جامعة وهران 02

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس والأرطفونيا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم بعنوان:

أثر برنامج علاجي في تطوير بعض المهارات لدى أطفال التوحد

إعداد الطالبة:

تيغرة نوال

إشراف الأستاذة:

شارف جميلة

أعضاء لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	بقال أسمى	أستاذة	جامعة وهران2	رئيسا
02	شارف جميلة	أستاذة	جامعة وهران2	مشرفا ومقررا
03	جفال مريم	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران2	مناقشا
04	علاق كريمة	أستاذة	جامعة مستغانم	مناقشا
05	عبد الرحيم ليندة	أستاذة	جامعة بلعباس	مناقشا
06	قليل محمد رضا	أستاذ محاضر أ	جامعة تيارت	مناقشا
السنة الجامعية:2026/2025م				

الاهداء

أهدي تخرجي إلى من أحمل اسمه بكل فخر و إلى من حصدت الأشواك عن دربي ليمهدا لي طريق العلم إلى

" روح أبي الغالي"رحمه الله" و "امي الحبيبة رعاها الله"

الى سندي و رفيقي "زوجي العزيز"

الى فلذات كبدي ابنائي : مونية.....منال.....محمد

الى اخواي : نسرين .....عبد القادر لطفي

الى حمواي : عمي ادريس ..... ميمى الزهرة .

ولكل من كان عونا و سندا في هذا الطريق ,ممتنة لكم جميعا .

الشكروالتقدير

"يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان والتقدير لأستاذتي الفاضلة الدكتورة"شارف جميلة" لقبولها الاشراف على رسالتي، وعلى صبرها وتعاونها اللامتناهي، وكل ما قدمته لي من نصائح وتوجيهات طيلة مشواري البحثي

وشكري موصول لهذا الصرح العلمي بهاماته وأساتذته كافة كل باسمه ومقامه.

ولا يفوتني أن أشكر الأساتذة الذين لم يبخلوا علي بمساعداتهم في تحكيم وتقويم أدوات الدراسة .

وكل الشكر والامتنان إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، لقبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع، وما منحوه من وقت وجهد في سبيل تصويب العثرات، وإبداء الآراء البناءة والتوجيهات التي تثري الأطروحة.

وفي الختام أشكر كل من ساندني ماديا أو معنويا أو حتى بالدعاء...وكل من كان له فضلا علي في إنجازي لهذه الرسالة العلمية "

الباحثة: تيغزة نوال

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من أثر برنامج علاجي مقترح لتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وقد اعتمدت الباحثة المنهج شبه التجريبي بمجموعة تجريبية واحدة(قياس قبلي وبعدي)، و ضمت العينة (**08**) حالات من اضطراب طيف التوحد، تبلغ أعمارهم من ثلاث إلى ثلاث سنوات ونصف متواجدين في مؤسسة فضاء نفس تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة ببلقايد وهران ، ولأغراض الدراسة استخدمت الباحثة مقياس كارز للتوحد، ومقياس تقدير مهارات التواصل اللفظي لاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من إعداد الباحثة وذلك بعد التأكد من صلاحيته من صدق وثبات. كما قامت الباحثة بتصميم برنامج علاجي لتنمية مهارات التواصل اللفظي استهدف: مهارات الفهم، التعبير، التسمية ، كما توصلت الى مهارة القراءة التي لم تكن مستهدفة ،وخفض درجة التوحد.

وبعد تطبيق الدراسة التجريبية (2019_2022) وختاما بالقياس التتبعي، وبعد إجراء التحليل الإحصائي وفق برنامج SPSS تم التوصل إلى النتائج التالية:

1. يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
2. يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجة التوحد لدى أطفال عينة الدراسة.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد ككل ، ولصالح التطبيق القبلي(انخفاض درجة التوحد).
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي،لصالح التطبيق التتبعي.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي؛ اضطراب طيف التوحد؛ التواصل اللفظي؛ المهارة.

Abstract:

The study aimed at determining the impact of a proposed therapeutic program for developing language communication skills in children with autism spectrum disorder. The researcher adopted a quasi-experimental approach with a single experimental group (pre- and post-measurement), and the sample included eight cases of autism spectrum disorder, aged between three and three and a half years old, who were enrolled at the Fadaa Educational Center for Children with Special Needs in Belgaid, Oran. For the purposes of the study, the researcher used the CARS autism scale and a language communication skills assessment scale developed by the researcher herself, after confirming its validity and reliability. The researcher also designed a therapeutic program to develop verbal communication skills, targeting comprehension, expression, naming, and reading skills.

After implementing the experimental study (2019-2022) and concluding with follow-up measurements, and after conducting statistical analysis using SPSS, the following results were obtained:

1. There is an effect of the proposed therapeutic program on the development of verbal communication skills in children with autism spectrum disorder.
2. There is an effect of the proposed therapeutic program on reducing the autism score in the study sample children.
3. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre- and post-applications on the verbal communication skills scale, in favor of the post-application.
4. There are statistically significant differences between the mean responses of the experimental group in the pre- and post-applications on the CARS autism scale as a whole, in favor of the pre-application (lower autism score).
5. There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the post-test and follow-up tests on the verbal communication skills scale, in favor of the follow-up application.
6. There are no statistically significant differences between the mean responses of the experimental group in the post-test and follow-up tests on the CARS autism scale.

Keywords: therapeutic program, autism spectrum disorder, language communication, skill.

Résumé

L'étude visait à déterminer l'impact d'un programme thérapeutique proposé pour développer les compétences linguistiques des enfants atteints de troubles autistiques. La chercheuse a adopté une approche quasi expérimentale avec un seul groupe expérimental (mesure avant et après) et un échantillon de huit cas de troubles autistiques âgés de trois à trois ans et demi, fréquentant l'établissement éducatif spécialisé pour enfants ayant des besoins particuliers de Belgaïd à Oran. Aux fins de l'étude, la chercheuse a utilisé l'échelle de Carze pour l'autisme et une échelle d'évaluation des compétences linguistiques élaborée par ses soins, après s'être assurée de sa validité et de sa fiabilité. La chercheuse a également conçu un programme thérapeutique visant à développer les compétences de communication verbale, notamment les compétences de compréhension, d'expression, de dénomination et de lecture.

Après la mise en œuvre de l'étude expérimentale (2019-2022) et à l'issue de l'évaluation de suivi, et après avoir effectué l'analyse statistique à l'aide du logiciel SPSS, les résultats suivants ont été obtenus :

1. Le programme thérapeutique proposé a un effet sur le développement des compétences de communication verbale chez les enfants atteints de troubles autistiques.
2. Le programme thérapeutique proposé a un effet sur la réduction du degré d'autisme chez les enfants de l'échantillon étudié.
3. Il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores de performance du groupe expérimental dans les applications pré et post sur l'échelle des compétences de communication verbale, en faveur de l'application post.
4. Il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes des réponses du groupe expérimental dans les applications pré et post-test de l'échelle de Carze pour l'autisme dans son ensemble, en faveur de l'application pré-test (baisse du score d'autisme).
5. Il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes des scores de performance du groupe expérimental dans les applications post-test et post-suivi sur l'échelle des compétences de communication verbale, en faveur de l'application post-suivi.
6. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes des réponses du groupe expérimental dans les applications post-test e t suivi sur l'échelle de l'autisme de Kars.

Mots clés : programme thérapeutique, trouble autistique, communication verbale, compétence.

قائمة المحتويات:

فهرس المحتويات	
العنوان	الصفحة
إهداء	أ
شكر وتقدير	**ب**
ملخص الدراسة	**ج–هـ**
فهرس المحتويات	**و**
قائمة الجداول	**ي**
قائمة الأشكال	**ل**
قائمة الملاحق	**م**
مقدمة	**2**
الفصل الأول:تقديم موضوع الدراسة	
مشكلة الدراسة وتساؤلاتها	**7**
فرضيات الدراسة	**9**
أهمية الدراسة	**10**
أهداف الدراسة	**10**
التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة	**11**
الدراسات السابقة	**13**
الفصل الثاني:اضطراب طيف التوحد	
تمهيد	**30**
تعريف اضطراب طيف التوحد	**30**

أسباب اضطراب طيف التوحد	**32**
معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد	**38**
علاج اضطراب طيف التوحد	**41**
البرامج العلاجية المنظمة علميا	**45**
خلاصة	**53**
الفصل الثالث: مهارات التواصل	
تمهيد	**55**
مفهوم مهارات التواصل	**55**
أنواع مهارات التواصل	**56**
تطور مهارات التواصل لدى الطفل ذو النمو الطبيعي	**59**
تطور مهارات التواصل لدى الطفل ذوي طيف التوحد	**62**
صعوبات مهارات التواصل لدى الطفل ذي طيف التوحد	**63**
خلاصة	**68**
الفصل الرابع:البرامج العلاجية	
تمهيد	**70**
تعريف البرامج العلاجية	**70**
شروط البرنامج العلاجي الجيد	**70**
خصائص البرنامج العلاجي الجيد	**71**
خطوات و مراحل بناء البرامج العلاجية	**72**
تصميم و تنفيذ و تقييم البرنامج العلاجي	**73**
صعوبات تطبيق البرامج العلاجية لدى المختص النفسي في الوسط المهني	**75**

الحلول المقترحة لمواجهة صعوبات تطبيق البرامج العلاجية في الوط المهني	**77**
البرامج العلاجية الموجهة لفئة أطفال إضطراب طيف التوحد	**78**
الخلاصة	**100**
الفصل الخامس:إجراءات الدراسة الميدانية	
الدراسة الاستطلاعية	**103**
أهداف الدراسة الاستطلاعية	**103**
حدود الدراسة الاستطلاعية	**104**
إجراءات الدراسة الاستطلاعية	**104**
عينة الدراسة الاستطلاعية	**105**
أدوات الدراسة	**105**
مقياس مهارات التواصل اللفظي	**105**
مقياس كارز للتوحد	**111**
البرنامج العلاجي المقترح	**114**
الدراسة الأساسية	**117**
حدود الدراسة	**117**
منهج الدراسة	**117**
عينة الدراسة	**118**
متغيرات الدراسة	**118**
ادوات الدراسة	**118**
البرنامج العلاجي المقترح	**120**
إجراءات تطبيق تجربة الدراسة	**128**

أساليب المعالجة الإحصائية	**130**
الفصل السادس:عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
عرض دراسة حالات الدراسة	**132**
اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة	**153**
اختبار فرضيات الدراسة وعرض النتائج	**155**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى	**156**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية	**158**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة	**159**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة	**159**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة	**160**
عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة	**161**
مناقشة نتائج الدراسة	**162**
مناقشة نتائج الفرضية الأولى للدراسة.	**162**
مناقشة نتائج الفرضية الثانية للدراسة.	**165**
مناقشة نتائج الفرضية الثالثة للدراسة.	**168**
مناقشة نتائج الفرضية الرابعة للدراسة.	**172**
مناقشة نتائج الفرضية الخامسة للدراسة.	**173**
مناقشة نتائج الفرضية السادسة للدراسة.	**175**
مناقشة عامة لنتائج الدراسة	**176**
المساهمة العلمية للدراسة	**179**
خلاصة	**181**

خاتمة	**182**
مقترحات الدراسة	**184**
قائمة المراجع	**186**
قائمة الملاحق	**196**

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
	مستويات معدل الخطورة لاضطراب طيف التوحد	**40**
2.	صعوبات مهارات التواصل اللفظي ومظاهرها	**66**
3.	نبذة مختصرة عن نظام التواصل بتبادل الصور(PECS)	**83**
4.	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية لمقياس تقدير التواصل اللفظي حسب الجنس	**105**
5.	أهم مصادر تصميم مقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد	**106**
6.	نسبة اتفاق المحكمين لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد	**107**
7.	معيار الحكم من قبل رأي المحكمين حول مقياس تقدير التواصل اللفظي	**107**
8.	الإجراءات على مقياس تقدير التواصل اللفظي بعد التحكيم	**107**
9.	معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية على مقياس تقدير التواصل اللفظي	**108**
10.	نتائج اختبار"ت" لعينتين مستقلتين مقياس تقدير التواصل اللفظي	**110**
11.	:ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس تقدير التواصل اللفظي	**110**
12.	قيمة ارتباط بيرسون بين القياس الأول والثاني لمقياس تقدير التواصل اللفظي(ثبات إعادة الاختبار)	**111**

13.	مقياس تقدير التوحد الطفولي (كارز):أداة لتقييم السمات التوحدية للعيادي المتمرس ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية.	112
14.	نسبة الاتفاق بين محكمي البرنامج العلاجي	116
15.	التصميم التجريبي المتبع في الدراسة	117
16.	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	118
17.	محتوى البرنامج العلاجي	123
18.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الأولى (ر س) "	132
19.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الثانية (ر ط) "	134
20.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الثالثة (ك س) "	137
21.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الرابعة(ج ب) "	139
22.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الخامسة (أ ت) "	141
23.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة السادسة (و ب) "	143
24.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة السابعة (م ب) "	145
25.	يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الثامنة (ز ن) "	147
26.	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي.	153
27.	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد	155
28.	نتائج اختبار(T-Test) للفرق بين متوسـطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي	157

29.	نتائج اختبار (T–Test) للفرق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس كارز للتوحد	157
30.	الجدول المرجعي لتحديد مستويات حجم التأثير (Cohen's d)	158
31.	قيم معادلة (Cohen's d) لحجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي وقيم نسبة الكسب المعدلBlake	159
32.	قيم معادلة (Cohen's d) لحجم تأثير البرنامج العلاجي في خفض التوحد	160
33.	نتائج اختبار (T–Test) للفروق بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية على التطبيق البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل اللفظي	160
34.	نتائج اختبار (T–Test) للفروق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية على التطبيق البعدي والتتبعي لمقياس كارز للتوحد	161

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1.	مخطط معادلة توزيع بيانات القياس القبلي لمهارات التواصل اللفظي للمجموعة التجريبية.	154
2.	مخطط معادلة توزيع بيانات القياس البعدي لمهارات التواصل اللفظي للمجموعة التجريبية	154
3.	مخطط معادلة توزيع بيانات القياس القبلي لمقياس كارز للتوحد للمجموعة التجريبية.	155
4.	مخطط معادلة توزيع بيانات القياس البعدي لمقياس كارز للتوحد للمجموعة التجريبية.	156

قائمة الملاحق		
الرقم	**العنوان**	**الصفحة**
1.	قائمة الاساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي المقترح	**198**
2.	قائمةالاساتذة المحكمين لمقياس تقدير التواصل اللفظي لذى اطفال طيف التوحد	**198**
3.	مقياس مهارات التواصل اللفظي في صورته الأولية	**199**
4.	مقياس مهارات التواصل اللفظي في صورته النهائية	**202**
5.	مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز2-ST)	**205**
6.	استمارة المعلومات الخاصة بالحالة المرجع (إشكالية التواصل اللفظي لدى الطفل المتوحد)	**212**
7.	درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس مهارات التواصل اللفظي(القبلي_البعدي_التتبعي)	**215**
8.	درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس كارز للتوحد(القبلي_البعدي_التتبعي)	**216**
9.	نتائج الدراسة الاستطلاعية لمقياس مهارات التواصل اللفظي	**217**
10.	نتائج SPSS الدراسة الأساسية	**219**

11.	البرنامج العلاجي المقترح	**222**

مقدمة

مقدمة:

ازدادت في الاعوام القليلة الماضية نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد بوضوح في العديد من دول العالم الامر الذي يتطلب مزيدا من استخدام عددا من البرامج المتخصصة في تاهيل هؤلاء الاطفال و تنمية مهارا تهم بوجه عام و مهارات التواصل بوجه خاص، مما يؤهلهم للتواصل والاندماج مع اسرهم خاصة ومع افراد المجتمع المحيطين بهم عامة .

تتمثل المشكلات لدى حالات أطفال طيف التوحد في مشكلات التواصل وفي الكلام وفي ضعف النمو اللغوي وأيضًا استخدام الكلمات بطريقة متكررة والترديد الآلي لما يقوله المحيطون به، وكذلك عدم القدرة على بدء الحوار أو الاستمرار فيه على نحو طبيعي، ورغم ان الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يظهر عليهم الصمت، فإن بعضهم الآخر بعد تعرضهم لبرامج التدريب والتأهيل المكثف والمخصص لهذه الفئة، يستطيعون ان يطوروا اللغة بدرجة كبيرة.

ان اضطربات التواصل بصفة عامة واضطربات التواصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بصفة خاصة من اهم الاضطربات التي تؤدي الى ظهور العديد من المشكلات والسلوكيات الاخرى التي تؤثر في الطفل بوجه عام ، فان ضعف مهارة التواصل يظهر على الطفل الكثير من المشكلات السلوكية مثل البكاء والعناد و العدوان و سلوكات ايذاء نفسه و ايذاء المحيطين به و كذلك الاضطربات التي تواجه الطفل في قدرته على التواصل مع الاخرين و لمواجهة مشكلات التواصل من خلال التدخل المبكر فان من الضروري ان يشتمل العلاج على برامج متخصصة لتنمية قدرات الطفل في التواصل **(حسن اسامة عبد المنعم عيد ،2019 ، ص125).**

فالتواصل عنصر مهم في التعبير عن الحاجات والرغبات، لذلك يحتاج أطفال اضطراب طيف التوحد إلى برامج التواصل مساندة وبديلة عن برامج التواصل التقليدية التي يستخدمها الأفراد العاديون كبرامج الكتابة أو النطق ويطلق على هذه البرامج التواصلية برامج التواصل المعززة البديلة والمساندة وهي مجموعه من الادوات والوسائل المستخدمة التي تدعم وتعزز المهارات التواصلية اللفظية عند أطفال اضطراب طيف التوحد وغيرهم من الاطفال الذين يعانون من ضعف القدرة على التعبير.

للتواصل مع اطفال اضطراب طيف التوحد يجب ان يهدف بالدرجة الاولى الى تحفيز و تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لهذه الفئة ، بحيث يتمكنون من التواصل مع اسرهم و اقرانهم و افراد المجتمع

الذي يعيشون فيه ، ان عملية التواصل في المواقف الاجتماعية المختلفة تتطلب وجود ثلاثة عناصر وهي المرسل والرسالة التي سيتم نقلها و المستقبل وفي حالة كون احد هذه العناصر غير متوفر فلا يمكن ان يتم ارسال المعلومة المطلوبة وتكمن مشكلة التواصل عند غالبية الاطفال المصابين

باضطراب طيف التوحد بانهم يواجهون صعوبة في ارسال او استقبال الرسالة او المشاركة في حديث مع الاخرين بسبب ضعف القدرة على فهم المقصود من الحديث او الرسالة التي يرغب المرسل توجيهها لهم.

ان الاطفال المصابين بطيف التوحد بحاجة الى برامج تواصل تتضمن ستة مهارات اساسية وهي :

1. . الاجابة عن ا لاسئلة الموجهة لهم.
2. . التدرب على مهارات الاستماع.
3. . الاصغاء و الاستجابة.
4. . اعطاء الفرصة للمتحدث لاكمال فكرته.
5. . تبادل الدور في الحديث بشكل صحيح.
6. . فهم مشاعر الاخرين و رغباتهم.

ومن ابرز الاعراض لدى الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد هروبهم من المواقف الاجتماعية وقصور التفاعل الاجتماعي ،اذ يظهر عليهم عدم رغبتهم في المشاركة في اللعب مع اقرانهم و ضعف في التفاعل بينهم و بين اسرهم مع تجنبهم اي حوارات اسرية و ضعف واضح في الاستجابة للمثيرات التي تحيط بهم.

للتواصل مع اطفال اضطراب طيف التوحد يجب ان يهدف بالدرجة الاولى الى تحفيز و تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لهذه الفئة، بحيث يتمكنون من التواصل مع اسرهم و اقرانهم و افراد المجتمع الذي يعيشون فيه.

تعتمد برامج التواصل الناجحة للاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على تطبيق فكرة التعليم عبر الروتين و تكرار هذا الروتين لفترة طويلة من الوقت، و لذلك فان المهارات اللغوية يمكن اكسابها للطفل المصاب باضطراب التوحد باستخدام الروتين اليومي، حيث تلعب الذاكرة المميزة عندهم عنصرا مهما في تطويره لهذه القدرة ، و تهتم هذه البرامج بتطوير النطق عند الاطفال المصابين باضطراب التوحد كلمات و مفردات لغوية جديدة بدلا من الاعتماد على مفردات معينة بشكل مستمر، و من المهم توظيف هذه

المصطلحات بشكل فعال في الحياة اليومية، وهو ما يمكن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من المبادرة في التواصل مع المحيطين به حتى يتمكن من التعبير باستقلالية وتلقائية عن رغباته و احتياجاته .

ومن اهم البرامج في علاج التوحد برنامج (PECS) وهو نظام تواصلي يعتمد على مبادلة الصور بشكل رئيسي للتعبير عن الحاجات الاساسية والتواصل مع ا لاخرين و قد طور هذا البرنامج كل من اندي بوندي و فروست في عام 1994 م ، ويعتبر طريقة بديلة للاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وهو عبارة عن كتاب يحوي مجموعة صور تشمل المعاملات اليومية للطفل بالتالي فهو قائم على تبادل الصورة بالشيء المطلبوب مضاف الى ذلك تنمية الحصيلة اللغوية للطفل **(الحساني، 2005، ص 76)**.

ويطبق بصورة فردية لان كل طفل توحدي له سمات خاصة به و ايضا درجة الطيف نفسها تختلف من طفل الى اخر ، وقد اتضح بعد استعراض الدراسات السابقة الخاصة بتاهيل اطفال اضطراب طيف التوحد ، ان البرامج المصورة لها تاثير ايجابي في تطوير مهارات التواصل اللفظي واكتسابه بعض السلوكيات المرغوبة.

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة للبحث في اثر برنامج علاجي فكرته الأساسية هي تطوير مهارات التواصل اللفظي لدى اطفال اضطراب طيف التوحد استنادا على استراتيجية نظام التبادل بالصور.

وتم تقسيم الدراسة الى :

الجانب النظري ويضم الفصول التالية:

الفصل الأول"تقديم موضوع الدراسة"، ويتم في هذا الفصل طرح مشكلة الدراسة وفرضياتها وأهدافها وبيان أهميتها، إضافة إلى تحديد التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة وعرض الصعوبات.

الفصل الثاني"اضطراب طيف التوحد"، حيث يتم في هذا الفصل عرض تعريف اضطراب طيف التوحد وأسبابه معايير تشخيصه ، كما نتطرق أيضا إلى البرامج العلاجية المنظمة دوليا والتي وضعت لعلاج حالات إضطراب طيف التوحد.

الفصل الثالث"مهارات التواصل"، في هذا الفصل ارتأت الباحثة إلى عرض مهارات التواصل المتنوعة، ثم بيان تطور هذه المهارات لدى الطفل العادي، ولدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

الفصل الرابع"البرامج العلاجية"، حيث تم عرض تعريف البرامج العلاجية ،شروطها ،خصائص البرنامج العلاجي الجيد،خطوات و مراحل بناءالبرنامج العلاجي،تصميم و تنفيذها و تقييمها و تعديلها، وتم التطرق الى صعوبات وحلول تطبيقها و إلقاء الضوء على البرامج العلاجية المخصصة لفئة ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما **الجانب الميداني** للدراسة فيحتوي على فصلين:

الفصل الخامس"إجراءات الدراسة الميدانية"، أين تم التطرق للدراسة الاستطلاعية،أهدافها وإجراءاتها، والتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة(مقياس مهارات التواصل اللفظي، والبرنامج العلاجي).

كما تم عرض الدراسة الأساسية، وتحديد منهج وعينة الدراسة، و عرض البرنامج العلاجي المقترح وإجراءات تنفيذ الدراسة الأساسية.

الفصل السادس"عرض ومناقشة نتائج الدراسة"، فبعد عرض الدراسة العيادية لحالات الدراسة واختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة تم عرض النتائج حسب فرضيات الدراسة ومناقشتها في ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة، كما قدمت الباحثة مناقشة عامة لنتائج الدراسة، وأنهت الدراسة بعرض خاتمة واقتراح مجموعة من التوصيات وفق ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول :تقديم موضوع الدراسة

1. إشكالية الد راسة
2. فرضيات الد راسة
3. أهمية الد راسة
4. أهداف الد راسة
5. التعاريف الإجر ائية للد راسة
6. الدراسات السابقة

1.إشكالية الدراسة:

شهدت العقود الماضية زيادة واضحة في عدد الحالات المكتشفة التي تعاني من اضطراب طيف التوحد في مختلف دول العالم، ويُعزى ذلك إلى تحسّن القدرة على التشخيص باستخدام أدوات ووسائل قياس أكثر دقة وفعالية، مما أدى إلى تزايد الاهتمام بدراسة أسباب هذا الاضطراب (حازم، 2012، ص 25).

ويتميز اضطراب التوحد بظهور ثلاث مشكلات رئيسية، هي:

- صعوبة قدرة الطفل على التواصل عاطفياً مع أفراد أسرته.
- صعوبة التواصل من خلال الإشارات والإيماءات وتعابير الوجه.
- صعوبة استخدام الكلمات بشكل فعال وصحيح.

وتوجد كذلك مظاهر ثانوية لاضطراب طيف التوحد، منها الإصرار على الاحتفاظ بأشياء معينة، أو التمسك بالمماثلة كترتيب الألعاب بطريقة محددة، أو تدوير الأشياء والأدوات غير المخصصة للتدوير مثل الدمى والملاعق والأقلام (الحمدان، 2000، ص 47).

ولا يُعداضطراب طيف التوحد مرضاً محدد الأعراض يُشخَّص عبر تحاليل أو اختبارات معينة، بل هو مجموعة من الأعراض تندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة. وقد أشار كانر (Kanner) إلى صعوبة التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين المحيطين بالطفل، إضافة إلى قصور أو غياب اللغة، وتميزهم بالسلوك النمطي، ومقاومة التغيير في البيئة المحيطة، وضعف القدرة على التخيل وربط الأشياء ببعضها. وفي المقابل، يتمتع بعضهم بذاكرة جيدة. ويُعزى الفضل في استخدام مصطلح "التوحد" إلى الطبيب النفسي الأمريكي بلولر، غير أن كانر يُعد الرائد الأول في دراسة اضطراب التوحد، حيث قام خلال عمله في مستشفى جامعة هوبكنز بولاية ميريلاند الأمريكية بدراسة سلوكيات إحدى عشرة حالة، وقدم لأول مرة مصطلح "التوحد الطفولي المبكر."

ويُعد تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين من أكثر التعريفات قبولاً، إذ يشير إلى أن التوحد اضطراب يُعرَّف سلوكياً، وأن مظاهره الأساسية يجب أن تظهر قبل بلوغ الطفل عمر 30 شهراً، وتتضمن أعراضه ما يلي (الحضيري، 2019، ص 26)

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والقدرات المعرفية.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للأشخاص والأحداث والموضوعات.

كما عرّفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ,اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) بأنه اضطراب نمائي عصبي يتسم بقصور مستمر في التفاعل والتواصل بجميع أشكاله(American Psychiatric Association, 2013 p. 53) .

وأشارت العديد من الدراسات، مثل دراسة الزريقات (2016) ودراسة عبد الله وأبو الحسن وفتحي (2015)، إلى أن من أبرز سمات اضطراب طيف التوحد هروب الأطفال من المواقف الاجتماعية، وقصور التفاعل الاجتماعي والتواصل مع المحيطين بهم، وعدم الدافعية لمشاركة أقرانهم ألعابهم، إضافة إلى ضعف واضح في التواصل مع ذويهم وتجنب أي تواصل أسري، وضعف الاستجابة للمثيرات المحيطة. ومن هنا تبرز الحاجة إلى دراسة اثر البرامج التي تساعد الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على التواصل بجميع أشكاله، سواء كان تواصلاً لفظياً أو غير لفظي أو اجتماعياً، ومن هذه البرامج نظام التواصل عن طريق تبادل الصور .(PECS)

وقد أُجريت العديد من الدراسات حول فعالية الاتصال اللغوي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد في بيئات عربية مختلفة، منها الجزائر (لعجال، 2016)، والسعودية (الحربي، 2015)، ومصر (عبد العزيز، 2015). كما تناولت بعض الدراسات فعالية البرامج المختلفة لتحسين التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (نصر، 2001؛ أبو الفتوح، 2010؛ الحربي، 2015)، إضافة إلى تحسين التواصل اللغوي من خلال برامج تدريبية قائمة على الانتباه المشترك (حيزير وجنان، 2018). كما هدفت دراسة لعجال (2016) إلى معرفة أثر كل من الإنتاج والفهم على فعالية الاتصال اللغوي، وكذلك تنمية مهارات التواصل اللغوي (عبد الستار، 2007). وفي السياق ذاته، أُجريت دراسة

(West & Neisworth, 2003) لتنمية المهارات اللغوية وتحسين التعبير اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

يتضح من خلال التعريفات والدراسات السابقة أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من تأخر واضح في التواصل والقدرات اللغوية، حتى إن بعضهم . وإن كان قادراً على الكلام . لا يستطيع توظيف اللغة بالشكل الصحيح. وبعيداً عن مستوى القدرة اللغوية، فإن جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب في التواصل. ومن الطبيعي أن يرتبط نمو اللغة والتواصل ارتباطاً وثيقاً، إذ يسبق التواصل نمو اللغة، غير أن هذا الترابط يكون مختلفاً في حالة اضطراب طيف التوحد، حيث يسلك كل منهما مساراً نمائياً مختلفاً.

ولذلك يتم تدريب الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على أساليب مقبولة للتواصل مع الآخرين من خلال استراتيجيات تواصل بديل، تساعده على طلب الأنشطة المرغوبة، وإجراء الاختيارات، والاعتراض بشكل مناسب، وكذلك التعليق.

ومن بين المداخل التي تدمج بين العلامات البصرية والتواصل والمحاولات الدافعة نحو التواصل في المواقف البيئية، مدخل التواصل بتبادل الصور، حيث يُدرَّب الطفل على التواصل من خلال تقديم صورة للشيء أو النشاط المرغوب فيه. ويهدف هذا المدخل إلى تنمية مهارات التواصل عبر الصور، وقد أشار القائمون عليه إلى إمكانية حدوث تطور لغوي كذلك.

ومن هنا يمكن صياغة المشكلة في السؤال الرئيسي الآتي:

- ما أثر البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارة التواصل اللفظي لدى اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

يتفرع عن هذا السؤال الرئيسي الاسئلة الفرعية التالية:

- هل يوجد اثر للبرناج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؟
- هل يوجد اثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجات التوحد لدى اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي؟

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس كارز للتوحد ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي و التتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي و التتبعي على مقياس كارز للتوحد؟

2.فرضيات الدراسة:

- يوجد اثر للبرناج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- يوجد اثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجات التوحد لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، و لصالح التطبيق البعد.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس كارز للتوحد.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي و التتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي و التتبعي على مقياس كارز للتوحد.

3.أهمية الدراسة:

تشمل اهمية الدراسة الأهمية النظرية والأهمية التطبيقية كما يلي:

1.3.الاهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية في التأصيل النظري لمتغيرات البحث المتمثلة في:

- القاء الضوء على اهمية التواصل اللفظي لأطفال اضطراب طيف التوحد.
- القاء الضوء على أهمية برنامج مقتبس من نظام التبادل عن طريق الصور ودوره في تنمية التواصل اللفظي لأطفال اضطراب طيف التوحد.

2.3. الأهمية التطبيقية:

–تكمن اهمية الدراسة في تطبيق برنامج قائم على التبادل بالصور لتنمية التواصل اللفظي لمعرفة اثره على هؤلاء الاطفال حتى يتم استخدام هذه الطريقة بشكل اكثر توسعا.

–الإفادة مما تتوصل إليه النتائج بإعداد برامج تنميه اخرى، لتنميه وتطوير الجوانب المختلفة لأطفال المصابي باضطراب طيف التوحد.

4.أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الى تحقيق الأهداف التالية:

- الكشف عن اثر البرناج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الكشف عن اثر البرنامج العلاجي المقترح في خفض درجات التوحد لدى اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- رصد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، و لصالح التطبيق البعد.
- رصد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس كارز للتوحد.
- رصد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي و التتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي .
- رصد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي و التتبعي على مقياس كارز للتوحد.

5.التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة:

1. **البرنامج العلاجي:**

مجموعة من الخبرات والنشاطات والفعاليات المخططة والمبرمجة والتي يتم تصحيحها استنادا الى نظريات التعلم والتعليم التي يتعرض لها المفحوص ويمارسها لتمكنه من اكتساب المعارف والمهارات وانماط السلوك والاتجاهات، التي يؤدي اكتسابها الى تلبية الاحتياجات التدريبية لوظيفة الافراد وتحقيق الاهداف للمنظمات **(الخطيب 1997 ، ص 104)**.

تعرفه الباحثة اجرائيا على انه: عملية منظمة ومخططة وهي نظام تواصلي يعتمد على الصور بشكل رئيسي للتعبير عن الحاجات الأساسية، والتواصل مع الاخرين بطريقة تواصل بديلة ومحفزة للتواصل ومؤهلة للنطق.

2. **مهارة التواصل اللفظي:**

استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والافكار والمشاعر بين الناس، من هنا يعتبر التواصل سلوكا انسانيا من درجة راقية ذلك لأنه يميز الانسان عن باقي المخلوقات باستخدام الكلام واللغة **(السرطاوي ،2012،ص419)**.

تعرفه الباحثة اجرائيا بأنه: الدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي على مقياس تقدير التواصل اللفظي لدى اطفال اضطراب طيف التوحد.

3. **الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:**

ويعرف الدليل التشخيص والاحصاء الخامس للضطلرابات النمائية اضطراب طيف التوحد بأنه " طيف يتميز بعجز في محدودية الانماط والأنشطة السلوكية على ان تظهر الاعراض في فترة نمو مبكرة" **(سليم،2014. ص12)**.

تعرفه الباحثة اجرائيا على انهم: المشخصون باضطراب طيف التوحد والملتحقين بمؤسسة الفضاء النفس التربوي ببلقايد والذين يبلغ عمرهم ثلاث سنوات ثلاث سنوات ونصف والذين سجلوا على مقياس تقدير التواصل اللفظي درجات محصورة ما بين 1-69 درجة.

4. **تعريف المهارة:**

كل ما يقوم به الطفل من سلوكيات ينبغي اكتسابها لتساعده على مواجهه متطلبات الحياة المتغيرة والاندماج في الحياة بصورة طبيعية، ليكون عنصرا فعالا في المجتمع **(رحاب عبد الوهاب،2018 ،ص 15)**

تعرفها الباحثة إجرائيا على أنها: مجموعة من الخبرات والمعلومات التي يحصل للطفل عليها نتيجة مروره ببرامج تتضمن تنمية المهارات الحياتية بحيث تؤهله للتوافق النفسي والاجتماعي والتعامل مع مواقف الحياة المختلفة.

6.الدراسات السابقة:

يهدف هذا الفصل إلى عرض بعض الدراسات والبحوث المرتبطة بمتغيرات الدراسات الحالية، وقد تم تصنيف هذه الدراسات وعرضها في قسمين: الدراسات العربية والدراسات الاجنبية، وقد تتبعت الباحثة في عرض هذه الدراسات منهجا تفصيليا يبدأ بعرض أهداف الدراسة ، وعينتها وأدوات القياس التي اشتملت عليها، وذكر أبرز النتائج التي أسفرت عنها الدراسات، ولا سيما النتائج المرتبطة بالبحث الحالي التي يمكن أن تستفيد منها الباحثة ، وفي النهاية تختم الباحثة هذا الفصل بتعقيب عام يلخص أبرز النقاط والجوانب التي تمت ملاحظتها في اثناء تحليل هذه الدراسات أو الجوانب، والمتغيرات التي ارتكزت عليها ارتكازا عاما، وابرز ما يمكن ان يستفيد منه البحث الحالي، ويمكن عرض هذه الدراسات على النحو التالي:

أولاً: الدراسات العربية:

دراسة الغامدي 2003:

فقد قامت بإجراء دراسة على 10 أطفالمصابين باضطراب التوحد بمدينة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (3–4–9 سنوات)، تم توزيعهم على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة متكافئتين في العمر والذكاء ودرجة التوحد ودرجة العجز في التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي. وهدفت هذه الدراسة الى الكشف عن مظاهر العجز (الانتباه الاجتماعي، التقليد، والتحديق بالعين واستخدام الايماءات، الاشارة الى ما هو مرغوب فيه والاختيار بين عده مثيرات، وغيرها) وكذلك الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (التفاعل المتبادل، والتنظيمات الاجتماعية والمحاكاة الحركية، والوقت)، وذلك عن طريق استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي والتي تمثلت في: التعزيز الايجابي، النمذجة، أداء الأدوار ، التشكيل، التلقين، وتوصلت الدراسة الى وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد

أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللفظي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي، كما توصلت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي تفاعل الاجتماعي لأطفال اضطراب طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

دراسة " لينا عمر بن صديق" سنة 2005 :

بعنوان " فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي"، هدفت الدراسة الى اختيار فاعلية البرنامج في تطوير مهارات التواصل اللفظي لدى عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي وتكونت عينة الدراسة من 38 طفلا توحديا معتمدة في دراستها على المنهج التجريبي وقامت بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل اللفظي وقائمة لتقدير السلوك الاجتماعي اضافة الى البرنامج المقترح. وكانت نتائج الدراسة كما يلي: – وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية، كما أشارت الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في السلوك الاجتماعي بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على القياس البعدي وقياس المتابعة.

دراسة صيف (2006):

بعنوان فاعلية برنامج لتنمية مهارات التواصل لدى عينة من الأطفال التوحديين، بلغت 38 طفلا توحديا، تراوحت أعمارهم بين (4–6 سنوات) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبيه 18 طفلا, وضابطة 20 طفلا) ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل اللفظي وقائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي إضافة الى البرنامج العلاجي .

وقد أظهرت النتائج تطورا ملحوظا في مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي عند أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت الدراسة أثر تطوير مهارات التواصل على تطوير السلوك الاجتماعي.

دراسة نيرمين قطب (2006):

عنوان الدراسة: برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظي وغير اللفظي لعينة من أطفال التوحد.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة الى توضيح مفهوم الانتباه الانتقائي والكشف عن اهمية تفعيل الانتباه الانتقائي للطفل التوحدي في عملية تعديل وتطوير الاستجابات المرغوب في سلوكه (اللفظي وغير اللفظي) وامكانية ضم البرنامج اليومي المطبق على الطفل التوحدي بالمركز، تكونت العينة من 8 اطفال من الذكور تراوحت اعمارهم بين 3–6 سنوات تم تقسيمهم ضمن مجموعتين متجانستين، واستغرق تطبيق البرنامج 35 يوما بواقع ساعة يومياً فكانت نتائج الدراسة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد التواصل اللفظي وغير اللفظي البعد المحدد للاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) والبعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخرين (بعد العلاقة بالناس) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة بشرى عريحات (2011):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: التحقق من فعالية برنامج علاجي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد في محافظة مدينة دمشق، تكونت عينة الدراسة من طفل لديه توحد تراوحت اعمارهم بين3–6 سنوات تم توزيعهم على مجموعتين، الأولى التجريبية تضمنت 10 أطفال والثانية مجموعة ضابطة تضمنت 10 أطفال، حيث أشارت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج العلاجي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي(الانتباه، التقليد، التواصل البصري، استخدام الاشارة ، فهم بعض الايماءات الجسدية وتعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليه) لدى أطفال التوحد، كما أشارت نتائج الدراسة الى فعالية هذا البرنامج في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي بعد مرور شهرين على تطبيقه من خلال القياس البعدي المؤجل باستثناء مهارتي الانتباه والتواصل البصري.

دراسة على (2013):

بعنوان " فاعلية برنامج علاجي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد " هدفت الدراسة الى: التحقق من فاعلية برنامج علاجي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عين مكونة من 8 أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد من الذين تراوحت أعمارهم بين (8-4) سنوات وللتحقق من فرضيات الدراسة قام الباحث ببناء قائمة لتقدير السلوكيات غير اللفظية مؤلفة من (27) بندا موزعة على اربعة ابعاد هي: التركيز والانتباه والتغيرات الانفعالية، التواصل الارشادي والتقليد، الايماءات والأوضاع الجسدية بعد ان استخرجت لها دلالات الصدق والثبات المناسبة كما استخدم الباحث كلا من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)وقائمة السلوك التوحدي (ABC)يهدف تحليل تجانس العينة ، أشارت نتائج الدراسة الى فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية السلوكيات غير اللفظية المستهدفة عن الأطفال التوحديين عينة البحث بدرجات متفاوتة كان أكثرها في بعد التركيز والانتباه وأقلها في بعد الايماءات والأوضاع الجسدية.

دراسة الغصاونة والشرمان (2013):

بعنوان: " بناء برنامج علاجي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل لدى أطفال اضطراب طيف التوحد في محافظة الطائف".

هدفت هذه الدراسة الى بناء برنامج علاجي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل لدى أطفال اضطراب التوحد بمعهد التربية الفكرية في مدينة الطائف، تكونت عينة الدراسة من 16 طفل تم تقسيمهم إلى مجموعة مجموعتين إحداهما مجموعة تجريبية تكونت من 8 أطفال، الأخرى مجموعة ضابطة وتكونت من 8 أطفال، كانت أدوات الدراسة كما يلي: - مقياس التواصل غير اللفظي من إعداد الباحث، البرنامج العلاجي القائم على طريقة ماكتون وكانت نتائج الدراسة كما يلي: - لا يوجد فروق بين متوسط رتب المجموعة التجريبية الضابطة في القياس القبلي على مقياس التواصل غير اللفظي.

توجد فروق بين متوسط رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة " ريما مالك فاضل" سنة 2015:

بعنوان" فاعلية برنامج علاجي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد" هدفت هذه الدراسة الى التحقق من فاعلية برنامج علاجي في تنمية بعض مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد وتكونت عينة الدراسة من 12 طفلا مصابا باضطراب طيف التوحد، معتمدة في بحثها على المنهج التجريبي واستخدمت الباحثة مقياس تقدير التواصل اللفظي وقامت ببناء برنامج علاجي لتنمية بعض مهارات التواصل اللفظي وطبقت الباحثة الاختبار القبلي والبعدي للكشف على أثر البرنامج العلاجي في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، كما طبقت الباحثة الاختبار المؤجل للكشف على مدى بقاء أثر التدريب وأشارت نتائج الدراسة الى فاعلية البرنامج المعتمد وكذلك فاعلية البرنامج بعد مرور شهر من تطبيقه من خلال القياس البعدي المؤجل باستثناء مهارة واحدة وهي مهارة الفهم.

دراسة مي احمد رضوان 2015:

هدفت هذه الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج اثرائي لغوي لتنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في إطار نظرية العقل وقد تكونت عينة الدراسة من 20 طفلا متوحدا تراوحت اعمارهم ما بين (4–6) سنوات مقسمين في مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة، ولقد تم الاستعانة بأدوات مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة ، ومقياس لكل من اللغة (الاستقبالية والتعبيرية والاجتماعية) من إعداد الباحثة ومقياس تطور نظرية العقل للأطفال إعداد محمد الخطيب وفؤاد جوالدة، وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإثرائي لتنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في إطار نظرية العقل.

دراسة عمر ومحمد إسماعيل محمد 2015 :

بعنوان" فاعلية برنامج تدريب لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لاستخدام برنامج (PECS)في تنمية بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفالهن، هدفت الدراسة الى التحقق من فاعلية برنامج تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لاستخدام برنامج (PECS) في تنمية مهارات تطبيق نظام التواصل بتبادل الصور لدى الأمهات وبعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفالهن وتكونت عينة الدراسة من 10 أمهات وأطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد بمركز رحمة لذوي الاحتياجات الخاصة بدمياط وقسمت عينة الدراسة الى مجموعتين (5) أمهات وأطفالهن كمجموعة

تجريبية و (5) أمهات وأطفالهن كمجموعة ضابطة، طبق على الأطفال بالمجموعتين مقياس مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحديين. بينما طبق على أمهات المجموعتين قائمة التقدير مهارات التطبيق نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)من قبل الأمهات لتنمية بعض مهارات المعالجة والتي تمثلت في استخدام نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) من قبل الأمهات لتنمية بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفالهن، وقد استغرق تطبيق 46 جلسة وتمثلت أدوات ومواد الدراسة في مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وقائمة تقدر مهارات التطبيق نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) في تنمية بعض المهارات وأظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي رتب أمهات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمهارات التطبيق نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) لصالح المجموعة التجريبية ولصالح التطبيق البعدي لأمهات المجموعة التجريبية ، بالإضافة الى وجود فروق دالة احصائيات مهارات التواصل غير اللفظي لصالح المجموعة التجريبية – ولصالح التطبيق البعدي للأطفال المجموعة التجريبية – كما أظهرت نتائج الدراسة التأثير الايجابي للبرنامج العلاجيي في تنمية مهارات تطبيق نظام (PECS) لدى الأمهات بلغ حجم الأثر (0.997) بين من أثر في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال (0.947) وهي تأثير إيجابي.

كما جاءت دراسة كرم الدين 2015 :

التي هدفت الى محاولة التحقق من فاعلية برنامج لتنمية بعض المهارات الاتصال اللغوي لعينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذكور من 5–6 سنوات باستخدام بعض أشكال أدب الأطفال، وتتضمن في مجملها مهارات (الانتباه والتركيز، التقليد، التعرف والفهم، التعبير) باستخدام المنهج شبه التجريبي، وذلك بالتطبيق على عينة قوامها عشر أطفال ، قسمت الى مجموعتين: هما ضابطة والأخرى تجريبية ، وكل مجموعة مكونة من 5 أطفال وتم تحليل النتائج احصائيا باستخدام مان ويتني وويلكوكسن.

النتائج: لا يوجد فروق احصائية دالة بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي، وهناك فروق احصائية دالة بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي، وهناك فروق احصائية دالة بين متوسطين رتب درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية على مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي مع بقاء الأثر بعد البرنامج.

وأما دراسة عياش 2015 :

فقد هدفت الدراسة للتعرف الى فاعلية برنامج علاجي يستند الى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال اضطراب طيف التوحد في عينة فلسطينية حيث تكونت العينة من 16 طفلا منهم 8 ذكور،و 8 إناث، استخدم الباحث اداة لقياس مهارات التواصل(اللغوية وغير اللغوية) لأطفال اضطراب طيف التوحد قام بإعدادها بنفسه كما قام ببناء برنامج علاجي، أسفرت نتائج الدراسة بما يلي: وجود فاعلية البرنامج العلاجيي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال اضطراب طيف التوحد بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج. كما أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة احصائية عند المستوى ($x\leq0.05$)في متوسطات فاعلية البرنامج العلاجي لتنمية مهارات التواصل اللفظية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

كما استعمل بيكس (PECS) في تحسين مهارات الحياة كدراسة آذار (2017) والتي هدفت الى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على نظام تبادل الصور في تحسين بعض مهارات الحياة اليومية لدى الفتيات المصابات بمتلازمة ريت تكونت عينة الدراسة من (6) فتيات تم توزيعها الى مجموعتين تجريبية وضابطة بواقع (3) فتيات بكل مجموعة. واتبع الباحث المنهاج التجريبي واستخدم ادوات مقياس الطفل التوحدي، مقياس الحياة اليومية للطفل التوحدي (ريت)، البرنامج العلاجي ومقياس(جودار) لقياس الذكاء وقد توصلت الدراسة الى نتائج:

– وجود فروق دالة احصائيا في مهارات الحياة اليومية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

– وجود فروق دالة احصائيا في مهارات الحياة اليومية لأفراد العينة التجريبية لصالح القياس التتبعي.

دراسة كمال كمال عبد المقصود الفتياني 2017 :

بعنوان " فعالية برنامج ارشادي سلوكي لخفض حدة ترديد الكلام (المصاداة) وأثره في تحسين التواصل لدى عينة من ذوي أطفال اضطراب طيف التوحد". هدفت الى اختبار فعالية برنامج ارشادي

سلوكي لخفض حدة ترديد الكلام وأثره في تحسين التواصل لدى عينة من ذوي أطفال اضطراب طيف التوحد وتكونت عينة الدراسة من 8 أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد وادوات الدراسة مقياس جييام لتشخيص التوحد، مقياس ذكاء وكسلر بليفو، مقياس ترديد الكلام لأطفال التوحد، مقياس المهارات التواصلية (اللفظية وغير اللفظية) لأطفال التوحد، أسفرت الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي السلوكي في خفض حد الترديد الكلامي (المصاداة) وتحسين التواصل لدى عينة من ذوي اضطراب طيف التوحد.

ودراسة محمد سعيد 2019 :

بعنوان " الخصائص السيكومترية لمقياس التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد)

هدف البحث الحالي الى بناء مقياس لقياس التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والتحقق من الخصائص السيكومترية له، وتكونت عينة البحث من 40 طفلا من اضطراب طيف التوحد، وتراوحت اعمارهم الزمنية (10–4 سنوات)، واشتمل المقياس على اربعة أبعاد (اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، التسمية والتوظيف، التقليد الصوتي)، كما تبين للباحث من خلال المعاملات الإحصائية توافر الخصائص السيكومترية للمقياس.

ودراسة محمد عبد العزيز 2020:

بعنوان" التعاطف كمتغير منبئ بمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد"، هدفت الدراسة الى تحديد الإسهام النسبي للتعاطف في التنبؤ بمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد، وكذلك التعرف على علاقة التعاطف بمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الأطفال وتكونت العينة من 50 طفلا، تراوحت اعمارهم (12–5) سنوات، واستخدمت الدراسة مقياس تشخيص التوحد، مقياس المهارات التواصلية للطفل التوحدي. ومقياس التعاطف، مقياس التواصل اللفظي وأبعاده(العدوى العاطفية، الأفعال الإجتماعية الايجابية) ، كما توصلت النتائج الى ان الأفعال الاجتماعية الايجابية لديها القدرة على التنبؤ بالتواصل اللفظي.

ودراسة أحمد عبد الفتاح، 2020 :

بعنوان " الخصائص السيكومترية لاختبار تتبع نمو وتطور التواصل اللفظي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد"، وقد هدفت الى توفير أداة لرصد وتتبع مدى نمو وتطور التواصل اللفظي للطفل

المصاب بطيف التوحد ، وتكونت عينة البحث من 30 أب وأم لأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد بمستوى شدة بسيطة ، وتتراوح أعمارهم ما بين (6-3) سنوات، واستخدم البحث المنهج الوصفي، ويتكون مقياس تقدير مهارات التواصل اللفظي من (التواصل البصري- التواصل اللفظي- التواصل غير اللفظي- مدى الانتباه التفاعلي- المرونة) ، وتوصلت نتائج البحث الى ان اختبار تتبع تطور نمو التواصل اللفظي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بما يجعله أداة صالحة للاستخدام لتحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها.

و دراسة سعيد رمضان 2020 :

بعنوان " دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتيون وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن"، وتكونت عينة الدراسة من 8 أمهات من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتراوح أعمار (8-6) سنوات واعتمد الباحث على مقياس استانفورد بينيه (الصورة الخامسة) إعداد محمود السيد أبو النيل 2011، مقياس التواصل اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده (التعبير، التسمية، الانتباه، التقليد، التعرف والفهم) وقد أسفرت نتائج الدراسة الى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن.

دراسة عادل محمد أحمد ، 2021 :

بعنوان " دراسة العلاقة بين مهارات التواصل اللفظي والاضطرابات الحسية لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد"، وهدف البحث الحالي الى التوصل للعلاقة بين مهارات التواصل اللفظي وعلاقتها بالاضطرابات الحسية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

وقد تكونت عينة البحث من 30 طفلا من ذوي اضطراب طيف التوحد 17 من الذكور، 13 من الإناث، وقد تراوح المدى العمري للعينة بين (8-4) سنوات، واستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، واعتمدت الدراسة على اعداد مقياس لتقدير مهارات التواصل اللفظي التي تتكون من (مهارة الاستماع، مهارة التحدث) والقائمة الحسية لتقدير شدة الاضطرابات الحسية ، وقد اشارة النتائج الى وجود علاقة ارتباطية بين مهارات التواصل اللفظي والاضطرابات الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- الدراسات الأجنبية:

دراسة كريدون (Greedon,1993):

بعنوان فاعلية برنامج تواصلي لتطوير بعض مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد. والتي هدفت الى تنمية بعض المهارات الاجتماعية، كالتواصل البصري، والتقليد والتعاون والمشاركة، وخفض بعض مظاهر السلوك الشاذ، كسلوك ايذاء الذات. وقد تكونت عينة الدراسة من 21 طفلا من ذوي اضطراب طيف التوحد تراوحت أعمارهم بين (4–9) سنوات، وتضمن البرنامج أنشطة حركية واجتماعية وفنية، وقد استخدم البرنامج بعد فنيات التعديل السلوك، كالتعزيز والتلقين وأظهرت النتائج أن البرنامج أدى الى تحسن في مهارات التفاعل الاجتماعي كمهارة مساعدة الآخرين ، وانخفاض في سلوك إيذاء الذات.

دراسة بيوفينتون Buffingtonسنة 2000:

تحت عنوان " فاعلية برنامج علاجي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين" وقد هدفت الدراسة الى تنمية مهارات التواصل التي تعتمد على الايماءات والاشارات، اضافة الى التواصل اللفظي. باستخدام بعض فنيات تعديل السلوك وتكونت عينة الدراسة من (4) اطفال مصابين بضطراب طيف التوحد، تراوحت اعمارهم ما بين (4–6) سنوات وكانت نتائج الدراسة تشير الى فاعلية البرنامج العلاجي في اكتساب اطفال عينة الدراسة مهارات التواصل المستهدفة.

دراسة سكوتلاند (Scotland,2000):

بعنوان فاعلية برنامج التدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل لمرحلة ما قبل اكتساب اللغة لدى الأطفال التوحديين. وأثره في خفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة ، كالاستشارة الذاتية وقد تكونت العينة من 87 طفلا توحديا من الذين تقل أعمارهم عن عشر سنوات. وقد شملت المجالات المستهدفة مواقف الحياة اليومية والتواصل الجسدي والتعاون واللعب والاستماع والاستيعاب اللغوي. وقد أظهرت نتائج الدراسة اهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة، اضافة الى تحسين قدرة الطفل على التواصل في أثناء الأنشطة اليومية.

دراسة Kavits and others (2002) :

بعنوان:" زيادة مهارات التواصل لدى طلاب المرحلة الابتدائية المصابين باضطراب التوحد باستخدام نظام عن طريق تبادل الصور (PECS) .

هدفت الدراسة لفحص آثار استخدام نظام التواصل عن طريق التبادل الصور (PECS) على مهارات التواصل التلقائية عند طفلة مصابة باضطراب التوحد تبلغ من العمر (6 سنوات) في محيط المدرسة والبيت ايضا فحص آثاره على التفاعل الاجتماعي أشارت النتائج الى زيادة في اللغة التلقائية مثل الطلبات والتعليقات متضمنا استخدام الصورة والنطق بها في هذه البيئات التي طبق فيها التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) وقد ازداد التعبير اللفظي الواضح في بيئتين او ثلاثة (المدرسة، البيت، التفاعل الاجتماعي) وقد اظهرت التغيرات في التفاعل الاجتماعي بين الأقران في بيئة واحدة من المدرستين الأسلوب المستخدم دراسة الحالة والقياس التتبعي الخطي.

دراسة :Ganz and Simpson (2004)

بعنوان:" فعالية نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) في تنمية متطلبات التواصل والتطور اللغوي لبرنامج لدى أطفال التوحد".

هدفت الدراسة الحالية الى اختيار دور نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) في زيادة عدد الكلمات المنطوقة، تكونت عينة البحث من (3 أطفال) يعانون من اضطراب طيف التوحد استخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة وقامت بتتبع الأطفال خلال المدرسة، الشارع والبيت حيث تعلم الاطفال المشاركين المراحل من (1 إلى 4) من نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) وتوصلت الدراسة الى عدة نتائج من أهمها ان نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) زود تبديل الصور والمسابقة والتمييز بين الصور وبناء الجملة، النتيجة أشارت الى ان المشاركين أتقنوا بسرعة من ازدياد عدد الكلمات المنطوقة والقواعد المعقدة.

دراسة :Carr et Others (2007)

بعنوان:" زيادة انتاج الكلام لدى بعض الأطفال التوحديين بعد التدريب على المراحل الثلاثة الأولى من نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) .

هدفت هذه الدراسة الى دراسة أثر استخدام نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) على زيادة إنتاج الكلام لدى بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد, وتكونت عينة الدراسة من 10 اطفال وتم تقسيمهم الى مجموعتين تجريبية وضابطة وتتراوح أعمارهم من 3–7 سنوات وتم استخدام مقياس السلوك التكيفي فاينلات (VABS)ومقياس اللغة لأطفال ما قبل المدرسة واستمرت التدريب من ست أسابيع، توصلت الدراسة الى عدة نتائج أهمها ان ثلاثة أطفال من المجموعة التجريبية استطاعوا التواصل باستخدام الكلام في حين طفل واحد فقط من المجموعة الضابطة لم يستطيع التواصل بالكلام.

تبحث دراسة جرانيش 2016(Granich) :

في تعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ذي الأداء الضعيف، سواء كانوا يستخدمون نظام اتصال الصور (PECS) أو لا من خلال الصور والعبارات، أو يدركون العلاقات التي تربط بين الصور والرموز واللغة من ناحية والأشياء من ناحية أخرى. يهتم هذا البحث بالوقت الذي يبدأ فيه الطفل إدراك الصور والتمييز بينها ثم الربط بين الكلمات على هيئة صورة تستطيع أن تعبر عن رغباته، إذ يدرب الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد على بعض الكلمات من خلال ربط الصورة بالكلمة، وتسمية الصورة التي تعبر عن الكلمة ، من خلال تكرار الدمج بين الكلمة والصورة التي تعبر عنها هذه الكلمة، فتعرض في البداية الصورة الحقيقية للشيء الذي لم يروه من قبل، ويطلب منهم الرجوع إليها مرة أخرى.

اشتملت العينة على (5) المصابين باضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين (3–8) سنوات و(5) و أطفال عاديين ذوي أداء ضعيف، وتراوحت أعمارهم بين (24–18) شهرا، وطبق البرنامج لمدة (6) أشهر ، وأكدت نتائج الدراسة أن الأطفال العاديين الذين يبلغون ست سنوات يتضمن اختيارهم دائما الشيء الحقيقي ولا يختارون الصورة بمفردهم. أما الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وهو يربط الكلمة بالصورة، وليس بالشيء نفسه، فقد كان الأطفال الذين لديهم خبرة في برنامج نظام تبادل الصور (PECS) أكثر ميلا للإشارة الى الصورة فقط. وأكدت الدراسة أن الأطفال ذوي الخبرة مع (PECS) غير متحيزين في اختيار أي صورة في التجربة بوجه عام، والنتائج تؤكد أيضا أن التنسيق بين الكلمات والصور مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والأطفال العاديين ذوي الأداء الضعيف وخاصة أولئك الذين يستخدمون النظام التواصل عن طريق تبادل الصور يظهر علاقة ارتباطية وليست مرجعية وهذا يتعارض مع النتائج التي حصل عليها الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين (8–3 سنوات).

ويؤكد ريش واخرون (Reichow et al,2018) :

أن النظام المعتمد على تبادل التواصل من خلال الصور هو أحد الأساليب العلاجية للأطفال الذين يعانون من مشاكل التواصل لأن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يتعلمون من خلال رؤية التواصل على نحو رئيسي من خلال استخدام التعزيزات الجسدية والاجتماعية ، فإن المعاناة التي يعيشها الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في عملية التقليد اللفظي والحركي، بالإضافة إلى قصوره في علم المبادرة ، هو ما يدفع الخبراء إلى استخدام نظام الصورة الذي يحفز الأفراد على التواصل مع الاخرين باستخدام عمليه التعزيز.

تبين دراسة دنيشفر واخرين (Daneshvar,2019):

مقارنة فاعلية استراتيجيتين، هما: التدخل باستخدام برنامج بيكس المصور، والقصص الإجتماعية ، لتعليم مهارات التواصل لأربعة أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، استخدم تصميم علاجات بديلة تكيفية مع تحكم أساسي إضافي متعدد، واستهدفت مهارتان اجتماعيتين لكل من المشاركين الأربعة ، واحدة تحت كل حالة تدخل، يتعلمون السلوكات الإجتماعية المستهدفة مع القصص الإجتماعية ، وتدعم النتائج استخدام برنامج بيكس المصور لتعليم المهارات الإجتماعية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من استعراض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وجود اهتمام بحثي متزايد بتطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، بوصفها من أكثر المجالات تأثرًا لدى هذه الفئة، ولما لها من دور محوري في تحسين التفاعل الاجتماعي وخفض حدة أعراض اضطراب طيف التوحد.

أولًا، أظهرت غالبية الدراسات العربية، مثل دراسات الغامدي (2003)، صيف (2006)، نيرمين قطب (2006)، بشرى عريحات (2011)، ريما فاضل (2015)، وكرم الدين (2015)، فاعلية البرامج العلاجية والتدريبية القائمة على فنيات العلاج السلوكي، واللعب، والانتباه الانتقائي، وأدب الأطفال، في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى أطفالاضطراب طيف التوحد، وهو ما يعزز التوجه القائل بإمكانية تحسين هذه المهارات من خلال تدخلات مخططة ومكثفة. كما أكدت هذه الدراسات أن التحسن في مهارات التواصل غالبًا ما ينعكس إيجابًا على السلوك الاجتماعي، والانتباه، والتفاعل مع الآخرين.

ثانيًا، ركزت بعض الدراسات على **برامج محددة** مثل نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) كما في دراسات عمر ومحمد (2015)، عياش (2015)، والغصاونة والشرمان (2013)، وأظهرت نتائجها فاعلية هذا النظام في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي، وزيادة المبادرة التواصلية، بل وظهور تطور في التعبير اللفظي لدى بعض الأطفال. إلا أن هذه الدراسات ركزت في معظمها على التواصل غير اللفظي أو استخدام الصور، ولم تتناول بصورة مباشرة الأثر العلاجي الشامل على **خفض درجة التوحد** وفق مقاييس تشخيصية.

ثالثًا، اتجهت بعض الدراسات الحديثة إلى تناول متغيرات مساندة للتواصل، مثل التعاطف (محمد عبد العزيز، 2020)، الاضطرابات الحسية (عادل محمد أحمد، 2021)، وعادات العقل لدى الأمهات (سعيد رمضان، 2020)، مما يعكس تطورًا في الرؤية البحثية نحو فهم العوامل النفسية والمعرفية والاجتماعية المرتبطة بالتواصل اللفظي. إلا أن هذه الدراسات اتخذت في الغالب المنهج الوصفي أو الارتباطي، ولم تعتمد برامج علاجية تجريبية تستهدف خفض شدة التوحد بالتوازي مع تنمية مهارات التواصل اللفظي.

رابعًا، تشير الدراسات الأجنبية، مثل(1993) Greedon ، (2000) Buffington، (2000) Scotland، Ganz & Simpson (2004)، Carr et al. (2007)، و(2018) .Reichow et al، إلى فعالية التدخل المبكر والبرامج القائمة على تعديل السلوك ونظام تبادل الصور في تحسين مهارات التواصل، وزيادة الإنتاج اللغوي، وخفض بعض السلوكيات النمطية وغير التكيفية. وقد أكدت هذه الدراسات أن التدخلات المنظمة والمبكرة تؤدي إلى نتائج أكثر استمرارية، إلا أن أغلبها اعتمد على عينات صغيرة أو تصميمات دراسة حالة، مما يحد من تعميم نتائجها.

و على الرغم من تأكيد الدراسات الأجنبية على أهمية التدخل المبكر والتدخل السلوكي المكثف في تحسين مهارات التواصل وخفض السلوكيات النمطية، إلا أن معظم هذه الدراسات ركزت على **نتائج سلوكية أو لغوية جزئية**، ولم تتناول بصورة كافية الأثر الكلي للبرامج العلاجية على مستوى شدة اضطراب طيف

التوحد، كما أن نتائج بعضها تأثرت باستخدام عينات صغيرة أو سياقات تطبيق محدودة (المدرسة أو المنزل فقط).

خامسا، يلاحظ أن غالبية الدراسات السابقة تناولت **مهارات التواصل اللفظي أو غير اللفظي بوصفها متغيرًا مستقلاً أو تابعًا منفصلًا**، وركزت على قياس التحسن الجزئي في مهارات محددة مثل الانتباه، التقليد، الإيماءات، أو زيادة عدد الكلمات المنطوقة، دون النظر إلى أثر هذا التحسن على **خفض درجة التوحد كمتغير تشخيصي كلي** .إذ اكتفت معظم الدراسات بقياس التغير في السلوك أو المهارة، دون الربط المنهجي بين تنمية التواصل اللفظي والتغير في شدة أعراض اضطراب طيف التوحد وفق مقاييس تشخيصية معتمدة، وهو ما يحد من القيمة العلاجية الشاملة لتلك البرامج.

سادسا، كشفت مراجعة الدراسات أن نسبة كبيرة منها اعتمدت على **برامج جزئية أو أحادية البعد**، مثل برامج التواصل غير اللفظي أو أنظمة التواصل البديل كـ(PECS)، والتي وإن أثبتت فاعليتها في تحسين المبادرة التواصلية أو خفض الإحباط السلوكي، إلا أنها في كثير من الأحيان **لم تُبنَ على تصور علاجي تكاملي** يستهدف الانتقال التدريجي والمنهجي من التواصل غير اللفظي إلى التواصل اللفظي الوظيفي، ولم تختبر أثر هذا الانتقال على خفض شدة اضطراب طيف التوحد بصورة مباشرة.

سابعا، من الناحية المنهجية، تعاني العديد من الدراسات – خاصة العربية – من **محدودية حجم العينات**، وقصر مدة تطبيق البرامج العلاجية، والاعتماد على تصميمات شبه تجريبية أو دراسات حالة، مما يضعف من إمكانية تعميم النتائج. كما أن بعض الدراسات ركزت على القياس البعدي فقط، دون الاهتمام بالقياس التتبعي، الأمر الذي يثير تساؤلات حول **استمرارية الأثر العلاجي** للبرامج المقدمة.

ثامنا، يلاحظ أن عددًا من الدراسات اتجهت إلى دراسة متغيرات مساندة للتواصل (كالتعاطف، الضطرابات الحسية، عادات العقل لدى الأمهات)، إلا أن هذه الدراسات اتسمت بطابع وصفي أو ارتباطي، ولم تُدمج هذه المتغيرات ضمن **برامج علاجية تطبيقية** تستهدف خفض درجة اضطراب طيف التوحد، بل اكتفت بالكشف عن العلاقات أو القدرة التنبؤية، دون الانتقال إلى مستوى التدخل العلاجي المباشر.

وبناءً على ما سبق، تتجسد الفجوة البحثية الحالية في **غياب دراسات عربية – في حدود اطلاع الباحثة – تناولت بصورة تجريبية مباشرة أثر برنامج علاجي متكامل يستهدف تنمية مهارات التواصل اللفظي بوصفها مدخلًا أساسيًا لخفض درجة التوحد لدى الأطفال، مع الاعتماد على مقاييس تشخيصية مقننة، وتصميم منهجي يسمح بتتبع الأثر واستمراريته.**

ومن هنا، تأتي الدراسة الحالية استجابة لهذه الفجوة، من خلال تصميم برنامج علاجي مقترح قائم على أسس علمية وسلوكية متكاملة، يهدف إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، والكشف عن أثر ذلك في خفض درجة التوحد لديهم، بما يسهم في تعميق الفهم العلمي للعلاقة بين التواصل اللفظي وشدة اضطراب طيف التوحد، وتقديم نموذج تطبيقي يمكن الإفادة منه في البيئات العربية العلاجية والتربوية.

الفصل الثاني: إضطراب طيف التوحد

1. تعريف اضطراب طيف التوحد
2. أسباب اضطراب طيف التوحد
3. معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد
4. علاج اضطراب طيف التوحد
5. البرامج العلاجية المنظمة علمياً

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي حظيت باهتمام واسع وسط المختصين في التربية الخاصة وعلم النفس، وهو طيف يظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة،ويتسم بصعوبات واضحة في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وضعف التفاعل الاجتماعي، إلى جانب أنماط سلوكية نمطية واهتمامات محدودة متكررة تختلف في شدتها من طفل لآخر.

فما هو التعريف العلمي لاضطراب طيف التوحد؟ وماهي العوامل وأسباب حدوثه؟ وكيف يتم علاجه من خلال البرامج العلاجية؟ كل هذه الأسئلة سنحاول الاجابة عنها فيما يلي:

1- تعريف اضطراب طيف التوحد :

ظهرت العديد من التعريفات التي حاولت وصف اضطراب طيف التوحد والتي ركزت في غالبيتها على وصف الخصائص السلوكية للأطفال التوحديين مثل الصعوبة في تنمية مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، والفشل في إقامة علاقات اجتماعية طبيعية والانسحاب وتفضيل العزلة وظهور سلوكات غير مناسبة.

يعرف اضطراب التوحد(ASD) حسب الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس (DSM-5) بأنه اضطراب نمو عصبي يتميز بعجز مستمر في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة بالإضافة الى أنماط سلوكية او إهتمامات أوأنشطة مقيدة و متكررة. يجب أن تظهر الأعراض في مراحل النمو المبكرة ، و تؤدي إلى ضعف وظيفي ملحوظ في الحياة اليومية، و يتم تقييم الشدة بناء على مستوى الدعم المطلوب,

نقاط جوهرية في تعريف DSM-5:

- دمج الإضطرابات:ألغى DSM-5 التشخيصات المنفصلة السابقة مثل "متلازمة أسبرجر" و "أضطراب النمو الشامل غير المحدد" و دمجها جميعا تحت مظلة واحدة و هي " إضطراب طيف التوحد".
- مستويات الشدة: يتم تصنيف التوحد بناء على مستويات الدعم المطلوبة

(مستوى 1:بحاجة لدعم، مستوى 2 : بحاجة لدعم كبير ' المستوى 3 : بحاجة لدعم كبير جدا (Robert.(2018),p06-07))

ويشتمل تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة على المظاهر التالية:

- ✓ طيف في معدل النمو وسرعته.
- ✓ طيف حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- ✓ طيف في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.
- ✓ طيف التعلق في الأشياء والموضوعات والأشخاص **(الشمري، 2000 ،ص24)**.

ومن التعريفات المهمة لاضطراب طيف التوحد التعريف حسب القانون الأمريكي(Individuals with Disability Education Act, IDEA)لتعليم الأفراد المعاقين حيث يعرف التوحد بأنه: "إعاقة نمائية على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر أعراضه من خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتؤثر هذه الأعراض على أداء الطفل التربوي. وتظهر لدى الطفل التوحدي مجموعة من السلوكات مثل انشغاله بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير في البيئة المحيطة، ومقاومته للتغير في الروتين اليومي، إضافة إلى استجابات غير طبيعية للخبرات الحسية**(الزريقات، 2004 ،ص 23)**.

كما يتم تحديد اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

(Diagnostic Statistical Manual–DSM–5) بأنه: فقدان القدرة على الاستمرار الطبيعي في النمو مما يؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي. وغالباً ما يظهر الطيف قبل السنة الثالثة من عمر الطفل التوحدي، ويؤثر هذا الطيف على التعلم، وأحيانا يرتبط **اضطراب طيف** التوحد بالتكرار لمقاطع معينة من الكلمات أو لكلمات معينة وعدم القدرة على استخدام الضمائر وإظهار مقاومة شديدة للتغير في الروتينياليومي **(Damien,2020,p06)**.

–هو"مجموعة من السلوكات الشاذة التي تتضمن الانغلاق على الذات وضعف الاتصال بالعالم الخارجي والانسحاب للداخل وتفضيل التعامل مع الأشياء المادية أكثر من التعامل مع الأفراد، وطيف في مستوى النمو اللغوي والاجتماعي والحركي، وطيف في عمليات الانتباه والإدراك، وعدم التعرف على الواقع (**Baker ، 2000 ،ص30**).

2- أسباب اضطراب طيف التوحد:

لا يوجد حتى الآن سبب محدد ومعروف لحدوث اضطراب طيف التوحد ولهذا يتم وصفه بالطيف المحير أو الطيف المعقد. وقد ظهرت من خلال السنوات الماضية العديد من الدراسات والأبحاث التي حاولت دراسة هذا الطيف للكشف عن أسباب حدوثه. ومن أهم النظريات التي حاولت تفسير سبب حدوث اضطراب طيف التوحد ما يلي:

1-النظرية النفسية :

تعتبر هذه الفرضية هي الأولى في تفسير اضطراب طيف التوحد حيث انتشرت في خمسينيات وستينيات القرن الماضي، فقد قدم كانر Kanner افترضاً مفاده أن أحد الوالدين وخصوصاً الأم يتحملان المسؤولية عن إصابة طفلهما بإضطراب التوحد، لعدم إحاطته بما يكفي من دفء وحنان وهذه ما يترتب عليه إحداث طيف في العلاقة الانفعالية بينه وبين أمه وما لها من آثار سلبية على النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتفاعل مع الآخرين **(الشيخ ذيب، 2004،ص 8)** .

-2 نظرية الانسحاب:

ظهرت هذه النظرية خلال فترة الستينيات حيث تشير إلى أن أطفال التوحد يتجنبون التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، نتيجة وجود عتبات ضيقة أو حساسية مفرطة في النظام العصبي لا يسمح بتكوين ارتباط عاطفي أو استخدام الحواس، لذا فإنهم نتيجة الفشل المتكرر يلجؤون إلى الانسحاب والانطواء على الذات مما يقلل من فرص تعلم السلوكيات المناسبة واكتساب خبرات الأشخاص الآخرين**(غانم، 2013، ص 22-21)**.

3-النظرية البيئية:

يحاول أصحاب هذه النظرية فهم التوحد كطيف ناجم عن عوامل خارجية تسبب حدوث مشاكل في الدماغ مؤثرة بذلك على سلوك الفرد.

وتنطوي تحت هذه النظرية العديد من النظريات كنظرية ظروف الحمل والولادة، ونظرية الفيروسات والتطعيم، ونظرية الخلل في التمثيل الأيضي ، ونظرية التعرض للمواد الكيميائية السامة وفيما يلي شرح مبسط عن هذه الفرضيات:

أ-إن الحالات التي قد تصيب الدماغ قبل أو بعد أو أثناء الولادة وإصابة الأم ببعض الأمرا ض المعدية وتعرضها للنزيف، أو تناولها لبعض الكحول، أو التدخين في مرحلة الحمل، أو Rubella كالحصبة الألمانية او تعرض الطفل لنقص الأوكسجين أثناء الولادة **(نصر، 2002،.ص22)**.

ب -التسمم بالرصاص والزئبق والمواد الكيميائية السامة يمكن أن يكون أحد أسباب التوحد**(Palmer et al ، 2005 ص 56)**.

ج -فرضية الفيروسات والتطعيم: يقصد باللقاح الثلاثي اللقاح الذي يعطى للأطفال في سن مبكرة للحيلولة دون الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية .

وقد ظهرت هذه الفرضية في عام (1998) إثر بحث أجراه باحث بريطاني يدعي أندرو وكفيلد(Andrew Wakfield) حيث أشار إلى أن اللقاح MMR يؤدي إلى ظهور مشكلات معوية وخلل في آلية الدماغ وظهور سلوكيات توحدية ولكن هذا الافتراض قد تم دحضه بالكامل . www.vaccien.chop.edu

د-نظرية الخلل في التمثيل الأيضي:

تستند هذه الفرضية إلى أن الجهاز الهضمي لدى بعض الأفراد التوحديين غير قادر على التمثيل الأيضي لبعض أنواع البروتينات كالغلوتين الموجود في القمح والشعير والكازين الموجود في الحليب ومشتقاته. ويستدل على ذلك من خلال استفراغ الطفل المستمر للحليب، سيلان الأذن المبكر، إسهال أو إمساك مزمن، طيف في النمو والتنفس **(حمدان،2001، ص 34-35)** .

ونتيجة استمرا رية هذا الهضم غير الكامل لهذين البروتينين يتحولان إلى جزيئات جلوتوم وفينوكازومين التي تحث انتفاخا في جدار الأمعاء وهذا ما يجعلها نفوذة إلى مجرى الدم لتصل بعدها إلى الدماغ محدثة تأثيرا مخد را. وهذا ما يؤدي إلى خلل في تركيبة الدماغ مما ينتج عنه الكثير من الاضطربات ومن بينها التوحد. وهذا ما يدفع أصحاب هذه الفرضية إلى وضع حمية خالية من الغلوتين والكازيين للتخفيف من تأثيرهما المخدر على الدماغ **(Shattock et al،2000 ، ص31)**.

-4النظرية البيولوجية :

لقد ظهرت العديد من الدراسات والأبحاث التي حاولت تفسير التوحد من ناحية بيولوجية ومن أهم الشواهد التي استندت عليها هذه النظرية هي:

أ- نسبة انتشار إضطراب التوحد متساوية تقريباً في جميع الثقافات والأعراق والطبقات الاجتماعية بالإضافة التي ترافق التوحد مع الكثير من الإعاقات والطيفات العصبية مثل التخلف العقلي والصرع وصعوبات التعلم (Brasic ,2006).

ب – أشارت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين بإضطراب التوحد لديهم شذوذ في التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) حيث أشارت دراستان إلى وجود إثارة عالية للموجة المنخفضة عند الأطفال التوحديين وقد يصل هذاالشذوذ إلى (50- 80) % لديهم **(الزريقات،2006،ص 114)**.

ج – وجود تراجع في عدد خلايا بوركنج (الخلايا العصبية الموجودة في المخيخ) لدى عدد من الأطفال التوحديين وبالتالي دماغ غير طبيعي لدى هؤلاء الأطفال(**Lee et.al,2002**).

د- كما أفادت دراسات بأن الفصين الأماميين من دماغ الطفل الذي لديه توحد يبدوان طبيعيين من حيث الوزن والحجم ورغم ذلك فإنه يوجد خلل في الطريقة التي يعملان بها(**Carper et.al,1997**) .

هـ – كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أساس كونه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للاعتقاد أن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية (**البطانية ،2007،ص 597)**.

5- نظرية العصبونات المرآتية:

في السنوات الأخيرة وجه العديد من الباحثين اهتمامهم نحو الأداء غير الطبيعي لأطفال ASD في مهارات التقليد المختلفة وقد تطور هذا الاهتمام بعد اكتشاف نظام العصبونات المر آ تية، حيث وجد أن هذه العصبونات توجد في الفص الجبهي للدماغ وتتدخل في توجيه الحركات الإ رادية والاستجابات الانفعالية، كإدراك أحاسيس الآخرين وقد وجدوا أن هذه العصبونات تتفعل عندما يشاهد الشخص شخصاً آخر يقوم بنفس العمل (**Hamilton et.al,2007**).

وقد لوحظ في الاختبارت التي أجريت على مجموعة من الأطفال ذوي إضطراب التوحد والأطفال الأسوياء أن هناك كبتاً للموجة الكهربائية MU في منطقة العصبونات المراتية عند قيامهم بحركات إ رادية بسيطة، كما لوحظ أن هناك خلل في العمليات العصبية بين جانبي الدماغ وذلك بخلاف الأطفال الأسوياء

مع أن الجهاز الحركي عند الأطفال التوحديين كان سليماً وهذا ما يفسر فقدانهم للمها ا رت الاجتماعية وعدم الإحساس بالآخرين وكذلك الضعف اللغوي وقصو ر مها رات التقليد **(علي ، 2012، ص52)**.

5-النظرية البيوكيميائية:

يرى أصحاب هذه الفرضية أن هناك نواقلاً عصبية تلعب دورًا كبيرا في حدوث التوحد وأهم النواقل المؤثرة على الدماغ هي:

1- السيروتونين:

يعتبر السيروتونين مسؤولاً عن تنظيم التعلم، الذاكرة، النوم، الإدراك الحسي، الم المزاج، الشهية. www.treatAutism.ca/brainchemical2013 وقد وجد أن نسبة السيروتونين ترتفع لدى بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 100 % **(البطانية ، 2007، ص599)** .

2-الدوبامين:

وهو ناقل عصبي يشارك في الوظائف الحركية ويعمل كوسيط في تحديد قيمة المكافأة أو عوامل انبعاث الشعور بالارتياح مما يدل على أهميتها في الانتباه والتعلم **(بوشير،2010، ص581)** . إن المستويات المنخفضة من الدوبامين تضعف الانتباه والتركيز والمستويات المرتفعة منه تؤدي إلى زيادة الإد راك الحسي وهذا يشكل حملا فوق الدماغ المعالجة www.treatAutism.ca/brainchemical2013

3-الببتيدان أوكسيتوسين و فازوبريسين:

ويتميز هذان الببتيدان بمفعولهما الأفيوني ويلعبان دورا في السلوكيات الاجتماعية... وانطلاقاً من حقيقة أن لهذين الببتيدان صلة بجنس الكائن الحي فقد تمت الإشارة مؤخرا ر إلى وجود اختلال في التوازن بينهما قد تساعد في تفسير ظاهرة إصابة الذكور أكثر من الإناث **(بوشير، 2010،ص159)** .

6-النظرية الجينية والو راثية:

يرى أصحاب هذه الفرضية أن العوامل الجينية لها دور كبير في طيف التوحد. وتستند هذه الفرضية في تأكيداتها على نوعين من الملاحظة:

1-إن احتمالية ظهور التوحد لدى التوائم الحقيقية من الأشقاء أكثر احتمالية للحدوث بين التوائم الحقيقية من التوائم غير الحقيقية **(Luis et.al ,2006,37)** .

2-مرافقة الكثير من حالات التوحد بطيفات جينية مثل متلازمة أنجلمان ومتلازمة الكروموسوم الهش ومتلازمة كلينفتر والتصلب الدرني والأم ا رض العصبية الليفية ومتلازمة ريت ومن الكروموسومات ذات العلاقة (2، 5، 7، 3، x)(**الشيخ ذيب، 2004، ص10)** .

وعلى الرغم من أن هذه الفرضية قد قدمت مع الأدلة والشواهد فإن العلماء يفترضون بأنه حتى لو كان للتوحد أساس جيني فإن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة حتى الآن **(كوهين وبولتون، 0020، ص 43)**.

7-النظرية المعرفية:

وتفسر هذه النظرية الخلل في التفكير والقدرة على حل المشكلات والتّعلم .

ومن أهم هذه النظريات: نظرية العقل- نظرية الوظائف التنفيذية- نظرية وهن الت ا ربط المركزي.

أ- نظرية العقل:

تعرّف نظرية العقل بأنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين (أفكارهم، مشاعرهم، اعتقاداتهم، نواياهم)إلى جانب القدرة على استخدام هذه المعلومات في تفسير ما يقولونه ولإعطاء معنى لسلوكياتهم والتنبؤ بما يفعلونه بعد ذلك **(Johnso 2007)**.

إن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشا رات لتطور نظرية العقل مع عمر (18) شهر من خلال الانشغال بلعب رمزي أو استعمال أشياء أخرى غير الشيء الذّي تمثله، ومع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات النمائية الخاصة بهم...وحالات الآخرين النمائية .... ومع عمر أربع سنوات إلى خمس سنوات فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة...ويفهمون بأن أفعال الأف ا رد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم **(الزريقات، 2004،ص 116)** .

ولكن الأطفال ذوي طيف التوحد غير قادرين على تطوير قد راتهم لمعرفة ماذا يفكر به الآخرون وماذا يشعرون لهذا نجد لديهم قصورا واضحاً في العديد من الجوانب منها الاجتماعية والتّواصلية والمها رات التخيلية. ونستطيع اكتشاف هذا القصور من خلال اختبار (سالي-آن) الذي طوّره بارون كوهين عام 1985 **(Cumine et.al,2010,26)**.

وخلاصة نظرية العقل أن أطفال التوحد ليس فقط لا يفهمون أن الآخرين يفكرون ويشعرون، ولكنهم أيضاً لا يعون أنهم يفكرون ويشعرون.

ب – نظرية الوظائف التنفيذية:

يشير مصطلح الوظائف التنفيذية إلى مجموعة من العمليات المعرفية التّي تسعى إلى تنظيم النشاطين النفسي والجسدي وضبطهما، وتقوم الوظائف التنفيذية بتمكين الفرد من التّوقف عن أداء نشاط أو فعل معين، والتحول إلى شيء آخر والابتداء بشيء آخر **(بوشير ، 2010 ،ص 201)** .

وقد لوحظ أن الأطفال التوحديين لديهم مصاعب في أداء الوظائف التنفيذية فهم قلّما يصححون أخطائهم أو يتعلمون منها، وعندما يتعلمون استراتيجية معينة يستمرون في تكرارها حتى إذا كانت خاطئة ولديهم أيضاً مصاعب في عملية التخطيط أو التفكير في استرتيجيات لتحقيق هدف معين، ويفتقرون إلى وضع استراتيجيات والاختيار من بينها لتحقيق هدف من خلال التنبؤ بنجاح أو عدم نجاح هذه **(الشامي ، 2004،ص 324)**.

ويمكن قياس هذه الفرضية من خلال اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات واختبار آخر يسمى برج هانوي .

ج– نظرية وهن الترابط المركزي:

تشير (تشير 1989 , frith) إلى أن الأطفال العاديين يميلون إلى تذكر خلاصة المحادثة أو القصة أو الصّورة بدلا من التركيز على أجزا ء محددة فيها ليسهل فهمها وتذكرها. أما الأطفال التوحديون فيواجهون صعوبة في عملية دمج وتوحيد مكونات المعلومات لاستخراج المعنى من حولهم، كما أنهم يقومون بالتركيز على تفاصيل صغيرة غير متصلة بالموضوع فنجدهم مثلا يقومون باللعب بعجلات السيّارة فقط بدلاً من اللعب بالسيّارة ككل **(Cumine et.al,2010 ,26)** .

وفي د راسة قام بها كل من (Biskman 2001&,Happe, Frith) وجدا فيها أن هذا الأسلوب المعرفي مميز لآباء الأطفال المصابين بطيف الطيف التوحدي مما يوصى بأنه محدد و راثيا ولو جزئياً **(بوشير ، 2010،ص 226)**.

ولقياس هذه الفرضية بشكل علمي يمكن استخدام اختبار يدعي باختبار الشكل المخفي.

تعقيب: نلاحظ مما سبق أنه بالرغم من وجود العديد من الفرضيات التي حاولت تفسير إضطراب التوحد من عدة نواحٍ إلا أنه لا يوجد سبب واضح وحقيقي نستطيع الإشارة إليه على أنه المسبب الأساسي لإضطراب التوحد، ولكن بعد اصدار (DSM-V) فإن الاتجاه الحالي في تفسير التوحد يذهب إلى كونه ناجم عن عوامل عصبية وليس بيئية أو اجتماعية أو نفسية مع الأخذ بعين الاعتبار أن العوامل السابقة تؤهب لحدوث الإعاقات ومن ضمنهاإضطراب طيف التوحد.

3.معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5:

في عام 2013 ، أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس من دليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية.(DSM-5)

يعد DSM-5 الآن المرجع القياسي الذي يستخدمه مقدمي الرعاية الصحية لتشخيص الاضطرابات النمائية والسلوكية ويشمل ذلك اضطراب طيف التوحد.

معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد(DSM-5)

أ. العجز الدائم و المستمر في المهارات الاجتماعية والتواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة

1-القصور في المهارات الاجتماعية والعاطفية مثل، عدم القدرة على إجراء المحادثة العادية وكيفية البدء بالمحادثة أو إنهاء المحادثة والفشل في تكوين العلاقات والتفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها.

2-القصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي مثل، التواصل اللفظي وغير اللفظي المتكامل وعدم القدرة على الاتصال البصري بشكل متواصل والقصور في لغة الجسد والإيماءات والقصور في تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

3- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها مثل، السلوك غير مناسب في السياقات الاجتماعية المختلفة والصعوبة في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين الصداقات وعدم الاهتمام بالأقران.

ب. الأنماط المحدودة والمتكررة للسلوك أو الاهتمامات و الأنشطة المحدودة ويجب أن تتضمن على الأقل اثنين مما يلي:

1 –الحركات النمطية التكرارية أو استخدام الأشياء والكلام بشكل نمطي (مثل: الحركات النمطية التكرارية، ترتيب الألعاب، تقليب الأشياء الصدى، ترديد بعض العبارات)

2– الإصرار على الترتيب والالتزام غير المرن بالروتين أو الالتزام بالطقوس الروتينية أو السلوك اللفظي وغير اللفظي (مثال، الغضب عند التغييرات الصغيرة ، مواجهة صعوبات عند الانتقال من مكان إلى مكان آخر والحاجة إلى اتخاذ نفس المسار، تناول الطعام نفسه كل يوم)

3 –اهتمامات محددة للغاية وغير طبيعية في الشدة والتركيز (مثل: الارتباط القوي والاهتمام والانشغال بأشياء غير عادية بشكل شديد أو بسيط)

4 –المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير الطبيعية في الجوانب الحسية للبيئة (مثل: عدم الإحساس بالألم و درجة الحرارة ، والاستجابة العكسية للأصوات، والشم واللمس المفرط، التركيز البصري بالأضواء)

5– يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا تظهر بشكل كامل حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية أو من الممكن أن تظهر عن طريق الاستراتيجيات المكتسبة في وقت لاحق)

6– قد يسبب قصور المهارات ضعف كبير في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو في المجالات المهمة الأخرى للوظائف الحالية.

7– قد لا يتم تفسير هذه الاضطرابات بشكل دقيق مثل الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو، ويمكن أن تحدث الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد في نفس الوقت وحتى يتم إجراء التشخيصات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع لمستوى النمو الطبيعي.

يجب تحديد ما إذا كان تشخيص اضطراب طيف التوحد مصاحب ل:

- أن يكون مع أو بدون الإعاقة الذهنية المصاحبة
- أن يكون مع أو بدون ضعف اللغة المصاحبة
- أن يكون مرتبط باضطراب عصبي أو عقلي أو سلوكي آخر
- أن يكون مرتبط بحالة طبية أو وراثية أو مرتبط بعامل بيئي معروف

جدول(01):*يوضح مستويات معدل الخطورة لاضطراب طيف التوحد:*

مستوى الخطورة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات المحدودة والمتكررة
المستوى 3 **"يحتاج لدعم كبير جدا"**	يتسبب القصور الحاد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي في حدوث ضعف شديد في الأداء وقلة الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية للآخرين مثال، الفرد الذي لديه كلمات قليلة نادرًا ما يبدأ التفاعل وعندما يفعل ذلك يتخذ المحادثة فقط لتلبية احتياجاته ويستجيب فقط للكلام المباشر الموجه إليه فقط.	عدم اتساق السلوك والصعوبة الشديدة في التأقلم مع التغيير في الروتين و السلوكيات المحدودة / المتكررة الأخرى التي تتداخل بشكل ملحوظ مع الأداء في جميع المجالات.
المستوى2 **"يحتاج لدعم كبير"**	قصور واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي حتى مع وجود وسائل الدعم تكون التفاعلات الاجتماعية محدودة وقلة الاستجابات الاجتماعية للآخرين مثال، الفرد الذي يتحدث بجمل بسيطة والذي يقتصر تفاعله على اهتماماته فقط يكون لديه تفاعل غير لفظي قليل بشكل ملحوظ.	إن عدم اتساق السلوك أو صعوبة التأقلم مع التغيير في الروتين و السلوكيات المحدودة / المتكررة الآخرى قد تظهر بشكل متكرر بما يكفي لتكون واضحة للمراقب وقد تتداخل مع الأداء في مجموعة متنوعة من المجالات.
المستوى 1 **"يحتاج للدعم"**	بدون وجود دعم ، يتسبب القصور في التواصل الاجتماعي صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية ويكون الاهتمام قليل في التفاعلات الاجتماعية مثال، الشخص القادر على التحدث بجمل كاملة في التواصل ولكن قد يحدث بعض الفشل عند محادثته مع الآخرين وعادة ما تكون محاولاته لتكوين بعض الصداقات غير ناجحة.	ان عدم اتساق السلوك قد يؤدي إلى تداخل كبير مع الأداء في مجال واحد أو أكثر و صعوبة التبديل بين الأنشطة وبعض من مشاكل التنظيم والتخطيط قد تعيق استقلالية الفرد.

المصدر:(AutismDiagnosisCriteria: DSM-5 | AutismSpeaks)

4- علاج التوحد :

إن اضطراب طيف التوحد ليس بمرض، لهذا فإن هذا الطيف لا يمكن علاجه من خلال دواء محدد. الأمر الذي يعني أن استخدام الدواء لا يمكن أن يكون حلا، وأنه لا يوجد علاج أو أسلوب أو طريقة واحدة ناجحة وفعّالة لعلاج كل حالات اضطراب طيف التوحد، ويتفق العديد من الباحثين على أن العلاج الطبي الذي يترافق مع العلاج التربوي والسلوكي هو الحل الأفضل لمساعدة جميع الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

أ-العلاج الطبي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من الأعراض والسلوكيات غير المناسبة للطفل، ويقوم على فرضية أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج يمكن أن تؤدي إلى التخفيف من أعراض إضطراب طيف التوحد. ويعدّ هذا النوع من العلاج فعّالا في حال توافقه مع البرامج السلوكية والتربوية.

ومن أهم أنواع العلاج الطبي المقدّم لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد:

ب- العلاج الدوائي:

لا يوجد دواء محدّ د لعلاج حالات طيف التوحد إلا أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية التي تقف خلف السلوك غير السوي **(عبدالله، 2001، ص 65)**.

وتساعد هذه الأدوية على التحكم بنوبات الصرع وتلك التي تخفف من نوبات أو ثورات الغضب أو السلوك العدواني والنشاط الحركي الزائد، ومن الأدوية المستخدمة مع الأطفال الهالوبيربيدول، فنفلو رامين، الليثيوم **(الخطاب،2005،ص 95)** .

ويجب الإشارة إلى أن نوع الدواء ومقدار الجرعة يجب أن يعطى بإشراف طبي، ويجب الأخذ بعين الاعتبار تأثير الدّواء على النواحي التعليمية والتدريبية للأطفال.

ج -العلاج بالحمية الغذائية:

نتيجة عدم قدرة أطفال ذوي إضطراب التوحد على الهضم غير الكامل لبروتيني الجلوتين والكازين وتحولهما إلى ببتيدات مخدرة لها تأثير يشبه الأفيون أو المورفين. لهذا يتم تزويد الطفل بمادة السيريند التي تساعد على زيادة هضم الببتيدات الناتجة عن بروتيني الكازين والجلوتين، أو عن طريق إعطائهم الطعام الخالي من البروتينين السابقين **(الشيخ ذيب ، 2004 ،ص 32_ 33)** .

د-العلاج السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي على التطبيق المنظم للإجرءات المستندة إلى مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني، ويتم ذلك من خلال تنظيم وإعادة تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك، كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الأدلة على تلك الإجراءات وحدها ولا شيء غيرها هي التي تكمن و راء التغير الملاحظ في السلوك **(بطرس،2010،ص 210)**.

ولهذا اقترح العديد بعض الباحثين والمهتمين بإضطراب طيف التوحد استخدام الأساليب العلاجية السلوكية (كطرائق لتعديل السلوك) في علاج إضطراب طيف التوحد، سواء أكان ذلك في البيت أو في فصول د راسية خاصة.

ويمكن تقديم برامج تعديل السلوك لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد للأسباب التالية:

- إنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

- تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين.

يمكن تعليم اطفال ذوي إضطراب طيف التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير من السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي:

- مهارات تعلم اللغة والكلام.

- السلوك الاجتماعي الملائم.

- مها رات متنوعة من العناية الذاتية.

- اللعب بالألعاب الملائمة.

- المزاوجة والقراءة.

- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد **(الجلبي، 2005،ص 106)**.

يركز العلاج السلوكي على تعديل سلوك الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد باستخدام العديد من الأساليب كالتعزيز والتشكيل والتسلسل والتلقين والإخفاء والعقاب والتصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي والتغذية الراجعة.**(الخطيب ، 2001،ص 36، 65)**.

-تحديد السلوك المحوري.

- وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه.

- تحديد السوابق واللواحق التي تؤثر على السلوك.

- وضع برنامج العلاج والخطة العلاجية.

– بناء توقعات علاجية.

–تقييم السلوك على البيئة الطبيعية.

وذلك للتخلص من السلوكيات المصاحبة لإضطراب طيف التوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات مع الآخرين. **(خليفة وآخرون،2001،ص 155، 168)** .

وقد أثبتت الكثير من الد راسات أهمية هذا البرنامج في تنمية الحصيلة اللغوية والاجتماعية والسلوكية والتعليمية في علاج أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد **(الطحان،2012،ص 64)**.

ومن أهم الفنيات التي يستند عليها العلاج السلوكي في تدريب الأطفال التوحديين هي:

- **التعزيز :**

يعرّف التعزيز بأنه : العملية السلوكية التي تشمل على تقوية السلوك. وفي هذه العملية، يتبع مثير بيئي ما (حدث، شيء، خبرة) السلوك مباشرة بعد حدوثه فيؤدي إلى زيادة احتمالية هذا السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة، ويسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى زيادة احتمالية حدوثه ثانية بالمعزز **(الخطيب ، 2013 ،ص 37)** .

وهناك خمس أنواع من المعززات: وهي المعززات الغذائية (البطاطا، الشوكولا، العصير) ومعززات اجتماعية (الابتسام، التصفيق، الثناء) . المعززات الرمزية (النجوم، النقاط) المعززات النشاطية (الذهاب في رحلة، اللعب) **(بطرس ، 2010 ،ص 220 ، 221)**.

- **التلقين و الاخفاء :**

يعرّف التلقين بأنه نوع من المساعدة التي تعطى للفرد بعد طرح المثير وقبل استجابة الفرد لزيادة احتمال قيامه بالسلوك المستهدف أي الاستجابة بشكل صحيح **(الشامي ، 2004 ،ص 221)** .

وهناك عدّة أنواع من التلقين : التلقين الجسدي، والتلقين الإيمائي، والتلقين اللفظي. وقد قامت الباحثة باستخدام التلقين بأشكاله المختلفة وخصوصاً في بداية التدريب وبعدها قامت بسحبه تدريجياً وهذا ما يعرف باسم الاخفاء وهو أسلوب منظم لتقليل التلقين أيّاً كان نوعه بشكل تدريجي كلما أصبح المتعلم قادرا على تأدية السلوك باستقلالية **(Johnson and Mayers،181 ,2007)**.

• **التشكيل :**

وهو الإجراء الذي يتضمن تعزيز أي أسلوب يقترب تدريجياً من السلوك النهائي **(الخطيب، 2007 ،214)**

ومفتاح النجاح في عملية التشكيل يتمثل في كون التعزيز متوقفا على تغيير السلوك على نحو تدريجي باتجاه السلوك النهائي وتجاهل (هدم تعزيزه) عند ابتعاده عن السلوك النهائي **(بطرس،2010،ص 169)**.

• **تحليل المهارة :**

تقوم فنية تحليل المهارة على تجزئة السلوك المراد تعلمه إلى الاستجابات التي يتكون منها، فمعظم أشكال السلوك التي نقوم بها هي في واقع الأمر متتالية أو سلسلة من الاستجابات المرتبطة ببعضها البعض بشكل وظيفي، وبعد ذلك يتم ترتيب تلك الاستجابات ترتيباً منطقياً بدء اً من الاستجابة الأولى في السلسلة وانتهاءً بالاستجابة الأخيرة، ومن ثم يقوم المعلم بتعليم الطفل الاستجابة الأولى وبعد أن يتقنها يدربه على الاستجابة الثانية وينتقل بعدها إلى الثالثة وهكذا إلى أن يتعلم كل الاستجابات وبشكل منطقي وسليم **(الحديد و الخطيب، 2013 ،ص 225)** .

• **النمذجة (التعلم بالتقليد) :**

والمقصود بالنمذجة إتاحة نموذج سلوكي مباشر(شخص) للمتدرب، حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول نموذج سلوكي معروض للمتدرب بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً .

وللنمذجة أنواع عديدة منها:

• **النمذجة المباشرة أو الصريحة:** حيث توجد قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه أ و قدوة رمز ة من خلال فيلم أو مجموعة من الصور بطريقة متسلسلة تكشف عن خطوات أداء السلوك.

• **النمذجة الضمنية:** وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوكات التي يرغب المدّرب أن يلقنها للمتدرب.

• **النمذجة بالمشاركة:** وفيها يتم عرض السلوك المرغوب بواسطة نموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب، مع توجيهات تقويمية من جانب المدّرب.

• **النمذجة الحية:** يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد تعليمه تلك السلوكيات وفي هذا النوع من النمذجة لا يطلب من الشخص تأدية سلوكيات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط.

• **النمذجة الرمزية أو المصورة:** يقوم المتدرب بمشاهدة سلوك النموذج فقط من خلال الأفلام أو القصص أو الكتب.

• **النموذج من خلال المشاركة:** يقوم المتدرب بمراقبة نموذج حي أولا ثم يقوم بتأدية الاستجابة بمساعدة أو تشجيع المدرب وأخيرا فإنه يؤدي الاستجابة بمفرده **(بطرس 2010،ص 164-165)**.

5- البرامج العلاجية المنظمة علمياً:

أ- نظام التواصل عن طريق تبادل الصور:

لقد طور هذا البرنامج من قبل لوري فروست والدكتور أندرو بوندي. ويستخدم مع الأشخاص غير الناطقين الذين لديهم استخدام قليل وغير وظيفي لمهارات التواصل. ولقد حظي هذا البرنامج بشهرة عالمية نظرًا لأنه لا يتطلب مواداً غالية أو معقدة ويمكن أن يقوم به كل من الأخصائيين وأفراد الأسرة ولا يشترط أن يكون الطفل قد اكتسب مهارات التقليد أو لديه مفردات سابقة ويستند هذا البرنامج إلى إجرءات تعديل السلوك وتشكيل وإطفاء وتعزيز ويتم تطبيق هذا البرنامج من خلال ست خطوات:

1) التبادل الجسدي :

وتهدف هذه المرحلة إلى إعطاء الطفل صورة الشيء الذي يحبه إلى معلمه. يحبه إلى معلمه.

2) التنقل بعفوية: وهو أن يتوجه الطفل بتلقائية إلى معلمه ويعطيه صورة الشيء الذي يحبه.

3)تمييز الصور : وهنا يتعلم الطفل تمييز صورة الشيء الذي يحبه من بين عدة صور وإعطائه لمعلمه.

4) بناء الجملة: هنا يقوم الطفل بإعطاء معلمه صورة الشيء الذي يريده موضوعة على شريطة ومسبوقة بكلمة "أنا أريد"

5)الاستجابة إلى ماذا تريد : وهنا يسأل المعلم ماذا تريد وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال المعلم.

6)التعليق الاستجابي والتلقائي : أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع: ماذا تفعل ؟ ماذا ترى؟،ماذا تسمع؟وأجرى فروست وبوندي د راسة لقياس مدى فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور على مهارات التواصل عند عينة مكونة من (66) طفلاً توحدياً وأظهرت النتائج أن (95) % من أفراد العينة تمكنوا من استخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب، وأن (62) % تمكنوا من استخدام مجموعة من المفردات اللغوية على شكل كلمات بشكل تلقائي، وأن (20) % من الأطفال تمكنوا من استخدام الصور والرموز المستخدمة في هذا النظام **(Angermeier et al, 2008, 432)** .

ب – العلاج بالحياة اليومية :

يدعى أيضاً هذا البرنامج باسم هيتاشي وقد أنشأ في اليابان على يد الدكتورة كيتاهارا، التي ترى أن هناك علاقة بين جسم الطفل وعقله وروحه. ويركز البرنامج على تدريب بدني شديد ينتج عن إطلاق مادة الإندروفينات التي تتحكم بالقلق إضافة إلى برنامج موسيقي مكثف، الفن والد راما، مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة. وهذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك والتفاعل مع رفاقهم من الأطفال العاديين بهدف مساعدتهم على النمو الطبيعي، فأساليب التدريس اليابانية تعتمد على التعلم باستخدام الجماعات والتقليل من التعلم الفردي ويهدف إلى العمل على استقرار انفعالات ومشاعر الأطفال الذين لديهم توحد وخلق توازن في جميع مجالات حياة الطفل إضافة إلى العمل على تطوير قد راته النمائية والتفكير المنطقي والقدرة على اتباع التعليمات من خلال تطوير مها رات محددة **(ليال عاصي، 2011،ص101)** .

وتركز طريقة العلاج للحياة اليومية على التعليم المنقول من طفل إلى طفل من خلال التقليد والتزامن كما تركز على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض ثلاث مرات يومياً بمعدّل (20) دقيقة في كلّ مرّة والجمباز لمرّة واحدة في اليوم، وأنشطة رياضية خارجية يومية مثل كرة القدم **(الزريقات ، 2007 ،ص 114)** .

ج – برنامج لوفاس:

أنشئ هذا البرنامج في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلس الأميريكية عام 1970 من قبل الطبيب النفسي إيفار لوفاس IVAR LOVAS . وقد اعتمد لوفاس في برنامجه على نظرية تعديل السلوك وتحليل السلوكي (**Magnusen , 2005 ,126**) .

وتتضمن الطرق التي استخدمها ما يعرف بالتدخل السلوكي المكثف والتسلسل الحرفي أو المقنن لأنشطة التعلم من خلال تقديم أمر للطفل وتعزيزه أو مكافأة في كل مرة يستجيب فيها بصورة صحيحة **(ابو حلاوة، 2007 ،ص 37)** .

ويحدد لوفاس (3) من الشروط للقبول في البرنامج و هي :

- أن تتراوح أعمار الأطفال بين (2,5- 5) سنوات .

- يمكن للأطفال من عمر (6) سنوات أن ينضموا إلى البرنامج شرط أن يظهروا الصدى الصوتي echolalia.

- يخضع الأطفال إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب.

تعقيب: يعدّ برنامج لوفاس برنامجا مهما في مجال التدخل المبكر لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد التوحد وخصوصاً في مجال اللغة والأداء على مقاييس الذكاء. إلا أنه يؤخذ عليه نتائجه المحدودة في مجال تطوير المهارات الاجتماعية عند هؤلاء الاطفال كما يعد ثمن الالتحاق به ثمناً باهظاً.

د- برنامج دوغلاس للطيفات النمائية:

تأسس برنامج دوغلاس عام (1972) ليقدم المساعدة للأشخاص التوحديين من عمر(30-62) شهرا والذين تتراوح درجة ذكائهم بين (36-105) درجات. ونقسم هذا البرنامج إلى ثلاث مراحل:

1) فصل التحضير: حيث يتم تدريب التلميذ بشكل فردي طوال هذه المرحلة.
2) فصل المجموعات الصغيرة: وتتراوح النسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومساعد لكل ستة أطفال.
3) فصل الدمج: يحتوي على ثمانية أطفال طبيعيين وستة أطفال ممن يعانون من التوحد وثلاث معلمين.

ويعتمد منهاج دوغلاس على علاج اللغة والمهارات الاجتماعية في البداية ثم يتنقل إلى تعلم مها رات حركية وإد راكية ومهارات الاعتماد على النفس على أن تكون متدرجة من السهل إلى الصعب (**الشامي ، 2004 ،ص 73**)

هـ –برنامج ليب(LEAP) :

انطلق برنامج LEAP عام (1982) في مدينة بنسلفانيا كأول برنامج يقوم على دمج الأطفال الطبيعيين مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ممن هم في عمر(3–5) سنوات ضمن صفوف بيئية تعليمية عادية ، ويتلقى الأطفال الملتحقون بالبرنامج خمسة عشر جملة تدريبية موزعة على خمسة أيام في الأسبوع وتستمر هذه العملية على مدار السنة. ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ:

–1 إن جميع الأطفال يمكنهم الاستفادة من الدمج في مراحل عمرية مبكرة.

–2 يجب أن يشارك الوالدان والأسرة.

–3 يمكن أن يعلم الأطفال الطبيعيون أطفال التوحد من خلال النمذجة.

–4 إجراء بعض التعديلات على المنهج ليصبح مناسباً للطيف (**1999، Greshmanetal)** .

ويهدف هذا البرنامج إلى تنمية مها رات اللغة والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية.

تعقيب: يعتبر هذا البرنامج إيجابياً إلى حد كبير نظرا للاساس الذي يقوم عليه وهو دمج الأطفال ذوي إضطراب التوحد مع الأطفال الطبيعيين وهذا ما يسعى إليه جميع العاملين في مجال التربية الخاصة.

و – طريقة تيتش :

والمقصود به علاج وتعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرا طيف التوحد وإعاقات التواصل المشابهة. وقد طوّر هذا البرنامج من قبل اريك سكوبر عام(1972) في الولايات المتحدة الأميريكية ويعدّ أول برنامج تربويّ معتمد من قبل جمعية التوّحد الأميريكية. إن أهم ركيزة لهذا البرنامج هي تعليم الأشخاص التوحّديين من خلال نقاط قوّتهم والتي تكمن في إد راكهم البصريّ وتعويضهم عن نقاط الضّعف لديهم والتي تتمثّل في فهم اللّغة والبيئة ويتمّ ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصريّة مثل الصّور والكلمات المكتوبة.(**الشامي علاج، 2004،ص 33**).

ويقوم برنامج تيتش على ثلاث ركائز أساسية تتمثل ب:

1-التقييم والتشخيص.

-2 وتعاون الوالدين مع المهنيين.

3- والتعليم المنظلم، بحيث يشمل على خمسة عناصر أساسية هي:

- تكوين روتين محدد .
- تنطيم المساحات .
- الجدوال اليومية .
- تنظيم العمل .
- التعليم البصري . **(العماوي,2007،ص112)**.

وما يجدر ذكره أن هناك علاقة عكسية بين درجة التنظيم وكل من العمر العقلي والزمني ودرجة الذكاء وتطور المها رات اللغوية.

تعقيب: يعدّ برنامج تيتش برنامجاً مرناً وقابلاً للتعديل والتكيّيف، حيث ان التّعليم المنظّم من أفضل طرق لتعليم اطفال التوحد مهارات جديدة ويساعدنا على التغلب على السلوكيات التي تعيق عملية التعليم، بالإضافة لقدرته على تغطية فئة عمرية كبيرة تمتدّ من (8) اشهر الى (55) سنة .

بعض الأساليب العلاجية الأخرى:

أ- العلاج الطبيعي:

تفيد هذه الطريقة مع الأطفال الذين سلوك التشنج بشكل متواصل ومتكرر كما تفيد في إعادة تكييف بعض العضلات والعظام إلى وضعها الطبيعي بعد طول استخدام خاطئ لها، نتيجة لقيام الطفل التوحدي بنفس السلوك الحركي بشكل متواصل ومتكرر **(الروا وحمّاد،1999،ص 133)**.

ويهدف العلاج الطبيعي إلى تطوير المهارات الحركية الكبيرة (الجلوس، الوقوف) وضبط الأنماط الحركية ومعالجة الإصابات والطيفات الجسمية والوقاية منها باستخدام أساليب علاجية تشمل الضوء والحرارة

والهواء وغيرها بالإضافة إلى توفير الأجهزة التعويضية التي قد يحتاجها الطفل كالكراسي المتحركة (**الخطيب و اخرون ،2001،ص63**).

ب –العلاج بالجلوس على الأرض:

أسس هذه الفنية ستانلي جرينسبان لتنمية تواصل انفعالي جيد لطفل التوحد،بحيث نساعده على تطوير مهارته بشكل تدريجي من الأسهل إلى الأصعب، وهو عبارة عن جلسة لعب يقوم من خلالها المربي باللعب مع الطفل من خلال اللعب بأي شيء يثير اهتمامه، ويهدف هذا البرنامج إلى تقدم الطفل من خلال أربع مراحل تطو رية وكل مرحلة تحتوي على مجموعة من الأهداف(**الشامي، 2004،ص 194**) .

ج– العلاج باستخدام الحاولات المنفصلة:

يقوم أسلوب المحاولات المنفصلة على أساليب وتقنيات تحليل السلوك التطبيقي في تعليم اطفال التوحد المهارات اللغوية والكلامية ومها ا رت التفاعل الاجتماعي(Leaf et.al ،1990)

يعتبر كل من وولف و راشلي وميس(Wolf, Risely, Mess,1966) هم اول من أظهروا نتائج هذا الأسلوب عندما طبقوه على مجموعة من أطفال التوحد لتعليمهم سلوكيات التواصل اللفظي، وتعتبر هذه الطريقة من الطرائق المفضلة والمستخدمة في مراحل التدخل المبكر وقد سميت بهذا الاسم لأن كل هدف تعليمي يعرض بشكل منفصل للطفل وبشكل متكرر ومتتال من 5–9 مرات وتسمى كل مرة يعرض فيها الهدف التعليمي بمحاولة، وتتضمن كل محاولة ثلاثة عناصر أساسية وهي المثير ، والاستجابة، وتوابع السلوك ، ويتخلل ذلك استخدام فنيات تعديل السلوك(التلقين، التعزيز، التشكيل، الحرمان،العقاب) ووضعهم ضمن هدف سل وكي بالاستناد إلى قدرة الطفل على تقليد كلام الكبار، وأهم ما يميز هذا الأسلوب هو قدرة الشخص الذي يتعامل مع الأطفال التوحديين في ضبط المدخلات والمخرجات أثناء عملية التعلم، ولكن يؤخذ عليه صعوبة تعميم المهارات المكتسبة والبيئة المصطنعة للطفل (**Fenste et.al2001 .80**).

د–العلاج بالموسيقى:

يعتبر العلاج بالموسيقى وفقاً لما تق رّه الجمعية الاسترالية للعلاج بالموسيقى هو ذلك الاستخدام التخطيطي للموسيقى من أجل الوصول إلى الأهداف العلاجية المنشودة مع الأطفال والبالغين ذوي الاحتياجات الخاصة الذين ترجع إعاقتهم في الأساس إلى العديد من المشكلات النمائية أو العضوية أوالاجتماعية و الانفعالية.

ويعتبر العلاج بالموسيقى شكلاً من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصةً الخفيفة منها. ويساعد العلاج بالموسيقى الأطفال التوحديين الذين لم تنم لديهم لغة على التواصل مع الآخرين، ومشاركتهم بما يقومون به من أنشطة، والتعبير على ذواتهم وذلك بطريقة غير لفظية. ويساعدهم على الاشتراك في المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويوفر لهم قد راً مناسباً من الحرية لاستكشاف البيئة والتعبير عن أنفسهم. ولكن على المعالج بالموسيقى أن يستخدم الموسيقى التي يفضلها الطفل، والتي تتناسب مع بيئته وثقافته وعمره الزمني **(محمد وعزت، 2008،ص 137)**.

هـ- العلاج بالفن:

يعتبر العلاج بالفن حسب الرابطة الأمريكية للفن (2004) هو الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني في حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في الحياة، ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إد راكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية التي تنتابهم، والصدمات التي يمرون بها فيحسنون من قد راتهم المعرفية ويتمتعون بمتعة الحياة من خلال الفن. ويهدف العلاج بالفن بالنسبة لأطفال التوحد إلى أن يكونوا أفراد مشاركين في المجتمع وقادرين على التواصل مع أفراده وليعيشوا حياتهم معتمدين على أنفسهم بأكبر قدر ممكن **(اليامي ، دون عام ،ص 4-6)**.

البرامج التي تهدف إلى التخفيف من مصاعب معالجة المعلومات الحسية وتحسين الانتباه وخفض

أحاسيس القلق والإثارة : ومنها ال تّكامل الحسي و التّكامل السّمعي وعدسة آيرلين وآلة الضغط والعلاجبالدلافين إلا أن هذه الدراسات مثيرة للجدل ولا توجد د راسات علمية تؤكد مدى فعاليتها وقياس نتائجها الحقيقية على الأطفال.

و- العلاج باللعب:

يعدّ اللعب أحد أهم السمات الأساسية في حياة الأطفال فهو فرصتهم لقضاء وقت الفراغ والتفاعل مع الآخرين المحيطين بهم وللتعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والإحباط الذي قد يمرون به، كذلك يساعد الأطفال على نمو قد راتهم النمائية والمعرفية والانفعالية واللغوية. وعن طريقه يشبعون العديد من حاجاتهم كالحاجة إلى اللعب نفسه حين يلعبون، والحاجة إلى التملك حين يشعرون أنهم

يمتلكون بعض الأشياء، والحاجة إلى السيطرة حين يشعرون أنهم يسيطرون على جزء من بيئتهم وحاجتهم إلى الاستقلال حين يعبرون بتجربة عما يريدون دون توجيه من الآخرين.

وترى هت(1979) أن الطفل خلال اللعب والتعلم ينغمس في نوعين من النشاط هما: السلوك المعرفي والسلوك الترفيهي وترى أن كل أنماط اللعب تضم كلّاً من العنصرين، فتعلّم الطفل لشيء جديد يعدّ نشاطاً معرفياً، أما حين يكرره دون تغيير أوبتغييرات بسيطة فيكون هذا نشاطاً ترفيهياً (**ماكنتاير،2004،ص150)** .

ويستخدم العلماء برنامج العلاج باللعب مع الأطفال ذوي التوحد لتنمية تواصلهم مع الاخرين المحيطين بهم ويضعون اللعب كأرضية أساسية في أي(**نصر، 2002،ص 126).**

كما يؤكد أرون إيزمان على أن استخدام اللعب كوسيلة علاجية يتيح كل الفرص لإعادة بناء العلاقة مع الآخر، حيث تتسع الحدود وتقلّ الضوابط، ويستطيع أن يعبر الأطفال عن مشاعرهم بحرية في اللعب ، ويعيشوا مشاعرهم وأحاسيسهم تجاه الآخرين ويعبروا عنها كاملة حتى وإن كانت تحتوي على غضب أو كراهية أو خوف ففي حجرة اللعب كل العالم متاح. ويستطرد آيزمان على أن الهدف من العلاج باللعب لا يكون عادة في إعادة تمثيل المواقف أو الأحداث بل على العكس الهدف الرئيس هو إدخال عنصر الإيجابية في لعب الطفل بمواده وموضوعاته وأنواعه حتى يكون وسيلة جيدة لإقامة التواصل والحوار مع الآخرين. **(Esman ,2000,13-15)**

وقد أثبتت العديد من الد راسات أهمية التدريب من خلال اللعب مثل د راسة كريدون ومارجريتالتي هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال ذوي طيف التوحد على برنامج للتواصل بغرض تحسين مها ا رتهم الاجتماعية والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً، وأوضحت النتائج أنه من خلال الألعاب والأنشطة الحركية والفنية والاجتماعية تخلص هؤلاء الأطفال من سلوك إيذاء الذات كما ا زداد نشاطهم الاجتماعي **(خطاب ،2004،ص126).**

خلاصة:

وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن هذا التنوع الكبير في أشكال وأنواع العلاج لإضطراب طيف التوحد إنما يعكس الاهتمام الكبير من قبل الباحثين والمتخصصين، وبأن نجاح بعض أنواع العلاج والتدريب والتأهيل مع حالة من حالات إضطراب طيف التوحد لا يعني بالضرورة نجاحها مع كل الحالات، حيث أن

لكل طفل توحدي خصائصه التي تميزه عن غيره من الأطفال، ويعني هذا أيضاً أن أية خطة علاجية أو تأهيلية يتم اتباعها في تأهيل وتدريب طفل آخر، حيث ان لكل طفل إمكانياته و قدراته، وإعاقته المعينة من حيث نوعيتها ودرجتها، وله ما يناسبه أيضاً من أسس وأساليب ومناهج للتدريب والتأهيل و العلاج، ولعلّ الأمر يتحقق بشكل أفضل إذا ما ترافق العلاج الطبي مع العلاج التربوي والسلوكي وبحسب حالة كل طفل وطبيعة إعاقته، ودرجة هذه الإعاقة.

الفصل الثالث:مهارات التواصل

1. مهارات التواصل
2. أنواع مهارات التواصل
3. تطورمهارات التواصل لدى الطفل ذي النمو الطبعيي
4. تطورمهارات التواصل لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد.
5. صعوبات مهارات التواصل لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يعتبر القصور في مها رات التواصل من بين محددات تشخيص اضطرا ب طيف التوحد بالإضافة للسلوكات والأنشطة النمطية والمتكررة ، وللتواصل أهمية كبيرة في الحياة اليومية نظراً لما يقدمه من خبرات للأفراد وكيف يستطيعون من خلاله التعبير عن أهداف مرغوبة بالنسبة لهم وعن طريقه يسترجعون الماضي ويخططون للمستقبل، ولهذا سوف تستعرض الباحثة في هذا المحور عدداً من النقاط الهامة المتعلقة بالتواصل واللغة ،سنتطرق في هذا الفصل للتعرف على مفهوم مهارات التواصل والتطور الطبيعي لهاته المهارة لدى الطفل ذي النمو الطبيعي، وتطورها بالنسبة للطفل ذي إضطراب طيف التوحد، يليها صعوبات التواصل لدى الطفل ذي طيف التوحد، و بعض التفسيرات لهذا القصور.

1- مهارات التواصل:

مهارات التواصل هي: عملية لتبا دل المعلومات، الأفكار، الحاجات والرغبات بين الأفراد، بحيث تتطلب القدرة لتشفير، تحويل وفك تشفير الرسالة المقصو دة، كما تتطلب مرسل ومستقبل وكل منهما يكون مدركا لمحتوى معلومات الطرف الآخر لضمان النقل الفعال للرسالة (Owens,JR,2012).

يعتبرها كل من(Andy Bondy & Lori Frost) أنها: تتضمن سلوكات تكون على شكل كلام، ايماءات وإشارات، لغة الإشارات، صور وكتابة، موجهة لشخص آخر، تكون كتواصل تلقائي، استجابي أو تقليد من أجل التعبير عن حاجة او التعليق عن شيء **(Bondy,2002 & Frost)**.

وتعرفه **(غالي، 2013،ص 23)** بأنه :عملية تواصلية تكو ن اما لفظية أو غير لفظية هدفها تبادل الأفكار والمشاعر بين الأفراد بأساليب مختلفة، كالايماءات والاشارات والتعبيرات الانفعالية واللغة المنطوقة.

وتضيف (Jenifer,2014 & Amanda) بأن التواصل هو :عملية تبادل المعلومات مع الآخرين، ويكون بعدة أشكال ولا يقتصر على اللغة ويتضمن التواصل غير لفظي فهم الرموز، والتواصله والقدرة لفك ترميز رسالة والقدرة لترميزها للآخرين.

فالتواصل ليس فقط أن تتمكن من الكلام، بل القدرة أن تجعل شخصا ما يعرف ماذا تريد أو ماذا لا تريد، أن تخبر شخصا حول حدث، أو تصف له حركة، يمكن القيام بهذا لفظيا أو بطريقة غير لفظية، عن طريق الإيماءات، الإشا رات، الأصوات، المخرجات الحسية، رموز وكلمات. بحيث يكون من خلال وضعية اجتماعية تجمع شخصين او أكثر، يكون فيها إرسال رسالة والإستماع للتلقي اولإستجابة عن طريق تبادل

تواصلي كما أن مهارات التواصل هو العملية التي يتم من خلالها تبادل المعلومات والأفكار والحاجات والرغبات بين المشاركين، وهو غاية اللغة ووظيفتها ولا يقتصر التواصل على الانسان وحده، فالكائنات الحية تتواصل فيما بينها، لكن يختلف استخدام الانسان للتواصل عن استخدام الحيوان، فالحيوان يستخدم التواصل لتحقيق غرائزه الاساسية كدرء الخطر أو جلب المنفعة، في حين يستخدم الانسان التواصل لأغراض شتى منها التعبير عن حاجاته الاساسية ونقل المعلومات اولتعبير عن المشاعر والأحاسيس والتفاعل مع أفرد الامجتمع الذي يعيش فيه **(عمايره و الناطور،2014 ،ص213)**.

فهو عملية تبادل المعلومات والآ راء والأفكار، حيث يكون الاتصال على شكلين الاول لفظي والثاني غير لفظي باستعمال لغة الجسد وما يرادفها، وللتواصل غير اللفظي أشكال متعددة يمكن أن يعرف منها حالة الفرد كتعبيرات الوجه ووضع الجسم والصوت وغير ذلك من التعبيرات الجسمية غير اللفظية التي تعبر عن حالة الانسان الجسمية والنفسية **(العجمية،2015 ، ص 129)**.

ويعرف الببلاوي(2005) التواصل بأنه: العملية التي تتضمن تبادل المعلومات والمشاعر والمعتقدات بين البشر. ويتضمن التواصل كل من الوسائل اللفظية كاللغة المنطوقة والمسموعة والمكتوبة، والوسائل الغير لفظية كلغة الإشارة، تهجئة الأصابع، قراءة الشفاه، لغة برايل، كذلك الايماءات وتعبيرات الوجه، لغة العيون ، حركة اليدين والرجلين، لذلك يعد التواصل أعم وأشمل من اللغة **(فاضل، 2015)** .

فمهارات التواصل عملية اجتماعية تتم بين الافراد، هدفها التعبير عن الذات أو الحاجات أو نقل المعلومات وتكون بشكل لفظي عن طريق الكلام أو غير لفظي كالإيماءا ت وتعبيرات الوجه، حركات الجسم ونبرات الصو ت، ونشرحها فيما يلي:

2-أنواع مها رات التواصل:

- **مهارة التواصل غير اللفظي:**

مهارة التواصل غير اللفظي هو: مجموعة من التعبيرات ولغة الجسد التي يصدرها الفرد بشكل إرادي أو غير إرادي أثناء تواصله مع الآخرين، هذه السلوكات غير لفظية تضم كل من التعبيرات الوجهية، وضعيات الجسد، حركات العين، نبرة الصوت والإيماءات. فهي تساعد على تنظيم سيرالمحادثة، تسهيل أخذ الأدوار، توفير التغذية الراجعة و توضيح المعاني(plume 2013)، بحيث تبلغ أهميته في أن التواصل يضم (7%) تواصل لفظي و(93%) تواصل غير لفظي، مقسمة الى (38%) تواصل صوتي غير لفظي

كنغمة الصو ت، سرعة و شدة الصوت، بينما (55%) تواصل غير لفظي بصري كلغة الجسد والتواصل البصري(Cummings ,2011) بحيث ينقسم التواصل غيرلفظي الى :

- **حركات الجسم:**

وهي سلوكات تواصلية غير لفظية تضم كل من حركات اليد والذراع عن طريق الإشارات، حركات الجسم عن طريق الوضعيات المختلفة، حركات الرأس، حركات الوجه عن طريق التعابير اوالإيماءا ت، حركات العين عن طريق التواصل البصري و وضعيات الجسد.

- **التقارب المكاني :**

تدل على الطريقة التي يستعمل بها الفر د الفضاء ووضعيات الجسد للتواصل وكيف يؤثر هذا الفضاء المحسوس على سلوك الأف ا رد ضمن هذا التفاعل (Wigham,2012)

- **التلامس:**

وهي د راسة كيفية تأثير التلامس الجسدي في عملية التواصل، فملامسة كتف شخص عند التواصل عنده دلالة غير لفظية.

- **الصوتيات:**

تشير الى الطريقة التي يقول بها الفرد كلماته، و تعني د راسة ما وراء اللغة و تضم نوعية الصوت التي ترافق الرسالة الصوتية كالنغمة، الشدة، المدى، النوعية والفلترة الصوتية **(Ikhsan,2018 & Antika)**.

- **مهارة التواصل اللفظي:**

يشمل كل أنواع تبادل المعلومات بين الأف ا رد باستخدام الكلمات إما عن طريق الكلام أو الكتابة وتستخدم فيه اللغة لهذا الهدف **(National Council of Education Research and,2018 Training)** .

وتنقسم الجوانب اللغوية الى ثلاثة جوانب حسب (Owens,JR,2012)هي:

- ✓ الشكل ويحوي كل من أصوات الكلام الصرف والنحو.
- ✓ الجانب الثاني هو المضمون و يشمل دلالة الألفاظ.

✓ أما الجانب الثالث فهو الاستعمال ويضم استعمال اللغة ونشرحها فيما يلي:

- **أصوات الكلام** : وهي النظام الصوتي في اللغة والقواعد التي تنظم المجموعات الصوتية داخل الكلمة، فيشمل القدرة على التمييز بين الأصوات اللغوية وطريقة نطقها، فتغيير وحدة صوتية واحدة أو نطقها بشكل مختلف في الكلمة قد يغير من المعنى.
- **الصرف:** ويشمل اشتقاق عدة أشكال من كلمة واحدة وقواعد استخدامها، فيمكن اشتقاق من الكلمة الواحدة عدة أشكال كالجمع، الماضي أو المضارع، الحال وصيغة التفضيل.
- **النحو:** تدل على القواعد والأشكال التي تنظم الجمل وتجعلها مفيدة من خلال ترتيب الكلمات في الجملة وعلاقتها ببعضها البعض داخل الجملة كترتيب الفعل والفاعل والمفعول به .
- **دلالة الألفاظ:** يشير الى مراجع الكلمات ومعاني الألفاظ، فالكلمات تمثل الأشياء، الصفات، المفاهيم والخبرات وهي تحوي على معاني كثيرة بناءا على مجال استخدامها ولكي يصبح الكلام مفهوما يجب اختيار الكلمات المناسبة حسب سياق الكلام ودلالتها المعجمية.
- **استعمال اللغة:** ويعني استخدام اللغة بشكل وظيفي لأسبا ب تواصلية أ و اجتماعية تفاعلية، بحيث يتم فيها استخدام كل مكونات اللغة السابقة حسب الموقف او السياق. فيعتبر استعمال اللغة اهم مكونات اللغة، لأنه بدونه لا يصبح معنى للمكونات الأخرى للغة (Reed 2018).

كما حاول سكينر إعطاء مكونات للغة، مختلفة عن المكونات المتعارف عليها(اصوات، اللغة، الصرف، النحو، دلالة الألفاظ واستعمال اللغة) عن طريق نظرية السلوك اللغوي بتحليله لوظيفة اللغة واعتبرها كسلوك يتم تعزيزه من خلال المستمع بعلاقة اجتماعية متبادلة بين المتكلم او المستمع، فالمتكلم يتحصل على معز زات من خلال سلوك المستمع. بالنسبة لسكينر شكل الاستجابة يساهم في فهم اللغة من خلال السياق، فكلمة (سيارة) يمكن ان تدل على أشياء كثيرة من خلال السياق، فيمكن أن تعني (أرى سيارة) اذا كانت كاستجابة لمكان السيارة، كما يمكن أن تعني(أريد الذهاب الى السيارة) كنوع من الطلب، ويمكن أن تكون استجابة للسؤال (كيف أتيت الى هنا) أيضا يمكن أن تكون مكتوبة في ورقة معلقة في لائحة المهام للتذكير بأخذ السيارة لغسلها، فسياق السلوك لفهم اللغة أهم من الطريقة التي يتواصل بها الأفراد.

كما قام سكينر بتحليل السلوك اللغوي من خلال إج ا رءات لغوية تحوي على سوابق السلوك، شكل السلوك وولواحقه، وتضم كل من الطلب، الترديد، التعليق والمحادثة. ونشرحها فيما يلي :

- **الطلب:** هو قيام المتكلم بالسلوك اللفظي استجابة لمثير داخلي وهو وجو د حاجة أو حرمان، وتكون النتيجة بأن يحصل على ما يريده من المستمع .
- **الترديد:** عبارة عن استجابة لمثير خارجي وهو السلوك اللفظي لشخص آخر بحيث يقوم المتكلم بنفس السلوك اللفظي لشخص آخر وتكون النتيجة تعليمية.
- **التعليق** :يشير الى قيام المتكلم بالسلوك اللفظي استجابة لمثير خارجي وتكون استجابة المستمع عبارة عن استجابة تعليمية أو اجتماعية .
- **المحادثة** :يعني قيام المتكلم بالسلوك اللفظي استجابة لمثير خارجي وهو السلوك اللفظي لشخص آخر وتكون النتيجة تعليمية **(Bicard,2019 & Casey)** .

3-تطور مها رات التواصل لدى الطفل ذي النمو الطبيعي :

تتطور مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي النمو الطبيعي عبر ثلاثة مراحل، وهي أولا مرحلة التواصل الهادف باستعمال الاشارات والإيماءات، واستعمال الأصوات لجلب إنتباه الآخرين أو للتعبيرعن حاجة او رغبة، تليها المرحلة الثانية المتمثلة في التواصل بالرموز وهو الاستعمال المبكر للغة للتفاعل مع الآخرين، لجلب انتباه الآخرين والتعبير عن الاحتياج، أما المرحلة الثالثة فهي مرحلة التواصل اللفظي فهي تعتبر المرحلة الأخيرة والمتطورة التي تسمح للفرد للمشاركة في محادثة مع الآخرين واستعمال عدة أشكال للتواصل لفظية وغير لفظية، في حين تشير العديد من الدراسات إلى القصور في اكتساب وتطور المهارات التواصلية ما قبل اللغوية لدى الأطفال ذوي طيف التوحد مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي(**Charman, Drew, Baird, & Baird ,2013).**

توصلوا إلى أن درجة اكتساب وتطور مها ا رت التواصل في سن (2) لدى ذوي طيف التوحد منبئ بدرجة كبيرة لمدى اكتسابهم لمها ا رت التواصل في سن (7) سنوا ت، كما تؤكد د راسات Mundy, Flusberg, Paul-Sigman, Ungerer, Tager & Lord,2005 للقصور في المها رات التواصلية لدى ذوي طيف التوحد منذ سن مبكرة.

ونذكر هاته المراحل بالتفصيل من خلال العناصر الآتية، للتعرف على الفروق بالتحديد في طبيعة نمو المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وذوي النمو الطبيعي :

- **مرحلة ما قبل التواصل الهادف:**

تبدأ منذ الميلاد لغاية الشهر الثامن، فالطفل لا يعرف ان عملية التواصل تكون بين شخصين (Owens,JR, Owens,JR,2012) ، ويعود ذلك نتيجة عدم قدرته لتمثيل الأفكار في ذهنه والسعي وراء أهداف عن طريق أفعال مخطط لها نضرا لعدم امتلاكه للقدرات الذهنية اللازمة لفعل ذلك (Rocky Bay2012)

وإنما يقوم بسلوكات قصد التفاعل باستعمال البكاء، المناغاة، استعمال تعابير الوجه وحركات الجسد بشكل غير محدد، للتعبير عن الألم، عدم الراحة أو الحاجة(Owens,JR2012)

وتنقسم هاته المرحلة بدورها إلى ثلاثة مراحل ثانوية:

- مرحلة ما قبل التواصل الهادف–الانعكاسي: يكون لدى الطفل في هذا المستوى مجموعة من الحركات الانعكاسية كالمص، المسك، الص ا رخ، التي يعبر بها بشكل انعكاسي لحاجة معينة يمكن أن ترتبط بالجوع، القلق، المتعة...إلخ.

- مرحلة ما قبل التواصل الهادف المرتبط برد الفعل: تبدأ الحركات الانعكاسية لدى الطفل في الاختفاء، ويبدأ في استقبال أنواع المثي ا رت الحسية عبر مختلف المدخلات، فيظهر سلوكات تكون كردة فعل لهاته المثي ا رت البيئية المرتبطة بالأشياء والأشخاص، كالصراخ ، حركات الجسم، تعابير الوجه، التواصل البصري، الالتفا ت لمصدر الصوت، والاستجابة لنبرات الصوت وتعابير الوجه، بينما البالغ هنا من يقوم بترجمة القصد من السلوكات التي تصدر عن الطفل.

- مرحلة قبل التواصل الهاد ف–الاستباقي: بحيث يكون سلوك الطفل موجه، ويحاول القيام بسلوكات تكون كاستجابة للمثي ا رت البيئية، يبدأ في إصدار الأصوات لنفسه، للآخرين، للألعاب، بحيث تتنوع نب ا رت، ش دة ونوعية صوته، بالإضافة لمشاعر مختلفة كالغضب والمتعة، يبدأ في استيعاب معنى نوعية الصوت وتعابير الوجه أثناء التواصل،

كما يبحث عن مصدر الصوت و يظهر اهتمام للأشخاص أو الأشياء المألوفة (Trajkovski & Troshanska،2013).

وتعتبر مرحلة ما قبل التواصل الهادف هامة نتيج ة للدور الذي يقدمه القائمون بالرعاية لنمو المهارات التواصلية لدى الطفل، ففي هاته المرحلة يكون عدم تعرف الطفل عن معنى وكيفية التواصل، فيقوم بسلوكات تواصلية تكون انعكاسية في بادئ الامر ثم تتطور نتيجة تطور مهاراته المعرفية وربطه بين السلوك والاستجابة التي يوفرها الآخرين، بمعنى أن ترجمة الأم للسلوك التواصلي للطفل والاستجابة له، تجعله يتعلم قيمة السلوك كإشارة للتواصل مع الآخرين. وفي نهاية هاته المرحلة يبدأ الطفل بالاهتمام بالتلاعب بالأشياء واستخدام الحركات لتجريبها وفهم استعمالها، كإحضار الكوب إلى شفتيه ووضع الهاتف فوق الأذن، كما أنه يحاول الوصول إلى الأشياء التي يريدها وهي بعيدة عنه وسرعان ما تتحول هاته الحركات إلى إشارات نحو الشيء المرغو ب **(Owens,JR, 2012).**

وتنقسم هاته المرحلة بدورها لمرحلتين ثانويتين :

التواصل الهادف الأولي: في هاته المرحلة يبدأ الطفل في التواصل بهدف عبرالحركات اتجاه الأشخاص والبيئة، فتكون غير واضحة المعنى والمحتوى، بينما يزيد مستوى التواصل غيراللفظي لدى الطفل، وعليه فال ا رشد يتعرف على سياق الموقف لفهم المحتوى ووظيفة السلوك**(Troshanska & Trajkovski,2013)**

التواصل الهادف المألوف: في هاته المرحلة يصبح استعما مها ا رت التواصل من طرف الطفل بشكل منظم ومألوف، بحيث يصبح التواصل غير اللفظي أكثر تطو ا ر من التواصل اللفظي خاصة عند الأطفال الذين لم يكتسبوا الكلام، كما يتعلم الطفل أن الكلمات لديها معنى وأنها تستخدم من أجل هدف، فلكي يتمكن من التواصل عليه أن يفهم اللغة والكلمات المحيطة به.

- **مرحلة التواصل الرمزي:**

تظهر هاته المرحلة عند (12) شهر من عمر الطفل ، مع استعمال الطفل للكلمات بهدف، بحيث يصبح تعبير الطفل عن نفسه بالرمو ز عن طريق الكلمات التي تكون مرافقة للإشا رات أو بدونه بحيث يمكن أن لا تكون كلمات واضحة كما ينطقها الراشدين، فيستعمل أصواتا ، معينة مرتبطة بمواقف معينة بشكل مستمر لديها معنى تواصلي وظيفي، فعندما يقول الطفل (دودو) معناه يريد أن يشرب، ويتمكن من فهمها الأشخاص المقربين من الطفل .

- **المرحلة اللغوية:**

تبدأ هاته المرحلة انطلاقا من الشهر (14) من عمر الطفل، فيتمكن من نطق كلمات واضحة للتعبير عن المشاعر، الحاجات والرغبا ت(Williamson 2014,) وتتطور مهاراته اللغوية من ناحية التركيب والوظيفة، وتصبح اللغة أكثر تعقيدا وتستعمل بشكل مألوف خلال التفاعلات الاجتماعية.

4-تطور مهارات التواصل لدى الطفل ذي طيف طيف التوحد:

غالبا ، لا تظهر أعراض شاذة لدى الأطفال ذي إضطراب طيف التوحد في المراحل الأولى من الحياة، فتقريبا(50%) منهم، يكون لديهم نمو طبيعي لغاية بلوغهم (15- 24) شهرا من العمر، و سرعان ما يظهر لديهم فقدان للمكتسبات المتعلقة باللغة، التواصل والمهارات الاجتماعية **(Holman,2017 ،Garrett-Mayer)**

ونتيجة لصعوبة تشخيص إضطراب طيف التوحد قبل سن ثلاث سنوات، تظهر صعوبة ملاحظة تطور مهارات التواصل لدى هاته الفئة في سن مبكرة، بالرغم من ذلك توجد بعض الدراسات التي لاحظت النمو التواصلي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في مراحل عمرية مبكرة قبل العامين من العمر، وهي نوعان، تتمثل في دراسات تحليل أشرطة الفيديو ودراسات ملاحظة تطور الطفل. فالتطور في مهارات التواصل لدى الطفل ذي إضطراب طيف التوحد يستلزم تطورا عاديا لهاته المهارات خلال السنة الأولى والثانية من العمر، ويظهر ذلك في تطور المناغاة لديهم مثلهم مثل الأطفال ذوي النمو الطبيعي، ولكن يفشلون في فهم واستعمال الايماءات، التعبيرات الوجهية، وتبادل الاهتمام مع الآخرين حول الأشياء، مع قصور شديد في التواصل الوظيفي واقتصاره في البكاء أو تلبية رغباتهم بأنفسهم، دون القدرة على فهم المفردات واستعمالها للتواصل مع الآخرين.

5-صعوبات مها رات التواصل لدى الطفل ذي إضطراب **طيف التوحد:**

يعتبر الطيف في اللغة والتواصل عرضا أساسيا لدى الحالات ذات إضطراب طيف التوحد، وبالرغم من وجود تفاوت في صعوبا ت اللغة أو التواصل بين الحالات، فبعضهم يبقى تواصله غير لفظيا مدى الحياة، بينما الآخرين لديهم لغة مع وجود صعوبات في استعمالها، فيظهرون وكأنهم يعيشون في عالم لا يهمهم فيه التواصل، دون أن يعني ذلك أنهم يرفضون التواصل فهم يعانون من عدم القدرة على التواصل **(Alberta Learning Special Programs Branch,2013)**.

ونستعرض صعوبا ت مهارت التواصل لدى الطفل ذي إضطراب طيف التوحد فيما يلي :

- **صعوبات مهارة التواصل اللفظي:**

يمكن تقسيم صعوبات مهارة التواصل اللفظية لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد إلى مجالين، هما اللغة الإستقبالية واللغة التعبيرية، فالقصور في اللغة الإستقبالية واضح أكثر من اللغة التعبيرية، حيث تظهر صعوبات اللغة التعبيرية في المبادرة للكلام، اللغة التلقائية، الإجابة على الأسئلة والتعليق على الآخرين**(Kaur 2016)**.

كما يمكن فهم صعوبات مهارة التواصل اللفظي بناءا على نتائج الدراسة التتبعية ل DeMyer واخرون سنة 1973 للكشف على صعوبا ت مهارة التواصل اللفظي لدى هاته الفئة، حيث بلغ متوسط العمر لعينة البحث في القياس الأول (65,6) شهرا، وخلصت النتائج إلى عدم وجود لغة عادية لدى أي طفل ذي إضطراب طيف التوحد من عينة الدراسة، بينما ما يبلغ نسبة35% لديهم بعض اللغة الوظيفية،منهم 2% اكتسبوا القدرة للتعبير عن الأفكار والمحادثة، لكن تحت مستوى العمر النمائي، و نسبة 4% يتمكنون من إجراء المحادثة دون أن يقتصر ذلك عن التعبير عن إحتياجتهم، لكن تواصلهم كان غريبا وتكراريا، ونسبة1% يتمكنون فقط من التعبير الآني عن الإحتياج، و20% لديهم المصاداة وبعض المفردات للتعبير عن الطلب، ونسبة8% لديهم بعض المفردات للتواصل، فيما تبقى نسبة20% لديهم مصاداة للكلام دون وجود مفردات للتواصل، ونسبة45% ليس لديهم لغة.

وبينت النتائج في القياس التتبعي بعد 6% سنوات، أن معظم الأطفال في هاته الد راسة طوروا مهارات لغوية، و4% منهم طوروا لغة عادية لكن يبقى لديهم صعوبات في المفاهيم التجريدية، تكرار السؤال، محادثة شاذة بالتركيز على موضوع معين أو توفير معلومات دون الحاجة إليها أو أنها ليست في سياقها، نبرة ونغمة للصوت شاذة، بينما نسبة (50%) لديهم بعض المهارات اللغوية الوظيفية، منهم

نسبة(13%)اكتسبوا القدرة للتعبير عن الأفكار والمحادثة، لكن تحت مستوى العمرالنمائي،(13%) منهم يتمكنون من إجراء المحادثة دون أن يقتصر ذلك عن التعبير عن احتياجاتهم، لكن تواصلهم كان غريبا وتكراريا، ونسبة4% يتمكنون فقط من التعبير الآني عن الإحتياج،12% لديهم المصاداة وبعض المفردات للتعبير عن الطلب(8%)لديهم بعض المفردات للتواصل.

فيما تبقى نسبة(8%)لديهم مصاداة للكلام دون وجود مفردات للتواصل، و39% ليس لديهم لغة.

وهذا ما يتقارب نوعا ما الى ما تشير الدراسات، بأن(50%) من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لا يكتسبون اللغة، بينما نسبة(75%) منهم لديها صعوبات لغوية كالمصاداة وقلب الضمائر، بينما 30% منهم يتمكنون من اكتساب لغة وظيفية(**Linné,2011 & Fredrika**).

ويمكن تفسير ذلك من خلال أن أكثر من ربع الحالات ذات إضطراب طيف التوحد، لا يكتسبون لغة منطوقة وأغلبيتهم يعتبرون حالات شديدة من التوحد، فالقصور في اكتساب اللغة يقودنا إلى اعتبارها سببا في عجز المعالجة الذهنية لديهم، فالحالات الشديدة من طيف التوحد لديها عجز شديد في اكتساب اللغة، مما يكبح قدرتهم لمعالجة الأصوات والمفردات، بمعنى عدم فهم معنى الكلمات وعدم بناء صور ذهنية للكلمات في الدماغ، وبهذا فمعظمهم لا يتمكن من التعرف على الكلمات المسموعة وفهم معناها (**Wah,2011 & Min**)

أما من جانب صعوبات اللغة التعبيرية، فالأطفال ذوي النمو الطبيعي يستخدمون اللغة من أجل أسباب اجتماعي ة للمبادرة في المحادثات التفاعلية، بينما الطفل ذي طيف التوح د يستخدم الكلمات من أجل تنظيم محيطه عن طريق الطلب والاعتراض (**Belliveau,2013 & Mody**).

فنسببة قليلة ، منهم تكتسب لغة، غالبا ما تتميز بإصدار أصوات غريبة تتباين بين الكلام والمناغاة، أما الحالات التي تكتتسب لغة جيدة، فهم يستخدمون نطقا صحيحا وقواعد جيدة، ولكن يبقى كلامهم ذو نغمة ونبرة شاذة، كما أنهم حتى في حالة اكتساب مفردات لغوية، فلا يتمكنون من استخدامها تلقائيا أو (Farmer,2013) فلديهم صعوبات في الأخذ والرد أثناء لمحادثة، وتوفيرهم ، إما لمعلومات ناقصة او زائدة عن اللازم، مع تغيير مفاجئ للموضوع وصعوبة في ترجمة اللغة المجازية، (Geib,2018) فيمكن تفسير القصور في استخدام اللغة نتيجة عدم وجود الرغبة في التواصل مع الآخرين، القصور في التواصل الهادف، القصور في القدرة على المبادرة للتواصل، اولحفاظ وإنهاء التبادل في التفاعل، فهاته الصعوبات

تكبح نمو قدرات الطفل الكلامية واللغوية، التي تحتاج بدورها للنمو ضمن سياق تواصلي، وبهذا فأغلبية ذوي إضطراب طيف التوحد لديهم تأخر في الكلام و اللغة فالطفل منذ الصغر يتعلم كيفية التواصل، حيث يتم تعلم السلوكات التواصلية عن طريق تعلم مهارات قبلية كالقدرة على الإستجابة والتفاعل مع المحيط، المشاركة في التفاعل الاجتماعي، فهم او استخدام مختلف أشكال التعبيرات، فمكونات اللغة من أصوات الكلام والصرف والنحو، يرتبط تطورها بالقدرة على التمييز السمعي والتقليد، أما دلالة الالفاظ واستعمال اللغة، فيرتبط تطورها بالقدرة على الإستجابة للبيئة المحيطة والمشاركة في التفاعلات الاجتماعية، فيواجه ذوي إضطراب طيف التوحد صعوبات خاصة في دلالة الألفاظ واستعمال اللغة مقارنة بمكونات النحو وأصوات الكلام (**Linné,2011**).

كما يتميزون بظهور المصاداة لديهم في بداية اكتسابهم للغة، تكون على شكل إعادة للجملة أو الكلمة الأخيرة التي قالها المتكلم، وتكون آنية او بعد مدة(**Belliveau,2013 & Mody**).

بدون ان يفهموا المعنى، بل يقومون بذلك بنفس نغمة وشدة الصوت، وهذا ما يدل على أنهم لا يفهمون المعنى من الكلام (Niederer , 2013) ولاحقا يستعملها الطفل من أجل الطلب بدل استعمال اللغة وظيفيا، فيمكن أن يعيد سؤال الأخرين "هل تريد تفاحة؟" بدل أن يقول" أريد تفاحة" إضافة الى إمكانية اعتبار صعوبات القيام بالحركية الدقيقة أو تقليدها، من ضمنها حركات الشفاه و اللسان (Min & Wah,2011) ، مؤثرة في النطق وعلى قدرتهم للتواصل، وسنلخصها في الجدول كالاتي:

الجدول (02): *صعوبات مهارات التواصل اللفظي ومظاهرها*

صعوبات مهارات التواصل اللفظي	مظاهرها
شذوذ في اللغة المنطوقة	نبرة ونغمة شاذة، سرعة أو بطء في الكلام، إيقاع غريب أو شدة في الكلام، نوعية الصوت.

استعمال محدود للمفردات	استعمال الأسماء، استعمال في حدود الطلب والرفض، محدود في الوظائف الاجتماعية
قدرة على الحديث حول موضوع واحد دون تغييره	الاستمرار في الحديث حول موضوع معين دون غيره.
مصاداة الكلام	بدون معنى، ان تهدف للتواصل، تدل على القدرة للتقليد وإنتاج الكلام، يمكن ان تحمل هدفا للتواصل.
استعمال اللغة للتعبير عن الحاجة بدل استعمالها لأهداف اجتماعية	توظيف اللغة من أجل الطلب والمعارضة، وعدم استعمالها لمشاركة معلومات مع الأخرين.
صعوبات في سياق المحادثة	صعوبة في بدء المحادثة، صعوبة في فهم القواعد غير المكتوبة، عجز في الحفاظ على المحادثة حول موضوع، ترجمة شاذة، نمطية في طريقة المحادثة.
تأخر أو عجز في اللغة التعبيرية	عدم اكتساب للغة التعبيرية، أو اكتساب لبعض المفردات مع وجود خلل في أحد مكونات اللغة.
أنماط صوتية مكررة ومميزة	تكرار أصوات ليس لديها معنى، تكون بشكل مكرر مع شذوذ في النبرة والنغمة.

بعض التفسيرات للاختلال اللّغوي لدى الأطفال التوحديين:

1-أطفال إضطراب طيف التوحد يتعلمون بطريقة الجشتالت: أي أنهم يبدؤون في تعلمهم للغة بتكرار كلام الآخرين كما يسمعونه بالضبط حتى بنفس التّنغيم ونبرة المتكلم. ربما يبدأ هذا التكرار دون أن يحمل معنى للطفل في النهاية يتعلم أن هذه الجمل أو أشباه الجمل تجلب له أشياء ولذلك يبدأ باستخدامها بطريقة أكثر وظيفية ومن المهم ملاحظته أن معظم أطفال إضطراب طيف التوحد الذين أظهروا الكلام مرّوا أولاً بمرحلة إعادة كلام الغير (المصادات) **(الشامي,2004,263)**.

2-إن القصور في مهارة الانتباه المشترك يعدّ أحد العوامل المؤدية إلى القصور اللغوي عند أطفال إضطراب طيف التّوحد كون الطفل غير قادر على الاتصال مع من حوله بطريقة فعّالة **(Moldin , 2006,184)** .

3- إن الفشل في استعمال اللغة سيؤدي إلى تغذية راجعة محدودة لهذا الاستخدام مما يؤدي بالنهاية إلى الفشل في تطوير استعمال الأصوات والقواعد والمعاني والمظاهر غير اللفظية ذات الصّلة باللغة.

يلعب الجهاز العصبي المركزي دوراً مهماً في تطور وظائف ومكونات وعمليات اللغة ونستدل من التطور المتفاوت للغتهم بأن مناطق مختلفة داخل الجهاز العصبي المركزي قد تكون مضطربة والتي بدورها حدّت من مستوى تطوّر قدراتهم اللغوية **(الدّوخي والصقر،2005، ص47)**.

5-المشكلات التي تحصل قبل أو أثناء أو بعد الولادة والتي تؤثر على نمو الدّماغ والذّي يؤثر على قدرة الأفراد على تفسير ما يحدث في العالم الخارجي والتفاعل معه.

6-الناس المصابين بإضطراب التوحد يقومون بالرّغم من المستويات المختلفة من الذكاء لعملية تحليل المعلومة اعتمادا بشكل كبير على الجزء الأيسر من الدماغ والذي يفسرها حرفياً كما يراها ولا يستخدم الجزء الأيمن، يكون مسؤول بشكل كبير عن عملية التعلم لديهم**(الوردان،2000 ،ص7)**.

7-أطفال إضطراب طيف التوحد لديهم نقص القدرة على إدراك ما و راء الحرف لهذا يأخذون الكلمة أو الشكل حرفياً وهذا، ما يعيقهم في عملية التواصل مع الآخرين.

8- يتفاوت البروفيل بشكل كبير لدى الأشخاص ذوي إضطراب التّوحد وينجم هذا الأمر عن الامراض المشاركة مثل فقدان السمع، متلازمة فراجيل (X) متلازمة داون، يمكن أن تظهر سويّة مع التوحد مسببة مجموعتها المميزة من الاختلالات والشذوذات في عملية اكتساب اللغة **(بوشير،2010 ،ص65)**.

9 - اختلال التّرميز : حيث أن أطفال إضطراب التوحد يعانون من خلل في الترميز وهذا ما يؤثر على اكتسابهم للغة بكافة أشكالها وعلى اللّعب الرمزي **(Mayljars et.al,2012)**.

10-يعاني أطفال إضطراب طيف التوحد من قصور واضح في نظرية العقل فهم غير قادرين على قراءة أفكار ومشاعر ورغبات الآخرين وبالتالي هذا ما يعيق التّواصل بينهم وبين الآخرين.

11-الخلل في نظام العصبونات المرآتيةوالتي تؤدي إلى خلل واضح في مهارة التقليد لدى أطفال إضطراب طيف التوحد.

12-إن المناطق المتعلقة باللغة الموجودة بالدماغ غالباً ما تكون أقل في الحجم لدى أطفال الطيف التوحدي. هناك اختلافات في تنظيم الدماغ مع اعتماد أقل على الجزء الأيسر من الدماغ في معالجة اللغة كما يعانون من ارتباطيه قليلة بين مناطق الدماغ المختلفة والتي تلعب دورا مهماً في إنتاج واستيعاب اللغة **(Targer et.al,2012,172)**.

خلاصة:

تعد مهارات التواصل اللفظي من أهم القدرات النمائية لدى الطفل، وتعرف على أنها قدرة الطفل على استخدام الأصوات والكلمات والجمل للتعبير عن حاجاته وأفكاره والتفاعل مع الآخرين،عند الأطفال العاديين تتطور هذه المهارات تدريجيا عبر مراحل تبدأ بالمناغاة ثم الكلمات المفردة، فالجمل البسيطة وصولا إلى التواصل اللفظي الوظيفي،أما لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ،فيبرز هذا التقدم متأخرا وغير منتظم، وقد يغيب الكلام كليا لدى بعضهم، أو يقتصر على ترديد آلي.

ويعاني الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من صعوبات واضحة في بدء الحوار وفهم السياق الاجتماعي للكلام،واستخدام اللغة استخداما وظيفيا، كما تتجلى مشكلاتهم في ضعف التقليد اللفظي، وانعدام أو قلة المبادرة الكلامية،و نبرة الصوت والايقاع، وتؤثر هذه الصعوبات سلبا في تفاعلهم الاجتماعي وقدرتهم على الاندماج مع المحيط الخارجي.

الفصل الرابع:البرامج العلاجية

1. مفهوم البرامج العلاجية
2. شروط البرنامج العلاجي الجيد
3. خصائص البرنامج العلاجي الجيد
4. خطوات و مراحل بناء البرنامج العلاجي
5. تصميم و تنفيذ و تقييم البرنامج العلاجي
6. صعوبات تطبيق البرامج العلاجية لدى المختص النفسي في الوسط المهني
7. الحلول المقترحة لمواجهة صعوبات تطبيق البرامج العلاجية
8. البرامج العلاجية الموجهة لفئة أطفال التوحد
9. الخلاصة

تمهيد:

البرامج العلاجية هي إحدى الوسائل الرئيسية التي يعتمد عليها في شتى مجالات العلاج ولاسيما في إعداد الأفراد وخلق التوازن بين قدراتهم، فهذه البرامج هي محاولة بإكسابهم الخبرات والمهارات الجديدة وتغيير سلوكهم ورفع مستوى أدائهم.

كما تعد تلك الموجهة لذوي اضطراب طيف التوحد من الركائز الأساسية في التدخل التربوي والعلاجي المبكر، وتهدف أساسا لتنمية مهارات التواصل، التقاعل الاجتماعي والاستقلالية، والحد من السلوكيات غير التكيفية، وتعتمد على أسس علمية وسلوكية تراعي الخصائص النمائية الفردية لكل طفل،كما تتنوع في أساليبها بين التدريب و العلاج السلوكي، والتواصل البديل والتعلم المنظم، كما يسهم تطبيقها بطريق منهجية ومنظمة في تحسين جودة حياة الطفل وأسرته وتعزيز فرص دمجه الاجتماعي والتعليمي.

1- تعريف البرنامج العلاجي:

هو مجموعة الأنشطة المتكاملة و المترابطة التي تقدم خلال فترة زمنية محددة و تعمل على تحقيق الهدف العام.و يعرف أيضا على انه مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة التي تسير وفق تسلسل منطقي بهدف خدمة علاجية فعالة للمريض خلال فترة زمنية محددة. تستند في أساسها على نظريات العلاج النفسي و فنياته و مبادئه.

و تتضمن مجموعة من المعلومات و المهارات والأنشطة المختلفة التي تقدم للفرد للوصول به في الأخير إلى تعديل سلوكه،وإكسابه سلوكات ومهارات جديدة تؤدي إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وبالتالي التغلب على المشكلات الحياتية .(إبراهيم سعفان،2005، ص202).

2- شروط البرنامج العلاجي الجيد:

حتى يكون البرنامج العلاجي جيدا يجب أن يضم النقاط التالية:

- لكل برنامج علاجي أهداف يسعى إلى تحقيقها (إما تغيير سلوكات غير مرغوبة،اكتساب مهارات جديدة ،تعديل في بناء الشخصية ككل)
- لابد أن يكون هناك تنظيم و تخطيط لإجراءات البرنامج العلاجي أي إعداده مسبقا.
- يجب أن يقوم البرنامج العلاجي على أسس علمية نظرية.

- يجب أن يقدم مجموعة من الخدمات إلى فئة مستهدفة تنسجم و متطلباتها العمرية و النمائية الخاصة بها و تنسجم و طبيعة المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة ، بمعنى يجب مراعاة العمر الزمني للأفراد المشاركين و خصائصهم النمائية للمرحلة التي يمرون بها حيث أن البرنامج العلاجي الذي يصلح للأطفال لا يمكن استخدامه مع المراهقين أو الراشدين ،كما و يجب مراعاة الفروق الفردية بينهم.
- يجب أن يقدم البرنامج العلاجي بطرق مباشرة و غير مباشرة.
- يجب أن يقدم البرنامج لعلاجي خلال فترة زمنية محددة بحيث يجب وضع فترة البرنامج مسبقا بقصد التحكم فيه.
- يجب أن يهتم البرنامج العلاجي بنوع و طبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركين في البرنامج.
- يجب أن يكون البرنامج العلاجي واقعيا و في حدود الإمكانيات المتاحة و الممكنة (طه عبد العظيم حسين،2008،ص283)

3- خصائص البرنامج العلاجي الجيد:

يتميز البرنامج العلاجي الجيد بمجموعة من الخصائص أهمها:

- الوضوح:فيما ستضمنه البرنامج من تفاصيل ، لابد أن يكون واضحا من حيث الصياغة و إجراءات التنفيذ.
- التحديد:و نعني به تحديد الهدف العام من البرنامج بكل دقة تحديدا إجرائيا حتى يمكن للمعالج قياس مدى نجاح التدخلات التي تمت مع الحالة، و يتضمن التحديد أيضا الفترة الزمنية المتوقعة للبرنامج ،حيث يقيم المعالج من خلال الجلسة التمهيدية المدة المتطلبة للحصول على نتائج إيجابية مع الحالة المحددة،صياغة الأهداف العلاجية لكل جلسة بوضوح و بطريقة إجرائية،و تحديد التدخلات العلاجية المناسبة لطبيعة الحالة و كذا تحديد الأسلوب المتبع في قياس التحسن لدى الحالة.(خالد عبد الوهاب ، 2009 ،ص 89)

4- خطوات و مراحل بناء البرنامج العلاجي:

- تحديد الاحتياجات و الأهداف العلاجية:

تعتبر مرحلة تحديد الاحتياجات و الأهداف العلاجية من المراحل الأساسية في بناء أي برنامج علاجي فعال، حيث تشكل القاعدة التي تبني عليها تصميم و تنفيذ البرنامج.يتم من خلالها تحديد الإطار العام الذي سيوجه أنشطة البرنامج العلاجي، وضمان أن تكون الأنشطة متوافقة مع احتياجات المستفيدين.في هذه المرحلة يتم التركيز على مجموعة من الخطوات المهمة التي تؤدي إلى تحديد احتياجات المعالج وتوجيه أهداف المعالج بشكل دقيق. و تتمثل هذه الخطوات في النقاط التالية:

- **تحديد المشكلة المستهدفة:**

في هذه الخطوة، يقوم المعالج أو الفريق المعالج بتحديد طبيعة المشكلة التي يسعى البرنامج إلى معالجتها. قد تتنوع هذه المشكلات وتختلف بناءا على الفئة المستهدفة مثل المشكلات النفسية(مثل الإدمان، الاكتئاب،القلق،اضطرابات ما بعد الصدمة) أو المشكلات السلوكية مثل الإدمان،صعوبات التعلم، التوحد، أو اضطرابات الأكل,تحديد المشكلة بدقة يساعد في توجيه جميع الجهود العلاجية نحو معالجة الجوانب الخاصة بها. على سبيل المثال، إذا كانت المشكلة الرئيسية القلق الاجتماعي فان البرنامج سيكون موجها بالتقنيات التعرض والتحدي المعرفي للتعامل مع الأفكار السلبية المرتبطة بهذه المشكلة.

- **تحديد الفئة المستهدفة:**

يجب تحديد خصائص المفحوصين الذين سيستفيدون من البرنامج العلاجي ، تتضمن هذه الخصائص :العمر (هل هم أطفال،بالغون،أو كبر السن)، الجنس،المستوى التعليمي و الخلفية الثقافية.

حيث يمكن أن يتطلب الأطفال برامج علاجية تستهدف اللعب أو الأنشطة التفاعلية ، بينما يحتاج البالغون إلى استراتيجيات تهدف إلى تغيير الأفكار السلبية أو التكيف مع الضغوطات. على سبيل المثال يكون المستفيدون من كبار السن الذين يعانون من الاكتئاب ،قد يكون من الأفضل تبني أسلوب علاجي يتضمن الأنشطة التي تعزز من التفاعل الاجتماعي وتخفف من العزلة الاجتماعية.(خليل،2017،ص92)

- **إجراء تقييم شامل للاحتياجات:**

بعد التقييم الشامل للاحتياجات خطوة محورية في مرحلة تصميم البرنامج . يتطلب هذا جمع معلومات مفصلة و دقيقة حول احتياجات المستفيدين باستخدام تقنيات متعددة، يمكن أن تشمل هذه الأدوات المقابلات الشخصية التي تساعد في فم العوامل النفسية و الاجتماعية للمستفيد،الاستبيانات التي تقيس مستوى القلق أو الاكتئاب أو درجات مختلفة من الاضطرابات ، الملاحظات المباشرة أثناء تفاعلات المستفيدين ، و الاختبارات النفسية مثل مقياس التوتر أو التقييمات العقلية.

يساهم هذا التقييم في الحصول على صورة واضحة عن الحالة النفسية هو السلوكية للمستفيد ،وهو ما يساعد في تخصيص استراتيجيات علاجية تناسب الاحتياجات الفردية.

- **تحديد الأهداف العلاجية العامة والخاص:**

بعد جمع كافة المعلومات و تحليلها ، يتم تحديد الأهداف العلاجية التي يسعى البرنامج لتحقيقها . يجب أن تكون هذه الأهداف محددة، قابلة للقياس ،قابلة للتحقيق، واقعية و محددة زمنيا. على سبيل المثال : إذا كان الهدف هو تقليل أعراض القلق لدى المستفيد ، يجب ان يتم تحديد مستوى القلق الحالي باستخدام مقاييس موثوقة مع تحديد الوقت المستهدف لتحقيق التحسن(مثل تقليص مستوى القلق بنسبة 30% خلال 6 أسابيع من العلاج).هذا التحديد يساعد على مراقبة التقدم المحرز في العلاج بشكل منتظم.

إن هذه المرحلة تشكل أساسا قويا لبقة البرنامج العلاجي ، حيث أن تحديد الاحتياجات بدقة يضمن تصميم برنامج يناسب المستفيدين،و يعزز من فرص نجاح العلاج من خلال وضع أهداف واضحة وواقعية،يمكن للأفراد إن يشعروا بالتقدم و المكاسب التي تحققها جهودهم العلاجية ، مما يعزز من التزامهم بالبرنامج.(عوض،2019،ص115)

5- تصميم و تنفيذ و تقييم البرنامج العلاجي :

بعد تحديد الاحتياجات و الأهداف العلاجية في المرحلة السابقة، تأتي مرحلة تصميم و تنفيذ و تقييم البرنامج العلاجي،و هي خطوة محورية تضمن ان البرنامج يعمل على تحقيق الأهداف المرجوة بفعالية.يتطلب هذا العمل عدة خطوات متكاملة، تشمل تحديد محتوى البرنامج واختيار الأساليب العلاجية المناسبة و تنفيذه للخطي المتفق عليها ،ثم تقييم فاعليته.و فيما يلي تفاصيل هذه المرحلة:

5-1- تصميم البرنامج:

يتطلب تصميم البرنامج العلاجي تحديد البرنامج وأنشطته العلاجية بشكل دقيق.يتعين على المصمم أن يضمن أن محتوى البرنامج يتماشى مع الأهداف العلاجية المحددة في المرحلة السابقة و النظرية العلاجية التي تم اختيارها ، يشمل التصميم تحديد عدد الجلسات ، مدتها وتوارثها، حيث يفضل أن تكون الجلسات متوازنة و تتيح للمستفيدين الوقت الكافي للاستفادة منها، كما يجب تحديد المواد التعليمية التي ستستخدم خلال العلاج مثل الكتب أو المواد السمعية والبصرية ، بالإضافة إلى التمارين والواجبات المنزلية التي تهدف إلى تعزيز فهم المفحوصين للمفاهيم العلاجية وتطبيقها في حياتهم اليومية.(القاضي،2018،ص210)

5-2- اختيار الأساليب و التقنيات العلاجية:

يجب اختيار الأساليب و التقنيات العلاجية التي تناسب احتياجات المفحوصين من البرنامج وتحقق الأهداف المحددة، تشمل هذه الأساليب العلاج بالكلام مثل العلاج السلوكي المعرفي ،الذي يستهدف تعديل الأفكار السلبية أو العلاج الجماعي الذي يتيح للمفحوصين التفاعل و التعلم من تجارب الآخرين،كما قد يتضمن البرنامج أساليب مثل العلاج بالفن أو العلاج بالموسيقى لتوفير طرق غير تقليدية للتعبير عن المشاعر أو تقنيات مثل التدريب على الاسترخاء و العلاج بالتعرض التي تساعد في تقليل القلق و التوتر لدى الأفراد.

يعتمد اختيار الأساليب على نوع المشكلة التي يعالجها البرنامج وكذلك على فئة المستفيدين ومدى استعدادهم لتقبل هذه الأساليب.

5-3- تنفيذ البرنامج:

بعد تصميم البرنامج، يتم تنفيذه بشكل عملي، يتطلب توفير بيئة علاجية آمنة حيث يشعر المستفيدون بالراحة والدعم أثناء العلاج.يجب أن يتم بناء علاقة قوية بين المفحوصين والمعالج حيث تلعب العلاقة الإنسانية والتعاطف دورا كبيرا في نجاح البرنامج. خلال جلسات العلاج، يتم تقديم التدخلات العلاجية بشكل منظم ومرن،مع مراعاة احتياجات المعالج في كل مرحلة من العلاج. من المهم أن يكون التنفيذ بمهارة وكفاءة، حيث يجب أن يكون المعالج على دراية تامة بتقنيات العلاجية واستخدامها بفعالية لتحقيق أفضل نتائج ممكنة.

5-4- تقييم البرنامج:

يعد تقييم البرنامج خطوة حاسمة لضمان فعالية العلاج، يتضمن التقييم جمع البيانات بشكل منتظم حول مدى تحقيق الأهداف العلاجية قد يتم استخدام مقاييس موضوعية لقياس التغيرات في أعراض المفحوصين مثل انخفاض مستويات القلق أو الاكتئاب ، كما يمكن استخدام الاستبيانات لتقييم سلوكيات المفحوص، مواقفهم وتفاعلاتهم بعد العلاج. بالإضافة إلى ذلك يعتبر جمع ردود فعل المفحوصين ومقدمي العلاج جزءا أساسيا من التقييم، حيث يساعد ذلك في معرفة مدى رضا المفحوصين عن البرنامج و معرفة ما إذا كانت جوانب يجب تحسينها.

5-5- تعديل البرنامج:

تعديل البرنامج:

بناء على نتائج التقييم ، قد يتطلب الأمر إجراء تعديلات على تصميم البرنامج أو طريقة تنفيذه لتحسين فعاليته ،يمكن أن تشمل التعديلات تغيير الأساليب العلاجية المستخدمة ،تعديل تواتر الجلسات،أو تحديث المواد التعليمية. الهدف من هذه التعديلات هو تحقيق أفضل نتائج ممكنة للمفحوصين و ضمان تحقيق أهداف العلاج بشكل أكثر فعالية.

إن عملية التصميم و التنفيذ و التقييم هي عملية تكرارية، حيث يجب أن يكون هناك مرونة في تعديل البرنامج بناء على النتائج و التغذية الراجعة من المفحوصين.

يساهم التقييم المستمر في التأكد من أن البرنامج يسير في الاتجاه الصحيح لتحقيق الأهداف العلاجية.(جابر ،2019،ص98)

6- صعوبات تطبيق البرامج العلاجية لدى المختص النفسي في الوسط المهني:

بعد تصميم برنامج علاجي قد تواجه المختص النفسي بعض الصعوبات أثناء تطبيقه لبرنامجه العلاجي منها ما يتعلق بالحالة و منها ما يتعلق بالوسط المهني للممارس النفساني.

6-1- صعوبات تتعلق بالحالة:

تتمثل صعوبات البرنامج العلاجي المتعلقة بالحالة فيما يلي:

- عدم اقتناع الحالة بجدوى العلاج: و هذه المشكلات تحتاج تدريب الممارس النفسي للبحث عن البدائل المناسبة التي تمكنه من توفير المعلومات الدقيقة عن الحالة ، و تبصيرها لما يجعلها تقتنع بجدوى العلاج و أهميته (دبراسو،2010،ضص68)،

وهذا ظنا منه أن مشكلته تحتاج إلى علاج طبي فتجعله يتردد على الأطباء بحثا عن شفائه لاسيما إذا كان يشتكي من أعراض عضوية ،أو يلجأ إلى تلبس جن أو سحر.

- عدم استعداد المريض للعلاج و عدم مشاركة اسرته بعدم تفهمهم وتقبلهم لتوجيهات المختص النفسي ، و عدم مساعدته في حل مشكلة المرض خاصة إذا كانت بعض التقنيات (الواجبات المنزلية) تتطلب استخدامها خارج المهنة لاسيما إذا كانت الحالة طفلا.
- عدم التزام المفحوص بتنفيذ ما يخصه المختص النفسي من خطة علاجية، وغيابه وانقطاعه عن حضوره للجلسات العلاجية ورفضه تطبيق بعض التقنيات العلاجية و عدم صبره و تعجله في ظهور النتائج.
- قد يرفض المريض بعض التقنيات العلاجية التي يستعملها الممارس النفساني كعلاج الأزواج ، العلاج الجماعي ، وهذا لعدم وجود ثقافة نفسية ، أو لأنه لا تناسب بعض الحالات(دباسو ،2010،76)

6-2- صعوبات تتعلق بالوسط المهني:

تتمثل صعوبات تطبيق البرنامج العلاجي المتعلقة بالوسط المهني فيما يلي:

- عدم وجود المكان المناسب لتطبيق بعض الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي
، مم يضطر المختص النفسي الاعتماد على بعض التقنيات بحسب ما توفره البيئة التي يعمل فيها، كاستخدام مثلا تقنية الاسترخاء الذي يضطر إلى تطبيقها في مكتبه.

- غموض دور المختص النفسي وعدم احترام خصوصية هذه المهنة مما تسبب له عدة عراقيل في تطبيقه لبرنامجه العلاجي ، فيتجاهل البعض، ولا يقتنع بعض الفريق العلاجي و الفريق الإداري أحيانا،و هذا نظرا لتشابه بعض الأدوار التي يؤديها كل من الأخصائي النفسي العيادي والطبيب النفسي الذي يرى أن قيام الأخصائي النفسي بممارسة التشخيص و تقديم العلاجات اعتداء على

مهام لا يمكن أن يمارسها سوى الطبيب النفسي،و بطبيعة الحال فان إحساس الأخصائي النفسي العيادي بان دوره غير مفهوم من بقية أعضاء الفريق العلاجي برئاسة الطبيب النفسي غالبا مما تسبب له إحباطا. الإحباطات التي يتعرض إليها الأخصائي النفسي عند فشله في التشخيص والعلاج تؤدي إلى تدني صورة الذات لديه،و ذلك بسبب نظرة المجتمع السلبية له،و بالتالي عدم التعاون لتسهيل مهمة العلاج الفعال. و كذا الصعوبة في تحديد هويته المهنية و تدخل البعض في طرق العلاج وعدم احترام خصوصية هذه المهن الإنسانية، ضف إلى ذلك أحيانا يوكل المختص النفسي ببعض المهام التي ليست من اختصاصه كمهام إدارية ، مما تجعله يعجز عن تصميم أو تطبيق برامج علاجية ،

من خلال تدخل الطبيب أو الطاقم الإداري في عمل المختص النفسي و توجيه بحسب ما تقتضيه ظروف العمل(توجيه طبي دون نفسي) لاسيما في الوسط الاستشفائي، ضف إلى ذلك أحيانا تكون المشكلة التي يعاني منها المفحوص متعددة الأسباب مما يتطلب مساعدة و تدخل فريق العمل من طبيب نفسي و طبيب عام و أخصائي نفساني ،و أخصائي اجتماعي.

7- الحلول المقترحة لمواجهة صعوبات تطبيق البرامج العلاجية في الوسط المهني:

لمواجهة صعوبات تطبيق البرامج العلاجية في الوسط المهني للممارس النفساني نقترح بعض الحلول منها:

- الاطلاع على النظريات الحديثة في تصميم برنامج العلاج و تنفيذها و الاستعانة بمصادر أخرى لتسهيل تنفيذ البرنامج العلاجي (دبراسو،69،2010)
- مراعاة المختص النفسي أثناء وضعه البرنامج العلاجي أن يناسب طبيعة المشكلة التي يعاني منها.
- خلق جو علاجي مناسب يسوده الألفة و الثقة ما بين المختص النفسي و المفحوص،و العمل على تغيير مختلف الاتجاهات السلبية و تعديلها حول البرامج العلاجية (إنها مكلفة و تتطلب وقتا لإنهائها)
- – تبصير أسرة المريض بأهمية البرامج العلاجية،و تزويدهم بالمعلومات الضرورية الخاصة بمشكلة مريضهم، و التأكيد عليهم أن متابعة تطبيق و تنفيذ بعض الأساليب العلاجية الخاصة بمشكلة المريض خاصة في المنزل يساهم في حل مشكلته.

- خلق فريق عمل من طرف المختص النفسي من خلال مناقشة مشكلة المفحوص مع الفريق الذي يضم في الغالب الطبيب النفسي و الطبيب المختص النفسي و الأخصائي الاجتماعي، يساعد على معرفة التغيرات التي حدثت لدى المفحوص نتيجة للخطة العلاجية المتبعة.

8- البرامج العلاجية الموجهة لفئة أطفال اضطراب طيف التوحد:

1- مفهومها:

- مجموعة من الوحدات المخططة لتحقيق أهداف معينة بحيث تمهد كل وحدة للوحدة التي تليها، وبحيث يتضح الترا بط بينها.

- عملية تتضمن جهود منظمة وهادفة ترمي إلى تمكين الإنسان المعوق من الاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية، الاقتصادية والمهنية إلى أقصى درجة ممكنة، ويقوم على تخطيطها وتنفيذها فريق متعدد التخصصات.

2- أنواع البرامج العلاجية المقدمة لأطفال التوحد:

تجمع كل من د راسات اليامي (2008) ود راسة نص و(النجار (2004 ، ود راسة غزال على ضرورة وأهمية التدخل (Wolfberg 2007) وصادق والخميسي (2012)

ود راسة وولفبيرج(2014) العلمي المبكر، والذي يعتمد على البرامج العلاجية لتطوير المها رات اللغوية والاجتماعية والسلوكية منها:

- **برامج التدخل بالموسيقى:**

يؤكد كل من محمد وعزت (2008)، أن الموسيقى هي الفن الوحيد الذي يمكن أن يحس ويشعر به جميع الأطفال بشكل عام، والأطفال ذوي التوحد بشكل خاص نظ ا ر لحساسيتهم الشديدة للأصوات، فهم يميلون للموسيقى وينجذبون إليها، ويحدد قانون الأف ا رد ذوي الإعاقات التدريب بالموسيقى على أنه الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة وهو الأمر الذي يجعل الأنشطة الموسيقية جزء من الخطة الفردية للطفل

ذوي التوحد ووفقا لما تقر الجمعية الأمريكية للعلاج بالموسيقى أمت(AMTA 1999ا) فإن الموسيقى تساعد في تحقيق واحد أو أكثر ، من الأهداف التالية:

- اكساب الطفل العديد من المها ا رت المختلفة كالمها ا رت السلوكية أو الحسية أو الانفعالية أو المهارات الاجتماعية، مثل مهارة التواصل البصري والتفاعل بالمشاركة الاجتماعية والعمل على تنميتها وتطويرها.
- إثارة انتباه الطفل وتشجيعه على المشاركة في الأنشطة المختلفة.
- تيسير عملية تنمية مها ا رت التواصل لدى الطفل التوحدي بجانب تنمية مها ا رته الحس حركية.

كما تؤكد العديد من الدراسات على قدرة الموسيقى في تقوية الاتصال بين الكلام والموسيقى والإيقاع والسلوك الحركي.

- **برنامج تيتش :TEACH**

هو برنامج سريري وتدريب وبحوث ومقره جامعة نورث كارولينا وشابل هيل، وضع برنامج تيتش الدكتوراه اريكشوبلر وروبرت ريشلر في الستينات، تأسس البرنامج في شمال ولاية كارولينا، واعتمدته الهيئة التشريعية عام 1972 ، وأصبح نموذجا للبرامج الأخرى حول العالم.

طور برنامج تيتش نهج التدخل الذي يسمى TEACH المهيكل ، وهو عبارة عن مصفوفة من المبادئ والاست ا رتيجيات التعليمية أو المعالجة القائمة على خصائص التعلم للأفراد ذوي طيف التوحد، بما في ذلك نقاط القوة في معالجة المعلومات البصرية والصعوبات مع التواصل الاجتماعي والانتباه والأداء التنفيذي.

يشتمل برنامج TEACHعلى:

– الدعم التنظيمي الخارجي لمواجهة التحديات مع الانتباه والأداء التنفيذي.

– المعلومات المرئية/ أو المكتوبةلتكملة التواصل اللفظي الاجتماعي دعم للتواصل الاجتماعي

لا يعد برنامج TEACH المهيكل منهجا دراسيا ولكنه فضلا عن ذلك إطار عمل لدعم تحقيق الأهداف التعليمية والعلاجية، ويشمل هذا الاطار:

- جداول فردية.
- نظم العمل (الأنشطة.)
- البرنامج المرئي للمواد في المهام والأنشطة.

الهدف من برنامج TEACH المهيكل هو تعزيز المشاركة الهادفة في الأنشطة والمرونة والاستقلالية والكفاءة الذاتية تدمج استراتيجيات برنامج TEACH المهيكلة في الممارسات الأخرى، ينفذ برنامج تيتش عادة في إطار الفصل الدراسي**(مؤسسة التوحد تتحدث،2018، 33)**.

- **برنامج دنفر DENVER:**

يطلق على هذا البرنامج اسم ESDM الذي يعني Early Start Denver Made أي نموذج دنفر للأطفال الصغار هو برنامج ينفذ الممارسات التربوية التعليمية، التي تستند من جهة على نمو الطفل، بما في ذلك النمو العاطفي، الوالدين، مختلف الأوساط المعيشية لطفل، ومن جهة أخرى على خصوصية طيف العلاقات والتواصل لأطفال التوحد.

يطبق البرنامج من الأحسن طول اليوم، في مختلف الأوساط المعيشية لطفل في تفاعلات مع الراشدين والأقران. خصوصية البرنامج هو بناء التطور، النمو على أساس العلاقات لهذه الوالدين دور أساسي وأنه يعتمد على اللعب.

- ✓ التوجه الاجتماعي والاهتمام يؤثران على التبادلات والانسجام. اللغة.
- ✓ التقليد. بطء التعليم. التواصل الغير لفظي والاهتمام المشترك.
- ✓ اللعب الوظيفي/الرمزي. يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا.

- **عناصره الأساسية:**

– اللغة الاستقلالية. – المهارات الحركية الدقيقة.

– اللغة التعبيرية – التفاعل الاجتماعي.

– التقليد – المهارات المعرفية.

– مهارات اللعب – السلوك التكيفي الاستقلال الشخصي.

- **هدف البرنامج:**

يهدف إلى تحقيق تغيير وتحسن في جوانب النمو التالية:

– جلب الطفل إلى الشبكة الاجتماعية. – تعليم الطفل عناصر الحياة الاجتماعية.

– التقليد. – اللغة.

– الاستجابة الانفعالية. – التواصل.

– تبادل الخبرات. – لعب اجتماعي ورمزي.

– سد ثغرات التعلم المتراكمة **(Rogres. S Dawson,2103,30)**.

- **برنامج :EarlyBird**

طورت The national autistic في بريطانيا برنامج EarlyBird Society الذي يهتم بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد، وهو أيضا برنامج على المدى القصير لمدة 3 أشهر موجه لأولياء هؤلاء الأطفال، يجمع هذا النموذج فوائد مجموعات الأولياء وتدريب الطفل في البيت، في هذا السياق يكتسب الأولياء معلومات وتقنيات التدخل والمساعدة اللازمة لتطبيقها لأولادهم في البيت.

يهتم هذا البرنامج بمجموعة من 6 أسر لمدة 3 أشهر، تنقسم هذه الفترة إلى عدة جلسات من 3 ساعات مكثفة ومنظمة أين يتم فيها تشجيع الدور الفعال للأولياء فيتعلمون معنى التوحد، كيفية التواصل والتفاعل مع أولادهم، وكيفية تحليل وفهم سلوكياتهم.

- **برنامج لوفاس lovaas:**

برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين لدكتور إفارلوفاس نفساني، وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك.

ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناءا على نقاط القوة والضعف لطفل وإش ا رك الأسرة في عملية التعليم ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 5 سنوات، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا، وتزداد تدريجيا خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا.

- من طرق التعلم وأكثرها استخداما لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلةوبناءا على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوبة فيه.

أهم المجالات التي يركز عليها: الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، الاعتماد على النفس والتحضير لدخول المدرسة(**مركز نور الحياة،2014 www.noorelhayet.net**)

- **برنامج التواصل باستبدال الصور:**

_ ما هو نظام التواصل بتبادل الصور(PECS):

هو نظام تواصلي يعتمد على مبادلة الصورة بشكل رئيسي للتعبير عن الحاجات الأساسية والتواصل مع الآخرين وقد طور هذا البرنامج كل من أندي بوندي و لوري فروست عام1985 م ويعتبر طريقة تواصل بديل ة مناسبة للأطفال المصابين بالتوحد .

_ ماذا يتعلم الطفل في نظام التواصل بتبادل الصور(PECS):

إن الأطفال المصابين بالتوحد لا يهتمون بالمعززات الاجتماعية كالمديح والثناء والاحتضان لذلك يبدأ البرنامج باستخدام المعززات المادية الوظيفية التي تجذب الطفل بشكل كامل نحو المعزز لكي يطور وظائف تواصلية, إن أول وظيفة سيتعلمها الطفل هي الطلب وذلك في المراحل الأولى من التدريب حيث يتم التركيز على وظيفة الطلب بحيث يدمج فيها المعزز المادي مع المعزز المعنوي ليصبح المعزز المعنوي ذا قيمة لهذا الطفل, يتعلم الطفل في هذا النظام التواصل التلقائية أيضاً لذلك لابد من التقليل من التلقين بشكل تدريجي في جميع المراحل.

جدول (03): ***نبذة مختصرة عن نظام التواصل بتبادل الصور(PECS)***

المرحلة الأولى (النقل)

أن يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته. (PECS) "المرحلة الأولى"	**صورة رقم 01** 	**الهدف النهائي للمرحلة :** التدريب على أخذ الصورة من على الطاولة ووضع الصورة في يد شريك التواصل

المرحلة الثانية (المسافة والإصرار)

أن يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته. PECS "المرحلة الثانية"	**صورة رقم 02** 	**الهدف النهائي للمرحلة :** أن يذهب الطالب الى ملف التواصل وينتزع الصورة ويذهب الى شريك التواصل ويلفت انتباهه ويترك الصورة في يده. **الخطوة الأولى:** انتزاع الصورة من ملف التواصل. **الخطوة الثانية:** زيادة المسافة بين شريك التواصل والطالب. **الخطوة الثالثة:** زيادة المسافة بين الطالب وملف التواصل **الخطوة الرابعة:** التخلص من أي تلقين إضافي واستبعاده.

المرحلة الثالثة (التمييز)

أن يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته.	**صورة رقم 03** 	**الهدف النهائي للمرحلة :** أن يطلب الطالب الأشياء التي يريدها بأن ينتقل الى كتاب التواصل ويختار الصورة الملائمة من ضمن عدة صور. **الخطوة الأولى:** التمييز بين صورة شيء مرغوب و صورة شيء غير مرغوب. **الخطوة الثانية** :التمييز بين صورتين لشيئين مرغوبين. **الخطوة الثالثة:** التمييز بين عدة صور لأشياء متعددة مرغوبة وغير مرغوبة.

المرحلة الرابعة (تركيب الجملة)

أن يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته. (PECS) "المرحلة الرابعة"	**صورة رقم 04** 	**الهدف النهائي للمرحلة:** أن يطلب الطالب أشياء موجودة وغير موجودة باستخدام عبارات متعددة الكلمات وذلك من خلال التنقل الى ملف التواصل والتقاط صورة (أنا أريد) + (صورة الشيء المرغوب) ووضعها على شريط الجملة وأخذ شريط الجملة من ملف التواصل والتوجه به الى شريك التواصل وإعطائه إياه. الخطوة الأولى: إضافة صورة المعزز المرغوب الى شريط الجملة.

		الخطوة الثانية: أن يلتقط رمز (أنا أريد) وصورة المعزز المرغوب ووضعها على شريط الجملة باستقلالية **الخطوة الثالثة:** أن يشير الى كل صورة على شريط الجملة بعد اعطاؤه لشريك التوصل مع محاولة قراءة الجملة.
يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته. (PECS) "المرحلة الخامسة"	**صورة رقم 05** 	**الهدف النهائي للمرحلة:** أن يطلب الطالب تلقائيا أشياء عديدة موجودة وأن يجيب على السؤال (ماذا تريد) **الخطوة الأولى:** الاجابة عن السؤال تعليق **الخطوة الثانية:**التمييز بين بطاقات الجملة **الخطوة الثالثة:** الحفاظ على الطلب التلقائي **الخطوة الرابعة:**التعلييق التلقائي
يطور من مهارات اللغة التعبيرية من خالل استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير عن حاجاته ورغباته. (PECS) "المرحلة السادسة"		**الهدف النهائي للمرحلة:** يطور من مهارة اللغة التعبيرية من خلال استخدام برنامج التواصل البديل عن طريق تبادل الصور للتعبير

- **ايجابيات نظام التواصل بتبادل الصور (PECS):**

- لا يتطلب أن تكون لدى الطفل مهارات مسبقة لتعليم التواصل من خلال (PECS)
- أثبتت الأبحاث أنه عند تعليم الأطفال المصابين بطيف طيف التوحد التواصل من خلال تبادل الصور استطاع 40 % منهم تطوير مهارات النطق بعد فترة تتراوح بين سنة و خمس سنوات من التدريب.
- يقلل من درجة الإحباط الناجمة عن عدم القدرة على التعبير عن الحاجات الأساسية بالنسبة للطفل.
- يقلل من الإحباط الأسري الناتج عن عدم قدرتهم على فهم الطفل وكذلك عن السلوكيات الناتجة عن ذلك.

- **أساليب _أشكال_ التواصل:**

(الكلام , لغة الإشارة , لغة الجسد , الإيماءات , الكتابة , الصور)

مهارات التواصل التسعة

التعبير(المتصل) **الاستقبال (شريك التواصل)**

1- طلب معزز ما 6- الاستجابة للنفي أو الانتظار.

2-طلب المساعدة. 7- إتباع التوجيهات.

3- طلب الاستراحة 8- إتباع جدول.

4-التعبير (نعم) للقبول. 9-الانتقال.

5- التعبير (لا) للرفض.

- **مميزات نظام بيكس**

اهم ما يميز البرنامج انها لا يتطلب قدر معين مسبقا من مهارات التواصل بمعنى

1- ليس من الضروري ان يكون الطفل قد تعلم مهارات التقليد أو أي كلمة قبل بدء البرنامج

2- أو ادامة الالتقاء البصري أو مطابقة الصور مع المجسمات، أو الجلوس بهدوء.

3- ليس هناك حد ادنى لمستوى تطور الاطفال قبل البرنامج.

4- اثبت التجارب فعالية البرنامج في تقوية التواصل وبخاصة مع فئة الذاتوية.

5- اثبت البرنامج فاعليتها في تنمية النطق عند الاطفال مع كافة الفئات سواءً توحد اومعاق عقليا اواسوياء يعانون من مشاكل في التواصل.

6-تطبيقها لا يتطلب أن تكون لدى الطفل مهارات مسبقة لتعليم التواصل من خلال بيكس.

7- البرنامج فعال في تنمية روح المشاركة من كافة افراد الاسرة مما يقلل نسبة الاحباط عند الوالدين.

- **الفنيات التي يعتمد عليها بيكس:**

1-التعزيز الإيجابي. 2 – التعميم

يمكن استخدام التعميم في التدريب على النطق: كتعميم المثير الصوتي، التعميم عبر الموضع في الكلمة، والتعميم عبر الوحدة اللغوية.

- **التعز يز :**

المعززات تملك السلوك.

التعزيز أكثر من مجرد وسيلة تعليمية.

التعزيز الفعال يمكن أن يكون مادي أو اجتماعي.

مبادئ هامة لاستخدام المعززات

- أظهر للطالب المعزز (بسكويت) .

– أطلب منه أمر بسيط أو نشاط يستطيع فعله (اجمع يدك).

– فوراً أعطيه المعزز .

وبالتدريج في أعمال لاحقه أطلب منه أوامر أكثر

- لا نتأخر في تقديم المعزز (قاعدة النصف ثانية) .
- التنوع في المعزز (إذا كان أفضل من الأول نعطيه أكثر).

الاستعداد ل PEC

قبل تطبيق البرنامج علينا:

–تحديد الأشياء المحببة للطفل وتحديد الصور التي سيتم استخدامها .

- لاحظ الطالب وأبدأ في تقييم المعززات.
- نأخذ في الاعتبار السلوك التحفيزي للطالب.
- نستخدم المعزز إذا كان مناسب اجتماعيا وآمن.

–تحضير المواد :

- تجهيز الصور
- تغليف الصور
- وضع لاصق (فلكرو) خلف الصورة
- في أول درس جهز مجموعة كبيرة لصور المعززات المحببة.

–التدريب على التواصل بتبادل الصور

المرحلة الأولى

(النقل الفيزيائي)

الهدف: عند رؤية الطفل شيء محبب سيقوم بالتقاط صورة هذا الشيء ويضعها بيد المدرب بتلقائية .

مهام كل شخص :

دور شريك التواصل الأصلي (أمام الطفل) :

– عرض المعزز أمام الطفل ولفت انتباهه إليه .

– تعزيز الطفل مباشرة بعد أن يضع الصورة في يد شريك التواصل

– يجب أن لا يتأخر في إعطاء المعزز للطفل حتى لا يفقد المعزز أهميته .

دور المدرب المساعد (بجانب أو خلف الطفل) :

يساعد الطالب على الالتقاط والوصول والتحرير بالتوجيه الجسدي .

خطوات التدريب على المرحلة الأولى :

- يجلس شريك التواصل أمام الطفل والمدرب المساعد خلف الطفل أو بجانبه .
- يعطي شريك التواصل عينة مجانية من المعزز للطفل لاختبار قوة المعزز ورغبة الطفل فيه.

(يعطى الطفل عينة مجانية في بداية التدريب على كل مرحلة من البرنامج)

- وضع صورة المعزز على الطاولة أمام الطفل .
- يمسك شريك التواصل المعزز بيده أمام الطفل ويترك للطفل فرصة للمبادرة لأخذ المعزز.
- يقوم المدرب المساعد بتوجيه الطفل جسدياً لالتقاط الصورة وبدون أي تلقين لفظي .
- يقوم شريك التواصل بفتح يده ليضع الطفل الصورة فيها ليحصل على المعزز فوراً ثم يسميه .

استراتجيات تعديل الخطأ:

الأسلوب المستخدم (التلقين الجسد ي)

ملاحظات على المرحلة الأولى :

– ممنوع التلقين اللفظي للطفل مثل: أعطيني صورة البطاطس(أو)ي لا بسرعة.

–الأسلوب المستخدم في هذه المرحلة المساعدة الجسدية .

–لابد من وجود مدربين اثنين أثناء الجلسة (شريك التواصل والمدرب المساعد) .

-لابد من التدريب بصورة واحدة فقط (معزز واحد).

-أقل شيء 30 فرصة تدريب في اليوم .

-نقول اسم الصورة بعد أن يعطي الطفل الصورة .

-تكون الصورة دائما على الطاولة .

-لابد من إعطاء الطفل عينة مجانية من المعزز قبل البدء بالمحاولات وذلك لتقييم قوة المعزز

- تكون مدة الجلسات من 15 – 20 دقيقة .

- أن لا تقل صور المعززات التي يتدرب عليها عن خمس صور .

- لابد من التبديل بين أدوار المعلمين (شريك التواصل و المدرب المساعد) .

-جميع المساعدات يقوم بها المدرب المساعد ولا يقوم شريك التواصل بأي مساعدة .

المرحلة الثانية

التوسع التلقائي (المسافة والاستمرارية)

الهدف: أن يذهب الطفل إلى ملف التواصل وينتزع الصورة ويذهب بها إلى المدرب ويلفت انتباهه ويضعها في يده .

دور شريك التواصل :

- التخطيط لعمل كتاب التواصل لكل طفل .
- زيادة المسافة تدريجياً بين الطفل وشريك التواصل.
- تعليم الطفل الخروج من الغرفة للوصول إلى شريك التواصل.
- تدريجيا يعمل على زيادة المسافة بين الطفل وكتاب التواصل .

- التعزيز المناسب خلال نصف ثانية.
- تعليم الطفل الانتقال من غرفة إلى أخرى .
- عدم التركيز على الكلام.

دور السماع:

- الانتظار لمبادرة الطفل .
- تلقين أو مساعدة الطفل على انتزاع الصورة من كتاب التواصل إذا دعت الحاجة.
- التوجيه الجسدي للطفل للوصول إلى كتاب التواصل إذا دعت الحاجة .
- التوجيه الجسدي للطفل إلى الوصول إلى شريك التواصل إذا دعت الحاجة .
- عدم التفاعل اجتماعياً مع الطفل .

ملاحظات على المرحلة الثانية :

- يمنع الكلام والطلب اللفظي .
- لابد من وجود مدربين اثنين .
- يستخدم صورة واحدة فقط .
- في هذه المرحلة نبدأ باستخدام ملف التواصل وسيكون التدريب دائما على الغلاف الخارجي للملف .
- لابد من تبديل الأدوار بين شريك التواصل والمدرب المساعد .
- الأسلوب المستخدم في هذه (المرحلة التلقين الجسدي والتشكيل) .

خطوات التدريب على المرحلة الثانية :

الخطوة الأولى : إزالة الصورة من كتاب التواصل :

1. إعطاء الطفل عينة مجانية من المعزز (نبدأ كل مرحلة بأقوى معزز).
2. عرض المعزز أمام الطفل وإعطاءه فرصة للمبادرة بأخذ الصورة من كتاب التواصل .
3. إذا لم يأخذ الطفل الصورة من كتاب التواصل يقوم المدرب المساعد بمساعدته جسديا لالتقاط الصورة .
4. بعد إتقان الطفل للمعزز الأول يبدأ بالتدريب على المعزز الثاني بنفس الطريقة السابقة مع عرض كل معزز بمفرده.

الخطوة الثانية : زيادة المسافة تدريجياً بين شريك التواصل والطفل :

1. يبعد شريك التواصل عن الطفل مسافة نصف متر.
2. يقف شريك التواصل ويعرض المعزز على الطفل .
3. يكون المدرب المساعد خلف الطفل .
4. من الممكن أن يقوم الطفل ليحصل على المعزز.
5. يقوم المدرب المساعد بمسك يد الطفل ووضعها على الصورة ومساعدته للوقوف لأخذ المعزز من شريك التواصل.
6. نقوم بعدة محاولات على نفس المسافة .
7. إذا أتقن الطفل المعزز وقام بإعطاء الصورة بتلقائية لشريك التواصل وبدون أي مساعدة جسدية (جزئية أو كلية) أغير المعزز.
8. نقوم بزيادة المسافة تدريجياً إلى متر وبنفس طريقة التدريب حتى نصل إلى مترين ونصف وبذلك نقف عند هذه الخطوة.

الخطوة الثالثة: زيادة المسافة تدريجياً بين الطفل وكتاب التواصل:

1- يجلس الطفل وشريك التواصل على الطاولة .

2-يجلس المدرب المساعد بجانب أو خلف الطفل .

3- نضع كتاب التواصل على طاولة قريبة من الطفل تبعد نصف متر.

4-يعطى الطفل عينة مجانية من المعزز .

5-يعرض شريك التواصل المعزز على الطفل .

6-يعطى الطفل فرصة للمبادرة التلقائية .

7- يقوم المدرب المساعد بمساعدة الطفل على النهوض وأخذ الصورة وإعطائها لشريك التواصل للحصول على المعزز .

8- إذا تمكن الطفل من إعطاء من التقاط الصورة وإعطائها لشريك التواصل بتلقائية نقوم بتغيير المعززات

9- بعد إتقان الطفل لعدة معززات لمسافة النصف متر نبدأ بزيادة المسافة تدريجيا لنصل لمسافة مترين ونصف .

*في الخطوات الثلاث السابقة نستطيع استخدام الإيماءات مثل: الابتسام والهز بالرأس لتشجيع الطفل على الحركة وليس المبادرة، ويتم إيقافها في الخطوة الرابعة.

الخطوة الرابعة: إجراء تقييم والتخلص من المساعدات:

تقييم الطفل على الخطوات الثلاث في هذه المرحلة وهي:

1- إزالة الصورة.

2- زيادة المسافة بين الطفل وشريك التواصل .

3- زيادة المسافة بين الطفل وملف التواصل .

طريقة التدريب على الخطوة الرابعة :

1- يبعد شريك التواصل عن الطفل مسافة ويعرض عليه المعزز .

2-يأخذ الطفل البطاقة بتلقائية (بدون أي مساعدة لفظية أو جسدية) من الملف

ويقوم لإعطاء البطاقة لشريك التواصل .

3- يقوم شريك التواصل بتغيير اتجاهه عن الطفل وينظر في الاتجاه الآخر .

4-يتدخل المساعد لتوجيه الطفل بالربت أو الضرب الخفيف على كتف شريك التواصل

لتنبيهه وإعطائه الصورة لأخذ المعزز ، مع تكرار المحاولة عدة مرات

ملاحظات على المرحلة الثانية:

1-- تغيير أماكن التدريب (الفصل – الفنية – الرياضة).

2-تنويع التدريب في مواقف مختلفة .

3- الانتقال من غرفة إلى غرفة أخرى .

4- النشاطات المختلفة.

5- التدريب على التواصل) جذب الانتباه (مع الشخص الذي يملك المعزز .

6- التواصل البصري.

المرحلة الثالثة

تمييز الصور

الهدف: يقوم الطفل بطلب أشياء يرغبها بذهابه إلى ملف التواصل واختيار صورة وإعطائها لشريك التواصل

ملاحظات على المرحلة الثالثة :

- تعتبر هذه المرحلة هي المرحلة المقابلة لمرحلة الكلمة الواحدة في النمو اللغوي

للأطفال الطبيعيين .

- تحدد قائمة با لأشياء المفضلة وغير المفضلة للطفل .

-عدم استخدام إيماءات لفظية .

- مكان التدريب جلوساً على الطاولة .

- التعزيز مباشرة عند إعطاء الطفل الصورة الصحيحة.

- التبديل بين المدربين (معلمة رياضة – معلمة فنية – معلمة الفصل).

– لا يوجد مدرب مساعد بل مدرب واحد فقط (شريك التواصل).

–تغيير مواقع الصور في كتاب التواصل (فوق – تحت – ....الخ)

–إعادة المحاولات.

– في هذه المرحل ة من الممكن أن نقوم بعمل مي دالية للطفل تحتوي على احتياجاته في نهايتها.

خطوات التدريب على المرحلة الثالثة :

الخطوة الأولى : (التمييز بين الشيء المفضل والشيء غير المفضل)

1–نضع صورتين (شيء مفضل وشيء غير مفضل) على غلاف ملف التواصل أمام الطف، مع عرض مجسمات مطابقة لهذه الصور وتسميتها.

2– يجب أن لا ينتظر الطفل مدة طويلة.

3– إذا وضع الطفل يده على الصورة المفضلة أشجعه لفظيا وأعززه ثم أنتظر التبادل لأعطيه الشيء المفضل .

4– إذا لم يستجيب الطفل أزيل صورة الشيء غير المفضل وأدربه على صورة واحدة فقط .

5– ثم أضع الصورتين وأعيد التدريب مع تغيير مواقع الصور .

6– إذا وضع الطفل يده على الصورة غير المفضلة أحاول الإيماء له (بلا) لكن إذا أصر أعطيه الشيء غير المفضل، في حال:

أ– إذا أخذ الشيء غير المفضل ولعب فيه وأعجب فيه يتم تغيير ه لأن ذلك يعني أن تحديد الشيء بأنه غير مفضل تم بطريقة خاطئة .

ب– إذ أخذ الطفل الشيء غير المفضل وكانت ردة فعل الطفل سلبية

(يبكي – يرمي الشيء غير المفضل) يقوم المدرب بما يسمى أربع خطوات لتصحيح الخطأ

- النمذجة Model .
- التلقين Prompt .
- التبديل Switch .
- الإعادة Repeat .

الخطوة الثانية : التمييز بين شيئين مفضلين :

1- وضع صورتين لمعززين يحبهما الطفل أمامه على ملف التواصل .

2- عرض الأشياء المفضلة أمام الطفل وجعله يراها، ثم وضعهما في صينية أو وعاء شفاف .

3- إذا اختار الطفل الصورة وأعطاها للمدرب لا يقوم المدرب بأي ردة فعل لفظية، ويقدم له الوعاء الذي يحتوي على المعززات ، إذا اختار الشيء المطابق للصورة ،أقوم بتعزيزه ومدحه ،أما إذا اخذ الشيء غير المطابق للصورة يوقف التدريب ونلجأ لاستراتيجيات تعديل الخطأ (النمذجة – التلقين – التبديل – الإعادة)

4- يسمح بثلاث محاولات لتصحيح الخطأ وإذا لم ينجح يعاد للخطوة الأولى من هذه المرحلة (التمييز بين الشيء المفضل والشيء غير المفضل) لأن الطفل غير جاهز لهذه المرحلة.

ملاحظات على الخطوة الثانية :

-إذا أعطى الطفل مثلاً صورة بطاطس يجب أن لا نقول له خذ بطاطس لأننا لن نعرف هل استجاب للتمييز السمعي أو التمييز البصري.

-إذا أتقن الطفل اختيار شيئين محببين يدرب على الاختيار من ثلاثة، وإذا نجح يدرب على الاختيار من أربعة ثم من خمسة ، إذا أخطأ الطفل يطبق استراتيجيات تعديل الخطأ .

-تنتهي مرحلة التمييز إذا استطاع الطفل التمييز بين خمس صور لأن الطفل بحاجة أثناء التمييز أن ينظر باتجاه أفقي عمودي محوري.

-يستخدم الغلاف الخارجي لملف التواصل للتدريب ،باقي الصور توضع داخله ويفتح الكتاب أمام الطفل حتى ينتبه للمعززات ومن ثم ستكون عنده القدرة عل ى فتح الكتاب واستخراج الصورة منه .

–انتقل لتعميم المهارة وخلق فرص للتواصل مثل : يأكل المدرب بطاطس أمام الطفل ويضعه في الدولاب ويغلقه وينتظر حت ى يحضر الطفل الصورة ويطلب المعزز .

المرحلة الرابعة: تكوين الجمل

الهدف: يطلب الطفل الشيء الموجود وغير الموجود بالذهاب إلى كتاب التواصل والتقاط الرمز أو الصورة التي تعبر عن أنا أريد ووضعها على شريط الجملة ومن ثم التقاط الصورة التي يريدها ووضعها على شريط الجملة بعد أنا أريد ومن ثم نزع شريط الجملة وإعطاءه لشريك التواصل.

ملاحظات على المرحلة الرابعة :

- لا تستعمل في هذه المرحلة أي تلقين لفظي .
- المرحلة مكونة من عدة خطوات متسلسلة وينبغي تعزيز الطفل في كل خطوة .
- تعطى كل خطوة حقها من التدريب حتى يتقنها الطفل حتى لو أخذت فترة من الزمن .
- تكرار المحاولات خلال الأنشطة اليومية .
- إستراتيجية التدريب المستخدمة في هذه المرحلة التعزيز اللفظي .

خطوات التدريب : الخطوة الأولى : (إضافة صورة المعزز على شريط الجملة)

الخطوة الثانية : (تحريك أنا أريد)

الخطوة الثالثة : (قراءة الجملة)

ملاحظات أثناء التدريب :

– لا نصر على الطفل لقراءة الجملة بل نقوم بتعزيزه بعد إعطاء شريط الجملة مباشرة .

– استغلال الفرص واستخدام المهارة مع أشخاص مختلفين والاستمرار بتدريب الطفل

على طلب احتياجاتها

– تدريجيا نزيد عدد الصور على وجه كتاب التواصل .

– نقوم بتنظيم الصور داخل كتاب التواصل وذلك بتقسيمه إلى: صفحة للأكل – صفحة للشرب – صفحة للألعاب .....الخ.

– يجب عدم إخفاء ملف الصور عن الطفل أو الذهاب بها بعيدا.

– إذا اخذ الطفل الصورة بيد وأنا أريد باليد الأخرى بنفس الوقت يقبل ذلك منه، أم استخدم صورة المعزز فقط دون (أنا أريد) لا يقبل منه.

–ليس من أهداف برنامج (بكس) تدريب الطفل على الكلام ولكن تعزيز السلوك اللفظي .

– في بداية التدريب يقوم المدرب بنزع الصور من شريط الجملة وإعادتها إلى مكانها ، وفي النهاية يدرب الطفل على ذلك.

المرحلة الخامسة :

الاستجابة إلى ماذا تريد

الهدف: الطفل في هذه المرحلة يطلب بشكل تلقائي أشياء متعددة ويجيب على سؤال ماذا تريد ؟

ملاحظات على المرحلة الخامسة :

–في هذه المرحلة يسمح للمدرب أن يسأل الطفل ماذا تريد (للطلب).

– التعزيز اللفظي والمادي على كل استجابة .

– استغلال الفرص التي يكون الطفل يريد شيء أو يطلب شيء وسؤاله ماذا تريد ؟ الاستمرار بخلق فرص تواصل متعددة خلال اليوم.

– استخدام المساعدة والتلقين المتأخر.

خطوات التدريب :

الخطوة الأولى :(Zero Second Delay)أي لا يوجد وقت بين سؤالك للطفل ومابين المساعدة

الخطوة الثانية : زيادة الوقت ما بين طرح السؤال واستعمال المساعد ة .

الخطوة الثالثة : خلق مواقف وفرص للطلب التلقائي والإجابة على سؤال ماذا تريد .

المرحلة السادسة:التعليق أو الاستجابة والتلقائية

الهدف: الطفل يجيب لسؤال ماذا ترى ؟ ماذا تسمع ؟ ما هذا ؟ والتعليق التلقائي .

ملاحظات على المرحلة السادسة :

– في هذه المرحلة يكون الطفل قد تعلم على استعمال الجملة للمبادرة في الطلب والإجابة على أسئلة الطلب التي نسألها.

– تحتاج في هذه المرحلة صور ورموز ل (أنا أريد – أنا أسمع – ما هذا) .

–تحتاج مجموعة من الصور.

–تحتاج لمجسمات مطابقة لصور مألوفة للطفل، ليس الأشياء الأكثر تعزيزاً للطفل .

– ليس من الضروري أن يصل كل الأطفال إلى هذه المرحلة.

–يجب تعزيز الطفل لكل عمل تواصلي يقوم به (تعزيز مادي واجتماعي للطلب –

تعزيز اجتماعي للتعليق) .

– استخدام المساعدة المتأخرة لتدريب الطفل على الاستجابة لكل سؤال جديد .

– تدريب الطفل على التمييز بين (ماذا تريد – ماذا تسمع – ماذا ترى) .

– خلق 30 فرصة أو محاولة في اليوم الواحد للطفل على الطلب والتعليق في النشاطات المختلفة.

خطوات التدريب :

الخطوة الأولى : الإجابة على سؤال التعليق : والتعليق يكون على أحداث بيئي ة. مثل :

(سماع صوت سيارة – قطة – كلب ، أو رؤية أشياء معينة وهذه الأحداث هي التي تخلق تعليقات)

الخطوة الثانية : التمييز بين(أنا أريد – أنا أرى – أنا أسمع)

الخطوة الثالثة : التعميم والحفاظ على التعليق التلقائي.

خلاصة:

في ختام هذا الفصل نؤكد أن البرامج العلاجية لاضراب طيف التوحد هي خطط منظمة،تعتمد على أسس علمية،تهدف إلى تنمية مهارات الطفل وتقليل مظاهر الطيف السلوكية والتواصلية، وتنقسم إلى برامج سلوكية وتواصلية،معرفية ونمائية، تختلف باختلاف احتياجات الطفل، وتمر العملية العلاجية بمراحل التشخيص،التخطيط،التنفيذ ثم التقويم والمتابعة، فيما يحرص المختصين على تطبيق البرامج فرديا لذوي اضطراب طيف التوحد،مع مراعاة الفروق الفردية ودرجة الطيف، كبرامج،EarlyBird ولوفاس اللذان يرتبطان بالتدخل المبكر، وبرامج السلوك التطبيقي،وتبادل الصور ،بما يضمن فعالية العلاج وتحقيق أفضل النتائج الممكنة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:إجراءات الدراسة الميدانية

الدراسة الاستطلاعية.

1.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2.1 حدود الدراسة الاستطلاعية.

3.1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

4.1 عينة الدراسة الاستطلاعية.

5.1 أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.

2.الدراسة الأساسية

1.2 حدود الدراسة.

2.2 منهج الدراسة.

3.2 عينة الدراسة.

4.2 متغيرات الدراسة.

5.2 أدوات الدراسة

6.2 البرنامج العلاجي المقترح.

7.2 إجراءات تطبيق تجربة الدراسة.

8.2 أساليب المعالجة الإحصائية.

تمهيد:

تتناول الدراسة الحالية أثر برنامج علاجي لتحسين مهارات التواصل لدى أطفال إضطراب طيف التوحد، وقد تم وضع فروض فيما يخص أثر هذا البرنامج بالاعتماد على الجوانب النظرية للمشكلة وما جاء فيها من دراسات سابقة، وللتحقق من هاته الفروض تم اتباع إجراءات منهجية متضمنة في هذا الفصل، تتناول الاجراءات الميدانية للدراسة، والتي تضم منهج الدراسة،الدراسة الاستطلاعية وحدودها وأدوات البحث وخصائصها السيكومترية، ومن تم الدراسة الأساسية وحدودها وإجراءات تطبيقها،وعرض الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بوابة للدراسة الأساسية فهي تمهيدا لها، ومن خلالها يتعرف الباحث على مجتمع دراسته، واختيار العينة المناسبة لدراسته، كما أنها تتيح للباحث تجهيز أدوات بحثه واختبار مدى صحة وملائمة هذه الأدوات للتطبيق في الدراسة الأساسية.

1.1أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يتوقف نجاح أي بحث علمي على مدى ملائمة الأدوات لطبيعة الدراسة وكذا العينة، لذا عملت الدراسة الحالية على تحقيق الأهداف التالية:

1. تقدير الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.
2. جمع المعطيات اللازمة التي تيسر إعداد برنامج علاجي في تطوير بعض المهارات لدى أطفال ذوي إضطراب التوحد.
3. التحقق من ملائمة البرنامج وذلك بتحكيمه من قبل مجموعة من الأساتذة.
4. التعرف على الصعوبات والعراقيل قصد تجاوزها في الدراسة الأساسية.
5. جمع مجمل المعلومات الضرورية لإعداد الدراسة الأساسية.

2.1حدود الدراسة الاستطلاعية:

وتشمل ما يلي:

1- الحدود الزمانية: شهر جوان 2019م

2- الحدود المكانية: فضاء نفس تربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

3- الحدود البشرية:30 طفلا وطفلة من ذوي إضطراب طيف التوحد يبلغون من العمر ما بين ثلاث سنوات، ثلاث سنوات و نصف.

3.1.إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية وفق الخطوات التالية:

- إطلاع الباحثة على الأدب التربوي والنفسي والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة؛ التواصل اللفظي ومهاراته، إضطراب طيف التوحد، وكذلك كل مايخص برامج علاج وتنمية مهارات التواصل لدى أطفال إضطراب طيف التوحد.
- تم تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية خارج عينة الدراسة الأساسية ، بعدما اجرت الباحثة مجموعة من المقابلات مع اولياء الأطفال الذين تم استقبالهم في الفضاء النفس تربوي و بعد وضع تشخيص لهاته الفئة و بالاستعانة بمقياس كارز المقنن (انظر الملحق رقم05ص 205) وكذا الدليل التشخيصي رقم 5 (انظر ص212)
- قامت الباحثة بالتأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق و الثبات) لمقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد و وضعها في الصورة النهائية (انظر الملحق رقم04 ص202)
- بعد التصميم الأولى للبرنامج العلاجيي ، قامت الباحثة بالاستعانة بمجموعة من الأساتذة المحكمين (انظر الملحق رقم 02 ص198) لضبط أهداف و محتوى انشطة البرنامج بما يتناسب مع اهداف الدراسة و خصائص العينة ، و بعد ثلاثة اشهر تم استرجاع النسخ بعد التحكيم واجراء التعديلات وفق قرارات المحكمين من طرف الباحثة .
- فيما بعد تم تطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في صورته الأولية (انظر الملحق رقم03ص199) على عينة استطلاعية خارج العينة الأساسية من الأطفال

المصابين بإضطراب طيف التوحد بالفضاء النفس تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة ، بلغ عددهم (30) طفل توحدي لاستخراج الخصائص السيكومترية ، و بعد حساب صدق و ثبات المقياس تم التأكد من صلاحيته و ملائمته لعينة الدراسة ووضعه في صورته النهائية

(انظر الملحق رقم 4 ص202)

4.1عينة الدراسة الاستطلاعية.

تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها(30) طفلا وطفلة من أطفال إضطراب طيف التوحد تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مؤسسة فضاء نفس تربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بولاية وهران.

جدول (04)*توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية لمقياس تقدير التواصل اللفظي حسب الجنس*

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	20	%67
أنثى	10	%33
المجموع	30	%100

نلاحظ من خلال الجدول(04) أن نسبة الأطفال الذكور من ذوي إضطراب طيف التوحد ضمن عينة الدراسة الاستطلاعية أكبر من نسبة الإناث، حيث بلغت النسبة على الترتيب(67%) و(33%).

5.1.أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية.

أولا :مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد:

مقياس تقدير مهارات التواصل اللفظي هو أداة لتقييم قدرة الفرد على فهم وإرسال الرسائل اللغوية، ويشمل أبعاداً رئيسية مثل الاستماع، التحدث، التواصل غير اللفظي، اللغة الاستقبالية والتعبيرية، ويستخدم لتشخيص تأخر النمو اللغوي أو إضطرابات مثل طيف التوحد، ويهدف لقياس الكفاءة اللغوية وتطويرها عبر مقاييس مُعدّة ومُعتمدة إحصائياً للصدق والثبات، وتُطبق عادة على الأطفال(**نجوى شعبان و اخرون 2019 ،ص 159).**

جمع الجانب النظري :

اعتمدنا في الدراسة التالية على مقياس تقدير التواصل اللفظي من إعداد الباحثة، انطلاقا من اضطلاعها على الجانب النظري حول موضوع الدراسة خاصة هرفة منصف و اخرون (2019) حول بناء مقياس التواصل اللفظي للاطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد ، و نجوى شعبان (2019) حول الخصائص السيكومترية لمقياس مهارات التواصل اللفظي لدى اطفال الروضة المتاخرين لغويا ، وعدد من الدراسات السابقة والمقاييس والاختبارات ذات الصلة، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول(05): *أهم مصادر تصميم مقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد*

الدراسات السابقة	جوانب الاستفادة من المقاييس
سهى نصر 2002	تحسين بعض الفقرات و توظيفها في العبارات الدالة على درجة التقليد
عبد الوهاب 2006	الاطلاع على العبارات في مجال اللغة الاستقبالية والتعبيرية
ياسين 2016	الاطلاع على فقرات المقياس و الاستفادة منه في تصميم العبارات الدالة على الإنتباه
عبد العزيز 2015	الإستعانة ببعض الفقرات في مجال التعبير

- حيث يتكون مقياس تقدير التواصل اللفظي قبل التحكيم من(75)عبارة تقيس مهارة التواصل اللفظي حيث توضع علامة (×) في الخانة التي يتم اختيارها (ينطبق- ينطبق أحيانا- لا ينطبق) ، وأثناء التصحيح يتم الحصول على درجة مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ّوي إضطراب التوحد بشكل متدرج، وفقا لانطباق الاستجابة على الطفل وتتدرج الدرجة التي يحصل عليها الطفل وفقا لتدرج الاستجابة وفق مقياس ليكرت الثلاثي كما يلي: **ينطبق :(3) _ ينطبق أحيانا :(2) _ لا ينطبق :(1)**
- تجمع الدرجات التي يحصل عليها الطفل للحصول على الدرجة الكلية كالتالي:
  - الدرجات من 01-75 تدل على ضعف في مهارات التواصل اللفظي.
  - الدرجات من 76-152 تدل على قدرة متوسطة في مهارات التواصل اللفظي.
  - الدرجات من 153-225 يتمتع بقدرات جيدة في مهارات التواصل اللفظي.

صدق مقياس تقدير التواصل اللفظي

الصدق الظاهري(صدق المحكمين):

عرض مقياس تقدير التواصل اللفظي في صورته الأولية على(8) من الأساتذة المختصين في التربية الخاصة وعلم النفس العيادي من جامعة وهران (أنظر الملحق رقم1ص198)، لمراجعتها وإبداء الرأي العلمي حول مدى ملائمتها للتطبيق والتأكد من تطابق صياغة عباراتها مع الهدف منها وتم تعديل فقرات الأداة على ضوء الملاحظات التي أبداها السادة المحكمين ومن تم قرر اغلبهم ملائمة الأداة و صلاحيتها.

يتم حساب نسبة الاتفاق بين المحكمين لمقياس تقدير التواصل اللفظي وفق معادلة كوبر Cooper

نسبة الاتفاق= عدد مرات الاتفاق/(عدد مرات الاتفاق+عدد مرات عدم الاتفاق)*100

جدول(06): *نسبة اتفاق المحكمين لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال إضطراب طيف التوحد*

الرقم	موضوع التحكيم	عدد المتفقين	عدد غير المتفقين	نسبة الاتفاق بين المحكمين
.1	مدى ملائمة التعليمة للهدف من إعداد مقياس الدراسة	08	0	%100
.2	مدى وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقياس	06	2	%75
.3	مدى ملائمة بدائل الإجابة	08	0	%100
نسبة اتفاق المحكمين الإجمالية		%92		

من خلال الجدول(06) نلاحظ أن نسبة اتفاق المحكمين حول ملائمة التعليمة وملائمة بدائل الإجابة على التوالي(100%) في حين سجلت الباحثة توافق المحكمين حول مدى وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقياس بنسبة (75%).

كما بلغت نسبة الاتفاق الإجمالية لأراء محكمي مقياس تقدير التواصل اللفظي 92%، وهي نسبة مقبولة جدا تشير إلى صلاحية أداة الدراسة.

جدول(07): *معيار الحكم من قبل رأي المحكمين حول مقياس تقدير التواصل اللفظي*

نسبة الاتفاق بين المحكمين	الحكم
من80%إلى 100%	مقبول
من 70%إلى 80%	تعدل
أقل من70%	تحذف

(حنون،2022،ص100)

وبناء على اقتراحات المحكمين فيما يخص حذف بعض الفقرات، أو تعديل الصياغة اللغوية لبعض الفقرات كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول(08): *الإجراءات على مقياس تقدير التواصل اللفظي بعد التحكيم*

رقم الفقرة	الفقرة قبل التحكيم	الإجراء المطلوب	الفقرة بعد التحكيم
08	عندما يخرج الى الخارج فانه يلوح بيده و يقول باي	تعديل	عند الوداع يعبر بكلمة باي
04	يسمي اسم الطعام عندما يرى طبق به طعام و هو جائع	تعديل	يطلب الماكولات باسمها
19	عندما يرى لعبة مرتفعة عنه فانه يطلبها بكلمة	تعديل	يبادر لطلب ما يحتاجه لفظيا
27	عندما يتالم ببطنه فانه يشير الى بطنه و يبكي	حذف	
20	عندما نطلب منه الإشارة الى 5 صور فانه يشير اليها	حذف	

44	عندما نطلب منه تسمية أجزاء جسمه فانه يشير اليها كلها	تعديل	يتمكن من تسمية أعضاء الجسم عندما يطلب منه
46	عندما نطلب منه تسمية الألوان يقوم بتسميتها	تعديل	يتمكن من تسمية الألوان عندما يطلب منه
39	عندما نطلب منه تسمية هذا الشيء يقوم بذلك	تعديل	يسمي الأشياء و الصور

وبالتالي أصبح مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بعد التحكيم (أنظر الملحق رقم3ص199) يظم69فقرة،

صدق الاتساق الداخلي:

تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية(30 طفل وطفلة)، واستخراج معاملات ارتباط بيرسون بين ارتباط الفقرات و الدرجة الكلية على المقياس وفق ما هو موضح في الجدول (09).

جدول(09): *معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية على مقياس تقدير التواصل اللفظي*

رقم الفقرة	معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية لشبكة الملاحظة
.1	**0.63
.2	0.11
.3	0.28
.4	0.11
.5	**0.73
.6	**0.71
.7	**0.58
.8	1
.9	0.11
.10	**-0.59
.11	0.06
.12	**0.86
.13	**0.58
.14	**0.83
.15	1
.16	**0.63
.17	*0.41
.18	**0.82
.19	**0.86
.20	**0.82
.21	**0.66
.22	**0.71
.23	**0.64

.24	**0.60
.25	**0.80
.26	**0.58
.27	**0.63
.28	**0.77
.29	**0.64
.30	**0.64
.31	**0.58
.32	**0.72
.33	**0.66
.34	**0.66
.35	**0.64
.36	**0.69
.37	0.30
.38	**0.71
.39	1
.40	1
.41	0.16
.42	**0.60
.43	1
.44	1
.45	**0.64
.46	1
.47	**0.60
.48	**0.54
.49	**0.64
.50	1
.51	**0.64
.52	**0.67
.53	**0.64
.54	**0.64
.55	0.28
.56	**0.54
.57	1
.58	**0.64
.59	0.29
.60	**0.67
.61	1
.62	1
.63	1
.64	1
.65	1

.66	1
.67	1
.68	1
.69	1

من خلال الجدول (09) نلاحظ أن:

- معامل الارتباط بين هذه الفقرات والدرجة الكلية على مقياس تقدير التواصل اللفظي تراوحت ما بين(0.54-1) وهي معاملات ارتباط موجبة ودالة عند 0.01.

فيما سجلت الباحثة وجود عبارات غير مرتبطة. تقرر حذفها من مقياس الدراسة وهي الفقرات:2,3,4,9,11.37,41,55,59 ليصبح عدد فقرات المقياس (61 فقرة) كما هو موضح في الملحق رقم 4 ص202.

صدق المقارنة الطرفية(الصدق التمييزي)

وتم الحصول على النتائج التالية:

جدول(10): ***نتائج اختبار"ت" لعينتين مستقلتين مقياس تقدير التواصل اللفظي***

العينة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	t	درجة الحرية	sig	مستوى الدلالة الإحصائية
أعلى الدرجات=8	12,47	89,25	5,82	14	0.000	دالة عند 0.05
أدنى الدرجات=8	1,50	63,38				

من خلال الجدول(10) نجد أن sig=0.000 وهي أقل من 0.05، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين 27% من أفراد العينة الذين تحصلوا على أعلى الدرجات على مقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد و27% ممن تحصلوا على أدنى الدرجات، أي أن مقياس الدراسة قادر على التمييز بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا.

الثبات

ولقد تم الحصول على النتائج التالية:

جدول(11): ***ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقياس تقدير التواصل اللفظي***

المجال	ألفا كرونباخ Alpha de Cronbach	التجزئة النصفية	تصحيح سبيرمان براونSpearman_Brown
الشبكة ككل(60 فقرة)	0.95	0.94	0.97

من خلال الجدول(11) نلاحظ أن قيمة معامل ثبات مقياس تقدير التواصل اللفظي قدر ب 0,95 وهي قيمة ثبات مرتفعة،فيما بلغ معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس بعد التصحيح وفق معادلة سبيرمان براون(0,97)، وهو معامل ثبات قوي ومناسب لهذه الدراسة.

ثبات إعادة الاختبار:

تم التأكد من ثبات مقياس تقدير التواصل اللفظي بطريقة إعادة الاختبار، حيث بعد مرور 15 يوما قررت الباحثة إعادة تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية في نفس ظروف وشروط التطبيق الأول، من أجل حساب معامل الارتباط بيرسون بين القياس الأول والثاني، وفي ما يلي النتائج المتوصل إليها:

جدول(12) قيمة ارتباط بيرسون بين القياس الأول والثاني لمقياس تقدير التواصل اللفظي(ثبات إعادة الاختبار)

المجال	قيمة ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول و الثاني	SIG	الدلالة الإحصائية
المقياس ككل(60 فقرة)	0 .79**	0.000	دال عند 0.01

من خلال الجدول(12) نلاحظ أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني لمقياس تقدير التواصل اللفظي جاء مرتفعا : 0,79 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0,01 وتشير إلى ثبات نتائج تطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي لدى عينة الدراسة الاستطلاعية من أطفال التوحد بعد مرور 15 يوما عن التطبيق الأول للمقياس ، وبالتالي يمكننا اعتماد هذه الأداة في الدراسة الحالية.

ثانيا: مقياس كارز للتوحد

هو أداة لتشخيص إضطراب طيف التوحد يمكن الاعتماد عليه في المقابلات النصف موجهة، كما يمكن تطبيقه على الأطفال الأقل من 24 شهر حيث يمكن جمع المعلومات من المقابلة مع العائلة وكذا ملاحظة سلوك(Roge,2003, 98) الطفل و يتكون من 15 بندا كل بند يمكن تنقيطه من 1 إلى 4 ويركز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية و التجريبية بدلا من الاعتماد الكلي على الحكم الاكلينيكي ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي : (Shopler et al,1988)

1- يتضمن المقياس بنودا مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة مثل قائمةCrak et Kanner

2- إمكانية استخدامه مع الافراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة(أطفال و كبار)

3 - تطوير المقياس و تعديله وتقويمه على أساس استخدامه مع أكثر من(1500)حالة لمدة تجاوزت العشر سنوات.

4 - اعتماده على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلا من الأحكام النظرية البحتة وغير الموضوعية

5 – تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة

6 – وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الاكتفاء بموقف واحد لوضع تلك التقديرات

يتكون هذا المقياس من خمسة عشر بند تعتبر محصلة استخدام أنظمة تشخيصية مهمة مثل معايير كانر (1943) ونقاط كــريك (1961) وتعريف روتر (1978) وتعريف الجمعية العالمية للأطفال ذو إضطراب التوحد (1978) .

كما يوضحه الجدول التالي:

جدول(13):*مقياس تقدير التوحد الطفولي (كارز):أداة لتقييم السمات التوحدية للعيادي المتمرس ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية.*

الاسم العلمي ومرجعتيه	تقييم التوحد للطفولة (كارز)
الفئة العمرية	مقياس (كارز) يستخدم المقياس للأطفال من سن 2-6 سنوات ممن لديهم عجز في التواصل بشكل واضح.
نموذج القياس	مقياس(كارز) يتم جمع المعلومات بشكل أساسي من الملاحظة المباشرة ثم من الوالدين. وهذه الاداة مصممة للممارس النفسي المتخصص، وليست مقياس يقيم به الاباء لأطفالهم.
تحذير الاستخدام	مقياس: (كارز) فقط الممارسين المتدربين على الفئة التوحدية يمكنهم تنفيذ التقييم. لم يصمم هذا المقياس ليكون أداة تقييم لعينات من الجمهور. كما أن تكييف المقياس في الصورة الحالية تم ليكون تحت مظلة الممارسة السيكومترية من تحذير الاستخدام المتخصصين فقط

تعليمات: مباشرة وبعد إتمام تقييم الحالة وفق قائمة مقياس (كارز)،يتم تحويل النتائج إلى نموذج التصحيح في الاسفل.

صدق وثبات مقياس كارز :

بناء على الدراسة التي قام بها الهواري شريف و بلهوم كلثوم بعنوان " دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي اللذان قاما بدورهما بالعمل على النسخة المترجمة الى العربية قام بدراسة خصائصها السيكومترية جلال الدين بهاء(2013) بالكويت.كما استخدما عدة أساليب إحصائية لتحليل النتائج و التعرف على الصدق والثبات منها معاملات تشبع الفقرات وبعض مؤشرات الصدق البنائي الموجودة في برنامج SPSS و كذلك برنامجAMOS .

1 – الثبات: للتحقق من ثبات مقياس تقدير التوحد الطفولي تم استخدام طريقة تطبيق و اعادة تطبيق الاختبار حيث تحصلا على معامل الثبات بقيمة(0,79) وهي قيمة مقبولة .

2 – الصدق العاملي:

أراد الباحثين يتأكدان من شروط التحليل العاملي قبل استخدامه من خلال معرفة مصفوفة الارتباطات وكذلك اختبار كفاية العينةKMOS لدلالة على أن العينة مناسبة لإجراء التحليل العاملي وقد تحصلا على النتائج التالية:

–هناك تباين بين معاملات الارتباط.

–قيمة كفاية العينة تساوي(86 , 0) و هي مقبولة .

بعدها قام الباحثان بإجراء التحليل العاملي التوكيدي لفقرات المقياس بطريقة المكونات الأساسية وفق المؤشرات المستخرجة باستخدامSPSS و AMOS

بينت قراءة النتائج تأثير الفقرات أو ارتباطها أو مشاركتها في متغير الدراسة(التوحد) بدرجة قوية ومقبولة ومعظمها تؤثر أو تساهم في المفهوم بنسبة اكثر من 70%وقد كانت أعلى قيمة للتشبع للفقرK بقيمة (89, 0) و أ قل تشبع للفقرZ بمقدار 52, 0

وتوصل الباحثان من خلال التباين و النسبة التراكمية أن الحل العاملي اسفر على وجود عامل واحد يفسر مفهوم طيف التوحد بنسبة 69%من التباين الكلي وهي قيمة مقبول.

واستنادا لعدة مؤشرات مستخرجة من برنامجSPSS وكذلك برنامج AMOS تعمل كلها للدلالة على صدق وثبات المقياس، يمكن أن نحكم على مقياس تقدير التوحد الطفولي بالصدق والثبات بثقة أكبر، يمكننا القول بأن المقياس محل الدراسة يتمتع بقدر كبير من الصدق في تمثيل البيانات وكذلك بمستوى مرتفع من الثبات. بالإضافة الى ذلك يمكن الاستفادة منه ليصبح ذا قيمة في تشخيص إضطراب طيف التوحد و تحديد نوعه.

ثالثا :البرنامج العلاجي :

تهدف الدراسة الحالية إلى تقصي أثر البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارة التواصل اللفظي لدى اطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، ولتحقيق ذلك قامت الباحثة بإعداد وتصميم برنامج علاجي وفق الخطوات التالية:

تحديد الهدف العام للبرنامج العلاجيي:

تسعى الباحثة من خلال تطبيق هذا البرنامج العلاجي إلى تنمية مهارة التواصل اللفظي لدى اطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بوهران، حيث يتم تطبيق هذا البرنامج وفق استراتيجية الدعم البصري ، التدريب الفردي .

جمع الجانب النظري:

تم تصميم البرنامج العلاجي من طرف الباحثة بناء على اطلاعها على الأدبيات والدراسات والأبحاث السابقة حول مهارات التواصل اللفظي و إضطراب طيف التوحد، وكذلك فيما يخص البرامج التدريبية القائمة على التبادل بالصور، والبرامج العلاجية الخاصة بتطوير التواصل اللفظي لدى أطفال إضطراب طيف التوحد ونوضح ذلك فيما يلي:

- تم الاعتماد على دراسات وأبحاث عربية واجنبية مثل دراسة فايزة إبراهيم عبد الله (2020) ، رضا عبد الستار رجب عبد الله كشك (2007) ، خالد شريف عيسى عياش (2015) ، من اجل دراسة فاعلية برنامج قائم على التبادل بالصور بهدف تنمية التواصل اللفظي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد .

- كما استعانت الباحثة بدراسات تناولت متغيرات الدراسة ضمن برامج تدريبية، كدراسة

ممدوح موسي (2016) ،دراسة آذار (2017) ، دراسة عياش 2015 ، دراسة ريشو(2018) ،دراسة جرانيش (2016) ،دراسة دنيشفر واخرين (2019)

- قامت الباحثة بوضع خطة أولية للبرنامج العلاجي من خلال الدراسات التي ذكرت سابقا(تحديد عناوين الوحدات والجلسات، بحث التقنيات والوسائل المناسبة وتحديد مدة تنفيذ البرنامج).
- تم عرض البرنامج العلاجي في صورته الأولية على المشرفة، لمناقشة محتواه وإبداء الملاحظات الضرورية لتعديله بما يلاءم أهداف الدراسة، وأخذ موافقتها لإرساله إلى المحكمين.

- تم إرسال البرنامج العلاجي إلى مجموعة من المختصين في مجال التربية الخاصة والأرطوفونيا وعلم النفس العيادي لتحكيمه(أنظر الملحق رقم2ص198) والبالغ عددهم 09 محكمين، وقد استرجعت الباحثة كل النسخ بعد التحكيم خلال شهرين.
- قامت الباحثة بتعديل البرنامج والأخذ بتوجيهات المحكمين.

وصف البرنامج العلاجي

- يحتوي البرنامج العلاجي على563جلسة تدريبية(أنظر الملحق رقم11ص222).
- تمتد فترة تنفيذ البرنامج خلال 423ساعة علاجية.
- تستمد الباحثة المادة التدريبية من خلال ما تناولته في الجانب النظري للدراسة، فيما يخص مهارات التواصل اللفظي.
- يعتمد البرنامج على المقاربة المعرفية السلوكية.
- ينفذ البرنامج وفق إستراتيجية الدعم البصري و التعلم الفردي .
- تختلف الإجراءات والوسائل التدريبية حسب موضوع وأهداف كل جلسة.
- يتم تنفيذ الجلسات بمعدل (4_5 جلسات في الأسبوع)، وحدد زمن الحصة التدريبية 45 دقيقة.

الخصائص السيكومترية للبرنامج العلاجيي

الصدق الظاهري(صدق المحكمين):

للتأكد من الصدق الظاهري للبرنامج العلاجي، تم توزيع نسخة من البرنامج على عدد من الأساتذة المحكمين(أنظر الملحق رقم2ص198)، وذلك من أجل إبداء أرائهم حول:

- مدى ملاءمة أبعاد ومؤشرات البرنامج.
- مدى ملاءمة أهداف كل جلسة .
- مدى ملاءمة زمن كل جلسة .
- مدى ملاءمة الفنيات المستعملة في كل جلسة .
- مدى ملاءمة الأدوات المستعملة في كل جلسة .
- مدى ملاءمة عدد جلسات البرنامج .
- مدى ملاءمة محتوى البرنامج .

تم حساب نسبة الاتفاق بين المحكمين وفق المعادلة التالية:

نسبة الاتفاق=عدد مرات الاتفاق/(عدد مرات الاتفاق+عدد مرات عدم الاتفاق)*100

الجدول(14): *نسبة الاتفاق بين محكمي البرنامج العلاجي*

	موضوع التحكيم	عدد المتفقين	عدد غير المتفقين	نسبة الاتفاق
.1	مدى ملاءمة أبعاد ومؤشرات البرنامج.	9	0	100%
.2	مدى ملاءمة أهداف كل جلسة	9	0	%100
.3	مدى ملاءمة زمن كل جلسة	7	2	%80
.4	مدى ملاءمة الفنيات المستخدمة في كل جلسة	6	3	%70
.5	مدى ملاءمة الأدوات المستخدمة في كل جلسة	5	4	%60
.6	مدى ملاءمة عدد جلسات البرنامج	7	2	%80
.7	مدى ملاءمة محتوى البرنامج	7	2	%80
	نسبة اتفاق المحكمين الإجمالية	%81		

نلاحظ من خلال الجدول(14) أن نسبة اتفاق المحكمين كانت كبيرة جدا حول ملاءمة أبعاد ومؤشرات البرنامج وكذلك أهداف كل جلسة، فيما بلغت نسبة اتفاقهم على ملاءمة مدة الجلسات وعددها وملاءمة المحتوى (80%)، وسجلت الباحثة أقل نسبة اتفاق بين المحكمين فيما يخص ملاءمة الفنيات والوسائل المستخدمة في كل جلسة وكانت على التوالي(70% و60%).

فيما بلغت نسبة الاتفاق الإجمالية للمحكمين حول البرنامج العلاجي المقترح 81% وهي نسبة مرتفعة وتشير إلى الأخذ بالبرنامج وملاءمته لأهداف الدراسة مع الأخذ بالتعديلات التي طلبها المحكمين ومن أهمها: التنويع في الوسائل المستخدمة، وتحديد نوع الفنيات المستخدمة في كل جلسة وتنويع بعض الفنيات المستخدمة كالتعزيز والتلقين..

نتائج الدراسة الاستطلاعية

من خلال إجراء الباحثة للدراسة الاستطلاعية تمكنت من:

- التعرف على مجتمع الدراسة وإقامة علاقة ودية مع أفراده(الأطفال دوي إضطراب طيف التوحد).
- إجراء مقابلات مع أساتذة مختصين والاستفادة من أرائهم وخبرتهم في تصميم البرنامج العلاجي الحالي.
- تصميم أدوات الدراسة:مقياس القدرة على التواصل اللفظي والبرنامج العلاجي.
- اكتشاف الصعوبات الإجرائية لتنفيذ الدراسة، ووضع الحلول والتسهيلات في سبيل إنجاح تطبيق الدراسة.

2.الدراسة الأساسية

1.2.حدود الدراسة.

الحدود الموضوعية: تم تنفيذ الدراسة باستخدام مقياس مهارات التواصل اللفظي لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وبرنامج علاجي مقترح قائم على إستراتيجية تبادل الصور والدعم البصري من إعداد الباحثة ، بالإضافة إلى مقياس كارز للتوحد.

الحدود البشرية:أجريت الدراسة الأساسية على عينة من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، قدرت ب(08 أطفال)

الحدود المكانية:أجريت الدراسة الأساسية بفضاء نفس تربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة- وهران

الحدود الزمنية:أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من (01سبتمبر 2019) إلى غاية (17ديسمبر 2022).

2.2منهج الدراسة.

أولا.دراسة الحالة(المنهج العيادي)

وهو منهج يعتمد على الدراسة المعمقة للحالة الفردية، من خلال جمع البيانات باستعمال المقابلة،الملاحظة...ولقد تم استخدامه في الدراسة لفهم وتفسير السلوك الفردي للطفل وتفسير النتائج الفردية في الاستجابة للبرنامج العلاجي المقترح في الدراسة الحالية.

ثانيا.المنهج شبة التجريبي

تقوم الدراسات والأبحاث العلمية على إتباع منهج معين، يستطيع من خلاله الباحث تنظيم أفكاره ووضع الخطوات وتحديد الإجراءات المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة، وبما أن دراستنا الحالية تسعى إلى الكشف عن "أثر البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجة طيف التوحد لدى أطفال إضطراب طيف التوحد"، فإنه يتطلب منا استخدام المنهج شبه التجريبي لملاءمته لموضوع الدراسة:و هو تصميم بحثي يهدف لدراسة العلاقة بين المتغيرات (السبب والنتيجة) في ظروف طبيعية دون تدخل مباشر للتحكم أو إستخدام التوزيع العشوائي للمشاركين يلجأ إليه الباحثون عندما يصعب أو يستحيل إجراء تجربة حقيقية لاسباب أخلاقية أو عملية معتمدا على قياسات قبلية و بعدية لمجموعات موجودة مسبقا.

و قد وفق التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي- البعدي لمناسبته الدراسة كما يلي:

الجدول (15):*التصميم التجريبي المتبع في الدراسة*

المجموعة	قياس قبلي	المعالجة التجريبية	قياس بعدي	قياس تتبعي
التجريبية		التدريب		

3.2.عينة الدراسة :

اختيرت عينة الدراسة الاساسية من الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ، والمسجلين رسميا بالفضاء النفس تربوي لاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوهران. تم اختيارهم بالطريقة القصدية ، حيث تم انتقائهم بالارتكاز على نوع و درجة الطيف و السن وقد بلغ عدد أفراد العينة(08) اطفال .

جدول(16): *توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس*

الجنس	العدد	النسبة المئوية
الإناث	03	37
الذكور	05	63
المجموع	08	%100

4.2.متغيرات الدراسة.

المتغير المستقل: البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية تبادل الصور.

المتغير التابع: يشمل في دراستنا الحالية متغيرين: مهارات التواصل اللفظي ودرجة إضطراب طيف التوحد.

5.2.أدوات الدراسة

بالاضافة إلى مقياس مهارات التواصل اللفظي،مقياس كارز للتوحد والبرنامج العلاجي توجد بعض الأدوات الأخرى أهمها:

أولا. الملاحظة

تعتبر الملاحظة وسيلة لجمع الحقائق عن ظاهرة موضوع الدراسة، إذ تعتمد على مشاهدة الباحث المنظمة للسلوك كما هو في الواقع، وملاحظة الظاهرة في تغيرها ونموها عند إخضاعها لمتغيرات جديدة، تقوم على تحديد جوانب السلوك المراد ملاحظته(سيد سليمان،2014، ص217-218).

وتعتمد الباحثة في هذه الدراسة على رصد المظاهر السلوكية الخاصة بمهارات الاتصال اللفظي كما تحدث في الواقع، بالاضافة إلى تسجيل أعراض إضطراب طيف التوحد وتدوين النتائج بموضوعية، **الملاحظة المباشرة:**

استعملت كأداة تقييميه أساسية لمراقبة ورصد سلوك الحالات داخل العيادة بشكل مباشر بهدف تحليل انفعالاتهم ، تصرفاتهم و تفاعلاتهم وأهم خصائصها:

التوقيت والبيئة: تتم في الوقت الفعلي لحدوث السلوك.

الموضوعية: توفر منظورا خارجيا و مباشرا لسلوك الحالة و تحد من التحيز الشخصي.

والهدف من الملاحظة المباشرة كان وصف وتحليل و تقييم سلوك الحالات لوضع التشخيص واكتشاف أسباب السلوكيات وتوثيق ردود الفعل الانفعالية، خاصة عندما تواجه الحالات صعوبة في التعبير عنها لفظيا.

ثانيا.المقابلة العيادية

ويؤكد عبد الرحمن سعد(2010)أنها أداة جمع بينات تقوم على تفاعل لفظي منظم بين الباحث والمبحوث أو من ينوب عنه، من خلال وضع أسئلة تخدم الهدف من الدراسة، وتكون لأجل الحصول على معلومات حول الخبرات ،الاتجاهات وحتى السلوكات...، وفي دراستنا الحالية استعانة الباحثة بالمقابلة مع الوالدين أو أحدهما للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، لجمع معلومات حول التواصل اللفظي ومهاراته والتغيرات السلوكية.

وهي أداة لفحص و تشخيص رئيسية تهدف إلى جمع معلومات شاملة عن الحالة،تاريخها ،أعراضها بهدف التشخيص والعلاج، ففي دراستنا خصصت ثمن (08) مقابلات للوصول إلى التشخيص ، حيث أجريت من تاريخ 2019/06/01 إلى 2019/06/18 فالمقابلة الأولى خصصت لجمع المعلومات الأولية للحالات و المقابلة الثانية خصصت لتاريخ الحالة أما التشخيص فقد مر بثلاث (03) مراحل:

المرحلة الأولى طبقنا فيها اختبار M-CHAT بهدف تحديد الخطر المرتفع للإصابة باضطراب طيف التوحد و هذا كان في المقابلة الثالثة، وفي المقابلة الرابعة طبقنا اختبار ASQ(استبيان الأعمار والمراحل) بهدف تحديد النمو الاجتماعي والعاطفي وفي المقابلة الخامسة تم تطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) بهدف تقييم التأخيرات المحتملة أما في المرحلة الثانية فقد كانت المقابلة السادسة والتي خصصت لإجراء اختبار ADOS2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) لتقييم التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوكيات المرتبطة باضطراب طيف التوحد.أما في المقابلة السابعة طبقنا اختبار GARS-3(مقياس تصنيف التوحد للأطفال) بهدف تقييم السلوك في 6 مقاييس فرعية (تفاعل اجتماعي،سلوكيات متكررة....) بناءا على معايير DSM-5

و في المرحلة الثالثة قمنا بالمقابلة الثامنة أين طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه (فيتامين د فيتامين و ب12 – وظائف الغدة الدرقية – معادن الجلوتين والنحاس)وجينية (فحص الأجسام المضادة لمستقبلات حمض الفوليك(FRAT) والتصوير العصبي بهدف :

- استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المشابهة (التشخيص الفارقي).
- تحديد العوامل الوراثية المساهمة.
- تقييم رأى حول البيولوجيا الفردية للحالات.
- أما العلاج فقد طبق بحذافيره بتاريخ 2019/09/01 إلى غاية 2022/12/17 الذي كان عبارة عن جلسات قدرت ب 563 جلسة ما يعادل 423 ساعة .

6.2.البرنامج العلاجي المقترح.

ولقد اشتمل البرنامج العلاجي المصمم على المحتوى الموالي:

أولا.الإطار العام للبرنامج العلاجي:

أ. تعريف البرنامج العلاجي.

هو خطة علاجية مقترحة من طرف الباحثة، تشمل جملة من الإجراءات والخطوات المتسلسلة، في صورة جلسات علاجية منظمة وفق مبادئ البحث العلمي، والقائمة على استراتيجة تبادل الصور (PECS)يتضمن مخزون معرفي وأنشطة تتناسب وخصائص العينة التجريبية،

بهدف تنمية مهاراتهم في التواصل اللفظي وخفض درجة إضطراب طيف التوحد لديهم,وقياس أثر البرنامج المقترح من خلال رصد الفروق في الدرجات بين القياسين القبلي– البعدي–التتبعي، على مقياس مهارات التواصل اللفظي المصمم من طرف الباحثة، ومقياس كارز للتوحد المستخدمين في هذه الدراسة، حيث يعزى أي تحسن دال إحصائيا إلى فعالية البرنامج العلاجي.

ب. مبررات تصميم البرنامج العلاجي:

استنادا إلى نتائج الدراسات التربوية حول دور البرامج العلاجية في تحسين مهارات التواصل اللفظي ومساعدة أطفال إضطراب طيف التوحد على تراجع وانخفاض درجة الطيف لديهم من جهة، والتوجهات الحديثة في مجال علاج وتعليم ذوي اضطراب طيف التوحد وفق استراتيجيات فعالة من جهة أخرى، ارتأت الباحثة إلى تحديد الأسباب والمبررات التالية لبناء البرنامج العلاجي المقترح:

- تصميم برامج علاجية تربوية قائمة على المقاربة المعرفية السلوكية، يمكن تكييف محتواها مع أطفال ذوي طيف التوحدفي مختلف المستويات التعليمية.
- القصور الملحوظ في مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، والذي يعتبر من أهم السمات التشخيصية التي تنعكس سلبا على تعلم هذه الفئة وعلى تفاعلاتهم الاجتماعية أيضا.
- ضرورة وأهمية التدخل المبكر المنظم لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال إضطراب طيف التوحد،خاصة عند استخدام استراتيجيات فعالة .
- تم الاعتماد أساسا في هذا البرنامج العلاجي على إستراتيجية تبادل الصور باعتبارها من أهم الاستراتيجيات السلوكية_ المعرفية التي أثبتت فعاليته في تنمية التواصل ،والانتقال التدريجي من التواصل غير اللفظي إلى اللفظي.
- الحاجة إلى تصميم برامج علاجية قابلة للقياس والتقويم في مجال علاج أطفال ذوي طيف التوحد، والتأكد من صدق وثبات هذه البرامج.
- الحاجة إلى تنمية التفاعل الاجتماعي والاندماج المدرسي من خلال تعزيز التواصل الايجابي بين المتعلمين من أطفال ذوي طيف التوحد ومعلميهم ومع الأقران وسط البيئة التعليمية
- السعي إلى تعزيز الثقة لدى الطفل ذوي طيف التوحد، من خلال التعبير عن احتياجاته بالاعتماد على نفسه، وتقليل السلوكات غير التكيفية لديه.

- خدمة الأسرة والمجتمع بما يساهم في مساعدتهم على التعامل مع فئة ذوي إضطراب طيف التوحد، وتحسين جودة الحياة والخدمات المقدمة لرعايتهم،بما يخفف الأعباء النفسية والاجتماعية على ذويهم.

ج. أسس تصميم البرنامج العلاجي :

تم بناء البرنامج العلاجي المقترح استنادا إلى المقاربات المعرفية السلوكية، خاصة وأن التدرب على اكتساب وتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ينطلق أساسا مما يملكه الأطفال(العينة التجريبية) من خبرات ومهارات بصرية ،ووعيهم بحاجتهم إلى تنمية مهارات التواصل اللفظي لديهم،وبالتالي يستطيعون من خلال ذلك التدرب على ممارستها بفعالية وإتقان أكبر.

كما تم الاستناد إلى الأسس التالية في اختيار محتوى وأنشطة البرنامج العلاجي:

- ✓ الانطلاق من رصد الاحتياجات العلاجية للعينة التجريبية من خلال الوقوف على ملف كل حالة وخصائصها.
- ✓ الانطلاق من حاجات المرحلة الابتدائية التي يستعدون للتدريس بها.
- ✓ السعي لتنمية مهارات التواصل اللفظي وفق مراحل متسلسلة وبالتدريج(من البسيط إلى المعقد) مع مراعاة الاستمرارية في العلاج.
- ✓ مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ضمن العينة التجريبية(خاصة مستوى طيف التوحد والخصائص النمائية والمعرفية لدى الطفل).
- ✓ القدرة على تعميم المهارات في مواقف حياتية وتعليمية متنوعة.
- ✓ التقويم المستمر لمستوى تقدم الطفل على كل مهارة من أجل تعديل الإجراءات العلاجية وتحيينها من حين لآخر.
- ✓ تنويع الأنشطة للحفاظ على دافعية الطفل وزيادة فرص الاستجابة والتفاعل، وتثبيت هذه المهارات بالتدرج.

ثانيا.مكونات البرنامج العلاجي:

أ. تحديد محتوى البرنامج العلاجي.

يتضمن محتوى البرنامج العلاجي جميع جوانب الخبرة المتوقع من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد اكتسابها بعد نهاية البرنامج، وقد روعي في اختيار محتوى البرنامج ما يلي:

- ملائمة محتوى البرنامج للأهداف وقدرة الباحثة على تحقيقها.
- شمولية محتوى البرنامج لجميع جوانب مهارات التواصل اللفظي لدى طفل ذوي اضطراب طيف التوحد.
- المرونة في تنفيذ خطة البرنامج العلاجي بما يسمح بالتعديل والتطوير.
- التدرج من السهل إلى الصعب.
- أن تختار الوسائط المناسبة مع أهداف كل جلسة علاجية من صور وبطاقات وأدوات حسية...
- قابليته للتقويم المستمر.
- مراعاة الفروق الفردية بين أفراد العينة التجريبية.
- كتابة الأهداف في صورة سلوك إجرائي يمكن ملاحظتها وقياسها.
- آليات تعزيز مادية ومعنوية مناسبة لتثبيت السلوكيات المرغوبة.

جدول(17): *محتوى البرنامج العلاجي*

رقم	أجزاء البرنامج العلاجي	عنوان الجلسة علاجية
01	**تنمية الجانب المعرفي واللغوي للطفل** **الهدف:** تنمية الجانب المعرفي للحالات يهدف لاكتساب معلومات تهيئه للاستيعاب المراحل المقبلة	قياس قبلي التواصل اللفظي قياس قبلي درجة إضطراب طيف التوحد تنمية الجانب المعرفي(تعليم المجموعات الضمنية) تنمية الجانب المعرفي(تعليم الأفعال) تنمية الجانب اللغوي تثبيت المكتسبات الانتباه والتركيز(البازل) **عدد جلسات الوحدة الأولى160 جلسة علاجية=120ساعة**
02	**تعزيز السلوك اللفظي** **الهدف:** نظام التواصل عن طريق الصور لتطوير التواصل لدى الحالات الثمانية ولا يشترط فيه الكلام	التبادل المادي التلقائية في الأداء تمييز الصور بناء الجملة طرح السؤال الاستجابة للسؤال التعليق التلقائي **عدد جلسات الوحدة الثانية201 جلسة=151ساعة**

03	**تدريبات النطق** **الهدف:** تطوير التواصل عن طريق الصور إلى تواصل لفظي	تدريبات النطق(صوت الحرف) تصحيح الإيقاع تطوير القراءة عن طريق تعديل الصور لتعليم الثلاثي تدريبات الكلام والقراءة تطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة وتسلسل الأحداث قياس بعدي و تتبعي للتواصل اللفظي و درجة اضطراب طيف التوحد **عدد جلسات الوحدة الثالثة 202 جلسة =152ساعة**
البرنامج ككل	**563 جلسة علاجية=423 ساعة تدريبية**	

ب.الأهداف الخاصة للبرنامج العلاجي.

يُتوقع من الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد عند نهاية البرنامج العلاجي أن:

أهداف مرحلة تنمية الجانب المعرفي واللغوي :

- ✓ تعزيز المفاهيم الأساسية المرتبطة بالحواس والمحيط الاجتماعي.
- ✓ توسيع المخزون اللغوي للأطفال من خلال التعرف على الكلمات البصرية والمسموعة.
- ✓ تحسين مهارات الفهم والاستيعاب من خلال الأنشطة التفاعلية المرتبطة بالصور والمواقف.

أهداف مرحلة تعزيز السلوك اللفظي:

- ✓ تعليم الأطفال استخدام الصور للتواصل والتعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم.
- ✓ تشجيع الأطفال على المبادرة بالتواصل مع الآخرين باستخدام الصور والكلمات.
- ✓ تطوير القدرة على تكوين جمل بسيطة ووظيفية.

أهداف مرحلة تدريبات النطق:

- ✓ تحسين النطق الصوتي للأصوات والكلمات المرتبطة بالصور.
- ✓ زيادة وضوح الكلام لدى الأطفال عند استخدام اللغة اللفظية.
- ✓ دمج المهارات المكتسبة في التواصل اليومي من أجل تعميمها في بيئات أخرى.

ج.طرق وأساليب تنفيذ البرنامج العلاجي.

في ضوء الوسائل والإمكانيات المتوفرة، وحسب طبيعة عينة الدراسة التجريبية وقدرة الباحثة، ومراعاة لأهداف الدراسة تم الاعتماد أساسا على إستراتيجية تبادل الصور كإستراتيجية علاجية في تنفيذ البرنامج الحالي والقيام بأنشطته المتضمنة ، بالإضافة إلى إستراتيجية تنمية الإدراك البصري،كما تم الاستعانة بأساليب أخرى ثانوية كعرض الصور والبطاقات، البازل،التعزيز،التكرار، النمدجة، التوجيه الجسمي، تلاشي الحث، لعب الدور، التسلسل، التشكيل، التدريب العرضي،التلقين، والتدريب في مواقف مختلفة وأماكن متنوعة لتعميم المهارة.

وتتوقع الباحثة من خلال اعتماد إستراتيجية تبادل الصور في تنفيذ برنامجها العلاجي أن يساهم في:

- سهولة الانتقال من التواصل الغير لفظي إلى التواصل اللفظي والبناء.
- رفع مستوى الفهم وتنمية القدرة على التفكير من طرف الطفل.
- تحسين القدرة على التعبير عن الذات(رغبات واحتياجات) بسهولة من خلال استخدام الصور.
- التقليل من المشاعر السلبية كالإحباط الناجم عن عدم فهم احتياجات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من طرف الآخرين.
- توسيع المفردات اللغوية والمعرفية من خلال ربط الكلمات بالصور.
- زيادة المشاركة لدى الطفل في مختلف الأنشطة والتفاعلات.
- تنمية الاستقلالية لدى الطفل والإقدام على قضاء حاجاته بنفسه.
- تنمية المهارات الإدراكية والاستيعاب والقدرة على تنظيم التفكير.

د.الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي

- **التعزيز**:فنية أساسية تعتمد على تقديم مكافآت (حلوى، ألعاب) فوراً بعد تبادل الصورة لزيادة تكرار السلوك المرغوب.
- **المساعدة** :تقديم الدعم اللفظي أو الجسدي (مثل المساعدة الجسدية في النقل) ثم التلاشي التدريجي لهذه المساعدة.
- **التبادل المادي** :قيام الطفل بمبادلة صورة "الشيء المرغوب" بشيء حقيقي، لربط الصورة بالواقع.
- **تحديد الهدف** :تركيز التواصل على الطلب (طلب أغراض) كخطوة أولى.
- **تكوين الجمل**:استخدام شريط جملة (مثل "أنا أريد") لزيادة طول الجملة

- **التلقين بانواعه الجسدي و الايمائي و اللفظي و الاخفاء:** هو نوع من المساعدة التي تعطى للفرد بعد طرح المثير و قبل استجابة الفدرد لزيادة احتمال قيامه بالسوك المستهدف وقد قامت الباحثة باستخدام التلقين باشكاله المختلفة خاصة في بداية التدريب ثم قامت بسحبه تدريجيا وهذا ما يعرف باسم الاخفاء.
- **النمدجة:**وقد استعملت اثناء التدريب على النطق في الجزء الثالث من البرنامج العلاجي وفي الجزء الاول من البرنامج العلاجي في تنمية الجانب المعرفي للحالات النمدجة المباشرة النمدجة بالمشاركة والنمدجة الحية.

هـ.الأنشطة العلاجية.

لقد اشتمل البرنامج العلاجي الحالي على العديد من الأنشطة العلاجية والمواد التعليمية التي تلائم مستوى وخصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد محل الدراسة التجريبية من جهة ، وتلائم أهداف الدراسة من جهة أخرى، ومن أهمها نذكر:

- تدريبات متنوعة على تطبيق مهارات التواصل اللفظي تتخلل كل جلسة علاجية بما يناسب الموضوع وتقدم مستوى الطفل وتحسن مستواه بالتدريج.
- تقديم التغذية الراجعة الفورية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والحرص على توجيههم عند الحاجة.
- الاستفادة من التقنيات التربوية في عرض نماذج ومحتوى الجلسة العلاجية عبر البازل،شريط الجملة...
- إعداد وتصميم الباحثة لبطاقات أعمال والصور المناسبة، وبطاقات أخرى للتقييم الفردي.
- دمج أساليب معرفية وسلوكية متنوعة (التكرار،النمذجة،التعزيز...).

و.الوسائل والأدوات المعتمدة.

لقد تم إجراء البرنامج العلاجي بفضاء نفس تربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة- وهران، ضمن قاعة خاصة، واعتمدت الباحثة على جملة من الوسائل والأدوات المساعدة أهمها:

- ❖ قاعة علاج(خالية من الصور والمعلقات لتجنب تشتت انتباه الطفل ،طاولة وثلاث كراسي واحد للطفل والثاني والثالث للمدربين ، اضاءة جيدة ، رفوف لوضع أدوات التدريب) مجهزة ومناسبة لتطبيق إستراتيجية تبادل الصور وكل الأساليب الأخرى.
- ❖ أوراق عمل لتنفيذ الأنشطة العلاجية.
- ❖ ملفات تحتوي على صور تخص تدريس ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ❖ صبورة من الخشب
- ❖ velcro لإلصاق الصور.
- ❖ مقص، الة التغليف ، أوراق تغليف شفافة
- ❖ بطاقات الحروف
- ❖ صور بيكس
- ❖ صور و بطاقات لتنمية مهارة القراءة و اللغة .

ي.تقويم البرنامج العلاجي.

يعد التقويم ركنا أساسيا في إعداد وتصميم البرامج العلاجية، وهو الوسيلة التي تمكن المشرف على العلاج من معرفة مدى تحقيقه لأهداف برنامجه العلاجي ومدى فعالية أنشطته، ولقد اعتمدت الباحثة في هذا البرنامج العلاجي على أساليب التقويم التالية:

– التقويم التشخيصي: قبل الانطلاق في تنفيذ الجلسات العلاجية، تقوم الباحثة بتطبيق مقياس تقدير مستوى مهارات التواصل اللفظي لرصد مستواها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد محل الدراسة التجريبية.وكذلك تطبيق مقياس كارز.

– التقويم التكويني: يتم تقويم أداء وسلوك عينة الدراسة من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال أوراق العمل الفردية ومدى مشاركتهم الفعالة ومستوى إقدامهم، وكذلك من خلال تنفيذهم ومبادرتهم على طلب احتياجاتهم ، خلال جلسات التقويم عند نهاية كل وحدة علاجية.

– التقويم النهائي: من خلال إعادة تطبيق مقياس مهارات التواصل اللفظي ومقياس كارز، للوقوف على مدى مساهمة وتأثير البرنامج العلاجي الحالي في تنمية هذه المهارات وانخفاض درجة طيف التوحد وأعراضه المختلفة.

6.2.إجراءات تطبيق تجربة الدراسة:

تجدر الاشارة إلى أن أفراد عينة الدراسة الأساسية قد تم تدريبهم على مهارات التواصل غير اللفظي قبل الانطلاق في تنفيذ البرنامج الحالي، باعتبارها مرحلة أساسية لتدريبهم بعدها على مهارات التواصل اللفظي. وبعد الاتفاق مع المشرفة، قامت الباحثة بتطبيق تجربة الدراسة وفق الخطوات التالية:

التطبيق القبلي:

بعد اختيار عينة الدراسة الأساسية، قامت الباحثة بإجراء جلسة تعارف وكسر الجليد رفقة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتجدر الإشارة إلى أن الباحثة تعتبر من بين الطاقم التربوي والنفسي ضمن المؤسسة وبالتالي كونها قريبة من أفراد عينة الدراسة، بما يساهم في تسريع عملية التعارف واكتساب ثقة الأطفال، كما تم الاتفاق على مكان وتوقيت تنفيذ الجلسات العلاجية وإدراجها ضمن البرنامج السنوي المقدم للعينة بالمركز.

تم تطبيق القياس القبلي لمقياس كارز في اكتوبر 2019، بعد جمع المعلومات الضرورية عن كل حالة من حالات العينة التجريبية، كما هو مبين في الملحق رقم(5) ص205، وأظهرت النتائج بعد القياس القبلي لمقياس كارز معاناة عينة الدراسة الأساسية من درجة مرتفعة من إضطراب طيف التوحد، وهو ما يبرز في الملحق رقم(8)ص216.

كما قامت الباحثة بتطبيق القياس القبلي لمقياس مهارات التواصل اللفظي لاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عينة الدراسة في نوفمبر 2019 كما يبين الملحق رقم(7) ص215 نتائج هذا التطبيق، ومن خلال تحليل الباحثة لهذه النتائج تبين أن مستوى مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد ضعيف.

تدريب وعلاج مجموعة الدراسة

تم الانطلاق في تنفيذ الجلسات العلاجية يوم الأحد26/ 2019/11 بأحد أقسام المؤسسة، ثم تقرر تحديد 4 أيام لتنفيذ الجلسات العلاجية (يوم الحد ، الاثنين ، الأربعاء و الخميس) كما استمر العلاج إلى غاية 29/ 2022/12 بمعدل 45 دقيقة لكل جلسة(أي ثلاث ساعات في الاسبوع) طوال ثلاث سنوات.

التطبيق البعدي

قامت الباحثة بعد نهاية تطبيق البرنامج العلاجي الحالي بإعادة تطبيق أدوات القياس، للوقوف على أثر البرنامج العلاجي في تنمية مهارات التواصل اللفظي بواسطة المقياس المخصص لذلك وتم الحصول على النتائج كما يوضحه الملحق رقم(7) ص215، وكذلك تم إعادة تطبيق مقياس كارز لشدة التوحد، والتي تظهر نتائجه في الملحق رقم(8) ص216، بتاريخ ديسمبر 2022

وحرصت الباحثة على جمع هذه النتائج وتحليل الفروق بين القياس القبلي والبعدي للتحقق من أثر البرنامج العلاجي المقترح.كما تجدر الإشارة إلى استخدام الباحثة الملاحظة المنظمة لتسجيل مظاهر التحسن في التواصل اللفظي (عدد الكلمات المكتسبة،المبادأة بالكلام،الاستجابة اللفظية..) وتحسن القراءة أيضا لدى عينة الدراسة التجريبية.

الإجراءات التتبعية وبقاء الأثر:

من أجل معرفة جدوى أثر البرنامج العلاجي الحالي وتحقيقه الأهداف المرجوة، والوقوف على استمرارية النتائج والأثر الذي تركه لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، سواء فيما يتعلق بتحسن مستوى مهاراتهم التواصلية اللفظية أو ما هو مرتبط بتراجع وانخفاض شدة التوحد لديهم، التزمت الباحثة بعد مرور شهرين من اختتام البرنامج العلاجي والقياس البعدي لهذه المتغيرات، بتطبيق القياس التتبعي وتظهر نتائجه في الملحق رقم(7+8)ص215_216.

كما حرصت الباحثة على تعميم المهارات المكتسبة في مواقف جديدة من خلال تغيير القسم أثناء تنفيذ الجلسات العلاجية، وتدريب الطفل على استخدام الصور في مواقف حياتية مختلفة وتحفيزه لبدل الجهد نحو الانتقال التدريجي من تبادل الصور إلى التعبير اللفظي وحتى التمكن من القراءة التي كانت كنتيجة غير مستهدفة.

7.2.أساليب المعالجة الإحصائية الخاصة بالدراسة الأساسية:

- اختبار اعتدالية التوزيع: اختبار شابيرو–ويلك، لاختيار الأساليب الإحصائية المناسبة(البرامترية/اللابرامترية) لاختبار فرضيات الدراسة.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- اختبارT–test للعينات المرتبطة لدلالة الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي ومقياس كارز .
- اختبارT–test للعينات المرتبطة لدلالة الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي ومقياس كارز.
- نسبة الكسب المعدل لبلاكBlake Modified Gain Ratio للتأكد من أن حجم الفروق الناتجة حقيقية تعود لمتغيرات الدراسة وليس للصدفة بالنسبة لمقياس مهارات التواصل اللفظي.
- معادلة كوهينCohen’s d(حجم الأثر) لقياس حجم أثر البرنامج العلاجي على متغيري الدراسة.

ويعرض الفصل الموالي بالتفصيل النتائج وتحليل البيانات عند مستوى الدلالة 0.05

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1.عرض دراسة حالات الدراسة.

2.اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة.

3.عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة:

- 1.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.
- 2.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.
- 3.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.
- 4.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الر ابعة.
- 5.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.
- 6.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.

4.مناقشة نتائج الدراسة:

- 1.4.مناقشة نتائج الفرضية الأولى للدراسة.
- 2.4.مناقشة نتائج الفرضية الثانية للدراسة.
- 3.4. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة للدراسة.
- 4.4.مناقشة نتائج الفرضية الر ابعة للدراسة.
- 5.4.مناقشة نتائج الفرضية الخامسة للدراسة.
- 6.4.مناقشة نتائج الفرضية السادسة للدراسة.

5.المناقشة العامة لنتائج الدراسة

6.المساهمة العلمية للدراسة

خلاصة

يتناول هذا الفصل عرضا تفصيليا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، التي هدفت إلى تقصي أثر برنامج علاجي مقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجت الإصابة عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، حيث شملت الدراسة الحالية عينة قدرها 8 أطفال من أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ،المسجلين رسميا بمؤسسة فضاء نفس تربوي بوهران. كما تم اختبار فرضيات الدراسة عند مستوى الدلالة(0.05) وباستعمال برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعيةSPSS.

وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة مع فرضيات الدراسة، ومن تم الحصول على نتائج الدراسة ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري.

1.عرض دراسة حالات الدراسة :

لغرض جمع المعلومات والمعطيات الأولية و تاريخ الحالة والتشخيص والمآل والعلاج، برمجنا مجموعة من المقابلات مع جميع حالات البحث الثمانية، والجدول الموالي يوضح سير المقابلات مع ذكر الهدف من كل مقابلة ، تاريخها، والزمن المستغرق لها :

جدول رقم (18): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها"عرض الحالة الأولى (ر س) "*

المعلومات الأولية	الحالة (ر س) ذكر يبلغ من العمر (03) سنوات، المولود بتاريخ:2016/09/16، المستوى الدراسي للوالدين جامعي ، المستوى المعيشي للعائلة جيدنا لام ماكثة بالبيت و الأب مقاول الحالة (ر س) .قصير القامة و نحيف الجسم ،اسمر البشرة ،شعره طويل ، تقدمت الحالة برفقة الأم وسبب الزيارة هو ما كان يبديه من سلوكيات :لا يلتفت للنداء،يقوم بحركات متكررة بيده، انعزالي،لا يتواصل بصريا و لا لفظيا تقول والدة الحالة أنها تحس وكأنه يعيش في عالم آخر . أثناء المقابلة ،كان يجلس في حجر والدته ولا يتحرك و عند الكلام معه لا يتواصل بصريا ولا يتفوه بأي كلمة.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كان طفلا مرغوبا فيه،حسب والدته فان فترة الحمل كانت دون خصوصية ،ولادته كانت بالملاقط أين كسرت رجله على مستوى الفخذ حيث وضعت له جبيرة لمدة 03 أشهر كما تلقى إعادة تأهيل للرجل لمدة لا تقل عن 04 أشهر حسب والدته .:طبعه هادئ،انطوائي،لا يلتفت للنداء ولا يقول أي كلمة.
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT و الذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي حركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي و غير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و

	تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي لاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار ADOS 2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (ر س) قصورا في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و حركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . و في المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه (فيتامين د فيتامين ب12 –وظائف الغدة الذرقية – معادن الجلوتين و النحاس)وجينية(فحص الاجسام المضادة لمستقبلات حمض الفوليك(FRAT) و التصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر و لكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان للحالة نوبات غياب عصبي (نشاط صرعي صامت)على تخطيط كهربائية الدماغ (EEG) حيث تم وضع الحالة تحت علاج دوائي DAPAKINE . حسب النتائج المحصل عليها من خلال الاختبارات المذكورة سالفا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (ر س) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن لمستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (ر س) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير وعدم الاستقلالية.
العلاج	طبق البرنامج العلاجي بأجزائه الثلاثة والذي تقدر عدد جلساته ب (563)(انظر البرنامج ص 222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز و الذي قدرت درجته ب(56) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي وقدرت درجته ب(54) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال و الحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (ر س) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل: قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ،

	وفيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار والتمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال والجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر. بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (ر س) من القراءة ، بعدها استمر ينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (ر س) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(29) و التي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته (152) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز و الذي قدرت درجته ب(29) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (176) .

جدول رقم (19): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها عرض الحالة الثانية (ر ط):*

المعلومات الأولية	الحالة (ر ط) ذكر يبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/06/11، عدد الإخوة : 03 ترتيبها:01 ،المستوى الدراسي للام جامعي و الأب : متوسط ، المستوى المعيشي للعائلة متوسطة الأم أستاذة في الموسطة و الأب بدون عمل ، الحالة (ر ط) .طويل القامة ،اسمر البشرة ، تقدمت الحالة برفقة الأم وسبب الزيارة هو ما كان يبديه من سلوكيات :لا يلتفت للنداء،يقوم بحركات متكررة بيده، انعزالي،لا يتواصل بصريا و لا لفظيا . تقول والدة الحالة أنا أحس بان ابني لا يهتم بأي شيء. أثناء المقابلة ،كان يتحرك في كل الاتجاهات يلمس كل شيء و عند الكلام معه لا يتواصل بصريا ولا يتفوه بأي كلمة.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كان طفلا مرغوبا فيه،حيث أنجبته أمه بعد خمسة سنوات بعد الزواج ، في فترة الحمل كانت الأم تتناول أدوية الضغط حيث كانت تعاني من ارتفاع الضغط و كذلك أدوية الغدة الدرقية ،ولادته كانت قيصرية ، رضاعة طبيعية،عندما كانت تذهب أمه للعمل تتركه لزوجة حماها الماكثة بالبيت حيث كانت تتركه أمام التلفاز طيلة

	النهار مع قناة طيور الجنة . و حسب والدته :طبعه هادئ،انطوائي،لا يلتفت للنداء ولا يقول أي كلمة.
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT و الذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار2 ADOS (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (ر س) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي و حركات وسلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . وفي المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه وجينية والتصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان الحالة (ر ط) لديها ارتفاع في نسبة النحاس في الدم و انخفاض في نسبة فيتامين ب12 حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (ر ط) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي.
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (رط) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(56) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(62) و التي تشير إلى درجة منخفضة

من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (ر ط) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل:

قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، و فيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار و التمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال و الجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب:

أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر.

بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (ر ط) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (ر ط) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(29) والتي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي والذي كانت نتيجته (159) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . وبعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(30) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (172) .

جدول رقم (20): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة الثالثة (ك س)*

المعلومات الأولية	الحالة (ك س) أنثى تبلغ من العمر (03) سنوات و شهرين، المولود بتاريخ:2016/07/29، عدد الإخوة : 02 ترتيبها:02 ،المستوى الدراسي للام جامعي و الأب : ثانوي ، المستوى المعيشي للعائلة متوسط، الأم بيطرية والأب عامل يومي ، الحالة (ك س) .طويلة القامة ،سمراء البشرة ، أثناء المقابلة ،كانت تبكي و تصرخ ماسكة أمها من ملابسها و عند الكلام معها لا تتواصل بصريا.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كانت طفلة مرغوب فيها، ، فترة الحمل تقول الأم أنها مرت دون خصوصيات،ولادة طبيعية، رضاعة صناعية، ففي فترة عمل الأم كانت تتركها مع أبيها في البيت أمام التلفاز (طيور الجنة و قرميش)لساعات طويلة. لا تمشي لوحدها عند الوقوف تستند دائما إلى شخص، لا تلتفت للنداء،تقوم بحركات متكررة بيدها، انعزالية، تنظر إلى السقف طوال اليوم و لا تتواصل لفظيا . تبكي كثيرا و تصرخ.
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT و الذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي و غير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبارADOS 2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (ك س) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وحركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . و في المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه وجينية والتصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان الحالة (ك س) لديها ارتفاع في نسبة النحاس في الدم و انخفاض في نسبة فيتاميت ب12 حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (ك س) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل

	بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (ك س) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(60) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(76) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال و الحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (ك س) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل: قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، و فيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار و التمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال و الجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر. بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (ك س) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (ك س) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(26) و التي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي

	والذي كانت نتيجته (162) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(27) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (167) .

جدول رقم (21): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة الرابعة (ج ب)"*

المعلومات الأولية	الحالة (ج ب) ذكر يبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/08/07، عدد الإخوة : 02 ترتيبها:01 ،المستوى الدراسي للام متوسط و الأب :متوسط ، المستوى المعيشي للعائلة ضعيف، الأم ماكثة بالبيت و الأب عامل يومي ، الحالة (ج ب) .طويل القامة ،نحيف الجسم ،اسمر البشرة ، تقدمت الحالة برفقة الأب وسبب الزيارة هو ما كان تبديه من سلوكيات : يأكل الخشب (أثاث ، أقلام خشبية، خزانات...) ، يأكل الكاشير فقط ، لغة غير مفهومة يصرخ بدل الكلام. أثناء المقابلة ،كان يتحرك كثيرا يصرخ عندما يريد الأب أن يوقفه عن الحركة ، عند الكلام معه لا يتواصل بصريا.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كان طفلا مرغوب فيه، ، فترة الحمل يقول الأب أنها مرت دون خصوصيات ،ولادة طبيعية، رضاعة صناعية، كانت أمه تضعه لساعات طويلة أمام التلفاز (طيور الجنة).و حسب والده:يبكي كثيرا و يصرخ، غير اجتماعي، لا يلتفت للنداء يتلفظ بكلمات غير مفهومة.
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT و الذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات وتعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية -DSM 5 حيث قمنا بتطبيق اختبار2 ADOS (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (ج ب) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وحركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . وفي المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه وجينية والتصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان الحالة (ج ب) لديها ارتفاع في نسبة النحاس في الدم و انخفاض في نسبة فيتاميت ب12 ،أنيميا ،ارتفاع نسبة الحديد في الدم ،كما أننا شخصنا فيه متلازمة pica (وهي عندما يأكل الشخص بإصرار شيئا لا يؤكل ولمدة لا تقل على شهر) وفقا

	ل DSM-5 حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (ج ب) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (ج ب) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(62) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(76) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (ج ب) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل: قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، وفيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار والتمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال والجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر. بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (ج ب) من القراءة ، بعدها استمرينا

	في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (ج ب) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(23) والتي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي والذي كانت نتيجته (160) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . وبعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(25) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (162) .

جدول رقم (22): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة الخامسة (أت)*

المعلومات الأولية	الحالة (أت) ذكر يبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/09/21، عدد الإخوة : 04 ترتيبها:03 ،المستوى الدراسي للام ثانوي الأب :ثانوي ، المستوى المعيشي للعائلة جيد، الأم ماكثة بالبيت والأب موظف ، الحالة (ج ب) .طويل القامة ،بدين ،اسمر البشرة ، تقدمت الحالة برفقة الأم وسبب الزيارة هو ما كان يبديه من اضطرابات في سلوكيات . أثناء المقابلة ،كان يتحرك كثيرا يصرخ عندما يرن جرس الباب يصرخ وإذا سمع أحدا يبكي يصرخ بدوره ، تشتت انتباه ، عدوانية نحو الذات و نحو الغير.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كان طفلا مرغوب فيه، ، فترة الحمل كانت متعبة بالنسبة للام لكثرة المسؤوليات لان الأب يعمل في الصحراء ، ولادته طبيعية ، رضاعة صناعية نموه النفس الحركي طبيعي ، يبكي و يصرخ كثيرا و بدون سبب ، كثير الحركة ، عدوانية نحو الذات ، انطوائي
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT والذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار ADOS 2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (أت) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وحركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . و في المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه و جينية و التصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية:

	-استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان للحالة نوبات غياب عصبي على تخطيط كهربائية الدماغ (EEG) حيث تم وضع الحالة تحت علاج دوائي DAPAKINE . حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (أت) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (أت) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(54) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(59) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (أت) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل: قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، وفيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار والتمييز بين صور متعددة (مرغوبة وغير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة والخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال والجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر.

	بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل ودربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (أت) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (أت) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(27) والتي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي والذي كانت نتيجته (147) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز و الذي قدرت درجته ب(33) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (152) .

جدول رقم (23): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة السادسة (وب)"*

المعلومات الأولية	الحالة (وب) انثى تبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/10/11، عدد الإخوة : 05 ترتيبها:03 ،المستوى الدراسي للام متوسط والأب :متوسط ، المستوى المعيشي للعائلة جيد، الأم ماكثة بالبيت و الأب تاجر ، الحالة (وب) .طويلة القامة ،نحيفة الجسم ،سمراء البشرة ، تقدمت الحالة برفقة الام و الجدة وسبب الزيارة هو : تبكي ، تصرخ ، تشاهد التلفاز ليل نهار، غير اجتماعية ،ترفض الاستحمام ،ترفض تغيير الملابس. أثناء المقابلة ،كانت كثيرة الحركة تواصل بصري ضعيف.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كانت طفلة مرغوب فيها لكن الأب كان يريد أن تكون ولدا ، فترة الحمل تقول الأم أنها مرت دون خصوصيات ،ولادة طبيعية، رضاعة صناعية، بعد الولادة أصبيت الأم باكتئاب ما بعد الولادة، الأب لم يكن يبالي بهما ، بعدما كبرت الحالة الأب لم يكن يخرجها معه ، يضربها كثيرا ، الحالة (و ب) تشاهد التلفاز على أريكة و التي ترفض تغيير المكان و إن أرادت الأم نزع الأريكة تصرخ (وب) و تصبح عدوانية,
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT و الذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي و غير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد

	التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار ADOS 2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (و ب) قصورا في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و حركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . و في المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصات مخبريه و جينية و التصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان الحالة (و ب) لديها ارتفاع في نسبة النحاس في الدم و انخفاض في نسبة فيتاميت ب12 حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (و ب) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا و الذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول إلى النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (و ب) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(57) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(69) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (و ب) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل: قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، وفيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار و التمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن

	يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال و الجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر. بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (و ب) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (و ب) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(28) و التي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي والذي كانت نتيجته (164) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(30) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (181) .

جدول رقم (24): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة السابعة (م ب)"*

المعلومات الأولية	الحالة (م ب) ذكر يبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/09/27، عدد الإخوة : 06 ترتيبها:06 ،المستوى الدراسي للام متوسط و الأب :متوسط ، المستوى المعيشي للعائلة متوسط، الأم ماكثة بالبيت و الأب عامل يومي ، الحالة (م ب) .طويل القامة ،بدين ،اسمر البشرة ، تقدمت الحالة برفقة الأم و الأب المتكفلين به وسبب الزيارة: هو فرط الحركة تشتت الانتباه تأخر في النطق أثناء المقابلة ،كان يتحرك كثيرا ، تواصل بصري ضعيف.
تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كان طفلا غير مرغوب فيه،و هو طفل متكفل به. من طرف عمته لكن في فترة الحمل كانت الأم البيولوجية تتناول أدوية ضد الاكتئاب كما كان الأب البيولوجي مدمن على الكحول و المخدرات ، مباشرة بعد الولادة تكفلت به عمته : لديه تأخر في اللغة- نشاط حركي مفرط – ضعف في التواصل البصري- لا يصغي للنداء- تشتت في الانتباه
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل :

	ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT والذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي و غير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار2 ADOS (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (م ب) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وحركات وسلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . وفي المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصاتمخبريه وجينية و التصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر ولكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان للحالة نوبات غياب عصبي على تخطيط كهربائية الدماغ (EEG) حيث تم وضع الحالة تحت علاج دوائي DAPAKINE . حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (م ب) تعاني من اضطراب التوحد وتصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا والذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (م ب) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(62) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و قدرت درجته ب(79) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (م ب) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل:

	قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، و فيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار و التمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال و الجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاستجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب: أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر. بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (م ب) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحلة (م ب) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(28) والتي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته (160) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي . و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(30) و تطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (165) .

جدول رقم (25): *يوضح سير المقابلات العيادية و الهدف منها "عرض الحالة الثامنة(ز ن)* "

المعلومات الأولية	الحالة (ز ن)أنثى تبلغ من العمر (03) سنوات ، المولود بتاريخ:2016/05/06، عدد الإخوة : 02 ترتيبها:02 ،المستوى الدراسي للام جامعي و الأب :جامعي ، المستوى المعيشي للعائلة جيد، الأم ماكثة بالبيت و الأب تاجر ، الحالة (ز ن) .طويلة القامة ،نحيفة الجسم ،شقراء ، تقدمت الحالة برفقة الأم وسبب الزيارة: هو فرط الحركة تشتت الانتباه تأخر في النطق اضطرابات في السلوك. أثناء المقابلة ،كانت جالسة بجوار أمها و لا تتحرك ، تواصل بصري ضعيف.

تاريخ الحالة	بالنسبة إلى مرحلة الطفولة الأولى فالحالة كانت طفلة مرغوب فيها، فترة الحمل دون خصوصيات ، ولادتها مبكرة (07اشهر)، وضعت في الحضانة مدة 03 اشهر ، تأخر في نموها الحركي ، اضطرابات في السلوك
التشخيص	ابتدأت مرحلة التشخيص بالمراقبة الروتينية ثم تطورت إلى تقنيات أكثر دقة حيث قسمت إلى 03 مراحل : ففي المرحلة الأولى قمنا بتطبيق اختبار M-CHAT والذي أشارت نتيجته إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ (استبيان الأعمار و المراحل) أين تبين بان الحالة لديها تأخر شامل في النمو بالنسبة إلى العمر الزمني (تأخر في النمو الحسي الحركي اضطرابات في الحركات الكبرى و الدقيقة)،ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS(تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالة قصور في التفاعل الاجتماعي ،تأخر شديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي:ضعف التواصل البصري،قصور في الانتباه المشترك،عدم فهم الإيماءات و تعابير الوجه.) ، ثم تم الانتقال إلى المرحلة الثانية لإجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 حيث قمنا بتطبيق اختبار2 ADOS (جدول مراقبة تشخيص التوحد) ثم تطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالة (زن) قصورا في التفاعل الاجتماعي و لتواصل اللفظي و غير اللفظي و حركات و سلوكيات متكررة ، حساسية مفرطة . وفي المرحلة الثالثة من التشخيص طلبنا من الأولياء القيام بفحوصاتمخبريه و جينية و التصوير العصبي ، ليس لتشخيص اضطراب التوحد بشكل مباشر و لكنها ضرورية لثلاث أهداف رئيسية: -استبعاد اضطرابات ذات الأعراض المتداخلة (التشخيص الفارقي). -تحديد العوامل الوراثية المساهمة. - تقييم رؤى حول البيولوجيا الفردية للطفل. حيث تبين بان الحالة (ز ن) لديها أنيميا حادة حسب النتائج المحصل عليها و من خلال الاختبارات المذكورة سابقا و وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالة (ز ن) تعاني من اضطراب التوحد و تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا والذي يوصف بالتوحد الشديد . **ملاحظة هامة :**بما انه التواصل غير اللفظي يسبق التواصل اللفظي فمباشرة بعد وضع التشخيص تعرضت الحالة إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا و الذي دام مدة ثلاث (03)أشهر للوصول النتائج التي تسمح لنا بتطبيق برنامج الدراسة والذي يستهدف تطوير التواصل اللفظي
المآل	عدم التأهيل السلوكي و التربوي للحالة (زن) قد يؤول إلى: - زيادة صعوبات التواصل الاجتماعي. -تفاقم السلوكيات النمطية و العدوانية. -انخفاض مستوى التحصيل الدراسي . -فقدان المهارات المكتسبة إذا لم يتم تعزيزها بالتدخلات المخصصة. -الاعتماد الكلي على الغير و عدم الاستقلالية.
العلاج	طبق العلاج بأجزائه الثلاثة (انظر البرنامج ص222) أين تم تطبيق قبلي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(55) والتي تشير إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق قياس قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي وقدرت درجته ب(97) و التي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، ثم انطلقنا في تعليم الطفل المجموعات الضمنية ثم الأفعال

والحروف ثم انتقلنا إلى تدريب الطفل على البازل PUZZLE مع الإشارة إلى انه تم تكرار هذه الإجراءات لمدة 12 شهرا حيث تمكنت الحالة (زن) من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و كذا الحروف كما تمكنت من تركيب البازل . ثم انتقلنا إلى جانب التبادل بالصور الذي مر بدوره ب 06 مراحل:

قمنا بالتبادل المادي فبعد الانتهاء من جلساته تمكنت الحالة من الطلب عن طريق تبادل الصور ثم انتقلنا إلى تدريب الحالة على التلقائية في الأداء أين تمكنت من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجده إلى الصبورة و يلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه و وضعها في يد المدرب ، وفيما بعد قمنا بتدريب الحالة على التمييز بين الصور ثم بناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجتها أن الحالة قد تمكنت من الاختيار و التمييز بين صور متعددة (مرغوبة و غير مرغوبة) صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه.كما نشير إلى أننا ما بين المرحلة الرابعة و الخامسة قمنا بتدريب الطفل على التفريق بين السؤال و الجواب فعند الانتقال إلى مرحلة الاستجابة على السؤال ماذا تريد؟ كان الاستيعاب بشكل ممتاز لهذه المرحلة كما تمكنت الحالة من تكوين جملة بشكل صحيح: أنا أريد ثم صورة الشيء المراد.كما توصلت الحالة إلى الاجابة إلى أسئلة: ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين جملة تبدأ ب:

أنا أريد – أنا أرى – أنا اسمع – أنا اشعر.فأصبحت الحالة أكثر استقلالية أين أصبح يبادر بالتعبير عن طريق الصور دون الحاجة لتوجيه مستمر.

بعدها انتقلنا إلى تدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ،ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالة من نطق الحروف ، بعدها انتقلنا إلى تطوير النطق و الكلام عن طريق تعديل الصور مصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالة كانت مدربة من قبل على تركيب البازل و دربت على التمييز بين الحروف و نطقها ،وبينما هي تعدل الصورة بدأت الحالة بنطق الحروف المكتوبة و المكونة للكلمة و بالتالي قراءة الكلمة، وهذه النتيجة لم تكن مستهدفة فزيادة عن النطق تمكنت الحالة (زن) من القراءة ، بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت الحالة إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، بعدها تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الحالة (زن) الطلب و الإجابة على السؤال دون الاستناد إلى الصور، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالة قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملا الكلام ، بعدها قمنا بتطبيق بعدي لمقياس كارز أين سجلت الحالة درجة(30) و التي تشير إلى أدنى درجة من التوحد ثم قمنا بتطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي والذي كانت نتيجته (166) درجة و التي تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي .

و بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز والذي قدرت درجته ب(30) وتطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي و الذي كانت نتيجته ب (162) .

خلاصة الدراسة العيادية:

من المقابلة الأولى إلى المقابلة الثامنة خصصت هذه المقابلات لجمع المعلومات الأولية لكل الحالات، تاريخ الحالة ، التشخيص والمآل ولوضع تشخيص دقيق قد استخدمنا مجموعة من المقاييس والاختبارات حيث ابتدأنا بتطبيق اختبار M-CHAT والذي أشارت نتائجه مع الحالات الثمانية إلى درجة مرتفعة من التوحد ثم قمنا بتطبيق اختبار ASQ أين تبين بأن الحالات الثمانية لديها تأخر شامل في النمو ثم قمنا بتطبيق اختبار PEDS (تقييم الوالدين لحالة النمو) أين تبين بان للحالات الثمانية قصور في التفاعل الاجتماعي ، تأخر شديد في التواصل اللفظي و غير اللفظي ، ضعف التواصل البصري ، ضعف في الانتباه المشترك.

بعدما أظهرت نتائج اختبار الفحص الأولي أعراض (درجة مرتفعة لاضطراب طيف التوحد على مقياس M-CHAT و تأخر في النمو الاجتماعي و العاطفي ، قصور في المهارات الحركية الدقيقة والعامة عدم الاستجابة إلى النداء)، تم الانتقال إلى المرحلة الثانية أين تم إجراء فحص التوحد التشخيصي الشامل وفقا لمعايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5

حيث قمنا بتطبيق اختبار ADOS2 (جدول مراقبة تشخيص التوحد) و اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) أين أبدت الحالات الثمانية (08) قصورا في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ،مع اضطرابات في السلوك ومن خلال إجراء فحوصات مخبريه تبين بأن الحالة (ج ب) لديها نقصور في فيتامين ب 12 والأنيميا وارتفاع في نسبة الرصاص في الدم كما أننا شخصنا فيه متلازمة PICA (وهي عندما يأكل الشخص بإصرار شيئا لا يؤكل ولمدة لا تقل على شهر) وفقا ل DSM-5، أما بالنسبة للحالة (ك س) ،(ر ط) ، (و ب) فكانت لديها ارتفاع في نسبة النحاس و انخفاض في نسبة فيتامين ب12 ، و أما الحالة (ا ت)، (ر س)، (م ب) فقد تبين بأن للحالات نشاط صرعي صامت على تخطيط كهربائية الدماغ EEG أما الحالة (ز ن) فكان لديها أنيميا.

فحسب الأعراض والنتائج المحصل عليها من خلال الاختبارات المذكورة ووفقا للتصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية DSM-5 فان الحالات الثمانية تعاني من اضطراب طيف التوحد و

تصنف ضمن المستوى الثالث الذي يتطلب دعما كبيرا جدا والذي يوصف بالتوحد الشديد ، لهذا فقد خضعت كل الحالات إلى برنامج مكثف هدفه تطوير التواصل غير اللفظي من تواصل بصري و فهم إيماءات الوجه و الحد من الحركات النمطية ، كمرحلة تمهيدية للبرنامج محل دراستنا والذي دام مدة ثلاث (03)أشهر أين توصلت حالات الدراسة إلى الدرجة المطلوبة من التواصل البصري للتمكن من متابعة برنامج دراستنا كما تم خفض الحركات النمطية لديهم. بالتالي انتقلنا إلى تطبيق البرنامج العلاجي بأجزائه الثلاثة الذي قدرت عدد جلساته ب(563) جلسة :فابتدأنا بتطبيق قبلي لمقياس CARS لقياس درجة التوحد على الترتيب:(ر س) (56) ، (ر ط) (56) ، (ك س) (60) ، (ج ب)(62) ،(أت)(54) ، (و ب) (57) ،(م ب)(62)،(ز ن)(55)، كلها درجات تدل على ارتفاع درجة طيف التوحد . ثم قمنا بالتطبيق القبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي (من إعداد الباحثة) وكانت درجاته على الترتيب (رس)(54) ،(ر ط)(62) ، (ك س)(76) ،(ج ب)(75)،(أت)(59) ،(وب)(69)،(م ب)(97) ، (ز ن)(89) والتي تشير إلى درجة منخفضة من مهارة التواصل اللفظي ، بعدها انطلقنا في تعليم الحالات الثمانية للمجموعات الضمنية ،الأفعال ،الحروف ، وبعدها التدريب على البازل ، حيث كررت هذه الجلسات لمدة 12 شهرا أين تمكنت كل الحالات من تعلم المجموعات الضمنية ، الأفعال و الحروف وتركيب البازل لننتقل إلى الجانب الثاني من البرنامج العلاجي و هو تبادل الصور و الذي مر ب 06 مراحل:

في الأولى قمنا بالتدريب على التبادل المادي حيث تمكنت الحالات من الطلب عن طريق تبادل الصور ، بعدها انتقلنا إلى تدريب الحالات الثمانية على التلقائية في الأداء أين تمكنت كل الحالات من الطلب التلقائي والتنقل من مكان تواجدهم إلى الصبورة وإلتقاط صورة الشيء المرغوب فيه ووضعها في يد المدرب ، وفيما بعد قمنا بتدريب الحالات على التمييز بين الصور لبناء الجملة والاستجابة إلى سؤال ماذا تريد؟ للوصول إلى التعليق التلقائي والذي كانت نتيجته أن كل حالات الدراسة تمكنت من الاختيار والتمييز ما بين صور متعددة : صورة الشيء الذي يرغب أن يأخذه كما كان هناك استيعاب ممتاز لمرحلة الاستجابة إلى السؤال ماذا تريد؟ لما تلقوه من تدريب في فترة ما بين المرحلة الرابعة و المرحلة الخامسة أين قمنا بتدريبهم على التفريق بين السؤال و الجواب، تمكنت كل الحالات من تكوين جملة بشكل صحيح :انا اريد + صورة الشيء المرغوب و الإجابة على الأسئلة : ماذا ترى؟ماذا تسمع؟ما هذا؟ باستخدام بطاقات الصور لتكوين الجملة تبدأ ب:انا أريد – انأ أسمع – انأ أرى – أنا أشعر، حيث أصبحت الحالات أكثر استقلالية أين أصبحوا يبادرون بالتعبير عن طريق الصورة دون الحاجة إلى توجيه مستمر. و في المرحلة الثالثة

انتقلنا لتدريبات النطق حيث ابتدأنا بتعليم صوت الحرف ثم تصحيح الإيقاع ففي نهاية هذه المرحلة من التدريب تمكنت الحالات الثمانية من نطق الحروف.

وبعدما طورنا النطق والكلام عن طريق تعديل الصور المصحوبة بكلمة مجزأة وبما أن الحالات كانت مدربة من قبل على تركيب البازل وكذلك التمييز بين الحروف ونطقها ، بدأت الحالات بنطق الحروف المكتوبة أسفل الصورة والمكونة للكلمة بمجرد تعديل أجزاء الصورة ، معناه اكتسبوا مهارة القراءة التي لم تكن مستهدفة ، فزيادة عن النطق اكتسبت الحالات الثمانية مهارة القراءة .

بعدها استمرينا في التدريب بربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات) حيث توصلت كل الحالات إلى الربط بين المفهوم البصري و الحرف ، ثم تم التدريب على الكلام دون الاستناد إلى الصورة ففي هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور كل الحالات الطلب والإجابة على السؤال دون الإستاد إلى الصور ، بعدها قمنا بتطوير التواصل اللفظي عن طريق صور المحادثة أين أصبحت الحالات قادرة على ترتيب صور القصة حسب التسلسل الزمني مع سرد الأحداث مستعملين الكلام،و بعد كل هذا تم تطبيق بعدي لمقياس كارز لقياس درجة التوحد بعد تطبيق البرنامج العلاجي اين تحصلت الحالة(ر س)،(ر ط)(و ب)على درجة (29) و التي تشير إلى أدنى درجة من إضطراب طيف التوحد و حصلت الحالة (ك س) على (26) والحالة (ج ب) على (23) و الحالة (أ ت)على (27) والحالة (م ب) على (28) و كلها درجات تشير إلى أدنى درجة من التوحد أما الحالة (ز ن) فقد تحصلت على درجة(30) بالمقارنة مع درجة التطبيق القبلي (55) فهي تشير إلى درجة توحد خفيفة جدا، ثم قمنا بتطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أين سجلت النتائج التالية(ر س)(152) ،(ر ط) (159) ، (ك س)(162)،(ج ب)(160)،(أ ت)(147)،(و ب)(164)،(م ب)(160)،(ز ن)(166)، هي درجات متفاوتة لكنها كلها تشير إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي.

وبعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس كارز ،أين حصلت الحالة(ر س)على نفس درجة التطبيق البعدي لمقياس كارز (29) وسجلت الحالة (و ب) درجة (27)وهي درجة منخفضة مقارنة بالتطبيق البعدي لمقياس كارز(29) أما بالنسبة للحالات الأخرى فقد تزايدت درجة التوحد بنسبة طفيفة جدا كالتي:

(رط)(30)،(ك س)(27)،(ج ب)(25)،(أت)(33)، (م ب)(30)،(ز ن)(39).

وكذلك قمنا بتطبيق تتبعي لمقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حيث تراجعت درجة الحالة (زن) بأربع درجات مقارنة بالتطبيق البعدي و تبقى تشير الدرجة دائما إلى قدرة مرتفعة في مهارة التواصل اللفظي و التي قدرت ب(162)،أما بالنسبة للحالات الأخرى تحصلت على نتائج أعلى مما كانت عليه في التطبيق البعدي: (ر س)(176)،(ر ط)(172)،(ك س)(167) ،(ج ب)(162)، (أ ت)(152)،(و ب)(181)،(م ب)(165).

2.اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة.

يجب التأكد من أن بيانات أفراد عينة الدراسة واستجاباتهم على أدوات الدراسة(مقياس مهارات التواصل اللفظي ومقياس كارز) إذا كان يتبع التوزيع الطبيعي أو غير الطبيعي، وذلك لمعرفة الأساليب الإحصائية(البرامترية واللابرامترية) الأكثر مناسبة لاختبار الفرضيات.

وتوجد عدة طرق إحصائية للتأكد من نوع توزيع البيانات:

- طريقة اختبار Kolmogorov–Simirnov
- طريقة اختبار Shapiro–Wilk

وفي حين يستعمل اختبار Kolmogorov–Simirnov إذا ما كانت عينة الدراسة تفوق 50 فردا، فإن اختبار Shapiro–Wilk يستعمل في حالة وجود عينات أقل، وبما أن دراستنا الحالية تشمل عينة صغيرة(8 أطفال من طيف التوحد) سيتم استخدام اختبار Shapiro–Wilk

1.2.اختبار اعتدالية توزيع البيانات لمتغير مهارات التواصل اللفظي

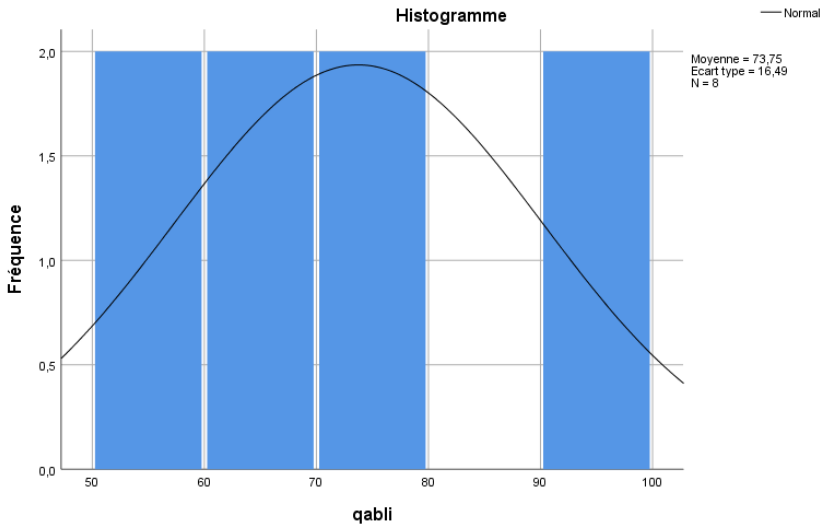
جدول(26): ***نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي.***

المجموعة	Shapiro-Wilk			نتيجة الاختبار
	Statistic	df	sig	
المجموعة التجريبية	القياس القبلي			البيانات تتبع التوزيع الطبيعي
	0.90	8	0.30	
	القياس البعدي			البيانات تتبع التوزيع الطبيعي
	0.90	8	0,29	

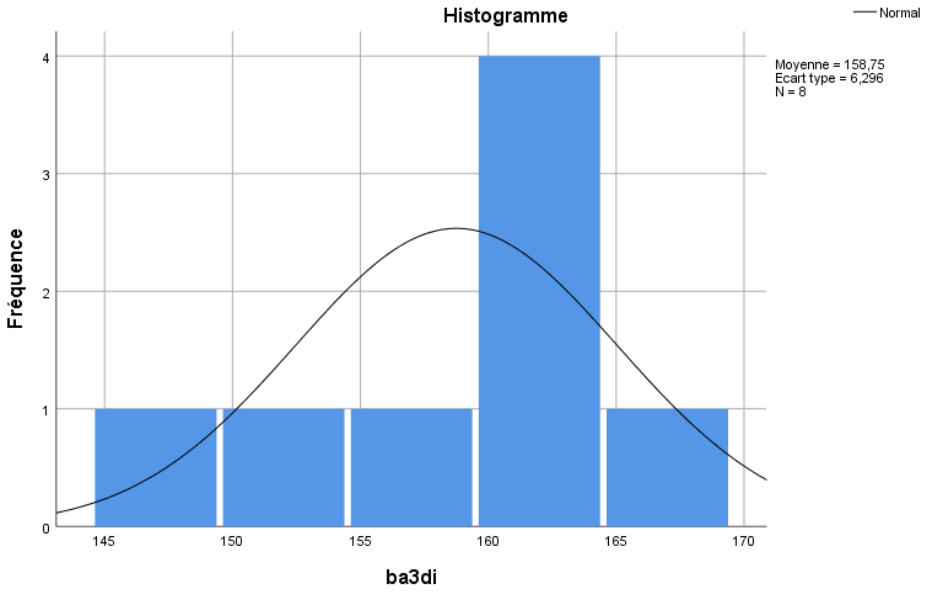
المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات Spss

من خلال الجدول(26)نلاحظ أن نتائج اختبار Shapiro–Wilk لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي تظهر أن مستوى sig=0.30 لبيانات القياس القبلي و sig=0.29 لبيانات القياس البعدي على التوالي وهي أكبر من 0.05(غير دالة)، وبالتالي

فإن بيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي تتبع التوزيع الطبيعي، ما يستدعي استخدام الأساليب الإحصائية البرامترية في اختبار فرضيات الدراسة.



الشكل(01): مخطط معادلة توزيع بيانات القياس القبلي لمهارات التواصل اللفظي للمجموعة التجريبية.



الشكل(02): مخطط معادلة توزيع بيانات القياس البعدي لمهارات التواصل اللفظي للمجموعة التجريبية

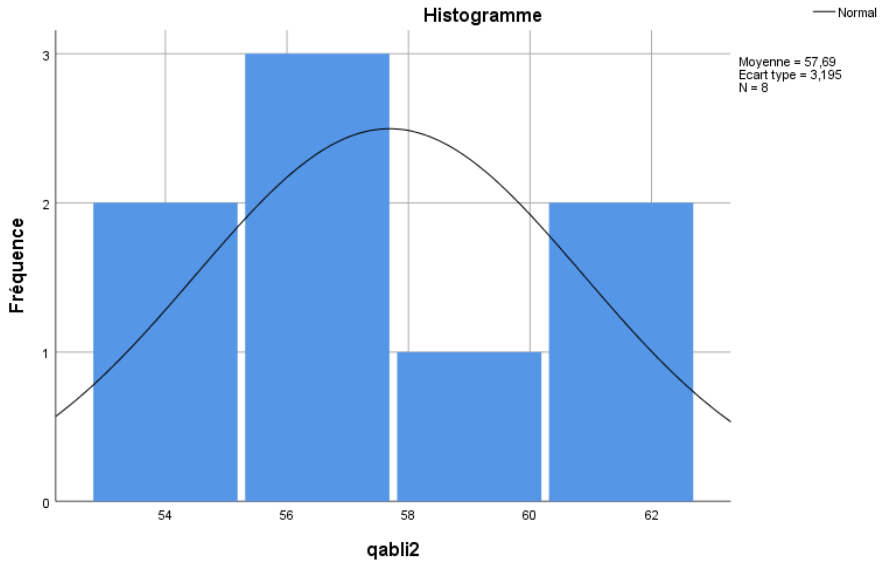
2.2.اختبار اعتدالية توزيع البيانات لمتغير درجة التوحد

جدول(27): ***نتائج اختبار التوزيع الطبيعي لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد***

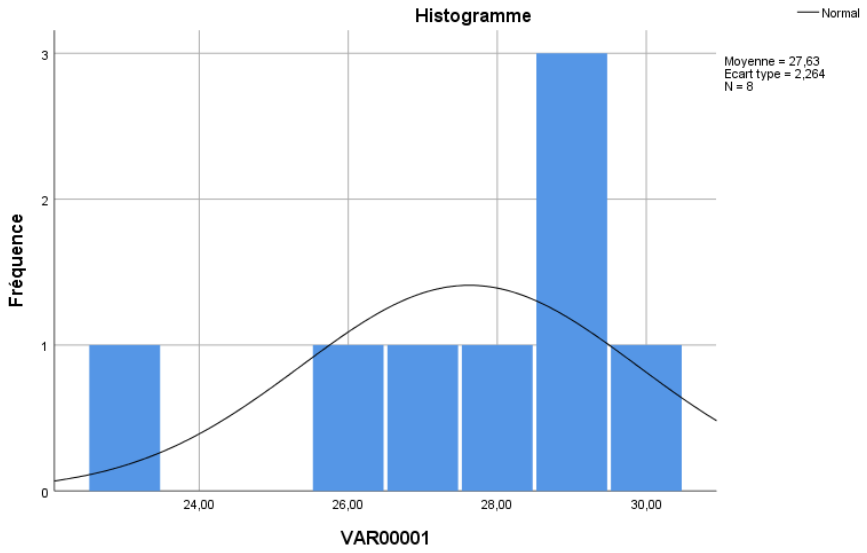
المجموعة	Shapiro-Wilk			نتيجة الاختبار
	Statistic	df	sig	
المجموعة التجريبية	القياس القبلي			البيانات تتبع التوزيع الطبيعي
	0,87	8	0,16	
	القياس البعدي			البيانات تتبع التوزيع الطبيعي
	0,87	8	0,15	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات Spss

من خلال الجدول(27)نلاحظ أن نتائج اختبار Shapiro-Wilk لبيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لشبكة ملاحظة المهارات التدريسية تظهر أن مستوى sig=0.16 لبيانات القياس القبلي و sig=0.15 لبيانات القياس البعدي على التوالي وهي أكبر من 0.05(غير دالة)، وبالتالي فإن بيانات إجابات أفراد العينة على القياس القبلي والبعدي لشبكة ملاحظة المهارات التدريسية تتبع التوزيع الطبيعي، ما يستدعي استخدام الأساليب الإحصائية البرامترية في اختبار فرضيات الدراسة.



الشكل(03): مخطط معادلة توزيع بيانات القياس القبلي لمقياس كارز للتوحد للمجموعة التجريبية.



الشكل(04): مخطط معادلة توزيع بيانات القياس البعدي لمقياس كارز للتوحد للمجموعة التجريبية.

3.عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة

1.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية اللأولى.

تنص الفرضية الأولى للدراسة على أنه" **يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي طيف التوحد**".

بما أن نوع العينة في الدراسة الحالية هو عينتين مرتبطتين، فلقياس حجم تأثير المتغير المستقل(البرنامج العلاجي المقترح) على المتغير التابع(مهارات التواصل اللفظي) تم استخدام معادلة كوهين(Cohen's d) وفق ما يلي:

$$d = \frac{u_{1-u_2}}{\sigma}$$

حيث:

- u_1 متوسط القياس البعدي
- u_2 متوسط القياس القبلي
- σ الانحراف المعياري

او يمكن حسابها وفق المعادلة التالية:

$$d = \frac{t}{\sqrt{N}}$$

حيث:

- t قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي
- N حجم عينة الدراسة

ويمكن مقارنة حجم التأثير d كالأتي:

جدول(28): *الجدول المرجعي لتحديد مستويات حجم التأثير(Cohen's d)*

المعادلة	حجم التأثير		
	ضعيف	متوسط	كبير
قيمة d	0.20	0.50	0.80

كما تم حساب نسبة الكسب المعدل لبلاكBlake لمعرفة مدى الأثر الذي تتركه المعالجة التجريبية، أي أن حجم الفروق الناتجة حقيقية تعزى لمتغيرات الدراسة وليس للصدفة، وذلك وفق المعادلة التالية:

$$MG = \frac{M_{2-M_1}}{P - M_1} + \frac{M_{2-M_1}}{P}$$

حيث:

M_2 المتوسط البعدي

M_1 المتوسط القبلي

P الدرجة العضمى للاختبار

ويمتد المدى (0 إلى 2)، ويؤكد بلاك أن الحد الأدنى لقبول الفاعلية هو(1.2)، بمعنى إذا كانت قيمة MG أقل من (1.2) فهذا يعني عدم فعالية البرنامج العلاجي وأنه ليس له دور في التغييرات الحاصلة في المتغير التابع(مهارات التواصل اللفظي) والعكس صحيح.

ولأجل التحقق من الفرضية تم حساب نسبة الكسب المعدل لبلاكBlake وحجم التأثير(Cohen's d) وفيما يلي النتائج المتوصل إليها:

جدول(29): *قيم معادلة (Cohen's d) لحجم تأثير البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي وقيم نسبة الكسب المعدلBlake*

المتغير	المتغير التابع	الدرجة العظمى	نسبة الكسب المعدلBlake	مستوى الفاعلية	قيمةd	حجم التأثير
المستقل البرنامج العلاجي المقترح	درجة التوحد	180	1,27	فعالية مقبولة	6,52	كبير جدا

يتبين لنا من خلال الجدول(29) أن نسبة الكسب المعدل لبلاك لمقياس مهارات التواصل اللفظي قد بلغ قيمة كبيرة(1.27) لقبول الفاعلية، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تنمية التواصل اللفظي

لدى أفراد العينة التجريبية من الأطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد ، هذا وقد بلغ حجم تأثير البرنامج على هذا المقياس (d=6,52) وبذلك هو أكبر من(0.80) مما يؤكد **أن للبرنامج العلاجي المقترح أثر في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أفراد العينة التجريبية من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**

– 2.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.

تنص الفرضية الثانية على أنه" **يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجة التوحد لدى أفراد العينة التجريبية**"

ولأجل التحقق من الفرضية تم حساب حجم التأثير(Cohen's d)، وتم التخلي عن حساب نسبة الكسب المعدل لبلاكBlake لكونها تبحث في الفعالية في رفع الدرجات ،أما دراستنا الحالية فتسعى لخفض درجة التوحد لدى أفراد العينة .وفيما يلي النتائج المتوصل إليها:

جدول(30): ***قيم معادلة (Cohen's d) لحجم تأثير البرنامج العلاجي في خفض التوحد***

المتغير المستقل: البرنامج العلاجي المقترح	المتغير التابع	قيمة "ت" للفروق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس كارز	n	Cohen's d	حجم التأثير
	درجة التوحد	17،14	8	6,07	كبير

–حجم تأثير البرنامج العلاجي في خفض درجة التوحد

يتبين لنا من خلال الجدول(30) ، أنه قد أظهرت نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد، حيث بلغت قيمة ت=17،14 عند درجة حرية (7) ودالة عند (0،000) ،كما أنه قد بلغ حجم تأثير البرنامج في خفض درجة طيف التوحد لدى الأطفال عينة الدراسة (d=6 ,07) وبذلك هو أكبر من(0.80) وهو كبير جدا. مما يؤكد **أن للبرنامج العلاجي أثر كبير في خفض درجة طيف التوحد لدى أفراد العينة التجريبية من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**

– 3.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للدراسة على أنه"**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي**"

للتأكد من دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، تم استخدام اختبار"ت" لعينتين مرتبطتين، والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول(31): ***نتائج اختبار(T-Test) للفرق بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي***

التطبيق(القياس)	n=8	d=7		مستوى الدلالة الإحصائية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	(a=0.05)
القبلي	73,75	16،49	18,39	0.000
البعدي	158,75	6,29		

يتبين من الجدول(31) أن قيمة t=18,39 عند مستوى الدلالة a =0.000 ، وهي أصغر من مستوىالدلالة a=0.05، كما نلاحظ ارتفاع متوسط درجات المجموعة التجريبية على القياس البعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي إذ بلغ(158,75) وهو أكبر من متوسط درجاتهم على القياس القبلي(73،75)، وبالتالي تقرر تحقق الفرضية الأولى وقبولها""**توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي**"

– 4.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.

تنص الفرضية الرابعة للدراسة على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد ،ولصالح التطبيق القبلي**".

للتأكد من دلالة الفروق بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد، تم استخدام اختبار"ت" لعينتين مرتبطتين، والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول(32): ***نتائج اختبار(T-Test) للفرق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي***

والبعدي على مقياس كارز للتوحد

التطبيق(القياس)	n=8	d=7		مستوى الدلالة الإحصائية (a=0.05)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	
القبلي	57,69	3,19	17,14	0.000
البعدي	27 ,62	2,26		

يتبين من الجدول(32) أن قيمة t=17,14 عند مستوى الدلالة a =0.000 ، وهي أصغر من مستوى الدلالة a=0.05، كما نلاحظ انخفاض متوسط استجابة المجموعة التجريبية على القياس البعدي لمقياس كارز للتوحد إذ بلغ(27,62) وهو أقل من متوسط درجاتهم على القياس القبلي(57,69)، وبالتالي تقرر تحقق الفرضية الرابعة وقبولها" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد ، ولصالح التطبيق القبلي**".

– 5.3.عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.

تنص الفرضية الخامسة على أنه"**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي**".

للتأكد من دلالة الفروق بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، تم استخدام اختبار"ت" لعينتين مرتبطتين، والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول(33): ***نتائج اختبار(T-Test) للفروق بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية على التطبيق البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل اللفظي***

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	sig	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
البعدي	158،75	6،29	2،63	0.03	7	دالة عند 0.05
التتبعي	176،13	9.10				

يتبين لنا من خلال تحليل نتائج الجدول(33) أن متوسط درجات أداء المجموعة التجريبية على القياس البعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظييبلغ (158،75) بانحراف معياري(6،29)، فيما قدر متوسط أدائهم على القياس التتبعي (176،13) بانحراف معياري (9.10)،أي أن هناك فروق طفيفة بين المتوسطين لصالح القياس التتبعي، حيث أظهرت نتائج حساب "ت" بأنها دالة عند 0،05 وبلغت قيمتها(0،03) مما يدل على استمرار التحسن واستمرار أثر البرنامج العلاجي وعدم تراجع أداء أفراد المجموعة التجريبية(الأطفال من ذوي طيف التوحد) في مستوى مهاراتهم التواصلية اللفظية.

إذا:**"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي ،لصالح التطبيق التتبعي".**

6.3- عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

تنص الفرضية السادسة على أنه**"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد".**

للتأكد من دلالة الفروق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس كارز، تم استخدام اختبار"ت" لعينتين مرتبطتين، والجدول الموالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول(34): ***نتائج اختبار(T-Test) للفروق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية على التطبيق البعدي والتتبعي لمقياس كارز للتوحد***

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	sig	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
البعدي	27،62	2،26	1،52	0.17	7	غير دالة عند 0.05
التتبعي	28،88	2،47				

يتبين لنا من خلال تحليل نتائج الجدول(34) أن متوسط استجابات أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي لمقياس كارز للتوحدبلغ (27،62) بانحراف معياري(2،26)، فيما قدر متوسط أدائهم على القياس التتبعي (28،88) بانحراف معياري (2،47)،أي أن هناك فروق طفيفة بين المتوسطين لصالح القياس البعدي(أين انخفضت الإصابة بالتوحد أكثر لدى عينة الدراسة)،مما يعني أنه وبعد هذه الفترة الزمنية "شهرين" لم تتغير درجات إصابة الأطفال ب إضطراب طيف التوحد كثيرا، وبقي أثر البرنامج العلاجي مستمر. كما يظهر لنا أن قيمة "ت" للفروق بين متوسطي استجابات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس كارز بلغت (1،52) عند مستوى الدلالة.sig=0,17،وهي أكبر من 0.05، وبالتالي فإنه رغم مرور الزمن إلى أن التحسن الذي سجل في خفض شدة أعراض طيفالتوحد ظل مستقرا نسبيا ، ما يدفعنا إلى قبول الفرضية السادسة التي تنص على أنه:**"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد".**

4.مناقشة نتائج الدراسة

1.4 مناقشة نتائج الفرضية الأولى للدراسة.

دلت نتائج الفرضية الأولى للدراسة على أنه" **يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد**".

لقد أثبتت الدراسة الحالية الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي القائم على تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللفظي، وهو ما يوضحه الجدول(29) والذي يبرز أن قيم نسبة الكسب المعدل لبلاك (الفعالية) بلغت(1.27) على مقياس مهارات التواصل اللفظي، مما يدل على فعالية البرنامج في تنمية هذه المهارات لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فيما تراوحت قيمة معادلة كوهين(d=6,52) وهي قيمة كبيرة جدا تدل على تأثير البرنامج العلاجي المقترح القائم على تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللفظي لأفراد عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى تركيز البرنامج العلاجي الحالي على علاج الصعوبات التي تعد أساس معانات الطفل المصاب إضطراب طيف التوحد وتراجع مهاراته التواصلية.

ففي ضل ما أكده(National Research Council,2001) حول تمركز الصعوبات التواصلية لدى الأطفال المصابين إضطراب طيف التوحد في أربعة نقاط أساسية:

1_عدم القدرة على الانتباه المشترك؛ فهم لا ينتبهون للأشياء التي ينتبه إليها الآخرين ويجدون صعوبة في لفت انتباه الغير لما يريدونه أيضا، فمن خلال هذه التبادلات الاجتماعية يتعلم الطفل أسماء الأشياء وبعض المهارات الاجتماعية، ونتيجة هذا القصور(الانتباه المشترك) فيصعب عليهم تنمية اللغة وتلك المهارات الاجتماعية(**رضا عبد الستار رجب،2007،ص6**).

ولقد ركزنا خلال البرنامج العلاجي على تنمية القدرة على الانتباه والتركيز والتذكر(تنمية الجانب المعرفي)لدى أفراد العينة التجريبية، من خلال استغلال قوة مهاراتهم البصرية، والتركيز عليها كمدخل لتنمية التواصل اللفظي لديهم، حيث يعد نظام التواصل باستبدال الصور The Picture Exchange Communication System أحد المداخل التي تدمج فيه كل العلامات البصرية والتواصل والمحاولات التي تدفع للتواصل اتجاه المواقف البيئية، مع التركيز على التعزيز ونظام المكافآت.

ولقد أسهمت التقنيات المستخدمة كالتكرار (التدريب المتكرر) على توجيه الانتباه السمعي والبصري في زيادة قدرة الأطفال على استقبال المثيرات اللغوية، بينما أسهمت تقنيات الحفظ في تثبيت المفردات والتراكيب اللغوية المكتسبة، مما يسهل استرجاعها وتوظيفها في مواقف تواصلية لاحقة.

كما أن التكرار المنظم للكلمات والجمل أدى إلى تحسين الطلاقة اللفظية وتقوية الرابط بين المعنى واللفظ، فيما اعتمدت الباحثة على تصحيح الإيقاع الكلامي وضبط مخارج الحروف، وأسهم هذا الأسلوب في تقليل التردد اللفظي وزيادة الثقة في استخدام اللغة المنطوقة، خاصة عند الأطفال الذين يعانون من ضعف المبادرة الكلامية.

2_عدم فهم القصد أو الهدف؛ فهم لا يدركون أن اللغة التعبيرية تساعدهم وتوفر عليهم المشقة من أجل أن يفهم الآخرون ما يريدونه، ولقد اعتمدت الباحثة عند تطبيق البرنامج العلاجي الحالي على "تعزيز التلقائية في الأداء" والتي سمحت لهم بالانتقال من الاستجابة الموجهة إلى المبادرة اللفظية الذاتية، حيث يقومون باستخدام الكلمات والجمل دون انتظار التلقين، مما انعكس إيجابا على تحسن مهاراتهم الحوارية، وقدرتهم على طلب احتياجاتهم والتعبير عن رغباتهم، وهي مؤشرات مهمة للتواصل اللفظي.

كما أدت تقنيات تدريب الطفل على طرح السؤال إلى توسيع الوظائف التواصلية للغة، فهي لم تعد مقتصرة فقط على الطلب، بل شملت الاستفسار والتفاعل الاجتماعي، وأسهم ذلك في زيادة المبادرة الكلامية وتحسين التفاعل مع الغير.

3_عدم قدرتهم على تعلم المهارات بشكل طبيعي من خلال التقليد والمحاكاة؛ ولذلك يؤكد (Reichow et al,2018) أن العلاج بتبادل الصور فعال في تنمية مهاراتهم التواصلية من خلال استخدام التعزيزات الجسدية والاجتماعية، نظرا للصعوبات التي يعانونها وعدم قدرتهم على المبادرة، ما يجعل استخدام التحفيز على التواصل مع الغير والتعزيز من أنجع الفنيات ضمن البرنامج في علاج نقاط الضعف هاته.

4_عدم فهم الرموز؛ وهو ما أشار إليه (الرفاعي،2019) بأن القصور الذي يظهره الأطفال المصابون بإضطراب طيف التوحد في التفاعل الاجتماعي يتضح في قصور التواصل البصري لديهم وضعف استخدام الإشارات وعدم قدرتهم على قراءة تعبيرات الوجه أو تكوين علاقات، فيما أكد (Chi,2019) و (Lord&Jones,2012) أهمية البرامج العلاجية في علاج هذه الضطرابات(**عبد المنصف عبد المنعم،2022، ص45**).

وقد ذكر كل من بوندي وفروست(1994) إلى أن 59% من الأطفال المصابون بإضطراب طيف التوحد المشتركين في برنامج التواصل باستبدال الصور تطور النطق لديهم، واستخدام الكلام بمفردهم للتواصل، وأن 30% منهم تمكنوا من التواصل باستخدام الصور والكلام.

وقد ساهم البرنامج من خلال اعتماده على بناء الجملة وتنمية التراكيب اللغوية من خلال الانتقال من الكلمات المفردة إلى إنتاج الجمل البسيطة ثم المركبة، مما عزز الكفاءة التواصلية للطفل، وأسهم تدريبهم في تنظيم الأفكار لفظيا وتحسين التسلسل اللغوي وبالتالي وضوح الرسالة الكلامية.

وتتفق نتائج دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات كالدراسة التي قامت بها **(جريش،2017)** حول "فعالية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللفظي والسلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، حيث تكونت عينة الدراسة من 14(طفلا) مقسمة إلى عينة تجريبية وعينة ضابطة ممن يعانون من ضعف في التواصل اللفظي والذي ينعكس بدوره على سلوكهم الاجتماعي، من المراكز الخاصة بالإسماعيلية بمتوسط عمر(6سنوات)، وبالاعتماد على برنامج علاجي قائم على نظام تبادل الصور وقائمة تقدير السلوك الاجتماعي، وقائمة أخرى تخص مهارات التواصل اللفظي ، وبالمقارنة بين المجموعتين توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 وظهور تحسن في التواصل اللفظي لدى أطفال المجموعة التجريبية وتحسن سلوكاتهم الاجتماعية.

وقد أكدت دراسة **(Karboua S & Drifel M,2024)** حول فعالية برنامج استبدال الصور في تطوير التمثيلات الرمزية لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد من خلال استخدام المنهج شبه التجريبي بتصميم مجموعه واحدة(7 حالات) بمركز الطفل ببن عكنون الجزائر، ويتكون مقياس الدراسة من ثلاثة أبعاد : التمثيل الرمزي للمحتوى البصري،التمثيل الرمزي للمحتوى السمعي الموجه ذاتيا والتمثيل الرمزي للمحتوى السمعي غير الموجه خارجيا.

وقد أكدت نتائج الدراسة أثلا البرنامج في تعزيز التمثلات الرمزية ، ووجود فروق دالة إحصائيا في كل من بعد المحتوى السمعي الموجه ذاتيا والموجه خارجيا، وأعاد الباحثين هذه النتائج إلى النهج العلمي المنظم المستخدم في الأنشطة المقدمة، والتقنيات والأدوات المتنوعة، بالإضافة إلى التزام المعلمين والأولياء بتعميم الممارسات، ومع ذلك توجد صعوبة في بعد المحتوى البصري .فلقد اعتبر تنمية جوانب المحتوى السمعي أساسي لتنمية اللغة والتواصل.

فيما أثبتت دراسة **(Aqshal I F et al,2025)** التحليلة ل12 مقالة شملت(158 باحث) أن نظام تبادل الصور فعال في تعزيز التواصل التعبيري لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير اللفظي، وساهم في تحسين استخدام العبارات القصيرة وفهم التعليمات بالإضافة إلى الحد من السلوكيات غير التكيفية والعدوانية، حيث أثبت العلاج وفق هذا النظام لمدة 30–60 دقيقة،عبر 129 جلسة على مدار 23 أسبوع أنه الأمثل، وتؤكد هذه الدراسات على أهمية تقييم التقدم النمائي للطفل قبل تقديم نظام التواصل بالصور،

وذلك لتكييف التدخل مع الاحتياجات الفردية، وأن المشاركة الفعالة للآباء والمعلمين ضرورية لضمان تطبيق نظام تبادل الصور بشكل متسق وفعال في بيئات مختلفة.

وبالتالي فإن ما يدعم تحقيق فعالية وأثر للبرنامج العلاجي المقترح في دراستنا الحالية والقائم على تبادل الصور هو التنظيم والتسلسل في تقديم المهارات وتكثيف مدة الجلسات والتدخلات العلاجية المتناسقة، والتي توفر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بيئة تعليم تفاعلية فعالة مما يدعم استمرار النتائج لاحقا.

2.4.مناقشة نتائج الفرضية الثانية للدراسة.

دلت نتائج الفرضية الثانية للدراسة على أنه" **يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجة إضطراب طيف التوحد لدى أفراد العينة التجريبية**"

لقد أثبتت الدراسة الحالية الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي القائم على تبادل الصور في خفض درجة إضطراب طيف التوحد التوحد لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وهو ما يوضحه الجدول(30) والذي يبرز أن قيمة معادلة كوهين(d=6,07) وهي قيمة كبيرة جدا تدل على تأثير البرنامج العلاجي المقترح القائم على تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والجوانب السلوكية، وبالتالي تراجع مستوى الطيفات التي تعد كمؤشر عن التوحد لدى أفراد عينة الدراسة .

وتتفق دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات وأهمها ما أشارت إليه دراسة فلبيين وآخرين (Flippin et al,2010) أن برنامج تبادل الصور باعتماده على تحليل السلوك التطبيقي وتدرب الأطفال على تبادل الصور المرغوبة أو على تكوين جمل بسيطة بواسطة الصورة أو الرموز، فهو يعنى بتحفيز الطفل واستثارة اللغة قبل إخراج الاستجابة للمثير والأسئلة والرغبات البسيطة ، كما يتدربون على التفاعل والتواصل من خلال الصور والرموز ، وقد أظهرت دراستهم وجود تحسن لدى الأطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد في التواصل من خلال الصور، وتنمية قدراتهم التعبيرية على نحو فعال. كما أكدت دراسة **(السرور وعميرة،2018)** تحسن مهاراتهم وسلوكاتهم الاجتماعية وتفاعلهم**(عبد المنصف عبد المنعم،2022، ص51)**

اعتماد البرنامج على جلسات واضحة ومتسلسلة تناسب الأطفال المصابون بإضطراب طيف التوحد التوحديين وقدراتهم، وكذلك من خلال تقديم التعزيز الفوري والمناسب، مع تشجيع الأطفال على تشكيل السلوك الصحيح من خلال فنيات(التقليد، التلقين والنمذجة)، وهو ما يجعل الأطفال يطورون مهاراتهم التواصلية بالتدريج .

وبعد تأكيد العديد من الدراسات Bondy&Frost(1994)(2002),Ganzet al(2012) على دور برامج تبادل الصور في زيادة المبادرة بالتواصل الوظيفي، والانتقال التدريجي من التواصل الصوري إلى اللفظي

لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى تحسن الفهم اللغوي واستجابتهم للأوامر، وقدرتهم على تكوين جمل وظيفية باستخدام الصور المناسبة، وانخفاض السلوكات الغير سوية كالصراخ والبكاء تعبيرا عن احتياجاتهم، فإن هناك من المؤشرات الانفعالية والاجتماعية التي تؤكد أيضا مساهمة مثل هذه البرامج في خفض حدة الإصابة بطيف التوحد والتي تظهر جليا من خلال نتائج دراستنا الحالية وهي:

مؤشرات سلوكية وانفعالية: كانخفاض السلوكات النمطية، تراجع الغضب والشعور بالإحباط وتحسن التنظيم الانفعالي وزيادة القدرة على الجلوس والانتباه لدى أطفال عينة الدراسة

مؤشرات الاستقلالية: إذ أصبح أطفال عينة الدراسة بعد التدريب المنظم والمستمر قادرين على استخدام نظام الصور دون توجيه الباحثة أو المساعدة ودون الاعتماد على الغير، كما أظهروا قدرتهم على تعميم المهارات في مواقف متعددة، واتخاذ قرارات بسيطة تتناسب مع قدراتهم.

وهوما ستوافق مع دراسة Howlin et al(2007),Ganz et al(2014),Bondy&Frost(2001),Tincani(2004).

فيما أثبتت دراسات عربية أخرى فعالية البرنامج العلاجي القائم على تبادل الصور في تحقيق ذلك، فمن خلال دراسة Auhood Mohammad Alhawas(2021) أثبتت زيادة استخدام بطاقات الصور في التعبير عن الاحتياجات لدى أطفال إضطراب طيف التوحد وانخفاض السلوكيات غير المناسبة لديهم.

وفي سياق آخر أظهرت دراسة **نامس أميرة عباس محمد(2025)**حول "واقع استخدام المعلمين لبرنامج تبادل الصور في تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بمنطقة جازان" مستوى مرتفع من معرفة المعلمين بالبرنامج ودوره في تحقيق ذلك، وأن هناك فروق بين المعلمين في ذلك تعزى للدورات التدريبية، وهو ما يؤكد لنا ضرورة تكوين وتدريب معلمي الأطفال ذوي طيف إضطراب طيف التوحد على استخدام برنامج تبادل الصور من أجل تحقيق الفعالية المرجوة.

القيمة العملية لبرنامج التواصل بتبادل الصور في تنمية الثقة بالنفس لدى أطفال إضطراب طيف التوحد:

يؤكد معلمي أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد أهمية ودور نظام استبدال الصور في دفع الأطفال بشكل فعال للتواصل ويساعده على الاستقلالية وينمي الثقة بالنفس لديهم، كما أنه يقلل من نوبات الغضب والإحباط لديهم داخل الأقسام التعليمية.

ويعتبر الآباء هذا النظام مساعد جدا ويعتبرونه أفضل وسيلة للتواصل، فهو ينمي التلقائية في التواصل ويساعد الطفل في التعبير عن احتياجاته، والإجابة عن الأسئلة، واكتسابه الكلمات اللفظية المعبرة عن طلباته. وتنمية اللغة وتكوين الجمل المفيدة من خلال التكرار والتدريب المستمر.

ويشير (Jason M ,Wallin 2004) إلى أن نظام استبدال الصور والذي يعتمده برنامجنا الحالي، يتميز بمجموعة من الخصائص عن باقي الأنظمة والاستراتيجيات العلاجية:

- كل استبدال يكون مقصود بطريقة واضحة ومفهومة، فعندما يلتقط الطفل الصورة أو ينزع الجملة فهو بذلك يحدد طلبه بسرعة.
- يبدأ التواصل من مبادرة الطفل نفسه في كل مراحل البرنامج.
- دافعية التواصل تظهر بشكل واضح وبصورة كبيرة،فتدعيم التواصل يكون طبيعيا ويزداد من خلال التعزيز (المكافأة) و حصوله على ما يريد حالا.
- توفر الأدوات المعتمدة ضمن البرنامج وتوفرها، وهي رموز بسيطة كالصور واللقطات الفوتوغرافية.
- إمكانية أن يشمل عدة مواضيع ومن عدة أفراد وفي أماكن مختلفة.
- التركيز على التواصل الوظيفي.
- يتطلب القليل من التفاعل والتبادل ،ويعتمد أكثر على المعلومات البصرية والسمعية.
- يساهم في اكتساب السلوكيات المناسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات تواصلية.
- يساهم في تنمية اللغة والمهارات الاجتماعية التي يحتاجها في التواصل من خلال التكرار **(رجب عبده كشك،2007، ص 112_116)**.

ولقد أشارت العديد من الدراسات كدراسة عيسى(2023) ودراسة غربي وتومي (2023) حول أن مستوى مهارات السلوك اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد أقل من المستوى الفرضي لمقياس مهارات السلوك اللفظي، وبالتأكيد على وجود عامل واحد مستمر يكمن وراء الأعراض المختلفة للتوحد، والتي قد تتمحور في ثلاث نقاط أو مجالات أساسية:العجز الاجتماعي، عجز اللغة و السلوكيات النمطية المتكررة**(محمادي،2025،ص275)**.

3.4.مناقشة نتائج الفرضية الثالثة للدراسة.

دلت نتائج الفرضية الثالثة للدراسة على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي** ".

حيث من خلال عرض النتائج في الجدول (31)، تبين لنا أن قيمة t=18,39 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.000، وتشير النتائج أن متوسط درجات أداء الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من العينة التجريبية على التطبيق البعدي(158،75) أكبر من متوسط أدائهم على التطبيق القبلي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، وبالتالي تم تأكيد تحقق لفرضية الأولى: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي ".

ويمكن عزو هده النتائج إلى عدة عوامل أهمها:

الانطلاق في تصميم البرنامج العلاجي من احتياجات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وخصائصهم:

لقد اعتمدت الباحثة في دراستها الحالية لتصميم البرنامج العلاجي القائم على إستراتيجية تبادل الصور بغية تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، من خلال بحث احتياجاتهم في مجال التواصل اللفظي، خاصة بحكم أن الباحثة متواجدة مع عينة الدراسة في الميدان وهي على اطلاع تام بالإضطرابات السلوكية والتعبيرية التي تعاني منها عينة الدراسة التجريبية، وبناء على ذلك قامت الباحثة بتصميم مقياس لتقدير مهارات التواصل اللفظي ،إضافة إلى تحليل ما يملكونه من مهارات سابقة من خلال التطبيق القبلي لمستوى مهاراتهم التواصلية.

إن الانطلاق من الاحتياجات التواصلية لأطفال إضطراب طيف التوحد ساهم بشكل ايجابي في تحقيق التفاعل والمشاركة الايجابية لعينة الدراسة، والحفاظ على الانضباط والاستمرار طوال الجلسات العلاجية، وبالتالي سعيهم للتدرب على هذه المهارات وتنميتها وتحسين أدائهم، وحرص الباحثة على تقديم الدعم والمساعدة والتوجيه الآني لهذه الفئة من أجل تحقيق النتائج المطلوبة.

تنويع الوسائل والفنيات العلاجية:

إن عملية الدمج بين مختلف الفنيات(التلقين،التكرار،التعزيز..) هذه ساهمت بشكل بارز في توظيف استراتيجيات علاجية تقوم على تنويع الحواس وتكاملها، ومخاطبة مختلف أنماط التعلم لدى عينة الدراسة من أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد . وذلك بما يراعي الفروق الفردية بينهم ومستوياتهم المختلفة واستعداداتهم كما اعتمدت الباحثة على تنويع المحتوى خلال الجلسات العلاجية لتفادي الملل وحرصا منها على تحقيق نتائج جيدة في تنمية مهاراتهم التواصلية اللفظية انطلاقا من تنمية الجانب المعرفي واللغوي ووصولا إلى التواصل اللفظي لدى أفراد العينة بصورة متكاملة.

وقد أكدت دراسة Ganz et al(2012) أن الدمج بين الجانب المعرفي واللغوي من خلال تنشيط عمليات الانتباه والتركيز والذاكرة، يسهم في تثبيت المكتسبات اللغوية لدى الأطفال، فتعد هذه العمليات المعرفية أساسا لاكتساب اللغة واستمراريتها، وهو ما تم تجسيده من خلال تطبيق البرنامج العلاجي الحالي باعتماد تقنيات الحفظ والانتباه والتركيز.

التدرج في استخدام التقنيات العلاجية المستخدمة:

اعتمدت الباحثة عند تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مجموعة من التقنيات التي تسعى من خلالها إلى تنمية مهارات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في مجال التواصل اللفظي وهي تستهدف أساسا:

- ✓ توفير مثيرات بصرية منظمة وتتناسب مع خصائص أطفال إضطراب طيف التوحد.
- ✓ تعزيز الربط بين الصورة والكلمة المنطوقة مما يدعم اكتساب الطفل للمفردات.
- ✓ إتاحة فرصة لتكرار التفاعل والتواصل الوظيفي ضمن مواقف تعليمية هادفة وتفاعلية.
- ✓ استخدام التعزيز الفوري الذي يساهم بدوره في تنمية الدافعية لدى طفل لإضطراب طيف التوحد للمحاولة أكثر والمبادرة بالتواصل.

وبالتالي فإن التدرج من التواصل الغير لفظي إلى اللفظي ومراعاة الفروق الفردية بين الأطفال قد ساهم في تحسين استجابتهم اللغوية وهو ما انعكس إيجابا على نتائج القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي لمهارات التواصل اللفظي لديهم.

وتتوافق نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسةالغامدي(2003) ودراسة نيرمين عطب(2006) فيما يخص أن :التحديق بالعين واستخدام الإيماءات والإشارة إلى ما هو مطلوب، والانتباه الانتقائي قد ساهمت في تطوير استجابات التواصل اللفظي وغير اللفظي (استخدام الأشياء) لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

تنمية التواصل الحسي والسلوك الاجتماعي:

ونظرا لوجود علاقة ارتباطيه بين الإضطرابات الحسية ومهارات التواصل اللفظي لدى أطفال إضطراب طيف التوحد حسب دراسة عادل محمد(2021) فقد اعتمدت الباحثة خاصة من الجلسة السابعة وحتى التاسعة عشر من البرنامج فيما يخص التبادل المادي على الاستعانة بالمساعد الجسدي وتعزيز استجابة الطفل بعد جلسات الانتباه والتركيز التي اعتمدت فيها الباحثة على البازل مع زيادة عدد القطع تدريجيا لمدة شهرين كاملين.

وهو ما ساعد وطور التناسق الحسي الحركي لدى الأطفال تدريجيا، وقد أثبتت دراسة الغامدي(2003) أن التفاعل الاجتماعي والتفاعل المتبادل والمحاكاة الحركية والوقت كعلاج سلوكي، تساهم بشكل كبير في

تحسن مهارات التواصل اللفظي لدى طفل ذو إضطراب طيف التوحد. كما أكدت دراسة عبد العزيز (2020) على أن التعاطف والأفعال الاجتماعية الايجابية لديها القدرة على التنبؤ بالتواصل اللفظي لديهم.

ومن ناحية أخرى أكدت دراسة كريدون(1993) أن تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي كمهارة مساعدة الآخرين والتواصل البصري،التقليد،التعاون والمشاركة، والتلقين والتعزيز يساهم في تنمية مهارات التواصل اللفظي .

التدخل المبكر في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة:

بما أن عينة الدراسة الحالية هم من الفئة العمرية (3_3 ونصف السنة) وهي تقابل مرحلة ما قبل اكتساب اللغة عند طفل إضطراب طيف التوحد الذي قد يصل إلى هذا العمر دون استخدام كلمات ذات معنى ،كما أنه يعاني من ضعف الانتباه والتواصل الوظيفي والاعتماد أكثر على الصراخ والإيماءات من أجل التواصل والتعبير عن احتياجاته ، و حسب دراسة سكوتلاند (2000) التدخل في هده المرحلة خصوصا يساهم في تنمية التواصل الجسدي واللعب والاستماع وتحسن التواصل اللفظي والتعبيري لدى أطفال دوي إضطراب طيف التوحد.

فباعتماد البرنامج العلاجي الحالي والقائم أساسا على PECS فهو لا يشترط وجود خبرات سابقة أو استعمال الكلام ،إنما يعتمد على وجود الدافعية (طلب شيء ما من قبل الطفل) وإنشاء تواصل وظيفي حقيقي، حيث يستبدل الصراخ وسحب اليد والبكاء باختيار صورة معبرة عن احتياج الطفل من طرفه، وتسليمها وطلب ما يحتاجه وانتظار استجابة الباحثة، ثم الانخراط في التبادلات الاجتماعية، وهي مهارات أساسية تسبق الكلام اللفظي.

وقد أوضحت دراسة Flippin,Reszka&Watson(2010) أن الانتقال من التواصل البصري(الصورة) إلى البناء اللغوي(الكلمة ثم الجملة) يعزز مهارات بناء الجملة وطرح السؤال ، خاصة عند تدريب الأطفال على التلقائية في الأداء وعدم الاكتفاء بالاستجابة الموجهة، حيث اعتمدت الباحثة عند تطبيق البرنامج العلاجي على هذه الإستراتيجية.

بالإضافة إلى أن الربط بين الصورة والكلمة المنطوقة يساهم في تنمية المخزون المعجمي، كما أن تقديم كلمة مصحوبة بصورة مجزأة يساهم في استيعاب الطفل وتنمية مهاراته اللفظية.

وتشير نظرية وهن الترابط المركزي أن الأطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد يواجهون صعوبة في عملية دمج وتوحيد مكونات المعلومات لاستخراج المعنى من حولهم، وأنهم يركزون على التفاصيل الصغيرة غير المتصلة.

وفيما يلي بعض الدراسات التي تدعم النتائج المتوصل إليها في دراستنا الحالية:

حيث أشار Bondy&Frost(1994,2001) إلى أن البرامج القائمة على تبادل الصور ،مثل نظام التواصل بتبادل الصور، تسهم في تحسين التواصل الوظيفي، وتساعد في تطوير اللغة المنطوقة لدى بعض الأطفال،خاصة عند الانتقاء التدريجي من الصورة إلى الكلمة المنطوقة وهو يتوافق مع ما تم اعتماده في البرنامج العلاجي المقترح في دراستنا.

كما أكدت دراسة Charlop–Christy et all(2002) أن استخدام الصور مقرونا بالتكرار اللفظي والتعزيز الفوري يؤدي إلى زيادة عدد المحاولات اللفظية وتحسن النطق لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

وفيما يخص اعتماد أسلوب التكرار المنظم في التدريب اللفظي أكدت دراسة Tincani(2004) أنه يساعد على تحسين النطق وتصحيح الإيقاع الكلامي، خاصة عند توظيف أسلوب(صورة+كلمة) ثم الانتقال إلى (صورة مجزأة+كلمة) حيث يتم تعزيز التمييز البصري واللفظي في نفس الوقت.

وتؤكد دراسة Schlosser&Wendt(2008) أيضا أن الجمع بين التمييز البصري والنمذجة اللفظية وبناء الجملة التدريجي يسهم في تحسين القدرة على إنتاج الجمل الوظيفية ويزيد من فرص التعميم والتلقائية في مواقف التواصل المختلفة لاحقا.

وعليه يمكننا تفسير التحسن في مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال إضطراب طيف التوحد في القياس البعدي بأنه ناتج عن تكامل مجموعة من التقنيات العلاجية، تمثلت في تنمية الجانب المعرفي واللغوي، وتثبيت المكتسبات من خلال الحفظ والانتباه والتركيز، وتعزيز التلقائية في الأداء، إضافة إلى تدريب الأطفال على التمييز بين الصور، بناء الجملة،طرح السؤال، وتحسين النطق وتصحيح الإيقاع عبر التكرار المنظم، ثم الانتقال التدريجي من الصورة الكاملة إلى الصورة المجزأة مقرونة بالكلمة، وهو ما تؤكده نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال.

4.4.مناقشة نتائج الفرضية الرابعة للدراسة.

دلت نتائج الفرضية الرابعة للدراسة الحالية على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد ،ولصالح التطبيق القبلي**".

أشارت نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز لدرجة التوحد حسب الجدول(32)، إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى0.000،

وأن متوسط استجابات المجموعة التجريبية على التطبيق القبلي لمقياس كارز(57،69) كان أكبر من متوسط استجاباتهم على التطبيق البعدي للمقياس(27،62)، أي انخفاض درجة التوحد لدى أطفال طيف التوحد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي الحالي، ويمكن عزو هذه النتائج إلى:

التناسق بين التقنيات المستخدمة وأبعاد مقياس كارز:

حيث إن استخدام الباحثة للتقنيات المتكاملة والهادفة إلى تنمية الجوانب المعرفية واللغوية والتواصلية هي من أهم المؤشرات الأساسية التي يقيسها مقياس كارز ك:التواصل اللفظي وغير اللفظي، الاستجابة الانفعالية،التقليد،استخدام اللغة والانتباه، وهو ما يتفق مع ما توصل إليه Schopler et al(1988) مطورو مقياس كارز ،حيث أشاروا إلى أن درجات المقياس تتأثر إيجابا ببرامج التدخل المبكر التي تستهدف تحسين التواصل وتنمية العمليات المعرفية وتعزيز التفاعل الاجتماعي، مما يساهم بشكل ملحوظ في انخفاض شدة الأعراض التوحدية.

دور الفنيات المستخدمة:

إن استخدام مثل هذه البرامج العلاجية القائمة على تنمية التواصل باستخدام الصور والتكرار اللفظي والتعزيز المنظم لا تقتصر آثارها على تحسين اللغة فقط، بل تسهم في تقليل السلوكيات النمطية وضعف التفاعل وهو ما أكدته دراسة Charlop-Christy et al(2002).

بالإضافة إلى الاعتماد على تنمية الجانب المعرفي من خلال عمليات:الانتباه،التركيز والذاكرة، يساعد في تثبيت المكتسبات السلوكية والمعرفية ويؤدي إلى تحسن شامل في الأداء الوظيفي لأطفال إضطراب طيف التوحد، وهو ما ينعكس بانخفاض درجاتهم على المقاييس التشخيصية كمقياس كارز حسب دراسة Ganz et al(2012)

فيما أوضحت دراسة Flippin ,Reszka&Watson(2010) أن اعتماد التدرج من الدعم البصري(الصورة) إلى التعبير اللفظي يعزز التلقائية في الأداء ويقلل من الاعتماد على المساعدة الخارجية، مما يحسن من مؤشرات التواصل الاجتماعي. وبالتالي تنخفض درجات الأعراض المرتبطة بسوء أو نقص التفاعل الاجتماعي لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

كما أن استخدام التكرار المنظم في تدريب النطق وتصحيح الإيقاع الكلامي يسهم في تحسين وضوح الكلام والاستجابة اللفظية، كما يقلل من السلوكيات الإنسحابية وهو ما يفسر التحسن المسجل على بنود اللغة والتواصل ضمن المقياس.

فيما تدريب الأطفال على تمييز الصور وتدريب الأطفال على الانتقال من الصورة +كلمة إلى صورة مجزأة+ كلمة يساهم حسب Schlosser&Wendt(2008) في تعزيز التكامل بين الإدراك البصري واللغوي، ويساعد على تعميم المهارات المكتسبة.

العلاج الفردي ضمن البرنامج العلاجي المقترح:

ضمن الخطة العلاجية التي اقترحتها الباحثة نلاحظ أن الباحثة قد اعتمدت الخطة العلاجية الفردية، بناء على أن كل طفل من أطفال إضطراب طيف التوحد له خصائصه وإمكانياته الخاصة به ودرجة معينة من الطيف، وهو ما سمح للباحثة بالتركيز مع كل فرد من أفراد عينة الدراسة التجريبية بدقة، وتقديم الوقت والدعم اللازم والآني، حيث يؤكد محمد(2001) أنه يجب توظيف قدرات الطفل التوحدي لتعليمه وتدريبه من أجل اكتساب السلوك الاجتماعي المناسب، وإضعاف السلوك السلبي من خلال أنشطة ومواقف منظمة، إضافة إلى تدريبهم على اكتساب مهارات التواصل بالعين،التقليد،المبادأة،إتباع الأوامر والتعليمات والاتصال، وأن أهم الاستراتيجيات التي تحقق ذلك أسلوب التعلم الفردي وتحليل المهارة، وأسلوب تعديل السلوك من خلال التعزيز الايجابي ضمن مهارات الحياة اليومية،أي تطبيق التعلمات عمليا(**فرحات إبراهيم جريش،2017،ص59**).

5.4.مناقشة نتائج الفرضية الخامسة للدراسة.

دلت نتائج الفرضية الخامسة للدراسة على أنه" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي،لصالح التطبيق التتبعي**".

بالعودة إلى الجدول (33) الذي يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي، نجد أن قيمة T=2 ,63 وهي دالة عند 0 ,05، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائيةبين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي ، لصالح التطبيق التتبعي، إذ بلغ متوسط درجات أداء الأطفال ذوي طيف التوحد على التطبيق التتبعي (13،176)، مقارنة بمتوسط التطبيق البعدي (75،158).

تبرز هذه النتائج بقاء أثر العلاج، وحفاظ عينة الدراسة من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد على مستواهم في مجال مهارات التواصل اللفظي ، ومع مرور الوقت ازدادت هذه المهارات تحسنا، وتعزو الباحثة

ذلك إلى فعالية الأنشطة التدريبية والعلاجية المقدمة خلال البرنامج العلاجي المقترح، وتنظيمه بشكل يتوافق مع احتياجات أطفال إضطراب طيف التوحد وخصائصهم.

إضافة إلى فعالية الأساليب والفنيات التي تم اعتمادها في صقل مهاراتهم اللفظية، من خلال الانطلاق من تنمية الجانب المعرفي واللغوي والتدريب الفردي للطفل ذوي إضطراب طيف التوحد على كل مهارة على حدا، والحرص على تكرار التدريب على تلك المهارة وكيفية أدائها.

كما كان تجاوب الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد المشاركين في البرنامج ايجابيا، هو ما انعكس بدوره على أدائهم التواصلي اللفظي خلال حصص التعليم والعلاج لاحقا، وذلك بشهادة الأساتذة المطبقين الذين أكدوا تمكن الأطفال من التعبير عن احتياجاتهم أو طلباتهم وتحسن مستواهم اللغوي بشكل ملحوظ.

وبعد مرور فترة شهرين عن تطبيق البرنامج، كانت هذه المدة كافية لظهور تحسن أكبر في مهاراتهم التواصلية اللفظية في ظل الحرص على تقديم خدمات علاجية فعالة ومناسبة لكل طفل من أطفال العينة التجريبية. فرغم انتهاء البرنامج العلاجي، حرصت الباحثة على التواصل المستمر مع الأطفال أين كانت تقدم لهم المتابعة والإرشادات التي تعزز من نتائجهم ومهاراتهم الأدائية.

وهو ما يؤيد دراسة متابعة لمدة سنة أن برنامج تبادل الصور يعزز مهارات التواصل الاجتماعي والاتصال التفاعلي (مثل الانتباه المشترك والمبادرة) لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، مع ثبات هده النتائج على المدى البعيد(**Anna Lerna et al,2014**).

فيما لم تشر دراسة (**Hamed Badr AA,2024**) إلى وجود اية فروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل لطيف التوحد،حيث طبق البرنامج على عينة تجريبية (14 طفلا) لمدة 40 يوما.

6.4.مناقشة نتائج الفرضية السادسة للدراسة.

دلت نتائج فرضية الدراسة السادسة على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد** ".

بالعودة إلى الجدول (34) الذي يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد ، نجد أن قيمة 52, 1=T وهي غير دالة عند 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينمتوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد ،

إذ أنه رغم انقضاء فترة شهرين إلى أن مستوى التوحد لدى الأطفال عينة الدراسة الحالية بقي متقاربا مع مستواهم في التطبيق البعدي، وتشير هذه النتائج إلى الأثر الايجابي للبرنامج العلاجي القائم على تبادل الصور، والذي قد استمر هذا الأثر بعد انتهاء التطبيق مما يعكس استقرار التحسن في مستوى شدة أعراض التوحد كما يقيسها مقياس كارز، وبالتالي قدرة البرنامج على إحداث تغيير مستدام نسبيا في سلوكيات الأطفال وعدم اقتصار أثره على فترة التطبيق فقط.

أما فيما يخص تسجيل فروق طفيفة غير دالة إحصائيا لصالح القياس التتبعي(أي تراجع طفيف في تحسن عينة الدراسة في درجاتهم على مقياس التوحد)يمكن إرجاعها إلى عدة عوامل محتملة:

توقف الجلسات العلاجية المنظمة بعد انتهاء البرنامج: مما قد يؤدي إلى انخفاض وتيرة الممارسة والتعزيز

ضعف التعميم خاصة في البيئة الأسرية(أي في البيت): حيث أنه لا يتم توظيف هذه الاستراتيجيات العلاجية بصورة فعالة بمثل ما تم تقديمه خلال البرنامج، خاصة في حالة ما إذا لم تقدم التدريبات الكافية للوالدين أيضا. فلقد أثبتت دراسة عمر ومحمد إسماعيل محمد (2015) أهمية وفعالية برنامج تدريب أمهات أطفال التوحد لاستخدام برنامج تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل لدى أبنائهم.

تأثير مقياس كارز للتغيرات البسيطة: إذ أن مقياس كارز يركز على شدة أعراض التوحد العامة، وقد لا يعكس بدقة التحسن الجزئي أو النوعي في مهارات التواصل المكتسبة عبر برنامج تبادل الصور.

الخصائص النمائية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: حيث تتسم بعض المهارات بالتذبذب النسبي

وبالتالي فإن التراجع الطفيف لا يعد مؤشرا لفشل العلاج، إنما يدل على الحاجة إلى توظيف هذه الاستراتيجيات والفنيات بصورة منظمة لضمان التحسن التدريجي وتنمية مهارات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

ولقد أثبتت دراسة لينا عمر بن صديق(2005) بعنوان"فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي"أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي والتتبعي.

فيما أن دراسة آذار(2017) أكدت وجود فروق دالة إحصائيا في مهارات الحياة اليومية لأفراد العينة التجريبية لصالح القياس التتبع وكذلك دراسة (2002)Kavits&others، أما ريما مالك فاضل(2015) أكدت أن فعالية البرنامج وبقاء الأثر بعد التدريب لا يشمل كل المهارات خاصة مهارة الفهم،وهو ما أشارت إليه دراسة علي(2013) حين أكد فعالية البرنامج خاصة في بعد التركيز والانتباه وأقل من ذلك في بعد الإيماءات والأوضاع الجسدية.

5.مناقشة عامة لنتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تقصي أثر برنامج علاجي مقترح قائم على نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجة شدة اضطراب طيف التوحد لدى عينة من الأطفال في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة. وقد أظهرت النتائج الكمية والتحليل العيادي المتعمق تحقق فروض الدراسة بدرجات متفاوتة، بما يعكس فعالية البرنامج من جهة، واستمرارية أثره من جهة أخرى.

أولًا: فعالية البرنامج في تنمية مهارات التواصل اللفظي

أثبتت نتائج الفرضيات الأولى والثالثة والخامسة وجود تحسن دال إحصائيًا في مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال العينة التجريبية، حيث كشفت اختبارات "ت" عن فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي، كما أظهرت نسبة الكسب المعدل لبلاك وقيم حجم الأثر (Cohen's d) مستويات مرتفعة جدًا من الفعالية. ويعكس هذا التحسن انتقال الأطفال من أنماط تواصل بدائية (الصراخ، السحب، الإيماءات غير الوظيفية) إلى تواصل لفظي وظيفي قائم على المبادرة، الطلب، التسمية، وبناء الجملة.

ومن الناحية العيادية، يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء:

- **انطلاق البرنامج من الاحتياجات الفعلية للأطفال وخصائصهم النمائية**، حيث بُني على تقييم قبلي دقيق لمستوى التواصل والانتباه واللغة.
- **الاعتماد على المدخل البصري** الذي يتوافق مع نقاط القوة المعرفية لدى أطفال إضطراب طيف التوحد، ما سهّل الربط بين الصورة والكلمة المنطوقة، وأسهم في تنمية المخزون المعجمي وبناء التراكيب اللغوية.
- **التدرج المنهجي** من التواصل غير اللفظي إلى اللفظي، ومن الصورة الكاملة إلى الصورة المجزأة، ثم الاستغناء التدريجي عن الدعامة البصرية، وهو ما عزز التلقائية والاستقلالية.

- **تنويع الفنيات العلاجية** (التلقين، التكرار، التعزيز، النمذجة، التدريب الفردي)، بما راعى الفروق الفردية وساعد على تثبيت المكتسبات.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراساتBondy & Frost ، Charlop–Christy et al، Flippin et al، Schlosser & Wendt، وغيرها، والتي أكدت أن PECS لا يعيق تطور الكلام، بل قد يكون محفزًا أساسيًا له، خاصة عند تطبيقه ضمن برنامج منظم ومكثف.

ثانيًا: أثر البرنامج في خفض درجة شدة التوحد

أظهرت نتائج الفرضيتين الثانية والرابعة انخفاضًا دالًا إحصائيًا في درجات مقياس كارز (CARS) بين القياسين القبلي والبعدي، مع تسجيل حجم أثر مرتفع جدًا، ما يشير إلى تحسن شامل في مظاهر الاضطراب وليس فقط في جانب اللغة.

وتُعزى هذه النتائج إلى:

- **التناسق بين مكونات البرنامج وأبعاد مقياس كارز**، خاصة ما يتعلق بالتواصل اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، الاستجابة الانفعالية، والانتباه.
- **تحسن الأداء الوظيفي العام للأطفال**، حيث ساهمت مهارات التواصل المكتسبة في تقليل السلوكيات النمطية، خفض نوبات الغضب والإحباط، وزيادة القدرة على الجلوس والانتباه.
- **اعتماد العلاج الفردي** الذي أتاح تكييف التدخل مع خصائص كل طفل، وتقديم الدعم الفوري والمناسب.

وتدعم هذه النتائج ما أشار إليهSchopler et al ، Ganz et al، Flippin et al، من أن برامج التدخل المبكر المركزة على التواصل واللغة تُحدث تغيرًا ملموسًا في شدة الأعراض التوحدية كما تقاس بالمقاييس التشخيصية.

ثالثًا: استمرارية الأثر العلاجي (القياس التتبعي)

أثبتت نتائج الفرضيتين الخامسة والسادسة بقاء أثر البرنامج بعد مرور شهرين من انتهاء التطبيق، حيث:

- استمرت مهارات التواصل اللفظي في التحسن، بل سجلت ارتفاعًا إضافيًا لدى أغلب الحالات.

- حافظت درجات التوحد على استقرارها دون فروق دالة إحصائيًا بين القياسين البعدي والتتبعي، مع تسجيل تذبذب طفيف غير دال.

ويُفسَّر ذلك بـ:

- **عمق التعلم الوظيفي** الذي أحدثه البرنامج، حيث لم تقتصر المهارات على سياق التدريب، بل عممت إلى مواقف حياتية وتعليمية مختلفة.
- **اعتماد التلقائية والمبادرة في التواصل** بدل الاستجابة الموجهة، مما عزز الاستقلالية.
- **متابعة الباحثة للحالات بعد انتهاء البرنامج** وتقديم الإرشاد، ما ساعد على تثبيت النتائج.

أما التغيرات الطفيفة غير الدالة في درجات مقياس كارز، فيمكن إرجاعها إلى توقف الجلسات المنظمة، ضعف التعميم الأسري، وحساسية المقياس للتغيرات النوعية الدقيقة، وهو ما لا يُعد مؤشرًا على تراجع فعلي بقدر ما يعكس طبيعة النمو المتذبذب لدى أطفال إضطراب طيف التوحد.

يمكن القول إن الدراسة الحالية قدمت دليلًا علميًا وعياديًا قويًا على فعالية البرنامج العلاجي القائم على تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجة شدة التوحد لدى الأطفال في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة. كما أظهرت النتائج أن **التدخل المبكر_ المكثف_ المنظم، والقائم على فهم عميق لخصائص الطفل التوحدي**، كفيل بإحداث تغيرات نمائية مستدامة نسبيًا، خاصة عندما يُدمج الجانب البصري باللغوي والسلوكي ضمن إطار تفاعلي وظيفي.

6.المساهمة العلمية للدراسة:

بناء على مخرجات الدراسة الحالية ونتائجها ومجريات العمل الميداني، فلقد أسهم هذا العمل **على الصعيد الأكاديمي:**

- ✓ إثراء الأدب التربوي من خلال التطرق إلى إستراتيجية أو نظام تبادل الصور كأسلوب علاجي وتأثيره على تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض إضطرابات طيف التوحد، حيث لاحظت الباحثة نقص الدراسات العربية خاصة في هذا الموضوع.
- ✓ المساهمة المتواضعة في تقديم الإضافة العلمية في مجال القياس النفسي وعلم النفس العيادية والتربية الخاصة من خلال تصميم أداة لقياس مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ✓ تأكيد ضرورة الانطلاق في بناء برامج العلاج لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من خلال رصد احتياجاتهم وما يعانوه من نقائص وفي ضل قدراتهم.
- ✓ تصميم برنامج علاجي مقترح متكامل من الناحية النظرية والعملية لتنمية مهارات التواصل اللفظي والتخفيف من درجة التوحد لدى الأطفال.
- ✓ إتاحة نموذج بحثي يمكن للباحثين الاستفادة منه في تصميم برامج علاجية لفئات عمرية أخرى أو لتنمية مهارات أخرى لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .
- ✓ دعم الاتجاه العلمي الذي يؤكد قابلية أطفال إضطراب طيف التوحد لاكتساب مهارات لغوية ووظيفية عند استخدام التدخل المبكر والمنظم.

على الصعيد العملي/الميداني:

- ✓ تؤكد نتائج الدراسة الحالية على فعالية البرامج العلاجية والتدريبية القائمة على نظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللفظي، وهو ما نأمل أن يشجع المسؤولين عن تكوين المعلمين في التربية الخاصة والمختصين النفسانيين العياديين على انتهاجها في سبيل تحسين الأداء اللفظي والتعبيري لدى أطفال إضطراب طيف التوحد.
- ✓ نأمل أن تمنح الدراسة الحالية خارطة طريق أمام الباحثين التربويين والمختصين في تصميم مناهج تدريس أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، من خلال توضيح الإجراءات والخطوات الأساسية لتحقيق الأهداف المرجوة.
- ✓ إعداد برنامج علاجي تطبيقي قائم على تبادل الصور قابل للتنفيذ ضمن المراكز المتخصصة والمدارس والأقسام النفسية والتربوية، وبالتالي تحسين جودة الخدمات المقدمة للأطفال ذوي طيف التوحد داخل المؤسسات التربوية والعلاجية.
- ✓ تعد الأنشطة التدريبية والعلاجية متنوعة ومرنة التنفيذ، يمكن للمختص تنفيذها بسلاسة،ساهمت بشكل ملحوظ في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجات التوحد لدى عينة الدراسة.
- ✓ تمهد هذه الدراسة الطريق أمام الباحثين الأكاديميين والمختصين النفسانيين لإنجاز أبحاث أخرى وفق استراتيجيات علاجية أخرى تتوافق مع البيئة الجزائرية في سبيل تنمية مهارات التواصل اللفظي وكل المهارات التي ترتبط بها بشكل منفرد وبأكثر دقة.

خلاصة:

تم التطرق في هذا الفصل إلى اختبار فرضيات الدراسة وعرض النتائج ومناقشتها في ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة، ولقد انطلقت الباحثة من اختبار اعتدالية توزيع بيانات الدراسة لمتغيري مهارات التواصل اللفظي ودرجة التوحد، حيث اعتمدت الباحثة على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" لدلالة الفروق لعينتين مرتبطتين باستخدام برنامج الحزم الإحصائيةSpss، كما تم الاعتماد على نسبة الكسب المعدل لبلاك لرصد فعالية البرنامج العلاجي، ولقياس حجم أثره في تنمية مهارات التواصل اللفظي وفعاليته في خفض درجة التوحد لدى الأطفال(من عمر 3_3،5 سنوات)تم اعتماد معادلة كوهين d، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

1. يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد".
2. يوجد أثر للبرنامج العلاجي المقترح في خفض درجة التوحد لدى الأطفال عينة الدراسة.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل اللفظي، ولصالح التطبيق البعدي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي استجابة المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس كارز للتوحد، ولصالح التطبيق القبلي(انخفاض درجة التوحد).
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أداء المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس مهارات التواصل اللفظي،لصالح التطبيق التتبعي.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على مقياس كارز للتوحد.

خاتمة:

يشهد عصرنا الحالي تحولا جوهريا في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، خاصة ذوي إضطراب طيف التوحد، إذ تغيرت النظرة إليهم من نظرة قائمة على الشفقة والعجز إلى رؤية إنسانية وتربوية تؤمن بالحق في التعلم،والدمج وتكافؤ الفرص،فقد أثبتت البحوث العلمية والممارسات الميدانية الحديثة أن أطفال التوحد يمتلكون قدرات كامنة قابلة للنمو والتطور إذا ما توفرت لهم بيئات تعليمية وعلاجية ملائمة، وبرامج تدخل مبكر قائمة على أسس علمية ومنهجية دقيقة تراعي الفروق الفردية بينهم.

وتؤكد المعطيات التربوية المعاصرة أن الاستثمار في قدرات أطفال إضطراب طيف التوحد والحرص على تقديم خدمات نوعية وذات جودة عالية لهذه الفئة هو الركيزة الأساسية والايطار العملي الذي يمكنهم من تطوير مهاراتهم التواصلية والمعرفية والاجتماعية، فالجودة في الخدمات لا تعني عدد جلسات أكبر أو تنوع كبير في الأنشطة،إنما التخطيط الجيد والتقويم المستمر، واستخدام استراتيجيات حديثة مثبتة الفعالية، إلى جانب إشراك الأسرة كشريك أساسي في العملية التأهيلية والتربوية ككل.

كما يبرز الدور المحوري للمؤسسات الخاصة التي أصبحت تشكل فضاءات حيوية للتدخل العلاجي والتربوي، بما توفره من وسائل وبرامج وتجهيزات ملائمة، وكفاءات من المختصين والأساتذة ذوي الخبرة، الذين تقع على عاتقهم مسؤولية التخطيط،التنفيذ والمتابعة، وبما يواكب المستجدات في مجال طيفات النمو.

ولذلك جاءت هذه الدراسة الحالية لتضيف فائدة علمية_ عملية لصالح القائمين على القطاع والمختصين في مجال رعاية الأطفال ذوي طي إضطراب ف التوحد، ولفائدة الأساتذة والمربيين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس العيادي، من خلال تصميم برنامج علاجي قائم على استراتيجية تبادل الصور، وبحث أثرها في تنمية مهارات التواصل اللفظي من جهة، والتمكن من خفض درجة التوحد لديهم من جهة أخرى.

خاتمة:

حيث من خلال هذه الإستراتيجية والأساليب النشطة التي اعتمدتها الباحثة، والسعي منها لدمج مختلف التقنيات والأساليب الفنية القائمة على المقاربة المعرفية السلوكية ضمن الجلسات التدريبية_العلاجية، وتحقيق التفاعل الايجابي بمشاركة الأطفال عينة الدراسة التجريبية طوال فترة تنفيذ البرنامج هو ما ساهم في إنجاح هذه الدراسة وتحقيق نتائج ايجابية وتحسن أداء عينة الدراسة.

وبالاضافة إلى اكتساب الأطفال اللغة وتمكنهم من القراءة، فقد تمكنت الباحثة من خلال البرنامج العلاجي المقترح وتنفيذه من تقليص مظاهر العزلة والسلوكيات النمطية المرتبطة بطيف التوحد.

وهو ما يجعلنا نأمل أن تؤخذ مجهوداتنا في سبيل تنمية مهارات التواصل اللفظي، وتعزيز الثقة بالنفس وبالقدرات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومساعدتهم ، من خلال متابعة أدائهم باستمرار وتوفير الوسائل والاستراتيجيات المناسبة لتنمية قدراتهم خاصة خلال التدخل المبكر، وتنفيذ البرامج العلاجية مما يعزز فرص الدمج الاجتماعي والتربوي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتدعوا لإجراء دراسات مستقبلية لتطويرها وتكييفها مع فئات عمرية أخرى، بما يسهم في تحسين وجودة الرعاية المقدمة لهم ولذويهم.

مقترحات الدراسة:

1. تعميم تطبيق البرنامج العلاجي المقترح في المراكز والمؤسسات المتخصصة برعاية الأطفال ذوي طيف التوحد.
2. ضرورة التوعية للمختصين والأسر والقائمين على خدمة الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بالتدخل المبكر لما له من دور فعال في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض درجة التوحد.
3. تشجيع المختصين والأساتذة وأولياء الأمور وتدريبهم على استخدام البرامج العلاجية الحديثة، والتركيز على مشاركة الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وتلبية احتياجاتهم.
4. إعداد برامج علاجية فردية، تراعي الفروق الفردية وتباين درجة الطيف لتنمية جوانب أخرى لدى ذوي إضطراب طيف التوحد.
5. تطبيق البرنامج الحالي وفق اسراتيجيات وأساليب أخرى قائمة على دمج التكنولوجيا والذكاء الاصطناعي بما يخدم فئة ذوي إضطراب طيف التوحد.
6. تعزيز التعاون بين الأسرة والمؤسسة التربوية لضمان استمرارية التدريب وتحسين مخرجاته.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية

- أحمد رضوان، مي. (2015). *فاعلية برنامج إثرائي لغوي لتنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال الذاتويين في إطار نظرية العقل* [رسالة دكتوراه، كلية التربية].جامعة عين شمس، مصر.
- البلشة، أيمن. (1994). *الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية في الأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقليا* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- البطانية،أسامة،الجراح،عبد الناصر وغوانمه،مأمون.(2007).*علم النفس الطفل غير العادي*(ط1).الأردن:دار المسيرة.
- الجبلي، سوسن. (2004). *التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، وعلاجه* (الطبعة الأولى). دمشق: مؤسسة علا الدين للنشر والتوزيع.
- الحساني، سامر. (2005). *فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد*[رسالة ماجستير غير منشورة].الجامعة الأردنية، عمان الأردن.
- الحضيري،سعدة،عبد العاطي،نزيهة والدايخ،فتحي.(2019).الألية المستخدمة في تشخيص أطفال التوحد في ضوء معايير DSHV بالمنطقة الشرقية في ليبيا،*مؤتمر التربية الخاصة*.كلية التربية.جامعة بنغازي.
- الحمدان، عبد الله. (2000). *حقائق عن التوحد*. سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الخطيب،جمال.(2001).*تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الأباء والمعلمين*،دار حنين،عمان.
- الخطيب،سناء. (1996). *فاعلية البرنامج التدريبي أثناء الخدمة على الممارسات الصفية لمعلمي الرياضيات الصف الأول ثانوي* [رسالة ماجستير].
- الدلداش،علي.(2012).*فاعلية برنامج علاجي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد*[أطروحة دكتوراه].كلية التربية،جامعة دمشق.

قائمة المراجع:

- الزريقات، إبراهيم. (2004).*التوحد (الخصائص والعلاج)*. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- الزريقات،إبراهيم.(2020).*طيف الكلام واللغة التشخيص والعلاج*(ط1).عمان:دار الفكر.
- السرطاوي،عبد العزيز، أبو جودة،وائل والخشان، أيمن.(2000).*طيف اللغة والكلام*(ط1).الرياض:أكاديمية التربية الخاصة.
- الشامي،وفاء.(2004).*خفايا التوحد*(ط1).السعودية:مركز جدة للتوحد.
- الشامي،وفاء.(2004).*سمات التوحد*(ط1).السعودية:مركز جدة.
- الشامي،وفاء.(2004).*علاج التوحد*(ط1). السعودية:مركز جدة.
- الشمري، طارش.(1996). *المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم طيف التوحد. (مترجم)*. الكويت، مركز الكويت للتوحد.
- الشيخ ذيب،رائد.(2004).*تصميم برنامج علاجي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية عند الأطفال التوحديين وقياس فاعليته*[أطروحة دكتوراه غير منشورة].الجامعة الأردنية،عمان.
- السرور،ناديا هايل وعميرة،ميرفت.(2018).أثر تدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير الملتحقين في مراكز التربية الخاصة في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي،*مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات*،1(8)، 88_119.ذ
- الطحان، رائد. (2012).*فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الحركية الدقيقة لدى الأطفال التوحديين* [رسالة ماجستير]. كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- العمّاوي ،رامي. (2007).*فعالية التعليم المنظم في برنامج تيتش لتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد* [رسالة ماجستير]. كلية الدراسات العليا، جامعة عمان، الأردن.
- العزاوي، نجم. (2006). *التدريب الإداري* .دار اليازوري العالمية.
- الغامدي، عزة. (2003). *العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد* (رسالة دكتوراه). كلية التربية، جامعة الرياض، السعودية.

- الغصاونة ،يزيد عبد المهدي. (2013). بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكوي لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة الطائف .*المجلة التربوية الدولية المتخصصة، 2(10)*.1003-984
- الفتياني، كمال كمال عبد المقصود. (2017). برنامج إرشادي سلوكي مقترح لخفض حدة ترديد الكلام بين القوسين المصادات وأثره في تحسين التواصل لدى عينة من ذوي طيف التوحد .*مجلة الإرشاد النفسي، 46*.431-385 ,
- الفراوني،عبد الرزاق.(2017).فاعلية الصور في بناء التعلمات ودورها في تنمية مهارات اللغة العربية للناطقين بغيرها،*مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية*.(34).ص1_43
- القاضي علي (2018)،مبادئ تصميم البرامج العلاجية :أسس و أساليب فعالة. دار الزهراء للنشر.
- الهواري،شريف وبلميهوب،كلثوم.(دت).دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي.*مجلة العلوم النفسية والتربوية*،6(2)،ص276_290.
- اليامي،عوض. (دت).*علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي* .كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية.
- بن صديق ،لينا عمر.(2007). فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي .*مجلة الطفولة العربية، (33)،8*
- بوشير،ج.(2010).*الطيف التوحدي*(لطيفة يوسف،عبير القدسي، يوسف بركات، نزار أبازيد، مترجم).دمشق:المركز العربي للترجمة والتأليف والنشر.
- جابر محمد(2019).إدارة العلاج النفسي:إستراتيجيات التقييم و التنفيذ، الطبعة الثالثة.دار الفكر العربي.
- جمال، خلف. (2016). *اضطرابات طيف توحد: التشخيص والتدخلات العلاجية* .عمان، الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- جلال،بهاء الدين.(2013).*منهج هيلب وبوب للاعاقة النمائية وطيف التوحد*.الكويت:مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال افريقيا.

- جريش ،منى فرحات إبراهيم.(2017).فعالية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور PECS في تنمية مهارات التواصل اللفظي والسلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد،مجلة التربية الخاصة والتأهيل.6(21)، ص ص 55_89.
- دبراسو فطيمة(2010) أهم الصعوبات التي يواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية لدراسة ميدانية لمدينة بسكرة)،مجلة الأداب و العلوم الاجتماعية.عدد خاص رقم 11.جامعة فرحات عباس.سطيف.الجزائر
- حامد بدر،عبد المنصف عبد المنعم.(2022).فعالية برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور(PECS) في تنمية بعض مهارات التواصل لطلاب اضطراب طيف التوحد بدولة قطر،مجلة العلوم التربوية،34(1)، 43_64.
- حازم رضوان،اسماعيل.(2012).*التوحد وطيفات التواصل*(ط1).دار مجدلاوي:عمان
- حسن أسامة عبد المنعم،عيد.(2019).*تعديل سلوك الطفل التوحدي* .عمان:دار البدايات.
- حسن أسامة عبد المنعم،عيد.(2018).*علاج طيف الكلام وعلاقته بالثقة بالنفس*
- حمدان،محمد زياد.(2001).*التوحد لدى الأطفال طيفاته وتشخيصه وعلاجه*(ط1).دمشق:دار الربية الحديثة.
- حيزير، سارة، حنان، أمين. (2018). التدريب على الانتباه المشترك بهدف تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال طيف توحد .*مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 8*-89 , 102.
- خالد عبد الوهاب(2019).ما هو البرنامج العلاجي.تم استرجاعها في 13 ديسمبر 2012 من الموقع http://www.acifps.com/vb/showthred.php,?t349
- خطاب، محمد. (2005). *سيكولوجية الطفل التوحدي* (لطبعة الأولى). عمان: دار الثقة.
- خليفة، وليد السعيد، سعد، مراد. (2008).*كيف يتعلم المخ التوحدي؟* (لطبعة الأولى). الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- خليل عبد الله،(2017)،تحديد الأهداف العلاجية في العلاج النفسي:ط1،مصر:دار الوفاء.
- ريما مالك، فاضل. (2015). *فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد*[بحث ماجستير]. كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

قائمة المراجع:

- سالم أسامة،فاروق مصطفى.(2014).*طيف التواصل بين النظرية والتطبيق*(ط1)،عمان:دار المسيرة.
- سعيد،رمضان ،سنوسي،عياط.(2020).دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الأطفال ذوي طيف طيف التوحد وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن،*مجلة البحث العلمي في التربية*،(21)،ص239_221.
- سلام أحمد، جلال. (2018). المشكلات السلوكية لأطفال اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية .*مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 28*.140-108
- سيد عجوه،محمد سعيد.(2019).الخصائص السيكومترية لمقياس التواصل اللفظي للأطفال ذوي طيف طيف التوحد،*مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة*،1(2)،ص 347_372.
- سيد سليمان،عبد الرحمن.(2014).*مناهج البحث*..مصر: عالم الكتب.
- صيف (2006) .*فاعلية برنامج لتنمية مهارات التواصل لدى عينة من أطفال التوحديين*.
- طارق عبد الرؤوف، عامر، المصري، إيهاب عيسى. (2021). *التوحد والطفل التوحدي* . القاهرة: المؤسسة الدولية للكتاب.
- طه عبد العظيم حسين(2008).العلاج النفسي المعرفي .ط1،مصر :دار الوفاء.
- عادل محمد،أحمد.(2021).دراسة العلاقة بين مهارات التواصل اللفظي والطيفات الحسية لدى الأطفال التوحديين،*مجلة التربية وثقافة الطفل*،17(1)،ص4590_2682.
- عبد العزيز.(2015).مشكلات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد والكشف عن الفروق في التواصل اللفظي في ضوء النوع والمستوى التعليمي والاجتماعي.
- عبد العزيز،محمد.(2020).التعاطف كمتغير منبئ بمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى عينة من أطفال طيف التوحد،مجلة كلية الأداب بالوادي الجديد،(11)، ص36_68.
- عبد الفتاح،أحمد.(2020).الخصائص السيكومترية لاختبار تتبع نمو وتطور التواصل اللفظي للطفل التوحدي،*مجلة علوم وذوي الاحتياجات الخاصة*،1(3)،ص596_625.
- عبد الله عادل، أبو الحسن سميرة، و فتحي،هدى. (2015). فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .*مجلة التربية الخاصة،4(11)،3_30*

- عبد المعطي، حسام. (2000). *التدريب وتنمية الموارد البشرية: الأسس والعمليات* .عمان: دار نهران عباس للنشر والتوزيع.
- عبد الوهاب،رحاب وشهاب،منى محمد.(2018).فاعلية برنامج علاجي لتنمية المهارات الحياتية لدى أطفال التوحد،*مجلة تركيب للعلوم الانسانية*،(12)،ص511_537.
- علي دلشاد، محمد شريف. (2013). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين: دراسة شبه تجريبية بالمنظمة السورية للمعوقين أمال .*مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، 29(1)،193_234.*
- عليوة،أحمد.(2001).*تحديد الاحتياجات التدريبية* .القاهرة:العربية للنشر والتوزيع.
- عمايرة موسى، الناطور، ياسر. (2012 .*مقدمة في اضطرابات التواصل* (الطبعة الأولى). عمان: دار الفكر.
- عمر محمد، إسماعيل محمد. (2015).*فاعلية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لاستخدام برنامج PECS في تنمية بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفالهن* [رسالة ماجستير]. كلية التربية، جامعة دمياط، مصر.
- عوض حسي(2019)،أسس بناء بناء البرامج العلاجية:تطبيقات في مجالات النفس و السلوكي.دار الزهراء للنشر
- عويجان ،بشرى عصام. (2012). *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين: دراسة شبه تجريبية في محافظة مدينة دمشق* [رسالة ماجستير]. جامعة دمشق، سوريا.
- عياش،خالد، شريف،عيسى.(2015).فاعلية برنامج علاجي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور بيكس لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس فلسطين،مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية،3(10)، ص157_186.
- غربي،رزيقة وتومي،طيب.(2023).المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي طيف التوحد دراسة استكشافية بولاية الوادي،مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية،11(01)، ص ص222_241.
- غانم،شوقي.(2013).تقنين مقياس تشخيص طيف التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس _سورية[رسالة ماجستير غير منشورة].الجامعة العربية والألمانية للعلوم والتكنولوجيا،كلية الدراسات العليا،قسم التربية وعلم النفس.

قائمة المراجع:

- غفلة المبيضين،محمد.(2001).*التدريب الإداري الموجه بالأداء* .مصر :المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- فاضل، جنا. (1999). *اللعب عند الأطفال* (الطبعة الأولى). دمشق: دار المشرق، المغرب.
- فطيس، عادل سليم مصطفى. (2004). *تحليل وتقييم فعالية البرامج التدريبية أثناء العمل وتأثيرها على أداء العاملين وسلوكهم* [رسالة ماجستير]. كلية إدارة المال والأعمال، جامعة آل البيت، الأردن.
- قطب، نرمين. (2007). *برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظي وغير اللفظي لعينة من أطفال التوحد* [رسالة ماجستير]. كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- كرم الدين،ليلى، السيد،أحمد.(2015).فاعلية برنامج تأهيلي تخاطبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لعينة من الأطفال التوحديين 5_6سنوات،*مجلة دراسات الطفولة* ،18(68)،ص117_123.
- كشك رجب عبده،رضا عبد الستار.(2007).فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، في فلسفة التربية،جامعة الزقازيق،كلية التربية
- لينا عمر، بن صديق. (2007). *فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحديين وأثره على سلوكهم الاجتماعي*[رسالة دكتوراه]. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- محمد،أحمد الحسن حامد حسن.(2025).تقييم مستوى السلوك اللفظي التطبيقي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الاعاقة العقلية(دراسة مقارنة)، المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي،(69)،ص ص262-286.
- محمحد أحمد إبراهيم سعفان(2005).العملية الارشادية (التشخيص، الطرق العلاجية الارشادية،البرامج الارشادية إدارة الجلسات و التواصل)بيروت:دار الكتاب الحديث.
- محمد ،عادل، عزة، إيهاب. (2008). فاعلية العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين في تحسين مستوى نموهم اللغوي. جمعية أولياء أمور الأطفال المعوقين، الجمعية الخليجية للإعاقة، الكويت.

قائمة المراجع:

- محمد حمدي، شكري. (2022). *اضطراب طيف التوحد: المشكلات والمعالجة الحسية* . القاهرة: دار نبضة.
- محمد قاسم ،عبد الله. (2001). *الطفل التوحدي أو الذاتوي* (الطبعة الأولى). دمشق: دار الفكر .
- مؤسسة التوحد تتحدث خدمات الأسرة. (2018). *Autism speaks it's time to listen.* .
- نصر،سهى أمين.(2002).الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص والبرامج العلاجية.
- نامس،أميرة عباس محمد.(2025).واقع استخدام المعلمين لبرنامج تبادل الصور (PECS) في تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمنطقة جازان(رسالة ماجستير غير منشورة).جامعة جازان،المملكة العربية السعودية. https://hdl .handle.net /20.500.14154/76642
- ياغي،عبد الفتاح.(2010).*السياسة العامة:النظرية والتطبيقات*.عمان:المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- **<u>المصادر باللغة الإنجليزية</u>**-

- Alberta Learning special programs Braneh 2013. Teaching students with autism spectrum disorders.
- Alhawas, A. M. (2021). Using the Picture Exchange Communication System with a child with autism to increase requesting skills. Journal of Educational Sciences, Cairo University. **https://doi.org/10.21608/SSJ.2021.286792**
- Amanda,B.Jenifer ,H .E(2014)communication in autism spectrum disorders :a guide for peditric nurses,40(5),219-220-221 .
- Atism,Tex.Pro-d
- Baker,S(2000)-lerning through pictores ,communication spring : 15-17.London,Natinal autistic society.
- Basic ,j (2006)pervasive developmental disorders.autism medecine from web MD,No.03.
- Bondy, A., & Frost, L. (1994). A picture exchange communication system for children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24(5), 725–744.
- Bondy, A., & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System. Behavior Modification, 25(5), 725–744.
- Buffington.D.M ,Krant,P,J,Mclannanhan,Poulson(2000)procedures for teaching appropriate gestual communication skills to children with autism ;journal of autism and davelopmental disorders ,28,pages 535-545.
- Camille Spies(2021)orthophonie et mediation equine ,grille d'evaluation de la communication-trouble du spectre autistique « universite de lorraine ».

- Carper,R,Courchesme,R,Cisum,H(1997)frontallope volume correlates with hyperplasia of cereblla vermin in young autistic patients.Society of neurcience abstract.23.1624 ;
- Carr,Deborah,Flace,J(2007) :the efects pecs teaching children to phass 3 on the comminication interaction between children whit autismand their teachers journal of autism and developmental disorders .vol 37,N4.p724-737.
- Casey,B,Bicard,D,F,(2019) language development in children with language disorders :an introduction to skinner's verbal behevior and the thechniques for initial language acquisition.i.manager's journal on educational psychology,2(3),2-03 doi.org/10.26634/jpsy.2.3.294.
- Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism. Journal of Applied Behavior Analysis, 35(3), 213–231. Frost, L., & Bondy, A. (2002). The Picture Exchange Communication System Training Manual. Pyramid Educational Consultants.
- Creedon,M(1993)Language development in nonverbal autism children using a simultaneous communication system. Paper presented at the society for reseach child development meetin.Phladelphia .March .31
- Cumine ,V.Dunlop,J,Steve ,G(2010)Autism in the early years a practical guide (2ed)Taylor and Francis group.
- Cumming,K(211)Nonverbal communcation and first impression.Kent state university.
- Daneshvar,S ,D Charlop, M,H (2019) Atreatment comparision studay of a photo activty schedule and social storis for teaching social skills to children with autism spectrum disorders. Brief report . developmental neurorehabilitation ,22.(3).209-214
- Daniel Legors,(2020),Les troublrd du spectre de l'autisme :un accompagnement au cotidien,CAMSP de Beauvais .
- De Meyer ,M,Barton,S.De Meyer,W,Norton…(1973) Prognosis in autism : A Follow up study . journal of autism and childhood schizophrenia ,3,199-246.
- Denni krichel ;.N Angelman(2000)Apport de l'orthophonie dans la prise en charge de l'enfant autiste ?,glossa,70,16,21 .
- Fahliza, A. I., Pradiansyah, K. S., Rhousnaka, D., Setiawan, H., et al. (2025). The use of the Picture Exchange Communication System to improve expressive language skills in non-verbal children with autism: A systematic literature review. Genius Journal, 7(1), 7–25. **https://doi.org/10.56359/gj.v7i1.824**
- Farmer ,j.K(2003). The effect of music vs nonmsic Paired with gestrues on spontaneous verbal and nonverbal communication skills of children with Autism between teh ages 1-5-6-7. Florida start university.school of music master thesis.
- Faullner Mike (2004) management training british journal of adminitrative ,
- Fenste,E ,C,Krantz,DJ,Mc clanmahan,L,E(2001)Idantical teaching :a not dixretral teaching procedures in making difference a behavioral intervention for autism .P75-82 ?
- Filippin,M ,Reszka,S,Watson.(2010)Efectivenessof the pictor exghange communicationsystem(pecs) on communication and speach for children with autism spectrum disorders :A metanalyssis ,american journal of speach-language pathology ,19(2),178-195.
- Fredrika,M.Linné,M.(2001).Individuals with autism spectrum disorders .23-24-25.uppsala university faculty of social sciences . Doctoral thesis in clinical psychology.

- Frost ,Bondy,A(2002)the picture exchange communcation system training manual.NEW YORK :pyramid education poducts.Imc.
- Ganz, J. B., et al. (2012). A meta-analysis of single case research studies on PECS. Remedial and Special Education, 33(4), 218–232.
- Ganz, J. B., et al. (2014). The impact of PECS on social communication. Research in Autism Spectrum Disorders, 8(1), 1–12.
- Gary Dessler(2010) Caracteristiques thechniques 2 eme edition –erpi.
- Geib,F.E.(2018),the role of joint attention in pragmatic language development in children with autism spectrum disorders .13-14-15-16.seattle pcifuc university ,doctorl thesis in clinical psychology.
- Greshman,F,Beed,F(1990),A selective review of treatment for children with autism : description and methodological consideration . School psychology,review vol,(28),p559-576.
- Hamilton, A ,Rachel,M,Frith (2007), Imitation and action understanding in autistic spectrum disorders :how valid is the hypothesis of a dificit in the error neuron system.Neuron psychological .VOL .(45)p1859-1868.
- Hart, S. L., & Banda, D. R. (2010). Picture Exchange Communication System: A promising method. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 45(3), 312–321.
- Howlin, P., Gordon, R. K., Pasco, G., Wade, A., & Charman, T. (2007). The effectiveness of PECS in children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(3), 515–529.
- Karboua S,Drifel M,Bensouna C.(2024).Effectiveness of the Picture Exchange Communication System(PECS) in Developing Symbolic Representations in children with Autism Spectrum Disorder,INTJECSE,(16),p799_808.
- Kaur, M(2016) . creative yoga intervention for children with autism spectrum disorder . University of Delaware ,Doctoriel thesis.
- Kravits,Tamara,others(2002)Brief report :Increasin communication skills for an elementary aged student with autism using the picture exchange communcation system , gournal of autism and devlopmental disorders,vol 32,no.3 .
- Landa,j.R,Holman,C.K,Garrett.Mayer,E(2017,july)social and communiaction development in toddlers with early and later diagnosis of autism spactrum disorders .American Medical association,64(7),854.
- Leaf,R ?Mc eachin,J(1991).a woking progress :bihavior management strtegies and curriculum for intensive behavioral treatment for autim .New york :DRL books.
- Lee,M,Ruiz,C,Graham,A,Court,J,Bauman,Nicotic receptorto abnormalis in the cerbella cortx in autism brain .vol.(15),p1483-1495.
- Lerna, A., Esposito, D., Conson, M., Russo, L., & Massagli, A. (2014). Long-term effects of PECS. Research in Autism Spectrum Disorders, 8(7), 774–781.
- Luis.A.Williams,G.(2006).Comprehensive programme for teaching skills to children with autim.New york :university of oviedo and applied behaviouralconsultant services.
- M in ,H.L. and Wah,L.L (2011,December) .Teaching of sppech ,Language and communiaction skills for yor young children wih sever austim spectrum disorders : what do educators need to know . New Horizons in education ,59(3),19.

- Ministere de l'education (2007) pratique pedagogiques efficaces pour les eleves attient de trouble du spectere autistique.Guide pedagogique.
- Mody .M and Belliveau ,W.j.(2013) .speech and language imprairments in Autism :Insight from Behavior and neuroimaging .5(3),157-161.doi :10.7156/v5i 3 p157.
- Mundy,P(2016).Autism and joint attention.New york the Guilford Press ;
- Niederer,E(2013)Improving language acquisition of autistic childre through implenting nonverbal communication in teaching methods,13-14-15-the Netherlands :tilgburg,school of humnities,bachelor thesis.
- Owen,JR,E(2012),language development an introduction (ed 8)New Jersey :pearson education
- Palmer,R,blanchar , S ,Stein,Z,Mandell,D.Miller(2005)environmental mercury release special education and autism disorder an ecological study of texas healht and place.
- Perry, A., et al. (2005). Diagnostic stability in autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35(4), 487–495
- Reichow.B.Hunre,K(2018)Early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD)the cichrane of systematic reviews5(5).
- Robert.Henderen(2018)Trouble du spectre autistique (TSA)livre blanc scientifique international.
- Rocky Bay. Discovring abilities (2012) ; Récupéré sur http://www.1.2-communication-Development.pdf
- Roge ,B(2013)autisme ,comprendre et agir.Paris :dunod
- Rogers .J .Geraldine Dawson ?2010-early start denver model for young children with autism :promoting language, learning,and engagement,ed :guilford press.
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). The Childhood Autism Rating Scale (CARS). Western Psychological Services.
- Scotland,A(2002)Non-speech communication and chidhood autism :language ,speech,and hearning,services in school .jounal of autism and devlopmentaldisorders ,246-257.
- Shattock,P,Whitehey,P.(2002).Biochimical aspectsin autism spectrum disorder :updating the opiod-excess theory and presenting new oppotunities for sunderland.
- Tager-Flusberg,H,Kasari,C.(2013) Minimally verbal-aged chidren with autism spectrum disorder :the neglectedend of the spectrum autism reaseach,6(6),468-478.
- Troshanska,j,Trajkovski,E.V.(2013) stages of communiaction in children with Autism.Modern Aspects of special Education and Rehabihitation of person with disabilities,p(74-78)
- Wigham ,R,C(2012)the enterplay between nonverbal and verbal interaction in synthetic wordswich supports verbal participation and prodiction in a foreign language . linguistic universite Blaise Pascal.Clermont ferrand 2 .recupere sur https :tel.archive-ouvertes .fr/tel-0072382v2
- williamson,G(2014,january28) .http://sltinfo.comLlanguage.development/.Récuperé sur http://www.sltinfo.com

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01):قائمة الاساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي المقترح

المحكم	الجامعة
1. شارف جميلة	جامعة وهران2
2. جفال مريم	جامعة وهران2
3. اسمى بقال	جامعة وهران2
4. غيات حياة	جامعة وهران2
5. بوريشة جميلة	جامعة مستغانم
6. مكي محمد	جامعة وهران2
7. صالح نعيمة	جامعة وهران2
8. كحلولة سعاد	جامعة وهران2
9. كحلولة مراد	جامعة وهران2

الملحق رقم (02) :قائمةالاساتذة المحكمين لمقياس تقدير التواصل اللفظي لذى اطفال طيف التوحد

المحكم	الجامعة
1.شارف جميلة	جامعة وهران2
2.جفال مريم	جامعة وهران2
3.اسمى بقال	جامعة وهران2
4.غيات حياة	جامعة وهران2
5.بوريشة جميلة	جامعة مستغانم
6.مكي محمد	جامعة وهران2
7.صالح نعيمة	جامعة وهران2
8.كحلولة سعاد	جامعة وهران 2
9.كحلولة مراد	جامعة وهران2

قائمة الملاحق:

الملحقرقم (03) مقياس مهارات التواصل اللفظي لاطفال ذوي إضطراب طيف التوحدفي صورته الأولية

	العبـــــــــــــــارات	ينطبـــــــق	ينطبق أحيـــانا	لا ينـــــطبق
.1	يطلب الأشياء التي يريدها بالإشارة إليها			
.2	يستطيع تقليد نغمة الكلمة فقط			
.3	يكرر أصوات محددة			
.4	يبكي لطلب الأشياء دون إشارة			
.5	يقول اسمه عند سماع سؤال (ما اسمك)			
.6	يقلد الأصوات بشكل صحيح			
.7	يطلب المأكولات باسمها			
.8	يستخدم ضمير (أنا) للتعبير عن نفسه			
.9	يردد كلمات غير مفهومة			
.10	لا يستطيع تسمية الأشياء			
.11	يصرخ للحصول على ما يريد			
.12	عند الوداع يعبر بكلمة (باي)			
.13	يردد الكلام بشكل ألي			
.14	يستطيع تقليد الكلمات المفردة			
.15	يستطيع تقليد جملة من كلمتين أو أكثر (ربط الكلمات)			
.16	يجيب عن السؤال عن الأشياء بتكرار السؤال			
.17	يردد كلمات أغنية مألوفة لديه			
.18	يقلد الأصوات عندما يطلب منه			
.19	يقلد مقاطع صوتية عندما يطلب منه			
.20	يقلد نطق الكلمات عندما يطلب منه			
.21	يردد نطق كلمات معينة			
.22	يردد مقاطع صوتية مختلفة (بوبي لوكا)			

.23	يبادر لطلب ما يحتاجه لفظيا			
.24	يستخدم لا عند الرفض أو ما يعادلها			
.25	يستخدم نعم عند القبول أو ما يعادلها			
.26	ينادى على اسم احد الأفراد العائلة حاجته إلى المساعدة			
.27	يستخدم كلمات تدل على أراء معارضة عند الرفض			
.28	يستخدم كلمات في طلب الطعام			
.29	يطلب المساعدة من الآخرين لفظيا			
.30	يستجيب لسؤال أين كذا			
.31	يستجيب لسؤال ما هذا			
.32	يتواصل بصريا مع الشخص المتكلم معه			
.33	يستخدم الكلام للتعبير عن الرفض			
.34	يستخدم الكلام للتعبير عن القبول			
.35	يستخدم كلمة للتعبير عن جملة كاملة			
.36	عند التوقف عن اللعب معه في لعبة محببة إليه يطلب المتابعة باستخدام الكلام			
.37	يشير إلى الأشياء بشكل صحيح عند سؤاله عنها			
.38	ينادى على الأب و الأم تعال بابا تعالي ماما			
.39	يطلب الأشياء لجملة من كلمتين			
.40	يطلب الأشياء باستخدام كلمة مناسبة مثل (أريد أعطيني هات)			
.41	يستخدم جملة من ثلاث كلمات عند طلب الأشياء			
.42	يكرر كلمات السؤال عند طرح سؤال له			
.43	يصف تسلسل الصور			
.44	يجيب على الأسئلة عن الأشياء و الصور			
.45	يسمى الأشياء و الصور			
.46	يميز بين نبرة الفرح والغضب في الكلام			
.47	يقوم بتسمية على الأقل عشرة (10) أشياء مصورة فورا حين يطلب منه ذلك			

.48	يسمي الأشياء من حوله دون أن يطلب منه ذلك			
.49	يتمكن من تسمية على الأقل عشر (10) مأكولات عندما يطلب منه ذلك			
.50	يتمكن من تسمية أعضاء الجسم عندما يطلب منه			
.51	يسمي الأشياء من حوله لجلب انتباه الآخرين			
.52	يتمكن من تسمية الألوان عندما يطلب منه			
.53	يسمي الأشياء التي تثير اهتمامه			
.54	يقوم بذكر أسماء الأشخاص من يحوله			
.55	يقوم بتسمية على الأقل عشر (10) صور حيوانات عندما يطلب منه			
.56	يجيب على السؤال ما هذا الشكل			
.57	يجيب على السؤال ما اسم هذا الحيوان			
.58	يعبر عن صورة و ما يحدث فيها لفظيا			
.59	يرد على الأسئلة البسيطة الموجهة إليه			
.60	يعبر عن الوداع بأكثر من كلمة			
.61	يستطيع تقليد المقاطع الصوتية بشكل صحيح			
.62	القدرة على تقليد جملة			
.63	يشارك في المحادثة مع الآخرين تتكون من سؤال و جواب			
.64	يستخدم جملة مكونة من فعل و فاعل عند الكلام			
.65	يستخدم صيغة الجمع إثناء الحديث (تفاحة تفاحات)			
.66	يستخدم المفاهيم المكانية فوق تحت في الكلام			
.67	يستخدم المفاهيم الزمانية. قبل .بعد.صباح.ليل.في الكلام			
.68	يستطيع أن يحكي ما حدث له في اليوم			
.69	يبادر لطرح الأسئلة			

الملحق رقم(04): مقياس مهارات التواصل اللفظي في صورته النهائية

	العبـــــــــــــارات	ينطبـــــق	ينطبق أحيـــانا	لا ينـــــطبق
.1	يطلب الأشياء التي يريدها بالإشارة إليها			
.2	يقول اسمه عند سماع سؤال (ما اسمك)			
.3	يقلد الأصوات بشكل صحيح			
.4	يطلب المأكولات باسمها			
.5	يستخدم ضمير (أنا) للتعبير عن نفسه			
.6	يردد كلمات غير مفهومة			
.7	لا يستطيع تسمية الأشياء			
.8	عند الوداع يعبر بكلمة (باي)			
.9	يردد الكلام بشكل ألي			
.10	يستطيع تقليد الكلمات المفردة			
.11	يستطيع تقليد جملة من كلمتين أو أكثر (ربط الكلمات)			
.12	يجيب عن السؤال عن الأشياء بتكرار السؤال			
.13	يردد كلمات أغنية مألوفة لديه			
.14	يقلد الأصوات عندما يطلب منه			
.15	يقلد مقاطع صوتية عندما يطلب منه			
.16	يقلد نطق الكلمات عندما يطلب منه			
.17	يردد نطق كلمات معينة			
.18	يردد مقاطع صوتية مختلفة (بوبي لوكا)			
.19	يبادر لطلب ما يحتاجه لفظيا			
.20	يستخدم لا عند الرفض أو ما يعادلها			
.21	يستخدم نعم عند القبول أو ما يعادلها			
.22	ينادى على اسم احد الأفراد العائلة حاجته إلى المساعدة			

.23	يستخدم كلمات تدل على أراء معارضة عند الرفض			
.24	يستخدم كلمات في طلب الطعام			
.25	يطلب المساعدة من الآخرين لفظيا			
.26	يستجيب لسؤال أين كذا			
.27	يستجيب لسؤال ما هذا			
.28	يتواصل بصريا مع الشخص المتكلم معه			
.29	يستخدم الكلام للتعبير عن الرفض			
.30	يستخدم الكلام للتعبير عن القبول			
.31	يستخدم كلمة للتعبير عن جملة كاملة			
.32	عند التوقف عن اللعب معه في لعبة محببة إليه يطلب المتابعة باستخدام الكلام			
.33	ينادى على الأب و الأم تعال بابا تعالي ماما			
.34	يطلب الأشياء لجملة من كلمتين			
.35	يطلب الأشياء باستخدام كلمة مناسبة مثل (أريد أعطيني هات)			
.36	يكرر كلمات السؤال عند طرح سؤال له			
.37	يصف تسلسل الصور			
.38	يجيب على الأسئلة عن الأشياء و الصور			
.39	يسمى الأشياء و الصور			
.40	يميز بين نبرة الفرح والغضب في الكلام			
.41	يقوم بتسمية على الأقل عشرة (10) أشياء مصورة فورا حين يطلب منه ذلك			
.42	يسمي الأشياء من حوله دون أن يطلب منه ذلك			
.43	يتمكن من تسمية على الأقل عشر (10) مأكولات عندما يطلب منه ذلك			
.44	يتمكن من تسمية أعضاء الجسم عندما يطلب منه			
.45	يسمي الأشياء من حوله لجلب انتباه الآخرين			
.46	يتمكن من تسمية الألوان عندما يطلب منه			
.47	يسمي الأشياء التي تثير اهتمامه			

.48	يقوم بذكر أسماء الأشخاص من يحوله			
.49	يجيب على السؤال ما هذا الشكل			
.50	يجيب على السؤال ما اسم هذا الحيوان			
.51	يعبر عن صورة و ما يحدث فيها لفظيا			
.52	يعبر عن الوداع بأكثر من كلمة			
.53	يستطيع تقليد المقاطع الصوتية بشكل صحيح			
.54	القدرة على تقليد جملة			
.55	يشارك في المحادثة مع الآخرين تتكون من سؤال و جواب			
.56	يستخدم جملة مكونة من فعل و فاعل عند الكلام			
.57	يستخدم صيغة الجمع إثناء الحديث (تفاحة تفاحات)			
.58	يستخدم المفاهيم المكانية فوق تحت في الكلام			
.59	يستخدم المفاهيم الزمانية. قبل .بعد.صباح.ليل.في الكلام			
.60	يستطيع أن يحكي ما حدث له في اليوم			
.61	يبادر لطرح الأسئلة			

الملحق رقم (05):

مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز2-ST)

مقياس تقييم التوحد للطفولة (كارز) ليكون أداة لتقييم السمات التوحدية للعيادي المتمرس ومن خلالالملاحظة الإكلينيكية.

الاسم العلمي ومرجعتيه	تقييم التوحد للطفولة (كارز2-ST)
الفئة العمرية	مقياس (**كارز** :2-ST)يستخدم المقياس للأطفال من سن 2-6 سنوات ممن قدر " ذكاء 79 (IQ) أو أقل أو من لديهمعجز في التواصل بشكل واضح. من يتوقع مستوى الذكاء الـ 10 أعلى من 80 فيوصى باستخدام الصورة الثانية منالمقياس كارز-HF2-
نموذج القياس	مقياس(**كارز** 2-ST)يتم جمع المعلومات بشكل أساسي من الملاحظة المباشرة ثم من الوالدين. وهذه الاداة مصممةللممارس النفسي المتخصص، وليست مقياس يقيم به الاباء أطفالهم.
تحذير الاستخدام	مقياس:(**كارز** 2-ST)فقط الممارسين المتدربين على الفئة التوحدية يمكنهم تنفيذ التقييم. لم يصمم هذا المقياس ليكون أداةتقييم لعينات من الجمهور. كما أن تكييف المقياس في الصورة الحالية تم ليكون تحت مظلة الممارسة السيكومترية منتحذير الاستخدام المتخصصين فقط في:

مقياس (كارز-2-ST)مركز النمو والطفولة، مستشفى الملك عبد الله الجامعي، جامعة الاميرة نورة.

تعليمات: مباشرة وبعد إتمام تقييم الحالة وفق قائمة مقياس كارز-2 (ST-الداخلية، يتم تحويل النتائج

المجموع الكلي	

أسم المريض:رقم الملف:تاريخ الفحص: / /

تاريخ الميلاد: الجنس: اسم الفاحص:

تم تقييم الحالة وفق البيانات التي جمعت من:

تصنيف البيانات

1. العلاقات مع الآخرين
2. المحاكة
3. الاستجابات العاطفية
4. استخدام الجسد
5. استخدام الاشياء
6. التكيف والتغيير
7. الاستجابة البصرية
8. الاستجابة السمعية
9. استجابات الشم اللمس ولتذوق.
10. المخاوف والعصبية
11. التواصل اللفظي
12. التواصل الغيرلفظي
13. مستوى النشاط
14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية
15. الانطباع العام

قائمة الملاحق:

تعليمات			1. العلاقات مع الناس
• لكل تساؤل، استخدم تلك المساحة الموجودة تحت "ملاحظة "إكلينيكية" لتضع فيها ملاحظاتك المتعلقة بنفس التساؤل. • بعد أن تنهي الملاحة الإكلينيكية للطفل، قم بتحديد الخيار من خلال وضع علامة على الخيار مباشرة بحيث يعكس أفضل وصف لتقييم الحالة. • قد تجد أحياناً بأن سلوك الطفل الملاحظ يقع بين فئتين من درجات التقييم وبالتالي يمكنك حينها اختيار التقييم المناسب من 1.5 2.5 أو 3.5			لا يوجد دليل على وجود صعوبات أو سلوكيات غير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين.
			يوجد شكل بسيط من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين.
			يوجد شكل متوسط من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين.
			يوجد شكل شديد الشذوذ من السلوكيات الغير اعتيادية في العلاقات مع الآخرين.
			ملاحظة إكلينيكية

			2.التقليد			3.الاستجابة العاطفية
			لديه القدرة المناسبة على التقليد			لدى الطفل استجابة عاطفية مناسبة متوافقة مع العمر والموقف
			لدى الطفل شكل بسيط من القصور في التقليد			لدى الطفل شكل بسيط من القصور في الاستجابات العاطفية
			لدى الطفل قصور متوسط في التقليد			لدى الطفل مستوى متوسط من القصور في الاستجابات العاطفية
			لدى الطفل قصور شديد في التقليد			لدى الطفل قصور شديد في الاستجابات العاطفية
			ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية
			4.الاستجابة الجسدية			5.استخدام الأشياء (الاستخدام الوظيفي التكيفي)
			لديه استجابة جسدية ملائمة لعمره			لدى الطفل الاستجابة المناسبة في الاهتمام والاستخدام للألعاب والأشياء المختلفة.

قائمة الملاحق:

	لدى الطفل قصور بسيط في الاستجابة الجسدية			لدى الطفل قصور بسيط في الاهتمام
	لدى الطفل قصور متوسط في الاستجابة الجسدية			لدى الطفل قصور متوسط في الاهتمام
	لدى الطفل قصور شديد في الاستجابات الجسدية			لدى الطفل قصور شديد في الاهتمام والاستخدام للألعاب والأشياء المختلفة.
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية	

	6.القابلية للتأقلم مع التغيير			7.الاستجابة البصرية
	لديه قابلية ملائمة للتكيف مع التغيير ملائم لعمره			لدى الطفل استجابة بصرية متوافقة مع العمر
	لدى الطفل قصور بسيط في التكيف مع التغيير			لدى الطفل قصور بسيط في الاستجابات البصرية
	لدى الطفل قصور متوسط في التكيف مع التغيير			لدى الطفل قصور متوسط في الاستجابات البصرية
	لدى الطفل قصور شديد في التكيف مع التغيير			لدى الطفل قصور شديد في الاستجابات البصرية
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية	

	8.الاستجابات السمعية			9.استجابات الشم اللمس ولتذوق
	لدى الطفل استجابة سمعية متوافقة مع العمر			استخدام واستجابة طبيعية

				أحاسيس: التذوق الشم واللمس.
	لدى الطفل قصور بسيط في الاستجابات السمعية			قصور بسيط في استخدام و/أو استجابة أحاسيس: التذوق الشم واللمس
	لدى الطفل قصور متوسط في الاستجابات السمعية			قصور متوسط في استخدام و/أو استجابة أحاسيس: التذوق الشم واللمس
	لدى الطفل قصور شديد في الاستجابات السمعية			قصور شديد في استخدام و/أو استجابة أحاسيس: التذوق الشم واللمس
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية	

	10.المخاوف والعصبية			11.التواصل اللفظي
	مستوى طبيعي من المخاوف أو العصبية			مستوى طبيعي للتواصل اللغوي، بما يناسب العمر والموقف.
	مستوى بسيط من أعراض المخاوف والعصبية			مستوى بسيط من قصور التواصل اللفظي
	مستوى متوسط من أعراض المخاوف والعصبية			مستوى متوسط من قصور التواصل اللفظي
	مستوى شديد من أعراض المخاوف والعصبية.			مستوى شديد من قصور التواصل اللفظي
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية	
	12.التواصل غير اللفظي			13.مستوى النشاط
	مستوى طبيعي للتواصل اللفظي، بما يناسب العمر والمواقف			مستوى طبيعي للنشاط الحركي، بما يناسب العمر والظروف.
	مستوى بسيط من قصور التواصل غير اللفظي			مستوى بسيط من قصور النشاط

	مستوى متوسط من قصور التواصل غير اللفظي			مستوى متوسط من قصور النشاط	
	مستوى شديد من قصور التواصل غير اللفظي			مستوى متوسط من قصور النشاط	
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية		

	14.مستوى وثبات الاستجابات الذهنية			15.الانطباع العام	
	مستوى طبيعي للذكاء ومتسق بشكل معقول عبر المجالات المختلفة			لا يوجد توحد	
	مستوى بسيط من قصور الوظائف الفكرية			مستوى بسيط من أعراض التوحد	
	مستوى متوسط من قصور الوظائف الفكرية			مستوى متوسط من أعراض التوحد	
	مستوى شديد من قصور الوظائف الفكرية			مستوى شديد من أعراض التوحد	
ملاحظة إكلينيكية			ملاحظة إكلينيكية		

	مجموع النقاط الخام مقرونة بالعمر والتصنيف التشخيصي			
	التشخيص	الصياغة التشخيصية للسلوك	العمر 13 سنة فأكبر	العمر أقل من 13 سنة
	لا توحد		27.5-15	29.5-15
	طيف توحد		34.5-28	36.5-30
	طيف توحد		60-35	60-37

الملحق رقم 06

استمارة المعلومات الخاصة بالحالة المرجع (إشكالية التواصل اللفظي لدى الطفل المتوحد)

المعلومات العامة للطفل

الاسم واللّقب:

الجنس:

تاريخ الازدياد: / / مكانه: السن:

مقر السكن: تاريخ إجراء الاستمارة: / /

الأمراض والطيفات المتعلقة بالحالة:

الوضع الأسري

سن الأب: سن الأم:

الحالة الأسرية للوالدين: زواج القرابة بين الزوجين:

المستوى الاقتصادي للأسرة: ميسورة

المستوى التعليمي للأب: مستوى تعليمي للأم:

مهنه الأب: مهنة الأم:

التكيف الوجداني للطفل

رتبة الطفل: اجتماعي: انطوائي:

قائمة الملاحق:

علاقته مع الأم: **علاقته مع الأب:** **مع الاخوة:** **عددهم:**

يلعب:

لوحده: **مع إخوته:** **مع أصدقائه:**

الحمل والولادة

هل كان مرغوب فيه: **الأمراض التي اصيبت الأم في الحمل:**

هل تناولت الأم أدوية **نوعها:**

سن الأم أثناء الحمل: **سن الأب أثناء عند الولادة:**

مدة الحمل: **الولادة:** **مدة الحاضنة:**

المشيمة: طبيعية أم لا **الوزن:** **كلغ الطول:** **سم قطر الجمجم:**

رد الفعل للرضاعة: **مدتها:** **نوع الرضاعة:**

النمو النفسي– الحركي

سن الابتسامة: **سن الجلوس:** **سن الوقوف:**

سن المشي: **سن الحبو:** **اليد المستعملة:**

النمو اللغوي

صرخة الميلاد: **في قوتها**

المناغاة: **أشهر الكلمة الأولى:** **الجملة الأولى:**

قائمة الملاحق:

التشوهات التي تطرأ على الكلام: الحذف.....

استعمال الاشارات والايماءات: في السنوات الأولى .....

الجانب المدرسي

دخول الروضة: السن: المدة:

دخول المدرسة: السن: الإعادة:

صعوبات الدراسة:

الجانب الصحي

صعوبات البلع: صعوبات التنفس:

أمراض أخرى: التطعيم: منتظم.....

يتناول أدوية: نوعها:

عملية جراحية: سببها:

الجانب النفسي

الكفالة الارطفونية: مدتها:

الكفالة النفسية: مدتها:

سلوكيات قبل الكفالة:

السلوكيات بعض الكفالة:

الملحق رقم07: درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس مهارات التواصل اللفظي(القبلي_البعدي_التتبعي)

اسم ولقب الطفل التوحدي	الدرجة على القياس القبلي لمقياس مهارات التواصل اللفظي	الدرجة على القياس البعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي	الدرجة على القياس التتبعي مقياس مهارات التواصل اللفظي
.1	54	152	176
.2	62	159	172
.3	76	162	167
.4	75	160	162
.5	59	147	152
.6	69	164	181
.7	97	160	165
.8	98	166	162

الملحق رقم08: درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس كارز للتوحد(القبلي_البعدي_التتبعي)

اسم ولقب الطفل التوحدي	الدرجة على القياس القبلي لمقياس كارز للتوحد	الدرجة على القياس البعدي لمقياس كارز للتوحد	الدرجة على القياس التتبعي لمقياس كارز للتوحد
.1	56	29	29
.2	56	29	30
.3	60	26	27
.4	62	23	25
.5	54	27	33
.6	57	29	27
.7	62	28	30
.8	55	30	30

الملحق رقم(09):نتائج الدراسة الاستطلاعية لمقياس مهارات التواصل اللفظي

الصدق والثبات لمقياس تقدير التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد
الصدق التمييزي
Test T

Statistiques de groupe

	group	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
degeris	p	8	63,38	1,506	,532
	h	8	89,25	12,476	4,411

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
degeris	Hypothèse de variances égales	5,212	,039	-5,824	14	,000	-25,875	4,443	-35,404	-16,346
	Hypothèse de variances inégales			-5,824	7,204	,001	-25,875	4,443	-36,321	-15,429

Fiabilité

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,952	60

ثبات التجزئة النصفية

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,910
		Nombre d'éléments	30[a]
	Partie 2	Valeur	,904
		Nombre d'éléments	30[b]
	Nombre total d'éléments		60
Corrélation entre les sous-échelles			,944
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,971
	Longueur inégale		,971
Coefficient de Guttman			,966
a. Les éléments sont : f1, f5, f7, f13, f15, f17, f19, f21, f23, f24, f25, f27, f29, f31, f33, f35, f39, f43, f45, f47, f49, f51, f53, f57, f61, f63, f65, f67, f69, f6.			
b. Les éléments sont : f8, f10, f12, f14, f16, f18, f20, f22, f26, f28, f30, f32, f34, f36, f38, f40, f42, f44, f46, f48, f50, f52, f54, f56, f58, f60, f62, f64, f66, f68.			

ثبات إعادة الاختبار

Corrélations			
		total	total2
total	Corrélation de Pearson	1	,798**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
total2	Corrélation de Pearson	,798**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			

الملحق رقم(10):نتائج SPSS الدراسة الأساسية

اختبار اعتدالية التوزيع لمقياس المهارات اللفظية

القياس القبلي

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
qabli	,196	8	,200*	,902	8	,300
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.						
a. Correction de signification de Lilliefors						

القياس البعدي

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
ba3di	,266	8	,101	,902	8	,298
a. Correction de signification de Lilliefors						

اختبار اعتدالية التوزيع لمقياس كارز

القياس القبلي

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
qabli2	,210	8	,200*	,873	8	,161
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.						
a. Correction de signification de Lilliefors						

القياس البعدي

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
VAR00001	,228	8	,200*	,871	8	,155
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.						
a. Correction de signification de Lilliefors						

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل اللفظي

Statistiques des échantillons appariés					
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	qabli	73,75	8	16,490	5,830
	ba3di	158,75	8	6,296	2,226

Test des échantillons appariés									
		Différences appariées							
					Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Inférieur	Supérieur	t	ddl	Sig. (bilatéral)
Paire 1	qabli - ba3di	-85,000	13,071	4,621	-95,928	-74,072	-18,393	7	,000

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس كارز

Statistiques des échantillons appariés					
		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	qabli2	57,69	8	3,195	1,130
	VAR00001	27,6250	8	2,26385	,80039

Test des échantillons appariés								
	Différences appariées							
				Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Inférieur	Supérieur	t	ddl	Sig. (bilatéral)

Paire 1	qabli2 - VAR00001	30,06250	4,96011	1,75366	25,91575	34,20925	17,143	7	,000

الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل اللفظي

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	tatbo3i	167,13	8	9,109	3,221
	ba3di	158,75	8	6,296	2,226

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	tatbo3i - ba3di	8,375	9,007	3,184	,845	15,905	2,630	7	,034

الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لمقياس كارز

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	tatbo3i3	28,88	8	2,475	,875
	VAR00001	27,6250	8	2,26385	,80039

Test des échantillons appariés

		Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur			
Paire 1	tatbo3i3 - VAR00001	1,25000	2,31455	,81832	-,68501	3,18501	1,528	7	,170

الملحق رقم(11):البرنامج العلاجي المقترح

- **وصف مفصل للبرنامج العلاجي**

اعتمدت الباحثة على إعداد البرنامج كما تحدده مشكلة البحث حيث تضمنت عددا من اللقاءات تهدف إلى خفض درجة التوحد و تطوير التواصل اللفظي لأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من خلال استعمال التبادل بالصور. وفيما يلي عرض لجلسات البرنامج العلاجي وما تضمنته كل جلسة.

يحتوي البرنامج على ثلاث أجزاء رئيسية كل جزء دام ما يعادل سنة بمعدل أربع إلى خمس جلسات في الأسبوع. ومدة كل جلسة 45 دقيقة.

- قسم البرنامج إلى ثلاث أجزاء:

الجزء الأول من البرنامج: تنمية الجانب المعرفي و اللغوي للطفل

وصف الجلسة الأولى:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها
01	قياس درجة التوحد	مقياس كارز	45د	مكتب الفضاء النفس تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة

الأهداف : تهدف هذه الجلسة إلى قياس درجة التوحد من خلال تطبيق قبلي لمقياس كارز.

الإجراءات:

يطبق في هذه الجلسة تطبيقا قبليا لمقياس كارز على المجموعة التجريبية

وصف الجلسة الثانية:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها
02	قياس مستوي مهارة التواصل اللفظي	مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي اضطراب التوحد.	45د	مكتب الفضاء النفس تربوي لذوي الاحتياجات الخاصة

الأهداف: تهدف هذه الجلسة إلى قياس التواصل اللفظي من خلال تطبيق قبلي لمقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الإجراءات:

يطبق في هذه الجلسة مقياس تقدير التواصل اللفظي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على المجموعة التجريبية.

وصف الجلسة الثالثة:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
03	تنمية الجانب المعرفي للطفل	صور للمجموعات الضمنية	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز – الطلب - التلاشي

الأهداف: تعليم الطفل المجموعات الضمنية

الإجراءات:

تقدم للطفل ثلاثة(3) صور من كل مجموعة:

مجموعة 1: الخضر

مجموعة 2: الفواكه

مجموعة 3: ملابس

مجموعة 4: حيوانات

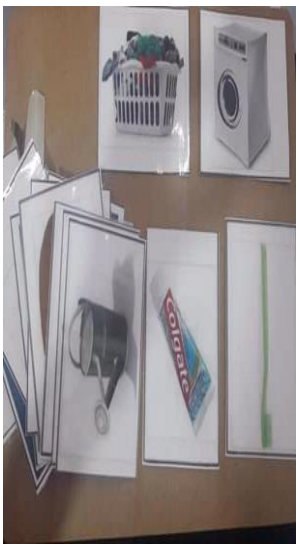
مجموعة 5: أثاث

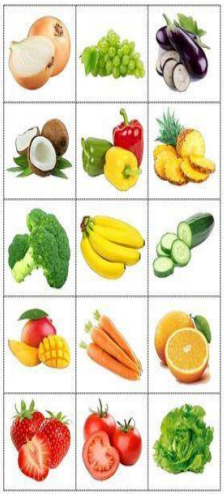
مجموعة 6: مواصلات

وفي كل مرة نغير ونضيف صور أخرى ونسمي ما يظهر على الصورة ونطلب منه أن يعطينا الصورة التي سميناها وفي كل استجابة صحيحة نقوم بمكافئة الحالة ثم يتم سحب التعزيز بالتدريج لتصبح الاستجابة لمجرد الطلب.









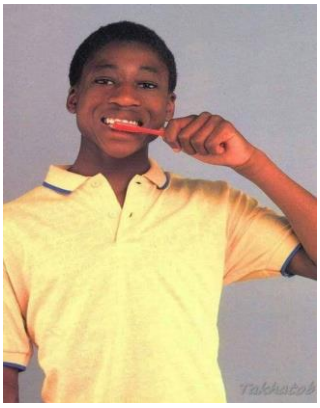
وصف الجلسة الرابعة:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
04	تنمية الجانب المعرفي للطفل	ملف به صور لأفعال	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	– النمذجة – التقليد – التلقين – الإعادة

الأهداف: تعليم الطفل الأفعال

الإجراءات:

نقدم للطفل ملف فيه مجموعة من الصور المعبرة عن الأفعال ونقوم بتسميتها وتكرار هذه الأفعال كما نقوم بتوضيح هذه الأفعال عمليا من طرف المدرب أو احد المربيات.





ترسم





BĚŽÍ

وصف الجلسة الخامسة:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
05	تنمية الجانب المعرفي للطفل	صور للحروف مصنفرة وأخرى مكتوبة وصورة كبيرة مكتوب عليا نفس حروف البطاقات الصغيرة	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	– النمدجة – التقليد – الطلب

الأهداف: تعليم الطفل الحروف، حفظها وانتقاءها بالصور المصنفرة والحروف المكتوبة

الإجراءات:

1. نقدم للطفل صور مكتوب عليها حروف بدون تشكيل، نسمي الحروف كلها الواحدة تلوى الأخرى مع وضع الصورة بالقرب من الفم أثناء نطق الحرف لينظر إلى الصورة والفم خلال النطق كما تستعمل المرآة ليرى الطفل حركة الفم وهو يقلد نطق الحرف.

2. نضع صورة كبيرة على الطاولة عليها كل الحروف باللغة العربية ونعطيه بطاقات مكتوب عليها نفس الحروف باللغة العربية ونطلب منه أن يضع كل بطاقة مع ما يقابلها من حرف على الصورة الكبيرة.



أ	ب	ت	ث
ج	ح	خ	د
ذ	ر	ز	س
ش	ص	ض	ط
ظ	ع	غ	ف
ق	ك	ل	م
ن	ه	و	ي

ن و ي



وصف الجلسة السادسة:

رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
06	تنمية الجانب المعرفي للطفل	بطاقات مكتوب عليها حروف	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	– النمدجة – التقليد – الطلب

الهدف: انتقاء الحروف وحفظها

الإجراءات:

نعرض على الطفل في بداية الجلسة الحروف كلها مثلما فعلنا في الجلسة الرابعة ثم نأخذ ثلاثة حروف فقط ونقوم بنطقها ونطلب من الطفل أن يعطينا حرف من الحروف الثلاثة وهكذا حتى يتمكن من انتقاء الحرف المطلوب دون خلط.

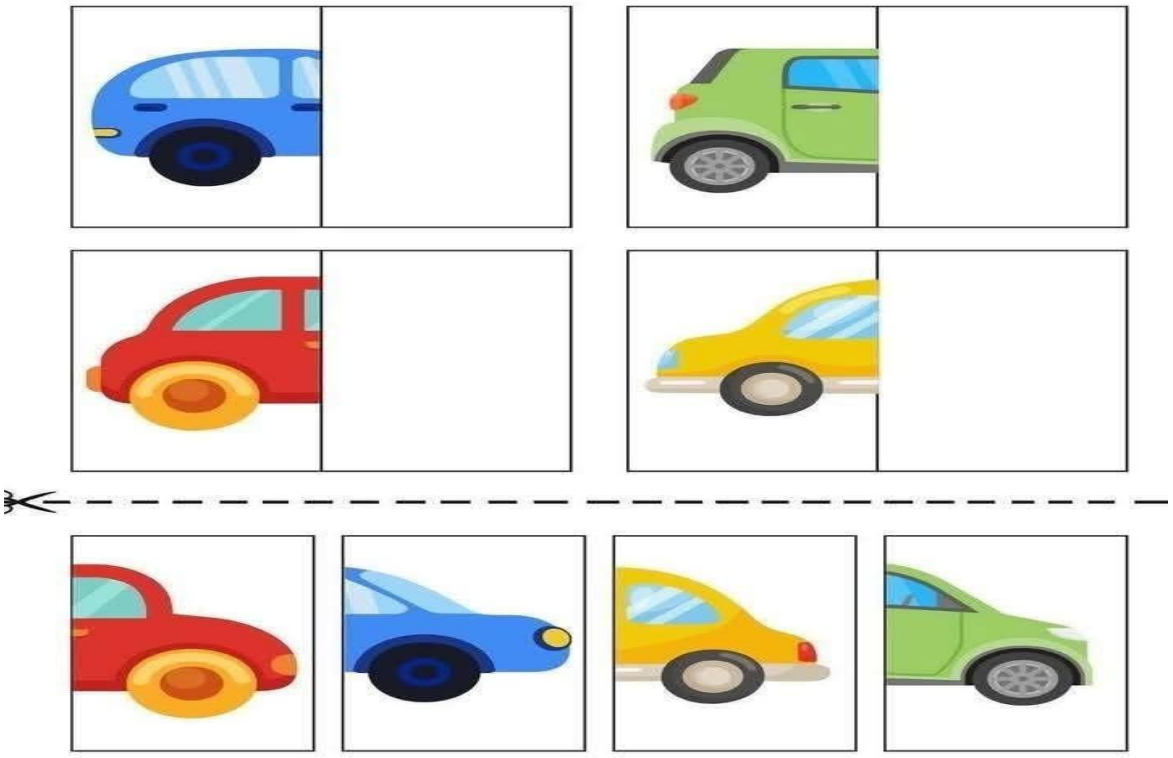
وصف الجلسة السابعة:

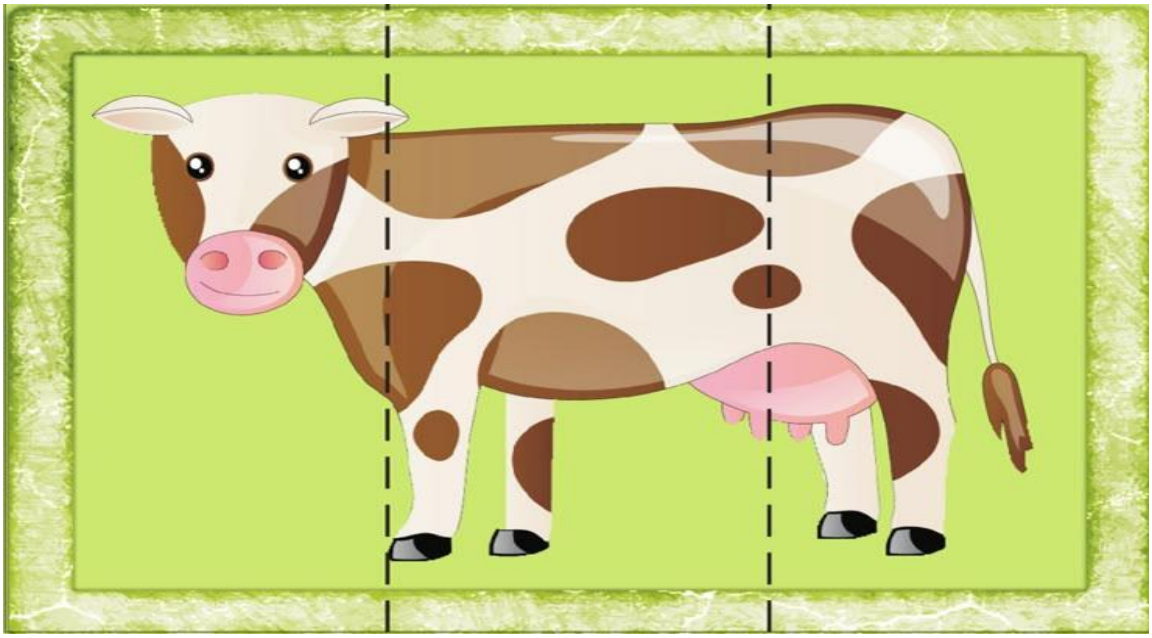
رقم الجلسة	موضوعها	الوسائل المستخدمة	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
07	الانتباه والتركيز	قطع بازل puzzle	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	– التلقين الجسدي المساعدة التلاشي

الهدف: التدريب على البازل كمرحلة تمهيدية لتهيئ الطفل لأهداف مرحلة قادمة من البرنامج

الإجراءات :

نبدأ تدريب الطفل على البازل ذو قطعتين (تلقين و مساعدة كلية) ثم على بازل لثلاث قطع وهكذا في كل مرة نزيد في عدد قطع البازل.





- **ملاحظة:**

تكرر هذه الجلسات لمدة (12) أشهرا بمعدل ثلاث إلى أربع جلسات في الأسبوع ،قدرت (160) حوالي (120) سا

الجزء الثاني من البرنامج: تعزيز السلوك اللفظي

يطبق هذا الجزء من البرنامج في ستة (06) مراحل: من الجلسة 161 إلى 361

عدد جلسات المرحلة الأولى أربعة وعشرون جلسة (24)

وصف الجلسات من160 إلى 184:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من160 إلى 184	التبادل المادي	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	الطلب – التعزيز – المساعدة و التلقين الجسدي

الهدف: تعليم الطفل الطلب عن طريق تبادل الصور

الإجراءات:

تتطلب هذه المرحلة من التدريب شخصين اثنين:

- ✓ شريك التواصل
- ✓ المساعد الجسدي

وفيها يجلس شريك التواصل أمام الطفل وبينهما مجموعة من الصور للأشياء المحببة للطفل ويمسك شريك التواصل بقطعة من المعزز شوكولاتة ،شبس أو بسكوي، فإذا أعطاه الطفل صورة المعزز أعطاه شريك التواصل قطعة منه ، وإذا مد يده لأخذ المعزز مباشرة امسك المساعد الجسدي بيد الطفل ووضعها على الصورة، حتى يعطيها الطفل لشريك التواصل و هكذا .

- **الأدوات المستخدمة:**

- نماذج أطعمة وصور لها بها شريط الفيلكرو
- نماذج الأشياء المفضلة لدى الطفل
- صبورة من الخشب متواجدة في كل أقسام المركز وتكون معلقة على الحائط وبها velcro لإلصاق الصور أثناء التدريب
- التقنيات المستخدمة: التعزيز،التكرار، النمدجة، التوجيه الجسمي، تلاشي الحث، لعب الدور، التسلسل، التشكيل، التدريب العرضي.









- **معايير اتفاق هذه المرحلة والانتقال إلى المرحلة الموالية للتدريب:**

هي ان يستطيع الطفل تبادل خمس صور لأشياء معززة له واحدة في كل مرة وذلك مع أكثر من معزز.

عدد جلسات المرحلة الثانية خمسة وعشرون جلسة (24)

وصف الجلسات من 184 إلى 209

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من184 إلى 209	التلقائية في الأداء	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	الطلب – التعزيز – المساعدة و التلقين الجسدي

الهدف: الطلب التلقائي

الإجراءات:

تدريب الطفل على أن يذهب إلى الصبورة ويلتقط صورة الشيء الذي يرغب فيه ويضعها في يد المدرب. وهنا الطفل يتحرك لمسافة طويلة للوصول إلى شريك التواصل او للوصول على الصبورة.

كما يمكن التدريب على الطلب في أماكن مختلفة (تغيير القسم في كل مرة) وحتى الأشخاص فنقوم بتغيير شريك التواصل (الآباء،الأقارب،المعلمات) حتى يصبح الطفل قادرا على طلب أشياء مختلفة مع ضرورة ملاحظة انه يتعامل مع صورة واحدة وفي وقت واحد

- **معايير اتفاق هذه المرحلة والانتقال إلى المرحلة الموالية للتدريب:**

تدوم حتى يتقن الطفل الانتقال من لوحة التواصل لأخذ الصورة وتقديمها للمُدرّب بشكل تلقائي ومستمر.

عدد جلسات المرحلة الثالثة : 24 جلسة

وصف الجلسات من 211 إلى233

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من211 إلى 233	تمييز الصور	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	الطلب – التعزيز –التلقين – النمذجة – التبديل - الإعادة

الهدف: الاختيار والاعتراض

الإجراءات :

1.التمييز بين صورتين:

1.1 يتم عرض صورتين للطفل (واحدة لشيء مفضل جداً والأخرى لشيء أقل تفضيلاً) بجانب بعضهما البعض على الصبورة.

2.1 يُطلب من الطفل اختيار الصورة التي يريدها.

3.1 يتم تعزيز الطفل فوراً عند اختيار الصورة الصحيحة (الصورة المفضلة)

2.التمييز بين صور متعددة (مرغوبة وغير مرغوبة):

1.2.تُضاف صور لأشياء غير مفضلة تدريجياً بجانب صور الأشياء المفضلة.

2.2.يتعلم الطفل الآن أن يختار فقط صورة الشيء الذي يرغب فيه فعلاً، ويتجاهل صور الأشياء الأخرى.

3.2.في حالة ما أخذ الطفل الشيء غير المفضل وكانت ردة فعل الطفل سلبية(بكاء – يرمي الشيء غير المفض.)

يقوم المدرب بأربع خطوات لتصحيح الخطأ

1-النمذجة.

2-التلقين.

3-التبديل.

4-الإعادة.

- **معايير اتفاق هذه المرحلة والانتقال إلى المرحلة الموالية للتدريب:**

- تطوير القدرة على اتخاذ القرار واختيار الصورة الصحيحة.

عدد جلسات المرحلة الرابعة :35 جلسة

وصف الجلسات من 233 إلى 269

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من233 إلى 269	بناء الجملة	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	الطلب – التعزيز –التلقين – النمذجة –الإعادة

الهدف: تكوين الجملة

الإجراءات:

1. **تجهيز الأدوات :**

يتم استخدام شريط الجملة.

2. **تركيب الجملة:**

1. يضع الطفل صورة "أنا أريد "على شريط الجملة وندربه على إلصاقها في المكان المخصص للجملة أسفل الصبورة.

2. نضيف صورة الشيء الذي يرغب فيه (مثل "تفاحة") بجوارها.

التواصل :يأخذ الطفل الشريط بأكمله ويقدمه لشريك التواصل (المعلم أو الوالد)

الاستجابة :يقوم شريك التواصل بقراءة الجملة بصوت مسموع ("أنا أريد تفاحة") ويقدم المعزز (التفاحة) للطفل.

التنويع والتوسع:

1. زيادة عدد الصور لإعطاء خيارات أكثر.

2. إضافة صور تصف الحالة (مثل "تعبان"، "جائع") أو صفات (مثل "كبير"، "صغير") لتكوين جمل أطول وأكثر تعقيداً، مثل "أنا أريد عصير كبير."

3. التدريب في مواقف مختلفة وأماكن متنوعة لتعميم المهارة.

4.التأكد من عدم استخدام إيماءات لفظية أو جسدية لتشجيع الطفل على استخدام الصور فقط، ليتمكن الطفل من التعبير عن احتياجاته ورغباته بحرية .

ملاحظة : قامت الباحثة بتدريب المجموعة التجريبية على التفريق بين الجواب و السؤال و ذلك تمهيدا للمرحلة الخامسة من الجزء الثاني من البرنامج وتفاديا للاكولاليا في 11 جلسة.

وصف الجلسات : 11 جلسة

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من269 إلى 280	طرح سؤال	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –التلقين اللفظي –الإعادة

الهدف: تجنب الايكولاليا، والتفريق بين السؤال والجواب

الإجراءات:

نطرح السؤال على الطفل ونجيب مباشرة ثم نطرح السؤال مرة أخرى ونصمت، ننتظر قليلا من الوقت، بطبيعة الحال الطفل لن يجيب فنعطيه الإجابة وهكذا.....

نقوم في كل مرة بتغيير و تنويع طريقة طرح السؤال .

مثال:

1. **ما هذا ؟⬅ هذا كلبٌ (مع تقديم الصورة في كل مرة)**
2. **ما هذا ؟⬅ هذا كلبٌ (الإجابة)**
3. **ما هذا ؟⬅ لا نجيب، ننتظر بضع ثواني ثم نعطيه الإجابة وهكذا.....**
4. **أين ....، ما هو .....، من هو ..... مع تقديم الصور في كل مرة**

ملاحظة:

عند طرح السؤال نركز على الاستفهام وعند الإجابة نؤكد على الجواب مع مراعاة تغيير النغمة والصوت في طرح السؤال والإجابة .

معايير اتفاق هذه المرحلة والانتقال إلى المرحلة الموالية للتدريب:

- تمكن الطفل من الإجابة على السؤال المطروح بالإشارة إلى الصورة التي تمثل الإجابة الصحيحة .

– ثم ننتقل إلى المرحلة الخامسة للجزء الثاني من البرنامج .

عدد جلسات المرحلة الخامسة من البرنامج :35 جلسة

وصف الجلسات من 280إلى 315

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من280 إلى 315	الاستجابة إلى السؤال (ماذا تريد)	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –الإعادة – الطلب - التلقين

الهدف :قدرة الطفل على طلب العديد من الأشياء تلقائيًا

الإجراءات :

1. الاستجابة للسؤال ماذا تريد :

1. يقوم المدرب بوضع المعزز وصورته أمام الطفل.

2. يسأل المدرب: "ماذا تريد؟" أو "شا بغيت ؟."

3. يُدرب الطفل على إعطاء صورة الشيء المطلوب للمدرب لاستلامه، أو تكوين جملة بسيطة (أنا أريد...).

تكوين جمل بصرية:

تعلم الطفل استخدام شريط الجملة لوضع الصورة (أنا أريد) ووراءها(بعدها) صورة الشيء المطلوب، مما يطور مهارات بناء الجمل.

3.التمييز بين البطاقات:

تُقدم للطفل بطاقات صور متعددة (الشيء المطلوب والبطاقات الأخرى) للتمييز بينها والرد بدقة.

4. توسيع المفردات:

زيادة عدد البطاقات والمفردات في صبورة التواصل لتمكين الطفل من طلب أشياء متنوعة ومختلفة .

عدد جلسات المرحلة السادسة : 36 جلسة

وصف الجلسات من 315 إلى الجلسة 351

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من315 إلى 351	التعليق التلقائي	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –التلقين اللفظي –الإعادة - الطلب

الهدف : تحقيق التلقائية في استخدام الصور

الإجراءات :

1. **الأسئلة المستهدفة** :تدريب الطفل على الإجابة على أسئلة مثل: "ماذا ترى؟"، "ماذا تسمع؟"، "ما هذا؟."

2. **تكوين الجمل** :استخدام بطاقات الصور لتكوين جمل تبدأ بـ:

1. **"أنا أريد."...**
2. **"أنا أرى."...**
3. **"أنا أسمع."...**
4. **"أنا أشعر."...**

التعميم :تعميم استخدام هذه الجمل في بيئات مختلفة ومع أشخاص مختلفين لضمان استقلالية التواصل.

الاستقلالية :الهدف هو أن يبادر الطفل بالتعليق والتعبير دون الحاجة لتوجيه مستمر، مما يطور قدراته اللغوية والاجتماعية .

كيفية التنفيذ (ملخص):

- **المُدرِّب** :يسأل أسئلة مفتوحة ("ماذا ترى؟") ويساعد الطفل على تكوين جملة باستخدام الصور (أنا، أرى، الكرة) .
- **الطفل** :يختار الصور المناسبة لبناء جملة متكاملة (مثلاً، يختار صورة "أنا" ثم "أرى" ثم "الكرة") ويقدمها للمُدرِّب.
- **التعزيز** :يتم تعزيز استجابات الطفل الصحيحة (إعطاء ما يرغب به) لتقوية السلوك .

ملاحظة :

طبق الجزء الثاني من البرنامج خلال سنة دراسية (13) شهرا بمعدل أربع جلسات بالأسبوع (201) جلسة حوالي (151) ساعة من التدريب .



الجزء الثالث من البرنامج : تدريبات النطق

وصف من الجلسة 352 إلى الجلسة384 :

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من352 إلى 384	تدريبات النطق	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي	التعزيز –التلقين اللفظي –النمذجة

			لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	

الهدف: تعليم الطفل صوت الحرف

الإجراءات:

بالاستعانة بالشمعة كمحفز نقوم بتعليم صوت الحرف للطفل استنادا دائما للصورة، فنقوم بإشعال الشمعة ونطق الحرف المتواجد على الصورة او البطاقة المقدمة للطفل ثم ننطق الحرف بصوت مرتفع مع المبالغة في طريقة النطق لإطفاء الشمعة فالطفل هنا يحاول إطفاء الشمعة بدوره ويقوم بتقليد الصوت وهكذا مع كل الحروف وفي هذه المرحلة ننطق الحرف مرة واحدة فقط مفتوحا .

وصف الجلسات من 385 إلى الجلسة 417:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من385 إلى 417	تدريبات النطق	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –التلقين اللفظي –النمذجة

الهدف: تصحيح الإيقاع

1.نقوم بنطق الحرف مرتين ثم نطق نفس الحرف ثلاث مرات وبنفس التشكيل نبدأ بالفتحة مثال:

أَ أَ ، أَ أَ أَ

2.النطق يكون مع الطرق على الطاولة لمساعدة الطفل على السماع الجيد للمنطوق.

ت ت ،ت ت ت.....وهكذا مع باقي الحروف.

3. نطق نفس الحرف بالكسرة ثم الضمة:

بِ بِ، بِ بِ بِ

فُ فُ،فُ فُ فُ

4.بعدها ننتقل إلى المرحلة الموالية من التدريب وهي نطق نفس الحرف بحركات مختلفة

مثال:أَ أُ–أُ أَ– أَ إِ– إِ أَ

حتى يتمكن الطفل من نطق الحرف بالانتقال من حركة إلى أخرى .

5.وهكذا لنصل إلى نطق حرفين مختلفين بحركات متشابهة

بَطَ– كَبَ– نَوَ– بَرَ

6.نطق حرفين مختلفين بحركات مختلفة

ملاحظة :المعنى هنا لا يهم، المهم هو النطق السليم

أمثلة :تاجٌ–أَبِي–أُمي–قِطَ–فِيلٌ–إِبَا–أُبِي–لَمُ.

7.ثم نطق ثلاث حروف مختلفة بنفس الحركة

بَقَرَ– أَكَلَ– ذَهَبَ

8.وبعدها نطق ثلاث حروف مختلفة بحركات مختلفة

مثال: مَوْزٌ– كَلْبٌ– وَلَدٌ

ملاحظة هامة :

- الهدف من هذه المرحلة كان التدريب على النطق إلا أننا توصلنا إلى نتيجة لم تكن مستهدفة خلال البرنامج فزيادة عن النطق فقد تمكن أطفال المجموعة التجريبية من القراءة

وصف الجلسات من 418 إلى الجلسة 450 :

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة

من418 إلى 450	تطوير النطق والكلام عن طريق تعديل الصورة	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –التلقين اللفظي –النمذجة - الإعادة

الهدف : تسمية ما يراه مع توظيف الحروف التي تم التدريب عليها

الإجراءات :

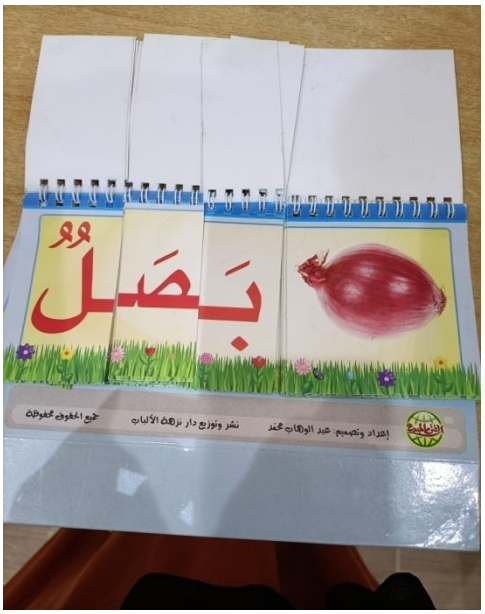
1.نبدأ بتجزئة صورة ذات حرفين ثم صورة ذات ثلاث أحرف وهكذا، فالطفل يقوم بتعديل وتركيب البازل Puzzle

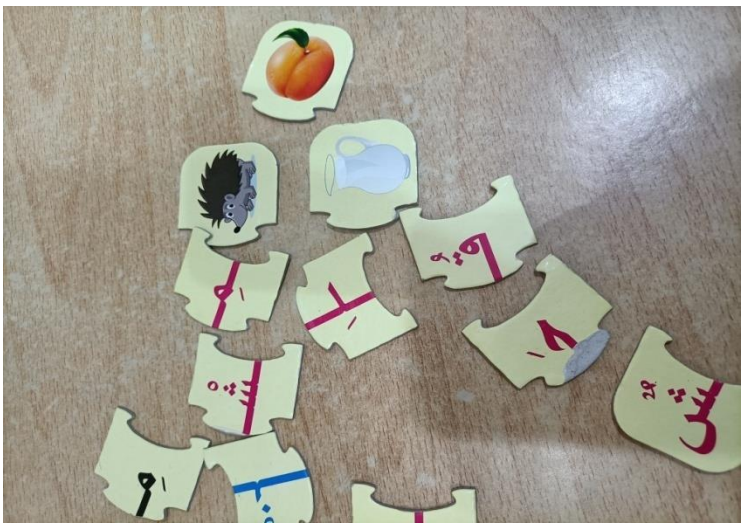




وبالتالي تعدل الصورة.

2. نقوم بتقديم صورة مصحوبة بكلمة مجزأة







وصف الجلسات من 451 إلى الجلسة 483 :

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة

من451 إلى 483	التعليم الثلاثي	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التعزيز –التلقين اللفظي –النمذجة - الإعادة

الهدف : ربط المحتوى البصري (الصورة) بالمعلومات اللفظية (الكلمات)

الإجراءات :

مرحلة الربط الحسي البصري (الصورة+الكلمة) :

1.ربط الصورة بالكلمة :تقديم صورة بسيطة (مثل "موز" أو "بطة") مع الكلمة المكتوبة ، ليربط الطفل بين المفهوم البصري والحرف، وهذا يثبت المعلومة في الذاكرة.

2.الاستفادة من قوة الصورة :الأطفال يتذكرون الصور أفضل من الكلمات، لذا الصورة تعمل كـ" دعم حسي "قوي.(عبد الرزاق الفراوني ، 2017 ، ص43)

3. نقدم للطفل ثلاث صور ونضع أمام كل صورة كلمتها ، ثم نقوم بخلط الصور والكلمات ونطلب منه وضع كل كلمة أمامه صورتها المناسبة .



وصف الجلسات من 484إلى الجلسة516:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من484 إلى 516	سحب الصور	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	الإخفاء - التلاشي

الهدف : تمكن الطفل من الكلام بالسحب التدريجي للصور

الإجراءات :

1.سحب الصور تدريجيا .

2.تقديم للطفل كلمات دون صور و الطلب منه الكلمة المسموعة :

مثلا: أعطني كلمة نمر .....

3.تقديم للطفل الصور دون كلمات و الطلب منه تسمية الصور.



بعد الإنهاء من هذه المرحلة حصل التعميم أين أصبح بمقدور الطفل التواصل اللفظي (الطلب– الإجابة على السؤال) دون الاستناد إلى الصور.

وصف الجلسات من 517إلى الجلسة 549 :

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها	الفنيات المستخدمة
من517 إلى 549	**تطوير التواصل اللفظي عن طريق**	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي	التلقين – التلاشي - الطلب

	صور المحادثة و تسلسل الأحداث		لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	

الهدف: حث الطفل على سرد الأحداث

الإجراءات :

1.نعرض على الطفل صور المحادثة و نقوم بالتعبير عن الصورة .

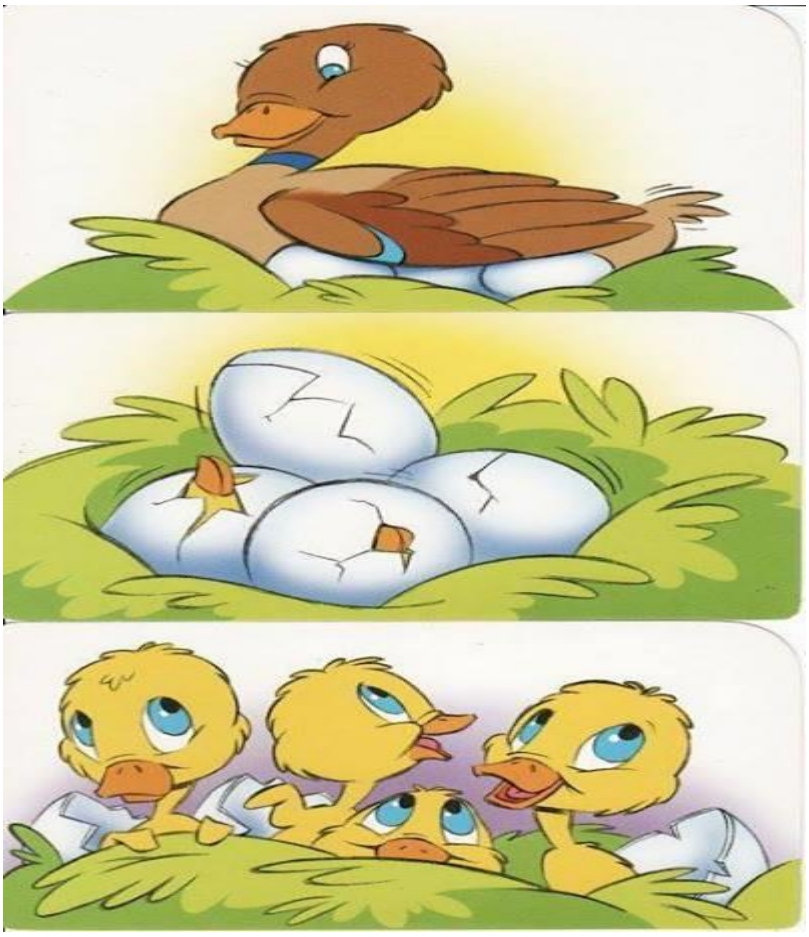
2.نقوم بطرح أسئلة بسيطة ليجيب الطفل عليها .

3. ندرب الطفل على ترتيب قصة مصورة : نعرض على الطفل قصة مكونة من أربع صور نقوم بترتيبها و التعبير عن كل صورة على حدا ثم نقوم بخلطها ونطلب منه ترتيبها مجددا ، و هكذا حتى الإتقان .

عندما يصبح متمكنا من ترتيب القصص ذات 4 صور ندربه على قصص أطول بصور أكثر عددا .


أمي
تطوي
الملابس
اساعد أبي
في تنظيف
السيارة
يتناول
الولد
الطعام
فاضل
سباح
ماهر
مثال
المطوع





طبق الجزء الثالث من البرنامج خلا ل (12) أشهر و 10 أيام بمعدل أربع جلسات بالأسبوع حيث قدرت ب(202) جلسة بمعدل (152) ساعة

وصف الجلسة 550:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها
550	تطبيق مقياس كارز	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

الإجراء :

تطبيق بعدي لمقياس كارز على العينة التجريبية

الهدف:

معرفة اثر البرنامج المطبق في خفض درجة التوحد لدى الحالات

الجلسة 551:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها
551	تطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

الهدف:

معرفة اثر البرنامج العلاجي المطبق في تطوير مستوى مهارة التواصل اللفظي

الإجراء:

تطبيق بعدي لمقياس تقدير التواصل اللفظي للأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد على العينة التجريبية

الجلسة552:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها
552	تطبيق مقياس كارز	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

الهدف:

معرفة جدوى واستمرارية واثر البرنامج العلاجي المطبق في خفض درجة التوحد

الإجراء :تطبيق قياس تتبعي لمقياس كارز على العينة التجريبية

الجلسة553:

رقم الجلسات	موضوعها	مدتها	مكانها
553	تطبيق مقياس تقدير التواصل اللفظي للأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد	45د	أقسام الفضاء النفس التربوي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

الهدف:

معرفة جدوى واستمرارية واثر البرنامج العلاجي المطبق في تطوير مستوى مهارة التواصل اللفظي لعينة الدراسة.

الإجراء :

تطبيق قياس تتبعي لمقياس مقياس تقدير التواصل اللفظي للأطفال المصابون باضطراب التوحد على لعينة الدراسة