي (ADOS) واختبار القدرات الإدراكية (Mullen) بالإضافة إلى مقياس السلوك التكيفي (Vineland). وعكست نتائج المجموعة التجريبية نتائج متباينة على النحو التالي..

- تحسن ١٥ حالة في مستوى الأداء دون اختفاء معايير التشخيص.
- ١٧ طفلا تغير تصنيف الفئة التشخيصية للحالة.
- حالتان اختفت معايير التشخيص باضطراب التوحد.

بينما سجل أفراد المجموعة الضابطة البالغ عددها (٥٣) طفلا، مستوى معايير التشخيص السابقة نفسها. وأشارت النتائج التفصيلية في أداء المجموعة التجريبية إلى أن التحسن ظهر بصورة واضحة في مجال اللغة والمجال الحركي والسلوكي، كما ظهر أيضا في الحد من السلوكيات النمطية.

- وأكدت دراسة Chawarsk & Shic (2009) على أهمية التدخل المبكر بعد نتائج المقارنة التي استخلصت من عينة من أطفال التوحد بلغت (٤٤) طفلا، وأقرانهم المتجانسين في المرحلة العمرية نفسها، والذين بلغ عددهم (٣٠) طفلا، امتدت أعمارهم بين (٢- ٤) سنوات، حيث أظهرت نتائج الدراسة المقارنة ضعفا متزايدا يبدأ في مرحلة مبكرة من العمر في مهام التعرف على ملامح الوجه وتعابيره لدى فئة التوحد.

- وتساءلت دراسة Eikeseth, et al. (2009) عن إمكانية تأثير الإشراف المكثف في برامج التدخل السلوكي المبكر وأثر ذلك على التحسن في معدل الذكاء لدى فئة التوحد في سن ما قبل المدرسة. وطبقت هذه الدراسة على (٢٠) طفلا شخصوا باضطراب طيف التوحد، حيث امتدت

ساعات الإشراف من (٢,٩-٧,٨) ساعة شهريا لكل طفل، وأوضحت النتائج أن كثافة الإشراف بالإضافة إلى متابعة البرنامج العلاجي ينعكس بشكل ايجابي على تحقيق نسب أعلى في معدل الذكاء، وذلك استنتاجا من القياس القبلي - البعدي الذي طبق على أفراد من عينة الدراسة.

- وقدم محمد (٢٠٠٩)، دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية استخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور وبعض التدريبات السلوكية لتنمية الانتباه المشترك وأثر ذلك في خفض السلوك الانسحابي. طبقت الدراسة على عينة مكونة من أحد عشر طفلا من أطفال التوحد الذكور تم تقسيمهم بعد مجانستهم في مستوى التواصل ومهارات الانتباه. ومن خلال استخدام الأدوات التشخيصية بالإضافة إلى مقياس السلوك الانسحابي ومقياس الانتباه المشترك المطور من قبل الباحث، أشارت النتائج إلى أن أفراد المجموعة التجريبية تحسنت بصورة دالة إحصائيا مقابل أفراد المجموعة الضابطة في تطوير مهارات الانتباه المشترك في كل من الصور المطبقة من قبل الوالدين والمعلم و الباحث.

- كما قدمت أيضا حنان جمال الدين (٢٠٠٩)، برنامجا علاجيا تدريبيا باستخدام الأنشطة الفنية هدف إلى خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من فئة التوحد بلغت ست حالات امتدت أعمارهم من (٥- ٨) سنوات. طبقت الدراسة باستخدام التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة، وشملت أدوات الدراسة المقاييس التشخيصية بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، والذي تضمن أهدافا لتنمية الجانب المعرفي والحركي والوجداني. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في بناء جسور من التواصل تسهم في خفض الاضطراب السلوكي لدى الحالات.

- واستكمالا للدراسات التي اهتمت ببرامج التدخل المبكر قدم Keen, et al. (2010) دراسة هدفت إلى توضيح أثر نوعين من برامج التدخل المبكر المقدمة لأسر فئة التوحد الذين امتدت أعمار أطفالهم بين (٢-٤) سنوات. وقد تضمنت إجراءات التجربة تقسيم العينة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى (١٧) أسرة تم تطبيق ورشة عمل معهم، بالإضافة إلى عشرة زيارات منزلية بصورة دورية. بينما تضمنت المجموعة الثانية (٢٢) أسرة تم إعطاؤهم أشرطة فيديو لمتابعة التطبيقات العلاجية.

وأسفرت النتائج المستخلصة من الاستبيان والمقابلة إلى وجود تحسن ملحوظ في السلوك التكيفي، بالإضافة إلى انخفاض التوتر وزيادة الكفاءة الذاتية بالنسبة للتدخل الذاتي مع الابن من قبل الوالدين، كما أكدت التوصيات على أهمية خدمات التدخل المبكر والدعم المهني المتخصص للأسرة في وقت قريب من تشخيص الابن بالتوحد.

- وهدفت أيضا دراسة Wong & Kwan (2010) إلى توضيح أثر برامج التدخل المبكر إثر عملية التشخيص مباشرة في مجال التواصل البصري والتواصل اللفظي، وتم استخدام تصميم تجريبي ذي المجموعتين، حيث كان قوام كل من المجموعة التجريبية (٩) أطفال والمجموعة الضابطة (٨) أطفال. شملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى قائمة ملاحظة أعراض التوحد كلا من اختبار مستوى اللعب التخيلي، وقائمة تقدير الضغوط النفسية. وأشارت النتائج إلى تحسن في مستوى اللغة والتواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل واللعب الرمزي. كما أشار الآباء انخفاض في مستوى الضغط النفسي للوالدين خلال فترة انتظار الخدمات التدريبية والتأهلية.

- وقدمت دراسة Kelley, et al. (2010) دليلا على أن خدمات التدخل المبكر المكثفة قد ترفع المعايير التشخيصية لفئة التوحد ذات الأداء العالي. ففي هذه الدراسة تمت مقارنة ثلاث مجاميع متجانسة في العمر والأداء اللغوي والجنس وعينة الذكاء مثل أفراد عينة الدراسة. المجموعة الأولى بلغت (١٣) حالة من صعوبات التعلم،والمجموعة الثانية (١٤) حالة من أطفال الإعاقات النمائية، والمجموعة الثالثة (١٤) من الحالات المصابة بطيف التوحد ذات الأداء العالي. وأظهرت نتائج مقارنة الاختبارات تقدم فئة التوحد في مجال اللغة والسلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي إلى الحد الذي يفقد المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد.

- وفي سياق البرامج المقارنة في مرحلة التدخل المبكر بحثت دراسة Zachor & Itzchak (2010) العلاقة بين شدة مرض التوحد ونوع خدمة التدخل المستخدمة في سن ما قبل المدرسة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث مثلت العينة (٧٨) طفلا امتدت أعمارهم بين (١٥-

٣٥) شهرا بمتوسط عمر بلغ أربع سنوات و ٢٥ شهرا. وتمت المقارنة بين الأطفال الذين طبق عليهم برنامج تطبيقات التحليل السلوكي مقابل منهج التدخل المبكر الانتقائي، وتضمنت أدوات الدراسة اختبار تشخيص التوحد واختبار السلوك التكيفي والسلوك المعرفي. وأشارت نتائج القياس التي تمت بعد سنة من تطبيق كلا البرنامجين إلى تحسن كلا المجموعتين في القدرات المعرفية، والاجتماعية، والمهارات التكيفية. ولم تشر النتائج الإحصائية إلى مؤشرات داله إحصائيا للفروق بين البرنامجين، بينما أشار تقرير الآباء إلى تحسن الأطفال في مجموعة التدخل المبكر وفق البرنامج الانتقائي بشكل أفضل في كل من مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك التكيفي. وأكدت التوصيات على أن انحسار أعراض التوحد يرتبط بشكل كبير بالتحسن في المجال الإدراكي والسلوك التكيفي.

- وبحثت دراسة Lal (2010) أثر التدخل ببرنامج ماكتون "التواصل من خلال الإشارة" لتطوير التواصل البديل عن اللغة والسلوك الاجتماعي في مرحلة الطفولة. شملت عينة الدراسة (٨) أطفال مصابين بالتوحد تمتد أعمارهم بين (٩-١٢) سنة، وباستخدام كل من مقياس اللغة للأطفال المصابين بالتوحد(LATCA) ومقياس السلوك الاجتماعي(SBRS). أظهرت النتائج بعد١٢ جلسة تدريبية وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي. وقد انعكس الأثر الإيجابي للبرنامج على تطور اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

- ومثلت دراسة مها أركوبي (٢٠١٠) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج تدخل مبكر لذوي الإعاقات النمائية والتوحد في مراكز رياض الأطفال في المرحلة العمرية من (٣- ٦) سنوات، على احد الخطوات نحو تطبيق برامج الدمج. وتكونت عينة الدراسة من (١٥) طفلا ملتحقين بالبرنامج لمدة سنة دراسية كاملة. واستخدم المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة، ومن خلال الإستبانة المعدة لتحقيق أهداف الدراسة كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تطور كل من الجوانب التالية: النمو المعرفي والحركي والاجتماعي والانفعالي.

- وفي جانب استخدام التكنولوجيا في التدريب أيضا نشطت بعض الدراسات في السنوات الأخيرة فقد أجرت هويدا السيد (٢٠١٠) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية استخدام بيئة واقع افتراضي تعليمي في إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات التفاعل الاجتماعي. تكونت عينة البحث من مجموعة تجريبية واحدة قوامها (١٦) حالة امتدت أعمارهم بين (٨-١٣) سنة. وللتحقق من فاعلية البرنامج تم الاستعانة بمقياس التفاعلات الاجتماعية للطفل التوحدي، وأسفرت النتائج عن الأثر الفعال لاستخدام بيئة الواقع الافتراضي المكتبي لإكساب الأطفال التوحدين بعض مهارات التفاعل الاجتماعي وتعميم ذلك في البيئة الواقعية.

- كما قدمت هالة نوفل (٢٠١٠) اتجاها متفردا على مجمل الدراسات العربية والأجنبية السابقة، فقد هدفت إلى رصد تفاعلية مواقع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة العربية والأجنبية على شبكة الإنترنت. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام أسلوب المسح التحليلي لتحليل العناصر التفاعلية لهذه المواقع، بالإضافة إلى استخدام المنهج المقارن الأفقي والرأسي، وذلك لمقارنة العناصر التفاعلية في المواقع المختلفة عينة الدراسة لتحديد أيها أكثر تفاعلية عن الآخر. اعتمد البحث بشكل رئيس على أداة تحليل المضمون الوصفي الكمي للمحتوى الظاهر لعملية الاتصال، كما تم استخدامه لتحليل الأشكال الاتصالية والتحريرية والمعلوماتية، وقد أتاحت المواقع كافة، (عينة الدراسة)، أشكالاً متعددة من التفاعلية المعلوماتية على مواقعها سواء كانت صوتية أو مرئية أو الاثنتين معاً. وأشارت النتائج إلى تفوق المملكة العربية السعودية في تدشين المواقع الحكومية ومؤسسات الرعاية الاجتماعية والهيئات والجمعيات الخيرية على الإنترنت.

ثانيا: الدراسات المتضمنة للبرامج الإرشادية والتدريبية الموجهة لأمهات أطفال التوحد

- قدم Powell (1990) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر أسلوب التدخل المبكر المنطلق من المنزل لحالات التوحد في سن ما قبل المدرسة، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٠) حالة، وشملت الإجراءات تطوير برنامج تخطيط التفاعلية بين أفراد أسرة الطفل التوحدي. وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج، في تطوير أساليب المعاملة الوالدية وخفض الضغوط بين أفراد الأسرة خاصة.

- وقدم Bernard-Opitz & Kok (1992)، دراسة هدفت إلى تقييم كفاءة دورة تدريب أمهات أطفال التوحد. طبقت الدراسة على عينة مكونة من (٣٢) مشاركة من الأمهات المصاب أطفالهم بالتوحد. وتضمنت الدورة التي استمرت ثمان ساعات الإطار النظري لمفهوم التوحد بالإضافة إلى أسس التدخلات التطبيقية العملية. وأظهرت النتائج ازدواجية في تحقيق الفائدة العملية فضلا عن استمتاع الأمهات المشاركات بالدورة.

- وقدمت سهام عليوه (١٩٩٩)، دراسة تعد من الدراسات الأولية التي أسهمت في بناء برنامج لفئة التوحد يطبق بمشاركة الأسرة، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد. وشملت أفراد العينة (١٦) طفلا امتدت أعمارهم بين (٤- ١٤) سنة. وقد أسفرت النتائج عن زيادة السلوك التوافقي للحالات، والذي انعكس على أدائهم في كل من جانبي التواصل والإدراك، مع الحالات التي تلقت تدريبا مكثفا من قبل الأم والباحثة خاصة.

- بينما قدم محمد (٢٠٠١)، دراسة تهدف إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي عن طريق تدريب أمهات الأطفال التوحديين بصورة مباشرة لدعمهم للحد من السلوك الانسحابي وتطوير السلوك الاجتماعي لأطفالهم. تمثلت عينة الدراسة من ثمان أمهات تمت مجانسة أبنائهم من حيث السلوك الانسحابي ومستوى الذكاء، بالإضافة إلى مجانسة الوضع الأسري في الجانب

الاقتصادي والاجتماعي، ومن ثم تم تقسيمهم ضمن مجموعتين (تجريبية وضابطة). ومن خلال مقياس السلوك الانسحابي للأطفال، والمطور من قبل الباحث، أظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق، وتسجيل نتائج دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية، والتي تمثلت في إنخفاض السلوك الانسحابي وتنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي.

- وفي جانب استطلاع أراء الوالدين نحو أثر برامج التدخل المبكر، أوضحت الدراسة الاستطلاعية لـ Boyd & Corley (2001)، والتي طبقت على (٢٢) من أولياء أمور أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر من الذين تلقوا برامج علاج سلوكي مكثف، عن درجة عالية من رضا الوالدين، وذلك بعد تحليل نتائج استبيان الكشف عن انطباعات الأسرة حول تلقي برامج التدخل المبكر لأبنائهم التوحيديين.

- وقدمت نادية أبوالسعود (٢٠٠٢)، دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم. طبقت الدراسة على عينة مكونة من (٨) أطفال التوحد، امتدت أعمارهم بين (٣-٦) سنوات بالاشتراك مع الآباء. وتضمنت أدوات الدراسة كلا من قائمة تشخيص التوحد، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية لاضطراب التوحد، وقائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحدي، ودليل ملاحظة سلوك الطفل التوحدي واستجابات الأم والأب، واستمارة بيانات أولية، بالإضافة إلى برنامج علاج معرفي سلوكي لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي والوالدين، والذي نفذ على جميع أفراد عينة الدراسة. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين متوسط درجات الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي قبل وبعد البرنامج لصالح القياس البعدي، كما انخفض مستوى السلوك والعزلة العاطفية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وساعد البرنامج بشكل عام على تحسين العلاقة الوالدية بالطفل التوحدي، والتواصل غير اللفظي للطفل التوحدي مع الآخرين، إضافة لاكتساب الطفل التوحدي مهارات حركية واجتماعية متعددة.

- وهدفت دراسة Sharry, et al. (2005) إلى الكشف عن أثر تدريب والدي الطفل التوحدي من خلال أشرطة الفديو في مرحلة الطفولة المبكرة. تضمنت عينة الدراسة (٣٠) طفلا، تم تطبيق المشاهدات لمدة ١٢ أسبوعا، ثم إجراء القياس البعدي والتتبعي بعد خمسة أشهر، وبمقارنة القياسين أظهرت النتائج ثباتا إلى حد كبير في النتائج الإيجابية، والتي تضمنت انخفاضا في حدة السلوكيات، وارتفاع الممارسة الإيجابية، وزيادة اهتمام الوالدين بالطفل.

- بينما اتجهت دراسة Siller (2006) إلى الكشف عن أهمية تطبيق الأنشطة التعاونية بين أمهات أطفال التوحد وأبنائهم في مرحلة الطفولة المبكرة. تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية قوامها (٢١) حالة، ومجموعة ضابطة قوامها (١٨) حالة. وقد أشارت النتائج إلى معدل نمو أعلى للغة ومعدلات الذكاء، وتقدم في مهارات الانتباه المشترك.

- وقدمت دراسة Tonge, et al. (2006) مقارنة أسلوبين من أساليب تدريب الأمهات في مرحلة التدخل المبكر للحد من الآثار النفسية السلبية. وقد شملت العينة (٧٠) أما، امتدت أعمار أطفالهن بين (٢-٥) سنوات، تم تقسيم أفراد العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين، مجموعة تدرب على إدارة السلوك، والمجموعة الثانية يستند التدريب فيها على أساس تقديم الاستشارة في أساليب التدخل. وبعد إتمام مدة التدريب والتي بلغت ٢٠ شهرا، تمت مقارنة القياسات القبلية والبعدية، وأسفرت النتائج عن تحقيق فروق دالة إحصائيا في كلا المجموعتين، وتحسن الصحة النفسية بشكل كبير بمرور الزمن في ٥٤% من الأمهات، وكان لتثقيف الوالدين والإدارة الفعالة للسلوك أثر بالغ في التخفيف من نسبة القلق والأرق والأعراض الجسدية والنفسية والمشاكل الأسرية، وهو ما أظهره برنامج المتابعة بعد وقت امتد لستة أشهر.

- وفي سياق مقارب هدفت دراسة Singh, et al. (2006) إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لأمهات أطفال التوحد في سن ما قبل المدرسة، وأثر ذلك على تطوير الأنماط السلوكية الايجابية لدى أبنائهم. تضمنت عينة الدراسة ثلاث حالات، وتم تدريب الأمهات لمدة (١٢) أسبوعا

على مهارات التفاعل مع أطفالهن، وكشفت نتائج قائمة المهارات الوالدية ارتفاع المهارات الأدائية للأمهات في التفاعل مع أبنائهن، وأن هناك انخفاضا في السلوك العدواني والعشوائي لدى الأطفال دون الحاجة إلى تطبيق برامج الدعم في المواقف الحرجة.

- وقدمت سمية شرف (٢٠٠٦)، برنامجا إرشاديا جماعيا هدف إلى تدريب أمهات أطفال التوحد لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أبنائهن. تكونت عينة الدراسة من (٦) أمهات أطفال توحد امتدت أعمارهم بين (٤-٧) سنوات. وقد تمت الاستعانة بمقياس التفاعلات الاجتماعية للتحقق من فعالية البرنامج، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا لصالح القياسين البعدي والتتبعي، والذي طبقته الباحثة بعد شهرين من تطبيق البرنامج.

- كما أجرى موسى (٢٠٠٧)، دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي باستخدام جداول النشاط المصور. شملت عينة الدراسة اثني عشر طفلا تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ ففي المجموعة الأولى تم تقديم البرنامج بوجود أمهاتهم، بينما تم تقديم البرنامج للمجموعة الثانية دون وجود أمهاتهم. وباستخدام مقياس السلوك الاستقلالي تم الكشف عن النتائج التي أظهرت تحسن المجموعة الأولى، والتي تم تدريبها بوجود أمهاتهم مقابل المجموعة التي تم تدريبها دون وجود أمهاتهم، في جانب سرعة اكتساب وتعميم السلوك خاصة.

- وقدمت دراسة رضا كشك (٢٠٠٧) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لأمهات أطفال التوحد لتنمية التواصل لدى أطفالهن. طبقت الدراسة على (٨) أطفال بمشاركة أمهاتهم، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتطلب تطبيق البرنامج ٧ أشهر، بواقع جلسة واحدة على مدى ثلاثة أيام و١٤ جلسة إرشادية للأمهات. وسجلت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا لصالح المجموعة التجريبية في اكتساب مهارات التواصل الوظيفي (الطلب– الاختيار–

الاعتراض– التعليق– الانتباه المشترك– التقليد). وأشارت نتائج الدراسة إلى ضرورة مشاركة الأمهات وبعض أفراد الأسرة العمل مع الطفل التوحدي لدعم وتعميم الاستجابات المكتسبة.

- وقام Solomon, et al. (2007) بتطبيق نموذج Floor time بهدف الكشف عن فاعلية تطبيق البرنامج من قبل الآباء والأمهات في مرحلة الطفولة المبكرة. تم تطبق البرنامج على ثمانية من الأطفال المصابين بالتوحد في المرحلة العمرية بين (٨-١٢) شهرا. وشملت الإجراءات تنفيذ جلسات تفاعلية متتالية لمدة ١٥ ساعة في الأسبوع. وتم رصد التغيرات من خلال تحليل مقاطع مسجلة على أشرطة الفديو ومن خلال تحليل البيانات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين أداء الأمهات والآباء مع التأكيد على فاعلية التدخل مع الأعمار الأصغر سنا في كلا المجموعتين.

- وقدمت دراسة الحالة Olive, et al. (2008) نموذجا مختلفا للكشف عن أثر تدريب الأم على أساليب التدخل لضبط السلوك وتطوير اللغة لطفلة تبلغ من العمر (٤) سنوات تعاني من اضطراب طيف التوحد، حيث قامت الوالدة بتنفيذ إجراءات التدخل المبكر في المنزل وباستخدام أنشطة متعددة. كشفت النتائج عن زيادة استخدام الطفلة للضمائر وانخفاض حدة السلوكيات غير المرغوبة.

- وفي سياق البرامج الإرشادية والتدريبية أيضا، قدمت ميادة عثمان (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية تقديم برنامج إرشادي لأمهات أطفال التوحد لخفض سلوكهم الانسحابي، ولتحقيق ذلك استخدم المنهج شبه التجريبي والذي طبق على عينة عشوائية مختارة من أمهات الأطفال التوحديين قوامها (١٠) أمهات. وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس السلوك الإنسحابي للأطفال، والبرنامج إلارشادي للأمهات. سجلت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض السلوك الانسحابي لأطفال التوحد، وعدم وجود فروق في مستوى السلوك الانسحابي بين الأطفال التوحديين تعزى لمتغير مهنة الأم أو المستوى التعليمي، كما لا توجد علاقة بين ترتيب الطفل التوحدي وخفض السلوك الانسحابي.

- كما أكدت دراسة Hutman, et al. (2009) على أهمية رفع كفاءة البرامج التدريبية الموجهة لأمهات أطفال التوحد، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر سلوك الأمهات أثناء اللعب مع أبنائهن المصابين بالتوحد وأثر ذلك في مظاهر التطور اللغوي لديهم. شارك في هذه الدراسة (٦٧) أم لدى كل واحدة منهن طفل مصاب بالتوحد تحت سن (٧) سنوات. وباستخدام المقابلة التشخيصية لـ (piñata & Marvin 1992) وتقييم الأداء لـ (koren-karie & oppenneim 1997) أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين سلوك الأمهات أثناء اللعب والتغير في سلوك أطفالهن المصابين بالتوحد.

- واتجهت دراسة نادية اللهيبي (٢٠٠٩) إلى تقييم فعالية برنامج إرشادي يهدف إلى تنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد. بلغت عينة الدراسة (٢٩) أما، و (٢٩) مشرفة. شملت الأدوات بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي استبانة قياس الوعي الغذائي. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط الوعي الغذائي بالمستوى التعليمي لدى كلا أفراد العينتين، وعكست نتائج القياس (القبلي-البعدي) وجدود فروق دالة إحصائيا لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج.

- وفي سياق الكشف عن فاعلية البرامج التدريبية المقدمة لأمهات أطفال التوحد في مرحلة الطفولة، قدم Pillay, et al. (2010) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برامج تدريب أمهات أطفال التوحد في سن ما قبل المدرسة، شملت عينة الدراسة (٥٩) والدة شاركن في تطبيق البرنامج، ومن خلال استخدام قوائم تقدير السلوك أظهرت النتائج تحسنا ملحوظا بلغ نسبة ٨٨ % وانعكس ذلك على سلوك الأبناء، من حيث التحسن في اكتساب المهارات، بالإضافة إلى إدارة السلوك والحد من السلوكيات غير المرغوبة.

- واتجهت دراسة Kayfitz, et al. (2010) إلى استقصاء آراء تجارب الوالدين حول أبنائهم المصابين باضطراب التوحد، ومثلت العينة (٢٣) زوجا لآباء امتدت أعمار أبنائهم بين (٥-١٢) سنة بمتوسط عمري يبلغ ٧ سنوات. وأوضحت النتائج أن الأمهات يملن إلى ذكر التجارب الإيجابية لأبنائهم أكثر من الآباء، وأشارت النتائج إلى أن التركيز على التجارب الإيجابية يمثل عاملا وقائيا ضد المواقف السلبية.

- وقدمت دراسة Benson & Paul (2010) كشفا لأثر استراتيجيات التغلب على الأزمات كوسيلة لرفع استجابة أمهات أطفال التوحد مع أبنائهن. بلغت عينة الدراسة (٣١١) أما، وتم تحديد أربع أبعاد في المقياس المعتمد في الدراسة، وهي: المشاركة، والتأقلم، وتأجيل المواجهة، والهروب، وإعادة الصياغة المعرفية. وكشفت النتائج أن استخدام أسلوب الهروب وتأجيل المواجهة مرتبط بزيادة مستويات الاكتئاب والغضب، بينما ارتبط استخدام إعادة الصياغة المعرفية بمستويات أعلى من التقبل لحالة الابن والعمل معه.

- وبحثت دراسة Papageorgiou & Kalyva (2010) توجها مختلفا، حيث هدفت إلى الكشف عن دوافع أولياء أمور فئة التوحد إلى الانضمام في مجاميع الدعم العلمي والتدريبي. شارك في هذه الدراسة (٧٢) والدا و(٢٢٧) والدة، وكشفت نتائج تحليل البيانات المستخلصة من الإستبانه المصممة لتحقيق أهداف الدراسة عن رغبة الوالدين في مساعدة ابنهم والتعلم حول كيفية تقديم الدعم المستقبلي له.

ثالثا: التعقيب على الدراسات السابقة

استعرضت الباحثة الدراسات السابقة بهدف توفير فهم أعمق لمشاكل المراحل العمرية المبكرة لفئة التوحد، وأثر دعم البرامج الإرشادية و برامج التدخل المبكر باختلاف نماذجها وتطبيقاتها في علاج هذا الأثر، بالإضافة إلى الكشف عن الدراسات التي تناولت أحد متغيرات الدراسة الحالية. وتتحدد في النقاط التالية:

- استخدمت الدراسات السابقة أدوات محددة شملت مقياس تقدير شدة التوحد ومقياس السلوك التكيفي مثل دراسة هالة محمد (٢٠٠١)، عزة الغامدي (٢٠٠٣)، الجارحي (٢٠٠٤)، ومقاييس الذكاء غير اللفظية مثل دراسة شربت (٢٠٠٧)، والسلمي (٢٠٠٨). بينما اعتمد بعض الدراسات على أساليب قياس أخرى مثل الاستبيان في دراسة Davis (2007) وقوائم الملاحظة كما في دراسة Itzchak & Zachor (2009) .
- تباينت الدراسات السابقة في العينة الممثلة للدراسة بين دراسة الحالة مثل دراسة Buch (1995)، Garfinkle & Schwartz (2002) ، Reinhartsen, et al. (2002) والمجاميع المتعددة مثل دراسة Salt, et al. (2002)، Hayward, et al. (2009) وقد اتجهت معظم الدراسات التجريبية إلى التطبيق على أعداد صغيرة نسبيا وذلك لصعوبة توافر العينة. بينما شملت الدراسات المطبقة على أولياء الأمور والتي اتبعت المنهج الوصفي إلى تمثيل العينة بأعداد كبيرة نسبيا مثل دراسة Bibby (2002)، Tonge, etal. (2006)، Hutman, etal. (2009).
- كما يمكن تلخيص نتائج الدراسات السابقة في اتجاهين على النحو التالي..

أولا: أهمية برامج التدخل المبكر لفئة التوحد

أجمعت الدراسات السابقة على أهمية برامج التدخل المبكر المقدمة لفئة التوحد، كما أوضحت الدراسة المقارنة لـ Chawarsk & Shic (2009) ، خاصة إثر عملية تشخيص الطفل بالإصابة باضطراب طيف التوحد Wong & Kwan (2010) . واختلفت نتائج الدراسات في إيضاح الأثر الإيجابي حسب المتغيرات المعتمدة في تصميم الدراسة، فقد أشارت نتائج دراسة Harris (1991) إلى التحسن البالغ في جانب الأداء اللغوي ونسبة الذكاء. وأوضحت دراسة هالة محمد (٢٠٠١) التطور في جانب التفاعل الاجتماعي. وجمعت نتائج دراسة عزة الغامدي (٢٠٠٣) بين الجانب اللغوي وجانب التفاعل الاجتماعي. بينما أشارت نتائج دراسة Bibby (2002)، والجارحي (٢٠٠٤) إلى التحسن في أبعاد السلوك التكيفي المتعددة. وأكدت نتائج دراسة Salt, et al. (2002) على التطور في جميع مجالات النمو.

وتأكدت فعالية برامج التدخل المبكر باختلاف تصاميم البرامج التدريبية لفئة التوحد، فقد اعتمدت دراسة Cathcart& Ozonoff (1998) و ذيب (٢٠٠٥) على برامج التعليم المنظم "تيتش"، بينما طبقت دراسات برامج تواصلية مثل دراسة محمد (٢٠٠٩) برنامج "بكس" و Lal (2010) برنامج "ماكتون" ، بينما استخدمت دراسات Reinhartsen, et al. (2002)؛ Garfinkle& Schwartz (2002) مدخل العلاج باللعب، وطبق Vismara, et al. (2009) نموذج "دنفر" لتطوير التفاعلية من خلال اللعب. وتفردت الدراسات التالية بمداخل مختلفة، فقد قدم محمد وشربت (٢٠٠٨) التدريب من خلال الأنشطة الموسيقية، وقدم علي (٢٠٠٨) مدخلا من خلال القصص الاجتماعية، وقدمت حنان جمال الدين (٢٠٠٩) مدخلا علاجيا من خلال الأنشطة الفنية. واعتمدت دراسة et al. (2007) Eikeseth, Remington, et al. (2007) على مدخل العلاج السلوكي المكثف، والذي اثبت نتائج ذات فاعلية عالية. وفي اتجاه دمج تطبيقات التكنولوجيا في تطوير برامج فئة التوحد قدم محمد

(٢٠٠٨) و هويدا السيد (٢٠١٠) برامج تدريبية باستخدام برامج حاسوبية تمثل الواقع التدريبي الافتراضي للطالب.

ومن جانب أخر استهدفت بعض الدراسات تنمية وتطوير جانب محدد في مرحلة الطفولة المبكرة لفئة التوحد، مثل دراسة خطاب (٢٠٠٥)، و نيرمين قطب (٢٠٠٥)، وسهى امين (٢٠٠٨) والتي استهدفت تطوير مهارات الانتباه والانتباه المشترك، كما قدم غزال (٢٠٠٧) دراسة استهدفت تطوير جانب التفاعل الاجتماعي، وقدم مفضل ومحمد (٢٠٠٧) برنامجا تطويريا لأبعاد السلوك التكيفي، وركزت لمياء بيومي (٢٠٠٨) على جانب العناية بالذات.

ثانيا: الأثر الفاعل لبرامج تدريب أمهات أطفال التوحد

اشتركت نتائج الدراسات Warreyn, etal. (2005)؛ Davis (2007)؛ Kahana-Kalman, Goldman (2008) ؛ Keen (2010) دراسة في توضيح الأثر الإيجابي لدعم الأمهات المشاركة في برامج التدخل المبكر لأبنائهن، بينما أكدت نتائج دراسة م Buch (1995) على الأثر الإيجابي لبرامج التدخل المبكر، باختلاف كون المطبق متخصصا أو غير متخصص. وإضافة إلى ماسبق تعتبر النتائج التالية من أهم النتائج التي تحققها برامج التدخل المبكر، وتعرضها الباحثة على النحو التالي:

- تحقيق نتائج ايجابية في المراحل التعليمية اللاحقة، في برامج الدمج في التعليم العام خاصة Schwartz, etal. (1998).
- ارتفاع التصنيف باضطراب طيف التوحد Itzchak& Zachor (2009) ؛ Kelley, et al. (2010).
- ارتفاع نسبة الذكاء بفارق يتجاوز ستة عشر درجة Hayward, et al. (2009).

وقد عكست أراء الوالدين أيضا تأكيدا على أهمية برامج التدخل المبكر Boyd& Corley (2001)، كما أكدت على الحاجة الملحة لبرامج الدعم العلمي لتطوير القدرة على التعامل مع أبنائهم التوحديين Papageorgiou& Kalyva (2010)، ومدى الفائدة العملية التي تكتسب من البرامج التدريبية الموجهة للوالدين Bernard-Opitz& Kok (1992)، وأشارت العديد من الدراسات إلى الأثر الإيجابي لتدريب الوالدة "الأم" على وجه الخصوص في تطوير المكتسبات التدريبية للطفل التوحدي Hutman, et al. (2009) ؛ Kayfitz, et al. (2010)..

كما هدفت مجموعة من الدراسات إلى تقديم برامج تدريبية في مرحلة الطفولة المبكرة استهدفت تطوير كفاءة الأداء العملي للأسرة مع طفلهم التوحدي في عدة جوانب، مثل دراسة محمد (٢٠٠١)، وميادة عثمان (٢٠٠٨) للحد من السلوك الانسحابي، ودراسة Singh, et al. (2006) السلوك العدائي، ودراسة Sharry, et al. (2005)؛ Tonge, et al. (2006)؛ Pillay, et al. (2010) للتدريب على تطوير إدارة سلوك الطفل التوحدي وزيادة الممارسات الإيجابية، وهدفت دراسة سهام عليوه (١٩٩٩)، وهدى أبوالسعود (٢٠٠٢)، وسمية شرف (٢٠٠٦) إلى تطوير جانب التفاعل الاجتماعي، وتنمية الانفعالات والعواطف، وقدم Siller (2006)؛ Olive, et al. (2008) برنامجا تدريبيا لتطوير اللغة، وقدمت رضا كشك (٢٠٠٧) برنامجا لتطوير جانب التواصل.

بينما هدفت برامج أخرى إلى التدريب على تطبيقات مستحدثة من البرامج، مثل برنامج فلورتايم Solomon, et al. (2007)، وفي جانب أخر من البرامج التدريبية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي استهدف زيادة الوعي نحو مواضيع محددة مثل الأنماط الغذائية لفئة التوحد، كدراسة نادية اللهيبي (٢٠٠٩)، وأخرى للتدريب على مواجهة الأزمات Benson& Paul (2010).

وقد دعم هذا التنوع في عرض البرامج التدريبية المقدمة لأسرة فئة التوحد استنتاج الباحثة للتوجهات التالية:

- ضرورة أن يكون للأسرة دور إيجابي في تصميم وتطوير البرنامج المقدم للابن المصاب بالتوحد.
- معظم الدراسات ركزت على استنتاج ووصف الوضع النفسي للوالدين، وتقدير الاحتياجات التدريبية والتربوية فقط.
- محدودية البرامج الإرشادية التي تهتم بتدريب الوالدين تدريبيا متكاملا يشمل جميع جوانب النمو.
- جميع الدراسات التي استهدفت الأسر كشفت عن الحاجة النفسية والعملية للبرامج التدريبية التي تعيد تأهيلهم للتعامل مع حالات أبنائهم خاصة بعد عملية التشخيص مباشرة.
- أثبتت العديد من الدراسات ارتباط مرحلة التدخل المبكر بالعديد من أوجه القصور، كما تعكسها بنود تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- جميع الدراسات التي استهدفت الأسر كشفت عن الحاجة النفسية والعملية للبرامج التدريبية التي تعيد تأهيلهم للتعامل مع حالات أبنائهم خاصة بعد عملية التشخيص مباشرة.
- القاسم المشترك في أدوات القياس في البرامج المطبقة شمل المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد بالإضافة إلى مقياس السلوك التكيفي.
- اتفقت الدراسات جميعها التي هدفت إلى الكشف عن أثر برامج التدخل المبكر باختلاف تطبيقاتها على الأثر الإيجابي الذي تحققه مع أطفال التوحد.
- أكدت معظم الأبحاث على أهمية تطوير استراتجيات متعددة لبرامج التدخل المبكر وأثر ذلك على تطور أداء الحالة بشكل يمكن من رفع التشخيص بالاضطراب إلى حد كبير.

رابعا: فروض الدراسة

نظرا لعدم وجود دراسات سابقة مباشرة أكدت فاعلية برامج الإرشاد الالكتروني، صاغت الباحثة فروض الدراسة على النحو التالي:

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية (١)، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية .
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة التوحد.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة الذكاء، والسلوك التكيفي.

الفصل الثالث: إجراءات ومنهج الدراسة

- **منهج الدراسة**
- **مجتمع الدراسة**
- **عينة الدراسة**
- **أدوات الدراسة**

أولا: قائمة المعايير الإكلينيكية للكشف عن اضطراب التوحد

ثانيا: مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي

ثالثا: مقياس السلوك التكيفي

رابعا: مقياس الذكاء جودارد

خامسا: قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية

سادسا: منهج مهارات مرحلة التدخل المبكر

سابعا: برنامج الإرشاد الالكتروني

- **إجراءات تطبيق الدراسة**
- **الأساليب الإحصائية**

منهج الدراسة:

يعد المنهج التجريبي الطريقة الرئيسة في أبحاث العلوم الطبيعية، وتقترب العلوم الإنسانية من دقة وموضوعية تلك العلوم الطبيعية بمقدار استخدامها للمنهج التجريبي في مختلف أبحاثها، (محمد، ٢٠٠٧: ٨٠). والدراسة الحالية تطبق أحد مستويات المنهج التجريبي، وهو ما يعرف بالمنهج شبه التجريبي، والذي يغلب استخدامه في مجال البحوث الإنسانية، وتعتمد الباحثة نوعين من أنواع التصاميم التجريبية لتحقيق صحة فروض الدراسة:

- القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة (مجموعة الأطفال).
- القياس القبلي - البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة (مجموعة الأمهات).

حيث تمت مقارنة أداء الأمهات "قبل وبعد" البرنامج التدريبي للكشف عن أثر البرنامج في تطوير أداء الأمهات على تطوير صياغة بنود الخطة التربوية الفردية لأبنائهن، بينما اكتفت الباحثة بتطبيق القياس البعدي على طلاب التوحد بعد تطبيق البرنامج، وذلك لتحييد انتقال أثر التدريب على الاختبار المطبق، ويرجع ذلك لعدم كفاية الفترة الزمنية الفاصلة بين التطبيقين. كما تمت المقارنة بين أداء المعلمات وأداء الأمهات في المجموعة التجريبية والضابطة لتأكيد نتائج الدراسة.

مجتمع الدراسة:

جميع الأمهات والأطفال المسجل أبناؤهن بقسم التوحد مرحلة التدخل المبكر بمركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة التابع لجمعية أم القرى الخيرية النسائية بمكة المكرمة، واللواتي ثبت تشخيص أطفالهن باضطراب طيف التوحد من قبل الطبيب النفسي، و سجلوا درجة دالة على قائمة الأعراض الإكلينيكية للكشف عن اضطراب طيف التوحد.

عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة (١٢) والدة طفل توحدي، امتدت أعمار أبنائهن بين (٣ – ٧) سنوات، وتم انتقاؤهم بعد تطبيق المقابلة الأولية، والتي يتم فيها تثبيت المتغيرات الدخيلة مثل الحالة الاجتماعية والمستوى الثقافي والاقتصادي والعمر، والخلفية العامة في مهام الحاسب الآلي. ومن ثم تم توزيع أفراد عينة البحث بصورة عشوائية بين المجموعات على النحو التالي:

- المجموعة الضابطة: والتي تمثل مجموعة الأمهات اللاتي يتابع أطفالهن برامج التدخل المبكر بالمركز ولم يخضعن للبرنامج الإرشاد الالكتروني.
- المجموعة التجريبية (١): والتي تمثل مجموعة الأمهات اللاتي يتابع أطفالهن برامج التدخل بالمركز وتم تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني عليهن.
- المجموعة التجريبية (٢): وتمثل مجموعة الأمهات اللاتي يتابع أطفالهن برامج منزلية فقط وغير ملتحقين ببرامج التدخل المبكر بالمركز.

كما شملت عينة الدراسة (٨) من طلاب المركز واللاتي مثلن أمهاتهن المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية (١).

وشملت عينة الدراسة أيضا (٨) معلمات يقمن بمتابعة برامج الحالات بالمركز عينة الدراسة في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، ممن امتدت خدماتهن بالمركز من (٢-٥) سنوات. وقد تم مجانسة جميع أفراد العينة، والجدول (١) يوضح ذلك..

جدول (١)

قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢)

	نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة كاي تربيع	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	المجموعة الضابطة	٤	٦,٥٠	٠,٠٠	٢	١,٠٠
	المجموعة التجريبية (١)	٤	٦,٥٠			
	المجموعة التجريبية (٢)	٤	٦,٥٠			
المستوى الثقافي	المجموعة الضابطة	٤	٦,٥٠	٠,٠٠	٢	١,٠٠
	المجموعة التجريبية (١)	٤	٦,٥٠			
	المجموعة التجريبية (٢)	٤	٦,٥٠			
المستوى المادي	المجموعة الضابطة	٤	٦,٥٠	٠,٠٠	٢	١,٠٠
	المجموعة التجريبية (١)	٤	٦,٥٠			
	المجموعة التجريبية (٢)	٤	٦,٥٠			
العمر	المجموعة الضابطة	٤	٦,٥٠	٠,٠٠	٢	١,٠٠
	المجموعة التجريبية (١)	٤	٦,٥٠			
	المجموعة التجريبية (٢)	٤	٦,٥٠			

أدوات الدراسة:

تم استخدام وتطبيق الأدوات والمقاييس التالية:

- **قائمة المعايير الإكلينيكية للكشف عن اضطراب التوحد، إعداد، عزه الغامدي (٢٠٠٣).**

مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي، تعريب وتقنين، الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢).

- **مقياس السلوك التكيفي،** تعريب وتقنين، العتيبي (٢٠٠٤).
- **مقياس الذكاء لجودارد.**
- **قائمة تقدير كفاءة الخطة الفردية (إعداد الباحثة).**
- **منهج مهارات مرحلة التدخل المبكر (إعداد الباحثة).**
- **برنامج الإرشاد الإلكتروني (إعداد الباحثة).**

وفيما يلي وصف لأدوات الدراسة..

أولا: قائمة الكشف عن اضطراب طيف التوحد إعداد، عزه الغامدي (٢٠٠٣).

استخدمت الباحثة هذه القائمة لتأكيد تشخيص الاضطراب لدى أفراد عينة الدراسة. وتتكون هذه القائمة من خمسة عشر بندًا مأخوذة من الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSMIV-TR:2000). وقد صممت القائمة في صورة مقياس رباعي (لا تنطبق على الإطلاق = صفر، تنطبق قليلاً =١، تنطبق كثيراً = ٢، تنطبق دائماً = ٣) وتعكس الدرجة المرتفعة على بنود القائمة شدة اضطراب التوحد لدى الطفل، مما يعيق أدائه داخل البيت والمدرسة، ويعيق علاقاته مع الآخرين. وقد توفر للقائمة معايير صدق وثبات مرتفعة، فقد تم التحقق من صدق القائمة عن طريق:

أ- **الصـــدق المنـــطقي:** تـم عـــرض القائـــمة علـى (٨ محكـــمين)، وقـد امتـدت نســـب اتفـاق المحكـمين بين (٨٨% تقريباً و١٠٠%) وبذلك تم الاحتفاظ بجميع بنود القائمة كما وردت في (DSMIV-TR:2000).

ب- **الاتساق الداخلي:** تم تطبيق القائمة على عينة قوامها(٦٠ طفلا) من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقليًا الملتحقين بمعهد التربية الفكرية، وقد حسبت معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لها، وامتدت قيم معاملات الارتباط بين (٠,٤٨٣ – ٠,٨٧٧) وهي قيم داله إحصائيا عند مستوى(٠,٠١).

ج- **الصدق التمييزي:** طبقت القائمة على عينة من الأطفال العاديين (ن = ٤٨) وعينة من الأطفال التوحديين (ن = ٣٧)، وبلغت الفروق بين درجات أفراد المجـموعتين (ت = ١٢,٣٦) وهي دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١).

وتم حساب ثبات القائمة عن طريق إعادة التطبيق: طبقت القائمة على عينة من الأطفال التوحديين بلغت (٣٢) طفلا، وأعيد التطبيق بفاصل زمني قدرة ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٨٤٢)، (انظر ملحق ١).

ثانيا: مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي تعريب وتقنين، الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢).

استخدمت الباحثة هذا المقياس في تقييم وقياس أثر تطبيق البرنامج المقترح على أداء السلوك التوحدي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. وفيما يلي وصف المقياس في صورته الأصلية:

يقصد به مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS) والذي طوره شبلر وآخرون (Schoplere.et al.1980)، ويتألف من (١٥) فقرة، أمامها مقياس متدرج من (١-٤) مع إعطاء وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقديرات المناسبة منها للطفل، ويشير الرقم (١) إلى أن السلوك عادي، في حين تشير التقديرات (٢،٣،٤) إلى أن السلوك يمتد بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي. ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (١,٥-٢,٥-٣,٥) وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية، كما وضحت العديد من الدراسات الأجنبية مثل: (Evans&Mile:1993)، (Nordum.etal:1998)، (Dilallas&Rogers:1994)، (الشمري، السرطاوي: ٢٠٠٢). وفي مايلي وصف الصورة العربية للمقياس:

قام الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢)، بإعداد صورة مختصرة للمقياس بصياغة عبارات وفق مقياس ليكرت مع محافظة كل عبارة من العبارات الخمسة عشر التي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي تقيسه من جهة، وعلى التقديرات التي تبناها المقياس من جهة أخرى، ولكن دون تقديم وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند تقدير سلوك الطفل، موزعة على الأبعاد التالية: الانتماء للناس، والتقليد والمحاكاة، والاستجابة الانفعالية، واستخدام الأشياء، واستخدام الجسم، والتكيف مع التغير، والاستجابة البصرية، واستجابة الاستماع، واستجابة واستخدام الذوق والشم واللمس، والخوف والقلق، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، ومستوى النشاط، ومستوى وثبات الاستجابة العقلية، والانطباعات العامة. وقد توفر للمقياس في صورته العربية والمختصرة دلالات صدق وثبات على النحو التالي:

أ- **صدق المحكمين:** حيث تم عرض المقياس بعد ترجمته على (٧) من المحكمين المختصين، وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم اعتماد الصورة النهائية للمقياس.

ب- **الصدق التمييزي:** طبق المقياس على (١٠٥) أطفال من التوحديين والمتخلفين عقليًا والأسوياء، وقد جاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً مرتفعة ودالة عند (٠,٠١) على كل فقرة من فقرات المقياس.

ج- **الصدق العاملي:** كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع الفقرات، حيث أمتدت درجة تشبعها بالعامل الأساسي للمقياس بين (٠,٧٩ – ٠,٩٦)، وتبين أن هذا العامل مسؤول عن تفسير ما نسبته (٧٨,٨%) من التباين. أما ثبات المقياس فقد تم استخراجه عن طريق:

أ- **الاتساق الداخلي:** حيث تم التحقق من ثبات المقياس في الصورة العربية من خلال ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تبين أن جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة عند (٠,٠١) إذ امتدت قيم الارتباط ما بين (٠,٧٩-٠,٩٦) وكذلك الأمر بالنسبة للصورة المختصرة، حيث كانت جميع الارتباطات دالة عند (٠,٠١).

ب- **معامل الفا كرونباخ:** حيث بلغت قيمته لتقديرات المعلمين للعينة الكلية (٠,٩٨) ولتقديرات المعلمين لحالات التوحد (٠,٩٤) ولتقديرات الباحثين (٠,٩١)، وبخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمته (٠,٩١).

ج- **التجزئة النصفية:** بلغت قيمته بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان وبراون (٠,٩٣) لتقديرات المعلمين على العينة الكلية، و (٠,٩٤) لتقديرات المعلمين لحالات التوحد، و(٠,٩٧) لتقديرات مساعدي الباحثين. أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت

قيمة التجزئة النصفية (٠,٩١). وجميع تلك القيم تشير إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة، (انظر ملحق ٢).

ثالثا: مقياس السلوك التكيفي تعريب وتقنين، العتيبي (٢٠٠٤).

استخدمت الباحثة هذا المقياس في قياس أثر تطبيق البرنامج المقترح على أداء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بعد تطبيق البرنامج. وفي مايلي وصف المقياس في صورته الأولية:

ظهر المقياس في صورته الأولى تحت اسم "مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي"، صممه إدجار دول عام ١٩٣٥م دون معايير. ونشرت النسخة الأخيرة منه عام ١٩٥٣م، وأعيد طبعها عام ١٩٦٥م. وقد ظهر كمقياس مقنن للنمو، يقيس المهارات الاجتماعية ويغطي الفئة من الميلاد حتى البلوغ، ويشتمل المقياس على ١١٧ فقرة مرتبة بشكل مقياس نقطي ومقياس عمري. يحتوي المقياس على ثمان مجموعات من أنواع السلوك. وقد قام سبارو وبالا وسيكشتي عام ١٩٨٤م بتطوير المقياس وإعداده بصورته الحالية؛ بحيث يحتوي على ثلاث صور هي:

- صورة المقابلة الشخصية النسخة الموسعة وتحتوي على ٥٧٧ بندا.
- صورة المقابلة الشخصية النسخة المسحية وتحتوي على ٢٩٧ بندا.
- الصورة المدرسية وتحتوي على ٢٤٤ بندا.

وصف الصورة المعربة من المقياس:

تشمل الصورة المعربة جوانب السلوك التكيفي جميعها، بالإضافة لقياسها مراحل النمو من الميلاد وحتى سن الثامنة عشر، وتوفر الصورة المسحية والتي تحتوي على ٢٩٧ بندا تقييما عاما للسلوك التكيفي يساعد في تحديد جوانب الضعف والقوة، وتتمثل أبعاد المقياس في ما يلي:

١- التواصل: ويضم ثلاثة أبعاد فرعية (اللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية، والقراءة والكتابة).

٢- مهارات الحياة اليومية: ويضم ثلاثة أبعاد فرعية (المهارات الشخصية، والأنشطة المحلية، والمهارات المجتمعية).

٣- التنشئة الاجتماعية: ويضم ثلاثة أبعاد فرعية (العلاقة مع الاخرين، ووقت الفراغ والترفيه، ومهارات التعايش).

٤- المهارات الحركية: ويضم بعدين هما (المهارات الحركية الكبيرة - المهارات الحركية الصغيرة).

٥- السلوك غير التكيفي: ويقيس مظاهر السلوك غير المرغوب، والتي قد تتداخل مع الأداء الوظيفي التكيفي للفرد. وقد توفر للمقياس في صورته العربية والمختصرة دلالات صدق وثبات عالية، على النحو التالي:

أ) **صدق المحكمين:** تم فحص عبارات المقياس بعد ترجمتها من قبل مجموعة من المحكمين، والنظر في الأبعاد ومدى ملاءمة كل عبارة وارتباطها بأبعاد المقياس، وقد أجمع المحكمون على مناسبة العبارات ووضوحها وانتمائها للأبعاد التي وضعت لقياسها.

ب) **الصدق الذاتي:** تم حساب الجذر التربيعي لمعاملات ثبات الأبعاد الرئيسة للمقياس، وامتدت بين (٠,٩٥) و (١,٠٠) وكانت دالة عند مستوى (٠,٠١).

ت) **صدق الاتساق الداخلي:** وتم قياسه عن طريق:

- ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد الرئيس: امتدت معاملات الارتباط ما بين (٠,٥٢ -٠,٩٢)، عدا عبارة واحدة سجلت دلالة عند مستوى (٠,٠٥) تم حذفها، وبالتالي أصبح المجموع الكلي لعبارات المقياس في الصورة النهائية ٢٩٦ عبارة.
- ارتباط العبارة بالدرجة الكلية للبعد الفرعي: امتدت معاملات الارتباط بين (٠,٥٢- ٠,٩٢).
- ارتباط الدرجات الكلية للأبعاد الفرعية بالدرجة الكلية للبعد الرئيس: سجلت جميع الأبعاد درجة دالة عند (٠,٠١). أما ثبات المقياس فقد تم استخراجه عن طريق:

أ) **معامل الاستقرار:** تم إعادة تطبيق المقياس على عينة قوامها (١٠٠) مفحوص بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول، وأظهرت النتائج معاملات ارتباط عالية ودالة في جميع الأبعاد الفرعية والرئيسية عند مستوى (٠,٠١).

ب) **الفاكرونباخ:** امتدت قيم المعامل بين (٠,٨٦- ٠,٩٧) مما يؤكد على التناسق الداخلي للمقياس.

ت) **التجزئة النصفية:** امتدت معاملات الارتباط بين درجات العبارات الزوجية والفردية بين (٠,٦٠- ٠,٩٥).

مما سبق يتضح أن المقياس في الصورة التي تم استخدامها في السعودية يتمتع بخصائص سيكومترية عالية، مما يطمئننا إلى استخدامه في الدراسة الحالية. ويعتمد تطبيق المقياس على استيفاء المعلومات من أشخاص ذوي صلة وثيقة بالطفل ممن يقضي معهم وقتا طويلا، حيث يتسنى لهم معرفة التفاصيل السلوكية جميعها والمتضمنة في المقياس وملاحظتها، أما تصحيح المقياس فيتم بتحويل الدرجات الخام إلى درجات مئينية وفق الجدول المخصص. وتشير الدرجة المرتفعة على بنود المقياس إلى أن سلوك الفرد النمائي طبيعي، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى اختلال السلوك النمائي، (انظر ملحق ٣).

رابعا: مقياس الذكاء جودارد

أحد المقاييس الأدائية غير اللفظية، والتي تقدر مستوى الأداء العقلي، وتعكس درجة دقيقة من التطور المعرفي للمفحوص مع مرور الزمن بغض النظر عن الخلفية الثقافية أو الاجتماعية أو الاقتصادية. ولا يتطلب تطبيق فقرات الاختبار من المطبق أو المفحوص استخدام الكلام أو القراءة أو الكتابة، وهو أداة مناسبة لقياس القدرات العقلية لغير الناطقين أو الحالات التي لاتستخدم اللغة. وفي مايلي وصف للمقياس وطريقة التصحيح:

يتكون الاختبار من لوحة خشبية مساحة ١٢× ١٨ بوصة، وعدد ١٠ قطع ذات أشكال هندسية متدرجة الصعوبة، يتطلب من المفحوص مطابقتها في الفتحات المحددة على اللوح الخشبي في مدة زمنية محددة. يطبق الاختبار ثلاث مرات متتالية، ثم يحسب متوسط الوقت الذي احتاجه المفحوص لإنجاز المهمة، ويتم الكشف عن درجة الذكاء المقابلة في الجدول المخصص.

ويعد الاختبار من الألعاب البسيطة التي يمكن أن تحفز انتباه الطفل، ويقدم نتائج دقيقة وموضوعية باختلاف الثقافات واللغات.

خامسا: قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية (إعداد الباحثة)

صممت الباحثة هذه القائمة بهدف توفير أداة تساعد على تقييم كفاءة الخطة التربوية الفردية، ولإعداد هذه القائمة قامت الباحثة بالاطلاع على نماذج متعددة من الخطط التربوية الفردية بالمراكز التابعة لوزارة التربية والتعليم، مثل مركز التوحد بجدة للبنات. والمراكز التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية، مثل مركز جدة للتوحد، ومركز الرعاية والحنان بجدة، ومركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بالرياض. كما قامت الباحثة بعقد جلسات نقاش مع بعض المختصين في جامعة الملك سعود قسم التربية الخاصة، وجامعة الملك عبد العزيز قسم التربية الخاصة، ومركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد، وذلك لمناقشة بنود تطوير إعداد نماذج الخطة التربوية الفردية. وضمت القائمة في صورتها المبدئية ٣٦ بندا، تم عرضها على ٤٠ معلمة من معلمات التربية الخاصة للتأكد من وضوح العبارات المصاغة. وفي ضوء تعريف الباحثة للخطة التربوية الفردية، والذي ينص على "برنامج متكامل يعد لطالب واحد يشتمل على أهداف واضحة ومحددة" تم إعادة صياغة بعض البنود وحذف بعض العبارات غير الواضحة، فأصبحت القائمة في صورتها الأولية المعدة للتحكيم مكونه من ٣٤ بندا، (انظر ملحق ٤). وقد قامت الباحثة بالتحقق من الصدق والثبات من خلال الطرق التالية:

أولا: صدق المقياس:

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بثلاثة طرق على النحو التالي:

الصدق المنطقي: تم عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين (٦محكمين) من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود، وجامعة الملك عبد العزيز، وكلية دار الحكمة، ملحق (٥). للحكم على مدى مناسبة المقياس كأداة لتقييم الخطة التربوية الفردي. والجدول (٢) يوضح نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس.

جدول (٢)

نسب اتفاق المحكمين على بنود مقياس قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية

رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق	رقم البند	نسبة الاتفاق
١	%١٠٠	١٠	%٦٦	١٩	%٨٣	٢٨	%٨٣
٢	%١٠٠	١١	%٦٦	٢٠	%١٠٠	٢٩	%١٠٠
٣	%١٠٠	١٢	%٦٦	٢١	%١٠٠	٣٠	%٨٣
٤	%١٠٠	١٣	%٦٦	٢٢	%١٠٠	٣١	%٥٠
٥	%١٠٠	١٤	%٥٠	٢٣	%١٠٠	٣٢	%٨٣
٦	%١٠٠	١٥	%٦٦	٢٤	%١٠٠	٣٣	%٥٠
٧	%١٠٠	١٦	%٣٣	٢٥	%١٠٠	٣٤	%١٠٠
٨	%١٠٠	١٧	%٦٦	٢٦	%٦٦		
٩	%١٠٠	١٨	%٥٠	٢٧	%٨٣		

يتضح من الجدول (٢) أن أكثر من منتصف عدد البنود حصلت على نسب اتفاق عالية،عدا البنود أرقام (٣٣،٣١،٢٦،١٨،١٧،١٦،١٥،١٤،١٣،١٢،١١،١٠) فحصلت على نسب اتفاق امتدت بين (٣٣% - ٦٦%). وقد قامت الباحثة بمراجعة البنود وتصحيح العبارات ذات (١٥،١٣،١٢،١١،١٠،١٨،١٧)، بينما تم حذف البنود (٣٣،٣١،١٦،١٤).

كما قامت الباحثة بإحلال بندين حسب اقتراح ثلاثة من المحكمين وهي على التوالي:

٢٩- يتم تحديد أساليب التعزيز المناسبة للطالب.

٣١- أن يتم تحديد طريقة تقييم الهدف التعليمي في الخطة التربوية الفردية.

كما قامت الباحثة أيضا بإجراء بعض التعديلات والمتمثلة في إعادة صياغة بعض العبارات، مثل "أن يتم تحديد الإستراتجية" بدلا من "تحديد الإستراتجية"، وذلك نزولا عند رغبة بعض المحكمين. وقد أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من ٣٢ بندا، (انظر ملحق ٦).

<u>الاتساق الداخلي:</u> قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها ٦٣ حالة من الحالات المتابعة بمركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة، وقد حسبت معاملات ارتباط درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية له. والجدول (٣) يوضح نتائج ذلك.

جدول (٣)

قيم معاملات ارتباط درجة البند والدرجة الكلية لمقياس

تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية

رقم البند	معامل ارتباط	رقم البند	معامل ارتباط	رقم البند	معامل ارتباط	رقم البند	معامل ارتباط
١	٠,٥٦٧	٩	٠,٥٢٥	١٧	٠,٤٧٩	٢٥	٠,٦٠٦
٢	٠,٢٩٩	١٠	٠,٥٦٧	١٨	٠,٥٦٧	٢٦	٠,٦١٤
٣	٠,٥٩٠	١١	٠,٤٥٤	١٩	٠,٥٢٠	٢٧	٠,٤٥٤
٤	٠,٦٠٦	١٢	٠,٦٣٧	٢٠	٠,٤٥٧	٢٨	٠,٥٨٠
٥	٠,٤٤٠	١٣	٠,٦٣٧	٢١	٠,٥٦٨	٢٩	٠,٥٤١
٦	٠,٥٠٥	١٤	٠,٦٧٨	٢٢	٠,٦٠٨	٣٢	٠,٥٣٢
٧	٠,٥٠٥	١٥	٠,٥٥٤	٢٣	٠,٤٦٨		
٨	٠,٥٦٧	١٦	٠,٥٣٦	٢٤	٠,٥٦٠		

يتبين من الجدول (٣) أن معظم معاملات ارتباط درجات كل بند من بنود مقياس قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) وجميعها قيم مقبولة عدا قيمة البند (٢)، حيث سجل قيمة معامل ارتباط (٠,٢٩٩)، وبحذف هذا البند لم تتغير معاملات ارتباط البنود الأخرى، وبالتالي اتخذت الباحثة قرارها بعدم حذف البند نظرا لأهميته من الناحية النظرية في التطبيق.

صدق المفهوم أو التكوين الفرضي: قامت الباحثة باختبار الفرض القائم على أن متوسط درجات كفاءة أداء معلمات التربية الخاصة على تصميم الخطة التربوية الفردية أعلى من متوسط كفاءة درجات أداء طالبات قسم التربية الخاصة على تصميم الخطة التربوية الفردية.

وللتحقق من الفرض السابق قامت الباحثة بمقارنة متوسطات أداء المجموعتين، والجدول (٤) يوضح نتائج ذلك.

جدول (٤)

قيم متوسطات أداء معلمات التربية الخاصة وطالبات التربية الخاصة على مقياس قائمة تقدير كفاءة الخطة التربوية الفردية

المجموعات	عدد الأفراد	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط
المجموعة الكلية	٥٧	٣١	٦٤	٥٨.٦٦
مجموعة طالبات قسم التربية الخاصة	٢٧	٣١	٦٤	٥٣,٥٥
مجموعة معلمات التربية الخاصة	٣٠	٣٨	٦٤	٦٢,٨٤

يتبين من الجدول (٤) أن قيم متوسط أداء معلمات التربية الخاصة ٦٢,٨٤، وهي قيمة أعلى من قيم متوسط طالبات قسم التربية الخاصة ويبلغ ٥٣,٥٥، مما يثبت التكوين الفرضي بأن معلمات التربية الخاصة ذوات كفاءة أعلى في تصميم الخطة التربوية الفردية من طالبات التربية الخاصة.

ثانيا: ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بثلاث طرق هي:

١- ألفا كرونباخ: حيث بلغت قيمته (٠,٩١٨)، وهي قيمة عالية جدا.

٢- التجزئة النصفية: حيث تم حساب معامل ارتباط بين جزئي المقياس (البنود الفردية والزوجية)، وقد بلغت قيمته الكلية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون (٠,٩٣٣)، وتلك القيمة عالية.

٣- إعادة التطبيق: حيث قامت مشرفات الأقسام بمركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة بتقدير كفاءة ٣٢ خطة تربوية فردية، ثم أعيد التقدير مرة أخرى بفاصل زمني مدته أسبوعان، وقد بلغ معامل ارتباط التقديرين (٠,٨٧٤)، وتلك القيمة عالية. وتشير المعاملات المختلفة إلى ثبات المقياس.

طريقة تصحيح المقياس: إن كل بند من بنود المقياس يجب أن يعطى درجة محددة كالتالي:

- درجة صفر، وتعني عدم تحقق البند المقاس في جميع عناصر الخطة التربوية الفردية.
- درجة واحد، وتعني تحقق البند المقاس في أقل من نصف عناصر الخطة التربوية الفردية.
- درجتان، وتعني تحقق البند المقاس في أكثر من نصف عناصر الخطة التربوية الفردية.

وعلى هذا الأساس، فان أقل تقدير يمكن تسجيله هي درجة صفر، وأعلى تقدير يمكن تسجيله هي درجة (٦٤)، وفقا للتقدير المطبق.

سادسا: منهج مهارات مرحلة التدخل المبكر (إعداد الباحثة)

استخلصت الباحثة برنامج التدخل المبكر لفئة التوحد من خلال الرجوع إلى البرامج العالمية والمحلية لتطوير المهارات النمائية في مرحلة التدخل المبكر في مختلف جوانب النمو، مثل منهج البورتج، برنامج هلب، برنامج بكس، ومقارنة تلك البرامج مع البرامج العالمية المطبقة مع فئة التوحد، (انظر ملحق ٧). إضافة إلى دعم ذلك بالملاحظات الميدانية من خلال سنوات الخبرة في العمل مع حالات التوحد للباحثة.

وقد تم تحكيمه من قبل مختصين سبق لهم العمل مع فئة التوحد، بالإضافة إلى عرض البرنامج على عشرة معلمات ممن لا تقل عدد سنوات خبرتهن في مجال العمل مع فئة التوحد عن خمس سنوات، (انظر ملحق ٨). وقد تكون البرنامج من خمس مجالات هي الإدراك، واللغة، والتواصل والتفاعل الاجتماعي، والحركي، والاستقلالي. ويضم كل مجال عددت أهداف تعكس قياس مهارات محددة مرتبطة بالمجال، (انظر ملحق ٩).

وقامت الباحثة بعمل دراسة استطلاعية على عينة قوامها (١٦) من أمهات فئة التوحد لتطوير الصيغة الإلكترونية للبرنامج وإعادة صياغة بعض العبارات لتكون أكثر وضوحا بالنسبة للأسرة.

سابعا: برنامج الإرشاد الإلكتروني (إعداد الباحثة)

يعتمد البرنامج على تحويل منهاج مهارات التدخل المبكر، والمعد من قبل الباحثة، إلى صيغة إلكترونية باستخدام برنامج Visual Basic 6 بحيث يسهل على الأم استخدام البرنامج، حيث أنه لا يتطلب كفاءة أدائية متقدمة في استخدام جهاز الحاسب الآلي، ويحقق هدف مشاركة الأم في تطوير نموذج الخطة التربوية الفردية للابن/ة من خلال اختيار الأهداف التي تتناسب مع مستوى الانجاز الذي حققه الابن مقارنة بالمرحلة السابقة. وقد تم استشارة متخصصين في مجال تقنية الحاسب الآلي

لضمان فاعلية تشغيل البرنامج على أجهزة الحاسب الآلي بنظام ويندوز ٢٠٠٧، (انظر ملحق ١٠).

وقد تم تطبيق البرنامج على عدة جلسات تضمنت التالي:

الجلسة الأولى: (الجلسة التأسيسية)، وتنفذ هذه الجلسة مع جميع الأمهات، مدة الجلسة (٤٥) دقيقة، وتهدف إلى:

الهدف العام.. بناء العلاقة الإرشادية بين المرشد (الأخصائي النفسي او معلم التربية الخاصة)، والمسترشد (والدة الطفل التوحدي).

الأهداف الإجرائية:

- التعريف بالبرنامج، وأهدافه.
- شرح كيفية تشغيل البرنامج.
- توضيح آلية العمل على الصورة الالكترونية.

الجلسة الثانية: (جلسة الدعم التقني)، وتنفذ هذه الجلسة فقط مع الأمهات اللاتي واجهن صعوبة أثناء تشغيل البرنامج في الصورة الالكترونية، وتهدف إلى:

الهدف العام.. إزالة المعوقات التقنية أثناء تنصيب البرنامج على جهاز الحاسب الآلي.

الأهداف الإجرائية:

- التدريب على خطوات تنصيب البرنامج.
- التدريب على كيفية العمل على البرنامج.

الجلسة الثالثة: (جلسة التطبيق)، وتمتد فترة تسليم البرنامج من قبل المسترشد للمرشد إلى (٥ أيام) منذ المقابلة الأولى، وتهدف إلى:

الهدف العام:

- استلام الخطة التربوية الفردية والمعدة من قبل الوالدة باستخدام البرنامج، من خلال البريد الالكتروني.

الأهداف الإجرائية:

- تحديد الفترة الزمنية التي يتم فيها تنفيذ البرنامج واستكمال البيانات الأولية للطفل.
- اختيار الأهداف المناسبة للطفل في كل مهارة.
- مراجعة الأهداف في كل مجال.
- حفظ الملف في مجلد مستندات.
- إرفاق وإرسال الملف عن طريق البريد الالكتروني.
- ملاحظة: عند عدم دعم نظام التشغيل في جهاز الحاسب للصيغة الكترونية للبرنامج يمكن الاستعانة بالصيغة المكتوبة في برنامج الورد ومتابعة الخطوات ذاتها في الفقرات السابقة ومن ثم إرساله.

<u>الجلسة الرابعة:</u> (جلسة المتابعة)، تمتد فترة تسليم البرنامج من قبل المرشد إلى المسترشد إلى (٣ – ٥ أيام) منذ تسلم أهداف البرنامج من خلال البريد الالكتروني، وتهدف إلى:

الهدف العام:

- توضيح الوصف التطبيقي لكل هدف في كل مجال من مجالات الخطة التربوية الفردية.

الأهداف الإجرائية:

- مراجعة الأهداف.
- إرفاق توصيف إجراءات تنفيذ الخطة التعليمية.

الجلسة الخامسة: (جلسة التقييم)، وتمتد فترة تسليم البرنامج من (٣ - ٥ أسابيع) بعد تطبيق البرنامج من قبل الأم مع الطفل، وتهدف إلى:

الهدف العام: تقييم البرنامج بعد التطبيق مع الطفل من قبل الأمهات.

الأهداف الإجرائية:

- تقييم الطفل من قبل الأم وتسجيل النتيجة في المكان المحدد في الجدول.
- إرسال التقييم على البريد الالكتروني لمتابعة انجاز الطالب من قبل المرشد.
- مراجعة وتحديد مستوى التقييم من قبل المرشد، وكتابة التوصيات.

الجلسة السادسة: (جلسة التطوير)، ويتم فيها تطوير البرنامج حسب الأهداف المنجزة، ومن ثم تعاد الخطوات في كل من الجلسة ٣، ٤، ٥ على التوالي.

إجراءات تطبيق الدراسة:

قامت الباحثة بالخطوات التالية:

- الاطلاع على البرامج المتخصصة في تطوير المهارات الأدائية في جوانب النمو.
- بناء البرنامج وتحكيمه من قبل المختصين.
- إعداد الصيغة الإلكترونية واستشارة المختصين في مجال برمجيات الحاسب.
- اختبار الكفاءة التشغيلية للقرص المبرمج على جهاز الكمبيوتر.
- القيام بدراسة استطلاعية للكشف عن فاعلية البرنامج من الناحية التطبيقية.
- تطوير وتعديل البرنامج.
- اختيار العينة مع مراعاة تثبيت المتغيرات الدخيلة (مستوى التعليم، كفاءة العمل على جهاز الكمبيوتر)، وتوزيع الأفراد بصورة عشوائية بين المجموعتين.
- عمل اجتماع مع أفراد العينة من الأمهات وشرح الخطوات التطبيقية للبرنامج.

- تطبيق قياس قبلي للتحقق من تجانس المجموعتين قبل تطبيق البرنامج.
- تطبيق قياس بعد تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعات المحددة.
- تطبيق الاختبارات البعدية على أطفال المجموعتين بعد الانتهاء من البرنامج التدريبي.
- تطبيق التحليل الإحصائي وتفسير النتائج.

الأساليب الإحصائية:

للكشف عن دلالة تحقق الفروض تم استخدام أساليب إحصائية اللابارامتري "مان- ويتني Mann-Whitney"، "ويلكوكسون Wilcoxon"، "كروسكال- واليز Kruskal-Wallis"، بالإضافة إلى معامل ارتباط سبيرمان، نظرا لمخالفة شروط العشوائية في اختيار العينة و صغر حجم العينة نسبيا، وذلك راجع إلى طبيعة العينة في الدراسة الحالية.

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- نتائج الفرض الأول
- نتائج الفرض الثاني
- نتائج الفرض الثالث
- نتائج الفرض الرابع
- نتائج الفرض الخامس
- نتائج الفرض السادس
- نتائج الفرض السابع

تعرض الباحثة في هذا الفصل نتائج الدراسة والمتعلقة بالتحقق من صحة الفروض، والتأكد من فاعلية البرنامج الإرشاد الإلكتروني، على النحو التالي..

نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "مان- ويتني Mann-Whitney"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية، قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (٥) يوضح النتائج.

جدول (٥)

قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٥,٧٥	٣	١,٤٨	٠,١٤
المجموعة الضابطة	٤	٣,٢٥			

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني، حيث بلغت قيمة Z(١,٤٨) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند أي من قيم الدلالة المتعارف عليها إحصائيا. مما يدل على تجانس أفراد المجموعتين عينة الدراسة في تصميم خطة تربوية فردية لأبنائهن التوحديين.

نتائج الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**

وتم التحقق من صحة هذا الفرض باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "مان- ويتني Mann-Whitney"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (٦) يوضح النتائج.

جدول (٦)

قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٦,٦٧	٠,٠٠٠	٢,٣١	٠,٠٢١
المجموعة الضابطة	٤	٢,٥٠			

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني، حيث بلغت قيمة Z (٢,٣١) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠٢١) لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الرتب للمجموعة التجريبية (٦,٦٧) بينما بلغ متوسط الرتب للمجموعة الضابطة (٢,٥٠). مما يدل على فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني المقدم في رفع كفاءة أمهات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية على تطوير خطة تربوية فردية مناسبة لأبنائهن التوحيديين بعد تطبيق البرنامج.

نتائج الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "ويلكوكسون Wilcoxon"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد على أداء تصميم الخطة التربوية الفردية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (٧) يوضح النتائج.

جدول (٧)

قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب

لدرجات أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة

على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع القياس	الإشارات	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعدي / بعدي	موجبة	صفر	٢,٥٠	١,٨٣	٠,٠٦٨
	سالبة	٤			

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني، حيث بلغت قيمة Z (١,٨٣) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند أي من مستويات الدلالة الإحصائية المتعارف عليها. مما يدل على ثبات أداء الأمهات في المجموعة الضابطة وعدم قدرتهن على تطوير خطة تربوية فردية تناسب أبنائهن التوحيديين.

نتائج الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "ويلكوكسون Wilcoxon"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية على أداء تصميم الخطة التربوية الفردية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (٨) يوضح النتائج.

جدول (٨)

قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب

لدرجات أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية

على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع القياس	الإشارات	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعدي / بعدي	موجبة	صفر	٢,٥٠	١,٨٤	٠,٠٦٦
	سالبة	٤			

يتضح من جدول (٨) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني، حيث بلغت قيمة Z (١,٨٤) وهي قيمة قريبة من الدلالة الإحصائية إلا أنها غير دالة إحصائيا عند أي من مستويات الدلالة الإحصائية المتعارف عليها. ويبدو أن صغر حجم العينة اثر على مستوى الدلالة الإحصائية. ولتأكيد المعالجة الإحصائية المقدمة في الفرض السابق، قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "كروسكال- واليز Kruskal-Wallis"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية، وأمهات فئة التوحد في المجموعة الضابطة، ومعلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. جدول (٩) يوضح نتائج ذلك.

جدول (٩)

قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات

أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

ومجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة كآي تربيع	درجات الحرية	مستوى الدلالة
معلمات أطفال المجموعة التجريبية	٤	١١,٧٥	١٢,٧٢	٣	٠,٠٠٥
أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية	٤	٦,٦٧			
معلمات أطفال المجموعة الضابطة	٤	١٢,١٢			
أمهات فئة التوحد في المجموعة الضابطة	٤	٢,٥٠			

يتضح من جدول (٩) أن قيمة مستوى الدلالة (٠,٠٠٥) وهي قيمة دالة إحصائيا تشير إلى وجود فروق بين متوسط رتب المجموعات الأربع، حيث سجل أعلى متوسط رتب لصالح أفراد مجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة وأفراد مجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية على التوالي (١٢,١٢) و (١١,٧٥). يليه أفراد المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط الرتب (٦,٦٧)، بينما سجل أفراد المجموعة الضابطة أدنى درجة حيث بلغ متوسط الرتب (٢,٥٠). وتبدو النتائج مقبولة من الناحية العملية حيث تدعم الخبرة الميدانية لمعلمات التربية الخاصة تطور الأداء في تصميم الخطة التربوية الفردية.

وبالنظر إلى الفروق المسجلة بين متوسط رتب أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (٦,٦٧)، ومجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية (١١,٧٥) نجدها اقل من الفارق بين متوسط رتب أمهات فئة التوحد في المجموعة الضابطة (٢,٥٠) مقارنة بمتوسط رتب مجموعة معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة (١٢,١٢). وهذا يوضح فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني في رفع كفاءة أداء الأمهات في المجموعة التجريبية على تصميم الخطة التربوية الفردية بحيث أصبح الفارق المسجل بين متوسط الرتب بين المعلمات والأمهات في المجموعة التجريبية اقل بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني عن الفارق المسجل بين متوسط الرتب بين المعلمات والأمهات في المجموعة الضابطة.

وتعلق الباحثة على هذه النتيجة بان الأمهات قادرات على تطوير برنامج تربوي فردي يناسب قدرات أبنائهن شرط توفر التدريب المناسب، وأنهن يسهمن بصورة ايجابية في تدريب أبنائهن وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة Sharry, et al. (2005)، Singh, et al. (2006)، موسى (٢٠٠٧)، ميادة عثمان (٢٠٠٨)، Pillay, et al. (2010).

نتائج الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والمجموعة الخارجية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "كروسكال- واليز Kruskal-Wallis"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والمجموعة الخارجية على أداء تصميم الخطة التربوية الفردية، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (١٠) يوضح النتائج.

جدول (١٠)

قيمة (df) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أمهات فئة التوحد في المجموعات التجريبية والضابطة والخارجية على تصميم الخطة التربوية الفردية بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة كآي تربيع	درجات الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة الخارجية	٤	٩,٠٠	٧,٨٤٨	٢	٠,٠٢
المجموعة التجريبية	٤	٦,٦٧			
المجموعة الضابطة	٤	٢,٥٠			

يتضح من جدول (١٠) أن قيمة مستوى الدلالة (٠,٠٢) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، وتشير إلى وجود فروق بين متوسط رتب المجموعات الثلاثة، حيث سجل أعلى متوسط رتب لصالح أفراد مجموعة الأمهات في المجموعة الخارجية (٩,٠)، وتلتها مجموعة الأمهات في المجموعة التجريبية (٦,٦٧)، بينما سجلت مجموعة الأمهات في المجموعة الضابطة أدنى قيمة حيث بلغت (٢,٥٠). ويدل ذلك على فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني على تطوير كفاءة أداء الأمهات في المجموعتين الخارجية والتجريبية.

وترجع الباحثة الفارق في متوسط الرتب المسجل لصالح المجموعة الخارجية (٩,٠) مقارنة بمتوسط رتب المجموعة التجريبية (٦,٦٧) إلى آلية التطبيق المتبع في الجلسات التحضيرية حيث تم التعامل مع الأمهات في المجموعة الخارجية على صورة جلسات فردية، بينما تم التعامل مع الأمهات في المجموعة التجريبية في صورة جلسة جماعية. إضافة إلى ارتفاع مستوى الدافعية لأمهات فئة التوحد في المجموعة الخارجية باعتبار البرنامج المطبق يمثل التجربة الأولى للوالدة لدعم طفلها المصاب باضطراب طيف التوحد بأحد خدمات برامج التدخل المبكر.

نتائج الفرض السادس:

نص الفرض السادس: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة التوحد.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "مان- ويتني Mann-Whitney"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة التوحد بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. جدول (١١) يوضح النتائج.

جدول (١١)

قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة التوحد بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٤	٦,٠	٠,٥٨	٠,٥٦
المجموعة الضابطة	٤	٥			

يتضح من جدول (١١) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني في درجةالتوحد، حيث بلغت قيمة Z (٠,٥٨) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند أي من قيم الدلالة المتعارف عليها إحصائيا. وترجع الباحثة ذلك لأسباب عدة منها:

- قصر فترة التطبيق نسبيا.
- طبيعة الاضطراب والتي قد تتباين فيه مدى الأعراض بين الحالات.
- تباين أساليب تعامل الأسرة مع سلوكيات التوحد.

نتائج الفرض السابع:

نص الفرض السابع: **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة الذكاء، والسلوك التكيفي.**

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "مان- ويتني Mann-Whitney"، لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة الذكاء والسلوك التكيفي، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني. الجداول (١٢- ١٣) توضح النتائج.

جدول (١٢)

قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في جانب السلوك التكيفي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٢,٥٠	٠,٠٠٠	٢,٣١	٠,٠٢١
المجموعة الضابطة	٤	٦,٦٧			

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني في جانب السلوك التكيفي، حيث بلغت قيمة Z (٢,٣١) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠٢١) لصالح المجموعة التجريبية. وبالنظر إلى متوسط الرتب للمجموعة التجريبية (٦,٦٧) بينما بلغ متوسط الرتب للمجموعة الضابطة (٢,٥٠)، مما يدل على فاعلية برنامج الإرشاد الالكتروني المقدم في تطوير أداء الأمهات في تصميم الخطة التربوية الفردية، والذي ترتب علية تطوير أساليب التعامل مع أبنائهن اتضحت فعاليته في تطور جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد أفراد المجموعة التجريبية.

وبالرجوع إلى قيم المتوسط الحسابي نجد أن متوسط درجات المجموعة التجريبية بلغ (٢٣,٩) بانحراف معياري (١٠,٦)، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة (١٦,٣) بانحراف معياري (٣,٥). وفي هذا توضيح لمدى التباين في أداء الحالات بعد تطبيق البرنامج والذي يعكس أيضا الفارق في أسلوب كل أسرة في التعامل مع أبنائها.

جدول (١٣)

قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة الذكاء بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني

نوع المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسط الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	٤	٤,٨٨	٦,٠	٠,٤٤	٠,٦٦
المجموعة الضابطة	٤	٤,١٢			

كما يتضح من جدول (١٣) أيضا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج الإرشاد الالكتروني في درجة الذكاء، حيث بلغت قيمة Z (٠,٤٤) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند أي من قيم الدلالة المتعارف عليها إحصائيا. مما يدل على عدم تأثير برنامج الإرشاد الالكتروني المقدم لأمهات أطفال التوحد في تطوير نسبة الذكاء لدى أبنائهن.

وترجع الباحثة ذلك إلى قصر فترة التطبيق، حيث يتطلب إحداث تغيير في درجة الذكاء (الأداء العقلي) يمكن أن يقاس وفق بنود مقاييس الذكاء فترة زمنية كافية مما لم يتاح في التطبيق في الدراسة الحالية.

وقد لاتعكس هذه النتيجة الواقع الفعلي فقد سجل العديد من الأمهات تطور لأبنائهم في اكتساب المهارات العقلية الأولية من خلال البرنامج مثل مهارة المطابقة والتصنيف والتي تعد أحد المهارات التي تسجل درجة في الأداء على المقياس.

الفصل الخامس: ملخص النتائج والتوصيات

- ملخص النتائج
- توصيات الدراسة
- الدراسات المقترحة

ملخص نتائج الدراسة

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كانت على النحو التالي:

- **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، قبل تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**
- **توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية لصالح أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية.**
- **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية لصالح معلمات أطفال التوحد.**
- **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أداء أمهات فئة التوحد وأداء معلمات أطفال التوحد في المجموعة التجريبية (١)، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية.**
- **توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أمهات فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني على تصميم الخطة التربوية الفردية لصالح أمهات أطفال التوحد في المجموعة الخارجية والتجريبية على التوالي.**
- **لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في درجة التوحد.**
- **توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية (١) والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق برنامج الإرشاد الإلكتروني في السلوك التكيفي لصالح أطفال التوحد في المجموعة التجريبية. بينما لا توجد فروق دالة بين متوسطات أطفال فئة التوحد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الذكاء.**

توصيات الدراسة

بناء على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وفي ضوء خبرة الباحثة الميدانية في مجال إرشاد أسر الحالات الخاصة، وأيضا في مجال تطوير البرامج الفردية لفئة التوحد، توصي الدراسة بالتالي:

أولا: توصيات خاصة بتدريب الأسرة

- تطوير وتكثيف البرامج الإرشادية التطبيقية المقدمة لأسر الحالات الخاصة بصورة عامة، وأسرة فئة التوحد على وجه خاص وذلك لمحدودية البرامج التدريبية وارتفاع التكلفة المادية لمراكز التوحد، وقلة المختصين.
- الاستفادة بصورة مباشرة من الثورة التقنية والمتمثلة في المواقع العامة ومواقع البحث ومواقع الأفلام في تدريب الأسر على تطبيق البرامج المتخصصة لفئة التوحد.
- تفعيل أساليب الإرشاد التفاعلية باستخدام أساليب التقنية الحديثة بين المختصين والأسر بما يضمن الحفاظ على الحقوق الفكرية للمختص، والخصوصية لأسرة الشخص المصاب بالتوحد وسرعة تحقيق الخدمة.
- الإفادة من التجارب العالمية في هذا المجال وذلك بالرجوع إلى المواقع المعتمدة والرسمية.
- اعتماد بعض أساليب الإرشاد الالكتروني بالمراكز الخاصة والحكومية، وتحفيز الأسر على الاستفادة من ذلك في عملية التدريب على البرامج العالمية لفئة التوحد.
- إنشاء مواقع متخصصة لإرشاد اسر الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد توفر فرص تفاعلية أعلى مع المتخصصين.

ثانيا: توصيات للعاملين في مجال التربية الخاصة

- عمل دورات مجانية تطور من أداء فريق العمل مع فئة التوحد في التعامل مع الأساليب التقنية المتعددة، والتي تخدم الجانب التطبيقي للبرنامج المقدم للطفل.
- اعتماد ميزانية من الجهات المتخصصة لدعم شراء وترجمة البرامج التقنية، وإتاحة تسويقها بسعر مناسب.
- عمل ندوة بصورة دورية لطرح الأساليب التقنية المطورة والتي تخدم تطبيق برامج فئة التوحد في مختلف المجالات النمائية.
- عمل رابطة تشمل المتخصصين المتطوعين في مجال التوحد لدعم الإشراف على موقع متخصص رسمي يخدم الأسرة والعاملين والمتخصصين في مجال التوحد.

الدراسات المقترحة

من خلال تطبيقات الدراسة الحالية والتي أسهمت في توضيح الجوانب الايجابية والمعوقات للدراسات في هذا السياق، فإن الباحثة تقترح الدراسات التالية:

- إجراء دراسة تطويرية لبرنامج إرشاد الكتروني لمرحلة التهيئة للدمج في مدارس التعليم العام.
- إجراء دراسة مقارنة بين استخدام الوسائل التقليدية والوسائل التقنية في رفع أداء الطالب التوحدي في جلسة التخاطب.
- إجراء دراسة ارتباطيه لأثر استخدام الإرشاد الالكتروني على تطور الأداء النفسي والعملي لأمهات فئة التوحد.
- إجراء دراسة تجريبية لأثر استخدام بعض الأساليب التقنية في تطبيق الخطة التربوية الفردية للطفل التوحدي من قبل الأسرة على زيادة التعاون بين أفراد الأسرة.

المراجع

- أولا: المراجع العربية
- ثانيا: المراجع الأجنبية

أولا: المراجع العربية

- أحمد، مصطفى حسن. (١٩٩٦). الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين. القاهرة: مكتبة الإسكندرية.
- أركوبي، مها. (٢٠١٠). فاعلية برنامج تدخل مبكر تهيئة الأطفال من ذوي الإعاقة "الاضطرابات النمائية" لرياض الأطفال من سن ٣-٦ سنوات في مركز لرياض الأطفال في مدينة جده. الدمام: الملتقى العاشر للجمعية الخليجية للإعاقة، ابريل ٢٧- ٢٩.
- الإمام، محمد. والجواله، فؤاد. (٢٠١٠). التوحد ونظرية العقل. عمان: دار الثقافة.
- أمين، سهى أحمد. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تدخل مبكر لتنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين وأثرة في تنمية التفاعلات الاجتماعية لديهم. مجلة العلوم التربوية، (٣)، ٩٣- ١٤٨.
- أودم، صمويل، وهانسون، مارس، وبلاكمان، جيمس، وكول، سودها. (٢٠٠٣). ممارسات التدخل المبكر عبر العالم. ترجمة احمد عبدالعزيز، الرياض: جامعة الملك سعود.
- عبد الباقي، سلوى محمد. (٢٠٠١). الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- بطرس، حافظ بطرس. (٢٠١٠). تكييف المناهج للطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- بطرس، حافظ بطرس. (٢٠٠٧). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم. عمان: دار المسيرة.
- بوزبون، بدرية يوسف. (٢٠٠٠م). استخدام طريقة التواصل عن طريق تبادل الصور كأسلوب لمعالجة الأطفال الذين يعانون من مشكلة التوحد. البحرين: ندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، ابريل ٢٤- ٢٦.
- بيومي، لمياء عبد الحميد. (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات. رسالة ماجستير (غير منشوره)، جامعة قناة السويس.

- التركي، جمال. (٢٠١٠). المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية. شبكة العلوم النفسية العربية، مارس ٢٠١٠.
- الجارحي، سيد جارحي. (٢٠٠٤). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة عين شمس.
- جمال الدين، حنان. (٢٠٠٩). أثر برنامج التدخل العلاجي بالأنشطة الفنية لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لطفل التوحد ذي الإعاقة العقلية البسيطة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة حلوان.
- أبو الحسن، نبيل محمد. (٢٠٠٨). التسويق الاجتماعي لبرامج تدريب أطفال اضطراب التوحد. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، ابريل ١٠-١٢.
- خطاب، محمد أحمد. (٢٠٠٩). سيكولوجية الطفل التوحدي. ط٢. عمان: دار الثقافة.
- خطاب، رأفت عوض. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه (غير منشوره)، جامعة عين شمس.
- الخطيب، جمال. (٢٠٠٥). استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة. عمان: دار وائل.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (١٩٩٨). التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر.
- الخطيب، جمال. والحديدي، منى. (١٩٩٤). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.
- الداهري، صالح حسن. (٢٠٠٥). علم النفس الإرشادي نظرياته وأساليبه الحديثة. عمان: دار وائل.
- الدوسري، محمد سعيد. (٢٠٠٨). مقاييس تشخيص التوحد العربية. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.

- ذيب، رائد موسى. (٢٠٠٨). البرامج التربوية الشاملة للأطفال التوحديين. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- ذيب، رائد موسى. (٢٠٠٥). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة ماجستير (غير منشوره)، الجامعة الأردنية.
- رندال، بيتر، وباركر، جونز. (٢٠٠٢). مساندة أسر الأطفال الذين يعانون من التوحد. ترجمة مركز الكويت للتوحد، الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- الروسان، فاروق. (٢٠٠١). مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة المهارات الحركية. الرياض: دار الزهراء.
- الزارع، نايف. (٢٠٠٨). معايير ضبط الجودة في برامج ومراكز التوحد. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- الزريقات، إبراهيم عبدالله. (٢٠٠٩). التدخل المبكر النماذج والإجراءات. عمان: دار المسيرة.
- الزريقات، إبراهيم عبدالله. (٢٠٠٤). التوحد الخصائص والعلاج. عمان: دار وائل.
- السرطاوي، زيدان، وقراقيش، صفاء. (٢٠١٠). الخدمات المقدمة لأطفال التوحد وأسرهم في ضوء حاجاتهم والرضا عنها. الدمام: الملتقى العاشر للجمعية الخليجية للإعاقة، ابريل ٢٧-٢٩.
- سرحان، نظمية احمد. (٢٠٠٨). برامج تدريب الأسرة للرعاية أبنائها التوحديين. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- سعود، فهدة. (٢٠٠٨). توصيات الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- أبو السعود، نادية عبد القادر. (٢٠٠٢). فعالية استخدام برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه (غير منشوره)، جامعة عين شمس.

- أبو السعود، نادية عبد القادر. (١٩٩٧). الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية. رسالة ماجستير (غير منشوره)، جامعة عين شمس.
- السعد، سميرة عبداللطيف. (١٩٩٧). دراسة تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية. المجلة التربوية، الكويت. ١٢ (٤٥)، ٣١-٦٩.
- السلمي، عبدالله. (٢٠٠٨). فاعلية استخدام أساليب الاشراط لثورندايك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة. رسالة ماجستير (غير منشور)، جامعة أم القرى.
- عبد السلام، فاروق، وطاهر، ميسره، ومهنى، يحي. (١٩٧٧). مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي. جدة: الدار السعودية.
- السيد، هويدا عبدالحميد. (٢٠١٠). فاعلية بيئة واقع افتراضي تعليمية في إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات التفاعل الاجتماعي. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة عين شمس.
- شاتوك، باول، وكار، كيفن، ويتلي، باول. (٢٠٠٨). التقدم في فهم دور المبيدات الحشرية المكونة من الفوسفات العضوية كسبب للتوحد. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، ابريل ١٠-١٢.
- الشامي، وفاء علي. (٢٠٠٤). سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها. جدة: مركز جدة للتوحد الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
- شربت، أشرف محمد. (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام جداول النشاط المصور في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين من المعاقين عقليا. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٢١)، ٦٤-١١٩.
- شرف، سمية عزت. (٢٠٠٦). فاعلية برنامج إرشادي جماعي للأمهات في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفالهن التوحديين بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير (غير منشوره)، جامعة أم القرى.

- الشمري، طارش، والسرطاوي، زيدان. (٢٠٠٢م). صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي. مجلة أكاديمية التربية الخاصة، (١)، ١-٣٧.
- الشناوي، محمد محروس. (١٩٩٥). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
- الشهري، سالم سعيد. (٢٠٠٣). الدليل العملي في الإرشاد الطلابي. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- آل الشيخ، عبير على. (٢٠٠٢). مدى وعي الأسرة بطبيعة الخدمات الاجتماعية المقدمة لطفلها التوحدي. رسالة ماجستير (غير منشوره)، جامعة الملك سعود.
- الصالحي، صلاح. (٢٠١١). تقدير نسب الإصابة في المملكة العربية السعودية. الرياض: مؤتمر التشخيص والعلاج في الرعاية الصحية الأولية للشؤون الصحية، ابريل ١٥-١٧.
- الصبي، عبدالله. (٢٠٠٣). التوحد وطيف التوحد. الرياض: مكتبة الرشيد.
- الصمادي، جميل. (٢٠٠٨). إنشاء برنامج مركز للأطفال التوحديين. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، ابريل ١٠-١٢.
- عبيدات، روحي مروحي. (٢٠٠٧). الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين. الإمارات: مكتبة مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
- العتيبي، بندر ناصر. (٢٠٠٤). الخصائص السيكومترية لصورة سعودية لمقياس فيلاند للسلوك التكيفي. مجلة أكاديمية التربية الخاصة، (٥)، ١- ٥٥.
- عكاشة، أحمد. (٢٠١٠). الترجمة العلمية لمصطلح الأوتيزم. شبكة العلوم النفسية العربية، مارس ٢٠١٠.
- عثمان، ميادة أحمد. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال التوحديين لخفض مستوى السلوك الانسحابي لأطفالهم. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة الخرطوم.
- العثمان، إبراهيم. (٢٠٠٧). الأعراض التشخيصية لاضطراب طيف التوحد. مكة: الملتقى العلمي السادس لدعم الأسر والعاملين في مجال ذوي الحاجات الخاصة، ابريل ١٥.

- علي، عبد الحميد محمد. (٢٠٠٨). اثر التدريب القائم على القصص الاجتماعية في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة السويس.
- عبد العزيز، محمد، ويوسف، أمال، ونافع، نشوى، وموسى، سلوى. (٢٠٠٨). تأثير برنامج حركي بنظام الدمج لتنمية التواصل لأطفال التوحد وبرنامج لتمرينات البيلاتس لتحسين الضغوط النفسية لأمهاتهم. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- العسكري، هايدي. (٢٠٠٨). ايجابيات تطوير مهارات التواصل في البيئة المنزلية. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- عقل، محمود عطا. (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي والتربوي. الرياض: دار الخريجين.
- عليوه، سهام عبدالغفور. (١٩٩٩). فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية. رسالة دكتوراه (غير منشور)، جامعة طنطا.
- عيتاني، محمد. (٢٠٠٨). التوحد والتشخيص المبكر. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- عيد، محمد إبراهيم. (٢٠٠٦). مقدمة في الإرشاد النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو.
- الغانم، سعيد محمد. (٢٠٠٨). مؤشرات تخطيطية لمواجهة مشكلات والدي الطفل التوحدي من منظور الخدمة الاجتماعية. رسالة ماجستير (غير منشور)، جامعة الإمام محمد بن سعود.
- الغامدي، عزة عمر عبد الله (٢٠٠٣م). العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة الملك سعود.
- غزال، مجدي فتحي. (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان. رسالة ماجستير(غير منشوره)، الجامعة الأردنية.

- قطب، نيرمين عبدالرحمن. (٢٠٠٥). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد. رسالة ماجستير (غير منشوره)، جامعة أم القرى.
- كامل، محمد علي. (٢٠٠٥). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
- الكحمي، وجدان وحمام، فادية، ومصطفى، علي. (٢٠٠٧). الصحة النفسية للطفل والمراهق. الرياض: مكتبة الرشيد.
- الكريم، أحمد، وخطاب، محمد. (٢٠١٠). الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال والمراهقين. عمان: دار الثقافة.
- كشك، رضا عبد الستار. (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة الزقازيق.
- كفافي، علاء الدين. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط٢. الرياض: دار النشر الدولي.
- اللهيبي، نادية عبدالرحمن. (٢٠٠٩): فاعلية برنامج غذائي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد. رسالة ماجستير (منشورة)، جامعة أم القرى.
- محمد، خالد سعيد. (٢٠٠٩). فعالية استخدام نظام التواصل من خلال الصور وبعض التدريبات السلوكية لتنمية الانتباه المشترك وأثر ذلك في خفض السلوك الإنسحابي لدى أطفال الروضة التوحديين. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة جنوب الوادي.
- محمد، علاء الدين. (٢٠٠٨). استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي في تحسين المهارات الحياتية اليومية لدى الأطفال التوحديين. جدة: الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، أبريل ١٠-١٢.
- محمد، محمود محمد. (٢٠٠٧). علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام. بيروت: دار ومكتبة الإهلال.

- محمد، عادل عبدالله. (٢٠٠١). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي، (١٤)، ٤٨-٩٧.
- محمد، هاله فؤاد. (٢٠٠١). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بإعراض التوحد. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة عين شمس.
- مرزوق، سماح عبد الفتاح. (٢٠١٠). تكنولوجيا التعلم لذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- آل مطر، فايز حبيب. (٢٠٠١)، دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقليا في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير (غير منشوره)، الجامعة الأردنية.
- مفضل، مصطفى ابوالمجد، ومحمد، خالد سعيد. (٢٠٠٧): فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة التوحديين بمدينة قنا. القاهرة: المؤتمر السنوي الرابع عشر للإرشاد النفسي، ديسمبر ٨-٩.
- الملاح، محمد عبد الكريم. (٢٠١٠)، الأسس التربوية لتقنيات التعليم الالكتروني. عمان: دار الثقافة.
- منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٩). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية. ترجمة وحدة الطب النفسي، جامعة عين شمس.
- موسى، محمد سيد. (٢٠٠٧). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصور. طنطا: المؤتمر العلمي الحادي عشر للتربية وحقوق الإنسان، مايو ٧- ٨.
- نجدي، سميرة أبو زيد. (٢٠٠٦). طرق تعليم وتأهيل ذوي الحاجات الخاصة. مصر: مكتبة الانجلو.

- نوفل، هالة كمال. (٢٠١٠). تفاعلية مواقع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة العربية والأجنبية على شبكة الانترنت. دراسة تحليلية واستشرافية. الدمام: الملتقى العاشر للجمعية الخليجية للإعاقة، ابريل ٢٧-٢٩.
- يحيى، خوله احمد. (٢٠٠٦). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار المسيرة.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- American Society of Psychiatry. (2008). Current Activities: Report of the DSM-V Task Force. http://www.psych.org/, November 2012.
- American Society of Psychiatry. (2008). Autism Disorders Diagnosis. http://www.psych.org/, February 2012.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. Jaypee Brotherthers: New Delhi.
- Barnard-Bra, L., & Lechtenberger, D. (2009). Student IEP Participation and Academic Achievement Across Time. Remedial and Special Education, September/October 2010; 31(5), 343-349.
- Baranek, T., Danko, D., Skinner, L., Donald, B., Hatton, D., Roberts, E., & Mirrett, L. (2005). Video Analysis of Sensory-Motor Features in Infants with Fragile X Syndrome at 9-12 Months of Age. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35(5), 645-656.
- Blackman, L. (2001). Autism and Other Adventures. London. Jessica Kingsley Publishers.

- Benson, R. & Paul, C. (2010). Coping, Distress, and Well-Being in Mothers of Children with Autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(2), 217-228.
- BenItzchak, E., & Zachor, A. (2009). Change in Autism Classification with Early Intervention: Predictors and Outcomes. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(4), 967-976.
- Bernard-Opitz, V., & Kok, A. (1992). Training Parents of Autistic Children in Singapore. International Journal of Rehabilitation Research, 15(1), 82-84.
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, T., Mudford, C., & Reeves, D. (2002). Erratum to "Progress and Outcomes for Children with Autism Receiving Parent-Managed Intensive Interventions" [Research in Developmental Disabilities. Research in Developmental Disabilities, 23(1), 79-104.
- Blair, P. (1996). Parental Perceptions of the Lifestyle Changes Associated with Having an Autistic Child: A Gender Comparison. N/A.
- Boyd, D. & Corley, J. (2001). Outcome Survey of Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism in a Community Setting. Autism: The International Journal of Research and Practice, 5(4), 430-41.
- Bryson, E., Zwaigenbaum, L., Brian, J., Roberts, W., Szatmari, P., Rombough, V., & McDermott, C. (2007). A Prospective Case Series of

High-Risk Infants Who Developed Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(1), 12-24.

- Buch, A. (1995). Teaching parents and paraprofessionals how to provide behavioral intensive early intervention for children with autism and pervasive developmental disorder. Ph.D., University of California, Los Angeles, 67 pages; AAT 9601301.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Autism Spectrum Disorders Data and Statistics. http://www.cdc.gov/, March 29, 2012
- Chawarska, K., & Shic, F. (2009). Looking but Not Seeing: Atypical Visual Scanning and Recognition of Faces in 2 and 4-Year-Old Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(12), 1663-1672.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Pre-School Children with Autism and Down Syndrome. Journal of Intellectual Disability Research, 54(3), 266-280.
- Davis, O. (2007). Working alliance and maternal psychological functioning: Mothers raising toddlers with autism. University of Massachusetts Boston, 117 pages; AAT 3299096.
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A. & Liaw, J. (2004). Early Social Attention Impairments in Autism: Social Orienting, Joint Attention, and Attention to Distress. Developmental Psychology, 40(2), 271-283.

- Drasgow, E., Yell, L., & Robinson, T. (2001). Developing Legally Correct and Educationally Appropriate IEPs. Remedial and Special Education, 22(6), 359-373.
- Eikeseth, S., Hayward, D., Gale, C., Gitlesen, J. & Eldevik, S. (2009). Intensity of Supervision and Outcome for Preschool Aged Children Receiving Early and Intensive Behavioral Interventions: A Preliminary Study. Research in Autism Spectrum Disorders, 3, 67-73.
- Elizabeth G., & Loisa B. (2007). Audiovisual speech integration and lipreading in autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 48(8), 813-821.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2007). Outcome for Children with Autism who Began Intensive Behavioral Treatment Between Ages 4 and 7: A Comparison Controlled Study. Behavior Modification, 31(3), 264-278.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X., & Abbott, R. (2009). Parenting Stress and Psychological Functioning among Mothers of Preschool Children with Autism and Developmental Delay. Autism: The International Journal of Research and Practice, 13(4), 375-387.
- Fukumoto, A., Hashimoto, T., Ito, H., Nishimura, M., Tsuda, Y., Miyazaki, M., Mori, K., Arisawa, K., & Kagami, S. (2008). Growth of Head Circumference in Autistic Infants during the First Year of Life. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38(3), 411-418.

- Garfinkle, N. & Schwartz, S. (2002). Peer Imitation: Increasing Social Interactions in Children with Autism and Other Developmental Disabilities in Inclusive Preschool Classrooms. Topics in Early Childhood Special Education, 22(1), 26-38.
- Gerland, G. (2003). Areal Person Life on The Outside. London: Souveir Press.
- Gomez, R., & Baird, S. (2005). Identifying Early Indicators for Autism in Self-Regulation Difficulties. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20(2), 11 -106.
- Griffith, M., Hastings, P., Nash, S., & Hill, C. (2010). Using Matched Groups to Explore Child Behavior Problems and Maternal Well-Being in Children with down Syndrome and Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(5), 610-619.
- Hayward, D., Eikeseth, S., Gale, C., & Morgan, S. (2009). Assessing Progress during Treatment for Young Children with Autism Receiving Intensive Behavioral Interventions. Autism: The International Journal of Research and Practice, 13(6), 613-633.
- Harris, L. (1991). Changes in Cognitive and Language Functioning of Preschool Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 21(3), 281-90.

- Harris, L., & Fagley, S. (1987). The Developmental Profile as a Predictor of Status for Autistic Children: Four to Seven Year Follow-Up. School Psychology Review, 16(1), 89-93.
- Hepburn, L., & MacLean, E. (2009). Maladaptive and Repetitive Behaviors in Children with Down Syndrome and Autism Spectrum Disorders: Implications for Screening. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 2(2), 67-88.
- Hoffman, D., Sweeney, P., Hodge, D., Lopez-Wagner, C., & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness: Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children with Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24(3), 178-187.
- Hoffman, D., Sweeney, P., Gilliam, E., Apodaca, D., Lopez-Wagner, C., & Castillo, M. (2005). Sleep Problems and Symptomology in Children with Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20(4), 194-200.
- Howard, S., Sparkman, R., Cohen, G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A Comparison of Intensive Behavior Analytic and Eclectic Treatments for Young Children with Autism. Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 26(4), 359-383.
- Hutman, T., Siller, M., & Sigman, M. (2009). Mothers' Narratives Regarding Their Child with Autism Predict Maternal Synchronous Behavior

during Play. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50 (10), 1255-1263.

- Kayfitz, D., Gragg, N., & Orr, R. (2010). Positive Experiences of Mothers and Fathers of Children with Autism. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23(4), 337-343.
- Kahana-Kalman, R., & Goldman, S. (2008). Intermodal Matching of Emotional Expressions in Young Children with Autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 2(2). 301-310.
- Kellman, R. (2010). The Thyroid-Autism Connection. Exceptional Parent, 40(4), 16, 18-19.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The Effects of a Parent-Focused Intervention for Children with a Recent Diagnosis of Autism Spectrum Disorder on Parenting Stress and Competence. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(2), 229-241.
- Kelley, E., Naigles, L., & Fein, D. (2010). An In-Depth Examination of Optimal Outcome Children with a History of Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(3), 526-538.
- Kim, H. (2004). Early stages of communicative and linguistic development in preschool children with autism. University of California, Los Angeles, 63 pages; AAT 3147728.
- Kohler, W., Strain, S., Hoyson, M., & Jamieson, B. (2006). Merging Naturalistic Teaching and Peer-Based Strategies to Address the IEP Objec-

tives of Preschoolers with Autism: An Examination of Structural and Child Behavior Outcomes. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 12(4), 196-206.

- Konstantareas, M. (1988). The Language Patterns Mothers and Fathers Employ with Their Autistic Boys and Girls. Applied Psycholinguistics, 9(4), 403-14.
- Lal, R. (2010). Effect of Alternative and Augmentative Communication on Language and Social Behavior of Children with Autism. Educational Research and Reviews, 5(3), 119-125.
- Lam, S., Wong, B., Leung, D., Ho, D., & Au-Yeung, P. (2010). How Parents Perceive and Feel about Participation in Community Activities: The Comparison between Parents of Preschoolers with and without Autism Spectrum Disorders. Autism: The International Journal of Research and Practice, 14 (4), 359-377.
- Matson, L., Fodstad, C., Mahan, S., & Sevin, A. (2009). Cutoffs, Norms, and Patterns of Comorbid Difficulties in Children with an ASD on the Baby and Infant Screen for Children with aUtIsm Traits (BISCUIT-Part 2). Research in Autism Spectrum Disorders, 3(4), 977-988.
- Matson, L., Wilkins, J., Sharp, B., Knight, C., Sevin, A., & Boisjoli, A. (2009). Sensitivity and Specificity of the Baby and Infant Screen for Children with aUtIsm Traits (BISCUIT): Validity and Cutoff Scores for

Autism and PDD-NOS in Toddlers. Research in Autism Spectrum Disorders, 3(4), 924-930.

- Munson, J., Dawson, G., Sterling, L., Beauchaine, T., Zhou, A., Koehler, E., Lord, C., Rogers, S., Sigman, M., Estes, A., & Abbott, R. (2008). Evidence for Latent Classes of IQ in Young Children with Autism Spectrum Disorder. American Journal on Mental Retardation, 113(6), 439-452.
- Muller, R. (2007). The Study of Autism as a Distributed Disorder. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13(1), 85-95.
- National Autistic Society UK. (2009). Autism Spectrum. http://www. autism.org.uk/, February 2012.
- National Institutes of Health. (2005). Autism and Genes. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. May 2006.
- Ozonof, S., & Cathcart, K. (1998). Effectivness of Home Program Intervention for Young Children With Autism. Journal Autism and Developmental Disorders, 28(1), 70-85.
- Olive, L., Lang, B., & Davis, N. (2008). An Analysis of the Effects of Functional Communication and a Voice Output Communication Aid for a Child with Autism Spectrum Disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 2(2), 223-236.
- Papageorgiou, V., & Kalyva, E. (2010). Self-Reported Needs and Expectations of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders Who Par-

ticipate in Support Groups. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(4), 653-660.

- Perry, A., Flanagan, E., Dunn J. & Freeman, L. (2009). Brief Report: The Vineland Adaptive Behavior Scales in Young Children with Autism Spectrum Disorders at Different Cognitive Levels. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39(7), 1066-1078.
- Pillay, M. Alderson-Day, B., Wright, B., Williams, C., & Urwin, B. (2010). Autism Spectrum Conditions Enhancing Nurture and Development (ASCEND): An evaluation of intervention support groups for parents. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16(1), 5-20.
- Pisula, E. (2007), A Comparative Study of Stress Profiles in Mothers of Children with Autism and Those of Children with Down's Syndrome. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20 (3), 274-278.
- Powell, E. (1990). Home-Based Intervention for Preschoolers with Emotional Disturbances and Autism. Preventing School Failure, 34(4), 41-45.
- Quintero, N., & McIntyre, L. (2010). Sibling Adjustment and Maternal Well-Being: An Examination of Families with and without a Child with an Autism Spectrum Disorder. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 25(1), 37-46.
- Remington, B., Hastings, P., Kovshoff, H., Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., Alsford, P., Lemaic, M., & Ward, N. (2007). Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and their

Parents after Two Years. American Journal on Mental Retardation, 112(6), 418-438.

- Reinhartsen, B., Garfinkle, N., & Wolery, M. (2002). Engagement with Toys in Two-Year-Old Children with Autism: Teacher Selection versus Child Choice. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 27(3),175-87.
- Rogers, J., Susan, H., & Elizabeth, W. (2003): Parent Reports of Sensory Symptoms in Toddlers with Autism and Those with Other Developmental Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 33(6). 631.
- Ruble, A., Dalrymple, J. & McGrew, H. (2010), The Effects of Consultation on Individualized Education Program Outcomes for Young Children With Autism: The Collaborative Model for Promoting Competence and Success. Journal of Early Intervention, September 2010; 32 (4), 286-301.
- Saint-Georges, C., Cassel, S., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M., Maestro, S., & Muratori, F. (2010). What Studies of Family Home Movies Can Teach Us about Autistic Infants: A Literature Review. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(3), 355-366.
- Sawyer, L., Luiselli, K., Ricciardi, N., & Gower, L. (2005). Teaching A Child with Autism to Share Among Peers in an Integrated Preschool Classroom: Acquisition, Maintenance, and Social Validation. Education and Treatment of Children, 28(1), 1-10.

- Salt, J., Shemilt, J., Sellars, V., Boyd, S., Coulson, T., & McCool, S. (2002). The Scottish Centre for Autism Preschool Treatment Programme: II. The Results of a Controlled Treatment Outcome Study. Journal of Research and Practice, 6(1), 33-46.
- Scott, F. (2008). An Overview of Autism Spectrum Diagnosis. The First Scientific Meeting for the Autism Centers in the Arab World "Autism.. Reality & Future". Jeddah.
- Schneide, E. (1999). Discovering My Autism. USA: Library of Congress.
- Schwartz, S., Sandall, R., Garfinkle, N., & Bauer, J. (1998). Outcomes for Children with Autism: Three Case Studies. Topics in Early Childhood Special Education, 18 (3), 132-43.
- Sharry, J., Guerin, S., Griffin, C., & Drumm, M. (2005). An Evaluation of the Parents Plus Early Years Programme: A Video-based Early Intervention for Parents of Pre-school Children with Behavioural and Developmental Difficulties. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10(3), 319-336.
- Siller, J. (2006). How children and parents collaborate to negotiate meaning: Studies on language acquisition in autism.University of California, Los Angeles, 94 pages; AAT 3234388.
- Singh, N., Lancioni, E.; Winton, W., Fisher, C., Wahler, G., McAleavey, K. Singh, J., & Sabaawi, M. (2006). Mindful Parenting Decreases Ag-

gression, Noncompliance, and Self-Injury in Children with Autism. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14(3), 169-177.

- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. Autism, May 2007; 11(3), 205-224.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., MacKinnon, A., & King, N., Rinehart, N. (2006). Effects on Parental Mental Health of an Education and Skills Training Program for Parents of Young Children with Autism: Randomized Controlled Trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(5), 561-569.
- Vismara, A., Colombi, C., & Rogers, J. (2009). Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism. Autism, 13(1), 93-115.
- Warreyn, P., Roeyers, H., & Groote, I. (2005). Early Social Communicative Behaviours of Preschoolers with Autism Spectrum Disorder during Interaction with their Mothers. Autism The International Journal of Research and Practice,9 (4), 342-361.
- Williams, D. (2004). Everyday Heaven. London. USA: Jessica Kingsley Publishers.

- Wong, C. & Kwan, K.(2010). Randomized Controlled Trial for Early Intervention for Autism: A Pilot Study of the Autism 1-2-3 Project. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40 (6), 677-688.
- Wong, S. (2006). Play and joint attention of children with autism in the preschool classroom. University of California, Los Angeles, 2006, 69 pages; AAT 3226028.
- Young, S., Merin, N., Rogers, J., & Ozonoff, S. (2009). Gaze Behavior and Affect at 6 Months: Predicting Clinical Outcomes and Language Development in Typically Developing Infants and Infants at Risk for Autism. Developmental Science, 12(5), 798-814.
- Zachor, A., & Itzchak, B. (2010). Treatment Approach, Autism Severity and Intervention Outcomes in Young Children. Research in Autism Spectrum Disorders, 4(3), 425-432.

الملاحق

ملحق رقم (١)

قائمة المعايير الإكلينيكية للكشف عن اضطراب التوحد

المملكة العربية السعودية
وزارة الشؤون الاجتماعية

جمعية أم القرى النسائية
مركز الأمل المنشود لذوي الحاجات الخاصة

قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد

(د. عزة الغامدي)

اسم الطفل / _____ القائم بالتقدير / _____

تاريخ الميلاد / _____ بداية ظهور المرض / _____

تاريخ التقييم / _____ نتيجة التقييم / _____

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن بعض الأعراض التي تظهر على الطفل ، الرجاء قراءتها ، ومن ثم الإشارة إلى مدى انطباقها على الطفل في العمود المناسب .

م	الأعراض	لا تنطبق	تنطبق قليلاً	تنطبق كثيراً	تنطبق دائماً
١	قصور حاد في استعمال السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل : الاتصال بالعين مع الآخرين- تعبيرات الوجه، وضع الجسم، وإيماءاته لتنظيم التفاعل الاجتماعي				
٢	الفشل في القيام بعلاقات مع الأقران تتناسب ومستوى نمو الطفل العقلي .				
٣	نقص في مشاركة الآخرين الأفراح والاهتمامات والإنجازات مثل : النقص في إظهار، أو إحضار، أو التأشير إلى الأشياء المثيرة للاهتمام .				
٤	الافتقار إلى التبادل الاجتماعي والانفعالي (تبادل العواطف والمشاعر والاهتمامات الاجتماعية .				
٥	تأخر أو نقص كلي في نمو لغة الحديث .				
٦	قصور حاد في القدرة للمبادرة أو الاحتفاظ بالمحادثة مع الآخرين .				
٧	الاستعمال النمطي أو الترديدي للغة .				
٨	نقص في اللعب الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي للطفل .				
٩	الانشغال بواحد أو أكثر من النماذج الحصرية النمطية ذات الاهتمام والتي تكون شاذة في شدتها أو تجانسها .				
١٠	التزام صارم لروتين محدد وطقوس محددة .				
١١	القيام بحركات نمطية مكررة (كالتصفيق ، فرقعة الأصابع ، اللوي ، رفرفة الأيدي .... إلخ) .				
١٢	الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء .				
١٣	تأخر وظيفي غير عادي في التفاعل الاجتماعي .				
١٤	تأخر وظيفي غير عادي في اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .				
١٥	تأخر وظيفي غير عادي في اللعب الرمزي أو التخيلي .				

ملحق رقم (٢)

مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي

تعليمات درجات مقياس تقدير التوحد الطفولي

تعليمات :استخدام الفراغ تحت كل بند من البنود التالية لتدوين ملاحظاتك المتعلقة بالسلوكيات ذات العلاقة بكل بند على حدة . وبعد الانتهاء من ملاحظة الطفل ، قم بتحديد التقدير المرتبط بكل بند وذلك بوضع دائرة حول الفقرة التي تصف سلوك الطفل بشكل أفضل . ويمكن أن تضع تقديراً للطفل بين فقرتين لوصف السلوك وذلك بإعطاء درجات مثل :٥ر١ ، ٥ر٢ أو ٥ر٣ ، إذا يشتمل كل بند من البنود على معيار تقدير مختصر . ولمزيد من التفاصيل حول معيار التقدير لكل بند من هذه البنود يمكنك الرجوع إلى دليل المقياس.

البند الأول : العلاقة بالناس :

الدرجة	
١	**لايتوفر ما يثبت أن لدى الطفل صعوبة في علاقته بالآخرين** .سلوك الطفل مناسب لعمره الزمني ، وقد يلاحظ بأن لديه شيئاً من الحياء والارتباك وعدم الوضوح والانزعاج عندما يطلب منه القيام بمهمة ما ، ولكن ذلك لايصل إلى مستوى السلوك غير عادي .
٥ر١	
٢	**علاقات غير عادية بدرجة بسيطة** . قد يتجنب الطفل النظر إلى عين الشخص الكبير أو ربما يحاول تحاشيه أو ربما يرتبك ويقلق عندما يجبره على التفاعل أو ربما يبدو عليه الحياء الزائد ، أو ربما لا يتجاوب مع الشخص الراشد كما يفعل أقرانه العاديين ممن هم في مثل عمره ، أو ربما يتعلق بوالديه بدرجة أكثر مقارنة بمعظم الأطفال ممن هم في مثل سنه .
٥ر٢	
٣	**علاقات غير عادية بدرجة متوسطة** . يظهر الطفل عزلة وعدم إدراك لوجود الشخص الكبير في بعض الحيان ولابد من الإصرار على الطفل أحياناً وإجباره لكي ينتبه ، ويقوم الطفل فقط بالحد الأدنى من المبادرة بالتواصل مع الآخرين .
٥ر٣	
٤	**علاقات غير عادية بدرجة شديدة** . الطفل منعزل عن الآخرين ولا يعي ما يقوم به الشخص الكبير ، وهو لا يستجيب للشخص الكبير ولا يبدأ التواصل معه . ولا يستجيب إلا إذا استخدمت معه أعلى درجات الإصرار والدفع لجذب انتباهه .

ملاحظات:_____

_____

البند الثاني : التقليد والمحاكاة ::

الدرجة	
١	**تقليد مناسب** . يستطيع الطفل تقليد الأصوات والكلمات والحركات المناسبة لمستوى مهاراته .
٥ر١	
٢	**تقليد غير عادي بدرجة بسيطة** . يقلد الطفل سلوكيات بسيطة وسهلة كالتصفيق أو أصوات لفظية مفردة معظم الوقت ، وأحياناً يقلد فقط بعد حث أو بعد تأخير .
٥ر٢	
٣	**تقليد غير عادي بدرجة متوسطة**. يقلد الطفل فقط بعض الأحيان ، ويتطلب ذلك جهداً كبيراً ومساعدة وإصرار من الشخص الكبير ولا يقلد إلا بعد تأخير ملحوظ .
٥ر٣	
٤	**تقليد غير عادي بدرجة شديدة** . نادراً مايقلد الطفل الأصوات أو الكلمات أو الحركات ، أو أنه لايقلدها على الإطلاق حتى في حالة توفر الحث والدعم والمساعدة من الشخص الكبير .

ملاحظات:_____

_____

_____

البند الثالث : الاستجابة الانفعالية :	
الدرجة	
١ ٥ر١	**استجابات انفعالية مناسبة للموقف ولعمر الطفل** . يظهر الطفل استجابات انفعالية مناسبة من حيث النوع والدرجة والتي يمكن التعبير عنها بتغير تعبيرات الوجه ووضعية الجسم والأسلوب .
٢ ٥ر٢	**استجابات انفعالية غير عادية بدرجة بسيطة** . يظهر الطفل أحياناً ردود فعل انفعالية مناسبة إلى حد ما من النوع والدرجة . وقد لاتمت ردود الأفعال تلك في بعض الأحيان بصلة إلى الأشياء أو الأحداث التي تحيط بها .
٣ ٥ر٣	**استجابات انفعالية غير عادية بدرجة متوسطة**. يظهر الطفل علامات واضحة لعدم ملاءمة استجابته الانفعالية من حيث النوع و \ أو الدرجة . وفي هذه الحالة قد تكون ردود الفعل معدومة أو زائدة عن العادي ، وربما لاتكون لها أيضاً علاقة بالموقف . وقد يكشر الطفل أو يضحك أو يكون فظاً وقاسياً على الرغم من عدم وجود أشياء أو أحداث تثير الانفعالات .
٤	**استجابات انفعالية غير عادية بدرجة شديدة** . نادراً ما تكون الاستجابات مناسبة وملائمة للموقف ، وحين يكون الطفل في مزاج معين ، فمن الصعب تغيير مزاجه حتى مع تغيير الأنشطة . وقد يظهر الطفل تقلبات مزاجية وانفعالية واسعة خلال فترة وجيزة على الرغم من عدم تغيير أي شيء حوله .
ملاحظات:	

البند الرابع : استخدام الجسم :	
الدرجة	
١ ٥ر١	**استخدام الجسم استخداماً يتناسب مع العمر** . يتحرك الطفل بنفس السهولة والخفة والرشاقة والتناسق كما يفعل الطفل العادي في مثل سنه .
٢ ٥ر٢	**استخدام الجسم استخداماً غير عادي بدرجة بسيطة** . وجود استجابات غريبة بشكل بسيط كالتثاقل وعدم الرشاقة ، أو الحركات الجسمية المتكررة ، أو ضعف التناسق الحركي ، أو الظهور النادر لأي من الحركات غير العادية بدرجة أكبر من مثل التحديق أو النقر على الجسم ، أ، العدوان الموجه نحو الذات ، أو الحركة للأمام والخلف ، أو الدوران ، أو هزهزة الإصبع ، أو المشي على أصابع الأرجل .
٣ ٥ر٣	**استخدام الجسم استخداماً غير عادي بدرجة متوسطة** . ملاحظة قيام الطفل بحركات غير عادية أو غريبة لاتتناسب مع عمره الزمني ، والتي تشتمل على سلوكيات مثل : حركة غريبة بالإصبع ، أو أوضاع غريبة للإصبع أو الجسم أو التحديق أو النقر على الجسم ، أو العدوان الموجه نحو الذات ، أو الحركة للأمام والخلف ، أو الدوران ، أو هزهزة الإصبع ، أو المشي على أصابع الأرجل .
٤	**استخدام الجسم استخداماً غير عادي بدرجة شديدة** . إن ظهور الحركات المذكورة أعلاه بدرجة شديدة ومتكررة ، يعتبر مؤشراً على استخدام الجسم بصورة غير عادية . وهذه الحركات قد تستمر رغم الإصرار على منع الطفل عنها ،أو محاولة جعل الطفل ينهمك في أنشطة أخرى .
ملاحظات:	

البند الخامس: استخدام الأشياء :	
	الدرجة
اهتمام واستخدام مناسب للعب والأشياء الأخرى . يظهر الطفل اهتماماً عادياً في اللعب والأشياء الأخرى الملائمة لمستوى مهاراته ، ويستخدمها بأسلوب مقبول .	١ ٥ر١
اهتمام واستخدام مناسب للعب والأشياء الأخرى بدرجة بسيطة . قد يظهر الطفل رغبة أقل في اللعبة ،أو قد يلعب بها بطريقة طفولية غير مناسبة ، كأن يضرب بها بعنف أو يمصها بعد اجتياز المرحلة العمرية التي يعتبر فيها حدوث مثل هذا السلوك عند الأطفال عادياً	٢ ٥ر٢
اهتمام واستخدام غير مناسب للعب والأشياء الأخرى بدرجة متوسطة . قد يظهر الطفل اهتماماً قليلاً جداً باللعب والأشياء الأخرى ،أو ينشغل بشكل استحواذي عند استخدام اللعبة أو الشيء بأسلوب غريب . فقد يركز انتباهه إلى بعض الأجزاء غير المهمة من اللعبة ، أو ينبهر بالضوء المنعكس من الشيء أو تحريك بعض أجزاء الشيء بشكل متكرر ، أو اللعب بشيء واحد وعدم الاهتمام ببقية الأشياء .	٣ ٥ر٣
اهتمام واستخدام غير مناسب للعب والأشياء الأخرى بدرجة شديدة . ينشغل الطفل بنفس التصرفات أعلاه في(الدرجة٣) ولكن بدرجة أكثر تكراراً وشدة ، لدرجة يصعب معها تخليصه منها ، حين يبدأ بتلك الأنشطة غير المناسبة .	٤
ملاحظات:	

البند السادس : التكيف مع التغيير :	
	الدرجة
استجابة الطفل للتغيير مناسبة لعمره . على الرغم من أن الطفل قد يبدي ملاحظته أو تعليقه على ما يحدث من تغييرات في الروتين ، إلا أنه يتقبل هذه التغييرات بدون قلق يذكر.	١ ٥ر١
التكييف للتغيير غير عادي بدرجة بسيطة . عندما يحاول الشخص الكبير تغيير بعض المهام والأنشطة فقد يستمر الطفل في أداء نفس المهمة أو النشاط أو يستخدم نفس الأشياء والأدوات ، ولكن يمكن مقاطعة الطفل بسهولة وتحويله إلى نشاط آخر .	٢ ٥ر٢
التكييف للتغيير غير عادي بدرجة متوسطة . يقاوم الطفل تغيير أنشطته المعتادة (الروتين) بشكل ملحوظ ، وعندما يحاول أحد الأفراد تغيير النشاط ، فإنه يحاول الاستمرار بذلك النشاط ومن الصعب مقاطعته ولفت انتباهه إلى مهمة أخرى .	٣ ٥ر٣
التكييف للتغيير غير عادي بدرجة شديدة . يظهر ردود فعل شديدة للتغيير . وفي حالة فرض التغيير عليه فإنه يغضب بشدة ويبدي عدم التعاون ، وقد يستجيب بإصدار نوبات من الغضب .	٤
ملاحظات:	

البند السابع : الاستجابة البصرية:	
الدرجة	
١	**استجابة بصرية ومناسبة لعمر الطفل .** السلوك البصري لدى الطفل عادي ومناسب لسنه ، ويستخدم حاسة بصره مع حواسه الأخرى كالسمع واللمس لاكتشاف الأشياء الجديدة.
م ر ١	
٢	**استجابة بصرية غير عادية بدرجة بسيطة .** يحتاج الطفل إلى تذكيره من حين إلى آخر بأن ينظر إلى الأشياء . وقد تبدو لدى الطفل رغبة في النظر إلى المرآة أو الضوء أكثر من الأقران ممن في سنه ، أو قد يحدق في الفضاء أحياناً . وقد يتجنب الطفل النظر إلى الأخرين بعينيه .
م ر ٢	
٣	**استجابة بصرية غير عادية بدرجة متوسطة .** يجب تذكير الطفل بشكل متكرر لكي ينظر إلى المهام التي يقوم بها . وقد يحدق الطفل في الفضاء ، ويتجنب التواصل البصري مع الفراد الآخرين ، وقد ينظر إلى الأشياء من زوايا غير عادية ، أو يمسك الأشياء بشكل قريب من العين على الرغم من مقدرته على رؤيتها بشكل طبيعي .
م ر ٣	
٤	**استجابة بصرية غير عادية بدرجة شديدة .** يتجنب الطفل دائماً النظر للآخرين أو إلى أشياء محددة ، وقد يظهر أنماطاً من السلوكات البصرية غير العادية (آنفة الذكر) بدرجة شديدة.
ملاحظات:	

البند الثامن : الاستجابة الاستماعية :	
الدرجة	
١	**استجابة استماعية مناسبة لعمره الزمني .** يظهر الطفل سلوكاً استماعياً عادياً يتناسب مع سلوك الأطفال ممن هم في مثل سنه . ويستخدم الطفل الإستماع مع حواس أخرى كالنظر واللمس .
م ر ١	
٢	استجابة استماعية غير عادية بدرجة بسيطة . قد يكون لدى الطفل بعض الضعف في الاستجابة لأصوات محددة أو ردة فعل بسيط نحو أصوات معينة . وفي بعض الأحيان تتأخر استجاباته للأصوات ، وربما يتطلب الأمر أحياناً ترديد الأصوات لجذب انتباهه . كما أن الأصوات الخارجية قد تشتت انتباهه ايضاً .
م ر ٢	
٣	**استجابة استماعية غير عادية بدرجة متوسطة .** يظهر الطفل تفاوتاً في استجاباته للأصوات ، وغالباً ما يتجاهل الصوت عند صدوره للمرات الأولى . كما أن الطفل قد تربكه الأصوات اليومية المعتادة أو يقوم بوضع يدية على أذنية عند سماعه لتلك الأصوات .
م ر ٣	
٤	**استجابة استماعية غير عادية بدرجة شديدة .** يظهر الطفل استجابات وردود أفعال مبالغ فيها للأصوات ، أو أنه لا يعيرها اي اهتمام بدرجة واضحة بغض النظر عن نوعها.
ملاحظات:	

البند التاسع : استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس:	
	الدرجة
استخدام واستجابة عادية لحواس التذوق والشم واللمس. يقوم الطفل باكتشاف الأشياء الجديدة بأسلوب مناسب لعمره الزمني وغالبا مايكون ذلك من خلال تحسسها والنظر إليها، وربما يستخدم الطفل حاستي التذوق والشم عندنا يكون مناسباً، وعندما يتعرض الطفل لبعض مصادر الألم اليومية البسيطة كالكدمات والسقوط والقرص ، فإنه يعبر عن ألمه بردود فعل غير عنيفة.	١ م ر١
استخدام واستجابة غير عادية بدرجة بسيطة لحواس التذوق والشم واللمس. يستمر الطفل بوضع الأشياء في فمه على الرغم من أن معظم الأطفال ممن هم في سنه قد تجاوزوا هذه المرحلة، وقد يشم الطفل أو يتذوق الأشياء الغير مخصصة للأكل من وقت لآخر، وقد يظهر الطفل أيضا تجاهلا أو ردة فعل قوية للقرص أو الآلام البسيطة والتي عادة مايعبر عنها الطفل العادي بعدم ارتياح بدرجة بسيطة.	٢ م ر٢
استخدام واستجابة غير عادية بدرجة متوسطة لحواس التذوق والشم واللمس. قد ينشغل الطفل بلمس وشم وتذوق الأشياء أو الناس بدرجة متوسطة ، ويظهر ردة فعل غير عادية بدرجة متوسطة للألم وذلك من خلال الاستجابة له بقوة أو بدرجة قليلة .	٣ م ر٣
استخدام واستجابة غير عادية بدرجة شديدة لحواس التذوق والشم واللمس. قد ينشغل الطفل بشم وتذوق وتحسس الأشياء نتيجة لما يشعر به أكثر م كونه اكتشاف أو استخدام لها ، وقد يتجاهل الطفل الألم كلية أو يستجيب له بدرجة قوية جدا على الرغم من أن الألم قد يكون غير مريح بدرجة بسيطة.	٤
ملاحظات: _____ _____	

البند العاشر : الخوف والقلق أو العصبية:	
	الدرجة
تواصل لفظي عادي مناسب للعمر وللموقف.	١ م ر١
خوف وقلق غير عادي بدرجة بسيطة، يظهر الطفل خوفا أو قلقا غير مناسب قليلاً (زيادة أو نقص) عند مقارنته بطفل عادي بمثل سنه في موقف مماثل.	٢ م ر٢
خوف وقلق غير عادي بدرجة متوسطة. يظهر الطفل إما خوفا كثيرا إلى حد ما أو قليلا إلى حد ما مقارنة بما هو عادي وحتى بالمقارنة بطفل عادي أصغر منه سنا، وقد يكون من الصعب فهم مايثير هذه الاستجابة لديه، كما أنه يصعب إعادته إلى هدوئه واستقراره.	٣ م ر٣
خوف وقلق غير عادي بدرجة شديدة، يستمر الخوف لدى الطفل حتى بعد تكرار التجربة مع أحداث أو أشياء غير ضارة، وقد يظل الطفل خائفا طوال فترة ملاحظته وتقييمه بدون سبب ظاهر ، ومن الصعب جدا تهدئته ، وفي المقابل قد يخفق الطفل بإظهار استجابة مناسبة أو يعير أدنى اهتمام للمخاطر والتي عادة مايتفاداها الأطفال العاديون ممن هم في مثل سنه.	٤
ملاحظات: _____ _____	

البند الحادي عشر: التوصل اللفظي :	
الدرجة	
١	تواصل لفظي عادي مناسب للعمر وللموقف.
٠ر١	
٢	**تواصل لفظي غير عادي بدرجة بسيطة** . يظهر الطفل تأخرا عاما مع أن معظم الكلام ذو معنى ومفهوم، إلا أن الطفل قد يردد بعض الكلمات بشكل غير وظيفي أو يقلب الضمائر من وقت إلى آخر بما لا يتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أن الطفل قد يستخدم في كلامه كلمات غريبة ولكن بشكل قليل.
٠ر٢	
٣	**تواصل لفظي غير عادي بدرجة متوسطة**، قد يكون الكلام معدوما، أما في حالة وجوده فيكون خليطا من بعض الكلام المفيد وبعض الترديد والضمائر المقلوبة والكلمات الغريبة. وعندما يستخدم الطفل كلاما مفيدا ، فإن الغرابة فيه تكمن باستخدام الأسألة الزائدة والانشغال بمواضيع محددة.
٠ر٣	
٤	**تواصل لفظي غير عادي بدرجة شديدة**. لا وجود لاستخدام الكلام المفيد، وإنما قد يصدر الطفل أصواتا كأصوات الطفل الرضيع أو أصواتا غريبة أو شبيهة بأصوات الحيوانات، أو صيحات معقدة مقاربة أو مشابهة للكلام، وقد يظهر الطفل استخداما لبعض الكلمات أو العبارات المفهومة ولكن بطريقة غريبة وثابتة.
ملاحظات:	

البند الثاني عشر: التواصل غير اللفظي :	
الدرجة	
١	مستوى عادي للتواصل غير اللفظي بما يتناسب مع العمر والموقف.
٠ر١	
٢	**استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة بسيطة**. يستخدم الطفل بطريقة غير ناضجة أو عادية،فمثلا قد يستخدم التأشير فقط وبأسلوب غير واضح أو يمد يده للحصول على مايريده في تلك المواقف التي يستخدم فيها الطفل العادي ممكن هو في مثل سنه التأشير والإيماءات بشكل أكثر تحديدا للتعبير عن رغباته واحتياجاته .
٠ر٢	
٣	**استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة متوسطة**. لا يستطيع الطفل – بوجه عام التعبير عن احتياجاته ورغباته عن طريق التواصل غير اللفظي ولا يستطيع التواصل غير اللفظي للآخرين.
٠ر٣	
٤	**استخدام غير عادي للتواصل غير اللفظي بدرجة شديدة**. يستخدم الطفل فقط ايماءات وحركات شاذة وغريبة ليس لها معنى واضح، ولا يظهر أي وعي أو إدراك لمعاني إيماءات وتعبيرات وجوه الاخرين.
ملاحظات:	

البند الثالث عشر : مستوى النشاط:	
	الدرجة
مستوى النشاط عادي ومناسب للعمر وطبيعة المواقف. مستوى النشاط لدى الطفل ليس زائدا وليس ناقصا مقارنة بالطفل العادي الذي يماثله في السن في مواقف مشابهة.	١
	م ر١
مستوى النشاط غير عادي بدرجة بسيطة . قد يظهر الطفل مستوى بسيط من الحركة والنشاط أو الخمول وحركات بطيئة إلى حد ما بحيث يعيق مستوى الحركة لديه أداءه بدرجة بسيطة.	٢
	م ر٢
مستوى النشاط غير عادي بدرجة متوسطة. قد يكون الطفل كثير الحركة ومن الصعب تهدئته وضبطه وقد يبدو الطفل بأن لديه كمية من الطاقة غير محدودة لدرجة انه يواجه صعوبة في النوم في الليل. وفي المقابل قد يظهر الطفل قدرا كبيرا من الكسل والخمول مما يتوجب بذل الكثير من الجهد والتشجيع لحمله على التحرك والنشاط.	٣
	م ر٣
مستوى النشاط غير عادي بدرجة شديدة. يظهر الطفل تطرفا في مستوى النشاط لديه سواء كان نشاطا زائدا أو خمولا زائدا أو التقلب الحاد من نشاط زائد إلى خمول زائد لدرجة تجعل ضبط الطفل أمرا في غاية الصعوبة.	٤
ملاحظات: _____	

البند الرابع عشر: مستوى وثبات الاستجابة العقلية (الفكرية) :	
	الدرجة
القدرة العقلية عادية وثابتة بدرجة معقولة في مختلف المجالات. مستوى الذكاء لدى الطفل بماثل الأطفال العاديين ممن هم في مثل سنه، وليس لديه أي مهارات أو مشاكل عقلية غير عادية.	١
	م ر١
الأداء العقلي غير عادي بدرجة بسيطة. الطفل ليس ذكيا كالأطفال العاديين ممن هم في مثل سنه، كما أن مهاراته تبدو متأخرة بعض الشئ في جميع المجالات.	٢
	م ر٢
الأداء العقلي غير عادي بدرجة متوسطة. على الرغم من أن الطفل ليس في مستوى أقرانه العاديين ممن هم في مثل سنه، إلا أن مستوى أدائه قد يكون قريبا من الطفل العادي في مجال أو أكثر.	٣
	م ر٣
الأداء العقلي غير عادي بدرجة شديدة. على الرغم من أن الطفل بوجه عام ليس ذكيا كالطفل العادي ممن هو في نفس المستوى العمري، إلا أن أداءه قد يكون أفضل من أداء الطفل العادي.	٤
ملاحظات: _____	

البند الخامس عشر : الانطباعات العامة:

الدرجة	
١	**لا يوجد توحد:** لا يظهر الطفل أي من أعراض وخصائص التوحد.
١ر٥	
٢	**توحد بسيط:** يظهر الطفل قليلا من الأعراض وبدرجة بسيطة فقط.
٢ر٥	
٣	**توحد متوسط:** يظهر الطفل عددا من الأعراض والصفات بدرجة متوسطة.
٣ر٥	
٤	**توحد شديد:** يظهر الطفل العديد من الأعراض والصفات بدرجة شديدة.

ملاحظات:

_____

_____

ملحق رقم (٣)

مقياس السلوك التكيفي.

البعد الأول : التواصل

2) نعم, عادة — صفر) لا. أبدا
1) أحيانا — م) لم تسنح الفرصة
ع) لا أعرف

			اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية	القراءة و الكتابة
<1	1	يحرك عينيه وراسه نحو الصوت.	☐		
	2	يستمع للحظة على الاقل عندما يتحدث معه من يقوم برعايته.	☐		
	3	يبتسم استجابة لحضور من يقوم برعايته.		☐	
	4	يبتسم استجابة لحضور شخص مألوف لديه غير الذي يقوم برعايته.		☐	
	5	يرفع ذراعيه استجابة لحضور من يقوم برعايته "تعال هنا, أو قف"	☐		
	6	يتصرف بشكل يدل على فهمه لما تعنيه كلمة لا.	☐		
	7	يقلد أصوات الكبار بعد سماعهم مباشرة.		☐	
	8	يظهر بوضوح فهمه لعشر كلمات على الأقل.	☐		
1.	9	يقوم بالحركات المناسبة التي تعبر عن "نعم" و "لا" و "لا أريد".		☐	
	10	يصغي بانتباه للتعليمات.	☐		
	11	يتصرف بشكل يدل على فهمه لما تعنيه "نعم, موافق"	☐		
	12	ينفذ التعليمات التي تتطلب تصرفا مثل "هات اللعبة" "تعال"	☐		
	13	يشير على نحو صحيح الى جزء واحد رئيسي في جسمه على الأقل عندما يطلب منه "الراس, الذراع".	☐		
	14	يستخدم الاسم الأول والكنية للأقرباء والأصدقاء أو الزملاء أو يعطي أسماءهم عندما يطلب منه.		☐	
	15	يستخدم عبارات تتضمن أسماء وافعالا.		☐	
	16	يسمي على الأقل عشرين شيئا مألوف بدون ان يسأل. لاتصحح رقم (1)		☐	
	17	يستمع إلى قصة لمدة خمس دقائق على الأقل.	☐		
	18	يشير إلى تفضيله عندما تتاح له حرية الاختيار بين عدة أشياء.		☐	
2.	19	ينطق خمسين كلمة مألوفة على الأقل. لاتصحح رقم (1)		☐	
	20	يستطيع التعبير عن خبراته بشكل تلقائي وبكلمات بسيطة.		☐	

2) نعم, عادة صفر) لا. أبدا
1) أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع) لا أعرف

		اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية	القراءة والكتابة
21	ينقل رسائل لفظية بسيطة للآخرين			
22	يستخدم جمل تتكون من اربع كلمات او اكثر .			
23	يشير على نحو صحيح الى كل اجزاء جسمه عندما يسال. لاتصحح رقم (1)			
24	ينطق على الاقل مئة كلمة مفهومة. لاتصحح رقم (1)			
25	يتكلم باستخدام جملة مفيدة.			
26	يستخدم في عباراته أو جمله كلمات بها "أل" التعريف .			
27	ينفذ التعليمات التى تستخدم صيغة "اذا" الشرطية.			
28	يذكر اسمه واسم عائلته عندما يطلب منه ذلك.			
29	يسال أسئلة تبدا " بماذا, اين, من, لماذا, متى".			
30 4,3	يستطيع ان يحدد الشئ الاكبر من شيئين غير موجودين امامه.			
31	يستطيع ان يربط بشكل تفصيلي بين عدة خبرات عندما يطلب منه ذلك.			
32	يستخدم في عباراته كلما ت "خلف" او "بين".			
33	يستخدم "حول" كظرف مكان في عبارة.			
34	يستخدم في عباراته كلما ت "لكن" و "أو"			
35	ينطق بوضوح بدون اهلال او ابدال.			
36	لديه القدرة على حكاية قصة شعبية أو تكتته طويلة أو مشهد تلفزيوني			
37 .5	يكتب كل حروف الهجاء من الذاكرة.			
38	يقرا على الاقل ثلاث كلمات شائعة.			
39	يذكر تاريخ ميلاده باليوم والشهر عندما يسال			
40	يستخدم صيغة الجمع الشاذة – التكسير-			

النمط الأول : التواصل

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

			اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية	القراءة والكتابة
6.	41	يكتب اسمه الاول والاخير.			
	42	يذكر هاتف المنزل عندما يسأل.			
	43	يستطيع اعطاء عنوانه كاملاً بما فيه اسم المدينة والمنطقة عندما يسأل			
	44	يقرأ على الاقل عشر كلمات بصوت عادي.			
	45	يكتب على الأقل عشر كلمات من الذاكرة.			
	46	يعبر عن افكاره باكثر من طريقة وبدون مساعدة.			
	47	يقرأ قصة بسيطة بصوت مرتفع.			
8,7	48	يكتب جملة بسيطة تتكون من ثلاث او اربع كلمات.			
	49	يتابع حديثا عاما في المدرسة او خارجها لمدة تزيد عن 15 دقيقة.			
	50	يبادر بالقراءة بمفرده.			
	51	يقرا من الكتاب الى مستوى الصف الثاني الابتدائي على الاقل.			
	52	يرتب الكلمات ترتيبا ابجديا حسب الحرف الاول.			
	53	يكتب خطابات قصيرة او رسائل.			
9.	54	يصف للاخرين الاماكن التى يحتاج الوصول اليها السير في اتجاهات متعددة.			
	55	يكتب موضوعات ذات مستوى اولى بسيط. لاتصحح رقم (1)			
	56	يقرا من الكتاب الى مستوى الصف الرابع الابتدائي على الاقل.			
	57	يكتب الكلمات بشكل مترابط ومتصل في معظم الاحيان. لاتصحح رقم (1)			
10-18	58	يستخدم القاموس.			
	59	يستخدم الفهارس في الكتب التى يقراءها.			
	60	يكتب موضوعات الانشاء.			

البعد الأول : التواصل

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية	القراءة والكتابة
61	يكتب العنوان على مظاريف الخطابات بدقة.			
62	يستخدم قوائم المفردات من الكتب.			
63	يقرأ قصص الكبار في الجرائد. (يمكن اعطاء الدرجة م)			
64	لديه اهداف بعيدة المدى ويصف بالتفصيل خطط للوصول الى هذه الاهداف.			
65	يقرأ مجلات الكبار او قصص المجلات الأسبوعية (يمكن اعطاء الدرجة م)			
66	يكتب خطابات تتعلق بالعمل.			
	مجموع كل بعـــد			
	مجموع (م) الكلي			
	مجموع (ع) الكلي			
	المجموع الكلي للنقاط			

البعد الثاني: مهارات الحياة اليومية

2) نعم، عادة
1) أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع) لا أعرف

			المهارات الذاتية	الانشطة المنزلية	المهارات المجتمعية
<1	1	يظهر توقعه للغذاء عند رؤية الرضاعة او الأكل.			
	2	يفتح فمه عندما تقدم له ملعقة.			
	3	يأخذ الاكل من الملعقة بالفم.			
	4	يمص أو يمضغ رقائق القمح (كورن فليكس).			
	5	يأكل الطعام الجامد (الشيكولاته والموز وغيرهما).			
1	6	يشرب من الكوب بدون مساعدة.			
	7	يتناول طعامه بنفسه بدون مساعدة.			
	8	يفهم ان الأشياء الساخنة خطرة.			
	9	يعبر عن بلل أو اتساخ في ملابسه بالإشارات او الصوت.			
	10	يمص باستخدام المزاز .			
	11	يسمح برضاء لمن يقوم برعايته بتنظيف انفه.			
	12	يخلع الجاكيت او القميص بدون مساعدة.			
2.	13	يأكل بالملعقة دون ان يتسخ.			
	14	يبدي رغبة في تغيير الملابس عندما تكون مبتلة أو قذرة.			
	15	يتبول في الحمام باستخدام كرسي الحمام.			
	16	يستحم بمساعدة شخص آخر.			
	17	يتبرز في الحمام باستخدام كرسي الحمام.			
	18	يطلب استخدام الحمام.			
	19	يرتدي بنطلون له حزام مطاطي.			
	20	يدرك معنى قيمة النقود.			

البعد الثاني: مهارات الحياة اليومية

2) نعم, عادة صفر) لا. أبدا
1)أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		المهارات الذاتية	الانشطة المنزلية	المهارات المجتمعية
	21 يضع حاجياته في الاماكن المخصصة عندما يطلب منه ذلك.		☐	
3.	22 يتحكم في عملية التبول ليلا.	☐		
	23 يشرب الماء من الحنفية (الصنبور) دون مساعدة.	☐		
	24 ينظف أسنانه دون مساعدة لاتصحح رقم (1)	☐		
	25 يدرك وظيفة الساعة سواء العادية او الرقمية.			☐
	26 يساعد بالأعمال المنزلية الخفيفة عندما يطلب منه ذلك.		☐	
	27 يغسل ويجفف وجهه دون مساعدة.	☐		
	28 يلبس الحذاء في القدم الصحيح دون مساعدة.	☐		
	29 يجيب على الهاتف بطريقة مناسبة. يمكن اعطاء الدرجة (م)			☐
	30 يقوم بارتداء ملابسه بمفرده ماعدا رباط الحذاء.	☐		
4.	31 يستدعي للهاتف الشخص المطلوب أو يجيب بأنه غير موجود.			☐
	32 يذهب الى الحمام عند الحاجة دون ان يذكره أو يساعده احد. لاتصحح رقم (1)	☐		
	33 ينظر الى جانبي الطريق قبل عبوره الشارع او الطريق.			☐
	34 يضع الملابس النظيفة جانبا دون مساعدة عندما يطلب منه ذلك.		☐	
	35 ينظف انفه دون مساعدة لاتصحح رقم (1)	☐		
	36 ينظف الأدوات المنزلية القابلة للكسر.		☐	
	37 يجفف نفسه بالمنشفة دون مساعدة.	☐		
	38 يقفل جميع أزرار ملابسه. لاتصحح رقم (1)	☐		
5.	39 يساعد في تحضير الطعام الذي يحتاج إلى خلط عند الإعداد.		☐	
	40 يعي خطورة قبوله للتوصيل أو الطعام أو النقود من شخص غريب.			☐

البعد الثاني: مهارات الحياة اليومية

2) نعم, عادة صفر) لا. أبدا
1)أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		المهارات الذاتية	الانشطة المنزلية	المهارات المجتمعية
41	يربط حذاءه دون مساعدة. لا تصحح رقم (1)			
42	يغتسل و يستحم دون مساعدة			
43	ينظر إلى جانبي الطريق قبل عبوره الشارع او الطريق بمفرده.			
44	يغطي انفه وفمه عند الكحة او العطس.			
45	يبادر بالاتصال بالآخرين بواسطة الهاتف.			
46	يلتزم بإشارات المرور وبإشارات المشاة. يمكن إعطاء الدرجة (م)			
47	يرتدي ملابسه بالكامل بما في ذلك لبس الحذاء وربط الأزرار.لاتصحح رقم(1)			
48	يرتب سريره عندما يطلب منه ذلك.			
49	يعرف ماهو اليوم الحالي من الأسبوع عندما يطلب منه ذلك.			
50	يربط حزام السلامة في السيارة دون الاعتماد على الآخرين.			
51	يعرف قيمة العملات المعدنية (الريال، القرش، الهللة).			
52	يستخدم الأدوات الأساسية (المطرقة, الكماشة, المفك....الخ)			
53	يعرف شمال ويمين شخص اخر.			
54	يعد ويرتب طاولة الطعام عندما يطلب منه و بدون مساعدة.			
55	يكنس الأرض ويمسح البلاط دون مساعدة عندما يطلب منه ذلك.			
56	يستخدم أرقام هواتف الطوارئ عند الحاجة. يمكن إعطاء الدرجة (ع)			
57	يطلب لنفسه وجبة كاملة في المطعم. يمكن إعطاء الدرجة (ع)			
58	يعرف تاريخ اليوم عندما يسأل عنه.			
59	يلبس الملابس الملائمة حسب توقعاته لتغيرات الطقس.			
60	يتجنب الأشخاص المصابين بالأمراض المعدية دون الحاجة لتذكيره.			

البعد الثاني: مهارات الحياة اليومية

2) نعم, عادة صفر) لا. ابدا
1)أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		المهارات الذاتية	الأنشطة المنزلية	المهارات المجتمعية
9-10	61 يحدد الوقت بزيادة الخمس دقائق.			☐
	62 يهتم بتصفيف شعره دون ان يذكره أحد ودون مساعدة. لاتصحح رقم (1)	☐		
	63 يستخدم الفرن أو المايكروويف لعد عمل الأشياء البسيطة.		☐	
	64 يستخدم أدوات النظافة (منظفات المنزل) بدقة وبطريقة صحيحة.		☐	
11-12	65 يحسب بدقة ما تبقي من نقود بعد الشراء بمبلغ يزيد عن الريال.			☐
	66 يستخدم التليفون لإجراء المكالمات وبدون مساعدة. يمكن إعطاء (م)			☐
	67 يقلم أظافره دون أن يذكره أحد ودون مساعدة. لاتصحح رقم(1)	☐		
	68 يعد الأطعمة التي تحتاج الى خلط وطهي بدون مساعدة.		☐	
	69 يستطيع استخدام هاتف العملة. يمكن إعطاء (م)			☐
13-15	70 يرتب غرفته الخاصة دون ان ينبه الى ذلك.		☐	
	71 يدخر نقودا لشراء شئ ويقوم بشراء شيئا محببا إلي نفسه.			☐
	72 يهتم بصحته العامة.	☐		
16	73 يرتب سريره الخاص ويغير المفرش بشكل روتيني. اتصحح رقم (1)		☐	
	74 يرتب غرف الغير بانتظام دون ان يطلب منه ذلك.		☐	
	75 يقوم بالإصلاحات المنزلية المعتادة وباعمال الصيانة دون أن يطلب منه ذلك.		☐	
17-18	76 يخيط الأزرار والمشابك في الملابس عندما يطلب منه ذلك.		☐	
	77 يعد ميزانية لمصروفات الأسبوع.			☐
	78 يستطيع أن ينظم شؤونه المالية بدون مساعدة.			☐
	79 يعمل ويحضر الوجبة الرئيسية دون مساعدة.		☐	
	80 يصل إلي عمله في الموعد المحدد.			☐

البند الثاني: مهارات الحياة اليومية

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		المهارات الذاتيـــة	الأنشطة المنزلية	المهارات المجتمعية
81	يهتم بشكله وملابسه الخاصة دون أن ينبه أحد الى ذلك. لا تصحح رقم (1)			
82	يبلغ رئيسه في العمل إذا كان سيتأخر في الوصول إلى العمل.			
83	يبلغ رئيسه في العمل عندما يتغيب بسبب المرض.			
84	ينظم راتبه طبقا لمصروفاته الشهرية.			
85	يخيط بعض الأشياء البسيطة في ملابسه دون مساعدة أو تنبيه.			
86	يتحمل بمسؤولية كاملة واجبات القيام بعمل منتظم. لا تصحح رقم (1)			
87	له حساب جاري في البنك ويستخدمه استخداما مسئولا.			
	مجموع كل بعد			
	مجموع (م) الكلي			
	مجموع (ع) الكلي			
	المجموع الكلي للنقاط			

البعد الثالث: التنشئة الاجتماعية

2) نعم، عادة
1)أحيانا
صفر) لا، أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		العلاقات الشخصية المتبادلة	وقت الراحة والترفيه	المسايرة
<1	1 ينظر الى وجه الشخص الذي يقوم برعايته.			
	2 يستجيب لصوت الشخص الذي يقوم برعايته والأشخاص الآخرين.			
	3 يفرق بين الشخص الذي يقوم برعايته والأشخاص الآخرين.			
	4 يظهر اهتماما بالأشياء الجديدة أو الأشخاص الجدد.			
	5 يعبر عن عاطفتين أو أكثر مثل الرضا أو الحزن أو الخوف.			
	6 يتوقع عندما يرى من يقوم برعايته أن يرفعه الى أعلى.			
	7 يظهر عاطفة للناس المألوفين.			
	8 يظهر اهتماما تجاه الأشخاص والأطفال غير الإخوان.			
	9 يصل الى الأشخاص المألوفين.			
	10 يلعب بالدمى أو الأشياء الأخرى بمفرده أو مع الآخرين.			
	11 يمارس الألعاب التي بها تفاعل بسيط مع الأطفال الآخرين.			
	12 يستخدم بعض أدوات المنزل ليلعب بها.			
	13 يبدي اهتماما بأنشطة الآخرين.			
	14 يقلد بعض حركات الكبار (إشارة السلام، التصفيق).			
2-1	15 يضحك أو يبتسم بشكل مناسب كاستجابة لعبارات مشجعة.			
	16 ينادي اثنين من المعروفين على الأقل بأسمائهم.			
	17 يبدي رغبة في إرضاء من يقوم برعايته.			
	18 يشارك على الأقل في لعبة أو نشاط واحد مع الآخرين.			
	19 يقلد بعض الأعمال المعقدة بعد ساعات من مشاهدته لشخص يؤديها أمامه.			
	20 يقلد عبارات الكبار التي سمعها في مناسبات سابقة.			

البعد الثالث: التنشئة الاجتماعية

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		العلاقات الشخصية المتبادلة	وقت الراحة والترفيه	المسايرة
	21 يشارك في الألعاب الإيهامية (استخدام العصى كسيف) بمفرده أو مع الآخرين		☐	
3.	22 يبدي تفضيلا لبعض الأصدقاء دون الآخرين.	☐		
	23 يقول لو سمحت عندما يطلب شيئا.			☐
	24 تظهر عليه مشاعر السعادة،الخوف، الحزن، أو الغضب.	☐		
	25 يعرّف الأشخاص الآخرين بخصائص أخرى غير الاسم عندما يطلب منه ذلك.	☐		
4.	26 يشرك الآخرين في اللعب بألعابه الخاصة دون أن يطلب منه ذلك.		☐	
	27 يذكر برنامج تلفزيوني أو أكثر عندما يطلب منه ويحدد اليوم والقناة.		☐	
	28 يتبع قوانين الألعاب البسيطة دون ان يطلب منه ذلك.		☐	
	29 لديه صديق مفضل.	☐		
	30 يلتزم بأنظمة المدرسة أو المؤسسة.			☐
5.	31 يستجيب لفظيا وإيجابيا لتشجيع الآخرين.	☐		
	32 يعتذر عن أخطائه غير المقصودة.			☐
	33 لديه مجموعة من الأصدقاء.	☐		
	34 يتبع قواعد وقوانين المجتمع.			☐
6.	35 يمارس ألعاب الورق أو الألعاب التي تحتاج إلى مهارة واتخاذ قرار		☐	
	36 لا يتحدث والطعام في فمه.			☐
	37 لديه صديق من نفس الجنس (ذكر- انثى) مفضل على غيره.	☐		
	38 يستجيب بطريقة مناسبة عندما تقدمه لأشخاص غرباء.			☐
7-8	39 يبادر بشراء ألعاب أو هدايا لمن يقوم برعايته أو أحد أفراد الأسرة.	☐		
	40 يحفظ الأسرار ويكتمها لأكثر من يوم.			☐

البعد الثالث: التنشئة الاجتماعية

2) نعم, عادة صفر) لا. أبدا
1)أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		العلاقات الشخصية المتبادلة	وقت الراحة والترفيه	المسايرة
41	يعيد الألعاب أو الممتلكات المستعارة وكذلك النقود أو الكتب لزملائه.			
42	ينهي المحادثة مع الآخرين بطريقة مناسبة.			
43	يلتزم بتنظيم الوقت الذي يضعه لم من يقوم برعايته.			
44	يمتنع عن القول أو السؤال الذي يحرجه أو يؤذي الآخرين.			
45	يتحكم في الغضب أو شعور الاذى عندما يرفض الآخرون آراءه.			
46	يكتم الأسرار ويحتفظ بها لفترات طويلة.			
47	يستخدم الآداب المناسبة للمائدة دون حاجة الى أخباره. لاتصحح رقم (1)			
48	يشاهد التلفزيون أو يستمع للراديو للحصول على معلومات تهمه.			
49	يذهب إلى بعض الأنشطة المسائية المدرسية عندما يصطحبه أحد الكبار.			
50	يستطيع تقدير عواقب تصرفاته قبل اتخاذ قرارات فيها.			
51	يعتذر عن سلوكه الخاطئ أو أحكامه الخاطئة.			
52	يتذكر المناسبات الخاصة بأفراد عائلته وأصدقائه المقربين.			
53	يبادر بالحوار حول موضوعات لها أهمية خاصة لدى الآخرين.			
54	له هواية من الهوايات.			
55	يعيد النقود لمن يقوم برعايته والتي إستدانها منه			
56	يستجيب للتلميحات أو الإشارات غير المباشرة في المحادثة.			
57	يشارك في الأنشطة الرياضية خارج المدرسة. يمكن إعطاء الدرجة (ع)			
58	يشاهد التلفزيون أو يستمع للراديو بشكل يومي لمتابعه أشياء تهمه.			
59	يلتزم بالمواعيد التي يأخذها.			
60	يشاهد الأخبار أو يستمع إليها في الراديو بشكل مستقل.			

البعد الثالث: التنشئة الاجتماعية

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		العلاقات الشخصية المتبادلة	وقت الراحة والترفيه	المسايرة
61	يذهب إلى بعض الأنشطة المدرسية المسائية بدون وجود أحد الكبار معه.			
62	يذهب الى مناسبات مسائية خارج المدرسة دون إشراف احد الكبار.			
63	ينتمي إلى نادي للكبار أو إلى جمعية للخدمات الاجتماعية.			
64	يذهب إلى الحفلات أو المناسبات العامة التي يحضرها الكثير من الناس.			
65	يذهب في رحلات جماعية.			
	مجموع كل بعد			
	مجموع (م) الكلي			
	مجموع (ع) الكلي			
	المجموع الكلي للنقاط			

البعد الرابع: المهارات الحركية

2) نعم, عادة
1)أحيانا
صفر) لا. أبدا
م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

			العضلات الكبيرة	العضلات الدقيقة
<1	1	يبقي راسه منتصبا لمدة 15 ثانية على الأقل بدون مساعدة عندما يحمل في وضع راسي.		
	2	يجلس لمدة دقيقة واحدة على الأقل عن طريق المساعدة.		
	3	يلتقط شيئا صغيرا بيده باي طريقة ممكنة.		
	4	ينقل شيئا من يد إلى اليد الأخرى.		
	5	يلتقط شيئا بابهامه والأصابع الأخرى.		
	6	يرفع نفسه لوضع الجلوس ويبقى دون مساعدة دقيقة على الأقل.		
	7	يزحف على الأرض على اليدين والركبتين دون ان تلمس معدته الأرض.		
	8	يفتح الباب الذي يحتاج الدفع أو السحب.		
1.	9	يدحرج الكرات عندما يكون جالسا.		
	10	يمشي بطريقة بدائية في التجول.		
	11	يقفز داخل وخارج السرير ويستند الى كرسي الكبار.		
	12	يتسلق على جهاز لعب منخفض.		
2.	13	يشخبط بالقلم أو الطباشير على سطح مناسب للكتابة.		
	14	يصعد السلالم واضعا كلتا الرجلين على الدرج.		
	15	ينزل السلالم للأمام واضعا كلتا الرجلين على الدرج.		
	16	يجري بسهولة مع تغيير السرعة والاتجاه.		
	17	يفتح الباب بواسطة سحب مقبض الباب.		
	18	يقفز فوق شيئا صغير.		
	19	يستطيع فتح أو قفل الأدوات التي تحتاج إلى لف.		
	20	يحرك الدراجة أو أي لعبة بثلاث عجلات لمسافة (6) اقدام على الأقل.		

البعد الرابع: المهارات الحركية

2) نعم, عادة — صفر) لا. ابدا
1) أحيانا — م) لم تسنح الفرصة
ع) لا أعرف

		العضلات الكبيرة	العضلات الدقيقة
21	يثب على رجل واحدة مرة على الأقل وهو ممسك بشخص آخر أو أي شئ ثابت دون ان يقع.	☐	
22	يبني شكلا ثلاثي الأبعاد باستخدام خمس مكعبات على الأقل.		☐
23	يفتح ويقفل المقص بيد واحدة.		☐
24	ينزل السلالم بتبديل الأرجل دون مساعدة.	☐	
25	يتسلق على جهاز لعب عالي او مرتفع.	☐	
26	يقطع بالعرض ورقة باستخدام المقص.		☐
27	يثب للأمام على رجل واحدة ثلاث مرات على الأقل دون أن يفقد توازنه. لا تصحح رقم (1)	☐	
28	يكمل مجموعة مكعبات من ست قطع. لا تصحح رقم (1)		☐
29	يرسم أكثر من شكل مألوف بالقلم او بالألوان.		☐
30	يستخدم المقص في قص خط مرسوم على ورقة.		☐
31	يستخدم الممحاة دون أن يمزق الورقة.		☐
32	يقفز للأمام على رجل واحدة بسهولة.	☐	
33	يفتح الأقفال بالمفتاح.		☐
34	يقص أشياء معقدة بالمقص.		☐
35	يمسك بكرة تلقي إليه من بعد عشرة أقدام حتى ولو اقتضى الأمر التحرك لمسكها.	☐	
36	يركب الدراجة دون عجلات التدريب, ودون أن يسقط.	☐	
	مجموع كل بعد		
	مجموع (م) الكلي		
	مجموع (ع) الكلي		
	المجموع الكلي للدرجات		

البعد الخامس: السلوك غير التكيفي

2) نعم, عادة صفر) لا. أبدا
1)أحيانا م) لم تسنح الفرصة
ع)لا أعرف

		الجزء الاول
1	يمص الإبهام والأصابع.	
2	معتمد على الآخرين بشدة.	
3	ينسحب بعيدا.	
4	يبلل الفراش.	
5	يعاني من اضطرابا في الأكل.	
6	يعاني من اضطرابا في النوم.	
7	يقضم أظافره.	
8	يتجنب الذهاب الى المدرسة.	
9	يبدى قلقا بالغا.	
10	لديه لزمات (حركات وتقلصات لاإرادية).	
11	يضحك أو يبكي بسهولة بالغة.	
12	يملك قدرة ضعيفة على تركيز نظره إتجاه شئ محدد.	
13	يعاني من كآبه شديدة.	
14	يطحن (يجرش) أسنانه خلال الليل أو النهار.	
15	مندفع للغاية	
16	يعاني من ضعف في التركيز والانتباه	
17	لديه نشاط زائد.	
18	متقلب مزاجيا	
19	يميل للمخالفة والمعارضة.	
20	يتهكم على الآخرين ويضايقهم.	

البعد الخامس: السلوك غير التكيفي		
2) نعم، عادة 1)أحيانا صفر) لا. أبدا م) لم تسنح الفرصة ع)لا أعرف		
		الجزء الاول
21	يبدي عدم الاحترام والتقدير.	
22	يكذب أو يغش أو يسرق.	
23	يميل بشدة الى الاعتداء البدني.	
24	يخلف في مواقف غير مناسبة	
25	يهرب.	
26	عنيد أو كئيب.	
27	يتهرب من المدرسة أو العمل.	

الجزء الثاني:

ملاحظة: هذا الجزء مخصص فقط للأفراد الذين سيقارنون مع المجموعات المعيارية الإضافية.

		الجزء الثاني
28	يبدي عدم الاحترام والتقدير.	
29	يكذب أو يغش أو يسرق.	
30	يميل بشدة الى الاعتداء البدني.	
31	يخلف في مواقف غير مناسبة.	
32	يهرب	
33	عنيد أو كئيب	
34	يتهرب من المدرسة أو العمل.	
35	غير واعي لما يحدث حوله.	
36	يهتز للامام والى الخلف عندما يكون جالسا أو واقفا	
	المجموع الكلي للدرجات	
	مجموع (م) الكلي	

ملحق رقم (٤)

قائمة تقدير كفاءة الخطة الفردية (صورة مبدئية)

بنود تقييم كفاءة خطة التعليم الفرد

بنود التقييم	أوافق	لا أوافق	غير واضح	الصياغة المعدلة
١- تشمل الأهداف في الخطة التعليمية جميع مجالات النمو				
٢- وضوح الصياغة النحوية لعبارات الهدف التعليمي				
٣- استخدام أفعال قابلة للقياس في صياغة الهدف التعليمي				
٤- تحديد مستوى الانجاز للهدف التعليمي				
٥- تحديد طريقة الانجاز للهدف التعليمي				
٦- تناسب عدد الأهداف مع الفترة الزمنية للتطبيق				
٧- تلاءم الأهداف القدرة الفعلية للطالب				
٨- تعدد مجالات خطة التعليم الفردي للطالب				
٩- تدرج الأهداف من الأسهل إلى الأصعب				
١٠-التباين بين مستوى الأهداف التعليمية في كل مجال				
١١-إمكانية تطبيق خطة التعليم الفردي من قبل الأسرة				
١٢-القدرة على متابعة خطة التعليم الفردي من قبل المعلم				
١٣-القدرة على متابعة خطة التعليم الفردي من قبل المعلم المساعد				
١٤- القدرة على متابعة خطة التعليم الفردي من قبل المعلم البديل				
١٥- القدرة على تقييم خطة التعليم الفردي من قبل المشرف التعليمي				
١٦-إمكانية استنتاج الهدف السابق للهدف التعليمي الحالي				
١٧-إمكانية تطوير الهدف التالي للهدف التعليمي الحالي				
١٨-التسلسل المنطقي في ترتيب الأهداف				
١٩-تضمن الخطة أهداف ذات أولوية للعمل مع الحالة				
٢٠-الأهداف التعليمية قابله للتطوير والتعديل				
٢١-إمكانية تحقيق الهدف بأكثر من نشاط (المرونة)				
٢٢-تحديد الأدوات والخامات المستخدمة في تطبيق الهدف التعليمي				
٢٣-تحديد أماكن تطبيق الهدف التعليمي				
٢٤-تحديد الفترة الزمنية لتطبيق الهدف التعليمي				
٢٥-تضمين اقتراحات الوالدين في خطة التعليم الفردي				
٢٦-وجود خانات إضافية في خطة التعليم الفردي للتعديل				
٢٧-وجود خانات في خطة التعليم الفردي مخصصة للتقييم				
٢٨-وجود خانات في خطة التعليم الفردي للمتابعة اليومية				
٢٩-وجود البيانات الأولية للطالب في الصفحة الأولى				
٣٠-استخدام نمط خط واضح في كتابة خطة التعليم الفردي				
٣١-استخدام درجة خط واضحة في كتابة خطة التعليم الفردي				
٣٢-تقسيم الأهداف التعليمية حسب مجالات النمو في خطة التعليم الفردي				
٣٣-استخدام ألفاظ محدد المعني في صياغة الهدف التعليمي				
٣٤-تحديد تاريخ البدء والنهاية لتطبيق الهدف التعليمي				
عبارات إضافية..				
-				
-				
-				

ملحق رقم (٥)

أسماء المحكمين لقائمة تقدير كفاءة الخطة الفردية

أسماء المحكمين لقائمة تقدير كفاءة الخطة الفردية

الاسم	جهة العمل
- د. ابراهيم المعيقل	محاضر جامعة الملك سعود قسم التربية الخاصة
- د. لينا بن صديق	نائب الدبلوم العالي للتربية الخاصة جامعة الملك عبد العزيز
- د. احمد التميمي	مستشار جامعة الملك سعود
- د. يحي عبيدات	محاضر جامعة الملك عبد العزيز قسم التربية الخاصة
- د. فراس طقاطقة	محاضر جامعة الملك عبد العزيز قسم التربية الخاصة
- لبنى الشرفي	محاضر كلية دار الحكمة

ملحق رقم (٦)

قائمة تقدير كفاءة الخطة الفردية (صورة نهائية)

بنود تقييم كفاءة الخطة التربوية الفردية

بنود التقييم	لا يوجد (صفر)	يوجد في نصف البنود (١)	يوجد في أكثر من نصف البنود (٢)
١- أن تضمن الخطة التربوية الفردية أهداف تتناسب مع متطلبات الطالب في جميع جوانب النمو.			
٢- وضوح الصياغة اللغوية لعبارات الأهداف التعليمية.			
٣- أن يتم استخدام أفعال قابلة للقياس في صياغة الأهداف التعليمية.			
٤- أن يتم تحديد مستوى الانجاز للهدف التعليمي.			
٥- يتم تحديد الإستراتجية التعليمية لكل هدف تعليمي.			
٦- تتناسب عدد الأهداف مع الفترة الزمنية للتطبيق الخطة التربوية الفردية.			
٧- أن يلاءم مستوى الأهداف التعليمية القدرة الفعلية للطالب.			
٨- أن تتعدد المجالات التدريبية في الخطة التربوية الفردية.			
٩- أن تدرج الأهداف التعليمية من الأسهل إلى الأصعب.			
١٠- أن تتباين مستوى الأهداف التعليمية في الخطة التربوية الفردية.			
١١- يمكن تطبيق بعض أجزاء الخطة التربوية الفردية من قبل الأسرة.			
١٢- أن يستطيع المعلم متابعة الخطة التربوية الفردية.			
١٣- أن يستطيع المعلم المساعد متابعة الخطة التربوية الفردية.			
١٤- أن يستطيع المشرف التعليمي تقييم الخطة التربوية الفردية.			
١٥- إمكانية تطوير الهدف التالي للهدف التعليمي الحالي.			
١٦- التسلسل المنطقي في ترتيب أهداف الحطة التربوية الفردية.			
١٧- أن تضمن الخطة التربوية الفردية أهداف ذات أولوية للعمل مع الطالب.			
١٨- أن تكون الأهداف التعليمية قابل للتطوير والتعديل.			
١٩- يمكن أن يحقق الهدف بأكثر من نشاط تعليمي.			
٢٠- يتم تحديد الأدوات والخامات المستخدمة في التطبيق.			
٢١- يتم تحديد أماكن تطبيق الأهداف التعليمية.			
٢٢- يتم تحديد الفترة الزمنية اللازمة لتطبيق الهدف التعليمي.			
٢٣- يتم إضافة اقتراحات الأسرة في الخطة التربوية الفردية.			
٢٤- أن توجد خانات إضافية للإضافة والتعديل.			
٢٥- أن توجد خانات مخصصة للتقييم النهائي.			
٢٦- أن توجد خانات مخصصة للمتابعة اليومية.			
٢٧- أن توجد البيانات الأولية للطالب في الصفحة الأولى.			
٢٨- يتم استخدام نمط خط واضح للقراءة على جهاز الحاسب الآلي.			
٢٩- يتم تحديد أساليب التعزيز المناسبة للطالب.			
٣٠- أن يتم تقسيم الأهداف التعليمية حسب مجالات النمو التي تنتمي إليها.			
٣١- أن يتم تحديد طريقة تقييم الهدف التعليمي في الخطة التربوية الفردية.			
٣٢- أن يتم تحديد تاريخ البدء والانتهاء من تطبيق الخطة التربوية الفردية.			

ملحق رقم (٧)

قائمة بمراجع برامج مرحلة التدخل المبكر

قائمة ببرامج التدخل المبكر

- برنامج بورتج للتدخل المبكر . ترجمة شبكة الخليج لذوي الحاجات الخاصة.
- برنامج هلب للتدخل المبكر وزارة الصحة الولايات المتحدة الامريكية ١٩٧٩. ترجمة/ بندر العتيبي.
- برنامج بكس للتواصل ترجمة قسم اكادمية التربية الخاصة. الرياض.
- كيف تعلم الاطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد المهارات المعرفية. (٢٠٠٨): إعداد/ لينكا دزيدوفا. الدمام، شموع الأمل للتربية الخاصة.
- كيفية العمل مع طفل الحضانة للأطفال من ١,٥ الى ٣ سنوات الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد واضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه. (٢٠٠٨): إعداد/ لينكا دزيدوفا. الدمام، شموع الأمل للتربية الخاصة.
- دليلك للتعامل مع التوحد. (٢٠٠٣): رابية الحكيم. جدة، شركة المدينة للطباعة.
- مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة "المهارات الحركية". (٢٠٠١): فاروق الروسان. الرياض، دار الزهراء.

ملحق رقم (٨)

أسماء المحكمين لبرنامج التدخل المبكر

أسماء المحكمين لبرنامج التدخل المبكر

الاسم	جهة العمل
- د. احمد التميمي	مستشار جامعة الملك سعود
- د. يحي عبيدات	محاضر جامعة الملك عبد العزيز قسم التربية الخاصة
- د. فراس طقاطقة	محاضر جامعة الملك عبد العزيز قسم التربية الخاصة
- د. لطيفة عليات	محاضر جامعة الملك عبد العزيز برنامج الدبلوم العالي للتربية الخاصة
- أ. لبنى الشرفي	محاضر كلية دار الحكمة
- تغريد الياس	وزارة التربية والتعليم قسم التربية الخاصة
- عصمت راشد	معلم رياض أطفال مدينة الملك عبدالله الطبية
- بشائر بامعروف	مشرف قسم التوحد مركز الأمل المنشود
- أمير نوح	مشرف قسم التوحد مركز الأمل المنشود
- أمنة دبش	مشرف قسم التوحد مركز الأمل المنشود
- نورة الفهمي	مدرب قسم التوحد مركز الأمل المنشود
- عائشة مكي	معلم أول مركز الأمل المنشود
- هبة جلال	معلم أول مركز الأمل المنشود
- هوازن شرقاوي	مدرب قسم الفنون مركز الأمل المنشود
- سميرة اللحياني	مدرب قسم الاقتصاد مركز الأمل المنشود

ملحق رقم (٩)

منهج مهارات مرحلة التدخل المبكر

المهارة	أهداف الجانب الإدراكي (ماقبل منهجي)
زيادة فترة الانتباه	١. يدخل الأدوات في فتحات محددة. ٢. يرص العناصر وفق نموذج محدد. ٣. يلضم خامات متعددة.
المطابقة	١. يطابق الألوان المتشابهة ٢. يطابق الأشكال المتشابهة ٣. يطابق المجسمات المتشابهة ٤. يطابق الصور المتشابهة ٥. يطابق الأعداد ٦. يطابق الأحرف ٧. يطابق صورة بمجسم.
التصنيف	١. يصنف حسب خاصية واحده.. ألون ٢. يصنف حسب خاصية واحده.. الشكل ٣. يصنف حسب خاصية واحده.. الحجم ٤. يصنف حسب خاصيتين.. شكل + لون ٥. يصنف حسب خاصيتين.. شكل + حجم ٦. يصنف حسب خاصيتين.. لون+ حجم.
التركيب	١. يركب قطع الاحجيات.. وفق نموذج. ٢. يركب قطع الاحجيات.. من الذاكرة. ٣. يركب الجزء الناقص في الشكل
التوصيل	١. يصل خط مستقيم متقطع بسيط ٢. يصل خط متقطع منكسر ٣. يصل متاهة.. بسيطة ٤. يصل متاهة.. متعددة الانحناءات ٥. يصل بين العناصر المتشابه . ٦. يكتب على نموذج نقطي.
العلاقات	٤. يربط العناصر ذات العلاقة (شراب - جزمه / ملعقة -صحن) . ٥. يستخرج العناصر التي تنتمي لمجموعة واحده . ٦. يستخرج العناصر التي لا تنتمي للمجموعة. ٧. يكمل الجزء الناقص في الصورة. ٨. يشير إلي الجزء الخطاء في الصورة . ٩. يرتب الصور حسب تسلسل الحدث.
الكمبيوتر	١. يفتح جهاز الكمبيوتر بالضغط على الزر في الجهاز ٢. يقفل جهاز الكمبيوتر من شريط أبدأ ٣. يضع CD ٤. يختار برنامج من قائمة أبدأ (الرسام ، الورد ، art) ٥. يرسم مساحات مختلفة ٦. يلون مساحات مختلفة ٧. يدرج أشكال (حرة ، محدودة) ٨. يكتب (أعداد ، أحرف ، كلمات) ٩. يضغط على مفاتيح (enter ، مسافة ، Back) على لوحة المفاتيح ١٠. يحدد المطلوب من شريط الأدوات (نسخ ، حذف ، لصق، طباعة ، تراجع) ١١. ينفذ أمر طباعة ١٢. يختار موقع من قائمة المفضلة

المهارة	أهداف الجانب اللغوي
تدريب أعضاء الجهاز الكلامي	١. يقلد حركات متعددة للفم ٢. يقلد حركات متعددة للسان ٣. يقلد حركات تبادلية بين الفم واللسان ٤. يقلد الأصوات ٥. يردد كلمات محددة ٦. يتحكم في درجة الصوت ٧. يتحكم في نغمة الصوت
التميز السمعي	١. ينتبه للأصوات الصادرة من الآخرين أو البيئة المحيطة به ٢. يربط الصوت المسموع مع الصورة المناسبة له ٣. يتابع سمعياً وبصرياً هدف متحرك يصدر صوت ٤. يتابع الصوت حسب مصدره ٥. يربط الصوت المسموع بعدد من الصور المتشابهة
اللغة التعبيرية	١. يطلب باستخدام المجسم ٢. يطلب باستخدام الصورة ٣. يطلب باستخدام الكرت ٤. يختار بين البدائل (صور، كرت.. ٥. يذكر اسم العنصر ٦. يركب جملة من كلمتين ٧. يركب جملة من ٣ كلمات ٨. يستخدم ضمير (أنا) للتعبير عن نفسه ٩. يستخدم ياء الملكية ١٠. يستخدم الضمير المناسب للأشخاص (مذكر – مؤنث) ١١. يستخدم حروف العلة والربط في الجملة ١٢. يستخدم ظرف الزمان والمكان في الجملة ١٣. يجيب على أسئلة مثبته أو منفية بـــ (نعم أو لا) ١٤. يجيب عن الأسئلة البسيطة مثال : (ايش اسمك ؟ ، إنت ولد ولا بنت ؟) ١٥. يخبر عما يقوم به من عمل عندما يسأل . مثال : (إيش تعمل ؟ ....) ١٦. يصف حدث او موقف ١٧. يسال عن حدث او موقف ١٨. يعلق على حدث
اللغة الاستقبالية	١. يشير إلى عنصر محدد ٢. ينفذ أمر أحادي ٣. ينفذ أمر مركب في نفس المكان ٤. ينفذ أمر يتطلب الانتقال من مكان إلى أخر ٥. يستجيب بتنفيذ أوامر متسلسلة

المهارة	أهداف الجانب الاجتماعي والتواصل
التواصل البصري	١. ينظر في اتجاه المثير. ٢. يتابع النظر للمثير. ٣. ينظر في وجه المتكلم لمدة (٣-٥) ثواني . ٤. يتبادل النظر مع الآخرين أثناء القيام بمهمة . ٥. يلتفت (يدير رأسه) عند سماع صوت . ٦. يلتفت (يدير رأسه) عند سماع اسمه .
الانضباط	١. ينفذ أنشطة متتابعة داخل المنزل. ٢. يرتب الأدوات التي استخدمها. ٣. يمسك يد شخص بالغ أثناء التحرك خارج المنزل. ٤. يمشي بجانب شخص بالغ.
العلاقة مع الآخرين	١. يتوجه لشخص محدد عند الطلب ٢. ينتظر عند أداء مهمة ٣. يبدي رفضه بصورة تتوافق مع الموقف. ٤. يفرق بين (الأقرباء – الغرباء) . ٥. يتقبل التوجيهات العامة .
اللعب	١. يلعب بمفرده (.....) دقيقة . ٢. يلعب داخل مجموعة محدده . ٣. يتبادل الدور في اللعب . ٤. ينتظر دوره .
الآداب العامة	١. يدق الباب قبل الدخول . ٢. يحفظ ممتلكاته عن ممتلكات الآخرين. ٣. يعيد العناصر التي استخدمها. ٤. يستأذن قبل اخذ عنصر من شخص أخر.

المهارة	أهداف الجانب الحركي (العضلات الصغيرة)
يلون	١. حر ٢. بإتجاه من اليمين إلى اليسار ٣. داخل حدود شكل (بسيط ، مكون من عناصر متعددة) ٤. مجسم مثل (مجسم جبس أو سيراميك) ٥. نقلاً عن نموذج أمامه مثل (كرة ، طائرة ، منزل)
يرسم	١. حر ٢. يصل رسم متقطع مستقيم ٣. متعرج ٤. شكل بالشف
يقص	١. حر ٢. مستقيم ٣. متعرج ٤. شكل محدد
يشكل (العجين ، الصلصال)	١. بالقواطع ٢. باليد (حر) ٣. يكور قطع من الصلصال ٤. يبرم قطع من الصلصال ٥. يعمل مجسم وفق نموذج
يلصق	١. حر ٢. داخل حدود ٣. قطع كبيرة ٤. قطع صغيرة
يطبع	١. بيده ٢. بالاسفنج (البحري) ٣. بالقواطع
يلضم	١. قطع كبيرة ٢. قطع صغيرة ٣. وفق نموذج

المهارة	أهداف الجانب الحركي (الكبيرة)
يمشي	١. يمشي ويثبت كامل القدم على ا لأرض. ٢. يمشي في خط مستقيم. ٣. يمشي ويتجنب العوائق. ٤. يمشي ممسك بيده أدوات متعددة.
يقف	١. ينتقل من وضعية الجلوس إلى الوقوف. ٢. يقف بمفردة. ٣. يقف ممسك بيده أدوات متعددة. ٤. يحرك يديه لأداء محدد أثناء الوقوف.
يقفز	١. يقفز بكلتا القدمين على علامة محددة (ألوان، أشكال،أرقام) ٢. يقفز على جهاز القفز بكلتا القدمين. ٣. يقفز فوق ارتفاع محدد (-) بكلتا القدمين.
التمارين الرياضية	١. يصعد الدرج بتبادل القدمين ٢. ينزل الدرج بتبادل القدمين. ٣. يقلد حركة أحادية لليد. ٤. يقلد حركة أحادية للقدم. ٥. يقلد حركة مزدوجة لليدين مع القدمين. ٦. يقلد حركة مزدوجة وعكسية ٧. يقذف الكرة باتجاه محدد ٨. يتناول الكرة بيده ٩. يصد الكرة بيده ١٠. يزحف بالاستناد على الزراعيين ١١. يركل الكرة بالقدم ١٢. يركل الكرة باتجاه هدف محدد. ١٣. يبادل الكرة عند الانتقال بين قدميه. ١٤. يحرك دولاب العجلة للإمام

ملحق رقم (١٠)

البرنامج في الصيغة الالكترونية CD