

فعالية برنامج علاجى أسرى فى خدمة الفرد لتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين

اعداد

د/ محمد صابر

المبحث الأول

الإطار النظرى

أولاً: مشكلة الدراسة :

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان لما لها من آثار تتعكس على باقى حياته فى المستقبل، فهى تساعد على تكوين شخصيته وتحديد ميوله ودوافعه وتساعد أيضاً على تكوين عاداته وتقاليده وتحديد المثل الأعلى له، لذلك تسعى الدولة إلى الاهتمام بمستقبل الطفل فهو فى الحقيقة ضمان مستقبل شعب بأثره لأن الطفولة صانعة المستقبل فطفل اليوم هو رجل الغد). محمد سيد فهمى 2000، : (7)

ولذا تزايد الاهتمام بقضايا الطفولة، وأصبحت رعايتهم وإعدادهم للمستقبل حتمية حضارية يفرضها التطور العلمى والتكنولوجى المعاصر، لأن التغيير والتطور الاجتماعى نحو الأفضل يتوقف على ما يكرسه المجتمع من جهود لإعداد الكثير من البرامج والقوانين والمؤسسات من أجل تنشئة الطفل وتكوينه وبناء شخصيته). أمل علاء الدين 1993، : (83)

وهناك اتجاه عالمى واسع النطاق نحو توفير الاحتياجات الأساسية لهؤلاء الأطفال بغض النظر عن الفوارق بينهم، ويقوم هذا الاتجاه على الإدراك الواعى بأن الأطفال يجب أن ينالوا الرعاية الواجبة. والإعداد السليم فى سن مبكرة حتى يتسنى لهم القيام بدورهم فى وضع مستقبل بلدهم (ماجدة سعد. (237-1997)

وهناك اتجاه عالمى واسع النطاق نحو توفير الاحتياجات الأساسية لهؤلاء الأطفال بغض النظر عن الفوارق بينهم، ويقوم هذا الاتجاه على الإدراك الواعى بأن الأطفال يجب أن ينالوا الرعاية الواجبة. والإعداد السليم فى سن مبكرة حتى يتسنى لهم القيام بدورهم فى وضع مستقبل بلدهم (ماجدة سعد. (237-1998) :

ورعاية مجال الفئات الخاصة من المجالات ذات الأهمية فى مهنته الخدمة الاجتماعية والتوحد من الفئات التى يجب النظر إليها بعين الاعتبار، لتزايد أعداد الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فى مختلف الثقافات والجنسيات فى شتى أنحاء العالم، ونسبتهم فى زيادة مستمرة تدريجياً مما يستدعى مزيداً من الدعم والمساندة التى يجب أن توجه إلى هؤلاء الأطفال .

ويعتبر التوحد أحد أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً، الذى يتسم بقصور فى مهارات التفاعل الاجتماعى، ومهارات اللعب، بالإضافة إلى سلوكيات واهتمامات نمطية تكرارية (Landa, 2007: 20_

ويمثل التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة، تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى

من عمر الطفل، ويمثل اضطراباً في التفكير والإدراك، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومهارات المساعدات الذاتية (Toth, et al, 2007)، ويصاحب التوحد اضطرابات وإعاقات مصاحبة بنسبة تصل إلى (10%) (Simonoff, et, al, 2008: 921)، ونادراً ما يظهر التوحد بدون إعاقة (عثمان فراج، 2002، ب)، كما أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب غير محدد (Wong& Hui, 2008: 70)، وإن أرجعه البعض لأسباب متداخلة ومتعددة (Wazana, et, al, 2009: 721)، مما يشكل عقبة في عملية تشخيص التوحد (Volkmar, et al, 2009: 110).

ويتسم الأطفال التوحديون بسمات عدة منها: صعوبة التفاعل الاجتماعي (صعوبة العلاقات الاجتماعية)، (صعوبة التواصل) (التواصل اللفظي وغير اللفظي)، (اللعب التخيلي) (صعوبة في تطوير التخيل أثناء اللعب)، (مقاومة التغيير في الروتين المعتاد) (Sigman, et al, 2006: 327)، (ضعف مهارات اللعب) (خاصة مهارات اللعب الرمزي)، (ضعف مهارات رعاية الذات) (Woods, 2008: 6949)، المساعدة الذاتية .

وهناك إحصائيات تؤكد على انتشار تلك الإعاقة في الدول العربية ولكن تلك الإحصائيات ما زالت غير دقيقة على سبيل المثال: إحصائية لعام 2008، توضح أن عدد حالات التوحد التي تعالج في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض بلغ (800) حالة، كما أن 70% من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تأخر عقلي يصنف على أنه إعاقة ذهنية، بينما تتوافق نوبات الصرع مع 30% من المصابين .

وفي مصر أشار المؤتمر العلمي الثامن للتوحد الذي عقد بجامعة الفيوم أن طفلاً من بين كل 80 طفلاً في مصر يعانون من مرض التوحد "وهو عبارة عن اضطراب عضوي عصبي يصيب الأطفال، وأن عدد المصابين بالمرض في مصر ارتفع من 2 مليون و 300 ألف عام 2001، إلى 2 مليون و 900 ألف عام 2017م، وغيرها من الإحصائيات المختلفة التي توضح حجم إعاقة التوحد .

يضاف إلى ذلك العديد من الدراسات الإحصائية التي وصفت حجم ظاهرة التوحد مثل : دراسة (Barbresi et: 2005) هدفت إلى تحديد معدلات انتشار التوحد في مدينة أولمستيد في ولاية مينسوتا واشتملت عينة الدراسة على كل الأطفال في مدينة أولمستيد، والذين تتراوح أعمارهم بين 21 سنة أو أقل، وأفادت النتائج بارتفاع معدلات التوحد لدى الأطفال الأصغر سناً . كذلك (دراسة نجلاء محمود (2011): فقد ركزت على معرفة معدلات انتشار طيف التوحد في السعودية وأشارت إلى أن معدل انتشار التوحد بلغ (426) لكل (100000) طفل

وهي معدلات مرتفعة لدى الذكور أكثر من الإناث .

دراسة (Po- Huang Chiang, 2012: Shang- We Hsu) التي تهدف لوصف انتشار اضطرابات طيف التوحد في تايوان وتأثير العمر والنوع، والتوسع العمراني على حدوث التوحد، ووجد أن حالات التوحد تنتشر بنسبة 12.3% في عموم السكان، وتنتشر بين الذكور بنسبة (19.2%) وهي أعلى بكثير من تلك التي المنتشرة بين الإناث (6%)، وإشارات الدراسة أن العمر والنوع والتوسع العمراني له تأثير في حدوث إعاقة التوحد.

ولقد أكدت الكثير من الدراسات على دور الإرشاد الأسري في علاج الأطفال التوحديين، وفي تنمية مهارات المساعدة الذاتية لديهم (Grindle, et, al, 2009: 50)، حيث يعد ميلاد طفل توحدى في الأسرة مصدر ضغط للوالدين وللأخوة معاً، وذلك لما يترتب على ميلاده من أعباء إضافية، وعلاقات أسرية معقدة، بما يهدد البناء النفسي للطفل التوحدي وأسرته (David, 2009)، والتي قد تجعل الأسرة بؤرة للصراعات مما يؤثر بالسلب على الأخوة العاديين (Orsmond, Seltzer, 2009: 105) ولذلك فإن مثل هذا الأسر تحتاج إلى الدعم المستمر والإرشاد الدائم (Noland, et al, 2009)، لمساعدتهم على لعب دور إيجابي في نمو الطفل التوحدي وتفهم ظروفه وتنمية مهاراته، وبناءً على ما سبق تتبلور الحاجة إلى برنامج علاجي لإرشاد أسرة الطفل التوحدي لتنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى طفلهم التوحدي .

فلا أسرة دور كبير وفعال في تقدم وفي تنمية مهارات الطفل التوحدي، حيث أن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة أو المركز لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضى باقى الوقت في المنزل وفي نهاية الأسبوع وفي المناسبات، مما يستدعى تعاون أفراد الأسرة مع المعلمين أو المعالجين باستمرار في برامج الطفل، مع تهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه، حيث أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين، يمثلان الجهد الأساسي في رعاية التوحديين كأساس لعلاج الطفل التوحدي وتعديل سلوكه، ومن ثم يتعلم مهارات المساعدة الذاتية التي تساعده على اكتساب الكثير من المهارات الأخرى .

ويعتبر الكثير أن الأطفال التوحديين منعزلون ولا يخبون التفاعل الاجتماعي، ولكنهم في

الحقيقة لم ينخرطوا بالتفاعل الاجتماعي (الشامى 2004: ، 187).

ويعتبر تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية في عمر مبكر من الأمور المهمة التي يجب على جميع القائمين على رعايتهم الاهتمام بها، لأن ذلك يساعدهم في المستقبل إلى أقصى درجات الاستقلالية والاندماج في المجتمع .

والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية استمدت قيمها الفلسفة ومبادئها العلمية والأخلاقية من الأديان السماوية قادرة بما تمتلك من أساليب وتكليفات وأدوات فنية ومهارات إجرائية وخبرات ميدانية على أن تسهم بدور فاعل في تنمية المهارات الاجتماعية الإيجابية، وإكساب المهارات الإيجابية التي بدورها تؤثر على الأفراد والجماعات والمجتمع (عادل محمود مصطفى 2002، : 271).

وهنا تتعاطم المسؤولية التي تقع على الخدمة الاجتماعية في تأكيد دعم المهارات الاجتماعية ودعم ثقافة المجتمع، لتبقى مهنة فعالة لمواجهة مشكلات العصر وملء الفراغ الاجتماعى الذى ينجم عن الإعاقات التي أصابت العديد من الأطفال .

ولما كانت خدمة الفرد هي طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية في التعامل مع الأفراد لتحسين الأداء الاجتماعى، واتسمت بتعدد النظريات والمداخل التي تستند عليها الممارسة واشتقت نظامها التقنى وتنوعت فيها تكنولوجيا التدخل من خلال استخدام النماذج المختلفة (عبد الحليم رضا 1998، : 157).

لذا يرى الباحث أنه من الممكن أن يكون لخدمة الفرد دور فعال وحيوى لمساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة وخاصة التوحيدين وذلك عن طريق تنمية المساعدة الذاتية مما يحقق لهم حياتهم عن طريق برنامج علاجي أسرى عن طريق التدريب .

وانبثاقاً من الفلسفة الاجتماعية التي تعتنى بذوى الاحتياجات الخاصة والمرتكزة على أن كل طفل من ذوى الاحتياجات الخاصة قابل للفهم والتعلم، نجد أن هناك الكثير من البرامج العلاجية الخاصة بما يتناسب واحتياجات كل فئة، ولأن التوحد أصبح من الإعاقات التي شغلت الباحثين والدراسيين فقد وضعت العديد من البرامج التي تعنى بهم، والتي أظهرت فاعليتها على نحو إيجابى تمثل فى تحسن الأطفال المصابين بالتوحد، خاصة فى تطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والسلوكية، ومن خلال الإطلاع على البرامج المقدمة للأطفال التوحيدين، نجد أن هناك الكثير من البرامج العلاجية الخاصة بما يتناسب واحتياجات كل فئة، ولأن التوحد أصبح من الإعاقات التي شغلت الباحثين والدراسيين فقد وضعت العديد من البرامج التي تعنى بهم، والتي أظهرت فاعليتها على نحو إيجابى تمثل فى تحسن الأطفال المصابين بالتوحد، خاصة فى تطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والسلوكية، ومن خلال الإطلاع على البرامج المقدمة للأطفال التوحيدين، نجد أنها تتعدد وتختلف فى ما بينها، انطلاقاً من النظريات المفسرة للتوحد، والمعروف أن اختيار البرنامج العلاجي المناسب للتوحد يؤدي إلى خفض السلوكيات غير التكيفية، ويساهم فى التخفيف من الأعراض التوحدية

(Davison & Neal, 1994).

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت فاعلية البرامج العلاجية للأطفال التوحديين ومنها دراسات عربية وأجنبية منها :

دراسة (أبو السعود 2002) لتهدف إلى التدخل المبكر لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي بكسر عزله وتقوية التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به، وكذلك تقوية انفعالاته وعواطف الوالدين وذلك من خلال برنامج علاجي سلوكي، وتوصلت الدراسة إلى ظهور وتطور في التواصل غير اللفظي لدى العينة التجريبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين، وكذلك في اكتساب الطفل لبعض المهارات الاجتماعية .

واستهدفت دراسة (بن صديق، 2005) التحقق من فاعلية برنامج قامت بتقديمه بهدف مهارات التواصل والعمليات المعرفية باستخدام الحاسوب، أيضاً وعى أولياء الأمور ببرامج تنمية مهارات التواصل وأهمية تعليم الأبناء تلك المهارات وقيام الوالدين بالاتصال والترحيب بتساؤلات أطفالهم العديدة، وحضور الندوات المخصصة لهم لتدريبهم على تنمية مهارات التواصل لدى أبنائهم، وجاءت دراسة (الحسانی، 2005)، لتهدف إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي للأطفال التوحديين وتوصلت إلى أن البرنامج العلاجي باللعب عمل على تنمية الاتصال اللغوي للمجموعة التي تم التطبيق عليها .

وقامت دراسة سيندر (Snider، 2002) بإشراك مجموعة من الأطفال التوحديين وأسره في برنامج مكثف لتحسين تحصيل هؤلاء الأطفال، وتنمية مهارات اللعب، ومهارات رعاية الذات /مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل اللفظي لديهم، وأظهرت نتائج الدراسة إن اشترك الأسرة (الآباء -الأخوة) يخفف من العبء والضغط الواقع على كاهل الأسرة، كما يحسن مهارات هؤلاء الأطفال، والذين أظهروا تحسناً في جميع المهارات .

ولقد أكدت نتائج دراسة جونج (Jung)، (2003) على أهمية الإرشاد الأسري في تنمية مهارات رعاية الذات، والمهارات الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وتم استخدام الأدوات والألعاب المفضلة لدى الأطفال التوحديين، وذلك على عينة مكونة من مجموعة من الأطفال التوحديين في عمر ما قبل الدراسة، كما أوضحت الدراسة أن استجابة الأطفال التوحديين للبرنامج كانت مرتفعة، وأصبحوا يتسمون بالمسالمة والطاعة والهدوء، كما تحسنت علاقتهم مع الأقران .

واهتمت دراسة بول (Paul)، (2003)، بتنمية مهارات اللعب التعاوني، ومهارات التواصل الاجتماعي مع الأقران ومهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين الصغار . وتم

تدريب الأسرة للمشاركة في البرنامج، وتم استخدام فتيات تعديل السلوك، والتعزيز، والتغذية المرتدة، وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات التواصل ومهارات رعاية الذات واللعب التعاوني مع الإقران، وأكدت الدراسة على أهمية دور الأسرة في مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد، أو أي اضطرابات نمائية أخرى .

في حين عمدت دراسة هولمان (Holman : 2004)، إلى زيادة مهارات اللعب، ومهارات التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك عن طريق إرشاد الأسرة، وإشراك الأقران .وتكونت عينة الدراسة من (6) أطفال عاديين تتراوح أعمارهم بين (6 -4)سنوات، و (3)توحديين تتراوح أعمارهم بين (6 -4)، وتم تكوين مجموعة لعب لمدة (45)دقيقة، ثلاث مرات أسبوعياً، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً في مهارات اللعب لدى الأطفال التوحديين الثلاثة، واستمرار التحسن في المهارات بعد الانتهاء من البرنامج .

وسعت دراسة جونز وكار (Jones & Carr :2004)، إلى تنمية مهارات رعاية الذات، ومهارات الانتباه المشارك، مهارات التواصل الاجتماعي، ومهارات اللعب لدى عينة مكونة من مجموعة من الأطفال التوحديين الصغار من خلال برنامج يستخدم فتيات التحليل التطبيقي للسلوك، وانضمام الأسرة للبرنامج بعد تدريبهم وإرشادهم للتعامل مع أطفالهم .وأظهرت نتيجة الدراسة نجاح الأطفال في اكتساب هذه المهارات .وأكدت الدراسة على أهمية دور الأسرة .وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة (بويتوت وآخرين) (Boutot, et al; 2005) والتي أكدت على أهمية دور الأسرة في مساعدة طفل توحدي على تنمية مهارات العناية بالذات، ومهارات اللعب .

ولقد هدفت دراسة لوكشاين وآخرين (Lockhin, etal; 2005)، إلى مساعدة أسر الأطفال التوحديين لمساعدة أطفالهم التوحديين، وذلك من خلال استخدام برنامج للتخفيف من الضغط الواقع عليهم، وتعليم الأطفال التوحديين مهارات جديدة، ومنها مهارات رعاية الذات - التواصل -التحكم بالذات -مهارات السلوك الاستقلالي، وأكدت نتائج الدراسة على أهمية دور الأسرة في تنفيذ البرنامج، وعلى الأثر الإيجابي للبرنامج في تنمية المهارات المستهدفة، كما ساعد الآباء على معرفة كيفية التعامل مع أطفالهم، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة بيتي وأوليفر (Petty & Oliver; 2005)والتي أكدت على الدور الإيجابي الذي يلعبه البرنامج كمدخل علاجي للحد من آثار التوحد، ولتنمية قدرات التوحديين العقلية، ولتعليمهم مهارات تمكنهم من الاستقلال، والتفاعل مع الآخرين، وذلك عند تطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين الصغار السن .

وأكدت دراسة إنجيسول وسكريمان (Ingersoll & Schreibman; 2006) على أهمية الإرشاد الأسرى، والتدخل المبكر في علاج الأطفال التوحديين، وتنمية مهارات التقليد، واللعب الرمزي، الانتباه المشترك، واللغة، ومهارات العناية بالذات، وتكونت عينة الدراسة من (5) أطفال مصابين بالتوحد صغار السن، وتم التدريب بمساعدة أفراد من الأسرة، والاعتماد على فنيات التدخل السلوكي الطبيعي، وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات اللعب الرمزي، والتقليد، واللغة، والانتباه المشترك لدى الأطفال الخمسة .

كما هدفت دراسة كروكيت وآخرين (Crockett, etal; 2007)، إلى فحص تأثير تدريب والذين لطفلين توحديين، على قواعد وفتيات التحليل التطبيقي للسلوك، ومنها التدريب من خلال المحاولات المنفصلة - لعب الدور - التغذية المرتدة - تقويم البرنامج - وقياس المهارات الصحيحة وغير الصحيحة، وذلك لتنمية مهارات الأطفال التوحديين الحياتية، وأكدت الدراسة على أهمية البرنامج في علاج الأطفال التوحديين، وتنمية المهارات الحياتية، وعلى أهمية فنيات البرنامج، وأهمية إشراكهم في البرنامج كي يتعلموا كيف يساعدون أطفالهم التوحديين، وعلى أهمية استخدام التعليم من خلال المحاولات المنفصلة، وهدفت دراسة (Caykaytar & ollard, 2009) إلى اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لدى ثلاث أطفال توحديين وأسرهم وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين، في تنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية للأطفال التوحديين .

في حين هدفت دراسة ماسي (Massey, 2007)، إلى تنمية مهارات اللعب، ومهارات التواصل ومهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية لدى مجموعة من الأطفال التوحديين، وتم التدريب في ملعب المدرسة بضم الأخوة والأقران، وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات الأطفال التوحديين بمشاركة الأخوة والأقران، وأكدت الدراسة على أهمية التدريب في المواقف الطبيعية .

وأكدت دراسة إيد وإليساندرو (Elder & Alessandro, 2009) على أهمية الإرشاد الأسرى في علاج الأطفال المصابين بالتوحد وتنمية مهارات العناية بالذات ومهارات اللعب، وذلك على عينة من مجموعة من الأطفال التوحديين صغار السن .

وأكدت دراسة مينيس وسستينر (Minnes & Steiner (2009) على أهمية دور الأسرة في تنمية مهارات اللعب، وتحسين جودة الحياة لدى ثلاث مجموعات، مجموعة من الأطفال

المصابين بالتوحد، ومجموعة يعاني أصحابها من زملة داون، ومجموعة من (X)الهش، كل مجموعة تحتوى على ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم بين (8-6)سنوات، وتم انضمام أمهاتهم للتدريب، وأشار الأطفال التوحديون إلى أنهم أصبحوا أكثر نشاطاً، وأكثر تمتعاً باللعب، واندماجاً مع الآخرين، وأكثر اعتماداً على أنفسهم .

كما أكدت دراسة نولاند وآخرين (Noland, et al,2009)، على أهمية مشاركة الآباء والأخوة مع أطفالهم المصابين بالتوحد فى أنشطة اللعب لتنمية مهارات اللعب، ومهارات التفاعل الاجتماعى، ومهارات العناية بالذات، وتكونت عينة الدراسة من (31) طفلاً توحدياً بالإضافة إلى أخوتهم العاديين، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة يونج وآخرين (Young, et al; 2009)، والتي أكدت على أهمية الإرشاد الأسرى وخاصة للأمم فى تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة يتضح من عرض هذه الدراسات والبحوث السابقة أهمية تدريب القائمين على رعاية الأطفال المصابين بالتوحد للعمل على تنمية مهارات المساعدة الذاتية عند هؤلاء الأطفال.

(دراسة) ولاء محمد حسن (2010) :التي هدفت إلى إعداد برنامج علاجي باللعب يهدف إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، وتصميم مقياس لقياس بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، واتضح من نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات الرتب لدرجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية لصالح القياس البعدى، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج على متغيرات مقياس المهارات الاجتماعية لصالح أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج .

ومن خلال العرض السابق يمكن تحديد موضوع البحث فى فعالية برنامج علاجي أسرى لتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين .

ثانياً :أهداف الدراسة :

وتتمثل أهداف الدراسة الحالية فى النقاط الآتية :

إعداد برنامج علاجي أسرى لتنمية المساعدة الذاتية عينة من الأطفال التوحديين فى الكويت .
التعرف على مدى التحسن فى المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج فى الكويت .

التعرف على مدى استمرارية فعالية برنامج الإرشاد الأسرى بعد توفقه فى تنمية المساعدة الذاتية مهارات التوحيدين بالكويت .

ثالثاً: أهمية الدراسة :

إن اشتراك أعضاء الأسرة فى برامج إرشادية للطفل يبنى جسوراً من الثقة والألفة بينهم، ويخلق إحساساً بالمسئولية، ويساهم فى زيادة التواصل مع طفلهم، مما يخفف من مشاعر الإحباط وزيادة الأمل لدى الوالدين ويحثهم على التفاؤل .

تلقى الدراسة الحالية الضوء على اضطراب التوحد، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره السلبية على الطفل واسرته، وطرق التدخل والأساليب العلاجية .

مساعدة الوالدين على إكتساب بعض المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه الاستجابة المقبولة، مما يؤدي إلى مساعدة الطفل على النحو الصحيح مع تحقيق أكبر قدر من الانسجام الأسرى، وزيادة التفاعل بين أفراد الأسرة .

تنوع الأساليب العلاجية الإرشادية بفنياتها المختلفة فى علاج التوحيدين، إلا أن أغلب الدراسات لم تركز على العلاج الأسرى فى تنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى التوحيدين .

اشترك الوالدين فى برامج تعليم أبنائهم المعاقين "التوحيدين" لا يعود بالنفع على الابن المعاق فقط وإنما قد يكون له تأثير إيجابى على أطفالهم الغير معاقين أيضاً .

رابعاً: مفاهيم الدراسة :

مفهوم العلاج الأسرى :

ينظر العلاج الأسرى للفرد الذى يعانى من مشكلة على أنه عرض من أعراض الأسرة تعانى من بعض الاضطرابات والمشكلات وعلى ذلك فإن علاج هذا العرض تقتضى علاج الأسرة كلها ويعرف العلاج الأسرى على أنه اتجاه علاج يستهدف تعديل أو تغيير بعض عناصر نسق العلاقات الأسرية ذات التأثير السلبى مما يساعد على أداء الأسرة وأفرادها لمطالبهم بمزيد من الفعالية، لذلك ينظر إلى العلاج الأسرى على أنه علاج نفسى اجتماعى يصل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى ومحاولة للتغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة (سعيد عبد العال 1990، :، 203)

ويرى سعيد عبد العال : إن العلاج الأسرى تعنى أن الأسرة كلها وليس الفرد (العميل) حتى إكماله التى تتطلب العمل معها للعلاج وبناء على ذلك فإن هذا يحتاج إلى نظرية جديدة

للدراسة والعلاج غير النظرة التقليدية لممارسة خدمة الفرد المبنية أساساً على التعامل الفرد . فالعلاج الأسرى هو علاج نفسى اجتماعى يعمل على كشف المشكلات الناتجة من التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى ومحاولة التغلب على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة (Goulshed: 1988, 17)

ويرى آخرون أن العلاج الأسرى هو شكل أو نموذج من أشكال العلاج فى خدمة الفرد بتنفيذ من الأسرة وحدة التعامل بمعنى أن هذا النموذج ينظر إلى الفرد صاحب المشكلة على أنه عرض من أعراض أسرة تعاني من بعض الأضطرابات وأن العلاج الأسرى -الذى يتناول هذا الفرد مع مجموعة أفراد الأسرة إنما هو علاج يتناول الجوانب التى تعوق الأداء الوظيفى للأسرة مما ينعكس على الفرد صاحب المشكلة (Glick: 1980, 52)

وعرفه قاموس الخدمة الاجتماعية لباركروو (Barker, 1999) أن العلاج الأسرى هو ذلك التدخل بواسطة الأخصائيين الاجتماعيين المهنيين أو المعالجين الآخرين المتخصصين فى العلاج الأسرى مع أعضاء الأسرة الذين يعتبرون محور الاهتمام المعالج كوحدة فردية وكنموذج لمراحل يركز على النسق الكلى للأفراد والأنماط الشخصية الداخلية وأنماط الاتصال، كما تجتهد الأسرة فى الاهتمام بالقيام بالأدوار والمسئوليات والالتزامات المتبادلة بين أعضاء الأسرة كما يشجع على السلوكيات التوافقية بين أعضاء الأسرة ويركز المعالج الأسرى فيه على الاتصال بنوعية اللفظى وغير اللفظى فى الوقت الحاضر ويركز أيضاً على مفهوم (هنا والآن) أكثر من تركيز على تغيير تاريخ المشكلة الأسرية وذلك باستخدام تكتيكات وأساليب العلاج الأسرى وعرفه على زيدان بأنه علاج نفسى اجتماعى يعمل على كشف المشاكل الناتجة من التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى ومحاولة للتغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة)على زيدان : 2011، ص (34)، وعرفه إسماعيل سالم بأنه منهج علاجي متعدد الأساليب والأهداف يعيد الأمور إلى أوضاعها الصحيحة ويعمل على إعادة الاتصالات والعلاقات والتفاعل الإنسانى بين أفراد الأسرة على كافة المستويات بما فى ذلك المستوى العاطفى والفكرى (إسماعيل سالم : 1989، 56).

وقالت عنه زينب أبو العلا بأنه علاجاً مخططاً لمشكلات النسق الأسرى ككل ولمشكلات أفرادها عن طريق استخدام الأنواع المختلفة من المقابلات بالتركيز على الجلسات الأسرية وذلك بهدف تحسين الأداء الوظيفى للأسرة وأفرادها من خلال تحسين عمليات الاتصال وزيادة التفاعل الأسرى واستعادة التوازن الأسرى (زينب أبو العلا . 1989) :

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه "مجموعة من الإرشادات والتوجيهات التي توجه لأعضاء أسرة الطفل التوحدي وتنظيم البيئة الأسرية لتنمية مهارات المساعدة الذاتية لديه، ولزيادة التواصل معه، وهو عملية مساعدة افراد الأسرة لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسري، وحل المشكلات الأسرية، وهو جزء لا يتجزأ من برامج علاج التوحديين .

(2) مفهوم التوحد :

تعنى كلمة توحد فى اللغة العربية (بقي وحده منفرداً لا يخالط الناس ولا يجالسهم)
(المورد 1995 ، : .22)

وفى اللغة الإنجليزية تعنى كلمة (Autizm)الاسترسال فى التخيل تهرباً من الواقع
(سميرة السعد 1992 ، : .9)

ويطلق على هذه الإعاقة فى قاموس الخدمة الاجتماعية مصطلح الإنشغال بالذات
وتعرف بأنها (اضطرابات شديدة تظهر فى مرحلة الطفولة، وتتسم بعدم القدرة على تكوين
علاقات اجتماعية وتأخر شديد فى الكلام والتحدث بكلام غير مفهوم وأفعال وتصرفات قصرية ،
(أحمد السكرى 2000 ، : .50)

ويعرفه (Mcdonough, 1997)على أنه مجموعة من الأعراض تظهر على الطفل
خلال السنوات الثلاثة من عمره، وتتمثل الاضطرابات فى التفاعل الاجتماعى، واللعب، والنشاط
التخيلى، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين وضعف الانتباه .
وتعرفه الجمعية الوطنية للتوحديين:

(Children National Society for Autistics)

على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التى تظهر قبل أن يصل عمر
الطفل إلى (30) شهراً ويتضمن الاضطرابات الآتية :

اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو .

اضطرابات الكلام واللغة المعرفية .

اضطراب فى التعليم والانتماء للناء (يحيى 2000 ، : .114)

اضطرابات فى الاستجابات الحسية للمثيرات .

ويرى القانون الأمريكى لتعليم الأفراد المعوقين :

Individuals with Disabilities Education Act

التوحد على أنه إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظى وغير اللفظى،
والتفاعل الاجتماعى، تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر،
وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوى، وتؤدى كذلك لانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات
النمطية ومقاومته للتغيير البيئى أو التغيير فى الروتين اليومى، وكذلك الاستجابات غير
الاعتيادية للخبرات الحسية (الرزيقات 2004 ، : .33)

ويرى البعض أن الطفل التوحدى أو الاجترارى هو الطفل الذى يفتقد إلى الكلام المفهوم

ذو المعنى المحدد، كما يتصف بالإنطواء وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر وقد ينصرف اهتمامه إحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصق بها (عبد العزيز الشخص : 1992، 52).

وهو اضطراب في النمو العصبي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية منها: القصور في نمو وتطور المهارات التواصلية، بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي، والتعلق بالأعمال الروتينية، والمحافظة على أنماط وأداء السلوكيات على وتيرة واحدة، وضعف مهارات الاعتماد على النفس. (Nimh, 2009)

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه "أحد الاضطرابات الارتقائية الشاملة التي تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويؤثر على مهارات الطفل الاجتماعية، ومهارات التواصل، ومهارات المساعدة الذاتية، وعلى سلوكه التكيفي، مما يفقده القدرة على التواصل مع المجتمع والمحيطين".

مفهوم المساعدة الذاتية :

يذكر عبد الرحمن سليمان (71 : 2001) أن مهارات المساعدة الذاتية تعنى رعاية الطفل التوحدى لنفسه وحمائته، وإطعام نفسه، وأن يقوم بخلع وارتداء ملابسه .

كما يشير كمال سالم (2002)، (34) بأن مهارات المساعدة الذاتية تشمل على الاستحمام، والنظافة الشخصية، وتناول الطعام، وإجراءات الأمن والأمان الشخصي .

ويرى كلا من جمال الخطيب، منى الحديدى (2004)، (104) أن المساعدة الذاتية تتضمن أربعة مجالات منفصلة وهي : الطعام وارتداء الملابس وخلعها، واستخدام الحمام، والنظافة الشخصية .

وتذكر أيضاً سوسن الحلبى (159 : 2005) أن مهارات المساعدة الذاتية تشمل على ارتداء الملابس، واستخدام السكين والملعقة، الاغتسال، تمشيط الشعر، تنظيف الأسنان، وجميع الاحتياجات الأساسية الأخرى الخاصة بالحياة اليومية .

من التعريفات السابقة تستخلص الباحثة تعريفا لمهارات العناية بالذات وهي : قدرة الطفل على القيام بأداء المهارات المتعلقة بالعناية بالذات والتي تشمل على : تناول الطعام، الشرب، ارتداء الملابس وخلعها، النظافة الشخصية، الأمان بالذات ، وذلك لتحقيق الاستقلالية والاعتماد على النفس .

مفهوم مهارات رعاية الذات :

هى مجموعة من السلوكيات والمهارات التي تساعد الطفل التوحدى على ممارسة حياته

بصورة طبيعية، والتفاعل بنجاح مع مواقف الحياة اليومية، وذلك من خلال ممارسة بعض الأنشطة داخل برنامج إرشادي أسرى ليكتسب من خلاله خبره تمكنه من التعامل مع مواقف الحياة باستقلالية .

مجالات المساعدة الذاتية :

تشتمل مهارات المساعدة الذاتية على العديد من المجالات، وسوف يتم التعرف على كل مجال على حدة ودرجة صعوبته وكيفية التدريب عليه كما يلي :

أولاً: صعوبات في الطعام والشراب :

من المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشراب لدى الطفل التوحدي عدم تناول الطعام والشراب بطريقة صحيحة، وهذا يتضح من خلال العبث في الوجبات التي تقدم له، وأيضاً العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة). السيد عبد النبي 2004، :، (130).

ويضيف ربيع سلامة (2005)، (195) أنه من المشكلات المتعلقة بالطعام والشراب مشكلة المزاج المفرط إما في الإصرار على تناول طعام معين، أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على المائدة دون أى تغيير، وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواذي، ومن العوامل التي تساعد على استمرار الطفل في هذا السلوك خشية الأهل أن تؤدي أى محاولة للتغيير في طريقة تقديم أو ترتيب الطعام إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب، وعلى الرغم من تفهم مبررات الأهل إلا أن عدم المرونة في تقديم الأكل وترتيبه أمر لا يمكن الوفاء به في كل المواقف وكل الأوقات، ولذلك يصبح من الضروري محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام والشراب لضمان قدر أكبر من المرونة .

ويشير عبد الرحمن سليمان وآخرون (2003)، (165) أن عادات الأكل والشراب، وما يفضله الطفل، وما لا يفضله تكون غالباً لها صورة متطرفة؛ فالأطفال لا يأكلون ولا يشربون إلا أصنافاً قليلة ومحدودة التنوع أو يصرون على عدم الأكل أو الشراب إلا باستخدام أطباق وأكواب معينة، وبعض الأطفال يظهرون تصميماً على رفض تناول الطعام بطريقة مهذبة، وبالتالي يكتسبون مظهراً غير سوى أثناء تناولهم للطعام والشراب بطريقة غير صحيحة بين الناس أو على الملأ .

ويرى بعض الآباء أنه مع افتقار أطفالهم للتوحيدين لأداب المائدة، وقيامهم ببعض التصرفات الاجتماعية حين جلوسهم إليها، فضلاً عن سلوكهم الذي لا يمكن التنبؤ به، وقد يصبح من المتعذر على أسرة الطفل التوحدي أن يتناولوا طعامهم خارج المنزل .

خامساً: الموجهات النظرية للدراسة :

(1) التوحد وأسبابه :

يرجع الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به للطبيب النفسى ليوكاتر (Leo Kater)، الذى قام بإجراء دراسة على (11) طفلاً، ومن خلال ملاحظته قدم وصفاً لسلوكهم فى دراسته التى نشرت عام (1997)، وأطلق عليهم اسم التوحد الطفولى، حيث يتصف الأطفال بالعزلة الاجتماعية وعجز فى التواصل وسلوك نمطى واهتمامات مقيدة (يوسف 2004 :، 223). أ -أسباب التوحد :

عندما بدأ التعرف على التوحد فسر بعض الأطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسى لفرويد التوحد :على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم النفسى (برونوميتلهيم) أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربى من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسى على الأم، حيث كان يطلق على الأم سابقاً لقب الأم الثلجة (الشامى 2004 :، ولكن مع ازدياد الاهتمام بالتوحد ودراسته، ظهرت نظريات وتفسيرات تعارض ما اتجه له أتباع مدرسة التحليل النفسى فى تفسير أسباب التوحد، وعن أبرز الفرضيات التى تفسر أسباب التوحد مايلى :

-التفسيرات البيولوجية ويعتقد الباحثون أن جميع الأفراد التوحديين يعانون من تلف دماغى ودليل أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة، وكذلك وجود اختلاف فى تشكيل أذفة بعض الأفراد التوحديين (الشيخ 2004) :

-أما التفسيرات الجينية ترى أن وجود خلل فى الجينات أو الكروموسومات فى مرحلة مبكرة للطفل يؤدي للإصابة بالتوحد، حيث أجريت دراسات رجحت الأساس الجينى للتوحد، ولكن صيغة الانتقال الجينى لا تزال غير معروفة، وهناك دراسات ترى أن بعض الأجزاء فى الكروموسومات تحتوى على عدة جينات مسببة للتوحد، (كوهين رياتريك، 2000).

يوجد العديد من التفسيرات الوراثية والبيئية والغذائية، ولكن إلى الآن لا يوجد سبب رئيسى يتفق عليه الجميع ليكون السبب بالإضافة بالتوحد والخالصة أن سبب توجد الطفولة غير معروف (يحيى 2000) :

ب -تشخيص التوحد :

يعتبر تشخيص اضطراب التوحد من الأمور الصعبة التى يواجهها المختصون والأهل، ذلك لأن تشخيص الطفل التوحدى يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التى تظهر عليهم، لأنه لا يوجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير على إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم أن

يكون هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب باضطراب التوحد ويرى (الروسان : 2002، (65) أن موضوع قياس وتشخيص الأطفال ومعتبراً محكات الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع والمعدل عام 2000 الصادر عن جمعية الأطفال النفسيين الأمريكيين (DSM- TV- TR 2000).

من أفضل المحكات التشخيصية قبولاً في الأوساط القيادية والتربوية وهذه المحكات وردت كالاتي): صديق 2005 :، (220).

أولاً: يشترط في تحديد اضطراب التوحد أن تتطابق ستة أعراض على الأقل بحيث توزع كما يلي : عرضين من المجموعة الأولى، وعرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية والثالثة .

المجموعة الأولى :

وجود قصور نوعي من التفاعل الاجتماعي كما يظهر على الأقل في اثنين مما يلي :

أ - قصور جاد في استخدام أنماط السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل :

1- التواصل البصري مع الآخرين، تعبيرات الوجه، وضع الجسم وإيماءاته لتنظيم

التفاعل الاجتماعي .

2- فشل الطفل في القيام بعلاقات مع الآخرين تتناسب ومستوى نموه العقلي .

3- قصور في البحث التلقائي لمشاركة الآخرين الأفرح -الاهتمامات .

4- الاقتصار إلى التبادل الاجتماعي والانفعالي (تبادل العواطف، المشاعر،

الاهتمامات الاجتماعية).

المجموعة الثانية :

وجود جوانب قصور نوعية في التواصل كما تظهر في واحد على الأقل مما يأتي :

نقص اللعب التخيلي التلقائي، أو اللعب الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي .

تأخر أو نقص كلي في نمو لغة الحديث لا تكون مصحوبة بمحاولة التعويض بطرق تواصل بديلة كالإيماءات.

قصور حاد في القدرة على المبادرة أو الاحتفاظ بالمحادثة مع الآخرين . لدى الأطفال الذين

يملكون حصيلة لغوية جيدة .

المجموعة الثالثة :

نماذج سلوك واهتمامات وأنشطة نمطية تتكرر بصفة حصرية كما تظهر في واحد على

الأقل مما يأتي :

الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء .

التشبث بروتين محدد وطقوس محددة .

ممارسة حركات نمطية مكررة (كالتصفيق ورفرفة اليدين .. الخ).

ثانياً : ظهور أداء وظيفي غير عادي على الأقل مما يأتي مع ظهورها قبل سن الثلاث سنوات من العمر :

التفاعل الاجتماعي .

اللعب الرمزي أو التخيلي .

اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

ج - خصائص التوحدين :

يتميز التوحد قبل سن ثلاث سنوات بالآتي :

النمطية : الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المتكررة .

انخفاض كبير في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

عجز كبير في التواصل اللفظي وغير اللفظي، أولئك الذين لديهم متلازمة أسبرجر لديهم صعوبات في الاتصالات التي تعتمد على التواصل غير اللفظي، على الرغم من التطور المعرفي واللفظي قبل عمر 3 سنوات، الأفراد الذين يعانون من متلازمة ريت يكون لديهم إعاقة حركية جسمية، وفشل في النمو، النمطية ترتبط بإعاقة التوحد مجموعة من الظروف والأعراض النفسية والطبية المرضية، حيث وجدت إحدى الدراسات أن (72%) من الأطفال المصابين بالتوحد ظهرت لديهم أمراض نفسية مثل : اضطراب الوسواس القهري، اضطراب نقص الانتباه، وفرض النشاط قلق الانفصال، مخاوف مرضية أكثر شيوعاً، التخلف العقلي موجود في حوالي من 30% - 26% في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد .

أيضاً الصرع موجود في 25% - 20% من الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، كذلك

هناك اضطرابات النوم، عدم تحمل الطعام، وضعف الجهاز الهضمي .

الأسباب والنظريات المفسرة للتوحد :

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التي أثارت حيرة العلماء والباحثين، حيث لا يوجد

سبب محدد للإصابة بالتوحد (Happe, Ronad, 2008: 288)، وقد يرجع ذلك للطبيعة غير

المألوفة لسلوكيات المصابين بالتوحد، ونظراً لأن كل حالة لها سماتها الفردية

(Happe, et al, 2006: 1219)، ولذلك ظهرت العديد من النظريات والأسباب المفسرة

للتوحد، فلقد ركزت التفسيرات الأولى للتوحد على الأسباب السيكو دينامية، وفي عام (1970) انتقل السيكولوجيون إلى التفسيرات المعرفية، في حين معظم البحوث والدراسات الحالية تفترض أنه يرجع لأسباب بيولوجية، وعلى الرغم من هذه الجهود فلم يتم التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة والمحددة للتوحد، ويمكن تصنيف هذه الأسباب والنظريات كالتالي :

أ - النظريات النفسية Psychological Theories :

أكدت النظريات النفسية على الدور الكبير للوالدين في إصابة طفلهم بالتوحد، وأنه يرجع نتيجة للضغط الوالدي، وفشلهم في أداء واجبهم تجاه طفلهم. (Kinney, etal, 2008).

وأطلق على أم الطفل التوحدي مصطلح الأم الثلجة The Fridge Mother ذلك لوصفها بالبرودة وعدم المبالاة، حتى أن بعضهم كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين إلى أسر أخرى كطريقة لعلاج التوحد، مما أدى إلى تنامي الشعور بالذنب لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين (1: Dodd, 2005)، وتتسم شخصية آباء وأمّهات الأطفال التوحديين بالكمال والبرود والانعزال، مع مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع، ومستوى مهني وتعليمي مرتفع، مع ذكاء مرتفع (15: Dodd, 2005)، وعلى الرغم من ذلك فإن هذه النظريات لم تلق الاهتمام، حيث رفض معظم الباحثين هذه النظريات للعديد من الأسباب منها :

إن الدراسات والبحوث لم تؤكد صحة الفرض القائل بأن التوحد يظهر بصورة أكبر في الأسر ذات المستوى الفكري والاقتصادي المرتفع، حيث أكدت الدراسات على أن آباء الأطفال التوحديين لا يختلفون في الذكاء والطبقة، والشخصية عن آباء الأطفال العاديين .

إن آباء الأطفال الذين وجه إليهم اللوم لإصابة أطفالهم بالتوحد لديهم أطفال عاديين .

إن المعاملة التي يشوبها الدفاء والحب لم تؤد إلى اختفاء أعراض التوحد .

إن السلوك الوالدي المضطرب قد يكون رد فعل لشذوذ الطفل أكثر منه لأي شئ آخر، أي أنه تقع ضغوط كبير على الوالدين نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد مما يؤدي إلى وقوع مشاكل عاطفية لاحقة وليست سابقة لحدوث التوحد .

إن آباء الأطفال التوحديين ليسوا مختلفين عن آباء الأطفال العاديين

(Barlow& Durnd, 2001: 451; Emery& Olemanns, 2000: 417)

وهناك العديد من النظريات التي قدمت تفسيرات للتوحد، ومنها :

1- نظرية العقل Theory of Mind :

وهي إحدى النظريات التي لاقت انتشاراً واسعاً في الآونة الأخيرة (Hamilton, 2009: 890)، وذلك لدورها في تفسير قصور التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال

المصابين بالتوحد (Morton, 2009: 66)، وتفترض نظرية العقل قصور قدرة الأطفال التوحيديين في فهم ما يدور في عقول الآخرين، وإدراك وجهة نظرهم (Baron Cohen, 2009: 1170)، لذلك فالأطفال التوحيديون يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية، وقصور فهم الانفعالات الاجتماعية المعقدة (Hamilton, 2009: 891)

2- النظرية المعرفية Cognitive Coherence :

يشير مصطلح الترابط المركزي إلى فهم معانى الأشياء فى صورتها الكلية .ولقد ذهب البعض إلى قدرة الأطفال التوحديين المحدودة على رؤية الصورة الكبيرة، حيث يميلون إلى التركيز على التفاصيل الصغيرة (Happe & Firth, 2006: 15)، وهذا الضعف هو السبب الرئيسى لمقاومة التوحديين للتغيير، والتزامهم بروتين صارم ومحدد.

(Mottron, et al, 2006: 27)

وتفسر نظرية الترابط المركزي ما يعانيه الأطفال التوحديون من ضعف الانتباه، وذلك لميلهم الدائم للتركيز على التفاصيل الجزئية للموضوع بدلاً من النظرة الكلية

(Dodd, 2005: 48).

3- نظرية الوظيفة التنفيذية Executive Function Theory :

أكدت الكثير من الدراسات على خلل الوظيفة التنفيذية لدى المصابين بالتوحد (Kenworthy, et al, 2008) مما يؤدي إلى القصور فى عملية التخطيط الكف السلوكى، الذاكرة العامة، اكتشاف الأخطاء (O'hearn, et al, 2008: 1129)، واضطراب الوظيفة التنفيذية لدى التوحديين يؤدي إلى السلوكيات والاهتمامات النمطية التكرارية (Hill, 2004: 269)، إلا أن من نقاط ضعف نظرية الوظيفة التنفيذية عدم القدرة على قياسها (Kenworthy, et al, 2008: 320)، كما أن اضطراب الوظيفة التنفيذية ليس مرتبطاً فقط بالتوحد (Siaperas, et al, 2006: 344)

النظرية البيولوجية :

ترى أن كل تلك الاضطرابات المرتبطة بالتوحد سببها بيولوجى عضوى وأنه لا يمكن أن يكون الآباء سبباً لتوحد أبنائهم .

ومن خلال الكتابات والأبحاث التى تناولت التوحد نجد أن أغلب الدراسات تشير على

أهم الخصائص التى تميز التوحد هى كما يلي :

1- إعاقة فى التفاعل الاجتماعى :

من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التى تتناسب وأعمارهم ويرى (Gillson. 2000)، أن الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل فى اختلال الأداء الوظيفى فى السلوك الاجتماعى، وكذلك يوصف الأطفال التوحديين بأن لديهم إعاقة فى تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصرى والمتعارف عليه أن التواصل البصرى يسهل الحياة اليومية للأفراد التوحديين .

ويتصف الأشخاص التوحديين بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، حيث أن الشخص التوحدي ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي، مما يؤدي إلى صعوبة تكوين وإقامة علاقات اجتماعية، كما أن الطفل التوحدي لا يتضابق من بقاءه بمفرده (محمد 2000: 218).

كذلك فإن الطفل التوحدي لا يبادر في التفاعل الاجتماعي وإذا كان هو المبتدئ في التفاعل الاجتماعي فإن ذلك نادراً ما يكون طرف اجتماعي كما أن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء وحدهم وتظهر عليهم ضعف استخدام اللغة الوظيفية والاتصال غير اللفظي مما يؤدي إلى صعوبة في عملية التفاعل الاجتماعي (Ozonoff, 1998: 28) ولتدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية المناسبة لابد لنا من مراعاة معايير المجتمع الذي تعين فيه إلى جانب المستوى النمائي للطفل .

ويرى (Waltz 1999) أنه من المهم عند تعليم الأطفال التوحديين وتنمية مهاراتهم الاجتماعية تعليم الاستنتاج. ويكون ذلك من خلال إدراك الطفل أن قيامه بفعل ما يؤدي إلى نتيجة .

ويعتبر تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية في عمر مبكر من الأمور المهمة التي يجب على جميع القائمين على رعايتهم الاهتمام بها . لأن ذلك يساعدهم في المستقبل إلى الوصول إلى أقصى درجات الاستقلالية والاندماج في المجتمع (الشامى 2004: 148).

2-إعاقة في التواصل :

من الأمور التي تعتبر مشكلة لدى التوحديين أن فهم اللغة عندهم متأخر، وهناك مشكلات شديدة في التواصل حيث أن (50%) من الأطفال التوحديين لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصم والبكم لبعض الكلمات، وكذلك فإن (25%) منهم يستطيعون الكلام، ويكون تواصلهم غير عادى حيث يكرر بعضهم الكلام، ويوجد لديهم أيضاً صعوبة في استعمال الضمائر، فمثلاً لا يقول أنا أريد أن أشرب، ويقول (س) (يريد أن يشرب). (Barlow& Durand: 1994, 227).

كما أن بعض الأطفال التوحديين الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادى فقد يكرر الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصادرة الكلامية، وهذا التردد المرضى للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات أو مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة (Kandal, 2000, 225)

- 3- السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات المفيدة :
من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح ومتكرر في التوحد والاضطرابات
التوحدية، الانهماك بأشياء ضيقة المدى ومحددة وفريدة منها :

أ - السلوك النمطي :

من الأشياء الملاحظة هي قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفى مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم، رفرفة اليدين، فرك اليدين، لف الأشياء الدائرية، طقطة أمام أعينهم وغيرها من السلوكيات النمطية المختلفة، كما أن أغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا ترتبط بهدف واضح (الشامى 2004 :، 201).

ب - السلوك الروتيني :

يقوم معظم الأطفال وبشكل طقوسى لساعات عديدة بلعبة محددة حيث يقاومون التغيير بشكل كبير، ويتجسد السلوك الروتيني مثلاً بموعد الطعام والحمام واللباس، وكذلك الروتين في ترتيب الغرفة، ويوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة كما يحافظون بشكل كبير على التماثل (Hallahan & Kauffman, 2003).

ج - الاهتمام بأشياء محددة :

يتضايق الكثير من مصابي التوحد من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، ويرفضون اللعب، فيؤدى هذا الرفض إلى الغضب، كما أنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره، ويقاومون تعلم أى نشاط أو مهارة جديدة، ويظهر الطفل اهتماماً بشئ معين، كعلبة فارغة مثلاً موجودة في مكان معين، وقد ينظر إليها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل مكرر وممل، وعند تغيير وضعها أو اختفائها، فإن الطفل الهادئ قد يتحول إلى شعلة من الغضب والصراخ، وقد ينتهى الوضع بإعادة العلبة إلى وضعها مرة أخرى، بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم التوحدي يتعود على كوب أو طبق معين ويرفض تغييره، بل إنه يفعل عند عدم وجوده، كما أن بعض الأطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة البارزة في الطفل لتوحدى، وبعض الأطفال يظهرون ارتباطاً شديداً مع بعض الأشياء غير العادية، ويرغبون بالاحتكاك به طوال الوقت كقطعة سلك أو ورقة شجر، ويقاومون إبعاده عنهم (الحكيم : 2003، 305).

علاج التوحد :

تنوعت أساليب علاج التوحد، كما أنها اختلفت من فترة زمنية لأخرى، فاختفت طرق قديمة مثل العلاج السيكودينامى، وظهرت طرق جديدة أكثر فاعلية مثل تلك القائمة على تعديل السلوك، بالإضافة إلى العلاج الطبى مثل العلاج باستخدام العقاقير والفيتامينات، وعلى الرغم

من أن التوحد يعتبر بوجه عام إعاقة مزمنة، حيث أن التدخلات العلاجية الفعالة تزود أو تحفز جوانب النمو المختلفة (Bennetto & Rogers, 1996: 413)، وتزود التوحدي بالسلوكيات التوافقية الملائمة (Powell, 2004)، والتخفيف من الضغط الوالدي، وخفض أعراض التوحد، مع تنمية مهارات الحياة الأساسية مما يجعله يمارس حياته ونشاطاته باستقلالية (Myers, et al, 2007).

ومن هذه الطرق العلاجية :

1- العلاج السيكودينامي :

ظل معظم آباء الأطفال التوحديين حتى منتصف القرن العشرين يلومون أنفسهم للحالة التي يعانى منها أولادهم منذ الميلاد أو الطفولة المبكرة، مما كان يؤثر على العلاج (Fitzpatrick, 2004: 70)

ويعد برنامج بيتلهيم Bettlehiem الذى طبقه فى مدرسة تقوم على أسس تربوية خاصة نموذجاً للعلاج النفسى التحليلي.

2- العلاج بالتكامل الحسى :

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبى يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خللاً فى ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل الشم -السمع -البصر .. الخ (قد يؤدي إلى أعراض توحديّة، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن فى الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرن أعراضاً تدل على خلل فى التوازن الحسى، لأطفال التوحديين، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسى ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين، ولكن ذلك لا يعنى تجاهل المشكلات الحسية التى يعانى منها بعض الأطفال التوحديين، إذ يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاصة بكل طفل ورغم أن العلاج بالتكامل الحسى يعتبر أكثر علمية من التدريب السمعى والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، إلا أن هناك مبالغة فى التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية (الحكيم 2003: .، 173)

3-العلاج السلوكى :

على الرغم من تأكيد البعض على فعالية الأساليب العلاجية السابقة يبقى العلاج السلوكى هو حجر الزاوية لتنمية مهارات الطفل التوحدي، ولخفض أعراض التوحد (Steyaert & Wouter, 2009: 1095).

ويعتمد التدخل السلوكي على العديد من الاستراتيجيات والفنيات التي تساعد التوحدين على تعلم السلوكيات المرغوب فيها، والتخلص من السلوكيات غير المرغوب بها، مثل التعزيز، التشكيل، النمذجة، الإطفاء.. وغيرها (Howlin, et al, 2009- B: 23)

دعائم تعديل السلوك :وهذه الدعائم هي:

(1)المشاركة الفعالة من الوالدين (الأسرة):

من الضروري مساندة آباء الأطفال المصابين بالتوحد بكل طريقة ممكنة حتى يفهموا مشكلة الطفل (Allen & Schwartez, 2001: 132)، لذلك يجب تدريب الآباء على كيفية التعامل مع مشكلات الطفل ومواجهتها وحل الصراعات التي قد تنشأ عن وجود طفل توحدي، ومحاولة التغلب على مشاعر الذنب واللقاء اللوم على الوالدين في أنهم السبب في اضطراب الطفل مما ينعكس على الطفل وتقدمه. (Procter, 2001: 68)

وهناك اتجاهان أساسيان يتعلقان بإشراك الآباء في تربية أطفالهم :

-اتجاه أول :يعتبر أن دور الآباء يقتصر على تنمية الاستقلالية لدى ابنائهم وتدريبهم على الأدوار الاجتماعية، بينما يبقى استعمال تقنيات التنشيط الذني من مهمات المدربين المختصين .

-اتجاه ثاني :ينادي بإشراك شامل للآباء في كل ما يخص بتربية أطفالهم، وهناك عدة مستويات للتعاون بين الأهل والمختصين، ولعل من أهمها :

1-المقابلة الأولية :اللقاء الأول وله أهمية قصوى لأنها الانطباع الأولى والمرجعي الذي سيؤثر مستقبلاً في نظرته لإعاقة طفلهم .

2-إشراك الآباء في التقويم :يمكن إشراك الأولياء في نوعين من التقويم:

-التقويم التشخيصي :الذي يتم فيه التعرف على قدرات الطفل التوحدي، مثل :التواصل، الاعتماد على الذات، وتاريخه الأسرى .

-تقويم المراقبة :إذ لا يكفي ملاحظة سلوك الطفل بل التركيز بل الأهم مراقبة هذا السلوك في الوسط الطبيعي .

3-إشراك الأهل في وضع البرامج :حيث إن إشراك الوالدين في وضع البرامج يسهل عليهم المشاركة في تنفيذها، كما يمكنهم من إدخال بعض التغييرات والأفكار على البرامج نظراً لخبراتهم بأطفالهم .

4-إشراك الأهل في تنفيذ البرنامج :مشاركة الوالدين تساهم في أن تكون الطرق المتبعة في المنزل والمدرسة ثابتة ومتناسكة، مما يؤثر على البرنامج صورة إيجابية (وفاء على الشامي،

2004).

وظهر حديثاً أهمية مجموعات المساندة التي تقوم بمساعدة الآباء على التعامل مع أبنائهم، واستيعاب مشاعرهم، واحتياجاتهم وتقديم الدعم العاطفي، والخبرة العملية (Comer, 1999: 460)، ومما له الأثر الإيجابي على سلوكه الأطفال التوحيديين، ويؤدي إلى انخفاض السلوك المشكل، ويزيد من التواصل الوظيفي (Moes & William, 2002) -2 الدور الحيوي لبرامج التعليم :

عند إعداد برنامج تعليمي خاص بالتوحيديين يجب مراعاة عدة خصائص لهذا البرنامج،

وهي :

يجب أن يتبع نظاماً محدداً، فيكون عبارة عن سلسلة من الخطوات المحددة بوضوح، لكل منها هدف معين، وتوضح فيه الأهداف الجزئية. وتحتوي على أهداف صغيرة وبسيطة يمكن تحقيقها في وقت قصير، كما تتناسب مع مراحل نمو الطفل .

يجب أن يعتمد البرنامج على الوالدين بوصفهم معالجين مساعدين .

يجب أن يتم التدخل في وقت مبكر وبشكل مكثف .

يجب أن يتسع لأنشطة جماعية .

يعتمد على التدريب الفردي). كمال زيتون 2003 :، (174)

وذهب البعض إلى ضرورة دمج التوحيديين مع العاديين، فظهر مفهوم الدمج الشامل Full Inclusion، ويعنى دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم في نفس الأماكن مع أقرانهم العاديين مع تقديم الخدمات المناسبة، وهذا الدمج لن يكون كلياً، ولكنه دمجاً جزئياً وخاصة في هذا النشاط، وهذا الدمج أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة، حيث يزيد من فرص التعلم أمامهم، كما يمكن أن يزيد من تقديرهم لذواتهم .

عادل عبد الله، (2002: 55)

(

-3 أهمية الرفاق :

أشارت دراسات عديدة إلى أهمية الرفاق في تحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي .

-4 أهمية استخدام التقنيات الحديثة :

وتتضمن أجهزة إنتاج الصوت، وأنظمة الصورة، ولوحات المفاتيح، وشاشات اللمس،

بالإضافة إلى أجهزة الكمبيوتر (إلهامى عبد العزيز وآخرون 2001 :، (23)

وهناك العديد من البرامج الحديثة التي ثبتت فاعليتها مع التوحيديين، ومنها :

1-برنامج علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وذوى إعاقات التواصل:

Treatment, Education of Autistic, Related Communication Handicapped Children (TEACCH)

وهو برنامج علاجي يستمر مدى الحياة (Tsang, et al, 2007)، وهو أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (National Autistic Society, 2007) وهذا البرنامج من إعداد إيريك شوبلر، ويشتمل على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية، وكما يتم التعامل معها بشكل فردي، ويقدم خدمات التشخيص والتقييم، كما يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة تورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد، والإعاقات المشابهة، ويدير هذا المركز كلا من Schopler, Mesibov، وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد.

نظام التواصل من خلال تبادل الصور: (PECS)

والذي يهدف إلى تنمية مهارات التواصل من خلال محتوى ذي معنى بالنسبة للطفل التوحدي بما يدعم دوره كبادئ لعملية التواصل أكثر من اعتماده على الآخرين من الكبار (Bondy, 2001: 130) ولقد أعد هذا النظام كلا من أندرو بوندى، لوري فروست Andrew Bondy, Lori Frost من برنامج دولاوير بالولايات المتحدة الأمريكية ليستخدم مع الأطفال التوحديين، وغيرهم من ذوى الاضطرابات الارتقائية الشاملة، وكذلك مع ذوى الاضطرابات التواصلية الاجتماعية، ولقد أظهرت العديد من الدراسات زيادة مهارات التواصل بعد عامين من استخدام نظام التواصل بتبادل الصور (Tien, 2008: 70)، كما أظهرت العديد من الدراسات البحثية آثاراً إيجابية فيما يتعلق بقدرة الطفل على إتقان استخدام نظام (PECS)، انخفاض المشاكل السلوكية، وزيادة مهارات التواصل الاجتماعي.

العلاج الأسرى

أولاً: النظريات المفسرة للعلاج الأسرى

يعرف العلاج الأسرى على أنه العلاج النفسى لنظام اجتماعى طبيعى للأسرة هي الوسيط للمقابلات المشتركة وخاصة فى حالة مشكلات العلاقات للأسرية وهناك عاملين أدياً إلى ظهور العلاج الأسرى فى السنوات الحديثة وهما :

التأكيد على علم النفس الاجتماعى الى يتسم بالتغير من وحدة الفرد إلى الجماعة .

انبثق هذا المدخل والاتجاه مع ميلاد ميدان التكنولوجيا ونظرية الاتصال .

وإن تواجد طفل باحتياجات خاصة فى المنزل يؤثر بشكل كبير جداً على نمط حياة

الأسرة، وخاصة حياة الأم، التي تعاني من أعباء إضافية نتيجة وجود هذا الطفل المعوق في حياتها، عندها فإن باقى أفراد الأسرة يصبحون ملزمين بأداء مهام إضافية، بالإضافة إلى أن الأسرة إذا كانت تعاني من وضع مادي صعب فإن احتياجات هذا الطفل ستكون عبئاً إضافياً، كما أن ردود فعل الأخوة والأخوات إذا علموا بإضافة طفل ذي احتياجات خاصة للأسرة لا تختلف كثيراً عن ردود فعل الوالدين، وتتمثل في الخوف، الغضب وغيرها من المشاعر، إلا أنهم فى نهاية المطاف يتقبلون الحقيقة. وإن كانت هناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلى تكوين صورة سلبية عن أخوة هؤلاء الأطفال (Hallahan & James, 1996: 508) ومنها :

أهداف العلاج الأسرى :

يهدف العلاج الأسرى إلى التأكد من أن ذوى الاحتياجات الخاصة وذويهم يحصلون على أفضل مستوى معيشى ممكن، ويتمتعون بفرص تعليمية عالية المستوى، ورعاية صحية واجتماعية مناسبة، لذا فإن من واجبات الإرشاد التأكد من زيادة فاعلية الخدمة المقدمة (Cook, et al, 1992).

ولا يقتصر هدف العلاج الأسرى على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط، بل يهدف إلى توضيح أهمية دور الأبناء وتقبلهم أخ باحتياجات خاصة. أى إرشاد الأخوة لمساعدتهم على لعب دور إيجابى فى حياة أخيهم وتفهم ظروفه ونموه (عبد العزيز الروسان وآخرين 2003 :، . 198).

نظريات العلاج الأسرى :

تتعدد نظريات العلاج الأسرى، إلا أن أكثرها استخداماً :

1- نظريات العلاج الأسرى البنائى Structural Family Counseling :

والتي ارتبطت بابحاث سيلفادور مينوش Salvador Minuchin فى بداية الستينات من القرن العشرين، وتقوم هذه النظرية على أساس أن معظم الأعراض تنتج عن فشل البناء الأسرى، فالأعراض الفردية لا يمكن فهمها إلا من خلال النظر إلى نماذج التفاعلات الأسرية (Corey, 1996)

فنيات العلاج الأسرى البنائى :

الخريطة الأسرية :ومن خلالها يتم معرفة أداء الأسرة وطبيعة العلاقات البينشخصية لأفرادها، والتي تسهم بإيجابية داخل الجلسة الاستشارية .

تمثيل الأدوار :حيث يتم تمثيل لبعض مواقف الصراع التي تحدث فى المنزل لملاحظة كيفية التفاعل الأسرى، ولتحديد مواطن الخلل المراد إضعافها، ومعرفة مدى تكيف الأسرة

مع قواعدها المختلفة، وتشجيع جميع أفراد الأسرة على إنتاج قواعد ملائمة أخرى .
إعادة الصياغة :ويتم عن طريقها استعراض للمشاكل الأسرية بطريقة تسمح للأسرة بفهم
المشكلة من جميع جوانبها .أى يتم عن طريقها تقديم تفسير مختلف للمواقف المشكل في
الأسرة(Barker, 2007, Croey, 1996: 397) :

أى تؤكد نظرية العلاج الأسرى البنائى على أن البناء الأسرى وعلاقته بالبيئة هو المحدد
للعلاقات الأسرية .وعلى ذلك يتم مساعدة الأسرة على فهم كيفية تطوير القواعد .
المقابلة التقييمية ويتميز بالموضوعية والحيادة .
الاهتمام بالعلاقات الأسرية القائمة داخل الأسرة .
الاهتمام بالعلاقات داخل أسر الوالدين الأصلية .
2-النظرية الإستراتيجية لهيلى :

ولقد ساهم فى بلورة هذه النظرية جاى هيلى Haley Jay فى السبعينات من القرن
العشرين .وتقوم على مبدأ مساعدة الأسرة على إيقاف تبادل العلاقات المسببة للأعراض السلوكية
الحادثة .وعلى ذلك يقوم المعالج برسم تدخل فهى لحل مشكلات عدة، على أن ذلك يتطلب من
النظام الأسرى تغيير جميع التفاعلات الأخرى
(Rey, 2007, Nichols & Schwartz, 2006)

أهداف النظرية الإستراتيجية :
-إعادة حل المشكلة الحالية .
-عدم الاهتمام بإكساب أفراد الأسرة خبرات بديناميات الأسرة أو بوظيفية المشكلة الحالية .
-تغيير السلوك المترتب عليه تغيير المشاعر .
-الحد من تكرار نتائج سواء التوافق مع تقديم أكبر قدر من البدائل .
-إحداث تغيير فى أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة.
فنيات النظرية الإستراتيجية :

استخدام التوجيهات :فيتم تقديم التوجيهات مباشرة، وذلك بإسداء النصائح، وإبداء الاقتراحات،
وقد تكون التوجيهات بسيطة فتضم شخصاً أو شخصين، أو معقدة فتضم جميع أفراد
الأسرة .

التدخل المتناقض :وتشمل تقديم تعليمات متناقضة كالأمر الذى لا يمكن تنفيذه إلا بعضيان
أجزاء منه .

إعادة التشكيل :وفيها يقوم المرشد بتصحيح كل ما يفعله المتعالج أو أى من أفراد الأسرة،

وذلك بعبارات إيجابية (Keim & Lappin, 2002)

تغيير المهمات من الأسلوب الذى يستجيب به الأشخاص فى العلاج الأسرى .
لأن المعالجين الأسريين يقومون بأنفسهم بتصميم المهمة، فإن دورهم يعد مهما للغاية،
وبالتالى فهم سيستمع مهم جيداً من قبل أفراد الأسرة .
يتم الحصول والإحاطة بالمعلومات الكاملة عن الأسرة سواء أكملت أم لم تكمل المهمات من
قبل أفراد الأسرة .
نظرية الاتصال :

يعتبر موضوع الاتصال من الموضوعات الهامة الذى يسهم إلى حد كبير فى تحديد
الشكل العام للعلاج الأسرى وأساليب العلاج المتبع .
هذا ولقد استفاد العلاج الأسرى من نظرية الاتصال فى معرفة وفهم العلاقات الأسرية
وطبيعة الاتصالات مع توجيه هذه الاتصالات بما يحقق أهداف العلاج لمعرفة طبيعة
المعلومات .

حيث أن العلاج الأسرى يركز بوجه خاص على فهم نماذج الاتصال السائدة داخل
النسق الأسرى والتدخل لعلاج النماذج المضطربة فيها (جلال الدين 2001 ، : 147).
أهداف العلاج الأسرى المشترك :

- حث الأسرة على التواصل .
- التوافق مع متطلبات الحياة .
- انتشار الوعي لدى أفراد الأسرة .
- بناء تقدير الذات .
- اكتشاف قدرات أفراد الأسرة .
- تعزيز مهارات التكيف .
- اتخاذ القرارات من خلال احتياجات أفراد الأسرة، واتخاذ آراء أفراد الأسرة فيها .
- قدرة أفراد الأسرة على تدوين ما يراه، أو يسمعه، أو ما يشعر به، أو ما يفكر به (Satir, 1983)

أهم فنيات العلاج الأسرى المشترك :

إعادة التسمية: أى إعادة تقديم سلوك أفراد الأسرة من زاوية جديدة لتجنب اللوم والنقد .
التجسيد: أى تجسيد أحد نزاعات الأسرة ووضع أعضاء الأسرة الآخرين فى الأماكن المناسبة
تبعاً لدورهم فى النزاع، ثم إجراء حوار عن كيفية تغيير هذه الموقف، ومنح كل عضو

الفرصة للتغيير .

إعادة بناء الأسرة :وهى شكل من أشكال السيكدوراما لمساعدة أفراد الأسرة على اكتشاف الأحداث عبر ثلاثة أجزاء من حياة الأسرة، والتخلص من أنماط اضطراب الأداء عن الأسرة الأصلية وذلك لتكوين صورة أكثر واقعية عن الوالدين .

الجينوجرام :وهو عمل خريطة لتوضيح منظومة العلاقات الأسرية، وطريقة الوصول إلى القضايا الجوهرية فى شكل خطوط

(Satir, 1988, Satir, 1983, Satir, 1987)

نظرية النسق العامة :

تعتبر نظرية النسق العامة من المعالم الرئيسية لعلم الاجتماع المعاصر وقد ساهم فى وضع أصول هذه النظرية كثير من علماء الاجتماع الأوائل من الصفويين مثل هيربرت براون، ماكس فيبر وإيضاً علماء الاجتماع مثل فالكون بارسونز وروبرت ميرتون الأثر الواضح فى تدعيم هذه النظرية وتوضيح معالمها وتبنى نظرية النسق أساساً على فكرة النسق القصوى وهى الفكرة التى مؤداها أن كل شئ سواء كان كائناً حياً أو اجتماعياً وسواء كان فرداً أو مجموعة صغيرة أو تنظيمياً رسمياً يمكن النظر إليه باعتباره نسقاً كلياً متكاملًا يتكون من أجزاء مثل الكائن الحى وأن لكل نسق احتياجاته الأساسية التى لا بد من الوفاء بها وهذه الاحتياجات يمكن اشباعها أو تحقيقها وتدهن نظرية النسق إلى أن أى نظام أو نسق يتكون من إنساق فرعية أو أجزاء مرتبة لدرجة أن أى تعبر يحدث فى جزء منها يعتبر ردة فعل وتغيير فى كل الأجزاء الأخرى (جلال الدين عبد الخالق، 2000، 156).

وترتيباً على ما سبق ذكره يمكن القول أن نظرية النسق تعد واحدة من النظريات التى يمكن الاستفادة منها فى طريقة العمل مع الحالات الفردية وهكذا أصبح العلاج الأسرة ننظر إلى الأسرة ككل باعتبارها نسق اجتماعى مع التأكيد على فكرة الاعتماد المتبادل بين الأجزاء الفرعية للنسق وبين النسق ككل .

ويتضح مما سبق عرضه لنظريات الإرشاد الأسرى :وجود خصائص وسمات مشتركة،

منها :

أغلب النظريات ترى أن السلوك ارتباطى يحدث نتيجة علاقة الأفراد بالبيئة، فالأسرة جزء من البيئة أو المحيط الاجتماعى .

الأسرة عبارة عن نظام اجتماعى مفتوح الحدود، إلا أنها تختلف فى بعض النقاط التفصيلية . الأسرة هى العميل، بمعنى أن الأسرة كوحدة أو كيان قائم هى الأساس وليس الفرد، أو

الأجزاء الفرعية من الأسرة .

بغض النظر عن الأدوار التي يمارسها المرشد والتي تختلف من نظرية لأخرى، ومن أسرة لأخرى، فالتغيير إلى الأفضل لابد وأن يتم بواسطة الأسرة .
من أهم الفنيات المستخدمة في جلسات الإرشاد الأسرى طرح الأسئلة، الحوارات البسيطة.
كما يتضح من العرض السابق للإطار النظري :
أن النجاح في تعليم الطفل التوحدي مهمة تشارك فيها الأسرة والأخصائيون معاً، ولذا يجب ربط احتياجات العلاج باحتياجات الأسرة مع مراعاة مصلحة الأسرة واحتياجات الطفل .
أن الوالدين هما امتداد العلاج الرئيسي للطفل وإخوته مع ضرورة تبادل المعلومات مع الوالدين .
أهمية ضرورة تقبل الوالدين للإرشاد الأسرى .
أهمية تنمية مهارات رعاية الذات لدى التوحديين بمشاركة أفراد الأسرة .

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: فروض الدراسة :

الفرض الرئيسى :

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين .

الفروض الفرعية:

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارة (المأكل والمشرب) للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية (مهارات) خلع الملابس وارتدائها للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية (مهارات) استعمال المراض للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارات النظافة الشخصية للأطفال التوحديين .

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات المساعدة الذاتية ومجموع الأبعاد الأربعة فى المقياس (البعدى - التتبعى) .

ثانياً: المنهج المستخدم :

اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي لمعرفة فاعلية العلاج الأسرى فى تنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين باستخدام القياس القبلى والبعدى لمجموعتين (تجريبية وضابطة) .

ثالثاً: نوع الدراسة :

تعتبر هذا الدراسة من الدراسات التجريبية حيث تستهدف الوقوف على طبيعة العلاقة

بين متغيرين :

هما المتغير المستقل هو برنامج العلاج الأسرى وتنمية المهارات الخاصة بالمساعدة الذاتية للتوحديين .

المتغير التابع الممثل فى ضعف مهارات المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين .

رابعاً: مجالات الدراسة :

1-المجال المكانى :

تم تطبيق هذا الدراسة بدولة الكويت فى محافظة حولى بمركز الروضة للتوحد وذلك للأسباب الآتية :

- عمل الباحث مديراً لهذه المؤسسة .
- تأهيل المؤسسة لإجراء التجربة لتلك الدراسة .
- توافر عينة الدراسة فى المركز .
- وجود فريق عمل كامل يشمل جميع المتخصصين داخل المؤسسة .

2-المجال البشرى:

تم تطبيق الدراسة على عينية من الأطفال التوحديين والبالغ عددهم (32) حالة يمثلون محافظة حولى والكويت والفرديانية، وتم اختيار العينة بناءً على اختيار الأخصائى النفسى الذى يعمل بالمركز وبعد التحقق من التقارير الطبية الى شخصت الحالات بالتوحد .

وتم اختيار العينة من خلال الشروط وهى :

- أن يكون تشخيصهم توحد من قبل طبيب نفسى.
- أن يكون من الأطفال الذين يتلفون تدريب .
- أن يتراوح العمر الزمنى من (8 : 6)سنوات بدأ من الدراسة .
- عدم قبول أطفال بها إعاقات أخرى أو اضطرابات صحية .
- ألا يكون خاضع لنوع معين من العلاج .

اختيار العينة :

قام الباحث باختيار العينة :

- أنه حصل على دورات تدريبية للتعامل مع التوحديين .
- اختيارهم من مكان واحد للحفاظ على تجانس العينة .

طريقة العينة :

تم استبعاد الأطفال الذين حصلوا على درجة توحد شديدة وتم اختيار الذين حصلوا على درجة توحد متوسطة مع استبعاد الأطفال الذين لديهم إعاقات سمعية وبصرية وتم استبعاد اصحاب متلازمة اسبرجر .

تقسيم عينة الدراسة :

تم التقسيم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة كالاتى :

(أ) (المجموعة التجريبية :

بلغ عدد هذه المجموعة (5) خمسة أطفال كلهم ذكور بالإضافة إلى أسرهم .
- يتراوح سن الطفل من 8 :6 سنوات ومستوى التوحد لديهم متوسط .
- تم مقابلة أسر الأطفال لعقد اتفاق معهم على المشاركة فى التدريب وتنفيذ البرنامج وتمت الموافقة معهم .

(ب) المجموعة الضابطة :

بلغ عدد أفرادها (5) خمسة أطفال تتراوح أعمارهم من (8 - 6) سنة ومستوى التوحد لديهم متوسط من الذكور .

(ج) المجموع الكلى :

بلغ عدد الأطفال المشاركين (10) أطفال تتراوح أعمارهم من (8 - 5) سنوات .
التجانس بين أفراد العينة :

لقد راع الباحث التجانس بين افراد عينتى الدراسة (التجريبية والضابطة (من حيث النوع والعدد والسن والذكاء والمهارات الحياتية، ولذلك كما يتضح من الجداول الآتية :

جدول (1)

يوضح عينة الدراسة وفقاً للنوع

النسبة المئوية	النوع	العدد
100%	ذكور	8
-	أنثى	2
100%	العينة الكلية	10

يتضح من الجدول السابق لتوزيع نسبة الذكور والإناث فى العينة الكلية : أن نسبة الإصابة لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث .

جدول رقم (2)

يوضح عدد عينة الدراسة

النسبة المئوية	العدد	العينة
50%	5	مجموعة تجريبية
50%	5	مجموعة ضابطة
100%	10	العينة الكلية

جدول (3)

يوضح فروق عينة الدراسة وفقاً للسن للمجموعتين التجريبية والضابطة

العينة	السن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	دلالة ت
المجموعة التجريبية	6: 8	4.7	1.05		
المجموعة الضابطة	4.5 : 5.5	3.69	1.03		

جدول (4)

تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

المقياس	مجموعة المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z ودالاتها
	التجريبية	6	7.20	35	
	الضابطة	6	5.20	32	

يتضح من الجداول السابقة :

تجانس أفراد عينتي الدراسة التجريبية والضابطة من حيث السن والعدد والذكاء ومهارات رعاية الذات هذا بالإضافة إلى المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المتقارب. أى أن أية فروق تظهر بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى المتغير التابع يرجع ذلك إلى تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج المستخدم، والذي سيتم تطبيقه على أفراد العينة التجريبية فقط .

(3)المجال الزمنى :

استغرقت الدراسة المدة الزمنية ما يقرب من العام فى الفترة من 1/11/2018 حتى

12/11/ 2019 م .

سادساً :أدوات الدراسة :

استخدم الباحث عدة أدوات فى هذه الدراسة وهى :

مقياس المساعدة الذاتية للطفل التوحدى .إعداد الباحث .

استمارة دراسة الحالة إعداد الباحث .

برنامج العلاج الأسرى .

وفيما يلى طريقة شرح كل أداة .

مقياس المساعدة الذاتية :

قام الباحث بإعداد مقياس مهارات المساعدة الذاتية وذلك من خلال عمل تقييمات

للأطفال التوحدين .

خطوات إعداد المقياس :

-الإطلاع على الكتابات النظرية المتعلقة بالطفل التوحدى ومشكلاته والرجوع إلى الدراسات

والبحوث التى تناولت نمو الطفل التوحدى وكذلك الكتابات التى تناولت مهارات المساعدة

الذاتية وكذلك الكتابات التى اهتمت بالمأكل والمشرب والملبس والنظافة للطفل التوحدى .

-الاطلاع على المراجع العربية والأجنبية التى ناقشت المهارات الحياتية للتوحدين.

- الرجوع إلى المقاييس التي اهتمت بمهارات المساعدة الذاتية والمهارات الحياتية (الملبس - النظافة -المأكل ..الخ .)
- عمل مقابلات مع أسرة الطفل التوحدي والاستفسار عن مهارات المساعدة الذاتية التي يعاني منها الطفل التوحدي من خلل ونقص وماهى أكثر احتياجاته منها .
- عمل مقابلات فردية مع مجموعة الدراسة .
- بناء المقياس :

بناءً على ما سبق تم تحديد مهارات المساعدة الذاتية المراد تعليمها للطفل التوحدي والتي فى احتياج إليها من خلال مقابلات الأسرة وكان أهم هذه المهارات :وكان المقياس مكون من (40)عبارة وهى :

- مهارات المأكل والمشرب .
- مهارات المظهر العام والنظافة .
- مهارات استعمال المراحيض .
- مهارات شخصية .
- مهارات ارتداء الملابس وخلعها.
- تصحيح المقياس :

تم إعداد المقياس الخاص بمهارات المساعدة الذاتية بطريقة التدرج حسب استجابات الطفل مع اختلاف الدرجة مثلاً فى الآتى :

- لا يفعل درجة
- يفعل بمساعدة درجتان
- يفعل بمفرده ثلاث درجات

-2- يتم جمع الدرجات للحصول على الدرجة الكلية للمقياس :

الإتساق الداخلى :

قام به الباحث للتأكد من إتساق الأبعاد الخاصة بالمقياس فتم حساب معامل الارتباط لكل عبارة فى المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذى ينتمى إليه :

وهذا الجدول يوضح معامل الارتباط لكل عبارة

جدول رقم (5) يوضح معامل الارتباط لكل عبارة

يوضح معامل الارتباط لعبارة المقياس

الدالة	معامل الارتباط	م									
0.01	0.72	31	0.01	0.81	21	0.01	0.74	11	0.01	0.85	1
0.01	0.71	32	0.01	0.82	22	0.01	0.72	12	0.01	0.73	2
0.01	0.85	33	0.01	0.81	23	0.01	0.80	13	0.01	0.86	3
0.01	0.80	34	0.01	0.73	24	0.01	0.74	14	0.01	0.82	4
0.01	0.89	35	0.01	0.76	25	0.01	0.86	15	0.01	0.76	5
0.01	0.76	36	0.01	0.82	26	0.01	0.79	16	0.01	0.80	6
0.01	0.74	37	0.01	0.80	27	0.01	0.71	17	0.01	0.71	7
0.01	0.76	38	0.01	0.81	28	0.01	0.72	18	0.01	0.80	8
0.01	0.72	39	0.01	0.89	29	0.01	0.73	19	0.01	0.74	9
0.01	0.71	40	0.01	0.72	30	0.01	0.72	20	0.01	0.82	10

من خلال الجدول السابق يتضح أن معامل الارتباط لعبارة المقياس وأبعاده وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد ثبات المقياس وصحته حيث جاءت جميعها بتقييم مرتفعة، مما يحقق الصدق في الانساق الداخلي .

وللتحقق من صدق المقياس الخاص بمهارات المساعدة الذاتية ما استخدم الباحث

طريقة :

الصدق التمييزي :

والمقصود به مدى قدرة المقياس على التمييز بين أفراد المجموعة الخاصة بأهمية (عينة الدراسة) وكان قوامها (30) طفلاً عادياً وتوحدياً وأعمارهم ما بين (8 : 4) سنوات في مهارات المساعدة الذاتية أي أنه تم الاستخدام للمقارنة بين الأطفال العاديين (15) طفلاً والتوحيديين (15) طفلاً وقد تم تشخيص هؤلاء بناءً على التقرير الطبي والنفسي بمركز الروضة بالكويت وأظهر التطبيق قدرة المقياس على تمييز الأطفال التوحيديين من العاديين.

جدول رقم (6)

يوضح الصدق التمييزي المقياس مهارات المساعدة الذاتية

	العاديين ن15		التوحيديين ن15		الدالة
	م	ع	م	ع	
مهارات المساعدة الذاتية	91.3	8.74	56.13	7.82	12.81 عند 0.01

يتضح من الجدول السابقة الذي يوضح الصدق التمييزي للمقياس بمدى الفرق بين

الأطفال العاديين والتوحيديين وإن دل ذلك فإنما يدل على التمييز بينهما حيث بلغت بقية (ت)

(12.81) وهى دالة بن (0.01).

ثبات المقياس :

قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختيار باستخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب الثبات والذي يشمل كل بعد من أبعاد المقياس ثم المقياس الكلى كما موضح فى الجدول الأتى :

جدول رقم (8)

معامل ثبات ابعاد مقياس مهارات المساعدة الذاتية

م	الابعاد	معامل الثبات	معامل الفا
1	البعد الأول	0.842	0.99
2	البعد الثانى	0.653	
3	البعد الثالث	0.732	
4	البعد الرابع	0.854	
5	المقياس الكلى	0.756	

يتضح من خلال الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات أو قابل

للتطبيق.

ثانياً :استمارة بيانات الحالة :

استخدام الباحث هذه الاستمارة للتعرف على بيانات الطفل وأسرته وتاريخ مرضه :

وتشمل :

بيانات عن الطفل :من حيث الاسم -الجنس -تاريخ الميلاد -السن -محل الميلاد -
العنوان -تاريخ الالتحاق بالمدرسة -اشد الأعراض -التاريخ المرضى -الأطعمة
المفضلة -قدرات الطفل -الأدوية التى يتناولها -الفحوصات الطبية .

بيانات عن الأسرة :

- الأب /الأم :الاسم -العمر -المؤهل -الوظيفة -العنوان -علاقة الوالدين
بالطفل -صلة القرابة بين الوالدين -أسباب المشكلة من وجهة نظر الوالدين .
- الأخوة :العدد -الترتيب الميلادى للطفل فى الأسرة .

ثالثاً :برنامج العلاج الأسرى :

(1)أهداف البرنامج :

إن الأهداف العامة هى الخطوة الأولى فى أى برنامج، وتشتمل هذه الأهداف من قيم

المجتمع، وأهدافه وفلسفته ومن طبيعة النمو، ولقد حددت الباحثة فيما يلي الهدف العام للبرنامج المقترح في الدراسة الحالية، وينبثق من الهدف العام مجموعة من الأهداف الإجرائية :

الأهداف العامة :

- مساعدة الطفل التوحدي على القيام ببعض مهارات المساعدة الذاتية التي تعينه على الاعتماد على نفسه في أداء مهام الحياة اليومية .
 - إكساب الطفل مهارات جديدة تساعده في التخفيف من أعراض التوحد .
 - مساعدة أسرة الطفل التوحدي على تكوين البصيرة، بطبيعة الضغوط المرتبطة بالتوحد والآثار الناتجة عنها ومدى سلامتها على الأسرة .
 - إكساب أسرة الطفل مهارات للتعامل مع طفلها التوحدي .
 - الأهداف الإجرائية المراد تحقيقها في البرنامج وهي :
 - تقليل نسبة اعتماد الطفل التوحدي على الآخرين مما يزيد من ثقته بنفسه.
 - أن يتمكن الطفل التوحدي من أن يطعم نفسه الوجبة كلها باستخدام أدوات الطعام .
 - أن يتمكن الطفل من ارتدائه لملابسه والحذاء والجوارب .
 - أن يتمكن الطفل التوحدي من استخدام المراض بشكل صحيح.
 - أن يقوم الطفل باستخدام فرشاة الأسنان .
 - أن يختار ملابسه المناسبة .
 - أن يفتح عليه عصير أو لبن مصنوعة من الكرتون .
 - أن يشرب من زجاجة أو كوب بمفرده .
 - أن يتم مساعدة الأسرة على الإلمام بالمعلومات الكافية على التوحد .
 - أن يستطيع الطفل الحركة داخل المنزل دون مراقبة .
 - تبصير الأسرة بمدى أهمية النظرة الإيجابية نحو طفلهم .
 - تخفيف الضغوط عن الأسرة ومن قائم على رعاية الطفل .
- (1)بناء البرنامج :

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج على مجموعة أسس نظرية وعلمية ممثلة في الآتي :

البحوث والدراسات التي تناولت مرض التوحد .

الدراسات التي تناولت تدريب وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والتوحيدين بصفة خاصة ومنها (Porter 2002) ودراسات تناولت الأنشطة منها (السيد عبد النبي 2003) و(منى الحديدى .2004)

تم تحديد الهدف الذى يتضمنه البرنامج .

تم عرض البرنامج على متخصصين فى الخدمة الاجتماعية والصحية النفسية وعلم النفس لإجراء التعديلات وبعد التعديل تم إعداد البرنامج فى صورته النهائية.

(3) الأسس التى قام عليها البرنامج :

اعتمد البرنامج على عدة أسس فى تعليم مهارات المساعدة الذاتية ومنها :

(1) الأسس الفلسفية :

ومنها يقوم البرنامج على تكنيكات وفنيات تعديل السلوك وهى :

أ) (التعليمات :

وهى أن يطلب من الطفل أداء لنشاط معين أو أن يقوم باستجابة ومنها الاعتبارات

الآتية :

استبيان الطفل مع التأكد من سماع الطفل لما يُطلب منه.

وضوح التعليمات بصورة بسيطة .

التدرج فى الوحدات من السهل إلى الصعب .

الانتقال من مرحلة إلى أخرى بعد التأكد من تنفيذ المرحلة السابقة .

(ب) (النتائج :

وهي النتيجة المترتبة على استجابة الطفل مع وجود فكرة فاصلة أو استراحة قبل تقديم محاولة أخرى .

(2) الأسس العامة :

وتشمل:

- أن السلوك الإنساني متعلم من خلال عملية التنشئة الاجتماعية والتعلم .
- أن السلوك الإنساني رغم بنائه النسبي فإنه قابل للتعديل .
- السلوك الإنساني فردي وجماعي في نفس الوقت .
- (3) الأسس النفسية والتربوية .

- التعرف على استعدادات الطفل التوحدي وقدراته والمهارات التي يجب أن يتم تزويده بها .
- مراعاة احتياجات الطفل والمرحلة العمرية التي يمر بها .
- استخدام أسلوب التدريب الفردي لكل طفل على حدة .
- استخدام المرونة مع التوحديين .
- التدريب المتكرر بمساعدة الأسرة حتى تعليم المهارة وثبوتها في ذهن الطفل .
- (4) الأسس الاجتماعية :

- 1- يتم تدريب الطفل التوحدي لدمجه في المجتمع والذهاب بالطفل لمدة يوم واحد في الأسبوع ودمجه داخل مدرسة .
- 2- مساعدة الطفل التوحدي في التخفيف من ذلات العزلة من خلال الاندماج داخل المدرسة .
- 3- التقليل من إيذاء نفسه وتعديل السلوك إلى سلوك جديد .
- 4- تنمية الشعور لدى الطفل بتحمل المسؤولية .
- 5- إشراك الوالدين بدور أساسي في البرنامج .
- (4) محتويات البرنامج :
- 1- النشاط الحركي :

راعى الباحث التنوع فى الأنشطة مع الاستعانة بأخصائى رياضى فى المركز حتى

تساعد الطفل على النشاط الحركى وهى :

- تفريغ طاقة الطفل فى اتجاه يفيد .
- المساعدة للطفل على التركيز والانتباه .
- تدريب جميع أجزاء الجسم وخاصة فى السباحة .

تنمية عضلات الطفل باستخدام وسائل رياضية وحركية .

العمل على دمج وتعامل الطفل مع زملائه والآخرين أثناء حمام السباحة أو لعب الكرة .

(2)الرحلات والزيارات :

-تم الاتفاق مع مركز الروضة للتوحيدين على عمل رحلات وزيارات ميدانية واصطحاب الطفل

لزيارة الجمعيات التعاونية لشراء بعض المأكولات والمشروبات .

-زيارة حمام السباحة بنادى الروضة لتدريب الطفل على الحركات والاندماج مع الآخرين .

(3)النشاط القصصى :

تم استخدام القصص التى احتوت على هذه البرنامج فى تنمية الطفل على تحمل

المسؤولية والاعتماد على الذات وكان سرد القصة ممثلاً فى الآتى :

وضع القصة فى بطاقات ويتم عرضها على لوحات داخل المركز .

تمثيل القصة بارتداء الملابس ودخول المرحاض .

النشاط الفنى :

يتم استخدام هذا النشاط بالاستعانة بمعلم رسم داخل المركز من تنمية مهارات المساعدة

الذاتية ومنها :

الرسم الحر -رسم بالأصابع ثم الألوان والتلوين -تشكيل المادة الخام .

وكان الهدف من ذلك حرية التعبير للطفل من خلال الرسم .

-النشاط الموسيقى :

استعان الباحث باستخدام الموسيقى مع تنفيذ النشاط منها أغانى أطفال وموسيقى فقط وكانت

الأغانى تحمل ما يخص الأطفال .

تكرار الكلمات والأصوات ليمارسها الطفل بشكل عادى .

الأساليب المستخدمة فى البرنامج

(1)التعزيز :

وهو تكرار السلوك الذى يعود على الطفل بنتائج إيجابية .

أنواع التعزيز :

أ -التعزيز الإيجابى :

وهو إثابة الفرد على السلوك السوى المرغوب فيه مما يعززه ويدفعه إلى السلوك الإيجابى

المرغوب فيه ويتضمن التعزيز الإيجابى تقديم مثير مرغوب عقب السلوك مباشرة ويطلق عليه

(الابتسامة -المرح -الإثابة (معزز إيجابى .

ب) (التعزيز السلبي :

وهو إيقاع الجزاء على الشخص لأن سلوكه مرفوض ويتمثل الجزاء فى أى شكل من أشكال عدم الرضا ولكى يكون التعزيز السلبي مفيداً مع التوحدين يجب أن :

1- يناسب الخطأ الذى ارتكبه الطفل .

2- لا يستعمل إلا عند الضرورة .

3- يكون مناسباً لشخصية الطفل .

(2) أسلوب التعلم الفردى :

ويتم ذلك من خلال :

تهيئة الطفل للمهارة المراد تعليمها له .

استخدام المساعدة اللفظية مع التدعيم .

تنشيط عملية تعلم المهارة أو السلوك الذى تعلمه الطفل .

(3) التوجيه :

ويقصد به توجيهاً يدوياً أو لفظياً التى تقدم للطفل كمساعدة على أداء المهارة المطلوبة

مثل إمساك اليد أو المهارات الحركية لتوجيه الطفل .

(4) تحليل المهارات :

وهو تجزئة المهارة إلى أجزاءها ثم ترتيبها حتى تصل إلى المهارة الأساسية وذلك لتسهيل

عملية التدريب ويتم التسلسل فى الجزئيات من الأسهل إلى الأصعب .

(5) استخدام الأفلام القصيرة :

يستخدم الفيلم كأداة فى تعليم المهارة والسلوك مع تقديم نماذج لبعض السلوكيات التى

يمكن تعديلها وكان ذلك من خلال :

-اختيار المهارة المستخدمة .

-تحليل المهارة .

-اختيار إجراءات التدريب .

(6) العلاج بالموسيقى :

واستخدمها الباحث كوسيلة مصاحبة للحركات الخاصة بمهارات المساعدة الذاتية والتى

تم وضعها على الفيديو حيث تم فيها عملية جذب انتباه للطفل التوحدى تجاه الأداة بهدف

تحسين المهارة فى المساعدة الذاتية .

مراحل البرنامج :

استند البرنامج الأسرى للدراسة على عدة مراحل أساسية وهي :

المرحلة الأولى :

وكانت بواقع (3) جلسات أسبوعياً وكل جلسة لمدة ساعة (60) دقيقة حيث يعمل المركز لمدة (4) ساعات يومياً .

(أ) الهدف :

1- مساعدة الوالدين على الوعي والاستبصار بمشاعرهم الحقيقية نحو الطفل ومن ثم تعديل المشاعر السلبية .

2- أن يتعرف الوالدين على دورهم تجاه الطفل التوحدي .

3- تهيئة مناخ مناسب يساعد الوالدين على التعبير عن مشاعرهم السلبية والتنفيس عنها .

4- مساعدة الوالدين على التخفيف من مشاعر السوء بوجود طفل توحدي .

5- أن يتعرف الآباء على قدرات أبنائهم وطبيعتهم .

ويتم ذلك من خلال تطبيق بعض المبادئ وهي :

- إعطاء فكرة مبسطة عن خط سير العمل في البرنامج التدريبي .

- إعطاء فكرة عن التوحد -أسبابه -أعراضه -العلاج .

- الإجابة عن جميع تساؤلات الوالدين .

(ب) البرنامج الأسرى : على مهارات المساعدة الخاصة بالطعام :

إجراءات التدريب في مهارات :الأكل

أولاً : إجراءات التدريب في مهارات الطعام :

يتم تجزئة أو تقسيم الوجبة الصغيرة إلى أجزاء أصغر، ويتم تقديم كل جزء في كل ساعة

أثناء اليوم، حيث توفر هذه الطريقة نوع من الإثارة للتدريب نظراً لأن الطفل يكون جائعاً

بنسبة قليلة وبالتالي تتم المحافظة على الدافعية، ويعنى هذا أن كل جزء من الوجبة

الكاملة لا يجب ان يستغرق أكثر من 15 دقيقة.

مما ينصح به أن تعقد جلسات التدريب في مكان تناول الطعام من المنزل، ولكن ليس في

أوقات لوجبات المنتظمة حيث تكون هناك المشتتات .

نطلب من الطفل وضع إحدى يديه على حجره ما لم تكن كلتا يديه مطلوبتين لقطع الطعام

بالسكين، ويجب الا تبدأ جلسة التدريب حتى يضع الطفل يده في حجره طواعيه أو لا

يقاوم تحفظ والديه بشأن اليد التي لا تحمل الملعقة، وهذا الإجراء يقلل فرص القبض

على الطعام .

عندما يتم اختيار سلوك الهدف) على سبيل المثال الأكل بالملعقة ممسكاً إياها بالأصابع وراحة اليد إلى أعلى (يتم استخدام توجيه يدوى بطئ وخفيف جداً للتأكد من أن استجابة محددة أنجزت من قبل الطفل على نحو صحيح، يجب ألا يقوم الوالد بالاستجابة الصحيحة للطفل، ولكي نمنع هذا يجب ألا تكون يد الطفل رخوة في قبضة أو الوالدة، وأيضاً ألا يستخدم الوالد أو الوالدة قيداً أو تحفظاً أكثر مما هو ضروري .

يجب أن يبدأ التدريب بأن يقبض الأب أو الأم أو المعلم أو مدرب المنزل بيده حول الطفل ويوجهه للاستجابة الكاملة لكي يحقق النجاح في اتجاه سلوك الهدف، عندما يمسك الطفل بنفسه أداة الأكل، فإن الوالد يقلل تدريجياً من ضغط يده على يد الطفل، ويقوم بللمسة رقيقة، ومن النجاح المتزايد يتحول التوجيه والضغط من اليد إلى الساعد، عندما يتم المحافظة على النجاح عن طريق الللمسة الخفيفة على الساعد، ويتقدم الوالد بيده ويطبّقها على كتف الطفل ثم على أعلى الظهر، ويتم الإبقاء على لمسة رقيقة ما لم يكن مطلوباً المزيد من التوجيه .

(2) المرحلة الثانية :

ويتم بواقع (4) جلسات أسبوعياً كل جلسة مدتها (60) دقيقة مع الأسرة .

(أ) الهدف :

1- تزويد الوالدين بحصيلة مناسبة من الحقائق العلمية، حيث يفنّد الوالدان للمعرفة الصحيحة والكافية لطبيعة المشكلة وأسبابها، وعدم فهمهم لاحتياجات الطفل وسبل إشباعها، وفقدانهم لمهارات التعامل بكفاءة مع المشكلات .

2- تزويد الوالدين بمعلومات وافية عن المشكلات السلوكية للأطفال، والعادات السلوكية الخاطئة، وأسبابها، وكيفية محوها، وتعلم عادات سلوكية جديدة مرغوب فيها .

3- تزويد الوالدين بمعلومات عن العمل النفسى، وتأثيره على الطفل، وعلى كل أفراد الأسرة، وكيفية تهيئة مناخ أسرى سليم للطفل .

(ب) البرنامج الأسرى على المساعدة الذاتية الخاصة بالشرب

1- يتم تقديم السوائل فى كأس أو كوب بطريقة مثيرة تشجع الطفل على التدريب، وهنا يستطيع الوالد أو المعلم أو المدرب أن يحمل الكأس أو الكوب للطفل .

2- ينصح أن يكون تناول السوائل فى أوقات مناسبة على سبيل المثال (بعد الوجبات) حتى يستجيب الطفل للتدريب .

3- نطلب من الطفل أن يحمل الكأس بيديه، وأن يبلغ السائل بطريقة ملائمة .

- 4- يتم استخدام التوجيه اللفظي للطفل حيث نوجهه بأن لا يقطر السائل أو يسيل لعابه أثناء الشرب .
 - 5- نطلب من الطفل الاحتفاظ بالسائل في وضع عمودي حيث يحتفظ الطفل بالسائل في فمه أثناء الشرب من الكأس أو الكوب في وضع الجلوس .
 - 6- يتم ملامسة الطفل للكأس عن الشرب بيد واحدة أو بكلتا يديه .
 - 7- عندما ينجد مقاومة من الطفل وعدم إتباعه للتعليمات يتم استخدام التوجيه اليدوي وذلك لتقديم الاستجابة الملائمة، كما يجب تجنب الإساءة اللفظية والمضايقة .
 - 8- تدريب الطفل على الشرب من الكأس أو العصائر بالشفافة بدون مساعدة حيث يتعامل الطفل مع الكأس والشفافة بنفسه باستخدام إحدى يديه أو كليهما ويرفع الكأس من على المنضدة بنفسه مع استخدام بعض التوجيهات اليدوية له حتى يصل إلى الهدف .
 - 9- يتم اعطاء الطفل قدرًا كبيراً من التعزيز اللفظي والاجتماعي على مجهودات الأولية وتشجيعه بصفة مستمرة طوال جلسة التدريب .
- (3) المرحلة الثالثة :

ويتم بواقع (4) جلسات أسبوعية كل جلسة مدتها (60) دقيقة مع الأسرة .

(أ) الهدف :

- 1- مساعدة الوالدين على توفير بيئة مشبعة لاحتياجات ونمو الطفل .
 - 2- تدريب الوالدين على اكتساب مهارات التعامل مع مشكلات الطفل اليومية في المنزل وخارجه .
 - 3- مساعدة الوالدين في التعرف على سبل احتياجات الطفل النفسية .
- (ب) البرنامج الأسري : على مهارات ارتداء الملابس :
- يختار المدرب مكاناً مريحاً ومألوفاً للطفل ويكون هادئاً وخالياً من المقاطعات، وقبل البدء في التدريب يجب ملاحظة الطفل لدقائق قليلة، فإذا كان الطفل متقلب المزاج ومنصرف بشكل غير عادي . أو مضطرب انفعالياً يجب تأجيل التدريب، وعندما تكون الأمور متاحة يبدأ المدرب في التدريب وذلك بأن يجعل الطفل يقوم بخلع ملابسه بالكامل ثم يجعله يقوم بارتدائها .
- يتم تجزئة المهارة إلى أجزاء، حيث يتم ارتداء القميص أولاً ثم البنطلون، وكذلك عند الخلع مع إعطاء الطفل فترات راحة بين الارتداء والخلع .
- ينصح أن تعقد جلسات التدريب في حجة الملابس في المنزل .

عندما يتم اختيار سلوك الهدف -على سبيل المثال -ارتداء القميص يستخدم توجيهه يدوي بطيء وخفيف جداً للتأكد من أن استجابة محددة انجزت من قبل الطفل على نحو صحيح .

يجب تقديم كل أداء من أدوات الملابس على نحو منفصل، وفي جلسة التدريب يجب تقديم نوع واحد من الملابس بحيث يتقبلها الطفل ويكون قادراً على أدائها، وبعد تقديم كل أداء بصفة مستقلة وتمكن الطفل منها يتم تعزيز الطفل لفظياً .

يجب إعطاء الطفل قدراً كبيراً من التعزيز اللفظي مقابل جهوده الأولية في ارتداء الملابس وخلعها وربما يقول الوالد أو المعلم للطفل "حسناً"، عندما يرتدى القميص أو عندما يخلعه وكذلك البنطلون.

يجب أن يتحدث المعلم والوالد مع الطفل على نحو مشجع وبصفة مستمرة طوال جلسة التدريب، وينقل إليه ما يدور حوله بلطف، كما يمتدح بإخلاص كل جهد صادق يبذله الطفل نحو إنجاز استجابة الارتداء والخلع المستقلة .

يجب على المعلم والوالد أن ينوعان في استخدام المعززات حتى لا يشعر الطفل الملل، كما أن المدح اللفظي يجب أن يكون مشجعاً، واللمس أيضاً يكون معززاً قوياً .

عندما لا يتبع الطفل التعليمات على نحو ملائم أو يبدى بعض المقاومة يستخدم التوجيه اليدوي كما وصف من قبل لتقديم الاستجابة الملائمة، ويجب تجنب الإساءة اللفظية أو المضايقة .

عندما يقع الطفل في خطأ ما يجب أن يتدرب الطفل على الاستجابة الصحيحة بعد عمل التصحيح وسوف يعرف الطفل الاستجابة الصحيحة أثناء خطوات الارتداء والخلع اللاحقة .

يجب ان يستمر التدريب حتى يصبح التعلم كاملاً وثابتاً وحتى يستطيع الطفل إنجاز المهمة المحددة بنجاح من خلال أداء كل مراحل الارتداء والخلع نفسه .

المرحلة الرابع

ويتم بواقع (3) جلسات أسبوعية أيضاً كالسابق علماً بأن كل مرحلة مدتها شهران تقريباً .

(أ) الهدف :

- 1- إمداد الوالدين بالمعلومات الخاصة بالبرامج العلاجية، والتدريب المناسب لحالة الطفل .
- 2- تشجيع الوالدين على دمج الطفل في أنشطة ومناسبات الأسرة .
- 3- تدريب الوالدين على كيفية تعلم الطفل التوحدي المهارات الأساسية كالرعاية الذاتية والاعتماد

على الذات فى قضاء حاجات اليومية.

(ب) البرنامج الأسرى على المساعدة الذاتية للطفل :

قبل البدء فى برنامج التدريب يجب أن يخضع الطفل للفحص الطبى؛ فقد توضح الدراسة البوليتاسلية إحدى المشاكل التى تمنع الطفل من التحكم من أمعائه أو مثانته من حين لآخر، ومن ثم تكون العملية الجراحية الإصلاحية ضرورية، وقد تبين من الفحص النيورولوجى أو اختبار وظيفة الكلية لهو دليل إضافى على وجود اختلال وظيفى جسمى، وأحياناً نجد أن الدواء يساهم فى عدم انتظام عمل الأمعاء أو المثانة .

يجب أن تكون جلسات التدريب طويلة بقدر الإمكان فى كل يوم .

يجب إعطاء السوائل قبل التدريب بحوالى ساعة واحدة، وذلك لضمان أن جلسة التدريب تبدأ باستجابة إخراجية ناجحة، وينبغى توفير معززات الحلوى وغيرها من الأشياء التى يمكن أكلها وذلك لتعزيز الطفل على الإخراج بصورة ملائمة، وكذلك المحافظة على جفاف ملابسه، وتكون المكافأة صغيرة فى حالة اكتشاف جفاف البنطلون وكبيرة فى حالة الإخراج الملائم، وعندما تشمل المكافأة المديح اللفظى يحدث تأثير تعزيزى إضافى، وبعد أيام قليلة لا تكون هناك حاجة لإعطاء المكافآت المادية، كما أكدنا من قبل أنه يجب تقديم المعززات وفقاً للخطوات المعطاة فى عملية الإخراج لوقتى النهار أو الليل .

مراعاة توافر أنواع عديدة من الكافئات .

يجب إعطاء المكافآت للسلوك الصحيح فوراً، وهذا هو السبب فى أن الاكتشاف الفورى للنتبول أمر هام .

ربط المكافأة بالاستجابة الصحيحة، وعند عدم ظهور الاستجابة تحجب المكافأة، فحين يرتبط السلوك الصحيح بالمكافأة؛ فإن الطفل سوف "يريد" الإخراج عندما يجلس على المراض .

يمكن التخلص من الاستجابة غير الصحيحة عندما يقدم الوالد مباشرة رد فعل لفظى سليم، ويجب تقديم ذلك "باتساق" وثبات، وكذلك بطريقة لفظية، وعدم إعطاء مكافأة، وعلى العكس عندما تعطى استجابة صحيحة يجب تقديم المدح اللفظى اللافت للنظر مع المكافأة .

البرنامج الأسرى على النظافة للطفل للتوحى :

إن ألفة الطفل بالأشياء المستخدمة فى عملية التدريب على النظافة الشخصية مهمة جداً، إن الاستخدام والعرض الفعلى للشئ ليس هو الأمر المفيد فقط، ولكن المفيد أيضاً هو أين

يجب أن يوضع هذا الشيء في حالة عدم استخدامه، ومن الأشياء التي يجب أن يألفها الطفل هي، الصابون ومنشفة صغيرة للوجه، وصنبور، ومشط، وفرشاة للشعر، وفرشاة ومعجون أسنان، وزجاجة عطر .

تُعد كل من الإشارة) تسمية الأشياء (، والإرشاد) عرض الاستخدام (أمرين مهمين في عملية التدريب .

الدقة في تسمية الشيء، ومعرفة ما يقوم به من الأمور المساعدة جداً في تقليل الالتباس والغموض لدى الطفل، ويعد هذا صحيحاً بصفة خاصة عندما تكون الأشياء متشابهة مثل المنشفة أو مناديل الورق .

يتراوح التعزيز عند أداء المهام من المديح اللفظي وإيماءات الاستحسان إلى الاتصال الجسمي الذي يبدي المودة، وتكون المكافآت المادية ملائمة عندما يظهر الطفل بنجاح استخدام الشيء أو إحدى المهارات الخاصة، كما يتحقق أيضاً إجراء خفض التعزيز التدريجي والمنتظم) الثلاثي(، واستخدام التعزيز في مهام التعلم الجديدة، على سبيل المثال استخدام أحد الأدوات الموجودة في قائمة النظافة الشخصية، وذكر اسم هذه الأداة مع الإشارة إليها، وإظهارها بوضوح خلال توجيه يد الطفل إليها) على سبيل المثال استخدام فرشاة الشعر (يعرض عليه كيف يقوم بتمشيط شعره من خلال نموذج الفيديو والمعلمة، وتوجيهه أن يستخدمها، وطمأنته بصورة لفظية أثناء استخدامه لها، وعند انتهاء المهمة إذا كانت الاستجابة ناجحة يعطى مكافأة مادية ولفظية .

يجب تكرار هذا السياق حتى تتخفض كمية التوجيه اليدوي واللفظي مع كل طلب، وبالطبع كل خطوة تعطى مديحاً لفظياً وإيماءة مختصرة من العطف والحنان، وكل مهمة يعطى لها مكافأة مادية مع تعزيز لفظي وإيماءات من العطف والحنان .

(4) استمارة الملاحظة والتسجيل اليومي (إعداد الباحث)

وصف الأداة :

تشمل الاستمارة بيانات عن الطفل تتعلق الاسم -الجنس -السن -تاريخ التدريب - تحديد المهارة -الخطوة التي يتدرب عليها الطفل -نوع المساعدة المستخدمة أثناء التدريب -نوع التدعيم المستخدم، بالإضافة إلى رصد أى ملاحظات تتعلق بأدائه وسلوكه أثناء التدريب . وكان لاستخدام هذه الأداة للآتي:

تحديد نوع المساعدة المستخدمة ورصد تغيرها أو تدرجها، وهو مؤشر لتحسن الطفل واكتسابه التدريجي للخطوة المطلوبة .

تحديد نوع التدعيم المستخدمة، حيث يفضل التنوع في نوع التدعيم وفي كميته، وفي الوقت الذي يعطى فيه حتى لا يعتاد الطفل على نوع معين أو كمية معينة، بالإضافة إلى التقليل التدريجي للتدعيم ويعد أيضاً مؤشراً على مدى اكتساب الطفل للمهارة المطلوبة .
تسجيل أى ملاحظة أثناء التدريب بأداء الطفل وسلوكه ومدى استجابته .
رصد أداء الطفل على كل خطوة من خطوات كل مهارة يتم التدريب عليها .
وأكدت استمارة الملاحظة على تحسن مهارات رعاية الذات لدى عينة الدراسة .

خامساً :التحليل الإحصائي :

حيث أن حجم عينة الدراسة الحالية من النوع الصغير ن (6) (12 =تجريبية و (6) ضابطة فقد تم استخدام أساليب إحصائية لابارامترية لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها، حيث تعد الأنسب لطبيعة متغيرات الدراسة الحالية، وحجم العينة وقد تمثلت هذه الأساليب فى :

1-اختبار مان وتنى : (Mann- Whitney)

لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المستقلة .

2-اختبار ولكوكسون : (Willcoxon)

لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المرتبطة .

نتائج الدراسة :

لما كانت الدراسة الحالية تهدف إلى كشف فعالية العلاج الأسرى فى تنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين باستخدام مقياس مهارات المساعدة الذاتية بأبعاده الأربعة المختلفة فقد تم استخدام المعالجات الإحصائية للتحقيق من صحة الفروض وهى :

اختبار مان ويتنى .

اختبار ويكلوكسون .

وتمثلت نتائج الدراسة فى الآتى :

جدول رقم (9)

يوضح الفروق بين القياس القبلى للمجموعتين التجريبية والضابطة

(البعد الأول (المأكل والشرب)

مستوى الدلالة	قيمة Z	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	المتغير
		13.3	156.4	5	ضابطة قبلى
		11.94	143.4	5	تجريبية قبلى

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على البعد الأول للمقياس (المأكل والمشرب)، حيث بلغت قيمة Z بالنسبة للفروق بين حالات الدراسة وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يدل على تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة وقد تبين للباحث بعد إجراء القياس القبلي أن أهم مظاهر المساعدة الذاتية في الأكل والمشرب التي ثبت ضعفها أن الطفل لا يستطيع توجيه زجاجة شرب على فمه أو يشرب من كوب وعدم استطاعته تناول فاكهة في حين أنه يمسك بها أو يتناول الطعام بملعقة .

جدول رقم (10)

يوضح الفروق بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة

(البعد الثاني) (ارتداء الملابس وخلعها)

مستوى الدلالة	قيمة Z	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	المتغير
		12.42	149	5	ضابطة قبلي
		12.78	153	5	تجريبية قبلي

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد (ارتداء الملابس وخلعها لحالات الدراسة) (حيث بلغت قيمة Z بالنسبة للفروق بين المجموعتين وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يدل على تجانس المجموعتين قبل بدء تطبيق البرنامج الأسرى وقد لاحظ الباحث قصور في عدم استطاعة الطفل لبس الجوارب أو وضع الزراير في مكانها وعملية ارتداء الملابس والحذاء .

جدول رقم (11)

يوضح الفروق بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة

(البعد استعمال المراض)

مستوى الدلالة	قيمة Z	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	المتغير
		12.38	148.5	5	ضابطة قبلي
		12.63	151.5	5	تجريبية قبلي
			0		

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي

للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد) استعمال المرحاض (حيث بلغت قيمة Z 0.087) وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يدل على تجانس المجموعتين وقد لاحظ الباحث قبل التدخل المهني أن الطفل لا يستطيع الجلوس على قاعدة المرحاض ومنهم من يتبول لا إرادياً على نفسه ويحتاج إلى مساعدة في ذلك .

جدول رقم (12)

يوضح الفروق بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة
على بعد (النظافة الشخصية)

المتغير	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
ضابطة قبلي	5	146	12.40		
تجريبية قبلي	5	150	12.48		

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد (النظافة الشخصية) (لحالات البرنامج حيث بلغت قيمة Z 0.057) بالنسبة للفروق بين المجموعتين وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يدل على تجانس المجموعتين قبل بدء التدخل مع الحالات ولاحظ الباحث قصور في جميع محكات النظافة الشخصية للطفل التوحدي .

جدول رقم (13)

يوضح الفروق بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة
على المقياس الكلي للدراسة

المتغير	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
ضابطة قبلي	5	149	12.60		
تجريبية قبلي	5	150	12.74		

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيمة Z 0.86 وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يوضح تجانس المجموعتين على المقياس الكلي وما أسفر عنه المقياس أن 75% من عينة الدراسة تعاني من قصور في المساعدة الذاتية في أبعاد القياس.

جدول رقم (14)

يوضح الفروق في بعد المأكل والمشرب على مقياس المساعدة الذاتية
(القبلي - البعدي) للمجموعة التجريبية

الأبعاد	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية قبل	5	78.00	7.53		
تجريبية بعد	5	22.30	17.47		

تشير نتائج الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد (المأكل والمشرب) (حالات الدراسة وكان لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة Z بالنسبة للفروق بين القياسيين على الحالات وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01 مما يعني أن التدخل بالبرنامج الأسرى قد أدى إلى حدوث تغيير إيجابي ككل في عينة مهارة المأكل والمشرب للأطفال) بعد التدريب عليها داخل المركز وزيارة الأسرة في منزلها).

جدول رقم (15)

يوضح الفروق في بُعد ارتداء الملابس وخلعها (على مقياس المساعدة
الذاتية القبلي والبعدي) للمجموعة التجريبية

الأبعاد	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية قبل	5	83.50	6.97		
تجريبية بعد	5	216.0	8.03		

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية. حيث بلغت قيمة Z بالنسبة للفروق بين القياسيين على الحالات وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01 مما يعني أن البرنامج الأسرى في خدمة الفرد أدى إلى حدوث تغيير إيجابي تمثل في تنمية مهارات المساعدة الذاتية في ارتداء الملابس وخلعها حيث كان متوسط درجات المقياس القبلي 6.97 ومجموع الرتب 83.5 وارتفعت في المقياس البعدي إلى 216.0 وقد تمثل هذا التحسن في العديد من مهارات خلع الملابس وارتدائها مثل وضع زراير القميص في مكانها وليس الجوارب واختيار الملابس نوعاً ما وظهر في الحالات من يستطيع الانتهاء من الملبس والخلع ما عدا الأزرار والرباطات، وظهر في

الحالات من يرفع يديه لإرتداء ملابسه أو دفع قدمه للبس الحذاء ويخلع حذاءه دون مساعدة .

جدول رقم (16)

يوضح الفروق فى بعد (استخدام المراض (على مقياس المساعدة الذاتية) القبلى - البعدى) للمجموعة التجريبية

المتغير	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية قبلى	5	91.50	7.54		
تجريبية بعدى	5	209.5	17.47		

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على بعد (استعمال المراض (لصالح المقياس البعدى حيث بلغت قيمة 3.34 (Z) بالنسبة للفروق بين حالات الدراسة وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) مما يدل على أن التدخل المهني باستخدام البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد أدى إلى تغير إيجابى فى تنمية مهارة استعمال المراض . وكان متوسط درجات المقياس القبلى 7.54 وارتفعت إلى 17.47 فى المقياس البعدى وظهر هذا الارتفاع فى العديد من المهارات منها قيام الطفل باحتياجاته المرحاضية بدون مساعدة وهذا يعنى (الخلع - المسح - الارتداء (وقل معدل التبول اللاإرادى وقيام الطفل فى الليل لدخول المراض وتم التعرف على ذلك داخل المركز التبول العلاجى لهم . والتأكد من ذلك وتصويره فيديو وكذلك تصوير الأسرة فيديو لما يقوم به الطفل من مهارات .

جدول رقم (17)

يوضح الفروق فى (النظافة الشخصية (على مقياس المساعدة الذاتية للمجموعة التجريبية (القبلى - البعدى)

المتغير	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تجريبية قبلى	5	78.00	6.45		
تجريبية بعدى	5	221	18.35		

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على بعد النظافة الشخصية لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط الرتب للقياس القبلى 6.45 وارتفع فى القياس البعدى إلى 18.35 ودالة معنوية عند

مستوى 0.01 بعد التدخل المهني باستخدام البرنامج الأسرى حيث ظهر جلياً معايير النظافة الشخصية لدى بعض الحالات مثل مسح الأنف وتنظيفها ويقوم باستخدام فرشاة الأسنان وغسل اليدين وينظف ملابسه عندما ينسكب عليها شيء .. الخ .

جدول رقم (18)

يوضح الفروق في المقياس الكلى للمساعدة الذاتية على حالات الدراسة للمجموعتين الضابطة والتجريبية (القبلى - البعدى)

مستوى الدلالة	قيمة Z	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	التغير
		6.50	78.00	5	تجريبية قبلى
		18.50	222	5	تجريبية بعدى

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى الدرجة الكلية للمقياس حيث بلغت قيمة (Z) 4.15 وهى قيمة دالة معنوية عند مستوى 0.01 ويرجع هذا إلى جهود البرنامج الأسرى لتنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين بمركز الروضة بالكويت .

جدول رقم (19)

يوضح الفروق في مقياس المساعدة الذاتية الكلى (القبلى - البعدى) للمجموعة التجريبية

مستوى الدلالة	Z	T	U	م	س	ن	المجموعة	المتغير
		20	-	45	9.	5	تجريبية	
		-	-	20	4.	5	ضابطة	

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مهارات المساعدة الذاتية فى القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة (Z) 3.61 وهى دالة معنوية عند مستوى (0.01) مما يؤكد نجاح البرنامج الأسرى لتنمية مهارات المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين داخل المركز وفى منازلهم .

جدول رقم (20)

يوضح الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى
المقياسين (البعدى والتتبعى) لمقياس مهارات المساعدة الذاتية

	متوسط الرتب			
	+	-		
المأكل والمشرب	3.4	3.4	36	1.54
ارتداء الملابس وخلعها	3.8	4.5	33	1.59
استعمال المراض	3.27	2.81	7	5.25
النظافة الشخصية	2.6	صفر	صفر	1.83
المقياس الكلى	5	3.2	18	1.38

يتضح من نتائج الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى الرتب فى كل من المقياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات المساعدة الذاتية بأبعاده الفرعية وكذلك فى مجموع الأبعاد ما يعزى نتيجة البرنامج الأسرى فى تنمية مهارات المساعدة الذاتية ما زال مستمراً حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بفاصل زمنى شهران ونصف بين القياس البعدي والتتبعي . ومن الأسباب التى يمكن الرجوع إليها تخصيص الباحث لبعض الجلسات التى استهدفت مساعدة الأسرة فى تدريب الأطفال التوحديين على مهارات المساعدة الذاتية مما يؤكد بقاء أثر التعليم لفترة أطول .

كما أشار فريق العمل الذى كان يترأسه الباحث فى المركز والمكون من أخصائى تخاطب، والمعلمة، والأخصائى الرياضى وتنمية المهارات، أن هؤلاء الأطفال حدث لهم تحسن واضح فى سلوكياتهم الخاصة بمختلف مهارات المساعدة الذاتية إلا حالة واحدة حسب تقرير الأسرة الذى قدمته للباحث وذلك لانشغال الأبوين عن ابنهما .

مناقشة نتائج الدراسة :

مناقشة الفرض الأول): المأكل والمشرب)

-أشارت نتائج الدراسة :فى بعد المأكل والمشرب بعد تطبيق البرنامج الأسرى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فى تناول الطعام والشراب والاعتماد على أنفسهم (الأطفال التوحديين) فى المأكل والمشرب كما هو يوضح فى جدول رقم (14).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Smith 1997)والتي اهتمت بتنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام الأسرة وظهر هذا جلياً فى المجموعة التجريبية

لمهارات المساعدة الذاتية للتوحيدين .

وهذا يعنى أن الطفل أصبح قادراً على حمل الملعقة ووضعها فى الطعام ثم فى فمه بطريقة صحيحة وأيضاً قام الطفل بحمل الكوب بيده ووضعها فى فمه دون أن يسكب الماء على ملابسه ويرى الباحث أن إكتساب أطفال المجموعة التجريبية .

يرجع إلى مهارات المساعدة الذاتية التى تم تميمتها بشكل يومى داخل المركز ، كما أنها مهام حياتية أصبح يمارسها الطفل التوحدى فى بيته .

الفرض الثانى :ارتداء الملابس :

واتضح هذا فى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى كيفية ارتداء الملابس وخلعها فى القياسيين القبلى والبعدى لصالح المقياس البعدى، وظهر ذلك كما موضح فى جدول رقم (15)

حيث أصبح الطفل التوحدى قادراً على ارتداء معطفة وقميصه ووضع الزراير فى أماكنها وليس الجوارب وخلعها مما جعله لا يطلب المساعدة من أحد أثناء ارتداء الملابس واتفقت الدراسة مع نتائج دراسة (Uljanova: 1989, Deplama 1999) فى أن البرامج الأسرية للتوحيدين يتح لهم فرصة الاعتماد على النفس فى ارتداء الملابس وخلعها دون مساعدة .

ويرى الباحث أن أفراد المجموعة التجريبية طبقوا البرنامج مع أسرهم مما ساعد الأسر فى التركيز على أطفالهم التوحيدين وساعد ذلك مناقشة المشكلات المتعلقة بالتعامل مع الطفل فى تنمية مهاراته والصعوبات التى واجهت الأسرة أثناء تدريب أطفالهم مع الاشتراك معهم فى كيفية مواجهة تلك الصعوبات مع ضرورة التركيز على المدعمات الإيجابية للطفل، مع توجيه الطفل إلى ضرورة تدريبية على كيفية إرتداء الملابس وخلعها وكذلك الحذاء والجوارب .

الفرض الثالث) :استعمال المراض :

أشارت نتائج الدراسة لهذا البعد وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى عملية استعمال المراض بين القياسيين القبلى والبعدى لصالح المقياس البعدى كما هو موضح فى جدول رقم.(16)

ويشير هذا إلى تحسن عملية استعمال المراض حيث استطاع الطفل فعل ذلك بمفرده دون مساعدة، حيث تمكن من الذهاب إلى دورة المياه بمفرده عن الحاجة مع خلع ملابسه والجلوس بطريقة صحيحة واستخدام المناديل ثم ارتداء الملابس وغسل اليدين بعد الانتهاء .

وافقت هذه الدراسة مع نتائج دراسة Crockett 2007 والى أكدت ظهور تحسن فى مهارات المساعدة الذاتية لدى الطفل التوحدى نتيجة برنامج تحليل السلوك التطبيقي والذى اعتمد

على الأسرة .

وفى هذا السياق تم التدريب للأطفال على تلك المهارات بمساعدة فريق العمل بالمركز عن طريق التدريب والممارسة، وهو الأمر الذى ينمى لدى هؤلاء الأطفال الأداء الوظيفى مما جعلهم يقومون بالمهارات المتضمنة من تلقاء أنفسهم دون مساعدة .

الفرض الرابع (النظافة الشخصية)

أظهرت نتائج الدراسة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فى النظافة الشخصية بين القياسين القبلى والبعدى وذلك لصالح القياس البعدى، وهذا يعنى تمكين الطفل من النظافة الشخصية بمفرده كغسل اليدين والوجه واستعمال الفوطة والمناديل لتنظيف الأنف ومسحها واستخدام فرشاة الأسنان وتنظيم أسنانه وتمشيط شعره ووضع الروائح على جسده وجاءت هذه الدراسة متفقه مع دراسة Carothers 2004 & McClannahan 1990

والتي هدفت إلى استخدام برنامج تدريبي فى تحسين مهارات لأطفال التوحيدين الخاصة بغسل اليدين والوجه والأسنان وتمشيط الشعر .

وظهرت هذه الفروق موضحة فى جدول رقم (17)

مناقشة نتائج الفرض الثانى:

أشارت نتائج الدراسة كما موضحة فى الجدول رقم (14-15-16-17-18) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى الرتب فى المقياسين (التبعي والبعدي)، لمقياس مهارات المساعدة الذاتية بأبعاده الفرعية، وكذلك فى مجموع الأبعاد مما يعنى أن تأثير البرنامج الأسرى ما زال مستمراً حتى بعد الإنتهاء من تطبيقه بمدة زمنية فاصلة تتراوح شهرين ونصف بين المقياسين .

ويرجع هذا إلى تخصيص الباحث لبعض الجلسات التى استهدفت إعادة تدريب الأسر والأطفال التوحيدين على مهارات المساعدة الذاتية مما يؤكد على بقاء أثر التعليم لفترة أطول . ويعزز هذا النتائج إقتناع الأسرة بالبرنامج الأسرى فى تدعيم السلوكيات المرغوبة لدى لأطفال التوحيدين .

وتدل هذه النتائج على أن البرنامج الأسرى قد أثر فى أداء لأطفال فى إكسابهم مهارات المساعدة الذاتية وأيضاً تحسن معاملة الوالدين للطفل وإرشادهم إلى طرق التعامل الصحيحة مع الطفل مما انعكس لأثر على الطفل نفسه .

أثبتت النتائج نجاحها بعد تنفيذ الأسرة للبرنامج حيث أنهم يمثلون التفاعل اليومي لإكساب الطفل المهارات المختلفة يمارسه أنشطة البرنامج والمراحل التى يتكون منها وخاصة

فيما يرغبه الطفل .

كما أشار فريق العمل المعاون للباحث وهم (أخصائى التخاطب -النفسى -تنمية مهارات -الرياضى (أن هؤلاء الأطفال حدث لهم تحسن واضح فى سلوكياتهم الخاصة بمختلف مهارات المساعدة الذاتية .

ويرى الباحث أن من العوامل التى أدت إلى نجاح البرنامج هو استخدام أساليب علاجية وأنشطة فنية وموسيقية وأقلام فيديو ومجسمات واللوان وأدوات رياضية وحمام السباحة والدراجات بمعاونة فريق العمل ومنها :

1-استخدام الفنيات :

وتمثلت فى فنية التعزيز وكان استخدامها بصورة مستمرة مع الأطفال .

كما تم استخدام فنيات التشكيل والتسلسل لتبسيط المهارات إلى خطوات إجرائية باستخدام لوحات تم تعليقها فى المركز وفى المنزل نوضح منذ استيقاظ الطفل ماذا يفعل حتى الذهاب إلى المركز ثم لوحات داخل المركز نوضح منذ وصوله حتى الانتهاء .

2-استخدام لأنشطة المتنوعة :

حيث استخدم الباحث مجموعة من الوسائل والأساليب التى تساعد لنجاح البرنامج كما

تم ذكرها من قبل .

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

- 1- إلهامى عبد العزيز،-2 إمام،-3 محمود عبد الرحمن حمودة،-4 إيمان محمد صبرى :سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة،-5 القاهرة،-6 بدون دار نشر،-7 (2001).
- 8- حامد عبد السلام زهران :التوجيه والإرشاد النفسى،-9 ط3،-10 القاهرة،-11 عالم الكتب،-12 (1998).
- 13- رشاد على عبد العزيز :علم نفس الإعاقة،-14 القاهرة،-15 مكتبة الأنجلو،-16 (2004).
- 17- سايمون كوهين،-18 باتريك بولتون (ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان : حقائق عن التوحد،-19 الرياض،-20 سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة،-21 (2004).
- 22- عادل عبد الله محمد :جدول النشاط المصور للأطفال التوحيديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً،-23 القاهرة،-24 دار الرشاد،-25 (2002).
- 26- عبد العزيز الروسان،-27 أيمن خشان،-28 وائل أبو جودة : استراتيجيات العمل مع أسر ذوى الاحتياجات الخاصة،-29 دى دار القلم،-30 (2003).
- 31- علاء الدين كفاى :الإرشاد الأسرى "المنظور النسقى الاتصالى"،-32 القاهرة،-33 دار الفكر العربى،-34 (1999).
- 35- على عبد النبى حنفى :العمل مع أسر ذوى الاحتياجات الخاصة،-36 دليل المعلمين والوالدين،-37 الرياض،-38 دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع،-39 (2007).
- 40- فرج طه وآخرين :معجم علم النفس والتحليل النفسى،-41 بيروت،-42 دار النهضة العربية،-43 (2005).
- 44- كمال عبد الحميد زيتون :التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة،-45 القاهرة،-46 عالم الكتب،-47 (2003).
- 48- السيد عبد النبى السيد :الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة،-49

- القاهرة،-50 مكتبة الانجلو المصرية،-51 . (2004)
- 52- ربيع شكرى سلامة : (2005)التوحد -اللغز الذى حير العلماء والأطباء،-53
القاهرة :دار النهار،-54 . (2005)
- 55- سوسن شاكر الجلبى :دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والإنفعالية للأطفال
المصابين بالتوحد الطفولى فى العراق .مجلة العلوم التربوية والنفسية العدد (36)
حزيران،-56 . (2000)
- 57- سوسن شاكر الجلبى :التوحد الطفولى "أسبابه -خصائصه -تشخيصه -علاجه"،-58
ط1،-59 دمشق -سوريا :مؤسسة علاء الدين،-60 . (2005)
- 61- عبد الرحمن سيد سليمان :الذاتية إعاقاة التوحد عد الأطفال،-62 القاهرة :مكتبة زهراء
الشرق،-63 . (2000)
- 64- عبد الرحمن سيد سليمان :سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة،-65 المجلد 1،-66
القاهرة :مكتبة زهراء الشرق،-67 . (2001)
- 68- عبد الرحمن سيد سليمان :دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع الطفل
التوحدى،-69 القاهرة :مكتبة زهراء الشرق،-70 . (2003)
- 71- كمال سالم سالم :موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسى،-72 العين :دار الكتاب
الجامعى،-73 . (2002)
- 74- إبراهيم الزريقات :التوحد :الخصائص والعلاج،-75 الطبعة الأولى،-76
عمان،-77 دار وائل للنشر والتوزيع . (2004)
- 78- أحمد السكرى :قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية،-79
الاسكندرية،-80 دار المعرفة الجامعية،-81 . 2000
- 82- أمل علاء الدين :بعض السمات الشخصية لدى الطفل الوحيد،-83 رسالة
ماجستير غير منشورة،-84 معهد الدراسات العليا للطفولة،-85 جامعة عين
شمس،-86 1993 م .
- 87- الحكيم رابية :دليلك للتعامل مع التوحد،-88 (ط (1شركة المدينة المنورة للطباعة
والنشر . (2003)
- 89- خولة يحيى :الاضطرابات السلوكية والانفعالية،-90 (ط (1عمان،-91
الأردن،-92 دار الفكر . (2000)
- 93- سامر الحسانى :فاعلية برنامج تعليمى باللعب لتنمية الاتصال اللغوى عند أطفال

- التوحد،-94 رسالة ماجستير غير منشورة،-95 الجامعة الأردنية،-96 عمان،-97 الأردن . (2005)
- 98- سميرة سعد :معاناة التوحد،-99 منشورات مركز الكويت للتوعية بالتوحد،-100 1997م .
- 101- الشيخ ذيب :تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته .رسالة دكتوراه غير منشور - الجامعة الأردنية -الأردن . (2004)
- 102- عادل مصطفى :العمل مع الجماعات باستخدام النموذج المعرفي وتنمية القيم الاجتماعية لدى شباب المناطق السياحية،-103 بحث منشور،-104 المؤتمر العلمي الخامس عشر،-105 مكتبة الخدمة الاجتماعية،-106 جامعة حلوان،-107 القاهرة .
- 108- عبد الحليم رضا :البحث في الخدمة الاجتماعية،-109 القاهرة،-110 دار الثقافة للطباعة والنشر،-111 1998 م .
- 112- عبد العزيز الشخص :عبد الغفار الدماطي :قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين،-113 القاهرة،-114 مكتبة الأنجلو المصرية،-115 1992 م .
- 116- لينا بن صديق :فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي،-117 رسالة دكتوراه غير منشورة،-118 الجامعة الأردنية،-119 عمان،-120 الأردن . (2005)
- 121- ماجدة سعد متولى :العلاج الأسرى وتخفيف الضغوط الواقعة على الطفل المريض بمرض مزمن،-122 بحث منشور كلية الدراسات الاجتماعية والعلوم الإنسانية،-123 العدد الثالث،-124 كلية الخدمة الاجتماعية،-125 جامعة حلوان،-126 1997 م .
- 127- مجمع اللغة العربية :المعجم الوجيز،-128 القاهرة،-129 الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية،-130 1996 م .
- 131- محمد سيد فهمي :أطفال الشوارع،-132 مأساة حضارية في الألفية الثالثة،-133 المكتب الجامعي الحديث،-134 الاسكندرية،-135 2000م .
- 136- محمد يوسف محمد :برنامج إرشاد لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى

- الأطفال ذوى الإعاقة البصرية،-137 رسالة دكتوراه،-138 كلية التربية،-139
جامعة الأزهر،-140 1998 م .
- 141- منير البعلبكي :قاموس المورد (انجليزي -عربي)،-142 بيروت،-143
دار العلم للملايين،-144 1995 م .
- 145- نادية أبو السعود :فعالية استخدام برنامج علاجي معرفى سلوكى فى تنمية
الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم رسالة دكتوراه غير
منشورة،-146 جامعة الأزهر،-147 القاهرة،-148 مصر .(2002)
- 149- نجلاء محمود محمد،-150 جيهان على محروس :معدلات انتشار
اضطرابات طيف التوحد فى محافظتى الدواسر والخرج بالمملكة العربية
السعودية،-151 بحث منشور مجلة بحوث الآداب،-152 جامعة المنوفية،-153
العدد (86)،-154 يونيو 2011 م .
- 155- وفاء الشامى :خفايا التوحد،-156 أشكاله وأسبابه وتشخيصه،-157
(ط1،-158 جدة مركز جدة للتوحد .(2004)
- 159- وفاء الشامى :سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها)،-160
(ط1،-161 جدة مركز جدة للتوحد .(2004)
- 162- ولاء محمد حسن :مدى فاعلية برنامج علاجي باللعب فى تنمية بعض المهارات
الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين،-163 رسالة ماجستير غير منشورة،-164
معهد الدراسات العليا للطفولة،-165 جامعة عين شمس،-166
2010 م .
- Allen, E. & Schwartz, 1.: The exceptional child, Delmar, Thomson 167-
Learning, (2001).
- Barker, P: Basic Family therapy. Wiley- Blackwell, (2007) 168-
- Barlow, D.H.& Durand, V. M.: Abnormal psychology, antiegitive 169-
approach. New Media Addition with DSM- IV. Tables, (2001).
- Bennetto, L. & Rogers, S.: Autism spectrum disorders. In 170-
Jacobson, J., (EDs) Psychiatric secrets, New York, Hanly, Belfast,
Inc, (1996).
- Bondy, A. S. PECS: The Behavior Analyst Today,2, (2001). 171-

- Boutot, E. A., Guenther, T. & Crozier, S.: Let's play: Teaching 172-
play skills to young in developmental disabilities, 40 (3), (2005).
- Comer, R. J.: Abnormal psychology. Now York: Freeman 173-
Company, (1999).
- Cook, E.R., Tessier, A. & Klein, D.: early childhood curricula for 174-
children with special needs. Macmillan Publishing company, New
York, (1992).
- Corey, G.: Theory and practice of counseling and psychotherapy. 175-
An International Thomson publishing company, Washington,
(1996).
- Crockett, J. L., Fleming, R. K., Doepke, K, J. & Stevens, J.: 176-
Parent training: Acquisition and generalization of discrete trials
teaching skills with parents of children with autism. Research in
Developmental disabilities, V26 (1), (2007).
- Caykyatar, A& Ollard, E: Effectiveness of parent and therapist 177-
collaboration program (PTCP) for teaching self- care and
domestic skills to individuals with autism, education and training in
developmental disabilities, v44 n3, (2009).
- David, N.G.: You tube sensation Miranda seduces Broadway. 178-
Los angeles times. Adolescent sibling of individuals with and
autism: Testing adiathesis- stress model of sibling well- being.
Journal of Autism and developmental disorder, v39 (7), (2009)
- Dodd, S.: Understanding autism. London, New York, Sydney: 179-
Slsevier, (2005).
- Elder, J. H., & Alessandro, T.: Supportng Families of children 180-
with autism. Pediatric Nursing. V35(4),(2009).
- Fitzpatrick, M.: MMR and autism, What parents needs to know? 181-
London, Routledge, (2004).

- Grindle, C.F., Kovshoff, R. P., Hastings, R.P.& Remington, B.: 182-
Experiences of home- based applied behavior analysis programs
for young children Autism. Journal of Autism and developmental
disorders 39, (2009).
- Hamilton, A. F.: Research review: Goals, intentions and mental 183-
states: Challenges for theories of autism. J child psychol
psychiatry, 50 (8), (2009).
- Happe, F. & Ronald, A.: The fractionable autism triad. 184-
Neuropsychol Rev, 18 (4), (2008).
- Happe, F., Ronald, A. & Plomin.: Time to give up on a single 185-
explanation for autism. Nat Neurosis, 10, 1218- 1220,(2006).
- Hill, E.L.: Executive dysfunction in autism. Trends Cogn sci,8 (1), 186-
(2004).
- Holman, K. C.: Socio communicative and play skills in young 187-
children with autisman. Dissertation Abstracts International, 64
(11), (2004).
- Howlin, P., Magiati, I, & Charman T.A: Outcome of 188-
comprehensive psycho- educational intervention for young
children with autism. Res Dev Disabil, 30(1), (2009).
- Howlin, P., Magiati, I& Charman, T. B: Systematic review of early 189-
intensive behavioral interventions for children with autism. A m
Jintellect Dev Disabil, 144(1) (2009).
- Ingersoll, B. & Schreibman, L.: behavioral intervention to promote 190-
learning in individuals with autism. Wiely sonsm11, (2006).
- Jones, E. A.& Carr, E.G.: Joint attention in children with autism: 191-
theory and intervention. Focus on autism and other developmental
disabilies, 19 (1), (2004).
- Jung, S.: Using high- probability request sequences to increase 192-

- social interaction in young children with autism. Dissertation Abstracts International, V65(2), (2003)
- Kenworthy, L., yerys, B.E., Anthony, L. G.& Wallace, G.L.: 193- Understanding executive control in autism. Neuropsychol Rev, 18 (4), (2008).
- Kinney, D.K., Munir, K.M., Crowley, D.j.& Miller, A. M.: prenatal 194- stress and risk for autism. Neurosci Biobehav Rev, 32(8), (2008).
- Landa, R.: Early communication development and intervention for 195- children with autism. Developmental Disablilties Research Reviews, V13(1), (2007).
- Lockshin, S., Gillis, T.M.& Romanaczyk, R. G.: Helping your child 196- with autism: A step- by- step workbook for families. Oahland, CA, US: New Hrbinger publications, IV, (2005).
- Marcus, L.& Schopler, E.: Educational approaches for autism 197- TEACCH. Clinical manual for the treatment of autism. Washington. American psychiatric publishing, (2007).
- Massey, G.M.: Generalizing prosocial skills on the playground for 198- children with autism. Dissertation abstracts international, 68 (7), (2008).
- Minnes, P. & Steiner, K., : Paren views on enhancing the quality 199- of health care for their children with fragile Xsyndrome, Autism or Down syndrome. Child care Health and Development, V35(2), (2009).
- Mottron, L., Dawson, M., Soulieres, I., Hubert, B.& Burack, J.: 200- Enhanced perceptual functioning in autism: An update and eight principles of autistic An update and eight principles of austistic, (2006).
- Myers, S. M., Johnson, C. P., American Academy of pediatrics, 201-

- Council on children with disabilities,: Identification and evaluation of children with autism, *pediatrics*, 129. (2007).
- Nichols, M.& Schwartz, R.: Family therapy. New Yurk: Drentice hall, (2006).
- Noland,J. S., Wendy, L.S., Reznick, J. S., Walden, T.,: Better working memory for non- social targets in infantilism of children with autism. *Developmental science*, Blackwell publishing, (2009).
- O'Hearn, K., Asato, M., ordaz, S. & Lun, B.: Neurodevelopment and executive function in autism. *Dev Psychopathol*, 20(4), (2008).
- Orsmond, I.& Seitzer, M.M.,: Adolescent sibling of individuals with an autism: Testing adiathesisstress model of sibling well- being. *Journal of Autism and developmental disorder*, V39 (7), (2009).
- Ospena, M. B.& et al,: Behavioural and developmental interventions for autism: Aclinical systematic review. *Plos one*, 3(11), (2008).
- Bainbridg, M& Myles, B.: "the use of priming to introduce toilet training to a child with autism focus on autism and developmental disabilities. Vol (14), (1999).
- Carothers, D. & Taylor, R.. 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), (2004).
- Depalma, V. & Wheeler, M.: Learning self- care skills, functional programming for people with sutism: A series, Indiana resource center for autism, Indiana university, (1991).
- Ulianova, R.: Development of self- service skins in children with early child autism. *Defelctologiya Russia, Journal, Peer*,

- Reviewed, Status, No. (3), (1989).
- Barbaresi J., Katusic, K., Colligan, C., Weaver, JL., & Jaebson, 211-
J: the incidence of autism in Olmsted country, Minnesota, Journal
of arch pediatriadolesc, 2005.
- Davison, Gerald C. & Neale John M,: Abnormal Psychology. New 212-
York: John wiley & Socns. Inc (1994).
- Kendall, Philip C.: childhood disorders. UK; East Sussex: 213-
Psychology press Ltd. Publishers (2000).
- Mcdonough L.: Deficits, delays, and distractions: an evaluation of 214-
symbolic play and memory in children with autism. Journal of child
psychology and psychiatry. V 1 (10).
- Ozonoff, S, & Cathcart. K: effectiveness of ahome program 215-
intervention for uung children with autism. Journal of autism and
devil opmental disorder (1998).
- Shang- Wei Hsu, Po- Huang Chiang: Disparity in autism 216-
spectrum disorder prcvalece among Taiwan National Health
Insurance enrollees: Age, gender and unbranization effects,
reseach in autism spectrum disorders, volume 6, Issue 2, Aprial-
June 2012
- Waltz. Mltzi.: Developmental disorders: finding diagnosis and 217-
getting help. O'Reilly& Associates, Inc (1999).
- Paul, R.: Promoting social communication in high functioning 218-
individuals with autism. Child and adolescent psychiatric clinics of
North America, 12 (1), (2003).
- Petty, J.& oliver, C.: Self- injurious behavior in individual with 219-
intellectual disabilities. Current opinion in psychiatry, V18(5),
(2005).
- Procter, H.: Autism and family therapy. David fulton publishers, 220-

- London, (2001).
- Ray, W. A. :Jay Haley- amemorial. Journal of marital and family 221-
therapy, 33 (3), (2007).
- Sttir, V.: The new people making. Palo alto, CA: science and 222-
behavior books, (1988).
- Sholevar, G.P.: family theory and therapy. Washington, DC: 223-
American psychiatric publishing, (2003).
- Siaperas, P.& Beadle- Brown, J.: Acase study of astructured 224-
teaching approach in adults with autism in aresidential home in
Greece. Autism. 10(4), (2006).
- Sigman, M., Spence, S.J.& Wang, A.T.,: Autism from 225-
developmental and neuropsychological perspectives. Autism
revclin psychol, 2, (2006).
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T.& 226-
Baird, G.,: Psychiatric disorders in children with autism:
prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-
derived sample, J Am Acad child adolespsychiatry, 47(8), (2008).
- Snideer, A. J,: Abio pay chicsocial treatment model for older 227-
autistic children and their families. Dissertation instructs
international, 63(9), (2002),
- Stahmer, A. C., Collings, N.M.& palinkas, L. A.: Early intervention 228-
practices for children with autism,. Focus Autism other Dev Disabl,
20(2), (2005).
- Steyaert, J. G.& Wouter, M.,: What, S new in autism,. European 229-
journal of pediatrics, V167(10), (2008).
- Toth, K., Dawson, G., Meltzoff, A. N., Greenson, J. & Fein, D.,: 230-
Early social, imitation, play and language abilities of young non-
autistic siblings of children with autism. Journal of Autism and

- developmental Disorder, 37(1), (2007).
- Tsang, S.& et al.,: Brief report: Application of the TEACCH 231-
program on Chinese preschool children with autism. Journal of
Autism and Developmental Disorders, 37(2), (2007).
- Volkmar, F. R., State, M.& Klin, A.,: Autism and autism spectrum 232-
disorders: Diagnostic issues for the coming decade. J child
psychol psychiatry, 50(1-2), (2009).
- Wazana, A., Bresnahan, M.& Kline, J.,: The autism epidemic: 233-
Factor artivact,. Jam Acad child a dolesc psychiatry, 46 (6),
(2009).
- Wong, C. N. & Hui. S.L.,: Epidemiological study of autism in 234-
china. Jchild Neurol, 23 (1), (2008).
- Woods, J.: Increasing functional and symbolic play skills of 235-
children with autism using activity schedules and script- fading.
Dissertation- Abstracts- International, 68 (10- B),(2008).

ملحق الدراسة

مقياس المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين

		الاستبيان		
		يفعل	لا يفعل	يفعل بمساعدة
1	يفك ملابسه .			
2	يزرر ملابسه .			
3	يركب طرفى السوسته معاً .			
4	يغسل اليدان والوجه .			
5	يستعمل فرشاة الأسنان .			
6	يمشط شعره .			
7	ينظف أنفه عندما يذكر .			
8	يعلق جاكته على الشماعة .			
9	يضع ملابسه فى الدولاب .			
10	يختار ما يريد ان يرتديه .			
11	يلبس القفازات والجوارب .			
12	يخلع الجاكت والقميص .			
13	يلبس الحذاء ذات الرقبة .			
14	يستيقظ من النوم لدخول المرحاض .			
15	يستعمل الملعقة عند الأكل .			
16	يفتح علبة عصير ويشرب .			
17	يبول على نفسه .			
18	لا يربط حذاءه			
19	يحضر صحن بسكويت وحليب .			
20	يغسل بشكل مقبول .			
21	يمسك كوب الماء ويشرب .			
22	ينظف مكان الأكل بعد الانتهاء .			
23	يحمم نفسه .			

24	يضع الطعام بصحنه .			
25	يحمل الطبق إلى المائدة .			
26	ينظف نفسه بعد عملية الأخراج .			
27	ينشف يديه باستخدام المنشفة .			
28	يطرق باب الحمام إذا كان مغلقاً .			
29	تحضير وجبته من البليلة .			
30	يطعم نفسه مستخدماً ملعقة .			
31	يأخذ فوطة من أحد الوالدين ويمسح يده .			
32	يفتح الحنفية للتنظيف .			
33	يستعمل فوطه السفر .			
34	يفك كباسة الملابس .			
35	يغسل يديه ورجليه .			
36	يحضر الماء من الثلاجة .			
37	يصب الماء في الكوب .			
38	ينظف نفسه بعد استعمال المراض .			
39	يفرق بين الطعام وخلافه .			
40	يوازن درجة حرارة الماء في الحمام .			

ملخص بعنوان

فعالية برنامج علاجي أسرى في خدمة الفرد لتنمية

مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين

مشكلة الدراسة:

ويمثل التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة، تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويمثل اضطراباً في التفكير والإدراك، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومهارات المساعدات الذاتية، ويصاحب التوحد اضطرابات وإعاقات مصاحبة بنسبة تصل إلى (10%)، ونادراً ما يظهر التوحد بدون إعاقة، كما أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب غير محدد، وإن أرجعه البعض لأسباب متداخلة ومتعددة مما يشكل عقبة في عملية تشخيص التوحد.

ثانياً: أهداف الدراسة :

وتتمثل أهداف الدراسة الحالية في النقاط الآتية :

1. إعداد برنامج علاجي أسرى لتنمية المساعدة الذاتية عينة من الأطفال التوحديين في الكويت .

2. التعرف على مدى التحسن في المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج في الكويت .

ثالثاً: أهمية الدراسة :

1- إن اشتراك أعضاء الأسرة في برامج إرشادية للطفل يبني جسوراً من الثقة والألفة بينهم،-2 ويخلق إحساساً بالمسؤولية،-3 ويساهم في زيادة التواصل مع طفلهم،-4 مما يخفف من مشاعر الإحباط وزيادة الأمل لدى الوالدين ويحثهم على التفاوض .

5- تلقي الدراسة الحالية الضوء على اضطراب التوحد،-6 وأسبابه،-7 وأعراضه،-8 وآثاره السلبية على الطفل وأسرته،-9 وطرق التدخل والأساليب العلاجية .

أولاً: فروض الدراسة :

الفرض الرئيسي :

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام البرنامج الأسرى في خدمة الفرد وتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين .

الفروض الفرعية:

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى في خدمة الفرد وتنمية مهارة

(المأكل والمشرب (للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارات (خلع الملابس وارتدائها للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارات (استعمال المراض (للأطفال التوحديين .

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ممارسة البرنامج الأسرى فى خدمة الفرد وتنمية مهارات النظافة الشخصية للأطفال التوحديين .

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات المساعدة الذاتية ومجموع الأبعاد الأربعة فى المقياس (البعدى - التتبعى .

مناقشة نتائج الدراسة :

مناقشة الفرض الأول): (المأكل والمشرب)

-أشارت نتائج الدراسة :فى بعد المأكل والمشرب بعد تطبيق البرنامج الأسرى بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فى تناول الطعام والشراب والاعتماد على أنفسهم (الأطفال التوحديين (فى المأكل والمشرب .

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة (Smith 1997)والتي اهتمت بتنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام الأسرة وظهر هذا جلياً فى المجموعة التجريبية لمهارات المساعدة الذاتية للتوحديين .

وهذا يعنى أن الطفل أصبح قادراً على حمل الملعقة ووضعها فى الطعام ثم فى فمه بطريقة صحيحة وأيضاً قام الطفل بحمل الكوب بيده ووضعها فى فمه دون أن يسكب الماء على ملابسه ويرى الباحث أن إكتساب أطفال المجموعة التجريبية .

يرجع إلى مهارات المساعدة الذاتية التى تم تميمتها بشكل يومى داخل المركز ، كما أنها مهام حياتية أصبح يمارسها الطفل التوحدى فى بيته .

الفرض الثانى :ارتداء الملابس :

واتضح هذا فى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى كيفية ارتداء الملابس وخلعها فى القياسيين القبلى والبعدى لصالح المقياس البعدى.

حيث أصبح الطفل التوحدى قادراً على ارتداء معطفة وقميصه ووضع الزراير فى أماكنها وليس الجوارب وخلعها مما جعله لا يطلب المساعدة من أحد أثناء ارتداء الملابس

واتفقت الدراسة مع نتائج دراسة (Ulianova: 1989, Deplama 1999) في أن البرامج الأسرية للتوحيدين يتح لهم فرصة الاعتماد على النفس في ارتداء الملابس وخلعها دون مساعدة .

ويرى الباحث أن أفراد المجموعة التجريبية طبقوا البرنامج مع أسرهم مما ساعد الأسر في التركيز على أطفالهم التوحيدين وساعد ذلك مناقشة المشكلات المتعلقة بالتعامل مع الطفل في تنمية مهاراته والصعوبات التي واجهت الأسرة أثناء تدريب أطفالهم مع الاشتراك معهم في كيفية مواجهة تلك الصعوبات مع ضرورة التركيز على المدعمات الإيجابية للطفل، مع توجيهه إلى ضرورة تدريبية على كيفية إرتداء الملابس وخلعها وكذلك الحذاء والجوارب .