جامعة المنصورة
كليـة التربية

فعالية برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد.

إعداد

الباحث/ جيلان محمد عبد الحميد سيد أحمد

كبحث تكميلى للحصول على درجة الماجستير في التربية
تخصص (التربية الخاصة)

إشراف

أ.د/ فؤاد حامد الموافى
أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة
كليه التربية ـجامعة المنصورة

أ.د/ محمود مندوه محمد سالم
أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة كليه التربية ـجامعة المنصورة

أ.د/ محمد مرسال حمد
أستاذ التمرينات الرياضية كلية التربية الرياضيةـجامعة

مجـلة كلـية التربية – جامعـة المنصـورة

العدد ١١٧ – يناير ٢٠٢٢

فعالية برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد.

الباحث / جيلان محمد عبد الحميد سيد أحمد

مستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد بلغت عينة الدراسة (١٠) أطفال منهم (٨) ذكور و(٢) إناث وتم تقسيمهم عشوائيا في مجموعتين (تجريبية وضابطة) تم اختيار الأطفال الذين تراوحت أعمارهم فيما بين (٤-١٠) وقد كان متوسط العمر الزمنى أطفال المجموعة التجريبية (٦.٧) وانحراف معياري (٢.٣) وكان متوسط العمر الزمنى للمجموعة الضابطة (٦.٨) وانحراف معياري(٢.١)، وقد حصلت الباحثة على أعمارهم من واقع الملفات الخاصة لكل طفل في المركز. واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جيليام لقياس درجة التوحد، مقياس السلوك النمطي لقياس شدة وتكرار السلوك النمطي التكراري، واتبعت الدراسة المنهج التجريبي ذو التصميم (القبلى-البعدى) لمجموعتين متكافئتين (التجريبية-الضابطة). وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية لقياس البعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح المجموعة الضابطة. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح القياس القبلى.

الكلمات المفتاحية: *اضطراب التوحد، الرفلكسولوجى، السلوك النمطى التكرارى.*

Abstract

The current study aims to reveal the effectiveness of a program based on reflexology to reduce repetitive stereotyped behavior in children with autism. The study sample consists of (10) children, including (8) males and (2) females, and they were randomly divided into two groups (experimental and control). Children whose ages ranged between (4-10) were selected. The mean age of the experimental group was (6.7) and standard deviation (2.3), and the mean age of the control group was (6.8) and standard deviation (2.1). The researcher obtained their ages from The reality of the private files of each child in the center. The study tools includ Gilliam scale to measure the degree of autism, stereotyped behavior scale to measure the severity and frequency of stereotypical behavior, the self-care scale for observing the care of children with autism, and the study followed the quasi-experimental approach with a design (Pre and Post Test) for two equal groups. The

results of the study show that there're statistically significant differences at the level of significance (0.01) between the mean ranks of the experimental and control groups in the dimensional measurement on the scale of repetitive stereotyped behavior among children with autism for the control group, and there're statistically significant differences at the level of significance (0.01) between the mean ranks of the experimental group scores in the pre-test and post-test measurements on the repetitive stereotyped behavior scale for children with autism disorder for the pre-measurement

Key Words : Reflexology – Repetitive Stereotypical Behavior –Autism Disorder**.**

مقدمة:

في السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بزيادة انتشار اضطراب التوحد وكذلك التحديات التي يواجهها الأطفال ذوى الاضطراب وأسرهم ونتيجة لذلك يتم نشر معلومات اكثر من أي وقت مضى فيما يتعلق بالأسباب المحتملة والتدخلات والعلاجات المستخدمة مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد وقد يشعر الآباء والمهنيون في كثير من الأحيان بأنهم يواجهون فائضا كبيرا من المعلومات حول التدخلات التي تدعى علاج الأطفال ذوى اضطراب التوحد وفى مواجهه هذا العدد الكبير من المعلومات المتناقضة في كثير من الأحيان يجب أن يكون الأهل والمهنيون قادرين على تقييم هذه التدخلات والبرامج لتحديد ما هو الأكثر احتمالا لمساعدتهم ودعم أطفالهم .

ويعد اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات الغامضة التي لاتزال حنى يومنا هذا محور الاهتمام والدراسة في كافة الأوساط الطبية والبحثية وهو نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال، ومن أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل والأسرة كما أنه يعد ثالث إعاقة تطورية من حيث الإصابة (وفيق صفوت مختار، ٢٠١٨، ٧).

ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) فقد تم تشخيص اضطراب التوحد ضمن اضطراب طيف التوحد بعناصره (اضطراب التوحد– اضطراب اسبرجر–اضطراب الطفولة التفككى–الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة) وقد تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين في عملية التشخيص حيث تتضمن المعايير الجديدة وهما:قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية، وإذا لم تتوفر الصفات السلوكية فان التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي وليس اضطراب طيف التوحد ويحدث خلال مرحلة الطفولة المبكرة (إيرينى سمير غبريال، ٢٠١٥، ٥٤).

ويُعتبر السلوك النمطي التكراري هو أحد المحكات الرئيسة في تشخيص اضطراب التوحد حيث يبدى الأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحد مدى ملحوظاً من ضيق الاهتمامات ومحدوديتها،وغالبا ما يستحوذ عليهم اهتمام واحد ضيق، وقد يبدون إصراراً على الاحتفاظ بكل شيء في مكانه كما هو دون تغيير والضيق إزاء التغيرات العادية البسيطة كإعادة ترتيب الأثاث أو استخدام مجموعة جديدة من الأواني على مائدة الطعام (محمد رضا السيد، ٢٠١٨، ٣٣).

ويرى أسامة محمد البطاينة وهاني أحمد عرنوس (٢٠١١، ٢٠٣) أن الاضطرابات المختلفة والسلوكيات النمطية تتآزر معا لدى أطفال التوحد لتشكل حاجز عثرة وعائقا لعملية تعلمهم واكتسابهم الخبرات الحياتية والتعليمية المناسبة، مما يؤدى إلى انخفاض مستوى أدائهم للواجبات المطلوبة منهم سواء في البيت أو المراكز التعليمية، ونتيجة للآثار السلبية الناجمة عن الأنماط السلوكية لدى أطفال التوحد، تأتي أهمية إعداد برامج خفض يهدف إلى خفض الأنماط السلوكية لدى أطفال التوحد لمساعدتهم على اكتسابهم المهارات والخبرات الأساسية اللازمة لقيامهم بشئون حياتهم المختلفة.

وتشير دراسة كل من Bodfish, Lewis, Symons, Dawn, Parker, & Mark,2000, 237-243) أن السلوكيات التكرارية لم تحظى بالقدر الكافي من الاهتمام مثل الذي حظي به كل من التفاعل الاجتماعي وعجز التواصل فمازال هناك الكثير من المسائل الأساسية حول الظواهر النفسية والمعالجات السلوكية المتعلقة بالسلوك التكراري لم يتم الإجابة عنها وخاصة مع ما يتسم به هذا السلوك من التنوع والانتشار.

ويذكر (Baio, Wiggins, Christensen, Maenner, Daniels, Warrant , &Dowlin, 2018, 1-23) أن التدخل المبكر وسيلة مهمة للحد من الإعاقة في مرحلة الطفولة، ويسهم في التقليل من تفاقم المشكلات التي تنجم عن تأخير تشخيص الأفراد الذين يعانون من أي إعاقة أو تهيأ لإعاقة، من خلال التدخل المبكر في مساعدة الطفل على تجاوز الصعوبات التي يواجها، أو بتقديم العلاج الذي قد يمنع من ظهور الإعاقة بشكلها المتكامل.

ويذكر كل من فدوى يوسف أبو العقيص ومحمد حسين قطنانى وعائشة علوى باعبود وآسمى ميخائيل الجعيتانى (٢٠١٧، ٥١) أن طرق التدخل المبكر في خفض السلوكيات النمطية التكرارية لفئة اضطراب التوحد متعددة، ولكن يعد الرفلكسولوجى من أفضل الأساليب المستخدمة حديثا في خفض لسلوكيات النمطية التكرارية حيث أنه يعتبر هو أحد العلاجات التكاملية لذوي الاحتياجات الخاصة والذي يطلق عليه أيضًا علاج التمبرانا الانعكاسي حيث أن كلمة "تمبرانا" باللغة الإسبانية تعني التدخل المبكر. أي التدخل المبكر بالرفلكسولوجى Reflexology.

كما تشير المراجعة السردية لأدبيات تدليك الأطفال إلى أن العلاج بالتدليك له آثار إيجابية على العديد من حالات الأطفال، وتشمل الاضطرابات النمائية والمشاكل النفسية بما في ذلك السلوكيات العدوانية، ومشاكل الجهاز الهضمي بما في ذلك الإمساك والإسهال، والحالات المؤلمة مثل الحروق والخلايا المنجلية، واضطرابات العضلات مثل الشلل الدماغي وضمور العضلات ومتلازمة داون، والأمراض المزمنة مثل مرض السكري، وسرطان الربو، وفيروس نقص المناعة البشرية، كما أن الآليات الكامنة لآثار العلاج بالتدليك تشمل انخفاض في هرمونات التوتر ,Field 2019, 78)).

ويشير كل من (Woodward, Norton, & Barriball, 2010,41-46) أن تدليك القدمين هو تطبيق ضغط اليد والأصابع المناسب على نقاط محددة في القدم تسمى مواقع الانعكاس وأن مواقع الانعكاس هذه مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالأعضاء الداخلية للجسم، ويزيد من إمداد الدم للأعضاء المتوقعة، والرفلكسولوجى (علم المنعكسات) هو تقنية آمنة وفعالة وموثوقة ليس لها أي آثار جانبية تم الإبلاغ عنها، إنه شفاء قديم للأطفال الذين يعانون من إعاقات في النمو وخاصة التوحد، فإنه يحسن تنمية الطفولة المبكرة.

وتوضح دراسة (Adam, Fabes, Hubbard, & Liu, 2006, 91) أن التقارير تشير إلى أن ما بين ٥٦٪ و ٨٣٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد ، يعانون من اضطرابات النوم، بما في ذلك رفض الذهاب للنوم ، والخروج من السرير ، ونوبات الغضب في وقت النوم ، والاستيقاظ المبكر، ويتطلب ذلك جهد من الوالدين مع الطفل ، إلى جانب فرط النشاط في الليل، ويحدث ذلك للعديد من العائلات مع الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، فالنوم هو قضية مهمة مع الأطفال من جميع الأعمار، وقد أظهرت الاختبارات المعيارية انخفاضا في السلوكيات التوحدية وزيادة في تطور اللغة لدى جميع الأطفال، وكذلك تحسين المهارات الحركية، والوظيفة الحسية والصحة العامة بعد التدليك الطبي مرتين يوميا.

وتشير دراسة كل من (Vidyashree, Maheshkumar, Sundareswaran, Sakthivel, Partheeban, & Rajan, 2019, 71-73) أن أغلبية الآباء لأطفال يعانون من اضطراب التوحد يتجنبون بعد فترة الاستمرار في إعطاء أبنائهم الأدوية الطبية لعلاج أبنائهم أو التخفيف من حدة أعراض المرض عليهم أو لتفادي الأثار الجانبية لها، لذلك فهم غالباً ما يلجؤون لأساليب وطرق العلاج التكميلية والبديلة مثل الوخز بالإبر أو العلاجات الطبيعية أو اليوجا.

وقد أوصت عزة عبد الله غيم وشيماء عبد الهادى بدوي وسهام فاروق إسماعيل (٢٠١٩، ١٠٣) بدمج علم الرفلكسولوجى (Reflexology) في القدم كجزء من الرعاية اليومية الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد والدورات التدريبية التي تمكن الممرضات من الحصول على شهادة في علم المنعكسات.

وتوصلت دراسة (Baskwill, Kelleher, Cowen, Purser, Cowen, Dion, & Spronken-Smith, 2019, 9-27) إلى تأكيد وجود علاقة إيجابية بين التدليك والرفلكسولوجى لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، كما أن الطفلة موضع دراسة الحالة أظهرت قدرًا أكبر من السيطرة على موقفها وتنسيقها واستخدام القوة، نظرا لأن هذه الدراسة لا تتضمن سوى موضوعا واحدًا يعمل بشكل معتدل، أي أن هناك حاجة لدراسات أكبر لتأكيد وجود علاقة إيجابية بين التدليك والرفلكسولوجى لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد .

ومن العرض السابق يتضح لنا التأثير الإيجابي للرفلكسولوجى على كل من الحالة الصحية العامة للفرد وكفاءة الأجهزة الحيوية وللأمراض العضوية والنفسية كالقلق والتوتر النفسي.

كما نجد أنه على الرغم من اتفاق الدراسات على التأثير الإيجابي للرفلكسولوجى على كل من الأفراد العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة اضطراب التوحد إلى أنه لم تتم دراسة أثره على أطفال اضطراب التوحد وسلوكياتهم وانفعالاتهم.

مشكلة الدراسة

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال عمل الباحثة في مراكز التربية الخاصة والتأهيل الحركي ومشاهداتها اليومية لأطفال التوحد، ومعاناة كثير من الأخصائيين أثناء القيام بجلسات تنمية المهارات للطفل التوحدي وإهدار نصف الوقت تقريبًا بسبب السلوك النمطي التكراري الذى يسيطر على الطفل كليا بحيث يجعله منشغلا تماما عن إبداء أي استجابات صحيحة أو ردود أفعال مناسبة للأوامر، والشكوى المستمرة للأمهات من حيث عدم قدرتهن على السيطرة على أطفالهن داخل المنزل بسبب هذه السلوكيات المتكررة والتي تصبح بمثابه عبء وكاهل أكبر إذا ما كان هناك طفل اصغر معافى يقلد ويحاكى أخاه التوحدي الأكبر في العمر لتلك السلوكيات حيث أنه لا يعي اضطراب أخيه وأنه مصاب باضطراب.

ويعتمد تصميم أي منهاج على إمكانية تعليمه وتعميمه في مواقع مختلفة وبالأخص البرنامج الذي يصمم للأطفال المصابين باضطراب التوحد، حيث يمكن للطفل المصاب باضطراب التوحد

من رفع كفاءته واستقلاليته في أداء المهارات المختلفة، وبما أن الهدف النهائي هو الاستقلالية فإن البرنامج لابد أن يعكس القدرات الفردية، (أحمد محمود عكاشة، ٢٠٠٥، ١٣٩).

ولذلك قدم البحث الحالي مدخلاً جديداً لخفض حده السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد من خلال تطبيق تقنيات علم الرفلكسولوجى، ومن خلال ما سبق تحاول الباحثة أعداد برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد.

وفى ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

ما فعالية برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد؟

ويتفرق منه التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطةفي القياس البعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق ما يلي:

- التحقق من فعالية البرنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطى التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية الي:

- أهمية تناول فئة التوحد بالدراسة والبحث وذلك بسبب انتشارها ف البلدان العربية بشكل ملحوظ فى السنوات الأخيرة وتزايد النسبة بشكل سريع وملحوظ.
- ندره الدراسات السابقة فى هذا المجال كان سببا رئيسيا فى تصميم برنامج قائم على الرفلكسولوجى واختبار فعاليته فى خفض السلوك النمطى التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد،

قد تفيد نتائج هذه الدراسة فى تعميم استخدام الرفلكسولوجى فى مراكز الرعاية الخاصة بهم الى جانب مساعدة أولياء الأمور والأمهات فى المنازل.

المفاهيم الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

أ- السلوك النمطي التكراري: Stereotypic Movement Disorder

هو نوع من اللزمات النمطية المتكررة التي يتسم فيها سلوك الطفل التوحدي بأنه على وتيرة واحدة في موقف ما، ولا يقبل التبديل إلا قليلاً في ظروف قهرية، والاحتفاظ بأشياء معينة أو التفكير في فكرة بعينها، مع نقص واضح في تقدير الأمور وتظهر في شكل سلوكيات عدة منها (سلوكيات نمطية حسية – سلوكيات نمطية لفظية – سلوكيات نمطية حركية _ سلوكيات نمطية انفعالية – سلوكيات نمطية روتينية) وتظهر في وقت مبكر من حياة الطفل ذوي اضطراب التوحد (السيد مصطفى راغب وصبري عبد المحسن محمد،٢٠١٧، ٦).

ب- اضطراب التوحد: Autism Disorder

يعرف اضطراب التوحد وفقاً لما يراه (عادل عبد الله محمد وعبير محمد،٢٠٢٠، ٦) بأنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره، ويلازمه مدى حياته. ويمكن النظر إليه من منظور سداسي على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته. كما يتم النظر إليه أيضاً على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه أنماط اضطراب طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة، كما أنه يتلازم مرضياً comorbidity مع اضطراب من قصور الانتباه.

ج- الرفلكسولوجى: Reflexology

يعرفه كلا من من فدوى يوسف أبو العقيص ومحمد حسين قطنانى وعائشة علوى باعبود وآسمى ميخائيل الجعيتانى (٢٠١٧، ٥٠) بانه إعادة تأهيل الدماغ وبرمجته عن طريق تحفيز المناطق والنقاط العصبية الموجودة في الوجه والأيدي والأقدام والتي لها صلة مباشرة بالجهاز العصبي المركزي ونظام الهرمونات في الدماغ. ويعمل على إرسال ذبذبات للخلايا العصبية لإصلاح الخلل الذي نجم عنه الكثير من الأمراض والأعراض، وقد ثبتت فعاليته في علاج الكثير من الإعاقات والأمراض المزمنة في أنحاء العالم.

محددات الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية:

١.موضوع البحث:

فعالية برنامج قائم على الرفلكسولوجى لخفض السلوك النمطى التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد وأثره على العناية بالذات.

٢. محددات بشرية:

تتحدد الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة من أطفال اضطراب التوحد والتي تتراوح أعمارهم بين (٤-١٠) سنوات من بين اضطرابات طيف التوحد كما حددها الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس DSM5 للاضطرابات النفسية والعقلية التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي ٢٠١٣ (اضطراب التوحد، اضطراب اسبرجر، واضطراب الطفولة التراجعي، والاعاقة النمائية غير المحددة، اضطراب التواصل الاجتماعي).

٣. محددات مكانية:

تم التطبيق بمركز متحدي الإعاقه التابع للجمعية الشرعية المشهرة برقم ٣٥٩لسنة ١٩٦٦بمديرية التضامن الاجتماعى بالدقهلية.

٤. محددات زمنية:

تم تطبيق برنامج الرفلكسولوجى بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا لمدة ستة شهور حيث اشتمل البرنامج على (٧٠ جلسة) تتراوح مدة الجلسة مابين (٤٥-٦٠) دقيقة.

٥. حدود منهجية:

تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

٦. حدود إجرائية:

تتحدد نتائج الدراسة بالعينة المستخدمة مقسمة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، كما تتحدد بالأدوات المستخدمة والأساليب المناسبة.

٧.أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على:

- مقياس جيليام لقياس درجة التوحد (ترجمة وتقنين: عادل عبد الله محمد وعبير محمد، ٢٠٢٠).

- مقياس السلوك النمطي لقياس شدة وتكرار السلوك النمطي التكراري (إعداد: السيد مصطفى راغب وصبري عبد المحسن محمد، ٢٠١٧).
- مقياس العناية (إعداد: وليد جمعة عثمان ،٢٠١٦).
- برنامج قائم على الرفلكسولوجي (إعداد الباحثة).

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: السلوك النمطي Stereotypic Behaviour:

تعد السلوكيات النمطية واحدة من أهم المعايير الأساسية لتشخيص اضطراب التوحد وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5, 2013, 809)

ويشير عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٢، ٢٥-٢٨) إلى أن السلوكيات النمطية جزء لا يتجزأ من التوحد لدى الأطفال، ولكن قد يأخذ في بعض الأحيان مناحي خطيرة على الطفل نفسه، أو على من يحيطون به، لذلك فمن الحكمة فهم هذا السلوك ودراسة إمكانية التخفيف من وطأته على الطفل ومن يحيطون به.

أ) أنواع السلوكيات النمطية لدى أطفال إضطراب التوحد Types of Stereotypical Behavior:

يمكن استخلاص أهم السلوكيات النمطية التي يمارسها الأفراد التوحديين والتي تعتبر من السلوكيات السلبية لدى الأشخاص التوحديين كما حددها (السيد مصطفى راغب وصبري عبد المحسن محمد،٢٠١٧، ٦) كما يلي:

السلوكيات النمطية الحسية Stereotyped Sensory Behaviors وتتمثل في:

(لعق الأشياء-خروج اللسان من الفم وثنيه-مص الأصابع-يضع إصبعه داخل أنفه-يحرك ريقه لعابه داخل الفم-يمشى أصابعه في أذنه-يلمس الأشياء كمفاتيح الكهرباء).

السلوكيات النمطية اللفظية Verbal Vtereotyped Behaviors وتتمثل في:

(يصدر أصوات عالية -يعيد عبارات يكون قد سمعها من قبل -يضحك ويقهقه بصورة غير مناسبة-الصفير بالفم أو الأنف-يؤدى إشارات باليدين والوجه غير مفهومة).

السلوكيات النمطية الحركية Stereotyped Motor Behaviors وتتمثل في:

(يحرك رأسه للأمام والخلف-يدور حول نفسه-يقفز على الأساس-يمشى على أطراف أصابعه-يهتز بالجسم للأمام والخلف-ينام على ظهره رافعا رجليه لأعلى-يمشى بصورة الحجل-يتحرك بشكل مندفع).

السلوكيات النمطية الانفعالية Emotional Stereotyped Behaviors وتتمثل في:

(ضرب رأسه في الحيط-ينقر نقرا خفيفا سريعا أمام العين-يعض نفسه أو إيذاء النفس-الجز على الإنسان-الخبط باليد على الصدر-شد شعر الرأس والرموش بالإصبع-قضم أظافره-الرفرفة-يصفق بيده-يخربش بأظافره).

السلوكيات النمطية الروتينية Routine Stereotyped Behaviors وتتمثل في:

(تمزيق الورق لقطع صغيرة-يفضل نوع معين من الطعام-برم الأشياء-ينزعج عند حدوث أي تغيير في غرفته أو ملابسه-يدير أصابعه في عينه-يغلق الأبواب ويفتحها-يغلق ويفتح مفاتيح الإضاءة-يقوم بتدوير الأطباق والفناجين والأكواب-يرمى الأشياء على الأرض وإلتقاطها-يضع اللعب في صفوف).

ب) تعريفات السلوك النمطي التكراري Definitions of Typical Behavior:

يعرف (كل من Lam & Aman, 2007, 855) السلوك التكراري إجرائيا بأنه مصطلح يشير إلى فئة واسعة ومتباينة من السلوكيات التي ترتبط بالتكرارية، والجمود، والثبات وعدم الملائمة وذلك وفقا للمعايير التالية:

نمطية أومحدودية للاهتمامات الشاذة من حيث الشدة والتركيز-تقيد غير مرن لروتين وطقوس غير هادفة -نمطية وتكرارية حركية -الانشغال بأجزاء الأشياء.

ويعرفه (Speth, 2006, 3) بانها سلوكيات تحدث بشكل متكرر وثابت، وتتضمن العديد من الأشكال، وهي دالة على الجمود وانخفاض قدرة الفرد على التكيف مع الأحداث الجديدة والطارئة التي تحدث في البيئة، كما أن بعض هذه السلوكيات تخضع للملاحظة المباشرة متحركات الجسم التكرارية، والبعض الآخر لا يمكن ملاحظته بشكل مباشر مثل التفكير الوسواسى.

ج) النظريات المفسرة للسلوك النمطي التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد Theories Explaining RepetitiveSstereotyped Behavior:

تفسر هذه النظريات الحالية نشأة السلوكيات النمطية المتكررة من خلال الفروض الأتية:

- **السلوكيات النمطية المتكررة نتيجة خلل وظيفي في المهام التنفيذية في الدماغ Stereotypical Repetitive Behaviors as A result of Dysfunction in : the Executive Functions of the Brain**

تفسر هذه النظرية السلوك النمطي التكراري، بالإصرار على التماثل، والاهتمامات الضيقة، والانتباه إلى التفاصيل الضئيلة، والتركيز على جانب واحد لموضوع من الموقف مما يقود إلى

اهتمامات محددة موجودة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، نتيجة التماسك الضعيف للجهاز العصبي المركزي (وفاء على الشامي، ٢٠٠٤، ٣٧٤).

- **النظرية السلوكية للسلوك النمطي التكراري: Behavioral Theory of Repetitive Stereotyped Behavior**

حيث افترضت هذه النظرية أن السلوك النمطي يكون نتيجة الأشراط الإجرائي مع السلوكيات نفسها مما يعطي مكافأة للفرد، حيث تناولت هذه الفرضية تكرارية السلوك النمطي إلى ما يعقبه من التعزيز الحسي، أو ما يسمى بالتعزيز الآلي بواسطة المحاولة والخطأ والتي تحقق له التعزيز الحسي (Barber, 2008,10)

- **نظرية الإثارة: Arousal Theory**

وهذه الفرضية تدعم من خلال حقيقة أن الكثير من السلوكيات النمطية توفر الإثارة الحسية. مما يجعلها تجربة ممتعة للفرد ذوى اضطراب التوحد (Scahill, Bearss, Lecavalier, Smith, Swiezy, Aman, & Johnson, 2011, 24)

- **تكرارية السلوك نتيجة أعراض قصور التنفيذ: Repetition of behavior as a result of symptoms of inadequate implementation**

وتفسرنظرية الخلل التنفيذي وجود السلوك النمطي التكراري لخلل وظيفي في المهام التنفيذية في الدماغ، والتي تتمثل في المهارات المعرفية كالتخطيط، والتنفيذ، والمنع، وتحويل الانتباه فالأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم قصور في التخطيط، والتوليد، أو السيطرة على السلوك، مما يجعل الطفل ذوي اضطراب التوحد مقيد (حبيس) لفكرة، أو سلوك مما ينتج عنها لاحقا الأفكار والسلوكيات المتكررة، هذه النظرية ربما تفسر التنويع، التفشي (التغلغل)، التكرار، وجمود السلوكيات المتكررة للأطفال ذوي اضطراب التوحد (Barber, 2008, 9-8).

وخلصت الباحثة من هذا الاستعراض للسلوك النمطي التكراري إلي عدم قدرة النظريات على تفسير السلوك النمطي لدى أطفال التوحد، أو وضع تفسير محدد وواضح لهذا السلوك، ألا أنها تطرح فكرة أن الطفل التوحدي لا يعاني من عجز أو قصور واحد، وأنه بدلًا من تفسير واحد مستقل يعتمد على سبيل المثال: القلق لدى الطفل بمفرده، أو ضعف التماسك العقلي، أو غيرها من الأسباب المفسرة، لكنه يمكن القول: أن هناك تضافرًا في جميع الأسباب قد يضعف أحدها أو يقوي، لكننا في نهاية القول يجب التعامل معها جميعًا في نفس الوقت.

ثانيا: اضطراب التوحد Autism Disorder:

يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام بها 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 وأن التوحد يعتبر من أكثر الإعاقات الإنمائية صعوبة بالنسبة للطفل ومع زيادة الاهتمام بالتوحد أصبح ينظر إليه كإعاقة منفصلة في التربية الخاصة ويظهر ذلك واضحا من خلال القانون الأمريكي للتربية الخاصة وتعليم الأفراد المعاقين (Konst, Matson, Goldin, & Rieske, 2015, 1-7).

١) تعريف اضطراب التوحدDefinition of Autistic Disorder:

لم يتفق الباحثون على مفهوم محدد لاضطراب التوحد ربما يكون ذلك بسبب تعدد الشرائح التي اهتمت بحالات اضطراب التوحد باختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، بالإضافة إلى عدم الاتفاق على أسباب محددة للاضطراب.كما أن اضطراب التوحد أعراضه كثيرة جدا ليس درجة واحدة وإنما درجات منها البسيطة والمتوسطة والشديدة، وليس بالضرورة أن تكون جميعها موجودة لدى نفس الطفل، وفيما يلي عرض لبعض المفاهيم:

أ- مفهوم التوحد كاضطراب نمائي نفسي: يعرف أشرف أحمد عبد القادر (٢٠١٣، ٤) اضطراب التوحد بأنه أحد الاضطرابات النمائية العامة أو الشاملة التي تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجا وإرباكا وحيرة، لأنها تتضمن انحرافا في جميع جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة، بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعليم واللغة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية.

ب-مفهوم التوحد كاضطراب نمائي حسي: يشير عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢، ٥٢) إلى أنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابيه انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي والاندماج في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص.

د- مفهوم التوحد كاضطراب نمائي انفعالي: ووفق معجم منظمة الصحة العالمية يعرف اضطراب التوحد على أنه 'انصراف الطفل إلى أفكار ذاتية، وأحلام يقظة، وأوهام مع الابتعاد عن الواقع وعدم القدرة على التواصل العاطفي والاجتماعي فضلا عن تدهور اللغة أو غيابها، هذا مع

اهتمام الطفل المكثف بشيء محدد وافتقاد تجاوبه للأوامر وطغيان تفضيل ذاته على كل ما في محيطها مما يسبب انعزاله وظهور اضطرابات سلوكية وعصبية وحركات لا إرادية تتكرر ألياً"(وفيق صفوت مختار، ٢٠١٨، ١٧).

هـ- مفهوم التوحد كاضطراب نمائي عصبي: ويعرف كونن (Quinn,2006, 6) اضطراب التوحد بأنه اضطراب نمائي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، يؤثر على الدماغ، فيؤثر على قدرة الطفل على التواصل، تكوين علاقات مع الآخرين، والاستجابة بشكل مناسب للعالم الخارجي، ويميل طفل التوحد إلى ممارسة سلوكيات نمطية أو تكرارية ويكون لدية أنماط جامدة من التفكير ومن الممكن أن يتجنب التواصل البصري، يبدو كما لو كان أصم، وقد يتصرف كما لو أنه غير مدرك أو واع بوجود أو مجيء وذهاب الآخرين.

٢) خصائص اضطراب التوحدcharacteristics of Autism:

يرى روبرت كوجل (٢٠٠٣، ٢٢) أن الاضطراب يظهر مع العديد من الخصائص الأساسية التي تؤثر على كل طفل بشكل مختلف، وذلك لأن أطفال اضطراب التوحد يُظهرون درجات متفاوتة من الأعراض وبالتالي تختلف الإعاقات الوظيفية والسلوكية والإدراكية من طفل لآخر، ولكن يمكن القول بأن الخصائص الأكثر شيوعًا لاضطراب التوحد هي الإعاقات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي والاهتمامات الهوسية والسلوكيات النمطية المتكررة، وتتمثل هذه الخصائص فيما يلي:

١-يوضح هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨، ٥٠-٥٣) انهم لا يستطيعون تطوير علاقات اجتماعية التي تتناسب وأعمارهم، وتعد هذه الخاصية الأساسية.

٢-الأطفال المصابين باضطراب التوحد يجدون صعوبة في التواصل مع الآخرين، أو بدء المحادثات أو الحفاظ عليها، وتكوين صداقات، وفهم الحالات العقلية للآخرين (Sullivan, 2019).

٣-يشير عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤، ١٩٨) إن الطفل التوحدي يعاني مشاكل في اللعب التخيلي، ولا تمتاز لعبهم بالابتكار أو التجديد.

٤-يوصف (شيرل ثاكر، ٢٠٠٩، ٥٩) الأطفال التوحدين بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء كان لفظيا أم غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة.

أ- **الخصائص السلوكية :Behavioral Characteristics**

١-عمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، مما يؤثر على اكتساب المهارات كما يقلل من فرص التواصل مع الأخرين (ماجد السيد على، ٢٠٠٥ ،٣٢).

٢-يوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة. هذا الالتزام أو التشبث بروتين محدد يدفعهم دائماً لرفض أي تغيير (روبرت كوجل،٢٠٠٣، ٢٤-٢٥).

٣- يعد إيذاء الذات أيضًا من السلوكيات التي قد توجد لدى الأطفال ذوي التوحد ولكن بدرجات متفاوتة وتكمن خطورة هذا السلوك في آثار السلبية التي يتركها على الطفل والأسرة (وليد السيد احمد ومراد على عيسى،٢٠٠٧، ١١٤).

ب- الخصائص الحس حركية Kinesthetic Characteristics:

ويشير (محمود عبد الرحمن عيسى، ٢٠١٨،٢٦٥) إلى أن الأطفال ذوي التوحد الرضع لديهم اضطرابات في التجهيز الحس حركي فنجد أن هذا يعاني من صعوبات حسية وحركية ونقص في تناغم العضلات، ومشكلات في الحركة الفمية، والحركات المتكررة النمطية، وقصور في التآزر الحسي الحركي.

ج-الخـــصائص الانفعاليـــة والمزاجيـــة Emotional and Temperamental Characteristics:

يشير (إسماعيل إبراهيم بدر، ٢٠١٠ ،١٥) إلى أهم ما يميز أطفال اضطراب التوحد من خصائص انفعالية ما يلي: (نقص المثابرة والدافعية ولا يعرف معنى الخوف والقلق ونقص القدرة على الاستجابة السريعة لعدم الفهم الواضح ولا ينتبه كثيراً للمثيرات التي من حوله والنوم متقطع ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة والاستجابة غير المناسبة للمثيرات البيئية من أصوات أو حركات وعدم إدراك وشعور الطفل بهويته الذاتية).

هـ- الخصائص المعرفية Cognitive Characteristics:

تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال التوحديين، فقد يكونوا على مستوى عالي في شيء معين، بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر، ويرتبط هذا الاختلاف أحيانا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال عل فهم المفاهيم ا الأساسية (Du, Yiu, & King, 2019, 453-459).

وترى الباحثة مما سبق أن الهدف الأسمى من تعليم الطفل المصاب باضطراب التوحد مختلف المهارات هو أن يقوم بتلبية احتياجاته اليومية في مختلف الجوانب بأقصى حد ممكن من الاستقلالية، وبما يتواءم مع قدراته واحتياجاته حيث أن الاستقلالية والاعتماد على الذات هي الهدف النهائي لكل البرامج التدريبة الخاصة بهذه الفئة من الأطفال.

ثالثا: الرفلكسولوجي Reflexology:

تعد المعالجة بتدليك اليدين والقدمين طريقة مأمونة تماما للعلاج ولا تتطلب تدخلا خارجيا، وإنما تعمل بممارسة الضغط على نقاط انعكاس محددة في القدمين واليدين فكل نقطة انعكاس تقابل جزءا من الجسم وينبه تدليك نقاط الانعكاس هذه نهايات الأعصاب والدورة الدموية، كما يخفف الإجهاد والتوتر الكامنين في الجسم. وتعد المعالجة بالرفلكسولوجى هي إحدى أقوى العلاجات الطبيعية لتخفيف الإجهاد وتفريج الكرب والتوتر التي تتسم بها الحياة الحديثة وهي سهلة التطبيق وتحدث ارتياحا عميقا عن طريق العمل على استرجاع قدرة الجسم على شفاء نفسه بنفسه (آن جيلاندرز، ٢٠٠٠، ٨).

١) مدخل تاريخى للرفلكسولوجى A historical Introduction to Reflexology:

يعود تاريخ الرفلكسولوجى إلى القدماء المصريين في العصور القديمة، حيث ارتبط أساسا بأساليب العلاج عند كثير من الشعوب القديمة وتشير الأثار الفرعونية القديمة إلى أن المصريين القدماء قد استخدموا التدليك منذ اثني عشر قرناً قبل الميلاد. وفي الصين القديمة استخدم التدليك كطريقة للعلاج، وكذلك الأمر في الهند واليابان (على بن عبد الله آل خليفة، ١٩٩٣، ٣٢-٢٩).

ويذكر (William, 2016, 8-9) أن إنغام هي أول من فضلت العمل على انعكاسات القدم عن علاج المنطقة بشكل عام. كانت إنغام أول شخص وصف طريقة علم الرفلكسولوجى كما هي معروفة على نطاق واسع اليوم، وكانت هي أول من وصف مواقع مناطق الانعكاس في القدمين فيما يتعلق بأجزاء الجسم ووضعت مخططًا للقدم لإظهار مواقف هذه المناطق المنعكسة. ومن خلال بحثها، أنتجت مخططًا للقدم يوضح كيف شكلت مناطق الانعكاس في القدمين خريطة للجسم في القدمين ووضعت شكلها العلاجي المسمى " Eunice Ingham o Compression Massage".

٢) تعريفات الرفلكسولوجى Definitions of Reflexology:

وجد الكثير من التعريفات التي عرفت الرفلكسولوجى من قبل المؤلفين بالإضافة إلى المحاولات الجادة من قبل الباحثين لوضع تعريف محدد ودقيق للرفلكسولوجى وقد ساعد ذلك على وجود كثير من التعريفات للرفلكسولوجى باتجاهات ومنظور مختلف والتي يصعب حصرها ولذلك تحاول الباحثة الإشارة إلى بعض التعريفات على سبيل المثال لا الحصر.

المعنى القاموسي والعلمي للمنعكسات Reflexology: يعرف القاموس كلمة Reflex أنه انقباض عضلي غير إرادي يحدث نتيجة استثارة خارجية ولكن في مجال علم المنعكسات كلمة Reflexologyتعنى الإحساس الانعكاسي أو المرآه الصغيرة لكل قدم (أبو العلا عبد الفتاح ومحمد حسانين، ٢٠٠٠، ١٥١).

ويعرف دنيس لامبولى (٢٠١١، ٧-١١) علم الرفلكسولوجى على أنه أسلوب عناية وعلاج مكمل يرمي إلى التأثير عن بعد على عضو أو بعض أعضاء الجسم، عن طريق الضغط بالأصابع على نقطة معينة. وتسمى هذه النقاط المحددة بمناطق ردة الفعل، وهي متواجدة بشكل خاص على القدمين واليدين وهو علاج طبيعي، يرتكز على العلاقات القائمة بين نقاط معينة من الجسم وأخرى محددة على اليدين والقدمين. وبمعنى آخر، عند تدليك مناطق معينة من القدمين، نحصل على ردة فعل من شأنها معالجة أعضاء أخرى من الجسم.

ويعرف محمد رضى عمرو (٢٠٠٤، ٢٠) الرفلكسولوجى على انه: التدليك المنعكس هو أسلوب ممارسه الضغط بالأصابع على نقاط ضغط منعكسيه موجودة في نهاية الأطراف اليدين والقدمين فاليدان والقدمان تعتبران بمثابة مراه للجسم اليد اليمنى والقدم اليمنى تعكسان الجهة اليمنى من الجسم واليد اليسرى والقدم اليسرى تعكسان الجهة اليسرى منه. ويمثل التدليك الانعكاسي علاجا طبيعيا بسيطا غير ضار ينشط آليه الشفاء الذاتي الخاصة بالجسم ويؤمنصحة جسديه ونفسيه وتوازنا عاطفيا وتنفسا عميقا لا إراديا.

٣) التأثيرات الفسيولوجية للتدليك النقطي بالرفلكسولوجى Physiological Effects of Reflexology Point Massage:

يشير دنيس لامبولى (٢٠٠٣، ٢٥-٢٦) إلى فوائد الرفلكسولوجى وهي:

١. يحث الرفلكسولوجى على الاسترخاء العميق.
٢. ينشط الرفلكسولوجى سير العلاج الطبيعي في الجسم.
٣. الرفلكسولوجى يحسّن العلاج الدورة الدموية في الجسم كله.
٤. يحث العلاج بالرفلكسولوجى أعضاء الجسم مثل الكبد والقولون والجلد والرئتين على القيام بوظائفها العضوية الأساسية ألا وهي تحرير الجسم من سمومه الداخلية.
٥. تؤدي جلسة الرفلكسولوجى إلى مد الجسم من جديد بالحيوية والطاقة لمجابهة كافة حالات التعب المزمن والكسل.
٦. يزيل لعلاج بالرفلكسولوجى كافة الأحاسيس السلبية فمن المؤكد أن الكثير من الأمراض الجسدية هي نتيجة أحاسيس نفسية سلبية أو مكبوتة تقف حاجزاً أمام جريان الطاقة الحيوية.
٧. يؤثر الرفلكسولوجى بشكل غير مباشر على الحالة الفكرية فتجلي الأفكار وتزيد القدرة على التركيز والانتباه.

٤) آليـة خطـوات جلسة الرفلكسولوجى The Mechanism of theSsteps of the Reflexology Session:

أشار (Flocco, 2014, 6) إلى مجموعة من الخطوات التي يجب إتباعها أثناء جلسة الرفلكسولوجى وهى تتمثل في الاتي :

١-تحدّيد النقطة التماثّلية للشبكة العصبّية فَي الّيد والقدم المقابلة للعضو المرّيض.

٢-بعد تحديد النقطـة، يتم الضغط علّيها بمـا هو متوفر من وسائل أو أدوات ويجـب مراعـاة أن الضغط على النقطة الممثلة للداء سوف تحدث ألما أكبر عما يجاورها من نقاط، ولذلك يجب على من يقوم بالتدليك أن يبحث بدقة عن هذه النقاط مع مراعاة عدم إيذاء المريض وهو ما يتطلب تدرباً طويلاً وتمرس في هذه المهنة.

٣-يست خدم المعالج عصا خشبية أو معدنية لتحفيز النقاط، ومن ثم يدلك ويضغط بشكل دائري.

٥) النظريات المفسرة لعلم الرفلكسولوجى xplanatory Theories of Reflexology:

من أهم النظريات المفسرة لعلم الرفلكسولوجى:

النظرية الأولى: الرفلكسولوجى والجهاز العصبي Reflexology and the Nervous System :

هذه النظرية مبنية على بحث تم عملة من العالم هنري هيد والعالم تشارلز شيرينغتون، حيث بدا من خلال بحثهم بان الارتباط العصبي موجود بين الجلد وجميع الأعضاء الداخلية في الإنسان، والجهاز العصبي هوا الناقل بينهم (ميلدر كارتر وتامي ويبر، ٢٠٠٥، ٩-١١).

النظرية الثانية: الرفلكسولوجى ينظم التدفق لطاقة الإنسان ReflexologyRregulates the flow of Human Energy:

هذه النظرية تأتى في عمق علم الطاقة QI وهي تنص على إذا لم يكن لديك تدفق طاقي منتظم في جميع أعضاء جسم عبر قنوات الطاقة الفرعية فانة يؤدي إلى ازدحام طاقي أو بما يسمى خلل في مسارات الطاقة. والتي بدوره يجعل من الجسم معرض للأمراض وللقصور العضوية ووفقا لهذا فان علم الانعكاسات يحافظ على تدفق طاقي منتظم ومستمر. بالمختصر تقوم هذه التقنية بتحسين تدفق الطاقة في الجسد واستعاده التوازن العام بين طاقتين الين واليانغ في الجسم. نحن لا نشفى إنما الجسد هو من يشفى نفسه بنفسه (Embong, et al.,2017, 327-331).

٦) الأدوات المستخدمة في تقنيات الرفلكسولوجى Reflexology Tools:

ومن الأدوات المستخدمة للتدليك قلم السوجوك الخشبي، الخاتم المرن، حيث يجب تدليك التماثلية للجزء المصاب حتى درجة الاحمرار والشعور بالحرارة أما طابة المساج فلها دور مهم جداً

في تحفيز منطقة الجهاز الهضمي والأعضاء التناسلية في اليد، أما في استعمالها على القدم فهي تنشط الدورة الدموية وتعيد إليها النشاط والحيوية كما بالشكل ٣، ٤ (محمد رضى عمرو،٢٠٠٤، ٢٧-٢٨).

مما سبق ترى الباحثة أن تقنيات الرفلكسولوجي على اختلافها تهدف في المقام الأول إلى إشعار الطفل بالأمان والاسترخاء من خلال التدليك ولمس جلده، ثم يبدأ أثر التأهيل بالرفلكسولوجي من خلال فتح قنوات الطاقة في جسم الطفل ومن ثم بعث النشاط فيه. وبالنسبة لتقنية الرفلكسولوجي (التدليك الانعكاسي) فهي تتم بواسطة المعالج في حضور الأبوين، وهما بدورهما يتعلمان كيفية إجراء الجلسات بمفردهما ومعرفة نقاط التدليك المناسبة، ويقومان بها على فترات متقاربة لطفلهما مع متابعة دورية مع متخصصي التأهيل بالرفلكسولوجى؛ لتقييم نجاح الجلسات من عدمه، أو لإدخال نقاط أخرى للتدليك، وقد يتطلب الأمر بالطبع إدخال وسائل علاجية أخري.

الدراسات السابقة:

أولا الدراسات التي تناولت الرفلكسولوجى مع اضطراب التوحد:

هدفت دراسة(Adam, Fabes, Hubbard, & Liu, 2006) إلى دراسة العلاقة بين التدليك واضطرابات النوم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، قدمت هذه الدراسة استخدام التدليك للعديد من لعائلات مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولم يقتصر الأمر على شعور الآباء والأمهات بقدر أكبر من السيطرة والقرب بعد أن تم التدريب على اللمس، ولكنهم اكتسبوا أيضًا إدراكًا لأولياء الأمور من الأطفال؛ لأنهم تحسنوا أنماط النوم، وكان الأطفال أكثر ارتياحًا بعد تلقي التدليك وبدا أكثر انفتاحًا للمس، للأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف

وهدفت دراسة (Baskwill, Kelleher, Cowen, Purser, Cowen, Dion, & Spronken-Smith, 2016, 9-27) إلى تأكيد وجود علاقة إيجابية بين التدليك والرفلكسولوجى لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، وقد كانت عينة الدراسة طفلة واحدة، تم استخدام تصميم دراسة الحالة، وقد أعطيت فتاة متوحدة تبلغ من العمر(٥) سنوات ثماني جلسات علاج بالتدليك لمدة(٣٠) دقيقة خلال فترة أربعة أسابيع في بداية دراسة الحالة ، وقد كانت تعاني الطفلة من اختلال وظيفي في القدرة على التحفيز ، مما أضعف قدرتها على التخطيط لأداء المهارات الحركية وكان هذا الخلل يؤخر قدراتها التنموية الجسدية، وشملت الجلسات عمل التدليك القدمين يستهدف نقاط منعكس تتعلق بالجهاز العصبي، تم إعطاء اختبار وظيفي قبل وبعد سلسلة من التدليك وشملت هذه الموازنة على قدم واحدة، وكان تأثير العمل الجسدي هو أنها شهدت معدّل اللعب بالكرة ذهابًا

وإياباً ، والكرة المراوغة ، أسرع من المعدل الطبيعي في تعلم المهارات الحركية ،كما أظهرت قدرًا أكبر من السيطرة على موقفها وتنسيقها واستخدام القوة، نظرًا لأن هذه الدراسة لا تتضمن سوى موضوعًا واحداً يعمل بشكل معتدل، أي أن هناك حاجة لدراسات أكبر لتأكيد وجود علاقة إيجابية بين التدليك والرفلكسولوجى لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

هدفت دراسة (عزه عبد الله غنيم وشيماء عبد الهادى بدوي وسهام فاروق إسماعيل ، ٢٠٠١٩، ١-١٠) إلى تحديد تأثير انعكاسات القدمين على أعراض التوحد والإمساك لدى الأطفال المصابين بالتوحد، تم استخدام تصميم شبه تجريبي وتم إجراؤه في العيادة الخارجية للأمراض النفسية بمستشفى جامعة المنوفية، وقد تم تحديد عينة عددها (٣٠) طفلاً، خلصت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد الذين تعرضوا لعلم الرفلكسولوجى انعكاسات القدمين Reflexology يعانون من انخفاض متوسط درجات أعراض التوحد وإمساك أقل شدة مقارنة بالتدليك قبل الانعكاسات، كان هناك ارتباط كبير بين الإمساك وشدة أعراض التوحد في مرحلة ما بعد التدخل.

هدفت دراسة (Lee, Lee, Park, & Shin, 2014) إلى تقييم فعالية التدليك كعلاج لاضطراب طيف التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه وجدت إحدى التجارب السريرية العشوائية أن التدليك بالإضافة إلى العلاج اللغوي التقليدي كان أفضل من العلاج اللغوي التقليدي فقط، وذكرت اثنتان من التجارب أن التدليك له فائدة كبيرة على برنامج تعليمي خاص ، واقترحت اثنتان من التجارب أن العلاج بالتدليك فعال لأعراض اضطراب طيف التوحد مقارنةً بالتحكم في الانتباه وقراءة الكتب القصصية

تعليق الباحثة على الدراسات السابقة:

بمراجعة ما تم إنجازه بشأن الرفلكسولوجى لطفل اضطراب التوحد، والسلوك النمطي نلاحظ عدم وجود دراسات عربية أو مصرية –بحسب علم الباحثة–تتناول هذا الموضوع الحيوي برغم ما نعرفه عن ارتفاع نسب الإصابة به في المجتمع المصري، وأنه ليس من الحكمة تفويت الفرصة على الأطفال في مصر الاستفادة من الآثار العلاجية العظيمة لعلم الرفلكسولوجى، والذي يتميز في المقام الأول بعدم وجود آثار جانبية له وبساطة ما يستلزمه من أدوات ووسائل.

وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقًا في خفض السلوكيات النمطية التكرارية لدي أطفال اضطراب التوحد المستخدمين الأنشطة والفنيات والبرامج التقليدية المتعارف عليها والأطفال المستخدمين الرفلكسولوجي لصالح المستخدمين الرفلكسولوجي كما أظهرت تلك الدراسات ضرورة استخدام الرفلكسولوجي كوسيلة مساعدة للأخصائيين والآباء في خفض السلوكيات النمطية، وتحسين

العناية بالذات لأطفال اضطراب التوحد كدراسة (Adam, Fabes, Hubbard, & Liu, 2006) ودراسة (Lee, Lee, Park, & Shin, 2014).

وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقا في خفض السلوكيات النمطية التكرارية لدي أطفال اضطراب التوحد المستخدمين الأنشطة والفنيات والبرامج التقليدية المتعارف عليها والأطفال المستخدمين الرفلكسولوجي لصالح المستخدمين الرفلكسولوجي كما أظهرت تلك الدراسات ضرورة استخدام الرفلكسولوجي كوسيله مساعده للأخصائيين والإباء في خفض السلوكيات النمطية وتحسين العناية بالذات لأطفال اضطراب التوحد كدراسة (عزة عبد الله وشيماء عبدا لهادى وسهام فاروق، ٢٠١٩) ودراسة (Baskwill, Kelleher, Cowen, Purser, Cowen, Dion, & Spronken-Smith, 2016, 9-27)

ثانيا: الدراسات التي تناولت اضطراب التوحد والسلوك النمطي التكراري:

استهدفت دراسة (Bishop, Hus, Duncan, Huerta, Gotham, Pickles, & Lord,2013) إلى تقسيم السلوكيات التكرارية للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى حركات حسية متكررة والإصرار على تشابهها، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٨٥٢) طفل تم تشخيصهم باضطراب التوحد وتراوحت أعمارهم من (٤-٨) سنوات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى قيام أطفال التوحد بحركات حسية متكررة متشابهة لا سيما في الأعمار الصغيرة في حين تقل وتيرة الحركات المتكررة لدى الأعمار الأكبر.

هدفت دراسة (Ferreira, Ghiarone, Júnior, Furtado, Carvalho, Rodrigues, & Toscano, 2019) إلى تقدير آثار ممارسة الرياضة البدنية (PE) على السلوكيات النمطية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، حيث تم تضمين تسع دراسات لممارسة الرياضة البدنية منخفضة ومعتدلة وقوية، مع مدة تتراوح بين ٨ إلى ٤٨ أسبوعا وتواتر ٣ مرات في الأسبوع، ومن ثم تم تحليل الحلقات المتغيرة التابعة للسلوكيات النمطية في جميع الدراسات وتقييمها على أنها عدد الحلقات التي أظهرها الطفل قبل التمرين وبعد التمرين، وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال المصابون بـ ASD تبين أن لديهم انخفاضًا قدره ١.١ في عدد حدوث السلوكيات النمطية بعد تطبيق برنامج للتمارين الرياضية، وخلصت الدراسة إلي العثور على أدلة لدعم ممارسة الرياضة البدنية كأداة فعالة في الحد من عدد من السلوكيات النمطية في الأطفال الذين تم تشخيص ASD.

وهدفت دراسة (أسامة فاروق مصطفى ، ٢٠١٦) إلى تنمية الحركات العضلية الدقيقة وخفض السلوك النمطي التكراري من خلال برنامج قائم على العلاج الوظيفي، وقد تكونت عينة

الدراسة من (٥) أطفال من ذوي اضطراب التوحد، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٦–٩) سنوات وشدة اضطراب التوحد لديهم متوسطة، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الحركات العضلية الدقيقة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الحركات العضلية الدقيقة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتابعي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير السلوك النمطي التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى انخفاض السلوك النمطي التكراري في القياس البعدي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير السلوك النمطي التكراري لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتابعي.

كما أجرت (مريم راهى عبد الله المطيري ، ٢٠١٩) دراسة لتقصي العلاقة بين بعض السلوك النمطي والوظائف التنفيذية (الضبط الانفعالي، كف الاستجابة) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٥ طفلاً، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦ –٩ سنوات، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائيا بين درجات عينه الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد على مقياس السلوك النمطي (الحركات المتكررة، والاهتمام بالتفاصيل، والتجميع، والترديد، والدرجة الكلية (ومقياس الوظائف التنفيذية (الضبط الانفعالي) ومقياس الوظائف التنفيذية (كف الاستجابة) وذلك عند مستوى دلالة (٠.٠١).

تعقيب الباحثة على الدراسات السابقة:

لاحظت الباحثة أن الدراسات التي تعاملت مع السلوك التكراري محدودة إلى حد ما وربما يرجع ذلك إلى عدة عوامل منها أن السلوك التكراري أمرا غير خاص بالتوحد فقط فهو يحدث في العديد من الاضطرابات النمائية والنفسية الأخرى. أن هناك تباين شديد لمثل هذه السلوكيات بين الأفراد، كما أن البيانات التي تشر إلى استقرار هذه السلوكيات في الأفراد المصابين باضطراب التوحد محدودة إلى نحو كبير. أن الأدوات المستخدمة في قياس مثل هذه السلوكيات تحتاج إلى مزيد من التحقق في مصداقيتها وفاعليتها. أن الدراسات التي توفر البيانات المعيارية لتطور مثل هذه السلوكيات في الأطفال من ذوي النمو النموذجي هي دراسات محدودة نحو ما.

فقد اتفقت دراسة (Ferreira, Ghiarone, Júnior, Furtado, Carvalho, Rodrigues, & Toscano, 2019) ودراسة (أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١٦) على أثر الرياضة المعدلة والعلاج الوظيفي في تحسين الجوانب الحركية وخفض السلوكيات النمطية لدى أطفال اضطراب التوحد.

واختلفت نتائج دراسة (Bishop, Hus, Duncan, Huerta, Gotham, Pickles, & Lord,2013) مع دراسة (مريم راهى عبد الله، ٢٠١٩)؛ حيث توصلت نتائج الأولى إلى أن السلوكيات النمطية تقل وتيرتها لدى الأعمار الأكبر من سن (٤-٨)، بينما أكدت الثانية على وجود مظاهر السلوك النمطي عند أطفال اضطراب التوحد في الفترة من(٦-٩) بوضوح.

فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح المجموعة الضابطة.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك النمطي التكراري لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح القياس البعدي.

إجراءات الدراسة:

- **عينة الدراسة:** بلغت عينة الدراسة(١٠) أطفال منهم (٨) ذكور و(٢) إناث من الذين تم تشخيصهم مسبقا باضطراب التوحد وفقا لمعايير اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM5) التابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي ٢٠١٣.

وللتحقق من التكافؤ تم تثبيت المتغيرات الأتية:

- **العمر الزمني:** حيث تم اختيار الأطفال الذين تراوحت أعمارهم فيما بين (٤-١٠) وقد كان متوسط العمر الزمنى أطفال المجموعة التجريبية (٦.٧) وانحراف معياري (٢.٣) وكان متوسط العمر الزمنى للمجموعة الضابطة (٦.٨) وانحراف معياري(٢.١)، وقد حصلت الباحثة على أعمارهم من واقع الملفات الخاصة لكل طفل في المركز.
- **درجة اضطراب التوحد:** فقد تم اختيار أطفال اضطراب التوحد والتي تتراوح درجة التوحد لديهم (٩٠-١٠٠) وقد حصلت الباحثة على هذه النسبة لتطبيق مقياس جيليام التقديري لتشخيص

أعراض وشدة اضطراب التوحد وقد كان متوسط درجة التوحد للمجموعة التجريبية (٩٥.٦) وانحراف معياري (٣.٨) ومتوسط درجة التوحد المجموعة الضابطة (٩٦) وانحراف معياري (٣.٥).

- **درجة السلوك النمطي التكراري:** تراوحت نسبة السلوك النمطي التكراري ما بين من (٨٠_١٠٠) على مقياس السلوك النمطي لذوي طيف التوحد فقد كان متوسط السلوك النمطي التكراري لأطفال المجموعة التجريبية (٨٨.٧) وانحراف معياري (٧.٤) وكان متوسط السلوك النمطي التكراري لأطفال المجموعة الضابطة (٩.٤) وانحراف معياري(٧.٢) وقد تم الحصول عليها من واقع تطبيق مقياس السلوك النمطي لكل طفل من أطفال العينة.

للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في أدوات البحث:

- للتحقق من التكافؤ أو التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة استخدمت الباحثة اختبار مان ويتنى (Mann –Whitney U) للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أزواج المجموعات (مجموعتين مستقلتين) التجريبية والضابطة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجداول (١) على النحو الآتي:

جدول (١)

قيمة z ودلالتها لاختبار مان ويتني **(Mann-Whitney Test)** للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقياس السلوك النمطي (الشدة).

أبعاد الشدة		المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		ضابطة	5	5.30	26.50	0.212-	0.832 غير دالة
		تجريبية	5	5.70	28.50		
السلوكيات اللفظية		ضابطة	5	4.40	22.00	1.193-	0.233 غير دالة
		تجريبية	5	6.60	33.00		
السلوكيات الحركية		ضابطة	5	4.90	24.50	0.775-	0.439 غير دالة
		تجريبية	5	6.10	30.50		
السلوكيات الانفعالية		ضابطة	5	5.00	25.00	0.565-	0.572 غير دالة
		تجريبية	5	6.00	30.00		
السلوكيات الروتينية		ضابطة	5	6.40	32.00	0.943-	0.346 غير دالة
		تجريبية	5	4.60	23.00		
الدرجة الكلية للمقياس	الشدة	ضابطة	5	5.90	29.50	0.419-	0.675 غير دالة
		تجريبية	5	5.10	25.50		
	كلى	ضابطة	5	5.60	28.00	0.105-	0.916 غير دالة
		تجريبية	5	5.40	27.00		

ويتضح من جدول(١) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس السلوك النمطي (الشدة) وفى الدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي، حيث جاءت جميع قيم "Z" غير دالة إحصائياً، وهذا ينم عن التكافؤ الموجود بين المجموعتين.

جدول (٢)

قيمة z ودلالتها لاختبار مان ويتني (***Mann-Whitney Test***) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق القبلى لمقياس السلوك النمطى (التكرار)

أبعاد التكرار		المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		**ضابطة**	**5**	**6.00**	**30.00**	**0.542-**	**0.588 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**5.00**	**25.00**		
السلوكيات اللفظية		**ضابطة**	**5**	**5.40**	**27.00**	**0.112-**	**0.911 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**5.60**	**28.00**		
السلوكيات الحركية		**ضابطة**	**5**	**6.50**	**32.50**	**1.107-**	**0.268 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**4.50**	**22.50**		
السلوكيات الانفعالية		**ضابطة**	**5**	**5.60**	**28.00**	**0.106-**	**0.915 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**5.40**	**27.00**		
السلوكيات الروتينية		**ضابطة**	**5**	**4.90**	**24.50**	**0.631-**	**0.528 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**6.10**	**30.50**		
الدرجة الكلية للمقياس	التكرار	**ضابطة**	**5**	**5.80**	**29.00**	**0.317-**	**0.751 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**5.20**	**26.00**		
	كلى	**ضابطة**	**5**	**5.60**	**28.00**	**0.105-**	**0.916 غير دالة**
		تجريبية	**5**	**5.40**	**27.00**		

ويتضح من جدول (٢) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في أبعاد مقياس السلوك النمطي (التكرار) وفى الدرجة الكلية للمقياس في القياس القبلي، حيث جاءت جميع قيم "Z" غير دالة إحصائياً، وهذا ينم عن التكافؤ الموجود بين المجموعتين.

أدوات الدراسة:

- إستمارة DSM-5 للدليل الإحصائى والتشخيصى الخامس لتشخيص أطفال اضطراب التوحد.
- مقياس جيليام لقياس درجة التوحد (ترجمة وتقنين: عادل عبد الله محمد وعبير أبو المجد محمد ،٢٠٢٠)
- مقياس السلوك النمطي لقياس شدة وتكرار السلوك النمطي التكراري (إعداد: السيد مصطفي راغب وصبري عبد المحسن محمد ،٢٠١٧).
- مقياس العناية بالذات لملاحظة العناية لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج (إعداد: وليد عثمان،٢٠١٦).
- برنامج الرفلكسولوجى (إعداد الباحثة).

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك النمطى التكرارى:

تم التحقق من صدق المقياس من خلال صدق المحكمين والصدق التلازمي (المرتبط بالمحك)، كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرومباخ وطريقة إعادة التطبيق وأسفرت نتائج الصدق والثبات أن المقياس يتمتع بدرجة من الصدق والثبات تسمح للباحثة بإستخدامة في الدراسة الحالية.

البرنامج القائم على الرفلكسولوجى لأطفال اضطراب التوحد:

أهداف البرنامج:

تنقسم أهداف البرنامج الحالي إلى أهداف عامة وأهداف خاصة كالاتي:

أولا: الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج الحالي إلى خفض بعض السلوكيات النمطية المتكررة لدى أطفال اضطراب التوحد والمتمثلة في (الرفرفة، المشي على أطراف الإصبع، العض، الصراخ بصوت عالي، ضرب الرأس بالحيط والأرض، الضرب باليد على الصدر بقوة، التفل واللعب باللعاب، القرص).

ثانيا: الأهداف الإجرائية للبرنامج:

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل داخل الجلسات، وتتلخص هذه الأهداف فيما يلي:

١-أن يتهيأ الطفل للجلسة. ٢-أن يسيطر الطفل على انفعالاته.

٣-أن يلتزم الطفل أثناء الجلسة. ٤-أن ننمي لدى الطفل مهارات التوازن.

٥-أن نخفض السلوك النمطي التكرارى لدى الطفل. ٦-أن يتبع الطفل التعليمات.

٧-أن تزيد مدة التواصل البصري لدى الطفل. ٨-أن ينفذ الطفل الأمر دون الصراخ أو البكاء.

٩-أن يشعر الطفل بالاسترخاء داخل الجلسة وبعدها.
١٠-أن يهدأ الطفل داخل المركز مع جميع الأخصائيين.
١١-أن يتخلص الطفل من السلوكيات الغير مرغوب فيها.
١٢-أن تزيد مدة تركيز الطفل وانتباهه داخل الجلسة وخارجها.
١٣-أن تتطور الحالة العامة للطفل بشكل ملحوظ لكل المحيطين له.
١٤-أن ننمي لدى الطفل القدرة على التآزر بين العين واليد والقدم.
١٥-أن تطبق خطوات البرنامج بدون أي إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة.
١٦-أن تحدد نقاط القوة والضعف لدى الطفل وذلك بالتعاون مع الأم والأخصائي الأقرب له.

ثالثا:الخطوات التطبيقية لجلسة الرفلكسولوجى:

١) **الجزء التمهيدي (التهيئة والإحماء):** المدة الزمنية: (٥-١٠) دقيقة.

الهدف: تهيئة المناطق المراد تدليكها على اليد والقدم وذلك بالقيام بحركات باعثة على الاسترخاء مع استلقاء الطفل التوحدي في وضع مريح على الشازلونج واليدين والقدمين مكشوفتين ويراعي أن يبقي الطفل هادئ.

التدليك المسحي ويتم كالآتي:

- التدليك المسحي لليد وضغط متناوب بإصبع الإبهام في باطن اليد.

جعل اليدين تنزلقان بثبات وبشكل متقطع على الجزء العلوي من القدم ومن ثم على الجزء السفلي والجانبين ثم يدلك حول الكاحل تكرر هذه الحركات عده مرات.

- الضغط على القدم ومطها وذلك كالآتي:

وضع القدم بين يدين المدلك والضغط باليد الأخرى في الاتجاه المعاكس تؤدي هذه الحركة ببطيء حتى ترخي القدم كلها.

- مط أصابع القدم والضغط عليها كالآتي:

تقوم إحدى اليدين بسند القدم ونمسك بالإبهام وسبابة اليد الأخرى أحد أصابع القدم والقيام بمط هذا الإصبع برفق ثم يحرك دائريا باتجاه عقارب الساعة ثم العكس وتكرر هذه الحركة مع كل أصابع القدمين.

- تدليك الخط الأوسط لباطن القدم وذلك من خلال مسك القدم ووضع الإبهام على باطن القدم وترك أصابع اليد على الجهة الخارجية من القدم والقيام بحركة مسحية من أعلي إلى أسفل والعكس على الخط الأوسط لباطن القدم بواسطة الضغط بالإبهام.

٢) **الجزء الأساسي تدليك المناطق الانعكاسية:** المدة الزمنية: (٤٥) دقيقة.

الهدف: يهدف إلي تحسين الاستجابات الوظيفية والنفسية والانفعالية والأنشطة الحركية اليومية لطفل اضطراب التوحد من خلال تطبيق الجزء الرئيسي للجلسة.

طريقة التنفيذ:

القيام بالضغط كوسيلة فعالة وأساسية في تدليك النقاط التي تم تحديدها والمراد تدليكها باستخدام الضغط بمعدل ٣٠ مرة ويمكن زيادة قوة الضغط مع ملاحظة عدم إزاء جلد الطفل وهو ما يتطلب تدريبا طويلا باستخدام الباحثة عصا خشبية لتحفيز النقاط ومن ثم يدلك ويضغط بشكل دائري.

٣) **الجزء الختامي (التهدئة):** المدة الزمنية: (٥-١٠) دقيقة.

الهدف: تهدئة المناطق الإنعكاسية التي تم تدليكها على القدم وذلك بالقيام بالحركات الباعثة على الاسترخاء والتهدئة كما بالجزء التمهيدي.

وقد استخدمت الباحثة العديد من الفنيات في عملية التدريب منها النمذجة، والتعزي، ولعب الأدوار، وتحليل المهمات، والتمرين، والتعليم بالنموذج، والتلقين، والتغذية الراجعة، والواجبات المنزلية.

نتائج الدراسة وتفسيراالفروض:

١) **إختبار الفرض الأول: الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس السلوك النمطى التكرارى لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح المجموعة الضابطة".**

للتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان ويتني ***(Mann-Whitney Test)*** للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أزواج المجموعات (مجموعتين مستقلتين) التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة، التكرار)، وجاءت النتائج كما يوضحها جدول (٣) على النحو الآتى:

جدول (٣)

قيمة z ودلالتها لاختبار مان ويتني (***Mann-Whitney Test***) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس السلوك النمطى (الشدة).

أبعاد الشدة		المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		ضابطة	5	7.70	38.50	2.3260-	0,05
		تجريبية	5	3.30	16,50		
السلوكيات اللفظية		ضابطة	5	7.80	39.00	2.471-	0,05
		تجريبية	5	3.20	16.00		
السلوكيات الحركية		ضابطة	5	7.80	39.00	2.455-	0,05
		تجريبية	5	3.20	16.00		
السلوكيات الانفعالية		ضابطة	5	7.50	37.50	2.128-	0,05
		تجريبية	5	3.50	17.50		
السلوكيات الروتينية		ضابطة	5	7.80	39.00	2.410-	0,05
		تجريبية	5	3.20	16.00		
الدرجة الكلية للمقياس	الشدة	ضابطة	5	8.00	40.00	2.619-	0,01
		تجريبية	5	3.00	15.00		
	كلى	ضابطة	5	8.00	40.00	2.611-	0,01
		تجريبية	5	3.00	15.00		

حيث يتضح من نتائج جدول(٣) أنه:

توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى **الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى ككل** فى القياس البعدى لصالح المجموعة الضابطة (متوسط الرتب الأقل = ٣)، حيث جاءت قيمة "Z=2.611" دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١).

جدول (٤)

قيمة z ودلالتها لاختبار مان ويتني (***Mann-Whitney Te* فى القياس*st***) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة البعدى لمقياس السلوك النمطى (التكرار)

أبعاد التكرار		المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		ضابطة	5	8.00	40.00	2.795-	0,01
		تجريبية	5	3.00	15.00		
السلوكيات اللفظية		ضابطة	5	7.40	37.00	2.11-	0,05
		تجريبية	5	3.60	18.00		
السلوكيات الحركية		ضابطة	5	7.40	37.00	2.028-	0,05
		تجريبية	5	3.60	18.00		
السلوكيات الانفعالية		ضابطة	5	7.90	39.50	2.522-	0,05
		تجريبية	5	3.10	15.50		
السلوكيات الروتينية		ضابطة	5	7.50	37.50	2.162-	0,05
		تجريبية	5	3.50	17.50		
الدرجة الكلية للمقياس	التكرار	ضابطة	5	8.00	40.00	2.627-	0,01
		تجريبية	5	3.00	15.00		
	كلى	ضابطة	5	8.00	40.00	2.611-	0,01
		تجريبية	5	3.00	15.00		

يتضح من نتائج جدول(٤) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى جميع أبعاد مقياس السلوك النمطى التكرارى (التكرار) فى القياس البعدى وفى الدرجة الكلية للمقياس لصالح المجموعة الضابطة (متوسط الرتب الأقل)، حيث جاءت جميع قيم "Z" دالة إحصائياً عند مستويى دلالة (٠.٠١، ٠.٠٥).

ويتضح من خلال الفرض الأول انخفاض مستوى السلوكيات النمطيه التكراريه لدى افراد المجموعه التجريبيه مقارنه بأفراد المجموعه الضابطه وهذا يدل على ان السلوكيات النمطيه من الممكن ان تخفض لدى أطفال اضطراب التوحد اذا ما توافرت الطرق المناسبه لتخفيضها كبرنامج الرفلكسولوجى ومن السلوكيات التي تم تخفيضها:

- سلوكيات نمطيه حسيه (لعق ولحس الأشياء، تحريك اللعاب داخل الفم، الحملقه في الايدى والاشياء، شم الأشياء، لمس مفاتيح الكهرباء ومقابض الابواب).
- سلوكيات نمطيه لفظيه (يصدر أصوات عاليه، يضحك ويقهقه بصوره غير ملائمه، التحدث بألفاظ وعبارات غير مفهومه) السلوكيات النمطيه الانفعاليه (شد شعر الرأس، ضرب الرأس في الحائط أو في الأرض، الخبط باليد على الصدر، يعض نفسه او يؤذى نفسه، الجز على الأسنان).
- السلوكيات النمطيه الحركيه (التحرك بشكل سريع من مكان لآخر، القفز على الأساسس، هز الجسم للأمام وللخلف).
- السلوكيات النمطية الروتينيه (تمزيق الورق لقطع صغيره، التفل على الأرض،يفتح ويغلق مفاتيح الاضاءه، يفضل نوع معين من الطعام).
- وتري الباحثه أن توفير الخبرات الحسيه والحركيه واللمسيه المناسبه من خلال برنامج الرفلكسولوجى القائم على اساس الضغط النقطى للمناطق الانعكاسية التي تتناسب مع السلوكيات النمطيه المختلفة لدي اطفال التوحد والبرنامج الفردي وتطبيق هذا التدخل وتحقيق التكامل بينهم وبين الاعمال الروتينيه اليوميه في بيئه الطفل الطبيعيه ساعد ذلك طفل التوحد على تحسين استجاباته (السمعيه والبصريه واللمسيه والحركيه والشميه والتذوقيه) وجعله اكثر قدره على التكيف مع المثيرات والتعلم منها الأمر الذي انعكس على تحسين وخفض السلوكيات النمطية التكرارية.
- لم يقتصر التحسين على خفض معدل السلوكيات التكرارية التي كان قد تعرض لها من قبل الطفل فحسب، بل انتقل أثر البرنامج إلى جوانب أخرى حيث أصبح الطفل قادرا على التعلم

بشكل أفضل، وأكثر تنفيذيا للتعليمات الشفهية، كما أصبح أكثر اجتماعية وأكثر تفاعلا مع أقرانه، وكأن خفض هذه السلوكيات كان له تأثير على فاعلية الطفل ونشاطه الاجتماعي وعندما هدأت وطأة هذه السلوكيات أدى ذلك إلى نتائج إيجابية على المستوى التعليمي والاجتماعي.

- لم تتحسن كل السلوكيات الموصوفة سابقا بشكل متوازي بل تحسنت بشكل متوالي حيث بدى التحسن الأسرع في السلوكيات ذات المستوى المنخفض (لعق الأبدي) ثم تلها السلوكيات الأخرى المتمثلة في (التعلق بقطعة من الورق) ثم (الترديد الصوتي) ثم (العض والتفل) وتستنتج الباحثة أن هذا الأمر يرجع لعدة أسباب منها:
- أن السلوكيات ذات المستوى المنخفض ارتبطت أكثر بالمعدلات المنخفضة من نقص الانتباه والمرونة وبالتالي الارتفاع الأولى لهذه المتغيرات قد يساهم في انخفاض هذه السلوكيات.
- أن سلوك الترديد اللغوى قد يظهر من طفل التوحد لعدة أسباب منها عدم فهم المطلوب من المتحدث وقد يرجع ذلك إلى نقص في إنتباه الطفل الذي أدى بالتبعية لنقص في الحصيلة اللغوية للطفل على مدار العمر، الأمر الذي يجعل هذا السلوك يحتاج إلى وقت أطول للكف.
- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة (Baskwill, Kelleher, Cowen, Purser, Cowen, Dion, & Spronken-Smith, 2016) ودراسة (Lee, Lee, Park, & Shin, 2014) والتي تؤكد فعالية التدليك كعلاج لاضطراب طيف التوحد، ووجود علاقة إيجابية بين التدليك والرفلكسولوجى لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

نتائج الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك النمطى التكرارى لدى أطفال اضطراب التوحد لصالح القياس البعدي".

للتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون لإشارة الرتب (***Wilcoxon signed-rank test***) للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أزواج المجموعات (مجموعتين مرتبطتين) التجريبية قبلى وبعدى على مقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة، التكرار)، وجاءت النتائج كما يوضحها جدول (٥) على النحو الآتى:

يتضح من نتائج جدول (٥) أنه:

– لا توجد هناك أى حالات موجبة بعد الترتيب فى مقابل ٥ حالات سالبة فى الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة)، وهذا بدوره يدل على وجود فروق دالة إحصائياً بين

متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى فى الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة)؛ وذلك لصالح (فى اتجاه) القياس البعدى(حيث كان متوسط رتب الحالات الإيجابية = صفر، بينما كان متوسط رتب الحالات السلبية = ٣)؛ حيث جاءت قيمة "Z=٢.٠٢٣" دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، مما يشير للتأثير الإيجابى للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية فى خفض الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى لدى عينة المجموعة التجريبية.

جدول (٥)

قيم (z) ودلالتها الإحصائية لاختبار ويلككسون لإشارات الرتب (**Wilcoxon Signed Ranks *Test***) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لاختبار لمقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة) ككل وأبعاده الفرعية.

أبعاد الشدة		الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات اللفظية		السالبة	5	3.00	15.00	2.060-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الحركية		السالبة	5	3.00	15.00	2.032-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الانفعالية		السالبة	5	3.00	15.00	2.032-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الروتينية		السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0.05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
الدرجة الكلية للمقياس	الشدة	السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
	كلى	السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				

جدول (٦)

قيم (z) ودلالتها الإحصائية لاختبار ويلككسون لإشارات الرتب (***Wilcoxon Signed Ranks Test***) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لاختبار لمقياس السلوك النمطى التكرارى (التكرار) ككل وأبعاده الفرعية.

أبعاد التكرار		الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية		السالبة	5	3.00	15.00	2.060-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات اللفظية		السالبة	5	3.00	15.00	2.041-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الحركية		السالبة	5	3.00	15.00	2.032-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الانفعالية		السالبة	5	3.00	15.00	2.032-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
السلوكيات الروتينية		السالبة	5	3.00	1500	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
الدرجة الكلية للمقياس	التكرار	السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				
	كلى	السالبة	5	3.00	15.00	2.023-	0,05
		الموجبة	0	0.00	0.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				

يتضح من نتائج جدول (٦) أنه:

- لا توجد هناك أى حالات موجبة بعد الترتيب فى مقابل ٥ حالات سالبة فى **الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى (التكرار)، وهذا بدوره يدل على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى فى الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى (التكرار)؛ وذلك لصالح (فى اتجاه) القياس البعدى**(حيث كان متوسط رتب الحالات الإيجابية = صفر، بينما كان متوسط رتب الحالات السلبية = ٣)؛ حيث جاءت قيمة "Z=2.023" دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، مما يشير للتأثير

الإيجابى للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية فى خفض **الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى** لدى عينة المجموعة التجريبية.

أظهرت نتائج القياسات البعدية وجود اختلاف بين درجات القياسات القبلية ودرجات القياسات البعدية للحالة وذلك على المقياس المستخدم بالدراسة مما يدل على أن البرنامج كان له أثره في خفض السلوكيات التكرارية الموصوفة سابقا لدي الطفل، حيث أنه كان يعمل على تنمية وظيفتين تنفيذيتين أساسيتين لدى الطفل وهما الكف والمرونة الذهنية وقياس انعكاس االجلسات بالرفلكسولوجى على هذه الوظائف في خفض السلوك التكراري لدى الطفل، الأمر الذي يؤدي الى تحقق الفرض الثانى.

ساعد برنامج الرفلكسولوجى أيضا على تحسين مهارات اللغة الاستقبالية وإتباع التعليمات المكونه من خطوة واحدة فأكثر، ومهارات التواصل غير اللفظي مثل الإيماءات و لغة الإشارة ، و كذلك مهارات التواصل اللفظي ، حيث تضمن البرنامج ضرورة التعرف على الأدوات المستخدمة و الإمساك بها و إحضارها عند ذكر اسمها أي ربط الكلمة بمدلولها ، كما استخدمت الباحثة مدخلات حسية متعددة ولكن بصوره منظمة بمعنى أن الطفل بالإضافة الى أنه يستمع الى الارشادات ومسميات الاشياء، فهو أيضا يرى الأدوات وينفذ امامه ويلمس الأدوات و يتحسسها وينفذ الفنية بنفسه ويتحرك في سبيل ذلك ، كما حرصت الباحثة قبل و أثناء كل نشاط على تقديم التعليمات لفظيا و التوضيح بصريا و النمذجة بدنيا للأطفال حتى توفر لهم قرص مختلفة و متعددة لفهم التوجيهات ومع تحسن هذه المهارات تحسنت أيضا مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل.

وهذا يشير الى الانخفاض في مستوى السلوكيات النمطيه المتكرره(الشده والتكرار) لدى أطفال اضطراب التوحد بالمجموعه التجريبيه في القياس البعدى بعد مرورهم ببرنامج الرفلكسولوجى بالمقارنه بالقياس القبلى وذلك من خلال التحسن الذى لوحظ بدلاله واضحه بعد ادرء القياس البعدى على افراد المجموعه التجريبيه مما يشير الى خفض السلوك النمطى التكرارى لدى أطفال اضطراب التوحد باستخدام برنامج الرفلكسولوجى وما تم توظيفه من أساليب وفنيات واستراتيجيات اثناء تنفيذ البرنامج

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Ferreira, Ghiarone, Júnior, Furtado, Carvalho, Rodrigues, & Toscano, 2019) ودراسة ودراسة (مريم راهى عبد الله، ٢٠١٩).

الفرض الثالث:

إختبار الفرض الثالث الذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوك النمطى التكرارى لدى أطفال اضطراب التوحد ".

جدول(٦)

قيم (z) ودلالتها الإحصائية لاختبار ويلككسون لإشارات الرتب (*Wilcoxon Signed Ranks Test*) للفرق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى لاختبار لمقياس السلوك النمطى التكرارى (الشدة) ككل وأبعاده الفرعية.

حيث يوضح جدول رقم (٦):

أنه لا توجد هناك أى حالات سالبة بعد الترتيب فى مقابل ٥ حالات موجبة فى **الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى ككل، وهذا بدوره يدل على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى فى الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى ككل؛ وذلك لصالح (فى اتجاه) القياس البعدى** (حيث كان متوسط رتب الحالات الإيجابية = ٣، بينما كان متوسط رتب الحالات السلبية = صفر)؛ حيث جاءت قيمة "2.032=Z" دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، مما يشير إلى تراجع التأثير الإيجابى للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية فى خفض **الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطى التكرارى ككل** لدى عينة المجموعة التجريبية في القياس التتبعى

جدول (٦)

أبعاد الشدة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات الحسية	السالبة	2	1.50	3.00	0.736-	0,461 غير دالة
	الموجبة	2	3.50	7.00		
	المتعادلة	1				
	الكلى	5				
السلوكيات اللفظية	السالبة	0	0.00	0.00	1.633-	0,102 غير دالة
	الموجبة	3	2.00	6.00		
	المتعادلة	2				
	الكلى	5				
السلوكيات الحركية	السالبة	3	2.67	8.00	1.134-	0,257 غير دالة
	الموجبة	1	2.00	2.00		
	المتعادلة	1				
	الكلى	5				

السلوكيات الانفعالية		السالبة	1	2.00	2.00	-0.535	0,593 غير دالة
		الموجبة	2	4.00	2.00		
		المتعادلة	2				
		الكلى	5				
السلوكيات الروتينية		السالبة	1	1.00	1.00	-1.461	0,144 غير دالة
		الموجبة	3	9.00	3.00		
		المتعادلة	1				
		الكلى	5				
الدرجة الكلية للمقياس	الشدة	السالبة	1	1.00	1.00	-1.069	0,285 غير دالة
		الموجبة	2	5.00	2.50		
		المتعادلة	2				
		الكلى	5				
	كلى	السالبة	0	0.00	0.00	-2.032	0,05
		الموجبة	5	15.00	3.00		
		المتعادلة	0				
		الكلى	5				

جدول (٦)

– وقد حرصت الباحثة على أن تتضمن الجلسات الفردية للرفلكسولجى على نقاط القوة والضعف لكل طفل وساعد ذلك على مواجهة احتياجاته وخصائصه وتدعيم نواحي القوة لديه بما يجعل الطفل يستفيد لأقصى درجه في حدود إمكاناته، وإتباع التعليمات التي تتدرج في التعقيد والذي انعكس على التحسن في مهارات التواصل لدى الطفل. اعتمدت الباحثة على فنيات وأساليب متنوعة والتي استخدمت في البرنامج وكذلك الأنشطة المحببة للأطفال التي استخدمتها الباحثة اثناء تطبيق البرنامج الأمر الذي ساعد في خفض السلوكيات المستهدفة حرصت الباحثة على مساعدة الوالدين والأخصائيين ممن لهم علاقة مباشرة بالطفل على فهم سلوك الطفل من منظور حسى ، ومحاولة تكييف البيئة مع احتياجات الطفل وتهيئة الخبرات الحسية والحركية المطلوبة للطفل خلال اليوم في بيئاتهم الطبيعية، كما حرصت الباحثة على التأكد من أن البرنامج يساعد الطفل على أن يصبح أكثر فاعلية وأقدر على أداء عملة في أنشطة حياته اليومية – استخدام التدعيم الايجابي الذي أدى إلى تسهيل جلسة الرفلكسولوجى وسرعة استجابة الأطفال ، حيث كان التدعيم يقدم عند نجاح الطفل بأداء كل مهمه من المهام المطلوبة، وهذا كان يدفعه الى أداء المطلوب منه حتى يحصل على التدعيم حيث أن سر تكوين الدافع داخل الطفل كي يستجيب التعزيز واستخدام الواجب المنزلي مع الأم في المنزل ، ساعد على التعميم

وزيادة التحسن و استمرار اكتساب الأطفال للمهارات الى ما بعد فترة المتابعة ، كما حرصت الباحثة على التواصل مع الأم و إشراكها في تقييم مدى التحسن من خلال استبيان تجيب عنه حول مدى التقدم الذي تلاحظه على طفلها أولا بأول بعد كل مرحلة ، وذلك كمؤشر على التقدم .

- وقد حرصت الباحثة على أن تكون الجلسة ممتعة وحماسية ويسودها جو من الحب
- التفاعلي الذي شكل وسطا جيدا لطفل التوحد وساهم في اكسابه كثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة اجتماعيا. .تم تصميم البرنامج في مراحل متتالية من العام (جلسة تدليك الجسم كله) الى الخاص (النقاط الانعكاسية)، و هو ما يتفق مع نظريات النمو و التي تؤكد أن النمو يتبع تسلسلا من العام الى الخاص ، كما أنه عملية
- متتابة مستمرة ومتدرجة فالطفل يحرك جسمه كله قبل الوصول الى لعبة معينة ومع تطور النمو يستطيع أن يتحكم في حركة يده للوصول الى الشئ الذى يريدهتم تصميم الجلسات على نحو متسلسل بحيث تكون قصيرة ذات نقاط قليلة يتعامل معها الطفل وتتدرج الى أخرى ذات نقاط أكثر، بحيث راعي زمن االجلسة مراحل الانتباه المختلفة لدى الطفل وقدرة تحمله.
- ويتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة (عزه عبد الله وشيماء عبد الهادى وسهام فاروق، ٢٠١٩)والتي توصلت الى استمرارية فاعلية تأثير انعكاس القدمين على اعراض التوحد فتره من تطبيق البرنامج.

توصيات الدراسة:

في ضوء النتائج السابقة للدراسة الحالية والتي تناولت فعالية الرفلكسولوجى في خفض السلوك النمطى التكرارى لدى أطفال اضطراب التوحد واثره على العناية بالذات يمكن تقديم التوصيات التالية:

- الاهتمام بعقد الندوات والدورات التدريبية للأخصائيين العاملين مع أطفال اضطراب التوحد وكذلك الوالدين المساعدتهم على فهم سلوك الطفل من منظور حسى وفهم لسلوكياته ومحاولة جعل البيئة تتناسب مع احتياجات الطفل.
- تدريب الوالدين والأخصائيين على كيفية تطبيق برنامج الرفلكسولوجى داخل المراكز المتخصصة على يد متخصصين وباحثين بدرجه ماجستير في الرفلكسولوجى.
- ضرورة تخصيص جلسات رفلكسولوجى بشكل دورى ثلاث مرات في الأسبوع سواء في المركز أو المنزل ان لم تكن يوميا لطفل التوحد للاسترخاء والتهدئة.

- توفير المكان المناسب والأدوات لإجراء جلسات الرفلكسولوجى بشكل يهدف إلى تحسين إستجابات الأطفال داخل المراكز.
- أن تعتمد الجامعات منهج علمى ومقنن للرفلكسولوجى ويدرس بشكل صحيح على يد أساتذة في المجال ككلية العلاج الطبيعى والتمريض كما حدث فى برشلونه أسبانيا وأنشأت معهد خاص بالرفلكسولوجى.
- توظيف هذا البرنامج ليكون صالحا للتطبيق في المراكز الخاصة والمؤسسات المختلفة ومدارس التربية الفكرية تحت إشراف وزارة التضامن.
- الاهتمام بإستخدام الرفلكسولوجى وتطويعه لخدمة فئات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في كافة المجالات تحت إشراف علمى متخصص.

قائمة المراجع

١-أبو العلا عبد الفتاح ومحمد حسانين (٢٠٠٠). ***موسوعة الطب البديل في علاج الرياضيين وغير الرياضيين***، القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

٢-أحمد محمود عكاشة (٢٠٠٥). ***الطب النفسي المعاصر***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣-أسامة محمد البطانية وهاني أحمد عرنوس (٢٠١١). أثر برنامج تعديل سلوك مقترح ف خفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد. ***مجلة العلوم التربوية والنفسية***، جامعة اليرموك. ٢(٣).

٤-أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٦). فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي لتنمية الحركات العضلية الدقيقة في خفض السلوكيات التكرارية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ***مجلة التربية الخاصة جامعة الزقازيق***، ٢٧.

٥-أشرف أحمد عبد القادر(٢٠١٣). فاعلية التدخل المبكر في تحسين جودة حياة أسر أطفال الأوتيزم، ***دراسة مقدمة إلى الملتقي الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة***، مملكة البحرين: تحت شعار (التدخل المبكر-استثمار للمستقبل).

٦-أنجيلا ندرز(٢٠٠٦). ***الرفلكسولوجيا***. ط ٢. ترجمة عمر الأيوبي. بيروت: لبنان.

٧-إيرينى سمير غبريال (٢٠١٥). الاتجاهات الاجتماعية نحو ذوي اضطراب طيف التوحد في مصر. ***مجلة التربية الخاصة، مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئة***، كلية التربية، جامعة الزقازيق. العدد ١٢. ٥١-٧٣.

٨-إسماعيل إبراهيم بدر (٢٠١٠). ***مقدمة في التربية الخاصة***، الرياض: دار الزهراء.

٩-السيد مصطفى راغب وصبري عبد المحسن محمد (٢٠١٧). ***مقياس السلوك النمطي لذوي طيف التوحد***. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

١٠-دنيس لامبولي (٢٠٠٣). ***الشفاء بتدليك القدمين العلاج بالرفلكسولوجي***. بيروت: شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع.

١١-روبرت كوجل (٢٠٠٣). ***تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم***. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة، دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.

١٢-شيريل ڤاكر (٢٠٠٩). ***إعاقات الطفولة، الداء والدواء، المرجع في اضطراب التوحد***. ترجمة: محمد السيد أبو حلاوة. الإسكندرية: ماهي للنشر والتوزيع وخدمات.

١٣-عادل عبد الله محمد وعبير محمد (٢٠٢٠). ***مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد***. ط٣. القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.

١٤-عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). ***الإعاقة العقلية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة***، القاهرة: دار الرشاد.

١٥-عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٢). *برامج تدريس لإعداد المتخصصين في مجال التوحد والطفولة (الأوتيستيك)*، ***مجلة اتحاد رعاية الفئات الخاص***، ٦٩، ٢٥-٢٨.

١٦-عزه عبد الله غنيم وشيماء عبد الهادى بدوي وسهام فاروق إسماعيل (٢٠١٩). تأثير انعكاس القدم على أعراض التوحد والإمساك لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. ***مجلة الصحة جامعة المنوفيه***، كلية التمريض، ٩٧-١٠٥.

١٧-على بن عبد الله آل خليفة (١٩٩٣م). ***ابن سينا، الرياضة والطب، الرياضي، مجلة علوم الطب الرياضي***. المنامة: الاتحاد العربي للطب الرياضي. ٢٩-٣٢.

١٨-عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢). ***الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة***. القاهرة: المجلس العربي للتنمية والطفولة.

١٩-فدوى يوسف أبو العقيص ومحمد حسين قطنانى وعائشة علوى باعبود وآسمى ميخائيل الجعيتانى (٢٠١٧). ***الدليل الإرشادي عن العلاجات التكميلية لذوي الاعاقة***. سلطنة عمان: مركز الأيادي البيضاء للتقنيات المساعدة والتأهيل.

٢٠-ماجد السيد على (٢٠٠٥). ***إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق***. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٢١-محمد رضا السيد (٢٠١٨). ***السلوك اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "الذاتوية"***، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٢-محمد رضى عمرو (٢٠٠٤). ***الرفلكسولوجى العلاج الشامل للجسم عبر تدليك اليدين والقدمين***. بيروت: دار الخيال.

٢٣-محمود عبد الرحمن عيسى (٢٠١٨). ***مشكلات الطفل التوحدي***. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

٢٤-مريم راهى عبد الله (٢٠١٩). السلوك النمطي وعلاقته بالضبط الانفعالي وكف الاستجابة لدى عينة من الأطفال الذاتويين في دولة الكويت. ***رسالة دكتوراه غير منشورة***، معهد الطفولة، جامعة عين شمس.

٢٥-هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٤). فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم، ***مجلة كلية التربية، جامعة طنطا***، مجلد٢، العدد ٣٣، ٢٠٨-٢٣٨.

٢٦-وفاء على الشامي (٢٠٠٤). ***سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها***. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

٢٧-وفيق صفوت مختار (٢٠١٨). ***أطفال التوحد الأوتيزم***. الجيزة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.

٢٨-وليد جمعة عثمان (٢٠١٦). إعداد وتقنين مقياس لتقدير مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ***مجلة كلية التربية*** جامعة بنها، ٢٧(١٠٥)، ٣١٥-٣٣٣.

٢٩-وليد السيد احمد ومراد على عيسى (٢٠٠٧). ***كيف يتعلم المخ التوحدي***. الإسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر.

30- Adam, J. Fabes, R. Hubbard, J. & Liu, X. (2006). Child Psychiatry winter sleep disorders and correlates of children with autism spectrum disorders. ***Child Psychiatry Winter***, 37(2), 91- 176.

31- American psychiatric association (2013***). Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** .5th edition.washington, DC

32- Barbara & Kevin, K. (2007). ***Complete Reflexology for Life.*** New York: Dorling kindersle

33- Barber, A. (2008): The context of repetitive and stereotyped behaviors in young children with autism spectrum disorder: exploringtriggers and functions***, Doctoral Thesis***, College ofConnor.

34- Baio, J. Wiggins, L. Christensen, D. Maenner, M. Daniels, J. Warrant, Z. & Dowlin, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder

among children aged 8 years. ***Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network***, 67(6), 1-23.

35- Baskwill, A. Kelleher, L. Cowen, T. Purser, L. Cowen, V. Dion, L. & Spronken-Smith, R. (2016). International Massage Therapy Research Conference. ***International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork,*** 9(2), 9-27.

36- Bishop, S. Hus, V. Duncan, A. Huerta, M. Gotham, K. Pickles, A. & Lord, C. (2013). Subcategories of restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. ***Journal of autism and developmental disorders,*** 43(6), 1287-1297.

37- Bodfish, J. Lewis, M. Symons, F. Dawn E. Parker, D. & Mark. H. (2000). Varieties of Repetitive Behavior in Autism:Comparisos to Mental Retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, V. 30,PP237-243.

38- Du, R. Yiu, C. & King, N. (2019). Oral health behaviours of preschool children with autism spectrum disorders and their barriers to dental care. ***Journal of autism and developmental disorders,*** 49(2), 453-459.

39- Embong, N. Soh, Y. Ming, L. & Wong, T. W. (2017). Perspectives on reflexology: A qualitative approach. Journal of Traditional and Complementary Medicine, 7(3), 327-331.

40- Ferreira, J. Ghiarone, T. Júnior, C. Furtado, G. Carvalho, H. Rodrigues, A. & Toscano, C. (2019). Effects of Physical Exercise on the Stereotyped Behavior of Children with Autism Spectrum Disorders. ***Medicina (Kaunas, Lithuania),*** 55(10), 685.

41- Field, T. (2019). ***Pediatric Massage Therapy Research***: A Narrative Review. Children, 6(6), 78.

42- Ferreira, J. Ghiarone, T. Júnior, Furtado, G. Carvalho, H. Rodrigues, A. & Toscano, C. (2019). Effects of Physical Exercise on the Stereotyped Behavior of Children with Autism Spectrum Disorders. ***Medicina*** (***Kaunas, Lithuania***), 55(10), 685.

43- Flocco, B. (2014). ***Reflexology***. USA: Alfa.

44- Konst, M. Matson, J. Goldin, R. & Rieske, R. (2014). How does ASD symptomology correlate with ADHD presentations. ***Research in Developmental Disabilities,*** 35(9), 2252 -2259.

45- Lam, K. & Aman, M. (2007). The Repetitive Behavior Scale Revised Independent Validation in Individuals with Autism Spectrum Disorders***, J Autism Dev Disord***, V37, 855-866.

46- Lee, M. Lee, J. Park, T. & Shin, B. (2014). Autism spectrum disorders and massage therapy. ***Springer for Research and Development***, 1 -7.

47-Norman, L & Barry, I. (1988). ***Feet First a guide to Foot Reflexology***. New York.

48- Quinn,C. (2006). ***100 Questions & answers about autism***. Boston, Toronto,and London: Jones and Bartlett Publishers.

49- Scahill, L. Bearss, K. Lecavalier, L. Smith, T. Swiezy, N. Aman, M. & Johnson, C. (2016). Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. ***Journal of the American Academy*** of Child and Adolescent Psychiatry, 55(7), 602-609.

50- Speth, G. (2006). Executive function and Repetitive behavior in an doles autistic population, ***Doctoral Thesis***, the Steinhardt school of Education New York University.

51- Sullivan, N. (2019). Autism. Parents' Experiences with Access and Engagement in Therapeutic and Community Resources, ***Doctoral dissertation,*** Capella University).

52- Vidyashree, H. M., Maheshkumar, K., Sundareswaran, L., Sakthivel, G., Partheeban, P. K., & Rajan, R. (2019). Effect of Yoga Intervention on Short-Term Heart Rate Variability in Children with Autism Spectrum Disorder. ***International Journal of Yoga,*** 12(1), 73–77.

53- Williams, M. (2016).***Hand Reflexology For Practitioners***. London N1 9BE, UK.

54- Woodward, S. Norton, C. & Barriball, K. (2010). A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. ***Complementary Therapies in Clinical Practice***, 16, 41-46.