



جامعة القدس المفتوحة

كلية الدراسات العليا

السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات أخصائيي  
التأهيل في التعامل معهم في فلسطين

## Autism Symptoms and Rehabilitation Specialists' Strategies in Dealing with Them"

إعداد

شرين أحمد محمد عواد

رسالة ماجستير

جامعة القدس المفتوحة - فلسطين

27/3/ 2018



جامعة القدس المفتوحة

كلية الدراسات العليا

السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات أخصائيي  
التأهيل في التعامل معهم في فلسطين

## Autism Symptoms and Rehabilitation Specialists' Strategies in Dealing with Them"

إعداد

شرين أحمد محمد عواد

بإشراف

الأستاذ الدكتور يوسف ذياب عواد

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة ماجستير في الإرشاد النفسي  
والتربوي جامعة القدس المفتوحة (فلسطين)

2018

السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين

## "Autism Symptoms and Rehabilitation Specialists' Strategies in Dealing with Them"

إعداد

شرين أحمد محمد عواد

بإشراف

الأستاذ الدكتور يوسف ذياب عواد

نوقشت هذه الأطروحة وأجيزت في 27 / 3 / 2018

أعضاء لجنة المناقشة



مشرفاً ورئيساً

مناقشاً داخلياً

مناقشاً خارجياً

جامعة القدس المفتوحة

جامعة القدس المفتوحة

جامعة القدس ابو بيس

الأستاذ الدكتور يوسف ذياب عواد

الدكتور تامر فرح سهيل

الدكتور عمر الريماوي

## التفويض

أنا الموقع أدناه شرين أحمد محمد عواد، أفوض/ جامعة القدس المفتوحة بتزويد نسخ من  
رسماتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص، عند طلبهم وبحسب التعليمات النافذة  
في الجامعة.

الاسم: شرين أحمد محمد عواد

التوقيع: 

التاريخ: 23.3.2018

## الإهداء

إلى والدتي حبيبتي الغالية التي لم تتوانى في مساندي وإنارة دربي، حفظها الله ورعاها

إلى والدي العزيز الذي قام بدعمي في كل خطوة حفظة الله

إلى إخواني الأعزاء ..... إلى أخواتي العزيزات أدامهم الله جميعاً وحفظهم

ووفقهم الله لطاعته

اليكم جميعاً أهدي هذا العمل المتواضع

الباحثة

شرين أحمد محمد عواد

## شكر وتقدير

قال تعالى ( ولئن شكرتم لازيدنكم ) صدق الله العظيم

الحمد لله والشكر على فضله وتوفيقه لي في إعداد هذه الرسالة، ولا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان لأستاذي الأستاذ الدكتور يوسف ذياب عواد الذي اعطاني من وقته الكثير والدعم العلمي الذي لمست منه كل الحرص والرعاية منذ أن كانت الرسالة فكرة تداعب الخيال إلى أن أصبحت حقيقة ملموسة على أرض الواقع وايضا اشكر لجنه التحكيم الدكتور تامر فرح سهيل والدكتور عمر الريماوي الذين ارشدوني وساهموا في تطوير بحثي الى ما هو افضل .كما وأتقدم بالشكر الموصول لأهلي الغاليين على قلبي الذين لمست منهم كل المسؤولية والتقدير، كما أتوجه بالشكر والعرفان لجميع من ساندني ووقف بجانبني لإتمام هذه الرسالة وخص بالذكر

الأستاذ الدكتور معزوز علاونه

الأستاذ فراس بدران

فهم اصحاب الفضل في توجيهي و مساندي لانجاز هذه الدراسه.

الباحثة

شرين أحمد محمد عواد

## قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	الرقم
ب	قرار لجنة المناقشة	1.
ج	الإقرار	2.
د	الإهداء	3.
هـ	الشكر والتقدير	4.
و	قائمة المحتويات	5.
ط	قائمة الجداول	6.
ك	قائمة الملاحق	7.
ل	الملخص باللغة العربية	8.
ن	الملخص باللغة الإنجليزية	9.
<b>الفصل الأول: خلفيّة الدراسة ومشكلتها</b>		
2	المقدمة	10.
4	مشكلة الدراسة	11.
5	أسئلة الدراسة	12.
6	فرضيات الدراسة	13.
7	أهداف الدراسة	14.
8	أهمية الدراسة	15.
8	حدود الدراسة ومحدداتها	16.
9	مصطلحات الدراسة	17.
<b>الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة</b>		
13	الإطار النظري	18.
34	الدراسات السابقة	19.
40	التعقيب على الدراسات السابقة	20.
<b>الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات</b>		

الرقم	الموضوع	الصفحة
21.	منهجية الدراسة	45
22.	المجتمع والعينة	45
23.	أدوات الدراسة	48
24.	صدق الأدوات وثباتها	49
25.	تصميم الدراسة ومتغيراتها	53
26.	إجراءات تنفيذ الدراسة	54
27.	المعالجات الإحصائية	54
<b>الفصل الرابع: نتائج الدراسة</b>		
28.	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	57
29.	النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	60
30.	النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	61
31.	النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع	63
32.	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى	64
33.	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية	68
34.	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة	70
35.	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة	72
36.	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة	74
37.	النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة	76
38.	النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة	78
39.	النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة	80
<b>الفصل الخامس: تفسير النتائج ومناقشتها</b>		
40.	النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة	84
41.	النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة	90
42.	التوصيات	95



الصفحة	الموضوع	الرقم
115	قائمة المصادر والمراجع	.43
115	المراجع باللغة العربية	.44
119	المراجع باللغة الإنجليزية	.45
123	الملاحق	.46

## فهرس الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1.	توزيع عينة الدراسة ومجتمعها الدراسة على محافظات شمال الضفة الغربية	46
2.	توزيع عينة الدراسة حسب متغيراتها المستقلة	47
3.	مفتاح تصحيح الفقرات لمقياسي السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال استراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين	49
4.	مصفوفة بيرسون (Pearson Correlation Matrix) لقياس الارتباط بين فقرات مجالات السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال، واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين	50
5.	معاملات الثبات لأداة الدراسة ومجالاتها	51
6.	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات الموافقة لمجالات السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أخصائي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	59
7.	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية ودرجات الموافقة لمجالات الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب المتوسط الحسابي	60

## فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	الرقم
123	كتاب تسهيل المهمة	أ
124	الاستبانة قبل التحكيم	ب
130	أسماء محكمين الاستبانه	ت
131	الاستبانة بعد التحكيم	ث

## "السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم"

إعداد: شيرين احمد عواد

إشراف: أ.د. يوسف ذياب عواد

### المخلص

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى "السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، كما هدفت إلى التعرف على ضوء بعض متغيرات الدراسة مثل التخصص، وعدد الأطفال في المركز، وعدد الأخصائيين العاملين، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة.

ومن أجل تحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة تبني إستبانة تتكون من (78) فقرة موزعة على خمسة مجالات هي السمات الإجتماعية، والسمات اللغوية، والسمات السلوكية، والسمات الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية. ومقياس استراتيجيات التدخل وله خمس مجالات هي: العلاج الفردي، واستراتيجيات البرامج الجاهزه والعلاج الجماعي، والعلاج الغذائي، والعلاج الدوائي والبدني تم توزيعها على عينة مقدارها (84) أخصائي تم اختيارهم من خلال العينه الميسره، وبعد تجميعها تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسوب ومعالجتها إحصائيا باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) وتم قياس صدقها وثباتها.

أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

وجود متوسط حسابي عالي في الدرجة الكلية السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد. وجود درجة استجابة متوسطة في الدرجة الكلية الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد في مراكز علاج التوحد. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات استجابات أخصائيي التأهيل حول السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد تعزى لمتغيرات تخصص الأخصائي، وعدد الأطفال في المركز، وعدد الأخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية، ، وسنوات الخبرة.

## **Autism Symptoms and Rehabilitation Specialists' Strategies in Dealing with Them "**

**Prepared By: Sheereen ahmad Awwad**

**Supervised By: Prof. Yousef Diab Awad**

**2018**

### **Abstract**

This study aims to identify the characteristics related to spectrum autism symptoms and rehabilitation specialists' strategies in dealing with them. Also, it aims to identify some study variables like (specialization, number of children, number of specialists, center specialization, sex, marital status, place of residence and experience).

For achieving the study purpose, a questionnaire consists of (78) items included six domains of (social, lingual, behavioral, emotional, sensational and epistemic characteristics) and five domains of treatment strategies scale of (individual treatment, another strategies, group therapy, food therapy and physical and medication therapy) has been developed, distributed among 84 individuals who have been chosen randomly, gathered, codified, entered the computer and statically processed by using the Statistical Package of the Social Science (SPSS). Also, the study tool has been measured for reliability and credibility.

The study results showed the following results:

A high degree of response on the total degree of the characteristics related to spectrum autism symptoms and its domains. A moderate degree of response on the total degree of rehabilitation specialists' strategies in dealing with spectrum autism symptoms a.No significant differences at ( $\alpha=0.05$ ) level among the responses means about the characteristics related to spectrum autism symptoms and rehabilitation specialists' strategies in dealing with them attributed to the variables of specialization, number of children, number of specialists, center specialization, sex, marital status, place of residence and experience.

In light of the study results, several recommendations have been suggested about the subject matter included the importance of conducting training programs for specialists working for treatment centers, providing treatment centers for treatment possibilities and the importance of carrying out statistics about the children with spectrum autism symptoms.



## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وخلفيتها

- مقدمة الدراسة
- مشكلة الدراسة وأسئلتها
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- فرضيات الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

## الفصل الأول: مشكلة الدراسة وخلفيتها

### المقدمة

شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في ميدان فهم اضطراب طيف التوحد، مقارنة بما كانت عليه النتائج العملية في الحقبة الزمنية التي وصف بها ليو كانر (1943) هذا الاضطراب.

ان تربية الاطفال هي مسؤولية كبيرة وصعبة وشاقة ، وان تربية طفل ذو الاعاقة تعد اكثر صعوبة واكثر مشقة ،لما تواجهه الاسره من مشكلات وتحديات خاصة اضافة الى تلك التي تواجهها الاسره جميعاً،فالاعاقة غالباً ما تتطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، تتعرض اسره الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد الى ضغوطات مختلفة وتكون ردود الافعال متباينة بين هذه الاسره وتحتاج هذه الاسر الى كثير من الدعم من المجتمع بكافة مؤسساته حتى تستطيع هي و طفلها من تجاوز المشكلات والعقبات المصاحبة لهذا الاضطراب .

ولا زال ما نعرفه اليوم عن حالات التوحد محدوداً بالمقارنة بما نعرفه عن حالات اخرى من الاعاقات ، وقد بدأ الاهتمام بالتوحد الذي اصبح ضرورة من ضروريات الحياة،وذلك لانتشاره في عدد كبير بين اطفال العالم ، وترجع الاهمية كذلك الى غموض هذا المفهوم بين الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية ، ومازال التوحد من اكثر الاضطرابات والاعاقات غموضاً. (سهيل .

(2016)

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأكثر صعوبة وتعقيداً، نظراً لما يعانيه أطفال اضطراب طيف التوحد من إعاقة نمائية، تؤثر بشكل كبير على مظاهر النمو المختلفة، وتؤدي بالمصاب إلى انسحابه وانطوائه، بل انغلاقه بشكل تام على نفسه، إذ أن اضطراب طيف التوحد من الإعاقات الصعبة والشديدة، وذلك لأنها تؤثر على سلوك الفرد وعلى قابليته للتعلم أو التواصل أو التطبيع أو التدريب أو الإعداد المهني، أو الاستقلال الاجتماعي



والاقتصادي، كما أن اضطراب طيف التوحد يعوّق قدرة الفرد في المجالات اللغوية والعلاقات الاجتماعية والتواصلية، حيث تقل قدرته على التفاهم والتفاعل بينه وبين المحيطين به، كما أنها تعوّق قدرته على التفاعل مع البيئة المحيطة (محمد، 2008).

ويعتبر اضطراب طيف التوحد من بين الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كما أن التوحد يعتبر من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة للطفل (أبو السعود، 2002).

يقصد باضطراب طيف التوحد أولئك الأفراد الذين يوصفون بعدم قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والعالم الخارجي، فهم منعزلون ومنسحبون عن الحياة الاجتماعية، بل مُنطوون على أنفسهم، ولديهم قصور معرفي شديد (هلاهان وكوفمان، 2012)، كما أنه يمثل في العادة مجموعة من الصعوبات في التنشئة الاجتماعية والتواصل والسلوك، وهي تشكل مجموعة واسعة من الأعراض تتراوح بين الشديدة والمعتدلة (Owens, Metz & Hass, 2003).

في ضوء ما سبق، ترى الباحثة أنه من الأهمية بمكان تناول السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم، بغية تطوير الاهتمام بهذه الشريحة التي تتزايد بشكل كبير، ولا يوجد خبرات أو احتياجات تتناسب مع هذا الانتشار الواسع في اضطراب طيف التوحد.

### مشكلة الدراسة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الأمور التي تثير الفضول لدى العديد من الآباء والأمهات والمهتمين، وقد بدأت المراكز الخاصة والحكومات في الدول العربية الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد وتقديم الخدمات الخاصة بهم، حيث ظهرت تصنيفات عديدة لسمات اضطراب طيف التوحد مثل تصنيف DSM-IV، وتصنيف DSM-V. هذا ويعتبر التوحد واحداً من الاضطرابات التي لا زالت تشهد اهتماماً كبيراً بين الباحثين والمختصين على حد سواء لما يعتبره من غموض وتنوع في الاسباب والبرامج التربوية والعلاجية وعدم تجانس في الخصائص والسمات بين هذه والجدير بالذكر ان مصطلح اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders) يستخدم بالتوافق مصطلح الاضطرابات النمائية المتداخلة (Pervasive Developmental Disorders) حيث يشير كلاهما الى حالات مختلفة من التوحد تشترك في صفات التاخر الشديد بالاضافة الى انحراف في العلاقات الاجتماعية، واحدى او كلا الصفتين التالبيتين تأخر في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعدم القدرة على التمثيل. وذلك من خلال زيارة الباحثة إلى المراكز التي ترعى ذوى الاحتياجات الخاصة أنه ليس هناك مراكز واضحة لمرضى إضراب طيف التوحد، حيث يتم دمجهم مع الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية، ولا يوجد برامج خاصة بهم، وأن معظم المراكز التي تستقبل هذه الفئة تشترط عمراً محدداً وعلى الأغلب أن يكون العمر ما بين ثلاث سنوات إلى ثماني سنوات، وبعد ذلك يكون مصيرهم البيت، وهنا يتضح قصور جميع الجهات في التهميش لهذه الفئة، علماً أنه لا يوجد إحصائية دقيقة لمرضى اضطراب طيف التوحد في فلسطين، ولا يعلم الأهل من هي الجهة التي يتوجهون يقومون بالتوجه إليها لتعامل مع أطفالهم.

وترى الباحثة بحكم اختصاصها بالإرشاد النفسي وتعاملها مع هذه الشريحة من خلال المراكز التأهيلية أنه من الأهمية بمكان أن تجرى هذه الدراسة لتحديد السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد إلى جانب ومعرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في التعامل معهم.

في ضوء ما سبق يمكن الإجابة عن سؤالها الرئيس:

ما السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم؟

### أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن الاسئلة والفرضيات الآتية:-

1. ما هي درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل؟

2. ما هي درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد؟

3. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (1-7).

4. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، وعدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (8-14)

### فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات التالية:

1. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي.

2. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز.

3. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

4. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

5. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

6. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

7. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد.

8. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي.

9. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز.

10. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

11. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل معاضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

12. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

13. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

14. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

## أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. معرفة السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل
2. معرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها اخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطراب طيف التوحد
3. التعرف على أثر بعض المتغيرات (تخصص الاخصائي، عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد) معرفة السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، من وجهة نظر أخصائيي التأهيل في التعامل معهم.
4. التعرف على دور بعض المتغيرات مثل (تخصص الاخصائي، عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد) على استراتيجيات التدخل التي يستخدمها اخصائيو التأهيل في التعامل مع اطفال اضطراب طيف التوحد

## أهمية الدراسة

تكمن الأهمية النظرية للدراسة الراهنة في معرفة السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، وهذه الدراسة هي أول الدراسات - حسب علم الباحثة - التي سيتم إجراؤها حول استراتيجيات التدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد في البيئة الفلسطينية، حيث أن الباحثة ستسعى في هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، وبذلك تكون الباحثة قد تناولت موضوع معرفة سمات اضطراب طيف التوحد من جوانب جديدة، من أجل محاولة إعداد بعض التوصيات التي قد تسهم في

كشف بعض جوانب هذا الموضوع، ووضع أسس لدراسات مستقبلية تبحث في هذا الموضوع من زوايا أخرى تتفرع عن موضوع الدراسة الرئيس، أما الأهمية العملية لهذه الدراسة فتتمثل في معرفة درجة سمات أعراض اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال في فلسطين.

### مصطلحات الدراسة وتعريفها إجرائياً:

**السمات:** وتعرفها (الشامي، 2004) على أنها الصفات أو الأنماط التي تميز الفرد عن غيره، أو الظاهرة عن غيرها، وبالنسبة لاضطراب طيف التوحد فهي الأنماط السلوكية التي تميز الأطفال المصابين بطيف التوحد عن غيرهم في هذا العمر.

وتعرفها الباحثة إجرائياً على أنها درجة ستجابة افراد العينة على المقياس.

**التوحد :** عرف كانر (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 (Autism Society of American, 2008) التوحد، 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 متشعب 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.

و يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للاطفال اضطراب التوحد من أكثر التعريفات قبولا 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 (DSM-IV-TR (2000) فإن اضطراب التوحد يتضمن قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يتمثل في قصور في استخدام التواصل غير اللفظي، وفشل في تكوين علاقات مع الآخرين، وفقدان القدرة التفافئية 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، بالاضافة 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 والررفة بالاصابع وغيرها.

( DSM-IV-TR ,2000)

وقد عُرف إضطراب 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، قدّرت "المراكز الامريكية لمكافحة الامراض والوقاية منها" ان واحدا من بين كل 68 طفلا امريكيًا 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 الاشخاص المصابين بالتوحد يمكن أن يعانون من نطاق ضخم ومتوسع من نقاط العجز ونقاط القوة، وهو ما يمكن أن يتغير بمرور العمر.  
(DSM-5, 2013)

تعرفه الباحثة إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيب في ضوء القياس المستخدم.  
الاستراتيجيات:- تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها هي الفنيات والآليات التي يستخدمها الأخصائي في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد وتعمل على تحسن أداء المصابين باضطراب طيف التوحد.

الاستراتيجية: يعرفها لازاروس (Lazarus,1984) بأنها مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية المستعملة في تسيير طلبات خاصة داخلية أو خارجية والتي يقيّمها الفرد على أنها مستهلكة لموارده أو تتجاوزها.

ويتحدد إجرائياً على أنها الدرجة التي سيتم الحصول عليها من استجابات المبحوثين من عينة الدراسة على مقياس أداة الدراسة الخاصة بذلك.

أخصائي التأهيل: وتعرفه الباحثة إجرائياً على أنه ذلك الشخص المتخصص في التعامل مع احتياجات أشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم بناء قدراته وفقاً لأسس علمية ومهارات عملية، ويجب أن يكون حاصلاً على تدريبات لها علاقة بتشخيص أطفال طيف التوحد والتعامل معهم.

### حدود الدراسة ومحدداتها:

تقتصر هذه الدراسة على المحددات الآتية:

الحدود البشرية: تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج اضطراب طيف التوحد في الضفة الغربية.

الحدود الزمنية: تم إجراء هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من عام 2016/2017.

الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في محافظات الضفة الغربية.

محددات خاصة بأداة الدراسة: معامل الارتباط بيرسون ، معادلة كرونباخ ألفا، التجزئة النصفية ،

معادلة بيرسون براون ، الانحراف المعياري، اختبار(ت) للعينات المستقلة ، تحليل التباين الاحادي

، اختبار شيفيه .

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

- المقدمة

- الإطار النظري

- الدراسات السابقة

## الفصل الثاني: الإطار النظري

### المقدمة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً، نظراً لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي، والاجتماعي والحركي، وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الوقائع، ولا يتوقف تأثير اضطراب طيف التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة، بل يمتد إلى الأم والأب والعائلة التي تحاول أن تتكيف مع الوضع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل (دعو وشنوفي، 2013).

وتتمثل الخصائص المميزة والتعريف الحديث لاضطراب طيف التوحد - كما جاء في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات Diagnostic and Statistical Manual of -Mental Disorders-fifth edition (DSM-5) (APA, 2013) في الأمور التالية:

1. قصور (عجز) دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعيين اللذين يظهران في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد سواء أكان ذلك القصور معبراً عنه حالياً، أو أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد.
2. أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية، سواء أكانت هذه السلوكيات معبراً عنها حالياً، أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد.
3. وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة.

وتُعد عملية تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد وتقويمها من الموضوعات التي شغلت الباحثين في مجال تشخيص الاضطرابات السلوكية النمائية بشكل عام، واضطراب طيف التوحد على وجه الخصوص؛ لشيوع هذا الاضطراب في المجتمعات والبيئات المختلفة، وإصابته للأفراد في أعمار مبكرة؛ ما جعل الوالدين والقائمين على الرعاية، والمتخصصين والعاملين في ميدان التشخيص يولونه أهمية كبيرة. وبالرغم من تمتع معايير التشخيصية بقوة أساسها التجريبي في الاضطرابات النمائية والعصبية (Schreibman, 2005)، إلا أن عملية التشخيص والتقييم لاضطراب طيف التوحد تتضمن تحديات عدة تصعب عملية التشخيص، وتؤثر في دقة النتائج، وعادةً ما تتمحور تحديات التقييم والتشخيص حول ثلاثة محاور أساسية يلخصها (الجابري، 2014) في الآتي:

1. محور الفئة غير المتجانسة تعددية الأعراض، واختلاف شدتها، والفروق الفردية بين المفحوصين، ومقدار القدرة العقلية، وتعاون المفحوص، وعمره الزمني، والتاريخ التربوي والتدريبي له.
2. محور الفاحص وتتضمن خبرته، ونوع تأهيله، وذاتيته أو موضوعيته، وألفته مع المفحوص وبيئة الفحص، سواء أكانت مألوفة كالمزمل أم غير مألوفة كعيادة متخصصة، والخصائص الفيزيائية لمكان الفحص، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه.
3. محور الأدوات ومدى تناسبها مع الأهداف، ومدى وضوح آلية تطبيقها، وتفسير نتائجها، ومدى ألفة الفاحص بها، ومستوى التدريب والتأهيل الذي تتطلبه، والوقت الذي تستغرقه، وكيفية الإجابة عنها.

## سمات التوحد

توضح الشامى (2004) أن التوحد له سمات تظهر واضحة على الأطفال التوحديين، ومنها:

1. قلة إشارة الطفل إلى لعبه أو الأشياء التي يحبها كنوع من المشاركة أو التفاعل الاجتماعي.
2. عدم استجابة الطفل عند مناداته، فيبدو كأنه أصمّ، ولكنه قد يستجيب لأصوات تصدر في البيئة المحيطة به كصوت لعبة، أو صوت فتح غطاء علبة مشروب على سبيل المثال.
3. قلة تركيز البصر على والديه كما يفعل الأطفال الأسوياء.
4. عدم اندماج الطفل مع الآخرين في الألعاب مع فقدانه للقدرة على التخيل أو اللعب التمثيلي.
5. ضعف تقليد الآخرين.
6. قلة الاهتمام بالأشخاص المحيطين، أو أنه يغفل وجودهم، كأن يبدو أنه يعيش في عالمه الخاص.
7. صعوبة توجيه البصر للآخرين ومتابعتهم بنظراته.
8. تأخر أو فقدان التطور اللغوي.
9. صعوبة فهم انفعالات الآخرين وعواطفهم.
10. ظهور حركات نمطية متكررة مثل ررفة الأصابع أو الدوران حول أنفسهم.

### ظهور أعراض التوحد عند الأطفال

يولد الطفل سليماً معافى، وغالباً لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة، وعادة ما يكون الطفل وسيماً وذا تقاطيع جذابة، ينمو هذا الطفل جسماً وفكرياً بصورة طبيعية سليمة حتى يبلغ سن الثانية أو الثالثة من العمر (عادة ثلاثون شهراً)، ثم فجأة تبدأ الأعراض في الظهور كالتغيرات السلوكية (الصمت التام أو الصراخ المستمر)، ونادراً ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر، وظهور الأعراض الفجائي يتركز في اضطراب المهارات المعرفية

واللغوية ونقص التواصل مع المجتمع، بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيّل (الصبي)،  
(2003).

ويستعرض الصبي (2003) الأعراض المرضية التي تظهر عند الطفل التوحد والتي من أهمها:

1. الرتابة وعدم اللعب الابتكاري، فلعبه يعتمد على التكرار والرتابة النمطية.
2. مقاومة التغيير، فعند محاولة تغيير اللعب النمطي أو توجيهه فإنه يثور بشدة.
3. الانعزال الاجتماعي، فهناك رفض للتفاعل مع أسرته والمجتمع والتعامل معهما.
4. المثابرة على اللعب وحده وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه.
5. الخمول التام أو الحركة المستمرة دون هدف.
6. تجاهل الآخرين حتى يظنّون أنه مصاب بالصمم.
7. الصمت التام، أو الصراخ الدائم المستمر دون مسببات.
8. الضحك من غير سبب.
9. عدم تركيز النظر (بالعين) لما هو حوله.
10. صعوبة فهم الإشارة، ومشاكل في فهم الأشياء المرئية.
11. تأخر نمو الحواس (اللمس، والشم، والتذوق).
12. عدم الإحساس بالحر والبرد.
13. مشاكل عاطفية إضافة لمشاكل التعامل مع الآخرين.

#### أسباب التوحد

توضح شبيب (2008) بعض الفرضيات الخاصة بأسباب التوحد، وهي:

1. **الفرضية النفسية:** فمنذ القدم كان الوالدان يهتمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن، والتي تسبب الإصابة بالتوحد، وخصوصاً الأم مما أطلق عليها الأم الباردة (الثلاجة). ولكن لم

تثبت تلك الفرضية. حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين إلى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية (برودة العواطف وغيرها)، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال. ويلاحظ أيضاً أن الإصابة بهذا الاضطراب قد تبدأ أحياناً منذ الولادة ولم يكن تعامل الوالدين واضحاً في هذه الفترة.

**2. الفرضية البيولوجية:** وهناك من يفسر التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية. وأسباب تبني هذا المنهج بسبب أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول للنظرية البيولوجية عندما لا يجد سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب.

**3. فرضية الفيروسات والتطعيم:** أوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الالتهابات هي الحصبة الألمانية والتهاب الخلايا الفيروسي وتضخمها ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ. ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية.

**4. الفرضيات الوراثية والجينية:** تفترض هذه النظرية أن عنصر الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد، وهذا يفسر إصابة الأطفال التوحديين بالاضطراب نفسه كما يشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين تؤدي إلى الإصابة به.

**5. الفرضيات البيوكيميائية:** وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل ( السيرونين والدوبامين والبيبتيدات العصبية)، حيث إن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل



من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.

**6.6. الفرضيات الأيضية:** وتشير هذه الفرضيات إلى أن عدم مقدرة الأطفال التوحّدين على هضم البروتينات، وخصوصاً بروتين الجلوتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتهما، وكذلك بروتين الكازين الموجود في الحليب، يؤدي إلى ظهور الببتيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تخديري يشبه تأثير الأفيون والمورفين.

**7.7. فرضية التلوث البيئي:** يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط والرصاص وأول أكسيد الكربون).

### خصائص أطفال التوحد

تعتبر فئة الأفراد ذوي اضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص والصفات، وربما يكون الاختلاف بين فرد وآخر من المصابين باضطراب التوحد أكبر من التشابه، ولكن هذا لا يعني عدم وجود خصائص عامة يتشابه بها الأفراد الذين يتم تشخيصهم باضطراب التوحد (الجلامدة وحسن، 2013)، وبوجه عام، يمكن الإشارة إلى مجموعة من الخصائص المميزة لطفل التوحد عن غيره، وهي مجموعة من الخصائص الاجتماعية، والسلوكية، والمعرفية، واللغوية، على النحو التالي:

**1. الخصائص الاجتماعية:** يُعدّ الضعف في المجال الاجتماعي من أهم المشكلات التي تظهر على حالات اضطراب التوحد، وتجلّى مظاهر هذا الضعف في مختلف مراحل النمو فالأطفال التوحّدين غالباً ما يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي، فهم في العادة ما يوصفون بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص بهم ويفضلون الوحدة، ونادراً ما يبحثون عن أي تواصل

اجتماعي، حيث أن الطفل التوحدي غالباً ما ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل مما يؤدي إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية (الجلامدة وحسن، 2013). كما أنهم يبدوون اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون استجاباتهم للمثيرات الاجتماعية أقل مثل الابتسامة والنظر في العيون (راوي، 2011)، ويمكن تفسير مثل هذه السلوكيات في ضوء عجزه عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم، حيث أن من الواضح أن مصدر الإخفاق لدى الطفل التوحدي فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي هو عدم القدرة على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية، أو على الأقل العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي (شبيب، 2008).

2. **الخصائص السلوكية:** يظهر الأطفال ذوو اضطراب التوحد العديد من السلوكيات التي يمكن وصفها على أنها سلوكيات غير اعتيادية، وأسباب تلك السلوكيات عادةً ما تكون معقدة جداً ويصعب فهمها، حيث يقضي الطفل فترة طويلة في القيام بهذه السلوكيات (المغلوث، 2006).

يتسم الطفل التوحدي بمحدودية السلوك، وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، ويشكل هذا السلوك في أغلب الأحيان مصدر إزعاج للآخرين (خطاب، 2005) كما أنه من الملاحظ قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، مما يؤثر على اكتسابهم للمهارات السلوكية مثل اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين وفركهما، وضرب الرأس، والتصفيق، وشد الشعر، والدوران حول النفس. ويقاوم الكثير من ذوي اضطرابات التوحد أي تغيير في بيئتهم، وتنتابهم نوبات من الصراخ والغضب إذا تم إحداث أي تغيير حولهم، ويتصف أطفال التوحد بالسلوك العدواني الذي ينتج

بسبب الإحباط والخوف من الآخرين، ويمكن تفسيره على أنه وسيلة سريعة وفعالة لتحقيق حاجات لم يتم إشباعها، كما يتصف البعض منهم بالنشاط الزائد بدرجة كبيرة (خطاب، 2005).

3. **الخصائص اللغوية:** يعد الضعف في المهارات اللغوية من أكثر الخصائص شيوعاً بين المصابين باضطراب التوحد (Flusberg, 2005)، وتلعب مهارات اللغة والاتصال اللغوي دوراً في فهم اضطراب التوحد، وذلك بسبب أن الأطفال يظهرون ضعفاً واضحاً في المهارات اللغوية، فمثلاً لديهم ضعف في المهارات اللغوية الوظيفية، وتأخر في اكتساب اللغة والنطق، كما توجد لديهم مشكلات في ترديد الكلام، والتي تعتبر من أكثر مظاهر اضطرابات اللغة لدى المصابين باضطراب التوحد، وهي ترديد الطفل للكلمات والجمل التي يسمعاها من المتكلم، بالإضافة إلى أن لديهم ضعفاً في القدرة على الحديث، وتبادل المحادثة، وعدم القدرة على تطوير اللغة واستخدامها للتعبير عن رغباته أو الإفصاح عما يريد سواء بالكلام أو الإيماءات والحركات الجسدية وذلك بسبب ضعف الانتباه ومهارات التقليد (علي، 2010).

### **خصائص اضطراب طيف التوحد**

يتصف أطفال طيف التوحد بعدد من الخصائص لعل من أهمها:

أولاً: قصور في التفاعل الاجتماعي: حيث أنهم غير قادرين على إقامة وتكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، ولديهم عجز في الانتباه، وفشل واضح في القيام بالإحياءات والتلميحات الاجتماعية مثل القيام بإشارة مع السلامة، والانسحاب الاجتماعي، وضعف التواصل.

ثانياً: عجز لغوي: يعد نصف أطفال التوحد بكماً، بمعنى أنهم لا يتكلمون إلا أنهم يقومون بنطق بعض الأصوات البسيطة، ويكون لديهم تكرار للأصوات المسموعة من الآخرين (الزريقات، 2009).

## أنماط التوحد

أطلقت العديد من التسميات المختلفة التي تشير إلى هذا الاضطراب مثل:

- توحد الطفولة المبكر (Early Infantile Autism)
- مصطلح توحد الطفولة (Childhood Autism)
- فصام الطفولة (Childhood Schizophrenia)
- ذهان الطفولة (Childhood Psychosis)
- ومسميات أخرى مختلفة

ولقد ذكر الإمام والجوالده (2010-ب) أن مركز التحكم والوقاية من الأمراض عرف Center of Disease Control and Prevention, 2008) اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders ) على أنها مجموعة من الاضطرابات النمائية تعرف بخلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي إضافة إلى وجود سلوكيات واهتمامات غير طبيعية.

كما يعرف الدليل العاشر للتصنيف العالمي للأمراض (International Classification of Diseases, ICD-10, 2007) الاضطرابات النمائية الشاملة على أنها مجموعة من الاضطرابات التي تتصف باختلافات نوعية في التفاعل الاجتماعي وآليات التواصل والأنشطة والاهتمامات المتكررة والنمطية والمحددة، والتي تعتبر ذات طبيعة نمائية معقدة تؤثر في الوظائف الحياتية المختلفة، وتشمل هذه الاضطرابات:

أولاً: اضطرابات التوحد Autistic Disorders : الخصائص الأساسية لاضطراب التوحد هو تأخر نمائي واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع وجود محدودية واضحة في مخزون الأنشطة والاهتمامات، ويمكن الإشارة إليه أحياناً بالتوحد الطفولي المبكر أو متلازمة كانر.

ثانياً: متلازمة اسبيرجر Asperger's Syndrome : يعد اضطراب اسبيرجر من الاضطرابات النمائية، وهو أحد أطيف التوحد، ويعتبر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وهو مشابه لاضطراب التوحد من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث بنسبة (4 : 1) ، ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي وباهتمامات محددة وسلوكيات نمطية متكررة بخلاف التوحد الكلاسيكي حيث لا يعاني المصاب بمتلازمة اسبيرجر من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي (Hallahan & Kauffman, 2009).

ويرى المؤلف أن العجز الاجتماعي ( Social Deficits ) يكون في متلازمة اسبيرجر أقل شدة من ذلك المرتبط بالتوحد ، إلا أنهم قد يعبرون عن اهتمام كبير بلقاء الناس وبناء الصداقات، ومع ذلك، فإن اقترابهم من الناس يكون غالباً صعباً وغير لائق، كما يقودهم "عدم إحساسهم" بمشاعر الآخرين ونواياهم إلى إخفاقهم في عقد أية صداقات دائمة، ولهذا السبب، قد يتطور لديهم إحساس بالإحباط والاكتئاب وأحياناً بالعدوانية، إلا أن هذا قد لا يستمر عبر المراحل التطورية في حياة الفرد ، ففي التدخلات البيئية والخبرات الحياتية – وإن لم يمر بها الفرد – إلا أن آثارها قد تلحق نوعاً من التغيير ، وهذا التغيير قد يكون في مجال من مجالات الحياة على وجه التحديد دون غيرها ، إلا أن ما نريد حصده قد يتحقق في مراحل تتبعه تبرز لدى البعض بتطور هائل ولدى البعض الآخر بتنمية واضحة تؤهله إلى المشاركة الفاعلة في بعض مجالات الحياة .

ويمكن تمييز أفراد متلازمة اسبيرجر عن أفراد التوحد على أساس نماذج التعلق في مراحل الطفولة المبكرة ، ويظهر الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر تعلقاً كافياً بأفراد العائلة، كما يظهرون أحياناً الرغبة في التفاعل مع أقرانهم – مع أن تفاعلهم يكون غير مألوف وغير ملائم .

ومن الحري ذكره أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب اسبيرجر يشتركون في العديد من أعراض التوحد، ولكنها تظهر أقل شدة ودرجة، ويظهر ذلك في القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي وفي السلوك النمطي والتكراري، بالإضافة إلى عجز في القدرة على التخيل. والأطفال المصابون باضطراب اسبيرجر يتمتعون بدرجات نكاه طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد، أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم. وكذلك فهم يواجهون صعوبات في المهارات الحركية الخاصة بالتأزر البصري الحركي. كما أنهم غير منظمين ولا يستطيعون التركيز والانتباه على الأنشطة الصفية. (Ghaziuddin, Thomas, Napier, Tasi, Welch & Fraser, 2000) .

ثالثاً: الاضطراب الطفولي التراجعي Childhood Disintegrative Disorder : يشبه في خصائصه إلى حد ما اسبيرجر والتوحد، من حيث إنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث ويظهر الطفل تطور طبيعي لفترة زمنية طويلة وذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه. خلال أول سنتين إلى أربع سنوات من العمر، وأحياناً قد يصل إلى (10) سنوات في الجوانب الاجتماعية واللغوية ، ومن ثم تظهر صعوبات في اللغة الاستقبالية والمهارات الاجتماعية، ويمكن أن يظهر صعوبات في مهارات التكيف والمهارات الحركية ويفقد الرغبة في اللعب. وكذلك يفقد الطفل القدرة على ضبط عمليات الإخراج وقد يصاب الطفل بالبكم وتظهر لديه حركات نمطية متكررة. وقد يتشابه الطفل مع أعراض اضطراب التوحد، ولكن ما يميزه عنه هو

بداية ظهور التدهور النمائي لديه

رابعاً: متلازمة ريت Rett's Syndrome : إن الخصائص الأساسية لمتلازمة ريت هي تأخر محدد متعدد في النمو يتبع فترة من الأداء الوظيفي الطبيعي بعد الولادة، ويعتبر أقل شيوعاً من التوحد ويصيب تحديداً الإناث مع وجود بعض الحالات النادرة في الذكور .

ويلاحظ أن الأنثى تنمو بصورة طبيعية خلال الثمانية شهور الأولى من عمرها، ثم يبدأ التدهور تدريجياً في النمو الحركي المتمثل في التوازن الحركي، وانخفاض في نسبة الذكاء وقصور في المهارات الاجتماعية واللغوية، إضافة إلى ظهور نوبات تشنجية عصبية، ولكن البعض منهم قد يظهرن تحسناً في مهارات التفاعل الاجتماعي بعد عدة سنوات، إلا أن المهارات الحركية تستمر في التدهور وقد تفقد الأنثى القدرة على الحركة والتنقل، وقد يُفقد القدرة على الكلام إضافة إلى حركات نمطية غير متزنة، ويلاحظ لديهن صعوبات في التنفس والنوم (International Rett Syndrome Foundation, 2008).

ويذكر الإمام والجوالده (2010-ب) أن متلازمة ريت هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة ، فقد اكتشفت من قبل أندرياس ريت Andreas Rett عام 1966 وهو اضطراب عصبي يؤثر بالدرجة الأولى على الإناث حيث يتم إظهار سلوكيات متشابهة للتوحد مثل مشاكل النوم وتكرار حركات اليد، وهي إعاقة تبدأ أعراضها في الظهور بعد الشهور الستة أو الثانية عشر الأولى من العمر ، حيث يبدأ توقف وتدهور ملحوظ في النمو مع قصور في المهارات التي كانت الفتاة قد اكتسبتها ، ويبدأ ظهور تلك الأعراض في الرأس بشكل واضح فيصبح غير مناسب مع عمر الفتاة مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من 30% من حجمه الطبيعي في تلك السن ، وقد وجد أن 25% من حالات الريت لا يكتسبون مهارات المشي أصلاً وأن نصف ممن يتعلمون المشي مبكراً في حياتهم يعانون من فقدان تلك القدرة لاحقاً ، وأن نسبة عالية للغاية منهم تصاب بانحناء في العمود الفقري قد تصل إلى 45 درجة وتحتاج علاجاً جراحياً لإعادته إلى الوضع الطبيعي المعتدل .

لذا ينبغي أن يعطى لها جل الاهتمام لما لها من تأثير على مخ الفرد الذي يعانيها ، وما يترتب على ذلك من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صرعية متكررة تصيب ما بين (50:70%) من حالات الريت تظهر بوضوح في رسم المخ ( EEG ) مع صداع ونوبات إغماء أو حالات اكتئاب وزيادة في إفرازات الفم مع حدوث هلوسة ، مما يجعل الإعاقة شديدة ، بالإضافة إلى فقدان القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات ومعلومات ومهارات ، وكثيراً ما يصاحبها درجة من درجات الإعاقة العقلية ، بل وفي هذه الحالة يبرز تعدد إعاقات مما يلزم مضاعفة الجهود اللازمة للرعاية والتأهيل .

ومن دواعي البحث والاهتمام في ظل الثورة العلمية ، فقد اكتشفت عالمة العربية هدى

زغبي- أستاذ كرسي الطب الجيني في كلية بايلور للطب في هيوستن- ، الجين MeCP-2 المسبب لمتلازمة ريت ، حيث وجدت هذا الجين محمولاً على أحد كروموسمي X المقررين لجنس الأنثى معطلاً بذلك عمله البروتيني المعتاد الأمر الذي يرجع إليه السبب في اضطراب العرض الحالي (Rett) ، إن العطب الذي يصيب هذا الجين نتيجة الطفرة الوراثية يعيق قيامه بوظائفه الأساسية عن كبت أو تحرير جينات النمو الأخرى ، لتقوم بوظائفها من دفع واستمرارية دفعها لعوامل النمو المختلفة ، وهذا الجين يكون تأثيره محدوداً للغاية على الجينات الأخرى من مخ الجنين في المراحل المبكرة من الحمل ، وتزايد قدرته تدريجياً مع تقدم الحمل حتى تصل إلى أقصاها في منطقة قرن آمون Hippocampus في مرحلة تكامل النمو الفارقي للمخ ، بالإضافة إلى أنها اكتشفت جينات مسؤولة عن الانحلال العصبي، الذي يصيب المتقدمين في السن بأمراض فقدان التوازن ( الرِّعَاح )، وخرف الشيخوخة ( الزهايمر)، والرعاش ( باركنسون) ، ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموسوم X ، وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10000 ولادة حية ، ولو أن المعتقد أنها أكثر من ذلك انتشاراً لأن كثيراً من حالاتها تشخص خطأ على أنها حالات توحد أو شلل دماغي .

خامساً: الاضطرابات النمائية المتداخلة - غير المحددة Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified (PDD-NOS): يعاني الطفل من صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي إلا أن معايير التشخيص لا تنطبق على الإعاقات النمائية المحددة المذكورة أعلاه (Hallahan & Kauffman, 2009).

### التوحد حسب التصنيف DSM-IV TR

تظهر سمات التوحد عند الأطفال المتوحدين حسب هذا التصنيف كما يلي:

1. يُبدي الطفل عجزاً نوعياً في تفاعله الاجتماعي، والذي يتضمن عجزاً عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية، ليوجه انفعالاته والفشل في نمو علاقاته وتطوُّيرها مع الأقران.
2. يرى غالباً في الأطفال التوحديين عجزاً في التواصل ويتضح ذلك في نمو اللغة المنطوقة، والعجز عن المبادأة، أو في تعزيز المحادثة والسلوك النمطي، والاستخدام المتكرر للغة، وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية.

3. ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها الطفل، وفي اهتماماته، وهذه الأنشطة تشمل الانشغال بوحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي، وتمسكه غير المرن بأعمال محددة أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات.

### الاختلافات الجوهرية بين التصنيف DSM-IV و DSM-V

الجدول التالي يبين اهم الاختلافات الجوهرية بين التصنيف DSM-IV و DSM-V

معيار المقارنة	DSM IV-TR(2000)	DSM V(2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	ا طراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الاعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الاعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد ، اسبرجر ، ريت ، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب: التوحد ، واسبرجر ، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاثة محكمات : التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، السلوكيات النمطية	محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي ، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الاعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة



المصاحبة لاعاقات اخرى	غير محددة	محددة : الاعاقات العقلية - اضطرابات اللغة ، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك ، الكاتونيا
المدى العمري لظهور الاعراض	3 سنوات	الطفولة المبكرة (8 سنوات)

(الجابري،2014)

### 1. الاختلاف في التعريف

عرف التوحد والاضطرابات المصاحبة له في التصنيف DSM-IV المنشور عام 1994 على أنه اضطرابات شاملة في النمو، بينما في هذا التصنيف تم استبدالها بمفهوم اضطرابات طيف التوحد والتي تم تبويبها في فئة أوسع هي الاضطرابات العصبية النمائية.

### 2. الأعراض السريرية

تميز التشخيص في التصنيف DSM-IV بوجود ثلاثة أعراض أساسية تسمى (مثلث الأعراض) هي:

1. اضطراب التبادل الاجتماعي.

2. اضطراب اللغة والتواصل.

3. مجال اهتمامات ونشاطات محدودية وتكراري.

أما تصنيف DSM-V فلم يبق إلا على فئتين من الأعراض، هي:

1. اضطرابات التواصل الاجتماعي (وفيها تم دمج المشكلات الاجتماعية، ومشكلات التواصل

مع بعضها البعض).

## 2. سلوكيات محدودة وتكرارية.

وتتضمن هاتان الفئتان من الأعراض نفس العناصر في التصنيف DSM-IV باستثناء تغييرين

مهمّين، هما:

- اضطرابات اللغة وتأخر اللغة لم تُعد متضمنة في هذه الفئة من الأعراض في التصنيف  
DSM-V.

- العرض السريري: الحساسية غير الاعتيادية للمنبهات الحسية التي لم تظهر في التصنيف  
DSM-IV متضمنة في فئة السلوكيات التكرارية. (عدوان، 2010)

## 3. بداية التوحد

ينصُّ التصنيف DSM-IV على أن بداية ظهور أعراض التوحد يجب أن تكون قبل سن  
36 شهراً (يجب أن تكون الأعراض موجودة منذ الطفولة الأولى لكن يمكن أن لا تظهر بشكل  
كامل إلا عندما تعجز المهارات المحدودة عن الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية).

### البرامج التدريبية التي تُقدّم لأطفال التوحد

يوضّح علي (2012) بعض الطرق التي يتم تقديمها لأطفال التوحد، وهي كما يلي:

1. برنامج تيتش TEACCH علاج وتربية الأطفال التوحّدين ومشكلات التواصل

المتشابهة Treatment and Education of Autistic and Related

Communication Handicapped Children : حيث يستند هذا البرنامج الذي طوّره

(إيريك شويلر) عام (1972)، ليكون أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية

على فكرة أساسية، وهي تعليم الأطفال التوحّدين من خلال قوتهم التي تمكن من إدراكهم

البصري، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم، والتي هي فهم اللغة والبيئة، واستخدام معينات

بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة، وقد طور (إيريك شويلر) مفهوم التعليم

المنظم Structure Teaching حيث أكد على أن الأداء العام للأشخاص التوحديين، ودرجة تقدمهم يتحسنان عندما يكون التعليم والتدريب في بيئات منظمة مليئة بمعينات ودلائل بصرية، مثل التصور والكلمات المكتوبة بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة. ويركز منهج تينش TEACCH على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن من التكيف في المجتمع، هذا بالإضافة إلى تعليم التلاميذ مهارات عمل جيدة والعمل باستقلالية، ومهارات أكاديمية لمن يظهرون استعداداً لتعلمها.

2. طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي The Lovass Method of Applied Analysis وتعتمد هذه الطريقة على برنامج مطول للتدريب، مبني على المهارات بشكل منظم ومنطقي ومكيف، وهذه طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشتراكية من خلال التعزيز المتزامن، ومع محاولة ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة. وتكون بداية البرنامج العلاجي أو التدريبي بتحديد المثيرات السابقة، والمثيرات اللاحقة بعد استجابة الطفل، ثم تحديد سلوكيات الطفل القوية أو الضعيفة، ويتم بعدها تشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات والتعزيز الفوري.

ويمتاز برنامج (لوفاس Lovass) بأنه برنامج مكثف ومطول، ويتطلب مشاركة الآباء والمتطوعين، أو المساعدة المدفوعة الأجر، ويعمل التحليل الوظيفي في النظرية على افتراض أن العديد من السلوكيات الشاذة مثل: الصراخ، أو الضرب العنيف، يمكن أخذها كأنها محاولات للتواصل أو الإثارة للسلوك المرغوب والنجاح، لتشكيل سلوكيات مرغوبة من خلال التعزيز المتزامن.

### 3. مدرسة هيجاتسي: Daily Life Theraby

وهو عبارة عن برنامج ياباني قدمه العالم (كيثاهازا) عام 1964م في افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال طبقت فيه البرنامج العلاجي، وهو منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال، ومن الجدير بالذكر أن هذا البرنامج قد تم تطبيقه في مدرسة خاصة للأطفال ذوي التوحد، سميت بمدرسة (هيجاتسي) في ولاية بوسطن بأمريكا عام 1987 وفي مدرسة للتربية الخاصة في كندا. ويحتوي البرنامج على ثلاثة مبادئ أساسية، وهي:

1. العمل على استقرار وتوازن المشاعر لدى الأشخاص التوحديين، وتدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على أنفسهم، مما يكسبهم الثقة بأنفسهم ويمكنهم من العيش دون مساعدة من الغير.

2. العمل على تطوير ما يسمى نغمة إيقاع الحياة Rhythm of Life وإتباعه من خلال تدريبات رياضية مكثفة.

3. العمل على تنشيط العمليات الذهنية والإدراكية (كيثاهازا) على الرياضة البدنية خلال اليوم الدراسي، وتعليم الرسم والموسيقى، والمهارات الاجتماعية، والتدريب المهني، وإدارة السلوك. وهناك من البرامج الحديثة في مجال الاهتمام بالطفل التوحد.

### أنواع التدخلات العلاجية السلوكية لمرضى اضطراب طيف التوحد

1. نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)، حيث يعد نظام (PECS) من أفضل البرامج التي تساعد في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، لأن هذا النظام يستخدم لأطفال التوحد طوال الحياة، وهو مصمم لتعليم الطفل التواصل المقصود، وقد تم تطوير نظام تبادل الصور (PECS) في برنامج (ديلووار) للتوحد على يد كل من (بوندي وفروست) (1985)، وذلك

لتعليم الأفراد غير القادرين على استخدام اللغة المنطوقة للمبادرة بالحديث بشكل عادي وطبيعي في بيئاتهم، والتعبير عن نواياهم التواصلية، والجدير بالذكر أن كلاً من بوندي وفروست تأثرا بأفكار سكنر التي اعتمدت مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (Bondy & Frost, 2009).

وتقوم المراحل الأولى لنظام تبادل الصور على تعليم التلقائية في التواصل، أي تعليم الطفل كيفية إعطاء صورة الشيء الذي يرغب به لشريك التواصل، وهو إما المعلم أو أحد أفراد الأسرة، بينما تهدف المراحل المتقدمة إلى تعليم بناء جملة بسيطة باستخدام الصور مثل: أريد ماء، ويتم زيادة الجملة وتعقيدها بالتدرج مع تقدم الطفل في المراحل إلى أن يصل الطفل إلى المرحلة التي يستطيع فيها وصف الشيء الذي يريده (حجمه، ولونه) (Frost & Bondy, 2002).

2. برنامج لوفاس (Young Autistic Program (YAP): نسبة إلى العالم النفسي د. إيفار لوفاس (Ivar Lovaas) حيث يقوم هذا البرنامج على التدخل المبكر للأطفال التوحيديين، وهو كما يقوم على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناءً على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم، ويعمل هذا البرنامج مع الأطفال الذين شُخصت حالاتهم بالتوحد، ويعتبر العمر المثالي للبدء بتطبيق هذا البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات، ودرجات ذكاء أعلى من 40%، ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل هذا البرنامج من هم في عمر ست سنوات، بشرط مقدرة الطفل على الكلام، ويتم في هذا البرنامج تدريب بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة، وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً. ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى (لوفاس) التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناءً على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز، ليس فقط للحد من السلوك السلبي، بل

ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلّم والتدريب للمهارات المختلفة. حيث يحصل الطفل على شيء محبّب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة، وبالكمية المناسبة للاستجابة، وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه. ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فإنه يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: هي (المثير والاستجابة وتوابع السلوك) ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهاجاً يشمل أكثر من 500 هدف، يتم ترتيبها من الأسهل للصعب. حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثيراً، وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيئاً محبباً له (حلو) عندما تكون إجابته صحيحة، تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم الطفل وتدريبه على الكثير من المهارات. وأهم المجالات التي يركّز عليها (لوفاس): الانتباه، والتقليد، ولغة الاستقبال، ولغة التعبير، والاعتماد على النفس. ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة، وتضاف أهداف للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة. وتتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين 60-90 دقيقة من التدريب، وتتخلّل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل 10-15 دقيقة من التدريب، وحين انتهاء الجلسة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب يعود بعدها إلى جلسة أخرى (شبيب، 2008).

### الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات سمات الأطفال التوحديين كما بحثت في برامج وطرق علاجهم، وقد استعرضت الباحثة عدداً منها ما يلي:

### الدراسات العربية

دراسة عياش (2014) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس/ فلسطين". وقد هدفت الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية برنامج تدريبي يعتمد نظام تبادل الصور (بيكس) في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في مراكز المعالجة في محافظة نابلس من خلال تطبيق البرنامج المذكور على (16) طفلاً منهم (8) ذكور و(8) إناث حيث استخدم الباحث أداة لقياس مهارات التواصل (اللغوية وغير اللغوية) على العينة المذكورة بعد التحقق من صدقها وثباتها بالإضافة إلى بناء برنامج تدريبي مقترح لتنمية بعض تلك المهارات. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية للبرنامج التدريبي المذكور لدى أطفال التوحد من خلال وجود فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح أفراد المجموعة التجريبية في مهارات التواصل اللغوية، كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية المهارات اللغوية تعزى لمتغير الجنس، في حين كان هناك فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية المهارات غير اللغوية تعزى لمتغير الجنس، وقد أوصى الباحث بتعميم البرنامج على عينات أخرى وتطبيقه على مهارات أخرى عدا مهارات التواصل.

دراسة الكيكي (2011) بعنوان: "المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم". حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، والتعرف على دلالة الفروق إحصائية في متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر (آبائهم - أمهاتهم)، وقد اختيرت عينة بلغت (46) آبا وأماً لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة في مركز محافظة نينوى العراقية بالطريقة العشوائية. ولغرض تحقيق أهداف البحث اعد الباحث استبياناً كأداة للبحث يتألف من (32) فقرة في المظاهر السلوكية، وتم التحقق من الصدق الظاهري للاستبيان بعرضه على مجموعة من الخبراء، وقد

أظهرت النتائج وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات.

دراسة العمر (2010) بعنوان: "فاعلية برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في منطقة الرياض في المملكة العربية السعودية من خلال تطبيق البرنامج على عينة تجريبية مقدارها (15) طفلاً توحدياً وأخرى ضابطة مقدارها (15) طفلاً توحدياً أيضاً من خلال استخدام مقياس (فينلاندر) للسلوك التكيفي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة معيدي (2009) بعنوان: "المؤشرات التشخيصية لذاكرة الطفل التوحدي ومقارنتها بالتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة". حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق التشخيصية بين مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) من خلال استخدام المنهج الوصفي الذي تكون من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، وقائمة تشخيص التوحد لهدى أمين (1999)، واختبار ستانفورد بنيه للذكاء، وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) في اختبار مان ويتي (Man Whetney Test) اللابارامتري.

دراسة كشك (2007) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي بنظام الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين". حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج تدريبي باستخدام الصور في تنمية مهارات الاتصال والتواصل لدى (8) أطفال توحديين تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية واستخدام برنامج مدته سبعة أشهر ونصف يتلقى الطفل فيه جلسات



بواقع 20-30 دقيقة. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود أثر للبرنامج التدريبي على تنمية مهارات التواصل عند الأطفال عينة الدراسة.

دراسة بن صديق (2007) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الاجتماعي عند الأطفال التوحديين". حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير برنامج تدريبي في تنمية مهارات غير اللفظي وعلى السلوك الاجتماعي عند الاطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية من خلال تطبيقه على عينة تبلغ (38) طفلاً توحدياً من الفئة العمرية (4-6) سنوات تم تقسيمها إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي وفي خفض السلوك الاجتماعي غير المناسب لدى المجموعة التجريبية، وقد أوصت الباحثة بمزيد من الدراسات في هذا المجال.

دراسة دلهوم (2007) بعنوان: "قياس فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند الأطفال التوحديين في عمان". والتي هدفت إلى قياس فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند الأطفال التوحديين في عمان من خلال برنامج تجريبي تم تطبيقه على عينة مقدارها (20) طفلاً توحدياً. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مهارات الاتصال اللغوي بين المجموعة التجريبية والضابطة ولصالح المجموعة التجريبية ووجود فروق دالة إحصائياً لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

دراسة القريوتي وعبابنة (2006) بعنوان: "بناء مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد". حيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة بناء مقياس عربي للكشف عن التوحد يتكون من (68) فقرة موزعة على (5) أبعاد هي التواصل والتفاعل الاجتماعي، النمطية، الوعي الذاتي وبالآخرين، الاضطرابات الحس حركية، السلوك العدواني، وطبقت فقرات المقياس على عينة من

الأطفال بلغ حجمها (391) طفلاً موزعة على جنسيات عربية مختلفة وتم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS حيث أظهرت نتائج الدراسة تحقق دلالات الصدف العاملي والتمييزي للمقياس كذلك كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد التوحديين والعاديين.

دراسة صادق والخميسي (2004) بعنوان: "دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد". والتي هدفت إلى الكشف عن استخدام استراتيجية اللعب الجماعية لدى (3) أطفال مصابين بالتوحد تراوحت أعمارهم بين (9-11) سنة من استخدام استمارة البيانات الولية ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي واستخدام اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة لحساب دلالة الفروق المتوسطات المرتبطة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فعالية إستراتيجية اللعب الجماعي في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

### الدراسات الأجنبية

دراسة شيانغ (Chiang, 2008) بعنوان: "التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى اختبار التوحد عند 23 طفلاً في تايوان لديهم تأخر نمائي طبق الباحث عليهم مقاييس التواصل الاجتماعي المبكر لاختبار الأنواع الثلاثة من مهارات التواصل غير اللفظي، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوي التوحد الذين بلغوا من العمر 2-3 سنوات أظهروا خللاً في القدرة على الانتباه المشترك وخاصة في المهارات عالية المستوى.

دراسة كل من هولين وباسكو (Howlin & Pasco, 2007) بعنوان: "فعالية التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحديين باستخدام نظام تبادل الصور PECS". حيث هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحديين باستخدام نظام تبادل الصور (PECS) من خلال تطبيقه على عينة من 84 طفلاً في مدرسة ابتدائية في بريطانيا، وقد أظهرت

نتائج الدراسة أن هناك فعالية جيدة لنظام تبادل الصور (بيكس)، كما بينت النتائج عدم وجود زيادة في الحصيلة اللغوية والكلامية للأطفال، أو تحسن لدى أطفال التوحد.

دراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) بعنوان: "فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة نظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي". وذلك من خلال تطبيقها على (3) أطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد في بريطانيا تراوحت أعمارهم ما بين (4.3-5.3) أعوام، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية لنظام التواصل البصري في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين وفي إنجازهم المهام المطلوبة منهم وتطويرهم للغتهم اللفظية.

دراسة كريستي (Christy, 2002) بعنوان: "أثر نظام تبادل الصور (بيكس) على ظهور التعبير الكلامي عند أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى البحث عن تأثير هذا النظام على ظهور التعبير الكلامي في اللعب وفي الإعدادات الأكاديمية وأثره في سلوكيات التدابير المساعدة الاجتماعية التواصلية من خلال استخدام عينة من ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد من ولاية تكساس الأمريكية، وقد كشفت نتائج الدراسة أن الأطفال الثلاثة وصلوا إلى معيار التعلم في نظام تبادل الصور (بيكس) إلى زيادة ملحوظة في الكلام والتعبير اللفظي، وأن سلوكيات المساعدة الاجتماعية التواصلية ارتبطت مع زيادة في التواصل الاجتماعي ونقص في المشكلات السلوكية.

دراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) بعنوان: "أثر التقليد في السلوك الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين". والتي هدفت إلى معرفة أثر استخدام استراتيجيات مهارات التقليد في تحسين السلوك الاجتماعي وذلك بتطبيقها على عينة من (20) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (3-7) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين من حيث العمر والجنس في كل منهما (10) أطفال، حيث تقوم المجموعة الأولى بدور التقليد أما الثانية فهي مجموعة مشاركة،

وقد أظهرت نتائج الدراسة دوراً هاماً للتقليد في تسهيل القيام ببعض أنماط السلوك الاجتماعي مثل الاقتراب من الأشخاص، ومحاولة لمسهم، والنظر إليهم، والتحرك تجاههم.

دراسة جيلسون (Gillson, 2000) بعنوان: "السمات الاجتماعية والسلوك الإنسحابي عند أطفال التوحد والأطفال المتخلفين عقلياً" والتي هدفت إلى التعرف إلى بعض السمات الاجتماعية والسلوكية عند أطفال التوحد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقلياً عند عينة من الأطفال من الحالتين في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً.

#### التعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من عرض الدراسات السابقة تشابه أغراضها من حيث الهدف حيث أنها أجريت للتعرف على بعض أنواع علاج سمات اضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال مثل دراسة عياش (2014) بعنوان فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس /فلسطين، و دراسة (الكبيكي، 2011) عن وجود مظاهر سلوكية لأطفال التوحد ودراسة العمر (2010) بعنوان فاعلية برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، ودراسة المعيدي (2009) عن المؤشرات التشخيصية للتوحد، ودراسة كشك (2007) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي بنظام الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين"، ودراسة بن صديق (2007) بعنوان فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الاجتماعي عند الأطفال التوحديين، ودراسة دلهوم (2007) بعنوان: "قياس فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند الأطفال التوحديين في عمان، ودراسة القريوتي وعبابنة (2006) التي هدفت لتطوير مقياس عربي للكشف

عن سمات التوحد، ودراسة صادق والخميسي (2004) التي بحثت في دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد".

أما الدراسات الأجنبية فقد تشابهت في الهدف الرئيس وهو التعرف على سمات اضطرابات طيف التوحد مثل دراسة شيانغ (Chiang, 2008) بعنوان: "التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد"، ودراسة كل من هولين وباسكو (Howlin & Pasco, 2007) بعنوان: "فعالية التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحديين باستخدام نظام تبادل الصور PECS"، ودراسة كريستي (Christy, 2002) بعنوان: "أثر نظام تبادل الصور (بيكس) على ظهور التعبير الكلامي عند أطفال التوحد، ودراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) بعنوان: "فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة نظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي، ودراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) التي بحثت في أثر التقليد في السلوك الاجتماعي عند الأطفال التوحديين" ودراسة جيلسون (Gillson, 2000) للكشف عن بعض السمات الاجتماعية والسلوكية عند أطفال التوحد.

وتتشابه الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية وتختلف معها من حيث ما يلي:

1. تتشابه هذه الدراسة مع كل من عياش (2014)، والعمر (2010)، وكشك (2007)، وبين صديق (2007)، ودلهوم (2007)، وكريستي (Christy, 2002)، وهولين وباسكو (Howlin & Pasco, 2007)، من حيث المنهج المستخدم وهو المنهج الوصفي وأدواته الدراسة حيث ستستخدم الدراسة الاستبانة وتختلف معها من حيث الهدف وهو قياس تأثير بعض البرامج على مرضى اضطراب طيف التوحد من حيث الاستراتيجيات المستخدمة معهم.

2. تتشابه هذه الدراسة مع دراسة الكيكي (2011)، ودراسة صادق والخميسي (2004) التي بحثت في دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد من حيث الهدف والمنهج الوصفي المستخدم وهو الكشف عن وجود مظاهر سلوكية لأطفال التوحد من خلال مقياس تم إعداده لهذا الغرض، ومع دراسة المعيدي (2009) عن المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى عند أطفال التوحد وأطفال التخلف العقلي، ومع دراسة القريوتي وعبابنة (2006) التي هدفت لاختبار مقياس عربي لقياس سمات التوحد، ودراسة جيلسون (Gillson, 2000) التي هدفت للكشف عن وجود سمات اجتماعية وسلوكية عند أطفال التوحد، ومع دراسة عياش (2014) من حيث البيئة التي أجريت فيها وهي البيئة الفلسطينية، وتختلف مع بقية الدراسات السابقة في ذلك.

3. تتشابه مع الدراسات السابقة مثل دراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) ودراسة كل من هولين وباسكو (Howlin & Pasco, 2007) بعنوان: فعالية التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحيديين باستخدام نظام تبادل الصور PECS، ودراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) بعنوان: "فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحيديين في مرحلة ما قبل المدرسة نظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي في الكشف عن بعض استراتيجيات التعامل مع أطفال التوحد، ومع دراسة صادق والخميسي (2004) التي بحثت في دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

4. تختلف معها في كونها ستفحص هذا التأثير على مرضى اضطراب طيف التوحد من خلال فجوة بحثية زمانية ومكانية، بالإضافة إلى إجرائها في البيئة الفلسطينية عدا (عياش، 2014).

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إعداد الإطار النظري ومكوناته المتعلقة بسمات اضطراب طيف التوحد واتجاهات العاملين في المراكز المتخصصة بالعلاج نحو استخدام استراتيجيات علاج اضطراب طيف التوحد وبناء أداة الدراسة ومجالاتها إذ اعتبرت السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجياتهم في التعامل معهم في فلسطين أهم مجالاتها، كذلك استفادت من بعض التوصيات التي اقترحتها الدراسات السابقة.

وقد تميزت هذه الدراسة عن الدراسات الأخرى في:

1. أنها تبحث في اتجاهات العاملين في المراكز المتخصصة في فلسطين بالتعامل مع الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ومعرفة السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد.
2. تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الاستطلاعية التي تهتم بهذا الموضوع وهي أول دراسة من نوعها في فلسطين حيث تجمع بين التشخيص والتدخل.

## الفصل الثالث: المنهجية والاجراءات

- مقدمة
- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أداة الدراسة
- صدق الأداة
- ثبات الأداة
- إجراءات الدراسة
- متغيرات الدراسة
- المعالجات الإحصائية



## الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها

### مقدمة:

يتضمن هذا الفصل وصفاً للمنهجية والإجراءات التي اتبعتها الباحثة في الدراسة الحالية، من حيث تحديد منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة المستخدمة والتحقق من صدقها وثباتها، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، وإجراءاتها، والمعالجة الإحصائية المتبعة في تحليل نتائج الدراسة.

### منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي ، ويعرف بأنه المنهج الذي يعتمد على وصف الظاهرة، وتحليلها كما هي في الواقع، وتفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى، من أجل معرفة مدى صلاحيتها، ومدى الحاجة إلى إحداث تغييرات جزئية أو أساسية فيها. وقد استخدمت الباحثة هذا المنهج لمناسبته و طبيعة الظاهرة المدروسة التي تهتم بتحديد درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل كما تهتم بتحديد درجة استخدام استراتيجيات التعامل معهم.

### مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع أخصائيي التأهيل العاملين في الضفه الغربية مع أطفال اضطراب طيف التوحد والبالغ عددهم (108) اخصائياً.

### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (84) فرداً من اخصائيي التأهيل العاملين مع أطفال اضطراب طيف التوحد، وقامت الباحثة بتحديد حجم العينة عن طريق معادلة روبرت ماسون والتي تنص على:

$$n = \frac{M}{\left[ \left( S^2 \times (M-1) \right) \div pq \right] + 1}$$

معادلة روبيرت ماسون لتحديد

حجم العينة

M حجم المجتمع

S قسمة الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 أي قسمة معامل الخطأ (0.05) على الدرجة (1.96)

p نسبة توافر الخاصية وهي 0.50

q النسبة المتبقية للخاصية وهي 0.50

$$\begin{aligned} n &= \frac{1108}{\left[ \left( \frac{0.05}{1.96} \right)^2 * 0.50 * 0.50 \right] + 1} \\ &= \frac{1108}{0.00065 * 108 + 1} \\ &= \frac{1108}{0.06955 + 0.25} \\ &= \frac{1108}{0.2782} \\ &= 108 / 1.2782 = 84.4 \end{aligned}$$

وقد تم اختيارهم عن طريق العينة الميسره، والجدول (1.3) يوضح خصائص عينة الدراسة حسب

متغيراتها:

جدول (1.3) خصائص عينة الدراسة حسب متغيراتها.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة
تخصص الاخصائي	علم نفس	12	%14.3
	خدمة اجتماعية	23	%27.4
	تربية خاصة	20	%23.8
	ارشاد	8	%9.5
	اخصائي علاج نطق	5	%6.0
	اخصائي علاج وظيفي	10	%11.9
	غير ذلك	6	%7.1
	المجموع	84	%100.0
	عدد الأطفال المتوحدين في المركز	اقل من 9 اطفال	6
من 9-20 طفل		36	%42.9
21-30 طفل		15	%17.9
اكثر من 30		27	%32.1
المجموع		84	%100.0
عدد الاخصائيين في المركز	7 فاقل	28	%33.3
	اكثر من 7	56	%66.7

المتغير	المستوى	العدد	النسبة
	المجموع	84	%100
اختصاص المركز	مركز توحد	10	%11.9
	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	62	%73.8
	الصحة النفسية	12	%14.3
	المجموع	84	%100
الجنس	ذكر	17	%20.2
	انثى	67	%79.8
	المجموع	84	%100.0
الحالة الاجتماعية	أعزب/ أعزباء	34	%40.5
	متزوج/متزوجة	50	%59.5
	المجموع	84	%100.0
سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد	أقل من 5 سنوات	65	%77.4
	5-10 سنوات	14	%16.7
	أكثر من 10 سنوات	5	%6.0
	المجموع	84	%100.0

#### أداة الدراسة:

اتبعت الباحثة الخطوات الإجرائية الآتية في بناء أداة الدراسة و صياغة فقراتها:

1. الإطلاع على الأدبيات التربوية من كتب، ورسائل جامعية، وملخصات الأبحاث المتخصصة فيما يتعلق بالقسم الخاص بالسماوات المرتبطة مع اضطرابات طيف التوحد، وكذلك القسم الخاص بالاستراتيجيات المستخدمة في مواجهتها، ففيما يخص تحديد السماوات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد تم الإطلاع على مقياس لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الاطفال دون عمر السادسة في الللاذقية وطرطوس – سورية 2013، أما فيما يخص استخدام استراتيجيات التعامل مع اطفال اضطراب طيف التوحد فقد تم الإطلاع على خبرات أخصائيي ألتاهيل ذات العلاقة والبرامج العالمية للتدخل ومنها : لتدخل مثل برنامج تيش (TEECCH)، وبرنامج بيكس (PECS) ، وبرنامج الابن الصاعد (SON RISE).

2. قد قامت الباحثة باعداد أداة الدراسة، وتكونت من ثلاثة أقسام، تضمن القسم الأول منها البيانات العامة، وهي (تخصص الاخصائي، وعدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد)، أما القسم الثاني فقد تضمن السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد ويحتوي على (78) فقرة موزعة على خمسة مجالات، هي: السمات الاجتماعية، والسمات اللغوية، والسمات السلوكية الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية، بينما تضمن القسم الثالث اداة إستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد وقد تكونت من (27) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وهي: استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات البرامج الجاهزة (برنامج تيش (TEECCH)، وبرنامج بيكس (PECS) ، وبرنامج الابن الصاعد (SON RISE)، واستراتيجيات العلاج الجماعي، والاستراتيجيات الغذائية والبدنية والدوائية، وقد استخدمت الباحثة مقياس ليكرت الخماسي، حيث جاءت كل فقرة من فقرات الاستبانة مقابلة لقائمة تحمل درجة (كبيرة جداً، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جداً) وقد أعطيت كل عبارة من العبارات السابقة (للسمات والاستراتيجيات) درجات لتتم معالجتها إحصائياً على النحو الآتي: كبيرة جداً (5) درجات، كبيرة (4) درجات، متوسطة (3) درجات، قليلة (2) درجتان، قليلة جداً (1) درجة واحدة.

#### صدق اداة الدراسة:

عرضت الباحثة الاستبانة، في صورتها الأولية (ملحق رقم 1)، على عدد من المحكمين يحملون درجة الدكتوراه في الصحة النفسية، والإرشاد النفسي، والتربية، والقياس والتقويم، وقد بلغ عددهم (14) محكماً (ملحق رقم 2)، ممن يعملون في كل من: جامعة القدس المفتوحة، وجامعة النجاح الوطنية، وجامعة القدس، وبيير زيت، وقد طلب الباحثة منهم إبداء الرأي حول مجالات

الاستبانة وفقراتها، من صياغة الفقرات، ومدى مناسبتها للمجال الذي وضعت فيه، إما بالموافقة على الفقرة، أو تعديل صياغتها، أو حذفها لعدم أهميتها، وبناءً على آراء المحكمين وملاحظاتهم، اعتمد الباحث نسبة اتفاق بين المحكمين وهي (80%) لاعتماد الفقرة، وفي ضوء ملاحظات المحكمين، وتوصياتهم، ومقترحاتهم، قامت الباحثة بصياغة الاستبانة بصورتها النهائية حيث تكونت من (78) فقرة لتحديد سمات اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، و(27) فقرة لتحديد استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد (انظر ملحق رقم3). والجدول (2.3) يوضح مجالات الدراسة، وفقرات كل مجال حسب الاتي:

جدول (2.3): مجالات السمات المرتبطة مع اضطرابات طيف التوحد و استراتيجيات التعامل مع اضطرابات أطفال طيف التوحد وعدد فقرات كل مجال منها

الاداة	المجال	الفقرات	عدد فقرات
السمات المرتبطة بطيف التوحد	السمات الاجتماعية	20-1	20
	السمات اللغوية	33-21	13
	السمات السلوكية والانفعالية	54-34	21
	السمات الحسية	63-55	14
	السمات المعرفية	78-65	15
	الكلية	78-1	78
استراتيجيات التعامل	استراتيجيات العلاج الفردي	12-1	12
	استراتيجيات البرامج الجاهزة	15-13	3
	استراتيجيات العلاج الجماعي	21-16	21
	استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والعلاجي	27-22	6
	الكلية	27-1	27

كما قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد، وفقرات استراتيجيات التعامل التي تستخدم مع اضطرابات طيف التوحد مع الدرجة الكلية لكل للاداة، وذلك من أجل التحقق من الصدق الداخلي لفقرات اداة الدراسة، والجدول (3.3) يوضح ذلك:

جدول (3.3): معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للاطفال،

واستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد والدرجة الكلية لكل منهما

الرقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الرقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
اولاً: سمات اضطراب طيف التوحد					
.1	0.30**	0.01	.54	0.64**	0.00
.2	0.36**	0.00	.55	0.64**	0.00
.3	0.61**	0.00	.56	0.72**	0.00
.4	0.31**	0.00	.57	0.46**	0.00
.5	0.53**	0.00	.58	0.69**	0.00
.6	0.51**	0.00	.59	0.65**	0.00
.7	0.54**	0.00	.60	0.66**	0.00
.8	0.51**	0.00	.61	0.65**	0.00
.9	0.52**	0.00	.62	0.65**	0.00
.10	0.51**	0.00	.63	0.54**	0.00
.11	0.61**	0.00	.64	0.59**	0.00
.12	0.51**	0.00	.65	0.45**	0.00
.13	0.63**	0.00	.66	0.54**	0.00
.14	0.46**	0.00	.67	0.53**	0.00
.15	0.54**	0.00	.68	0.49**	0.00
.16	0.47**	0.00	.69	0.61**	0.00
.17	0.63**	0.00	.70	0.45**	0.00
.18	0.57**	0.00	.71	0.63**	0.00
.19	0.53**	0.00	.72	0.54**	0.00
.20	0.51**	0.00	.73	0.69**	0.00
.21	0.55**	0.00	.74	0.64**	0.00
.22	0.44**	0.00	.75	0.68**	0.00
.23	0.38**	0.00	.76	0.60**	0.00
.24	0.60**	0.00	.77	0.59**	0.00
.25	0.66**	0.00	.78	0.61**	0.00
ثانياً: استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد					
الرقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الرقم	معامل الارتباط	مستوى الدلالة

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الرقم	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الرقم
0.00	0.59**	.1	0.00	0.48**	.26
0.00	0.65**	.2	0.00	0.49**	.27
0.00	0.50**	.3	0.00	0.65**	.28
0.00	0.47**	.4	0.00	0.64**	.29
0.00	0.49**	.5	0.00	0.68**	.30
0.00	0.52**	.6	0.00	0.60**	.31
0.00	0.54**	.7	0.00	0.63**	.32
0.00	0.63**	.8	0.00	0.31**	.33
0.00	0.36**	.9	0.00	0.44**	.34
0.00	0.59**	.10	0.00	0.67**	.35
0.00	0.52**	.11	0.00	0.70**	.36
0.00	0.49**	.12	0.00	0.66**	.37
0.00	0.70**	.13	0.00	0.65**	.38
0.00	0.54**	.14	0.00	0.62**	.39
0.00	0.63**	.15	0.00	0.55**	.40
0.00	0.62**	.16	0.00	0.53**	.41
0.00	0.63**	.17	0.00	0.73**	.42
0.00	0.56**	.18	0.00	0.70**	.43
0.00	0.60**	.19	0.00	0.61**	.44
0.00	0.56**	.20	0.00	0.53**	.45
0.00	0.67**	.21	0.00	0.56**	.46
0.00	0.54**	.22	0.00	0.59**	.47
0.00	0.38**	.23	0.00	0.56**	.48
0.00	0.39**	.24	0.00	0.72**	.49
0.00	0.45**	.25	0.00	0.61**	.50
0.00	0.48**	.26	0.00	0.38**	.51
0.00	0.43**	.27	0.00	0.66**	.52
			0.00	0.67**	.53

\*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (3.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات قسمي أداة الدراسة والدرجة الكلية لكل الأداة، ويظهر أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، وهذا يشير إلى أن السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للاطفال، واستراتيجيات التعامل المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تتمتعان باتساق داخلي مناسب يفي بأغراض هذه الدراسة.

### ثبات اداة الدراسة:

ومن أجل استخراج معامل ثبات اداة الدراسة، تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية، ومعادلة سبيرمان براون وكانت النتائج كما في الجدول(4.3):

جدول (4.3): نتائج معادلة كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية ، ومعادلة سبيرمان براون.

رقم المجال	المجال	عدد الفقرات	قيمة كرونباخ ألفا	التجزئة النصفية	معامل سبيرمان براون
<b>أولاً: سمات اضطراب طيف التوحد</b>					
1.	السمات الاجتماعية	20	0.90	0.74	0.85
2.	السمات اللغوية	13	0.88	0.68	0.81
3.	السمات السلوكية الانفعالية	21	0.93	0.81	0.90
4.	السمات الحسية	9	0.87	0.70	0.82
5.	السمات المعرفية	15	0.91	0.79	0.88
	الدرجة الكلية	78	0.95	0.87	0.93
<b>ثانياً: استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد</b>					
1.	استراتيجيات العلاج الفردي	12	0.87	0.70	0.82
2.	استراتيجيات البرامج الجاهزة	3	0.79	0.71	0.83
3.	استراتيجيات العلاج الجماعي	6	0.88	0.79	0.88
4.	استراتيجيات العلاج الغذائي	6	0.87	0.66	0.79
	الدرجة الكلية	27	0.92	0.69	0.82



من خلال استعراض البيانات الواردة في الجدول (4.3) معاملات كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية، ومعادلة سبيرمان براون على لكل مجال من مجالات الدراسة، والدرجة الكلية لكل اداة، فقد تراوحت قيم معادلة كرونباخ ألفا ما بين (0.79-0.95)، وقيم طريقة التجزئة النصفية ما بين (0.66 - 0.81)، وقيم معادلة سبيرمان براون ما بين (0.79-0.93)، وتعتبر مثل هذه القيم عن معاملات ثبات مناسبة، وهذا يدل على أن اداة الدراسة تتمتع بدرجة مقبولة من الثبات وهي ملائمة للتطبيق على عينة الدراسة من الاخصائيين الذين يعملون في المراكز المتخصصة بتأهيل الاطفال الذين يعانون من طيف التوحد.

### متغيرات الدراسة:

تضمنت الدراسة نوعين من المتغيرات، هما:

#### 1. المتغيرات المستقلة، وتمثلت في المتغيرات الآتية :

- تخصص الأخصائي ويتكون من سبعة مستويات :1. علم نفس، 2. خدمة اجتماعية 3. تربية خاصة، 4. ارشاد 5. اخصائي علاج نطق 6. اخصائي علاج وظيفي 7. غير ذلك
- عدد الأطفال المتوحدين في المركز وله اربعة مستويات: 1. اقل من 9 طفل 2. من 9-20 طفل 3. من 21-30 طفل 4. اكثر من 30 طفل
- عدد الاخصائيين في المركز وله مستويين : 1. (7 فاقل) 2. اكثر من 7
- اختصاص المركز وله ثلاثة مستويات : 1. مرضى توحد 2. مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات 3. صحة نفسية
- الجنس وله مستويان: 1. ذكر 2. انثى
- الحالة الاجتماعية ولها مستويان : 1. أعزب/ عزباء 2. متزوج/ متزوجة
- سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد : 1. أقل من 5 سنوات 2. من 5-10 سنوات 3. اكثر من 10 سنوات.

#### 2. المتغيرات التابعة وهي:

أ. الاستجابة على السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للأطفال.

ب. الاستجابة على استراتيجيات التعامل مع أطفال طيف التوحد للاطفال.

### إجراءات الدراسة:

إتبعَت الباحثة الاجراءات والخطوات الآتية في اثناء تنفيذ الدراسة الحالية وهي:

1. بناء أداة الدراسة المتمثلة في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال، واستراتيجيات التعامل مع اطفال طيف التوحد.
2. حصر الاخصائيين العاملين في المراكز التي تحوي اطفال يعانون من طيف التوحد، ومن ثم اختيار عينة الدراسة منهم.
3. توزيع أداة الدراسة على أفراد عينة الدراسة من الاخصائيين العاملين في المراكز التي تحوي اطفال يعانون من طيف التوحد.
4. جمع أداة الدراسة والعمل على ترميزها وإدخالها إلى الحاسب الآلي لمعالجتها باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).
5. تحليل البيانات باستخدام المعالجات المناسبة، وعرض نتائج الدراسة ومناقشتها ومن ثم وضع التوصيات المناسبة.

### المعالجة الإحصائية:

بعد عملية جمع بيانات الدراسة، تمت مراجعتها، وتصنيفها وإدخالها إلى الحاسب الآلي، لإجراء المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات التي تمت باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد استخدم الباحث المعالجات الإحصائية الآتية:

1. معامل الارتباط (بيرسون) لتحديد درجة ارتباط كل فقرة من فقرات أداة الدراسة مع الدرجة الكلية بحسب القسم الذي تنتمي إليه ( لحساب الإتساق الداخلي للفقرات).

2. معادلة كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية ، ومعادلة بيرسون براون لحساب معامل ثبات أداة الدراسة.

3. المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، لتقدير الوزن النسبي لمجالات الاستبانة وفقراتها، وقد اعتمد الباحثة في هذه الدراسة على المقياس التالي لتقدير درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال، ودرجة استراتيجيات التعامل مع الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال :

(4.21 فأكثر ) مرتفعة جداً.

(3.41 - 4.20) مرتفعة.

(2.61-3.4) متوسطة

(1.81-2.6) منخفضة

( أقل من 1.8 ) منخفضة جداً

4. اختبار (ت) للعينات المستقلة، (Independent t-test) لفحص دلالة الفروق بالفرضية المتعلقة بمتغير الجنس عدد الاخصائيين في المركز، والحالة الاجتماعية.

5. تحليل التباين الأحادي (One-Way Anova) لفحص دلالة الفروق بالفرضيات المتعلقة بمتغيرات تخصص الاخصائي، وعدد الاطفال المتوحدين في المركز، واختصاص المركز، وسنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطرابات طيف التوحد.

6. اختبار شيفيه لتحديد مصدر الفروق في المجالات التي رفضت فرضياتها بعد استخدام تحليل التباين الاحادي (One-Way Anova)

## الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة

النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة وفرضياتها

نتائج السؤال الأول

نتائج السؤال الثاني

نتائج السؤال الثالث

نتائج السؤال الرابع الفرضيات (1-7)

نتائج الفرضية الأولى

نتائج الفرضية الثانية

نتائج الفرضية الثالثة

نتائج الفرضية الرابعة

نتائج الفرضية الخامسة

نتائج الفرضية السادسة

نتائج الفرضية السابعة

نتائج الفرضية الثامنة

نتائج السؤال الخامس الفرضيات (8-14)

نتائج الفرضية التاسعة

نتائج الفرضية العاشرة

نتائج الفرضية الحادية عشر

نتائج الفرضية الثانية عشر

نتائج الفرضية الثالثة عشر

نتائج الفرضية الرابعة عشر

## الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة الحالية، فقد قامت الباحثة بتحليل نتائج أسئلة الدراسة من خلال المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما قامت باختبار فرضياتها من خلال اختبار (ت) للعينات المستقلة، وتحليل التباين الأحادي واختبار شيفية للمقارنات البعدية، وفيما يلي عرض نتائج الدراسة حسب أسئلتها وفرضياتها:

أولاً: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

1. نتائج السؤال الأول وينص على:

ما مستوى السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي

التأهيل؟

وللإجابة عن السؤال الأول، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل

فقرة من فقرات مجالات سمات طيف التوحد للاطفال ، كما هو مبين في جداول (1.4) (2.4)

(3.4) (4.4) (5.4) بينما يوضح نتائج الجدول (6.4) المتوسطات الحسابية لمجالات السمات

المرتبطة باضطرابات طيف التوحد والدرجة الكلية وفيما يلي بيان ذلك:

أ. نتائج مجال السمات الاجتماعية:

جدول (1.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات الاجتماعية مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً).

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة
1	14	يميل للألعاب التي تتسم بالخشونة والجري عند اللعب مع الآخرين	4.27	0.63	مرتفعة جداً
2	18	يميل لصف الألعاب المتشابهة في صفوف ويغضب في حال تغير ترتيبها من زملائه	4.26	0.89	مرتفعة جداً
3	7	لا يبتسم تلقائياً للآخرين	4.26	0.76	مرتفعة جداً
4	5	لا يوجد اهتمام مشترك مع الآخرين	4.25	0.89	مرتفعة جداً
5	2	في حالة واجه موقف خطير لا يهتم بالنظر للآخرين	4.21	0.82	مرتفعة جداً
6	17	لا تجذبه الألعاب التي يلعب بها أقرانه	4.20	0.85	مرتفعة
7	3	يتجاهل وجود الآخرين تماماً	4.15	0.91	مرتفعة
8	10	يفتقر إلى تبادل إشارات السلام والوداع	4.13	0.90	مرتفعة
9	9	لا يشعر بالذنب أو الخجل إذا أصدر سلوكاً خاطئاً	4.13	0.95	مرتفعة
10	4	يتعامل مع الأشخاص المحيطين به وكأن مهمتهم تحقيق طلباته	4.08	0.87	مرتفعة
11	16	يفتقر للعب الرمزي والخيالي	4.08	0.95	مرتفعة
12	19	لا يستجيب عند مناداته باسمه داخل أو خارج المنزل	4.07	0.69	مرتفعة
13	8	لا يراعي الآداب الاجتماعية	4.01	0.94	مرتفعة
14	12	لا يهتم بمشاركته بما تمر به من مواقف بكاء أو حزن	3.98	0.98	مرتفعة
15	6	لا يهتم بالنظر إلى ما ينظر إليه الآخرون	3.95	0.89	مرتفعة
16	15	يميل للألعاب التي تتسم بالروتين و التكرار	3.87	1.05	مرتفعة
17	1	يتجنب التواصل البصري بالعينين مع الأشخاص	3.86	0.92	مرتفعة
18	20	يستجيب لاسمه عندما نربط الاسم بشيء محبب له، مثل: محمد/ حلوى	3.86	1.04	مرتفعة
19	13	يفضل اللعب وحيداً	3.77	0.95	مرتفعة
20	11	يفضل البقاء وحيداً على التواجد مع أقرانه	3.61	1.17	مرتفعة
		الدرجة الكلية	4.05	0.54	مرتفعه

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (1.4) أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات الاجتماعية كانت مرتفعة على الفقرات (1، 3، 4، 6، 8، 10، 9، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 19، 20) فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (4.20 - 3.61)، بينما كانت درجة السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للاطفال مرتفعة جداً على الفقرات (2، 7، 5، 14، 18) فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها (4.27-4.21)، وفيما يتعلق بالدرجة الكلية بتحديد درجة السمات الاجتماعية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل كانت مرتفعة، وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (4.05)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة السمات الاجتماعية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل مرتفعة.

#### ب. نتائج مجال السمات اللغوية:

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات اللغوية مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة
1	30	صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى	4.17	1.06	مرتفعة
2	31	غير قادر على عكس الضمان	4.11	0.94	مرتفعة
3	32	عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة	4.02	1.08	مرتفعة
4	33	ضعف في العلاقات التي تربط بين المعاني	4.00	0.97	مرتفعة
5	27	يتكلم على وتيرة واحدة دون تغيير طبقة الصوت أو سرعته	3.93	1.03	مرتفعة
6	25	لا يستطيع استخدام { نعم/ لا } بشكل مناسب	3.90	1.04	مرتفعة
7	24	يردد بشكل متكرر كلمات أو جمل سمعها منذ زمن	3.86	1.05	مرتفعة
8	23	يردد كلمات أو جمل فور سماعها مباشرة	3.85	0.87	مرتفعة
9	22	مسك يد الشخص ووضعها على ما يريده	3.83	0.94	مرتفعة
10	29	يستخدم جمل روتينيه بشكل متكرر	3.80	0.90	مرتفعة
11	21	الوقوف أمام الشيء الذي يريده صامتاً	3.70	1.07	مرتفعة
12	28	لا يستجيب لإشارة الشخص الآخر للمجيء إليه	3.54	1.22	متوسطة

			أو التلويح مودعاً		
متوسطة	1.09	3.49	لا يستجيب للتعليمات اللفظية المؤلفة من أمر	26	13
مرتفعة	0.63	3.89	الدرجة الكلية		

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (2.4) أن تحديد درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات اللغوية كانت مرتفعة على الفقرات (21، 22، 23، 24، 25، 27، 29، 30، 31، 32، 33)، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (3.70-4.17)، بينما كانت تحديد درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات اللغوية متوسطة على الفقرتين (26، 28) فقد كانت المتوسطات الحسابية عليها على التوالي (3.54-3.49)، وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لمجال السمات اللغوية فقد كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.89)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة السمات اللغوية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل مرتفعة .

### ج. نتائج مجال السمات السلوكية الانفعالية:

جدول (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات السلوكية مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة
1	45	إصدار أصوات ذات نغمات معينة: ي ي ي، س س	4.25	0.74	مرتفعة جداً
2	44	رفرفة اليدين أمام الوجه، أو على الجانبين	4.19	0.87	مرتفعة
3	53	يصعب على الطفل الإحساس بما يحسه الآخرون	4.19	0.84	مرتفعة
4	46	يركز على أجزاء معينة في اللعبة: الدولاب بالسيارة	4.18	0.82	مرتفعة
5	40	النشاط الزائد أو الخمول	4.15	0.81	مرتفعة
6	42	الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء	4.13	0.83	مرتفعة
7	39	تجنب النظر في عيون الآخرين	4.1	0.79	مرتفعة
8	37	الاحتفاظ بروتين معين	4.08	0.89	مرتفعة
9	38	الخوف الشديد الذي لا يمكن إدراك سببه عند إحداث أي تغييرات بسيطة في البيئة	4.01	0.94	مرتفعة
10	43	اللعب بشكل متكرر وغير معتاد	4	0.92	مرتفعة
11	49	يتحول سريعاً من طفل هادئ إلى طفل مليء	3.98	0.82	مرتفعة



الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة
		بالغضب			
12	41	إيذاء الذات لدى البعض منهم	3.93	0.88	مرتفعة
13	36	الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين	3.9	0.94	مرتفعة
14	52	لا يعبر عن مشاعره: الفرح - الحزن .	3.9	0.89	مرتفعة
15	50	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف	3.87	0.69	مرتفعة
16	47	يهتم بأزرار أو سحاب الألبسة أكثر من الألبسة	3.81	0.98	مرتفعة
17	35	يعدم الطفل إلى ارتداء ملابس محددة ورفض خلعها	3.74	1	مرتفعة
18	34	النقر بالأصابع على الأشياء المادية	3.73	0.91	مرتفعة
19	54	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	3.73	1	مرتفعة
20	48	يؤدي الآخري مثل عضّهم، أو ضربهم، أو .....	3.57	1.04	متوسطة
21	51	لا يبالى بالأصوات العالية	3.52	1.21	متوسطة
		الدرجة الكلية	3.95	0.58	مرتفعة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (3.4) أن درجة درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات السلوكية الانفعالية كانت مرتفعة على جميع الفقرات باستثناء الفقرتين (45) فقد كانت مرتفعة جداً فقد بلغ المتوسط الحسابي عليها (4.25)، والفقرة (48) والفقرة (51) كانت متوسطة فقد بلغ المتوسط الحسابي عليهما على التوالي (3.57) (3.53)، في حين تراوح المتوسط الحسابي على باقي الفقرات ما بين (3.73-4.19) وفيما يتعلق بالدرجة الكلية للسمات السلوكية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال فقد كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.95)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات السلوكية الانفعالية مرتفعة.

#### د. : نتائج مجال السمات الحسية:

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر أخصائيي التأهيل على مجال السمات الحسية مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمة
1	58	لا يقبل تذوق أطعمة جديدة بالنسبة له	3.98	0.89	مرتفعة
2	57	يضع أشياء لا تؤكل في الفم { تراب، ألعاب.....	3.94	0.88	مرتفعة
3	55	يقرب الأشياء إلى الوجه بشكل مبالغ لروئيتها والتركيز بها	3.88	0.83	مرتفعة
4	56	لا يوجد رد فعل طبيعي مناسب للأصوات العالية والحادة	3.86	0.97	مرتفعة
5	60	ينزعج الطفل من محاولة ضمه أو عناقه أو مسك يده أثناء اللعب معه	3.77	1.03	مرتفعة
6	59	يشم الطفل الآخرين بهدف التعرف عليهم	3.63	1.14	مرتفعة
7	62	ضعف شديد بالإحساس الخارجي { البرد، الحرارة }	3.55	1.05	متوسطة
8	61	ينزعج بشدة إذا اتسخت يده	3.49	1.07	متوسطة
9	63	يحمل كأساً ساخناً لمدة طويلة دون انزعاج	3.33	1.21	متوسطة
الدرجة الكلية					
			3.71	0.70	مرتفعة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (4.4) أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائي التأهيل على مجال السمات الحسية كانت مرتفعة على (55، 56، 57، 58، 59، 60) فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (3.98- 3.63)، بينما كانت درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائي التأهيل على مجال السمات الحسية متوسطة على (61، 62، 63)، في حين كانت كانت الدرجة الكلية للسمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائي التأهيل على مجال السمات الحسية مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.71)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة السمات الحسية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي التأهيل مرتفعة.

#### هـ. نتائج مجال السمات المعرفية:

جدول (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات المعرفية مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط	الانحراف	درجة السمة
---------	-------	---------	---------	----------	------------

	المعياري	الحسابي			
مرتفعه جداً	0.75	4.33	قصور في القدرة على التخيل	65	1
مرتفعة جداً	0.71	4.21	صعوبة في عمليات التفكير مثل الانتباه والتركيز	64	2
مرتفعة	0.79	4.14	ينتبه لأجزاء معينة وليس إلى كل ما يقدم له	72	3
مرتفعة	0.82	4.08	يظهر الطفل تأخرًا في أداء معظم المهارات المناسبة لعمره	69	4
مرتفعة	0.90	4.07	يبدو بشكل عام مشتتاً وغير منتهياً لما حوله	71	5
مرتفعة	1.01	4.04	تدني في مستوى الذكاء الاجتماعي	66	6
مرتفعة	0.79	4	يصعب لفت انتباهه في حال كان مستغرقاً بسلوك نمطي	73	7
مرتفعة	0.93	3.99	يصعب عليه الانتظار بالدور	76	8
مرتفعة	0.97	3.94	يقلد الحركات أو الأصوات التي تلفت انتباهه وخاصة التي تتسم بنوع من النمطية والتكرار	68	9
مرتفعة	0.95	3.94	يؤدي مهارة فقط أو اثنتين بشكل أدق وأفضل من أقرانه	70	10
مرتفعة	0.86	3.83	صعوبة مسك القلم والتحكم به	77	11
مرتفعة	0.95	3.82	يصعب عليه معرفة بأن الأنشطة تنتهي عند موعد محدد	75	12
مرتفعة	1.00	3.79	يفتقد لتقليد الحركات وإن طلبنا منه ذلك	67	13
مرتفعة	0.97	3.76	ينسى ما يتعلمه بسرعة	74	14
متوسطة	1.11	3.52	صعوبة بناء برج من (8) مكعبات	78	15
مرتفعة	0.61	3.97	الدرجة الكلية		

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (5.4) أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات

طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائي التأهيل على مجال السمات المعرفية كانت مرتفعة جدا

على الفئتين (65، 64) فقد كان المتوسط الحسابي عليها على التوالي (4.33، 4.21) في حين

كان درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل

على مجال السمات المعرفية مرتفعة باقي الفقرات باستثناء الفقرة (78) فقد بلغ المتوسط الحسابي

عليها (3.55)، بينما تراوحت المتوسطات الحسابية على باقي الفقرات (4.14-3.76)، وفيما

يتعلق بالدرجة الكلية للسمات المعرفية باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر اخصائيي

التأهيل كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.97)، وتشير هذه النتيجة إلى أن

درجة السمات المعرفية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال وجهة نظر أخصائيي التأهيل مرتفعة.

و. نتائج مجالات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال والدرجة الكلية

للمجالات:

جدول (6.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائي التأهيل مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمات
1	1	السمات الاجتماعية	4.05	0.54	مرتفعة
2	5	السمات المعرفية	3.97	0.61	مرتفعة
3	3	السمات السلوكية الانفعالية	3.95	0.63	مرتفعة
4	2	السمات اللغوية	3.86	0.65	مرتفعة
5	4	السمات الحسية	3.71	0.70	مرتفعة
		الدرجة الكلية	3.91	0.54	مرتفعة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (6.4) ترتيب مجالات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال، فقد جاء مجال السمات الاجتماعية في المرتبة الأولى فبلغ المتوسط الحسابي عليه (4.05)، وجاء في المرتبة الثانية مجال السمات المعرفية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.97)، وجاء في المرتبة الثالثة مجال السمات السلوكية الانفعالية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.95)، وجاء في المرتبة الرابعة مجال السمات اللغوية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.86). وجاء في المرتبة الخامسة مجال السمات الحسية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.71). كما نلاحظ أيضاً من خلال بيانات الجدول (6.4) درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.91)، وتشير هذه النتيجة

إلى السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال في فلسطين من وجهة نظر اخصائي التأهيل مرتفعة.

## 2. نتائج السؤال الثاني والذي ينص على:

ما درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد ؟

وللإجابة عن السؤال الثاني، استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات مجالات إستراتيجيات اخصائيي التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد، كما هو مبين في جداول (7.4) (8.4) (9.4) (10.4) (11.4) بينما يوضح نتائج الجدول (12.4) المتوسطات الحسابية لمجالات الدراسة والدرجة الكلية، وفيما يلي بيان ذلك:

### أ. نتائج مجال استراتيجيات العلاج الفردي:

جدول (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة استخدام اخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجية العلاج الفردي مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	1	جلسات فردية	4.42	0.78	مرتفعة جداً
2	2	تعديل السلوك	4.25	0.82	مرتفعة جداً
3	9	العلاج السلوكي	4.18	1.12	مرتفعة
4	3	الإرشاد الأسري للطفل	4.15	0.92	مرتفعة
5	8	العلاج الدوائي والغذائي والعلاجي	4.02	1.23	مرتفعة
6	4	العلاج بالدعم الحسي	3.86	1.12	مرتفعة
7	10	تمييز الصور	3.82	1.22	مرتفعة
8	11	تكوين جمل مثل (أنا أريد)	3.81	1.11	مرتفعة
9	6	العلاج الوظيفي	3.80	1.40	مرتفعة

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
10	7	جلسات النطق	3.73	1.44	مرتفعة
11	5	مهارات السلامة	3.69	1.24	مرتفعة
12	12	التعليق والاستجابة و التلقائية	3.55	1.56	مرتفعة
		الدرجة الكلية	3.94	0.78	مرتفعة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (7.4) أن درجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الفردي كانت مرتفعة جداً على الفقرتين (2، 1) فقد كان المتوسط عليها على التوالي (4.42، 4.25)، كما تبين ايضاً ان درجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الفردي كانت مرتفعة على الفقرات (3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11) فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (3.55-4.8)، كما نلاحظ ان درجة استراتيجيات العلاج الفردي كانت متوسطة على الفقرة (12) وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لاستخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الفردي كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (2.02)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات العلاج الفردي مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال مرتفعة.

#### ب. نتائج مجال استراتيجيات العلاج الجماعي:

جدول (8.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الجماعي مرتبة حسب متوسطها تنازلياً

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	16	العلاج باللعب	3.83	1.27	مرتفعة
2	19	جلسات جماعية أو العمل الجماعي	3.35	1.28	متوسطة
3	20	الخروج للمجتمع الخارجي والتواصل معه من خلال	3.21	1.28	متوسطة

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
		مجموعة صور حقيقية			
4	17	العلاج بالرسم	3.06	1.31	متوسطة
5	21	الإرشاد النفسي	2.98	1.48	متوسطة
6	18	العلاج بالموسيقى	2.96	1.23	متوسطة
		الدرجة الكلية	3.23	1.04	متوسطة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (8.4) أن درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الجماعي كانت متوسطة على جميع الفقرات باستثناء الفقرة (16) كانت مرتفعة فقد كان المتوسط عليها (2.17) في حين تراوحت المتوسطات الحسابية على باقي الفقرات ما بين (2.96-3.35)، وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لاستخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الجماعي كانت متوسطة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.23)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات العلاج الجماعي مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال متوسطة.

### ج. نتائج مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة:

جدول (9.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً).

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	13	استخدام برنامج بيكس (PECS)	3.23	1.56	متوسطة
2	15	استخدام برنامج تيش (TEECCH)	3.05	1.66	متوسطة
3	14	استخدام برنامج الابن الصاعد (SON RISE)	2.62	1.53	متوسطة
		الدرجة الكلية	2.96	1.33	متوسطة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (9.4) أن درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجيات البرامج

الجاهزة كانت متوسطة على جميع الفقرات فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (2.62-3.38)، وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لاستخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة كانت منخفضة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (2.96)، وتشير هذه النتيجة إلى أن استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات البرامج الجاهزة مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال متوسطة.

#### د. نتائج مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني :

جدول (10.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة استخدامها أخصائي التأهيل الاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	22	استخدام الحمية الغذائية	2.58	1.40	منخفضة
3	26	استخدام المساجات	2.58	1.47	منخفضة
6	24	استخدام العقاقير الطبية	2.54	1.39	منخفضة
2	25	استخدام العلاج بالماء	2.40	1.42	منخفضة
5	27	علاج بالفيتامينات	2.23	1.33	منخفضة
4	23	استخدام هرمون الكرتين	1.90	1.18	منخفضة
		الدرجة الكلية	2.37	1.07	منخفضة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (10.4) أن درجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على العلاج الغذائي والدوائي والبدني كانت منخفضة على جميع الفقرات فقد تراوحت المتوسطات الحسابية عليها ما بين (1.90-2.58)، وفيما يتعلق بالدرجة الكلية لاستخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الغذائي والدوائي والبدني كانت منخفضة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (1.07)، وتشير هذه النتيجة إلى أن درجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال منخفضة.



## هـ. نتائج مجالات استراتيجيات التعامل مع اطفال طيف التوحد والدرجة الكلية للمجالات:

جدول (11.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة استخدام أخصائي التأهيل لاستراتيجيات مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	1	استراتيجيات العلاج الفردي	3.94	0.78	مرتفعة
2	3	استراتيجيات العلاج الجماعي	3.23	1.04	متوسطة
3	2	استراتيجيات البرامج الجاهزة	2.96	1.33	متوسطة
4	4	استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني	2.37	1.07	منخفضة
		الدرجة الكلية	3.13	0.81	متوسطة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (11.4) ترتيب مجالات الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال ، فقد جاء مجال استراتيجيات العلاج الفردي في المرتبة الأولى فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.94)، وجاء في المرتبة الثانية مجال استراتيجيات العلاج الجماعي فبلغ المتوسط الحسابي عليها (3.23)، وجاء في المرتبة الثالثة مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة فبلغ المتوسط الحسابي عليها (2.96)، وجاء في المرتبة الرابعة مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني فبلغ المتوسط الحسابي عليه (2.37)، كما نلاحظ ايضا من خلال بيانات الجدول (11.4) ان درجة الاستراتيجيات التي يستخدم أخصائي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال كانت متوسطة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.13)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال متوسطة.

نتائج السؤال الثالث وينص على :

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (1-7).

### 1. نتائج الفرضية الاولى وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير تخصص اخصائيي، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات اداة السمات المرتبطة بطيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (12.4) توضح ذلك:

جدول (12.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الاخصائي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	بين المجموعات	2.06	6	0.34	1.22	0.31
	داخل المجموعات	21.77	77	0.28		
	المجموع	23.83	83			
السمات اللغوية	بين المجموعات	1.47	6	0.24	0.57	0.76
	داخل المجموعات	33.33	77	0.43		
	المجموع	34.80	83			
السمات السلوكية الانفعالية	بين المجموعات	5.181	6	0.864	2.88	*0.014
	داخل المجموعات	23.084	77	0.3		
	المجموع	28.265	83			
السمات الحسية	بين المجموعات	2.44	6	0.41	0.81	0.57
	داخل المجموعات	38.72	77	0.50		
	المجموع	41.17	83			
السمات المعرفية	بين المجموعات	1.83	6	0.30	0.82	0.56
	داخل المجموعات	28.64	77	0.37		
	المجموع	30.47	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2.47	6	0.41	1.47	0.20

		0.28	77	21.55	داخل المجموعات
			83	24.02	المجموع

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (12.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف لتوحد عند الاطفال تعزى لمتغير تخصص على جميع المجالات والدرجة الكلية باستثناء مجال السمات السلوكية، فقد كانت قيمة مستوى الدلالة عليه (0.01)، وهي اقل من (0.05)، في حين تراوحت قيم مستوى الدلالة على باقي المجالات ما بين (0.31-0.99) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي، باستثناء السمات السلوكية، ولتحديد مصدر الفروق في مجالي السمات اللغوية والسمات السلوكية، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (13.4) توضح ذلك:

جدول (14.4): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجال السمات السلوكية الانفعالية

حسب متغير تخصص الاخصائي

المجال	تخصص الاخصائي	المتوسط الحسابي	خدمة اجتماعية	تربية خاصة	ارشاد	اخصائي علاج نطق	اخصائي علاج وظيفي	غير ذلك
تخصص الاخصائي	علم نفس	4.09	-0.06	-0.11	0.37	0.08	*0.69	0.33
	خدمة اجتماعية	4.15		-0.05	0.43	0.14	*0.75	0.39
	تربية خاصة	4.20			0.48	0.19	*0.80	0.44
	ارشاد	3.72				-0.29	0.32	-0.04
	اخصائي علاج نطق	4.01					0.61	0.25
	اخصائي علاج وظيفي	3.40						-0.36
	غير ذلك	3.76						

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (13.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في السمات اللغوية والسمات السلوكية حسب متغير تخصص الأخصائي، فقد كانت

الفروق بين تخصص علم نفس، وخدمة اجتماعية، وتربية خاصة من جهة وتخصص العلاج الوظيفي من جهة وكانت الفروق لصالح تخصص علم نفس، وخدمة اجتماعية، وتربية خاصة.

2. نتائج الفرضية الثانية وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز استخدم

تحليل التباين الاحادي ونتائج الجدول (14.4) تبين ذلك:

جدول (14.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	بين المجموعات	1.045	3	0.348	1.223	0.307
	داخل المجموعات	22.785	80	0.285		
	المجموع	23.83	83			
السمات اللغوية	بين المجموعات	4.146	3	1.382	3.844	*0.013
	داخل المجموعات	28.763	80	0.36		
	المجموع	32.91	83			
السمات السلوكية الانفعالية	بين المجموعات	2.794	3	0.931	2.925	0.039*
	داخل المجموعات	25.471	80	0.318		
	المجموع	28.265	83			
السمات الحسية	بين المجموعات	2.833	3	0.944	1.971	0.125
	داخل المجموعات	38.334	80	0.479		
	المجموع	41.168	83			
السمات المعرفية	بين المجموعات	1.763	3	0.588	1.638	0.187
	داخل المجموعات	28.704	80	0.359		
	المجموع	30.466	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2.41	3	0.80	2.94	0.038*
	داخل المجموعات	21.82	80	0.27		
	المجموع	24.23	83			

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (14.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز على مجالات السمات الاجتماعية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.125-0.307) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز ، وهذا يعني أن عدد الاطفال المتوحدين في المركز لا يؤثر في تحديد السمات الاجتماعية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

كما نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (14.4) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز على مجالات السمات السلوكية الانفعالية، والسمات اللغوية، والدرجة الكلية فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.038-0.013) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز، ولتحديد مصدر الفروق في مجالات السمات السلوكية الانفعالية والسمات اللغوية والدرجة الكلية ، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (15.4) توضح ذلك:

جدول (15.4): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالات السمات اللغوية والسمات السلوكية الانفعالية والدرجة الكلية حسب متغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز.

المجال	عدد الاطفال المتوحدين في المركز	المتوسط	من (9 الى 20 طفل )	من (21 الى 30) طفل	اكثر من 30 طفل
السمات السلوكية الانفعالية	اقل من (9) طفل	3.31	3*-0.7	-0.61*	*-0.68
	من (9 الى 20) طفل	4.04		0.12	0.05
	من (21-30)	3.92			-0.07
	اكثر من 30 طفل	3.99			
السمات اللغوية	اقل من (9) طفل	3.10	-*0.89	-*0.82	-*0.80
	من (9 الى 20) طفل	3.99		-0.07	-0.08
	من (21-30) طفل	3.92			0.01
	اكثر من 30 طفل	3.91			-----
الدرجة الكلية	اقل من (9) طفل	3.31	-*0.67	-0.59*	-0.65*
	من (9 الى 20) طفل	3.98		0.08	0.02
	من (21-30)	3.90			-0.06
	اكثر من 30 طفل	3.96			

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (15.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في السمات اللغوية ، حسب متغير عدد الأطفال مصابين بطيف التوحد في المركز، فقد كانت الفروق بين الفئة اقل من (9) اطفال من جهة والفئة من (9 الى 20) طفل والفئة من (21 الى 30) والفئة اكثر من (30) طفل من جهة اخرى ولصالح الفئة من (9 الى 20) طفل والفئة من (21 الى 30) والفئة اكثر من (30) طفل (للمراكز التي فيها اعداد اطفال اكثر) اي كلما زاد عدد الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في المركز يزيد تحديد السمات اللغوية، والسمات السلوكية الانفعالية.

### 3. نتائج الفرضية الثالثة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة، ونتائج (16.4) التالي توضح ذلك:

جدول (16.4): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

المجال	عدد الاخصائيين في المركز	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	7 فاقل	28	4.03	0.69	-0.27	0.79
	اكثر من 7	56	4.06	0.45		
السمات اللغوية	7 فاقل	28	3.64	0.87	-2.26	0.03*
	اكثر من 7	56	3.97	0.48		
السمات السلوكية الانفعالية	7 فاقل	28	3.78	0.75	-1.93	0.06
	اكثر من 7	56	4.04	0.46		
السمات الحسية	7 فاقل	28	3.50	0.86	-2.05	0.04*
	اكثر من 7	56	3.82	0.59		
السمات المعرفية	7 فاقل	28	3.82	0.77	-1.58	0.12
	اكثر من 7	56	4.04	0.50		
الدرجة الكلية	7 فاقل	28	3.75	0.72	-1.86	0.07
	اكثر من 7	56	3.98	0.41		

\*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (16.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الأخصائيين في المركز على مجالات السمات الاجتماعية ومجال السمات السلوكية الانفعالية والسمات المعرفية والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.69-0.07) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد

الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز لا يؤثر في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

كما نلاحظ ايضا من خلال البيانات الواردة في الجدول (16.4) ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الأخصائيين في المركز على مجالي السمات اللغوية والسمات الحسية فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها على التوالي (0.04-0.03) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز يؤثر في تحديد السمات اللغوية والسمات الحسية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد ، وقد كانت الفروق لصالح المراكز التي فيها اكثر من (7) اخصائيين.

#### 4. نتائج الفرضية الرابعة وتنصّ على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز. من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات السمات المرتبطة بطيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (17.4) توضح ذلك:

جدول (17.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	بين المجموعات	1.27	2	0.63	2.28	0.11
	داخل المجموعات	22.56	81	0.28		



			83	23.83	المجموع	
0.52	0.66	0.28	2	0.56	بين المجموعات	السمات اللغوية
		0.42	81	34.24	داخل المجموعات	
			83	34.80	المجموع	
0.27	1.32	0.45	2.00	0.89	بين المجموعات	السمات السلوكية الانفعالية
			81.00	27.37	داخل المجموعات	
		0.34	83.00	28.27	المجموع	
0.64	0.45	0.22	2	0.45	بين المجموعات	السمات الحسية
		0.50	81	40.72	داخل المجموعات	
			83	41.17	المجموع	
0.84	0.18	0.07	2	0.13	بين المجموعات	السمات المعرفية
		0.37	81	30.33	داخل المجموعات	
			83	30.47	المجموع	
0.37	1.01	0.30	2	0.59	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.29	81	23.64	داخل المجموعات	
			83	24.23	المجموع	

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (17.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على جميع المجالات والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.84-0.11) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، وهذا يعني أن اختصاص المركز لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

##### 5. نتائج الفرضية الخامسة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات

الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، استخدم اختبار (ت) للعينات

المستقلة، ونتائج (18.4) التالي توضح ذلك:

جدول (18.4): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	ذكر	17	4.05	0.82	-0.10	0.99
	انثى	67	4.05	0.45		
السمات اللغوية	ذكر	17	3.93	0.84	-0.47	0.63
	انثى	67	3.84	0.60		
السمات السلوكية الانفعالية	ذكر	17	3.96	0.80	0.10	0.91
	ذكر	67	3.95	0.52		
السمات الحسية	ذكر	17	3.68	0.88	-0.22	0.82
	انثى	67	3.72	0.66		
السمات المعرفية	ذكر	17	3.85	0.77	-0.89	0.37
	انثى	67	4.00	0.56		
الدرجة الكلية	ذكر	17	3.88	0.78	0.18	0.83
	انثى	67	3.91	0.47		

\*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (18.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة

باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات والدرجة الكلية

فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.31-0.99) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة

(0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الجنس، أي أنه لا توجد

فروق بين الذكور والإناث في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا

يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند

الاطفال.

## 6. نتائج الفرضية السادسة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في

السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، استخدم اختبار (ت) للعينات

المستقلة، ونتائج (19.4) التالي توضح ذلك:

جدول (19.4): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

المجال	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	أعزب/عزباء	34	4.12	0.50	0.92	0.36
	متزوج/متزوجة	50	4.01	0.56		
السمات اللغوية	أعزب/عزباء	34	3.92	0.53	0.65	0.52
	متزوج/متزوجة	50	3.82	0.72		
السمات السلوكية الانفعالية	أعزب/عزباء	34	4.07	0.47	1.59	0.11
	متزوج/متزوجة	50	3.87	0.64		
السمات الحسية	أعزب/عزباء	34	3.80	0.61	0.93	0.36
	متزوج/متزوجة	50	3.66	0.76		
السمات المعرفية	أعزب/عزباء	34	4.13	0.55	2.07	0.04*
	متزوج/متزوجة	50	3.85	0.62		
الدرجة الكلية	أعزب/عزباء	34	4.01	0.44	1.46	0.15
	متزوج/متزوجة	50	3.84	0.59		

\*دال إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (19.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة

باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية على جميع المجالات

والدرجة الكلية باستثناء مجال السمات المعرفية فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة عليها (0.04) وهي

اقل من (0.05)، فقد كانت الفروق لصالح الاعزب/العزباء، في حين تراوحت قيم مستوى الدلالة على باقي المجالات والدرجة الكلية ما بين (0.11-0.52) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، على مجالات أي أنه لا توجد فروق بين الاعزب/ عزباء والمتزوج / المتزوجة في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال ، وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

#### 7. نتائج الفرضية السابعة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات السمات المرتبطة بطيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (20.4) توضح ذلك:

جدول (20.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
السمات الاجتماعية	بين المجموعات	2.775	2	1.388	5.339	*0.007
	داخل المجموعات	21.054	81	0.260		
	المجموع	23.830	83			
السمات اللغوية	بين المجموعات	2.652	2	1.326	3.32	*0.042
	داخل المجموعات	32.346	81	0.399		
	المجموع	34.799	83			
	بين المجموعات	3.40	2.00	1.70	5.54	*0.01

		0.31	81.00	24.86	داخل المجموعات	السمات السلوكية الانفعالية
			83.00	28.27	المجموع	
*0.023	3.962	1.834	2	3.668	بين المجموعات	السمات الحسية
		0.463	81	37.499	داخل المجموعات	
			83	41.168	المجموع	
*0.007	5.295	1.761	2	3.523	بين المجموعات	السمات المعرفية
		0.333	81	26.944	داخل المجموعات	
			83	30.466	المجموع	
*0.004	5.923	1.546	2	3.091	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.261	81	21.137	داخل المجموعات	
			83	24.228	المجموع	

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (20.4) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة على جميع المجالات (السمات الاجتماعية، والسمات السلوكية، والسمات الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية) والدرجة الكلية، فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة على باقي المجالات ما بين (0.007-0.03) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال تحديد سمات المتوحدين على مجالات (السمات الاجتماعية، والسمات اللغوية، والسمات السلوكية، والسمات الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية) والدرجة الكلية، وهذا يعني أن سنوات الخبرة تؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال . ولتحديد مصدر الفروق في مجالات الدراسة، والدرجة الكلية فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (21.4) توضح ذلك:

جدول (21.4): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على جميع المجالات والدرجة الكلية حسب سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد

المجال	سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطرابات طيف التوحد	المتوسط	5-10 سنوات	اكثر من 10 سنوات
السمات الاجتماعية	أقل من 5 سنوات	4.09	-0.03	0.76*
	من 5-10 سنوات	4.12		0.79*
	اكثر من 10 سنوات	3.33		
السمات اللغوية	أقل من 5 سنوات	3.35	-0.34	-0.62*
	من 5-10 سنوات	3.69		-0.28
	اكثر من 10 سنوات	3.97		
السمات السلوكية الانفعالية	أقل من 5 سنوات	4.01	0.04	0.86*
	من 5-10 سنوات	3.97		0.82*
	اكثر من 10 سنوات	3.15		
السمات الحسية	أقل من 5 سنوات	3.78	0.07	0.89*
	من 5-10 سنوات	3.71		0.82*
	اكثر من 10 سنوات	2.89		
السمات المعرفية	أقل من 5 سنوات	4.05	0.21	0.84*
	من 5-10 سنوات	3.84		0.63*
	اكثر من 10 سنوات	3.21		
الدرجة الكلية	أقل من 5 سنوات	3.96	0.05	0.81*
	من 5-10 سنوات	3.91		0.76*
	اكثر من 10 سنوات	3.15		

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (21.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في جميع مجالات الدراسة والدرجة الكلية حسب سنوات الخبرة في تحديد سمات اضطرابات طيف التوحد، على مجالات (السمات الاجتماعية، والسمات اللغوية، والسمات السلوكية الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية والدرجة الكلية)، فقد كانت الفروق بين الفئة اقل من (5) سنوات والفئة من (5-10) سنوات من جهة والفئة اكثر من (10) سنوات من جهة اخرى، وكانت الفروق لصالح الفئة اقل من (5) سنوات والفئة من (5-10) سنوات ، بمعنى انه كلما زادت الخبرة تقل القدرة التشخيصية.

نتائج السؤال الرابع وينص على :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، وعدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (8-14) وكانت نتائجها حسب الاتي:.

8. نتائج الفرضية الثامنة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي. من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير تخصص اخصائي، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (22.4) توضح ذلك:

جدول (22.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الاخصائي.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	5.49	6	0.92	1.58	0.16
	داخل المجموعات	44.51	77	0.58		
	المجموع	50.01	83			
إستراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	8.42	6	1.40	0.78	0.59
	داخل المجموعات	138.69	77	1.80		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	8.25	6	1.37	1.30	0.27
	داخل المجموعات	81.14	77	1.05		

			83	89.39	المجموع	
0.86	0.43	0.51	6	3.04	بين المجموعات	استراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني
		1.19	77	91.77	داخل المجموعات	
			83	94.81	المجموع	
0.68	0.67	0.45	6	2.69	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.67	77	51.59	داخل المجموعات	
			83	54.28	المجموع	

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (22.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير تخصص الاخصائي على جميع المجالات والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.86-0.16) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي، وهذا يعني أن تخصص الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

#### 9. نتائج الفرضية التاسعة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات

الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد

الأطفال المتوحدين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز استخدم

تحليل التباين الاحادي ونتائج الجدول (23.4) تبين ذلك:



جدول (23.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التعامل مع

اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	5.12	3	1.71	3.04	*0.034
	داخل المجموعات	44.88	80	0.56		
	المجموع	50.01	83			
إستراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	8.51	3	2.84	1.64	0.187
	داخل المجموعات	138.60	80	1.73		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	9.25	3	3.08	3.08	*0.032
	داخل المجموعات	80.14	80	1.00		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني	بين المجموعات	8.02	3	2.67	2.46	0.068
	داخل المجموعات	86.79	80	1.09		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2.85	3	0.95	1.48	0.227
	داخل المجموعات	51.43	80	0.64		
	المجموع	54.28	83			

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (23.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.068-0.227) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي، وهذا يعني أن تخصص الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

كما نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (23.4) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردية، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها على التوالي (0.032-0.034) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز، ولتحديد مصدر الفروق في مجالي استراتيجيات العلاج الفردية، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج جدول (24.4) توضح ذلك:

جدول (24.4): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير عدد الأطفال المتواجدين في المركز.

المجال	عدد الاطفال المتواجدين في المركز	المتوسط	من (9 الى 20) طفل	من (21 الى 30) طفل	من 30 طفل فاكثر
استراتيجيات العلاج الفردي	اقل من (9) طفل	3.88	-0.34	0.10	0.21
	من (9 الى 20) طفل	4.22		0.44	*0.55
	من (21-30) طفل	3.78			0.11
	من 30 طفل فاكثر	3.67			
استراتيجيات العلاج الجماعي	اقل من (9) طفل	3.44	-0.08	0.15	*0.67
	من (9 الى 20) طفل	3.52		0.23	*0.75
	من (21-30) طفل	3.29			0.52
	من 30 طفل فاكثر	2.77			

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (24.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير عدد الأطفال المتواجدين في المركز، فقد كانت الفروق في استراتيجيات العلاج الفردي بين الفئة اقل من (9 اطفال الى 20 طفل) من جهة والفئة من (اكثر من 30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح الفئة من (9 اطفال الى 20 طفل)، كما بينت النتائج ان هناك الفروق في استراتيجيات العلاج الجماعي بين الفئة اقل من (9 اطفال) من جهة والفئة من (9 اطفال - 20 طفل) من جهة والفئة اكثر من (30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح اقل من (9) اطفال ومن (9-20 طفل)، اي ان المراكز التي فيها اقل من (20 طفل) تستخدم استراتيجيات العلاج الجماعي افضل من المراكز التي فيها اكثر.

## 10. نتائج الفرضية العاشرة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال في المركز استخدم تحليل التباين الاحادي ونتائج الجدول (25.4) تبين ذلك:

جدول (25.4): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	0.54	2	0.27	0.45	0.64
	داخل المجموعات	49.46	81	0.61		
	المجموع	50.01	83			
استراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	0.96	2	0.48	0.27	0.77
	داخل المجموعات	146.15	81	1.80		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	3.44	2	1.72	1.62	0.21
	داخل المجموعات	85.96	81	1.06		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي والعلاج البدني	بين المجموعات	3.30	2	1.65	1.46	0.24
	داخل المجموعات	91.51	81	1.13		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.32	2	0.66	1.01	0.37
	داخل المجموعات	52.96	81	0.65		
	المجموع	54.28	83			

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (25.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات

طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائين في المركز على جميع المجالات والدرجة الكلية، فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.21-0.77) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائين في المركز لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

#### 11. نتائج الفرضية الحادية عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية

في استراتيجيات التعامل معاضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير تخصص اخصائي التأهيل، استخدم تحليل

التباين الاحادي لكل مجال من مجالات استراتيجيات التعامل مع طيف التوحد عند الاطفال، ونتائج

الجدول (26.4) توضح ذلك:

جدول (26.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل مع

اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	4.04	2	2.02	3.56	*0.033
	داخل المجموعات	45.97	81	0.57		
	المجموع	50.01	83			
إستراتيجيات البرامج الجاهرة	بين المجموعات	4.77	2	2.38	1.36	0.263
	داخل المجموعات	142.35	81	1.76		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	6.54	2	3.27	3.20	*0.046
	داخل المجموعات	82.85	81	1.02		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني	بين المجموعات	3.91	2	1.96	1.74	0.182
	داخل المجموعات	90.90	81	1.12		
	المجموع	94.81	83			

0.228	1.51	0.97	2	1.95	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.65	81	52.33	داخل المجموعات	
			83	54.28	المجموع	

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (26.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني، والدرجة الكلية فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.182-0.263) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز، وهذا يعني أن اختصاص المركز يؤثر في استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني، والدرجة الكلية.

كما نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (26.4) أن هناك توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها على التوالي (0.046-0.033) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، ولتحديد مصدر الفروق في مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (27.4) توضح ذلك:

جدول (27.4): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير اختصاص المركز.

المجال	اختصاص المركز	المتوسط	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	صحة نفسية
استراتيجيات العلاج الفردي	مركز مرضى توحد	4.27	0.29	*0.82
	مركز ذوي احتياجات خاصة (متعددة الإعاقات)	3.98		0.53
	مركز صحة نفسية	3.45		
استراتيجيات العلاج الجماعي	مركز مرضى توحد	3.82	0.58	*1.1
	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	3.24		0.52
	صحة نفسية	2.72		

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (27.4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير اختصاص المركز، فقد كانت الفروق بين مركز مرضى التوحد من جهة و مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات من جهة، و كانت الفروق لصالح مركز اختصاص التوحد.

## 12. نتائج الفرضية الثانية عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات

الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة،

ونتايج (28.4) التالي توضح ذلك:

جدول (28.4): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل معاضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
--------	-------	-------	-----------------	-------------------	----------	---------------

0.21	1.27	0.74	4.15	17	ذكر	استراتيجيات العلاج الفردي
		0.78	3.89	67	انثى	
0.80	0.26	1.30	3.04	17	ذكر	استراتيجيات البرامج الجاهزة
		1.35	2.95	67	انثى	
0.10	1.64	1.02	3.60	17	ذكر	استراتيجيات العلاج الجماعي
		1.03	3.14	67	ذكر	
*0.02	2.30	1.03	2.89	17	ذكر	استراتيجيات العلاج الغذائي و الدوائي والبدني
		1.04	2.24	67	انثى	
0.09	1.69	0.84	3.42	17	ذكر	الدرجة الكلية
		0.79	3.05	67	انثى	

\*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (28.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات والدرجة الكلية باستثناء مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.02) وهذه القيمة اقل من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح الذكور، وفيما يتعلق بباقي المجالات فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة على باقي المجالات والدرجة الكلية ما بين (0.80-0.09) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الجنس، أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال لمجالات استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الجماعي، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني.

### 13. نتائج الفرضية الثالثة عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات

الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، استخدم اختبار (ت)

للعينات المستقلة، ونتائج (29.4) التالي توضح ذلك:

جدول (29.4): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل معاضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

المجال	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	أعزب/عزباء	34	3.99	0.76	0.47	0.64
	متزوج/ متزوجة	50	3.91	0.79		
إستراتيجيات البرامج الجاهزة	أعزب/عزباء	34	3.07	1.37	0.59	0.56
	متزوج/ متزوجة	50	2.89	1.32		
استراتيجيات العلاج الجماع	أعزب/عزباء	34	3.35	1.08	0.88	0.38
	متزوج/ متزوجة	50	3.15	1.01		
العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني	أعزب/عزباء	34	2.40	1.11	0.20	0.84
	متزوج/ متزوجة	50	2.35	1.05		
الدرجة الكلية	أعزب/عزباء	34	3.20	0.89	0.70	0.48
	متزوج/ متزوجة	50	3.08	0.76		

\*دال إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (29.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع

اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية على جميع المجالات



والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.38-0.84) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، اي ان استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال لا تتاثر بالحالة الاجتماعية، وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

#### 14. نتائج الفرضية الرابعة عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد، استخدم تحليل التباين الأحادي لكل مجال من مجالات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (30.4) توضح ذلك:

جدول (30.4) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير مكان السكن.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	0.85	2	0.43	0.70	0.50
	داخل المجموعات	49.15	81	0.61		
	المجموع	50.01	83			
استراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	3.70	2	1.85	1.04	0.36
	داخل المجموعات	143.42	81	1.77		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	3.64	2	1.82	1.72	0.19
	داخل المجموعات	85.75	81	1.06		
	المجموع	89.39	83			

0.57	0.56	0.65	2	1.30	بين المجموعات	استراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني
		1.16	81	93.52	داخل المجموعات	
			83	94.81	المجموع	
0.33	1.11	0.73	2	1.45	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		0.65	81	52.83	داخل المجموعات	
			83	54.28	المجموع	

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

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (30.4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد على جميع المجالات والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.19-0.57) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد ، وهذا يعني أن سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد لا تؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

## الفصل الخامس: تفسير النتائج ومناقشتها

- النتائج
- مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة
- مناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة
- التوصيات

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

يهدف هذه الفصل إلى مناقشة نتائج الدراسة التي هدفت للتعرف إلى درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل، كما هدفت أيضاً الى معرفة درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد، ومن أجل تحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي

مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

أولاً : مناقشة نتائج السؤال الأول وينص على:

ما درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي

التأهيل؟

أشارت نتائج الدراسة الى أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال

من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات الاجتماعية كانت مرتفعة، وتعزو الباحثة

ذلك لقدرة الاخصائيين في تحديد السمات الاجتماعية للاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بصورة ادق من السمات الاخرى من خلال الملاحظة والمتابعة لطريقة تفاعل مع المحيط الذي يوجد به الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد علماً أنهم غير قادرين على إقامة وتكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، ولديهم عجز في الانتباه، وفشل واضح في القيام بالإحباءات والتلميحات الاجتماعية مثل القيام بإشارة مع السلامة، والانسحاب الاجتماعي، وضعف التواصل.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة القريوتي وعبابنة (2006) التي أظهرت وجود سمات للتوحيدين تختلف عن الأطفال العاديين.

كما أشارت نتائج الدراسة الى أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل على مجال السمات اللغوية كانت مرتفعة، و تعزو الباحثة ذلك الى أن يهتم الأخصائي في مجال السمات اللغوية للطفل المصاب بطيف التوحد بتجميع مخارج الحروف لديه، كما يجب أن تتميز ملاحظاتها بالدقة والحرص، حيث يعد نصف أطفال التوحدُ بكُماً، أي لا يتكلمون، وآخرون يقومون بنطق بعض الأصوات البسيطة، ويكون لديهم تكرار للأصوات المسموعة من الآخرين.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة دلهوم (2007) و دراسة بن صديق (2007)، وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي،

أشارت النتائج المتعلقة بالسمات السلوكية الانفعالية إلى أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائي التأهيل مرتفعة، وتعزو الباحثة ذلك الى أن الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد يظهرن العديد من السلوكيات التي يمكن وصفها على

أنها سلوكيات غير اعتيادية، وأسباب تلك السلوكيات عادةً ما تكون معقدة جداً ويصعب فهمها، حيث يقضي الطفل فترة طويلة في القيام بهذه السلوكيات.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة (الكيسي، 2011) التي كشفت عن وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد.

وأشارت النتائج المتعلقة بالسمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل لمجال السمات الحسية بأنها مرتفعة، وتعزو الباحثة ذلك الى أن فقرات هذا المجال ذات صياغة تدل على وجود خلل حسّي لدى الطفل ذو طيف التوحد من حيث وضع أي شيء في الفم، وعدم تقبل تذوق الأطعمة الجديدة لديه، كما أنه لا يبالي بردود أفعال للأصوات الحادة من حوله، والانزعاج من ضمّه وتقبيله، واستخدام حاسة الشم للتعرف على الآخرين، وضعف الإحساس بعوامل الطبيعة مثل الحرارة والبرودة، وهذا يشير إلى أن المبحوثين من أخصائي المراكز قد وافقوا على هذه الفقرات وهذا المجال، وتشير هذه النتيجة إلى إدراك المبحوثين من عينة الدراسة من الأخصائيين بالسمات الحسية التي تصاحب طيف التوحد عند الأطفال، وتكاد تكون ملازمة لهم على درجة مختلفة بينهم.

كما اشارت النتائج المتعلقة بالسمات المعرفية باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر أخصائيي التأهيل بأنها كانت مرتفعة، وتعزو الباحثة ذلك الى أن السمات المعرفية محدودة ومعقدة وهو عالم خاص بالطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، ولا يستطيع اي شخص فهم او ادراك ما يجول في عالمه المعرفي الخاص به.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة دراسة المعيدي (2009) التي أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) في اختبار مان ويتني (Man Whetney Test) اللابارامتري.

كما توصلت نتائج الدراسة الى أن درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال في فلسطين كانت مرتفعة، وتعزو الباحثة ذلك الى أن:-

وجود انتشار عالي وواضح لهذا الاضطراب بين الأطفال في فلسطين في الآونة الأخيرة .

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني والذي ينص على:

ما درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف

التوحد ؟

اشارت نتائج الدراسة الى ان درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الفردي كانت مرتفعة، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن اخصائيو التأهيل يفضلون استخدام العلاج الفردي لأن بداية العمل معهم ضرورة من ضروريات التدخل الأولي.

واشارت نتائج الدراسة الى ان درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الجماعي كانت متوسطة، لأنها تقع كاهتمام وحاجة لاحقة للعلاج الفردي، كما تعزو الباحثة ذلك الى أن من استخدام الاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الجماعي من وجهة نظر أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد بالأسباب التي لها علاقة بالأمور الآتية:

1. ضعف إمكانيات المعالجة الموجودة في مراكز التأهيل في فلسطين عنها في الدول الأخرى .

2. حاجة أخصائيي التأهيل إلى التدريب والخبرة الواسعتين في التعامل مع أطفال طيف التوحد في مراكز العلاج.

3. عدم كفاية مستلزمات العلاج في هذه المراكز وذلك لقلّة الإمكانيات المتوفرة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) التي كشفت عن وجود أثر للتقليد في السلوك الاجتماعي عند الأطفال مصابين بطيف التوحد، كما انها تتفق مع دراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) التي أظهرت فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال المصابين بطيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة لنظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي، وتتفق ايضا مع نتائج دراسة صادق والخميسي (2004) التي كشفت عن دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

كما اشارت نتائج الدراسة الحالية الى ان درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة كانت منخفضة، وتعزو الباحثة ذلك الى عدم معرفة اخصائيي التأهيل بهذه البرامج ولم يطلعوا عليها مسبقاً، كما لم يتلقوا اي تدريب عملي لهذه البرامج، ولا يملكون الادوات المناسبة لتطبيقها لأنها ذات كلفة عالية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة عياش (2014) التي أوصى بها الباحث بتعميم البرنامج على عينات أخرى وتطبيقه على مهارات أخرى عدا مهارات التواصل.

واشارت نتائج الدراسة الى ان درجة استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال على مجال العلاج الغذائي والدوائي والبدني كانت منخفضة، و تعزو الباحثة ذلك لعدم معرفة الأخصائي بطريقة استخدام الحمية الغذائية وما تحمله من آثار في



مساعدة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وعدم معرفة اثر النشاط البدني في تنظيم القدرات المعرفية والحسية للطفل المصاب بطيف التوحد، أو أن مدى معرفة أثر هذه الاستراتيجيات ونجاحها لا زال مجهولاً، أو هناك فروق فردية من حيث الاستفادة بذلك.

واشارت نتائج الدراسة الى ان درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال كانت متوسطة على الدرجة الكلية، وتعزو الباحثة ذلك الى أن استخدام الاستراتيجيات من وجهة نظر أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد مرتبط بالأسباب التالية:

1. ضعف إمكانيات المعالجة الموجودة في مراكز التأهيل في فلسطين عنها في الدول الأخرى.
2. حاجة أخصائيي التأهيل إلى التدريب والخبرة الواسعتين في التعامل مع أطفال طيف التوحد في مراكز العلاج.
3. عدم كفاية مستلزمات العلاج في هذه المراكز وذلك لقلّة الإمكانيات المتوفرة.
4. صعوبة تحقيق حالات نجاح يمكن تعميم خبرتها.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أيسكلونا وآخرين ( Escalona et al, 2002 ) التي كشفت عن وجود أثر للنقل في السلوك الاجتماعي عند الأطفال المصابين بطيف التوحد، كما انها تتفق مع دراسة جونسون وآخرين ( Johnson et al, 2004 ) التي أظهرت فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال المصابين بطيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة لنظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي، كما تتفق ايضا مع نتائج دراسة صادق والخميسي (2004) التي كشفت عن دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث وينص على :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (1-8).

1. مناقشة نتائج الفرضية الاولى وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي.

تشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص اخصائي التأهيل، وهذا يعني أن تخصص الاخصائي لا يؤثر في تحديد السمات المتعلقة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال في المجالات الاجتماعية واللغوية والحسية والمعرفية، باستثناء مجال السمات السلوكية الانفعالية، وتعزو الباحثة ذلك لتشابه ظروف المرض والتعامل معه من قبل أخصائي التأهيل، وأن طرق التعامل مع ذوي الإعاقات العقلية وخصوصاً اضطراب طيف التوحد يدركها الأخصائيون بغض النظر عن تخصصاتهم المختلفة، أي أن درجة معرفتهم بها متقاربة وليس فيها جدلية معينة.

كما اشارت النتائج الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي على مجال السمات السلوكية الانفعالية، فقد وجدت الفروق بين تخصص علم النفس، والخدمة الاجتماعية، والتربية الخاصة من جهة وتخصص العلاج الوظيفي من جهة، وكانت الفروق لصالح

تخصص علم النفس، والخدمة الاجتماعية، والتربية الخاصة، وهذا يعني أن تخصص علم النفس أكثر قدرة على التشخيص عن غيرهم، وتلاها كذلك الخدمة الاجتماعية والتربية الخاصة، بمعنى أن السمات السلوكية والانفعالية هي قضية تخص علم النفس أكثر، إلا أن الخدمة الاجتماعية والتربية الخاصة لهما قدرة تشخيصية، وهذا يتطلب تزويد أخصائي التأهيل بدورات تأهيلية في علم النفس بغض النظر عن اختصاصاتهم الأخرى لأن السلوك المشكل له علاقة مباشرة بعلم النفس كتشخيص، حيث أن علم النفس يوفر القدرة بذلك وتعزو الباحثة ذلك الى ضرورة المعرفة بالسمات وآليات التعامل والتدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد والذي يتطلب اخصائيو مدربون على مقاييس تحديد السمات وآليات التدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد.

## 2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المصابين بطيف التوحد في المركز.

وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المصابين بطيف التوحد في المركز، وهذا يعني أن عدد الاطفال المصابين بطيف التوحد في المركز لا يؤثر في تحديد السمات الاجتماعية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى تشابه أعراض طيف المصابين بطيف التوحد، أو أن قدراتهم التشخيصية بذلك متقاربة.

كما اشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المصابين بطيف

التوحد في المركز على مجالات السمات السلوكية الانفعالية، والسمات اللغوية، والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المصابين بطيف التوحد في المركز، فقد وجدت الفروق بين المتوسطات الحسابية في السمات اللغوية، حسب متغير عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد في المركز، بين الفئة اقل من (9) اطفال من جهة والفئة من (9- 20) طفل والفئة من(21 - 30) والفئة اكثر من (30) طفل من جهة اخرى ولصالح الفئة من (9- 20) طفل والفئة من(21 - 30) والفئة اكثر من (30) طفل (للمراكز التي فيها اعداد اطفال اكثر) اي كلما قل عدد الاطفال المصابين بطيف التوحد في المركز قلت القدرة على تحديد السمات اللغوية، والسمات السلوكية الانفعالية، وكذلك الحال كلما زادت ويبقى العدد المتواضع للأطفال (9- 20) هو الأنسب في تحديد السمات اللغوية والسلوكية والانفعالية لأن قلة العدد لا تشكل تربة خصبة للتنوع، فيما العدد الكبير أيضاً يقلل الفرصة لتجسير القدرة التشخيصية، وبذلك انعكس الأمر على الدرجة الكلية، وبذات الوضع يعد العدد المناسب الفئة من (9- 20) طفلاً كتوازن وقدرة واهتمام.

### 3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة وتنصّ على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الأخصائيين في المركز على مجالات السمات الاجتماعية ومجال السمات السلوكية الانفعالية والسمات المعرفية والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد

الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز لا يؤثر في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى تشابه استراتيجيات التعامل مع المرض بغض النظر عن أعداد المتخصصين العاملين من أخصائيي التأهيل. و اشارت النتائج الى ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الأخصائيين في المركز على مجالي السمات اللغوية والسمات الحسية، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز يؤثر في تحديد السمات اللغوية والسمات الحسية المرتبطة باضطرابات طيف التوحد، وقد كانت الفروق لصالح المراكز التي فيها اكثر من (7) اخصائيين، وتعزو الباحثة ذلك الى انه كلما زاد عدد الاخصائيين في المركز زادت قدرتهم في تحديد السمات اللغوية والسمات الحسية، أي أن الأخصائيين التأهيلين لديهم القدرة على التشخيص على نحو أدق، كلما زاد عدد الأطفال الذين يتعاملون معهم لأن الفرصة تزداد في إيجاد قواسم مشتركة لحالات لديها اضطرابات في مجالين رئيسيين من مجالات الأعراض لطيف التوحد.

#### 4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

اشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على جميع المجالات، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، وهذا

يعني أن اختصاص المركز لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى أن مراكز التخصص تسير في تأهيل المصابين بأعراض طيف التوحد على وتيرة واحدة، نظراً لتشابه أعراض المرض وتشابه خبرات الأخصائيين العاملين معهم، بحيث أن تخصص المركز لا يؤثر على إدراك الأخصائي للسمات التي يحملها أطفال طيف التوحد، ذلك بحكم الاهتمام الحديث بهذا الشأن على مستوى المؤسسات المرخصة.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة المعيدي (2009) التي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق دالة إحصائية، بين رتب درجات مجموعتي الدراسة ( التوحد والتخلف العقلي) في اختبار مان ويتني (Man Whetiney Test) اللابارامتري.

#### 5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس. اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الجنس، أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، و تعزو الباحثة ذلك الى أن الذكور والإناث لا يختلفون في إدراكهم للسمات المرتبطة بطيف التوحد، وذلك لتشابه هذه الأعراض لدى معظم المصابين بطيف التوحد حيث أنها تظهر على المصابين بشكل لا يختلف جوهرياً من فرد لآخر، وبالتالي يتم إدراكها من قبل الأخصائي.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الكبيكي، 2011)، التي كشفت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات، أي أن هوية طيف التوحد تتجاوز متغير الجنس لتنشئ عالمياً خاصاً هو التوحد بغض النظر عن الجنس.

#### 6. مناقشة نتائج الفرضية السادسة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية على جميع المجالات والدرجة الكلية باستثناء مجال السمات المعرفية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، على مجالات أي أنه لا توجد فروق بين الاعزب/ عزباء والمتزوج / المتزوجة في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى أن الاختلاف في حالة الأخصائي الاجتماعي لا تؤثر على إدراكه للسمات المرتبطة بطيف التوحد عند الأطفال المصابين في مراكز العلاج، لكون هذه السمات تفرض ذاتها واستمراريتها وجعلها سمات عامة تلازم طيف التوحد للأطفال.

#### 7. مناقشة نتائج الفرضية السابعة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد.

اشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة على جميع المجالات (السمات الاجتماعية، والسمات السلوكية، والسمات الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية) والدرجة الكلية، وهذه النتيجة أدت الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال تحديد سمات المصابين بطيف التوحد لجميع المجالات والدرجة الكلية، وهذا يعني أن سنوات الخبرة لا تؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، فقد كانت الفروق بين الفئة اقل من (5) سنوات والفئة من (5-10) سنوات من جهة والفئة اكثر من (10) سنوات من جهة اخرى، وكانت الفروق لصالح الفئة اقل من (5) سنوات والفئة من (5-10) سنوات، بمعنى انه سنوات الخبرة لا تؤثر على القدرة التشخيصية، وتعزو الباحثة ذلك الى أن الاختلاف في سنوات الخبرة لا يؤثر في إدراك أخصائي التأهيل لسمات طيف التوحد وذلك لسهولة إدراكها، والتدريب الذي يتلقونه حول الكشف عنها.

رابعاً: مناقشة نتائج السؤال الرابع وينص على :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (تخصص الاخصائي، وعدد الأطفال المصابين بطيف التوحد في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، والحالة الاجتماعية،



وسنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقت عنه الفرضيات من (9-16) وكانت نتائجها حسب الآتي:.

#### 8. مناقشة نتائج الفرضية الثامنة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير تخصص الأخصائي.

أشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير تخصص الاخصائي على جميع المجالات والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي، وهذا يعني أن تخصص الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى أن ظروف المرض والتعامل معها تتشابه من قبل أخصائيي التأهيل، فطرق التعامل مع ذوي الإعاقات العقلية وخصوصاً طيف التوحد يدركها الأخصائيون بغض النظر عن تخصصاتهم المختلفة، لأن دورهم الرئيس التدخل معهم كوحدة واحدة.

#### 9. مناقشة نتائج الفرضية التاسعة وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد في المركز.

اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير تخصص الاخصائي، وهذا يعني أن تخصص الاخصائي لا يؤثر في استخدام استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، لأن التدخل إلى حد بعيد تصيغة الإدارة العليا وتمنهج عملاً ملزماً لهم، وتعزو الباحثة ذلك الى ان أخصائيي التأهيل لم يتم تدريبهم بالصورة الكافية على آلية استخدام البرامج الجاهزة كما أن عدم قدرة المراكز توفير هذه البرامج والادوات التي تساعد في استخدامها بكفائه عالية.

كما اشارت النتائج الى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردية، واستراتيجيات العلاج الجماعي، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز، فقد كانت الفروق في استراتيجيات العلاج الفردي بين الفئة اقل من (9 اطفال الى 20 طفل) من جهة والفئة من (اكثر من 30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح الفئة من (9 اطفال الى 20 طفل)، كما بينت النتائج ان هناك فروقاً في استراتيجيات العلاج الجماعي بين الفئة اقل من (9 اطفال) من جهة والفئة من (9 اطفال - 20 طفل) من جهة والفئة اكثر من (30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح اقل من (9 اطفال ومن (9-20 طفل)، اي أن المراكز التي فيها اقل من (20 طفل) تستخدم استراتيجيات العلاج الجماعي افضل من المراكز التي فيها اكثر من 20 طفل، وهذا تبرير يتعلق بالقدرة الاستيعابية للمركز، لأن العلاج الجماعي يحتاج إلى

مساحات وأدوات ومعدات مناسبة لأن البيئة العامة لا تمتلك آلية التدخل الجماعي على نحو مناسب، ومهما كان الأمر يتضح أن هناك ازدواجية للاستخدام الفردي والجماعي وهي حتمية مهنية تفرض ذاتها، إذ أن أحدهما دون والأخر ناقص، بل العلاقة التكاملية ضمن عدد مناسب من أطفال طيف التوحد يشكل مدعاة للازدواجية في التعامل، وتعزو الباحثة ذلك الى أنه كلما كان عدد الاطفال اقل استطاع اخصائي التأهيل التعامل واعطاء الطفل الوقت والجهد والمتابعه الضرورية له.

#### 10. مناقشة نتائج الفرضية العاشرة وتنصّ على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

واشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز على جميع المجالات والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى ان الاخصائيين يستخدمون نفس الاستراتيجية في المركز الواحد لانه لكل مركز رؤية معينة لاهمية استراتيجية تعامل ميعنة، ويتبناها اكثر من غيرها، وأن تغيير آليات التعامل يحتاج إلى أعداد إضافية ومبالغ باهظة، وكان هناك روح استسلام للواقع .

#### 11. مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر وتنصّ على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

واشارت النتائج إلا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني، والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز، وهذا يعني أن اختصاص المركز لا يؤثر في استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني، والدرجة الكلية، وتعزو الباحثة ذلك الى تشابه استراتيجيات التعامل مع المرض بغض النظر عن اختصاص المركز، أو لقلة أو انعدام استخدامها أصلاً.

كما اشارت النتائج الى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد كانت الفروق بين مركز مرضى التوحد من جهة ومركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات من جهة، و كانت الفروق لصالح مركز اختصاص التوحد، وهذا يشير إلى أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار لدى المراكز المتعددة الإعاقة، لأن التوحد يفرض ذاته كهوية منفصلة عن الحالات الأخرى من الإعاقة، وتعزو الباحثة ذلك الى اهمية اختصاص المركز في تحديد استراتيجيات التدخل المناسبة مع أطفال طيف التوحد ضمن المراكز المتعددة الاختصاص لأن التوحد له عالمه الخاص.

## 12. مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات والدرجة الكلية باستثناء مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني وقد كانت الفروق لصالح الذكور، وتعزو الباحثة ذلك الى أن الذكور يختلفون عن الإناث في إدراكهم لاستراتيجيات التدخل لمصابين اضطراب طيف التوحد، بمعنى أكثر تحمساً لاستخدام هذا البعد في العلاج مقابل النساء التي غالباً تقدر مضاعفات الأدوية على صحة الطفل، كما تتجنب الإناث استخدام العلاج البدني كالمساج لأنه يحتاج إلى مواصفات وجراًة وعضلات.

واشارت النتائج الى انه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال لمجالات استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الجماعي، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني، وتعزو الباحثة ذلك الى أن الأخصائيين الذكور والإناث لا يختلفون في إدراكهم لاستراتيجيات التدخل بمصابين اضطراب طيف التوحد، وذلك لتشابه الأعراض حيث أن الأخصائيين يستخدمونها وهي إلى حد ما موضع اتفاق فيما بينهم نظراً لممارستها.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الكبي، 2011)، التي كشفت عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات.

### 13. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

اشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية على جميع المجالات والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الحالة الاجتماعية، اي ان استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال لا تتاثر بالحالة الاجتماعية، وهذا يعني أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر في اختيار استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

### 14. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشر وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

واشارت النتائج الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد على جميع المجالات والدرجة الكلية، وتشير هذه النتيجة الى

قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد، وهذا يعني أن سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد لا تؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وتعزو الباحثة ذلك الى أن هناك محدودية في إقحام الأخصائيين بدورات تأهيلية متطورة، بل أن معظم ما لديهم لا يتعدا المحاولة والخطأ، وأساسيات للتعامل بحيث أنهت الفوارق بينهم بحسب الخبرة كون آليات التدخل محدودة ولها طابع عام، ولا يوجد حداثة أو آفاق جديدة يطورون خبراتهم فيها.

### التوصيات :-

في ضوء ما تقدم من نتائج، خرجت الباحثة بعدة توصيات، منها:

1. استخدام تقنيات التشخيص المناسبة لتحديد اضطرابات طيف التوحد قبل وضع استراتيجيات التدخل.
2. موائمة ومناسبة المركز في استخدام الاطفال من حيث المساحة والتقنيات و تعزيز الإمكانيات في مراكز التأهيل في فلسطين .
3. إعداد برامج تدريبية للإخصائيين العاملين في المراكز التي تقدم الرعاية لأطفال اضطراب طيف التوحد في فلسطين.
4. وجود رقابة ومتابعه على هذه المراكز من قبل الجهات المختصة .
5. عقد دورات تأهيلية في مجال التعامل مع اطفال اضطراب طيف التوحد.
6. تأهيل أخصائيي التأهيل العاملين مع أطفال اضطراب طيف التوحد في مجال المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال.
7. الإطلاع على تجارب عالمية وعربية في مجال التشخيص و التدخل.

8. تشجيع الطلبة بإجراء دراسات حول موضوع اضطراب طيف التوحد.

9. الدراسات المقترحة:

- أثر برنامج غذائي على تحسن حالات اضطراب طيف التوحد.
- العلاقة بين أطفال اضطراب طيف التوحد والحالة الاجتماعية والاقتصادية ودرجة القرابة للأباء والأمهات.
- أثر المؤثرات الحسية على تحسن حالات اضطراب طيف التوحد.
- أثر البرامج الجاهزة على تسريع الاستفاداة لأطفال اضطراب طيف التوحد.
- المشكلات التي تواجه الأخصائيين العاملين مع اضطراب طيف التوحد.
- الإحترق النفسي للعاملين مع أطفال اضطراب طيف التوحد.



## قائمة المصادر والمراجع

### المراجع العربية

- الإمام محمد صالح ، الجوالده ، فؤاد عيد ( 2010 - ب ) ، التوحد ونظرية العقل ، عمان ، الأردن ، دار الثقافة
- الجابري، محمد (2014). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة (الرؤى والتطلعات المستقبلية). 8-9/ 4/ 2014. جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية.
- الجلامدة، عبدالله، حسن، نجوى (2103). اضطرابات التواصل لدى التوحديين، ط1 دار الزهراء، الرياض.
- خطاب، محمد أحمد (2005). سيكولوجية الطفل التوحد: تعريفها تصنفها اعراضها أسبابها التدخل العلاجي، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- دعو، سميرة وشنوفي، نورة ( 2013 ). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي- دراسة عيادية لخمس حالات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أكلي محند أولحاج، الجزائر.
- دلهوم، جمال (2007). فاعلية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.
- الزريقات، إبراهيم (2009). التدخل المبكر- النماذج والإجراءات، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع.

- أبو السعود، نادية (2002). **فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر.
- الشامي، وفاء (2004). **سمات التوحد: تطورها وكيفية التعامل معها**. ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية. المملكة العربية السعودية.
- سهل ، تامر فرح (2016). **التوحد التعريف و الاسباب والتشخيص والعلاج**، جامعة القدس المفتوحة.
- شبيب، عادل (2008). **ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء**، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الافتراضية التعلمي المفتوح (بريطانيا).
- صادق، مصطفى والخميسي، السيد (2004) **دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد**، جامعة الملك عبد العزيز، كلية المعلمين بمحافظة جدة.
- الصبي، عبد الله (2003). **التوحد وظيف التوحد**. المملكة العربية السعودية، الرياض. ط1. مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- بن صديق، لينا (2007). **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الاجتماعي عند الأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان. الأردن.

- عدوان، يوسف (2010). مشكلة تشخيص التوحد من كاتر إلى التصنيف DSM-IV. اليوم الدراسي حول التوحد. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- علي، محمد (2010). مقياس الوعي الفونولوجي لدى المراهقين التوحديين، ط 1 دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علي، وليد (2012). التوحد: المفهوم وطرق العلاج. المكتبة الإلكترونية [www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com)
- عمارة، ماجد (2005). إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الإعاقي. القاهرة. مكتبة زهراء الشروق.
- العمر، فهد (2010). فاعلية برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في منطقة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان. الأردن.
- عياش، خالد (2014). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس /فلسطين". مديرية التربية والتعليم، سلفيت، فلسطين.
- القريوتي، إبراهيم وعيابة، عماد (2006). تطوير مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد، المجلة الأردنية للعلوم التربوية، مجلد (2)، عدد (2).
- قمش، مصطفى (2011). الإعاقات المتعددة، ط1، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع.

- راوي ، وفاء رشاد (2011) ، الذاتوي بين الاعاقة والابتكار ، الطبعة الاولى خوارزمي العلمي للنشر
- كشك، رضا (2007). فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين . رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- الكيكي، محسن ( 2011). "المظاهر سلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهم . مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 1، ص ص 76-99.
- محمد، عادل (2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين ، مجلة بحوث كلية الآداب ، جامعة المنوفية، 6،(3)، ص ص 3-41.
- مريم، سليم (2004). علم النفس التربوي، ط1،، بيروت، دار النهضة العربية ، لبنان.
- معيدي، عوض (2009) . المؤشرات التشخيصية لذاكرة الطفل التوحدي ومقارنتها بالتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- المغلوث، فهد ( 2006 ) التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، الطبعة الأولى، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
- هلالهان، دانيال وكوفمان، جيمس (2012). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم مقدمة في التربية الخاصة ( ترجمة عادل محمد )، عمان: دار الفكر.

- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatry Association.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed)**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Autism Society of America. (2008). **What is Autism?** (Online) Available. [http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about\\_what\\_is](http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about_what_is)
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed- Text Revision (DSM–IV–TR)**. Washington DC
- Bondy, A. & Frost, L. (2009). **Generalization issues pertaining to the Picture Exchange Communication System (PECS)**. In C. Whalen (Ed.). **Real life, real progress for children with autism spectrum disorders: Strategies for successful generalization in natural environments**. Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Company.
- Chiang CH, Soong WT, Lin TL, Rogers SJ( 2008). *Nonverbal communication skills in young children with autism*. **Diagnostic and Statistical Manual of - Mental Disorders-fifth edition (DSM-5)** (APA, 2013).
- Dilip V. Jeste (2013): **DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION, DSM-5TM**, American Psychiatric Association, New School Library, Washington, DC. **disorders**,23 (2).10-13. effectiveness of Picture Exchange Communication System (PECS) training

- Escalona, A., Field, T., Nadel, J. and Lundy, B. (2002). Brief Report Imitation Effects on Children With Autism. **Journal of autism and developmental** for teachers of children with autism: A pragmatic, group randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 48 (5), pp. 473-481
- Frost, L. & Bondy, A. (2002). **The Picture Exchange Communication System Training Manual**. (2nd ed.). Newark, DE: Pyramid Educational Products.
- Gillson, A. (2000). **Autism and social behavior** Bethesda M.D., Autism Society of America.
- Howlin, P., Gordon, R. K., Pasco, G., Wade, A. & Charman, T. (2007). **The Interactions**. London: Pawel Company.
- Hallahan, D; Kauffman, J. & Pullen, P (2009). **Exceptional Learners: An Introduction to Special Education**, 11th Ed., Pearson Education, Inc.
- International Rett Syndrome Foundation. (2008). (On-Line). Available. [http://www.rettsyndrome.org/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=4&Itemid=1000](http://www.rettsyndrome.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=1000)
- Johnston, S., Evans, E., and Joanne, P. (2004). **The Use of Visual Support In Teaching Young Children With Autism Spectrum Disorders to Initiate**.
- Ghaziuddin, M. Thomas, P. Napier, E. Kearney, G., Tsai, L., Welch, K. & Fraser, W. (2000). Brief report: Brief syntactic analysis in Aspergers syndrome: A preliminary study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 67 – 70.
- Christy M. (2002). Using The Picture Exchange Communication System (PECS) with Children with Autism: Assessment of Pecs Acquisition, Speech, Aocial-Communication Behavior, and Problem

Behavior, **Journal of Applied Behavior Analysis**, 35,number 3, 213:23.

- Christy M. (2002). Using The Picture Exchange Communication System (PECS) with Children with Autism: Assessment of Pecs Acquisition, Speech. Aocial-Communication Behavior, and Problem Behavior, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35( 3),pp. 213:23.
- Lazarus,R.S et folkman.S,(1984).**Stress, Appraisal and Coping** Springer ,publishing company, New York.
- Owens, R., Metz, D. & Haas, A. (2003). **Introduction to communication disorders: A lifespan perspective**. (2 nd ed.). Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- Schreibman, L. (2005). **The science and fiction of autism**. Cambridge, A: Harvard University press.
- Tager – flusberg , H., paul R & lord,C.(2005)language and communication in autism,In F.R.uolkmar (Ed). Handbook of autism and pervasive development at discoders , Assessment intervention and policy , volume two (pp.365.381)3n ed New Jersey: John wiley and Sons.

## الملاحق

- أ كتاب تسهيل المهمة
- ب الاستبانة قبل التحكيم
- ت أسماء محكمين الاستبانة
- ث الاستبانة بعد التحكيم



تسهيل المهمة

Al-Quds Open University  
Academic Affairs  
Faculty of Graduate Studies  
Ramallah - P.O. Box: 1804  
Tel: 02/2976240 - Direct Line: 02/2964490  
Fax: 02/2963738  
Email: fgs@qou.edu

جامعة القدس المفتوحة  
الشؤون الأكاديمية  
كلية الدراسات العليا  
رام الله - ص.ب 1804  
هاتف: 02/2976240 - مباشر: 02/2964490  
فاكس: 02/2963738  
بريد إلكتروني: fgs@qou.edu

Ref :  
Date :

الرقم : ق.د. / 17/117  
التاريخ: 11/ 6 / 2017

إلى من يهمه الأمر.

تحية طيبة وبعد ،،

تقوم الطالبة: شيرين احمد محمد عواد ورقمها الجامعي (0330011510009)، بإجراء دراسة بعنوان:  
" السمات المرتبطة بأطفال اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين ".  
لذا نرجو من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير ،،

أ.د. حسن السلواي  
عميد كلية الدراسات العليا



نسخة:

• الملف.

ملحق رقم (ب)

مقياس الاستبانة قبل التحكيم



جامعة القدس المفتوحة

كلية الدراسات العليا

تخصص 'رشاد نفسي تربوي

المرشد/ المرشدة المحترمين:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " السمات المرتبطة باضطراب أطفال طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين" وذلك استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في برنامج الإرشاد النفسي التربوي في جامعة القدس المفتوحة. إن تعاونكم معنا جزء لا يتجزأ من تطوير العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة علماً أن المعلومات المستوفاه ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط .

شاكرين حسن تعاونكم سلفاً

الباحثة

شيرين عواد

## تخصص الاخصائي

عدد الاطفال المتوحدين في المركز: ( ) -----

اختصاص المركز      مرضى توحيد      اعاقاة عقلية      احتياجات خاصة

أولاً: يرجى وضع إشارة ( x ) في المربع الذي ينطبق عليك

1) الجنس : ذكر  أنثى

1) الحالة الاجتماعية : أعزب/عزباء  متزوج/ متزوجة  غير ذلك

2) مكان السكن : مدينة  قرية  مخيم  مدينة

3) عدد أفراد الأسرة: أقل من 3 -  4 - 6  7 وأكثر

5) سنوات الخبرة : أقل من 5 سنوات  5-10  أكثر من 10

ثانيا : يرجى وضع شارة ( x ) في المربع الذي يتفق مع رأيك أمام كل فقرة من الفقرات الآتية

مقياس استراتيجيات التدخل

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
1.	العلاج الفردي					
2.	العلاج الجماعي					
3.	الارشاد الاسري					
4.	العلاج بالدعم الحسي					
5.	النظر الى المدرب					
6.	مهارات السلامه					
7.	العلاج الوظيفي					
8.	العلاج نفسي					
9.	التوسع التلقائي ( زيادة المسافه وزيادة الصور )					
10.	تمييز الصور					
11.	تكوين جمل مثل (انا اريد )					
12.	التعليق والاستجابة و التلقائية					
13.	الخروج للمجتمع الخارجي والتواصل معه من خلال مجموعة صور حقيقة					
14.	العلاج الطبي					
15.	العلاج بالتخاطب					
16.	الإرشاد النفسي					
17.	العلاج التربوي					
18.	تعديل السلوك					
19.	استخدام الحمية الغذائية					
20.	استخدام هرمون الكرتين					

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
.21	العلاج بالفيتامينات					
.22	العلاج السلوكي					
.23	العلاج باللعب					
.24	العلاج بالفن					
.25	العلاج بالموسيقى					
.26	علاج التربية الخاصة (التعليم الخاص )					
.27	العلاج الدوائي					

مقياس سمات التوحد

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
<b>مهارات اجتماعية</b>						
1.	تحسن في التواصل البصري والبدء بالابتعاد عن الوالدين بصورة ملحوظة					
2.	الاهتمام بالألعاب والأشياء التي من حوله والبدء بالتعامل معها بصورة طبيعية					
3.	التكيف مع المواقف المتجددة التي يوجد بها والبدء بكسر الروتين المألوف					
4.	استكشاف المحيط الذي يوجد به عن طريق التواصل البصري واستخدام الحواس					
5.	يتصرف مع المواقف المناسبة لعمره عند تكرارها بدون تجاهلها					
6.	يبدأ بأداء مهمات تناسب عمره					
7.	البدء بالاهتمام بالآخرين الموجودين في العالم المحيط به وتصرفاتهم					
8.	تظهر تغيرات في التعبيرات الوجهية والملامح وحركات الجسم والرأس نتيجة لبعض المؤثرات					
10.	تقبل وتكيف في بيئات جديدة والتعامل مع الأشخاص الغير مألوفين					
<b>مهارات لغوية</b>						
11.	بداية في الاستجابة للمثيرات الخارجية مثل الأصوات ، الروائح والصور والألوان					
12.	إبداء قدرة على تقليد الأصوات والكلمات والحركات بحدود قدراته.					
13.	إظهار بعض مظاهر النطق اللغوية المناسبة لعمره					

					14. يبدى رد فعل للأصوات التي قد تثير انتباهه مع تقليد للبعض
					15. يبدى درجة محافظة على الأشياء التي يتم تقديمها له من ألعاب أو صور أو أوراق
					16. يصدر حديث مفهوم واضح عن الموقف أو السلوك الذي تعرض له أو أبداه
<b>مهارات سلوكية</b>					
					17. تقليد للسلوكيات البسيطة مثل التصفيق وترديد بعض الكلمات والحركات التي قد تثيره في الموقف التعليمي
					18. يبدأ في إتقان بعض المهارات الحركية أو اللفظية أو السلوكية
					19. التخلي عن تكرار بعض الحركات المألوفة والتغيير فيها
					20. يبدأ بالتعبير عن احتياجاته للطعام ، و قضاء الحاجة ، والنوم
					21. يبدى ردات فعل لإيماءات الآخرين كالضحك ، والغضب ، و السرور ، والحزن.
					22. حدوث تطور ولو بدرجة طفيفة على نشاطاته الجسدية
					23. إظهار جرأة على الحديث أو اللعب وظهور أعراض الاستمتاع بالموقف
					24. يبدى استجابة لبعض المؤثرات مثل الألم ودرجة الحرارة والضوء

ملحق رقم (ت)

اسماء محكمين الاستبيان

#	الاسم	التخصص	اسم الجامعة
1.	أ.د محمد شاهين	ارشاد نفسي تربوي	جامعة القدس المفتوحة
2.	أ.د علياء العسالي	تربية ابتدائية	جامعة النجاح الوطنية
3.	أ.د معزوز جابر علاونه	قياس وتقويم	جامعة القدس المفتوحة
4.	أ.د عمر الريماوي	علم نفس	جامعة القدس ابو ديس
5.	د. تامر سهيل	تربية خاصة	جامعة القدس المفتوحة
6.	د. راتب ابو رحمه	خدمة اجتماعية	جامعة القدس المفتوحة
7.	أ.د. زياد بركات	خدمة اجتماعية	جامعة القدس المفتوحة
8.	د. نبيل عبد الهادي	ارشاد نفسي تربوي	جامعة القدس ابو ديس
9.	د. هشام شناعة	ارشاد نفسي	جامعة الخضوري
10.	د. مصلح كناعنه	علم اجتماع	جامعة بير زيت
11.	أ.د. فاخر الخليلي	علم نفس	جامعة النجاح الوطنية
12.	د. شادي ابو الكباش	علم نفس	جامعة النجاح الوطنية
13.	د. اشرف الصايغ	ادارة تربوية	جامعة النجاح الوطنية
14.	د. حسن ابو الرب (مدقق اللغوي)	لغة عربية	جامعة القدس المفتوحة



ملحق رقم (ث)  
مقياس الدراسة بعد التحكيم



جامعة القدس المفتوحة  
كلية الدراسات العليا  
تخصص إرشاد نفسي وتربوي

إستبانة

عزيزي/تي : المرشد /ة المحترم /ة ،  
تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: "السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للاطفال  
واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين"، وذلك استكمالاً لمتطلبات نيل  
درجة الماجستير في برنامج الإرشاد النفسي التربوي في جامعة القدس المفتوحة. إن تعاونكم معنا  
جزء لا يتجزأ من تطوير العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، علماً أن المعلومات المستوفاه  
ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين حسن تعاونكم سلفاً

الباحثة : شيرين عواد

أولاً: يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي ينطبق عليك

- 1- تخصص الأخصائي :  علم نفس  خدمة اجتماعية  تربية خاصة  إرشاد  
 إحصائي علاج نطق  إحصائي علاج وظيفي  غير ذلك
- 2- عدد الأطفال المتوحدين في المركز :  من 9  من 9-20  من 21-30  
 أكثر من 30
- 3- عدد الاخصائيين في المركز :  3-  4-7  أكثر من 7
- 4- اختصاص المركز :  مرضى توحد  مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات
- 5- الجنس :  ذكر  أنثى
- 6- الحالة الاجتماعية  أعزب/ عذراء  متزوج/ متزوجة
- 7- مكان السكن  مدينة  قرية  مخيم
- 8- سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد  أقل من 5 سنوات  
 5-10 سنوات  أكثر من 10 سنوات

ثانياً- مقاييس الدراسة

أ) مقياس سمات اضطراب طيف التوحد: يرجى وضع علامة (X) في المربع الذي يتفق مع رأيك أمام كل فقرة من الفقرات الآتية:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
<b>المجال الأول: السمات الاجتماعية</b>						
1.	يتجنب التواصل البصري بالعينين مع الأشخاص					
2.	في حالة واجه موقف خطير لا يهتم بالنظر للآخرين					
3.	يتجاهل وجود الآخرين تماماً					
4.	يتعامل مع الأشخاص المحيطين به وكأن مهمتهم تحقيق طلباته					
5.	لا يوجد اهتمام مشترك مع الآخرين					
6.	لا يهتم بالنظر إلى ما ينظر إليه الآخرون					
7.	لا يبتسم تلقائياً للآخرين					
8.	لا يراعي الآداب الاجتماعية					
9.	لا يشعر بالذنب أو الخجل إذا أصدر سلوكاً خاطئاً					
10.	يفتقر إلى تبادل إشارات السلام والوداع					
11.	يفضل البقاء وحيداً على التواجد مع أقرانه					
12.	لا يهتم بمشاركة بما تمر به من مواقف بكاء أو حزن					
13.	يفضل اللعب وحيداً					
14.	يميل للألعاب التي تتسم بالخشونة والجري عند اللعب مع الآخرين					
15.	يميل للألعاب التي تتسم بالروتين و التكرار					
16.	يفتقر للعب الرمزي والخيالي					
17.	لا تجذبه الألعاب التي يلعب بها أقرانه					
18.	يميل لصف الألعاب المتشابهة في صفوف ويغضب في حال تغيير ترتيبها					
19.	لا يستجيب عند مناداته باسمه داخل أو خارج المنزل					
20.	يستجيب لاسمه عندما نربط الاسم بشيء محبوب له، مثل: محمد/ حلوى					
<b>المجال الثاني: السمات اللغوية</b>						
21.	الوقوف أمام الشيء الذي يريده صامتاً					
22.	مسك يد الشخص ووضعها على ما يريده					
23.	يردد كلمات أو جمل فور سماعها مباشرة					
24.	يردد بشكل متكرر كلمات أو جمل سمعها منذ زمن					
25.	لا يستطيع استخدام { نعم/ لا} بشكل مناسب					
26.	لا يستجيب للتعليمات اللفظية المؤلفة من أمر					
27.	يتكلم على وتيرة واحدة دون تغيير طبقة الصوت أو سرعته					
28.	لا يستجيب لإشارة الشخص الآخر للمجيء إليه أو التلويح مودعاً					

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
29.	يستخدم جمل روتينيه بشكل متكرر					
30.	صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى					
31.	غير قادر على عكس الضمائر					
32.	عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة					
33.	ضعف في العلاقات التي تربط بين المعاني					
<b>المجال الثالث: السمات السلوكية</b>						
34.	النقر بالأصابع على الأشياء المادية					
35.	يعمد الطفل إلى ارتداء ملابس محددة ورفض خلعها					
36.	الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين					
37.	الاحتفاظ بروتين معين					
38.	الخوف الشديد الذي لا يمكن إدراك سببه عند إحداث أي تغيرات بسيطة في البيئة					
39.	تجنب النظر في عيون الآخرين					
40.	النشاط الزائد أو الخمول					
41.	إيذاء الذات لدى البعض منهم					
42.	الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء					
43.	اللعب بشكل متكرر وغير معتاد					
44.	رفرفة اليدين أمام الوجه، أو على الجانبين					
45.	إصدار أصوات ذات نغمات معينة: ي ي ي، س س س					
46.	يركز على أجزاء معينة في اللعبة: الدولاب بالسيارة					
47.	يهتم بأزرار أو سحب الألبسة أكثر من الألبسة					
48.	يؤذي الآخري مثل عضّهم، أو ضريهم، أو.....					
<b>المجال الرابع: السمات الانفعالية</b>						
49.	يتحول سريعاً من طفل هادئ إلى طفل مليء بالغضب					
50.	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف					
51.	لا يبالي بالأصوات العالية					
52.	لا يعبر عن مشاعره: الفرح - الحزن.					
53.	يصعب على الطفل الإحساس بما يحسه الآخرون					
54.	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي					
<b>المجال الخامس: السمات الحسية</b>						
55.	يقرب الأشياء إلى الوجه بشكل مبالغ لرويتها والتركيز بها					
56.	لا يوجد رد فعل طبيعي مناسب للأصوات العالية والحادة					
57.	يضع أشياء لا تؤكل في الفم { تراب، ألعاب.....					
58.	لا يقبل تذوق أطعمة جديدة بالنسبة له					
59.	يشم الطفل الآخرين بهدف التعرف عليهم					

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
60.	ينزعج الطفل من محاولة ضمه أو عناقه أو مسك يده أثناء اللعب معه					
61.	ينزعج بشدة إذا اتسخت يده					
62.	ضعف شديد بالإحساس الخارجي {البرد، الحرارة}					
63.	يحمل كأساً ساخناً لمدة طويلة دون انزعاج					
<b>المجال السادس: السمات المعرفية</b>						
64.	صعوبة في عمليات التفكير مثل الانتباه والتركيز					
65.	قصور في القدرة على التخيل					
66.	تدني في الذكاء الاجتماعي					
67.	يفتقد لتقليد الحركات وان طلبنا منه ذلك					
68.	يقلد الحركات أو الأصوات التي تلفت انتباهه وخاصة التي تتسم بنوع من النمطية والتكرار					
69.	يظهر الطفل تأخراً في أداء معظم المهارات المناسبة لعمره					
70.	يؤدي مهارة فقط أو اثنتين بشكل أدق وأفضل من أقرانه					
71.	يبدو بشكل عام مشتتاً وغير منتهياً لما حوله					
72.	ينتبه لأجزاء معينة وليس إلى كل ما يقدم له					
73.	يصعب لفت انتباهه في حال كان مستغرقاً بسلوك نمطي					
74.	ينسى ما يتعلمه بسرعة					
75.	يصعب عليه معرفة بأن الأنشطة تنتهي عند موعد محدد					
76.	يصعب عليه الانتظار بالدور					
77.	صعوبة مسك القلم والتحكم به					
78.	صعوبة بناء برج من 8 مكعبات					

**ب) مقياس استراتيجيات التدخل:** في أثناء ممارستك لعملية التدخل للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ، ما مدى ممارستك لكل من الطرائق والاستراتيجيات الآتية من خلال وضع شارة (X) في المربع الذي يتفق مع رأيك أمام كل فقرة من الفقرات الآتية:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
<b>علاج فردي</b>						
28.	جلسات فردية					
29.	تعديل السلوك					
30.	الإرشاد الأسري للطفل					
31.	العلاج بالدعم الحسي					
32.	مهارات السلامة					
33.	العلاج الوظيفي					

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
34.	جلسات النطق					
35.	العلاج الدوائي					
36.	العلاج السلوكي					
37.	تمييز الصور					
38.	تكوين جمل مثل (أنا أريد)					
39.	التعليق والاستجابة و التلقائية					
	<b>استراتيجيات التدخل اخرى</b>					
40.	استخدام برنامج تيش (TEECCH)					
41.	استخدام برنامج بيكس (PECS)					
42.	استخدام برنامج الابن الصاعد (SON RISE)					
	<b>علاج جماعي</b>					
43.	العلاج باللعب					
44.	العلاج بالرسم					
45.	العلاج بالموسيقى					
46.	جلسات جماعية أو العمل الجماعي					
47.	الخروج للمجتمع الخارجي والتواصل معه من خلال مجموعة صور حقيقية					
48.	الإرشاد النفسي					
	<b>العلاج الغذائي</b>					
49.	استخدام الحمية الغذائية					
50.	استخدام هرمون الكرتين					
	<b>العلاج الدوائي والبدني :-</b>					
24.	استخدام العقاقير الطبية					
25.	استخدام العلاج بالماء					
26.	استخدام المساجات					
27.	علاج بالفيتامينات					

مع بالغ شكري وتقديري لإجابتك على الفقرات كافة

