

# أثر برنامج تيتش (TEACCH) في خفض شدة إضطراب التوحد لدى عينة من أطفال طيف التوحد

الدكتور/ تامر فرح سهيل

مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات - المجلد  
الثامن- العدد الأول 2018

---

## ملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى أثر برنامج تيتش في خفض شدة اضطراب طيف التوحد لدى عينة من الأطفال ، و قد استخدمت الدراسة مقياس تقدير التوحد الطفولي كارز

(CARS) بالإضافة إلى برنامج تيتش (TETCCH) أجريت على عينة من (30) طفلاً وطفلة، وزعوا على مجموعتين مجموعة تجريبية (15) وضابطة (15)، وظهرت النتائج إلى فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش في القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز (CARS) ، تعزي لمتغير العمر والجنس. الكلمات المفتاحية: مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) ، برنامج تيتش (TETCCH)، اضطراب طيف التوحد

### Abstract

This study aims at identifying the effect of the TETCCH program in reducing the intensity of autism spectrum disorder among a sample group of children. The study used the Childhood Autism Rating Scale (CARS) as well as the TEACCH program to conduct the study on a sample of 30 male and female children divided into in two groups. One group is the experimental group, which consisted of 15 children and the other is the control group that had the rest of 15 children. The results of the study showed statistically significant differences at the level of  $(0.05 \geq 0)$  between the grade levels of the experimental group members before and after the implementation of the TEACCH program in the pre and post measurement of the CARS scale due to age and gender variables.

Keywords: Childhood Autism Rating Scale (CARS), TEACCH program, Autism Spectrum Disorder

### مقدمة:

على الرغم من التطور الحضاري والعلمي عبر العصور ظلت فئات ذوي الحاجات الخاصة تعاني من مختلف المشكلات الاجتماعية والنفسية، وظل المجتمع يرفض الاعتراف بحاجاتهم الملحة ولم يسعى جاهداً لتطوير برامج تربوية وأساليب علاجية لخدمتهم فقد يكون السبب لأن تصوره لهذه الفئات لا تستفيد من المحاولات، وما زالت والبحوث تجري لحل المشكلات كافة ذات العلاقة في هذه الفئات من أجل استحداث برامج وأساليب علاجية لذلك، حيث بذلت جهوداً عمليةً مضيئة في بداية القرن العشرين للتوصل إلى حل لما تبقى من المشاكل المصاحبة لتلك الإعاقات بصفة عامة واضطراب طيف التوحد بشكل خاص .

وحيث أن اضطراب طيف التوحد لا زال اضطراباً مجهول المنشأ، والذي أكتسب اهتماماً متزايداً في الآونة الأخيرة خاصة خلال العقد الماضي، ويأتي ذلك نتيجة زيادة حالات الإصابة حيث تشير التقارير الصادرة عن مركز السيطرة على الأمراض، والوقاية منها، أن نسبة الإصابة باضطراب طيف التوحد بلغت (1) إلى

150) ، وتصل إلى (1 من كل 250) للأطفال ذوي متلازمة اسبرجر، وتتراوح تقارير انتشار لتصل (70 لكل 10000) حالة، وتشير جميع النسب إلى زيادة على مدى عشر سنوات في الفترة من (1992-2000) للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. (Albert , 2009)

ويُعد التوحد (Autism) من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الاضطرابات والإعاقات الأخرى المختلفة، وقد ظهر التوحد حديثاً في مجال التربية الخاصة وأول من أطلق هذا المصطلح طبيب الأطفال النفسي الأمريكي ليوكانر (Kanner) ، إذ يعتبر الرائد الأول في دراسة اضطراب التوحد وتصنيفه بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال، ولا تزال التعريفات لمفهوم التوحد تستند إلى ما قدمه كانر الذي كان أول من أطر التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية وكاضطراب منفصل بذاته، فقد أشار إلى السلوكيات التي يتصف بها أطفال التوحد وتشمل عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، والمصاداة، واللعب النمطي، وضعف التحليل (سهيل، 2014).

ويعتبر الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من أهم الفئات المستهدفة من برامج التدخل المبكر، فمن خلال دراسة أعدتها جامعة الملك سعود مع مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية عن مدى انتشار التوحد في المملكة العربية السعودية، وتفيد الدراسة بأن في كل (100) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، أي ما يعادل (250) ألف طفل وطفلة، حيث تعتبر من أعلى نسب الإعاقات في المجتمع (العثمان، 2010).

وقد ذكرت التقارير والدارسات التربوية أنه يوجد أكثر من (400) برامج تربوي وأسلوب علاجي مختلف للتوحد، وفي كل عام، تظهر أنواع جديدة من العلاج، مع العلم أن هناك كثيراً من الجدل حول طرق العلاج وتنفيذها ومدى فاعليتها، وقد يتوصل بعض أولياء الأمور إلى أساليب مريحة لهم ولأطفالهم ويكتشفون في هذه الأساليب التحسن في حالة أبنائهم، لذا، أصبح من الضروري وضع برامج تربوية ذات طابع شمولي لعلاج الأطفال التوحديين، وهناك العديد من البرامج التربوية التي طورت للعمل مع أطفال التوحد بالإضافة إلى البرامج العلاجية التي تتعلق بالعلاج الطبي والبيولوجي، ويستند هذا الجانب إلى وجود أسباب عضوية محتملة يمكن أن تكون مسببة للاضطراب، ومنها ما يعتمد على استثارة الحواس لدى الأطفال التوحديين، ومنها ما يتطرق إلى الجوانب السلوكية والتربوية كأساس يتم من خلاله تقديم البرامج العلاجية (سهيل، 2014).

والتوحد اضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة ، ويحتاج إلى برامج متنوعة سواء أكانت علاجية أم إرشادية أم تدريبية، فالتوحد اضطراب يصيب بعض الأطفال ويجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل، وبحيث يصبح التوحد منعزلاً عن محيطه الاجتماعي، متفوقاً في عالم مغلق، ويتصف بتكرار الحركات والنشاط الزائد والعدوانية (البطائية وعرنوس، 2011).

#### مشكلة الدراسة:

إن المهتمين بمجال التوحد ينظرون إليه على أنه ليس مرضاً محدد الأعراض أو أن له تحاليل واختبارات تحده، بل مجموعة من الأعراض تدرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة كما تم الإشارة له في الدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي النسخة الرابعة والمعدله في عام (2000) بالإضافة إلى تقسيمه وتصنيفه إلى خمس أطياف (إضطراب التوحد، متلازمة إسبيرجر ، متلازمة ريت، التوحد التفككي (التراجعي) والاضطراب النمائي الشامل الغير محدد) إلى أن تم إعادة تسمية التوحد بإضطراب طيف التوحد في الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي في النسخة الخامسة في عام (2013) ودون تصنيفه إلى أطياف بالإضافة إلى إدراجه تحت مظلة الاضطرابات النمائية العصبية، ولكن يبقى التوحد أو اضطرابات التوحد كما أشار إليها (كانر) أنه عبارة عن اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من: نقص القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين المحيطين بهم، كما يعانون من انعدام وجود اللغة لديهم، وتميزهم بالسلوك النمطي، كما انهم يقاومون التغييرات البيئية من حولهم، وقدرتهم ضعيفة على التخيل وربط الأشياء ببعضها، كما يتمتعون بذاكرة جيدة، ويتصفون بنمو جسمي طبيعي، كما لوحظ أن نسبة كبيرة منهم يتصفون بجمال الشكل (سهيل، 2014).

ويشمل اضطراب طيف التوحد عائلة من اضطرابات النمو العصبي، والتي تظهر في وقت مبكر جداً، والتي تؤثر في كثير من جوانب السلوك والإدراك على وجه الخصوص ، ويشير اضطراب طيف التوحد إلى مجموعة من القصور في ثلاثة مجالات رئيسية هي: الأداء الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي، ونظراً لأهمية التفاعل مع الآخرين في الحياة اليومية، فقد أصبح الأداء الاجتماعي مجالاً خصباً للاهتمام من قبل المجالات البحثية المختلفة، ويعتبر سمة أساسية في الحالة المرضية، ففهم كيف يؤثر التوحد في الأداء الاجتماعي سواء على المستوى السلوكي، أو العصبي أمر حاسم لمفهوم التدخلات الفعالة، ولها أولوية لتحسين المهارات الاجتماعية، والتواصل لدى الأفراد الذين يعانون من الحالة المرضية (Merhoum et al, 2015)

وتشير الأدلة أن هنالك نسبة تتراوح ما بين (14%) إلى (20%) من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من ضحالة اللغة اللفظية، ويستخدمون أقل من خمس كلمات يوميا بالإضافة إلى أنهم يعانون من ضحالة اللغة اللفظية، ويظهر ذلك في ضعف المهارات النحوية، ومهارات المفردات، وعدم التجانس في القدرات اللغوية لدى الأطفال، ونجد أن المشكلة تكون قليلة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين تم تشخيصهم بصورة مبكرة، وتعرضوا للتدخل المبكر (Charman & Stone, 2006).

كما يعاني الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد فضلا عن مشكلات ضعف التواصل، واللغة، والاستخدام العفوي للغة، ومشكلات في مهارات التخاطب، والقدرات اللغوية بالإضافة إلى ضعف في الجوانب الاجتماعية من اللغة، وما يتصل بها من المهارات المعرفية الأبرز، وكما نجد أن الأعراض التشخيصية تدور حول ثلاث من الأعراض وهي: ضعف التفاعل الاجتماعي، وضعف التواصل الاجتماعي، وضعف التواصل اللفظي، والأنماط السلوكية التكرارية (Zagerk, 2005).

ومن خلال ما ذكر آنفاً، فإن البرامج التربوية التي تقدم للأطفال التوحديين تركز على تنمية النواحي الاجتماعية والتواصلية، لأنها تساعد في تنمية مهارات أخرى، والأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعي الناجح مع أقرانهم بالطرق والأساليب التي تعتبر عادية، ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال العاديين توجد بينهم فروق فردية واضحة المعالم تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكي الوظيفي. وإن كان الكثير منهم يعانون من خلل واضح في هذا الجانب، وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يتمكن الأطفال من تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعلم، وهناك أنواع مختلفة ومتعددة من البرامج التربوية والسلوكية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال تعمل على تحسين تواصلهم مع الآخرين سواء أكان ذلك التواصل لفظيا أم غير لفظي. وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير الملائمة، ما أدى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال. ويمكن أن يشترك الأقران في تلك البرامج، كما يمكن أن يشترك فيها أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال، وبالرغم من ذكر برامج كثيرة للتخفيف من شدة التوحد إلا أنها لم تعالج كافة الجوانب السلوكية والاجتماعية بشكل مناسب، لذا فقد ارتأت دراسة الباحث استخدام برنامج تيتش لمعرفة أثر خفض شدة الاضطراب. وتتحد مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الاتي :

**ما أثر برنامج تيتش في خفض شدة اضطراب طيف التوحد لدى عينة من الأطفال؟  
فرضيات الدراسة :**

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة المصابين باضطراب طيف التوحد على مقياس كارز قبل تطبيق برنامج تيتش وتبعاً لمتغيرات الجنس والعمر.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس كارز لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش واختلاف العمر.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير الجنس.

#### أهداف الدراسة:

#### سعت الدراسة لتحقيق الأهداف الآتية:

- 1- تشخيص اضطراب التوحد لدى أطفال طيف التوحد في فلسطين.
- 2- تقصي أثر برنامج تيتش (TEACCH) في خفض شدة اضطراب التوحد لدى أطفال طيف التوحد.
- 3- مساعدة ذوي الاختصاص لاستخدام البرنامج في خفض شدة اضطراب التوحد لدى أطفال طيف التوحد

#### أهمية الدراسة ومبرراتها:

تكمن أهمية الدراسة من ناحيتين ،هما.

#### الاهمية النظرية:

تفيد دراسة أثر برنامج تيتش لدى عينة من المصابين بإضطرابات طيف التوحد في التعرف الى فاعلية هذا البرنامج في خفض شدة التوحد، حيث أن الشائع لدى الكثير أن الأطفال المصابين بإضطرابات طيف التوحد بأنهم يبقون على نفس درجة الشدة من إعاقاتهم، وهي تضيف بذلك وضوحاً أكثر إلى الاساليب النظرية الخاصة بإضراب طيف التوحد، وبخاصة في البيئة الفلسطينية.

#### الاهمية التطبيقية :

أما من الناحية التطبيقية، فتركز هذه الدراسة على تطبيق برنامج تيتش حيث يطبق البرنامج من خلال عدة جلسات علاجية مبنية على أهداف معينة، حيث تختص كل

جلسة علاجية على هدف معين يساعد على تنمية المهارات المختلفة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، كما تتبع أهمية هذا البحث في حال نجاح برنامج تيتش في خفض شدة الاضطراب للباحثين استخدامه في علاج شرائح وفئات أخرى في المجتمع تعاني من اضطرابات نمائية مختلفة .

#### حدود الدراسة ومحدداتها:

1. اقتصرت الدراسة الحالية على الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في معهد جود للتربية الخاصة في محافظة رام الله والبيرة، الذين تراوحت أعمارهم ما بين (4-8) سنوات، والذين شخصوا وفق مقياس تقدير التوحد الطفولي وكانت العينة قصدية .

2. كما تحددت الدراسة بمدى صدق وثبات مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد وملاءمته لأفراد العينة .

3. وتحددت الدراسة أيضاً بالجلسات التدريبية والارشادية التي يتضمنها برنامج تيتش المستخدم في الدراسة.

#### التعريفات النظرية والإجرائية :

التوحد : عرف كاتر (Kanner, 1943) في تعريفه إلى خصائص التوحد المتمثلة في تأخر واضطراب في اللغة، وذاكرة قوية، وقدرة على الحفظ، وانعزالية مفرطة، وحساسية مفرطة إزاء المؤثرات الخارجية، ومظهر جسدي طبيعي، وقدرات إدراكية عالية، والرفض للتغيير والمحافظة على الروتين. بالإضافة إلى أن الآباء يتميزون بمستوى من الذكاء المرتفع

وتعرف الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of American,2008) ، على أنه إعاقة في النمو ، تتصف بأنها مزمنة وشديدة ، تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ، وهو محصلة لاضطراب عصبي (Neurological Disorder) ويؤثر سلباً على وظائف الدماغ، وعلى تواصل الشخص وارتباطه وعلاقته بالآخرين من حوله، حيث يعاني الأفراد المصابين بالتوحد مع صعوبات في التفاعل الاجتماعي. وغالبا ما يعرف التوحد على أنه اضطراب منتشر يحدث ضمن نطاق بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد. وتتضمن حالة التوحد في العادة المظاهر والعلامات التالية :

- تأخر شديد في تطور القدرة اللغوية.
- تأخر شديد في فهم العلاقات الاجتماعية.
- لغة غير واضحة وغير دقيقة.
- يتكلمون بنغمة ونبرة متشابهة وواحدة.

▪ لا يتوافر لديهم أي من درجات التواصل.

ويعتبر تعريف الجمعية الوطنية للاطفال اضطراب التوحد من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين (National Society For Autistics Children) وينص على أن ذوي اضطراب التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الاساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى (36) شهراً ويتضمن الاضطرابات التالية:

1. اضطرابات في سرعة او تتابع النمو
2. اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات
3. اضطرابات في الكلام واللغة
4. اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والاحداث والموضوعات
5. تأخر أو تراجع في الحركة أو المعرفة أو السلوك الاجتماعي، حيث يعد التوحد من أكثر الاعاقات النمائية صعوبة وتعقيداً، وذلك لتأثيره على المهارات الاجتماعية والمهارات التواصلية ومحدودية في الاهتمامات والانشطة (American Psychiatric Association, 2000).

وقد عرف طبقاً لما ورد في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (2000) (DSM-IV-TR) أن اضطراب التوحد يتضمن قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يتمثل في قصور في استخدام التواصل غير اللفظي، وفشل في تكوين علاقات مع الآخرين، وفقدان القدرة التلقائية على مشاركة الآخرين في الاهتمامات، وفقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي، وقصور في عملية التواصل تتمثل في تأخر تطور الكلام أو فقدانه، واستخدام متكرر وثابت للغة، وفقدان القدرة على اللعب التخيلي، والقدرة على المبادرة بالحديث، بالإضافة الى ظهور أنماط سلوكية وتكرارية ومحدودية في الانشطة والاهتمامات وتتمثل في التعلق غير الطبيعي من جانب الطفل ببعض الاشياء، والانشغال المفرط بأدوات واشياء في محيطه، وحركات جسدية نمطية وتكرارية مثل هز الجسم بشكل متكرر والرفرفة بالاصابع وغيرها. (DSM-IV-TR, 2000)

وقد عُرف اضطراب طيف التوحد في الطبعة الخامسة من كتاب "الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية" (DSM-5)، الصادر عن الجمعية الامريكية للطباء النفسيين في عام (2013)، باعتباره "صعوبات مستمرة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي"، و"أنماط مقيدة ومكررة من السلوك والاهتمامات والانشطة"، وفي عام 2014، قَدّرت "المراكز الامريكية لمكافحة الامراض والوقاية منها" ان واحدا من بين كل 68 طفلا امريكي مصاب بالتوحد. وتكثر التحديات المصاحبة للمرض- بما في ذلك القلق، ومشكلات الهضم- ولكن لا



يعاني من إعاقة فكرية سوى نصف المصابين فقط. إذًا، ندرك الآن أن الأشخاص المصابين بالتوحد يمكن أن يعانون من نطاق ضخم ومتوسع من نقاط العجز ونقاط القوة، وهو ما يمكن أن يتغير بمرور العمر (DSM-5، 2013).

**ويعرفه الباحث إجرائياً:** بما أنه يتضح و مما سبق إن هناك عدة تعريفات لإضطراب طيف توحد ناجمة عن تعدد الاتجاهات والنظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب إلا إن اغلب التعريفات اتفقت على أنه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويصاحبه إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي، وإعاقة في عملية التواصل وعدم القدرة على اللعب التخيلي ووجود أنماط سلوكية نمطية وتكرارية وأنشطة واهتمامات محدودة .

برنامج تيتش : يعتبر من أهم البرامج المقدمة في علاج الاطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد و هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين يعمل على تحسين مهارات الطفل الحياتية اليومية، وقد طوره الدكتور (إريك شوبلر) في عام 1972م في جامعة نورث كارولينا ، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكي ، ولهذا البرنامج مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر (3-18) سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل و تدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له وهذا عامل جدا مهم لهم ولأسرهم. ([www.teacch.com](http://www.teacch.com))

ويعرفه الباحث إجرائياً: برنامج يهتم بتعليم الطفل التوحدي عن طريق استغلال نقاط القوة لديه لتعزيزها وبتهيئة الطفل مستقبلاً من أجل الاعتماد على نفسه.

#### الإطار النظري والدراسات السابقة:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية التي هي ليست نادرة، وتمثل نسبة انتشار التوحد نسبة لا يستهان بها، وقد اشارت دراسة (الخطيب، والحديدي 2010)، إلى ان التوحد في ازدياد ولا يقتصر على مجتمع دون الآخر ولا عرق دون عرق، فهو منتشر في كل المجتمعات ولدى الجنسين، كما انه ليس حكراً على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات (نصر، 2000)، غير ان الاهتمام بهذه الفئة يختلف من مجتمع إلى آخر، حيث ان التوحد لا يزال لا يلقي العناية الكافية في مجتمعنا وهناك جهل به في المجتمع وعدم وعي لدى الأهل الذين لديهم طفل مصاب بالتوحد، وهذا بحاجة الى الكثير من العمل لتغيير اتجاهات سلبية لدى الأهل حول التوحد.

ويعد (ليو كانر) (1943) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد استخدم تسميات كثيرة ومختلفة له مثل (الذاتوية، والأوتيسية والانغلاق الطفولي، وانفصام الطفولة ذاتي التركيب ، والانغلاق الذاتي (الانشغال بالذات) والذهان الذاتي (خطاب:2005،ص9).

يعتقد البعض إن هنالك استحالة أو تعقيد في كيفية تربية الطفل المصاب بالتوحد، لكن في الحقيقة هي ليست كذلك، فإن كل ما يحتاج إليه هو الصبر والحب والمثابرة، لأن خطوات التطور لديه بطيئة وليس مثل أقرانه، وأي تقدم ولو كان بسيط فإنه انجاز كبير، وتعد خطوة جبارة، ومهما طالقت فترة الوصول إليها، وبالمقابل فإن إهمال الطفل ذوي التوحد يزيد من معاناته ويجعله سلبي وغير قادر على الاعتماد على نفسه(عبد الكريم،2015).

والمصابون بالتوحد يظهرون تأخراً في اكتساب الخبرات الحسية كما يظهرون أشكالاً غير متناسقة من الاستجابات الحسية، ويكون لديهم خلل في المجال الحسي والإدراكي حيث ان الحواس هي مصدر المعلومات التي تصل المخ من خلال الأعصاب، إذا فالمخ والحواس والأعصاب الناقلة للمعلومات الحسية مثلث لا بد ان تكتمل أضلاعه الثلاثة حتى يصبح ما نحس به ذا قيمة، ومن أجل التمييز بين الإحساس والإدراك رأى بعض العلماء أن الإحساس يغلب عليه الطابع الفيزيولوجي بينما يغلب على الإدراك الطابع السيكولوجي، ففي حين يمكن تفسير الخبرات الحسية في اغلب الأحيان في ضوء الأجهزة التي تقع عليها أو تستقبلها كالعين والأذن والجلد، لأن الإحساسات تتم بدون وعي منا للأثار الناجمة عن تأثير منبهات البيئة الخارجية أو الداخلية ، فأن الظاهرة الإدراكية تتطلب القيام بأنشطة أعقد، والاستعانة بأجهزة أرقى، ولهذا فإن حدوث الإدراك يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعمليات العقلية المعرفية كالتصور، والتخيل، والذاكرة والتفكير، كما تؤثر فيه اللغة، والحاجات والدوافع، والاتجاهات، والقيم، والشخصية ككل، فضلاً عن علاقته القوية بالخبرة السابقة، وعلى ذلك يمكن القول ان الإدراك يتصل بالإحساس من جهة لأنه استمرار له ،ومن جهة أخرى يرتبط بالعمليات المعرفية الأكثر تطوراً منه، أي ان الإدراك يقع بين مجالي العمليات الحسية والعمليات المعرفية(منصور والأحمد،22،1996).

ولمساعدة ذوي التوحد على الاعتماد على أنفسهم كان هنالك العديد من برامج التدخل النفسي والسلوكي والطبي ، لانه تم وصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك، أو كإعاقة عقلية ، ولقد كان أول من قدم التعريف الواضح للتوحد هو "كانر" حيث اعتبره اضطراباً ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير(شيخ ديب،2004).

وقد لاحظ الباحث أن التعريفات التي تناولت اضطراب طيف التوحد قد أجمعت أن الإصابة بهذا الاضطراب تكون خلال الثلاث الأولى من عمر الطفل، كما اتفقت هذه التعريفات على أن الطفل ذوي التوحد يكون لديه نزعات انسحابية وانطوائية شديدة من الواقع المحيط، وهذا يسبب خلا في العلاقات الاجتماعية بينه وبين الآخرين مما يؤدي الى القصور في اللغة ، فيترتب على ذلك صعوبة في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وتظهر لديه مشكلة في استخدام الضمائر، ويصر الطفل ذوي التوحد على طقوس نمطية معينة (بيومي،2008).

**طريقة العلاج تيتش(TEACCH):** ويقصد بها علاج وتعليم الأطفال ذوي التوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى ب( Division TEACCH) . ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكين الطالب من التكيف في المجتمع، والمهارات الحركية، والعمل باستقلالية، والمهارات الأكاديمية لمن يظهرون استعدادا لتعلمها(الشامي،2004).

كما أن هذا المنهج يمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في 7 الفصل الواحد ( 5-7) أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل(رياض،2008).

**وفيما يلي عرض لاهم الدراسات التي اهتمت بالبرامج التدريبية لأطفال طيف التوحد:**

أجرت الصباح (2017) دراسة هدفت إلى تنمية المهارات الحسية والإدراكية للأطفال ذوي التوحد من خلال استخدام برنامج(TEACCH) ، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال ذوي التوحد وعددهم (8)، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة ضابطة (4) أطفال، ومجموعة تجريبية (4) أطفال، تتراوح أعمارهم بين (4 - 13) سنة، ممن تم تشخيصهم بالتوحد، وموجودون في بيت الخليل لرعاية أطفال التوحد. وقام الباحث بأعداد أداتي الدراسة، وكانت عبارة عن استبانة لقياس المظاهر الحسية السمعية والبصرية والانفعالية لذوي التوحد، واستبانة لقياس المهارات الحسية والإدراكية للجانب البصري والسمعي، وهذا وفقاً لجزئية المهارات الحسية والإدراكية في برنامج(TEACCH) ، واعد برنامج تدريبي مكون من (21) جلسة تدريبية تطبق بشكل فردي لكل طفل على حدا، وقد تم اخذ الصدق والثبات للادوات. وأظهرت

النتائج مايلي : انه لا توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للمهارات الحسية، على الدرجة الكلية وبعدي (المظاهر البصرية والمظاهر الانفعالية). وانه لا توجد فروق بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء برنامج برنامج لتنمية المهارات الحسية، على الدرجة الكلية وبعدي (المظاهر السمعية والمظاهر الانفعالية). وعدم وجود فروق بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي واختبار الاحتفاظ المعنية في تنمية المهارات الحسية. ووجود فروق بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للمهارات الإدراكية، وقد كانت الفروق في الدرجة الكلية وعلى الأبعاد الأخرى لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج. وبناء على هذه النتائج أوصت الدراسة بان يتم تطبيق هذا البرنامج في المراكز التي تعنتي بالأطفال ذوي التوحد، واعتماده كبرنامج تدخل فعال وغير مكلف، وعمل دورات تدريبية للاهل على تطبيق هذا البرنامج، والعمل على انشاء مراكز وطنية حكومية تعنتي بالأطفال ذوي التوحد في كل محافظات الوطن.

وقام ماهر والبهنساوي (2016) بدراسة تهدف إلى معرفة مدى فعالية برنامج تدريبي قائم على إستراتيجية السيكودراما النفسية لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (12) طفلاً وطفلة (7 ذكور، 5 إناث)، تتراوح أعمارهم بين (6 : 10) سنوات بمتوسط عمري قدره (8.3) عاماً، وانحراف معياري قدره (1.5) عام، واستخدمت الدراسة مقياس التفاعل الاجتماعي من إعداد الباحثين ويتسم المقياس بمعاملات ثبات جيدة بطريقة التجزئة النصفية، وألفاكرونباخ، وصدق المحكمين، ومؤشرات سيكومترية جيدة بطريقة الاتساق الداخلي، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين القياس القبلي، والبعدي على التفاعل الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي، كما كشفت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين القياس البعدي والتتبعي في اتجاه القياس التتبعي، كما قدمت الدراسة عدداً من التوصيات.

وقد أجرى زيدان (2016) دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر على عينة من اطفال التوحد بامملكة العربية السعودية بمنطقة القصيم، وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً من الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (3 - 9) سنوات من الذكور والاناث، مجموعة تجريبية (10) أطفال ومجموعة

ضابطة (10) أطفال تم اختيارها من مجتمع الدراسة وهم الأطفال التوحديين بجمعية عنيزة للخدمات الانسانية بمنطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية من ذوي التوحد البسيط والمتوسط استناداً الى نتائج مقياس كارز2 للتوحد ومن ذوي نسب الذكاء التي تتراوح بين(40- 70) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء النسخة الخامسة، وأعد الباحث فقرات البرنامج وأداة القياس الخاصة به استناداً الى الاطار النظري القائم على نظرية تعديل السلوك لسكنر ومنهجية التحليل السلوكي التطبيقي للوفاس التي تمثلت في ثمانية أبعاد اساسية هي مهارات الانتباه، مهارات التقليد، مهارات اللغة الاستقبالية، مهارات اللغة التعبيرية، مهارات اللغة المجردة، المهارات المعرفية، مهارات رعاية الذات، مهارات التفاعل الاجتماعي وتكون البرنامج التدريبي بصيغته النهائية على 238 مهارة فرعية موزعة على الابعاد الرئيسية وتم التأكد من معاملات صدقها وثباتها، واستخدم الباحث المنهج التجريبي من خلال اسلوب التحليل الاحصائي (مانوتني يو (U Mann-Whitney) واختبار وكوكسون(Willcoxon) ، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على القياسين البعدي والتتبعي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهر البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي تبعاً للفئة العمرية وهي فئة الاطفال في المرحلة العمرية ما دون ستة سنوات مرحلة ما قبل المدرسة على القياس البعدي والتتبعي الا انها اشارت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة التجريبية على القياس البعدي والتتبعي تبعاً للنوع . هدفت دراسة المصدر(2015) إلى التعرف إلى فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، والمنهج شبه التجريبي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس كارز لتشخيص حالات التوحد، وقائمة مهارات وسلوكيات الواجب تنميتها لدى أطفال التوحد، وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد، وبرنامج مقترح قائم على تحليل السلوك التطبيقي مكون من (15) جلسة للاطفال، وتضمن البرنامج (3) جلسات لأسر أطفال التوحد، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (10) أطفال توحد تتراوح أعمارهم ما بين (6 - 8) سنوات، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين الاولى ضابطة تكونت من (5) حالات توحد، والثانية تجريبية مكونة من (5) حالات توحد.

حيث طبقت جلسات الاهالي قبل بدء التجربة، ومن ثم قام بتطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي على أفراد المجموعة التجريبية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً بشكل فردي، وتتراوح كل جلسة ما بين (40-60) دقيقة. فأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات أطفال التوحد، وتعديل سلوكهم،

وخفض التوحد لديهم، حيث ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس كارز لتشخيص حالات التوحد، وبطاقة ملاحظة مهارات أطفال التوحد لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وأسفرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس كارز وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح التطبيق البعدي. كما تبين عدم وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي، والتطبيق التتبعي لمقياس كارز وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد. كما أسفرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقييم الأخصائي وتقييم الأهالي في التطبيق البعدي لمقياس كارز، وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد.

وقام القحطاني (2015) بدراسة تهدف إلى معرفة أثر برنامج تعليمي قائم على الاستراتيجيات البصرية في إكساب بعض المهارات الحركية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. واستخدم الباحث المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي لمجموعة واحدة باتباع القياس القبلي والبعدي لها، ويتمثل مجتمع البحث في الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة الرياض والذين تتراوح أعمارهم ما بين (6: 9) سنوات، وقد قام الباحث باختيار عينة البحث بالطريقة القصدية وقد بلغت قوامها (10) أطفال. ولجمع البيانات الخاصة بالبحث استخدم الباحث مقياس تقدير التوحد الطفولي – الإصدار الثاني - ST-CARS2 وقائمة الاستراتيجيات البصرية المستخدمة مع الطفل ذي اضطراب طيف التوحد واختبارات المهارات الأساسية الحركية. وأشارت أهم النتائج إلي وجود فاعلية البرنامج التعليمي القائم على الاستراتيجيات البصرية في تنمية بعض المهارات الحركية الأساسية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد،

وقد قام الغصاونة والشمران (2013) بعمل دراسة هدفت إلى بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الاطفال التوحديين في محافظة الطائف، ولتحقيق الاهداف تم استخدام المنهج التجريبي، وكانت عينة الدراسة عبارة ع (16) طفلا من الاطفال التوحديين بمعهد التربية الفكرية في مدينة الطائف، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الاولى ضابطة تتكون من (8 أطفال)، والثانية تجريبية وتتكون من (8 أطفال)، وكانت الاداة الاساسية عبارة عن مقياس التواصل غير اللفظي، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي للتواصل غير اللفظي، بينما ظهرت

فروق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ولم تظهر فروق بين القياس البعدي، والقياس التتبعي في التواصل اللفظي عند أطفال المجموعة التجريبية. وقام لمفون (2012) بإجراء دراسة هدفت إلى تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لدى عينة من المراهقين المصابين باضطراب التوحد، ولتحقيق الاهداف استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، وطبقت الدراسة على عينة بلغت حالتين أعمارهم (13، 14) عاماً، تم اختيارهم بطريقة قصدية من مركز الامل لذوي اضطراب التوحد بمكة المكرمة، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس تقدير التواصل اللغوي لدى الطفل التوحدي إعداد سهى نصر (2002)، قائمة تحديد مفردات إعداد الباحثة، واستمارة قياس الاهداف التعليمية إعداد الباحثة، وبرنامج مقترح، فأطيرت النتائج أنه لا توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية، ولم تظهر فروق في قائمة تقدير التواصل اللغوي بين القياسين القبلي والبعدي ولكلا الحالتان.

وأجرت عويجان (2012) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد في محافظة مدينة دمشق. وقد تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً مصاباً بالتوحد (16) من الذكور و(4) من الإناث تراوحت أعمارهم ما بين (3-6) سنوات، تم توزيعهم على مجموعتين مجموعة تجريبية تضمنت (10) أطفال (8 من الذكور و 2 من الإناث) ومجموعة ضابطة تضمنت أيضاً (10) أطفال (8 من الذكور و 2 من الإناث). ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي تمثلت في (الانتباه، التقليد، التواصل البصري، استخدام الإشارة، فهم بعض الإيماءات الجسدية وتعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها)، وتم إيجاد دلالات الصدف والثبات لهذه القائمة التي تيرر استخدامها في الدراسة الحالية ، كما قامت الباحثة ببناء برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد ، وقد استغرق تطبيق البرنامج التدريبي مدة (5) أشهر بواقع (32) جلسة تدريبية مدة كل منها (30) دقيقة، وتم تطبيق الاختبار القبلي والبعدي على أفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية) والمقارنة للكشف عن أثر البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، كما تم تطبيق الاختبار البعدي المؤجل للكشف عن أثر بقاء التدريب. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وتطبيق الاختبارات البعدية والمؤجلة ومن أجل تحليل نتائج الدراسة تم استخدام اختبار مان-ويتني (Whitney-Mann U) واختبار ويلكسون (Wilcoxon) ومقارنة متوسط رتب المجموعتين (التجريبية والضابطة) في مهارات التواصل غير اللفظي بعد تطبيق البرنامج، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى



فاعلية البرنامج التدريبي المعد في الدراسة الحالية في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد ، كما أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية هذا البرنامج في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي بعد مرور شهرين على تطبيقه من خلال القياس البعدي المؤجل باستثناء مهارتي الانتباه والتواصل البصري.

دراسة البطاينة وعرنوس (2011) وهدفت التعرف إلى أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى اطفال التوحد، ولتحقيق الاهداف تم استخدام المنهج التجريبي، وكانت عينة الدراسة عبارة عن ثلاثة أطفال توحد يقيمون في مركز الكندي الدولي للتربية الخاصة بمدينة عمان، وكانت الأداة الاساسية عبارة عن استمارة ملاحظة تتكون من (33) سلوكاً لدى أطفال التوحد تحققت فيها شروط الصدق والثبات، وقام الباحثان بإعداد برنامج تعديل سلوك لاجل خفض الانماط السلوكية لدى اطفال التوحد وفق الاجراءات المناسبة، فأظهرت النتائج عن انخفاض تكرار جميع الانماط السلوكية الموجودة لدى كل من الاطفال الثلاثة مما يشير الى فاعلية الاجراءات السلوكية التي تم اتباعها في البرنامج لاجل خفض الانماط السلوكية لدى اطفال التوحد.

وفي دراسة قدمها باركر وكامبوس ( Parker&Kamps,2010 ) والتي هدفت التعرف على أثر تحليل المهام في توجيه أطفال التوحد في المواقف الاجتماعية ،حيث قدمت الدراسة إنه بالإمكان مساعدة أطفال التوحد في القيام بأداء المهام الاجتماعية المطلوبة منهم عن طريق تقديمها في صورة و بصرية أو مكتوبة، حيث تسهل هذه الطريقة عملية التفاعل اللفظي مع الآخرين ، وقد استخدم الباحثين المنهج التجريبي وتكونت العينة من طفلين مصابين باضطراب التوحد ويمتلكون أداء وظيفي عالي ، وقد خضعوا للتدريب مع أقرانهم في مواقف إجتماعية مختلفة ، وقد استخدم الباحث العديد من الأدوات وتشمل على مدخل القوائم البصرية وتم تقديم العديد من الأنشطة وقد كانت نتيجة الدراسة أن تحليل المهام بصورة بصرية عن طريق الصور أو الكلمات أدى إلى ازدياد قدرة الأطفال على أداء المهام وكذلك تحسن التواصل اللفظي مع أقرانهم في المواقف الاجتماعية واللعب ، وقد تم أخفاء هذه القوائم تدريجياً عن الأطفال بعد إتقان المهمات مما يعزز استمرارية أثر هذه القوائم .

وقام شيانغ (Chiang CH, 2008) بدراسة هدفت إلى بحث التواصل غير اللفظي عند أطفال ذوي التوحد، تكون مجتمع الدراسة من (23) طفلاً لديهم توحد، و(23) لديهم تأخر نمائي، و(22) من الأطفال بلغوا من العمر 18 شهراً، استخدم الباحث مقاييس التواصل الاجتماعي المبكر لاختبار الأنواع الثلاثة من مهارات التواصل غير اللفظي، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال ذوي التوحد الذين بلغوا من العمر



2\_3 سنوات أظهروا خلافاً في القدرة على الانتباه المشترك وخاصة في المهارات عالية المستوى.

كما أجرى رينوت وكارتر (Reynhout & Carter, 2008) هدفت إلى تحليل السلوك التطبيقي باستخدام التدخل عن طريق القصص الاجتماعية على طفل يعاني من التوحد ولديه إعاقة عقلية ويعاني من قصور في المهارات اللغوية. وقد أظهرت النتائج عدم نجاح عملية التدخل هذه. وبذلك، فقد ألفت هذه الدراسة الضوء على ضرورة إجراء المزيد من البحث والتحقق لأهمية الدور الذي تلعبه كل من المهارات اللغوية والقدرات العقلية في الاستجابة لعملية التدخل التي تمت. والتي يمكن أن تشير إلى أن نجاح تطبيق القصص الاجتماعية يحتاج إلى توفر مدى معين من القدرات العقلية لدى أفراد عينة الدراسة.

أما دراسة جوهانستون وآخرون (Johnston et. al, 2004) فقد هدفت إلى الكشف عن أثر استراتيجية التدخل المبكر لتعليم أطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة على استخدام نظام تواصل بصري (الرموز، والصور، والرسوم، والتخطيطية، والرسوم البيانية)، وهدفت إلى معرفة أثر استخدام نظام التواصل البصري في قدرة أطفال التوحد على التفاعل الاجتماعي، ومدى تأثيره على سلوك إنجازهم للمهام المطلوبة، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج التجريبي، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (5) أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (3.4-3.5) سنة من لندن، واستخدم بطاقة ملاحظة لمهارات الأطفال في التفاعل الاجتماعي، وتوصلت الدراسة إلى فعالية استخدام نظام التواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوحد على التفاعل الاجتماعي، وعلى إنجازهم للمهام المطلوبة وتنمية لغة لفظية عن طريق ربط الصورة بدلالاتها اللغوية.

### منهجية الدراسة وإجراءاتها:

#### أولاً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أطفال التوحد المسجلين في مركز جود، والمقدر عددهم حسب البيانات التي حصل عليها الباحث من المركز للعام 2018م (35) طفلاً توحدياً.

#### ثانياً عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من (30) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين (4-8) سنوات، وزعوا على مجموعتين: الأولى ضابطة ضمت (15) طفلاً، والثانية: تجريبية ضمت (15) طفلاً، والمجموعتان متكافئتان في العمر، والجنس، ودرجة شدة التوحد وفق مقياس تقدير التوحد الطفولي كارز، وقد اختيرت العينة بطريقة قصدية من معهد جود للتربية الخاصة في محافظة رام الله والبيرة، وكانت درجة التوحد لدى الأطفال في العينة ما بين بسيطة إلى متوسطة .

ثالثاً: أدوات البحث:

### 1. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale (CARS) الصورة العربية للمقياس:

يقصد بها مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale (CARS) والذي طوره شبلر وآخرون (Schopler et al 1980)، وقام الباحثان بترجمته إلى اللغة العربية. ويتألف من خمس عشرة فقرة تضمنت كل فقرة منها أربعة تقديرات متدرجة من (1- 4) مع إعطاء وصف للسلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند إعطاء التقدير المناسب منها للطفل، حيث يشير الرقم 1 إلى أن السلوك عادي، في حين تشير التقديرات الأخرى إلى أن السلوك يتراوح من كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي، ويمكن إعطاء تقديرات بينية عند الصعوبة في تحديد إحدى التقديرات السابقة، مثل (1.5، 2.5، 3.5)، وسوف يستخدم مصطلح الصورة العربية للمقياس في هذه الدراسة مرادفاً لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) .

رابعاً: صدق المقياس وثباته:

منذ عام 1970م إلى عام 1980م ومقياس تقدير التوحد الطفولي تحت مراجعة وتقييم دقيقين وصارمين بهدف التحقق من ثباته وصدقه. لقد تمت التقديرات لبند هذا المقياس خلال جلسات تطبيق المقياس النفس تربوي (Psycho educational Profile (Dep) (Schopler and et al, 1990) في كل أول جلسة تشخيصية لـ (537) حالة. وعقدت جلسات التشخيص هذه في المراكز الإقليمية الخمسة في غرفة مجهزة للملاحظة بحيث تتيح الملاحظة والاستماع من خلال زجاج عاكس. وقام الملاحظون بمراقبة الجلسات من خلال المرآة العاكسة ووضعوا تقديراتهم بعد كل جلسة مباشرة. وسنلقي الضوء على نتائج هذه الدراسة عند الحديث عن ثبات وصدق الأداة.

كما أجريت العديد من الدراسات خلال الفترة من عام (1981م) إلى عام (1983م) لتقييم الخصائص السيكمترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي. وتم ذلك من خلال تقييم مجموعات من الحالات في ظروف ومواقف مختلفة بواسطة مهنيين من تخصصات مختلفة وذلك بهدف معرفة مدى ملائمة المقياس للمهنيين خارج مجال التوحد والذين

يحتاجون لاستخدام هذا المقياس كأداة فرز تحت ظروف مختلفة عن تلك التي في عيادات مراكزنا الخمسة. وسنستعرض أيضاً تحليلاً لصدق وثبات المقياس في هذه الحالات فيما يلي:

#### أولاً - الصدق (Validity) للمقياس :

من أنواع الصدق التي تحققت للمقياس في صورته الأصلية:

#### 1) الصدق المعياري

2) وصدق المقياس في مواقف بديلة و صدق تقديرات المهنيين في مجالات متعددة

#### الثبات: Reliability :

من أنواع الثبات التي تحققت للمقياس في صورته الأصلية:

الثبات الداخلي و الثبات بين المقيمين والثبات قبل وبعد الاختبار

#### مراحل تقنين الصورة العربية للمقياس

قام الشمري ، والسرطاوي ، وقرائش (2011) وبدعم من مركز بحوث كلية التربية بجامعة الملك سعود ، بتقنين المقياس و قد مر تطبيق تقنين الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي بالمراحل التالية :

#### أولاً: التحقق من صدق وثبات المقياس :

بعد أن قام الباحثان بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وعرضه على سبعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود والأخذ بملاحظاتهم، تمت إعادة ترجمة الصورة العربية إلى اللغة الإنجليزية ومطابقتها مع النسخة الأصلية للمقياس. وقد مرت عملية التحقق من صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي على عينة من (105) تلاميذ منهم (54) تلميذاً من فئة التوحد و(25) تلميذاً من المتخلفين عقلياً و(26) تلميذاً عادياً بالمراحل التالية:

#### المرحلة الأولى: الصورة المختصرة

المرحلة الثانية: تطبيق المقياس قبل التدريب

المرحلة الثالثة: تطبيق المقياس بعد التدريب

#### صدق وثبات الصورة العربية للمقياس

لقد طبق المعلمون ومساعدو المعلمين المقياس والصورة المختصرة خلال ثلاث مراحل على تلاميذ التوحد الملتحقين بأكاديمية التربية الخاصة، تمثلت في تطبيق الصورة المختصرة، والتطبيق قبل التدريب، والتطبيق بعد التدريب. حيث تم تطبيق المقياس في المرحلة الأخيرة من قبل المعلمين الذين تم تدريبهم على فئات الدراسة المتمثلة في التلاميذ التوحديين والمتخلفين عقلياً والعاديين، وذلك للتحقق من صدق وثبات الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة. وقد تمثلت النتيجة الرئيسية في

تمتع الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة للمقياس بدلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة السعودية والكويتية، حيث تم التحقق منهما من خلال أنواع الصدق والثبات التالية :

### **الصدق في الصورة العربية للمقياس:**

#### **(1) صدق المحكمين:**

عرض المقياس بعد ترجمته إلى اللغة العربية على سبعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة بكلية التربية بجامعة الملك سعود للتحقق من صدق الترجمة، وذلك بمقارنة الترجمة بالصورة الأصلية للمقياس. وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم اعتماد الصورة النهائية للمقياس. وفي خطوة لاحقة طلب إلى احد المتخصصين ممن يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية أن يعمل على إعادة الصورة المترجمة إلى اللغة الإنجليزية حيث تم التحقق من مدى اتفاقهما من حيث المضمون من جهة واللغة من جهة أخرى.

#### **(2) الصدق التمييزي:**

للتحقق من صدق الصورة العربية للمقياس وقدرتها على التمييز، طبقت على تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وقد جاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً على كل فقرة من فقرات المقياس مرتفعة ودالة عند (0.01).

#### **(3) الصدق العاملي:**

كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع الفقرات، حيث تراوحت درجات تشبعها بالعامل الأساسي للمقياس ما بين (0.79-0.96)، وتبين بان هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته (78.8) من التباين

#### **الثبات في الصورة العربية للمقياس:**

تم التحقق من ثبات الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي والصورة المختصرة للمقياس بطرق أوضحت ما يتمتع به المقياس من ثبات مرتفع ومن تلك الطرق:

#### **(1) الاتساق الداخلي:**

تم التحقق من ثبات الصورة العربية للمقياس من خلال ارتباط الدرجة على الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس، حيث تبين بان جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة عند (0.01)، إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين (0.79-0.96)، وكذلك الأمر بالنسبة للصورة المختصرة حيث كانت جميع الارتباطات دالة عند (0.01) وان

كانت قيمها اقل عما كانت عليه في الصورة العربية للمقياس، إذ تراوحت ما بين (84-45).

## 2) الثبات بطريقة كرونباخ ألفا والتجزئة النصفية

تم التحقق من ثبات واستقرار الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة باستخدام قيم كرونباخ ألفا والتجزئة النصفية لتقديرات المعلمين ومساعدتي المعلمين للعينات الكلية وحالات التوحد، حيث تبين أن قيمة ألفا لتقديرات المعلمين على الصورة العربية للمقياس لعينة الدراسة الكلية بلغت (0.98) في حين بلغت قيمتها على المقياس لتقديرات المعلمين لحالات التوحد (0.94)، أما تقديرات مساعدتي المعلمين على المقياس فبلغت (0.91) أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة ألفا (0.92).

يتألف مقياس تقدير التوحد الطفولي من خمسة عشر فقرة:

1) الانتماء للناس (2) التقليد والمحاكاة (3) الاستجابة الانفعالية (4) استخدام الأشياء (5) استخدام الجسم (6) التكيف مع التغيير (7) الاستجابة البصرية (8) استجابة الاستماع (9) استجابة واستخدام (10) الذوق والشم واللمس (11) الخوف والقلق (12) التواصل اللفظي (13) التواصل غير اللفظي (14) مستوى وثبات الاستجابة العقلية (15) الانطباعات العامة. (الشمري والسرطاوي وقرقيش 2011)

2. برنامج تيتش (TEACCH) : قام اريك (Eric) في عام 1971م بدراسة أثبتت نتائجها أن الأداء العام للطفل المصاب بالتوحد ودرجة تقدمه يرتفعان ويتحسنان عندما يكون في بيئات منظمة والعكس صحيح ، كما أشار إلى أن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها الطفل المصاب بالتوحد تختلف باختلاف العمر الزمني والعقلي ، فكلما انخفض العمر العقلي والزمني لدى الطفل ازدادت الحاجة إلى درجات مرتفعة من التنظيم، وكلما ازداد تطوره الإدراكي واللغوي انخفضت درجة التنظيم التي يحتاجها ، وهناك خمس ركائز للتعليم المنظم وهي الروتين المحدد، تنظيم المساحات، الجداول اليومية، تنظيم العمل، والتعليم البصري ، ويستخدم برنامج (TEACCH) التعليم المنظم كمشاهدة لتكييف بيئة أفراد التوحد للحد الأقصى من نقاط القوة التي لديه عن طريق خلق نظام بيئي عالٍ جداً لزيادة قدرة هؤلاء الأفراد على معالجة المعلومات البصرية والتقليل من مشكلات المعالجة السمعية (Stokes, 1998) .

ويمتاز برنامج (TEACCH) بأنه برنامج تعليمي شامل لا يتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل يقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما انه يمتاز بأنه مصمم بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل وعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية والعضلية واللغوية، واستعمال اختبارات مدروسة .

ويوظف هذا البرنامج مع حالات التوحد اعتماداً على معرفة وقياس نقاط القوة مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين، فهو برنامج متكامل من عمر (3-18) سنة، يعمل على تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جداً لملء الفراغ وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد ويكون وسيلة لكسب العيش .

وينطلق البرنامج من فلسفة الاعتماد على المثيرات البصرية كونها أفضل من المثيرات اللفظية، ويعمل البرنامج على تهيئة هذه الطريقة من أجل تنظيم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للطفل ما يلي : ما هو المطلوب منه ؟ متى يفترض أن يقوم بالعمل ؟ أين سيقوم بالعمل ؟ ويتم ذلك من خلال دلائل بصرية بالجدول والصور والأنشطة وبطاقات انتقال تحدد أماكن الأنشطة وتساعد التلميذ التوحدي في معرفة بداية ونهاية كل نشاط كي يشعره بالأمان حيث إنه يعاني بعضاً من أشكال السلوك الآتية : التعلق بالروتين ، القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية ، صعوبة في فهم بداية ونهاية كل الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام ، صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر ، صعوبة في فهم الكلام ، صعوبة في فهم الأماكن والمساحات ، يفضل التعليم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة الملفوظة .

ويركز البرنامج على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية والمهارات الأكاديمية ومهارات التكيف في المجتمع حيث لا يتجاوز عدد الأفراد (5-7) مقابل مدرس ومساعد مدرس.

يرى سكوبلر (Schopler , 1994) بان هناك ستة مبادئ رئيسة يعتمد عليها برنامج

(TEACCH) ، هي (Bondy & Lrost, 2002):

1. تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوافرة، وتوفير بيئة داعمة وإجراء التكيف والتعديل في البيئة لتتواءم مع الصعوبات المرافقة للتوحد.
2. تقييم وإجراء رسمي وغير رسمي واستخدام أفضل الاختبارات المتوافرة وغير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرين .
3. استعمال جوانب القوة عند الطفل في معالجة المعلومات البصرية ليتجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية، والتنظيم، والذاكرة، وهي من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقل وتعديل السلوكات غير المرغوب فيها، ويمكن استعمال هذا الأسلوب في البيت والمدرسة ومكان العمل .
4. أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.

5. أفضل البرامج هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية باعتباره إستراتيجية للتدخل .

6. تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد.

7. التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الأسري

#### تصميم الدراسة

تم استخدام التصميم شبه التجريبي القائم على وجود مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة لتقصي فاعلية تقصي أثر برنامج تيتش (TEACCH) في خفض شدة اضطراب التوحد للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وسيتم إجراء القياس القبلي والقياس لاختبار الفرضيات الصفرية وفحص دلالات الفروق الإحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق باضطراب التوحد.

G2 O1 X2 O2 / G1 O1 X1 O2

حيث أن:

G1 : المجموعة التجريبية.

G2 : المجموعة الضابطة.

O1 : القياس القبلي.

X1 : المعالجة.

X2 : عدم وجود معالجة.

O2 : القياس البعدي.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

ستعرض النتائج ومناقشة وفق فرضياتها:

الفرضية الاولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة المصابين باضطراب التوحد على مقياس كارز قبل تطبيق برنامج تيتش وتبعاً لمتغيرات الجنس والعمر.

للتحقق من هذا الفرض الاول، أجريت مقارنة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ورتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس كارز في القياس القبلي وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين المصاحب ( ANCOVA )، وذلك كما يبين جدول (5):

نتائج تحليل التباين المصاحب ( ANCOVA ) لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة المصابين باضطراب التوحد على مقياس كارز قبل تطبيق برنامج تيتش وتبعاً لمتغيرات الجنس والعمر.

**جدول (5) نتائج تحليل التباين المصاحب ( ANCOVA ) لدرجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة المصابين باضطراب التوحد على مقياس كارز قبل تطبيق برنامج تيتش وتبعاً لمتغيرات الجنس والعمر.**

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	الدلالة الإحصائية
المصاحب (القبلي)	4.133	3	1.378	.532	0.664
المجموعة	0.533	1	0.533	0.206	0.654
العمر	1.789	1	1.800	0.690	0.410
الجنس	1.800	1	1.800	0.695	0.412
الخطأ	67.333	26	2.590		
المجموع	35710.000	30			

يتضح من الجدول (5) أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس كارز قبل تطبيق البرنامج، فقد كانت قيمة (ف) (0.654) وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، كما بلغت قيمة (ف) على متغيري الجنس والعمر على التوالي (0.41، 0.41) وهذه القيم غير دالة إحصائياً ، وهذا يعني تكافؤ المجموعتين على مقياس كارز للتوحد في القياس القبلي لهذه الدراسة قبل تطبيق البرنامج، ويعزو الباحث ذلك لتعرضهم لمهارات اجتماعية وتعليمية في نماذج أخرى مما ساعدهم على خفض شدة التوتر.

#### نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس كارز لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش.

للتحقق من الفرض الثاني، جرت المقارنة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش وذلك باستخدام اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين درجات عينتين مستقلتين، وذلك كما يبين جدول (6):

**جدول (6) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بالمقارنة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش**

المجموعات	القياس	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة z	مستوى الدلالة
مقياس كارز	قبلي	19.17	287.50	57.500	-2.316	*0.021
	بعدي	11.83	177.50			

\*دال إحصائياً عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ )



\*\*دال إحصائياً عند مستوى ( $\alpha \leq 0.01$ )

يتضح من الجدول (6) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج تيتش في القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز ، فقد كانت قيمة مان وتني ( $57.500$ )، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة ( $0.05$ ) وكانت الفروق لصالح القياس البعدي، أي أن رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي لمقياس كارز أعلى من رتب القياس القبلي مما يوضح انخفاض مستوى أعراض التوحد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج تيتش.

وللتحقق من مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى أعراض اضطراب التوحد لدى أفراد المجموعة التجريبية ، حسب مربع معامل إيتا ( $\eta^2$ ) تبعا للمعادلة الآتية:

$$n2 = \frac{t2}{t2 + df}$$

حيث إن (ت) هي نتيجة اختبار الفرق بين متوسطي درجات التطبيقين القبلي والبعدي للعينة على مقياس كارز ، وقد اعتمدت مستويات حجم التأثير كما يلي:

#### جدول (7) حجم التأثير للمتغير المستقل في التجربة

حجم التأثير			الأداة المستخدمة
كبير	متوسط	صغير	
0.15	0.6	0.1	n2

المصدر: (Cohen, 1988)

والجدول (8) التالي يبين ذلك :

جدول (8) معامل ارتباط التوافق "ت" وحجم تأثير البرنامج باستخدام مربع معامل إيتا ( $n2$ )

المقياس	قيمة (Z)	مربع معامل إيتا ( $n2$ )	حجم التأثير
مقياس التوحد	-2.439	0.425	كبير

يتبين من الجدول السابق أن مربع معامل إيتا والذي يقيس حجم تأثير البرنامج في خفض مستوى أعراض التوحد لدى أفراد العينة بلغ ( $0.42$ ) وقد كان كبير التأثير، ويعزو الباحث ذلك إلى أن برنامج تيتش كان فاعلا في خفض مستوى أعراض التوحد لدى أفراد المجموعة التجريبية، لأنهم تعرضوا خلال جلسات عديدة إلى مهارات اجتماعية وتعليمية تختلف عن باقي النماذج التي طبقت عليهم، وربما يعود ذلك إلى

أهمية الجلسات التي ركزت على مهارات جديدة في عملية التفاعل الاجتماعي والاعتماد على الفرد وكيفية التعلم. وتتفق مع دراسة الصباح (2013) التي أشارت إلى وجود فروق بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للمهارات الإدراكية وكانت الفروق في الدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، كما وتتفق مع دراسة ماهر والبهنساوي (2016) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على التفاعل الاجتماعي في اتجاه القياس البعدي.

#### نتائج الفرضية الثالثة :

**الفرضية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين باضطراب التوحد في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش واختلاف العمر.

للتحقق من الفرضية الثالثة تم إجراء اختبار (Kruskal-Wallis Test) اللامعلمي للمجموعات المستقلة ، وذلك لصغر حجم العينة وعدم تبعيتها لقانون التوزيع الطبيعي ، وقد تم حساب رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس كارز في القياس البعدي .

**جدول (7) الفروق في معدلات ومجموع الترب ، وقيمة ( $X^2$ ) ودرجات الحرية والدلالات الإحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس كارز في القياس البعدي .**

العمر	متوسط الرتب	قيمة $X^2$	درجات الحرية	مستوى الدلالة
4سنوات	12.60	1.791	2	0.40
5سنوات	16.30			
6سنوات	17.60			

يبين الجدول (7) أنه لا يوجد فروق جوهرية في مستوى اضطراب التوحد على مقياس كارز لدى عينة من الأطفال المصابون باضطراب التوحد في المجموعة التجريبية ، ( $X^2 = 1.791$ ) ،  $P < 0.05 = 0.40$  ، معدل الرتب لعمر 4سنوات (12.60) = MR) ومعدل الرتب لعمر 5 سنوات (MR= 16.30) ومعدل الرتب لعمر 6 سنوات (MR = 17.60) ، ويعني ذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين باضطراب التوحد في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير العمر. ويعزو الباحث ذلك إلى تعرضهم لنفس المهارات وتدريبهم للقيام بها تحت إشراف الباحث، وربما يعود ذلك إلى تعرضهم لبرامج أخرى أكسبتهم خبرات جديدة في تعلم برنامج تيتش، وتتعارض مع دراسة زيدان (2016) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح التجريبية تبعاً للفئة العمرية، كما وتتعارض مع دراسة

المصدر(2015) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس كارز وبطاقة مهارات وسلوكيات الأطفال لصالح البعدي، وتتعارض مع دراسة الفصاوتة والشрман (2013) التي أشارت إلى وجود فروق لصالح المجموعة التجريبية

الفرضية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير الجنس.

للتحقق من هذا الفرض الرابع ، أجريت مقارنة بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير الجنس. وذلك باستخدام اختبار مان وتني للكشف عن الفروق بين درجات عينتين مستقلتين ، وذلك كما يبين جدول (9):

**جدول (9) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق في رتب درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير الجنس..**

المجموعات	الجنس	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
مقياس كارز للتوحد	ذكر	8.39	75.50	23.500	- 0.421	0.689
	أنثى	7.42	44.50			

\*دال إحصائياً عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ )

\*\*دال إحصائياً عند مستوى ( $\alpha \leq 0.01$ )

يتضح من الجدول (9) إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رتب درجات الأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية على مقياس كارز تعزى إلى برنامج تيتش تبعاً لمتغير الجنس بعد تطبيق البرنامج ، فقد كانت قيمة مان وتني (23.500) وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وهذا يعني أن برنامج تيتش يؤثر على الذكور الإناث بدرجات متقاربة، ويعزو الباحث ذلك إلى اهتمام كل الجنسين بتطبيق المهارات الاجتماعية والتعليمية في برنامج تيتش، وربما يعود ذلك إلى جدية الطلبة في تطبيق المهارات وتوافقه مع قدراتهم العقلية. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة صباح(2017) التي أشارت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة التجريبية تعزى لمتغير الجنس.

#### التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج ومناقشتها يمكن اقتراح عدد من التوصيات التطبيقية والأبحاث المستقبلية على النحو الآتي:

- 1- توصى الدراسة بضرورة الاهتمام بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والا يقتصر الأمر على ذوي الإعاقات الظاهرة .
- 2- ضرورة أن يزود الأخصائيين في المراكز ببرامج العلاج التربوية لهذه الفئة وخاصة برنامج تيتش الذي أثبتت الدراسة فاعليته.
- 3- عمل دورات تدريبية لمعلمي المواد المختلفة في كيفية التعامل التربوي والنفسي والعلمي مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- 4- اجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات من الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في مراحل عمرية مختلفة ودرجات شدة مختلفة.
- 5- اجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية على عينات من الاطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية وعصبية مختلفة عن التي تمت دراستها.

### المراجع :

### المراجع العربية

1. البطاينة، أسامة محمد وعرنوس، هاني احمد (2011): أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى اطفال التوحد، مجلة العلوم التربوية، 12(3)، الصفحات.
2. الخصاونة، يزيد عبد المهدي والشрман، وائل محمد (2013): بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الاطفال التوحديين في محافظة الطائف، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 2(10)، 984-1003
3. سهيل ، تامر (2014) التوحد التعريف ،الأسباب ، التشخيص العلاج ،عمان دار الإعصار للنشر والتوزيع.
4. الشمري ، طارش و السرطاوي، زيدان، قارقيش، صفاء (2009) معايير الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS): دراسة تقنينية مركز البحوث كلية التربية بجامعة الملك سعود.
5. العثمان، ابراهيم (2010). نبذة عن التوحد. مركز أبحاث التوحد، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، الرياض مسترجع من <http://cfar.kfshrc.edu.sa/AutismArabic.aspx>
6. عز الدين ،أحمد (2016) برنامج تدريب قائم على التحليل السلوكي ،رسالة دكتوراة غير منشورة ،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ،قسم علم النفس ،السودان.
7. عويجان، بشري (2012): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين، دراسة ماجستير في التربية الخاصة غير منشورة، جامعة دمشق.
8. غنيم، ماهر والبهنساوي، أحمد (2016): مدى فاعلية برنامج قائم على السيكدوراما في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 13(2)، الصفحات
9. القحطاني، عبدالله (2015): فاعلية برنامج تعليمي قائم على الاستراتيجيات البصرية في تنمية بعض المهارات الحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 4(5) ، الصفحات

10. لمفون، رفاه بنت جمال يحيى (2012): تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
11. محمد ابو صبحه; سهير الصباح (2017) فاعلية استخدام برنامج تيتش في تنمية المهارات الحسية والإدراكية للأطفال ذوي التوحد (TEACCH)، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية (3)2، 332-353.
12. المصدر، ايمان (2015) فاعلية برنامج السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد ، (رسالة ماجستير غير منشورة) ، الجامعة الإسلامية، كلية التربية ، غزة .

#### المراجع الأجنبية

13. Albert,G.(2009) Group Interventionfor Children with Autism Specteum Disorders, Jessica Kingsely Publishers,London and Philadelphia.
14. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.
15. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
16. Autism Society of America. (2008). What is Autism? (Online) Available. <http://www.autism-society.org/html>
17. Autism Society of America.(2003).Papersabout autism, <http://www.autism-society.org/html>.
18. Bondy, A.S. & Frost, L.A. (2002). The Picture Exchange CommunicationSystem Training Manual Brighton, Pyramid Education Consultants U.K. Ltd.
19. Charman ,T.& Ston ,W.(2006).Social and Communcation Development,in Atusem Spectrum Disorders Early Identification, Diagnosis,and Intervention,The Guilfoed Press New York London .
20. Chiang CH, Soong WT, Lin TL, Rogers SJ(2008).Nonverbal communication skills in young children with autism
21. Johnston; S., Evans; E. &Joanne; P. (2004): The use of visual support in teaching young children with autism spectrum disorder to initiate interactions, London: Powel Company.
22. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact nervous child. 1943, 2: 217, Retrieved October, 2000.
23. Merhoum, N., Mengarelli, F., Mottolese, R., Andari, E & Sirigu, A. (2015). Social functioning in Autism, In Leboyer, M & Chaste, P (Ed) Autism Spectrum Disorders Phenotypes, Mechanisms and Treatments, London, Karger.
24. National Society of Autistics children (2006) .National Society for Autistic children Definition of the syndrome of autism Journal of Autism and Developmental Disorder , 8,162-167,1978

25. Parker, D.,; Kamps, D., (2011): Effects of Task analysis and Self – monitoring for Children with Autism In Multiple social settings, focus on autism and other Developmental Disabilities, v 26 n 3
26. Reynhout, Georgina; Carter, Mark (2008) .A Pilot Study to Determine the Efficacy of a Social Story [TM] Intervention for a Child with Autistic Disorder, Intellectual Disability and Limited Language Skills. Australasian Journal of Special Education, Vol.32, No. 2,PP.161-175 Sep
27. Schopler, E. (1994). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a treatment system. American Psychologist, 42, 376-383
28. Schopler, E. (1983). New development in the definition and diagnosis of autism. In B.B. Lahey and A.E. Kaazdin(Eds), Advances in Clinical psychology. New York: Plenum.
29. Schopler, E., and Olley, J. (1982). Comprehensive Educational Services For Autistic Children: The TEACCH Model. Handbook of school psychology. NewYork: Wiley
30. Schopler, E., Reichler, R. J., Devellis, R. F., and Daly, K. (1980) Toward objective classifications of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). Journal of Autism and Developmental Disorders, 10, 91- 103
31. Scotland, A, (2000). Non-speech communication and childhood autism: language, speech, and hearing services in schools. Journal of Autism and Developmental Disorders, 12(1), 246-257.
32. Stokes, S. (1998). Structured teaching: Strategies for supporting students with autism. Retrieved on November 19, 2006, from <http://www.specialed.us/autism/structure/str10.htm>.
33. Zager,D(2005) .Autism Spectrum Disorder Identification ,Education,and Treatment ,Third Edition ,London ,Lawrence Erlbaum Associates,Publishers.
34. <http://www.teacch.com/2016>