برنامج مقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد

إعداد

الباحثة / دنيا صفوت مصطفي الشاذلي

باحثة ماجستير

اشراف

أ.د / أمل محمد القداح

أستاذ مناهج وبرامج الطفل

العميد السابق لكلية التربية للطفولم المبكرة- جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد الثامن - العدد الثالث

يناير ٢٠٢٢

برنامج مقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد

أ / دنيا صفوت مصطفي الشاذلي *

مقدمة:

ذوي الاحتياجات الخاصة من القضايا الهامة التي تواجه المجتمعات باعتبارها قضية ذات ابعاد مختلفة قد تؤدى إلى عرقلة مسيرة التنمية والتطور في المجتمع، لذا أصبح من الضروري إعطاء ذوي الاحتياجات الخاصة القدر المناسب من الاهتمام من حيث البرامج الخاصة بالتعليم والتأهيل والتدريب حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم.

ويعتبر اضطراب التوحد من الفئات التي بدأ الاهتمام بها في الآونة الأخيرة بشكل ملحوظ، وذلك لأنه يعد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه ولوالديه ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، وبتداخل بعض مظاهره مع بعض أعراض وإعاقات واضطرابات أخرى، حيث يعانى هؤلاء الأطفال من قصور واضح في الاهتمام الأساسي بالآخرين، و نقص في التواصل البصرى (الإيماءات–التعبيرات الوجهية–لغة الجسم للآخرين) مما يؤثر سلبا على تواصلهم مع الآخرين ولديهم تفضيلات أخرى، لذلك تشغل هذه التفضيلات وقتآ طويلا من انتباههم

(سعد رياض،٢٠٠٨: ٤٧)

---

* باحثة ماجستير

إعاقة التوحد تعد من الإضطرابات النمائية، وهى إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لايمكن تجاهلها، ولكنها لم تنل حظها من الإهتمام على المستوى البحثى فى الدول النامية، فى حين إننا نجد اهتماما متزايدا فى الدول المتقدمة، وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة، حيث يشار الى إعاقة التوحد كإضطراب يحدث فى الطفولة، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية، الإجترارية، والتوحدية، والإنغلاق الذاتى ، والإنغلاق الطفولي.

وإضطراب طيف التوحد يعرف بأنه إضطراب خطير يبدأ فى مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعى للفرد بما فى ذلك التواصل سواء اللفظى أو غير اللفظى وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضح فى النمو اللغوى والإجتماعى مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية ورغبة فى المداومة على الأعمال الروتينية والإصرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف تجاه أى تغيير. **(محمد خطاب، ٢٠٠٥، ٨)**

وبالرغم من التطور الحادث فى تشخيص إضطراب التوحد والأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم به ، إلا أن السبب الرئيسى وراء هذا الإضطراب مازال غير معروف، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب غير نفسيه واجتماعية، أى العلاقة بين الوالدين والطفل، وهناك من أكد على الأسباب البيولوجية، كما أشارت بعض الدراسات الى وجود أسباب تتعلق بالجينات ، وظروف الحمل والولادة، وايضا إلى التلوث البيئى، والتطعيمات، والفيروسات، إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد، فقد يكون أحد هذه الأسباب، أو الأسباب مجتمعة

هى التى تسبب المرض ..وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعانى العديد من المشكلات، ولعل من أبرز هذه المشكلات عدم القدرة على العناية بالذات أى القيام بالأنشطة الخاصة بالحياة اليومية بمعنى قصور الطفل التوحدى وعجزه فى العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع آداؤها أقرانه من الأطفال العاديين، حيث يعجز عن رعاية نفسه، أو حمايتها، أو إطعام نفسه، أو ارتداء الملابس وخلعها، أو التعامل مع المرحاض، وكذلك فى تقديره للأخطار التى يتعرض لها. **(سوسن شاكر،٢٠١٥: ٥٦)**

لذا يتضح ضرورة وجود برامج لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، ولما كان هناك ندرة فى البرامج التى تحاول تنمية مهارات العناية بالذات، فإن الباحثة سوف تقوم بإعداد برنامج لتنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال ذوي طيف التوحد

مشكلة البحث :-

تم التوصل لمشكلة البحث من خلال عدة مصادر ، تمثلت في الآتي :

- عدم وجود إحصاءات دقيقة يمكن الأخذ بها لحصر نسبة الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد فى العالم العربى بوجه عام، ومصر بوجه خاص، وإن كانت الأعداد تقترب من نصف مليون طفل فى مصر مع الإشارة إلى أن هذه النسبة أخذه فى التزايد على نحو مطرد خلال السنوات الأخيرة.
- من خلال من خلال الإطلاع على الأدبيات التربوية التى تناولت الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة بشكل عام، وفئة الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد بشكل خاص،لوحظ وجود عدد من المشكلات ونواحى القصور التى

يعانى منها هؤلاء الأطفال سواء كانت مشكلات سلوكية، أو انفعالية، أو اجتماعية، ومن بينها عجز الطفل ذى إضطراب طيف التوحد عن أداء مهارات العناية بالذات مثل: مهارات تناول الطعام والشراب، ومهارات النظافة الشخصية، ومهارات الأمان والسلامة، الأمر الذى يؤدى إلى وجود قصور فى أداء المهارات الإستقلالية التى تساعد الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد على قضاء المهام اليومية الروتينية بشكل مناسب، وهو ما يؤثر كذلك بالسلب على أسرهم، نظرًا لحاجاتهم الدائمة للاعتماد على الأسرة فى أداء تلك المهارات.

- من خلال الإطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة التى اهتمت بخصائص الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد ووجدت أنها تؤكد على وجود قصور فى مهارات العناية بالذات لديهم، مثل: **دراسة(سوسن الجلبي، ٢٠٠٠)ودراسة (رائد موسي ،٢٠٠٥)،ودراسة (بلقيس داغستاني، ٢٠١١) ، ودراسة (جيهان سليمان،٢٠١١) ودراسة (نعمات عبد المجيد ،٢٠١٣) التي أكدت** اختلاف أعراض إضطراب طيف التوحد وتنوع خصائص الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد بحيث يندر وجود طفلين متشابهين تماما فى كل الأعراض والسمات المميزة لإضطراب طيف التوحد الأمر الذى يصعب من الإكتشاف المبكر له.

مشكلة البحث :

ويتطلب ذلك الإجابة عن التساؤلات الآتية:

١- ما مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدي طفل طيف التوحد ؟

٢- ما البرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لطفل طيف التوحد ؟

٣- ما فاعلية البرنامج المقترح فى تنمية مهارات العناية بالذات لطفل طيف التوحد ؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالى:

١- تحديد مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدى أطفال طيف التوحد .

٢- اعداد برنامج مقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لدي طفل طيف التوحد.

٢- التحقق من فاعلية البرنامج المقترح فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال طيف التوحد.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

١- يقدم هذا البحث إطارًا نظريًا قد يستفيد منه العاملون بحقل ذوى الإحتياجات الخاصة عامة، والمهتمون بإضطراب طيف التوحد بصفة خاصة.

٢- مساعدة وتدريب الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد على تنمية مهارات العناية بالذات لديهم من خلال مجموعة من الفنيات والأنشطة المختلفة.

الأهمية التطبيقية:

١- إستفادة أطفال طيف التوحد بالبرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لديهم.

٢- الاستفادة من البحث الحالى فى تقديم التوصيات والمقترحات إلى القائمين على تربية أطفال التوحد للمساهمة فى وضع الخطط والبرامج المناسبة لتنمية مهارات العناية بالذات لديهم.

حدود البحث:

١- الحدود الزمنية:

تم تطبيق البرنامج فى الفترة من ٢٠٢٠/١٢/٧ إلى ٢٠٢١/٣/٧.

٢- الحدود المكانية:

- تم تطبيق البحث .....

٣- الحدود البشرية:

تم اختيار مجموعة من أطفال ذوى إضطراب طيف التوحد.....

منهج البحث:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي القائم على التصميم التجريبي ذي المجموعتين (المجموعة التجريبية/ المجموعة الضابطة)، وهذا المنهج يقوم على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر، أحدهما المتغير المستقل (البرنامج المقترح)، والآخر المتغير التابع (مهارات العناية بالذات أطفال طيف التوحد).

أدوات البحث:

تم اعداد أدوات ومواد البحث التالية :

١- استبانة تحديد مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدي طفل طيف التوحد.

٢- مقياس مهارات العنايه بالذات لطفل طيف التوحد .

٣- برنامج تنمية مهارات العنايه بالذات لطفل طيف التوحد .

فروض البحث:

١- توجد فروق دالة احصائيا عند مستوي (٠،٠٥) بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي علي مقياس مهارات العناية بالذات لصالح المجموعة التجريبية .

٢- توجد فروق دالة احصائيا عند مستوي (٠،٠٥) بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق علي مقياس مهارات العناية بالذات لصالح التطبيق البعدي.

مصطلحات البحث:-

البرنامج: Program

يعرف البرنامج إجرائيا بأنه: مجموعة من الأنشطة والخبرات المختلفة المقدمة للأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد والتى تستخدم بهدف تنمية مهارات العناية بالذات لديهم.

التوحد: Autism

يعرف التوحد إجرائيا بأنه: اضطراب عصبى بيولوجى يؤثر على التفاعل الإجتماعى، وعلى سلوك الطفل وقابليته للتعلم والتدريب، ويأخذ عدة مظاهر منها: وجود صعوبات فى مهارات العناية بالذات المتمثلة في تناول الطعام والشراب، ارتداء الملابس وخلعها، والقيام بعملية الإخراج ، والنظافة الشخصية، والأمن والسلامة(.

مهارات العنايه بالذات:Self-Care Skills

تعرف مهارات العناية بالذات اجرائيا بأنها : المهارات التي تضم تناول الطعام ،ارتداء وخلع الملابس ، والتحكم في عملية الإخراج ، والنظافة الشخصية التي تشمل الإغتسال وتمشيط الشعر وتنظيف الأسنان، والأمن والسلامة.. وجميع الإحتياجات الأساسيه الخاصه بالحياة اليومية .

إجرءات البحث:-

١- مراجعة الدراسات والبحوث ذات الصلة بمهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد.

٢- إعداد قائمة بمهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لأطفال اضطراب طيف التوحد.

٣- عرض قائمة مهارات العناية بالذات في شكل استبانة على مجموعة من مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة ومجال علم النفس للتأكد من مناسبتها وأهميتها لأطفال طيف التوحد.

٤- التوصل إلى قائمة مهارات العناية بالذات المناسبة لأطفال طيف التوحد.

٥- إعداد مقياس لمهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد وعرضه مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة ومجال علم النفس للتأكد من مناسبته لأطفال طيف التوحد والتأكد من صدقه وثباته.

٦- إعداد البرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد متضمنا: الأهداف – المحتوى – استراتيجيات التعلم – التقويم .

٧- عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة ومجال علم النفس للتأكد من مناسبته لهؤلاء الأطفال.

٨- تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات قبليا على عينة البحث (المجموعة التجريبية /والمجموعة الضابطة) .

٩- تطبيق البرنامج الذى تم إعداده لتنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

١٠- تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات بعديًا على عينة البحث . (المجموعة التجريبية /والمجموعة الضابطة)

١١- المعالجة الإحصائية.

١٢- التوصل إلى نتائج البحث والمقترحات.

إطار نظري ودراسات سابقة :

يتناول هذا الجزء عرضا للإطار النظري والدراسات السابقة شاملا متغيرات البحث في محورين وسيتم تناول كل منهم علي النحو الآتي :

المحور الأول طيف التوحد ويشمل : مفهوم طيف التوحد، أعراض إضطراب طيف التوحد ، خصائص الطفل التوحدى ، النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد.

المحور الثانى:- مهارات العناية بالذات ويشمل : مفهوم العناية بالذات ، مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدي أطفال ذوي طيف التوحد ، كيفية التدريب عليها .

وسوف يتم تناول كل محور بشيء من التفصيل كما يلي :

المحور الأول : إضطراب طيف التوحد

مفهوم طيف التوحد:

هناك الكثير من التعريفات الخاصة بطيف التوحد ويرجع ذلك إلى الإتجاهات النظرية المتعددة وتطور الدراسات التى تبحث فى أسباب وخصائص ومعايير التشخيص لأعراض إضطراب طيف التوحد ومعدل انتشاره ، وقد أشارت معظم هذه الدراسات إلى المظاهر السلوكية المميزة لأطفال طيف التوحد، ووصفتهم بالقصورفى التفاعل الاجتماعى، ونقص مهارات العناية بالذات.

يوضح (محمد عـدنان ، ٢٠٠٧ ،٤٤) أن الأطفـال ذوى إضـطراب طيف التوحد يبدون قصورًا فى التفاعل الاجتماعى، وقـصورًا واضـحًا فـى التواصل اللغوى، وترديدا آليا لما يسمعون، وقصورا فى القـدرة علـى اللعـب الاجتماعى والتحليل، والإصرار على آداء الروتين الذى اعتاد عليـه ويـرفض بشدة أية تغيرات تطرأ على هذا الروتين.

ويعرف **(علا عبد الباقي ، ٢٠١١، ٨٦)**التوحد بأنه: خلل وظيفى فـى المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه بدقة ويظهر خلال السنوات الأولـى مـن عمر الطفل ويمتاز بقصور وتأخر فى النمو الإجتماعى والإدراكـى والتواصـل مع الاخرين.

كما يعرفه **(عثمان فراج، ٢٠١٢،٥٢)** بأنه أحد الإضطرابات النمائيـة التطورية التى تظهر على الأطفال من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمـره وسببها إضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ ومختلـف جوانـب النمـو فتؤدى الى قصور فى التفاعل الاجتماعى والتواصل اللفظـى وغيـر اللفظـى، واضطرابات خاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية إما بفرط النـشاط أو الخمـول وتكرار دائم لحركات أو مقاطع الكلمات آليا.

ومن خلال التعريفات السابقة تم التوصل للتعريـف الإجرائـى لأطفـال طيف التوحد المستخدم فى البحث الحالي.

ويعرف طيف التوحد إجرائيا بأنه :إضطراب نمائى يؤثر سـلبا بطبيعـة الحال على التفاعل الإجتماعى من جانـب الطفـل، وعـادة مـا يظهـر هـذا الإضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره مما يجعل من شأنه

أن يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في محيطه الأجتماعي.

أعراض إضطراب طيف التوحد:

تتعدد وتتنوع أعراض إضطراب طيف التوحد والسلوكيات التى يظهرها الأطفال التوحديين حيث تشمل النواحى النمائية المختلفة مثل الناحية المعرفية، والأجتماعية وغيرها، ويختلف كل عرض من حيث الشدة حيث يتراوح بين الدرجة البسيطة والشديدة، وتشتمل أعراض إضطراب التوحد بصورة عامة على ما يلى:

١- **القصور فى مهارات التفاعل الإجتماعى :** يعتبر القصور فى مهارات التفاعل الإجتماعى من السمات الواضحة لدى الأطفال التوحديين، ويظهر هذا القصور فى سلوكيات اللعب، وصعوبة التعامل أو التواصل مع أقرانهم سواء ممن يعانون من نفس الإضطراب ، أو أقرانهم من العاديين، ويسبب هذا القصور فى التفاعل الإجتماعى، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين ، وانسحاب الأطفال التوحديين من المجتمعات . **(فاطمة العراقى،٢٠٠٩،٤١)**

كما أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية، وعدم التفاعل الإجتماعى، والسلبية تجاه الآخرين، فهم يظهرون عدم الرغبة فى مشاركة الأطفال ألعابهم، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أى لقاءات عائلية، وقصور شديد فى الإستجابة للمثيرات البيئية، والضعف العام فى المجالات الإجتماعية. **(ماجد عمارة ، ٢٠٠٥، ٢٩)**

ويؤكد على ماسبق دراسة (سيد الجارحي ، ٢٠٠٤)التى هدفت إلى تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي الأجتماعي لدي الأطفال التوحديين من خلال برنامج تدريبى على تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل فى تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحابا من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا.

٢- **قصور القدرات العقلية:** الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات كثيرة تتعلق بالانتباه، وعادة ما يصاحبها النشاط المفرط ، ومن السهل أن يتشتت انتباههم وخاصة فى مواقف التعلم، ويلاحظ أن الذاكرة عادة ماتتطور مع نمو الطفل، ويكون أداء الأطفال التوحديين فى مستوى يقارب أقرانهم غير المعاقين. **(عادل عبد الله ٢٠١٤،١٤٥)**

٣- **السلوكيات النمطية والإهتمامات المحدودة:** تعد هذه الخاصية من الخصائص الأساسية التى يعتمد عليها تشخيص التوحد، حيث يقوم الطفل التوحدى بمجموعة من السلوكيات النمطية الشاذة والإهتمامات المحدودة التى يكررها دون ملل، فهناك كثير من الأطفال يقضون أكثر يومهم فى تكرار نشاطات نمطية من نوع واحد تتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة، أو وضعها فى خط لا نهائى. (عبد الرقيب البحيري ، محمود إمام ، ٢٠١٨: ٦٦)

ويوضح أعراض التوحد دراسة (Biklen,2002) التي تؤكد علي أن الطفل التوحدى يمارس أنواع سلوكية نمطية تظهر وتختفى بشكل تلقائى وفجائى، وكذلك نتائج **دراسة (Wolf, 2005)** التى أشارت إلى أن السلوك

النمطى يتضمن:حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة، إيذاء النفس بشكل مستمر، الرتابة وعدم احتمال التغيير،رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروى دائرى.

٤- **إضطراب الحالة الإنفعالي:** يعانى الطفل التوحدى من إضطرابات انفعالية تشمل تغير مفاجئ فى الحالة المزاجية، مع نوبات من الضحك، أو البكاء، دون سبب واضح كما تشمل نقص واضح فى الاستجابات الانفعالية وعدم الخوف من المخاطرالحقيقية ، والخوف الزائد من الأشياء غير المؤذية. **(Etkin,2015,420)**

كما أن الطفل التوحدى يجد صعوبة فى فهم التفاعلات العاطفية التي تتمثل في المشاعر البسيطة مثل السعادة، والحزن، والغضب، وتستمر لديه صعوبة فى فهم المشاعر المعقدة التى تتطلب درجة مرتفعة من التحليل الإدراكى، مثل: الخجل، والندم، والشعور بالذنب. (**عبد الرحمن سليمان،٢٠٠٣،٨٧**)

ويوضح (**سعد رياض،٢٠٠٨،٣٦**)) على أن الأطفال التوحديين يعانون من إضطراب الوجدان الذي يتمثل في : الضحك أو البكاء دون سبب والسلوك العدوانى تجاه الآخرين وإيذاء ذاته.

٥- **القصور الحسى:**يقصد به القصور فى استخدام الحواس مثل السمع والبصروالشم والتذوق..إلخ، حيث يعتمد الأطفال التوحديين فى استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة، وإن كانوا يميلون إلى الطعم والروائح الكريهة، وأنهم يستمتعون بالألعاب التى فيها ملمس جسدى على الرغم

من أنهم فى الغالب لا يحبون أن يلمسهم أحد. **(جميل الصمادي ،٢٠٠٧، ٣٥)**

٦- **قصور مهارة التقليد:** يمثل قصور مهارات المحاكاة والتقليد أكبر صور العجز وضوحا عند الأطفال التوحديين، فهم لا يشاهدون أو يهتمون أو يفعلون ما يفعله الآخرون من حولهم، وقد يكون هذا العجز بمثابة انعكاس لنفس المشاكل التى تنتج عنها مصاعب فى اللعب والمهارات الإجتماعية، ومهارات العناية بالذات.

(عبد المطلب القريطي ،٢٠١١: ١٥٥)

٧- **قصور في مهارات العناية بالذات:**

الطفل التوحدي لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الإجتماعي والإقتصادي ، ففي سن (٥) أو (١٠) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها وقد لا يهتم عند إعطائه لعبه يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد مشكلات الأكل وارتداء الملابس وخلعها وأيضا التبول الليلي والأرق . **(ماجد عمارة،٢٠٠٥: ٤٨)**

كما يوضح (**عثمان لبيب، ٢٠١٢ : ٩٥**) أن الطفل التوحدي لديه مشكلات في الطعام والتغذية والشراب، كما أن اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين.

ومن خلال ماسبق يتضح أن تنوع أعراض التوحد والسلوكيات التى تظهر على هؤلاء الأطفال تختلف من طفل توحدى إلى طفل آخر وتتمثل فى قصور فى التفاعل الاجتماعى وسلوك نمطى متكرر وهذه خصائص أساسية يعتمد عليها فى تشخيص التوحد، إلى جانب وجود خلل حسى فى إحدى أو جميع الحواس ، وصعوبة فى التعبير عن المشاعر، وقصور فى مهارات اللعب مع أقرانه، كذلك قصور فى مهارة التقليد وبالتالى يصحبها قصور فى مهارات العناية بالذات.

السمات المميزة للأطفال التوحديين:

يتميز أطفال طيف التوحد بمجموعة من السمات الحسية، السلوكية، المعرفية، الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، واللغوية..وغيرها ،ويوضح كل من (**علا عبد الباقى،٢٠١١،٧٧**) ، (Howlin,2015:29) ،(**محمد صبرى،٢٠١٨،١٥٥**) أهم سمات الأطفال التوحديين على النحو التالى:

- اضطراب فى استخدام التواصل البصرى ، حيث يتجنب الأطفال التوحديون النظر فى أعين الآخرين، ولكن مع مرور الوقت تتلاشى هذه الصعوبة فى معظم الحالات.
- إضطراب فى التعبير عن المشاعر الذاتية وفهم مشاعر الآخرين: يجد الطفل التوحدى صعوبة فى فهم المشاعر البسيطة مثل السعادة، والحزن، والغضب،

- ينزعج الطفل التوحدى من الأصوات العالية فى حين يستجيب للأصوات الخافتة، كما توجد لديه صعوبة في التمييز بين الأصوات عند سماعه لها.
- ينظرون إلى الأشياء التى تتحرك حولهم بدون تركيز، حيث يتضاءل اهتمامهم بالأشياء حالما تتوقف حركة هذا الشيء.
- عدم حساسيتهم تجاه الألم والبرد، فقد يخرجون خارج المنزل بملابس خفيفة برغم شدة برودة الجو، كما أنهم لا يبالون الإصطدام بالأشياء.
- استجابة غير عادية للسطوح، فقد يلامس الأجسام الساخنة جدًا أو الباردة جدًا. بدون إبداء أي تأثر.
- يستمتع باللعب العنيف الذى عادة ما يكون فيه ملامسة جسدية بالرغم من أنهم قد ينفرون من ملامسة خفيفة مع أحد.
- استجابة غير طبيعية للتذوق حيث قد يقوم بتذوق أو أكل أشياء غير طبيعية مثل الطوب، أو الشمع، أو ألوان.
- الإستجابة تجاه الآخرين بعنف أو بحدة، ويصاحبه صراخ أو بكاء، أو ضرب، ويكون نتيجة لتغيير روتين ما، أو خوف من شيء لا يستطيع فهمه أوالتعبيرعنه.

النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد:

١- **النظرية الفيزيولوجية:**وهى تتعلق ببعض الأمراض الوراثية، والأسباب الكيمائية والحيوية، وقد تعنى هذه النظرية فى مضمونها تلك التغيرات الطبية الحيوية التى قد تكون سببا فى التوحد، ومن تلك التغيرات زيادة تكاثر الكانديدا (الفطريات والبكتريا) فى الأمعاء، زيادة نفاذية الأمعاء،

نقص الفيتامينات والمعادن، وضعف التغذية بشكل عام، ضعف المناعة، زيادة الحساسية، ونقص مضادات الأكسدة، ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة. **(عبدالله محمد،٢٠١٤: ٥٤)**

٢-**النظرية العصبية:** ترجع هذه النظرية المشكلات التى يعانى منها الطفل التوحدى إلى إصابة بنية مناطق محددة فى النظام العصبى المركزى، فهناك مناطق خلل فى الدماغ فى المناطق المسئولة عن التخطيط أو التحكم، وتنظيم الإنفعالات والحركة، ووجد أن حجم الدماغ عند الطفل الذى يعانى من التوحد أكبر من حجم دماغ الأشخاص العاديين.

(أمل محمد،٢٠١٥، ١٤)

٣-**نظرية العقل:** إن نظرية العقل ترجع حدوث إضطراب التوحد إلى عوامل نفسية معرفية تتعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعى لمختلف النظم المعرفية التى تنمو بشكل طبيعى. وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذى يكون قادرًا على غزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر، لكى يمكنه فهم سلوك ذلك الشخص، والتنبؤ به، وربما يمكن رد هذا القصور فى نظرية العقل إلى كل من القصور السلوكى، والقصور الإجتماعى لدى الطفل التوحدى الذى يؤدى إلى عجز فى عملية الفهم. **(جميل الصمادى،٢٠٠٧: ١٣٢)**

من خلال استعراض النظريات يمكن استنتاج :أنه لا يوجد اتفاق على سبب واحد لحدوث التوحد، ومن الممكن أن يكون هذا طبيعيا، لأن حدوث الإضطراب يعود إلى أسباب كثيرة كما أن هناك حقيقة أخرى هى أن هذا الإضطراب لم يتحدد بعد العوامل والأسباب المؤدية إليه، وأن يكون السبب

اختلافات فى تركيب الدماغ، أو أنه سبب جينى أو نتيجة لهذه العوامل مجمعة مع بعضها، وعليه روعي وضع جميع هذه النظريات وتوظيفها بشكل إيجابى في البرنامج المقترح.

المحور الثانى (مهارات العناية بالذات)

العناية بالذات:-

من المتفق عليه أن **أداء** الأطفال ذوي طيف التوحد للمهارات الإستقلالية من الممكن أن يؤدى إلى تنمية عدد من الخصائص الشخصية لديه مثل الإعتماد على الذات وتنمية الثقة بالنفس والتكيف الناجح مع من حوله.فمهارة العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين من المهارات التى تهدف إلى تنمية القدرة على التكيف الناجح فى مواقف الحياة اليومية وهى من المهارات الرئيسية فى مناهج المعاقين على إختلاف درجاتهم وأنواعهم ،كما تشكل هذه المهارات أساسا لبناء أشكال أخرى من المهارات اللاحقة كالمهارات الأكاديمية أو الإجتماعية أو المهنية.

ولقد تعددت تعريفات العناية بالذات ومنها:

يذكر **(عبد الرحمن سليمان،٢٠٠١ ،٧١)** أن مهارات العناية بالذات تعنى رعاية الطفل التوحدى لنفسه وحمايتها، وإطعام نفسه، وأن يقوم بخلع وارتداء ملابسه، واستخدام الحمام ،والنظافة الشخصية.

وتذكر أيضا **(سوسن الجلبى ٢٠٠٥، ١٥٩)** أن مهارات العناية بالذات تشتمل على ارتداء الملابس، واستخدام السكين والملعقة، الاغتسال، تمشيط

الشعر، تنظيف الأسنان، **وجميع** الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية .

فى حين تعرف **(Marie , Schuster & Nelson,2008,234)** مهارات العناية بالذات بأنها من أهم الأنشطة التى يجب أن يكتسبها الأطفال ذوي طيف التوحد حيث تعتبر أول وأبسط المكتسبات التى يكتسبها الطفل من أسرته فى **الفترة** الأولى من حياته حيث تمثل الخطوة الأولى للاعتماد على الذات والاستقلال عن الأسرة ورفع بعض عبء التربية عن الوالدين.

يعرف (James , Tekin & Kircaali,2009,55) مهارات العناية بالذات بأنها "مجموعة المهارات التي تمكن الفرد من التكيف علي نحو إيجابي في المحيط الذي يعيش فيه من خلال التعامل بفاعلية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها بما يساعد علي تعزيز الصحة الجسمية والعقلية والنفسية والإجتماعية".

من التعريفات السابقة تعرف مهارات العناية بالذات اجرائيا أنها: قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتى تشتمل على: تناول الطعام ، وارتداء الملابس وخلعها،التحكم في الإخراج ، النظافة الشخصية، الأمن والسلامة ، وذلك لتحقيق الإستقلالية والإعتماد على النفس.

مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدي الطفل ذوي طيف التوحد:-

تشتمل مهارات العناية بالذات على العديد من المجالات، وسوف يتم التعرف على كل مهارة على حده وكيفية التدريب عليها كمايلى:

١- **مهارة تناول الطعام :** من المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشراب لدى الطفل التوحدى عدم تناول الطعام بطريقة صحيحة، وهذا يتضح من خلال العبث فى الوجبات التى تقدم له، وأيضا العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة، كما أن عادات الأكل والشرب، وما يفضله الطفل، وما لا يفضله تكون غالبا لها صورة متطرفة، فالأطفال لا يأكلون ولا يشربون إلا أصنافا قليلة ومحدودة التنوع أو يصرون على عدم الأكل أو الشرب إلا باستخدام أكواب وأطباق معينة، وبعض الأطفال يظهرون تصميما على رفض تناول الطعام. **(عبد الرحمن سليمان وآخرون ، ٢٠٠٣ ، ١٦٥)**

- **خطوات التدريب على مهارة تناول الطعام والشراب:**

- يتم تجزئة أو تقسيم الوجبة الصغيرة إلى أجزاء أصغر، ويتم تقديم كل جزء فى كل ساعة أثناء اليوم، حيث توفر هذه الطريقة نوع من الإثارة للتدريب نظرًا لأن الطفل يكون جائعا بنسبة قليلة وبالتالى تتم المحافظة على الدافعية، ويعنى هذا أن كل جزء من الوجبة الكاملة لا يجب أن يستغرق أكثر من ١٥ دقيقة ، كما يتم تقديم كل أداة من أدوات الطعام على نحو منفصل فى جلسة التدريب، ويجب تقديم نوع واحد من الطعام يكون مناسب للأداة الموضوعة وبعد أن يتمكن الطفل منها يمكن تقديم مجموعات مختلفة من الأطعمة تتطلب أكثر من أداة واحدة. **(سوسن الجلبى،٢٠٠٥)**

- يجب أن يتحدث المدرب مع الطفل على نحو مشجع وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب، وينقل إليه مايدور حوله بلطف، ويمتدح كل جهد

يبذله الطفل نحو إنجاز استجابة الأكل المستقلة، فذلك يضمن أن يكون نشاط التدريب معززا إيجابيا وذات مغزى بالنسبة للطفل، فيتم إعطاء الطفل قدر كبير من التعزيز المعنوى مقابل جهده فى الإمساك بالأداة وملئها بالطعام فى سياق الأكل، ربما يقول المدرب (حسنا) عندما يلتقط الطفل الأداة أو عندما ينقلها إلى الطبق وهكذا.

- عندما يحدث خطأ ما يجب أن يتم تدريب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح، وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء الوجبات اللاحقة، ولذا يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملا وثابتا، مع الإشراف المستمر حتى لا تترسخ أخطاء الطفل فى تناول الطعام .

وقد روعي في أنشطة البرنامج التدريبي تقديم العديد من المعززات وعدم الإعتماد على معزز لفظى واحد، كما يجب أن يكون المدح اللفظى سارا ومخلصا، واللمس أيضا يمكن أن يكون معززا قويا، وكذلك معانقة الطفل عندما يؤدى أداءا حسنا، واستخدام تعبيرات الوجه الدالة على الاستحسان .

٢- **مهارة إرتداء الملابس وخلعها:** تمثل عملية ارتداء الملابس وخلعها مشكلة كبيرة لأنها تعتمد على ارتداء الملابس وخلعها بصورة صحيحة، ويجب أن يتم ذلك أمام الطفل بالصورة الصحيحة ثم تقدم له المساعدة بعد ذلك عند الضرورة، وفى مرحلة لاحقة يمكننا لفت انتباه الطفل وتوجيه اهتمامه إلى البطاقة الملصقة على الثوب والتى تدل على الجهة الداخلية والجهة الخلفية للرداء، كما أن الأطفال التوحديين غالبا مايكونون غير مدركين للملبس

المناسب لحالة الجو السائدة فى وقت ما، فتراهم يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة فى الصيف أو الملابس الخفيفة فى الشتاء، ولذا يجب توفير نوع من الرقابة والمساعدة للطفل دون مضايقته. **(عبد الرحمن سليمان ،٢٠٠٣: ٥٩)**

- **خطوات التدريب على مهارة ارتداء الملابس وخلعها :**

يختار المدرب مكانا مريحا ومألوفا للطفل ويكون هادئا وخاليا من المقاطعات، ويراعي تجزئة المهارة إلى أجزاء، حيث يتم ارتداء القميص أولا ثم البنطلون، وكذلك عند الخلع مع إعطاء الطفل فترات راحة بين إرتداء الملابس وخلعها. **(السيد عبد النبي ، ٢٠٠٤: ٧٦)**

- يجب أن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملا وثابتا وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الإرتداء والخلع بنفسه.
- يجب التنوع فى استخدام المعززات حتى لايشعر الطفل بملل، كما أن المدح اللفظى يجب أن يكون مشجعا، واللمس أيضا يكون معززا قويا.وعندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدى بعض المقاومة يستخدم التوجيه اليدوى لتقديم الاستجابة الملائمة.

وقد روعي في البرنامج المقدم أن تكون أنشطة مهارات ارتداء الملابس فى نطاق قدرات الطفل، وأن يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملا وثابتا ، كما روعي التنوع فى استخدام المعززات حتى

لايشعر الطفل بملل وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الإرتداء والخلع للملابس بنفسه.

٣- التحكم في الإخراج :

يمثل عدم القدرة على التحكم فى الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين وما يمثله هذا السلوك من خطر على صحة الطفل وعائلته ، مما يحتم إجراء تقييم دقيق لمعرفة أسباب التبول اللإرادى أو عدم القدرة على التحكم فى إخراج البراز، حيث يلاحظ أن قليلا من الأطفال التوحديين يتعودون على تلويث وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه، ومما لاشك فيه أن مثل هذا السلوك فى حاجة لتدخل سريع من خلال إتباع الأساليب السلوكية التى يتم بموجبها مكافأة الطفل على عدم تلويث وجهه، ، وقد يعود السبب فى ذلك إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم فى الإخراج، وفى مثل هذه الحالات ينصح بتكثيف التدريب على استخدام الحمام. **(ربيع سلامة ، ٢٠٠٥ ، ٦٠)**

ويمكن توضيح أن بعض الأطفال التوحديين قد يشكلون مضايقة وإزعاجا لذويهم فيما يتعلق باستخدام الحمام، ويتطلب الأمر تدريب الأطفال التوحديين على ذلك، وهناك بعض الأطفال الذين يكرهون بل ويخافون من استخدام المرحاض، ومن المهم مراعاة أن يشعرالأطفال بالأمان خلال تدريبهم على استخدام المرحاض والتأكد من عدم برودة كرسى المرحاض ذاته والذى قد يكون سببا قويا يجعل بعض الأطفال يقلقون ويتضايقون. **(سوسن الجلبى ،٢٠٠٥، ٨٦)**

- **خطوات التدريب على القيام بعملية الإخراج:**

- توضح (سوسن الجلبى،٢٠٠٥) أنه توجد بعض الطرق التى يمكن الاستعانة بها عندما يبلل الطفل التوحدى نفسه أثناء النوم ومنها:

طريقة الجرس والفراش وتتلخص طريقة عمل هذا الأسلوب فى أن الجرس يرن أوتوماتيكيا بمجرد أن يبلل الطفل نفسه، وهذه الطريقة البسيطة تساعد الطفل على توقع الوقت الذى يجب عليه الذهاب إلى الحمام أو الطلب من والدته أن تأخذه إليه. وأيضا استخدام بعض السلوكيات التى تساعد على تنمية قدرة الطفل على التحكم فى الإخراج، ومنها استخدام المعززات السلوكية لمكافأة الطفل على فترات الجفاف أثناء النهار والليل.

- يجب قبل البدء فى برنامج التدريب أن يخضع الطفل للفحص الطبي الذي قد يوضح إحدى المشاكل التى تمنع الطفل من التحكم فى أمعائه أو مثانته من حين لآخر.

- يجب إعطاء السوائل قبل التدريب بحوالى ساعة واحدة، وذلك لضمان أن نشاط التدريب يبدأ باستجابة إخراجية ناجحة، وينبغى توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التى يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة، ويجب أن تكون أنشطة التدريب طويلة بقدر الإمكان فى كل يوم.

- من المهم إعطاء المكافآت للسلوك الصحيح فورا، وهذا هو السبب فى أن الاكتشاف الفورى للتبول أمر هام، وتقليل الأحداث المفاجأة على نحو أكثر تكرارًا إذا كان الطفل يرفض ترك موقف اللعب، أو أن يمشى مسافة كبيرة إلى المرحاض، هذه المواقف تعوق برنامج التدريب، ومن ثم يجب تقليلها، ولذلك فإن التدريب يجب أن يتم أولا فى الحمام.

- ربط المكافآة بالاستجابة الصحيحة، وعند عدم ظهور الاستجابة تحجب المكافآة، فحين يرتبط السلوك الصحيح بالمكافآة فإن الطفل سوف يريد الإخراج عندما يجلس على المرحاض.

وروعي في البرنامج المقترح توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التى يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة، وأن تكون أنشطة التدريب طويلة بقدر الإمكان فى كل يوم.

٤- **مهارة النظافة الشخصية:** تتضمن مهارة النظافة الشخصية غسل اليدين والوجه، تجفيف اليدين والوجه بالفوطة، تنظيف الأسنان بالفرشاة، تمشيط الشعر.ومن المؤكد أن ألفة الطفل بالأشياء المستخدمة فى عملية التدريب على النظافة الشخصية مهمة جدا ، حيث أن الاستخدام والعرض الفعلى للشئ ليس هو الأمر المفيد فقط، ولكن المفيد أيضا هومعرفة ومواظبة الطفل علي أين يجب أن يوضع هذا الشئ فى حالة عدم استخدامه، ومن الأشياء التى يجب أن يألفها الطفل هى الصابون والمنشفة ، والصنبور، والمشط، وفرشاة ومعجون أسنان، وزجاجة عطر. (السيد عبد النبي ،٢٠٠٤: ٨١)

- **خطوات التدريب على النظافة الشخصية :**

- تسمية أدوات النظافة الشخصية ومعرفة ما يقوم به من الأمور المساعدة جدًا فى تقليل الالتباس والغموض لدى الطفل، ويعد هذا صحيحا بصفة خاصة عندما تكون الأشياء متشابهة مثل المنشفة أو مناديل الورق. فيجب تعريف الطفل بأن المنشفة للوجه، والمشط والفرشاة للشعر، وفرشاة ومعجون أسنان..الخ .

- تكرار التدريب حتى تنخفض كمية التوجيه اليدوى واللفظى مع كل طلب، وبالطبع كل خطوة تعطى مديحا لفظيا وإيماءة مختصرة من العطف والحنان، وكل مهمة يعطى لها مكافآة مادية مع تعزيز لفظى وإيماءات من العطف والحنان. **(سوسن الجلبى،٢٠٠٥)**

وقد روعي في البرنامج لتنمية مهارة النظافة الشخصية أن يتراوح التعزيز عند أداء المهام من المديح اللفظى وإيماءات الاستحسان ، وأن تكون المكافآت المادية ملائمة عندما يظهر الطفل بنجاح استخدام الشئ أو إحدى المهارات الخاصة

٥- مهارات الأمن والسلامة:

يذكر **(ربيع سلامة ، ٢٠٠٥ : ٨٠)** أن من أسباب وقوع الطفل التوحدى فى الخطر؛الحركة الزائدة والنشاط الزائد، وضعف قدرات الطفل، وخوف أو جوع الأطفال يجعلهم يأكلون ويشربون ماتصل إليه أيديهم، وعدم معرفة الأطفال التوحديين بقواعد الأمان فى المواقف المختلفة، وضعف خبرات الوالدين فى توجيه أطفالهم، والتفكك الأسرى، والفقر الشديد للأسرة، والطلاق، وسفر الآباء الذى يجعل الوالدين منشغلين عن توجيه وإرشاد أطفالهم نحوالأخطار، وتطور الأجهزة والأدوات فى المنزل مما تكون سببا فى وقوع الأطفال فى حوادث مختلفة سواء حوادث الغرق، الكهرباء، الإختناق، التسمم، الإنزلاق والسقوط من الأماكن العالية، الحرائق، الأدوية، الأدوات الحادة وغيرها من الحوادث.

ويوضح (عبد الرحمن سليمان وآخرون،٢٠٠٣ ، ١٠٣) أن التدريب علي الأمن والسلامة يهدف إلى إكساب الطفل خبرات ومهارات لازمة للمحافظة

على سلامته الشخصية وسلامة الآخرين بجانبه من خلال تدريبه ومعايشته لبعض المواقف والظواهر التى يمكن أن يتعرض لها خارج أو داخل المدرسة والمنزل حتى يتمكن من تفادى أو تقليل حجم الأضرار والخسائر التى يتعرض لها. ويذكر أنه يوجد لدى الأطفال التوحديين عادة التهام الأطعمة الشاذة، مما يعنى أنهم يلتهمون مواد غير صالحة للأكل مثل الأزرار، وبقايا الطعام الفاسد، والديدان، والرمال، وأوراق الشجر البالية، مثل هؤلاء الأطفال يجب ملاحظاتهم باستمرار نظرًا لأن الطفل منهم فى جزء من الثانية قد يلتقط أى شئ يبدى له مغريا ويشرع فى ابتلاعه قبل أن يدرك الشخص البالغ حقيقة ما يحدث.

خطوات تجنب وقوع الحوادث لدى الأطفال التوحديين:

يتم تجنب وقوع الحوادث لدى الأطفال التوحديين **(ربيع سلامة ،٢٠٠٥ :٣)** من خلال:-

- معرفة دراسة العوامل والأسباب المؤدية لوقوع الحوادث من البداية، وذلك من خلال إجراء فحص طبى شامل للتأكد من أن الطفل لايعانى من مشكلة صحية مثل نقص الحديد أو الزنك وبناء على ما تسفر عنه نتيجة الفحوص الطبية يتم وصف العلاج المناسب من قبل طبيب متخصص، وقد يؤدى ذلك إلى توقف عن تناول المواد الغير صالحة للأكل.
- ضرورة الاستعانة بالعلاج السلوكى والذى يعتمد على مكافأة الطفل على أكل المواد الصالحة، والتعزيز المستمر لسلوك الطفل الأمانى ايجابيًا أو سلبيًا لتأكيد السلوك الإيجابى ومنع السلوك السلبى.

- ضرورة تعليم الأطفال كيفية إدراك الأخطار التى يتعرضون لها من مواقف حياتهم اليومية حتى يكونوا معدين لتلافيها، ومن ثم يتجنبوا الحوادث، وذلك من خلال تدريبهم على عدم التعرض للخطر.

وقد روعي في البرنامج المقترح تعليم الأمان لجميع الأطفال التوحديين من خلال تدريبهم باستراتيجيات مختلفة مناسبة للتعامل مع الأخطار، وحماية أنفسهم من الحوادث سواء فى المنزل أو الشارع أو أى مكان يتواجدون فيه، وعلى هذا يتصرفون بأمان فى أى موقف خطر، ومن ثم يتجنبون الوقوع فى الحوادث.

ولقد جاءت العديد من الدراسات لتؤكد على فاعلية التدريب على مهارات العناية بالذات التى تشتمل على مهارة الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها وعملية الإخراج والنظافة الشخصية والأمان بالذات.ففى دراسة **(Carothers & Taylor , 2004)** والتى هدفت لتناول كيفية التعاون بين المدرسين والآباء للعمل معا لتدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين، وكان هدفها تدريب الأطفال التوحديين الذين لديهم عيوب فى القدرات الوظيفية على إتمام أعمالهم بأنفسهم لإتقان مهارات العناية بالذات.

كما كشفت نتائج دراسة**(Snider ,2002)** عن حدوث تحسين فى قدرات عينة من الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد، ومهاراتهم الأكاديمية، ومهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية داخل المجتمع، والمهارات اللفظية وغير اللفظية، وذلك بعد تطبيق برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقى.

وأثبتت نتائج دراسة **(Lockshin,Gillis,Romanaczyk,2005)** أن البرنامج المعد لتنمية مهارات السلوك الأستقلالي له تأثير كبير في تنمية المهارات المستهدفة، كما ساعد الآباء على معرفة كيفية التعامل مع أطفالهم، والتأكيد على دور الأسرة فى تنفيذ برامج الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد.

وأثبتت نتائج دراسة **(Caykyatar, Atalia, Ollard & Elena,) 2009** فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين، فى تنمية الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية للأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد.

الإجراءات المنهجية البحث :

يتناول هذا الجزء إجراءات البحث من حيث منهج البحث المستخدم وعينة البحث والأدوات المستخدمة ، والخطوات الإجرائية التى تم إتباعها فى البحث، وأخيرا أساليب التحليل الإحصائى المستخدمة فى معالجة البيانات للتحقق من فروض البحث .

ثانياً:- قائمة مهارات العناية بالذات لطفل طيف التوحد* :- تم الاعتماد في بنا القائمة البحث على البحوث والدراسات السابقة والمراجع العربية والأجنبية في مجال رياض الأطفال عامة والمفاهيم التكنولوجية بشكل خاص وتحكيمها من السادة المحكمين* وجات نسبة الإتفاق على المفاهيم موضع البحث الحالي كالتالى، وتم عرض جدول بنسب الإتفاق على المفاهيم التكنولوجية موضع البحث الحالى*.

الإجراءات المنهجية للبحث :

يتناول هذا الجزء الإجراءات المنهجية والميدانية التي اتبعت في البحث الحالي للإجابة عن أسئلة البحث والتحقق من صحة فروضه، والتي تتمثل في تحديد عينة البحث من خلال مقياس جيليام، إعداد استبانة تحديد مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدي أطفال اضطراب طيف التوحد، وإعداد مقياس مهارات العناية بالذات المصور لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وإعداد برنامج لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واختيار عينة البحث ومنهجة وإجراءات تطبيق أنشطة البرنامج المقترح والأساليب الاحصائية المستخدمة في البحث الحالي

وفيما يلي وصف مفصل لما تم ذكره:

أولا: منهج البحث:

استهدف البحث الحالي التعرف على أثر استخدام برنامج لتنمية مهارات العناية الذاتية لدى أطفال طيف التوحد في مرحلة الروضة، وبناء على ذلك تم استخدام المنهج التجريبي القائم على التصميم ذي المجموعتين (المجموعة التجريبية/ المجموعةالضابطة)، وهذا المنهج يقوم على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر أحدهما المتغير المستقل (البرنامج المقترح) ، والآخر المتغير التابع (مهارات العناية بالذات لأطفال طيف التوحد).

ثانيا: عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث الحالي من أطفال أضطراب طيف التوحد بمدرسة التربية الفكرية بإدارة شربين التعليمية الخاضعة لإشراف وزارة التربية والتعليم.

وتكونت عينة البحث من (٢٠) طفلا وطفلة، تم تقسيم إلى مجموعتين (١٠) أطفال كمجموعة تجريبية، (١٠) أطفال كمجموعة ضابطة.

وقد خضعت اختيار عينة البحث للشروط التالية:

- تقع فى المدى العمرى من (٥-٨ سنوات) .
- الطفل مشخص توحد بسيط وفقا لنتائج أدوات التشخيص المستخدمة حيث تم تطبيق مقياس جيليام لتحديد الأطفال ذوي طيف التوحد والتأكد من خصائصهم.
- لا يعانى الطفل من أى إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد.
- الطفل منتظم فى الحضور أثناء تطبيق البحث.
- موافقة ولى أمر الطفل على إخضاعه للتطبيق مع المشاركة فى البرنامج.

تجانس العينة من حيث مهارات العناية بالذات:

تم إيجاد التجانس بين متوسطات رتب درجات أطفال العينة " أطفال اضطراب طيف التوحد للمجموعتين الضابطة والتجريبية" من حيث مهارات العناية بالذات ، حيث طبق مقياس مهارات العناية بالذات المصور قبل تطبيق أنشطة البرنامج المقترح .

جدول (١)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة من حيث مهارات العناية بالذات

المتغير	ن	م	ع	أقل درجة	أعلى درجة	ح	كا٢	الدلالة	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالذات	٢٠	١٥,٢٣	١,١٦٣	١٢	١٧	٤	٦,٤٨	٠,١٦٣	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال اضطراب طيف التوحد بالمجموعتين (الضابطة والتجريبية) من حيث مستوى مهارات العناية بالذات قبل تطبيق البرنامج مما يشير إلى تجانس العينة.

ثالثا: أدوات ومواد البحث:

١. مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب طيف التوحد؛ ترجمة (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٦).

٢. استبانة مهارة العناية بالذات المناسبة لأطفال اضطراب طيف التوحد.

٣. مقياس مهارات العناية بالذات المصور المصور لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

٤. برنامج تنمية مهارات العناية الذاتية لدى أطفال طيف التوحد .

وفيما يلى عرض مفصل لأدوات ومواد البحث:

١.مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب طيف التوحد ،ترجمة وإعداد (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٦):

يقوم بتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال، من حيث إمكانية تحديد إذا كان الطفل يعاني من اضطراب طيف التوحداً أو غيره من اضطرابات تأخر النمو ، كما يهدف أيضًا إلى تحديد وتقييم مدى التطور أو التقدم الذي يمكن أن يطرأ على حالة طفل أضطراب طيف التوحد على أثر خضوعه لبرامج تدخل معينة، حيث روعي في البحث أن يكون أفراد العينة في مستوى وظيفي على مقياس جيليام (٩٠-١١٠).

- يضم هذا المقياس أربعة مقاييس فرعية كل منها يتكون من (١٤) عبارة، ليصبح إجمالي عبارات المقياس (٥٦) عبارة، وتصف العبارات التي يتضمنها كل من مقياس فرعي الأعراض المترتبطة باضطراب طيف التوحد فيما يتعلق بهذا الجانب أو ذاك ، ويشمل الآتي: المقياس الفرعي الأول: خاص بالسلوكيات النمطية، ، المقياس الفرعي الثاني: خاص بالتواصل ، المقياس الفرعي الثالث: خاص بالتفاعل الاجتماعي ، المقياس الفرعي الرابع: ويسمى بالاضطرابات النمائية ، والدرجة الكلية لهذا المقياس ككل بمقاييسه الفرعية تتراوح ما بين (صفر- ١٤٠) درجة.

معاملات الصدق:

تم إيجاد معاملات الصدق لمقياس اضطراب طيف التوحد "جليام" على عينة قوامها (٢٠) طفلا وطفلة على النحو التالي:

جدول (٢)

معاملات الصدق لمقياس جليام

الأبعاد	معاملات الصدق
درجة اضطراب طيف التوحد	٠,٨٩

معاملات الثبات:

تم إيجاد معاملات الثبات لمقياس اضطراب طيف التوحد "جليام" على عينة قوامها (٢٠) طفلا وطفلة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ على النحو التالي:

جدول (٣)

معاملات الصدق لمقياس جليام

الأبعاد	معاملات الثبات
درجة اضطراب طيف التوحد	٠,٨٨

ويتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس.

٢.استبانة تحديد مهارات العناية بالذات المناسبة لأطفال طيف التوحد:

تم إعداد الاستبانة من خلال الاطلاع على بعض الأدبيات والبحوث والدراسات التى تناولت مهارات العناية بالذات، وقد روعى عند إعداد الاستبانة أن تتم وفقاً للإجراءات التالية:

- تحديد الهدف من إعداد الأستبانة.
- إعداد الصورة الأولية لقائمة مهارات ووضعها فى شكل استبانة.
- تطبيق استبانة مهارات العناية بالذات.

ويمكن توضيح الإجراءات بالتفصيل فيما يلى:

١) تحديد الهدف من إعداد الاستبانة:

تهدف الاستبانة إلى تحديد مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدى الأطفال ذوي طيف التوحد؛ حيث تُعد المهارات المتضمنة بالاستبانة بمثابة الأساس الذى تم فى ضوئه تصميم أنشطة البرنامج المقترح لتنمية سلوكيات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي طيف التوحد.

٢) إعداد القائمة الأولية لمهارات العناية بالذات:

تم إعداد الصورة الأولية لقائمة مهارات العناية بالذات من خلال الإطلاع على الأدبيات والبحوث والدراسات السابقة التى تناولت مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مثل دراسة

ومن خلال هذه الدراسات تم التوصل للصورة الأولية لقائمة مهارات العناية بالذات المناسب تنميها لدي الأطفال ذوي طيف التوحد، وقد تم تضمين القائمة في صورتها الأولية في شكل استبانة؛ والتى هدفت إلى تحديد مدى أهمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال مقياس متدرج (مهمة بدرجة كبيرة، مهمة بدرجة متوسطة، غير مهمة).

وقد تم عرضها على مجموعة من المحكمين(*) من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية تخصص مناهج الطفل والعلوم النفسية، وقد أقروا جميعا بأهمية بعض مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع اقتراح حذف لبعض المهارات وبعض السلوكيات الفرعية، وفى ضوء آراء السادة المحكمين، وما أبدوه تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الاستبانة فى صورتها النهائية (**).

ومن ثم أصبحت الاستبانة تشتمل على (٥) مهارات رئيسة في صورتها النهائية وهي: (تناول الطعام والشراب، ارتداء وخلع الملابس ، التحكم في الإخراج ، النظافة الشخصية، الأمن والسلامة)، وعدد (٣٠) مهارة فرعية، وهذه هي المهارات الخمس الرئيسة والمهارات الفرعية لها، والتى روعى تنميتها من خلال أنشطة البرنامج المقترح.

وبذلك تكون تمت الإجابة على السؤال الأول من مشكلة البحث وهو: "ما مهارات العناية بالذات المناسب تنميتها لدى طفل طيف التوحد؟"

٣.مقياس مهارات العناية بالذات المصور للأطفال ذوي طيف التوحد:

تم إعداد مقياس مهارات العناية بالذات المصور للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفقًا للخطوات الآتية:

١. الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى قياس مهارات العناية بالذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؛ وقد تم صياغة مفردات المقياس على شكل أسئلة وأسفل كل

(*) ملحق (١) : أسماء السادة المحكمين على أدوات البحث .

(**)ملحق (٢) : استبانة مهارات العناية بالذات الواجب توافرها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

سؤال إجابة من ثلاث بدائل، يختار الطفل منها الإجابة الصحيحة ، ويشمل المقياس على (٣٠) مفردة موزعة على مهارات العناية بالذات الخمس التي تم تحديدها مسبقًا.

وقد تم بناء مقياس مهارات العناية بالذات، وروعى عند صياغة أسئلة المقياس المصور ما يلى:

أ- أن تكون اللغة المستخدمة مناسبة لطفل التوحد.

ب-أن تتناسب الأسئلة مع أهداف المقياس.

ج- أن تكون الصور المستخدمة واضحة ومناسبة للطفل.

وتم استخدام مقياس ليكرت لكونه يتميز بالسهولة النسبية فى التصميم والتطبيق والتصحيح، وبالتالى أكثر ثباتًا.

جدول رقم (٤)

جدول مواصفات مقياس مهارات العناية بالذات المصورلطفل التوحد

م	مهارات العناية بالذات	رقم السؤال	عدد الأسئلة
١	تناول الطعام	١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦	٦
٢	ارتداء وخلع الملابس	٧،٨،٩،١٠،١١،١٢	٦
٣	التحكم في الإخراج	١٣،١٤،١٥،١٦،١٧،١٨	٦
٤	النظافة الشخصية	١٩،٢٠،٢١،٢٢،٢٣،٢٤	٦
٥	الأمن والسلامة	٢٥،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩،٣٠	٦
	الدرجة الكلية	٣٠	

٢- إعداد مفتاح التصحيح وتقدير درجات المقياس:

تم تصحيح عبارات مقياس العناية بالذات المصور طبقاً لطريقة ليكرت حيث يُعطى الطفل (٣)

فى حالة وضع علامة (✓) أسفل الصورة الإيجابية (موافق)، ويعطى الطفل (٢) درجة فى حالة وضع علامة (✓) أسفل الصورة المحايدة (غير متأكد)، ويُعطى الطفل درجة واحدة فى حالة وضع علامة (✓) أسفل الصورة السالبة (غير موافق)، ومما سبق يتضح أن الدرجة العظمى للمقياس هى (٩٠) درجة، والدرجة الصغرى للمقياس هى (٣٠) درجة.

٢. تعليمات المقياس وشملت:

- **هدف المقياس:** قياس مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد تطبيق لبرنامج المقترح.
- **عدد مفردات المقياس:** ٣٠ مفردة.
- **طريقة إجابة المقياس:** عبارة عن ثلاثة بدائل يختار الطفل منها الإجابة الصحيحة عن طريق الباحثة.
- **تحديد صدق المقياس:** تم عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين وذلك للتعرف على آرائهم من حيث مدى وضوح كل مفردة والصور المرتبطة بها، ومدى ارتباط مفردات المقياس مع مهارات العناية بالذات ، سلامة صياغة المفردات.

وقد أبدى معظم المحكمين مجموعة من الملاحظات يمكن إيجازها في تغيير بعض البدائل لعدم مناسبتها ، وتم عمل التعديلات اللازمة في ضوء آراء المحكمين.

٣. التجربة الاستطلاعية:

في ضوء نتائج العرض على السادة المحكمين، وبعد إجراء التعديلات المطلوبة، تم إجراء التجربة الاستطلاعية للمقياس، وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

- حساب صدق المقياس.
- حساب ثبات المقياس.
- حساب معامل السهولة والصعوبة والتمييز.

❖ **حساب صدق مقياس مهارات العناية بالذات المصور:**

- **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):**

لكي يتم التأكد من الصدق الظاهري للمقياس فقد تم عرضه على مجموعة من المحكمين في مجال مناهج الطفل، وعلم نفس الطفل * وذلك لمعرفة مدي مناسبة المقياس لأطفال طيف التوحد، مناسبة عدد الصور لكل مفردة ، شمولية المقياس ، مدى مناسبة الصياغة اللغوية لأسئلة المقياس، بالإضافة لما يرونه سيادتهم من حذف أو إضافة أو تعديل لبعض الصور أو العبارات.

وقد كان للمحكمين بعض الملاحظات، مثل تغيير بعض الصور لعدم وضوحها حتى تكون أكثر تعبيراً ، وقد تم تغيير بعض الصور بناء علي التوجيهات كما اقترح البعض تعديل صياغة بعض الأسئلة لكي تناسب مهارات العناية بالذات لدي أطفال طيف التوحد.

- **صدق الاتساق الداخلي :**

تم حساب معاملات ارتباط درجة كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية له على عينة بلغت (١٠) أطفال من أطفال مدرسة التربية الفكرية بشربين من غير عينة البحث الأصلية، وأوضحت النتائج أن قيم معامل ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائيًا. ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الارتباط بين كل مهارة والدرجة الكلية للمقياس

جدول رقم (٥)

قيم معاملات الارتباط درجة كل مهارة بالدرجة الكلية للمقياس

مهارة العناية بالذات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تناول الطعام	٠,٨٦	٠,٠١
ارتداء وخلع الملابس	٠,٨٧	٠,٠١
التحكم في الإخراج	٠,٨٣	٠,٠١
النظافة الشخصية	٠,٧٣	٠,٠١
الأمن والسلامة	٠,٨٤	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين كل مهارة والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (٠,٧٣، ٠,٨٧) وهى دالة عند مستوى (٠,٠١) .

أما فيما يخص صدق المحك، فقد تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها المفحوصين على المقياس الحالي، حيث كان معامل الارتباط (٠,٨٨) وهو معامل موجب ودال عند مستوى (٠,٠١)

❖ **حساب ثبات المقياس:**

يقصد بثبات المقياس: أن يعطي المقياس نفس النتائج إذا ما استخدم أكثر من مرة تحت ظروف مماثلة، وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقتين هما: معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، وطريقة إعادة التطبيق بفارق زمنى أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثانى وذلك على (١٠) أطفال من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدرسة التربية الفكرية بشربين من خارج العينة الأصلية، وسيتم تناول كل منهم علي النحو التالي:

١- معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ

تم القيام بإيجاد معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ وتبين أن قيم معاملات الثبات لمقياس مهارات العناية بالذات المصور بطريقة ألفا- كرونباخ تراوحت بين (٠,٧٢، ٠,٨٣)، وهي قيم تدل علي أن جميع مهارات العناية بالذات للمقياس تتمتع بدرجة مقبولة من الثبات، كما بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (٠,٨٣) وهي قيمة تؤكد علي أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات تبرر استخدامه في البحث الحالي.

٢- معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق :

تم إيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره أسبوعان بين التطبيق الأول

والتطبيق الثانى ، وقد تبين أن قيم معاملات الثبات مرتفعة حيث تراوح معامل الارتباط بين درجات التطبيقين الأول والثانى بين (٠,٨٣ – ٠,٨٧) للأبعاد والدرجة الكلية.

٤.إعداد البرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية الذاتية لدى أطفال طيف التوحد.

تم القيام بالإجراءات التالية :

١ – أسس إعداد البرنامج المقترح:

تم إعداد البرنامج المقترح فى ضوء الأسس التالية :

أ. قائمة مهارات العناية الذاتية المناسب تنميتها لدى أطفال طيف التوحد .

ب. الاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة فى تصميم وإعداد دالبرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لدي أطفال طيف التوحد.

ج. واقعية أنشطة البرنامج من حيث متطلبات تنفيذها؛ حيث روعي عند إعدادها أن تكون متطلبات تنفيذها واقعية وممكنة من حيث الزمن والإمكانات متاحة لتنفيذها.

د. مراعاة المرونة الكافية عند إعداد أنشطة البرنامج بإدخال التعديلات اللازمة لتواكب خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

ه. التنوع فى الوسائل، المواد والأدوات والأنشطة المستخدمة أثناء تنفيذ أنشطة البرنامج حتى يتحقق الهدف منه .

و. ملائمة البرنامج لقدرات وامكانات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد،ومراعاة قدراتهم واستعدادهم، وميولهم.

ز. تقديم المعززات المناسبة التى تقوى من حدوث الإستجابة المرغوبة وتقلل من الإستجابة الغير مرغوبة.

ح. مشاركة الأسرة فى كافة أنشطة البرنامج المعدة للأطفال ذوى إضـــطراب طيف التوحد.

ط. إكساب الأطفال بعض السلوكيات الإجتماعية المقبولـــة وتعـــديل بعـــض السلوكيات الغير مقبولة.

٢- تحديد الهدف العام للبرنامج المقترح :

تم تحديد الهدف الرئيسى للبرنامج المقترح وهو تنمية بعـــض مهـــارات العناية بالذات لدى أطفال طيف التوحد

٣- تحديد الأهداف الخاصة للبرنامج المقترح :

يتفرع من الهدف العام عدد من الأهداف الإجرائية وهى :

- تنمية مهارة " **تناول الطعام** " لدى أطفال طيف التوحد في مرحلة الروضة.
- تنمية مهارة " **ارتداء وخلع الملابس** " لدى أطفال طيف التوحد في مرحلـــة الروضة.
- تنمية مهارة " **التحكم في الإخراج**" لدى أطفال طيف التوحـــد فـــي مرحلـــة الروضة.
- تنمية مهارة " **النظافة الشخصية** " لدى أطفال طيف التوحـــد فـــي مرحلـــة الروضة.
- تنمية مهارة " **الأمن والسلامة** " لدى أطفال طيـــف التوحـــد فـــي مرحلـــة الروضة.

محتوي البرنامج:

يتكون البرنامج من مجموعة من الأنشطة التى تنمى مهارات العناية بالذات لدى الطفل التوحدى والتى يستخدمها فى حياته اليومية محققا قدرًا من الإستقلالية والإعتماد على نفسه.

وقد روعى عند اختيار محتوى أنشطة البرنامج ما يلى:

- أن يرتبط المحتوى بالأهداف الخاصة للأنشطة المقترحة المحددة سابقاً .
- أن تسهم المادة العلمية فى تنمية مهارات العناية الذاتية لدى أطفال طيف التوحد.
- أن تتعدد مستويات المحتوى وفقاً للفروق الفردية بين أطفال طيف التوحد في مرحلة الروضة.
- أن تكون المادة العلمية ذات تسلسل منطقى ومنظم.
- أن يتضمن أنشطة وتدريبات متنوعة.

وتعددت أنواع الأنشطة من خلال العروض الخاصة بالأطفال وعروض الفيديو والقصص والألعاب والرسم والتلوين والقص واللصق وكذلك اللعب بالمكعبات والبازل والدمى والبالونات.

الأدوات والوسائل: وهى الوسائل التعليمية والأدوات التى تم تجهيزها مسبقاً، مما يساعد فى التدريب على مهارات العناية الذاتية ، وقد تنوعت الأدوات المستخدمة فى البرنامج ما بين أطعمة (بسكويت – كيك – عصير) وأدوات نظافة (مناديل – صابون – فرشاة أسنان ومعجون)، ومجموعة من الملابس الخاصة بالطفل (بنطلون – قميص – شراب – حذاء).

كما روعي تدرج مستوى المهارات وترتيب أنشطة البرنامج من الأسهل إلى الأقل سهولة وتضمن البرنامج عدد من الفنيات منها التعزيز، النمذجة، التكرار، والتوجيه الخاصة بتعلم المهارات المناسبة لأطفال التوحد.

تم تطبيق البرنامج فى مدة ثلاثة أشهر تقريبا من تاريخ ٢٠٢٠/١٢/٧ إلى ٢٠٢١/٣/٧ بواقع ثلاثة أنشطة أسبوعيا موزعة على ١٢ أسبوع، مدة النشاط نصف ساعة.

٤- عرض البرنامج المقترح على المحكمين :

بعد الانتهاء من إعداد البرنامج المقترح بصورته الأولية، تم عرضه على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مناهج الطفل وعلم النفس؛ وذلك للتعرف على آرائهم وملاحظاتهم حول البرنامج والأنشطة المقترحة من حيث وضوح الأهداف وارتباطها بالمحتوى، ومدى مناسبة المحتوى وصحة مادته العلمية واللغوية وطريقة عرضه والوسائل المستخدمة فى أساليب التقويم، وتعديل وإضافة ما يرونه مناسباً، وفى ضوء آرائهم ومقترحاتهم وتعديلاتهم أصبح البرنامج فى صورته النهائية(*)

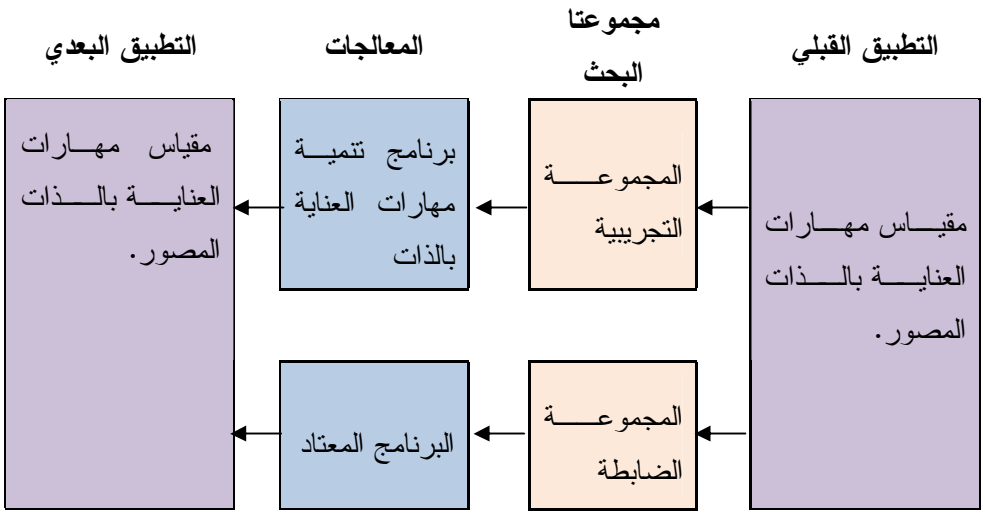
خامسا: منهج البحث والتصميم التجريبي :

تم استخدام كل من المنهج الوصفي والمنهج التجريبي على النحو التالي :

أ. **المنهج الوصفى:** تمثل فى استقراء البحوث والدراسات السابقة، وإعداد أدوات ومواد البحث، وتحليل نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها.

(*)ملحق (٣) : البرنامج المقترح لتنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال طيف التوحد

ب. **المنهج شبه التجريبى:** تمثل في استخدام التصميم التجريبى ذي المجموعتين (المجموعة الضابطة) ، (والمجموعة التجريبية).



شكل (١)

التصميم التجريبي للبحث

سادسا: إجراءات تنفيذ تجربة البحث:

بعد إعداد أدوات ومواد البحث، والتأكد من صدقها وثباتها وصلاحيتها للتطبيق الميداني، وبعد تحديد الإجراءات التجريبية اللازمة لتنفيذ تجربة البحث، والمتمثلة في تحديد التصميم التجريبي، واختيار عينة البحث، فقد تم إتباع الخطوات التالية لتنفيذها:

١. تم تقسيم عينة البحث (٢٠) طفلاً وطفلة إلى مجموعتين : إحداهما تجريبية وعددهم (١٠) طفلاً وطفلة بروضة مدرسة (التربية الفكرية

بمركز أجا) والآخرى ضابطة وعددهم (١٠) طفلاً وطفلة بروضة مدرسة (التربية الفكرية بمركز شربين) بطريقة عشوائية.

٢. تم تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات المصور على المجموعتين التجريبية والضابطة فردياً؛ وذلك قبل البدء بتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين؛ وفيما يلى تفصيل لذلك:

- **التأكد من تكافؤ المجموعتين في مقياس مهارات العناية الذاتية:**

تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين الضابطة والتجريبية، وتبين تساوي وتقارب المتوسطات للمجموعتين التجريبية والضابطة، مما يعد مؤشرا على تكافؤ المجموعتين، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٦)

الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) فى المهارات الرئيسة لمقياس مهارات العناية الذاتية المصور

المهارات الرئيسة للمقياس	ن	م	ع	أقل درجة	أعلى درجة
المقياس ككل	٢٠	٥٧,٩	٤,٦٨	٤٩	٦٦

وللتأكد تم استخدام اختبار (مان ويتني) لمجموعتين غير مرتبطتين؛ لبحث دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في المهارات الرئيسة لمقياس مهارات العناية الذاتية المصور والدرجة الكلية قبلياً، والجدول التالى يوضح تلك النتائج :

جدول (٧)

" قيم " U " ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) فى المهارات الرئيسة لمقياس مهارات العناية الذاتية المصور والدرجة الكلية قبلياً "

المهارات الرئيسة للمقياس	مجموعتي البحث	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيم " U "	الدلالة	مستوى الدلالة
المقياس ككل	ضابطة	١٠	١٢,٥٤	١٢٥,٤٩	٢٩,٥٠٠	٠،١٢٠	غير دالة
	تجريبية	١٠	٨,٤٥	٨٤,٤٦			

يتضح من الجدول السابق أن قيم " U " غير دالة إحصائياً، كما أن قيمة "U" الجدولية عند درجات حرية = (١٨) ومستوى دلالة (٠،٠٥) = (٩٩)؛ وهذا يوضح عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وذلك فى المهارات الرئيسة لمقياس مهارات العناية الذاتية وهى (تناول الطعام، ارتداء وخلع الملابس، التحكم في الإخراج، الأمن والسلامة، النظافة الشخصية) قبل إجراء التجربة، وهذا يشير إلي تكافؤ المجموعتين قبليا في مقياس مهارات العناية بالذات.

٣. تم بتطبيق أنشطة البرنامج المقترح على (المجموعة التجريبية) بواقع ٣ جلسات كل أسبوع، واستغرق تطبيق البرنامج (٣٠) جلسة لمدة شهرين ونصف .

٤. بعد الانتهاء من تطبيق أنشطة البرنامج على (المجموعة التجريبية) تم تطبيق مقياس مهارات العناية بالذات المصور بعديا على المجموعتين (التجريبية والضابطة) .

٥. تم رصد الدرجات واستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة.

نتائج البحث ومناقشتها

١-نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه:

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى رتب درجات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق علي مقياس مهارات العناية بالذات لصالح القياس البعدي.

و للتحقق من صحة ذلك الفرض، تم استخدام اختبار ولكوكسنWilcoxon لايجاد الفروق بين متوسطى رتب درجات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق علي مقياس مهارات العناية بالذات كما يتضح فى جدول (٨)

جدول (٨)

الفروق بين متوسطى رتب درجات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق علي مقياس مهارات العناية بالذات

مقياس مهارات العناية بالذات	القياس القبلى- البعدى	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
الدرجة الكلية	الرتب السالبة الرتب الموجبة الرتب المتساوية اجمالى	- ٥ - ٥	- ٣	- ١٥	٢,٠٢١	دالة عند مستوى ٠,٠٥	فى اتجاه القياس البعدى

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطى رتب درجات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد قبل تطبيق البرنامج و بعد التطبيق علي مقياس مهارات العناية بالذات فى اتجاه القياس البعدى.

جدول (٩) نسبة التحسن بين القياسين القبلى و البعدى لتطبيق البرنامج لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد

مقياس مهارات العناية بالذات	متوسط القياس القبلى	متوسط القياس البعدى	نسبة التحسن
الدرجة الكلية	٣٨,٢	١٢٧	%٦٨,٣

تفسير نتيجة الفرض الأول:

يمكن تفسير ما تم التوصل إليه من نتائج بالنسبة للفرض الأول من خلال الدور الذى قام به البرنامج باستخدام فنيات اعتمد عليها البرنامج فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال طيف التوحد حيث تبين أن هذه الفنيات (التعزيز– النمذجة – التكرار) لها فاعلية كبيرة فى تحسن السلوك وزيادة دافعية الأطفال لتعلم و تنمية مهارات العناية بالذات لديهم وتمثلت المهارات فى (مهارات تناول الطعام ، مهارات النظافة الشخصية، مهارات التحكم في الإخراج، النظافة الشخصية ، مهارات الأمن والسلامة).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة(بلقيس داغستانى ،٢٠١١) التي قامت بتطبيق برنامج قائم على جداول الأنشطة المصورة موجه لأطفال الروضة التوحديين،لإكسابهم بعض المهارات الحياتية اليومية، ومعرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح، كما يتفق هذا مع دراسة (رشا جابر، ٢٠٠٩) التي هدفت إلى تدريب الأطفال التوحديين على مواجهة الأخطار والحوادث فى بيئته الداخلية أو الخارجية،وقد أسفرت الدراسة عن نمو مهارات الأطفال التوحديين فى مواجهة الأخطار والحوادث الشائعة حيث ساهم البرنامج فى زيادة قدرة الأطفال التوحديين على تجنب بعض الأخطار المختلفة التى تواجههم فى المنزل والروضة والشارع وهو ما يساعد فى مواجهة الطفل التوحدى للأخطار الموجودة فى البيئة التى يعيش فيها.

ويمكن توضيح أن منطقية هذه النتائج يرجع إلي أن البرنامج المستخدم فى البحث الحالى بما تضمنه من أنشطة متنوعة قد ساهم فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى أطفال طيف التوحد عينة البحث، كما أدى إلى زيادة

الاستقلالية النسبية لدى هؤلاء الأطفال بصورة أفضل وهو ما يتفق مع الدراسات السابقة المتضمنة في البحث الحالي التي توصلت إلى فاعلية البرامج المقدمة لأطفال طيف التوحد فى مرحلة الروضة حيث تتاح لهم الفرصة فى الإعتماد على أنفسهم وتحقيق قدر كبير من الإستقلالية.

كما يمكن تفسير هذا التحسن الذى طرأ على أطفال طيف التوحد عينة البحث فى أن البرنامج المقدم لهم أتاح فرصة التدريب على مهارات موجودة لديهم ولكنها غير مستغلة بشكل أمثل بفعل قيام أولياء الأمور بأدائها نيابة عن أطفالهم أما تيسيرا عليهم أو نوعا من توفير الوقت لإخوة الطفل فى المنزل بفعل ضغوط الحياة اليومية على الأسرة ، وتؤكد هذه النتائج على أهمية أشتراك الأسرة فى البرنامج وتفعيل دورها بشكل إيجابى فى تدريب أطفال طيف التوحد على المهارات الحياتية بشكل عام ومهارات العناية بالذات بشكل خاص حيث أن الوقت الذى يقضيه الطفل فى المنزل بصحبة أسرته لا يمكن تعويضه بأى حال فى أى مكان أخر، ولذلك لابد من مشاركة أفراد الأسرة (مثل الوالدين والأخوة العاديين) فى تدريب الطفل على المهارات التى يتم تدريبه عليها فى مراكز التأهيل، وذلك لضمان نجاح الطفل التوحدى فى تعلم مهارات العناية بالذات .

٢ – نتائج الفرض الثانى ومناقشتها:

ينص الفرض الثانى على أنه:

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى رتب درجات الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد فى المجموعتين التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج علي مقياس مهارات العناية بالذات لصالح المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة ذلك الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتنى لايجاد الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة ذوى إضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج علي مقياس مهارات العناية بالذات كما يتضح فى جدول (١٠).

جدول (١٠)

الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة ذوى إضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج علي مقياس مهارات العناية بالذات ن =١٠

مقياس مهارات العناية بالذات	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة	اتجاه الدلالة
الدرجة الكلية	التجريبية	٥	٨	٤٠	٢,٦٧	دالة عند مستوى ٠,٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة	٥	٣	١٥			
	اجمالى	١٠					

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة ذوى إضطراب طيف التوحد بعد تطبيق البرنامج علي مقياس مهارات العناية بالذات لصالح المجموعة التجريبية.

تفسير نتيجة الفرض الثانى :

اتضح أنه عند ملاحظة متوسطى درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى وجود تباعد إلى حد كبيروهو ما دل على استمرار التحسن الذى ظهر على مستوى مهارات العناية بالذات والذى يرجع إلى بقاء الأثر الإيجابى للبرنامج الذى طبق على أطفال المجموعة التجريبية،مع الأخذ فى

الإعتبار أثناء التطبيق خصائص نمو الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد واحتياجاتهم، و يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى استمرارية فاعلية البرنامج المستخدم ، وكذلك مواظبة أمهات أطفال طيف التوحد على تدريب أطفالهن على مهارات العناية بالذات بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج من خلال زيادة قدرتهم على أداء مهارات العناية بالذات بإستقلالية وهو ما ساهم فى تخفيف العبء الملقى على عاتق الأمهات.

توصيات البحث:

فى ضوء ما أسفر عنه البحث الحالي من نتائج يمكن تقديم التوصيات التالية:

١- إجراء مزيدًا من البحوث والدراسات التى تستهدف تنمية مهارات العناية بالذات للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد باستخدام برامج وفنيات متنوعة.

٢- تخطيط أنشطة تحتوى على قدر من التحدي المناسب لقدرات الأطفال ذوى طيف التوحد بهدف تحفيزهم على تعلم أي مهارة.

٣- من الضرورى إشراك الأسرة فى البرامج التربوية الموجهة للأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد حتى يمكن لهذه البرامج أن تحقق فعاليتها فى إكساب الأطفال مهارات العناية بالذات.

٤- من الضرورى عقد ندوات لأسر الأطفال ذوى طيف التوحد لمساعدتهم على تقبل أطفالهم ومعرفة كيفية التعامل معهم.

٥- عقد دورات تدريبية لأسر ومعلمى ذوى طيف التوحد لتدريبهم على كيفية تدريب الأطفال على مهارات العناية بالذات بطرق مناسبة.

٦- العمل على دمج الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد فى مدارس التعليم العام بمراحله المختلفة لما يتمتعون به من قدرات عقلية تقترب من قدرات الأطفال العاديين.

٧- ضرورة البدء بتدريب الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد على إتقان مهارات العناية بالذات فى سن مبكرة وفقا لقدراته لمساعدته على تحقيق أكبر قدر ممكن من التكيف مع أقرانه خلال مواقف الحياة اليومية.

٨- فى التعامل مع مهارات العناية بالذات مع أطفالهم، وخبراتهم فى حل المشكلات المرتبطة بها.

٩- ضرورة التعاون بين الأسرة ومراكز التدريب بهدف التنسيق المتبادل حول مواجهة المشكلات المرتبطة بالأطفال ذوى طيف التوحد سواء فى المنزل أو المدرسة.

بحوث مقترحة:

بناءًا على ما أسفرعنه نتائج البحث اقتراح عددًا من البحوث التى ترتبط بمتغيرات البحث وهى كالتالى:

١- أثراستخدام جداول النشاط فى تحسين مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد.

٢- برنامج تربوى قائم علي القصص الإجتماعية فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى إضطراب طيف التوحد.

٣- فاعلية برنامج للأمهات حول كيفية التعامل مع أبنائهم المراهقين من ذوى إضطراب طيف التوحد.

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية :

١- آمال عبد السميع مليجى باظة (٢٠٠١): **تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة)** ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٢- أمل محمد (٢٠١٥): فاعلية برنامج تدريبى لتحسين بعض المهارات الحركية لدى عينة من الأطفال الذاتويين المكفوفين ،**رسالة دكتوراة غير منشورة** ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٣- السيد عبد النبى السيد (٢٠٠٤): **الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.** القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٤- إلهامى عبد العزيز إمام وآخرون (٢٠٠١): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: بدون دار نشر.

٥- بلقيس إسماعيل داغستانى (٢٠١١): استخدام جداول الأنشطة المصورة مدخلا لإكساب بعض المهارات الحياتية لدى أطفال الروضة الذاتويين. **مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات** ، العدد (٢٢)، ٧٩ – ١٢.

٦- ثناء محمد أحمد المصرى (٢٠١١): فعالية برنامج علاجى لتنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة الزقازيق. جمهورية مصر العربية.

٧- جميل الصمادى (٢٠٠٧): **مقدمة فى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة،** القاهرة: دار الفكر العربى.

٨- جيهان حسين سليمان (٢٠١١): فاعلية برنامج تدريبى لتنمية المهارات الحياتية لخفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ،جامعة قناة السويس.

٩- حسن شحاته، وزينب النجار (٢٠١١): "معجم المصطلحات التربوية والنفسية" ، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

١٠- حنان عبد المنعم مصطفى زكى رستم (٢٠٠١): فاعلية وحدة مقترحة فى التربية الوقائية فى منهج العلم لتنمية الوعى الوقائى لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسى. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١١- حسن إبراهيم محمد أبو حشيش (٢٠٢٠): تحسين الانتباه المشترك فى خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد ذوى المستويات المختلفة من الوظيفى، **رسالة دكتوراة غير منشورة** ، كلية التربية جامعة الأزهر.

١٢- رائد موسى على الشيخ ذيب (٢٠٠٥): تصميم برنامج تدريبى لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته، **مؤتمر التربية الخاصة**،عمان: الأردن.

١٣- زينب محمود شقير (٢٠٠٧): اضطراب التوحد. اتحاد مكتبات الجامعات المصرية.

١٤- سناء محمد سليمان (٢٠١٤): الطفل الذاتوى (التوحدى) بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية، القاهرة، عالم الكتب.

١٥- سعد رياض (٢٠٠٨): **الطفل التوحدى: أسرار الطفل التوحدى وكيف نتعامل معه.** القاهرة: دار النشر للجامعات.

١٦- سيد يوسف الجارحى (٢٠٠٤): فاعلية برنامج تدريبى فى تنمية بعض مهارات السلوك التكيفى لدى الأطفال التوحديين ، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية البنات ، جامعة عين شمس. جمهورية مصر العربية.

١٧- سوسن شاكر الجلبى (٢٠٠٠): دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولى فى العراق. **مجلة العلوم التربوية والنفسية** العدد (٣٦)، حزيران.

١٨- سوسن شاكر الجلبى (٢٠٠٥): **التوحد الطفولى "أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه"**، سوريا ، مؤسسة علاء الدين للنشر.

١٩- سوسن شاكر مجيد (٢٠١٥): **إضطرابات الشخصية (أنماطها – قياسها)**، عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع.

٢٠- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى للأطفال التوحديين وأقرانهم المعوقين عقليا. **مجلة كلية تربية بالزقازيق،** جامعة الزقازيق ، العدد ٣٥، مايو ٩ – ٣٥.

٢١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠١): مقياس الطفل التوحدى. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٢٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢): الأطفال التوحديين . دراسات تشخيصية وبرمجية. القاهرة: دار الرشاد.

٢٣- عادل عبدالله محمد (٢٠١٤): **مدخل إلى اضطراب التوحد،** النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية.

٢٤- عبد الرقيب أحمدالبحيرى، محمود محمد إمام (٢٠١٨): **إضطراب طيف التوحد،** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٥- عاكف عبدالله موسى الخطيب (٢٠١١): أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوى الاعاقة العقلية واضطراب التوحد فى مؤسسات ومراكز التربية الخاصة فى الأردن فى ضوء المعايير العالمية. رسالة دكتوراه ، جامعة عمان العربية، الأردن.

٢٦- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): **سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة ،** القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

٢٧- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٣): **دليل الوالدين والمتخصيين فى التعامل مع الطفل التوحدى** ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

٢٨- عبد المطلب أمين القريطى (٢٠١١): **سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم** ، الطبعة الثالثة. القاهرة: دار الفكر العربى للنشر والتوزيع.

٢٩- عاكف الخطيب (٢٠١١): أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوى الإعاقة العقلية واضطراب التوحد فى مؤسسات ومراكز التربية الخاصة فى الأردن فى ضوء المعايير العالمي. دكتوراة. جامعة عمان العربية.

٣٠- عثمان لبيب فراج (٢٠٠١): برامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد (٦٨)، السنة الثالثة عشر – ديسمبر.

٣١- عثمان لبيب فراج (٢٠١٢): **الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة "تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى"**. القاهرة: المجلس العربى للطفولة والتنمية.

٣٢- علا عبد الباقى (٢٠١١): **إضطراب الذاتوية**. القاهرة: عالم الكتب.

٣٣- غالب محمد الحيارى (٢٠١٨): **اضطراب طيف التوحد (الأسس – الخصائص – الاستراتيجيات الفاعلة)**، الأردن ، دار الفكر ناشرون وموزعون.

٣٤- فاطمة العراقى (٢٠٠٩): **ماذا عن الطفل المتوحد** ، القاهرة ، وكالة الصحافة العربية.

٣٥- فتحية اللولو، وجميل الطهراوى، وفاطمة صبح، وباسل الخضرى (٢٠١١): **دليل المناهج التعليمية الخاصة بأطفال التوحد.** جمعية الحق فى الحياة. فلسطين.غزة.

٣٦- فؤاد عيد الخوالدة، محمد صالح الإمام (٢٠١١): **التوحد ونظرية العقل** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

٣٧- كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢): موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسى. العين: دار الكتاب الجامعى.

٣٨- كوثر حسن (٢٠١٠): برامج التدخل المبكر فى الطفولة. القاهرة. عالم الكتب.

٣٩- ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥): **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق** ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٤٠- محمد عدنان عليوان (٢٠٠٧): **الأطفال التوحديين.** الأردن: دار اليازودى العلمية للنشر والتوزيع.

٤١- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩): **سيكولوجية الطفل التوحدى، تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى** ، عمان: دار الثقافة والنشر والتوزيع.

٤٢- محمد على كامل (٢٠٠٣): من هم ذوى الأويتزم؟ وكيف نعدهم للنضج؟. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٤٣- محمد المهدى (٢٠٠٧): الصحة النفسية للطفل، مكتبة الانجلو المصرية.

٤٤- محمد كمال أبو الفتوح عمر (٢٠١٢): الأطفال الأوتيستك ماذا تعرف عن إضطراب الأوتيزم؟ دليل إرشادى للوالدين والباحثين والمتخصصين فى التشخيص والعلاج. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.

٤٥- محمد صبرى وهبة (٢٠١٨): **التربية النفس حركية للأطفال ذوى الاضطرابات النمائية النظرية والتطبيق**، القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٦- مصطفى نورى القمش – خليل عبد الرحمن المعايطة (٢٠٠٧): سيكولوجية الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة – دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع – عمان.

٤٧- ناديه إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠): الطفل التوحدى فى الأسرة.الاسكندرية: المكتب العلمى.

٤٨- نايف بن عابد الزارع (٢٠٠٥): قائمة لتقدير السلوك التوحدى – الاردن: دار الفكر.

٤٩- نايف بن عابد إبراهيم الزارع (٢٠١٤): مدخل إلى إضطراب التوحد،عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

٥٠- ناصر الدين أبو حماد (٢٠٠٨): الإرشاد النفسى والتوجيه المهنى – عالم الكتاب الحديث للنشر والتوزيع – الأردن.

٥١- هيام مرسى (٢٠١٣): مقياس تقدير الوظائف التنفيذية للأطفال العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة (إعداد عبد العزيز الشخص وهيام مرسى).

٥٢- وليد جمعة عثمان، محمد محمد شوكت، عبد الناصر السيد عامر (٢٠١٦). مقياس تقدير مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد ،مجلة كلية التربية ،جامعة بنها.

٥٣- وفيق صفوت مختار (٢٠١٩): أطفال التوحد (الأوتيزم). أطلس، الجيزة.

٥٤- وفاء على الشامى (٢٠٠٤): خفايا التوحد ج١ اصدارات الجمعية المصرية. الفيصلية، مركز جدة للتوحد المملكة العربية السعودية.

٥٥- وفاء على الشامى (٢٠٠٤): سمات التوحد "ب": تطورها وكيفية التعامل معها، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، جدة.

٥٦- وفاء على الشامى (٢٠٠٤): علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. سلسلة التوحد. الكتاب الثالث. مركز جدة للتوحد.

٥٧- يحيى الرخاوى (٢٠٠٣): مخاطر استيراد الافكار والمناهج والمشاكل وجهات نظر. شبكة العلوم النفسية العربية، الانترنت.

٥٨- يحيى أحمد القبالى (٢٠١٧): المدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، عمان . دار الخليج.

٥٩- يسرية صادق وآخرون (٢٠٠٣) : موسوعة تنمية الطفل ومشكلاته – الأسباب وطرق العلاج. القاهرة: دار قباء.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

60- Abe, H. (1997). The social life training of autistic children helping then to travel to school independently. Japanese, Journal of Special Education. Vol. (34), No. (5), pp. 117-123.

61- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic. and statistical manual of mental disorder. (IVED) Washington.

62- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual Belfiore, P.,& Mace C. (1994): Self -help and community skills, In:K Johnny. Maston (Ed) Autism in children and adults. Etiology, assessment, and intervention. Pacific Grove, California: publishing company.

63- Autism Society of Americk (2003). papersabout autism, http://www Autism-society.org/html.

64- Bainbridge, M & Myles, B. (1999). "The use of priming to introduce toilet training to a child with autism Focus on Autism and Developmental Disabilities. Vol (14), No.(2), pp.106-109.

65- Bengstrom, T. et al. (1995). "Microwave Fum: User – Friendly Recipe Cands, Teaching Exceptional Children, Vol .(2) No .(1) , PP.61-63

66- Biklen, D. (2002). Communication unbound: Autism and proxis, Harvard Educational Review, Vol. (60), pp. 10-20.

67- Bloom, L.&Tinker, E. (2001). The intentionality model and language acquisition, Engagement , effort and the essential tension in development.

68- Carothers, D. & Taylor, R. (2004). How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism, Journal; Peer, Reviewed, Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Vol. (19), No. (2), pp. 102-104.

69- Caykyatar, A.K., Atalia, SL., Ollard, L.M., & Elena, M.S. (2009). Effectiveness of Parent and Therapist Collaboration Program (P|TCP) For Teaching Self-Care and Domestic Skills to Individuals with Autism ,Education and Training in Developmental Disabilities, 73,381-395.

70- Cicero. F. & Pfadt, a (2002). "Investigation of a Reinforcement Based Toilet Training Procedure for a Children with Autism, Research in Development Disabilities, Vol. (2), No. (1), pp. 61-63.

71- Davidson,R.J. (2017). Amygdala volumeand nonverabal social impairment in adolescent and adultmales with autism. Archives of General Psychiatry.

72- Etkin S, Lenker D & Mills E. (2005), **Professional Guide to Diseases** (8thed) Philadelphia , Lippincott Williams & Wilkins.

73- Frlth U(2004). Emanuel Miller lectues, confusions and controversies about Asperger syndromes journalof child psychology and psychialry.

74- Gillson, (2000). Autism and social behavior Bethesda M.D., Autism Society of America.

75- Greenspan S., & Wieder, S. (2018). Relationship-based early intervention approach to autism spectrum disorder: The DIR model. In D.G.

76- Howlin, Patricia (2015). Treating children with autism and Asperger syndrome: **A guide for carers and professionals**. Chichester, Wiley.

77- Huebner, R.,& Dunn, W .(2001). Introduction and basic concipts.in R.Hubner(ed),Autism, Asensorimotor approach to management (pp.1-40). Gaitherburg, MD, Aspen.

78- Hultman, C., Sparen, p.,& Cnattingius, S. (2002). perinatal risk facors for Infantile Autism. Epidemiology, 30 (4), 417-423.

79- Inoue, M. ; Lizuka, A. & Kobayahi, S. (1994). Training persons with developmental disabilities in cooking skills: The effects of training program using cooking cards and an instructional video. Japanese Journal of Special Education. Vol. (32), No. (3), pp. 1-12.

80- James, A. G., Tekin-Iftar, E.M.,& Kircaali-Iftar, G.D. (2009). Effects of antecedent prompt and test procedure on teaching simulated care skills to females with Developmental Disabilities .Education and Training in Developmental Disabilities, 44,54-66.

81- Jordan, R. (1995). Understanding and teaching children with autism. New York: Chichester-Wiley.

82- Jull -Dam, N., Townsend, J.,& Courchesne, E. (2001):Prenatal, perinatal, & Neonatal factors n autism, pervasive developmental disorder-not otherwise

Specified, and the general population., Pediatrics, 107 (4), E63.

83- Jung , S.M. (2003) . Using high-probability request sequences to increase social interaction in young children with autism .Dissertation Abstracts International ,65,406-4015.

84- Kyhl, L.A.(2008). A descriptive study of a home-based errorless learning protocol in teaching academic and daily living skills to a child with autism spectrum disorder. Dissertating Abstracts International, 68, 3280.

85- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact, The Nervous Child, 34 ,50-217.

86- Lockshin, S.M.,Gillis, T.M.,& Romanaczyk,R.G.(2005): **Helping your** child with autism (A step – by – step workbook for families)، Oakland, New Harbinger Publications, 45,227-231.

87- Luiselli, J. (1996). "A case study evaluation of a transfer of Stimulus control toilet procedure for a child with pervasive developmental disorders , Focus on Autism and Other Developmental, Vol .(11) , No .(3), PP. 58-62.

88- Macarthur, J. & Ballard, K & Artesian, M (1986). Teaching Independent Eating to Developmentally handicapped child showing chronic food refuse all and disruption at mealtimes . Austral ice and New – Zealand; Journal of Developmentally Disabilities Vol . (12), No . (3), pp. 203 – 210.

89- Marie,A.W,Schuster,J.W. ,&Nelson,C.M. (2008). The acquisition of independent dressing skills by students with multiple disabilities**, journal of Developmental and physical Disabilities**,(15), pp33-252.

90- Mosconi, M., Cody-Hazlett, H., Poe, M., Gerig, G., Gimpel-Smith, R., & Piven, J .(2018). Longitudinal study of amygdala volume and joint attention in 2 – to 4 - year old children with autism. Arch. Gen. Psychiatry.

91- Mundy, P. (2019). Annotation: The neural basis of social impairments in autism: The role the dorsal medical-frontal cortex and anterior cingulate system. Journal of Child Psychology and Psychiatry.

92- National Alliance for Autism Research (NAAR). (2003). NAAR autism poll show Americans want more action on autism Washington, DC, NAAR , January.

93- National Society of Autistics children (2006). National Society for Autistic children Definition of the syndrome of autism J outnal of Autism and developmental Disorder,8,162-167,1978.

94- Oberman, L.M. & Ramachandran, V. S. (2017). The Simulating Social mind: The role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders. Psychological Bulletin.

95- Perry, A. et al., (1991)."Cognitive and Adaptive Functioning 28 girl With Rett Syndrome, Journal of Autism and Developmental, Vol. (21), No. (4), pp.551-556.

96- Pierce, K., & Schreibman, L. (1994). Teaching daily living skills to children with autism in unsupervised setting through pictorial self-management, Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. (27), No. (3), pp. 471-481.

97- Reamer, R. ; Brady ; M. & Hawkins; J. (1998). The Effect of Video self- Modeling of parents interactions with children with developmental disabilities, Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, Vol. (33), No . (2), pp. 131 -143.

98- Shipley,B. Lutzker,J.& Taubman; M. (2002). Teaching Daily Living Skills to Children with Autism through Instructional Video Modeling; journal of Positive Behavior Interventions; Vol. (4) ;No.(3) ;pp. 165-175.

99- Snider,A.J. (2002). Abio psychosocial treatment model for older autistic children and their families. **Dissertation Abstracts international,(**63),pp 83-88.

100- Tager-Fluserg, H., goseph, R.,& Folstein, S. (2001). current directions in research in autism. Mintal Retardation and Developmental Disabilities Research Reviess,7,21-29.

101- Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism, Focus on Autism and Developmental Disorders, Vol. (11), No. (3), pp. 2-13.

102- Whitman, T. (2004). The development of Autism. A self – regulatory perspective Phileadel phia, PA, Jessica kingsly Puplishers.

103- Winner&Crooke (2012). Imroving empathic communication skills in adults with autism spectrum

disorder. Journal of Autism and Developmental Disorder.Oct 2012, pp.No pagination Specified.

104- Wolf, S. (2005). Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies, London disciplines, Oxford: Pergamon Press.

105- Wolery,MM,Borton,E.E.&Hine,J.F.(2005). Analysis in the treatment of individuals with autism .Exceptionality Evaluation of Applied Behavior,13,11 -23.