استخدام جداول الأنشطة المصورة مدخلاً لإكساب بعض المهارات الحياتية لدى أطفال الروضة الذاتويين

د. بلقيس إسماعيل داغستاني*

* أستاذ مشارك، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى اقتراح برنامج قائم على جداول الأنشطة المصورة، موجه لأطفال الروضة الذاتويين، لإكسابهم بعض المهارات الحياتية اليومية ، ومعرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح. وقد اختيرت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الذاتويين بمركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة النهائية من أربعة أطفال كمجموعة تجريبية تتراوح أعمارهم من ٤ – ٦ سنوات، وأخضعوا للبرنامج المقترح.

واستخدم مقياس «جيليام لتشخيص التوحدية» (محمد السيد عبد الرحمن، منى السيد خليفة، ٢٠٠٤) ومقياس المهارات الحياتية من إعداد الباحثة. ولاختبار صحة فروض الدراسة استخدمت معادلة ولككوسن للعينات الصغيرة المترابطة. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المقترح في إكساب أطفال الروضة الذاتويين بعض المهارات الحياتية، وإلى تحسن في السلوكيات النمطية والمهارات الاجتماعية، حيث جاءت نتائج القياس البعدي والتتبعي أفضل من نتائج القياس القبلي.

Abstract:

The present study aimed at proposing a program based on Schedule Photographic Activities directed to autistic kindergarteners to gain some daily life skills , and find out the effectiveness of the proposed program. The study sample was selected from a group of autistic kindergarten children from Mother of Prince Faisal bin Fahd Center for Autism in Riyadh, Saudi Arabia. The final study sample consisted of four children between the ages of 4 - 6 years who have been subjected to the proposed program.

"Gilliam Sacale for diagnosing Autism" (Mohammed Abdul Rahman , Mona Khalifa, 2004) and Daily Life Skills (by the researcher) were used. The present study used Wilcoxon formula of small clusters to test the validity of the study hypotheses. The results of the study showed the effectiveness of the proposed program in acquiring autistic kindergarten children some life skills , and improvement in the stereotypical behaviors and social skills, where the results of post and follow up measurments were better than the pre ones.

مقدمة:

تعدُّ مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة اكتساب للقيم والعادات والتقاليد والمهارات الحياتية التي يحتاجها الطفل فيما بعد، والتي تشكل شخصيته وتجعله يترجم المعرفة، والقيم التي اكتسبها إلى قدرات فعليه تجعله يسلك بطريقة إيجابية. ومن خلال اكتساب الطفل مهارات الحياة اليومية تتعدل سلوكياته، وتتحول إلى سلوكيات إيجابية، تمكنه من التعامل مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها.

ومع التغيرات التي تطرأ على كثير من الثقافات، لايستطيع الأطفال الاعتماد بدرجة كافية على مهارات الحياة في التعامل مع متطلبات الحياة التي تواجههم وضغوطها. فيفتقد الأطفال القدرة على تدعيم وتعزيز مهارات الحياة المكتسبة داخل المنزل ومن البيئة المحيطة. ونتيجة لسرعة التغيرات الاجتماعية في عصر العولمة، فقد اختلفت توقعات الشباب وقيمهم عن الوالدين، وذلك بسبب عدم وجود طريقة فعالة لاكتساب مهارت الحياة في الطفولة المبكرة، حيث يكتسب الأطفال مهارت الحياة من خلال خبراتهم، ومن الأشخاص المحيطين، بهم ومن خلال ملاحظة تصرفات الآخرين.

وهناك طرق فعالة لتدريس مهارات الحياة للأطفال الصغار، مثل العمل في مجموعات صغيرة، والعصف الذهني، ولعب الأدوار، والألعاب، والنقاش. وبالتالي يجب أن تدرس مهارات الحياة خلال البرامج التي تقدم في رياض الأطفال، وبخاصة لأطفال التوحد.

والتوحد هو عملية متعلقة بالنمو، تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي، مما يؤثر على وظائف المخ (جورجي هيراوآخرون) (Gregory, Herra, 2008). وهو من أعقد الأمراض غير العضوية التي تواجه جميع دول العالم، وخاصة دول الخليج العربي. واهتمت المملكة العربية السعودية بالتوحد. إلا أن برامج تأهيل أطفال التوحد في المملكة تفتقر إلى خطط تأهيلية مباشرة ومفيده. ويعرف التوحد بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين، وعدم القدرة على الاعتماد على النفس في تلبية أبسط الاحتياجات اليومية.

وبالتالي هناك حاجة ماسه لتعليم الأطفال التوحديين المهارات الحياتية، حيث تأخذ رعاية الطفل التوحدي أو تعليمه بعض السلوكيات وقتاً وجهداً من المربين أو الوالدين. وبالتالي فإن تعليم الطفل التوحدي بعض مهارات الحياة الضرورية، تجعله يعتمد على نفسه في المنزل أو مركز الرعاية.

ويمكن إكساب الأطفال المصابين بالتوحد مهارات الحياة اليومية والأساسية والقيام بالمهارات المعيشية. وأحد الطرق التي تسهل اعتماد الطفل التوحدي على نفسه في أداء المهارات الحياتية هي الإدارة الذاتية. وترى (ماكدوف كرانتز و وماك كلانهان) (MacDuff, Krantz, & McClannahan,1993) أن الطفل المصاب بالتوحد يمكن أن يستخدم النشاط المصور كنموذج لإدارة الذات لتغيير الأنشطة بنفسه خلال جلسة مدتها ساعة.

وفي هذا الإطار يذكر (عادل عبد الله، ٢٠٠١) أن أطفال اضطراب التوحد بحاجة إلى رعاية وتعليم، وتنمية قدراتهم ومهاراتهم وتقوية سلوكهم، وذلك لتعويدهم على التفاعل مع أقرانهم العاديين والانصهار في بوتقة المجتمع.

مشكلة الدراسة:

تتعدد أعراض التوحد (الذاتوية)، والسلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين وتتنوع بحيث تشمل النواحي النمائية المختلفة؛ الاجتماعية، والمعرفية، واللغوية، والحركية، وبهذا تمتد نواحي القصور إلى جوانب السلوك التكيفى بصفة عامة. إن مشكلة الدراسة ظهرت من خلال استقراء الباحثة للدراسات والأدبيات التي تناولت خصائص الأطفال التوحديين، وبخاصة ما يتناول جوانب القصور.

حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن أهم جوانب القصور في المهارات التكيفية لدى الأطفال التوحديين:

- عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين، فينسحب من المواقف الاجتماعية، ويتقوقع في عالمه الخاص.
- لا يهتم بالأشخاص الموجودين حوله؛ فعندما تصطحبه إلى غرفة تجده يتجاهل تماماً الأشخاص الموجودين فيها، ويتوجه بانتباهه إلى الجوانب المادية «الأشياء» الموجودة في الغرفة.
- يتعامل مع أجزاء الجسم كما لو كانت أجزاء منفصلة؛ فعندما تمد له يد ك بصورة مباشرة تجده يلعب بها ويقلبها كما لو كانت اليد تمثل جزءًا غير متصل بالشخص الموجود بجانبه.
- يفتقد القدرة على التواصل البصري؛ كما أنه لا يستجيب عندما يدعى باسمه، ولا ينظر إلى أمه وهى تتحدث معه.
- يفتقد السلوكيات المقبولة وفق المعايير الاجتماعية، فعلى سبيل المثال قد يشرب الماء أو يأكل أجزاء من النباتات.

♦ لديه قصور في مهارات العناية بالذات والمهارات الاجتماعية والحياتية.

♦ لا يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله، كأن يتعرف على أسماء الأطفال في فصله، والأسر التي ينتمون إليها، ولكن لا يقيم أي نوع من العلاقات الاجتماعية أو الصداقة معهم.

♦ لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يأبه بها، كما أنه غير قادر على التعبير عن مشاعره.) (كاساري) (Kasari, 2002).

ويواجه الطفل التوحدي معاناة في القيام بأبسط المهارات الاجتماعية والحياتية والتفاعل مع الآخرين الذين يتحملون عبئاً كبيراً لتلبية الحاجات الأساسية للطفل التوحدي. وعلى الرغم من وجود العديد من البرامج والعلاجات للطفل التوحدي، فلم يثبت أن هناك برنامجاً أو دواء أفضل، وأنه هو العلاج الوحيد. ومن هذا المنطلق تهدف الدراسة الحالية إلى استخدام عناصر الإدارة الذاتية بما في ذلك الاختيار الذاتي للمثيرات، والتحكم الذاتي في الأداء، التقويم الذاتي للأداء، وذلك باستخدام الصور كمثير أساسي لتعليم المهارات الحياتية لأطفال التوحد.

◄ **وتتحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الآتي:**

مامدى فاعلية برنامج قائم على استخدام جداول الأنشطة المصورة لإكساب الأطفال الذاتويين بعض المهارات الحياتية؟

ويتفرع من هذا السؤال التساؤلات الفرعية الآتية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,١ بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,١ بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس «جليام لتشخيص الذاتوية» بأبعاده في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى.

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,١ بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده.

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,١ بين متوسطات رتب درجات

أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس «جليام لتشخيص الذاتوية» بأبعاده.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. اقتراح برنامج لتعليم الطفل التوحدي بعض المهارات الحياتية باستخدام جداول النشاط المصورة.

٢. اختبار فاعلية البرنامج المقترح لتعليم الطفل التوحدي بعض المهارات الحياتية باستخدام جداول النشاط المصورة.

٣. تقويم مدى إمكانية تغيير سلوك الطفل التوحدي.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أنها:

١. تتصدى لمرحلة الطفولة المبكرة التي لها أكبر الأثر في حياة الطفل المستقبلية.

٢. تلقي الضوء على أهمية توجيه الرعاية للطفل التوحدي في الطفولة المبكرة.

٣. تلقي الضوء على أهم المهارات الحياتية التي تساعد الطفل التوحدي أن ينمو بشكل طبيعي متكامل.

٤. توجيه أنظار مصممي البرامج في الطفولة المبكرة إلى تصميم مناهج تهتم بمهارات الحياة للطفل التوحدي.

٥. حاجة الطفل الذاتوي إلى برامج رعاية توفر له الحد الأدنى من الإعداد اللازم للحياة، والاعتماد على نفسه فى قضاء حاجاته اليومية.

فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس «جليام لتشخيص الذاتوية» بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٣. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهرين من انتهاء البرنامج) على مقياس (المهارات الحياتية بأبعاده).

٤. لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس (المهارات الحياتية بأبعاده).

حدود الدراسة:

تنحصر حدود هذه الدراسة فيما يأتي:

١. **الحدود البشرية:**

عينة أطفال من (٤– ٦ سنوات) مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض .

٢. **الحدود المكانية:**

مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض .

٣. **الحدود الزمنية:**

العام الدراسي ١٤٣٠هـ/ ١٤٣١هـ

٤. **الحدود الموضوعية:**

اقتراح برنامج باستخدام جداول الأنشطة المصوره لإكساب الأطفال التوحديين بعض المهارات الحياتية، وبحث مدى فعاليته لدى عينة من أطفال مرحلة رياض الأطفال الذاتويين.

مصطلحات الدراسة:

تنحصر مصطلحات الدراسة فيما يأتي:

◄ **المهارات الحياتية:**

تعرف (منظمة الصحة العالمية) (World Health Organization,1997) مهارات الحياة بأنها: «قدرات للسلوك الإيجابي والمعدل التي تمكن الفرد من التعامل بفعالية مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها». «وهي قدرات عقلية ووجدانية وحسية تمكن الفرد من

حل مشكلات أو مواجهة تحديات تواجهه في حياته اليومية، أو إجراء تعديلات على أسلوب حياته».

ويعرفها (هينجر) (Henger, D. ,1992) بأنها الحياتية مجموعة مهارات مرتبطة ببيئة الطفل بما تتضمنه من معارف وقيم واتجاهات يتعلمها بصورة مقصودة ومنظمة عن طريق الأنشطة والتطبيقات العملية. وتعمل على بناء شخصية الطفل المتكاملة، مما يجعله يتحمل المسؤولية والتعامل مع مقتضيات الحياة بنجاح وتجعل منه مواطناً منتجاً.

◄ **اضطراب التوحد: Autism**

يعرفه (عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩) أنه اضطراب أو جملة أعراض تظهر الخصائص المرضية فيه قبل سن (٣٠) شهراً، **وتتضمن هذه الاضطرابات ما يأتي:**

- اضطراب في سرعة النمو أو تتابعه.
- اضطراب في سرعة الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

بينما تعرَّف (الجمعية الأمريكية للطب النفسي) (American Psychiatric Associ-tion, 2000) التوحد بأنه حالة تفشي إعاقة في النمو تتسم بضعف شديد في العديد من مجالات النمو بما في ذلك تنمية المهارات التفاعلية الاجتماعية، ومهارات الاتصال مع وجود أنماط مقيدة، ومتكررة، ونمطية من السلوك والاهتمامات والأولويات والأنشطة.

كما يعرفه (ريتشارد وماثيو) (Richard & Matthew, 2002) بأنه اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعي، وقصور التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات، وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة، وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر. وقد استخدمت الدراسة الحالية مصطلحي التوحديين والذاتويين وهما بمعنى واحد.

◄ **جداول الأنشطة المصورة: Photographic Activities Sechudels**

هي إحدى الاستراتيجيات التي تستخدم لإكساب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مهارات معينة. واضطراب التوحد في مقدمة الفئات الخاصة التي تحتاج إلى رعاية وتعليم، وتنمية قدراتهم. وتقوية سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين (عادل عبدالله، ٢٠٠١). وتساعد جداول النشاط الأطفال التوحديين أن يأتوا بسلوك مرغوب اجتماعياً، أو تعمل على الحد من سلوك غير مرغوب فيه، وذلك بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية من خلال تدريبهم على عدد من الأنشطة والمهارات التي

تتم من خلال عدد من المهمات المختلفة في سبيل تنمية مهاراتهم الشخصية والاجتماعية. ويتألف جدول النشاط المصور من خمس أو ست صفات تتضمن كل منها صورة واحدة تعكس إحدى الأنشطة التي يُدرِّب الطفل على أدائها، وتنتهي تلك الصفحات بصورة لوجبة يفضلها الطفل أو نشاط لعب مفضل بالنسبة له.

الإطار النظري للدراسة:

التوحد:

شهدت متلازمة كانر (التوحد) اهتماماً من قبل الباحثين منذ أن أوضح كانر هذا الاضطراب وخصائصة، حيث أجرى تجربة على مجموعة من الأطفال مكونة من ١١ طفلاً، وشخصهم على أنهم حالات تخلف عقلي، إلا أن كانر لاحظ عليهم مجموعة من الأعراض الأخرى أهمها استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الوا قعية، بل عن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، فهم دائمو العزلة والانطواء، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه إلى حد يصبح من المستحيل لتكوين Shut in الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام (عثمان فراج، ٢٠٠٢).

وهناك مصطلحات عدة استخدمها الباحثون للإشارة إلى التوحد مثل: ذهان الطفولة، والأنانية أو الانشغال بالذات، والاجترارية، والانكفاء، والذاتية، والذاتوية الطفولية، والفصام الذووي (ذاتي التركيب)، والأوتيسية، الأوتيزم، إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمختصين فى العالم العربى فى الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح التوحد؛ حيث إن تعدد المسميات قد يؤدي إلى التداخل وإساءة الفهم فى بعض الأحيان (سيد الجارحي، ٢٠٠٤).

على أن منظمة الصحة العالمية قررت مؤخراً تعديل الترجمة العربية لاسم المرض إلى اسم «الذاتوية». ويؤكد ذلك (سيد الجارحي، ٢٠٠٩) حيث يذكر أن التوحد معناه أن يتقمص الشخص مشاعر الآخر وتفكيره وسلوكه، وهذا عكس مايحدث في مرض الذاتوية، الذي تتمثل أعراضه في عدم القدرة على التواصل العاطفي والاتصال بمن حوله والانعزال التام وتجمد العواطف، ومن ثم يستحيل التوحد. كذلك ضعف اللغة أو عدم وجودها لدى هؤلاء الأطفال، مع اضطرابات سلوكية وعصبية وعدوانية وحركات لا إرادية مع إهمال للذات، فحين نقول توحد الشخص يعني أنه تواصل وحاول أن يكون جزءاً من الآخر، ولاينطبق ذلك على الأطفال الأوتيزم.

ويتميز المرض (Autism Spectrum Disorder (ASD بمستويات مختلفة من الاختلال في مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي، وأنماط من السلوك النمطي المتكررة. وعموماً يمكن أن يتم الكشف عن اضطرابات التوحد في سن الثالثة، وفي بعض الأحيان في وقت مبكر في الشهر الثامن عشر. وتتراوح اضطرابات التوحد من الشكل الحاد ، ويسمى اضطراب التوحد، إلى الشكل الأكثر اعتدالاً، ويسمى (متلازمة أسبرجر ,Asperger Syndrome) (إذا ظهرت على الطفل أي من هذه الاضطرابات، ولكنها لاتصل إلى معايير التشخيص، فيُشخص الطفل على أن لديه اضطرابات النمو (المعهد الوطني للصحة النفسية). (National Institute of Mental Health, 2008).

ولا يتوافر حتى الآن اختبار طبي لتحديد ما إذا كان الطفل توحدياً أم لا. وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي بعض الأعراض والسلوكيات المعينة المتعلقة بإعاقة في التفاعل الاجتماعي، **ويكون الطفل توحدياً إذا كان لديه عرضان على الأقل مما يأتي**:

- انخفاض ملحوظ في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل العين بالعين، وتعبيرات الوجه، وأوضاع الجسم، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في علاقاته مع أقرانه الملائمة لمستوى النمو.
- ضعف العفوية في البحث عن مشاركة الاستمتاع، والاهتمامات، أو الانجازات مع الآخرين.
- ضعف تبادل المهارات الاجتماعية أو العاطفية.

وعلاوة على ذلك، يجب أن يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التواصل، كما يتجلّى في واحد على الأقل مما يأتي:

- تأخر، أو ضعف عام في اللغة الشفهية.
- في الأطفال الذين يتحدثون إلى حد ما يوجد ضعف في القدرة على البدء أو مواصلة المحادثة مع الآخرين.
- عدم وجود تنوع، أو تلقائية في اللعب أو اللعب الاجتماعي الملائم لمستوى النمو.

وكذلك إذا أظهر الطفل اثنين على الأقل من أنماط متكررة ونمطية من السلوك، والاهتمام، وذلك على النحو الآتي:

- الانشغال في واحد أو أكثر من الأنماط المحددة من الاهتمام غير الطبيعي إما من حيث التركيز أو الكثافة.

- عدم مرونه واضحة في التعامل مع الإجراءات الروتينية غير الوظيفية.
- السلوكيات الحركية النمطية والمتكررة.

الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) (American Psychiatric Association, 2000).

أيضاً يمكن تحديد خصائص الطفل المصاب بالتوحد في النقاط الآتية:

١. ينحني بظهره ليتجنب التواصل بالآخرين.
٢. يوصف بأنه سلبي أو متهيج.
٣. لديه صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع بطء اللغة أو انعدامها، مع استعمال غير ملائم للكلمات.
٤. صعوبات في الأنشطة الاجتماعية وفي أنشطة اللعب.
٥. يقضي معظم الوقت منفرداً بعيداً عن الآخرين.
٦. ضعف في الاتصال بالعين مع الآخرين.
٧. اضطراب حسي، حيث يبدو أكثر حساسية للمس، أو أقل حساسية للألم.
٨. أنشطة غريبة للعب حيث ينقصه اللعب التخيلي، وتقليد حركات الآخرين.
٩. أنماط من السلوك الشاذ مثل حركات متكررة للجسم.
١٠. نوبات غضب متكررة.
١١. ارتفاع مستوى السيروتونين في الدم والسائل الشوكي.
١٢. اختلال وظيفي في جهاز المناعة.
١٣. الضعف في إدراك أفكار الآخرين ووجهة نظرهم.
١٤. إمكانية وجود مهارات أو قدرات عالية.
١٥. ضيق مجال الانتباه والتركيز.
١٦. شذوذ في شكل الدماغ أو المخ.
١٧. يبدو كما لو كان بدون انفعالات أو عواطف.
١٨. لا يستطيع أن يتحدث عندما يريد ذلك.
١٩. لا يستطيع أن يقوم بالمعالجة والتعامل الدقيق للأشياء باليد.

وتختلف الخصائص السابقة في شدتها بين الأطفال التوحديين ما بين بسيط ومتوسط وشديد، (جوديف) (Goodgive, 2000) .

ومن جملة الأعراض السابقة، يحتاج الأطفال التوحديون إلى قضاء احتياجاتهم اليومية البسيطة بعيداً عن المعالج أو الوالدين، حيث يفتقد هؤلاء الأطفال المهارات الاجتماعية والحياتية.

وتعد الإعاقة الاجتماعية الإعاقة البارزة والثابتة في نتائج تشخيص الطفل التوحدي. إذ يرى كثير من الباحثين أن الإعاقات الاجتماعية هي العنصر الأكثر حسماً في تعريف هذه الإعاقة. (جودمان، ٢٠٠٠)، ويظهر ذلك حتى في الشهور الأولى في حياة الطفل التوحدي؛ إذ لايستطيع أن يتواصل بالعين، الابتسامه، أو الاستجابة مع لعب الوالدين. ويذكر أيضاً (ليس وآخرون) (Liss, etal, 2001) أن الطفل التوحدي يعاني من تلبية متطلباته اليومية. ويرى (سيلف وآخرون) (Self, etal, 2007) أن من أهم أهداف تعلم أطفال التوحد هو إكسابهم مهارات وأدوات تفكير من أجل العيش باستقلالية.

أما بالنسبة إلى اللغة، فإن أطفال التوحد يفشلون في اكتساب اللغة في العمر المتوقع أن تنمو فيه، والعديد منهم يملكون القليل من اللغة عند وصولهم سن الخامسة أو السادسة من العمر، ويظهر لديهم ضعف في عملية التواصل غير اللفظي، ويتميز ذوو الأداء السلوكي المضطرب منهم بضعف في الانتباه، ومشاركة الآخرين انتباههم مما يعوق عملية التواصل لديهم. وغالبية هؤلاء الأطفال لديهم ضعف تعبيري، وبعضهم يظهرون وكأنهم بكم، ويبدو عليهم عدم فهم ما يقال لهم، ويبدأ بعضهم الكلام في وقت متأخر، ولكنهم يصدرون كلاماً مضطرباً وغير مفهوم، وغالباً ما يكون مقاطع من الإعلانات أو الدعايات التلفازية، وقد يقلدون نغمة صوت أو إيقاع صوت ما، وبعضهم يردد بعض الكلمات لفترات طويلة.

وعلى الرغم من وجود إجراءات للعلاج مختلفة سبق تصميمها وتقويمها، فإنه مازالت هناك مشكلة أكثر تعقيداً في المهارات الحياتية والاجتماعية، وظاهرة عادية أن يحتاج الطفل التوحدي للكبار في مساعدته على عمل حاجاته اليومية (نيكوبولس ونيكوبولو سميرني) (Nikopoulos, C. K., & Nikopoulou- Smyrni, P. G., 2008). ويتضح من ذلك أن هناك قصوراً في طرق وأساليب العلاج، وخاصة تلك الطرق الموجهة نحو تنمية المهارات الحياتية. وهذا مايؤكده (ريمنجتون وآخرين) (Remington, etal, 2007) إن العلاج لايعتمد على المدخل الفعال فحسب، بل على طريقة العلاج، وأن طرق العلاج الفعالة هي تلك التي تعتمد على المباديء السلوكية مثل التعزيز الايجابي والمحاكاة والنمذجة.

بـرامج التـدخـل:

يستجيب أطفال التوحد للبرامج المعدة جيداً، والتي تلبي احتياجاتهم الخاصة، وتنمي المهارات الاجتماعية والحيوية. ومن أساسيات التدخل المبكر تدريب الأطفال التوحديين على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة. لكن لا يوجد علاج معين ومفضل لمرض التوحد، ولذلك هناك برامج العلاج التي قد تفيد في علاج أعراضٍ معينة، وتحدث تحسناً.

ووفقاً لما ذكرته (عيادة مايو) (Mayo Clinic, 2006) فإن العلاجات الأكثر شيوعاً هي: السلوكية والتواصلية، والعلاج باستخدام العقاقير، والعلاج التكميلي. ويستخدم العلاج السلوكي لتعليم الأطفال المصابين بالتوحد مهارات جديدة، وكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية والمهارات الحياتية، أوكيفية تحسين التواصل مع الآخرين. وتستخدم العلاجات بالعقاقير للسيطرة على الأعراض، على سبيل المثال: تستخدم المنشطات للسيطرة على النشاط المفرط، وتستخدم العقاقير المضادة للذهان للسيطرة على السلوكيات العدوانية المتكررة. والعلاجات البديلة التكميلية تشمل العلاج بالرسم، والوجبات الغذائية الخاصة، والفيتامينات والمعادن، أو التكامل الحسي (الحد من حساسية الطفل للمس أو الصوت). ومن المهم أن نلاحظ أنه ليست كل العلاجات مناسبة لجميع الأطفال.

◄ **هناك العديد من برامج التدخل العلاجي للطفل التوحدي**، ومن هذه البرامج **برنامج (إيفار لوفاس) (Ivar Lovaas)** ويستخدم هذا البرنامج تحليل السلوك التطبيقي، والتدريب بالمحاولة لتعليم الأطفال التوحديين. وفي هذا البرنامج يتعرض الأطفال لأربعين ساعة أسبوعياً من التدريب المكثف، وتبدأ التدريبات من السلوك البسيط وتتدرج نحو المعقد. ويُعزَّز السلوك المرغوب على الفور، بينما يتم تجاهل السلوك غير المرغوب فيه أو العقاب عليه. وكان تكنيك (لوفاس) شائعاً، وأظهر بعض النجاح، فقد صدر تقرير عام ١٩٨٧م أن ٤٧٪ من الأطفال تماثلوا للشفاء (جريشام وبي فرانكبيبرجر، ماكميلان) (Gresham, Beebe- Frankenberger, MacMillan,1999)

◄ وهناك برنامج آخر للأطفال ذوي التوحد، ويعرف باسم (**برنامج خبرات التعلم البديل**) **Learning Experiences an Alternative Program- LEAP**، وبدأ هذا البرنامج عام ١٩٨٢واستخدم التكنيكات السلوكية. **ويعتمد هذا البرنامج على خمسة مبادىء توجه البرنامج**:

١. أن كل الأطفال يمكن أن يستفيدوا من وجودهم في الروضة.

٢. يجب أن يتضامن كل من المنزل، والمجتمع في تحقيق الفائدة من عملية التدخل.

٣. ضرورة المشاركة بين الوالدين والمتخصصين.

٤. الأطفال العاديون يمكن أن يعلموا الأطفال التوحديين من خلال النمذجة والتقليد.

٥. يجب أن يكون المنهج مناسباً نمائياً بغض النظر عن نوع الإعاقة.

ومع ذلك فإن البحوث التطبيقية التي أجريت على هذا البرنامج أثبتت أن به قصوراً (فينبرج و فاكا) (Feinberg & Vacca, 2000)

◄ والبرنامج الثالث للأطفال التوحديين هو (**علاج وتربية التوحدي والأطفال ذوي إعاقة التواصل**) Treatment and Education for Autistic and related Comm-nication handicapped Children (TEACCH) وكان هذا البرنامج في جامعة شمال كالرولينا، واعتمد هذا البرنامج على التعاون بين المعلمين والآباء. ويدرب الأطفال على المهارات الاجتماعية والحياتية والمهنية ومهارات الاتصال. وكانت هناك أربع مكونات رئيسية للتدريس في البرنامج وهي: التنظيم المادي، تنظيم أداء المهمَّات، الجداول البصرية، نظم العمل. (Heflin & Simpson, 1998). ويعتمد البرنامج على إزالة الحواجز في البيئة المحيطة وتقليل المثيرات البصرية والسمعية الملهية، وتصميم أنشطة تساعد الطفل على التعرف على مايتوقع منه الكبار القيام به. أيضاً استخدم البرنامج الأرقام والحروف لتوضيح المهام المطلوبة منه دون توجيه لفظي. ومن ناحية أخرى استخدم البرنامج الأشياء المادية والصور حتى يعرف الطفل الأنشطة المطلوبة منه.

ومما سبق يتضح أنه على الرغم من وجود العديد من العلاجات والبرامج فإنه لايوجد علاج مفضل أو أنه هو العلاج الوحيد الصحيح. وذلك لأن التوحد إعاقة معقدة، وعلى حد قول (Ozonoff & Cathcart, 1998) إن كثيراً من العلاجات الجديدة تكون موضة عابرة.

وفي الوقت نفسه وجد أن استخدام الصور يمكن الأطفال التوحديين من القيام باحتياجاتهم الأساسية وتعلمهم المهارات الحياتية اليومية (Van Bourgondien & Schopler, 1996) ومن الطرق العلاجية، تنمية القدرات الحسية بالمرئيات المختلفة للقيام بأنشطة المهارات المعيشية في المنزل ومركز الرعاية والبيئة التي يعيشون فيها (بوم وبابتست) (Baum & Bapstite,2002) هذا يؤكد أهمية الدراسة الحالية في استخدام الصور كمدخل لتنمية المهارات الحياتية لدى أطفال الروضة ذوي التوحد.

وتعدُّ جداول النشاط المصورة إحدي الاستراتيجيات المهمة في تعليم الطفل التوحدي و الأطفال المعوقين عقليا. و يمكن استخدامها في إكساب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وأطفال التوحد المهارات التي تساعدهم على أن يأتوا بسلوك مرغوب فيه والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها اجتماعياً. وذلك من خلال خطوات إجرائية ومنهجية من خلال تدريبهم على عدد من الأنشطة. ويمكن أن يكون الجدول على شكل ألبوم صور متوسط الحجم، أو كراس رسم صغير، أو غلاف ثلاثي الحلقات.

ويرى (عادل عبد الله، ٢٠٠١) أن هناك أسلوباً مناسباً لتدريب الأطفال على استخدام جداول النشاط المصورة بشكل يمكن أن ييسر من عملية التدريب ويسهِّلها، **ويتضمن هذا الأسلوب الخطوات الآتية**:

- يقوم المعلم أو الأب بأداء المهمة المتضمنة بالصورة أمام الأطفال كنموذج.
- يقوم الأطفال بتكرار اسم الأدوات المستخدمة في كل نشاط إذا كانوا يعرفونها، أو يكررون ذلك وراء المعلم إذا كانوا لا يعرفونها.
- تشجيع الطفل وحثه على القيام بالنشاط المطلوب، مع التوجيه إذا لزم الأمر، ثم الامتناع عن التوجيه وذلك بصورة تدريجية.
- يقوم الطفل بأداء النشاط المطلوب بنفسه وتحت إشراف المعلم أو الوالد.
- يسمح للأطفال بالتعاون مع بعضهم بعضاً في أداء الأنشطة المختلفة.
- تقدَّم الوجبة الخفيفة (موزة، برتقالة، ... إلخ) التي تتضمنها آخر صفحة بالجدول للطفل الذي يؤدي النشاط المستهدف بشكل صحيح.

وفي ضوء ماسبق، يحدد (عبد الحليم محمد، ٢٠٠٨) مبادىء التدخل العلاجي لذوي اضطراب الأوتيزم على النحو الآتي:

- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل، وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.
- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.
- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
- مراعاة تنويع أساليب التعليم.
- مراعاة أن يكون الوالدان جزءاً من القائمين بالتدخل.

دراسات سابقة:

◄ في دراسة (**ماري تاراس وآخرين**) (Marie E. Taras, etal, 1993) دُرِّست المهارات الحياتية لدى مجموعتين (٧) من الأطفال (٥) منهم شُخصوا على أنهم متأخرون عقلياً. وقد عُلِّموا كيف يمكنهم تطبيق القميص، والاتصال بالهاتف في حالة الطوارىء، وتقطيع الطعام بالسكين. والمجموعة الأخرى (٤) من الشباب دُرِّبوا على كيفية قضاء وقت الفراغ من خلال أشغال الجلد. كما دُرِّبت المجموعة على مكونات التعلم الاجتماعي (مثل: تقويم الذات، تقويم الأقران، التعزيز). وأشارت النتائج إلى فاعلية التدريب في تنمية المهارات الحياتية لدى المجموعتين، وحدوث تغير في المهارات السلوكية.

◄ هدفت دراسة (**بيرس ك ل و سيتشربمان ل**) (Pierce, KL.;Schreibman, L. 1994) إلى بحث أثر استخدام مهارات الحياة اليومية لدى ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد. وقد قوِّم مثير إدارة الذات وثبات تغير السلوك. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يستطيعون استخدام الصور للتمكن من سلوكيات الحياة اليومية في غياب المعالج، وكذلك اتضح نقص في السلوك النمطي.

◄ دراسة (**بيرسون**) **(Persson,2000)** وهي دراسة طولية أجريت على سبعة أطفال سويديين. واستخدمت الدراسة برنامج TEACCH لمدة عامين ونصف. ودرِّست المهارات في أثناء مدة الدراسة ست مرات. وأشارت نتائج الدراسة إلى نمو المهارات وزيادة القدرة على الاستقلالية.

◄ وقام (**س، اتشوا**) **(Choi, S. , 2000)** بدراسة عن الأطفال التوحديين وأقرانهم في اللعب، وهدفت الدراسة التعرف على تأثير أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى أطفال التوحد، وذلك عن طريق طفل عادي يشارك الطفل التوحدي في مجموعة من الألعاب، اعتماداً على توجيهات مدرس الفصل، وتكونت عينة الأطفال التوحديين من خمسة أطفال وقد تراوحت أعمارهم من أربع إلى ست سنوات، وتكونت عينة الأطفال العاديين المشاركين في اللعب من أحد عشر طفلاً تراوحت أعمارهم من أربع إلى سبع سنوات. وقد اتضح من خلال نتائج الدراسة وجود تأثير إيجابي للعب على تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين، حيث أظهر هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج زيادة التواصل مع شريك اللعب، وتحسن مستوى التواصل البصري لديهم.

◄ كان الهدف من دراسة (**د. كاروزرس ور. تيلور**) **(Cartothers; D. E.; T -lor R. L. 2004)** الكشف عن مدى التعاون بين المعلمين وأولياء أمور الأطفال التوحديين

في اكساب هؤلاء الأطفال مهارات الحياة اليومية. وكانت عينة الدراسة مكونة من (٣٦) ولي أمر و (٦٣) معلماً ومعلمة. واتضح من نتائج الدراسة فعالية التعاون بين المعلمين والوالدين في إكساب مهارات الحياة للأطفال التوحديين.

◄ قام (**إبراهيم العثمان**، ٢٠٠٤) بدراسة هدف من خلالها التعرف على واقع خدمات التربية الخاصة للتلاميذ ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر معلمي التربية الخاصة العاملين معهم، وكانت عينة الدراسة ٥٥ معلماً من معلمي التربية الخاصة. وقد أشار المعلمون إلى أن التعلم عن طريق اللعب والصور، والتركيز على مهارات التواصل هو أنسب الطرق للتدخل المبكر وتعديل سلوك طفل التوحد.

◄ كما استهدفت دراسة (**ديترش وآخرون**) **(Susan, Dieterich, etal, 2004)** بحث أثر أسلوب رعاية الأمهات على مدى اكتساب أطفالهن لمهارات الحياة والمهارات المعرفية من الرضاعة وحتى دخول المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٢) طفلاً وطفلة. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود قصور كبير في مهارات الحياة اليومية لدى عينة الدراسة. واتضح أيضاً أن رعاية الأم لأطفالها وتدريبهم على ممارسة المهارات الحياتية يعزز من مستوى اكتساب الأطفال مهارات الحياة اليومية.

◄ وقامت (**فتحية سالم اللولو**، ٢٠٠٥) بدراسة هدفت إلى تحليل المهارات الحياتية في محتوى منهج العلوم للصفين الأول والثاني الابتدائي. وأظهرت نتائج الدراسة تضمن بعض المهارات العملية اليدوية، والمهارات الصحية، بينما لم يتناول المنهج المهارات الغذائية والوقائية والبيئية.

◄ وأظهرت دراسة (**جينج ولي**) **(Jung, K. E. ; Lee H. J, 2006)** أن أطفال التوحد لديهم صعوبة في دمج الخبرات الحسية والحركية. ويعتمد الدمج الحسي على نظام التفاعل الملموس للواقع الافتراضي الذي له ثلاثة مكونات: علاج الدمج الحسي، تدريب المهارت الاجتماعية، وقياس قدرات التوافق. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال التوحد والأطفال العاديين في المهارت الاجتماعية وقدرات التوافق.

◄ وقد قام كل من (**ناجي قاسم وفاطمة عبد الرحمن**، ٢٠٠٧) بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج ترفيهي على بعض المهارات الحياتية والنفسية والحركية لدى الأطفال المعوقين ذهنياً والقابلين للتعلم. وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً تراوح العمر العقلي للعينة من (٥– ٩) سنوات. وقد أوضحت النتائج أن البرنامج الترويحي له تأثير فعال على تنمية المهارات الحياتية، كما اتضح أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الإناث.

◄ وكان الهدف من دراسة (آتاليا وإلينا) **(Atalia; Cavkaytar, 2009)** اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتدريس الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لدى أطفال التوحد متنوعي الحاجات التعليمية والعمر. وقد شارك في هذه الدراسة ثلاثة أطفال توحديين ووالديهم. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين، في تدريس الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لأطفال التوحد.

◄ استهدفت دراسة (جاسمين وآخرون) **(Jasmine etal,2009)** بحث أثر تعلم بعض المهارات المهارات الحياتية اليومية على المهارات النفس حركية لدى أطفال ماقبل المدرسة التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من ٣٥ طفلاً تراوحت أعمارهم من ٣ إلى ٤ سنوات. وأ ظهرت نتائج الدراسة أن مهارات الحياة أكبر تحدٍّ يواجه أطفال التوحد.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض نتائج الدراسات السابقة نلحظ ما يأتي:

١. ندرة الدراسات التي تناولت المهارات الحياتية لدى طفل الروضة التوحدي في المجتمع العربي، وذلك في حدود ما اطلعت عليه الباحثة.

٢. اتفاق الدراسات على أن أكبر تحدٍّ يواجه أطفال التوحد ومن حولهم، هو عدم تمكنهم من القيام بحاجاتهم اليومية، والقصور في المهارات الحياتية.

٣. تعدد برامج العلاج الموجهة لأطفال التوحد وعدم ثبوت فاعلية برنامج واحد، مما يعني ضرورة الاستمرار في البحث في هذا الموضوع.

٤. اتفاق غالبية الدراسات على فاعلية استخدام المثيرات البصرية.

٥. نجاح التعاون بين الأسرة والمعالجين في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى طفل التوحد.

٦. عدم تعرض الدراسات السابقة للفروق بين الجنسين في مرض التوحد.

٧. إمكانية تدريب أطفال التوحد على اكتساب المهارات الحياتية، وتغيير في السلوكيات اليومية كما في دراسة (ماري تاراس وآخرين) (E., Marie, Taras, etal, 1993)

٨. فاعلية استخدام الصور في إكساب الأطفال الذاتويين المهارات الحياتية، كما اتضح من دراسة (بيرس و سيتشربمان) (Pierce. KL , L. Schreibman, 1994).

٩. اتضح أن التعاون بين المعلمين وأولياء أمور الأطفال التوحديين يساعد في إكساب هؤلاء الأطفال مهارات الحياة اليومية، وذلك كما اتضح من (كاروزرس وتيلور) (Cartot-ers; Tylor, 2004).

ومما سبق يتضح أنه يجب البحث عن برامج علاجية مختلفة للأطفال التوحديين لإكسابهم المهارات الحياتية الضرورية لقضاء حاجاتهم اليومية. واستفادت الباحثة من هذه البحوث والدراسات السابقة في وضع تصور لفروض الدراسة الحالية، واختيار العينة وتحديد أهداف البرنامج المقترح والإجراءات وتفسير النتائج.

إجراءات الدراسة:

أولاً- منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي لبحث أثر البرنامج المقترح باستخدام الأنشطة المصورة (متغير مستقل) على المتغير التابع الذي يتمثل في إكساب عينة من أطفال الروضة التوحديين بعض المهارات الحياتية. وذلك لاختبار فروض الدراسة.

ثانياً- عينة الدراسة :

اختيرت عينة الدراسة من أطفال مرحلة رياض الأطفال بمركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض. وتكونت عينة الدراسة النهائية من أربعة أطفال توحديين (وذلك لصعوبة التعامل مع الأعداد الكبيرة) تتراوح أعمارهم من ٤ – ٦ سنوات بمتوسط قدره ٥,٣٢، وانحراف معياري ٢,٠١.

كل أفراد العينة مهاراتهم اللغوية الشفهية محدودة، ويحتاجون لإشراف مستمر. وهناك حالات تصدر أصواتاً عالية ولكن لاتتحدث، ويتواصلون باستخدام الإشارة. وهناك حالات أخرى يتحدثون ولكن قدرتهم على التعبير عن احتياجاتهم محدودة.

ثالثاً- أدوات الدراسة:

- **مقياس (جيليام لتشخيص التوحدية):**

(إعداد محمد السيد عبد الرحمن، منى السيد خليفة، ٢٠٠٤)

تم اعادة حساب صدق ومعايير المقياس في البيئة المصرية، وهو عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من الذاتوية، ويتكون المقياس من اثنين وأربعين بنداً تندرج تحت ثلاثة أبعاد فرعية، بالإضافة إلى أربعة عشر بنداً إضافية يقوم الآباء من خلالها أبناءهم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، **وتشتمل أبعاد المقياس على أربعة أبعاد**: البعدالأول: السلوكيات النمطية، البعد الثاني: التواصل، البعد الثالث: التفاعل الاجتماعي، البعد الرابع: الاضطرابات النمائية. يستخدم المقياس لتقويم

الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ٣- ٢٢ عاما، والذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة. ولبنود المقياس الفرعية صدق ظاهري واضح وقوي، لأنها بنيت على تعريف التوحدية الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتوحد، وكذلك على المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد التي قدمتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ولمقياس جيليام لتقدير التوحدية خصائص سيكومترية ممتازة، وأثبت فاعليته في التعرف على الأشخاص الذين يعانون الذاتوية.

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس فى الدراسة الحالية:

أ. الصدق:

حُسب صدق المقياس في الدراسة الحالية بطريقتين: الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس الحالى على عينة من الأطفال ٢٩ طفلاً، ودرجات نفس الأطفال على (مقياس الطفل الذاتوى) إعداد (عادل عبدالله محمد،٢٠٠٠) وكانت قيمة معامل الارتباط ٠,٨٢ وهى دالة إحصائياً عند ٠,٠١، وصدق الاتساق الداخلي: حيث حُسبت معاملات الارتباط بين الدرجات المعيارية للأبعاد الأربعة الفرعية وبعضها بعضاً في علاقتها بالدرجة الكلية (معامل التوحد) لاستجابات كل من آباء ومعلمي الأطفال الذاتويين، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس.

ب. الثبات:

حُسب الثبات بطريقتين: الثبات بطريقة التجزئة النصفية: حيث حُسب ثبات المقياس في الدراسة الحالية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون وذلك كما ذكرها صلاح أحمد مراد، (٢٠٠٠) حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يحقق ثبات المقياس، والثبات بطريقة إعادة التطبيق: على عينة ٢٩ بفاصل زمني مقداره ٢١ يوماً، وحُسبت معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية فى التطبيقين، حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى٠,٠١ مما يؤكد درجة الثبات العالية للمقياس.

- **مقياس (المهارات الحياتية) إعداد الباحثة:**

يتكون المقياس من خمسة أبعاد منفصلة من البنود، تشمل النمو اللغوي، الأداء الوظيفي المستقل، أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، النشاط المهني والاقتصادي، التطبيع الاجتماعي.

التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس:

أ. الصدق والثبات:

تمتع المقياس بدرجة قياسية من الصدق الظاهري حيث اتفق المحكمون على ارتباط مواقف المقياس مع المستويات التي وضعت لقياسها، وقد تميز المقياس بالسهولة والتكامل والوضوح، وأنه مناسبٌ بدرجة كبيرة للفئة العمرية والعينة. وحُسب الصدق باستخدام الصدق الظاهري، وصدق الاتساق الداخلي الذي كانت معاملاته تتراوح بين (٠,٨٩- ٠,٩١) ، أما الثبات فحُسب بطريقة إعادة التطبيق (٠,٩٧) وطريقة التجزئة النصفية (٠,٨٦) .

طريقة التصحيح:

يقوم ولي الأمر (وبخاصة الأم) بالإجابة على بنود المقياس مع مراعاة الصدق في الاستجابة.

تتمثل طريقة الاستجابة في اختبار استجابة واحدة من ثلاث استجابات، وهي (نعم) إذا كانت العبارة تنطبق على المفحوص، وتُعطى ثلاث درجات إذا كانت (إلى حد ما)، وإذا كانت العبارة تنطبق بعض الشيء على المفحوص فتعطى درجتان، أما بالنسبة للاستجابة (لا) فهي إذا كانت العبارة لا تنطبق على المفحوص، وتعطى درجة واحدة. أي تُخصص الدرجات (٣، ٢، ١) لكل من هذه الاستجابات على الترتيب بالنسبة للعبارات الإيجابية، وتخصص الدرجات (١، ٢، ٣) بالنسبة للعبارات السلبية.

- **ثالثا- البرنامج:**
- **أهداف البرنامج:**

يتمثل الهدف الرئيس للبرنامج في اختبار فاعلية برنامج جداول الأنشطة المصورة في إكساب أطفال الروضة الذاتويين بعض المهارات الحياتية. **ويتم تحقيق هذا الهدف الرئيس عن طريق:**

١. تعليم الطفل السلوك الاستقلالي وتدريبه على القيام بالنشاط المطلوب من تلقاء نفسه دون الحصول على المساعدة من أحد الراشدين.
٢. تعليم الطفل على مجال أوسع للاختيار، وذلك يبين تلك الأنشطة التي يرغب أن يقوم بها، أو الأطفال الذين يفضل أن يشترك معهم.
٣. تعليم وتدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي، مما يسهم بدرجة كبيرة في اندماج الطفل مع الآخرين.

- **الأسس التي يقوم عليها البرنامج:**

١. المنطلقات النظرية (المهارات الحياتية الضرورية للطفل الذاتوي، برامج العلاج المقدمة للطفل الذاتوي) .

٢. نتائج البحوث والدراسات السابقة المرتبطة بالطفل الذاتوي.

٣. ملاحظات الباحثة واطلاعها ومقابلاتها للخبراء والمتخصصين.

- **الفئة المستهدفة من البرنامج:**

البرنامج الإرشادى المعد فى الدراسة الحالية مقدم إلى الأطفال الذاتويين من أطفال رياض الأطفال بمركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض.

- **مصادر البرنامج الإرشادي ومحتواه:**

من أجل وضع المحتوى المناسب لمادة البرنامج المقترح في الدراسة الحالية اطلعت الباحثة على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت تصميم برامج إرشادية للأطفال الذاتويين، كذلك الدراسات التى قدمت خططاً أو تنظيمات لكيفية تدريب الأطفال الذاتويين، وتمثلت أهم الدراسات التي كانت مجالاً لاختيار محتوى البرنامج (عادل عبدالله محمد، ٢٠٠١؛ عبدالمنان ملا معمور، ١٩٩٧؛ عمر بن الخطاب ٢٠٠١؛ سهام على عبد الغفار، ١٩٩٩؛ هالة فؤاد ٢٠٠١، اسماعيل بدر، ١٩٩٧، سهير محمود آمين، ٢٠٠٤).

- **أساليب التدريب في البرنامج:**

١. **الملاحظة**: حيث يتعرف الطفل على الصور.

الممارسة والتدريب: الإشارة إلى الصورة، والإمساك بالأدوات والقيام بالنشاط.

- **الأساليب والفنيات المستخدمة:**

استخدمت الباحثة بعض الأساليب والفنيات أثناء تطبيق البرنامج وهي ما يأتي:

أ. التدعيم: وهو تقوية السلوك المرغوب، وتثبيته بتقديم شيء محبب للطفل، ومنها المدح والابتسامات والقبلات واحتضان الطفل، وكل ما يشير إلى الاهتمام بالطفل.

ب. النمذجة: حيث تقوم الباحثة بدور النموذج لتمثيل النشاط المصور لمساعدة الأطفال على القيام به.

ت. الحث: وقد استخدمت الباحثة هذه الفنية في بداية كل جلسة، وذلك لتشجيع الأطفال على البدء في النشاط، بالإضافة لاستخدام بعض أنشطة الألعاب الصغيرة في بداية الدروس لزيادة ألفة الأطفال مع بعضهم ومع الباحثة.

- **المكان والأدوات:**

غرفة بها طاولات مستديره صغيرة، وكراسي، ورفوف بها ألعاب مثل: (عرائس مطاطية، وسيارات صغيرة. وصور ملونة وُضعت في ألبوم للصور، ووضعت ورقة صغيرة خضراء في نهاية كل صفحة ليسهل قلبها. وأُعطي كل طفل ألبوماً خاصاً به، وفي نهاية كل ألبوم وضع وجه مبتسم ليدل على انتهاء المهمة، ويساعد في تعزيز الذات لدى الطفل.

- **تقويم البرنامج:**

استخدمت في تقويم البرنامج استرتيجية ذات أربعة محاور تتمثل فيما يأتي: التقويم المبدئي، والتقويم البنائي، والتقويم النهائي، والتقويم التتابعي.

- **المهارات المستخدمه في البرنامج:**

هناك ثلاث مهارات أساسية يجب أن يلم بها الطفل حتى يتمكن من استخدام جداول النشاط المصورة واتباعها، وهي:

أ. التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية:

وتتطلب تلك المهارة أن يشير الطفل إلى الصورة في كل صفحة من جدول النشاط، مع ذكر اسم ما تتضمنه إذا كان يعرفه، أما إذا كان لا يعرفه، فيجب أن يردد اسم هذا الشيء.

ب. تمييز الأشياء المتشابهة والتعرف عليها:

ويتضمن الجدول الخاص بذلك صفحات بكل منها صورة واحدة تتضمن الأدوات التي يستخدمها في المهارات الحياتية، وتوضع تلك الأدوات أمام الطفل على المنضدة ليتعرف عليها، ثم تُعرض جميع الأدوات بصورة منفردة على الطفل ليتعرف عليها.

ت. التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء:

يقوم الطفل بتعلم المهارة باتباع الجدول الخاص بالمهارة الأولى نفسه، حيث توضع أداة أو قطعة ملابس واحدة يستخدمها أمام الطفل، ويطلب منه أن يتعرف عليها في وسط مجموعة من الأدوات أو الملابس الأخرى.

- **تدريب الطفل على استخدام جدول النشاط المصور:**

للقيام بذلك تم التركيز على مكونات النشاط التي يجب أن يعرفها الطفل، ويتدرب عليها بغض النظر عن تلك الصور التي يتضمنها الجدول، وتتمثل هذه المكونات فيما

ياتي:

١. فتح جدول النشاط والقيام بقلب الصفحة والوصول إلى الصفحة المستهدفة.

٢. النظر إلى الصورة المستهدفة بالترتيب والإشارة إليها ووضع إصبعه عليها.

٣. الإمساك بالأدوات التي يتطلبها أداء النشاط الذي تعكسه الصورة، وإحضارها إلى حيث يجلس.

٤. إكمال النشاط والانتهاء منه.

٥. إعادة الأدوات على مكانها الذي أخذها منه من قبل.

- **تقويم أداء الأطفال على جداول النشاط المصورة:**

ويتم ذلك من خلال:

١. **الملاحظة المباشرة**: التي يجب أن يعقبها قرار من جانب القائم بها سواء كان الوالد أو المعلم، ويتعلق هذا القرار بواحدة أو أكثر من النقاط الأتية:

أ. إعادة تدريب الطفل على خطوة معينة.

ب. تغيير الأجزاء المستخدمة في تعليمه.

ت. الانتقال به في حالة الأداء الصحيح إلى الخطوة التالية حتى يكتمل تدريبه على استخدام الجدول.

٢. **التقرير**: ويشترط في مثل هذا التقرير أن يوضح:

أ. مدى إجادة الطفل للمهارات اللازمة لاستخدام جدول النشاط.

ب. المستوى اللغوي للطفل.

ت. مدى ملاءمة الأنشطة المتضمنة للطفل.

ث. مدى إقبال الطفل على تلك الأنشطة.

ج. مدى فعالية الإجراءات الإرشادية المستخدمة.

ح. مدى وضوح مكونات الأنشطة بالنسبة للطفل.

خ. مستوى أداء الطفل للمكونات المتضمنة في كل نشاط.

د. مستوى أداء الطفل للمهام المتضمنة والأنشطة المستهدفة.

ذ. مدى ملاءمة المكافآت المستخدمة في التعزيز.

- **جلسات البرنامج**:

الجدول الآتي يوضح عدد الجلسات في كل أسبوع وأهداف نشاط الجلسات الأسبوعية والفنيات المستخدمة.

الجدول (١):

عرض الجلسات والفنيات المستخدمه

الأسبوع	عدد الجلسات	أهداف النشاط	الفنيات	الزمن
الأول	٣	جلستان تعارف مع إدارة المركز والتمهيد للبرنامج والاطلاع على ملفات الأطفال وسجلاتهم. وجلسة تعارف مع الأطفال والتعرف عن قرب عن خصائصهم	التدعيم – النمذجه – الحث	٣٠ دقيقة
الثاني	٣	قلب جدول النشاط والوصول إلى صورة غسيل الاسنان إحضار الأدوات الخاصة والقيام بالنشاط		
الثالث	٣	قلب جدول النشاط والوصول إلى صور الطفل الذي يرتدي الملابس و ارتداء الملابس. إحضار قطع الملابس قطعة قطعة وارتدائها.		
الرابع	٣	قلب جدول النشاط والوصول إلى صور الطفل الذي يعتني بشعره. إحضار المشط والشامبو والصابونه والقيام بالعناية بالشعر.		
الخامس	٣	قلب جدول النشاط والوصول إلى صور الطفل الذي يتناول الطعام. إحضار الأطباق والمعلقة، والشوكه. وتناول الطعام		
السادس	٣	قلب جدول النشاط والوصول إلى صور الطفل وهو يغسل اليدين. إحضار الصابونه والمنشفه والقيام بغسل اليدين.		

رابعا: إجراءات الدراسة:

١. تعبئة استمارة البيانات الخاصة بالطفل.

٢. ملء استمارة البيانات الخاصة بالمقياس على عينة بلغت أربعة أطفال من مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بمدينة الرياض.

٣. انتقاء عينة الدراسة من الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس جليام لتشخيص الذاتويه النفسية

٤. تطبيق القياس القبلي للمجموعة التجريبية.

٥. تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

٦. تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية، وبعد مرور شهرين من القياس البعدي طبقت القياس التتبعي للتعرف إلى بقاء أثر البرنامج.

٧. جمع البيانات وجدولتها.

٨. استخدام المعالجات الإحصائية لاستخراج النتائج.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة المرتبطة لحساب صدق فروض الدراسة.

سادساً: نتائج الدراسة وتفسيرها:

◄ أولا: المعالجة الإحصائية للفروض:

• نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه: (**توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى٠,٠١ بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي**).

الجدول (٢):

الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة وقيمة Z على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
غسل الأسنان	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٣	٠,٠١
	الموجبة	١	١	١		
	المجموع	٤	–	–		
ارتداء الملابس	السالبة	٤	٢,٥	١٠	– ٢,٦١	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		
العناية بالشعر	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٠	٠,٠١
	الموجبة	١	١	١		
	المجموع	٤	–	–		

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تناول الطعام	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٣	٠,٠١
	الموجبة	١	١	١		
	المجموع	٤	–			
غسل اليدين	السالبة	٤	٢,٥	١٠	– ٢,٦٠	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		
الدرجة الكلية	السالبة	٤	٢,٥	١٠	– ٢,٦٢	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدى. مما يعني اكتساب المهارة الحياتية للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم، وبذلك تحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول.

- **نتائج الفرض الثاني**:

ينص الفرض الثاني على أنه: (**توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى٠,٠١ بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس «جليام لتشخيص الذاتوية» بأبعاده في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدي**)، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ولككسون أيضاً للعينات المرتبطة ويوضح الجدول (٣) هذه النتائج.

الجدول (٣):

الفرق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس جيليام لتشخيص الذاتوية بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوكيات النمطية	السالبة	٤	٢,٥	١٠	– ٢,٦٢	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التواصل	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٣	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		
التفاعل الاجتماعي	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٠	٠,٠١
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		
الاضطرابات النمائية	السالبة	٤	٢,٥	١٠	– ٢,٦٠	٠,٠١
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	٠			
	المجموع	٤	–	–		
معامل التوحد	السالبة	٣	٣	٩	– ٢,٦٣	٠,٠١
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلاله إحصائية على مقياس جيليام لتشخيص الذاتوية بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. وهذه النتيجه تدل على انخفاض الأعراض التي يقيسها المقياس لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي عليهم، وبذلك تحقق هذه النتائج صحة الفرض الثاني.

- **نتائج الفرض الثالث**:

ينص الفرض الثالث على أنه: (**لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده**) ولاختبار صحة الفرض الثالث استخدمت الباحثة اختبار ويلككسون للعينات الصغيرة المرتبطة، ويوضح الجدول الآتي نتائج الفرض الثالث.

الجدول (٣):

الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس السلوك التكيفي بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
غسل الأسنان	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
ارتداء الملابس	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
العناية بالشعر	السالبة	١	١	١	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
تناول الطعام	السالبة	١	١	١	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
غسل اليدين	السالبة	١	١	١	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
الدرجة الكلية	السالبة	١	٢	٢	٠,٤٥	غير دالة
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٢	١	١		
	المجموع	٤	–	–		

يتضح من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب أطفال المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، مما يعني قبول الفرض الثالث والتحقق من صحته.

- **نتائج الفرض الرابع**:

نص الفرض الرابع على أنه: (**لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس «المهارات الحياتية» بأبعاده**).

الجدول (٤):

الفرق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة Z على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
غسل الأسنان	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
ارتداء الملابس	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	١	١	١		
	التساوي	٣	٣	٣		
	المجموع	٤	–	–		
العناية بالشعر	السالبة	١	١	١	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	١		
	المجموع	٤	–	–		
تناول الطعام	السالبة	١	١	١	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	١		
	المجموع	٤	–	–		
غسل اليدين	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٠	غير دالة
	الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٣	٣	١		
	المجموع	٤	–	–		
الدرجة الكلية	السالبة	٠	٠	٠	١,٠٢	غير دالة
	الموجبة	٤	٢,٥	١٠		
	التساوي	٠	٠	٠		
	المجموع	٤	–	–		

يتضح من الجدول السابق أنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج على مقياس «المهارات الحياتية» بأبعاده. مما يدل على فاعلية البرنامج المقترح وامتداد أثره التتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج. وبالتالي تم قبول الفرض الرابع والتأكد من صدقه.

وتبين النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية أن الأطفال الذاتويين اكتسبوا بعض المهارات الحياتية، وذلك من خلال ما تعكسه الفروق في القياسين القبلي والبعدى على مقياس المهارات الحياتية بأبعاده، وذلك لصالح القياس البعدي، وهو ما كشفت عنه نتائج الفرض الأول، كذلك بعد المتابعة، وهو ما كشفت عنه نتائج الفرض الثالث، كما وجد أن هناك فروقاً في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على مقياس جيليام للتوحد، وذلك كما في الفرض الثاني. واتضح أيضاً من الفرض الرابع امتداد أثر البرنامج بعد تطبيقه .

ولقد أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في الأداء الاجتماعي والتواصل عند الأطفال الذاتويين، وهذا يعود إلى تطور مهارات الانتباه عند الطفل التي ركز البرنامج على تنميتها حيث رُكّز على تزويد الطفل بإرشادات عن النشاطات المطلوبة، وترديد قدر من اللغة المنطوقة عند ممارسة اى نشاط.

وأشارت النتائج إلى أن الإجراءات التي تُتبع مع العلاج السلوكي المكثف والمبكر من شأنها أن تعمل على تعليم الأطفال الذاتويين المهارات المستهدفة، وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية في المواقف المختلفة والمتشابهة، وأن قيام الأطفال الذاتويين بالعديد من الأنشطة الاستقلالية يكسبهم السلوك الاستقلالي حيث بإمكانهم أداء الأنشطة المتضمنة بعد تدريبهم عليها، وذلك من تلقاء أنفسهم، ودون أي مساعدة من الكبار، ويمكن تعميم ذلك على العديد من المهمات والأنشطة. كذلك يمكن من خلال العلاج السلوكي المكثف والمبكر إكساب الأطفال الذاتويين المهارات الحياتية، وتدريبهم على الأعمال المنزلية المختلفة والمهارات الاقتصادية مثل: مهارات الشراء والبيع والتدريب عليها.

والنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية تؤكد فاعلية البرنامج المقترح المعد في الدراسة الحالية، حيث اعتمد البرنامج في فنياته على التدعيم والنمذجه والحث. وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع نتائج الدراسات السابقة التي تؤكد فاعلية استخدام

الصور والمثيرات المرئية في علاج الأطفال الذاتويين، وكذلك إمكانية تدريب هؤلاء الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية، وخاصة المهارات الحياتية ومهارات الرعاية المنزلية، ومن هذه الدراسات: دراسة (ماري تاراس وآخرين) (E. Marie Taras, etal, 1993) ودراسة (بيرس و سيتشربمان) (Pierce,. Schreibman, 1994) ودراسة (كاروزرس وتيلور) (Ca-tothers;. Tylor, 2004). (وجاسمين وآخرين) (Jasmine etal,2009)، و(آتاليا وإلينا) (Atalia;Cavkaytar,2009) . كذلك اتفقت مع نتائج دراسة (إبراهيم العثمان، ٢٠٠٤) في فاعلية استخدام الصور في اكساب الأطفال التوحديين المهارات الحياتية. واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع وجهة نظر (سترونج) (Strong,1996) حيث أكد على إمكانية تقوية القدرة على اتباع الروتين، وحب الأشياء المنظمة والدقيقة وشديدة الوضوح لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

ويتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة أن معظم الدراسات استخدمت أسلوب العلاج والتأهيل الجمعي. وركزت على إكساب الأطفال مهارات الحياة والرعاية المنزلية، ومهارات التواصل اليومي. وهذا يدعم أهداف الدراسة الحالية في إكساب الأطفال المهارات الحياتية. كما أنه من الممكن أن تُعد الدراسات السابقة بمثابة نقطة انطلاق ينطلق منها منهج البحث الحالي الذي يركز على تصميم برنامج قائم على الأنشطة المصورة من الممكن الاستفادة منه في تأهيل الأطفال التوحديين وعلاجهم.

المصادر والمراجع:

أولاً- المراجع العربية:

١. أحمد أمين نصر، سهير (٢٠٠١) . مدى فعالية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس

٢. أحمد مراد، صلاح (٢٠٠٠). الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣. الجارحي، سيد (٢٠٠٤) . فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين خفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير، كلية التربية: جامعة عين شمس.

٤. الخطاب، خليل (٢٠٠١). الأساليب الفعالة في علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، القاهرة، ع ٩، ص ص١٧- ٤٤

٥. اللولو، فتحية صبحي سالم (٢٠٠٥) . المهارات الحياتية المتضمنة في محتوى مناهج العلوم الفلسطينية للصفين الأول والثاني الأساسيين، بحث مقدم إلى مؤتمر التربوي الثاني الطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع وطموحات المستقبل، في الفترة من ٢٢: ٢٣/ ١١/ ٢٠٠٥م، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

٦. بخيت، عبد الرحيم (١٩٩٩). (الطفل التوحدي «الذاتوي- الاجتراري») القياس والتشخيص الفارق. نشرة المؤتمر السادس لمركز الإرشاد النفسي: ١٣٠- ١٤٥، جامعة عين شمس، القاهرة.

٧. سكوت، جودمان، (٢٠٠٢). التدريب الرياضي لذ وي الاحتياجات الخاصة – المبادئ الأساسية. ترجمة عبد الحكيم المطر، الرياض: مجلس التعاون لدول الخليج العربي.

٨. السيد عبد الرحمن، محمد و محمد خليفه، منى. (٢٠٠٤) مقياس جيليام لتشخيص التوحدية، القاهرة، دار الفكر العربي.

٩. العثمان، إبراهيم (٢٠٠٤) . واقع خدمات التربية الخاصة للتلاميذ ذوي التو حد في المملكة العربية السعودية، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، (٤) ، ٢٢٧- ٢٣٢

١٠. عبدالله محمد، عادل (٢٠٠٠) فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحيديين، مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السابع.

١١. عبدالله محمد، عادل (٢٠٠١). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحيديين للحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع ١٤، ص ص ٢٠٢- ٢٢٤

١٢. عبدالله محمد، عادل (٢٠٠١). أطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.

١٣. عبدالله محمد، عادل (٢٠٠٢) . جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة ، دار الرشاد.

١٤. عبدالله محمد، عادل و خليفة حسن. (٢٠٠١) فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفى للأطفال التوحيديين، بحوث مجلة كلية الآداب، جامعة المنوفية، ع١٧٨، ٨- ٢٠٢

١٥. عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٤) ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، السنة التاسعة عشر، العدد ٧١، ٢- ١٨.

١٦. على عبد الغفار عليوه، سهام (١٩٩٩). فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة طنطا.

١٧. فؤاد محمد، هالة (٢٠٠١). تقييم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٨. قاسم، ناجي و عبدالرحمن، فاطمة (٢٠٠٧) . فاعلية برنامج ترويحي على تنمية بعض المهارات الحياتية والنفسية والحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة، متاح على موقع:

www. golfkids. com

١٩. محمد، عبد الحليم (٢٠٠٨) . برامج التدخل العلاجي والتأهيلي للذاتويين Autism، متاح على موقع: الموقع العربي لإصابات العمود الفقري والحبل الشوكي
http:// www. arabspine. net/ index. php?option=com_frontpage&Itemid=1

٢٠. محمد بدر، إسماعيل (١٩٩٧). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي، القاهرة، المجلد الثاني. ٢- ٤ ديسمبر، ص ص ٧٢٧- ٧٥٨

٢١. مختار، سيد (٢٠٠٩)، تصحيح مفهوم مرض التوحد إلي الذاتوية، مدونة د. سيد مختار، على شبكة المعلومات العالمية، الرابط الإلكتروني التالي:
http:// sayedmokhtar. maktoobblog. com/ 1618957

٢٢. ملا معمور، عبدالمنان (١٩٩٧) . فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال التوحيديين، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد، القاهرة (٢- ٤) ديسمبر ص ص ٤٣٧- ٤٨٥.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

1. *American Psychiatric Association. (2000) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: Author.*
2. *B. , Remington, R. P Hastings H. , Kovshoffdegli Espinosa, Jahr, Brown, T. (2007) . Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. American Journal on Mental Retardation, 112 (6) , 418- 438*
3. *B. ,Persson (2000) . Brief report: a longitudinal study of quality of life and independence among adult men with autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 61- 66.*
4. *Baum, C. , & Baptiste, S. (2002) . Reframing occupational therapy practice. In M. Law, C. M. Baum, & S. Baptiste (Eds.) Occupation- based practice: Fostering performance and participation (pp. 3- 14) . New Jersey, USA: Slack.*
5. *C. K ,Nikopoulos. , & P. G. Nikopoulou- Smyrni (2008) . Teaching complex social skills to children with autism; advances of video modelling, Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 5 (2) , 30- 43.*
6. *Caykyatar, Atalia; Ollard, Elena (2009) . Effectiveness of Parent and Therapist Collaboration Program (PTCP) for Teaching Self- Care and Domestic Skills to Individuals with Autism, Education and Training in Developmental Disabilities, v44 n3 p381- 395 Sep 2009.*

7. *C. ,Strong (1996) . Autism: An Introduction for parents and aguide to Oregon's Service System,2nd. ed. Salem,OR: Autism Training Project/ Oregon Technical Assistance Corporation*
8. *D. , Hegner (1992) Life skills a cross, the curriculum combined teacher, student manual Department of general Academic Education, country of publishing U. S, New Jersy; 1992. p. 15- 22.*
9. *D. E. ,Carothers & R. L. , Taylor (2004) . How Teachers and Parents Can Work Together to Teach Daily Living Skills to Children with Autism, Focus on Autism and Other Development Disabilities, 19 (2) , 12- 104*
10. *Dieterich, Susan E. (2004) . Maternal and Child Characteristics that Influence the Growth of Daily Living Skills from Infancy to School Age in Preterm and Term Children, Early Education and Development, 15 (3) ,283- 304*
11. *E. , Jasmine, etal (2009) . Sensory Motor and Daily Living Skills of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders, Journal of Autism and Developmental Disorders, 39 (2) , 231- 241*
12. *E. Feinberg, & J. Vacca, (2000). The drama and trauma of creating policies on autism; critical issues to consider in the new millennium, Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 15, 130- 138.*
13. *E. Taras, Marie, etal (1993). Using Independence Training to Teach Independent Living Skills to Children and Young Men with Visual Impairments, Behavior Modification, Vol. 17, No. 2, 189- 208 (1993)*
14. *F. M. Gresham, M. E. , Beebe- Frankenberger, &, D. L. , MacMillan (1999) .A selective review of treatments for children with autism: description and methodological considerations, School Psychology Review, 28, 559- 576.*
15. *Herra, Gregory (2008) . Development of Symbolic Play through the use of virtual reality tools in children with autistic spectrum disorders: Two case studies ,The International Journal of Research and Practice,12 (2) ,143- 157*
16. *J. , Goodgive (2000) . Autism. Pub. Resource foundation of children with challenges , U. S. A*
17. *K. E,Jung; H. J. Lee (2006) . Efficacy of Sensory integration treatment based on vitual reality: Tangible interaction for children with autism, Peer Reviewed journal ,4,45- 49*

18. *Kasari, C. (2002) . Assessing Change in Early Intervention Programs for Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32, No. 5, PP. 361- 441.*

19. *Krantz, P. J. , MacDuff, M. T. , & McClannahan, L. E. (1993) . Programming participation in family activities for children with autism: Parents' use of photographic activity schedule, Journal of Applied Behavior Analysis, 26,137- 138.*

20. *L. J Heflin. & R. L Simpson,. (1998) . Interventions for children and youth with autism: prudent choices in a world of exaggerated claims and empty promises. Part I: intervention and treatment option review, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 13, 194- 211.*

21. *M. , Liss, etal (2001) . Predictors and correlates of adaptive functioning in children with developmental disorders, Journal of Autism and Developmental Disorders,31 (2) , 219- 230.*

22. *M. E. , Van Bourgondien & E. ,Schopler (1996) . Intervention for adults with autism, Journal of Rehabilitation, 62, 65- 71.*

23. *Mayo Clinic. (2006) . Children's Health: Autism. Mayo Foundation for Medical Education and Research,*
http:// www. mayoclinic. com/ health/ autism/ .

24. *National Institute of Mental Health (2008) . Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders) . U. S. Department of Health and HumanServices:*
http:// www. nimh. nih. gov/ health/ publications/ autism/ complete-

25. *R. L., Koegel, & Koegel,. (1999) . Teaching children with autism. Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities. Baltimore: Paul H. Brookes*

26. *Richard. P & Matthew, D. (2002) . Early intensive behavioural Intervention for children with Autism: parental the paretic self – Efficacy. Research in Development Disabilities, 23, 332 – 341.*

27. *S. , Ozonoff. & K. Cathcart (1998) . Effectiveness of a home program intervention for young children with autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, 25- 32.*

28. *S. ,Choi (2000) . Let's Play: Children with Autism and Their Play Partners Together. Pub. Schonell Special Education Research Centre, University of Queensland, Australia*

29. *Scattone, D. (2007) . Social skills interventions for children with autism, Psychology in the Schools, 44 (7) , 717- 726.*

30. *T. Self, ,etal (2007). A Virtual approach to teaching Safety Skills to children with autism spectrum disorder, Peer Reviewed Journal, 27 (3) Jul,Sept. ,242- 253.*

31. *World Health Organization (1997). Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, Geneva, World Health Organization.*

ملحق (١)

نموذج لجلسة تدريبية
مهارة ربط الحذاء

المهارة: ارتداء الملابس– ربط الحذاء.			
الهدف: أن يقوم الطفل بربط الحذاء ، ٣ مرات على التوالي دون المساعدة.			
مكان التنفيذ : على الارض مع المعالج.			
الأدوات: أحذية بأربطة، صور لربط الحذاء.			
عدد المحاولات: ١٠.			
إجراءات التدريس:			
الخطوة	**تقديم المعالج أو الميسر**	**استجابة الطفل**	**النتيجة**
١	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يقول «هذا هو رباطاً الحذاء» ويشير إلى الصورة ويربط الحذاء في نفس الوقت. ويقول أيضاً «أنا أربط الحذاء»	سوف يحاول الطفل ربط الحذاء خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٢	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يقول «هذا هو ربط الحذاء» وأثناء ذلك يشير إلى الصورة ويعقد رباطاً تحت الطرفاً الآخر.. ويقول أيضاً «»أنا أربط الحذاء»	سوف يحاول الطفل تمرير الرباطاً من الفتحات ويعقد رباطاً تحت الآخر خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز

٣	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يقول «هذا هو ربط الحذاء» وأثناء ذلك يشير إلى الصورة ويوضح تمرير الرباطاً وكيفية عقد رباطاً تحت الطرفاً الآخر.. ثم يسحب طرفاً الرباطاً ويقول أيضاً «أنا أربط الحذاء»	سوف يحاول الطفل تمرير الرباطاً من الفتحات ويعقد رباطاً تحت الآخر ويسحب الرباطاً خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٤	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يربط الطفل رباطاً واحد خمس مرات	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٥	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يمرر الطفل الرباطاً يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الطرفاً الاخر ويلف الرباطاً حول الرباطاً المثني في خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٦	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يمرر الطفل الرباطاً يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الطرفاً الاخر ويلف الرباطاً (يسوي أنشوطه) حول الرباطاً المثني ثم يسحب الرباطاً المنشوط حول الرباطاً المثني أو المربوط خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٧	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يمرر الطفل الرباطاً يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الطرفاً الاخر ويلف الرباطاً (يسوي أنشوطه) حول الرباطاً المثني ثم يسحب الرباطاً المنشوط حول الرباطاً المثني أو المربوط ثم يدفع بالرباطاً المعقود تحت المثني خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز

٨	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يمرر الطفل الرباطاًين يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الأطراف المربوطة، ويلف الرباطاً (يسوي أنشوطه) حول الرباطاً المثني ثم يسحب الرباطاً المنشوط حول الرباطاً المثني أو المربوط ثم يدفع بالرباطاً المعقود تحت المثني ثم يدفع الرباطاً (ذات الأنشوطه) خلال وتحت الرباطاً المطوي أو المثني خمس مرات.	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
٩	الميسر والطفل جالسان على الأرض. والميسر يشير للصورة ويقول للطفل «اربط الحذاء»	يمرر الطفل الرباطاًين يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الأطراف المربوطة، ويلف الرباطاً (يسوي أنشوطه) حول الرباطاً المثني ثم يسحب الرباطاً المنشوط حول الرباطاً المثني أو المربوط ثم يدفع بالرباطاً المعقود تحت المثني ثم يدفع الرباطاً (ذات الأنشوطه) خلال وتحت الرباطاً المطوي أو المثني ثم يعمل أنشوطه خمس مرات	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز
١٠	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز	يمرر الطفل الرباطاًين يثني أو يعقد طرفاً تحت الآخر، ويسحب الأطراف المربوطة، ويلف الرباطاً (يسوي أنشوطه) حول الرباطاً المثني ثم يسحب الرباطاً المنشوط حول الرباطاً المثني أو المربوط ثم يدفع بالرباطاً المعقود تحت المثني ثم يدفع الرباطاً (ذات الأنشوطه) خلال وتحت الرباطاً المطوي أو المثني ثم يعمل أنشوطه ويسحب الأنشوطات المربوطه خمس مرات	صواب: يتم مدح الطفل والثناء عليه ومكافأته. خطأ: يتم تفسير الخطأ، إعادة التوجيه وعرض الصورة مع التحفيز