

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا



أطروحة دكتوراه الطور الثالث (ل ، م ، د) في علم النفس العيادي ، تخصص علم النفس الصحة

فعالية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية للوقاية من الإدمان على الأجهزة الإلكترونية لدى
أطفال طيف التوحد

— دراسة ميدانية بمدينة وهران —

مقدمة ومناقشة علنا من طرف الطالبة :زهوى دبة

أمام لجنة مناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة	المؤسسة الأصلية
كبداني خديجة	أستاذة	رئيسا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
محرزي مليكة	أستاذة	مقررا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
ملال صافية	أستاذ محاضر — أ—	عضوا	جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
تلمساني فاطمة	أستاذ محاضر — أ—	عضوا	جامعة سيدي بلعباس
توهامي سفيان	أستاذ محاضر — أ—	عضوا	جامعة سعيدة

السنة الجامعية : 2024 – 2025

كلمة شكر

الشكر لله ذي المنة والإحسان بما أنعم وأكرم، وله عظيم الحمد وجميل الثناء الذي بنعمته تتم الصالحات والغايات ، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا وحبيبنا محمد صلى الله عليه وسلم.

أتقدم بجزيل الشكر والاحترام والتقدير لأستاذتي الفاضلة " محرزي مليكة " على إشرافها وتشجيعها ودعمها المتواصل طيلة إنجاز هذه الدراسة.

الشكر موصول للسادة الأساتذة أعضاء اللجنة الذين قبلوا مناقشة هذه الدراسة.

الشكر والامتنان للأساتذة الأفاضل الذين ساهموا في تحكيم مقاييس الدراسة والبرنامج العلاجي.

الشكر الكبير لكل من مديرة عيادة **BLUE SPACE** ، ورئيسة جمعية التقوى للتوحد.

كما لا أنسى من كان لي سندا وعونا خلال إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الدكتور ميلود بوخنون، د.كبداني خديجة، د.ملال صفية، د.ملال خديجة.

الشكر موصول إلى حالات الدراسة أمهات وأطفال وعمال عيادة **blues pace** ، وروضة التقوى (مربين ومختصين).

في الأخير أشكر كل من قدم يد المساعدة من قريب أو بعيد

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على فعالية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية في الوقاية من الإدمان على الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهجين الوصفي وشبه التجريبي، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة و المقابلة العيادية، ومقياس المقابلة التشخيصية للتوحد النسخة المعدلة (adi-r)، ومقياس مقابلة التقييم الوظيفي (eef)، مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد من إعداد الباحثة، حيث طبق على عينة قوامها ستون (60) ام لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد بعيادة BLUE SPACE، وجمعية التقوى للتوحد (وهران)، وذلك من أجل معرفة الحالات التي تعاني إدمان الأجهزة الإلكترونية، وتكونت عينة الدراسة من (04) أمهات أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد يعانون من إدمان الأجهزة الإلكترونية (02ذكور، 02بنات) تتراوح أعمارهم ما بين (06-12 سنة)، بهدف اختبار فعالية البرنامج التدريبي القائم على التربية العلاجية. وخلصت الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي للأمهات القائم على التربية العلاجية في الوقاية من الإدمان على الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد، وتم تقديم مجموعة من الاقتراحات منها إجراء دراسات وندوات علمية للتوعية بطرق التكفل والوقاية من ادمان الأجهزة الإلكترونية خاصة فئة أطفال طيف التوحد، تشجيع برامج تدريب الأمهات وتعزيز الوعي بأهمية التربية العلاجية ودورها الإيجابي على الوالدين و الطفل و الاسرة ككل.

الكلمات المفتاحية: التربية العلاجية، أمهات الطفل التوحدي، اضطراب طيف التوحد، إدمان الأجهزة الإلكترونية.

Abstract :

The current study aims to identify the effectiveness of a training program for mothers based on therapeutic education in preventing addiction to electronic devices, among children with autism spectrum disorder, to achieve this goal the descriptive and quasi-experimental approaches were used, the study tools were ; observation, clinical interview, and the modified version of the autism diagnostic interview scale, the functional assessment interview scale, the Electronic Device Addiction Scale for Children with Autism Spectrum Disorders, prepared by the researcher, it was applied to a sample of sixty (60) mothers of a child with autism spectrum disorders in BLUE SPACE Clinic and Al- Taqwa Association for Autism (Oran), in order to identify cases suffering from Addiction to electronic devices, The study sample consisted of (04) mothers of children with autism spectrum disorder who suffer from addiction to electronic devices (02 males, 02 girls) aged between (06-12 years), with the aim of testing the effectiveness of the training program based on therapeutic education. The study concluded that the training program for mothers based on therapeutic education was effective in preventing addiction to electronic devices among children with autism spectrum disorders. A set of proposals were presented, including conducting scientific studies and seminars to raise awareness of ways to care for and prevent addiction to electronic devices, especially among children on the autism spectrum, encouraging mother training programs and raising awareness of the importance of therapeutic education and its positive role on parents, children, and the family as a whole.

Keywords : Therapeutic Education ,mothers of autistic children, Autism Spectrum Disorder, Electronic device addiction

Résumé :

La présente étude visait à identifier l'efficacité d'un programme de formation destiné aux mères , basé sur l'éducation thérapeutique, pour prévenir la dépendance aux appareils électroniques chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique. Pour atteindre cet objectif , les approches descriptive et quasi-expérimentale ont été utilisées , et les outils de l'étude consistaient en l'observation, l'entretien clinique et la version modifiée de l'échelle d'entretien diagnostique pour l'autisme (ADI-R), l'échelle d'entretien d'évaluation fonctionnelle (EFF), et l'échelle de dépendance aux appareils électroniques pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique ont été développées par le chercheur. Cette méthode a été appliquée à un échantillon de soixante (60) mères d'enfants atteints de troubles du spectre autistique dans la clinique (BLUE SPACE), et l'association (AL-TAQWA) pour l'autisme (Oran) , afin d'identifier les cas de dépendance aux appareils électroniques, l'échantillon de l'étude était composé de (04) mères d'enfants atteints de troubles du spectre autistique souffrant d'addiction aux appareils électroniques (02 male -02 femelle), dont l'âge varie entre (06-12 ans).

L'étude a conclu que ce programme, destiné aux mères et fondé sur l'éducation thérapeutique, était efficace pour prévenir la dépendance aux appareils électroniques chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique. Plusieurs suggestions ont été formulées, notamment la réalisation d'études scientifiques et de séminaires visant à sensibiliser le public aux moyens de soutenir et de prévenir la dépendance aux appareils électroniques, en particulier chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique, et encourager les programmes de formation pour les mères et sensibiliser à l'importance de l'éducation thérapeutique et à son rôle positif **sur les parents, les enfants et la famille.**

Mots clés : éducation thérapeutique , mères d'enfants autistes , troubles du spectre autistique, dépendance aux appareils électroniques

- قائمة المحتويات -

الصفحة	العنوان
أ	الإهداء
ب	كلمة شكر
ج	الملخص
د	قائمة المحتويات
هـ	قائمة الجداول
و	قائمة الأشكال
ي	قائمة الملاحق
01	مقدمة
الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة	
13-06	مشكلة الدراسة
13	فرضية الدراسة
13	أهداف الدراسة
15-14	أهمية الدراسة
16	التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة
48-17	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد	
50	تمهيد
51-50	مفهوم طيف التوحد
55-51	التطور التاريخي للتوحد
62-55	تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق معايير DSM5 , DSM5-TRCIM11
64-62	أنوع اضطراب طيف التوحد
70-65	أسباب اضطراب طيف التوحد

76-70	خصائص اضطراب طيف التوحد
79-76	النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد
83-79	أدوات فحص وتشخيص اضطراب طيف التوحد
86-84	البرامج العلاجية لاضطراب طيف التوحد
87	خلاصة
الفصل الثالث: إدمان الأجهزة الإلكترونية	
89	تمهيد
91-89	تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية
92-91	التطور التاريخي لإدمان الأجهزة الإلكترونية
95-92	النظريات المفسرة لإدمان الأجهزة الإلكترونية
98-95	أسباب إدمان الأجهزة الإلكترونية
103-99	أعراض إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي
104-103	أنواع إدمان الأجهزة الإلكترونية
107-104	تشخيص إدمان الأجهزة الإلكترونية حسب DSM5,CIM11
109-107	تأثير إدمان الأجهزة الإلكترونية على الطفل التوحيدي
111-110	إستراتيجيات التعامل الوالدية مع إدمان الأجهزة الإلكترونية
112	خلاصة
الفصل الرابع: التربية العلاجية	
114	تمهيد
115-114	تعريف التربية العلاجية
121-116	التطور التاريخي للتربية العلاجية
121	فوائد التربية العلاجية
124-121	أهداف التربية العلاجية
131-125	النظريات التي تستند إليها التربية العلاجية
133-131	مراحل التربية العلاجية
134	أساليب وأدوات التربية العلاجية
136-134	طرق تنفيذ برنامج التربية العلاجية

137-136	الصعوبات والعوامل المؤثرة في تطبيق برامج التربية العلاجية
139-137	دور الأخصائي النفسي في التربية العلاجية
140-139	التربية العلاجية لأمهات طفل طيف التوحد المدمن على الأجهزة الالكترونية
140	خلاصة
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
المنهج المتبع	
142	تمهيد
187-142	المنهج المتبع وأدواته
192-187	الدراسة الاستطلاعية
198-193	الدراسة الأساسية
الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج	
عرض الحالات	
225-200	دراسة الحالة الأولى
252-226	دراسة الحالة الثانية
275-253	دراسة الحالة الثالثة
299-276	دراسة الحالة الرابعة
مناقشة النتائج	
320-300	تحليل ومناقشة نتائج الدراسة
323-321	خاتمة وتوصيات
334-324	قائمة المراجع
356-335	قائمة الملاحق

فهرس الجداول والأشكال

الرقم	التعيين	الصفحة
01	الحمية التبادلية لبندورا	101
02	نهج التربية العلاجية في أربعة مراحل	101
03	الاختيارات المتاحة لتنفيذ برنامج التربية العلاجية	104
04	معاملات ارتباط مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	159-158
05	نتائج المقارنة الطرفية لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد.	160-159
06	قيم ثبات مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	160
07	تقدير درجات الفقرات الموجبة	161
08	تقدير درجات الفقرات السالبة	161
09	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الأم	196
10	توزيع عينة الدراسة حسب الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي للأم	197
11	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة المهنية للأم	198
12	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل	198
13	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الطفل	199
14	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير ترتيب الطفل بين الاخوة	199
15	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب درجة توحد الطفل	200
16	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير سن الأم	202
17	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي للأم	202
18	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب الحالة المهنية للأم	203
19	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير جنس الطفل	203
20	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير سن الطفل	204
21	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير ترتيب الطفل بين الاخوة	205-204
22	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب درجة توحد الطفل	205
23	توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب درجة توحد الطفل	206
24	نتائج القياس القبلي للمقياس الخاص بمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	215-213
25	وصف السلوكيات القبلية (EEF)	216
26	محتوى الجلسات الخاصة بأم الحالة الأولى	230-216
27	نتائج القياس البعدي لمقياس ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى الطفل التوحدي	232-231
28	وصف السلوكيات البعدية (EEF)	233

241-239	القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد، الحالة (02)	29
241	وصف السلوكيات القبلية (EEF)	30
257-242	محتوى الخاصة بأمر الحالة الثانية	31
259-258	نتائج القياس البعدي لمقياس تدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحد	32
260	وصف السلوكيات البعدية (EEF)	33
267-265	نتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية للحالة الثالثة	34
267	وصف السلوكيات القبلية (EEF)	35
280-268	محتوى الجلسات الخاصة بأمر الحالة الثالثة	36
282-281	نتائج القياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحد	37
283	وصف السلوكيات البعدية (EEF)	38
290-288	القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية حالة 04	39
291	وصف السلوكيات القبلية (EEF)	40
304-292	محتوى الجلسات الخاصة بأمر الحالة الرابعة	41
306-304	نتائج القياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية (حالة4)	42
306	وصف السلوكيات البعدية (EEF)	43
310-309	اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي لمستوى إدمان الأجهزة الإلكترونية	44

مقدمة:

يعد التقدم التكنولوجي الهائل في مجال المعلومات والاتصالات من أهم إفرازات العصر التي أحدثت نقلة نوعية في عالم الاتصال والتواصل بين الأفراد، مع تطور الأجهزة الالكترونية وتنوعها واختلافها وارتباطها بشكل أو بآخر بالمنظومة المعلوماتية الشبكية، التي أعطتها صبغة فريدة ومميزة جذبت مختلف افراد المجتمع، إن الأجهزة الالكترونية لا تشكل خطورة في حد ذاتها على السلوك ، بل كيفية توظيفها و استخدامها، حيث أصبح التعرض للوسائل المرئية دور متزايد في حياة الأطفال بمختلف أعمارهم وجزء لا يتجزأ من حياتهم، مما ينذر بمخاوف حول استخدامها المفرط والقهري إلى حد الإدمان عليها، نتيجة قضاء وقتا طويلا أمامها عن الحد الموصى به، وهذا ما جاء في البيان الصادر عن الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال سنة (2013): أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (8-10 سنوات) يقضون تقريبا 08 ساعات أمام المشاهدة الرقمية، وأن نسبة 71 بالمئة من الأطفال يملكون جهاز متصل بالإنترنت أو تلفاز في غرف نومهم، واستخدام الأجهزة يحتل المرتبة الثانية بعد النوم من أنشطة الطفل اليومية.(كوتشر.ل.مارتن، 2020، صفحة 08)، رغم توصية الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (2011) بإبعاد الأطفال دون سنتين عن مشاهدة الشاشات، فإن 90 بالمئة من هذه الفئة تتعرض لشكل من أشكال المشاهدة الرقمية بمتوسط ساعة أو ساعتين يوميا، (شرابة، 2022، صفحة 577) ، وثبت أن 39 بالمئة من الأسر التي لديها أطفال أو رضع تبقي التلفاز في وضعية التشغيل لمدة يكون فيها الطفل في الغرفة لأكثر من نصف الوقت(كوتشر.ل.مارتن، 2020، صفحة 576)، وفي مقابل هذا الخطر تعد مرحلة الطفولة فترة حرجة لنمو الطفل، كون التغيرات التي تحدث في الدماغ خلال هذه السنوات الأولى الحساسة تصبح الأساس الدائم الذي تبنى عليه جميع وظائف الدماغ اللاحقة، التي تحتاج الى محفزات محددة من البيئة الخارجية

كالتفاعلات الاجتماعية الحقيقية واستشعار مواقف الآخرين، وبما ان المشاهدة عند الأطفال أطول نشاط يومي بعد النوم، فإن هذا ينتج عنه إعاقة أدمغتهم التي لا تزال في طور النمو وتعيق تطوير قدراتهم التي يحرص الآباء بشدة على تعزيزها من خلال الأجهزة الالكترونية، كما أن التعرض المكثف للشاشات في مراحل النمو المبكرة من تطور الجهاز العصبي المركزي للطفل يتسبب في تغيير التعبير الجيني، مما يؤدي إلى تغيرات بنوية وتشابكية ووظيفية في الدماغ النامي خاصة لدى فئة الأطفال الذين لديهم ملفات تعريف عصبية ووراثية مهينة. من بين هؤلاء الأطفال (أطفال اضطراب طيف التوحد)، حيث كشفت الإحصائيات العالمية المتعلقة بطيف التوحد أنه تم تسجيل (500) ألف طفل مصاب بطيف التوحد يتصدر قائمة الاضطرابات العصبية في الجزائر سنة (2018) (بوجييلين & صحرابي, 2021) p. 174 , أما بخصوص استخدام الالكترونيات لدى هذه الفئة فقد توصلت بعض البحوث و الدراسات أن معدل مشاهدة التلفاز و استخدام الحاسوب كان أعلى في أوساط اليافعين المصابين بدرجات طيف التوحد مقارنة بأقرانهم الآخرين من ذوي الإعاقات الكلامية اللغوية أو إعاقات التعلم، علما أن (78 ٪) من هؤلاء يشاهدون التلفاز لنحو ساعتين في اليوم، فيما استخدم (98 ٪) منهم الحواسيب لنحو (5 سا) يوميا، حيث يقضون ذلك في مشاهدة المواقع الإلكترونية لساعتين و نصف يوميا، ومع ألعاب الفيديو (2.4 سا) يوميا، في حين يقضون مع برامج التواصل الاجتماعي وبرامج التواصل والتراسل الفوري وغرفة الدردشة ما مقداره ساعة واحدة من وقتهم، أما أنواع ألعاب الفيديو فقد استأثرت الألعاب الحركية كألعاب التصويب و القتل ما نسبته (48 ٪)، وهذا ما أكده الآباء ومقدمي الرعاية لهذه الفئة ،حيث أكدوا أن أبناءهم يقضون وقتا أطول في ألعاب الفيديو بمتوسط (2.1 سا) في اليوم مقارنة بالأولاد الذين يتطورون بشكل طبيعي (Mazurek et al., 2013, pp. 1258-1271)، ويقضي الذكور وقتا أطول في ألعاب الفيديو تصل الى (16.4 ساعة) في الأسبوع مقارنة بالأطفال الطبيعيين (9.2 ساعة) أسبوعيا،

ونسبة (98 %) من هذه الفئة يستخدمون جهاز الحاسوب بمتوسط (4.9 ساعة) في اليوم، ويقضون وقتاً أقل بكثير في استخدام البريد الإلكتروني أو الفايسبوك أو الرسائل النصية مقارنة بأقرانهم الطبيعيين، و أظهرت دراسة عراقية (2020) أن هناك علاقة مهمة بين سن بدء التعرض للشاشات الإلكترونية و اضطراب طيف التوحد حيث بدأ أكثر من (81 %) من مرضى اضطراب التوحد التعرض للشاشات في عمر عامين أو أكثر، ونسبة (27.1%) منهم في عمر سنة، ويقضي (54.3 %) من هم في عمر (1-2 سنة فما فوق) في مشاهدة التلفاز لأكثر من 4 ساعات يومياً، وكانت مشاهدة الأجهزة الإلكترونية المختلطة هي المهيمنة، إننا لا ننكر أهمية هذه الأجهزة في بعض البرامج العلاجية الخاصة بفئة أطفال طيف التوحد وتعديل سلوكهم، إلا أن هذا يتم تحت رقابة مختصين في المجال وبطرق علمية مدروسة، في حين نلاحظ قلق ومعاونة الأولياء والمربين القائمين على البرنامج العلاجي لهؤلاء الأطفال نتيجة ظهور سلوكيات مضطربة تؤثر على مردودية العلاج، وتعقد الحالة وتتسبب في انتكاسها نتيجة الاستخدام المتكرر للأجهزة الإلكترونية. من هذا المنطلق جاءت دراستنا لتسلط الضوء على إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد الذي يشكل عبئاً وتحدياً للأمهات وللتقارير والحد من هذه المشكلة لا بد من التدخلات التعليمية والتدريبية عن طريق التربية العلاجية التي تساعد على تطوير استراتيجيات للتفاعل وإدارة السلوك الغير مرغوب، ودعم أساليب التوظيف النفسي ونشاط الأنا للآم لمواجهة هذا الإدمان بأساليب وتقنيات ضمن العلاج المعرفي السلوكي.

لذا استهدفت الدراسة الحالية " فعالية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد، حيث تم تقسيم الدراسة الى الفصول التالية:

تناول الفصل الأول مدخل إلى الدراسة، ويحتوي على مشكلة الدراسة، فرضية الدراسة والهدف، الأهمية التي تكتسبها الدراسة الحالية، والتعاريف الإجرائية للدراسة.

أما الفصل الثاني فتناول التحليل النظري لاضطراب طيف التوحد.

في حين تناول الفصل الثالث التحليل النظري لإدماج الأجهزة الإلكترونية

ثم الفصل الرابع الذي خصصناه لتعريف التربية العلاجية.

وقد تضمن الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة، وفيه عرضنا المنهج الوصفي والمنهج الشبه تجريبي وأدواته، ومقياس إدماج الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد والبرنامج التدريبي المقترح، وكذا أهميته، أهدافه، حدوده، الأسس التي يقوم عليها، التقنيات التي تم الاعتماد عليها، مراحل تصميمه وصدقه، إضافة الى إجراءات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية (الأهداف، الحدود، العينة ومواصفاتها).

أما في الفصل السادس فتم عرض حالات الدراسة (دراسة حالة لأربعة أطفال طيف التوحد من خلال متابعة التاريخ النفسي والاجتماعي، الحالة الراهنة وسير الجلسات التدريبية مع كل حالة واستنتاج عام حولها) ثم مناقشة النتائج المتوصل اليها.

لتنتهي الدراسة بخاتمة، مجموعة من الاقتراحات والتوصيات انطلاقا من نتائج الدراسة.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1-1 - مشكلة الدراسة

2-1 - فرضية الدراسة

3-1 - أهداف الدراسة

4-1 - أهمية الدراسة

5-1 - التعاريف الإجرائية للمفاهيم الأساسية للدراسة

6-1 - الدراسات السابقة

1-1 مشكلة الدراسة:

حظيت الأجهزة الالكترونية بمختلف أشكالها و أنواعها باهتمام الكثير من الأفراد مع تسجيل استجابات متباينة لها سواء كبار أو صغار، بفعل تقنياتها و مميزاتها، ولما تتمتع به من مزايا و خصائص تفاعلية و مثيرات حركية و صوتية وضوئية، مما دفع الباحثين في علم النفس و الاجتماع و الطب و التكنولوجيا للبحث في تأثيراتها الإيجابية و السلبية ، و من سلبيات هذه الأجهزة ما تعلق بظاهرة الإدمان عليها، و الآثار التي تظهر على الفرد من تدني القدرة على ممارسة الأنشطة الاجتماعية و تحولات غير مسبوقة في البنية المعرفية و الإدراكية و الخصائص الشخصية و النفسية و الصحية لمستخدميها واكتساب عادات سيئة و ثقافة مشوهة .

لقد تعددت المصطلحات التي تطلق على إدمان الأجهزة الالكترونية، فنجد منها: إدمان الشاشات، إدمان التكنولوجيا، إدمان الوسائط الرقمية، بالإضافة الى إدمان الأنترنت أو استخدام الأنترنت الإشكالي (القهري)، الاعتماد النفسي على الأنترنت، إدمان الألعاب الالكترونية باختلاف مسمياتها، كلها أفعال تمارس عبر شاشات هذه الأجهزة. إن للإدمان خاصيتين: الأولى فيزيولوجية جسدية بالاعتماد على المواد؛ والثانية سلوكية تتعلق بالعادات و الأنشطة اليومية، وتم مؤخرا وضع الإدمان على الأنترنت ضمن عناصر الإدمانات الأخرى، حيث عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) : " أنه اضطراب يظهر حاجة سيكولوجية قسرية نتيجة عدم الإشباع من استخدام الأنترنت والمصاب بهذا الاضطراب يعاني من أعراض عديدة ". (حمودة، 2015، ص 216)

وتشير دراسة (Zhou & al, 2009) أن التركيب الكيميائي في الدماغ يتغير لدى الأفراد الذين يصنفون من قبل الباحثين مدمنين على الأجهزة الإلكترونية بالطريقة نفسها التي يحصل لدى الأفراد الذين يصنفون على أنهم مدمنين كيميائيا. (المرواني، 2016، ص 05) ، وفي خضم الاهتمام المتزايد والتعلق القهري بالأجهزة الإلكترونية، أصبح الطفل في تبعية نفسية تؤثر على معاشه النفسي والتربوي الذي يعبر بدوره على نوع من التبعية السلوكية، ويشير الى آلية التفاعل بين الإنسان والآلة مما ينبئ بأعراض تتشابه مع أعراض اضطراب طيف التوحد، وهذا ما أشارت إليه دراسة الباحث (شرابة عبد الرحمان ، 2022) ، حول التوحد والتوحد الافتراضي بخصوص الأعراض المشتركة بين الاضطرابين بعد عملية التشخيص، منها ما يرجع إلى تأخر واضح في استعمال وتوظيف اللغة، وغياب التواصل البصري وكذا عدم الاستجابة أو الرد عند مناداة الطفل، حيث زالت هذه الأعراض بعد المتابعة مع الطفل والوالدين، كما أكدت أيضا دراسة الباحثة (بن شدة مليكة ، 2023)، إلى أنه يمكن إسقاط أعراض طيف التوحد على أعراض طيف التوحد الافتراضي، ولا توجد أوجه اختلاف بينهما من هذه الناحية، إنما يكمن الاختلاف في التعريف لكل منهما وأن أسباب طيف التوحد غير محددة، بينما أعراض طيف التوحد الافتراضي ترجع الى إدمان الأجهزة الذكية .

إنه لا يمكن إغفال فوائد الأنشطة والبرامج عبر الأجهزة الإلكترونية للأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد، لكن هذا يتم تحت إشراف مختصين بطرق علمية وفئة محددة من اضطراب طيف التوحد، و رغم ذلك يؤكد الباحثون على تأثير هذه الفئة بشكل أعمق مقارنة بأقرانهم الطبيعيين وهذا ما

أشارت إليه الهيئة الكندية العليا للصحة في تقريرها السنوي حول التكفل بالتوحد المنشور في فيفري (2018)، حيث نبهت إلى خطورة العلاقة المفرطة بين الشاشات والأطفال (توجد علاقة جديدة بين المدة الزمنية أمام التلفزة والتوحد، الإفراط في التعرض للتلفزة خصوصا عند الذكور يمكن أن يؤثر سلبا على النمو الاجتماعي) (شرابة، 2022، ص 567)، غالبا ما ينخرط المصابون باضطراب طيف التوحد في أنشطة رقمية عبر الأجهزة الإلكترونية مما يثير مخاوف بشأن العواقب الصحية لهذه العادات كارتباط الوقت المفرط الذي يقضيه الأطفال في ألعاب الفيديو بضعف النمو البدني والتغذية وتداخل في الروتين اليومي والصراع والعلاقات والأسرة والقلق والاكتئاب، كون اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية المزمنة يتميز بقصور في الجانبين : التواصل والتفاعل الاجتماعي، وأنماط سلوكية مقيدة متكررة، ويختلف من حيث نوع ودرجة ضعف الاضطراب.

يرى الباحثون (Melke.J & al,2007) أن الاهتمامات المقيدة و السلوكيات المتكررة لدى هذه الفئة قد تزيد من خطر الإصابة باضطراب إدمان الأنترنت مقارنة بأقرانهم العاديون (Melkie, 2007, pp. 90-98)، أما دراسة (Matthew.S Goodwin et al,2006) تشير إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يقضون فترات أكثر في ممارسة الألعاب الإلكترونية وتستحوذ على جل وقت فراغهم، ويحققون درجات أعلى في مقاييس ألعاب الفيديو التي تسبب مشكلات كتنشيط الميلاتونين وتعطيل النوم (Goodwin & Groden, June , 2006, pp. 100-123). ويرى تيوهاريس (Theoharis.C , 2013) أن قضاء وقت مع الشاشة يؤدي إلى زيادة التهاب الدماغ نتيجة زيادة هرمونات التوتر وقمع الميلاتونين والنوم غير المنتظم، بالإضافة إلى أن

الضوء المنبعث في الليل من الشاشات الذي يجمع حركة العينين السريعة. (Theoharis.C.Theoharides & Asadi, 2013, p. 46) .يميل الدماغ المصاب بطيف التوحد إلى أن يكون غير متصل بشكل كاف (أقل تكاملاً وأكثر تجزئة) وهنا تعيق الشاشة تكامل الدماغ بالكامل والتطور الصحي للفص الجبهي، كما يعاني أطفال طيف التوحد من عجز في التفاعل الاجتماعي والتواصل. إن الأجهزة الإلكترونية تعيق تطوير نفس المهارات عند الطفل الذي لا يعاني من التوحد وقد يتأخر في اكتساب اللغة (Rowan, 2010, pp. 60-68).

عادة ما ينجذب الأفراد المصابون باضطراب طيف التوحد بشدة إلى الأجهزة الإلكترونية التي تتضمن شاشات، مما يجعلهم أكثر عرضة لخطر متزايد للإصابة بإدمان التكنولوجيا، وتجعلهم أكثر عرضة لإظهار أعراض بكميات أكبر مقارنة بوقت التعرض القصير، فهم أكثر حساسية للحقول الكهرومغناطيسية المنبعثة من هذه الأجهزة مما يؤدي إلى تفاقم التشوهات المناعية ومشاكل سلامة الحاجز في الأمعاء أو الدماغ، بالإضافة إلى اضطرابات نفسية من جميع الأنواع. هذا كله يمكن أن يؤدي إلى تعجيل تراجع المهارات الاجتماعية أو التكيفية وفقدان اللغة، وتفاقم السلوكيات المتكررة، وإثارة العدوانية وإيذاء الذات وتقييد الاهتمامات لدى هذه الفئة بشكل أكبر، مما يؤدي إلى مزيد من المشاكل والنكسات، وهو ما يشكل ضغط متزايد على صحة وسلوك الطفل والأمهات نتيجة المشاكل والصعوبات التي يعاني منها طفل طيف التوحد التي ترجع لطبيعة الاضطراب من جهة، وتعدد مصادر الضغط النفسي منها التعلق القهري بالجهاز الإلكتروني من جهة أخرى.

تعد البرامج التدريبية العلاجية المطبقة على فئة اضطراب طيف التوحد في البيئة الجزائرية بالغة الأهمية وضرورية بتعددتها وتنوعها، نظرا لنتائجها الإيجابية في تعديل السلوك وفعاليتها في تطوير المهارات التعليمية، وكذا التواصل والتفاعل الاجتماعي، والتقليل من المشكلات السلوكية وبالتالي تحسين حالة الطفل من جهة وتخفيف الضغط على الوالدين من جهة أخرى.

تسلط العديد من الدراسات الضوء على فعالية تدخلات التعليم و التدريب في اضطراب طيف التوحد من خلال البرامج التدريبية او العلاجية، كون الدعم التعليمي او التدخل الذي يقدمه نظام الرعاية الصحية للأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد أو مقدمي الرعاية (الأولياء)، تمكنهم من إدارة المرض أو الاضطراب بشكل أفضل وقدر كبير من التكيف، خاصة التي تتضمن مشاركة الوالدين أو الأمهات على وجه الخصوص وثبتت فعاليتها على نطاق واسع في مجموعة متنوعة من المواقف ولها تأثيرات مفيدة على الصحة و الحد من المضاعفات و تحسين الالتزام بالعلاج وخفض الضغوط النفسية .

من الدراسات التي اهتمت بتصميم البرامج التدريبية والعلاجية التي تتضمن مشاركة الأمهات مع أطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد والكشف عن مدى فعاليتها نجد دراسة (Koegel,et al,1998)، التعرف على فعالية تدريب الوالدين في المنزل على مهارات التواصل وتغير بعض المتغيرات البيئية ذات الصلة في خفض العدوان والسلوكيات التخريبية لطفل مصاب بالتوحد اتجاه أشقائه، وأظهرت النتائج فعالية التدخل العلاجي للحد من العدوان وزيادة راحته وتفاعله مع الأسرة، كما تناولت دراسة (Symon,2005)، الكشف عن فعالية برنامج للتدخل العلاجي لأطفال التوحد، قائم على الأمهات كمدرسين لإكسابهم المهارات التي تمكنهم من تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي مع

الآخرين لدى أطفالهم، وأشارت النتائج إلى نجاح الأمهات في اكتساب وإتقان المهارات وفي تدريب القائمين على رعاية الطفل، وساعد ذلك على تحسين التواصل الاجتماعي للأطفال وخفض حدة بعض السلوكيات المضطربة كالعدوانية وإيذاء الذات رغم أنها لم تكن مستهدفة في البرنامج، و أيضا دراسة (Jeffery,et al 2006)، التي هدفت إلى تقييم آثار التدريب السلوكي للآباء في الأسر التي بها أطفال توحديين يعانون من اضطراب النشاط الحركي الزائد المصحوب بنقص الانتباه، واضطراب المعارضه والسلوك العدواني وكذلك التخفيض من الضغوط الوالدية نتيجة إصابة الطفل بالتوحد، وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في خفض النشاط الحركي والمعارضه والعدوان لدى الأطفال، كما هدفت دراسة (غادة حسني عفيفي 2013)، إلى التعرف على فعالية برنامج تدريبي لأمهات أطفال التوحد قائم على استراتيجية التدريب على التقليد لدى أطفالهن وأثره في تحسين حالة الطفل، من ناحية (الانتباه، التواصل، التفاعل الاجتماعي، السلوكات النمطية)، وأشارت النتائج إلى وجود تأثير كبير للبرنامج التدريبي في تحسين كل من مستوى أطفال التوحد على قائمة المظاهر السلوكية وقائمة ملاحظات التقليد، وبطاقة ملاحظات الأمهات.

في حين نسجل حضورا ضئيلا في الدراسات التي تقيم التدخلات المقدمة للأطفال المصابين باضطراب التوحد والذين يعانون من الافراط في استخدام الشاشات والإدمان عليها بمشاركة الوالدين أو أحدهما ومن هذه الدراسات دراسة (سعيد صادقي وآخرون، 2019) ، تناولت أثر تدريب الوالدين على مدة استخدام الشاشات، والسلوكيات المتكررة ، والخصائص الكهربائية الفيسيولوجية للدماغ لدى الأطفال الصغار الذين يعانون من أعراض التوحد ويقضون وقت طويل أمام الشاشات، وأظهرت النتائج أنه بعد شهرين من التفاعل بين الوالدين

والطفل انخفض وقت استخدام الشاشات والسلوكيات المتكررة، وتغيرت قوة مؤشر تخطيط كهربية الدماغ في بعض القنوات، مما يؤكد أن تدريب الوالدين له آثار إيجابية على الأطفال الذين يعانون من الإفراط في استخدام الشاشات والذين يعانون من أعراض التوحد دراسة (كارين فرانكل هيفلر وآخرون، 2022)، لطفلين صغيرين مصابين باضطراب طيف التوحد كان لدهما تعرض كبير للشاشات في مرحلة الطفولة المبكرة، والذي تم تخفيضه لاحقاً واستبداله بوقت اجتماعي مع الوالدين، أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في مسارات النمو عند استبدال وقت الشاشة بوقت اجتماعي، وتفاقمت الأعراض عند زيادة التعرض للشاشة لاحقاً والتي تحسنت عند التقليل من التعرض للشاشة مرة أخرى.

بالتالي يمكن القول أن أسر أطفال طيف التوحد كغيرها من الأسر الجزائرية تعاني من مشكلة إدمان أطفالها على الأجهزة الإلكترونية لما تحمله من مميزات الجذب و الاشباع مع الشعور بالتمتع العميق والشغف وهو ما أطلق عليه الباحث (كزيكسنميهاليي - Cziksenmihalyi)، بحالة تجربة التدفق أو سيكولوجية التجربة المثلى، حيث تجمع بين العمل والوعي والانغماس التام في نشاط يعتبر تحدياً يعكس مهارات الفرد، وتولد ردود فعل فورية وقدرة على زيادة مستويات أعلى من الانغماس والحماس والتعلق بالمادة المشاهدة، وتوليد إحساس بالسيطرة تجعل الطفل يفقد نفسه في محاكاة مع مضمون الجهاز، كما تعزز إعادة استخدام الجهاز مرة تلو الأخرى، وتكرار هذا السلوك يحدث الإدمان والتبعية السلوكية الناتجة عن التفاعل بين الفرد والجهاز، ويمكن القول أن جميع الدراسات السابقة أكدت الآثار السلبية لاستخدام الأجهزة الإلكترونية وانعكاساتها على سلوك الطفل و صحته خاصة فئة اضطراب طيف التوحد،

وأشارت دراسات أخرى الى ضرورة البرامج التدريبية للوالدين و الأمهات في خفض السلوكات المضطربة وتعديلها لما لها من نتائج في تحسين سلوكات الطفل التوحدي وتطوير مهاراته، وتأسيسا على ما سبق جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على موضوع إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد، حيث استهدفت الدراسة فعالية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية للوقاية من إدمان الأجهزة الالكترونية لدى هذه الفئة في ظل الندرة الواضحة إن لم نقل غياب دراسات و بحوث جزائرية -على حد علم الباحثة، وعليه تتمحور إشكالية دراستنا في التساؤل التالي:

هل للبرنامج التدريبي الموجه للأمهات والقائم على التربية العلاجية فعالية في الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد؟

1-2 فرضية الدراسة:

انطلاقا من الإشكالية المطروحة صيغت الفرضية العامة على النحو التالي:

- للبرنامج التدريبي القائم على التربية العلاجية للأمهات فعالية في الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال طيف التوحد.

1-3 أهداف الدراسة:

- بناء برنامج تدريبي قائم على التربية العلاجية للأمهات للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لطفل طيف التوحد.

- التحقق من فاعلية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية في الوقاية من إدمان الأجهزة الالكترونية عند طفل طيف التوحد.

1-4 أهمية الدراسة:

تبرز الأهمية النظرية والتطبيقية لهذه الدراسة في أن تعرض طفل طيف التوحد إلى إدمان الأجهزة الإلكترونية يشكل خطرا على صحته وسلوكه ويزيد من حدة الاضطراب، ويسبب ضغوطا نفسية على الأمهات، وهنا تتجلى أهميته من خلال:

- الإضافة العلمية والاستفادة من نتائج الدراسة في مجال علم النفس الصحة للوقاية من الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

- يعد موضوع التربية العلاجية للأمهات الطفل المصاب بطيف التوحد والذي يعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية من المواضيع الهامة والحديثة التي أثارت اهتمام الباحثين والمختصين في المجال النفسي والصحي، رغم قلة الأبحاث التي أجريت حوله مع فئة اضطراب طيف التوحد خاصة في منطقتنا العربية (في حدود اطلاع الباحثة)، بخلاف بعض الدول الأوروبية والأمريكية التي قدمت عدد من المساهمات في هذا الموضوع. وأصبح هذا النوع من الدراسات ضروريا في ظل انتشار الأجهزة الإلكترونية بمختلف أشكالها والتي تشكل خطرا على الطفل التوحيدي، ودراستنا بذلك تمثل إضافة نوعية تتجلى أهميتها في:

- تناولها لفئة خاصة وهي أطفال اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى المرحلة العمرية والتي تتميز بالكثير من المشكلات النفسية والسلوكية حتى عند الطفل العادي.

- تعد من الموضوعات الحديثة في المجتمع العربي عامة والمجتمع الجزائري خاصة.

- تقديم مقياس حول ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد من (اعداد الباحثة) خلو الساحة العربية من المقاييس والأدوات الخاصة بإدمان الأجهزة الإلكترونية عند هذه الفئة (في حدود اطلاع الباحثة)، و محاولة إعطاء حل للمشكلة من خلال البرنامج التدريبي المقترح نظرا للندرة الملحوظة في البرامج العلاجية والتدريبية للتكفل بهؤلاء الأطفال (في حدود اطلاع الباحثة)، مع ندرة المعلومات في هذا المجال وقلة الإحصاءات أو البيانات الخاصة بهذا الموضوع.

- حاجة الأمهات إلى تعلم استراتيجيات ومهارات تساعدها في التعامل مع مختلف الوضعيات الناجمة عن هذا المشكل، بإعادة توجيه وتعديل سلوك الطفل المصاب بطيف التوحد، من خلال إعداد برنامج تدريبي قائم على التربية العلاجية للأمهات لوقايتهم من هذا الإدمان مبنية على أسس علمية وبالتالي خفض الضغط المتزايد على الأم والطفل معا.

- الإضافة العلمية والعملية لتخصص علم النفس الصحة، بتعزيز برامج التربية العلاجية لأسر طيف التوحد، لما تحتويه من عناصر جديدة وإثراء لهذا الحقل من الدراسة.

- إن ما قد تسفر عليه هذه الدراسة من نتائج وتوصيات يخدم الأمهات والأسر الجزائرية والمراكز المتخصصة لفئة اضطراب طيف التوحد.

5-1 التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1-5-1 التربية العلاجية: هي الإعلام والتثقيف، والإرشاد النفسي والصحي من خلال جلسات (12 جلسة) موجهة للأمهات ودعم قدرتهن على وقاية أطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية ضمن تقنيات وأساليب تتدرج تحت العلاج المعرفي السلوكي (السحب التدريجي النمذجة، التقليد، الحث، لعب الأدوار، القصة الاجتماعية، التعزيز) باتباع عدة مراحل وخطوات في التربية العلاجية.

2-5-1 إدمان الأجهزة الإلكترونية: يقصد به حصول الطفل على درجة مرتفعة ما بين (111-165) على مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند أطفال طيف التوحد (من إعداد الباحثة)، والتي ظهرت عليه الأعراض في مدة تفوق ستة أشهر حسب الدليل الإحصائي الخامس.

3-5-1 اضطراب طيف التوحد (AUTISM): هو الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد والذي يتراوح عمره ما بين (6-12 سنة) يعاني من ادمتن الأجهزة الإلكترونية، الملتحق بالعيادة الأرطوفونية (الفضاء الأزرق)، اوجمعية (التقوى للتوحد) بولاية وهران، والذي تم تشخيصه بالتوحد عن طريق مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد المعدلة.

4-5-1 أمهات الطفل التوحدي: ونقصد بهن كل أم طفل مصاب باضطراب طيف التوحد (عينة الدراسة)، يعاني من ادمان الأجهزة الإلكترونية ملتحق بإحدى العيادتين، خاضعة للبرنامج التدريبي المقترح محل الدراسة.

5- الدراسات السابقة:

5-1 دراسات حول برامج التربية العلاجية لاضطراب طيف التوحد:

-دراسة للباحث (شورت أندريو - short andrew ، 1980) وقد هدف الباحث الى اختبار فاعلية البرنامج العلاجي القصير المدى الذي قدمه (سكوبلر و ريتشارد - schopler richlers) سنة 1971، لعينة من الأطفال التوحديين تقدر بحوالي خمسة عشر (15) طفلا عمرهم الزمني أقل من ثمان (08) سنوات، اثنا عشر (12) ذكرا وثلاث (03) إناث، وتم قياسها بالاختبارات التي تقيس المهارات غير اللفظية ،ثم تدريب الآباء للقيام بعلاج أطفالهم التوحديين، وتوصلت النتائج الى اختزال السلوكيات غير الاجتماعية التي يصدرها أطفال العينة نتيجة للعلاج، ومنها (استثارة الذات، النمطية في اللعب، الميل الى عدم التفاعل والتواصل)، ازدياد تكيف الاسرة مع الضغوط الناشئة من سلوك أطفالهم التوحديين، استخدم الباحث تحليل التباين المتعدد لتحليل البيانات الذي أظهر صحة وصدق الفروض كنتيجة معززة لفعالية الوالدين والعلاج (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 31).

-دراسة للباحث (ماكلنهان - maclannahan ، 1982) الذي قدم دراسة تصف النموذج الذي يجب يتبعه الآباء في معالجة أبنائهم التوحديين، يتضمن المشاركة الفعالة المتواصلة بين معدي البرامج المنزلية والآباء من خلال نموذج للتدريب الفعال لآباء الأطفال التوحديين كعمالجين لأطفالهم، ومتابعة الآباء في تنفيذ البرنامج في المنزل من خلال شرائط فيديو مداومة الآباء على تسجيل بيانات تنفيذ البرنامج بمساعدة من معدي البرامج المنزلية تضمنت الدراسة ستة عشر (16) طفل بمتوسط العمر العقلي (3,9 سنة)، يحضر كل طفل خمس جلسات يومية لمدة ساعة ونصف (1,30 د) لكل جلسة لخمس أيام في الأسبوع ، وزعوا في فصول صغيرة يضم كل فصل اثنان الى خمسة أطفال يقوم بتدريسهم أخصائيون ذوي خبرة في التوحد وعلم النفس ويصاحبهم الآباء يقومون بتنفيذ خطوات البرنامج في المنزل

،وقد توصلت النتائج الى أهمية التدريب العملي للآباء والأطفال في اكتساب مهارات وبناء علاقات حميمة بمشاركة الأسرة في البرامج المنزلية ،ساعد على تقدم جوهرى من حيث التحكم في المشكلات السلوكية (الزراع، 2010، ص ص 20-27).

-دراسة بايزي (Paisey et al,1991) هدفت الى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للوالدين لكف العدوان الحاد لفتاة من عمر 11 سنة ، تعاني من التوحد، في البيئة الاسرية ، ولديها عدوانية حادة و نوبات غضب مرتفعة ،و تم تنفيذ البرنامج في المنزل من خلال التدريب المنهجي الواضح للوالدين مباشرة ، من قبل موظفي الدعم الفنيين في المنزل، و تدريبهم على فنيات التعزيز التفاضلي و إعادة التوجيه و الاسترخاء، و افضت النتائج الى حدوث انخفاض في نوبات الغضب و العدوانية لدى الفتاة عند الامتثال لمطالب المهمة، تلاشي التدريجي للسلوك مع مرور الوقت.

- دراسة (koegel et al,1998) كواجل (هدفت الى التعرف على فاعلية تدريب الوالدين في المنزل على مهارات التواصل وتغيير بعض المتغيرات البيئية التي لها صلة في خفض العدوان والسلوكيات التخريبية اتجاه إخوته العاديين الأصغر منه سنا، وتكونت عينة الدراسة من ثلاث أطفال تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، وتفترض على أن الأطفال التوحديين يظهرون العدوان والسلوكيات التخريبية الأخرى للتعبير عن مشاعرهم بالعدوان اتجاه أشقائهم ، وأظهرت النتائج فاعلية التدخل العلاجي في خفض حدة عدوان الأطفال التوحديين اجاه إخوانهم الطبيعيين وزيادة في كل من شعورهم بالسعادة والراحة عند لقاء الغرباء وزيادة تفاعلهم مع الأسرة (البحيري و وافي، 2018، ص 159).

- وتناولت دراسة سهام عبد الغفار عليوة سنة (1999) فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذواتية لدى الأطفال التوحديين من خلال إستراتيجية علاجية، تعتمد على الطفل وعلى الأسرة وعلى الطفل والأسرة معا من أجل أن يستفيد هؤلاء الأطفال من المراحل العمرية القادمة. وتكونت

عينة الدراسة من ثلاث مجموعات الأولى مكونة من أربع (04) أطفال تم تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية عليهم والمجموعة الثانية مكونة من أربع (04) أطفال طبق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية وعلى أسرهم برنامج إرشادي، وتم استخدام مقياس السلوك التوافقي (لصفوت فرج، ناهد رمزي) و برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري (من إعداد الباحثة) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال للبرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، وظهر ذلك في زيادة قدرة التركيز لديهم على بعض المعطيات الموجودة في البيئة والتي كانت لا تجذبهم من قبل ، كما أصبحوا قادرين على المبادأة بالحديث مع الآخرين واستمراره لفترات قصيرة ، وزادت قدرته على التقليد نتيجة تحسين الأداء في استخدام الأشياء والألعاب ، وأظهرت بؤاير إيجابية في استجابة الأطفال للمثيرات الحسية والسمعية والبصرية (العسكر، 2011، ص 145).

كما نوجز في هذا الصدد مجموعة من الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية بمشاركة الآباء والتي وردت في دراسة عبد الرقيب أحمد البحيري سنة (2018)، وهي كما يلي:

- دراسة باري (Barry et al,2001) ، وهدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج يقوم به الطبيب بمشاركة الأسرة في المنزل لحالة طفل يبلغ من العمر عشر (10) سنوات، يقوم بسلوكيات عدوانية اتجاه إخوته الرضع ، حيث تم تدريب الوالدين على المهارات التي ينفذها الطبيب وعلى الإدارة الذاتية لاستبدال السلوك العدواني، وشكل سن الطفل مشكلة بالنسبة للطبيب كون تعليم المهارات يزداد تعقيدا كلما كبر في العمر، وأشارت النتائج إلى انخفاض السلوك العدواني وتباعد الفترات التي كان يظهر فيها السلوك مع زيادة تفاعلاته مع أشقائه في المنزل.

- دراسة بيتر (Peter,2001) بعنوان العمليات ومردودها على الأطفال ذوي التوحد المستقبليين لتدخلات مكثفة بواسطة الآباء وهدفت إلى تحسين في النتائج بالنسبة للأطفال التوحديين الذين يستقبلون تدخلات مكثفة وناجحة من الأمهات، وتكونت عينة الدراسة من

(66) طفل محاطون بعناية (25) مستشار وتوصلت النتائج إلى أن معدلات إنجازات الذكاء لم يحدث لها تغيير بينما وجد أن إنجازات السلوك التكيفي زادت بنسبة (8.9 نقاط) ، وأن ستون (60) طفلا من العينة ظهر لديهم تقدم في العمر العقلي من الشهر الخامس منذ إحاطتهم بالتدخل والعناية من الأم والمستشارين، كما لوحظ السلوك التكيفي ما بين الشهر السابع والتاسع وكذا تقدم في اللغة خلال الشهر الخامس، ومنه تؤكد النتائج أن الرعاية الناجحة من طرف الأمهات والمستشارين قد أحرزت سلسلة من التقدم لم تحرزه البرامج العلاجية المعروفة (العسكر، 2011، ص ص 157-158).

- دراسة عادل عبد الله محمد (2001) ، هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات أطفال التوحد في الحد من السلوك الانسحابي لأطفالهم، حيث تكونت عينة الدراسة من ثمانية (08) أطفال توحيدين تراوحت أعمارهم ما بين (06-12 سنة) ، بمتوسط عمري (10.4 سنة) وجميعهم ينتمون إلى مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة ، وتم استخدام مقياس (جودار للذكاء) ، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة (محمد بيومي) ومقياس الطفل التوحيدي، ومقياس السلوك الانسحابي والبرنامج الإرشادي للباحث، وأظهرت النتائج إلى وجود فروق دالة في الاتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على فعالية الإرشاد الأسري في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال وبالتالي زيادة مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية.

- دراسة سهير محمود عبد الله سنة (2002) ، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية ومهارة رعاية الذات لدى الأطفال التوحيدين بمشاركة الوالدين، وقد تكونت عينة الدراسة من عشر (10) أطفال مصابين بالتوحد لعمر ما بين (08-22 سنة) ، وتم استخدام مقياس ستانفورد بنيه للذكاء (لويس مليكه، 1988)، ومقياس تقييم الطفل التوحيدي، ومقياس تقدير السلوك الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من

إعداد (عبد العزيز الشخص)، وبرنامج تدريبي للأطفال التوحديين وبرنامج إرشادي لوالدي الطفل التوحدي من إعداد الباحثة ، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية واللغوية، ومهارات رعاية الذات للأطفال التوحديين.

- دراسة دالينبورغر (Dellenburger et al,2004) ، والتي هدفت إلى التحقق من فاعلية تدريب الوالدين على استخدام أسلوب التحليل التطبيقي السلوكي في مساعدة أطفالهم التوحديين في تنمية مهاراتهم اليومية، وتكونت العينة من الآباء والأمهات وأطفالهم المصابين بالتوحد، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى مكونة من اثنا عشر (12) أسرة ذات أهداف بعيدة المدى، المجموعة الثانية من عشر أسر ذات أهداف قصيرة المدى، وأشارت النتائج إلى فاعلية التحليل التطبيقي السلوكي بمساعدة الأطفال التوحديين وزيادة اعتمادهم على أنفسهم وزيادة مهاراتهم النمائية وتفاعلاتهم الاجتماعية.

- أجرت (سيدة أبو السعود سليمان، 2005) ، دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي للوالدين لتنمية بعض مهارات الطفل التوحدي، حيث تكونت عينة الدراسة من ثماني (08) أمهات لأطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (04-08 سنوات) ، واشتمل البرنامج على بعض الأنشطة (فنية ، رياضية ، ذهنية) لتنمية بعض مهارات الطفل التوحدي (المهارات الاجتماعية ، المهارات الحركية ، مهارات رعاية الذات، الانتباه)، واعتمدت الدراسة على الإرشاد الأسري للوالدين والإرشاد السلوكي باللعب للأطفال، واستخدمت الباحثة فنيات تعديل السلوك (المحاضرة ، الحوار ، المناقشة ، الواجبات المنزلية) مع الأمهات، واستخدمت الباحثة عدة أدوات كدليل ملاحظة سلوك الطفل ومعدل تكراره (إعداد جمال شكري)، مقياس تقدير مستوى نمو بعض مهارات الطفل وبرنامج المهارات الاجتماعية للطفل التوحدي، والبرنامج الإرشادي لوالدي الطفل التوحدي (إعداد الباحثة) وتوصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي لأمهات الطفل التوحدي في تنمية مهارات طفلهم.

- دراسة سيمون (Symon,2005)، هدفت دراسته الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل العلاجي لأطفال التوحد ويكون الوالدين كمدرسين حيث يتم تعليم الأمهات اكتساب مهارات لتحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين لدى أطفالهن، وأيضا إعداد الأمهات حيث يقمن بتدريب القائمين على رعاية الطفل من خلال ما تم تعليمه لهن في البرنامج وشملت عينة الدراسة ثلاث (03) أمهات لأطفال توحديين لأعمار تتراوح بين (02-05 سنوات) ، وتضمنت أدوات الدراسة على الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي والبرنامج التدريبي للأمهات وأسلوب المقابلة مع الأمهات وتدريبهن على فنيات تعديل السلوك مثل النمذجة والتعزيز، وتوصلت النتائج إلى نجاح الأمهات في كل من اكتساب وإتقان المهارات، وفي تدريب القائمين على رعاية الطفل معا وتحسين التواصل الاجتماعي وخفض حدة بعض السلوكيات كالعدوانية وسلوك إيذاء الذات لأطفال التوحد بالرغم من أنها لم تكن مستهدفة في البرنامج.

- دراسة جيفري (Jeffery et al,2006)، فقد هدفت إلى تقييم آثار التدريب السلوكي للآباء في الأسر التي بها أطفال توحديين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بنقص الانتباه، واضطراب المعارضة والسلوك العدواني، وتضمنت العينة (39 أسرة) لهؤلاء الأطفال وتضمنت أيضا (39 طفل) منهم (45 ذكور و04 إناث)، أعمارهم ما بين (04-12 سنة) ، كما تم تقسيم العينة إلى خمس مجموعات لتلقي البرنامج التدريبي لمدة ثمانية أسابيع ، حيث تستغرق الجلسة من (75 - 90 دقيقة) وتم استخدام مقياس المعيار الشامل للوالدين، ومقياس التقارير الذاتية يكملها الوالدان، ومقياس تقرير الممارسات التربوية المعدل للطفل وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحسن ملحوظ في خفض النشاط الحركي والمعارضة والعدوان لدى الأطفال التوحديين.

- دراسة سينغ (Singh et al,2006)، هدفت دراسته إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي للوالدين لتطوير مسار المعاملات البديلة للحد من السلوكيات الغير تكيفية والمشكلة

للأطفال التوحديين، وتضمنت عينة الدراسة (03) آباء وأمهات للأطفال التوحديين حيث تم تدريبهم على فلسفة الممارسات الذهنية في السياق الاجتماعي للوالدين من خلال تطوير معاملتهم وأساليبهم مع مشكلات الأطفال، وأثر ذلك في إعطاء سلوكيات إيجابية عند أطفالهم في دورة لمدة (12 أسبوع)، وبعد تقييم البرنامج أفادت النتائج إلى رضى الوالدين عن البرنامج والتفاعل مع أطفالهم وانخفاض العدوان والسلوكيات الغير تكيفية.

- دراسة سيونغ (Seung et al,2006)، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لآباء الأطفال التوحديين لخفض سلوكياتهم المضطربة والمتمثلة في العدوان والعناد وإيذاء الذات، عن طريق تحسين سلوكيات آبائهم مع أطفالهم أثناء التفاعل الاجتماعي وتضمنت العينة (03 آباء) لأطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (04- 06 سنوات) ، حيث تم تدريب الآباء على طرق تعامل بديلة عن تفاعلهم مع أطفالهم وتدريبهم على الانتباه والاستجابة لهم، واستخدمت الأدوات التالية : مقياس الرضا الوالدي، مقياس فيانلاند للسلوك التكيفي، وتوصلت النتائج إلى وجود انخفاض ملحوظ في معدل السلوكيات المضطربة لدى الأطفال الثلاثة ورضا الآباء عن مهاراتهم الوالدية أثناء تفاعلهم مع أطفالهم.

- دراسة صولومون (Solomon,et al,2008) : وهدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لآباء وأمهات الأطفال التوحديين من أجل تحسين التفاعل الاجتماعي مع أطفالهم وتضمنت عينة الدراسة (09 أمهات وآباء) لأطفال بعمر ما بين (04-12 سنة) ، تم تشخيصهم وفقاً لمعايير التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-4)، وتضمن البرنامج تدريب الوالدين على استخدام مبادئ تعديل السلوك وتعديل البيئة بما يتناسب مع تحقيق تفاعل اجتماعي بين الوالدين والطفل أثناء اللعب، واشتمل البرنامج على مرحلتين الأولى يتم فيها تدريب الوالدين على الانتباه لأطفالهم ويتبعون طريقتهم في التفاعل حيث أن الطفل هو الذي يوجه التفاعل، والمرحلة الثانية يتم تدريب الوالدين على إعطاء تعليمات مباشرة وواضحة ومناسبة لأعمار أطفالهم، وأشارت النتائج إلى تحسن التفاعل

الاجتماعي بين الطفل التوحدي ووالديه ، وتحسين السلوك التكيفي لهؤلاء الأطفال (البحيري و الوافي، 2018، ص 157).

- دراسة **عهد بنت بشير بن سعود العسكر (سنة 2011)**: هدفت إلى دراسة فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من (05 أسر) لأطفال توحديين من فئة التوحد البسيط أعمارهم تتراوح ما بين (03-09 سنوات) ، ينتمون إلى المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي المتوسط نفسه، وقد استخدمت الباحثة المنهج الشبه تجريبي ومقياس اختبار مان وتني لتحديد الفروق بين القياس القبلي والبعدي، وأشارت نتائج الدراسة إلى تعديل أفكار الوالدين السلبية، وتعديل سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الوالدين له كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات في الأداء قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد البرنامج.

- دراسة **شاوولر (Shawler,2013)**، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي للوالدين في تحسين الكفاءة الوالدية وأثرها على كل من الضغوط الوالدية وخفض المشكلات السلوكية التخريبية لأطفالهم المصابين باضطراب التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من (130) من الآباء والأمهات لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (03-11 سنة) ، وتم تدريبهم من خلال الشبكة التفاعلية (طريقة IAN)، بمركز البحوث في معهد كينيدي كريجر، ومؤسسة جونز هوبكنز، الطبية لرعاية التوحد بالتمور، واستخدمت الدراسة مقياس الضغوط الوالدية، ومقياس جيليام لقياس التوحد ، والبرنامج التدريبي للوالدين لتحسين الكفاءة الوالدية، ومقياس (Eyberg) لقياس السلوكيات التخريبية، واستبيان ديمغرافية الأسرة وتوصلت البيانات الأولية التي تم جمعها أن الوالدين يعانون من الضغوط النفسية نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد، وزيادة المشكلات السلوكية التخريبية لدى أطفالهم وأشارت النتائج في تحسن كفاءة

الوالدين في التعامل مع المشكلات السلوكية والتخريبية لطفلهم وانخفاض الضغوط الوالدية بعد تدريبهم وانخفاض المشكلات السلوكية التخريبية عند أطفالهم التوحديين.

- دراسة ليزاك (Lesack,et al,2014)، هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج للتدخل العلاجي قائم على تفاعل الوالدين مع الطفل مدعوماً بالعلاج السلوكي لحالة طفل يعاني من التوحد ولديه مشكلات سلوكية متمثلة في العدوان ونوبات الغضب وعدم الامتثال، وكذا مدى تكيف الوالدين مع اضطراب التوحد الذي يعاني منه طفلهم، حيث تم تدريب الوالدين على مهارات التواصل كتنقبل الطفل وإتاحة الفرصة له للتعبير عن مشاعره التي قد تحقق التكيف بينهما، كما شمل التدخل بعض التغييرات أثناء مراحل التدخل المختلفة وتوصلت النتائج إلى اكتساب الوالدين للمهارات التي درّبوا عليها وانخفاض العدوان ونوبات الغضب وعدم الامتثال لدى الطفل.

- دراسة ويس (Weiss,et al,2015)، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي للأمهات في خفض الضغوط لديهن والعدوانية عند أطفالهن التوحديين، حيث تفترض هذه الدراسة أن كمية الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين كبيرة نتيجة تعرضهم للخبرات والأزمات المرتبطة بطفلهم حيث تؤثر على تكيفهم مع مشكلات الطفل التي تؤدي به إلى قيامه بالسلوك العدواني، وتكونت العينة من (156 أم) لأطفال توحديين أعمارهم ما بين (04-21 سنة)، وتم استخدام دراسة استطلاع على الإنترنت شمل (ديمغرافية الأسرة، السلوكات المشكلة، الضغوط الوالدية، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن السلوكيات المشكلة مرتبطة بعدم قدرة الوالدين على التكيف مع مشكلات طفلهم مما يسبب لهم ضغوط نفسية وبعد انتهاء البرنامج انخفضت الضغوط النفسية لدى الأمهات وزادت مهارتهن في التكيف مع مشكلات أطفالهن، وانخفاض السلوك العدواني لدى أطفالهن التوحديين.

- دراسة عبد الرقيب أحمد البحيري، سمية مختار وافي (سنة 2018) ، حيث هدفت الدراسة إلى خفض المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج الإرشاد الأسري للوالدين وتضمنت عينة الدراسة (05 أطفال) يعانون من التوحد (04 ذكور، 01 أنثى) ، أعمارهم تتراوح ما بين (06-10 سنوات) ، و(05) من الوالدين (الأب أو الأم)، لهؤلاء الأطفال واستخدم المنهج التجريبي في الدراسة والأدوات التالية مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل التوحد كما يدركه الوالدين من إعداد الباحث، وبرنامج الإرشاد الأسري للوالدين (إعداد الباحث)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الوالدين في القياسين القبلي والبعدي على مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية لصالح القياس البعدي وخفض المشكلات الاجتماعية (الانطواء والتفاعل الاجتماعي)، وخفض المشكلات الانفعالية (العدوان وإيذاء الذات)، مما يشير إلى احتفاظ الوالدين بما اكتسبوه في البرنامج. (البحيري و وافي، 2018، ص 148).

- دراسة (سماح العوضي بسام وحنان محمد محمد ترك، 2019)، بعنوان: " برنامج تعليمي لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (نتائج الأمهات والأطفال)، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم آثار برنامج تعليمي لأمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، شملت العينة (50) من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، تتراوح أعمارهم بين (3-12 سنة)، باتباع المنهج شبه التجريبي واستخدام أدوات لجمع البيانات (استبيان، مقابلة، ورقة ملاحظة الطفل)، وأظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية بين معرفة الأمهات وكل من الوعي والتغيير في درجات سلوك الطفل المصاب بالتوحد بعد تنفيذ البرنامج (El Awady Bassam & Mohamed Mohamed Tork, 2019, p. 1046)

- دراسة (محمد صابر أبو زيد، 2020)، بعنوان فعالية برنامج علاجي أسري في خدمة الفرد لتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين والتي هدفت إلى التعرف على مدى

التحسن في المساعدة الذاتية لدى الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج (بالكويت)، حيث تكونت عينة الدراسة من (05 أطفال) جنس ذكر، تتراوح أعمارهم ما بين (06-08 سنوات)، ودرجة التوحد لديهم متوسط، ومجموعة ضابطة تتكون من(05) أطفال جنس ذكر تتراوح أعمارهم من (06-08 سنوات) ، ودرجة التوحد لديهم متوسط ، وتمثلت الأدوات في مقياس المساعدة الذاتية للطفل التوحدي (إعداد الباحث)، ودراسة الحالة ، وبرنامج العلاج الأسري، أثبتت النتائج أنه توجد علاقة بين استخدام البرنامج الأسري في خدمة الفرد وتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين ونجاح البرنامج بعد تنفيذ الأسرة له واثبت أن التفاعل اليومي ساعد الطفل على اكتساب المهارات من خلال الأنشطة التي مارسها ضمن مراحل البرنامج المختلفة. (أبو زيد، 2020، ص 276).

- دراسة (محمد رياض وآخرون، 2024)، بعنوان: " برنامج إرشادي للوالدين قائم على نهج Hanen لتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد"، هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي للوالدين قائم على فعالية هذا البرنامج، تكونت العينة من (10) أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (08 ذكور و 02 إناث) تم اختيارهم بطريقة مقصودة، تتراوح أعمارهم بين (04-09 سنوات) ، يعانون من اضطراب مستوى بسيط أو متوسط لاضطراب طيف التوحد، طبقا لمقياس (جيليام) التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد (GARS-3) ، متبعا المنهج شبه التجريبي لمجموعة تجريبية واحدة، وتمثلت أدوات البحث في قائمة مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، ومقياس مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، ودليل الوالدين لتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد بالمنزل، وظهرت النتائج فاعلية برنامج إرشادي للوالدين قائم على نهج Hanen في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لأطفال طيف التوحد، وكان حجم الأثر كبيرا ولصالح التطبيق البعدي. وهذا ما يؤكد ان البرامج

الارشادية تعد وسيلة ممتازة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (صبرة علي وآخرون، 2024، ص 60).

- دراسة علاء سيد احمد سعد(2024) بعنوان: "برنامج تعليمي للأمهات الأطفال المصابين بالتوحد"، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم معرفة الأمهات وممارستهن ومواقفهن اتجاه الأطفال المصابين بالتوحد، شملت عينة الدراسة (197) أم لأطفال مصابين بالتوحد، وتضمنت الأدوات التالية : (البيانات الاجتماعية والديمقراطية للأمهات والطفل، معرفة الأمهات ، ممارسة الأمهات المبلغ عنها، موقف الأمهات)، كشفت النتائج أن (50) من العينة المدروسة لديها معرفة ضعيفة، و(55) لديهم ممارسة غير مرضية، وكذا (30) من العينة المدروسة لديها مواقف سلبية، وأظهرت النتائج أن معظم العينة كانت لديها معرفة إجمالية ضعيفة بالأطفال المصابين بالتوحد، كما كانت لديهم ممارسة إجمالية مرضية اتجاه التوحد، وكان لدى غالبية العينة المدروسة موقف اتجاه التوحد، وتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين البيانات الاجتماعية والديمقراطية للأمهات ومعرفتهن ومواقفهن اتجاه أطفالهن المصابين بالتوحد (Sayed Ahmed Saad, 2024, p. 314).

تعقيب على الدراسات السابقة:

-من حيث الهدف: جاءت الدراسات السابقة متنوعة أغلبها هدف إلى اقتراح برامج تدريبية كدراسة (Paisey,1991)،(Koegel,1998)،(Dellenburger,2004)،(Jeffery,2006)،(Singh2006)،(Solomon2008)،(Weiss,2019). وبرامج علاجية كدراسة (Short&Rew,1980) ، (Symon,2005) ، (Lysack,2014) ، (محمد صابر أبو زيد،2020).

ومنها البرامج التي اعتمدت على الارشاد الأسري كدراسة (سهام عبد الغفار عليوة، 1999) (عادل عبد الله محمد، 2001)، (سهير محمود عبد الله، 2002)، (سيدة أبو السعود سليمان، 2005)، (Seung, 2006).

وقد هدفت الدراسات السابقة إلى استعراض المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند الطفل التوحيدي، منها دراسة (Paisy, 1991)، العدوانية الحادة ونوبات الغضب، ودراسة (Koegel, 1998) إلى خفض العدوان والسلوكيات التخريبية والحد من السلوك الانسحابي ودراسة (Seung, 2006)، للحد من العناد وإيذاء الذات ودراسة (Jeffery, 2006) لخفض فرط النشاط الحركي المصحوب بنقص الانتباه، ودراسة (Seung, 2006) لخفض السلوكيات الغير تكيفية، ودراسة (Shawler, 2013) حول خفض السلوكيات التخريبية و (Lezack, 2014) و (عبد الرقيب أحمد البحيري، 2018) لخفض المشكلات الاجتماعية والانفعالية كما هدف بعضها إلى تنمية بعض المهارات اليومية كدراسة (Dellenburger, 2004)، وتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية (سهير محمود عبد الله، 2002)، وتنمية مهارات العناية الذاتية والمهارات الحركية (أبو سعود سليمان، 2005)، (محمد صابر أبو زيد، 2020)، وتحسين المساعدة الذاتية للأطفال التوحيدين.

كما هدفت الدراسات السابقة إلى تأكيد أهمية البرامج التي تتضمن مشاركة الوالدين والطفل لخفض المشكلات لدى الطفل التوحيدي نذكر منها دراسة (Short & Rew, 1980) و (دراسة (سهام عبد الغفار عليوة، 1999)، ودراسة (Barry, 2001)، ودراسة (سهير محمود عبد الله، 2002)، (Solomon, 2008)، ودراسة (Lezack, 2014) ودراسة (عبد الرقيب أحمد البحيرين، 2018)، أو من خلال البرامج القائمة على الوالدين أو الأمهات لخفض تلك المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحيدي كدراسة (Paisey, 1991)، ودراسة (Koegel, 1998)، ودراسة (Peter, 2001) عن طريق تدخلات مكثفة

بواسطة الأمهات بالإضافة إلى دراسة (Symon,2005) ، (Jeffery ,2006) ، (Singh,2006) ، (Shawler,2013) ، (Weiss,2015) ، (محمد صابر أبو زيد،2020) .

- وتشابهت بعض الدراسات في الهدف من خلال تحسين الكفاءة الوالدية عند التعامل مع الطفل وانعكاسها الايجابي في خفض بعض السلوكيات الغير مرغوبة وزيادة مهارات الوالدين والتخفيف من الضغوط النفسية وتطوير المعاملات الوالدية مع الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي، كدراسة (Singh,2006) من خلال تدريبهم على فلسفة الممارسات الذهنية في السياق الاجتماعي للوالدين من خلال تطوير معاملاتهم وأساليبهم مع مشكلات الأطفال ودراسة (Solomon,2008) ، لتحقيق تفاعل اجتماعي بين الوالدين والطفل ، ودراسة (Shawler,2013) حول تحسين الكفاءة الوالدية وتدريب على مهارات التواصل كتحمل الطفل ودراسة (Lesack,2014) ، (Weiss,2015) لخفض الضغط على الأمهات والعوانية عند أطفالهم.

- اختبر الباحثون طرق علاجية متنوعة لخفض المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الطفل التوحدي، من خلال الوالدين كدراسة (عهد بنت بشير العسكر،2011)، وبرامج تدريبية سلوكية كدراسة (Paisey,1998)، وتدريبهم على فنيات التعزيز التفاضلي وإعادة التوجيه والاسترخاء، ودراسة (Dellenberger,2004) ، باستخدام أسلوب التحليل التطبيقي السلوكي ودراسة (سيدة أبو سعود سليمان،2005) ، التي اعتمدت على الارشاد السلوكي باللعب للأطفال باستخدام فنيات تعديل السلوك (المحاضرة، الحوار، المناقشة ، الواجبات المنزلية)، كما استخدم باقي الباحثين الارشاد الأسري كدراسة (سهام عبد الغفار عليوة، سهير عبد الله،2002) ، (Seung,2006) ، (Jeffery,2006) ، (Solomon,2008) ، (Lesack,2014) و (عبد الرقيب أحمد البحيري،2018).

من حيث العينة: اختلفت الدراسات السابقة من حيث العينة، فمنها من استخدم دراسة الحالة (Paisey,1998) ، (Barry,2001) ، (Lesack,2014) ، أو العينة الصغيرة مثل دراسات (Koegel,1998)، (سهام عبد الغفار عليوة،1999)، (عادل عبد الله محمد ،2001)، (سهير محمود عبد الله، 2002)، (Symon,2005) ، (Singh,2006)، (Seung,2006) ، (Solomon,2008) ، (عهود بنت بشير، 2011) ، (عبد الرقيب أحمد البحيري،2018) ، (محمد صابر أبو زيد، 2020).

أما باقي الدراسات فقد تناولت عينات كبيرة.

كما اختلفت هذه الدراسات في الفئة العمرية لعينة الأطفال، فشمّل بعضها مرحلة الطفولة من (03-06 سنوات) ، (سيدة أبو سعود سليمان،2005) ، (Symon,2005)

(Seung,2006) ، كما تناولت مرحلة الطفولة الوسطى دراسة كل من (Paisey,1991) (عبد الرقيب أحمد البحيري،2018)، (محمد صابر أبو زيد، 2020) ، ولم تشمل بعض الدراسات فئة عمرية معينة كدراسة (عهود بنت بشير،2011) من (03-09 سنوات) ودراسة (Solomon,2008) من (04-12) (Shwalter,2013) من (03-11 سنة) (Weiss,2015) من (04-21 سنة) ، (سماح العوضي،2019) من (03-12 سنة) (سهير محمود عبد الله،2002) من (08-22 سنة).

من حيث الأدوات : وظفت الدراسات السابقة مجموعة من الأدوات والمقاييس واختلفت باختلاف الأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج، والتي تمثلت في محكات التشخيص الرئيسية للتوحد، ومقياس المهارات الغير لفظية (Short&Rew,1980) ، ومقياس السلوك التوافقي (سهام عبد الغفار عليوة،1999) ، مقياس جودار للذكاء ،مقياس السلوك الإنسحابي (عادل عبد الله محمد،2001) ، (مقياس ستانفورد بينيه للذكاء) ، (مقياس تقييم الطفل التوحدي) ، (مقياس تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة) (سهير

محمود عبد الله، 2001) ، واستخدام أسلوب التحليل التطبيقي السلوكي (Dellenburger,2004) ، دليل ملاحظة سلوك الطفل ومقياس تقدير نمو بعض المهارات (سيدة أبو سعود سليمان، 2005) ومقياس فانيلاندي للسلوك التكيفي ، (Symon,2005)، مقياس الرضا الوالدي (Seung,2006) ، الدليل التشخيصي الاحصائي وفقا لمعايير DSM-4 (Solomon,2008)، اختبار مان ويتني (عهود بنت بشير، 2011) ، مقياس جيليام للتوحد، ومقياس الضغوط الوالدية (Shawler,2013) ، مقياس المشكلات الاجتماعية والانفعالية للتوحد (عبد الرقيب أحمد البحيري، 2018) ، مقياس المساعدة الذاتية للطفل التوحد ودراسة حالة (محمد صابر أبو زيد، 2020) ، واختلفت الفنيات المستخدمة في البرامج من دراسة إلى أخرى لنجد منها : المحاضرة ، المناقشة ، الحوار ، الواجب المنزلي بالإضافة إلى لعب الدور والتغذية الراجعة والتقليد والتعزيز والنمذجة والتلاشي، والتعزيز التفاضلي والاسترخاء والمدعمات البصرية وشرائط الفيديو .

- دراسات سابقة حول ادمان الأجهزة الالكترونية عند طفل اضطراب طيف التوحد:

- دراسة ويراساك تشونشايا وآخرون سنة (2011) بعنوان مقارنة مشاهدة التلفزيون بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وضوابط الدراسة ، هدفت إلى دراسة نمط ومدى مشاهدة التلفزيون لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ، والأطفال الذين يعانون من تأخر في تطور اللغة (DLD) ، تكونت العينة من (54) فرد مصاب باضطراب طيف التوحد يتراوح متوسط أعمارهم بين (2.56 - 0.66 سنة) ، و (84) فرد من المجموعة الضابطة متوسط أعمارهم من (2.43 - 0.81 سنة) وتسجيل (56) فرد مصاب باضطراب صعوبات التعلم النمائية والذين كانت مستويات نموهم اللغوي مماثلة لمستويات المصابين باضطراب طيف التوحد، وشملت مقاييس النتائج الرئيسية بدء مشاهدة التلفزيون وتكرارها، بالإضافة إلى نوع البرنامج ، وما إذا كان مقدم الرعاية يشاهد التلفزيون مع الطفل.

وتوصلت النتائج إلى أن بدء المصابين باضطراب طيف التوحد بمشاهدة التلفزيون في وقت أبكر بكثير من المجموعة الضابطة، وقضوا وقت أطول في مشاهدة التلفزيون مقارنة بالمصابين باضطراب النمو النمائي، وبدأ المصابون باضطراب التوحد يشاهدون برامج البالغين أكثر من المجموعة الضابطة، وكانوا أقل ميل لمشاهدة التلفزيون مع مقدمي الرعاية مقارنة بمجموعتي الضبط، أي أن هناك بداية مبكرة ومعدل أعلى لمشاهدة التلفزيون لدى الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي (Chonchaiya et al., 2011, pp. 1033-7).

- دراسة مازوريك وآخرون (Mikah Mazurek et al, 2012)، بعنوان " استخدام التلفزيون وألعاب الفيديو ووسائل التواصل الاجتماعي بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وإخوتهم ذوي النمو الطبيعي وتكونت عينة الدراسة من (102 طفل) من ذوي طيف التوحد، و(179) من إخوتهم ذوي النمو الطبيعي، تتراوح أعمارهم ما بين (08-18 سنة)، استكمل الآباء إجراءات تقييم أنشطة الأطفال القائمة على الشاشات وغيرها من الأنشطة اللامنهجية، أظهرت النتائج أن أطفال اضطراب طيف التوحد قضوا وقتاً أطول بنسبة (62%) تقريباً في مشاهدة التلفزيون وألعاب الفيديو مقارنة بجميع الأنشطة الغير مرتبطة بالشاشات مجتمعة، وبالمقارنة مع إخوتهم فإنهم قضوا ساعات أكثر يومياً في لعب الفيديو (2.4 مقابل 1.6 للذكور، 1.8 مقابل 0.8 للإناث)، وكانت لديهم مستويات أعلى من الاستخدام القهري لألعاب الفيديو ووقتاً أقل في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي أو ألعاب الفيديو التفاعلية اجتماعياً. (Mazurek & Wenstrup, 2013, p. 1269)

- دراسة (سوهوي تشين وآخرون ، 2013) بعنوان " اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والسمات التوحدية، ووظيفة الأسرة وأسلوب التربية والتكيف الاجتماعي لإدمان الأنترنت بين الأطفال والمراهقين في تايوان"، هدفت الدراسة إلى تتبع وتوضيح العلاقة بين إدمان الأنترنت ومعدل استخدامه ، ووظائف الأسرة وأسلوب التربية والتكيف الاجتماعي والأعراض المرتبطة

باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وسمات التوحد لدى طلاب المدارس الابتدائية والاعدادية في تايوان لمدة أربعة أشهر، تكونت عينة الدراسة من طلاب الصفوف الثالث والخامس والثامن عددهم (1253 طالبا) مؤهلا من ست مدارس ابتدائية ومدرسة إعدادية واحدة وتم جمع البيانات عن طريق اختبارات (SNAP-4)، و أداة الترابط (AQ) مقياس طيف التوحد للتربية، ومقياس أبغار العائلي لدعم الأسرة و (PBI) الأبوي ، ومقياس التكيف الاجتماعي للأطفال والمراهقين للوظيفة الاجتماعية ومقياس سوانسون ونولان وبيتلهم، وأشارت النتائج إلى تحديد (86) حالة من سمات التوحد و(125) حالة محتملة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والباقي للحالات المتبقية مجتمعة، وأظهرت وجود ارتباط بين إدمان الأنترنت والجنس الذكوري، وانخفاض الدعم الأسري وضعف التكيف الاجتماعي، والأعراض المرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والسمات التوحدية (Chen et al., 2015, pp. 20-31) .

- دراسة جنيفر .أ. ماکمولان، يونا لونسكي وجوناتان .أ. ويس (2015) ، بعنوان استخدام الأجهزة الإلكترونية بين الشباب والبالغين من الشباب المصابين باضطراب طيف التوحد هدفت الدراسة توثيق أنماط وتأثير استخدام الإلكترونيات لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد مقارنة بأقرانهم الطبيعيين، وشملت عينة الدراسة على (172) والد للأفراد الطبيعيين، و(139) والد للأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (06-21 عام) ، وأجاب الآباء استطلاعيا عبر الأنترنت حول التركيبة السكانية وتكرار ومدة وأنماط استخدام الإلكترونيات القهري لدى أبنائهم ، عن طريق الإجابة عن أربعة مقاييس فرعية : ألعاب الفيديو ، الأنترنت ، استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، الحوسبة العامة (كاستخدام برنامج تحرير الصور، الرسومات...)، ثم طلب من الآباء استخدام سلم ليكارت، تحديد العمر الذي بدأ فيه طفلهم ، استخدام كل من الأجهزة الإلكترونية والأنشطة التي تم اعتمادها مع تحديد عدد المرات التي استخدم فيها طفلهم

الأجهزة، وتوصلت النتائج إلى أن الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد قادرون على استخدام الأجهزة الإلكترونية أكثر بكثير من مجموعة المقارنة، وكان لدى الذكور القدرة على اللعب على ممارسة ألعاب الفيديو بشكل ملحوظ عن الإناث، واستخدموا الأنشطة الاجتماعية بصورة أقل من مجموعة المقارنة، وارتبطت شدة الأعراض بشكل كبير بعدد الأنشطة الإلكترونية التي يحسنون استخدامها. (MacMullin, 2016, pp. 45-54)

- للباحثة (زامفير - Zamfir ، 2017)، حول استهلاك البيئة الافتراضية لأكثر من أربع (04) ساعات يوميا لفئة الأطفال (00-04) سنوات ، الذي من شأنه أن يسبب متلازمة مماثلة لاضطراب طيف التوحد. هدفت هذه الدراسة معرفة ما إذا كان الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية يتسبب في أعراض مماثلة لاضطراب طيف التوحد ، وقد أجريت هذه الدراسة في (رومانيا) حيث تكونت العينة من مئة وعشر (110) طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وتم تقسيمها إلى ثلاث مجموعات حيث عرفت المجموعة الأولى بالمجموعة الضابطة وتشمل الأطفال الذين ظهرت عليهم أعراض التوحد ولم يستخدموا الأجهزة الإلكترونية وهم تسعة وعشرون (29) طفل، أما المجموعة الثانية أطلق عليها اسم مجموعة الشاشات وتضمنت الأطفال الذين بدت عليهم أعراض التوحد من الاستخدام المفرط للشاشات الإلكترونية ، وكان عددهم ثلاثة وثلاثون (33) طفل، وأخيرا المجموعة الثالثة أطلق عليها اسم مجموعة الأطفال المتكاملة وتضمنت كلا النوعين من المجموعة الضابطة ومجموعة الشاشات وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن سجل الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد والذين لديهم تاريخ من الاستهلاك المفرط للبيئة الافتراضية خلال فترة (0-3 سنوات) سجلوا أعلى نسبة (37 ٪) بين التقييم (QD/IQ) النفسي المعقد الأول والثاني ، وكانت الموارد أقل بثلاث مرات من المجموعة الضابطة، مما يشير إلى أن الحرمان الحسي الحركي والاجتماعي الوجهي الناجم عن استهلاك أكثر من (04 ساعات) في اليوم من البيئة الافتراضية يمكن أن يؤدي إلى سلوكيات مماثلة لتلك التي واجهها الأطفال

الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، كما أوصت الدراسة بقضاء الأطفال في السن الثالثة أوقاتهم في التفاعل وجها لوجه واللعب بدلا من استخدام الأجهزة الإلكترونية (Zamfir, 2018, pp. 953-968).

- دراسة سعيد صادقي وآخرون سنة (2018) ، بعنوان الأدلة السلوكية والكهربائية والفيزيولوجية لتدريب الوالدين على الأطفال الصغار الذين يعانون من أعراض التوحد وقضاء وقت طويل أمام الشاشة، هدفت الدراسة إلى البحث في آثار تدريب الوالدين على مدة وقت الشاشة والسلوكيات المتكررة وقوة نسبة تخطيط كهربية الدماغ للأطفال الصغار الذين يعانون من وقت الشاشة المفرط وأعراض التوحد، تكونت عينة الدراسة من (12 طفل) صغير من الذين يعانون من أعراض التوحد دون الحد الأدنى بمركز طهران للتوحد، اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ومن خلال جلسات تدريب الوالدين على التقليل من وقت استخدام الطفل للشاشة، أظهرت النتائج أن تدريب الوالدين قلل من وقت استخدام الأطفال للشاشات وزاد من تواصلهم مع الأهل وخفض من سلوكياتهم المتكررة. (Sadeghi et al., 2019, p. 09)

- دراسة كنتارو كوابي وآخرون (Kintaro.k et al, 2019)، بعنوان " الأعراض المصاحبة لإدمان الأنترنت بين المراهقين المصابين وغير المصابين باضطراب طيف التوحد، دراسة مقارنة"، هدفت الدراسة إلى التحقق من انتشار إدمان الأنترنت بين المراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد وغير المصابين به وإلقاء الضوء على العوامل التي تساهم في إدمان الأنترنت بين المراهقين والمصابين بطيف التوحد وغير المصابين به، تكونت عينة الدراسة من (12 طفل) تتراوح أعمارهم ما بين (12-15 سنة)، تم استخدام استبيان المعلومات الأساسية، واختبار يونغ لإدمان الأنترنت، و مقياس المخزون السريع لتقرير أعراض الاكتئاب الذاتي (QIDS-J2)، ومقياس الاستجابة الاجتماعية الإصدار الرابع موجه للآباء (SRS-2)، ومقياس تصنيف اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD-RS)، للمصابين بطيف التوحد وغير المصابين به، أظهرت النتائج أن إدمان

الأنترنت منتشر بين (40 ٪) و (23.9 ٪) من المراهقين في مجموعات اضطراب طيف التوحد وغير المصابين به على التوالي، ولم تكن عوامل الخطر المحتمل لإدمان الأنترنت ذات دلالة إحصائية في مجموعة اضطراب طيف التوحد ومع ذلك ارتبط إدمان الأنترنت بشكل كبير بالمجموعة غير المصابة باضطراب طيف التوحد، وكانت العوامل المرتبطة به هي أعراض الاكتئاب واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. (kentaro et al., 2022, p. 317)

- دراسة ريوجي شينوهار وآخرون (2020)، بعنوان " العلاقة بين التعرض للشاشات عند الأطفال في عمر سنة واحدة واضطراب طيف التوحد في عمر ثلاث سنوات"، تكونت عينة الدراسة من (84030 ثنائيا من الأم والطفل، كان المتغير الرئيسي هو وقت الشاشة في عمر سنة واحدة، والذي تم تقييمه باستخدام استبيان سئلت فيه الام عن عدد الساعات التي قضاها الطفل في مشاهدة التلفزيون أو أجهزة أخرى، ما بين (أقل من ساعة إلى -2ساعة/ من 2 ساعة -4 ساعات / أو 4 سا فأكثر)، عندما بلغ الطفل (03) سنوات تم سؤال الأمهات نفس السؤال، كما سئلت الأم من خلال استبيان ما إذا شخص طفلهم باضطراب طيف التوحد وتكون الإجابة (نعم/ لا)، استخدمت درجة المشاركين من خلال (3- ASQ) (R)، والذي كان لفحص اضطراب التوحد (التواصل، المهارات الحركية الاجمالية والمهارات الحركية الدقيقة، وحل المشكلات والدرجات الشخصية والاجتماعية).

يعد هذا الاختبار صالح للكشف عن تأخر النمو لدى الطفل من عمر (1شهر - 5 سنوات)، واستخدم برنامج (SPSS 27) وبرنامج (IBM) للتحليل الاحصائي وأظهرت النتائج وجود ارتباط بين عملية قضاء وقت أطول أمام الشاشات في عمر سنة واحدة واضطراب طيف التوحد في عمر (03 سنوات) لدى الأطفال مع احتمال زيادة الخطر للإصابة باضطراب طيف التوحد مستقبلا. (Kushima et al., 2022, p. 385)

- دراسة (شرابة عبد الرحمان و دليل سميحة 2020): بعنوان التوحد و التوحد الافتراضي مقارنة اكلينيكية التشخيص ، التكفل، و المتابعة، هدفت الدراسة الى التعريف بالتوحد الافتراضي و أسبابه و مؤشرات، و تداخله مع اعراض اضطراب التوحد، تضمنت العينة (11 حالة) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (4-8 سنوات) تم اختيارهم بطريقة قصدية، والاستعانة بالأدوات التالية: MCHAT.CHAT.CARS.FR، بالإضافة الى الملاحظة ، و المقابلة، من خلال المتابعة و التقييم كانت التعليمات صارمة من حيث الزامية التوقف عن التعرض للشاشة و تغيير نمط الطفل من خلال تنشيطه و تسخيره لبعض النشاطات المنزلية و بعض المواقف التي تدفع به الى التعبير و التفاعل و المطالبة اللفظية و السلوكية و التفاعلية الاجتماعية بالإضافة الى المتابعة النفسية و الطبية و الأرطوفونية، و توصلت النتائج الى تغيير و تلاشي السلوكيات الخاصة باضطراب طيف التوحد.

- دراسة بن شدة مليكة 2022: عنوان طيف التوحد الافتراضي :مقاربة استكشافية مقارنة بين اعراض طيف التوحد الافتراضي و طيف التوحد، هدفت الى الكشف عن مدى التشابه او الاختلاف بين اعراض اضطراب طيف التوحد و اعراض طيف التوحد الافتراضي من خلال دراسة حالة واحدة، بتطبيق اختبار CARS، و الملاحظة و المقابلة مع الام ، و توصلت النتائج الى الحالة تعاني من درجة توحد بسيطة و انه يمكن اسقاط اعراض طيف التوحد على التوحد الافتراضي و يكمن الفرق بينهما في مرحلة التكفل به حيث ان المصاب بأعراض طيف التوحد الافتراضي تكون استجابته للعلاج سريعة و يستطيع الالتحاق بأقرانه.

- دراسة هانيودونغ وآخرون (Dong.H.Y, et al ,2021) ، بعنوان العلاقة بين وقت الشاشة وأعراض التوحد ومعدلات النمو لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، هدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين وقت الشاشة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأعراض التوحد لدى الأطفال ذوي النمو الطبيعي، تم مقارنة وقت الشاشة ل(101 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد، و(57 طفل) من ذوي النمو الطبيعي حيث أجري

تحليل ارتباط (GDS)، لتحديد الارتباطات بين وقت الشاشة ودرجات مقياس اضطراب طيف التوحد (CARS)، ونسب النمو لجدول (جيزل التنموية) للمصابين باضطراب طيف التوحد، وتم تقسيم مجموعة اضطراب طيف التوحد إلى مجموعات فرعية حسب وقت الشاشة والعمر، توصلت النتائج إلى أن وقت الشاشة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أطول وقت من ذوي النمو الطبيعي ويرتبط وقت الشاشة بأعراض تشبه أعراض التوحد، وكلما زاد وقت الشاشة زادت شدة أعراض التوحد (خاصة الأعراض الحسية)، وزاد تأخر النمو وضوحاً، خاصة لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الذين يقضون وقتاً أطول مع الشاشات و بعمر أصغر، خاصة في مجال اللغة. (Dong & Wang, 2021, pp. 12-16)

- دراسة كارين فرانكل هيفلر (Karen Frankel Heffler, 2022)، بعنوان " التغيرات في أعراض التوحد المرتبطة بالتعرض للشاشة، تقرير حالة لطفلين صغيرين"، هدفت الدراسة إلى مدى خفض أعراض التوحد عند التخلص من المشاهدة، تضمنت عينة الدراسة طفلين صغيرين مصابين باضطراب طيف التوحد، ولهما تاريخ من التعرض المكثف للشاشات في مرحلة مبكرة من حياتهما (من 04-07 سا يومياً) ، وتم استخدام الملاحظة المباشرة والمقابلة مع الوالدين لجمع المعلومات ومراجعة برنامج التدخل المبكر وسجلات المدرسة بعد بدأ مشاركة الطفلين في برنامج تعليمي خاص لمدة نصف يوم في الأسبوع، مع علاج النطق لمدة (30 دقيقة) في الأسبوع، أظهرت النتائج تحسن ملحوظ للحالتين عند استبدال وقت الشاشة بوقت اجتماعي لدى الطفلين من خلال أنشطة اجتماعية ،وتفاقت الأعراض عند زيادة التعرض للشاشة لاحقاً، وهو ما تحسن عند تقليل التعرض للشاشة مرة أخرى ، أظهر أحد الطفلين تقلبات ملحوظة في السلوكيات المتكررة المقيدة، والتي تزامنت مع تغيرات في التعرض للشاشة المرتبطة بتقلبات وقت الشاشة (Frankel Heffler et al., 2022, p. 02).

- دراسة ذياب حسين وآخرون (2024)، بعنوان التوحد الافتراضي والتعرض المفرط للشاشات لدى الأطفال من عمر (0-3 سنوات)، دراسة مقطعية في لبنان، هدفت الدراسة

إلى البحث عن العلاقة بين أعراض اضطراب طيف التوحد والتعرض المفرط للشاشات في مرحلة الطفولة المبكرة ، شملت عينة الدراسة على (73 مشارك)، من جنوب لبنان ، تم استخدام استبيان يتضمن الخصائص السلوكية المستمدة من الأدبيات المتوفرة ومقياس تصنيف اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة وتم اختيار المشاركين بشكل منهجي بناء على معايير الأهلية واستخدمت التحليلات الإحصائية بما في ذلك معامل الارتباط (بيرسون) و(اختبار تحليل التباين)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط واضح بين التعرض للشاشات والسلوكيات المشابهة لاضطراب طيف التوحد، مع وجود فروق بين الجنسين حيث أظهر الذكور قابلية أعلى للإصابة بأعراض مشابهة لاضطراب طيف التوحد (Moussawi.Issa et al., 2024, p. 117).

- دراسة سوبراهمانيام و كروت جرينفيلد وجروس (Subrahmanyam&Kraut :Greenfield&Gross,2000) ، عنوان الدراسة: "تأثير استخدام كمبيوتر المنزل على نشاطات الأطفال وتنميتها"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة عدد الساعات التي يستغرقها الأطفال في استخدام الكمبيوتر وأعباه وتأثيرها في النشاطات الأخرى للأطفال وتنميتها، واستعمل المنهج الوصفي بالطريقة المسحية، وذلك بمسح البحوث التي تطرقت للموضوع، وتضمن المسح أربع اتجاهات (النشاطات الدنية ، تطوير المهارات الإدراكية والأكاديمية ، علاقة التنمية الاجتماعية والتميز بين الواقعية والمحاكاة)، وتوصلت النتائج إلى أن استخدام ألعاب الكمبيوتر تتطور وتنمو بسرعة وفي نفس الوقت لا زال الأطفال يقضون وقتا كبيرا في مشاهدة شاشات التلفزيون، ويستخدم الذكور الجهاز أكثر من البنات وغالبا يكون ذلك من أجل اللعب، كما ان ألعاب الكمبيوتر لها دور وتأثير في ممارسة النشاط البدني، مع وجود خطر متزايد للبدانة وإصابة العين والرسغ والظهر ومن جهة أخرى زيادة السلوك العدواني والصرع الناتج عن ما يسمى برجفة الترددات.

- دراسة (فلمينج ميشل -Fleming Michele، 2001) وكانت دراسته بعنوان: " علاقة ممارسة ألعاب الفيديو العنيفة بالحالة المزاجية للأطفال "، وهدفت إلى معرفة العلاقة بين ألعاب الفيديو والحالة المزاجية للأطفال معتمداً على المنهج شبه التجريبي باستخدام الأدوات مقياس للسلوك ومقياس معرفة معدلات ضربات القلب، وكان حجم العينة (75) طفل بعمر (8-12 سنة)، وتوصلت الدراسة إلى أن الاستثارة التي تم قياسها عن طريق معدلات ضربات القلب والتقرير الذاتي للأطفال زاد بشكل واضح ودال عند ممارسة الأطفال للألعاب الإلكترونية العنيفة، مع زيادة العدوانية عند الأطفال في كلا الجنسين عند ممارسة هذه الألعاب مقارنة بالأطفال الذين لم يمارسوا الألعاب الإلكترونية.

- دراسة للباحث (فينج يانج - Feyng Yango، 2003)، بعنوان الصحة العقلية للأطفال المعتادين على ممارسة ألعاب الفيديو وهدفت إلى التعرف على الصحة العقلية والمشكلات السلوكية والبيئية والأسرية لهؤلاء الأطفال، باعتماد المنهج التجريبي باستخدام مقياس الشخصية ومقياس السلوك ومقياس البيئة الأسرية، وضمت العينة (34) طفل بعمر (8-15 سنة) من الأطفال المدمنين على ألعاب الفيديو و(34) طفل غير معتادين على هذا النوع من الألعاب كمجموعة مقارنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين يمارسون الألعاب الإلكترونية تأثرت حالتهم الاجتماعية والمدرسية وظهرت عليهم سلوكيات الانسحاب والاكتئاب والقلق وظهور مشكلات في التفاعل الاجتماعي والتكيف والانبساطية والعدوانية والانطوائية، مقارنة بالمجموعة الأخرى (محمد إبراهيم، 2019، ص ص 81-84).

- دراسة (محمد قاسم عبد الله - 2015)، وهدفت الدراسة إلى البحث عن علاقة إدمان الأنترنت بسمات الشخصية المرضية لدى الأطفال والمراهقين بمدينة حلب، والفروق وفقاً لمتغيري الجنس والمرحلة النمائية لدى الأطفال والمراهقين، و تكونت عينة الدراسة من 351 طالب (167 جنس ذكر) و (184 جنس إناث)، في الصف الرابع (04) والخامس (05) والسادس (06) بمتوسط عمر (11 سنة و 06 أشهر)، وفي الصف السابع (07) والثامن (08)

والتاسع (09) بمتوسط عمر (13 سنة و 09 أشهر) باستخدام مقياس إدمان الأنترنت ومقياس التحليل الإكلينيكي لقياس السمات اللاسوية للشخصية، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين إدمان الأنترنت وتوهم المرض والتهيج والاستثارة والقلق الإكتئابي والاكتئاب منخفض الطاقة والملل والانسحاب والاستياء والوهن النفسي وعدم الكفاية النفسية والانحراف السيكوباتي، وغير دالة إحصائيا مع البرانويا والفصام والاكتئاب الانتحاري، ووجود فروق دالة إحصائيا لصالح الذكور في إدمان الأنترنت، وفروق دالة إحصائيا بين الأطفال لصالح المراهقين (عبد الله، 2015، ص 09).

دراسة (رزيوق ليليا 2020): بعنوان إشكالية ادمان الالعاب الالكترونية لدى الطفل، هدفت الى الكشف عن تحول الألعاب الالكترونية من احد الأنشطة الترفيهية الى أداة خطيرة تؤثر على سلوكيات الطفل وتتميطها وتغيير مبادئه التربوية، تكونت غينة الدراسة من (150) من الأطفال المتدرسين بالابتدائي بولاية قسنطينة ، تتراوح أعمارهم ما بين (8-12 سنة) من الجنسين بالاعتماد على منهج المسح واستخدام استبيان لجمع المعلومات لكشف دور الاسرة في توجيه وتقنين ممارسة الطفل للألعاب الالكترونية وافضت النتائج الى الأثر الكبير الذي تخلفه على الطفل ويهدد استقرارهم النفسي و الصحي و تحصيلهم الدراسي (رزيوق، 2020، ص 70).

دراسة(محمد ختاش و حليلة رحالي 2020): بعنوان ادمان الالعاب الالكترونية و انعكاساتها التربوية و النفسية، وهدفت الى البحث عن كيفية تعامل المراهق المتدرس مع هذه الألعاب ، وكيفية استخدامها ، و المؤشرات الإدمان عليها و تأثيراتها المدركة السلبية و الإيجابية ، تكونت عينة الدراسة من (70 تلميذ) من المراهقين من كلا الجنسين بولاية باتنة ، و الاعتماد على المنهج الوصفي باستخدام استبان يضم 47 بند للأبعاد الثلاثة (دوافع الألعاب،

الانعكاسات التربوية ن الانعكاسات النفسية) وتوصلت النتائج الى ان الألعاب الالكترونية ساهمت في بناء علاقات مع الأصدقاء اللعب ،و الشعور بالمتعة كما نمت في المقابل قدرات العنف و العدوان، وتعليم أساليب ارتكاب الجرائم و فنونها وفساد عقولهم، و الانعزالية وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية حقيقية و قلة التفاعل معهم و التمرد عليهم و تقمص الشخصيات و تقليدهم، بالإضافة اي التأثير السلبي على الصحة (العينين، الظهر، زيادة الوزن، الام الرقبة و العمود الفقري) قلة النوم (ختاش ورحالي، 2021، ص 56).

دراسة (محمود محمد محمود أبو الحسن 2020): بعنوان فعالية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الإدمان الرقمي لدى طلاب الصف السادس الأساسي بالمنطقة الشرقية، هدفت الدراسة الى الكشف عن فعالية البرنامج الارشادي المقترح، ضمت عينة الدراسة على (20) طالبا تم تقسيمها بالتساوي الى مجموعة ضابطة و مجموعة تجريبية ، تم استخدام المنهج الشبه التجريبي و تمثلت أدوات البحث في مقياس ادمان الرقمي و برنامج ارشادي مقترح من اعداد الباحث، تم تطبيق لبرنامج لمدة شهرن اشارت النتائج الى أهمية برنامج المقترح و دوره الإيجابي في تخفيف الإدمان الرقمي لدى طلاب الصف السادس الأساسي بالمنطقة الشرقية (محمود أبو الحسن، 2020).

دراسة (باشن حمزة 2021): بعنوان هجرة الأطفال و المراهقين الى العالم الافتراضي ومساهمة تجربة التدفق النفسي في الإدمان على الألعاب الالكترونية، و هدفت هذه الدراسة الى استكشاف كيفية تشكل الإدمان على الألعاب الالكترونية لعينة من الاطفال المراهقين (53فرد) تتراوح أعمارهم ما بين (8-20 سنة)، بالاعتماد على المنهج الوصفي و الأدوات التالية: مقياس التدفق النفسي و مقياس ادمان الألعاب الالكترونية، ومدى تكرار سلوك اللعب

لدى افراد العينة، و افضت النتائج الى ان تكرر سلوك اللعب كان المساهم بالدرجة الأولى الى ادمان الألعاب الالكترونية وهو ما قد يدفع الأطفال و المراهقين الى الهجرة الى العالم الافتراضي، ولا توجد علاقة ارتباطية بين تجربة التدفق النفسي و ادمان الألعاب الالكترونية (باشن، 2021، ص ص 16-18).

دراسة (نعيمة مزارة. احمد السيد عبد القوي قنصوة 2022): بعنوان الاضرار الصحية و النفسية و التربوية الناتجة عن ادمان الأطفال المتمدرسين للألعاب الالكترونية ، هدفت الى التعرف على الاضرار الصحية و النفسية و التربوية ،طبق على عينة تضم (60) فرد (20 ولي، 40 معلم)للتلاميذ تتراوح أعمارهم ما بين(9-11 سنة)بولاية بومرداس بالاعتماد على المنهج الوصفي بالاستعانة باستبانة من اعداد الباحثة موزعة على ثلاث محاور تضم المخاطر الصحية و النفسية و التربوية، و توصلت النتائج الى وجود العديد من الاضرار الصحية للأطفال نتيجة الاستهلاك المفرط للألعاب الالكترونية كقصر النظر) 86.6 بالمئة)، مشاكل صحية للجهاز الهضمي(75 بالمئة)، سوء التغذية(58.3 بالمئة)، ووجود اضرار نفسية متمثلة في الانطواء(78.33 بالمئة)، ممارسة العنف (70 بالمئة)، الشعور بالاكتئاب(85 بالمئة)، بالإضافة الى الاضرار التربوية متمثلة في التأخر عن الدراسة ، عدم المواظبة في تأدية الواجبات المنزلية (مزارة و قنصوة، 15، ص ص 349-350).

دراسة(أحمد سهيل المطيري، سفيان إبراهيم الربدي 2024): بعنوان فاعلية برنامج ارشادي في تخفيف مستوى ادمان ألعاب الانترنت لدى التلاميذ المرحلة الابتدائية هدفت الدراسة الى التعرف على فاعلية البرنامج الارشادي في تخفيف

ادمان ن ألعاب الانترنت، تكونت عينة الدراسة من (60) تلميذ جنس ذكر تتراوح أعمارهم ما بين (11-12 سنة) مقسمة الى نصفين بالتساوي الى مجموعة تجريبية و أخرى ضابطة و اشتملت أدوات الدراسة على استمارة البيانات الديمغرافية (اعداد الباحث) و مقياس ادمان الألعاب الالكترونية لتلاميذ المرحلة الابتدائية ، مدة البرنامج (08) أسابيع بواقع (16) جلسة تتراوح مدة الجلسة ما بين (45-55 د) وظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ لصالح المجموعة التجريبية ، و في القياس القبلي و البعدي على مقياس ادمان العاب الانترنت لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات التلاميذ في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي و التتبعي (المطيري و الربدي، 2025، ص 16).

التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الهدف: هدفت بعض الدراسات إلى معرفة مشكلة إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد ومقارنتها بالأفراد الطبيعيين، أو ذوي الإعاقات الأخرى، ونجد منها دراسة (Chonchaiya.W,2011)، التي قارنت بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية، وكذلك دراسة (Dong,2021)، ودراسة (Mazurek,2012)، ودراسة (Jennifer.A, 2015)، فيما أظهرت بعض الدراسات أعراض إدمان الأجهزة الالكترونية نتيجة الاستخدام المفرط للشاشات ونجد منها دراسة (كينتارو كوابي، 2019)، ودراسة (هيفلر، 2022).

كما هدفت بعض الدراسات لمعرفة أثر التعرض المبكر للشاشات وارتباطها باضطراب طيف التوحد ونذكر منها دراسة (Zamfir,2017)، ودراسة (

chen.2020)، ودراسة (حسين ذياب وآخرون، 2024)، فيما هدفت دراسة كل من (Chen,2013)، ودراسة (شرابة عبد الرحمان، 2020)، ودراسة (بن شدة مليكة، 2022)، ودراسة (ذياب حسين، 2024)، إلى مقارنة أعراض اضطراب طيف التوحد مع أعراض إدمان الشاشات، كما نجد دراسات أخرى هدفت إلى معرفة الاضطرابات النفسية والأعراض الناتجة عن إدمان الأطفال للأجهزة الالكترونية، وهي دراسة كل من (Kraut,Groos ,2000)، ودراسة (Flemming,2001)، ودراسة (Feying Yan Go,2003)، ودراسة (Whang Lee,2003)، ودراسة (محمد قاسم عبد الله ، 2015)، ودراسة (رزيوق ليليا، 2020)، ودراسة (ختاش محمد، 2020)، ودراسة (باشن حمزة، 2021)، فيما هدفت دراسات أخرى إلى تطبيق برامج إرشادية ، معرفية سلوكية بخفض الاستخدام الغير آمن للإنترنت عند الأطفال ونجد منها دراسة (ربيع شفيق لطفي، 2016)، ودراسة (هيفلر، 2022)، ودراسة (محمود محمد أبو الحسن، 2020).

و الدراسة الحالية تقوم على معرفة و حصر أطفال طيف التوحد (عينة الدراسة) الذين يعانون من ادمان الأجهزة الالكترونية، و تحديد أسباب الاضطراب لديهم ، و معرفة اهم الاعراض الدالة عليه بهدف التكفل بهم من خلال برنامج تدريبي علاجي قائم على التربية العلاجية ضمن العلاج المعرفي السلوكي، و النشاطات الفنية باشارك الأمهات في ذلك.

من حيث الأدوات: تم استخدام عدة أدوات في الدراسات السابقة ، تراوحت بين أدوات القياس لاضطراب طيف التوحد والمقاييس المستخدمة في إدمان الأجهزة الالكترونية، والألعاب الالكترونية والأنترنت نذكر منها دراسة (Chen,2013)، مقياس التوحد (AQ)، ومقياس (أبغار)، ودراسة (Kintaro,2019)،

اختبار لإدمان الأنترنت، ومقياس (ADHD-Rs)، (Chen,2020) ،
مقياس (ASQ)، دراسة (شرابة عبد الرحمان،2020)، (CARS2)،
(MCHAT.CHAT)، ودراسة (DONG ,H,2021) (CARS)،
ودراسة (Heffeler,2022) و دراسة (حسين ذياب، 2024)، مقياس
تصنيف اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة ، فيما استخدمت الدراسات
الخاصة بإدمان الأطفال الطبيعيين استبيانات ومقاييس مخصصة لهم.

وفي الدراسة الحالية سيتم الاعتماد على مجموعة من الأدوات و المتمثلة في
مقياس ادمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد (من اعداد
الباحثة)،مقياس مقابلة التقييم الوظيفي، مقياس المقابلة التشخيصية
للتوحد(المعدلة)، و برنامج تدريبي علاجي قائم على التربية العلاجية يتضمن
تقنيات العلاج السلوكي المعرفي (السحب التدريجي، النمذجة، التقليد، الحث،
لعب الأدوار التعزيز، الإطفاء، القصة الاجتماعية)، و النشاطات الفنية للتكفل
بالطفل التوحدي الذي يعاني من ادمان الأجهزة الالكترونية يضم جلسات
خاصة بالام وأخرى بالطفل من خلال تدريب الام له في المنزل.

من حيث العينة : شملت أغلب عينات الدراسة فئة الأطفال المصابين
باضطراب طيف التوحد منها دراسة (Chonchaiya, W ,2011)، ودراسة (Zamfir,2017)، ودراسة (سعيد صادقي،2018)، ودراسة (Chen,2020)،
(Dong,H,2021)، ودراسة (شرابة عبد الرحمان ، 2020)، ودراسة (Heffeler,2022)، وبعض الدراسات التي تناولت إدمان الأجهزة
الالكترونية لدى فئة طيف التوحد والتي تراوحت أعمارهم ما بين مرحلة الطفولة
ومرحلة الشباب ، نجد منها دراسة (Mazurek,2012)، ودراسة (Chen,2013)، ودراسة (Jennifer,2015) ، فيما تناولت الدراسات الأخرى

عينة الأطفال الطبيعيين الذين يعانون من إدمان الشاشات نجد منها دراسة (Kraut Gross,2000)، ودراسة (Feying Yango,2003)، ودراسة (Whang Lee,2003)، ودراسة (محمد قاسم عبد الله، 2015)، ودراسة (بن شدة مليكة، 2022)، ودراسة (ذياب حسين، 2024).

والدراسة الحالية ستشمل المرحلة العمرية (6-12 سنة) وهم أطفال اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من ادمان الأجهزة الالكترونية، باعتبار المراحل الأولى من حياة الطفل الأساس في النمو النفسي و الجهاز العصبي(فادمغتهم اكثر حساسية واقل مرونة).

من حيث النتائج: توصل الباحثون من خلال الدراسات السابقة إلى أن أطفال اضطراب طيف التوحد لديهم ميل لاستخدام الأجهزة الالكترونية أكثر من أقرانهم الطبيعيين وذوي الاعاقات الأخرى، نذكر منها دراسة (Chonchaiya.W,2011)، ، وكذلك دراسة (Dong,2021)، ودراسة (Mazurek,2012)، ودراسة (Jennifer.A, 2015)، و دراسة (كينتارو كوابي،2019)، ودراسة (هيفلر،2022). كما توصلت بعض الدراسات إلى تأثير التعرض المفرط أثناء مرحلة الطفولة على الإصابة باضطراب طيف التوحد نذكر منها دراسة (Zamfir,2017)، ودراسة (chen.2020)، ودراسة (حسين ذياب وآخرون،2024)، ودراسة (Chen,2013)، كما توصلت دراسات أخرى إلى تشابه أعراض اضطراب طيف التوحد بأعراض إدمان الشاشات نذكر منها دراسة كل من (Chen,2013)، ودراسة (شرابة عبد الرحمان،2020)، ودراسة (بن شدة مليكة، 2022)، ودراسة (ذياب حسين،2024).

كما توصلت بعض الدراسات إلى فعالية البرامج الإرشادية والمعرفية السلوكية في خفض استخدام الأجهزة الالكترونية لدى الأطفال منها دراسة (ربيع شفيق لطفي، 2016)، ودراسة (هيفلر، 2022)، ودراسة (محمود محمد أبو الحسن، 2020). ويتضح من خلال مناقشة بعض أهداف الدراسات، نجد أن بعضها بحث عن مشكلة إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وسعى البعض الآخر إلى التعرف على العلاقة بين التعرض المبكر للشاشات واضطراب طيف التوحد عند الأطفال، فيما أكدت دراسات أخرى التشابه في سمات وأعراض اضطراب طيف التوحد مع أعراض إدمان الشاشات، فيما استخدمت بعض الدراسات البرامج الإرشادية والمعرفية للحد والتقليل من مشكلة إدمان الشاشات عند الأطفال ، لكن من خلال تصفح التراث السيكلوجي على المستوى العربي عامة والمحلي خاصة، ومقارنته بالبحوث والدراسات الأجنبية التي تناولت إدمان الشاشات عند فئة أطفال اضطراب طيف التوحد، نجده يكاد يكون منعدم (في حدود معرفة الباحثة)، خاصة في البرامج العلاجية والتدريبية والإرشادية الخاصة بإدمان الأجهزة الالكترونية لدى فئة اضطراب طيف التوحد، لذا سعت هذه الدراسة إلى محاولة إعطاء حل لمشكلة إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد، من خلال برنامج تدريبي قائم على التربية العلاجية يندرج تحت أساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الفصل الثاني: طفل طيف التوحد

- 1-2 مفهوم طيف التوحد
- 2-2 التطور التاريخي للتوحد
- 3-2 تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق معايير CIM11-DSM5.TR – DSM5
- 4-2 أنواع اضطراب طيف التوحد
- 5-2 أسباب اضطراب طيف التوحد
- 6-2 خصائص اضطراب طيف التوحد
- 7-2 النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد
- 8-2 أدوات فحص وتشخيص اضطراب طيف التوحد
- 9-2 البرامج العلاجية لاضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية التي ظهرت ولا زالت مبهمة، والتي انتشرت في السنوات الأخيرة مع غياب السبب الحقيقي لها، في حين لازالت الجهود المبذولة من قبل العلماء والباحثين، وكذا الدراسات العلمية المنجزة التي تبحث في هذا الاضطراب بتنوعها وتعددتها تسعى إلى إيجاد الحلول لرفع التحدي عن كاهل الآباء والأطفال أنفسهم.

في هذا الفصل حاولنا إعطاء لمحة تاريخية لاضطراب طيف التوحد، وكذا معرفة أهم المفاهيم الأساسية له وأنواعه، وأبرز الأسباب المؤدية إلى هذا الاضطراب، وانعكاسه على الأسرة، وكذا سمات وخصائص طيف التوحد، وأخيرا طرق تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق معايير، والجدول العيادي لاضطراب طيف التوحد والمقاربات العلاجية.

2-1- مفهوم التوحد:

مصطلح التوحد مشتق من الكلمتين اليونانيتين أوت (Aut) وتعني الذات، و إيزم (ISM) وتعني الحالة، وتشير كلمة " طيف " إلى وجود تباين كبير في سلوك الطفل على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة يصيب حياته اليومية في جميع النواحي. (حسين، 2022، صفحة 123)، وأول من أشار إلى هذا الاضطراب الطبيب النفسي (كانر - kanner)، و استخدمت التسمية من قبل تحت مسميات عديدة، ففي الوطن العربي سمي (الذهان ، التوحد ، الذاتوية ، الاجترارية)، وهي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار وحالات من التوهّمات والهلوسات، يتميز بنوع من التفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات، ويدرك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع و الانشغال بالذات. الذاتوية مصطلح أطلقه (بلولر - bluler) أول مرة ليصف بها إحدى السمات الأولية للفصام و الانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي، والاضطراب الذاتي هو صفة تميز التفكير الفصامي، أما الذاتوية فهو عرض مميز لمرض الفصام يدل

على حالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة والرغبات الذاتية من التخييلات البعيدة عن الواقع. (القمش، 2011، ص ص 17-18)

2-2- تعريف اضطراب طيف التوحد:

2-2-1 تعريف الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM 5):

عرف اضطراب طيف التوحد بأنه عجز مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي في مجالات متعددة، تشمل مهارات اتصال ثلاثية محدودة أكثر (كفهم الايماءات واستخدامها والاستجابة وبدأ الاهتمام المشترك)، ويعد العجز في الانتباه المشترك، مكونا رئيسيا في ملف أطفال طيف التوحد وقد يميزهم عن ذوي الإعاقة الذهنية أو ذوي التطور النمذجي (TD) ، وعن فئة الأطفال الذين يعانون من تأخر في اللغة فقط. (Keen & Meadan, 2016, p. 34)

- يتميز اضطراب طيف التوحد باعتباره اضطراب نمائي بخلل في التواصل اللفظي والإتصال تصاحبه أنماط غير طبيعية في كلا المجالين. (Smadi & MC Conaugley, 2013).

- إضافة إلى ذلك جاء في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية

(DSM5 -TR-2022)، بأن هذا الاضطراب يتطور مع العمر وغالبا ما يكون في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد لا تظهر أعراض طيف التوحد بشكل كامل إلا بعد وقت طويل مما يسبب ضعف في المجالات (الاجتماعية والشخصية والتعليمية والأسرية والمهنية)، أو غيرها من المجالات المهمة التي تؤثر على أداء الفرد بشكل عام حيث يظهر لديهم عجز في الوظائف العقلية والقدرات اللغوية. (بوستة و غجاتي، 2023، ص 401)

- تعريف المنظمة العالمية للصحة في تصنيفها (ICD-11، 2016) : ترى أن اضطراب طيف التوحد يتميز بعجز مستمر ودائم في التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل يظهر في شكل مجموعة من أنماط السلوك المحدودة والتكرارية، وحساسية للمدخلات الحسية التي تختلف في الشدة والدرجة والتكرار مع تطور النمو. (Baird & Norbury, 2016, p. 747)

- تعريف الجمعية الفرنسية للاضطرابات العقلية عند الطفل والراشد (CFTMA-2012):
يندرج اضطراب طيف التوحد تحت سقف الاضطرابات النمائية الشاملة ولم يعد يصنف من ذهانات الطفولة، وتدرج تحته تصنيفات عدة منها: متلازمة أسبرجر، التوحد الطفولي اضطرابات النمو الشاملة أخرى، اضطراب النمو الشامل الغير محدد، واضطراب التوحد الطفولي التفككي. (Tardif & Gepner, 2019, p. 28)

2-2 التطور التاريخي لاضطراب طيف التوحد (TSA):

شغلت حالة التوحد وتفسيراتها الأطباء منذ ما يقارب القرن ، وشهد تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة ، ويعتبر (أوجين بلولر - Eugen Bleuler سنة 1911) أول من استخدم مصطلح (التوحد) ليصف الأفراد المنعزلين عن العالم الخارجي وعن الحياة الاجتماعية، وركز على صعوبة التواصل حينئذ وكان يقصد به الذهان الطفولي أي الفصام (أحمد فواتيح و بن أحمد، 2022، صفحة 208)، أين بدأ الاهتمام به بشكل علمي سنة (1943) من خلال دراسة قام بها الطبيب النفسي النمساوي (ليو كانر - Leo kanner) ،الذي عمل بمستشفى (جونز هوبكنز - johns hopkins) ببالتي مور بالولايات المتحدة الأمريكية ،وقد نشر تقرير في ذلك العام بعنوان : " اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي - autistic of affective disturbances contact " حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية بعد لعينة مكونة من (11 طفل)، كانوا مصنفيين من ذوي التخلف العقلي، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تشبه فصام الطفولة أو التخلف العقلي ،بل هي

زملة أعراض إكلينيكية مميزة أطلق عليها (زملة كانر) أو (أوتيزم الطفولة المبكرة - infantile autism early) وهي كلمة منفردة في معناها ولا تستعمل كثيرا في اللغة الانجليزية رغم أن الباحث (كانر - kanner) أول من حدد زملة أعراض التوحد لكنه سبقه في ذلك (بلولر - bleuler) سنة 1911 ، في إشارته للميكانيزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميين أو الأشخاص العاديين باعتبارها إحدى السمات الأولية في الفصام. ويعتبر تعريف الباحث (كانر - kanner) لعام (1943) كما يذكر الباحث (وولف و كيك - wolf et ckick) سنة 1980 أول أسلوب استخدم لتشخيص التوحد ويوضحان تعريف الباحث (كانر - kanner) في النقاط التالية كمعيار لتشخيص حالات التوحد وحدد أبرزهما في الصفتين التاليتين :

- القصور الشديد في التواصل الانفعالي مع الآخرين.

- التمسك بالروتين (رفض في تغيير برنامج الحياة).

وقد عرض (كانر - Kanner) فيما بعد أن ذوي اضطراب التوحد يتمتعون بذكاء عالي وافترض أنه ناتج عن خلل وظيفي في الدماغ، أو بسبب الوراثة أو التنشئة الأسرية والبرود العاطفي فيها، وبالتالي عجز فطري على نسج روابط عاطفية، وبهذا تغلب الفرضية البيولوجية للاضطراب، عكس الباحثين التحليليين الذين يفسرون ذلك أن السبب يرجع إلى الآباء الذين يتسمون بالبرود العاطفي (الأم الثلجة). وفي سنة 1944 قام الطبيب النمساوي (هانز أسبرجر - hans asperger) في دراسة له حول الاعتلال التوحيدي الطفولي بذكر عدد من الخصائص السلوكية لعينة بحثه لأطفال من جنس ذكر تمثلت في قصور في المهارة الاجتماعية بشكل شديد وتفاعل اجتماعي غير سوي ، القصور في التواصل البصري ، التمسك الاستبدادي بالأشياء والمشى غير الطبيعي مع ذكاء ومهارات عالية، وأطلق عليها (التوحد الطفلي) بالرغم من عدم اطلاعه على دراسة (كانر).

في حين دافعت المقاربات التحليلية عن الأسباب النفسية التي ترجع إلى اختلال واضطراب في العلاقة (أم- طفل) أبرزهم (برونو بيتلهم- Bruno Bettelheim) و فرض مقاربته التحليلية المتمثلة في التربية الوالدية الصارمة، و البرود العاطفي للأُم يجعل الطفل ينطوي على ذاته و يرفض التواصل مع محيطه، كما ميزت (مارجريت ميهر- Margaret Mahler) في عام (1952) بين نوعين بين الذهان : (ذهان الشكل التوحدي وذهان الشكل التكافلي)، وفرضت نظرية خاصة بالنمو النفسي العادي الذي ينتقل من المرحلة التوحيدية العادية إلى سيرورة التفرد والانفصال مروراً بالمرحلة التكافلية، من خلال إشرافها على العلاجات التحليلية للأطفال المصابين بالتوحد كما أظهرت (ميلاني كلاين- Klein Melanie) وجود صعوبة لدى الطفل في التوصل إلى تشكيل رموز مهمة في نمو الأنا في حين حاول أصحاب تيار تحليلي أكثر حداثة يمثله الباحثون (لييوفيتشي- Lebovici) و (هوزل- Houzel) و (هوشمان- Hochman) و (هاغ- Haag) و (بيك- Bick) و (فينيكوت- Winnicott) و (توستين- Tustin) و (ميلتز- Meltze) وصف مختلف الخصائص التوحيدية (غياب التعرف على حدود الأنا، استعمال يد الراشد كاستمرارية للذات ، غياب التعرف على الآخر والسلوكات النمطية والاهتمامات المحدودة التي لها صلة بالقلق الداخلي وبالتالي الربط بين مختلف المعطيات النمائية والمعطيات العصبية المعرفية. (زروالي، 2021، ص ص 09-10).

وفي عام 1961 قدم الباحث (كريك- creak) محاكاة تشخيصية لما كان آنذاك يسمى (التوحد الطفلي) مكونة من (09 نقاط) تعطي انطبعا عن فئة هؤلاء الأطفال أو الذين يظهرون صفات التوحد، غير أنها تعرضت للنقد كونها غامضة ولا تعطي تفسيرات ولا تسمح بمدى واسع من تفسيرات المختلفة، كما جاءت دراسة الباحث (لوتر- lotter) سنة (1967-1966) لمجموعة من الأطفال أظهروا صفات توحيدية حسب وصف (كانر) إذ أشار فيها الى احتمالية مرافقة الاعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة لاضطراب التوحد.

- حصل اضطراب التوحد على أول اعتراف رسمي له كفئة مستقلة من قبل منظمة الصحة العالمية سنة 1977 في الاصدار التاسع للتصنيف العالمي للأمراض (ICD).

عام 1980 صنف هذا الاضطراب ضمن الاعاقات الانفعالية الشديدة، وفي العام نفسه صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM3) على أنه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة مع ظهور الاعراض قبل 30 شهرا.

وفي عام 1981 تم تصنيفه اعاقه صحية بالاعتماد على توصيات منظمات وجمعيات مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (the national autistic society).

وفي عام 1987 ظهر دليل تشخيص الاحصائي الثالث المعدل (DSM3.TR) تضمن فئة جديدة هي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وألغي محك العمر لظهور الأعراض والتركيز على المستوى النمائي عند تقييم الأعراض ، وفي 1992 ظهر الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICM10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية تحت اسم (التوحد الطفولي) ، والذي يتمثل في نمو غير عادي أو مضطرب أو كليهما ،حيث يظهر في السنوات الثلاث (03) الأولى من حياة الفرد. (الزراع، 2010، ص ص 20-27)

عام 1994 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب (APA) الاصدار الرابع (DSM4) الذي أبقى على مصطلح الاضطراب الذاتوي تحت فئة الاضطرابات الارتقائية العامة كما كان مستخدما في الدليل الثالث المعدل (DSM3) وقدمت في هذا الاصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تضم تحتها الاضطرابات التالية :

اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، اضطراب الانتكاس الطفولي (الانحلال أو التحلل الطفولي) بدل الانتكاس، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (التوحد غير

النمطي)، وفي الطبعة الرابعة المراجعة (DSM4.TR) سنة 2000 تم تصنيفه أيضا كما ورد في الدليل الرابع السابق . (إيهاب و آخرون، 2009، ص35)

بخلاف الاعتراف بإمكانية التدخلات العلاجية وإضافة أصناف تشخيصية (كمتلازمة رايت-Syndrome de Rett) و (الاضطراب الانحلالي الخاص بالطفولة - le trouble désintégratif de l'enfance)، انخفضت المعايير التشخيصية من ستة عشر (16) إلى إثنا عشر (12) معيارا موزعة على ثلاث فئات (تدهور نوعي في التفاعل الاجتماعي ، تدهور نوعي في التواصل، سلوكيات تكرارية ونمطية) مع الأعراض التي يجب أن تظهر قبل سن الثالثة من عمر الطفل، وتضمن الإصدار الخامس (DSM5-2013) متلازمة أسبيرجر، الاضطراب الانحلالي خاص بالطفولة ، واضطراب المهيم للطفولة غير المحدد تحت اضطراب طيف التوحد، واعتبار متلازمة ريت مستقلة عنه كما تم تصنيف الأعراض وفق قصور في مجالين هما: مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي ،ومجال السلوكيات النمطية المتكررة والمحدودة الأنشطة و الاهتمامات ، وتوفر في التشخيص ثلاث أعراض على الأقل في المجال الأول وعرضين في المجال الثاني، وتكون متواجدة من الطفولة. مع الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المرتبطة والاضطرابات النفسية التي يمكن أن تكون في التوحد والاضطرابات الهضمية المعوية و الصرع. (زروالي، 2021، ص ص 13-14)

تشخيص اضطراب طيف التوحد بين (DSM4-TR) و (DSM5) :

هناك منظمات عالمية عدة تعنى بوضع معايير التشخيص لطيف التوحد نذكر منها:

- 1- الجمعية الأمريكية (APA) : يصدر عنها الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (DSM).
- 2- المنظمة العالمية للصحة (WHO) : هي هيئة متخصصة تابعة للأمم المتحدة تصدر التصنيف العالمي للأمراض (ICD).

3- الجمعية الفرنسية لتصنيف الأمراض العقلية للطفل والراشد (CFTMEA) : أنشأها (روجر مزاس - R.Misé) ورفاقه سنة 1958 موجهة للأطباء النفسيين المختصين بالأطفال والمراهقين والممارسين في الميدان (سعودي و عبد السلام، 2022، ص 321).

لم يستقر تشخيص التوحد عالميا بعد صدور الطبعة الرابعة بكل تعديلاته مما استوجب ضرورة تغيير أدوات وطرق التشخيص لتصبح أكثر سهولة وأقل اختلافا بين المختصين في العالم حول التصنيفات المختلفة، حيث تضمنت الطبعة (DSM4.TR) اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن ما يسمى (بالاضطرابات النمائية الشاملة)، إلى جانب أربع (04) اضطرابات أخرى تشترك في بعض الأعراض السلوكية، أما الطريقة والآلية التي عرض بها هذا الاضطراب كانت ذات خصوصية توضيحية شاملة في زملة الأعراض السلوكية التي تميزه عن غيره من الفئات الأخرى، وأعطت جملة المعايير التشخيصية التي يستند إليها في تشخيصه.

ويعتبر اضطراب النمو المتفشي (PDD) مصطلح عام يستخدم لتعريف أنواع الاضطراب منها الاضطراب النمائي الغير محدد (PDD-NOS) الاضطراب التوحيدي (ACD)، متلازمة أسبرجر، متلازمة رايت ، اضطراب (Childhood disintegrative disorder)، أطلق على الاضطرابات الثلاث (03) الأولى اضطراب طيف التوحد، أما الاضطرابين الآخرين فنسبة الإصابة بهما نادرة، ويمكن اعتبارهما في بعض الأحيان ضمن طيف التوحد وأحيانا لا. يمكن القول أن الاضطراب النمائي الغير محدد (PDD-NOS) هي واحدة من الحالات الثلاث لطيف التوحد وواحد من الحالات الخمسة (05) المصنفة ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية فإن تشخيص هذا الاضطراب يستخدم للحالات التي تعاني من ضعف حاد في التواصل الاجتماعي والأنشطة الحالية، ولكن معايير لا تتطابق مع معايير الاضطرابات النمائية الشاملة أو عدة اضطرابات أخرى، وتسمى الاضطرابات النمائية الغير شاملة بالتوحد اللانمطي، لأنها

تتضمن معايير اضطراب التوحد مثل تأخر سن بداية الاضطراب أو الأعراض الغير نمطية أو واحدة منهما ويعتبر هذا الاضطراب الأكثر اعتدالا من اضطراب التوحد النموذجي، وهذا ليس دائما صحيح بحيث أن بعض الخصائص قد تكون معتدلة وتكون خصائص أخرى أكثر حدة، لأن الاضطراب النمائي الشامل يؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. (Johnson & Myers, 2007, p. 1186)

يوجد اختلاف بين المختصين حول استخدام مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة فأغلبهم يستخدمها كاختصار للاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة، وبعضهم الآخر يستعملها كعلامة للفئة العامة للاضطرابات النمائية الشاملة، كونهم مترددون في تشخيص إصابة الأطفال الصغار بنوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة كالتوحد، مما يؤدي إلى ارتباك في المصطلح، لأن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة يشير إلى فئة من الاضطراب وليس علامة تشخيصية، حيث لا تعد تشخيصا في حد ذاتها، في حين أن الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة تعد تشخيصا وتسمى نمو الشخصية اللانمطي أو الاضطرابات النمائية الشاملة اللانمطية أو التوحد اللانمطي، وبسبب (NOS) التي يقصد بها غير محدد، فإنه يمكن وصف الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة بأنها اضطراب طيف التوحد، وبعض الأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم بالاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة عرضة للإصابة بمتلازمة (أسبرجر)، وهناك من هم مصابون بتوحد كامل تقريبا لكن من دون بعض أعراضه.

يمكن القول أن اضطراب النمو المتفشي الغير محدد لديه قليل من أعراض طيف التوحد ولكن يصنف كونه طيف التوحد، حيث يتضمن الأفراد الذين تظهر لديهم معايير محددة مع اضطرابات أخرى هي نفسها أعراض اضطرابات أخرى متداخلة حيث لا توجد طريقة بسيطة لتحديد أعراض (NOS) و (PDD) والتي تتراوح بين معتدلة وحادة جدا.

وجاء التعديل في (DSM5) بسبب الصعوبات وعدم الإجماع بين الأطباء المختصين ليتم إلغاء هذا التصنيف الذي لم يتناوله ولم يتبع أحدا استخدامه منذ وضعه في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع سنة 2000 ، حيث تم وضعه تحت اضطراب طيف التوحد المتوسط إلى الشديد وتم إلغاء هذا المسمى. إن الفرق بين مسمى اضطراب التوحد واضطراب طيف التوحد كبير، حيث أن مسمى التوحد يشير إلى التوحد الكلاسيكي فقط، بينما اضطراب طيف التوحد تضمن كل الأنواع التي نصت عليها الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي والذي تضمن اضطراب النمو المتفشي الغير محدد (NOS) و(PDD).

تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب DSM5 : هذا التشخيص وفقا لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA 2013) حيث غيرت اللجنة العلمية التي اعدت هذه الطبعة مسمى (الفئة) ومعايير تشخيصها والتي نصت على أن أطفال طيف التوحد يصنفون إلى فئتين متميزتين :

أ- **مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي:** يتميز بصعوبات مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعيين في مختلف المواقف سواء في المراحل الحالية أو القبلية (Berenguer & Baixauli, 2020, p. 03)، وتتضمن الأعراض:

- **العجز في التبادل الاجتماعي والعاطفي (الانفعالي):** الذي يظهر في التعامل الاجتماعي والطبيعي وعجز في الحوار الاعتيادي، كبدأ التفاعل الاجتماعي والاستجابة له.

- **عجز في السلوك التواصل غير اللفظي:** المستخدم في التفاعل الاجتماعي كالخلل في التواصل البصري ولغة الجسد إلى غياب تعابير الوجه والتواصل الغير لفظي.

- عجز في إنشاء العلاقات وتطويرها والحفاظ عليها وفهمها: يتمثل في صعوبات ضبط السلوك ليتوافق مع مختلف المواقف الاجتماعية وصعوبات في اللعب التخيلي، وفقدان الاهتمام من الأقران وإنشاء صداقات.

ب- مجال النمطية والتكرار والمحدود للسلوكات والاهتمامات والأنشطة:

يظهر في إثنين على الأقل من الأعراض سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها ومنها:

- نمطية وتكرار في الحركات والخطاب واستخدام الأشياء: كترديد الكلام المسموع أو ترتيب الأشياء، المصاداة، جمل خاصة.

- تمثل الأفعال ومقاومة التغيير والاصرار المفرط للروتين: والأفعال الطقوسية أو الطبيعية أو السلوك اللفظي أو غير اللفظي.

-الاهتمامات جد محددة وثابتة بشكل كبير وغير طبيعي من ناحية الشدة والتركيز: كالتعلق أو الانشغال الشديد بالأشياء الغير اعتيادية أو الاهتمام المتواصل بشيء محدد.

-فرط أو نقص حركي نتيجة للمدخلات الحسية: كالاستجابة السلبية للأصوات أو لمس أشياء معينة. (عودة، 2020، ص ص 36-37)

ج- يجب أن تظهر الأعراض في فترة النمو المبكرة، لكن قد لا تظهر بشكل واضح تماما حتى تظهر المطالب الاجتماعية مدى القدرات المحدودة عند الطفل.

-اعتبار مرحلة الطفولة المبكرة من عمر ثماني سنوات فما أقل.

-تقرير مقدمة الرعاية الأولية لم يعد إلزاميا

د- أن يظهر مدى تسبب الأعراض في حدوث ضرر واضح في الفعاليات الاجتماعية وتضعف وتحد من الوظائف اليومية.

- تخفيض مجالات التشخيص من ثلاث أعراض إلى عرضين مع التركيز على العجز عن التفاعل والتواصل الاجتماعي وأنماط من السلوكيات المتكررة حيث تسبب تداخل كبير في وظيفة السياق أو أكثر وتستند الخطورة على علاقة التواصل الاجتماعي وأنماط السلوكيات المقيدة. (ذبيحي و خشاب، 2018، ص 145)

- التغيرات التي طرأت على تشخيص اضطراب طيف التوحد في الطبعة الخامسة DSM5:

بعد ثلاثون سنة حدثت تغيرات في مجال تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث كان في الطبعة السابقة (DSM4-TR) تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة (Developmental Disorders-PDD) وتم إدراجه في الطبعة الخامسة ضمن الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental) (عيسي و بوشهاب، اضطراب طيف التوحد (ASD)، 2019، ص 277)، وأهم هذه التغيرات مايلي:

- استثناء متلازمة (ريت) كواحدة من فئات طيف التوحد وإدراجها ضمن الاضطرابات المعرفية الجينية لمعرفة سببها وهي طفرة وراثية في الجين 2-MeCp والمقرر لدى الإناث.

- العمل بمصطلح اضطراب طيف التوحد (ASD) الذي يضم جميع التصنيفات الضمنية للتوحد (اضطراب التوحد (AD)، اضطراب التفكك الطفولي (CDD)، متلازمة اسبرجر، الاضطراب النمائي الشامل الغير محدد (PDD-NOS)، وبالتالي عدم حاجة المختصين للتشخيص الفارقي واختلاف جميع الفئات من حيث شدة الأعراض السلوكية وتواجدها ومستوى اللغة ودرجة الذكاء ولا تختلف في المعايير، وتم تجميعها في فئة واحدة (عيسي و بوشهاب، 2019، ص 278).

- محكات التشخيص: ضم محورين، الأول محك التفاعل والتواصل الاجتماعي ومحك السلوكيات والأنماط التكرارية بالإضافة لملاحظة الأخصائي

- تحديد مستوى شدة الاعراض وفقا لثلاث مستويات ضمن فئة واحدة لكل معيار تشخيصي.

- الإعاقات الأخرى المصاحبة محددة: الإعاقة العقلية، اضطراب اللغة، اضطرابات السلوك، الحالات الطبية والجينية، الكاكاتونيا.

- المدى العمري لظهور الأعراض: الطفولة المبكرة ثماني سنوات.

- ورد في هذه الطبعة فئة جديدة وهي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي في حال وجود المعيار الأول فقط والتي تنطبق عليه الاعراض السلوكية في اضطراب طيف التوحد. (عودة، 2020، ص 41)

أصبح اضطراب طيف التوحد تحت سقف الاضطرابات النمائية العصبية، وهي مجموعة من الاضطرابات التي أوردتها الدليل الاحصائي الخامس كالتالي:

- فئة الاضطرابات العقلية (Intellectual Disabilities).

- فئة اضطرابات التواصل (Communication Disorders).

- اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD).

- صعوبات التعلم المحددة (Specific LD).

- الاضطرابات الحركية (Motor Disorders).

- اضطراب طيف التوحد (ASD) (عيسي و بوشهاب، 2019، ص 277)

- تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11، 2017):

يوجد هناك تغيير جذري في هذه الطبعة الأخيرة، وهي كما يلي:

- العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التواصل والتفاعل المتبادل.
- يظهر طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة وتكون الأعراض غير مجتمعة بشكل تام وقد تظهر كلها مستقبلاً.
- مجموعة من النشاطات والاهتمامات المقيدة والنمطية والمتكررة.
- العجز في النشاطات المقيدة يؤدي إلى تدهور وانخفاض أداء الطفل على الجوانب (الاجتماعية، الشخصية، المهنية والتعليمية)، ودرجته تكون بحسب الظروف الثقافية والاجتماعية.
- يظهر طيف التوحد واضطراب فرط النشاط في نفس الوقت.
- اضطرابات النمو غير مصنفة في فئة واحدة، وتم التخلي عن متلازمة أسبرجر في التصنيف الجديد. (Stein & Szatmari, 2020, p. 04)

2-3- أنواع اضطراب طيف التوحد:

اقترحت (ماري كولمان) ثلاثة تصنيفات للتوحد وهي: المتلازمة التوحدية الكلاسيكية و يحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة و السابعة، و متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحد و تكون مثل الاولى و يحدث تأخر مدة شهر، والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبياً ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، و متلازمات فيروسية مثل الحصبة الألمانية و متلازمة الحرمان الحسي (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 31-32)، وبما انهم لا يظهرون نفس الخصائص و نفس الشدة صنف بعدة انواع حسب المستوى الوظيفي، والعمر، او حسب عدد الاعراض و شدتها، او الانماط المختلفة الواضحة

لنشاط الدماغ، وقد اقترح كل من (سيفن وماتسون و كوو - sevin,matson,coe) تصنيفا من اربعة مجموعات كالتالي:

1-المجموعة الشاذة (atypical group) :يظهر افراد هذه المجموعة العدد الاقل من الخصائص التوحدية و المستوى الاعلى من الذكاء.

2-المجموعة التوحدية البسيطة (mildly autistic group) :يظهر افراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وتخلف عقلي بسيط والتزام باللغة الوظيفية.

3-المجموعة التوحدية المتوسطة (moderately autistic group) : و لديهم خصائص تميزهم تتمثل في الاستجابات الاجتماعية المحدودة و انماط شديدة من السلوكات النمطية كالتلويح باليد بالاضافة الى لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4-المجموعة التوحدية الشديدة (severely autistic group) :يظرون افرادها العزلة الاجتماعية ولا توجد لهم مهارات تواصلية و وظيفية وتخلف عقلي عاى مستوى ملحوظ. (محمود الشقير و سيد، 2007، ص 136).

ويمكن التفرقة بين أنواعهم من خلال (ICD10 –DSM4) لاضطرابات النمو الشامل كما يلي :

1- الاضطراب التوحدي:

تكون فيه صعوبات حادة من الناحية الوظيفية في التفاعل الاجتماعي، التواصل واللغة، سلوك نمطي ونشاط محدد بالإضافة الى (من 4- 12 مؤشر) اثنان في التفاعل الاجتماعي وواحدة على الاقل في التواصل واللغة، وواحدة في السلوك النمطي والنشاط المحدد.

2- عرض اسبرجر:

يطلق عليه المتخصصين مرتفع التوظيف وتنسب لمكتشفها (سبرجر هانس)، وهي زملة أقل حدة تظهر في وقت متأخر عن ظهور الاعراض التوحدية التقليدية وتكتشف أعراضها

متأخرة، لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية، مستوى ذكاء عادي أو فوق المتوسط ولا يوجد قصور حاد في النشاط الاجتماعي والمرونة المعرفية والسلوكية.

3 - اضطرابات النمو الغير محددة:

هو حالة منفصلة على التوحد يظهر بعد العام الثالث ويختلف عنه في بدايته، مناسب للأفراد الذين لا توجد فيهم المعايير المحددة لأي اضطراب آخر مشوه للنمو ويظهر اضطراب واحد أو اثنين من مجالات تشخيص التوحد تظهر فيها التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، التواصل والسلوك التكراري النمطي، ويوجد اضطراب واضح في اللغة الاستقبالية.

4- اضطراب ريت:

يرتبط بالقصور في نمو المخ بعد الولادة يظهر على المصاب تدهور واضح تدريجيا في النمو مع تقدم العمر وفي اللغة واضطراب ونمطية حركة اليد (عرض مميز)، تخلف عقلي، نوبات صرع عنيفة متكررة، اضطراب التنفس، غياب أو فقدان تام للوظائف اللغوية وغياب التناسق والتوازن الحركي.

5- اضطرابات الطفولة التحليلية:

قصور حاد في اللغة مع ظهور أعراض التوحد بعد النمو المبكر العادي الذي يشمل التحدث باستخدام جمل كاملة ولا يرتبط بمرض المخ (فراج، 2002، ص 47).

- صنف في الطبعة الخامسة (DSM-5) درجات شدة اضطراب طيف التوحد حسب طبيعة الدعم المطلوب، يتضمن كل مستوى خصائص (المبادرة في التفاعل الاجتماعي، والسلوك المحدود والتكراري، نقص مهارات التواصل اللفظي، نقص في مهارات التواصل غير اللفظي، قصور في الأداء الاجتماعي، سلوك غير مرن، التعامل مع الغير، الاستجابة للتفتح الاجتماعي، تغيير التوجيه أو النشاط) ، ولم تعد أعراضه تصنف على أنها بسيطة أو متوسطة أو شديدة بل إلى ثلاث مستويات تتدرج من المستوى الثالث الأكثر شدة (أعراض تتطلب دعم كبير جدا)، إلى المستوى الثاني الذي (أعراض تتطلب دعم كبير)، والمستوى الأول (أعراض يكون فيها الدعم مطلوب).

2-4- أسباب اضطراب طيف التوحد:

يعد التوحد أكبر الاضطرابات الغامضة لعدم وضوح أسبابه وباعتباره يؤثر على كل أنماط النمو بشكل خطير حيث يولد الطفل بهذا الاضطراب ورغم أعراضه لا يمكن التأكد منها بشكل تام قبل ثلاثين شهرا، وقد تعددت أسبابه حسب النظريات ولعل أهمها:

2-4-1 - العوامل الجينية والوراثية:

هناك عوامل وراثية تتعلق ببعض الجينات في بعض الخلايا الدماغية حيث توجد عدة مناطق تبدوا أصغر حجما من الطبيعي كالقشرة المخية، وقرن آمون، والحاجز الدماغى واللوزة الدماغية والأجسام الحلمية (Mammillary Bodies)، وبالتالي تعيق الإشارات العصبية التي تحمل الرسائل والمعلومات الخارجية من خلية عصبية إلى أخرى، كما يؤكد الباحثين على الاستعداد الوراثي لهذا الاضطراب بين أفراد الأسرة الواحدة بنسبة أعلى من المعدل العام لانتشاره، وكشفت صور الأشعة الحديثة كتحوير التردد المغناطيسي على وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة وحجم المخ واختلافات في المخيخ. (مختار ص.، 2019، ص 49).

يعتقد بعض الباحثين أن ما بين (03- 20 جيني) قد ترتبط بالتوحد أو مجموعة صغيرة من الجينات الغير مستقرة من (03-06 جيني)، ومن المحتمل أن الجينات التي لها علاقة بالتوحد موجودة في الكروموزومات (02-06-07-16-18-22) ، وقد تختل الشفرة المعطوبة في تطور الدماغ وتجعله أكثر ضعفا اتجاه الأحداث البيئية كالتعرض للفيروسات والسموم أي ضعف الجهاز المناعي، ويرتبط التوحد باضطرابات جينية وراثية كمتلازمة (X الهش)، وتصلب الأنسجة العصبية الليمفاوية وتظهر أكثر لدى أطفال طيف التوحد وعائلاتهم. (الامام و الجوالدة، 2010، ص ص 94-95)، كما تشير الأبحاث الخاصة بالجينات بوجود ارتباط بين الإصابة بالتوحد وأحد الكروموزومات ، وهو موجود أيضا في حالات التخلف العقلي ويسبب مشاكل في اللغة والنمو الحركي، وتزداد نسبته في حالة التوائم المتطابقة بنسبة 100% ، في كل حالة إصابة أحدهما ، وقد حدد هذا الكروموزوم (X)

وأنه يتدخل من (5% الى 15 %) في كل الحالات ، وعدد من الأسر القليلة لها (3- 4 أطفال) متوحدين لم يذكر لها أي سبب طبي مشترك بينهم بالإضافة الى وجود اعداد غير متجانسة لآباء أطفال توحدين لديهم عيوب في اللغة وعيوب معرفية (خليفة و الغصاونة، 2013، ص 28) ، واكتشف حديثا من طرف باحثين أمريكيين أن عدد الخلايا الدماغية لدى أطفال التوحد أكبر بنسبة (67) بالمئة من عددها عند أقرانهم العاديين، كما وجد الباحثون بعد التدقيق في القشرة الدماغية الأمامية على وجود عدد كبير من الخلايا العصبية في هذا الجزء ، وهو المسؤول عن تطور العواطف والتواصل اللغوي والاجتماعي وبالتالي يسيطر على المؤشرات الأساسية والذي قد يفسر أصل مرض التوحد، حيث يؤكد الباحث رئيس الدراسة (إريك كورشييسي)، أنه عند وجود عدد كبير من الخلايا الدماغية يتعذر على الدماغ أن يترابط بشكل صحيح، وكثرة الترابط في القشرة الدماغية الأمامية يفسر لماذا تكون مهارة اجتماعية سيئة وصعوبة التواصل وعدم تعلم بعضهم الكلام أبدا. وأن أدمغتهم أثقل بنسبة (6.17) بالمئة من الطبيعيين، حيث تزداد الخلايا الدماغية من مئات الآلاف إلى أكثر من (20) مليار خلية دماغية خلال الأسبوع العاشر (10) والعشرون (20) من الحمل (مختار و..، 2019، ص 51) ، ما يرجح أن التوحد يبدأ قبل الولادة وفي الرحم. وتتوقف العوامل الوراثية على الكروموزومات حيث يرجع السبب في حدوث التوحد الى خلل وراثي لوجود عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب ومن بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد من نوع (ريت) أو حالات (فراجل X -X FRAGAILE) وهما اعاقتان أثبت أن لهما اساس وراثي وانتهت نتائج (مير سيرل - MERCERL2006) ان العوامل الوراثية تساهم بنسبة 90,2% ، وعوامل ما قبل الولادة 43.9% ، وعوامل أثناء الولادة بنسبة 68,3% مما يوضح ان الوراثة قد تكون عاملا مهما للإصابة لكن لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة لها (خليفة و الغصاونة، 2013، ص 28)

2-4-2- العوامل المناعية:

أشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى التوحديين فالعوامل الجينية والشذوذات في منظومة المناعة متفق عليها لدى التوحديين وأن بعض العوامل غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد، كما ان الكريات الليمفاوية لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم اجنة بالأجسام المضادة لدة الأمهات وهي حقيقة تثير أن أنسجتهم قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

- يعد الخطأ في تنظيم رد الفعل المناعي من الأسباب المحتملة في الإصابة بهذا الاضطراب حيث توجد لديهم أضداد ذاتية دماغية لبروتين الميالين القاعدية (anti-MBP) وبروتين محور العصبون نتيجة اضطراب في المناعة الذاتية (حبي و تواتي ابراهيم، 2015، ص 33).

2-4-3 العوامل العصبية (النيورولوجية) :

فالأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربائي وهناك انحرافات في شكل وايقاع رسم المخ الكهربائي بنسبة (50% - 80%) حيث يحدث الخلل المخي ما بين (20 - 24 يوم من الولادة) وأثبتت دراسات على أن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي التي تسمى (هوكس - HOX GENES) وهي متغيرة في التوحد وقد يحدث الخلل قبل منتصف الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل فاذا حدث الخلل في منتصف فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط (مصطفى و الشربيني، 2014، ص 45).

- ويشير (داينوماكملان - dyken et mocmalan) سنة 1993، بعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهر ضمور في بعض الفصوص المخية أي اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديين باختلاف أقرانهم الطبيعيين، وأثبتت الدراسات أن (EEG) غير طبيعية في (20%-65%) من الأطفال التوحديين مع امكانية حدوث نوبات صرع (مصطفى و الشربيني، علاج التوحد، 2013، ص 30).

- كشفت الدراسات الحديثة لصور الرنين المغناطيسي التي قارنت بين الأطفال المصابين باضطراب التوحد والأفراد العاديين أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد ونسبة

الزيادة في الحجم كانت في الفص القفوي (Occipital Lobe)، والفصل الجداري (Parietal Lobe) والفص الصدغي (Temporal Lobe) ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية، وبالنسبة للفص الصدغي فيعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحد، وهذا التصور القائم على التقارير الخاصة بالأعراض المشابهة للتوحد لدى بعض الأفراد المصابين بتلف الفص الصدغي حيث لوحظ أن إتلاف هذه المنطقة عند الحيوان يفقد السلوك الاجتماعي ويظهر القلق والأرق والسلوك الحركي النمطي، كما أن نقص خلايا (بوركنجي Purkinjy Cells) في المخيخ يؤدي إلى هذا الاضطراب ويعد شذوذ المخيخ سمة بارزة لدى هؤلاء الأطفال. (سليمان و نافع، 2015، ص ص 34-35)

2-4-4- العوامل النفسية الأسرية:

وترجع الى اساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وشخصية الالباء الغير سوية واسلوب التربية الذي يؤدي الى حدوث الاضطراب حيث يتسم آباء الأطفال التوحديين بالبرود الانفعالي والوسوسية ، والمناخ الأسري عامة يؤدي الى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية العائلية ، حيث تؤكد دراسة (بورد كريبشن - BURD KERBECHAN) سنة 1988، التي هدفت الى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال الحالة عرضها في دراسته لبنت (22 شهر)، ظلت تبكي من (8 - 9 ساعات) لسفر والديها ظهرت عليها بعد ذلك أعراض التوحد الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز وتوقفت عن الكلام واستمر في ذلك حتى بعد عودتهما، مما يؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث التوحد .كما أن الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم والتاريخ النفسي للأبوين يمكن أن تشمل عوامل خطر اصابة الأطفال بالتوحد ففي دراسة (ورد - WARD) سنة 1990 ان أمهات الأطفال التوحديين لديهم ماضي من المشاجرات الأسرية اثناء مرحلة الحمل بخلاف أمهات الأطفال الأسوياء وفي دراسة للباحث (بيفيرزدورف وآخرون - BEVERSDORF) سنة 2005 ، أنهم واجهن ضغوط حياتية متعددة مثل فقدان الوظيفة وموت الزوج أثناء الحمل تكون ذات تأثير في الشهور الأخيرة من الحمل .

- إن الجانب النفسي يؤثر على وظائف المخ مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض السلوكية والتي تم اعتمادها كخلل في العملية النفسية، يظهر في شكل صعوبة عند الطفل التوحدي في التنبؤ بسلوك الآخرين مما يجعله ينفر منهم، وصعوبة التعبير عن العواطف ونقص التقمص العاطفي مما يجعل اللغة قاصرة على التعبير وغير مفهومة تماما. (شريف و شريفي، 2019، ص 48).

2-4-5 - عوامل كيميائية حيوية:

حيث أشارت البحوث على علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية والتي تتمثل خاصة في اضطرابات خلل أو نقص أو زيادة افرازات الناقلات العصبية التي تنقل الاشارات العصبية من الحواس الخمس الى المخ او الأوامر الصادرة من المخ الى أعضاء الجسم والعضلات والجلد (فراج، 2002، ص 64)، حيث تتفق معظم الدراسات والبحوث على ان مستوى السيروتين في الدم المحيطي اعلى لدى الأطفال التوحديين، ويبدو أن السيروتين الموجودة في حوالي 30% من الاطفال التوحديين مرتبطة بانخفاض مستوى الذكاء. وقد وجد DIMETHYL TRYPTAMINE (BAUFOTENINE) HYDROX، في بول التوحديين وعائلاتهم ولم يوجد في بول الأسوياء ،بالإضافة الى عوامل وأسباب واحتمالات عديدة ارتبطت بالتوحد منها : التلوث البيئي الكيميائي ، تعرض البويضات او الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية او الاشعاعات، كما ان الغذاء حاجة ضرورية لنمو الطفل وسوء التغذية ونقص العناصر والمكونات الاساسية كالبروتينات والسكريات يؤدي الى اضطراب النضج ويؤثر على الجانب النفسي والعضوي للطفل، بالإضافة الى الامراض التي تصيب الام فترة الحمل تؤثر على صحة الجنين كالحصبة الالمانية و حتى بعد ولادته، واسباب اخرى خارجية كتعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم خلال الأشهر الثلاث الأولى أو الكحوليات (معتصم ميموني و مصطفى، 2010، ص 15)، حيث تشير دراسات كل من (ستاين وآخرون - STEIN ET ALL) الى آثار سلبية للرصاص في مرحلة الطفولة يقلل نسبة الذكاء والانتباه ، بسبب النشاط المفرط للأطفال ، بالإضافة الى دراسة (هيرن

وجولدينج – HERON ET GOLDING) سنة 2004 ، حول استقبال الأطفال المواليد لفحص ما اذا كانوا استقبلوا المادة الحافظة في اللقاحات بعد يوم من الولادة ، حيث وجد حدوث تأثيرات عكسية في خوض السلوك الاجتماعي للأطفال .بالإضافة لإصابة الأم بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية (مصطفى و الشربيني، 2014، ص 46).

التوحد هو اضطراب يصاب به الطفل نتيجة عوامل نفسية، واجتماعية، وعقلية تؤثر على تصرفاته وسلوكه بشكل كبير وملحوظ ومعرفة الأسباب والعوامل المؤدية اليه يفيد في تشخيصهم واعطاء أفكار حول طرق واستراتيجيات العلاج من أجل تحسين حالته الى الأفضل.

2-5- خصائص اضطراب طيف التوحد:

يبدأ التوحد في السنوات الأولى من عمر الطفل مما يؤثر على جوانب النمو المختلفة لديه ومن أهم الخصائص التي وضعتها الجمعية الأمريكية للتوحد سنة 1987 هي:

2-5-1- خصائص توجد لدى كل الأطفال التوحديين:

01- الخصائص الاجتماعية : تعاني فئة أطفال طيف التوحد من صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي، منها صعوبات في بدأ العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، وقد تكون أفضل مع الوالدين أو مقدمي الرعاية ، كما يعانون من فهم مشاعر أو تفسير تعابير الوجه التي تتطلب درجة مرتفعة من التحليل الإدراكي كالندم والشعور بالذنب والخجل، ويعد القصور في المجال الاجتماعي أبرز مشكلة لديهم حيث تستمر في مختلف مراحل العمر، لصعوبة التعرف على كيفية التقرب من الآخرين وفهم قواعد التواصل الاجتماعي المتعارف عليها، وإدراك القوانين الاجتماعية المعقدة وتطبيقها ، كالتحدث أو استخدام الإيماءات والتعابير والاشارات الجسدية (بن عبد الزراع، 2010، ص ص 61-62).

يتميز الطفل التوحيدي بالسلبية في السلوك الاجتماعي وهي أبرز الخصائص والأعراض لدى هذه الفئة، ومفتاح تحديد هذا الاضطراب وتصنف إلى:

أ- **العزلة الاجتماعية:** حيث لا يسعى الطفل إلى التفاعل الاجتماعي والاحتكاك بالآخرين إلا إذا أراد الطفل أن يطلب شيء، ولا يظهر عليهم النفور من الآخرين إلا أنه في الوقت نفسه يميلون إلى الخلوة والعزلة، ويعد هذا سلوك شائع عند أغلبية هؤلاء الأطفال.

ب- **اللامبالاة:** تتجلى في التجنب الفعلي لأي نوع من أنواع التفاعل الاجتماعي، والبرود في الاستجابات أو الهروب عند التعامل معه، أو بانحناء الظهر إلى الوراء تجنباً للاحتكاك عند تقديم المساعدة.

ج- **الأخلاق الاجتماعية:** تكون هذه المشكلة شائعة عند الأطفال المصابين (بعرض اسبرجر)، فقد يحاولون بشدة الحصول على أقران وتكوين صداقات لكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بها بسبب عدم وجود التبادلية في معاملاتهم وتدور أغلبية أحاديثهم حول أنفسهم و أنانيتهم.

02- الخصائص النفسية والانفعالية: إن الدراسات التي أجريت على اضطراب التوحد لم توضح أي من الخصائص النفسية لديهم، إلا أن بعض الدراسات الإكلينيكية تشير إلى نسبة الانتشار الدقيق للاكتئاب ومازالت غير معروفة، وعموما تظهر المخاوف الشديدة والفوبيا لدى أطفال طيف التوحد والذين يعانون من فرط الإدراك الحسي، والذي يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل شاذة تعيق أدائهم وتقدمهم، كما يلاحظ عليهم لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح، والضحك الشاذ الغير موظف في حالة التوتر، ضرب البطن كما أن الحالة النفسية التي أكدتها الدراسات تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار، كما تظهر عليهم مشاعر الغيرة والإحساس بالسعادة والحزن وفي بعض الأحيان التعلق بالآخرين. (حوامدة، 2019، ص ص 27-29).

- يعاني أطفال طيف التوحد من قصور في مجال المثيرات الحسية عموماً، كالحساسية البصرية لرؤية الألوان، أو رؤية أشياء لا يراها المحيطين بهم، وكذلك الحساسية السمعية كعدم الاستجابة للأصوات العالية أو الاستجابة المفرطة للضوضاء، قد نلاحظ عدم الشعور بالألم عند التعرض للأذى الجسدي عند بعضهم (الدسوقي و سيد أحمد غانم، 2021، ص 297).

03- الخصائص الجسمية والصحية: يشتكى الكثير من آباء الطفل التوحدي من وجود مشاكل في الجهاز الهضمي خاصة المعدي والمعوي، حيث تظهر لدى الأطفال التهابات المعدة والإمساك المزمن والتهاب المريء والتهاب القولون، وتحدث بنسبة (46-85 %) و (70%) منهم يعانون من القيء وآلام البطن، كما يحدث لهم اضطراب النوبات الصرعية نتيجة بعض الأنشطة غير الطبيعية في الدماغ المرتبطة باضطراب طيف التوحد حيث تساهم في تعطيل الخلايا العصبية في بقية الجسم (بوزياني، 2022، ص 798). يعاني أطفال طيف التوحد من اضطرابات في النوم وتكون لديهم عدة سلوكيات كضرب رؤوسهم على الحائط ويلعبون بالطعام ، وقد يتقيأ الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بشكل متكرر مما يستوجب إدخاله إلى المستشفى خاصة إذا كان يعاني من تحسس لبعض الأطعمة، أو نوبات الشره المرضي (قتال، 2021، ص 49).

04- الخصائص السلوكية والحركية:

- يكون التوحد قبل السنة الثالثة:

تظهر أعراضه على شكل صعوبات غير مألوفة في سلوك الطفل كحدة الطابع، مشكلات النوم، التغذية، قد تظهر من العام الأول أو بعده وهذه الأعراض كعد النمو الطبيعي للغة قد تكون طبيعية بين الشهر (12- 14) لكنها لا ترتقي ، وأعراض أخرى تشمل الاضطراب الاجتماعي و سلوكيات نمطية تكرارية (القريطي، 2001، ص 65).

- السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

وهو تكرار الافعال واعمال نمطية تهز الجسم من الأمام الى الخلف والاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة بصورة تكرارية، الدوران، التلويح، ترديد كلمات لفترة من الوقت.

- عدم القدرة على اللعب التخيلي:

فهو لا يلعب بطريقة تخيلية ولا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية ويكون في نطاق محدود تماما حيث يكرر النشاط ولا ينمي ويطور اللعب التخيلي ويفتقد الى الابداع والتجسيد بخلاف أقرانه من سن (18) (سليمان ع.، 2004، ص 35).

- **القصور اللغوي التواصل:** تعتبر صعوبة التواصل إحدى طرق تشخيص اضطراب طيف التوحد إذ أن المعالم الرئيسية لها أهمية بالغة في مراحل التطور في فهم اضطراب التوحد. (Volkmar.F et al., 2014, p. 23)

أ- **قصور في اللغة والتواصل اللفظي:** أكدت عدة دراسات من خلال أشرطة الفيديو وملاحظة الوالدين خلال فترة الرضاعة أن التواصل عند أطفال طيف التوحد مختلف عن أقرانهم بحلول السنة الثانية من العمر، حيث يكونون أقل استجابة لأسمائهم أو للأفراد عندما يتحدثون معهم، حيث بلغ عمرهم اللغوي التعبيري و الإستقبالي (أقل من 09 أشهر)، على عكس المهارات الأخرى التي تكون ما بين (16-21 شهر). (عزيز الدين علي وآخرون، 2022، ص 40).

فقد تغيب اللغة كلياً أو تنمو لكن دون نضج بتركيب لغوي ركيك، يطورون لأنفسهم كلمات خاصة لا يفهمها غيرهم، لديهم صعوبة في التعلم أن الكلمة الواحدة لديها عدة معاني وفهمها فهما حرفياً، فالمشكلات اللغوية التي تظهر لدى التوحديين تؤدي الى توقف النمو الانفعالي والاجتماعي منها:

- **المصاداة ECHOLALIA :** حيث يردد الطفل التوحدي ما يسمعه في نفس اللحظة من اصوات منطوقة ولا يتعلمون اللغة أبداً، وتسمى (مصاداة فورية)، و (مصاداة متأخرة)

وفيهما يكرر أحداث أو كلمات أو جمل بعد ساعات أو أيام أو أسابيع كشكل لسلوك اثارة الذات لتجنب التفاعلات الاجتماعية اما العوامل المسببة لها غير مفهومة .

- الاستخدام العكسي للضمائر كأن يشير الى الآخرين بضمير انا ولنفسه بضمير هو ويستعمل النفي اللفظي كوقاية من الأحداث غير السارة.

ب- قصور في اللغة والتواصل غير اللفظي:

حيث يظهر على حالات التوحد مشكلات وصعوبة في استخدام اللغة والتعبير بالكلمات وتأخر الكلام ظن ونقص النمو اللغوي والفشل في بدأ المحادثة وتدعيمها بشكل طبيعي باستعمال اشارات او تعبيرات وجهية والتواصل بالعينين.

- قصور في التفاعل الاجتماعي: يعاني الطفل التوحدي من ضعف في العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على التفاعل بصورة طبيعية كبقية أقرانه منها التجنب الاجتماعي واللامبالاة في الآخرين وصعوبة في فهم القوانين والانسحاب من الأحداث الاجتماعية.

- ضعف في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية: تتمثل في عدم الانتظام في الأكل، اللباس، النوم حيث يقتصر على نوع معين من الأكل وقد نجده مستيقظا بشكل متكرر في الليل، وعاجز في عدة أنماط سلوكية وعجز في تقدير الأخطار التي يتعرض لها والاصطدام بالأشياء أثناء المشي وعدم القدرة على الاستمرار في نشاط معين لفترة طويلة، واضطرابات الاخراج الشائعة لديهم (سليمان أ.، 2010، ص ص 45-54)

5- الخصائص العقلية والمعرفية: تزداد خطورة اضطراب طيف التوحد بنقص نسبة الذكاء عند هؤلاء الأطفال حيث تشير دراسات إكلينيكية أن حوالي (40%) تكون نسبة ذكائهم أقل من (55 % - 50 %)، مما يدل على تخلف عقلي متوسط، شديد وشديد جدا، و (30 %) نسبة ذكائهم من (50 % - 70 %) تخلف عقلي بسيط ، وأن نسبة (30 %) من هؤلاء الأطفال تصل نسبة ذكائهم إلى (70 %) أو أكثر (عبد المعطي، 2001، ص 567)

كما تتفاوت القدرات المعرفية عند هؤلاء الأطفال منها القدرة على معرفة التقويم كتحديد اليوم المرتبط بتاريخ معين، والقدرة على حساب عدد الأشياء بسرعة، القدرة الفنية والقدرة الموسيقية، حيث يكونون على مستوى عال في شيء معين ومتأخرين في أدائهم في جانب آخر، كما تعتمد طريقة تفكيرهم على الصور بدلا من الكلمات وأفكارهم تعرض في مخيلتهم على شكل شريط فيديو وصعوبة في معالجة المعلومات الشفوية واستعمال العقل في عمليات التفاعل الاجتماعي بدلا من العواطف والأحاسيس (بوزياني، 2022، ص 799)

2-5-2- أعراض وخصائص قد لا توجد في كل الأطفال التوحديين:

1- سلوك اذاء الذات من نوبات الغضب حيث تظهر عليه اضطرابات ونوبات غضب في المزاج والعدوان واذاء الذات كان يضرب رأسه على الحائط او وجهه بقبضة يديه او يعض نفسه بشدة، وقد يوجه عدوانيته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة وغالبا ما يعجز الأهل في التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

2- البرود العاطفي والانفعالي الشديد: حيث لا يظهر مشاعر العطف والاستجابة الى العناق، ويطورون علاقات شخصية ونقص الخوف من المخاطر الحقيقية، الضحك والبكاء من دون سبب واضح ومقاومة التغيير والانفجارات المزاجية والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية

3- ضعف الاستجابة للمثيرات الحسية: يعاني الطفل التوحدي من اضطرابات حسية وتناقض في الاستجابة للمثيرات الحسية (الصوتية، البصرية، اللمسية) وصعوبة في معالجة المثيرات البصرية كان يستجيب للأضواء المبهرة استجابة غير عادية وقد يسمع اصوات منخفضة ويستجيب لها دون الأصوات المرتفعة وفي الغالب لا يحبون ان يلمسهم أحد.

4- انخفاض مستوى الوظائف العقلية والمعرفية: لديهم اضطراب واضح في التفكير والفهم شامل لجوانب المشكلة وصعوبة في الانتباه وتدني الذكاء الاجتماعي وضعف في الذاكرة

ومشكلة في الإدراك السمعي والبصري والتوازن والاحساس بالألم (خليفة و الغصاونة، 2013، ص 19).

ومنه فان هذه الخصائص قد تكون مجتمعة لدى الطفل التوحيدي أو بعضا منها، وعلى المختص مراعاتها ودراساتها بعناية من أجل التواصل الفعال سواء كان لفظيا أو غير لفظي وفي مختلف جوانب سلوكياته.

2-6 النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

2-6-1 النظرية المعرفية (Cognitive Theory) : تشير هذه النظرية إلى وجود صعوبات معرفية لدى فئة التوحد، حيث يرى الباحث (روتر-Reutter) أن الاضطراب في العمليات المعرفية (الإدراك ، الانتباه، الذاكرة ، التفكير)، وخاصة الاحتفاظ باللغة والتجريد يعيق المشاركة الوجدانية ومعرفة انفعالات الآخرين والتقمص، وأن الاضطرابات الانفعالية والدمج العاطفي ترجع إلى تلف أولي في الوظائف المعرفية، وفي دراسة أخرى للباحث (هوبسون - Hobsson) لمعرفة مدى إدراك الطفل التوحيدي للانفعالات من خلال قدرته على معرفة الأشياء والأشخاص وانفعالاتهم توصل إلى وجود صعوبة كبيرة في تقمص الانفعالات والشخصيات، كما أنهم لا يهتمون بالأفراد وغالبا ما يفضلون أجزاء من لباسهم، كما يعانون من اضطرابات في المعالجة الحسية وإدراك الانفعالات، كما أرجع كل من (بارون-Baron، 1985 وآخرون) أن صعوبات التواصل ترجع إلى عدم قدرتهم على التفكير وفهم أنفسهم والآخرين لانعدام المشاركة الوجدانية، كما يرجع البعض المشكلة إلى التعبير ودمج المدخلات الحسية المختلفة لدى هؤلاء الأطفال، وتظهر في حساسية زائدة أو غياب أو نقص لهذه الحساسية للأصوات والرؤية مما يؤدي إلى صعوبات اجتماعية، في حين يرى البعض الآخر أن الطفل انتقائي في انتباهه نتيجة عيب على مستوى الإدراك ومنه لا يستطيع الاستجابة لمثير واحد فقط في زمن محدد، ويرى آخرون أن التوحد نتيجة لعيوب إدراكية عديدة وليس لعيب واحد. (عبد الله الجلاد، 2013، ص 124).

2-6-2 النظرية السيكوندينامية : أسهم عمل الطبيب النفسي (كانر - Kaner) دعم الموقف بأن التوحد الطفولي ناتج بشكل أساسي من عوامل نفسية كمعاملة الآباء لأطفالهم واتجاهاتهم نحوهم، وأنهم كانوا معرضين إلى برود وحرمان عاطفي أبوي، واستحوادي، ومنحصرة في تلبية الاحتياجات المادية بشكل آلي خالي من العاطفة، وتشير هذه النظرية إلى الحالة الطبيعية من الجانب العضوي للطفل التوحدي وترتكز على حدوث اضطرابات قوية في المراحل الأولى من حياة الطفل، تفسر إصابته باضطراب نفسي شديد ناتج عن المعاملة الوالدية الشاذة خاصة من طرف الأم، وأن رابط التعلق بالعلاقة الثلاثية تكون معطلة بالإضافة إلى الحرمان الشديد داخل الأسرة، وخوف الطفل وانسحابه وانعزاله، عن الجو الأسري ناتج عن تدني التفاعل والعلاقة العاطفية بين الطفل وأسرته مما يؤدي إلى الشعور بفراغ حسي وعاطفي وهو ما يحفزه على العزلة والانغلاق.

في حين استخدم (برونو بتلهاييم - Bruno Betlheim) نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل العاطفي الأبوي واعتبر أنه مركز تطور اضطراب التوحد ينشأ عن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط لاتجاهات الوالدين هو أمر ميؤوس منه (مصطفى و الشربيني، 2014، صفحة 56).

2-6-3 النظرية العصبية البيولوجية: جاءت هذه النظرية كرد رافض لتفسير نظرية العامل النفسي لاضطراب التوحد، وتعود لصاحبها (رملاند - Remland) صاحب أول كتاب علمي في التوحد الذي أوضح فيه أن اضطراب التوحد ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك، ونفى فكرة أن اضطراب التوحد راجع إلى أنماط سيئة مع الوالدين ووصفه على أنه اضطراب عصبي بيولوجي، وفسر بعض الباحثين أن المشكلات المرتبطة بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط وتوزيع الانتباه والتجاوب مع المواقف الجديدة راجع إلى ضعف في بنية الدماغ ووظيفته، وأن صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي وضعف الذاكرة وعدم القدرة على الانتباه ناتجة عن خلل في مناطق محددة في النظام العصبي المركزي، وهذا يرجع إلى عامل

أو أكثر من العوامل البيولوجية كالاتهابات الفيروسية أو الجينات أو صعوبات أثناء الحمل أو الولادة. (سهيل، 2015، ص 93).

2-6-4 نظرية العقل: تعد من النظريات الحديثة تنبأها البروفسور (سيمون بارون كوهين) بجامعة كامبردج بمركز أبحاث التوحد ببريطانيا، حيث ترجع سبب الصعوبات الاجتماعية واللغوية لدى المصابين بالتوحد يرجع لانعدام نظرية العقل لديهم، والتي يعرفها (فراث- Freth 1989) بأنها القدرة على التنبؤ بعلاقات الحالات الخارجية للأحداث والحالات الداخلية للعقل كفرح الطفل عند رؤية أحد الوالدين، ومنه نستخلص أنه مسرور، وحسب هذه النظرية فإن الطفل المصاب باضطراب التوحد يعاني من قصور في الجانب المعرفي الاجتماعي الذي ينبئ بمعرفة البناء النفسي لمعتقدات الآخرين مما يدل على عدم اكتمال تطور الأفكار في العقل، وتفترض أن المصابين بالتوحد تواجههم صعوبات في القدرة على الاستنتاج لصعوبة معرفة وتصور الإحساس والشعور لدى الآخرين وما يدور في تفكيرهم مما يؤدي إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وتوقع ردة فعل الآخرين، وأن العجز الاجتماعي هو نتيجة لعدم قدرتهم على استنتاج وفهم الحالات العقلية لغيرهم كالرغبات والاعتقادات والانفعالات والنوايا والمشكلات الاجتماعية هي نتيجة العجز الإدراكي ومنه يرجع سبب العجز الاجتماعي إلى عيوب في نظرية العقل. (عبد الله الجلامدة، 2013، ص 121).

2-7- صعوبات تقييم وتشخيص طيف التوحد:

تعد عملية تشخيص التوحد من أكثر عمليات الاعاقات المختلفة صعوبة وتعقيد حيث تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب ويرجع السبب الى التباين في الأعراض من حالة الى أخرى، ويعد التشخيص الصحيح للتوحد أمر ذو أهمية للاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له وهناك صعوبات تواجه

الاخصائيين متعلقة بالطفل نفسه لضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعوامل تؤدي الى الوقوع في الخطأ عند التشخيص لعدم الحسم بالأسباب المؤدية الى التوحد والأعراض، وتشابه مع الاعاقات الأخرى.

صعوبات التشخيص: تعود الى عدة عوامل:

1 - تشابه اعراض اضطراب التوحد بأعراض اعاقات وامراض أخرى (التخلف العقلي الاضطرابات العاطفية الانفعالية ، حالات الفصام).

2 - تعتبر البحوث في اعاقة التوحد حديثة نسبيا.

3- التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل المصاب وبيئته الاجتماعية ترجع الى توقف القدرة على تعلم اللغة ،أو النمو المعرفي وفعالية عملية التطبيع الاجتماعي.

4 - اعاقة التوحد لديها عدة اضطرابات تظهر في عدة أشكال.

2-8 أدوات فحص وتشخيص اضطراب طيف التوحد:

يعد تاريخ (02 أبريل) اليوم العالمي للتحسيس باضطراب طيف التوحد، وقد حددته الأمم المتحدة على أساس أنه أزمة صحية عالمية تنتشر بسرعة ودون سابق إنذار، وقد يتأخر تشخيص التوحد إلى غاية السنة السابعة، وصممت العديد من المقاييس وأدوات الفحص والتشخيص لهذا الاضطراب ومن أدوات الفحص نجد ما يلي:

2-8-1- قائمة سلوكيات التوحد (ABC) CHECKLIST (AUTISM

BEHAVIOR: أعده كل من (Krug Arick & Almond,1988)، وهو عبارة عن

استبيان فحص خاص بتقييم الأطفال الذين تكون أعمارهم ثمانية عشر (18) شهر فما فوق،

يتضمن سبعة وخمسون (57) فقرة مقسمة إلى خمس مجالات تتعلق بأعراض اضطراب

التوحد (السلوكات الحسية، سلوكات التفاعل ، استخدام الأشياء والجسد ، المهارات اللغوية ،

المهارات الاستقلالية الاجتماعية والوظيفية) ، وتوفر لنا السلوكيات التي يتم تقييمها عند الأطفال أو المراهقين درجات تحدد وجود خمسة أنواع من المشكلات وهي: اضطراب التوحد - الاضطراب العاطفي - الإعاقة الذهنية - الصمم - الإعاقة البصرية (زروالي، 2021، ص 115).

2-8-2- سلم تقييم طيف التوحد (ASRS) Autism Spectrum Rating Scale

: وضعه كل من (Goldstein & Nagliori, 2010) ، هو استبيان مخصص لتحديد اضطراب طيف التوحد للأطفال والمراهقين ما بين عمر (02 - 18 سنة) ، يتكون من أربع (04) بروتوكولات: نسخة واحدة مخصصة للآباء والأخرى للمعلم، متاحة لفئتين عمريتين بالتحديد للأطفال الذين أعمارهم ما بين (02-05 سنوات) ، و أخرى للذين تكون أعمارهم ما بين (06-18 سنة) ، ولكل نسخة شكل كامل وصيغة مختصرة تتضمن النسخ الكاملة واحد وسبعون (71) سؤال ، والأشكال المختصرة على خمسة عشر (15) بند ، تتضمن الأسئلة سبعة (07) مجالات (التنشئة الاجتماعية مع الأقران - التنشئة الاجتماعية مع البالغين - التبادلية العاطفية والاجتماعية و اللغة- الصور النمطية - الصلابة السلوكية - الانتباه الحسي والحساسية) ، والدرجات المتحصل عليها تشير إلى ثلاث مستويات من الشدة (العالي جدا، العالي و المنخفض).

وفقا لمراجعة الاختبار التي أجراها (Simek & Wahlberg, 2010) ، فإن (ASRS) يميز بشكل واضح وكافي بين المصابين بالتوحد والمصابين باضطرابات النمو الأخرى، كما وثق ملمح الطفل في بيئات معيشية مختلفة (المنزل، المدرسة ، الرعاية) وتحديد درجة خطورة طيف التوحد وذلك من خلال توفير تحديث له وفق معايير (DSM-5).

- مقياس جيليام (Gilliam Autism Rating Scale, GARS-3) : وهو مقياس التقدير لتشخيص أعراض وشدة اضطراب طيف التوحد ، الإصدار الثالث من إعداد (Jame Gilliam) ، تم ترجمته إلى العربية من طرف كل من (عادل عبد الله و عيبر أبو المجد) سنة 2020 ، وهو اختبار مرجعي المعيار يستعمل كأداة للتصنيف والفرز لتشخيص اضطراب

التوحد وتقدير مستوى شدته للفئة العمرية من (03-22 سنة) واعتمد في إعدادة على أساسين هما : التعريف الذي وضعته الجمعية الأمريكية لاضطراب طيف التوحد (Autism Society of America ، و (DSM-5).

يتكون المقياس من ثمانية وخمسون فقرة توجد أمامها ثلاث (03) بدائل (نعم - أحيانا - نادرا) ، يتم الإجابة عليها من طرف الأخصائيين وأولياء الأمور والمعلمين، هذه الفقرات موزعة على ستة مقاييس فرعية هي كالتالي : السلوكيات التكرارية أو المقيدة - التفاعل الاجتماعي - التواصل الاجتماعي - الاستجابات الانفعالية (مرسي وآخرون، 2023، ص ص 91-92).

من أدوات تشخيص اضطراب طيف التوحد: المقابلة التشخيصية للتوحد المراجعة (Autism Diagnostic Interviews Revised ، (ADI-R) ، تم تصميمها من طرف (Le Couteur وزملائه سنة (1989) وراجعته كل من (Rutter,Le Couteur&Lord)، سنتي (1994-2003)، وهي أداة معيارية في شكل مقابلة شبه منظمة يتم إجراؤها مع أولياء الأمور وقد تستمر من (2 ساعة - 3 ساعة) وذلك من أجل تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال الصغار أو الأكبر سنا من المراهقين أو الراشدين ، ويتضمن دليل المقابلة ثلاثة وتسعون (93) سؤالاً حول التاريخ العائلي والتاريخ الخاص بالنمو والتواصل ، والنمو الاجتماعي واللعب ، والسلوكيات المحدودة والنمطية المتكررة السابقة والحالية.

يمكن الاعتماد على مقابلة (ADI-R) في الكشف عن اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال الأكبر سنا وتم تطوير خوارزمية للأطفال الصغار والأطفال ما قبل المدرسة وأصبحت تتضمن الأطفال بأعمار (12-47 شهر)، وهذا بناء على معايير (DSM-5) كما يمكن استخدامه لقياس درجة شدة اضطراب التوحد.

- جدول المراقبة التشخيصية للتوحد (ADOS ، The autism diagnostic observation shedule) : يعتبر هذا الجدول بروتوكولا موحدا لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال بعمر (30 شهرا) فما فوق ، الذين يستطيعون الكلام ويحتمل إصابتهم بالتوحد ويتضمن إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك الاجتماعي والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج وفهم اللغة الغير حرفية (الضمنية).

جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة (PL ADOS ، Pre linguistic autism diagnostic observation shedule) ، وهو مقياس شبه منظم لتشخيص حالات الأطفال الذين لم يستخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد الوالدين ، وهو يعطي المختص فرصة مراقبة بعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل : (الانتباه ، التقليد ، مشاركة المختص والوالدين في مشاعرهم) ، وقد تم مؤخرا دمج كل من جدول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة ، وجدول المراقبة التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه (جدول المراقبة العام) (ADOSG) لتشخيص التوحد (أحمد خليفة وآخرون، 2013، ص ص 42-43).

2-8-3- مقياس التوحد الطفولي (CARS) Childhood Autism Rating Scale : يعد الأكثر استخداما في قياس التوحد وتحديد شدته أعده (إيريك سكوبلر - Eric Schopler) وزملاؤه ، حيث يمكن استخدامه من سن الثانية ، تم تصميمه في تشخيص اضطراب طيف التوحد وكذلك لتقدير مستوى الخطورة، ويتم تقييم الطفل في أربعة عشر جانب سلوكي وهي:

(لتفاعل مع الآخرين، قدرته على التقليد، استجابته العاطفية، استخدام الجسد، استخدام الأشياء، تكيفه مع الغير، الاستجابات البصرية، استجابة حاسة الشم والذوق، الخوف والتوتر العصبي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط العام ثبات استجابته الإدراكية الانطباع العام للطفل) (بشير بن سعيد العسكر، 2011، ص 180).

يشمل (CARS-2) على اصدارين : الإصدار القياسي يعادل (CARS) الأصلي ،
والإصدار عالي الأداء المخصص للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ستة سنوات فما فوق،
أو الذين لديهم مستوى خفيف من الحدة يتمتع هذا المقياس بالصدق والثبات.

- البرامج القائمة على تعديل السلوك:

1- برنامج تيتش (Tetch) : وضعها (إريك شوبلر - Eric Shoppler ، 1972)
وفريقه في جامعة كارولينا ويعد أول برنامج مختص بتعليم التوحيدين ، حيث يعتمد على شراكة
بين المهنيين والمختصين والأولياء ويرتكز على ضرورة تهيئة المحيط والوقت قبل بداية
العلاج ، وهو برنامج متكامل لعمر ما بين (03-18 سنة) يقوم على استثمار نقاط القوة عند
الطفل وبيئة تعليمية منظمة ، تقوم على الدلائل البصرية ، ويتمحور برنامج (تيتش) التربوي
على تعلم المهارات الاجتماعية ، واللعب ، ومهارات التواصل ، والاعتماد على النفس ، ومهارات
التكيف ، والمهارات الإدراكية والحركية والأكاديمية (عيسي و بوشهاب ، 2019 ، ص 280).

2- برنامج تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavioral Analysis) :

يعد من أنجع الطرق والأكثر استخداما في البرامج السلوكية في تعديل السلوك ، فهو نموذج
يتضمن العديد من التدخلات التي تقوم على أساس المتابعة ووصف سلوك الطفل المصاب
بالتوحد ، والتدريب المكثف للمهارات الحياتية مع التكرار حتى يتقن الطفل المهارة المستهدفة ،
وتقسم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل تعلمها ، كما يستند هذا البرنامج
غالباً على مبادئ نظرية التعلم (Rogers & Vismara, 2008, p. 22).

وما يميز برنامج (ABA) هو التقييم المستمر والدقيق لأداء الطفل من خلال تسجيل
البيانات واستعمال الرسم البياني ومن خصائصه أنه أسلوب تطبيقي يتعرف على السلوك
ويقومه ويغيره ، من خلال وصف سلوك الطفل المصاب بطيف التوحد ووضع خطة علاجية
من خلال تحليل والتعرف على الفروق وأسبابها كونه عملية تحليلية كما أنه عملية منهجية

وفعالة تتم وفق معايير وضوابط واضحة تفضي في الأخير إلى تغيير السلوك وتطوره نحو الأفضل من خلال ما يلي:

- تحديد السلوك غير المرغوب، تحديد الأهداف، قياس السلوكات المستهدفة، تقييم مستوى الأداء الحالي للسلوك، ثم تصميم وتطبيق التدخلات لتعلم سلوكات مرغوبة والتقليل من السلوكات الغير مرغوبة مع استمرار قياس السلوك المستهدف لتحديد فعالية التدخل (الغزالي، 2018، ص 413).

3- برنامج لوفاس (Lovaas): مبتكر هذا البرنامج هو (إفار لوفاس - Ivar Lovaas) وهو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر ويسمى أيضا بالعلاج السلوكي أو العلاج التحليلي السلوكي، يقوم على مبدأ التحكم في السلوك في دراسة البيئة والتحكم في العوامل المثيرة له، باستخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، ويتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد والتخلي عن السلوك السيء وعقابه على كل سلوك سيء، ومدة العلاج لا تقل عن أربعين ساعة في الأسبوع وزمن الجلسة من (60-90 دقيقة) للمبتدئين، أي ثماني (08) ساعات يوميا مع فئة الأطفال بعمر (2.5 - 5 سنوات)، على أن تكون نسبة الذكاء أكثر من (40%) مع القياس المستمر لتطور سلوكهم بالاعتماد على التدريب والتعليم المنظم والفردى بمعرفة نقاط القوة والضعف والارتكاز على الانتباه والتقليد ولغة الاستقبال، ولغة التعبير ما قبل الأكاديمي، والاعتماد على نفسه، كما تضاف لها أهداف المجالات الاجتماعية والأكاديمية و التحضير للدخول المدرسي.

تعتبر هذه الطريقة مكلفة بسبب عدد الساعات المخصصة للعلاج، كما أنه يعتمد على التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة والتي تتكون من ثلاث عناصر أساسية (المثير والاستجابة، وتوابع السلوك وبهذا الأسلوب يعلم المعلم منهجا يشمل أكثر من (500 هدف) يتم ترتيبها من الأسهل إلى الأصعب (أبو المعاطي الدسوقي و سيد أحمد غانم، 2021، ص 306-308)

4- برنامج PECS نظام تبادل الاتصال باستخدام الصور (Picture Exchange

Communication System) : يتكون هذا البرنامج من صور ورسومات تستخدم لتنمية

القدرة على التواصل لدى أطفال طيف التوحد حيث يساعدهم على التواصل نتيجة قصور

التواصل اللفظي وغير اللفظي، طوره (أندي بوندي & لوري فوريت، 1994)، ويعتمد على

مبادئ المدرسة السلوكية كالتشكيل (Shaping)، والتعزيز (Reinforcement)، والتلقين

(Prompting)، والتسلسل العكسي (Backward Chaining)، والاطفاء (Footing)،

وبالتالي يعد عنصرا فعالا في الأنشطة التعليمية في الفصل الدراسي حيث تدعم الصورة مفهوم

الادراك الحسي البصري والسمعي، والوعي بعناصر البيئة، والتفاعل بين الطفل والصورة (خليفة

و.، 2014، ص 54).

خلاصة:

نلاحظ جليا أن الدراسات والأبحاث حول اضطراب طيف التوحد في تزايد، حيث ظهرت العديد من الجمعيات والمراكز والمؤسسات التي تتكفل بهذه الفئة والتي تضم المختصين والمهتمين بهذا المجال مما فتح آفاق أمام هؤلاء الأطفال للانخراط في المجتمع ومساعدة أولياء الأمور لفهم مختلف الجوانب الهامة لهذا الاضطراب وتحديد أعراضه وخصائصه وتقديم خدمات علاجية وتقنيات مساعدة في التخفيف من حدته وتعديل سلوكه، مما يستدعي بالدرجة الأولى إشراك الإباء و الأمهات في عملية تدريب الطفل مما يساعد الأم خاصة على تخطي مجموعة من المشاكل والصعوبات التي يتعرض لها الطفل في حياته خاصة مع تطور التكنولوجيا، والمشاكل المرافقة له كإدمان الأجهزة الالكترونية.

الفصل الثالث: إدمان الأجهزة الإلكترونية

تمهيد

3-1 تعريف ادمان الاجهزة الإلكترونية

3-2 التطور التاريخي لإدمان الأجهزة الإلكترونية

3-3 النظريات المفسرة لإدمان الأجهزة الإلكترونية

3-4 أسباب إدمان الأجهزة الإلكترونية

3-5 أعراض إدمان الأجهزة الإلكترونية

3-6 أنواع إدمان الأجهزة الإلكترونية

3-7 تشخيص إدمان الأجهزة الإلكترونية حسب (DSM5.CIM11)

3-8 تأثير إدمان الأجهزة الإلكترونية على طفل طيف التوحد

3-9 إستراتيجيات التعامل الوالدية مع إدمان الأجهزة الإلكترونية

خلاصة

تمهيد:

أصبح إدمان الأجهزة الالكترونية من المواضيع التي أولى لها العلماء والباحثين اهتمام في الآونة الأخيرة خاصة بعد أن أصبحت مرتبطة بالمنظومة المعلوماتية الشبكية بمختلف خدماتها وما تحتويه من عناصر الجذب المختلفة والتشويق والاثارة، وهذا ما أدى إلى تحولات غير مسبوقة في البنية المعرفية والادراكية والخصائص الشخصية والنفسية لمختلف فئات المجتمع دون مراعاة سن معين، ونجد الأطفال أول ضحية تقع في دائرة الاستخدام المفرط والتعلق المرضي بها سواء كانوا عاديين أو غير عاديين وأصبحوا يدفعون نحوها دون الشعور بخطورتها على صحتهم وانعكاسها سلبا على عدة جوانب صحية و نفسية واجتماعية وتربوية، وهذا ما سنتعرض له أكثر في هذا الفصل.

3-1 تعريف الإدمان:

استبدلت منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان بالتعلق، حيث يتم التفريق بين التعلق النفسي الذي يتمثل في الاشتياق الذي لا يقاوم نحو تناول مادة معينة والانشغال الفكري بالمادة المسببة للإدمان باستمرار، إلى حالة مزاجية وعدم الارتياح، أما التعلق الجسدي فيرتبط بزيادة الجرعة وظهور أعراض السحب ويتميز بحالة من الإحساس بالضيق والآلام الناتجة عن سحب المادة المسببة للإدمان، وبشكل عام فإن الإدمان يعبر عن حاجة والرغبة القسرية من خلال الاعتماد على مادة معينة والبحث عنها لإنهاء هذه الحالة. (رضوان، 2002، ص 399)

3-1 تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية:

من أبرز التعاريف في هذا المجال تعريف الباحثة (كينبرلي يونغ - Kinberly Young) سنة 1996 بجامعة بيتسبيرغ ببنسلفانيا الأمريكية على أنه " الاستعمال المفرط للإنترنت الذي ينتج عنه مشكلات اجتماعية ونفسية إضافة إلى صعوبات في العمل والدراسة وأنه اضطراب التحكم في استخدام الإنترنت دون هدف معين".

ووصف (بيرد وولف - Beard&Wolfe) أن إدمان الإنترنت بحالة من انعدام السيطرة والاستخدام المدمر للوسيلة التقنية حيث تتشابه أعراضها المرضية المصاحبة لها بالأعراض المرضية للمقاومة المرضية (محمد النوبي، 2010، ص 53).

وعرفت (هبة ربيع) إدمان الإنترنت، " بأنه عدم قدرة الفرد على مقاومة رغبته في الاتصال بشبكة الإنترنت، تؤدي إلى ظهور أعراض مضطربة في حالة التوقف أو التقليل منها (بهي الدين ربيع، 2003، ص 562).

-تعريف (شارلتون- Charlton) عام 2002 بأنه " الاستخدام المفرط للإنترنت الذي يولد أعراضا جسمانية ونفسية واجتماعية تعتبر علامات ومؤشرات واضحة على الاضطرابات الإكلينيكية ".

-وهناك من يرى أن إدمان الأجهزة الإلكترونية يتمثل في قضاء ساعات طويلة في استخدام الشاشات ومن أعراضه الزيادة المفرطة في استعمال البرامج الإلكترونية مما يؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية ويتعارض مع أداء المهام اليومية والانعزال في واقع وهمي تقدمه البرامج كبديل لواقعه مما يؤدي إلى صراع بين الهويتين وتفكك في التفاعل الاجتماعي والأسري ككل . (الجزائري، 2021، ص 113)

-كما يعرف إدمان الأجهزة الإلكترونية على أنه يشبه إدمان المادة المخدرة التي تؤدي إلى تعلق النفس والجسد بها بشكل مفرط ولا يستطيع الفرد الاستغناء عنها، مما يتسبب في حدوث أعراض الانسحاب وتقلب المزاج وعدم الارتياح، ومشكلات تتمثل بحالة من الشعور بالضيق، وظهور الحاجة القسرية لها إذا تم استهلاكها لفترة زمنية طويلة والاستغناء عنها يحتاج إلى برنامج باستخدام مواد بديلة وسحب المادة الأصلية بشكل تدريجي سواء طبيعية أو اصطناعية. (الجزائري، 2021، ص ص 12-13) .

3-2 التطور التاريخي للإدمان الإلكتروني:

إن الإدمان الإلكتروني على الأجهزة والشاشات يعود إلى إدمان الأنترنت المتاحة في هذه الأجهزة ، ويعد أول استخدام لها عام (1989)، وحسب بعض النظريات فإنها استخدمت من طرف خبراء عسكريين ضمن ستون (60) طريقة للتواصل بهدف الاستغناء على الهاتف النقال، أي مع بداية الحرب الباردة بين القطبين الأمريكي والسوفييتي للسباق نحو التسلح وتمثلت في بناء شبكات الكمبيوتر تتضمن معلومات عسكرية موزعة على شبكات صغيرة مرتبطة بأخرى كبيرة وبالتالي مرت بمراحل، أولها سنة (1993) حيث توصلت التكنولوجيا إلى اختراع الشبكة العنكبوتية التي وفرت مشاهدة الصور وقراءة النصوص والاستماع إلى التسجيلات الصوتية، وتلتها الهواتف الذكية سنة (1995) التي سبقتها التطبيقات بثلاث سنوات حيث جاء (ستيف جوبز - Steve Jobs) بجهاز الإيفون من شركة (آبل - Apple) عام (1997) وبعدها شركة (جوجل - Google) التي طورت نظام (الأندرويد - Android) ، وهو ما مهد لمنافسة شرسة بين شركات الاتصالات على المستوى العالمي في مجال إنتاج الأجهزة الذكية، ومنه

انتشار البرامج الاجتماعية وتطوير الألعاب الإلكترونية بمختلف أنواعها وانتشارها في مختلف دول العالم بفعل الطلب الكبير عليها من طرف الأفراد . (مسعد، 2020، ص ص 1-2) ، وتعد عالمة الطب النفسي الأمريكية (كينبرلي يونغ-Young Kinberly) أول من أطلق مصطلح إدمان الأنترنت عام (1994) بعد إجراء أول دراسة ميدانية في هذا الموضوع حيث تكونت العينة من (500) فرد يستعمل الأنترنت وتبين أنهم كانوا يقضون ثمانية وثلاثون (38) ساعة أسبوعيا أمام الشاشات لتصفح الأنترنت للدردشة والتواصل الاجتماعي ، وركزت في دراستها على سلوكياتهم عند تصفح الأنترنت من خلال أسئلة موجهة لأفراد العينة (هل تعاني من قلق أو اكتئاب أو سوء مزاج عند التوقف عن استخدام الأنترنت ؟) .

وفي سنة (1999) أسست عالمة كينبرلي يونغ) مركز إدمان الأنترنت وأصدرت كتابين بعنوان (الوقوع في قبضة الأنترنت) و (التورط في الشبكة) (الجزائري، 2021، ص ص 12-15) .

وتوالى بعدها البرامج الإلكترونية في الانتشار بين الأفراد والمجتمعات في مختلف أرجاء العالم أهمها الفايسبوك، التويتر، اليوتيوب، جوجل، إنستغرام الفاير، الواتساب، السكايب، ماي سبايس .

3-3 النظريات المفسرة لإدمان الأجهزة الإلكترونية: في عصرنا الحاضر زادت أنواع الإدمان وتنوعت مفاهيمه ولم يتوقف على المفهوم التقليدي لإدمان المخدرات والكحول والقمار، بل امتد إلى الشاشات والأجهزة الإلكترونية حيث استعرض (جينيفر-Jennifer) و(فيريز-Ferris) سنة (1999) بعض التفسيرات النفسية لإدمان شبكة الأنترنت كالتالي:

3-3-1 التفسير السيكودينامي:

تشير (Garia Duran) الى ان التفسير السيكودينامي و الشخصي للإدمان يركز على خبرات الفرد، كون الاحداث التي مرت عليه في مرحلة الطفولة تأثر على سمات الشخصية مما جعله عرضة للإدمان و يطور هذا السلوك لديه (بن ديبلي.2016.ص79.100). اذا فإن الخبرات التي تتكون أثناء مراحل النمو الأولى والتي تتحكم فيها عوامل كالوراثة، والنمط العلائقي مع الوالدين، والإحباطات، والصدمات، والصراعات التي تواجهه في هذه المراحل من حياته، وارتباط ذلك ببعض السمات الشخصية، يكون لدى الفرد استعداد لإدمان على الأجهزة الالكترونية إذا توفرت ظروف أو أحداث ضاغطة تدفعه إلى إدمانها.

إن التأثير النفسي والتربوي لإدمان التكنولوجيا يولد حالة مرضية تستوجب العلاج النفسي بالدرجة الأولى، حيث من النتائج الفورية التي تظهر على الفرد المدمن هي حالة التعب والوهن الشديد نتيجة التركيز المطول على الشاشة وكثرة السهر، ثم الوصول إلى مشاكل عائلية، مما يؤثر على الصحة النفسية كالانفصال عن الواقع والاكتئاب والمزاجية والتقصير في الواجبات والأنشطة المعتادة، وقلة تفاعله مع الأحداث داخل الأسرة، والعلاقة العاطفية المشوهة، الناتجة عن عدم الاتصال المباشر مع الآخرين مما يؤدي إلى الضياع النفسي بسبب تشتت الذهن والانغماس في مواضيع أخرى ونتيجة تكوين ألفة غير اعتيادية مع الجهاز الإلكتروني في عالم خاص به) (محمد النوبي، 2010، ص 71).

3-3-2 التفسير السلوكي: يركز على نظرية (سكينر-Skinner) من حيث المبدأ على أساس أن الفرد يقوم بمجموعة من السلوكيات بهدف الحصول على التعزيز والمكافأة وينطبق هذا على إدمان الأنترنت مما تقدمه شبكة الأنترنت للفرد من متعة وراحة نفسية مع تكرار السلوك، وكطريقة سهلة وسريعة للهروب من الواقع والحصول على معززات السلوك لما يشاهده.

3-3-3 التفسير المعرفي: اقترحت هذه النظرية ان المعارف سيئة التكيف كافية للتسبب في ظهور مجموعة من الاعراض المرتبطة باضطراب ادمان الاجهزة الالكترونية ، و تشمل التشوّهات المعرفية حول الذات الشك الذاتي و انخفاض الكفاءة التي يدركها الفرد الذي يعاني من مشكلات نفسية وبالتالي يتفاعلون مع الشاشات التي تعد اقل تهديدا وتفاعلا وجه لوجه (الهادي، 2024، ص 197) وجاء (دايفيز-Davis) سنة (2001) لبناء نموذج جمع فيه بين النتائج السلوكية (السببية/ الارتقائية)، المرتبطة بالاستخدام المفرط لشبكة الأنترنت، حيث يفترض أن الأفراد الذين لديهم مشكلات نفسية يحملون إدراكات سلبية عن كفاءتهم الاجتماعية، يميلون إلى التفاعل الاجتماعي عبر الأنترنت كونه أقل مخاطرة وتهديد للذات وبالتالي يؤدي إلى الاستخدام القهري للأجهزة الإلكترونية والأنترنت.

3-3-4 التفسير السلوكي المعرفي: يفسر هذا النموذج ادمان الأجهزة الالكترونية على انه سلوك غير طبيعي يتولد من مجموعة المعارف الغير توافقية التي تعززها البيئة يؤدي الى الاستخدام القهري للشاشات، ومعالجة هذا الإدمان يكون بمعالجة المعتقدات اللا توافقية والعوامل البيئية. (المرتجي، 2019، ص 800)

3-3-3 التفسير الطبي: يرى (جريفيث-Griffiths) سنة (1998) أن الإدمان الإلكتروني هو أحد أنواع الإدمان التي لا علاقة لها بالعقاقير لكن تحمل نفس الأعراض لهذا الإدمان، كالانسحابية والاستغراق القهري في الممارسة الزائدة لألعاب الكمبيوتر والتقلب المزاجي والاشتياق والتلهف الشديد لممارسة السلوك الإدماني وكذلك مظاهر التحمل والاعتماد وزيادة الجرعة للمادة المشاهدة.

كما أن هذا التفسير قائم على أن سلوكيات الأشخاص تحكمها مجموعة من العوامل الوراثية والتغيرات الكيميائية في المخ والناقلات العصبية وتغيرات في الكروموزومات والهرمونات والمواد الكيميائية المسؤولة عن تنظيم نشاط المخ والجهاز العصبي، حيث أظهرت بعض النتائج للبحوث في هذا المجال أن بعض العقاقير تحدث خلل في التواصل العصبي، ما يؤدي إلى إرسال المخ لمعلومات غير صحيحة توهم الفرد باعتدال المزاج نتيجة ممارسة نشاط معين، وبتطبيق مثل هذا التفسير على حالة الاعتماد على الأنترنت تعطي للفرد شعور بالمتعة والإثارة. لأن الفرد مستعد للإدمان في حالة زيادة أو نقص مكونات كيميائية ضرورية في المخ. (محمد النوبي، 2010، ص ص 76-77).

3-4- أسباب ادمان الأجهزة الإلكترونية:

إن مشكلة الإدمان الإلكتروني عند الأطفال لا تنحصر فقط في مضامين البرامج التي تعرض لهم، وحشد الصور المعروضة أمام العين والأصوات المتغيرة الصادرة عنها، التي تصل إلى الطفل بفعل آليات فسيولوجية معينة في العينين والأذنين والدماغ، تستجيب للمثيرات المنبعثة من شاشات الأجهزة

الإلكترونية، بل وعدد الساعات التي يقضيها الطفل أمام هذه الشاشات
ويمكن إرجاع الأسباب في ذلك إلى ما يلي:

مميزات الجذب واشباع مع الشعور بالتمتع العميق والشغف وهو ما أطلق عليه
الباحث (كزيكسنميهايلي - Cziksenmihalyi) بحالة تجربة التدفق أو
سيكولوجية التجربة المثلى، حيث تجمع بين العمل والوعي والانغماس التام في
نشاط يعتبر تحديا يعكس مهارات الفرد وتولد ردود فعل فورية وقدرة على زيادة
مستويات أعلى من الانغماس والحماس والتعلق بالمادة المشاهدة وتوليد إحساس
بالسيطرة تجعل الطفل يفقد نفسه في محاكاة مع مضمون الجهاز، كما تعزز
إعادة استخدام الجهاز مرة تلو الأخرى وبتكرار هذا السلوك يحدث الإدمان
والتبعية السلوكية الناتجة عن التفاعل بين الفرد والجهاز.

-حاجة الآباء إلى توفير أسباب التسلية والترفيه لأطفالهم لتلبية رغبتهم
وتحقيق الآباء بعض الهدوء والراحة لأنفسهم، وقد تخف مشاعر القلق لديهم
اتجاه التأثيرات المحتمل حدوثها اثناء ساعات المشاهدة الصامتة للطفل مع
الوسيلة الإلكترونية، ويقلل الشعور بالذنب لدى الوالدين إن كان ما يشاهده
الطفل على الأقل برنامج تربوي.

- ان إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد غالبا ما يؤثر على طريقة
معاملة الأسرة خاصة الوالدين باجتماعية وعاطفة إضافية تساهم في الإفراط
في استخدام الأجهزة الالكترونية.

- يتعامل الوالدين في اغلب الأحيان مع السلوكيات الشديدة والمزعجة بتسليم
الجهاز للطفل المصاب بطيف التوحد وتهديته ولو على المدى القريب.

- يرى بعض الإباء ان المشاهدة ولعب العاب الفيديو امر طبيعي كغيره من الأطفال الطبيعيين.

- تشجيع الوالدين على ادخال التكنولوجيا في وقت مبكر وبشكل روتيني وتجربة برامج تعتمد على الشاشة غير مثبتة تعالج السلوكيات التوحدية وتطور مهاراته وتعزز تواصله الاجتماعي.

- استخدام الوالدين الجهاز الالكتروني كمعزز غالبا مع الطفل التوحدي لأنه الشيء الوحيد الذي ينجح معهم.

- سن الطفل: أكد العديد من الباحثين أن التعرض للوسائل الإلكترونية يختلف باختلاف عمر الطفل، وباختلاف الخصائص والطباع، فالطفل الذي يبلغ عمره ثلاث سنوات غير الطفل الذي يبلغ ثمانية وستة سنوات فكلما زادت معرفته وتعلمه وكيف يستخدمها، زاد وقت استخدامه لها بالإضافة إلى الخصائص المميزة للأجهزة المرئية التي تجمع بين الكلمة المسموعة والصورة المرئية والحركة مما يزيد قوة تأثيرها على عقل الطفل، وتحقيق درجة عالية من المتابعة كونها تتعامل معه مباشرة. (محمد الدليمي، 2012، ص 98-109).

- ان الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد معرضون بشكل فريد لتأثيرات سلبية عديدة مرتبطة بخصائص الدماغ بسبب الشاشات، فأدمغتهم أكثر حساسية واقل مرونة.

الطفل المصاب بطيف التوحد معرض لمشاكل تنظيم الاثارة تظهر من خلال الاستجابة المبالغ فيها للتوتر، او اختلال التنظيم العاطفي، او الميل الى الافراط او التحفيز الغير كافي، يزيد وقت الشاشة من التوتر المزمن

والحاد، ويحفز فرط الاثارة ويسبب الاختلال العاطفي، وينتج عنه فرط التحفيز (Wallenius et al., 2010, pp. 88-95)

يرتبط اضطراب التوحد بالاضطرابات العصبية وقد يزيد وقت المشاهدة الى زيادة التهاب والاصابة في الجهاز العصبي بسبب زيادة هرمونات التوتر وقمع الميلاتونين، والنوم الغير المجدد (Ranjbaran et al., 2007, p. 08).

ترتبط العاب تقمص الأدوار ارتباطا وثيقا بتطور أنماط لعب مرضية او قهرية لاحتوائها على جداول مكافآت عالية، بما في ذلك المكافآت الافتراضية كالنتائج والإنجازات والعناصر داخل اللعبة، والمكافآت الاجتماعية (اهتمام الاقران والموافقة في العاب تعدد اللاعبين) وتكون اكثر الألعاب استهلاكاً للوقت (Mazurek & Wenstrup, 2013).

- الانخراط في الألعاب الالكترونية ينشط مسارات دماغية محددة تشبه ادمغة مدمني المخدرات المتأثرين بالمواد، مما يؤدي الى سلوكيات إدمانية على الشاشات تؤثر على صحتهم.
- يعد نقص الدعم الأسري والاجتماعي، أو الشعور بالوحدة من العوامل المهمة للتنبؤ بإدمان الشاشات واستخدامها لملأ وقت فراغهم. (Chen et al., 2015, pp. 20-31)
- من الناحية الفسيولوجية ايضا يلعب الناقل العصبي الدوبامين دورا محوريا في ادمان الشاشات ويؤدي الاستخدام المطول لها الى رفع مستويات الدوبامين مما يخلف شعورا بالنشاط والفرح، يتذكر نظام المكافاة في الدماغ لهذه الحالة، مما يدفع الى تكرار هذا السلوك و إطالة وقتهم على الشاشة لتجربة متعة أخرى، تؤدي هذه الدورة الى تعطيل انتاج الدوبامين مما يعزز الاعتماد النفسي على الأجهزة الالكترونية و يؤدي الى الإدمان عليها.

3-5- أعراض ادمان الأجهزة الإلكترونية:

إن مشكلة التلقي من خلال شاشات الأجهزة الإلكترونية تكمن في أن المستقبل غير قادر على مراجعة ما يستقبله من برامج متنوعة ومختلفة حيث تنساب الغايات والمفاهيم إلى اللاوعي من دون مراقبة، خاصة الاطفال حيث أن البرامج الموجهة باختلاف مضامينها تستدخل بما تحويه من قيم ومفاهيم ودراما و يستقبلها الطفل كما هي دون تمييز، و يعيش لحظات ممتعة بالنسبة له تترسخ في مخيلته عن طريق التعليم بالترفيه والتسلية من خلال الشاشة التي جذبتة واحتوته ، وتصبح كالمخدر الذي يعتمد عليه الآباء لتهدئة طفلهم، ويصبح أكثر أهمية ويتحول تدريجيا إلى حضور طاغ مخرب لعقل الطفل وسلوكه و حياة الأسرة ككل بالإضافة الى:

1- الجانب النفسي:

إن حدة الطبع هي أحد الأعراض التي يلتفت إليها الآباء كعلامة عكسية ناتجة عن تعلق الطفل بتجربة المشاهدة، ويتطلب الأمر فترة انتقالية لسوء السلوك قبل العودة إلى الحالة الطبيعية العادية الأولى، وهذا من خلال بعض ملاحظات الآباء لسلوكيات أبنائهم بعد مشاهدة الشاشة أنهم غاضبون ومخدرون ومتذمرون على استعداد للانفجار، وهم يبتعدون عن الجهاز يحاولون تخفيض الضغط الداخلي بشرب كثير من الماء أو الأكل أو القفز دون هدف.

كما تتولد مشاعر الخوف والقلق في نفوس الأطفال وحالات الاكتئاب والعزلة وكذلك فرط الحركة وحالة اللاوعي بالمحيط وتبلى الحساسية والواقع والوهم للطبيعة السلبية لما يشاهده الأطفال، ودخولهم في حالة ما يعرف

(زملة الرجعة)، وهو تدهور السلوك الذي يظهر بمجرد الانتهاء من المشاهدة الذي يكون قصير الأمد في كثير من الأحيان، ويحدث قدر من حدة الطبع وإساءة السلوك في تلك الأوقات. (ماري، 1999، ص 32)

فالتوتر والغضب الشديدين في حالة عدم الاتصال بالإنترنت يصل إلى حد الاكتئاب كلما طالت فترة الابتعاد، والدخول في حالة الإحساس بالسعادة والراحة النفسية عند الولوج في استخدامها مرة أخرى، والتكلم عن الإنترنت في الحياة اليومية باستمرار مع فقدان العلاقات الاجتماعية، والرغبة في فتح البريد الإلكتروني والاستخدام المستمر، والجلوس من النوم بشكل مفاجئ رغبة في استخدام الجهاز، وبالتالي التأثير على الحالة النفسية مما يؤدي إلى اضطرابات في النوم. (محمد النوبي، 2010، ص 54)

غالبا ما يجذب الأفراد المصابين بطيف التوحد بشدة إلى الأجهزة التي تحتوي على شاشات وهم ليسوا معرضين فقط لخطر متزايد للإصابة بإدمان الشاشات بل أكثر عرضة لإظهار الأعراض أكبر من وقت التعرض للشاشة (Mazurek & Engelhardt, 2013, p. 316).

- كذلك معرضين لخطر أكبر للإصابة باضطرابات نفسية من جميع الأنواع بما في ذلك اضطراب المزاج والقلق وفرط الحركة ونقص الانتباه والتشنجات اللاإرادية والذهان، وبالمثل ترتبط كميات أكبر من إجمالي وقت الشاشة بمستويات أعلى من الاضطرابات النفسية بنفس أنواع هذه الاضطرابات، وأيضا قد يعاني الطفل المصاب بطيف التوحد المنخرط في المشاهدة اليومية إلى الهلوسة والجنون والانفصال وفقدان اختبار الواقع.

هؤلاء الاطفال معرضون للقلق والسمات الوسواسية القهرية والقلق الاجتماعي والاثارة العالية والتأقلم الضعيف، ويرتبط القلق في التوحد باضطراب في تخليق السيروتونين ونشاط اللوزة، وقد ارتبط تنظيم السيروتونين وتغيرات اللوزة بوقت الشاشة (Kuhyama, 2011, pp. 330-341).

يتعرض المراهقون الذكور والشباب بهذه الفئة لخطر الإصابة بإدمان المواقع الإباحية بسبب مزيج من العجز الاجتماعي والعزلة، وقضاء وقت طويل على الشاشات، وقد يصابون بأوهام رومانسية، أو هواجس يغذيها الاعتياد على الاشباع الفوري، ونقص الممارسة في العالم الحقيقي، وفي الوقت نفسه يعزز الدوبامين التي يفرز من خلال التفاعل مع الشاشة هذه الحلقات الوسواسية. وفي أغلب الأحيان تتضاءل هذه الأعراض بمجرد إزالة الأجهزة ولا يتطلب ذلك أدوية مضادة للذهان.

2- الجانب الجسمي والعقلي:

تظهر على الطفل عدة أعراض جسدية نتيجة الاستعمال المتكرر ولفترة طويلة للوسيلة الإلكترونية، بسبب الجلوس الطويل أمامها، فنلاحظ نوبات الغضب وقلة النوم والأرق التي تؤثر على العملية العقلية وضعف الذاكرة ونقص الرؤية واعتلال صحة الجسم نتيجة تغير النمط الغذائي المتعارف عليه، والسمنة والبدانة لكثرة الأكل، وقلة الحركة لعدم ابتعاده عن الشاشة والإصرار على البقاء أمامها، الشيء الذي يؤدي إلى الخمول والكسل وتشويه خيال الطفل وإدراكه والشعور بعدم الرضا.

كما يعاني الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد غالبا من مشاكل في التكامل الحسي والحركي، والتشنجات العصبية وارتبط وقت المشاهدة

بتأخيرات حسية حركية وتدهور المعالجة الحسية وقد يعجل ويزيد وقت الشاشة من التشنجات العصبية الصوتية والحركية بسبب إطلاق الدوبامين لدى أطفال طيف التوحد. يرتبط الاستخدام المفرط للأجهزة الالكترونية خلال السنوات الأولى من حياة الطفل بزيادة مؤشر كتلة الجسم ويستمر هذا الارتباط حتى بعد تعديل عوامل الخطر النفسية والاجتماعية، أو المشاكل السلوكية لدى الأطفال. (Radesky & Christakis, 2016, pp. 827-839) ، توجد علاقة قوية بين الجرعة والاستجابة، أي بين الإفراط في عدد الساعات التي يشاهد فيها الأطفال الشاشات يوميا، وانتشار زيادة الوزن، نتيجة إزاحة النشاط البدني، وزيادة تناول الطعام أثناء المشاهدة أو تأثيرات الإعلانات وتقليل النوم (Robinson et al., 2017, pp. 97-101)، يميل أطفال طيف التوحد أن يكونوا أكثر حساسية للحقول الكهرومغناطيسية المنبعثة من الأجهزة والهواتف، والويفي (wifi)، مثل ترددات الاتصالات اللاسلكية، تعكس الأمراض التي تظهر في التوحد التأثيرات التي تم إثباتها في الأبحاث حول التأثيرات البيولوجية للحقول الكهرومغناطيسية ناتجة عن التشوهات المناعية ومشاكل سلامة الحاجز في الأمعاء أو الدماغ (Herbert & Sage, 2013, pp. 191-209).

3- الجانب الاجتماعي:

يستهلك الأطفال جل أوقاتهم في مشاهدة التلفاز أو الهاتف أو الحاسوب ، أو الألواح الإلكترونية ، مما يؤثر سلبا على حياتهم الاجتماعية والثقافية وعلاقتهم بأفراد الأسرة ،حيث يؤدي إلى العزلة وقلة التفاعل والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، كما يقلل اكتساب الطفل للخبرات والمهارات والقيم الاجتماعية، نتيجة انصرافه عن اللعب والمتعة والإبداع مع أقرانه ببعده عن

الحياة الواقعية مما يؤثر على قدرته في ممارسة الأنشطة الاجتماعية وعدم أداء الواجبات واكتساب عادات سيئة تعطل قدرته على حل المشكلات وتحقيق التوافق الاجتماعي وتطوير مواهبه.

كذلك يعاني الأطفال المصابون بطيف التوحد من عجز اجتماعي كضعف التواصل البصري وصعوبة قراءة تعابير الوجه، والإيماءات والاشارات وانخفاض التعاطف والاحساس بالآخر، وضعف التواصل، ووقت الشاشة يعيق تطور نفس المهارات عند الطفل العادي (Uhls et al., 2014, pp. 387-392)، ويعجل عند الطفل التوحدي فقدان اللغة والمهارات الاجتماعية أو التكيفية، وتفاقم السلوكيات المتكررة، وتقييد الاهتمامات وإثارة السلوكيات العدوانية وإيذاء الذات، ويعيق التفاعل الاجتماعي ويؤخر اكتساب مهارات التواصل واضعاف مهارات التعلم وانخفاض المشاركة في اللعب الإبداعي.

وجود صلة محتملة بين الحرمان الحسي والحركي والاجتماعي والعاطفي الناتج عن التعرض للشاشات، والسلوكيات الشبيهة باضطراب طيف التوحد.

. (Moussaoui et al., 2024, pp. 116-127)

4- الجانب التربوي:

لشاشة الأجهزة الإلكترونية آثار بالغة على الطفل تظهر أعراضها في تحصيله الدراسي على نموّه العقلي والمعرفي والاجتماعي حيث لا يخفى الأثر السيء للبرامج وأفلام العنف والجريمة التي تهيهؤه للانحراف والاضطرابات السلوكية كالكذب والسرقة والخداع على أنها خفة ومهارة، وقد أظهرت إحدى الإحصائيات عن الأفلام التي تعرض على الأطفال عالميا ما يلي:

-29.06 بالمئة منها تناولت مواضيع جنسية بطريقة مباشرة وغير مباشرة.

-27.4 بالمئة منها تمحورت حول معالجة العنف والمعارك والجريمة والقتال الضاري.

-15 بالمئة تناولت مواضيع الحب بمعناه الشهواني العصري المكشوف (الدليمي، 2012، ص ص94-125).

3-6- أنواع إدمان الاجهزة الإلكترونية: يأخذ الإدمان الإلكتروني عدة أشكال حسب المواقع التي يجذب إليها الطفل حيث ظهر أن أكثر المواقع جذبا هي غرف الدردشة، بعدها مواقع جماعات الأخبار، وتليها البحث في شبكة الويب وجمع المعلومات ومنه تتكون خمسة أشكال للإدمان الإلكتروني وهي كالتالي:

أولاً: إدمان الجنس في مقاهي الأنترنت، وهو الاستخدام القهري لشبكات البحث عن الجنس.

ثانياً: إدمان العلاقات على الأنترنت.

ثالثاً: قهر الأنترنت كالتسوق القسري والقمار على الأنترنت.

رابعاً: عبء المعلومات، يتمثل في البحث القهري في قواعد البيانات على الويب.

خامساً: إدمان الكمبيوتر وهو الإفراط في اللعب بألعاب الكمبيوتر، وقد أعطى (جرول-Grohol-2003) نموذجاً لتفسير سلوك إدمان الأنترنت المؤقت عبر مراحل هي كالتالي:

1- مرحلة الاستحواذ أو الافتتان وتكون عندما يدخل الطفل والمراهق جديداً للأنترنت لتجربتها أو مستخدم لنشاط جديد.

2- مرحلة التحرر من الوهم أو التخلص من الخداع الحسي، ففي المرحلة السابقة يكون الطفل قد وصل إلى الإدمان وتصبح المرحلة الثانية أقل اهتماماً بنشاط الأنترنت.

3- مرحلة التوازن، وتكون عند الاستخدام الطبيعي للأنترنت عندما يجد الطفل نشاطاً جديداً ومثيراً للاهتمام في حين يرى (فنيخل- Fenichel، 2004) أن الأفراد الذين يقضون أوقاتاً طويلة مع الأنترنت دون قضائها في الأنشطة الاجتماعية يكون لديهم أساليب معرفية شاملة متكونة من تعدد المهمات والمعالجة زائدة السرعة مع فقدان أهداف التوجه المتوسطة أو بعيدة المدى وغالباً ما يستخدمون الكمبيوتر كنقطة تواصل مع المحيط، وبذلك يفسر إدمان الأنترنت أنه أكثر أو أقل من مجرد اضطراب في استخدام العقاقير أحادي البعد⁽¹⁾.

3-7 تشخيص إدمان الأجهزة الالكترونية:

اعترفت منظمة الصحة العالمية (OMS-2019) في تصنيفها الحادي عشر للأمراض (ICD-11) بالعباب الفيديو المرضية كحالة صحية واضافت اضطراب الألعاب والألعاب الخطرة في التصنيف الدولي للأمراض تحت مسمى اضطراب ألعاب الأنترنت كأحد اضطرابات الصحة العقلية رسمياً⁽²⁾، وأن أهم مميزات هذا الاضطراب تتمثل فيما يلي:

¹ - محمد قاسم عبد الله (2015) : مرجع سابق، ص17

² - يوتشوان تشيو (2020):

- نمط سلوك مستمر أو متكرر بشدة كافية تؤدي إلى تأثيرات كبيرة على الحياة الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات العمل الهامة.

- يتميز الاضطراب بسيطرة ضعيفة على تواتر وشدة ومدة اللعب، والأولوية المتزايدة للألعاب إلى درجة أنها تأخذ الأسبقية على الأنشطة والالتزامات اليومية الأخرى.

- استمرار الألعاب أو تصعيدها على الرغم من العواقب السلبية.

أظهرت الدراسات الحديثة آليات عصبية مماثلة بين لعب ألعاب الفيديو وإدمان المخدرات، أو بين اضطراب ألعاب الأنترنت والمقامرة المرضية، استنادا إلى ما جاء في (DSM5) توجد معايير تشخيصية في القسم الثالث اقترحها بعض الخبراء ، منها اضطراب ألعاب الأنترنت (Internet gaming disorder) ، أو الاستخدام المرضي للألعاب عبر الأنترنت (Usage pathologique des jeux sur internet)¹، تتمثل هذه المعايير التشخيصية في :

- الاستخدام المستمر والمتكرر للأنترنت يؤدي إلى اختلال التوظيف أو ضائقة مهمة سريريا، كما يتضح ذلك في خمسة (05) على الأقل من التظاهرات التالية في مدة إثني عشر شهر:

1- الانشغال عبر الأنترنت حتى تصبح النشاط المهيمن على الحياة اليومية.

¹ - أوليفيه فان (2017) :

- 2- أعراض انسحابية تتميز نمطيا من خلال التهيج، الحصر، الضيق ولكن دون علامات جسدية للانسحاب المتعلقة بالأدوية.
 - 3- التماس الحاجة لتكريس المزيد من الوقت مع الأنترنت.
 - 4- محاولات فاشلة للتحكم والسيطرة في استخدام الأنترنت.
 - 5- فقدان الاهتمام بالهوايات والاهتمامات السابقة باستثناء ألعاب الأنترنت.
 - 6- الاستخدام المفرط بالرغم من معرفة الشخص بوجود مشاكل نفسية واجتماعية.
 - 7- يكذب الشخص على أفراد أسرته والمعالجين أو غيرهم فيما يتعلق بهيمنة الأنترنت عليه.
 - 8- استخدام الأنترنت للهروب من الازعاج السلبي أو لتهدئته مثل: مشاعر العجز، الذنب، الحسرة.
 - 9- التعرض للخطر أو فقدان علاقة عاطفية مهمة ووظيفة أو فرص دراسية أو مهنية. (باجي و ختاش، 2021، ص 276)
- (حيث أوضح الدليل التشخيصي (الرابع DSM4) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي بعض المحكات التي تحدد سوء استخدام الأنترنت منها:
- القلب المزاجي الناتج عن صراعات الفرد الداخلية حيث يظهر غائبا عن الوعي.

-فقدان العلاقة بالواقع مكانيا وزمانيا وبشرياً، بدرجات متفاوتة، والاشتياق والتلهف الشديد والملح لممارسة السلوك وكلما زادت متعة فترة الاستخدام تزيد متعة الجلوس.

-الاعتماد النفسي في التعامل مع شبكة الأنترنت لتحقيق الشعور بالرضا.

-ظهور أعراض انسحابية تتمثل في عرضين انسحابيين أو أكثر خلال عدة أيام وقد تستمر لشهر وذلك عند التقليل أو الانقطاع عن الانترنت حيث تشبه حالة من الشعور بالحزن تظهر في ضعف في المهارات الاجتماعية والوظيفية والهروب من الواقع الحقيقي إلى الواقع الافتراضي، حيث يشبع حاجاته ورغباته، والاستخدام المتكرر مع رغبة قهرية في البقاء لفترات أطول مع الأنترنت، مع فشل جميع المحاولات في الإقلاع عن استخدام هذه الشبكة (محمد النوبي، 2010، ص 55)

3-8 تأثير إدمان الأجهزة الالكترونية على الطفل المصاب بطيف التوحد:

-حاجات النمو لدى الأطفال الصغار تتطلب فرصا لتحقيق علاقات أسرية تفاعلية أساسية تمكنهم من فهم أنفسهم وتقوية شخصيتهم لكن التجربة التفاعلية مع الأجهزة الإلكترونية تقلص هذه الفرص وتحتل مكانها بصفة يومية.

-يحتاج الطفل إلى تنمية قدراته وتوظيف طاقاته على التوجه الذاتي حتى يتحرر من التبعية للآخر، لكن التجربة التي تتوفر على شاشة الجهاز تحول دون ذلك حيث تساعده على الاستمرار في هذه التبعية.

-يحتاج الطفل إلى تعلم واكتساب خبرات ومهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي الأساسية في حياته ومع المحيطين به، وكذلك تعلم الكتابة والتعبير

عن الذات بمرونة ووضوح من خلال الوظائف الاجتماعية، في حين أن الأجهزة الإلكترونية لا تعزز هذا التواصل لأنها لا تتطلب أي مشاركة كلامية أو لمسية من الآخر، بل تتطلب الاستقبال السلبي وحده.

-إن الطفل في حاجة إلى اكتشاف ومعرفة نواحي القوة والضعف الخاصة به لتحقيق رغباته كراشد في العمل واللعب على حد سواء، لكن المشاهدة الإلكترونية تحد من اندماجه في الأنشطة الواقعية، التي تتيح لقدراته المختلفة فرصة حقيقية للاختيار.

-إن إشباع حاجات الطفل من الخيال وتنمية إدراكه وتقوية ذاكرته يتحقق بصورة أفضل من خلال النشاط الإيهامي الذاتي، لا عن طريق قصص خيالية تشوه الواقع وتبعده عنه، يعدها منتجو البرامج باختلاف ألوانها للأطفال، بل هو في حاجة إلى التنبيه العقلي الذي يتحقق بالتعلم اليدوي واللمس والفعل وتوظيف الحواس وليس مجرد المشاهدة السلبية فقط (وين، 1999، ص ص 20-21)

- دماغ أطفال طيف التوحد له خصائص مختلفة، كون ادماغتهم اكثر حساسية و اقل مرونة، وهم بذلك يكونون أكثر عرضة لتجربة التأثيرات السلبية للشاشات وأقل قدرة على التعافي منها.

- وقت المشاهدة وخاصة النوع التفاعلي يعمل كمنشط للجهاز العصبي والطفل التوحدي يكون بطبيعته حساس للمنشطات الصيدلانية من جميع الأنواع (تجعله سريع الانفعال والبكاء والتركيز المفرط وأكثر هوسا)، وهذا ما قد يؤدي إلى إدمان الأجهزة الإلكترونية.

- هؤلاء الاطفال معرضون لمشاكل تنظيم الإثارة الحسية التي تظهر في الاستجابة الشديدة للتوتر، أو اختلال التنظيم العاطفي، أو الميل إلى الافراط أو التحفيز الغير كافي، والشاشات تزيد من التوتر الحاد والمزمن ويحفز فرط الاثارة ويسبب اختلال التنظيم العاطفي وينتج عنه فرط الحركة.

- تعاني فئة اضطراب طيف التوحد من انخفاض الميلا تونين واضطراب النوم، ووقت الشاشة يثبط الميلا تونين ويعطل النوم، كما يعمل ضوء الشاشات في الليل على قمع نوم حركة العينين السريعة وهي المرحلة التي يقوم فيها الدماغ بتنظيف نفسه.

- يؤدي ادمان الشاشات الى انخفاض الاتصال عبر انخفاض المادة البيضاء وضمور المادة الرمادية في الفص الجبهي، ويميل دماغ التوحدي الى ان يكون غير متصل بشكل كاف (اقل تكاملا واكثر تجزئة) ويعيق وقت الشاشة تكامل الدماغ بالكامل والتطور الصحي للفص الجبهي.

- ان الاستخدام المفرط للشاشات يتعارض مع الفرص المحدودة للتفاعلات في الحياة الواقعية او يحل محلها، مما يؤدي الى تفاقم التحديات المرتبطة بإقامة العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها وممارسة المهارات الاجتماعية.

- هؤلاء الأطفال معرضون لخطر متزايد لصعوبات تنظيم سلوكهم وانتباههم، مع ضعف واضح في مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية والسلوك التكراري، هم أيضا معرضون بشكل خاص إلى تطوير أنماط لعب مرضية أو إدمانية، حيث أظهروا مستويات أعلى في ألعاب الفيديو المرضي مقارنة بأقرانهم، وهم معرضون بشكل خاص لتأثيرات مختلفة مرتبطة بالدماغ بسبب الأجهزة الالكترونية.

3-9 استراتيجيات التعامل الوالدية مع إدمان الأجهزة الالكترونية:

يلعب الآباء دور محوري في رعاية أطفالهم المصابين باضطراب طيف التوحد ، مما يعرضهم لضغوط كبيرة ومتكررة تتعلق برعاية الأطفال وصعوبة التفاعل معهم، بسبب الاضطراب وتعد الضغوط النفسية لهؤلاء الآباء أكبر من الضغوط التي يعاني منها آباء لديهم أطفال يعانون من اضطرابات النمو العصبي الأخرى، كالإعاقة الذهنية أو متلازمة داون أو ضعف اللغة، رغم أن آباء الطفل التوحدي لا يتمتعون بنفس القدرة على المواجهة كان لابد من اكتساب المعرفة والمهارات التعليمية وتطويرها لمواجهة المشكلات (Morsa et al., 2022, p. 2854)، التي قد تطرأ على الطفل التوحدي كإدمان الأجهزة الالكترونية.

إن المشاركة الفعالة للوالدين تعزز بشكل كبير الحد من المشكلات لدى أطفال طيف التوحد وتشمل الإستراتيجيات الرئيسية، إنشاء بيئات منزلية منظمة والاستفادة من التقنيات المساعدة وتعزيز التواصل المفتوح مع الاختصاصيين والقائمين على نظام الرعاية الصحية (Cérero & Rueda, 2024, p. 1062)

خلص العديد من الباحثين إلى أن العلاقة الأسرية الجيدة هي عوامل وقائية مهمة لمواجهة إدمان الأجهزة الإلكترونية من خلال المشاركة العاطفية الكافية، والمرونة العالية في القواعد، ومستويات الرضى الجيدة لجميع أفراد الأسرة، ومنع الاضطرابات الادمانية لديهم.

إن مواقف الوالدين ونهج نظام الأسرة اتجاه استخدام الأجهزة الإلكترونية من خلال تطوير برامج وقائية محددة وتنقيف عام حول استخدام الشاشات هي من الاستراتيجيات التي يمكن أن يعتمدها الآباء.

أظهرت بعض الدراسات أن انخفاض قدرة الآباء على التكيف (باستثناء قدرة الأم)، هو متغير شائع يظهر كمؤشر للسلوكيات الادمانية المختلفة، أي أن قدرة الأسرة على التكيف (التنظيم في الأسرة) كانت أفضل من التماسك (الروابط العاطفية) لتحديد السلوكيات الادمانية (Bonnaire & Phan, 2017, pp. 104-110)

تلعب الأمهات دور مهم في دعم أطفالهن المصابين بالتوحد، فهم لا يقودون عملية اتخاذ القرار فحسب، بل يلعبون دورا أساسيا في تقديم التدخل وبالتالي فإنهم يحتاجون إلى الإرشاد والدعم العاطفي والتدريب على العمل مع أطفالهن، من خلال توفير التعليم حول خيارات العلاج المتاحة وخدمات الدعم للمصابين بالتوحد، وهي من الأهداف الأساسية للتدخلات التعليمية والتدريبية التي يقدمها نظام الرعاية الصحية لتمكنهن من إدارة الاضطراب لما لها من تأثير على الصحة والحد من المضاعفات عند طفل طيف التوحد، وتحسين الالتزام بالعلاج.

خلاصة:

إن التعلق الشديد بالجهاز الإلكتروني والاستخدام المفرط الذي أدى إلى حد الإدمان عليه من طرف الطفل تكون النتيجة لهذا السلوك الكثير من المخاطر والتأثيرات على صحته، خاصة فئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى كأطفال طيف التوحد مما يزيد من تعقيد الاضطراب وزيادة الضغط والعبء على الأمهات، انطلاقاً مما سبق يمكن القول أن توعية وتثقيف أم طفل طيف التوحد حول سلوك الخطر الذي يشكله إدمان الأجهزة الإلكترونية على حالة طفلها الصحية والنفسية والعقلية ككل، فإن تغيير سلوكه في اتجاه تحكم أحسن يخفف من الخطر المرتبط بالإدمان من خلال تلقينها معارف حول خطورة سلوكه الإدماني الذي ينجر عنه مخاطر أخرى متعددة، وكيفية التعامل معه وطرق الوقاية منه، من خلال برنامج في التربية العلاجية، وعليه خصص الفصل الموالي للتعلم أكثر في موضوع التربية العلاجية.

الفصل الرابع: التربية العلاجية

تمهيد

1-4 تعريف التربية العلاجية

2-4 التطور التاريخي للتربية العلاجية

3-4 أهداف التربية العلاجية

4-4 النظريات التي تستند إليها التربية العلاجية

5-4 شروط التربية العلاجية

6-4 مراحل التربية العلاجية

7-4 أدوات وأساليب التربية العلاجية

8-4 مستويات التربية العلاجية

9-4 التربية العلاجية للوالدين وأهميته

10-4 العوامل المؤثرة في التربية العلاجية

خلاصة

تمهيد:

تعد التربية العلاجية جزء لا يتجزأ من التربية الصحية وأحد مجالات البحث والتدخل في علم النفس الصحة، وتأتي في المستوى الثالث بعد الوقاية العامة والوقاية الانتقائية أي ضمن الوقاية الدلالية التي تهدف إلى تحديد الأفراد الذين تظهر عليهم علامات مبكرة تشير إلى الاضطراب كإدمان الأجهزة الالكترونية، خاصة فئة الأطفال. تهدف التربية العلاجية إلى تحقيق مفهوم الصحة في تزويد الأفراد بالمعلومات العلمية والعملية الصحيحة والفعالة لبناء عادات سلوكية صحية والتي تتحول بال تكرار إلى عادة راسخة في نمط حياة الفرد وترقى بصحته إلى الأفضل.

4-1 تعريف التربية العلاجية:

وفقا للدليل التطبيقي للتربية العلاجية، تعرف المنظمة العالمية للصحة التربية العلاجية بأنها: " عملية تدريب للمريض حتى يتمكن من اكتساب المعرفة الكافية ، والقدرات والمهارات والحفاظ عليها من أجل تحقيق التوازن بين حياته والسيطرة المثلى على مرضه ، وهي عملية رعاية مستمرة ومتكاملة متمركزة حول العميل تشمل أنشطة منظمة للتوعية والإعلام و تعلم الإدارة الذاتية للمرض، وكل أشكال الدعم النفسي و الاجتماعي وكل ما يتعلق بالمرض والعلاج، وتهدف إلى مساعدة المرضى وأسره على فهم المرض وعلاجه والتعاون مع مقدمي الرعاية من أجل العيش بطريقة أفضل والحفاظ على نوعية حياتهم وتحسينها. (Baghdadli et al., 2015, p. 60)

التربية العلاجية هي الإعلام والتثقيف الصحي ودعم القدرة على التعاوي الذاتي وهي إستراتيجية مركزية لكل الأنظمة الصحية لعوامل طبية

واققتصادية نتيجة تغيرات وبائية ومجتمعية ، وتشير اللوائح التنظيمية للمهن الصحية أن التربية العلاجية واجب على كل العاملين في القطاع الصحي إضافة إلى مهام العاملين العادية أهمها: التواصل الفعال مع المرضى وعائلاتهم قصد تمكينهم من اكتساب الكفاءات اللازمة بصفاتهم شركاء في السيرورة العلاجية، وتمنح للفرد تطوير حياته من جميع النواحي والمجالات بصفته ممثل للعلاج (كيف يتعامل ويسير مرضه).

-تعريف (دوكاش & ميرمانس-Deccache&Mermanse) سنة 2000، يرى أن: " التربية العلاجية هي سيرورة مخططة ومستمرة تدخل ضمن عملية الرعاية وتتطوي على مجموعة من النشاطات المنظمة والتحسيسية لقلّة الخبرات والمعلومات عند المريض، حيث يخضع لعملية التعلم والتعليم باستخدام مناهج وأساليب تربوية وكذا أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي". هذا يشمل المرض والعلاج وتنظيم إجراءات الرعاية الصحية والسلوكيات الصحية والمعتقدات والتصورات عند المريض حول مرضه ومدى فاعليته الذاتية من أجل مساعدته، ومساعدة عائلته ومحيطه، لفهم مرضه وعلاجه والتكفل بحالته لتحسين جودة الحياة لديه. (Fisher, 2006, pp. 201-202)

فالتربية العلاجية هي مجموعة المعلومات والتوجيهات والنشاطات التي تسمح للمريض بأن يكون فعالا في تسيير مرضه والتكيف معه، مع أخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية (Jodelet, 2015, p. 33).

يمكن القول أن التربية العلاجية هي مجموعة من الأنشطة وممارسات تعمل على إكساب المريض مهارات وخبرات من أجل التحكم في مرضه وتسييره وذلك عن طريق فريق من المختصين والمهنيين في المجال، واكتساب طرق علاجية متنوعة والمراقبة الذاتية للمريض والوقاية من مضاعفات المرض

والتقليل من التبعية للمعالجين وبالتالي التعايش مع المرض (سايل، 2016، ص 138).

4-2 التطور التاريخي للتربية العلاجية:

تعود الجذور الأولى للاهتمام بالصحة والوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية وفهم أسبابها إلى آلاف السنين، ففي الصين والحضارة الفرعونية وبلاد الرافدين وحضارة أمريكا الجنوبية قدمت اسهامات متنوعة في فهم الأمراض والاضطرابات النفسية وعلاجها حسب طبيعة الأسباب والأدوات والوسائل المتوفرة التي كانت غالبا خاضعة لتفسيرات غيبية وغير متناسبة مع حقيقة المرض، إلا أنها مؤشر لمحاولة فهم الإنسان في سلوكه وخبرته.

وفي العصور الوسطى أدرك الأطباء المسلمون أهمية الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للفرد، فكانت دور الرعاية النفسية منتشرة في كل من دمشق وبغداد والأندلس وتسمى (البيمارستانات)، تهدف إلى محاولة إعادة الاستقرار والتوازن للمرضى، ولم يكن الفكر الطبي العربي والإسلامي يفصل بين النفس والجسد (رضوان، 2009، ص 19).

إن للتربية الصحية تاريخ قديم يوازي تاريخ الطب والعلوم ذات العلاقة بهاض فمنذ سنة (1800م) بدأ تاريخها يأخذ منحى منفرد بذاته، وفي أواخر (1880م) كانت لبرامج التربية الصحية ثلاث مكونات هي: (التربية الصحية، الخدمات الصحية، البيئة الصحية)، وهي الأساس في برامج الصحة (بن فليس و سطحاوي، 2016، ص 13) .

من بداية القرن العشرين حتى الخمسينيات من القرن الماضي، كانت العلاجات لا تبرر تفسيرات معقدة، رغم ذلك نسجل عدد من الملاحظات:

- هياً تطور الطب وأنماط العلاج (كاكتشاف دواء الأنسولين) سنة 1921 ظهور مصطلح التربية العلاجية حيث كان المصابون بالسكري الذين لا تظهر عليهم أعراض ولا يشعرون بأنهم " مرضى"، رغم ذلك تقدم لهم معلومات دقيقة حتى لو بدا الأمر جديد وصعب للغاية بالنسبة لهم، وتعود بداية التربية العلاجية إلى سنة (1930) مع أول أسئلة حول السرطان والنوع الأول من السكري (شقرونه، 2020، صفحة 111). أما بالنسبة لمرضى السل فقد ظهرت البرامج التثقيفية الأولى في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الأربعينيات والخمسينيات في كل من (دنفر-Denver) و(بوسطن-Boston)، وكذا ثمانية عشر (18) مستشفى تابعة لإدارة صحة المحاربين القدامى لأمريكا. وخلال النصف الأول من القرن العشرين (20 م) تولت الممرضات دورا تعليميا للمرضى وعائلاتهم، خاصة فيما يتعلق بالتغذية وتوجيهات النظافة وتعزيز الصحة وكذا توفير المعلومات المتعلقة بالتدخلات الطبية، وفي عام (1948م) تأسست منظمة الصحة العالمية (WHO) بلندن، حيث هدفت إلى التعاون العالمي في المجال الصحي وتقديم المعونة والدعم والخبرات وتبادلها، وإلى نشر الوعي الصحي (رضوان، 2009، صفحة 21)، أما في سنوات (1970) فقد اعتبرت عملية تثقيف المرضى عنصرا أساسيا في الرعاية التمريضية وهو ما أثبتته الباحثة (ف. نيتينجال-F.Nightingale) من خلال أعماله في نهاية القرن (19م).

بخصوص مرضى الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن وأمراض القلب والأوعية الدموية والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية (VIH)، فإن دور جمعيات المرضى تركز بشكل أساسي على الدعم والابتكارات وقوة المطالبة بالحقوق. تواصلت الجهود في مجال التربية العلاجية والتي كالت سنة

(1986) بميثاق (أوتاوا-Ottawa) الذي حدد مبادئ تعزيز الصحة والذي قامت بنشره منظمة الصحة العالمية، أما سنة (1998) فقد كانت تاريخاً لتحديد التربية العلاجية للمريض من طرف مكتب منظمة الصحة العالمية بأوروبا. أين ظهر نموذجان تعليميان مختلفان بحيث:

-الأول: وصف بأنه "يركز على الجانب الطبي"، حيث يطلب التام من المريض الامتثال التام للعلاج.

- الثاني: يركز على المريض، من خلال ضمان استقلاليته في العملية العلاجية، وبالتالي تمكينه من إدارة مرضه المزمن بما يتوافق مع توقعات نظام الرعاية الصحية القائم.

إن مفهوم التربية العلاجية للمريض في أوروبا شهد تبايناً من بلد لآخر، فقد اختارت فرنسا توحيد تنظيم التربية العلاجية للمريض (ETP) وفقاً لنهج بنائي اجتماعي، وتعد التربية العلاجية أولوية للصحة العامة والتي تسارعت في العقد الأول من القرن الواحد والعشرون (21م) اعتباراً من (4 مارس 2002) أصبح لكل فرد الحق في الوصول إلى المعلومات المتعلقة بصحته (Untas et al., 2020, pp. 89-106)، من خلال دمجها في قانون الصحة إلى غاية صدور القانون المتعلق بحقوق المرضى وجودة النظام الصحي سنة (2002)، ما أعطى المريض مكانة مركزية في أنظمة الرعاية الصحية، ليتم بعدها وضع " خطة تحسين نوعية حياة الأشخاص أصحاب الأمراض المزمنة"، وفي سنة (2007) نشرت الهيئة العليا للصحة (HAS) بفرنسا دليلاً منهجياً لبناء برامج التعليم العلاجي في مجال الأمراض المزمنة حيث كانت بعض أجزائه بمثابة توصيات مهنية، وقد تلتها بعد ذلك مجموعة من المراسيم والوثائق التي تضبط المهارات المطلوبة لممارسة التربية العلاجية

للمريض وتنسيق البرامج التعليمية، أما بلجيكا فقد تركت تنظيم العملية للأقاليم بسبب هيكلها الفدرالي، في حين تبنت سويسرا التأمين الصحي الخاص لتنظيم وتمويل تعليم المرضى، وقد كانت هولندا أول بلد أوروبي يعترف بأهمية دور جمعيات المرضى في تنظيم البرامج التثقيفية. وبخصوص البلدان الأنجلوساكسونية فقد قامت بتطوير نماذج براغماتية وسلوكية تقوم بشكل أكبر على النهج السلوكي (De la Tribonnière, 2016, pp. 11-12).

في المقابل كانت التربية العلاجية في المدارس العامة ب (و. م. أ) تقدم في شكل خدمات تعليمية للأطفال والشباب ذوي الإعاقة وفقا لما ينص عليه القانون الفدرالي لمدة (04 سنوات) ، حينها كان التوحد اضطراب منخفض الانتشار ويحدث فقط في (02 - 05 أطفال) لكل (10000 طفل) ، ولم يتم تحديده كفاءة أهلية لتلقي خدمات التعليم الخاص ، بالرغم من تسجيل المصابين به في التعليم الخاص بموجب تعريفات أهلية أخرى كالتخلف العقلي ، وضعف الصحة أو اضطراب عاطفي شديد ، وكانت أشهر البرامج المبكرة للأطفال المصابين بالتوحد مبنية على نماذج نظرية مختلفة كنموذج التحليل النفسي الذي وضعه (بيتلهم ، 1967) ، نظرية مفادها أن التوحد ناتج عن الأمهات الباردات عاطفيا وتم استئصال الأم بإبعاد الطفل عن طريق التسجيل في برنامج سكني بعدها أبلغ العديد من الآباء تأثيرات طبية سلبية على أطفالهم، سنة (1968) ، عقد (تشرشل و فيرستر ودي ماير) ندوة في كلية الطب بجامعة إنديانا للإبلاغ عن الأبحاث في ذلك الوقت ومناقشة الحاجة إلى معايير (DSM) كمقدمة لعملية تشخيصية موثوقة للتوحد ، ووصف الباحثان ممارسات تداخلية تتعارض مع نهج (بيتلهم

النفسي) ، وفي (1971) ، وصف (إيفار لوفاس) النجاح الملحوظ الذي حققه تطبيقه للمبادئ السلوكية على استراتيجيات التدريس للأطفال الصغار المصابين بالتوحد مما رسخ الأساس الأول لحركة العلاج السلوكي المكثف، وكان الرائد الثاني في هذه الندوة هو (إيريك شوبلر و ريتشلر) اللذان كان بحثهما يشرك الآباء بنشاط في تعليم أطفالهم وتطورهم، تطورت هذه التقنيات إلى المستخدم بشكل متكرر في الولايات المتحدة الأمريكية (برنامج TEACCH) وعلى الصعيد الدولي، وفي سنة 1975 أسس (هارت وريسلي) التدريس العرضي كبديل للتدخل مع أطفال صغار من أسر منخفضة الدخل ثم عدله (ماكجي، 1983) ، لاحقا للأطفال المصابين بالتوحد، وكانت الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1980 تعمل على وضع المعايير التشخيصية النهائية التي من شأنها أن تشكل وجه التوحد في المستقبل، وبحلول عام 2000 تراكمت المعرفة حول ممارسات التعليم والتدخل للأطفال المصابين بالتوحد وعقدت الأكاديمية الوطنية للعلوم لجنة لمراجعة الأبحاث الحالية آنذاك وأنتجوا تقريراً يستشهد به كثيراً بعنوان : " تعليم المصابين بالتوحد " حيث وصف مجموعة من البرامج الشاملة للأطفال المصابين بالتوحد والتي عمل عليها في المختبرات أو بيئات المدارس المجتمعية وممارسات التدخل الفعالة القائمة على التدخل.

في معظم البرامج المخصصة للأطفال والشباب المصابين بالتوحد اليوم يمكن تحديد الممارسات التي يمكن إرجاعها مباشرة إلى هذه الأساليب الرائدة المبكرة (Odom & Hall, 2021, p. 4354)، إن تمكين الآباء والأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد هو أحد الأهداف الأساسية للتدخلات التعليمية والتدريبية التي يقدمها نظام الرعاية الصحية والتي صممت لإدارة العيش مع

المرض أو الاضطراب بشكل أفضل للتخفيف والحد من المضاعفات الموجهة للآباء والمصابين باضطراب طيف التوحد، وترتكز على تعزيز اكتساب المعرفة والمهارات المختلفة.

3-4 فوائد التربية العلاجية: يستفيد العميل في برنامج التربية العلاجية من خبرته مع المشكل القائم، ويشارك في الإجراءات العملية لتحقيق ما يلي:

- زيادة رضا العميل وتحسين جودة الحياة.
- ضمان استمرارية الرعاية الخاصة بالعميل وتخفيض القلق.
- تشجيع الالتزام بالعلاج لتحقيق الحد من مضاعفات المرض والصابة به.
- تمكين العميل من المشاركة الفعالة في التخطيط لعملية الرعاية الصحية الخاصة بالمشكل.
- جعل العميل شريك في العلاج وليس موضوعا للعلاج.
- تحسين نتائج العلاج وزيادة الرعاية الخاصة والمكثفة في المنزل وخارج العيادة (Revillot, 2016, p. 110).

4-4 أهداف التربية العلاجية:

من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها التربية العلاجية، هي المشاركة في تحسين قدرات العلاج الذاتي (تخفيف الأعراض، تنفيذ الخطوات التقنية وكذا نوعية حياة المريض)، قبل إشراك أي مريض في برنامج للتربية العلاجية من الضروري العمل معه من أجل تقديم برنامج يلبي احتياجاته ولكن أيضا يختبر دوافعه وقدراته على التكيف (معرفة النفس، معرفة كيفية اتخاذ القرارات وحل المشاكل وما إلى ذلك من الأهداف. تعتبر كفاءات التعلم

الذاتي والقدرة على التكيف من الأبعاد الهامة في التربية العلاجية وذلك باعتبار أن كل منهما تشمل عدد من العناصر نذكر منها:

4-4-1 كفاءات العلاج الذاتي: يشمل هذا البعد الهام العناصر التالية:

- تخفيف الأعراض.
- وضع في الحساب نتائج المراقبة الذاتية، القياس الذاتي، تكييف جرعات الدواء، مباشرة العلاج الذاتي.
- القيام بحركات تقنية وعلاجية.
- تنفيذ تعديلات في نمط الحياة من خلال خلق توازن في النظام الغذائي والنشاط البدني.
- الوقاية من المضاعفات التي يمكن تجنبها.
- التعامل مع المشاكل التي يسببها المرض.
- إشراك المحيطين بالمريض في عملية تسيير المرض والعلاج والآثار المترتبة على ذلك.
- ومن الأهداف الخاصة التي تهدف إليها التربية العلاجية حسب منظمة الصحة العالمية (OMS) :
- أ- مهارات الإدارة الذاتية من خلال:
- البحث عن مصادر التحفيز وسبل تنمية احترام الذات.
- الاستماع إلى الجسد للتعرف على الإشارات والتغيرات الناتجة عن المرض.

- تحديد الأهداف بناء على الاحتياجات الخاصة.
- التعرف على القيود والصعوبات في إدارة المرض.
- اكتساب مهارات إدارة التوتر والعواطف المرتبطة بالمرض من خلال التعرف على الأسباب الخارجية التي تسبب التوتر ومعالجتها.
- ب-1 اتخاذ القرار والتفكير النقدي من خلال:
 - اتخاذ القرار وحل المشكلات والقدرة على تحمل المسؤولية خلال التعامل مع المرض.
 - التعبير عن الصعوبات المرتبطة بالمرض وطرحها وتقييمها في الحياة اليومية.
 - تحديد المشاكل وتقدير عواقبها واتخاذ القرار المناسب لمواجهتها.
- ب-2 مهارة التفكير النقدي من خلال:
 - التعرف على المواقف الاجتماعية كتأثير الأقران والضغط الاجتماعية الذي قد يؤثر سلبا على البحث عن الحلول وإدارة المرض.
 - التعرف على العواطف والأفكار السلبية والاستجابات المبالغ فيها وفهم تأثيرها على السلوك وكيفية إدارة الاجهاد.
 - إعادة هيكلة الأفكار السلبية وتطوير التفكير بناء على الحقائق الواقعية للتوصل إلى حلول أفضل.
- ج- التواصل والعلاقات بين الأشخاص من خلال التعرف على الأنماط المختلفة من التواصل كالعدوانية والسلبية وفهم آثارها.

- القدرة على التعبير عن الصعوبات والعواطف المتعلقة بالمرض.
- التغلب على الخوف من عدم تقبل الآخرين له.
- حل الصراعات بوسائل مختلفة مثل التجنب والمواجهة.
- طلب الدعم الاجتماعي من خلال التواصل مع المختصين ونفس الأشخاص الذين يعانون مثله من أجل مساعدته في التعامل مع الصعوبات للتخفيف من الشعور بالعزلة وتبادل الأفكار والمعلومات.
- تعزيز الثقة بالنفس والقدرات الشخصية -763 (Fonte et al., 2014, pp. 777).

4-4-2 قدرات التكيف:

- القدرة على معرفة النفس والثقة بالنفس.
- معرفة كيفية إدارة المشاعر والتحكم في التوتر.
- تنمية التفكير الإبداعي والتفكير النقدي.
- تطوير مهارات الاتصال والتعامل مع الآخرين.
- اتخاذ القرارات وحل المشاكل.
- تحديد الأهداف والقيام بالاختيارات.
- مراقبة وتقويم وتعزيز الذات (Baghdadli et al., 2015, pp. 61-62) .

4-5 النظريات والنماذج التي تستند إليها التربية العلاجية:

4-5-1 نظرية الفعل المبرر أو المعقول (Reasoned action theory)

(theory): تأسست سنة (1967) في مجال علم النفس الاجتماعي على يد كل من (أجزن - Ajzen.I & فيشهاين - Fishhein.M) من خلال الاهتمام بمعرفة العلاقة بين الموقف والاتجاه انطلاقاً من قيمة التوقع، حيث تعالج هذه النظرية أوجه القصور في نموذج المعتقدات الصحية كونها تتضمن البعد المعياري، وتفترض نظرية (TAR) أن الأفراد ينظرون إلى نتائج أفعالهم بطريقة مدروسة وعقلانية ومن المفاهيم والمتغيرات الأساسية فيها (الموقف المعايير الذاتية، المقاصد أو الاتجاهات السلوكية) (بطاط، 2018، صفحة 72)، جاءت هذه النظرية كمحصلة للحاجة إلى فحص وفهم التوقعات السلوكية للصحة، حيث يرى كل من الباحثان المؤسسان أن الاتجاهات تعمل على توجيه السلوك إلى اتجاه معين والتي تتكون من خلال أنواع معينة من المعتقدات الاجتماعية التي يعتبرها الفرد كمعايير ذاتية إضافة إلى تقيّماته الخاصة من أحكام ذاتية حول هذه المعتقدات التي تتكون في ذهنه ويعطيها مدلول معين من خلال خبراته المعرفية وبالتالي تصبح اتجاهها يسير أفعاله التي تظهر في شكل سلوكيات معينة، وتعكس استجاباته للمواقف والأحداث المختلفة في حياته، مثلاً إذا قصدت التوقف عن إدمان مادة ما لكي تصبح أكثر صحة وتعتقد أن تغييراً سلوكياً سيؤدي إلى النتيجة المرغوبة وأن الأشخاص المهمين سيؤيدون السلوك فهذا يصبح لديك قصد قوي لهذا السلوك، وتوقع كبير للإنجاز، بعدها قدم (أجزن - Ajzen) نظرية السلوك المخطط كتكملة وامتداد لهذه النظرية (زناد و بورجي، 2017، ص 13).

4-5-2 نظرية السلوك المخطط (TCP) : (Théorie de comportement planifié) في (1970م) تمت مراجعة النظرية (TRA) من قبل الباحثان (أجزن - Ajzen & فيشهاين - Fishhein) وأُخرجت تحت اسم نظرية السلوك المخطط وأضيف عامل آخر يؤثر في تنفيذ الفرد للسلوك وهو التحكم السلوكي المدرك ، وامتدت من خلاله نظرية الفعل المعقول لتغطية السلوكات الارادية للتنبؤ بالمقاصد السلوكية والسلوك الفعلي، والضبط السلوكي المدرك مشتق من فاعلية الذات (لبناندورا) وهو يتمثل في الاحتمال الذاتي لقدرة الفرد على إنجاز السلوك (بطاط، 2018، صفحة 73) ، وحسب نظرية السلوك المخطط فإن انخراط الأفراد في السلوكات ذات العلاقة بالصحة تنتج على مدى تقييم الفرد لكل من النتائج المترتبة عن ممارسة السلوكات الصحية ومدى توافقتها مع قناعاته الذاتية بالإضافة إلى ما يراه الآخرون (شينار و بولحبال، 2023، صفحة 447)، حيث أضافا المعيار القيمي في تفسير نظرية القناعة الصحية (HBM) والدافع للحماية (PMT) في تفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات حيث أن ممارسة السلوك الوقائي عملية تتطلب تخطيط مسبق ووفق عمليات استدلالية تجمع بين كل من المكونات المعرفية والاجتماعية وتبدأ بتقييم أهمية النتائج التي يجنيها من ممارسة هذا السلوك إلى تقييم مدى الأثر ورد الفعل الذي يجده عند الآخرين الذين يعتبرون النموذج وذوي الأهمية المرجعية في موقفهم من هذا السلوك ورضاهم بالإضافة إلى مدى توافق نتائج السلوك الوقائي مع الاتجاهات والقناعات الذاتية من حيث الخطأ والصواب والمقبول والمرفوض، وبتحقيقها إما ترتفع أو تنخفض الدافعية في ممارسة السلوك الوقائي (زروق، 2015، ص 22).

4-5-3 نظرية السلوكيات العلائقية (TCI) Théorie des

interpersonnel comportements، يرى (تريانديس-Triandis-

1977) أن تكرار سلوك معين مع مرور الوقت يصبح عادة تحدد السلوك، وببنفس القوة التي تحدثها النوايا المقصودة، فهو يكون نتيجة لتأثيرات قوة العادة (السلوك المتكرر)، نية تبني السلوك والظروف التي أدت لظهور السلوك، هذه النظرية جاءت كرد للفراغات والنقائص التي كانت في نظرية الفعل المبرر، كما أن تفاعل النية والعادة يرجع إلى حادثة أو قدم السلوك حيث تركز النية على المكونات الأربع التالية:

- **المكون المعرفي:** حسب كل من نموذج المعتقدات الصحية ونموذج الفعل المبرر والسلوك المخطط له، فإنه ينتج من التقييم الذاتي للفرد لنتائج السلوك السلبية والإيجابية.

- **المكون الانفعالي:** يقصد بها جميع الاستجابات الانفعالية المصاحبة للسلوك (لذة، متعة...) حيث يرجع إلى الخبرات السابقة واستدعاء الذاكرة طويلة المدى لربط السلوك بالانفعال.

- **المكون الاجتماعي:** يستند هذا إلى القناعة الذاتية في قبول السلوك والرغبة فيه داخل مرجعية الجماعة في تحديد السلوك والقناعة الاجتماعية من حيث الدور الاجتماعي ومدى توافق السلوك الذي يمارسه الفرد ودوره داخل الجماعة.

- **المكون الأخلاقي الشخصي:** يقصد بها مدى إدراك الفرد للفعل في محيطه من حيث أنه مقبول أو مرفوض، وقد قدمت هذه النظرية (TCI) فهما مضبوطا للصحة من خلال بعد العادة وصارت العادات الصحية محورا مهما في نماذج علم النفس الصحة، بالإضافة إلى البعد الانفعالي كعنصر

أساسي في السلوكيات كونه يؤثر بشدة في التعبير عن السلوكيات الصحية.
(زناد و بورجي، 2017، ص 14).

4-5-4 نظرية التوجه نحو السلوك الصحي (HAPA): أو ما يطلق عليها باللغة الإنجليزية (Health action process approach)، أو ما يطلق عليها أيضا بسيروية التأثير على الصحة. جمع (شواتزر-Schwartz 1992)، في هذا النموذج بين الأبعاد المعرفية والاجتماعية والزمينية للسلوك الوقائي لتحديد مدى تأثير الاعتقادات على الفاعلية الذاتية للفرد وعلى المتغيرات المتعلقة بالصحة حيث ركزت على العلاقة بين الرغبة في السلوك والقيام بالفعل، ويبرر ظهور السلوكيات الصحية وممارستها والحفاظ عليها بمرورها ضمن سيروية متمثلة في المرحلتين التاليتين :

-مرحلة الدافعية: وفيها تظهر الرغبة في ممارسة سلوك معين تحت تأثير الإدراكات التالية: (إدراك الخطر، توقعات النتائج عند تنفيذ السلوك الوقائي الفاعلية الذاتية المدركة).

-مرحلة الإقدام على الفعل الإرادي: يمارس فيها الفرد النشاط أو الفعل وتنقسم بدورها إلى المراحل النوعية التالية: (مرحلة وضع المخطط للنشاط وضبطه، مرحلة الفعل، مرحلة الاحتفاظ بالنشاط والمواظبة على استمراره ويتأثر غالبا بمستوى الفاعلية الذاتية للفرد) (زروق، 2015، ص 24).

4-5-2 النظريات المعرفية الاجتماعية:

4-5-2-1 نموذج المعتقدات الصحية (HBM): أو ما تسمى بالإنجليزية (Health belief model)، ويسمى أيضا نموذج القناعة الصحية ويعتبر أول نموذج في تفسير السلوك المرتبط بالصحة حيث يرى الباحث (روز نسنوك-Rozenstock) أن ممارسة الفرد للسلوك الصحي

يتم بمعرفة عاملين أولها الدرجة التي يدرك فيها الخطر الصحي والتهديد على المستوى الذاتي من خلال الشدة والخطورة، ومقدار الفوائد التي يتحصل عليها من الممارسة الصحية للتقليل من التهديد وترجع بالإيجاب والنفع على صحته، حيث أن ممارسة السلوك الوقائي ومدى تنفيذه والتخلي عليه يتحدد بسلبيات وإيجابيات النشاط وتقدير احتمال الوقوع في مشكلات صحية (المعتقدات التي يكونها الفرد حول مرضه)، ومدى قدرته على تحقيق مستويات عالية من العلاج، وبالتالي تجنب المضاعفات السلبية التي تركز على المسلمات القاعدية التالية :

-إحساس الفرد بأنه قادر على القيام بسلوكات معينة كممارسة نشاط وإنقاص إدمان الهاتف الذكي، وهو انضباط صحي جيد.

-إدراك الخطر ومواجهة المشكل الصحي لماله من مضاعفات صحية سلبية.

-إدراك التهديد ويظهر من خلال الدافعية في ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

-الفوائد المدركة التي يجنيها من ممارسة السلوك الوقائي.

-ظهور عراقيل مدركة من خلال القيام وممارسة السلوك مثل: الإزعاج، الجهد، القلق (موفق، 2014، ص ص 169-170).

4-2-2-5 نظرية الفاعلية الذاتية (لbandura -) :

أشار إليها سنة 1986 في كتابه أسس التفكير والأداء أن هذه النظرية اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها، حيث أكد أن الأداء الانساني يفسر من خلال المقابلة بين السلوك والعوامل المعرفية والشخصية والبيئية، حيث تقوم هذه النظرية على عدة افتراضات ومحددات منهجية وهي:

- امتلاك الفرد القدرة على عمل الرموز (الارسان) التي تمكنه انشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل الاقدام عليها والاختيار الفرضي لها من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الافكار المعقدة وتجارب الاخرين.

- أغلب انواع السلوك لها هدف معين موجه من طرف القدرة على التفكير المستقبلي كالتنبؤ وتعتمد على قدرة عمل الرموز.

- القدرة على التأمل الذاتي وتحرير التجارب الذاتية للتحكم الذاتي في الأفكار والسلوك.

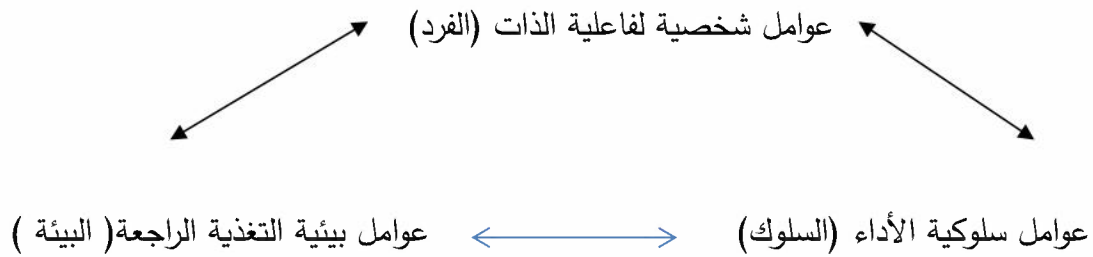
- الحافز الذاتي يدفع ويرشد السلوك من خلال التنظيم الذاتي، وذلك بالتحكم المباشر في سلوكهم باختيار أو تغيير ظروف بيئتهم ووضع معايير خاصة بسلوكهم يقيمونه على أساسها.

- التعلم بالملاحظة لسلوك الآخرين ونتائجهم لاكتساب المهارات المعقدة في أقصر وقت

- كل القدرات السابقة ناتجة عن تطور ميكانيزمات والأبنية النفسية العصبية المعقدة وتفاعل كل من العوامل النفسية والتجريبية لتحديد السلوك وجعله أكثر مرونة (Bandura,

1986, p. 53)

- تفاعل العوامل الذاتية الداخلية (معرفية، انفعالية، بيولوجية) والعوامل البيئية والسلوك بطريقة تبادلية فيستجيب الفرد معرفيا وانفعاليا وسلوكيا للبيئة عن طريق القدرات المعرفية تمكنهم من التحكم في سلوكهم الذاتي وبالتالي يؤثر على بيئته. ويعد مبدأ الحتمية المتبادلة من أهم الافتراضات النظرية، المعرفية، الاجتماعية، حسب نظرية باندورا والسلوك الانساني يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤشرات هي العوامل السلوكية، العوامل الذاتية، العوامل البيئية، وتسمى بنموذج الحتمية التبادلية.



- شكل (01): الحتمية التبادلية لباندورا-

وبناء على هذا النموذج فإن المتعلم يلزمه تفاعل العوامل الشخصية ، وهي معتقدات الفرد حول قدرته واتجاهاته ، والعوامل السلوكية تتضمن الاستجابات الصادرة عنه في موقف ما اما العوامل البيئية فتشمل أدوار الأفراد المحيطين بالشخص كالآباء والرفاق ...، وكل واحد من هذه العوامل يحتوي على متغيرات معرفية التي تسبق القيام بالسلوك هي التوقعات والاحكام عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض سواء خاصة بإجراء السلوك أو ناتجة عنه وتنعكس على اختيار الفرد للأعمال المتضمنه الأداء وبذل مجهود والمواجهة وانجاز السلوك لذا فالأفراد بإمكانهم قراءة أنفسهم من خلال ادراكهم لطبيعة تفكيرهم وحالتهم الانفعالية التي خلقوها لأنفسهم (البندري عبد الرحمان، 2007، ص ص 29-30)

4-6 مراحل التربية العلاجية: يتم تنظيم مراحل التربية العلاجية وفقا لمنهج

مؤلف من أربع مراحل كما هو موضح في الشكل التالي:

4	3	2	1
إجراء تقييم للعملية التعليمية	تخطيط وتنفيذ جلسات التربية العلاجية	تحديد برنامج للتربية العلاجية مع إعطاء أولوية للتعلم	التشخيص التعليمي

- شكل رقم (02): نهج التربية العلاجية في أربعة مراحل-

4-6-1- التشخيص التعليمي: يتم تطوير التشخيص التعليمي من قبل الأخصائي الصحي خلال جلسة فردية أو أكثر وهو ضروري لتحديد احتياجات العميل وتوقعاته وصياغة المهارات التي سيتم اكتسابها أو تعبئتها أو الحفاظ عليها، ولدقة محتوى البرنامج العلاجي في حالة الطوارئ مع الأخذ في الاعتبار أولويات العميل، ويشكل وقتا للتعلم من خلال التماس فهمه وتفكيره وقدرته على التوقع ومن الناحية العملية يتيح التشخيص التعليمي فهم جوانب مختلفة لحياة المريض وشخصيته وتقييم إمكانياته ومراعاة طلباته، ويحدد حالات الضعف النفسي والاجتماعي (Fischer, 2014, p. 48)، حيث يقوم القائم على التربية العلاجية بسؤال العميل عن الكيفية التي يتعامل بها مع مرضه، وما يمكن تقديمه لتحسين وتعديل سلوكه بإعطاء وجهات نظر وعادة يتم طرح أسئلة دقيقة مثل : ماذا تعرف عن المشكل الحالي ؟ ، وما تأثيره ؟ وكيف يتم مواجهته؟، وماهي الصعوبات التي تواجهه؟

وماهي التصورات التي يضعها العميل حول مشكلته؟، ما تأثيره على الأسرة؟.

هذا بهدف تحديد أولويات التربية العلاجية والأهداف التعليمية الشخصية مما يسمح بتبادل المعلومات والخبرات والاصغاء ما يؤدي لشراكة حقيقية (Derguy, 2017, p. 03).

4-6-2- تحديد برنامج للتربية العلاجية مع إعطاء أولوية للتعلم: يتكون من صياغة الأهداف التعليمية الشخصية على أساس تشخيص تربوي

وتاريخ الحالة، ويتم صياغة الأهداف من حيث المعرفة، والدراية، ومهارة التكيف مع المرض (Dumont, 2015, p. 12) .

يتم وضع البرنامج مع الأم أو فريق الرعاية القائم على الطفل مع تحديد أولويات التعلم التي على الأم والطفل اكتسابها لحل المشكل (كالتصرف أثناء غضب الطفل و هيجانه...)، حيث يتم وضع برنامج فعلي والخطيط للعملية التعليمية وكيفية تنفيذ الجلسات العلاجية.

4-6-3- تخطيط وتنفيذ جلسات التربية العلاجية: تتضمن سلسلة من الدورات الفعلية للتربية العلاجية ويحتوي على جلسات فردية أو جماعية تهدف إلى مساعدة العميل في تطوير ونقل المهارات (للطفل والأم)، وتنوع الأساليب المستخدمة وتكييفها مع الظروف حسب الحاجة (المحاكاة، اللعب تبادل الخبرات، التغذية الراجعة...)، ويتم تكييفه من قبل المختصين والأشخاص المعنيين.

4-6-4- إجراء تقييم للعملية التعليمية: يعد تقييم برنامج التربية العلاجية أمر ضروري لقياس فعاليته وتحديد مجالات التحسن في المعلومات والأنشطة التعليمية للعميل، وهنا يتم التحقق من التطور الحاصل في معرفة المريض وتحسن سلوكه وتطور المعلومات والخبرات الطبية والتقييم الذاتي، الذي يسمح للعميل بالتعبير عن وجهة نظره في العملية التعليمية وتنظيمها والتعبير عن تجربته مع المشكل وطريقة التعامل وإدارته بشكل يومي (Fischer, 2014, p. 48).

4-7- أساليب وأدوات التربية العلاجية: تعتمد برامج التربية العلاجية في تنفيذها على جملة من التقنيات والفنيات المرتبطة بنوع المقاربة المتبناة في البرنامج العلاجي (مقاربة سلوكية معرفية، مقاربة بنائية)، حيث تنوعت هذه الأساليب خلال عملية تعلم العميل ومن أبرزها:

1- تقنيات الاتصال المرتكزة على العميل: الاصغاء الفعال، مقابلة تحسيسية خلال إجراء التشخيص التعليمي، الشروع في إجراء تغيير السلوك مع الدعم والتحفيز.

2- التقنيات البيداغوجية: العروض التفاعلية، دراسة الحالة، حلقات النقاش، المحاكاة المبنية على أساس تحليل الحالة أو دفتر المتابعة، حصص تطبيقية، نشاطات رياضية، النمذجة، لعب الأدوار، الاسترخاء.

3- أدوات مختلفة: حيث يتم الاستعانة بأدوات ووسائل تسهل عملية إيصال المعلومة م بينها: (فيديوهات، صور، أشرطة صوتية، مطويات، أفلام قصيرة...).

4-8- طرق تنفيذ برنامج التربية العلاجية:

- جدول رقم (03): الاختيارات المتاحة لتنفيذ التربية العلاجية -

ماذا نختار؟	كيفية الاستعمال	مثال	الأدوات	المزايا	العيوب
الحوار وجها لوجه	يجب أن يكون موجه وليس مقيد ليس محادثة	الحوار بين النفساني والعميل	المطويات، المخططات	يسمح بإنشاء علاقة ثقة بالعميل التركيز على النقاط المهمة	مشكل علائقي أو إخراج حسب تناول المشكلة

العمل في إطار فريق مصغر	يسمح بالتبادل المثمر ويشجع على التواصل، عمل مهيكّل، محدد الأهداف مسبقاً	اجتماع عمل، مناقشة موضوع معين	جهاز عرض صور، ملصقات، وثائق منسوخة	مشاركة كل الأعضاء	عدم النظام إذا كان الفريق لا يدار بطريقة جيدة
العمل ضمن فريق	تدخل مدروس يجب أن يكون مهيكّل	تعليم العميل، الملتقيات، التجمعات العامة	فيديوهات، جهاز عرض الصور	يسمح بإعطاء المعلومات لعدد كبير من الأشخاص	لا تسمح بالتبادل والاستجابة الفورية، تتطلب أماكن خاصة

4-9- الفئات التي تتوجه لها التربية العلاجية ومن يمكنه تقديمها:

التربية العلاجية نهج متعدد التخصصات يمكن أن يشارك فيه العديد من المتخصصين (أخصائي في علم النفس الصحة، الطبيب الصيدلاني، الممرض، المريض الخبير)، كما يمكن اقتراحها من قبل جمعيات المرضى، وذلك عن طريق نقل معارفهم وخبرتهم للمرضى.

ترى الهيئة العليا للصحة بفرنسا (HAS.2007) أنه يتم اقتراح التربية العلاجية مبدئياً على العميل في وقت قريب من الإعلان عن تشخيص مرضه المزمن أو في أي وقت آخر لتطور مرضه وتقدم إلى:

- لأي شخص سواء كان طفل، مراهق، بالغ، الوالدين.

- مصاب بمرض مزمن بغض النظر عن سنه وجنسه ومرحلته.

- المقربين من المريض الذين يرغبون في المشاركة، الأفراد الذين يرغب المريض في إشراكهم لمساعدته على إدارة مرضه.

- كما تقدم التربية العلاجية للمتابعة المنتظمة والمستمرة إذا لزم الأمر طوال المرض المزمن بناء على التقييم الفردي وتحديد التشخيص التربوي.

وترى الباحثة أنه في حالة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من المهم جداً أن يحظى آباء الطفل ببرنامج تربية علاجية، حتى تكون استجاباتهم لاحتياجات الطفل أكثر ملائمة من خلال اكتساب المهارات والقدرات اللازمة للتكيف مع خصائص الطفل واقتراح دعم إضافي من خلال التربية العلاجية في حال وجود أعراض نفسية، أو عجز أو إدمان الأجهزة الالكترونية، ويكون ذلك من طرف المختصين في المجال وتشجيع الوالدين على اتخاذ القرار وتحديد الأولويات مع حالة الطفل الذي يعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية.

4-10- الصعوبات والعوامل المؤثرة في تطبيق برامج التربية العلاجية:

بما أن التربية العلاجية هي تقديم المساعدة للمصابين واسرهم ومحيطهم، لفهم المرض والعلاج والتكفل بحالتهم الصحية، وتحسين نوعية حياتهم فإن ذلك يحتاج إلى وسائل ومواد مادية وبشرية لتنفيذ البرنامج العلاجي وتطبيق خطواته بفعالية (بن فليس و سطحاوي، 2016، ص 14)، وقد لا يتحقق ذلك بسبب الصعوبات والعوامل التي تواجه عملية التربية العلاجية أبرزها:

1- عوامل مرتبطة بالمريض:

- عدم إدراك المريض لأهمية هذه البرامج وعدم تقبله لها.
- المستوى التعليمي المنخفض وتصورات المرض للعلاج.
- الوضعية الصحية للمريض، وعدم الالتزام بحضور البرنامج.

- الخلفية الذهنية والثقافية حول هذه البرامج.

2- عوامل مرتبطة بالمحيط والبيئة:

- عدم تعاون الأسرة، انخفاض المستوى الاقتصادي، سوء معاملة المريض من طرف المعالجين وعدم الاكتراث بهذه البرامج.

- افتقار المختصين للمهارات اللازمة لتقديم هذه الخدمة، قلة مراكز التدريب وخلفية المختصين حول برامج التربية العلاجية (بوعافية و سامعي، 2016، ص 49).

3- عوامل مرتبطة بالسياسة والتخطيط الصحي:

- عدم إجبارية هذه البرامج في المستشفيات والعيادات الخاصة.

- نقص القوانين التشريعية المنظمة لخدمة التربية العلاجية.

- نقص الوسائل والهيكل المساعدة على تطبيقها، مع تزامن حملات التوعية الصحية في مناسبات معينة.

- عدم إعطاء أولوية لبرامج التربية العلاجية ضمن الخدمات الصحية (باتنة1، 2016، ص ص 17-18).

4-11- دور الأخصائي النفسي في التربية العلاجية:

تعتبر التربية العلاجية استراتيجية ضرورية للطفل المصاب بمرض مزمن (خاصة الطفل التوحدي) خلال كل مراحل نموه اللاحقة وتطويرها حسب احتياجات كل مرحلة حسب العمر الزمني والنفسي، والمستوى التعليمي وبهذا تسمح له التربية العلاجية بالدخول التدريجي بالاعتماد على ذاته وتحقيق

استقلاليتها. كما تسمح بالتعامل والتعايش مع المرض المزمن والعمل قدر الإمكان لتخفيف أو تأخير ظهور المضاعفات المرضية وتحسين جودة الحياة ونوعيتها، بالتالي تتطلب التربية العلاجية من المهنيين والمختصين والقائمين على الرعاية تكييف طرقهم البيداغوجية عند تطبيقها مع الطفل موضوع العلاج (CNNSE, 2015, pp. 05-06)، إن ما يحتاجه الطفل المصاب بمرض مزمن كالتوحد هو دعم ومساندة المحيطين به خاصة أسرته ووالديه الذين إعتاد عليهما للوقوف إلى جانبه باستمرار وتقديم أفضل الخدمات له، ولتحقيق ذلك وجب توفر شبكة دعم متكاملة المهام تضم كوادرات متخصصة تعمل مع الوالدين بطريقة منظمة وعلمية من خلال مختلف مؤسسات المجتمع المعروفة والقائمة على سياسات تنظر إلى الفرد كوحدة نفسية وجسدية متكاملة تستوجب احترامه وإشراكه في الطب والعلاج (Brocq, 2008, pp. 65-69) ومنه يمكن تلخيص دور الإخصائي النفسي فيما يلي:

- إجراء لقاءات وجلسات مع عائلة الطفل لتوجيههم وإرشادهم والتشاور حول الأساليب التربوية ومساندة الطفل في علاجه، فممارسة المختص النفسي تتعامل مع الجوانب الإنسانية بحساسية لما لها من تأثير على التشخيص والعلاج لهذا السبب يتعرض في الدور الذي يقوم به إلى صعوبات يتوجب عليه حيالها اتخاذ مواقف وإيجاد حلول حسب ما تقتضيه الحالة فكل حالة هي حالة بذاتها.

- إن تواجد الأخصائي النفسي الصحي في برامج التربية العلاجية يعد أمر أساسي وضروري لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض وأسرته.

- تطوير برامج التعليم والتدريب المهني.

- القيام بتدخلات أثناء البرامج التعليمية كالتشخيص التربوي والمشاركة في تسيير وتنظيم ورشات العمل.

- المشاركة في الاجتماعات مع فريق متعدد التخصصات لتقييم البرامج وتطوير الاستراتيجيات التدخل وتحسينها.

- محاولة فهم المعتقدات والاستراتيجيات التي يتبناها العميل في التعامل مع المواقف، كما يعمل على تعزيز مهاراته ومساعدته في الحفاظ على جودة حياته اليومية.

4-12- التربية العلاجية لأمهات طفل طيف التوحد المدمن على الأجهزة الالكترونية:

أوصت كل من منظمة الصحة العالمية سنة (1996) والهيئة العليا للصحة بفرنسا، بتطوير برامج التربية العلاجية لمساعدة المرضى وأسرههم على فهم مرضهم وعلاجه واكتساب القدرات والمهارات التي يحتاجونها لإدارة حياتهم بأكبر قدر من الفاعلية (Derguy C. P., 2017, p. 03).

ونظرا للطبيعة المزمنة لاضطراب طيف التوحد والصعوبات اليومية التي يطرحها، فإن هذا يستدعي دعم الأمهات اللاتي تتعرضن لضغوطات شديدة ترجع بالدرجة الأولى لدورهن كأمهات لهذا الطفل، وانهن أكثر حرصا وحماية له والوسيط بينه وبين بيئته لإشباع حاجاته والعناية به، مما يتطلب إشراف مكثف وجهد أكبر، إضافة إلى هذا العبء يشكل إدمان طفل طيف التوحد على الشاشات ضغطا مضاعفا يؤدي إلى ردود فعل انفعالية وعضوية سلبية للأم حول كيفية حمايته من التعرض للشاشات التي تسبب اضطرابات صحية ونفسية وعقلية للطفل، أمام غياب البدائل لمواجهة هذا

الإدمان، رغم محاولة الأم دون جدوى نتيجة غياب المعلومة والكيفية الصحيحة للتعامل معه، ومن الحلول المقترحة في مجال علم نفس الصحة لمواجهة ادمان الأجهزة الالكترونية عند طفل التوحد كونه سلوك ضار بالصحة، نجد التربية العلاجية استراتيجية فعالة للتعامل معه، حيث تصبح الأم شريك أساسي في العملية العلاجية بتقديم المعرفة والأدوات اللازمة في التعامل مع هذه الظاهرة، من خلال تطوير مهارات جديدة في إدارة الصعوبات التي تشكل خطر على الطفل ومستقبله الصحي، مع توفير الدعم الفني والعاطفي اليومي بما يضمن مراعاة أفضل للبيئة والتداعيات التي يواجهها (Derguy C. P., 2017, p. 03).

خلاصة:

إن الهدف من برامج التربية العلاجية ليس تجنب الآباء والمرضى المشاكل بل مساعدتهم في اكتساب قدرات ومهارات في التعامل مع المرض لتجنب المضاعفات الناجمة عنه، وأن أمهات أطفال طيف التوحد أحوج لما يكونن إلى مثل هذه الخدمة، إذ أن إدمان اطفالهن على الأجهزة الالكترونية يشكل عامل خطر على صحته يزيد من تعقيد الاضطراب وتأزمه، مما يتطلب تكفل ودعم إضافي طبي ونفسي واجتماعي حسب ما يتطلبه الوضع لتخفيف الحمل الملقى على عاتق الأم كونها المساند والداعم الأول للطفل، و وقاية الطفل من خطر هذا الإدمان بالدرجة الاولى، لذلك كانت للتربية العلاجية أهمية كبرى لأمهات طفل طيف التوحد لمواجهة التبعية السلوكية للجهاز الالكتروني.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد
- المنهج المتبع وأدواته
- الدراسة الاستطلاعية
- الدراسة الأساسية

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى عرض الجانب النظري من الدراسة وما تضمنه من تعاريف علمية، وإجرائية، وتفسيرات ونظريات حول كل من التربية العلاجية ، إدمان الأجهزة الإلكترونية عند فئة أطفال طيف التوحد، نستعرض في هذا الفصل الجانب الميداني لهذه الدراسة والتي تعد من أهم خطوات البحث العلمي حيث يوظف الباحث الخلفية النظرية ليوّسع مجال دراسته قصد معرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات الدراسة والتحقق منها من خلال الجانب التطبيقي الذي يثبت أو ينفي صحة الفرضية والذي سيتضمن المنهج المتبع والأدوات المستخدمة فيه والدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

5-1- المنهج المتبع وأدواته:

المنهج في العلم هو مسألة جوهرية والاستدلال العلمي لا يتم إلا وفق منهج معين يساعد الباحث على الإلمام بالمفاهيم والأساليب والأسس التي يقوم عليها البحث، واختيار مشكلة بحثه وتحديد وصياغة فروضه، واختيار أدوات جمع البيانات، وتحديد مجتمع وعينة الدراسة، والتقنيات الإحصائية المناسبة من أجل التوصل إلى نتائج موثوقة ذات أساس علمي، وتقييم مدى صحتها والاستفادة منها في مجالات التطبيق، وهو بالتالي مجموعة من القواعد العامة التي تتحكم في العقل وتحدد عملياته من أجل بلوغ الحقيقة العلمية (عوض و علي، 2002، ص ص 24-25).

أي أنه مجموعة من الحقائق والمعلومات والمفاهيم المنظمة بشكل جيد، يسهل تعلمها وفهمها، فهو نظام مضبوط المعالم له مدخلاته وعملياته ومخرجاته من المعارف والمهارات المتعلمة (محمد سلامة، 2007، ص 24).

يقول (ديكارت): " لا نستطيع أن نفكر في بحث حقيقة ما إذا كنا سنبحثها بدون منهج لأن الدراسات والأبحاث بدون منهج تمنع العقل من الوصول إلى الحقيقة". (عبد المجيد، 2000، ص 60)، وبما أن الدراسة الحالية تهدف إلى وقاية أطفال طيف التوحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية من خلال تطبيق برنامج في التربية العلاجية موجهه للأمهات، واختبار مدى فعاليته، تم الاعتماد على المنهج الشبه تجريبي كونه الأنسب للموضوع محل الدراسة عن طريق تصميم المجموعة الواحدة ذات القياس القبلي والبعدي، كما اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الذي يهدف إلى وصف الظاهرة محل الدراسة.

كما هدفت الدراسة الى الكشف عن إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد، وكذا معرفة الفروق الموجودة بالنظر إلى المتغيرات التي تمس عينة الأمهات مثل المستوى التعليمي والاجتماعي وكذا جنس الطفل وسنه وترتيبه بين الإخوة، واعتمدنا أيضا على المنهج الوصفي بهدف وصف الظاهرة التي نحن بصدد دراستها وتحليلها كميًا.

5-1-1 المنهج الوصفي: يعتمد هذا المنهج على دراسة الظاهرة الموجودة في الواقع ويقوم بوصفها وصفا دقيقا، ويتم التعبير عليها إما كيفيا بوصف الظاهرة مع ابراز خصائصها، أو كميًا بتقديم وصف رقمي مع اظهار مقدار الظاهرة ودرجة ارتباطها مع غيرها من الظواهر، وفهمها من أجل الوصول إلى تعميمات واستنتاجات تسهم في فهم الواقع وتطويره (الدعيلج، 2010، ص 76).

5-1-2 تعريف المنهج الشبه تجريبي) EXPERIMENTAL

QUAZI RESEARCH (عرفه الكثير من الباحثين بالمنهج التجريبي

مجازاً، كون الفرق بين المنهج التجريبي وشبه التجريبي يكمن في شروط الضبط التجريبي، الذي يكون في الأول، بينما يكون منخفض إلى حد ما في المنهج الشبه تجريبي والذي يوظف لصعوبة تطبيق المنهج التجريبي على الكثير من الظواهر الإنسانية ودراساتها في الواقع الفعلي، ويلجأ إليه الباحث عندما يريد إحداث تغيير في المتغير المستقل لدراسة أثره على المتغير التابع دون تعميم تجريبي داخل معمل، حيث يقوم على دراسة ظواهر إنسانية كما هي دون تغيير، عدا التغيير الذي يحدث في المتغير المستقل لمعرفة أثره على المتغير التابع (خضر، 2014، ص 158).

ونظراً للمنهج المتبع وموضوع البحث، تم الاستعانة والاعتماد على الأدوات التالية:

- المقابلة العيادية (Interview) : هي تفاعل لفظي بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول الباحث أن يستثير بعض المعلومات لدى المبحوث حول آرائه ومعتقداته، وهي أداة تستخدم مع مختلف الأفراد، ومع أنواع متعددة من المشكلات، يتم من خلالها الحصول على استجابات دقيقة مرتبطة بموضوع الدراسة، مع ملاحظة السلوك اللفظي وغير اللفظي للمبحوث والحصول على أكبر نسبة من الردود وأكبر قدر من المعلومات (الفتلي، 2014، ص 106).

كما يعرفها (إنجلش) بأنها : " محادثة موجهة وجها لوجه بين فرد وآخر أو عدة أفراد بهدف الوصول وجمع أنواع من المعلومات والاستعانة بها في البحث العلمي أو توظيفها كأداة في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج" (بوحوش و الذنبيات، 2007، ص 76).

ويعتبر دليل المقابلة أداة تركز عليها المقابلة تتضمن كل الأسئلة التي يمكن طرحها أثناء مقابلة عميل وتحتوي على ما نريد معرفته تماشياً مع تحديد مشكلة البحث، من أجل أن نسأل بصفة معمقة شخص أو مجموعة صغيرة قائمة على أساس التحليل المفهومي الذي تم إجراؤه في المرحلة الأولى والمرتبة بشكل معين. (أنجرس، 2004، ص 263)

والمقابلة وسيلة منظمة وهادفة ومن أكثر أساليب جمع البيانات إنتاجية وفعالية، وقد تم استخدامها في بحثنا كأداة مع أمهات أطفال طيف التوحد الذين يعانون من إدمان مرتفع للأجهزة الإلكترونية. وكذا فريق من المختصين النفسانيين والأرطوفونيين والمربين، بهدف جمع أكبر قدر من المعلومات من خلال الاعتماد على المقابلة نصف الموجهة مع الأمهات وكذا المقابلة التوجيهية للتوحد المعدلة، و مقابلة التقييم الوظيفي، والمقابلة الموجهة مع الأرطوفوني والأخصائي النفسي والمربيات.

-**الملاحظة العيادية:** تعد من الطرق العلمية وأساليب جمع المعلومات الهامة حول الظاهرة المدروسة، لتدعيم الأدوات البحثية الأخرى (ترمي، 1984) .

وتم توظيف الملاحظة الموجهة كأداة للقياس القبلي والبعدي من أجل قياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد لعينة البحث التي تكونت من (04) أطفال، وذلك باستخدام دفتر التتبع حول سلوك الطفل في المنزل خاص بالام تدون فيه ملاحظاتها حول السلوك الغير مرغوب (استخدام الجهاز، المدة والتكرار)، وملاحظاتها حول الأنشطة البديلة المقدمة للطفل ومدى تفاعله معها، والدفتر الفردي للملاحظات الخاص بالباحثة لكل حالة يسجل فيه ملاحظات الاخصائيين القائمين على برنامجه العلاجي عن سلوك الطفل اثناء خضوع

الام للبرنامج التدريبي مع تدوين السلوكيات الإشكالية و النوبات التي يقوم بها مع تحليل أسبابها وتوضيح التقنيات المستخدمة لعلاجها.

- **مقياس تقييم التوحد في مرحلة الطفولة (CARS.2):** وهي أداة لتقييم السمات التوحدية من خلال الملاحظة العيادية المباشرة، ثم من الوالدين، وقد استخدم في الدراسة الحالية لتأكيد تشخيص التوحد لدى افراد العينة ولتحديد درجة اضطراب طيف التوحد لديهم.

- **مقياس (ADI-R):**وهي المقابلة التشخيصية للتوحد النسخة المعدلة، تم بناءه اول مرة من طرف (كوتور، 1989) و اخرون، ثم توالت مراجعته سنة (روتر، 2003) ، يستخدم مع الأطفال ابتداء من سن السنتين، وتبلغ مدة اجرائه معياريا من ساعة ونصف الى ساعتين دون اجبارية حضور الطفل و الاكتفاء بالام فقط ، يحتوي على(93) فقرة، موزعين على 6 محاور أساسية هي(المعلومات العامة ،مسار النمو، التواصل واللغة، النمو الاجتماعي واللعب الاهتمامات و السلوك)، وتم الاستعانة به لتشخيص اضطراب طيف التوحد وجوانب القصور عند الطفل، إضافة الى استعمالاته في مختلف الدراسات نظرا لعدم خضوعه الى المعايير الثقافية ويتمتع هذا المقياس بالصدق و الثبات.

- **مقياس مقابلة التقييم الوظيفي (EEF):** وهي أداة تسمح بفهم المشاكل السلوكية حيث يتم تحليل السلوك بدمج المقدمات و النتائج المباشرة (ما يسبق السلوك او يتبعه مباشرة) يتبع منظور تحليل متعدد الابعاد، اعده (اونيل واخرون-O Neill.R) في شكل دليل مقابلة فردية لشخص واحد مصاب بالتوحد يجمع الكثير من المعلومات حول سياق السلوك بطرح الأسئلة الصحيحة بما في ذلك التي لم تفكر فيها، يحتوي على أسئلة مفتوحة موزعة على (11) محاور أساسية هي(وصف السلوكيات، الاحداث البيئية التي تهيئ

او تسبب السلوكيات، تعريف الاحداث السابقة المباشرة، النتائج او العواقب للسلوكيات، الفعالية الاجمالية للسلوكيات الاجمالية، السلوكيات الوظيفية البديلة، كيف يتواصل الشخص، ما هو الأفضل للعمل مع الشخص ومساعدته، الأشياء التي يفضلها الشخص كمعززات، تاريخ السلوكيات والمحاولات السابقة لتقليلها، الافتراضات لكل حدث متوقع مهم)، وتم الاستعانة في الدراسة الحالية للتفريق بين اعراض اضطراب طيف التوحد والاعراض الخاصة بادمان الأجهزة الالكترونية كونه مقياس عالمي لا يخضع للمعايير الثقافية ويتمتع بالصدق و الثبات.

-مقياس ادمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد: تم اعداده من طرف الباحثة بالاعتماد في تصميمه على الدراسة الاستطلاعية، الإطار النظري للدراسة، ومن خلال ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لتصنيف الاضطرابات النفسية (DSM-5, SIM-11)، وأيضاً بالاستعانة والاطلاع على مجموعة من المقاييس مثل : مقياس الإدمان على استخدام الأنترنت للباحثة (كمبرلي يونغ- Kimberly Young)، والذي ترجم إلى العربية من طرف الباحث العراقي (بهاء الدين ربيع)، مقياس إدمان الألعاب الالكترونية لدى الأطفال (VASC) الذي ترجم إلى العربية من طرف كل من (محمد رياض أحمد عبد الحليم & مصطفى عبد المحسن الحديبي) ، مقياس إدمان الأنترنت للباحث (سحر مختار محمد، مصر) ، مقياس (PVP) لقياس المشاكل المرتبطة بالاستخدام المفرط والسلوك الادماني للألعاب الالكترونية (تيجيرو- Tejeiro) وكأداة مفيدة لقياس إدمان ألعاب الفيديو، مقياس الإدمان الرقمي للأطفال (DASC) طوره سنة (2019) كل من (Hawi,Samaha & Griffithe).

وكذا العديد من النماذج التي أدرجت معايير تشخيصية لإدمان الألعاب الالكترونية أكثرها استخداما بين العلماء المختصين نذكر منها: نموذج المكونات ل (Mark Griffithe Components Mode)، ومعايير اختبار (يونغ) لإدمان الأنترنت، ومعايير (تاو، وآخرون، 2010- (Tao, Hang, Wang, Zhang).

وتضمن المقياس أهم الخصائص والأعراض الجسمية، والانفعالية، والاجتماعية والفيزيولوجية، والاستجابات البارزة وردود الأفعال الدالة على أن الطفل المصاب بطيف التوحد يعاني من الإدمان للجهاز الإلكتروني وتم تحديدها في فقرات ضمن أربع أبعاد وهي كالتالي:

1- بعد البروز وسوء الاستخدام: يحدث عندما يكون هذا السلوك أهم الأنشطة وأكثرها قيمة في حياة الفرد، ويسيطر على تفكيره ومشاعره حيث الانشغال البارز والزائد والتحريفات المعرفية واضطراب السلوك الاجتماعي، والشعور باللهفة للقيام بهذا السلوك، نقيس من خلالها حدة الانشغال البارز والزائد للطفل في استخدام الجهاز القهري وهو غير قادر على التحكم في الوقت الذي يقضيه، يحتوي على (12) فقرة (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12)

2- بعد الاعتياد: وهو يشير الى الحاجة الملحة لاستخدام الجهاز الالكتروني نتيجة الاعتماد عليه بشكل شبه تام وعدم القدرة على تركه والتعلق به والاشتياق لها عند يمنع عليها، ويتضمن (09) فقرات (13-14-15-16-17-18-19-20-21).

3- بعد التحمل والانسحاب: هو العملية التي يزداد بها كمية ومقدار النشاط والسلوك للحصول على نفس الأثر الذي تحصل عليه من قبل، ويضطر

تدريجياً لزيادة حجم ومقدار النشاط حتى يشعر بالانتعاش الذي كان يحصل عليه أساساً في وقت قصير من قبل، وقضاء مزيد من الوقت والانفراد مع الجهاز، ويستخدمه كشكل من أشكال الهروب من الواقع، ويحتوي على عشرة فقرات هي: (22-23-24-25-26-27-28-29-30-31).

4- **بعد الصراع:** ويشير إلى الصراعات التي تحدث بين المدمن والمحيطين به، والتضارب بين هذا النشاط وغيره من الأنشطة الأخرى وصراعات داخلية لدى المدمن نفسه، ويتضمن الفقرات التالية: (3-33-34-35-36-37-38-39-40-41)، صمم هذا المقياس وفق نموذج (ليكارت - Likert) من المحاور (0-4) ويشمل على أربع أبعاد بمجموع (41) فقرة وفق المحاور التالية : (أبدا = 0 ، نادراً = 1 ، أحياناً = 2 ، غالباً = 3 ، دائماً = 4) .

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين وهم أساتذة في تخصص علم النفس وعلوم التربية من جامعات مختلفة، ومختصين إرطوفونيين وعياديين. تم الاحتفاظ بالفقرات التي تجاوزت نسبة الاتفاق عليها (70) بالمئة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

1- **صدق المقياس:** تم إثبات صدق المقياس بعدة طرق للتأكد من صلاحيته نذكرها فيما يلي:

أ- **الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس الإدمان الأجهزة الالكترونية عند طفل طيف التوحد باستخدام معامل الارتباط الخطي، وذلك لحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه، وحسب معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وقد تبين أن قيم

معاملات الارتباط التي تم الكشف عنها هي دالة عند مستوى أصغر من (0.01) ، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والمقياس ككل ما بين (0.37 و 0.79) ، بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تندرج تحته ما بين (0.40 و 0.83) وهي قيم أكبر من قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالمقياس ككل، وأصغر من قيم معاملات ارتباط كل عامل بالدرجة الكلية للمقياس والتي تراوحت ما بين (0.89 و 0.92) وهي نتيجة تبدو منطقية كما تعبر عن الانسجام الكبير الذي يتمتع به المقياس، ولأن قيم معاملات الارتباط كانت تفوق (0.05) وهذا يدل على اتساق الفقرات مع المقياس ككل ومع الأبعاد وهذا ما يوضحه الجدول رقم (04) .

الجدول رقم (04) معاملات ارتباط مقياس إيمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد

رقم الفقرة	بعد البروز وسوء الاستخدام	بعد الاعتقاد	بعد التحمل والانسحاب	بعد الصراع	الدرجة الكلية
01	*0.40				*0.56
02	**0.66				**0.58
03	**0.68				**0.64
04	**0.69				**0.76
05	**0.71				**0.72
06	**0.53				**0.64
07	**0.51				**0.61
08	**0.67				**0.67
09	**0.72				**0.49
10	**0.68				**0.66
11	**0.66				**0.62
12	**0.81				**0.74
01		**0.47			*0.41
02		**0.71			**0.72
03		**0.56			**0.46
04		**0.71			**0.71
05		**0.51			*0.37

**0.65			**0.62		06
**0.62			**0.74		07
**0.63			**0.70		08
**0.92			**0.71		09
**0.72		**0.73			01
**0.63		*0.69			02
**0.64		**0.75			03
**0.67		**0.72			04
**0.56		**0.70			05
**0.40		0.49			06
**0.62		**0.65			07
**0.54		**0.64			08
**0.73		**0.78			09
**0.68		0.71			10
**0.66	**0.78				01
**0.57	**0.49				02
**0.57	**0.60				03
**0.55	**0.69				04
**0.57	**0.50				05
**0.56	**0.70				06
**0.62	**0.48				07
**0.74	**0.83				08
**0.63	**0.74				09
**0.60	**0.59				10
	**0.89	**0.90	**0.92	**0.91	الدرجة
					الكلية

(**): الارتباط دال عند مستوى دلالة (0.01).

(*) الارتباط دال عند مستوى دلالة (0.05).

ب- الصدق التمييزي: تم التأكد من صدق المقياس من خلال طريقة الصدق

التمييزي، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (05): نتائج المقارنة الطرفية لمقياس إيمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد.

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة " ت "	مستوى الدلالة
بعد البروز وسوء الاستخدام	المجموعة العليا	34.33	16	-08.07	00.01
	المجموعة الدنيا	09.80			
بعد الاعتقاد	المجموعة العليا	30.66	16	-06.32	00.01
	المجموعة الدنيا	11.06			
بعد التحمل والانسحاب	المجموعة العليا	30.33	16	-14.09	0.01
	المجموعة الدنيا	07.00			
بعد الصراع	المجموعة العليا	28.00	16	-09.46	00.01
	المجموعة الدنيا	06.53			
الدرجة الكلية للمقياس	المجموعة العليا	123.33	16	-09.58	00.01
	المجموعة الدنيا	34.40			

- نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى إيمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد وأبعاده الأربعة بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتمتع بالقدرة التمييزية لمقياس إيمان الأجهزة الإلكترونية لدى أفراد العينة وعليه فإنه يتمتع بمستوى مقبول من الصدق التمييزي.

- ثبات المقياس: تم قياس ثبات المقياس على أسلوبين إحصائيين وهما: معامل ثبات جوتمان، ومعامل ثبات كورنباخ من خلال نتائج معروضة في الجدول رقم (06).

جدول رقم (06): قيم ثبات مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد.

الطريقة	جوتمان	ألفا كورنباخ
المقياس	0.92	0.84

- نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) الخاص بقيم ثبات مقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد أن معاملات ثبات المقياس ككل عالية عند مستوى دلالة (0.01)، وتراوح بين (0.84 - 0.94)، وهي تدل على تمتع المقياس في صورته الكلية بثبات عال مما يؤكد على تمتع المقياس بالصفات السيكومترية الجيدة التي تؤهله للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

4- طريقة إعطاء الأوزان: لتقدير الدرجات تم تقدير كل فقرة على سلم (ليكارت خماسي) : أبدا ، نادرا، أحيانا ، غالبا ، دائما وتقديراتها تتراوح بين (0 - 4 درجات) إذا صيغت الفقرة صياغة موجبة ، بمعنى إذا كانت في اتجاه الخاصية كما هو مبين في الجدول رقم (07)

جدول رقم (07) تقدير درجات الفقرات الموجبة

البدايل	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
الدرجات	4	3	2	1	0
اتجاه الخاصية					

وتعطى الدرجات المعكوسة إذا كانت الصياغة سالبة أي في عكس اتجاه الخاصية كما هو مبين في :

الجدول رقم (08) تقدير درجات الفقرات السالبة

البدايل	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
الدرجات	4	3	2	1	0
اتجاه الدرجات					

5-4-5- البرنامج التدريبي المقترح للأمهام قائم على التربية العلاجية للوقاية من ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد:

حتى نتمكن من وقاية طفل طيف التوحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية، تم إعداد برنامج علاجي قائم على التربية العلاجية يركز على العلاج السلوكي المعرفي للأمهام هؤلاء الأطفال، يتضمن عدة فنيات ونشاطات سنتطرق لها من خلال التعريف بالبرنامج وأهميته وأهدافه وأساسه وصولاً إلى الجلسات التدريبية.

4-1 تعريف البرنامج التدريبي: هو مجموعة من الأنشطة المتكاملة المتتالية من الخبرات والمعلومات والمهارات ذات أساس علمي، المخطط لها يتضمن

أنشطة وتقنيات تقدم خلال فترة زمنية محددة تعمل على تحقيق الهدف العام (بيومي 2008، ص 8).

في هذه الدراسة تم تعريف البرنامج التدريبي على أنه مجموعة من الجلسات الموجهة للأمهات أطفال طيف التوحد الذين يعانون من إدمان الأجهزة الإلكترونية، ويتضمن عدة تقنيات تتدرج ضمن العلاج السلوكي بالنسبة للأطفال والعلاج المعرفي السلوكي بالنسبة للأمهات (السحب التدريجي النمذجة، التقليد و المحاكاة، الحث، اعادة الصياغة، لعب الأدوار، الإطفاء التعزيز)، وبعض النشاطات الفنية كالرسم وتشكيل العجين ، بهدف الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية والذي تم إعداده من طرف الباحثة.

-أهمية البرنامج التدريبي: تكمن أهمية الدراسة في طبيعة الفئة المستهدفة وهم أطفال اضطراب طيف التوحد من خلال البرنامج التدريبي المقترح للأمهات قائم على التربية العلاجية في الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية للتقليل والحد من التبعية السلوكية للشاشات، التي تزيد من حدة الاضطراب خاصة أن الطفل يعاني من اضطراب طيف التوحد، بهدف تدريبهن على مهارات واستراتيجيات تساعدن على الحد من هذا المشكل عند أطفالهن.

- مساعدة الطفل المصاب بطيف التوحد على تطوير مهارات صحية وتعويده على الانسحاب التدريجي عن الجهاز، وتشجيعه على اكتساب مهارات تفاعلية اجتماعية تسمح له بالاندماج والتفاعل مع المحيطين به.

- أهداف البرنامج التدريبي:

- بناء برنامج تدريبي قائم على التربية العلاجية للأمهات للوقاية من ادمان الاجهزة الإلكترونية لطفل طيف التوحد.

-رصد دور الأمهات ومساهمتهن في الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفلهم المصاب بطيف التوحد من خلال البرنامج التدريبي في البيئة الجزائرية.

- التحقق من فاعلية برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية في الوقاية من ادمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد.

- التحقق من مدى استمرارية فعالية برنامج تدريبي قائم على التربية العلاجية للأمهات في الوقاية من ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد.

- حدود البرنامج:

1- **الحدود المكانية:** تم تطبيق البرنامج التدريبي المقترح الموجه للأمهات أطفال طيف التوحد الذين يعانون من إدمان الأجهزة الإلكترونية، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (06-12 سنة) جمعية التقوى للتوحد، وعيادة (BLUE SPACE).

2- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البرنامج التدريبي المقترح بواقع جلستين في الأسبوع لمدة (06) اسابيع.

- **الأسس التي يقوم عليها البرنامج:** تم إعداد محتوى البرنامج المقترح في الدراسة الحالية من خلال الاطلاع على:

- الدراسة الاستطلاعية.

- الجانب النظري المتعلق بطرق التكفل وعلاج إدمان الأجهزة الإلكترونية.

- الدراسات السابقة التي تناولت بالدراسة إعداد برامج علاجية وتدريبية للتكفل بطفل التوحد من خلال إشراك الوالدين والأمهات، ودراسات أخرى علاجية لاضطراب إدمان الأجهزة الإلكترونية والأنترنت، والألعاب الإلكترونية بالإضافة

الى الدراسات والبحوث التي تناولت ادمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحدي.

- دراسة (Paisey، 1991)، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي سلوكي للوالدين لكف العدوانية الحادة ونوبات الغضب المرتفعة لفتاة تعاني من التوحد بعمر (11 سنة) ، وتدريبهم على فنيات التعزيز التفاضلي وإعادة التوجيه والاسترخاء.

- دراسة (عادل عبد الله محمد، 2001)، التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات أطفال التوحد في الحد من السلوك الإنسحابي ل (08) أطفال توحديين بعمر (06-12 سنة).

- دراسة (Dillenburger ، 2004)، هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية تدريب الوالدين على استخدام أسلوب التحليل التطبيقي السلوكي في مساعدة الأطفال التوحديين في تنمية المهارات اليومية.

- دراسة (Symon، 2005) : هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل العلاجي لأطفال التوحد قائم على الأمهات وتدريبهن على اكتساب المهارات التي تمكنهن من تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين لدى أطفالهن، باستخدام فنيات تعديل السلوك مثل : النمذجة والتعزيز ، تسجيل لقطات من تفاعل الأمهات مع أطفالهن على شرائط فيديو في المركز والمنزل، لخفض حدة بعض السلوكيات المضطربة.

- دراسة (Singh ، 2006) ، هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي للوالدين لتطوير مسارات المعاملات البديلة للحد من السلوكيات غير التكيفية

والمشكلة في الأطفال التوحديين من خلال تطوير معاملاتهم وأساليبهم مع مشكلات أطفالهم.

- دراسة (Solomon، 2008) ، هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لآباء وأمهات الأطفال التوحديين لتحسين التفاعل بينهم، لأطفال بعمر (04-12 سنة) باستخدام مبادئ تعديل السلوك وتعديل البيئة لتحقيق تفاعل اجتماعي بين الطفل ووالديه أثناء اللعب.

- دراسة (Wang ، 2008) ، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تنمية مهارة الوالدين لتحسين التفاعل بينهم وبين الأطفال التوحديين بعمر (03-09 سنوات)، يعتمد على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي باستخدام فنيات المحاضرة والمناقشة الجماعية، ولعب الدور، والتغذية الراجعة.

- دراسة (Weiss ، 2015) ، هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي للأمهات لخفض الضغوط النفسية لديهن والعوانية عند أطفالهن.

- دراسة (سعيد صادقي، 2018) ، هدفت إلى البحث في آثار تدريب الوالدين على مدة وقت الشاشة والسلوكيات المتكررة وقوة نسبة تخطيط الدماغ للأطفال الصغار الذين يعانون من وقت الشاشة المفرط وأعراض التوحد من خلال جلسات تدريب الوالدين على التقليل من وقت استهلاك الشاشة.

- دراسة (سماح العوضي بسام، 2019)، هدفت إلى تقييم آثار تعليم أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (المعرفة والوعي)، والتغيير في درجات سلوك الطفل المصاب بالتوحد.

- دراسة (محمود محمد محمود أبو الحسن، 2020)، هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الإدمان الرقمي لدى طلاب الصف السادس أساسي بالمنطقة الشرقية.

- دراسة (Karen Frankel Heffler ، 2022)، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى خفض أعراض التوحد عند التخلص من المشاهدة في حالة طفلين صغيرين من خلال برنامج تعليمي يتضمن علاج النطق لمدة (30 دقيقة) في الأسبوع واستبدال وقت الشاشة بوقت اجتماعي لدى الطفلين من خلال عدة أنشطة اجتماعية.

- دراسة (أحمد سهيل، سفيان إبراهيم الريدي، 2024)، هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى إدمان ألعاب الأنترنت لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة البكيرية.

- دراسة (محمد رياض، 2024)، هدفت من خلال برنامج إرشادي للوالدين قائم على نهج (HENEN) ، لتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد بعمر (04-09 سنوات).

- الأساليب والتقنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي:

تم الاعتماد في إعداد هذا البرنامج على تقنيات تتدرج ضمن العلاج السلوكي المعرفي والمتمثلة في: السحب التدريجي، النمذجة، التعزيز، لعب الدور، التقليد، التغذية الراجعة، القصة الاجتماعية، التكرار، اللعب، الحث، كما تم الاعتماد على بعض الأنشطة الفنية (القصة الاجتماعية، الرسم، التشكيل بالعجين ...)، وفيما يلي نوضح هذه التقنيات كالتالي:

- **السحب التدريجي:** أو التلاشي أحد الأساليب التي تعتمد على مبادئ التشريط الاجرائي وتشمل على تناول سلوك يحدث في موقف ما، عن طريق التغيير التدريجي للموقف الأول إلى الموقف الثاني، بضبط مثير يستدعي استجابة معينة ويترتب عليه في النهاية تغيير جزئي أو كلي في السلوك بفعل مثير جديد، ويمكن استخدام هذه الفنية في اضطراب التوحد، كما يمكن استخدامها منفردة أو ممزوجة مع فنيات أخرى.

- **النمذجة:** وهي أسلوب تعليمي وتدريبى يقوم فيه القائم على تدريب الطفل التوحدى عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، بإعطاء فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل أي السلوك المرغوب فيه (السلوك الصحيح)، ثم يشجع الطفل على أداء السلوك نفسه كمثال يقتدى به، واكتساب سلوك جديد.

- **التعزيز:** وهو الاثابة للسلوكيات المتعلمة والمتكررة، بتجنب الطفل السلوكيات الغير مرغوبة التي تؤدي إلى العقاب، وهما محور عملية التعلم، وينقسم إلى:

أ- **تعزيز إيجابي:** بتقديم مثير مرغوب عقب السلوك مباشرة لزيادة معدل حدوثه (السلوك المستهدف)، من حيث مدته أو شدته لاستمراره في المستقبل، عن طريق التدعيم إذا كان مناسب لطفل طيف التوحد وتأثيرا عليه (المعزز الغذائي، المعززات المادية، المعززات النشاطية، المعززات الاجتماعية كالابتسامة والثناء والتصفيق، التعزيز اللفظي...).

ب- **التعزيز السلبي:** يتضمن إزالة مثير غير سار نتيجة ممارسة الطفل للسلوك الغير مرغوب، ويتطلب إطفائه.

- **التقليد:** وهو شكل من أشكال التعلم كتقليد سلوك شخص أو جماعة، أما بالنسبة للطفل التوحيدي فتتمثل في: تقليد مهارات حركية باستخدام الأدوات أو تقليد تعبيرات الوجه والإيماءات.

- **التغذية الراجعة:** بتقديم المعلومات المباشرة بشأن صحة أو خطأ الإجابات التي يقدمها، والقيام بتصحيحها وهي عملية تستهدف التعلم وتشجعه على الاستمرار فيها، مما يحفز على التعلم والوصول إلى الاستجابات الصحيحة الأخرى، تتبعها معززات ومكافآت يرغب الحصول عليها، وتظهر للطفل الأثر الذي ينجم عليه، وهذه المعلومات توجه السلوك الحالي والمستقبلي.

- **اللعب:** هو نشاط تعليمي ذا قيمة اجتماعية علاجية خاصة مع أطفال طيف التوحد كونه لغة الطفل الرمزية، ويتيح فرصة للتنفيس عن الانفعالات وإرضاء الرغبات والتخلص من المشكلات، واعتباره طريقة علاجية لتعديل الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل، والتخفيف من استخدام الأجهزة الالكترونية بمشاركة الطفل اللعب الجماعي مع أفراد الأسرة، لتعزيز التفاعل الاجتماعي وتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- **الحث:** وهو أحد الفنيات التعليمية التي تساعد طفل طيف التوحد على أداء الاستجابة الصحيحة للسلوك ويقلل من الخطأ، كما يوضح الاستجابة المتوقعة من الطفل ومنه الحث البدني (مساعدة جسمية كلية كمسك يد الطفل وتوجيهه إلى الاستجابة الصحيحة أو مساعدة جسمية جزئية تكون بلمسة خفيفة على اليد أو الكف)، أما الحث اللفظي كطلب مصافحة شخص أو الحث بالإشارة كالإشارة باليد إلى الاستجابة الصحيحة، أو الحث بالإيماءات كهز الرأس والنظر بالعينين.

- **القصة الاجتماعية:** تعرفها (كارول جراي) بأنها قصة حقيقية قصيرة تصف موقف، او مهارة ، او فكرة بتقديم الاستجابات المناسبة لها، تكتب وتقدم ضمن معايير محددة و بشكل يتناسب مع حاجات الطفل و المواقف المستهدفة و تزويده بالسلوكيات المرغوب ، تحتوي على المقدمة ثم المتن الذي يضيف المزيد من التفاصيل ،ثم النهاية ويجب ان يعكس العنوان محتوى القصة والهدف الذي وضعت له تستخدم عبارات بسيطة وسهلة مناسبة لتفكير طفل التوحد واستعمال الصور و الأصوات المسموعة ، حيث تساعده على الفهم و تكوين الاستجابة المناسبة للأحداث اليومية، بوصف الاحداث بتفاصيل تساعده على توقع ما سوف يحدث و دوره الذي يقوم به.

- **لعب الدور:** وهي من الفنيات التي تستخدم المكون الانفعالي حيث تتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفرغ الشحنات من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل كأن يقوم القائم على عملية التدريب بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة ويتكرر لعب الدور حتى يتعلم السلوك المرغوب، وتم استخدامها مع طفل طيف التوحد في هذا البرنامج لإدارة الوقت وتنظيمه وبناء المهارات الخاصة وكسر الروتين.

- **التكرار:** فهو أكثر لزوماً لأطفال طيف التوحد الذين لديهم ضعف في القدرة على تذكر واستدعاء الخبرات التعليمية، وعلاقات بين الأشياء عن طريق عملية التكرار على فترات زمنية بدلا من وقت محدد واحد من أجل عملية انتقال أثر التعلم للمواقف الجديدة.

- **المحاضرة:** والتي من خلالها سيتم تقديم معلومات لأمهات طفل طيف التوحد عن إدمان الأجهزة الالكترونية من خلال تعريفه وذكر أسبابه وآثاره على سلوكه وصحته وطرق الوقاية منه، من خلال تعديل اتجاهاته وأساليب المعاملة التي

في الغالب متساهلة وأكثر عاطفية خاصة مع الطفل التوحدي، نظرا لإصابته بهذا الاضطراب، أو لتهديته وزيادة استبصار الأمهات بالموضوع بطريقة موضوعية بتهيئة موقف تعليمي يبدأ من شعورهم أن أحد أسباب مشكلاتهم وافتقارهم للمعلومات حول تأثير هذه الأجهزة الالكترونية على طفلهم مما يساهم في متابعة الجلسات وخلق أهداف جديدة تزيد من رغبتهم في حل المشكلة، من خلال إعادة البناء المعرفي للأمهات وتهيئة بيئة تدريبية تساهم في التقليل والحد من إدمان الأجهزة الالكترونية عند طفل طيف التوحد.

- **المناقشة:** وهو أسلوب يسمح للأمهات بمعرفة القدرات والاستعدادات وفهم الانفعالات، ودوافع السلوك لدى الطفل والعوامل المؤثرة فيه والأعراض التي تظهر عليه والأسباب المؤدية إليه وعلاقتها بالاضطراب من أجل التوصل إلى معرفة طرق حل المشكلة التي يعاني منها الطفل،

- **الواجب المنزلي:** كون طفل طيف التوحد يحتاج إلى مزيد من التدريب في المنزل مما يمكنه من تعميم المتغيرات الإيجابية التي أنجزها في جلسات البرنامج ومدى إتقانه المهارات التي تعلمها واكتسبها بتوضيح للأمهات كيفية تدريبه.

تم عرض المقياس على عشر (10) محكمين وهم أساتذة في قسم علم النفس بجامعة وهران (2)، جامعة ورقلة، جامعة غرداية، وكذا اخصائيين في الأرطوفونيا وعلم النفس.

- اتفق الأساتذة والمختصين على صلاحية مقياس ادمان الأجهزة الالكترونية عند طفل طيف التوحد للتطبيق.

- تضمنت المقياس في صورته النهائية على الأبعاد التالية:

5-5-2 البرنامج التدريبي المقترح للأمهات قائم على التربية العلاجية للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

-محتوى البرنامج التدريبي المقترح للأمهات:

1- المرحلة الأولى / التشخيص التعليمي

- الجلسة الأولى التعارف وكسب الثقة، التعريف بالبرنامج ونظام الجلسات التعريف باضطراب طيف التوحد

- الهدف منها: -التعارف بين الباحثة وأم الطفل التوحدي المدمن على الجهاز الإلكتروني وكسب ثقتها.

- التعريف بالبرنامج الذي يندرج ضمن التربية العلاجية.

- تحديد أهداف البرنامج وإجراءاته وأهميته، مع التعريف بأنواع الوقاية.

-التعريف باضطراب طيف التوحد (اعراضه، وأسبابه المحتملة، مستوياته، والمشكلات السلوكية المصاحبة للاضطراب).

- الاتفاق وتحديد عدد الجلسات ومواعيدها ومدتها.

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (60) دقيقة، أي خلال حضور الأم مع الطفل لتلقيه برنامج العلاج بالعيادة.

- الفنيات: المحاضرة، المناقشة.

- الإجراءات : يتم استقبال كل أم على حدى في قاعة مخصصة لإجراء البرنامج حيث تجلس الباحثة في مقابل الأم وجها لوجه، ثم تقوم الباحثة بالتعريف بنفسها ودورها، يتم خلال الجلسة إلقاء محاضرة قصيرة، توضح

فيها الباحثة للأم هدف البرنامج، وإجراءاته وأهميته، فقد تكون الأم غير واعية بنتائج تأثير الإدمان على الجهاز الإلكتروني و السلوكيات الناجمة عنه، المشكلة خطرا على صحة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، مما يزيد من تعقيدته وتأزمه، أو لا توجد لديها رغبة في تغييرها لغياب الاستشارة أو معرفة الجهات المتخصصة، أو جهلها لأضرار الجهاز وعدم إدراكها للخطر الذي يشكله على الطفل، وهنا يأتي دور البرنامج التدريبي في التقليل والحد من هذا الإدمان ،ومساعدة الأم على فهم ذلك بتقديم الفنيات و الاستراتيجيات من خلال التوعية والتثقيف وتقديم المعلومات العلمية والعملية حول المشكلة ،مما يعود بالفائدة على طفل طيف التوحد وخفض الضغوط على الأم.

- تحديد عدد الجلسات بالاتفاق مع الأم والمقدرة بإثنا عشر (12) جلسة وكذا مدتها والأيام التي ستجرى فيها، حسب مزاوله الطفل لبرنامج العلاج.

- الحوار مع الأم حول ما تعرفه عن هذا الاضطراب وتقييم الجوانب المختلفة لدى طفل طيف التوحد(المجال السلوكي والتواصل، والتفاعل الاجتماعي).

- تقديم محاضرة يتم فيها تعريف الأم بمفهوم اضطراب طيف التوحد وأعراضه، وخصائصه، واسبابه، حيث يعد التوحد اضطراب نمائي يظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل نتيجة اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ مما يعيق تطور وظائف المخ ويعرقل تطور الجانب الاجتماعي والتواصل، ينتج عنه مشكلات وسلوكيات نمطية واهتمامات وأنشطة مقيدة ومتكررة غير هادفة، ويصاحبه الانسحاب والانغلاق على

الذات وجمود عاطفي وانفعالي مقارنة بأقرانه من الأطفال العاديين، ثورات غضب عند محاولة إخراجهم من عالمه الخاص أو عند إحداث تغيير في بيئته.

- تظهر على الطفل قصور في الجانبين أساسيين:

- ضعف في التفاعل الاجتماعي، فيبدوا الطفل متحفظ غير مبالي بالمحيطين به، وضعف في مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية فقد لا يفهم معنى الإيماءات والإشارات وتعابير الوجه.

- سلوكيات نمطية تكرارية ومقيدة، الأنشطة النمطية البسيطة، الأنشطة النمطية المعقدة التي تتضمن أشياء، الأنشطة النمطية المعقدة، تكرار أنشطة معقدة لفظية او مجردة.

- توضيح للأم أن تصرفات الطفل خارجة عن إرادته وأن الأعراض تختلف من طفل توحدي إلى آخر حسب نوعه وشدته أما مستويات طيف التوحد من حيث الشدة فهي: (مستوى اول، مستوى ثاني، مستوى ثالث)، وترجع أسباب الإصابة به ترجع لعدة افتراضات منها وجود خلل وراثي، العوامل المناعية، خلل أو اختلاف في رسم المخ، عوامل كيميائية حيوية، عدوى فيروسية، بعض مشكلات الولادة، الإدمان على بعض المواد كالمخدرات.

- **الواجب المنزلي:** كتابة الأم للائحة الأعراض المميزة لطفلها المصاب باضطراب طيف التوحد وأين تكمل جوانب القصور وما أهم البرامج التي خضع لها.

- الجلسة الثانية: التشخيص التعليمي.

- الهدف منها: تقديم معلومات للأم حول ماهية إدمان الأجهزة الإلكترونية

- تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية.

- تحديد خصائص الطفل الذي يدمن على الجهاز الإلكتروني.

- تحديد أعراض طفل التوحد الذي يعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة .

- الفنيات: المحاضرة، المناقشة.

- الإجراءات: يتم استقبال والترحيب بالأم وتستهل الباحثة الحوار مع الأم (يتم طرح أسئلة دقيقة على الأم حول موضوع إدمان الأجهزة الرقمية، ماذا تعرف؟، ما تأثيره على الطفل؟، ماهي الصعوبات التي تواجهها؟ وكيف تتعامل معه؟ ماهي التصورات التي تضعها الأم حول هذا الإدمان ما تأثير هذا الإدمان على الأسرة. من خلال إعطاء وجهة نظر الأم ومدى الإلمام بالمعلومات حول الموضوع نتعرف على مدى إدراكها لمخاطر الأجهزة الإلكترونية على سلوكيات وصحة الطفل ورغبتها في تعديلها.

- هنا تقوم الباحثة بتقديم محاضرة تتضمن ماهية الإدمان والتعريف بالأعراض المميزة له وتأثيره على صحة طفل طيف التوحد وسلوكياته أي توعية الأم صحيا، ورصد رغبتها في تعديل السلوك، فقد تصرح برغبتها في ذلك وتفكر جديا في الأمر لكنها لا تقدم فعليا على التغيير، نتيجة الصراع بين شعورها بخطر الاستعمال المفرط للجهاز على الطفل وعدم قدرتها ومعرفتها بالطرق الصحيحة التي تساعد على تعديل سلوكيات الطفل و

التخلي عن السلوكيات الغير صحية، وهذا ما يدفع للتخطيط لأهداف الجلسة القادمة.

- **الواجب المنزلي:** نطلب من الأم ذكر أهم الأعراض التي تظهر على الطفل نتيجة استخدامه للجهاز وإعطاء بعض الأسباب التي تراها تساهم وتعزز استخدام الطفل للجهاز الإلكتروني.

2- المرحلة الثانية: تحديد البرنامج وإعطاء أولوية التعلم.

- **الجلسة الثالثة:** الاستبصار بمشكلة الإدمان عند طفل طيف التوحد.

- **الهدف منها:** تحديد تاريخ الإدمان للجهاز الإلكتروني عند الطفل التوحيدي.

- تحديد أسباب الإدمان على الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحيدي.

- معرفة أوقات الاستخدام الخاص بكل طفل (التكرار كم؟ وكيف؟)، طبيعة الجهاز المستخدم.

- **زمن الجلسة:** خمسة وأربعون (45) دقيقة.

- **الفنيات:** المحاضرة، الإصغاء، المناقشة.

- **الإجراءات:** يتم الترحيب بالأم، تذكير ومراجعة ما تم في الجلسة السابقة ومناقشة الأم حول الواجب المنزلي الخاص بالأعراض التي تظهر على الطفل والأسباب التي تراها قد ساهمت في ذلك.

- تقديم الباحثة محاضرة للأم حول أسباب إدمان الأطفال للأجهزة الإلكترونية والتعرف عليها من كل النواحي.

- مناقشة الأم حول تاريخ الإدمان والأسباب المساعدة في ذلك والإصغاء لمعاناتها حول الضغوط الناتجة عن استخدام الجهاز ،والوقوف على أهم السلوكيات الخاطئة والمساعدة في إدمان طفل طيف التوحد، ومعرفة الخلفية لتي تحملها الأم حول فوائد الأجهزة الإلكترونية من وجهة نظرها ،فقد تكون نتيجة تعامل بعض الاسر مع طفل طيف التوحد بالعاطفة و اجتماعية إضافية تساهم في الافراط في الاستخدام للجهاز ،او سلوكيات شديدة الازعاج والتي يتم تهدئتها ولو مؤقتا بالمشاهدة، او تشجيع الوالدين على ادخال التكنولوجيا في وقت مبكر للطفل خاصة اذا كان جيدا فيها ،او استخدامه كمعزز كونه الوسيلة الوحيدة التي تنجح معه ، دون إدراك عواقب الاستخدام المفرط والتي قد تكون سبب في ظهور سلوك التبعية والتعلق بالجهاز أو زيادته.

- معرفة أوقات الاستخدام ومدتها وما هو أهم جهاز يرغب الطفل في استخدامه ومميزاته لمساعدة الأم على فهم كيفية ارتباط استخدام الجهاز الإلكتروني في الحالات المزاجية والانفعالية وسلوكياته وتأثيره على صحته خاصة في فئة أطفال طيف التوحد.

- تصحيح المعلومات والأفكار الخاطئة بتقديم توجيهات للأم وتوعيتها بالطرق والأساليب الصحيحة للتعامل مع هذه الظاهرة وتحفيز الأم وتعزيز دافعيها على مواجهة هذا الإدمان والسلوكيات الغير مرغوبة والغير صحية الناتجة عنه واستبدالها بأنماط تفكير أفضل عند الام لحل المشكل.

- **الواجب المنزلي:** رصد الأم لأهم ردود الفعل الناتجة عن استخدام الجهاز والتعرف على أهم ما يحبه الطفل ويرغب به لتحديد أنواع المعززات المناسبة له من أجل توظيفها مستقبلا.

- الجلسة الرابعة: برنامج التدريب للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية.
- الهدف من الجلسة: التخطيط للعملية التعليمية بالتفاوض مع الأم.
- تدريب الأم على إدارة الانفعالات الناتجة عن إدمان الطفل وتعلم استراتيجية المواجهة لحل المشكلات.
- معرفة الذات والثقة بالنفس.
- تطوير مهارات الاتصال بوسائل أخرى.
- تطوير مهارات اتخاذ القرار.
- تعليم الأم كيفية تدريب الطفل على الأنشطة البديلة للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية.
- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة.
- الفنيات: المحاضرة - المناقشة - النمذجة-الواجب المنزلي.
- الإجراءات : الترحيب بالأم واستذكار ما تم في الجلسة السابقة، تقديم محاضرة تتضمن استراتيجية المواجهة والتي تتمثل في المجهودات التي ستبذلها أمهات الطفل التوحدي كاستجابة للوضعية الضاغطة الناتجة عن إدمان الجهاز الإلكتروني والمهددة لصحة الطفل، وتختلف باختلاف تصوراتهن إزاء الوضعية الضاغطة والخبرات الانفعالية الناتجة عنها وطريقة تعاملهن معها من خلال الجهود السلوكية والمعرفية التي تقوم بها الأم للوقاية من إدمان طفلها على الجهاز الإلكتروني، حيث تتحدد فاعلية المواجهة على أساسين هما سلوك المواجهة ويتمثل في الاستجابات التي تصدر عن الأم للتوافق مع الحدث الضاغط ومصادر المواجهة التي تشمل

الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتوفرة لمواجهة إدمان الأجهزة الإلكترونية، مما يساعد على تحفيز الام لمواجهة المشكلة واستمرارها في المحاولة و بذل مزيد من الجهد لتعديل السلوك الغير مرغوب عند الطفل حيث تصبح تدرك بقوة مدى خطورته على صحته، مما يساعدها على اتخاذ القرار على تغييره ويرتبط بتوقعاتها الايجابية لنتائج تنفيذ السلوك الوقائي ويتم وضع مخطط للنشاطات بالتعرف على مهارات قضاء وقت الفراغ عند الطفل، والتدرب على الأنشطة والمهارات التي ستمارسها مع طفلها، كما تعمل الباحثة على زيادة ثقة الأم بنفسها وتحفيزها وتشجيعها على التفاعل البناء مع جلسات البرنامج ، والتركيز على مضمونه وآثاره النفسية والمشاركة في كل الأنشطة المقدمة له ، بتقديم نماذج مشاركة الأمهات في برامج تدريبية وعلاجية للطفل كانت ذات نتائج فعالة في تعديل سلوكه وتطوير مهاراته، وتعد هذه الجلسة مرحلة استعداد للتنفيذ.

- **الواجب المنزلي:** استخدام الأم لنظام البطاقات التذكيرية لمجموعتين، الأولى يكتب عليها سلبيات إدمان الطفل على الجهاز والثانية يكتب عليها إيجابيات إقلاعه عن هذا السلوك وإصاقها بمكان مقابل وتكون هذه الملاحظات بجمل مختصرة وعند شعورها باندماج الطفل أكثر تقوم بقراءتها والمقارنة بينهما، لكي تكون وسيلة لتحفيز الأم وشعورها بالتطور.

ثانيا: الدورات الفعلية للبرنامج التدريبي للأمهات.

3-المرحلة الثالثة: الدخول الفعلي في تنفيذ الخطوات.

- **الجلسة الخامسة:** السحب التدريجي للجهاز الإلكتروني.

- الهدف منها تدريب الأمهات على السحب التدريجي للتقليل والحد من الاستخدام المفرط للجهاز الإلكتروني.

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة.

- الفنيات: النمذجة، المناقشة، الواجب المنزلي.

- الإجراءات: يتم الترحيب بالأم، نستهل الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي.

- يتم عرض على الأم فيديوهات توضح لها كيفية التحكم في وقت الاستخدام بهدف تعليمها كيفية السحب التدريجي للجهاز من الطفل.

- الطلب من الأم التعليمات التالية:

- أن تبقى مع الطفل أثناء استخدام الجهاز الإلكتروني وتقوم بتسجيل الوقت الذي يستغرقه الطفل في المشاهدة، على أن تقل هذه المدة بالدقائق حسب مدة استخدام الطفل للجهاز الإلكتروني في كل أسبوع (مثلا إنقاص 10 د في الاسبوع الأول) مع خفض عدد مرات استخدام الجهاز أيضا مرة في كل أسبوع تقريبا، والاتفاق مع الطفل بضبط المنبه البصري ومشاركة الطفل في نشاط بديل آخر محبب له.

- إنشاء لائحة من الموانع، والأنشطة والألعاب المميّزة والمفضلة لدى الطفل لاستعادة السيطرة على عادات الاستخدام المفرط للجهاز.

- تعزيز الأم للطفل كلما قلل وقت الاستخدام بمعزز مادي أو معنوي أو معا.

- وضع حدود واضحة حول استخدام الأجهزة الإلكترونية، كتحديد فترة زمنية محددة خلال اليوم والبدء بإنقاصها تدريجيا، ويفضل أن تكون تلك

الفترة مرتبطة بتوقيتات ثابتة خلال اليوم (صباح، منتصف النهار، مساء) وينتهي الاستخدام بمجرد انتهاء الوقت باستخدام منبه يدوي حيث يتم ضبطه قبل الاستخدام والتوقف عند الوقت المتفق عليه مع الطفل للحفاظ على العامل الزمني.

- يفقد الجهاز خصائصه ومميزاته تدريجيا كفصله عن الأنترنت.

- تقديم لأم نماذج وصور لأمهمات أطفال طيف التوحد يعانون من إدمان الشاشات وكيفية تعاملهن معه.

- إعطاء معلومات حول ما تم تنفيذه في هذه الجلسة باختصار وإعطاء فكرة سريعة حول الجلسة القادمة والاتفاق على موعدها.

- **الواجب المنزلي:** تكليف الأم بذكر أهم طرق التعامل التي كانت تستخدمها مع الطفل لمنعه من استخدام الجهاز.

- **الجلسة السادسة:** استراتيجية مواجهة القلق والتوتر الناتج عن السحب التدريجي للجهاز.

- **الهدف منها:** التقليل من الشعور بالقلق والتوتر عند الطفل نتيجة تغيير العادات المتكررة في استخدام الجهاز.

- التنظيم المكاني والزمني للطفل التوحدي من خلال الجدول البصري للأنشطة خلال كل يوم.

- **زمن الجلسة:** خمسة وأربعون (45) دقيقة.

- **الفنيات:** المحاضرة، النمذجة، الحث.

- **الإجراءات:** الترحيب بالأم واستقبالها ومراجعة ومناقشة الواجب المنزلي وكيف تمت المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز خلال الأيام السابقة وما قامت به الأم مع ردود فعل الطفل لسحب الجهاز لتعزيزها إن كانت إيجابية أو تعديلها إن كانت سلبية.

- تقديم محاضرة تتضمن التدريب المعرفي للأم على حل مشكلة التوتر والقلق عند الطفل الناتج عن إنقاص مدة المشاهدة وتقديم حلول منطقية قبل أن تصبح خبرة الطفل المدمن على الجهاز خبرة فاشلة عند الأم بتحديد الأفكار السلبية الناتجة عن التعامل مع الطفل واستبدالها بأفكار إيجابية عن طريق إعطاء أمثلة لأمّهات تغلبن عن المشكلة مع أطفال يعانون من نفس المشكل، وتوجيه تركيزها لتدريب طفلها وجعلها تكتشف أفكار واستراتيجيات جديدة تساعد طفلها على تجاوز الاستخدام القهري للجهاز الرقمي.

- عند حدوث تغيير مفاجئ في بيئة الطفل التوحيدي فإن ذلك يؤدي إلى القلق الحاد وتوتر نتيجة هذا التغيير واستنادا على ذلك يتم تدريب الأم في هذه الجلسة على مراعاة ما يلي:

- أن تعلم الأم أن هذا القلق الحاد خارج عن رغبة الطفل ويتطلب ذلك منها أن تبتعد عن الغضب تماما ورفع الصوت في وجه الطفل، لأن سبب هذا القلق هو عدم وجود ما يريده (الجهاز) والانزعاج عند تغيير الروتين.

- قد يدخل الطفل في نوبات بكاء شديدة نتيجة هذا التغيير وقد يقوم بطلب أشياء أخرى يمكن تقديمها له وأن تقبله وتحضنه.

- يستجيب الطفل المصاب بطيف التوحد إلى تغيير الروتين بتقديم سلوك بديل يرغب به من خلال التنظيم المكاني والزمني للحالة بتصميم الجدول

البصري للأنشطة خلال اليوم حسب ما يتلاءم مع الطفل المصاب بطيف التوحد والوقت الذي يستخدم فيه الجهاز، مع اخذ بعين الاعتبار ما يناسب كل ام من حيث الوقت، بالإضافة الى تقديم المعززات المناسبة، وحث الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة للسلوك، سواء كان حث بدني بمساعدة جسمية كلية او بدنية.

- مخاطبة الطفل بلطف وطلب منه الهدوء ونعته بألفاظ مشجعة ويحبها (شاطر، أحسنت يا بطل...)، وتقديم التعزيز المناسب عند حدوث الاستجابة المرغوبة، والحث بالإيماءات والإشارات.

- تعليم آليات التكيف الصحية مع القلق والتوتر الناتج عن التبعية والاعتماد على الأجهزة، وتدريب الأم على التهيئة المسبقة من خلال تنظيم المكان و الزمان ، وأن تدع الطفل يتعرف على أنشطته خلال اليوم، تهدف الى اكتساب استقلالية يومية و كذا نشاطات تعليمية معرفية ، ويكون هذا الاستعمال دقيق بصريا بحيث يستطيع الطفل قراءته بصريا من حيث مكان، توقيت ومدة النشاط، يتم قراءته بصريا من اليمين الى اليسار ويتم التفريق بصفة واضحة بين نشاط وآخر ويتم ترتيب معدات الأنشطة في علبة ونزعه وقت الانتهاء، كما و نترك الطفل من حين لآخر ينظر إلى الصور بها هاتف مشطوب وصور لأعين منتفخة، وكلمات مطبوعة تعمل كمنبهات أو إشارة لعدم استخدام الجهاز، أي استخدام أنظمة التواصل البصري والتواصل اللفظي، كأن نظهر له صور أخرى بها طفل يلعب بالكرة أو يمارس الرياضة، و نشير الى ان هذا هو السلوك الصحيح وينظر إليها يوميا، هذه الطريقة تنقص من حدة التوتر وتحسن مهارات التأقلم مع الوضع الجديد.

- أن تجلس الأم مع الطفل عند استخدام الجهاز، وتحافظ على (ما تم الاتفاق عليه سابقا من وقت الاستخدام لهذا الأسبوع)، مع خفض عدد المرات في اليوم، مع التعزيز الإيجابي عند الالتزام بالوقت وعدد المرات بشيء يفضله.

- طلب من الأم في نهاية الجلسة الاستمرار في تطبيق التعليمات الخاصة بالسحب التدريجي وتسجيل كل التطورات وأهم السلوكيات التي حدثت وكيف تعاملت معها الأم.

- الجلسة السابعة: معالجة الظروف البيئية وسحب المثيرات الالكترونية.

- الهدف منها: تحديد المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب وضبطها.

- سحب المنبهات السلبية بالتقليل منها وحذفها كلية.

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة.

- الفنيات: النمذجة. التكرار. التعزيز.

- الإجراءات: الترحيب بالأم واستقبالها، والبدء في مناقشة الواجب المنزلي ككل، وعلى كل أم ذكر أهم التطورات والسلوكيات الصادرة من عند الطفل خلال الأيام السابقة، الخاصة بتطبيق السحب التدريجي للجهاز وما قامت به أم الطفل من نشاطات.

- الطلب من الأم استخدام بطاقة تسجل عليها لائحة المثيرات التي تسبق السلوك، أي المثيرات التمييزية (رنين الهاتف)، الذي يعمل كدلالة تمييزية للجهاز والمشاهدة، من أجل السيطرة عليها بهدف تقليل الإدمان والحد منه.

- تدريب الأم على التحكم في تلك المثيرات والتمييز بين الظروف البيئية التي يعزز فيها السلوك، والتي لم يعزز فيها، كتوفر الجهاز في غرفة نوم الطفل أو وجود الجهاز في مكان يسهل على الطفل الوصول إليه، وتعويضها بنشاطات أخرى كالرسم تشكيل العجين، تركيب الألعاب.

- التعرف على الوقت بطريقة تقليدية (ساعة الحائط، المنبه) حتى لا ينتاب الطفل الفضول في فتح الجهاز.

- أن تمكث الأم مع الطفل وتعويض مكان استخدام الجهاز بلعبة مع طفلها (الغميضة)، ومشاركتها في لعبه وعند المشاركة تشجعه وتعزز سلوكه (لعبة، حلوى....)، أو الانضمام اليه في اللعب واتباع قيادته.

- تدريب الأم على خفض عدد المرات في استخدام الجهاز الالكتروني بانقاص مرة من عدد المرات المتبقية وخفض الوقت إلى (10د) من وقت الاستخدام الخاصة بالأسبوع الثاني من السحب التدريجي.

- الحوار القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسة والإجابة على جميع الاستفسارات.

- الاستمرار في تطبيق التعليمات الخاصة بسحب تدريجي الخاصة بالأسبوع الثاني من السحب التدريجي مع تعزيز كل سلوك جيد أو جديد سواء كان متعلق بالسحب التدريجي أو تعلم مهارة جديدة.

- الجلسة الثامنة: التآزر البصري الحركي

- الهدف منها: تنمية الانتباه المشترك مما يساعد على تفاعله في مختلف الأنشطة.

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة

- الفنيات: التقليد التكرار، التعزيز.

- الإجراءات: يتم استقبال الأم والترحيب بها، نستهل الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وذكر الأم للمواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز، وما قامت به من حيث تقليل عدد ووقت الاستخدام بهدف معرفة ما إن كانت هناك سلوكيات إيجابية يتم تعزيزها أو سلبية يتم تعديلها.

- ان تحافظ الأم على خفض عدد مرات الاستخدام ووقت الاستخدام بمدة المتفق عليها (الأسبوع الثاني من السحب)، والاتفاق على ذلك مع الطفل بضبط المنبه البصري.

- تدريب الأم على أن لا يأخذ الطفل أي شيء دون النظر إلى عينيها مثال: طلب الطفل بسكويت، تطلب الأم أن ينظر إلى عينيها أولاً وإذا لم ينظر أو حتى يبكي تتركه لحظات ثم تعاود منه الطلب لكي تقدم له البسكويت وإذا أصر على عدم النظر إليها تضع يديها بجانب عينية وتتركه يركز مع وجهها وتطلب منه النظر " أنظر إلي ". اي حمل الأشياء امام عيني الام لتشجيع التواصل البصري بدلا من التواصل مع الجهاز، ومنحه حرية الوصول الى الأشياء المفضلة لتعزيز الطلب من جانبه، لكي تساعد الطفل على تكوين لغة التعبيرية.

- نضع شيئاً يحبه على الطاولة أو مكان مرتفع ثم نشير إليه بالإصبع ونقول له: " نذكر اسمه أنظر شيبس"، هنا عندما يسمع الطفل الشيء الذي يحبه يجعله يلتفت إليه.

- نطلب من الطفل أن ينظر إلى الاتجاهات بالإشارة إلى الأشياء مثلا أنظر إلى الشجرة، أنظر إلى الأعلى، أنظر إلى الأسفل، أنظر إلى أبيك، أنظر إلى أخيك.... مع ذكر اسمه دائما.

- يمكن أيضا لعب لعبة الغميضة مع الطفل بوضع الأم رداء فوق رأسها، ثم تغطي بعدها رأس الطفل بحيث يكون الإثنان تحت الرداء، ثم تقول له: " هيا نلعب لعبة الغميضة"، وندغدغه ثم نرفع الشال، ونقول له: " فلان أنا هنا"، ثم نكرر العملية حتى يتواصل مع الأم بصريا، مما يزيد تفاعله معها أيضا.

تقوم الام بتكرار الأنشطة، فهي أكثر لزوما لأطفال طيف التوحد لزيادة القدرة على التذكر، وجذب الانتباه، واستدعاء العلاقة بين الأشياء، وتكون على فترات زمنية من اجل انتقال أثر التعليم للمواقف الجديدة.

- توعية الأم بأن الأطفال التوحديين ليسوا على مستوى واحد من قدراتهم التعليمية والسلوكية.

- طلب من الأم تسجيل فيديوهات حول الأنشطة التي تمارسها مع طفلها ليتم مشاهدتها وتحليلها مع الأخصائيين داخل العيادة في وقت لاحق.

- الجلسة التاسعة: تنمية بعض المهارات الحركية

- الهدف منها: تطوير العادات الصحية لتنمية المهارات الخاصة بالطفل التوحدي.

- استبدال التقنية الرقمية بنشاطات هادفة لملأ أوقات الفراغ عند الطفل خلال اليوم.

- التقليل من السلوكيات العدوانية.

- زمن الجلسة: خمسة وأربعون (45) دقيقة.

- الفنيات: التغذية الراجعة، التكرار. التعزيز.

- الإجراءات: استقبال الباحثة للأم ومراجعة ما تم في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي، ورصد أهم التطورات السلوكية لدى الطفل من خلال ملاحظات الأم والفيديوهات المطلوبة منها.

- جلوس الأم في مواجهة الطفل أثناء تدريبه واستبعاد المثيرات السمعية والبصرية التي يمكن أن تشتت انتباه الطفل وأخذ الأم بعين الاعتبار أن ردود فعل الطفل قد تستغرق بعض الوقت.

- تدريب الأم الطفل على مهارة التشكيل بالعجين أو الصلصال، وفي حالة رفض الطفل ذلك نقوم بوضع يديه داخل جوارب حتى لا يتقرز وتمسك الأم بيديه لكي يقوم بعجن الصلصال وتشكيله وتسمية الاشكال التي يقوم بتشكيلها.

- وسيلة تصنيف (الليجو): نلصق أولاً أوراق ملونة لاصقة بحجم المكعبات على الإطار ثم نقوم بوضع المكعبات فوق بعضها البعض مصنفة حسب لونها، هذا النشاط يساعد على تنمية العضلات الدقيقة وزيادة التركيز والانتباه، نطلب من الأم أن تكون إيجابية وتبقى متفائلة وتعلق على كل سلوك جيد يصدر من الطفل ونعززه بالمدح اللفظي أو المادي.

-لضم وتصنيف الخرز في علبه بلاستيك، خرز، حبل متوسط السمك، ونجعل الطفل يدخل الخرز في الخيط، ونعرفه على الألوان والأحجام، مع

التلقين اللفظي بتكرار ما نقوله، نبدأ بالأحجام الكبيرة ثم نتدرج إلى الصغيرة واحدة تلو الأخرى، تطلب الام من الطفل أن يقلدها في إدخال الخرز داخل الخيط، ومساعدته مساعدة جسدية أو لفظية حسب قدراته.

- كما تستطيع الأم تنمية عدة مهارات أخرى عند الطفل باختيار أنشطة حركية ورياضية مناسبة لقدرات الطفل المصاب بطيف التوحد المناسبة لقدراته الإدراكية والأدائية كالتمارين الرياضية، مهارة الجري، التسلق، استخدام مهارة رمي الكرة ومحاولة إمساكها، استخدام أدوات وألعاب حسية مستمدة من البيئة تتلاءم مع خصائصه النمائية. كما يمكن إشراك الام لطفلها في بعض الاعمال المنزلية كالطبخ، غسل الاواني، تنظيف البلاط، طي الملابس (وهذا مصمم ضمن الجدول البصري للأنشطة اليومية) لبناء اهتمامات ومهارات بديلة.

- استخدام كل الحواس (السمعية والبصرية والحسية) قدر الإمكان أثناء التعلم وجلب انتباه الطفل واستثارة دافعيته لتعلم مهارات حركية جديدة، وتنمية المهارات التي لديه ميول لها.

- تنظيم الأنشطة الحركية المقترحة وتوزيعها أثناء اليوم بتخصيص الوقت الكافي لتنفيذها مع الطفل، مع التعزيز المناسب بعد كل نشاط وإعطاء وقت مستقطع بين الأنشطة أو ضمن النشاط الواحد إذا استدعى الأمر ذلك.

- تقديم التعزيزات الإيجابية إذا تمت المهمة بنجاح (المدح، الثناء والشكر)، وفي حالة الفشل أو إظهار السلوكيات الغير مرغوبة يتم تجاهلها لإطفائها وعدم التركيز عليها وتغيير النشاط في الوقت المناسب.

- نطلب من الأم الاستمرار في السحب التدريجي (الأسبوع الثالث من السحب) باستخدام المنبه البصري حيث يتم خفض مرة من عدد مرات استخدام الجهاز من عدد المرات المتبقية للأسبوع السابق وبمدة (10) دقائق مثلا وتعويض ذلك بأنشطة صباحية ومسائية المتفق عليها مسبقا.

- الطلب من الأم تكرار تنفيذ الأنشطة البديلة مع الطفل لتثبيت المهارات المكتسبة وتسجيل فيديوهات للأنشطة التي تتم مع الطفل.

- الجلسة العاشرة: القصة الاجتماعية.

- الهدف منها: زيادة وتنمية السلوك الاجتماعي المرغوب.

- التخفيف والتقليل من التوتر وكيفية التأقلم والتكيف مع الموقف الجديد.

- زمن الجلسة: 45د

- الفنيات: التقليد. لعب الدور. التكرار.

- الإجراءات: تقوم الباحثة بتقديم قصص اجتماعية للأمهات بهدف قراءتها لطفلهن المصاب بطيف التوحد بعد تحديد عنوانها والهدف منها وطباعتها تتضمن 4-5 ورقات بها صور توضيحية، جمل بسيطة وسهلة القراءة واضحة الصورة، تصف للطفل حدث معين او موقف جديد كالتغيرات الروتينية التي تحدث بحياة الطفل او سلوك نريد ان نركز عليه حيث نأخذ مهارة معينة ونقسمها الى خطوات بسيطة يفهمها الطفل لبلوغ الهدف الذي رسمناه بها كلمات ملائمة لتفكيره وفهمه.

-نركز في القصة على السلوك المطلوب وليس الغير مرغوب.

- تقرا القصة من طرف الام من (4- 5) مرات في اليوم او لعدة أيام خاصة لتعلم مهارة صعبة او التأقلم على مكان غير مألوف، لكي يصل الى فهمه و الهدف المرغوب.

- ان تقرا الام القصة للطفل المصاب بطيف التوحد بأسلوب ممتع، وهادئ، وباللغة العامية (اللغة التي يتواصل بها مع الطفل)، وتمثيل الام للأدوار لكي تربط بين الكلمات والفعل والصورة والحركات لتقريب الفهم أكثر للطفل كقول (من هذا؟ انه فلان، ماذا يفعل؟ جالس، من يجلس معه؟ امه).

- كل قصة تقدم نموذج للسلوك الاجتماعي المقبول، واسس التصرف السليم تبعاً لهذه المواقف المصورة في بطاقات تشكل احداث متسلسلة، وفي نهاية كل قصة يتم تقديم السلوك النموذجي السليم.

- يتم مواصلة السحب التدريجي للجهاز الالكتروني بالمنزل والمحافظة على المدة وعدد المرات المتفق عليها خلال هذا الأسبوع.

- الجلسة الحادية عشر: تنمية المهارات الاجتماعية.

- الهدف منها: اللعب والتفاعل الاجتماعي.

- زمن الجلسة: ستون (60) دقيقة.

- الفنيات: اللعب، النمذجة. التكرار. التعزيز.

- الإجراءات: الترحيب بالأمهات والبدء بمناقشة الواجب المنزلي (بنفس الطريقة التي تمت في الجلسات السابقة)، نطلب من الأم سرد المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز الإلكتروني للأيام السابقة وكيف تعاملت مع مواقف السحب التدريجي أثناء وبعد السحب.

- مواصلة السحب التدريجي لهذا الأسبوع بخفض الوقت وعدد مرات استخدام الجهاز الالكتروني، الذي يقدر بمرتين او مرة في اليوم ولمدة (10د) او اقل لبعض الحالات.

- تدريب الأم على التعزيز المتقطع أي تعزيز بعض السلوكيات أثناء السحب التدريجي وليس في كل المواقف، نطلب من الأم اتباع نفس التعليمات السابقة الخاصة بالسحب التدريجي.

- استخدام الأم مهارة تمرير الكرة واللعب في بادئ الأمر يكون بشخصين أي بوجود الأم والطفل وهي مهارة تفاعل اجتماعي بسيط، بحيث تحضر الأم كرة صغيرة وتجلس في مقابل الطفل وتقوم بتمرير الكرة بالأيدي إلى الطفل مع تشجيعه وتعزيزه عند كل استجابة لها، وبعد إتقان هذه المهارة يمكن زيادة عدد الأفراد إلى ثلاثة بإضافة الأخ أو الأب ويشكلون حلقة، ويقومون بتمرير الكرة بدءا من الأم ثم الطفل ثم الأخ أو الأب، وهكذا مع التشجيع المتواصل والدعم بالكلمات الإيجابية من كلا الشخصين دون أن ننسى أن ننادي الطفل دائما باسمه، وتشجيعه على متابعة الأوامر اللفظية للأم مثل : مرر الكرة لأخيك، بعد إتقان المهمة، يمكن زيادة أفراد آخرين وبنفس الترتيب السابق مع مواصلة التشجيع.

- تكرار تنفيذ الأنشطة لتثبيت المهارة المكتسبة وتوزيع الأنشطة في مراحل متسلسلة حسب الهدف من كل نشاط.

- كما يمكن اشراكه في روتين الاسرة في مختلف الأنشطة مثل خطوات الطهي البسيطة كمساعدته على حمل المعلقة وتحريكها مع ذكر أسماء الأشياء.

- قضاء وقت أطول في الأنشطة الاجتماعية (أنشطة بدنية مثل المطاردة والدغدغة، اشراك الطفل اجتماعيا في بعض الأنشطة اليومية مثال: اثناء موعد الطعام تتناول الام الاكل مع الطفل مع استخدام لغة بسيطة لوصف ما يأكله بما في ذلك طعمه وملمسه ولونه.

- هنا في هذه الجلسة نطلب من الأم الاستغناء عن استخدام الجهاز وتعويض ذلك بأنشطة محببة للطفل قدر الإمكان من أجل الحد من استخدام الجهاز.

- الاستعانة بتطبيق الكتروني يساعد على غلق شاشات الأجهزة المحمولة مع ابقائها في وضعية التشغيل.

نطلب من الأم رصد أهم ردود الفعل والسلوكيات الناتجة عن عدم استخدام الجهاز، والاستمرار في عدم إعطائه الجهاز.

- مواصلة السحب التدريجي للجهاز الالكتروني من حيث مدة وعدد مرات الاستخدام للأسبوع الرابع من السحب)، وهي اخر جلسة للسحب التدريجي، مع اقتراح على الامهات استمرار السحب بالأيام (أي يوم يستخدم فيه الجهاز ويوم لا يستخدم فيه).

-المرحلة الرابعة: تقييم البرنامج التدريبي:

- الجلسة الثانية عشر: تقييم العملية التدريبية.

- الهدف منها: تقييم البرنامج والتحقق من التطور الحاصل عند الطفل المصاب بطيف التوحد في التقليل والحد من ادمان الأجهزة الالكترونية.

-اعتمدت الباحثة في تقييم البرنامج التدريبي على الطرق التالية:

. المقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى الطفل التوحد.

. المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس مقابلة التقييم الوظيفي (EEF).

- مراجعة التقارير المقدمة من طرف الأمهات حول اكتساب وتنمية مهارات بديلة للحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل المصاب بطيف التوحد.

- تقييم آراء الأمهات حول البرنامج التدريبي ومعرفة القدرات التي اكتسبتها من خلال برنامج التربية العلاجية، والتأكد من استمرارهن في التدريبات مع أطفالهن المصابين بطيف التوحد.

- إقبال الجلسة: شكر الأمهات لما قدمنه من جهود وتعاون والتزام بجلسات البرنامج التدريبي، والإشارة إليهن أنه سيكون لنا لقاء بعد شهر للمتابعة.

- صدق البرنامج التدريبي:

تم عرض البرنامج في صورته الأولى على (10) محكمين، وهم أساتذة من قسم النفس وعلوم التربية من جامعات مختلفة (جامعة محمد بن احمد وهران 2، جامعة غرداية، جامعة ورقلة، ومختصون أرطوفونيين، وعياديين بعيادة bleu space، وجمعية التقوى للتوحد) من اجل التحقق من ملائمة البرنامج لعينة الدراسة وصحة التقنيات والأساليب، والإجراءات المتخذة في التدريب، وتمحورت اهم ملاحظات المحكمين فيما يلي:

-دمج الجلسة التعارف مع الجلسة الخاصة باضطراب طيف التوحد.

- زيادة عدد الجلسات والتقنيات المستخدمة.

- إضافة الجدول المكاني الزمني للأنشطة البديلة (تنظيم المكان والزمان).

- وضع جول تلخيصي للبرنامج التدريبي وفيه: (الجلسة ورقمها ومكانها ومدتها، الهدف منها، التقنيات المستخدمة، النتائج).

- الدراسة الاستطلاعية:

1- الهدف من الدراسة: تم تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية الحالية في النقاط التالية:

- التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد.

- بناء البرنامج العلاجي للتكفل بهذه الفئة والذين يعانون من إدمان الأجهزة الالكترونية بتدريب أمهاتهم على كيفية التعامل مع هذه الظاهرة.

2- حدود الدراسة الاستطلاعية: تتمثل فيما يلي:

- الحدود الزمنية: أجريت الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من (فيفري إلى غاية جوان 2023).

- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الحالية بجمعية التقوى لأطفال طيف التوحد، وعيادة (BLUE SPACE) بولاية وهران.

3- مجتمع الدراسة الاستطلاعية:

إن مجتمع الدراسة الحالي لا يشمل كل أمهات الأطفال المتواجدين بعيادة (BLUE SPACE) كون العيادة تتكفل بعدة فئات من الأطفال الذين

يعانون من اضطرابات مختلفة (صعوبات التعلم ، اضطرابات النطق، طيف التوحد)، بل يشمل فقط أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، أما بالنسبة لروضة التقوى فقد شملت الدراسة نفس الفئة (طيف التوحد).

4- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

العينة كما عرفها (خليفة عبد السميع خليفة، 1990): هي مجموعة من الأفراد الذين تتوفر فيهم جميع الصفات الرئيسية للمجتمع الأصلي، وتعد طريقة عملية ومنطقية في البحث، كما أنها تمثل أسلوب بديل للحصر الشامل الذي قد يستحيل إجراؤه، ومنه فإن اختيارنا للعينة جاء بطريقة عشوائية والتي ضمت أمهات أطفال التوحد المتواجدين بالروضة والعيادة والذين تميزوا بالمواصفات التالية:

- ان يكونوا من ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ان يكون سنهم يتراوح ما بين 6-12 سنة.
- ملتحق بإحدى العيادتين محل الدراسة.
- ان يعاني من مستوى مرتفع من ادمان الأجهزة الالكترونية.
- ان لا يكون ضمن أطفال طيف التوحد (3D) الذين يعتمدون على الادراك البصري.
- ان تكون الام مأكثة في المنزل.
- ان يكون قد استخدم الجهاز لفترة لا تقل عن 6 أشهر.

4-1 عينة الأمهات:

أ- متغير السن:

جدول رقم (09): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الأم

النسبة	التكرار	السن
26.66	08	30-20
26.66	08	40-31
46.78	14	50-41
100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير سن الأم، أن نصف العينة تتدرج ضمن الفئة العمرية (31-40 سنة)، وذلك بنسبة (26.66٪) وتليها الفئة العمرية من (20-30 سنة) بنسبة (26.66٪) ، وفي الأخير الفئة العمرية من (41-50 سنة) بنسبة (48.78٪).

ب- متغير المستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (10): توزيع عينة الدراسة حسب الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي للأم

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
13.30	04	ابتدائي
50.00	15	متوسط
20.00	06	ثانوي
16.70	05	جامعي
100	30	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (10) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي للأم، أن أغلب حالات العينة مستواهم التعليمي متوسط، حيث كانت نسبتهم (50)، يليها المستوى الثانوي بنسبة (20) ومستوى الجامعي بنسبة (16.70)، وأخيرا المستوى الابتدائي بنسبة (13.30).

ج- متغير الحالة المهنية للأم:

جدول رقم (11): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة المهنية للأم

النسبة	التكرار	الحالة المهنية للأم
43.34	13	عاملة
56.66	17	ماكثة بالبيت
100	30	المجموع

يبين الجدول رقم (11) الخاص بتوزيع العينة الاستطلاعية حسب متغير الحالة المهنية، أن كل الحالات تقريبا ماكثات بالبيت، حيث كانت نسبتهم تساوي (56.66) بالمئة ولكن هذا لم يمنع من وجود حالات لأمهات عاملات والذي تقدر نسبتهم ب (43.34) بالمئة.

2- عينة الأطفال:

أ- متغير الجنس:

جدول رقم (12): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل :

المتغير	التكرار	النسبة
ذكور	18	60.00
إناث	12	40.00
المجموع	30	100

يمثل الجدول رقم (12)، توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير جنس الطفل حيث يلاحظ أن الذكور أكثر من الاناث والذي كانت نسبتهم على التوالي، (60%) و (40%) .

ب- متغير السن:

جدول رقم (13) : توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الطفل .

النسبة	التكرار	السن
63.33	19	أقل من 10 سنوات
36.67	11	أكثر من 10 سنوات
100	30	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (13) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير سن الطفل أن أغلب الحالات يتركزون في الفئة العمرية (أقل من 10 سنوات) ، والذين كانت نسبتهم تقدر ب (63.33%) يليها المنتمون إلى الفئة (أكثر من 10 سنوات) والذين تقدر نسبتهم (36.67%) .

ج- متغير ترتيب الطفل بين الاخوة:

جدول رقم (14): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير ترتيب الطفل بين الاخوة.

النسبة	التكرار	ترتيب الطفل
13.30	4	الوحيد

الأصغر	11	36.67
الأوسط	8	26.66
الأكبر	7	23.47
المجموع	30	100

يمثل الجدول رقم (14) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير ترتيب الطفل بين إخوته، ف لوحظ بأن أغلب أطفال العينة يحتلون المرتبة الأولى (الأصغر) والممثلين بنسبة (36.67 %)، وهذا نظرا لسن الأمهات أغلبهن يندرج ضمن الفئة العمرية من (31-40 سنة) ، تليها حالات تحتل المرتبة الأوسط والأكبر التي كانت نسبتهم على التوالي (26.66 %) و(23.47 %)، لكن هذا لم يمنع وجود اربعة حالات الوحيدين في العائلة والتي كانت نسبتهم (13.30%).

د - متغير درجة التوحد:

جدول رقم (15): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب درجة توحد الطفل

المتغير	التكرار	النسبة
خفيف	8	26.66
متوسط	13	43.34
شديد	9	30.00
المجموع	30	100

يمثل الجدول رقم (15) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب درجة توحد الطفل ، وما يمكن ملاحظته أن أغلب أطفال العينة كانت درجة توحدهم (متوسط) ، والذي يمثل نسبة (43.34 %) ، يليهم الذين لديهم

درجة توحّد شديد وكانت نسبتهم (30٪)، أما حالات التوحّد الخفيف فقد بلغت نسبتهم (26.66٪).

عينة الأمهات

ب-متغير السن:

جدول رقم (16): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير سن الأم

السن	التكرار	النسبة	تكرار المجتمع الصاعد
30-20	11	18.3	18.3
40-31	39	65.6	83.3
50-41	10	16.7	100
المجموع	60	100	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير سن الأم، أن نصف العينة تندرج ضمن الفئة العمرية (31-40 سنة)، وذلك بنسبة (65.6 ٪) وتليها الفئة العمرية من (20-30 سنة) بنسبة (18.3 ٪) ، وفي الأخير الفئة العمرية من (41-50 سنة) بنسبة (16.7 ٪).

ج-متغير المستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (17): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي للأم

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة	التكرار المجتمع الصاعد
ابتدائي	14	23.3	23.3
متوسط	22	36.7	60.0
ثانوي	14	23.3	83.3

جامعي	10	16.7	100
المجموع	60	100	

يتبين من خلال الجدول رقم (17) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي للأم، أن أغلب حالات العينة مستواهم التعليمي متوسط، حيث كانت نسبتهم (36.7) ، يليها المستوى الابتدائي والمتوسط بنفس النسبة (23.3) ، وأخيرا المستوى الجامعي بنسبة (16.7) .

ج- متغير الحالة المهنية للأم:

جدول رقم (18): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة المهنية للأم

الحالة المهنية للأم	التكرار	النسبة	التكرار للمجتمع الصاعد
عاملة	18	30.0	30.0
ماكثة بالبيت	42	70.0	95.0
المجموع	60	100	100

يبين الجدول رقم (18) الخاص بتوزيع العينة الأساسية حسب متغير الحالة المهنية، أن كل الحالات تقريبا ماكثات بالبيت، حيث كانت نسبتهم تساوي (70) بالمئة ولكن هذا لم يمنع من وجود حالات لأمهات عاملات والذي تقدر نسبتهم ب (30) بالمئة.

2- عينة الأطفال:

ب- متغير الجنس:

جدول رقم (19): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل:

المتغير	التكرار	النسبة	التكرار للمجتمع الصاعد
ذكور	36	60	60

100	40	24	إناث
	100	60	المجموع

يمثل الجدول رقم (19)، توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل حيث يلاحظ أن الذكور أكثر من الإناث والذي كانت نسبتهم على التوالي، (60 %) و (40 %) .

ب- متغير السن:

جدول رقم (20) : توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير سن الطفل .

السن	التكرار	النسبة	التكرار المجتمع الصاعد
أقل من 10 سنوات	28	46.7	46.7
أكثر من 10 سنوات	32	53.3	100
المجموع	60	100	

يتبين من خلال الجدول رقم (20) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير سن الطفل أن أغلب الحالات يتمركزون في الفئة العمرية (أكثر من 10 سنوات) ، والذين كانت نسبتهم تقدر ب (53.3 %) ، يليها المنتمون إلى الفئة (أقل من 10 سنوات) والذين تقدر نسبتهم (47.7 %) .

ج- متغير ترتيب الطفل بين الاخوة:

جدول رقم (21): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير ترتيب الطفل بين الاخوة .

ترتيب الطفل	التكرار	النسبة	التكرار المجتمع الصاعد
-------------	---------	--------	---------------------------

8.3	8.3	5	الوحيد
53.3	45	27	الأصغر
83.3	30	18	الأوسط
100	16.7	10	الأكبر
	100	60	المجموع

يمثل الجدول رقم (21) توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير ترتيب الطفل بين إخوته، ف لوحظ بأن أغلب أطفال العينة يحتلون المرتبة الأولى (الأصغر) والممثلين بنسبة (45 ٪)، وهذا نظرا لسن الأمهات (أغلبهن يندرج ضمن الفئة العمرية من 31-40 سنة) ، تليها حالات تحتل المرتبة الأوسط والأكبر التي كانت نسبتهم على التوالي (30 ٪) و (16.7 ٪) لكن هذا لم يمنع وجود خمس حالات الوحيدين في العائلة والتي كانت نسبتهم (8.3 ٪).

د- متغير درجة التوحد:

جدول رقم (22): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب درجة توحد الطفل.

المتغير	التكرار	النسبة	التكرار المجتمع الصاعد
خفيف	12	20.0	20.0
متوسط	28	46.7	66.7
شديد	20	33.3	100
المجموع	60	100	

يمثل الجدول رقم (22) توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب درجة توحد الطفل ، وما يمكن ملاحظته أن أغلب أطفال العينة كانت درجة توحدهم متوسط والذي يمثل نسبة (46 ٪) ، يليهم الذين لديهم درجة توحد شديد

وكانت نسبتهم (33.3 %)، أما حالات التوحد الخفيف فقد بلغت نسبتهم (20 %).

هـ - متغير حسب درجة الإدمان:

جدول رقم (23): توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب درجة الإدمان

المتغير	التكرار	النسبة	التكرار المجتمع الصاعد
خفيف	19	31.7	31.7
متوسط	35	58.3	90.0
مرتفع	06	10.0	100
المجموع	60	100	

يمثل الجدول رقم (23) توزيع عينة الدراسة الاساسية حسب متغير درجة الإدمان على الأجهزة الالكترونية عند الطفل المصاب بطيف التوحد، وما يمكن ملاحظته هو أن أغلب أطفال العينة يعانون من إدمان متوسط (56-110 درجة) ، أي بنسبة (58.3%) ، وتليها إدمان خفيف (من 0-55 درجة) ويمثلون نسبة (31.7 %) ، وأخيرا الذين يعانون من إدمان مرتفع (111 درجة- 164 درجة) بنسبة (10 %).

3- الدراسة الأساسية:

3-1 الهدف من إجراء الدراسة الأساسية:

- تطبيق أدوات الدراسة (مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد، مقياس مقابلة التقييم الوظيفي (EEF) للتوحد، مقياس المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI-R).

- اختيار عينة الدراسة الأساسية.

- تطبيق البرنامج التدريبي القائم على التربية العلاجية للأمهات للوقاية من إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد.

3-2 زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية: تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين (جانفي 2024 إلى غاية نوفمبر 2024)، وذلك ب(جمعية التقوى للتوحد)، وعيادة (BLUE SPACE) بولاية وهران .

3-3 عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها: تم إجراء الدراسة الأساسية على أربعة امهات لاربعة أطفال (02 ذكور، 02 اناث) مصابين باضطراب طيف التوحد تم اختيارهم وفق المعايير التالية:

-ملتحقين بجمعية التقوى او العيادة الأرطوفونية (الفضاء الأزرق) تتراوح أعمارهم ما بين (06-12 سنة) .

- يعاني من مستوى مرتفع من ادمان الأجهزة الالكترونية.

- الاستخدام المختلط للأجهزة الالكترونية و البرامج الالكترونية.

- ان تكون الام مأكثة في البيت.

- الموافقة على اتباع البرنامج التدريبي من طرف الام.
- موافقة الام على إعادة تطبيق البرنامج التدريبي مع الطفل في المنزل.
- **صعوبات الدراسة:** تمثلت اهم صعوبات الدراسة فيما يلي:
- عدم وجود مقياس خاص بامان الأجهزة الالكترونية لدى فئة طيف التوحد
- انسحاب بعض أمهات الحالات من إتمام البرنامج التدريبي.
- عدم تعاون بعض الاولياء في الإجابة على مقياس ادمان الأجهزة الالكترونية في الدراسة الاستطلاعية.

الفصل السادس: عرض الحالات

1- دراسة الحالة الأولى

2- دراسة الحالة الثانية

3- دراسة الحالة الثالثة

4 دراسة الحالة الرابعة

1- دراسة الحالة الأولى:

- دراسة الحالة

- الإسم: وفاء

- السن: 07 سنوات

- الترتيب في الأسرة: الوحيدة

- الاضطراب الذي تعاني منه الحالة: إدمان الأجهزة الإلكترونية.

- السيمائية العامة للحالة : وفاء طفلة ذات (07) سنوات تعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية قوية البنية ، طويلة القامة تظهر أكبر من سنها، شعرها أصفر ، عيناها زرقاوتين ، بيضاء البشرة ، لا تعاني من أي إعاقات حركية ، لغتها غير واضحة وغير مفهومة، غالبا ما تتجنب النظر مباشرة إلى الوجوه، كثيرة الحركة ، لا تهتم لأوامر الأم أو المربية الا بعد تكرار الطلب، تحاول من حين لآخر لمس الأشياء العبث بها، تنتقل في قاعة الانتظار من مكان لآخر، وتحاول كل مرة تفتيش حقيبة اليد الخاصة بالأم ومحاولة افتكاك الهاتف الذكي من يد الأمهات المتواجدات في القاعة أو تبقى واقفة وتراقب من بعيد ما تتصفحه إحدى الأمهات الموجودات في هناك، غير مبالية بالأطفال الآخرين ولا يظهر عليها الخوف ، مع العناد المستمر لأوامر الأم عند أمرها بالجلوس أو عدم لمس الأشياء .

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء أربع مقابلات مع أم الحالة دامت (45 دقيقة) كان الهدف من إجراءاتها معرفة التاريخ العائلي والشخصي للحالة وكذا تهيئة الأم لإجراء البرنامج التدريبي.

(وفاء) طفلة تبلغ من العمر (07سنوات) ، تعيش في أسرة مكونة من الأب (49سنة) يعمل تاجر والأم (36سنة) مأكثة بالبيت ذات مستوى جامعي الطفلة مصابة باضطراب طيف التوحد، وتعتبر الأم هي المرافق لها إلى العيادة وهي المتكفل الأول لكل شؤونها، ولدت الطفلة(وفاء) بحمل مرغوب فيه بشدة، بعد خمس سنوات من الانتظار حسب قول الأم : (هي فرحتي الأولى وتعرفني خمس سنين وأنا نجري) مع تبسمها ، كانت ظروف الحمل جيدة ومدة الحمل (09 أشهر) ، كانت الولادة قيصرية ولم تكن هناك علاقة قرابة بين الوالدين ، ولم يحدد الأطباء سبب الإعاقة ، ولكن يرجح إلى احتمال إصابة الأم بعدوى فيروسية أثناء الحمل و انتقال العدوى للطفلة بخلاف ذلك لم تتعرض الأم لحوادث أثناء الحمل، او أمراض مزمنة او ضغوط نفسية ، لاحظت الأم ان سلوك الطفلة كان غريبا في أشهرها الأولى من خلال الأعراض الغير طبيعية كعدم الاستجابة عند مناداتها، و الابتسامة والتفاعل مع الآخرين، و عدم سيطرتها على حركات الرأس أو الوقوف عند محاولة إيقافها، لكن الأم لم تأخذ ذلك بعين الاعتبار كون الأطباء لم ينبهوها لذلك أما على مستوى النمو الحركي فإن الجلوس كان في

عمر عام، وبدأت بالحبو في عمر عامين، و المشي بعمر عامين وتسع أشهر تقريبا.

كانت تحب النظر الى يدها كثيرا ، بالنظر إليها وتحريك أصابعها ، كانت الطفلة تعاني من عجز حركي حيث لم تتمكن من صعود المصعد إلا عند بلوغها (05 سنوات)، بعد ذلك أجري لها تخطيط الدماغ (EEG)، وكانت نتائجه جيدة لقول الأم (خرج مليح ما عندها والوا)، وعلى المستوى اللغوي بدأت الطفلة المناغاة منذ البداية ، لكن الكلام واستخدام الإشارات حدث بعد ثماني سنوات بخلاف أول كلمة نطقت بها في سن عامين، قالت (ماما) وفي سن خمس سنوات ونصف قالت (بابا)، تقول الأم : (تبالني كي راه مايلعبش معاها ماراهش ماهوش قريب ليها)، تحب (وفاء) المشاركة في المناسبات الاجتماعية ، وتظهر الطفلة عواطف مناسبة حسب مواقف مختلفة (تبوس، تعنق) على حد قول الأم، أما الأسلوب المتبع لضبط سلوكها هي مسايرتها عموما بقول الأم : (نديرلها خاطرها تعرفي خاصة كي تكوني عند الناس تستغل الموقف)، قليلا ماتستجيب الطفلة (وفاء) وتنتظر إليك عند مناداتها باسمها، تحاول احيانا إقامة علاقة مع الآخرين وتتقرب من الأطفال أثناء اللعب محاولة اللعب معهم ، لكنهم يرفضون ذلك بقول الأم : (مايبغوش يلعبوا معاها ، يخرجوها ولا يبعدوا عليها)، لكنها غالبا تفضل البقاء مع الكبار لنفور الصغار منها ، تعاني الطفلة من بعض المشاكل السلوكية كالتبول اللاإرادي بقول الأم : (ديمابلاكوش إلا في بعض الأحيان تشرط التلفون باه تدخل التواليت حاشاك)، لم تتعلم النظافة الذاتية لحد الآن.

تعاني الطفلة من سلوكيات عدوانية اتجاه الذات كأن تضرب رأسها بيدها أو تصفع وجهها خاصة الجهة اليسرى عند منعها من الهاتف الذكي كقول الأم: (تحير تضرب روحها بصفعات تبان ماتحسش خاصة الجهة اليسرى) والصراخ الشديد دون توقف إن لم تحصل على ما تريده، كما تضيف: (باباها يتقلق منها بزاف يقولي سكتيتها أعطيتها التلفون)، تم إجراء عدة اختبارات تربوية للطفلة من قبل (PECS - جدول التواصل).

الحالة الراهنة:

الطفلة وفاء تبلغ من العمر الآن تسع سنوات طويلة القامة قوية البنية شعرها أصفر، عيناها زرقاوتين ، ملامحها عادية ومبتسمة أحيانا ، نظراتها مباشرة في بعض الأحيان ، لغتها غير مفهومة، ولطبيعة اضطراب طيف التوحد تعاني الطفلة من بعض الأعراض كما تعاني من الإدمان على الأجهزة الإلكترونية خاصة الهاتف الذكي الذي يحتوي على شاشة لقول الأم: (كان تصيب ماتحطهش من يدها)، حيث بدأت الطفلة التعرض للشاشات في سن مبكرة بعمر عام تقريبا، خاصة التلفاز كانت تشاهد دائما (قناة طيور الجنة)، وهذا بسبب مراعاة الأم لأم زوجها التي كانت طريحة الفراش لقول الأم : (كنت نخليها مع ماما ، عجوزتي ماتبغيش تقولي ماتجيبهاش)، كانت تضطر إبقاءها مع أمها وبحكم كبر سنها وانشغالها بجد الطفلة الكفيف فإنها كانت تترك لها التلفاز مشغولا طوال اليوم على قناة طيور الجنة لإلهائها وتبقى الطفلة تشاهد لساعات طويلة، لحد الآن تحب الطفلة قناة " طيور الجنة " ، وتشاهد الأغاني و الاشهارات خاصة عندما يتضمن المحتوى مشاهد تجمع الأب بأبنائه ، بقول الأم : (نقوله لعب معاها بصح يقولي هي ما تفهم والوا مانيش قادر) ، ويتهرب من ذلك بعد

المشاهدة يتغير سلوك الطفل حيث تزيد حركتها وتبدأ بالصراخ وتضرب وجهها عند منعها مواصلة المشاهدة أو اخذ الهاتف الذكي منها، خاصة عند تواجد الأب بالمنزل أو اتصال أحد الأشخاص به تبدأ الطفل بالبكاء والصراخ لكي تقدم لها الأم هاتفها، وكذلك تقوم بهذا السلوك خارج المنزل في الأماكن العامة أو ركوب الحافلة أو عند الذهاب لبيت جدتها لقول الأم (تهدد بضرب رأس جدها الكفيف وتطلب تليفوني ولا انتاع ماما ولا تضربه جدها، وتشير بيدها كيفاه تضربه) .

جدول رقم (24) : نتائج القياس القبلي للمقياس الخاص بمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد :

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز				+	
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة					+
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة					+
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة					+
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره				+	
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة			+		
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة			+		
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة				+	
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى				+	

	+				10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز
	+				11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز
	+				12	أثر الجهاز سلباً على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية
+					13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب
+					14	يتمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة
+					15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز
	+				16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه
	+				17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل
			+		18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز
	+				19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى
+					20	لا يريد التوقف عن المشاهدة
+					21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز
	+				22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز
+					23	يتمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة
			+		24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله

	+				25	لا يترك الجهاز والمشاركة رغم التعب
		+			26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقا في المشاركة
		+			27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز
	+				28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاركة
		+			29	يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاركة
	+				30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاركة
	+				31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاركة
	+				32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه
		+			33	يمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز
		+			34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة
		+			35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاركة
	+				36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز
	+				37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز
		+			38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل
		+			39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز
	+				40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه

41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامج العلاجي				+	
----	--	--	--	--	---	--

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24) والخاص بنتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحدي (الحالة الأولى)، أن الطفلة تحصلت على درجة تقدر ب(119) وهي درجة مرتفعة تدل على مستوى مرتفع لإدمان الأجهزة الإلكترونية.

جدول رقم (25): وصف السلوكات القبلية (EEF).

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
إدمان الأجهزة الإلكترونية	الصراخ، البكاء الشديد، لطم الوجه عدة مرات، فرط الحركة	/////	ساعة وربع (01.15 سا)	مرتفع

وانطلاقاً من نتائج مقابلة التقييم الوظيفي (EEF) ، نقول أن الطفلة تعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية بمستوى مرتفع وبالتالي فهي بحاجة إلى التكفل، وهذا ما جعلنا ندرجها ضمن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية.

تطبيق البرنامج التدريبي

جدول رقم (26): محتوى الجلسات الخاصة بأمر الحالة الأولى

محرور الجلسة	رقم الجلسة	مكان ومدة الجلسة	هدف الجلسة	الفيئات	النتائج
مرحلة التعريف باضطراب	(01)	عيادة (Blue Space)	التعريف بالبرنامج التدريبي من حيث تحديد أهداف	المحاضرة المناقشة	تمكنت ام الحالة من معرفة أهداف البرنامج، وعدد الجلسات ومدتها

طيف التوحد والبرنجامج العلاجي		(60 دقيقة)	البرنجامج، عدد الجلسات ومدتها والتقنيات المستخدمة بالإضافة إلى التعريف باضطراب طيف التوحد، أعراضه وأسبابه المشكلات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب ،	وكذا التقنيات المستخدمة، وكذا التعريف أم بماهية اضطراب طيف التوحد وأعراضه ومستوياته وأسبابه والمشكلات السلوكية المصاحبة له، وتم الاتفاق على موعد كل جلسة والتي كانت بمعدل جلستين خلال الأسبوع (يوم الأحد والثلاثاء).
التشخيص التعليمي	(02)	عيادة (Blue Space) (60 دقيقة)	- تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي ، أعراض الإدمان، خصائصه و أسبابه	المحاضرة المناقشة استبصار الام بماهية إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بتقديم معلومات حول الموضوع مع تحديد الأعراض التي قد يعاني منها طفل طيف التوحد، ومقارنتها بالأعراض التي تظهر على ابنتها، ومدى تأثيره على الطفل التوحيدي خاصة أبدت أم الحالة تجاوبا مع الباحثة حيث كانت أكثر تفهما وتقبلا للجلسة، من خلال إعطاء وجهة نظرها والالمام بالمعلومات حول الموضوع والتعرف على مدى إدراكها لمخاطر الأجهزة الإلكترونية على طفل طيف التوحد.

الاستبصار بمشكلة إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	(03)	عيادة (Blue Space) (45 دقيقة)	- تحديد تاريخ إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد ومعرفة أوقات الاستخدام وطبيعة الجهاز	المحاضرة الاصغاء المناقشة	استبصار أم الحالة بمشكل إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى ابنتها، مع تحديد تاريخ التعرض للمشاشات ، وتحديد السلوكيات التي قد تكون سبب في إدمان الطفلة على الجهاز الإلكتروني والتي تمثلت حسب أم الحالة في التعرض المبكر للتلفاز (مشاهدة طيور الجنة) بالإضافة إلى أساليب المعاملة الوالدية للطفلة خاصة من جهة الأب باستخدام الهاتف الذكي كوسيلة لتهدئتها وكسب قسط من الراحة وكذلك استغلال وجود الضيوف بالمنزل أو المناسبات الاجتماعية لقضاء الطفلة أكبر وقت مع الهاتف ، وتقليد الآخرين (كيتشوفهم كامل رافدين التلفون حتى هي تبغي تدير كيفهم) .
برنامج التعليم للوفاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية	(04)	عيادة (Blue Space) (60 دقيقة)	التخطيط للعملية التعليمية بالتفاوض مع الأم - تدريب الأم على إدارة الانفعالات الناجمة عن إدمان طفل طيف التوحد للجهاز الإلكتروني	- المحاضرة المناقشة، النمذجة، الواجب المنزلي	تم في هذه الجلسة تهيئة الأم لتنفيذ البرنامج التدريبي حيث تم مناقشة أم الحالة حول طريقة الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية وتعريفها بأنواع الوقاية (الأولية، الثانوية ، الدلالية) ، هذه الأخيرة التي تندرج

<p>ضمنها التربية العلاجية والتي على أساسها تم بناء البرنامج، والتخطيط للعملية التدريبية بالتفاوض مع الأم من خلال تعليمها استراتيجية المواجهة بالفعل لحل المشكل بدل من أسلوب التجنب والهروب (تقديم الجهاز للطفلة لتهديتها) ، عن طريق تشجيعها وتحفيزها وزيادة ثقتها بنفسها وتصحيح الأفكار الخاطئة وتزويدها بالطرق الصحيحة للتعامل مع المشكل من خلال الجلسات القادمة للبرنامج وكذا تطوير مهارات التواصل مع المختصين واستخدام الوسائل والطرق للتغلب على المشكل واتخاذ القرار الصحيح للتخفيف والحد من إدمان الجهاز من طرف ابنتها عن طريق تدريبها على أنشطة بديلة ، وتنمية مهاراتها بدلا من استخدام الجهاز، بعد اتخاذ الأم القرار وإدراكها لأهمية تعديل السلوك بعد استيعابها لأضرار الجهاز الالكتروني وتأثيره على صحة الطفلة، كما تم إظهار فيديو للأم كنموذج</p>		<p>- تعلم إستراتيجية المواجهة لحل المشكل</p> <p>- تطوير مهارات الاتصال بوسائل أخرى</p> <p>- تطوير مهارات اتخاذ القرار</p> <p>- تعليم الأم على كيفية تدريب الطفل على نشاطات للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة.</p>			
--	--	--	--	--	--

لمشاركة أمهات في برامج تدريبية وعلاجية كانت لها نتائج فعالة للتخفيف من إدمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحدي.					
تم المناقشة مع أم الحالة حول الواجب المنزلي واستذكار ما تم في الجلسة السابقة ، كما تم تدريب الأم على التحكم في وقت الاستخدام للجهاز الالكتروني وتعليمها كيفية السحب التدريجي له، وهذا ما أيدته أم الحالة حيث أوضحت أنها لا يمكنها سحب الجهاز من الطفلة دفعة واحدة لأنها كانت تفشل في كل مرة (هكا يساعدني نقدر نقلعه غي بالشوي)، وبعد تحديد مدة المشاهدة والتي كانت (1:15) تقريبا، ووصل عدد الاستخدام خلال اليوم الى (06 مرات) وفي فترات مختلفة صباحية ومساءية خاصة المسائية بعد عودة الأب من العمل وأيام نهاية الأسبوع التي تشهد استخدام متكرر للجهاز الالكتروني من طرف الطفلة (الهاتف	النمذجة (عرض على الأم نماذج لفيدوهات وصور لأمهات أطفال طيف التوحد يعانون من إدمان الشاشات وكيفية تعاملهن معه) - المناقشة والواجب المنزلي	تدريب الأمهات على السحب التدريجي للجهاز للتقليل والحد من الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية.	عيادة (Blue Space) (45 دقيقة)	(05)	السحب التدريجي لاستخدام الجهاز الالكتروني

<p>الذكي) والاستغناء عن التلفاز، وتم الاتفاق مع الأم بانقصاص (15د) مبدئيا خلال الأسبوع الأول من السحب التدريجي بالإضافة إلى إنقاص عدد المرات حيث تصبح (5) مرات لليوم خلال هذا الأسبوع ، ، وذلك بضبط المنبه البصري والاتفاق مع الابنة مسبقا أنه سيتم التوقف عن المشاهدة عندما يظهر الضوء في المنبه</p> <p>، كما تبدأ الأم بقطع الأنترنت في كل فترة لتعويد الطفلة على عدم الوصول للشبكة كلما أرادت ذلك، كما تم عرض فيديو على الأم يظهر كيفية استخدام الأنشطة البديلة في الوقت المتبقي من استخدام الهاتف وأوقات الفراغ مما شجع الأم على العمل بجد في المنزل، كما تم تقديم صور للأم بها جهاز إلكتروني مشطوب، وصور أخرى تعمل كمنبهات لأضرار الجهاز على صحة الطفلة.</p>					
---	--	--	--	--	--

استراتيجية مواجهة القلق والتوتر الناتج عن السحب التدريجي للجهاز	(06)	عيادة (Blue Space)	التقليل من الشعور بالقلق الحاد عند طفل طيف التوحد	المحاضرة النمذجة، الحث، المناقشة، الواجب المنزلي	في هذه الجلسة تم تدريب الأم على استراتيجية مواجهة القلق والتوتر لدى الطفلة الناتج عن السحب التدريجي للجهاز، حيث تم وضع جدول مكاني وزماني للأنشطة البصرية أثناء أيام الأسبوع يتضمن عدة صور لأنشطة بديلة مختلفة تتلاءم مع الطفلة حيث يتم تحديد اليوم والأنشطة التي ستتم فيه ويفضل أن تكون في أوقات استخدام الجهاز أو أوقات الفراغ عند الطفلة ، مع وضع صورة الطفلة على البرنامج حتى تعرف أن هذا البرنامج خاص بها، أبدت الأم سرورها بهذا الجدول كونه سيكون أفضل لاتباع الخطوات بتسلسل (هايل هاكا باه نعرف شا ندير) ، كما أكدت أنه لم يسبق لها استخدامه من قبل ، كما أكدت الأم على تنفيذ ما تم الاتفاق عليه في الجلسة السابقة، وبداية السحب التدريجي وتم تقديم عدة توجيهات للأم في التعامل مع القلق لدى الطفلة الناتج عن السحب التدريجي كونه خارج عن
--	------	-------------------------	---	---	---

إرادتها وتجنب رفع الصوت والغضب أو استخدام العنف معها، كما تم الاتفاق مع أم الحالة على الحفاظ على مدة وعدد الاستخدام المتفق عليها لهذا الأسبوع، مع التعزيز الإيجابي عند تنفيذ كل سلوك مرغوب.					
تم مناقشة الأم حول ما تم القيام به في المنزل مع الطفلة حول السحب التدريجي، والتعرف على أهم المثيرات التمييزية لسلوك الغير مرغوب (استخدام الجهاز) لمعالجة الظروف البيئية بسحب المنبهات السلبية ، حيث طلب من الأم تسجيل لائحة المثيرات التي تسبق السلوك على بطاقة والتي ذكرت الأم منها (المكالمات الهاتفية الواردة للأب أو الأم ، أو تصفح الجهاز من طرفهما ، صوت المنبه في الصباح ، وجود ضيوف بالمنزل، وأثناء الخروج من المنزل، ركوب الحافلة)، حيث تم الاتفاق مع الأم بضرورة التقليل من استخدام الهاتف أمام الطفلة	النمذجة، التكرار، التعزيز، الواجب المنزلي	تحديد المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب وضبطها. سحب المنبهات والمثيرات السلبية	عيادة Blue Space (45 دقيقة)	(07)	معالجة الظروف البيئية وسحب المثيرات الالكترونية

<p>وتصفحه أثناء غيابها أو عند النوم ، أثناء مكالمات الأب ، محاولة الأم مشاركة ابنتها في أحد الأنشطة البديلة المتفق عليها مع الطفلة مسبقا ، إبقاء الهاتف على وضعية الاهتزاز ، كما أكدت الأم محاولة تغيير ما يمكن تغييره واطفاء السلوكيات الغير مرغوبة كتجاهل الام طلب الام طلب الابنة للجهاز، من أجل الحد من استخدام الجهاز ، كما تم تدريب الأم على تركيب الليجو ، ولعبة الغميضة ، وتكرار ذلك عدة مرات مع الطفلة وتشجيعها على التقليد لإنجاز ذلك، مع الاستمرار في تطبيق السحب التدريجي للأسبوع الثاني بانقاص (15د) من وقت الاستخدام و انقاص عدد المرات حيث يصبح(04) مرات في اليوم واستغلال الوقت المستقطع بأنشطة بديلة تم الاتفاق عليها مع الطفل من خلال جدول الأنشطة البديلة المتاحة وتعزيز كل سلوك مرغوب ، او تعلم مهارة جديدة .</p>				
---	--	--	--	--

<p>تم تدريب الأم على تنمية الانتباه المشترك للطفلة لكي يساعدها ذلك في التفاعل مع مختلف الأنشطة المقدمة لها وذلك بتقريب الأشياء المحببة لها إلى وجه الأم وطلب النظر إليها قبل تسليمها ما تريده ، وتكرار ذلك حتى تستجيب الطفلة للأم، أو وضع الشيء المحبب في مكان مرتفع والاشارة إليه بالإصبع مع ذكر اسمها (وفاء) ، كما يمكن استخدام ضوء مصباح يدوي في غرفة مظلمة وطلب من الطفلة تتبعه بالعينين، وإشارة الأم إليه وتشجيع الأم للطفلة على الإشارة إليه بالإصبع وتقليد الام في ذلك، مع توعية الأم بأن أطفال التوحد ليسوا على مستوى واحد من قدراتهم التعليمية والسلوكية، وقد يتطلب تكرار النشاط حتى يؤدي السلوك المطلوب، كما تم الاتفاق مع أم الحالة على استخدام</p>	<p>التقليد، التكرار، التعزيز</p>	<p>تنمية الانتباه المشترك من خلال بعض الأنشطة</p>	<p>عيادة Blue Space (45 دقيقة)</p>	<p>(08)</p>	<p>التآزر البصري والحركي</p>

<p>الجهاز كما تم الاتفاق عليه لهذا الأسبوع، واستغلال الوقت المستقطع بنشاط بديل، كما طلب من الأم تسجيل فيديو حول الأنشطة التي تشارك فيها مع طفلتها ليتم تحليله مستقبلا.</p>					
<p>تنمية بعض المهارات الحركية</p>	<p>(09)</p>	<p>عيادة Blue Space (40 دقيقة)</p>	<p>تنمية قدرات الطفل وتكوين اتجاهات إيجابية، تخفيف حدة التوتر والقلق</p>	<p>النمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز</p>	<p>مناقشة الأم حول ما تم في الجلسة السابقة ورصد أهم التطورات السلوكية عند الطفلة، مثل ملاحظات الأم التي أكدت على تفاعل ابنتها مع الأنشطة المقدمة لها (اعجبها الحال كي راني نقعد معاها نلعبوا)، وعدم شعور الطفلة بالوقت المستقطع والاستجابة لطلب الأم عند انتهاء وقت استخدام الجهاز بمجرد ظهور ضوء المنبه، كما تم تدريب الأم على مهارة التشكيل بالعجين ، وتصنيف الخرز مع التلقين اللفظي بذكر الألوان والأحجام ومساعدة الطفلة جسديا (جزئيا) كلما دعت الحاجة لذلك، وغلق أغطية القارورات مع تشجيع الأم المتواصل والتعزيز المناسب ، وممارسة الأم بعض الأنشطة الحركية</p>

					<p>الكبيرة مع الطفلة كالجري ورمي الكرة وتمارين رياضية ومحاولة إشراكها في روتين الأسرة، وبعض الأعمال المنزلية كغسل الأواني وتنظيف البلاط والذي يعتبر من الأنشطة المفضلة لدى الطفلة (ديمًا تبغي تسيق معايا) ، وإعطاء وقت مستقطع عند شعور الطفلة بالملل، مع استمرار الأم في السحب التدريجي واستخدام الجهاز (03) مرات في اليوم لمدة (30د) دقيقة، مع استبعاد الهاتف قدر الإمكان، والاستعانة بتطبيق غلق الشاشة (شاشة مظلمة ولكن الهاتف مشغول).</p>
<p>القصة الاجتماعية</p>	<p>(10)</p>	<p>عيادة Blue Space (45 دقيقة)</p>	<p>تطوير العادات الصحية لتنمية المهارات الحركية عند الطفل التوحد -استبدال الجهاز الالكتروني بنشاطات هادفة لملأ أوقات فراغه خلال اليوم -التقليل من السلوكيات العدوانية</p>	<p>التقليد، لعب الدور، التكرار</p>	<p>تقديم قصة اجتماعية للأم بهدف قراءتها لابنتها بعد تحديد الهدف منها مسبقا مع الأم، وتتضمن صور توضيحية وعبارات بسيطة تم التركيز فيها على السلوك المرغوب، وتدريب الأم على كيفية قراءتها واستخدام اللغة العامية لتقريب الفهم أكثر للطفلة ، حيث صرحت الأم أنها حاولت عدة مرات قراءة قصة لابنتها لكنها كانت</p>

<p>تفشل في كل مرة) نقرا لها قصص الأطفال بصح نحسها ماهيش معايا) ، كون هذه القصص موجهة للطفل العادي وليس للطفل المصاب بطيف التوحد ، كما أكدنا على لعب الدور من طرف الأم لربط الفكرة بالصورة والحركات ، وتقليد المواقف الموصوفة ، وتكرار القصة (من 04- 05 مرات في اليوم) ، لتثبيت المهارة المطلوبة ، كما أكدت الأم سعادتها بهذا النشاط ومعرفة كيفية تطبيقه (لو كان غير ديمًا تديرولنا كيما هاك) . طلب من الأم الحفاظ على عدد ومدة الاستخدام للجهاز الالكتروني لهذا الأسبوع .</p>					
<p>طلب من الأم سرد المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز الالكتروني وكيف تعاملت الأم مع الصعوبات ، حيث أكدت الأم اتباع كل الخطوات المتفق عليها مسبقا ، ومشاركة ابنتها بالأنشطة البديلة حيث أبدت الطفلة ميل ملحوظ لهذه الأنشطة وطلبها من الأم أحيانا لعب الغميضة</p>	<p>النمذجة ، التكرار ، التعزيز ،</p>	<p>اللعب والتفاعل الاجتماعي</p>	<p>عيادة Blue Space (60 دقيقة)</p>	<p>(11)</p>	<p>تنمية بعض المهارات الاجتماعية</p>

<p>وتركيب الليجو ، تم بعد ذلك مواصلة السحب التدريجي بحيث يتم انقاص (20د) لهذا الأسبوع ،حيث يصبح (10د) في اليوم ومرتين في اليوم، تم بعدها تدريب الأم على إشراك الطفلة في روتين الأسرة مثل خطوات في الطهي، تناول الطعام معها، تعريفها به (اسمه، طعمه، لونه، نوعه ، ملمسه) وزيادة التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب كتدريب الطفلة على مهارة تمرير الكرة، والمطاردة والدغغة، وتشجيع الطفلة على تقليدها وتكرار تنفيذ الأنشطة لتثبيت المهارة المكتسبة ، وتدريب الأم على التعزيز المتقطع لبعض المواقف وليس كلها ، ومتابعة الأم نفس تعليمات السحب التدريجي ورصد أهم ردود الفعل للطفلة بعد انقاص مدة الاستخدام الجهاز.</p>					
<p>لقيت أم الحالة من خلال ما سبق من جلسات تدريبية للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة الالكترونية استحسنانا</p>	<p>تقييم العملية التدريبية والتحقق من التطور الحاصل عند الطفل المصاب باضطراب طيف</p>	<p>عيادة Blue Space (45 دقيقة)</p>	<p>(12)</p>	<p>تقييم البرنامج التدريبي القياس البعدي لمقياس</p>	

إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي		التوحد في التقليل و الحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية. معرفة القدرات والاستراتيجيات التي اكتسبتها الأم من خلال البرنامج التدريبي		للمعلومات التي اكتسبتها من جهة، وتحفيز بمشاركة ابنتها في العديد من الأنشطة والذي لم تكن من قبل مما زاد التفاعل بينهما، وكذا تعلمها العديد من الاستراتيجيات والإلمام بالعديد من المعلومات لمواجهة هذا المشكل ، مما شجعها على مواصلة تلك الأنشطة مع ابنتها لما التمسته من نتائج فعالة ظهرت من خلال تغيير سلوك الطفلة إلى الأحسن ، و الحد من الاعراض التي كانت مرتبطة باستخدام الجهاز الإلكتروني التي سبق ملاحظتها قبل البرنامج التدريبي، وذلك بالمقارنة بين نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس ادمان الأجهزة الإلكترونية وكذا مقياس (EEF) والميل أكثر إلى اللعب والتفاعل مع الأم.
---	--	---	--	--

بعد تطبيق جلسات البرنامج التدريبي الخاصة بالأم تم إعادة تطبيق مقياس ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للام، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (27): نتائج القياس البعدي لمقياس ادمان الأجهزة الإلكترونية لدى الطفل التوحدي.

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز		+			
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة		+			
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة			+		
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة	+				
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره		+			
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة	+				
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة	+				
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة	+				
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى	+				
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز	+				
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز	+				
12	أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية	+				
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب		+			
14	يمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة			+		
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز			+		
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه	+				
17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل		+			

18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	+			
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى	+			
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة	+			
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز			+	
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز		+		
23	يتمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة		+		
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله		+		
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب		+		
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقاً في المشاهدة		+		
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز		+		
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة		+		
29	يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة		+		
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة		+		
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة		+		
32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه		+		
33	يتمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز		+		
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة		+		
35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة		+		
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز		+		
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز		+		
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل		+		
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز		+		
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه		+		
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي		+		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27) الخاص بالقياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للأم أنها تحصلت على الدرجة (24) وهي نتيجة تدل على مستوى منخفض من إدمان الأجهزة الالكترونية .

جدول رقم(28): وصف السلوكيات البعدية (EEF) .

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
إدمان الأجهزة الالكترونية	اختفاء جميع الأعراض المرتبطة بالجهاز	//	10 دقائق لكل مرة	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول رقم (28) الخاص بالقياس البعدي لمقابلة التقييم الوظيفي (EEF)، الخاصة بإدمان الأجهزة الالكترونية لدى الحالة الأولى، أنه سلوك الإدمان أصبح منخفضاً حيث انخفض إلى (10) دقائق بمعدل مرتين في اليوم.

خلاصة عامة عن الحالة الأولى:

من خلال نتائج الحالة وفاء المستخلصة من المقابلات مع الأم ومقياس إدمان الأجهزة الالكترونية للطفل التوحدي، ومقياس مقابلة التقييم الوظيفي والبرنامج التدريبي للأمهات، القائم على التربية العلاجية باستخدام أساليب وتقنيات التربية العلاجية التي تتدرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي، ومن خلال الجلسات المطبقة مع الأم، اتضح ما يلي:

كانت الحالة تعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية، بمستوى مرتفع والذي كان يساوي (119)، على مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال

طيف التوحد (القياس القبلي)، بعد تطبيق البرنامج التدريبي تحصلت على (24) درجة (القياس البعدي)، وعلى مقياس التقييم الوظيفي مقابلة التقييم الوظيفي (القياس القبلي)، كان متوسط استخدام الجهاز الالكتروني (23سا) في الاسبوع، وبعد تطبيق البرنامج بلغ متوسط استخدام الطفلة للجهاز الالكتروني (03:30سا) في الأسبوع، وهذا ما يدل على انخفاض واضح في مستوى إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي. ظهر إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة نتيجة التعرض المبكر للشاشة وكذلك نتيجة المعاملة الوالدية على تلبية طابات الطفلة وتهديتها بالجهاز الالكتروني واستخدامه كمعزز في بعض المواقف، وتجلت أعراضه في الصراخ والبكاء الشديد، الغضب، لطم الوجه بقوة، لعدة مرات، فرط الحركة. أبدت أم الحالة تجاوبا كبيرا خلال جلسات البرنامج التدريبي المقترح حيث اختفت جل الأعراض المرتبطة باستخدام الجهاز الالكتروني، وأظهرت تقدما في الأنشطة البديلة وزيادة التفاعل الاجتماعي، ويمكننا القول أن البرنامج التدريبي بجلساته المخصصة للأم قصد التكفل بالطفلة قد ساعد في التقليل من استخدام الجهاز الالكتروني والتخفيف من الأعراض المرتبطة به.

- دراسة الحالة الثانية:

- الاسم: أنفال.

- السن: 09 سنوات.

- الترتيب في الأسرة: الصغرى.

- الاضطراب الذي تعاني منه الحالة: إدمان الأجهزة الإلكترونية.

- السيميائية العامة للحالة: أنفال طفلة تبلغ من العمر (9 سنوات) مصابة باضطراب طيف التوحد، تعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية، ضعيفة البنية قصيرة القامة مقارنة بأقرانها، شعرها أسود وعيناها سوداويتين سمراء البشرة، لا تعاني من أي إعاقة حركية لغتها غير واضحة (تتطق الكلمات دون اكمالها) تتجنب النظر إلى الوجه مباشرة، تعد الطفلة (أنفال) هي الصغرى من بين أخويها الأكبر منها سنا من جنس ذكر، في بداية حياتها كانت تعيش الأم و الأب مع العائلة الموسعة حيث كانت هناك مشاكل مع أهل الزوج و الأم مما جعلها تتناول دواء مضاد للقلق (باه نريح كنت رائحة نهبل ماحملتش المشاكل)، خاصة في فترة الحمل بأنفال، كانت ولادتها طبيعية في الوقت المحدد، لكن وزن الطفلة كان ضعيف جدا، الحالة الصحية لأنفال كانت متذبذبة خاصة أنها كانت تعاني من الربو (على حد قول الأم: "عندها حساسية ما تقدرش تتنفس، كل مرة تدير Vaccin، في السببطار ملي كان عمرها 05 سنين). أما الحالة الاقتصادية للعائلة فهي جد ضعيفة كون عمل الأب بسيط والأم مأكثة بالمنزل، علاقة أنفال بأخويها جيدة لقول الأم: "خوتها يبغوها قراب ليها، يحبوا يلعبوا معاها"، شخصت

أنفال باضطراب طيف التوحد بعمر عامين، من طرف أخصائي أرطوفوني وبدأت رحلتها مع العلاج بالعيادات الخاصة ومع تغيير العيادات كل مرة حيث لم تلحظ الأم أي تطور في حالة الطفلة، وفي سنة (2019) تم الالتحاق بجمعية التقوى إلى يومنا هذا.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة : تم إجراء أربع (04) مقابلات مع والددة الحالة دامت كل واحدة (45 دقيقة) ، كان الهدف منها معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة وكذا تهيئة أم الحالة لإجراء البرنامج التدريبي تعيش الطفلة أنفال الآن في عائلة مصغرة مكونة من الأم مستوى تعليمي ثانوي، والأب مستوى تعليمي متوسط، وأخوين جنس ذكر، عانت الأم من ضغوط نفسية كبيرة أثناء فترة الحمل بأنفال، نتيجة مشاكل عائلية مع أهل الزوج كونهم يقطنون بنفس المسكن، كانت خلال فترة الحمل تتناول بعض الأدوية المضادة للقلق، وكانت ولادة أنفال طبيعية (09 أشهر)، لكن وزنها كان ضعيف جدا لقول الأم : (ولدت ضعيفة ليشوفها مايصدقش) الرضاعة لم تكن طبيعية، النمو اللغوي كان متأخرا وهو من الأعراض الأولى التي جذبت انتباه الوالدين عند بلوغها (12 شهر) ، وقد تأخرت حتى سن (07 سنوات)، حيث نطقت الكلمة الأولى وفي سن (09 سنوات) جملة من كلمتين، بالنسبة للنمو الحركي بدأت بالحبو والجلوس بعمر (13 شهر) أما مهارات العناية الذاتية فإن استخدام الحمام بالنهار يكون بمساعدة الأم وذلك منذ عمر (03 سنوات)، الاندماج والتجاوب الاجتماعي قليل إلا مع بعض الأشخاص كأخيها الأصغر لقول الأم : (تحب تلعب معاه غير هو ساعات)، أما مع أقرانها فهي تفضل البنات على الذكور وتحاول في بعض الأحيان إلهن لا تستجيب عند المناداة ، الابتسامة الاجتماعية تكون مع

بعض الأشخاص فقط وتفضل مشاهدة التلفاز أو الهاتف الذكي على بقية الأنشطة ، ثم يليها اللعب بالكرة أو تصفح الكتب.

كان تعرض (أنفال) للأجهزة الالكترونية منذ ولادتها تقريبا، و خلال الاشهر (06) الأولى من حياتها، حيث كانت الأم تبقي التلفاز مشغولا طوال اليوم على قناة (طيور الجنة الفضائية) لقولها : (من المشاكل، نديرلها طيور الجنة باش تسكت ماكنتش قادرة)، واستمرار ذلك لفترة طويلة مع انقاص مدة تشغيل التلفاز ومع مرور الوقت بدأت الطفلة تنجذب للهاتف الذكي و كانت الام تقدمه لها من فترة لآخرى كي تتعلم الكلام بمشاهدة بعض برامج الأطفال، بعدها تم التحاق الطفلة بجمعية التقوى بعمر (05 سنوات) اين تتلقى برنامجها العلاجي أما داخل الجمعية ، وقد أشارت بعض المربيات أن مهاراتها تتطور بشكل بطيء ، ورجحوا ذلك إلى استخدامها للهاتف الذكي.

الحالة الراهنة : (أنفال) طفلة مصابة باضطراب طيف التوحد عمرها (10 سنوات)،متوسطة القامة، نحيفة الجسم، شعرها أسود وعيناها سوداويتين بشرتها سمراء ، هدامها نظيف، تعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية ، في الوقت الراهن تزاوّل (أنفال) متابعتها العلاجية بجمعية التقوى من طرف أخصائيين نفسيين وأرطوفونيين ، إلا أنه يوجد تقدم طفيف في تطور مهاراتها ويرجح ذلك إلى استخدامها للأجهزة الالكترونية وهذا ما أكدته الأم أن ابنتها تفضل مشاهدة التلفاز أو استخدام الهاتف الذكي وأنها تتوّد للأمر دائما لكي تسمح لها باستخدامه رغم محاولة الأم منعها من ذلك في بعض الأحيان إلا أن الطفلة تلح باستمرار وبكل الطرق لأخذها لقول ألم : (تديه بالسيف) ، وغالبا ما تجلس مباشرة أمام التلفاز لمشاهدة بعض البرامج حيث

تفضل قضاء أوقات فراغها في المشاهدة خاصة على الهاتف الذكي، ويعد أهم الأنشطة اليومية للطفلة لقول الأم : (تحب ديمًا تتفرج) ، يؤثر الجهاز على حالتها الذهنية فلا تلتفت عند مناداتها أحيانًا وتظهر عليها بعد انتهاء المشاهدة سلوكيات مزعجة كفرط الحركة وتقليد بعض ما كانت تشاهده مع إصدار أصوات، وعند إطفاء الجهاز تبدأ بالمعارضة عن طريق الصراخ الشديد أو البكاء، كما ظهر أنها تعاني من ضعف البصر لكن الأم لا ترجع ذلك إلى الشاشات، كما أثر ذلك على بعض الأنشطة التي يطلب من الأم ممارستها مع الطفلة في المنزل مما أدى إلى عدم تطور مهاراتها بصورة جيدة. ترى الأم أن هذه الأجهزة تساعد على إبقاء ابنتها هادئة وتمنعها من الحركة المتواصلة، وتسعد الطفلة عند السماح لها باستخدامها، كما تشترط الطفلة أحيانًا الهاتف لكي تقوم بنشاط أو مهمة معينة ، وعند منعها منه تبدأ بالبحث عنه وترفض أي لعبة أو تطلب من الأم تشغيل التلفاز رغم محاولة الأم كل مرة في الحد من إدمان الطفلة على هذه الأجهزة إلا أنها لا توفق في ذلك، حيث ترى الأم أنه أثر كثيرًا على التفاعل مع أفراد الأسرة حتى في المناسبات تستغل المواقف ولا يكون السبيل لتهدئتها إلا عن طريق الهاتف وفي المقابل تزداد الشكوى من طرف المختصين لأنه أثر على تقدمها.

جدول رقم: (29) القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى
 طفل طيف التوحد، الحالة (02).

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز					+
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة				+	
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة				+	
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة					+
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره				+	
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة			+		
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة			+		
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة				+	
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى					+
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز				+	
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز				+	
12	أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية				+	
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب					+
14	يتمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة					+

15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز				+
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه				+
17	يشتراط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل				+
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	+			
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى				+
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة				+
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز				+
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز				+
23	يمتنع عن التحدث والضحك والصرخ عند مشاهدة الشاشة				+
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله				+
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب	+			
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقاً في المشاهدة	+			
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز				+
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة	+			
29	يبدو غائباً عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة				+
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة				+
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة				+
32	يزداد غضباً وهيجاناً عند منع الجهاز عليه	+			

33	يمتنع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	+			
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة	+			
35	لا يعطي وقتاً كافياً للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	+			
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز	+			
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	+			
38	ألقى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل	+			
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز	+			
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه	+			
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	+			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (29) والخاص بنتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي (الحالة الثانية)، أن الطفلة تحصلت على درجة تقدر بـ (125) وهي درجة مرتفعة تدل على مستوى مرتفع لإدمان الأجهزة الإلكترونية.

جدول رقم (30): وصف السلوكيات القبلية (EEF).

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
إدمان الأجهزة الإلكترونية	البكاء الشديد، رفرفة اليدين، ضرب الرأس إلى الحائط	////////	40 دقيقة بمتوسط ساعتين وعشرون دقيقة في اليوم	مرتفع

وانطلاقاً من نتائج مقابلة التقييم الوظيفي (EEF)، نقول أن الطفلة تعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية بمستوى مرتفع وبالتالي فهي بحاجة إلى التكفل، وهذا ما جعلنا ندرجها ضمن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية.

جدول رقم (31): محتوى الخاصة بألم الحالة الثانية.

محتاور الجلسة	رقم الجلسة	مكان ومدة الجلسة	هدف الجلسة	الفيئات	النتائج
مرحلة التعريف باضطراب طيف التوحد والبرنامج العلاجي	(01)	(جميعية التقوى)، (60 دقيقة)	التعريف بالبرنامج التدريبي من حيث تحديد أهداف البرنامج، عدد الجلسات ومدتها والتقنيات المستخدمة بالإضافة إلى التعريف باضطراب طيف التوحد أعراضه وأسبابه، المشكلات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب.	المحاضرة، المناقشة،	تمكن من الحالة من معرفة أهداف البرنامج، وعدد الجلسات ومدتها وكذا التقنيات المستخدمة، وكذا استبصار ألم الحالة بماهية اضطراب طيف التوحد وأعراضه ومستوياته وأسبابه والمشكلات السلوكية المصاحبة له، وتم الاتفاق على موعد كل جلسة والتي كانت بمعدل جلستين خلال الأسبوع (يوم الاثنين والخميس).
التشخيص التعليمي	(02)	(جميعية التقوى)، (60 دقيقة)	- تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحد، أعراض الإدمان، خصائصه وأسبابه.	المحاضرة، المناقشة	تقديم معلومات لألم حول ماهية إدمان الأجهزة الإلكترونية مع ذكر الأعراض التي قد يعاني منها طفل طيف التوحد وأسبابه، أبدت ألم الحالة تجاوباً مع الباحثة بعدما كانت

متردة في البداية وأصبحت أكثر تفهما وتقبلا للجلسة، من خلال إعطاء وجهة نظرها والالمام بالمعلومات حول الموضوع والتعرف على مدى إدراكها لمخاطر الأجهزة الالكترونية على الطفل التوحيدي.					
استبصار أم الحالة بمشكلة إدمان الأجهزة الالكترونية عند ابنتها، مع تحديد تاريخ التعرض للشاشة في سن مبكر، أي منذ الولادة في الست أشهر الأولى تقريبا (طيور الجنة) ، والتي ترجح الأم أنها سبب إدمان الطفلة على التلفاز والهاتف الذكي، نتيجة الضغوطات التي كانت تعاني منها الأم (نديرلها طيور الجنة وانخليها)، بالإضافة إلى أساليب معاملة الأم للطفلة بتسليمها الهاتف الذكي مع مرور الوقت، لتهديتها وكسب قسط من الراحة بالإضافة إلى الرضوخ لطلبات الطفلة حتى لا	المحاضرة الاصغاء، المناقشة.	- تحديد تاريخ إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد ومعرفة أوقات الاستخدام وطبيعة الجهاز.	(جميعية التقوى)، (45 دقيقة)	(03)	الاستبصار بمشكلة إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد.

<p>تبدأ بالبكاء الشديد والصراخ ونوبات الغضب (تدير حالة لوكان ما تدهيش)، في المقابل تم تصحيح الأفكار الخاطئة التي كانت تكونها الأم حول الجهاز (قلت باه تنطق)، دون مراعاة نوع البرنامج أو المدة التي تستغرقها الطفلة في المشاهدة (تقريبا ما تطولش تعاود ترفده) ، تم توضيح الآثار السلبية للجهاز على الطفل المصاب بطيف التوحد ، حيث أبدت الأم استغرابها للآثار السلبية للجهاز (ساعات نشك بلي هو سبة مرضها) ، وتعريف الأم بطرق الوقاية منه ، وفي الأخير أدركت الأم أهمية التخفيف و الحد من استخدام الجهاز من طرف الطفلة (ندير المستحيل باه نقلعها).</p>					
<p>مناقشة الأم حول طريقة الوقاية من إدمان الجهاز</p>	<p>المحاضرة، المناقشة،</p>	<p>التخطيط للعملية التعليمية بالتفاوض مع الأم</p>	<p>جمعية التقوى (60 دقيقة)</p>	<p>(04)</p>	<p>برنامج التعليم للوقاية من</p>

إدمان الأجهزة الإلكترونية			<p>- تدريب الأم على إدارة الانفعالات الناتجة عن إدمان طفل طيف التوحد للجهاز الإلكتروني</p> <p>- تعلم إستراتيجية المواجهة لحل المشكل</p> <p>- تطوير مهارات الاتصال بوسائل أخرى</p> <p>- تطوير مهارات اتخاذ القرار</p> <p>- تعليم الأم على كيفية تدريب الطفل على نشاطات للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة.</p>	<p>النمذجة، الواجب المنزلي</p>	<p>الإلكتروني بتعريفها بأنواع الوقاية العامة/ الانتقائية/الدالية) ، هذه الأخيرة التي تندرج ضمنها التربية العلاجية والتي على أساسها تم بناء البرنامج، والتخطيط للعملية التدريبية بالتفاوض مع الأم من أجل مواجهة المشكل وزيادة الثقة بالنفس لدى الأم، وتزويدها بالطرق الصحيحة في التعامل مع المشكل من خلال الجلسات القادمة للبرنامج التدريبي، وتطوير مهارات التواصل بوسائل تساعدها على اتخاذ القرار الصحيح ، للحد من الاستخدام المفرط للجهاز الإلكتروني وذلك من خلال تدريب الأم على كيفية تعليم ابنها مهارات وأنشطة بديلة لوقت استخدام الجهاز، حيث تم في الأخير إظهار فيديو للأم كنموذج لمشاركة أمهات في برامج تدريبية وعلاجية ذات</p>
---------------------------	--	--	---	------------------------------------	---

نتائج فعالة لتعديل سلوك الطفل وتطوير مهاراته من خلال أنشطة بديلة بدل من استخدام الجهاز الإلكتروني.					
تكليف الأم باستخدام نظام البطاقات التذكيرية لمجموعتين الأولى يكتب عليها سلبيات إدمان الجهاز والثانية يكتب عليها إيجابيات إقلاعه عن استخدام الجهاز، بجملة مختصرة وإصاقها بمكان مقابل يمكن ملاحظته لتحفيز الأم وشعورها بالتطور.					
استذكار ما تم في الجلسة السابقة ، تم عرض فيديو على الأم يوضح لها كيفية التحكم في وقت استخدام الجهاز وتعليمها كيفية السحب التدريجي للجهاز الإلكتروني بعد تحديد مدة مشاهدة الطفلة للهاتف الذكي أو التلفاز من (40د) ، وفي فترات متقاربة تقريبا (07)مرات في اليوم، خاصة نهاية	النمذجة) عرض على الأم نماذج لفيدويوهات وصور لأمهات أطفال طيف التوحد يعانون من إدمان الشاشات وكيفية تعاملهن معه) - المناقشة	تدريب الأمهات على السحب التدريجي للجهاز للتقليل والحد من الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية.	جمعية التقوى (45 دقيقة)	(05)	السحب التدريجي لاستخدام الجهاز الإلكتروني

<p>الاسبوع، تم الاتفاق مع الأم على إنقاص (05د)مبدئيا مع إنقاص و عدد المرات ال(06) مرات خلال الأسبوع الأول من السحب، وذلك بضبط المنبه البصري بعد الاتفاق مع الطفلة مسبقا على مدة المشاهدة ، وأنه سيتم سحب الجهاز عند ظهور الضوء في المنبه، كما تبدأ الأم بقطع الأنترنت كل فترة وإظهار للطفلة بعض الصور تتضمن أجهزة الكترونية مع ذكر أخطارها على الصحة، في الأخير يتم عرض على الأم مجموعة من الأنشطة التي سيتم تدريسها عليها مستقبلا، هذا زاد من دافعية الأم وتحفيزها على العمل في المنزل مع ابنتها (كنت نخدم معاها بعض الأنشطة من قبل)، في الأخير تم تكليف الأم بذكر أهم طرق التعامل التي كانت تستخدمها مع ابنتها لمنعها من الجهاز الالكتروني.</p>					
---	--	--	--	--	--

استراتيجية مواجهة القلق والتوتر الناتج عن سحب التدريجي للجهاز	(06)	جمعية التقوى لأطفال التوحد	التقليل من الشعور بالقلق الحاد عند طفل طيف التوحد	المحاضرة، النمذجة، الحث، المناقشة،	<p>في هذه الجلسة تم تدريب الأم على استراتيجية مواجهة القلق والتوتر عند الطفل الناتج عن السحب التدريجي، وهذا ما أكدته الأم عن نوبات الغضب و الحركات النمطية التي تنتاب الطفلة بعد سحب الجهاز منها، حيث تم وضع جدول للأنشطة البصرية أثناء أيام الأسبوع يتضمن صور لأنشطة بديلة مختلفة تتلاءم مع الطفلة ، حيث يتم تحديد اليوم والأنشطة الخاصة به، ويفضل أن تكون في الوقت المتبقي من سحب الجهاز أو أوقات فراغها، أبدت الأم تعاونها باقتراح مجموعة من الأنشطة التي ستساعدها أكثر والتي تفضلها الطفلة ، و بهذه الطريقة سوف تكون أكثر تنظيماً لوقتها ووقت الطفلة لإتباع الخطوات بتسلسل وتنظيم وقتها هي الأخرى لمشاركة الطفلة في الأنشطة</p>
---	------	----------------------------	---	---	---

المقترحة ، بالإضافة إلى تقديم عدة توجيهات للأم في التعامل مع نوبات الغضب الناتجة عن سحب الجهاز كونه خارج عن إرادة الطفلة وتجنب الغضب، ورفع الصوت واستخدام العنف ضدها. بالإضافة إلى تدريب الأم على التهيئة المسبقة للطفلة بأن تدعها تتعرف على الأنشطة بالنظر إلى الجدول الزمني والمكاني الخاص بها، ويفضل أن تضع صورتها عليه، وفي الأخير تستمر الأم السحب التريجي كما تم الاتفاق عليه في هذا الأسبوع والتعزيز عند تنفيذ الطفلة للسلوك المرغوب.					
تم المناقشة مع الأم حول المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب (استخدام الجهاز الالكتروني) ومعالجة الظروف البيئية بسحب المثيرات السلبية حيث طلب من الأم ذكر المثيرات التي	النمذجة، التكرار، التعزيز،	تحديد المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب وضبطها. سحب المنبهات والمثيرات السلبية	جمعية التقوى (45 دقيقة)	(07)	معالجة الظروف البيئية وسحب المثيرات الالكترونية

<p>تسبق السلوك وتسجيلها على بطاقة ، والتي ذكرت منها الأم (استخدام الأم للهاتف الذكي في المكالمات والتصفح، الإبقاء على التلفاز مشغول طوال اليوم)، تم تنبيه الأم على التقليل من استخدام الهاتف التلفاز بتطبيق السحب التدريجي للأسبوع الثاني حيث يتم خفض عدد المرات ال(05) مرات و انقاص (10د) لهذا الاسبوع بالإضافة إلى استغلال وقت الفراغ و الوقت المستقطع في مشاركة الطفلة بالأنشطة البديلة التي تم تحديدها والاتفاق عليها مع الطفلة مسبقا. تم تدريب الأم على تركيب الليجو وتكرار ذلك عدة مرات وطلب من الطفلة تقليدها، حيث كانت تتساءل عن كيفية تركيبها وتدريب الطفل على ذلك وماذا تقول أثناء التركيب، وأيضا لعبة الغميضة، مع</p>					
--	--	--	--	--	--

مواصلة تطبيق السحب التدريجي وتعزيز كل سلوك جيد وتعلم مهارة جديدة.					
تم تدريب الأم على كيفية تنمية الانتباه المشترك للطفلة لكي يساعدنا ذلك على التفاعل والتواصل الاجتماعي مع مختلف الأنشطة المخصصة لها، حيث طلب من الأم أن تأخذ شيئاً محبب للطفلة (شيبس) ، وتقريبه إلى وجهها وطلب النظر إليها قبل تسليمها لها وتكرار ذلك حتى تستجيب الطفلة للأم، وكذلك وضع الشيء المحبب في مكان مرتفع والاشارة إليه من طرف الأم بالإصبع كمحاولة لجذب انتباه الطفلة، أو استخدام ضوء المصباح اليدوي في غرفة مظلمة وتتبعه بالعينين من طرف الطفلة وتشجيعها على ذلك مع توعية الأم بأن الأطفال المصابين بطيف التوحد ليسوا على مستوى واحد من	التقليد التكرار، التعزيز	تنمية الانتباه المشترك من خلال بعض الأنشطة	جمعية التقوى لأطفال التوحد (45 دقيقة)	(08)	التآزر البصري والحركي

<p>قدراتهم التعليمية والسلوكية وقد يتطلب التكرار حتى يؤدي السلوك المطلوب. تم الاتفاق مع أم الحالة على السحب التدريجي الذي تم الاتفاق عليه في الأسبوع الثاني من السحب من حيث المدة والتكرار، وطلب من الأم تسجيل فيديو حول الأنشطة التي تشاركها مع طفلتها.</p>					
<p>مناقشة الأم حول ما تم في الجلسة السابقة ورصد أهم التطورات السلوكية عند الطفلة، من خلال ملاحظات الأم التي أبدت تفاعل ابنتها مع الأنشطة البديلة من خلال البرنامج المكاني والزمني (مشاركة أخويها في لعب الغمضة)، وعدم شعور الطفلة بالوقت المستقطع والاستجابة لطلب الأم عند انتهاء وقت استخدام الجهاز بمجرد ظهور ضوء المنبه، كما تم الاتفاق مع الام على السحب التدريجي لهذا الأسبوع (الثالث) من السحب</p>	<p>النمذجة ، التغذية الراجعة، التعزيز</p>	<p>تنمية قدرات الطفل وتكوين اتجاهات إيجابية تخفيف حدة التوتر والقلق</p>	<p>جمعية التقوى لأطفال التوحد (40 دقيقة)</p>	<p>(09)</p>	<p>تنمية بعض المهارات الحركية</p>

<p>،حيث تم خفض عدد المرات الى (04) مرات في اليوم وانقاص الوقت ب(10د) لهذا الاسبوع كما تم تدريب الأم على مهارة التشكيل بالعجين ، وتصنيف الخرز مع التلقين اللفظي بذكر الألوان والأحجام ومساعدة الطفلة جسديا (جزئيا) كلما دعت الحاجة لذلك، وغلق أغذية القارورات مع تشجيع الأم المتواصل والتعزيز المناسب ، وممارسة الأم بعض الأنشطة الحركية الكبيرة مع الطفلة كالجري ورمي الكرة وتمارين رياضية ومحاولة إشراكها في روتين الأسرة، وبعض الأعمال المنزلية كغسل الأواني وتنظيف البلاط والذي يعتبر من الأنشطة المفضلة لدى الطفلة ، وإعطاء وقت مستقطع عند شعور الطفلة بالملل، مع استمرار الأم في السحب التدريجي ، مع استبعاد الهاتف قدر الإمكان، والاستعانة</p>					
---	--	--	--	--	--

بتطبيق غلق الشاشة (شاشة مظلمة ولكن الهاتف مشغول)، وابعاد ريموت التلفاز عن نظر الطفلة.					
تقديم قصة اجتماعية لأم بهدف قراءتها لابنتها بعد تحديد الهدف منها مسبقا مع الأم، وتتضمن صور توضيحية وعبارات بسيطة تم التركيز فيها على السلوك المرغوب، وتدريب الأم على كيفية قراءتها واستخدام اللغة العامية لتقريب الفهم أكثر للطفلة ، حيث أبدت الأم إعجابها بالنشاط وأنها لم تجرب ذلك من قبل كما أكدنا على لعب الدور من طرف الأم لربط الفكرة بالصورة والحركات، وتقليد المواقف الموصوفة، وتكرار القصة (من 04-05 مرات في اليوم) ، لتثبيت المهارة المطلوبة، كما أكدت الأم سعادتها بهذا النشاط ومعرفة كيفية تطبيقه (لو كان غير ديما تديرولنا كيما	التقليد، لعب الدور، التكرار	تطوير العادات الصحية لتنمية المهارات الحركية عند الطفل التوحيدي -استبدال الجهاز الالكتروني بنشاطات هادفة لملا أوقات فراغه خلال اليوم -التقليل من السلوكات العدوانية	جمعية التقوى (45 دقيقة)	(10)	القصة الاجتماعية

هاك).مع استمرار الام في السحب المتفق عليه لهذا الأسبوع مع الطفلة					
طلب من الأم سرد المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز الالكتروني وكيف تعاملت الأم مع الصعوبات، حيث أكدت الأم اتباع كل الخطوات المتفق عليها مسبقا ، ومشاركة ابنتها بالأنشطة البديلة حيث بدأت الطفلة في التفاعل مع هذه الأنشطة. ، تم بعد ذلك الاتفاق مع الام حول السحب التدريجي لهذا الأسبوع بحيث يتم خفض عدد المرات الى مرتين باليوم و بمدة (10د) ،حيث اكدت الام كيف استجابة الطفلة لطلب الام بمجرد طلب إعادة الهاتف دون امتناع او ظهور أي من الاعراض السابقة ،تم بعدها تدريب الأم على إشراك الطفلة في روتين الأسرة مثل خطوات في الطهي، تناول الطعام معها،	النمذجة، التكرار، التعزيز	اللعب والتفاعل الاجتماعي	جمعية التقوى لأطفال التوحد (60 دقيقة)	(11)	تنمية بعض المهارات الاجتماعية

تعريفها به (اسمه، طعمه، لونه، نوعه ، لمسه) ، وزيادة التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب كتدريب الطفلة على مهارة تمرير الكرة، والمطاردة والدغدة، وتشجيع الطفلة على تقليدها وتكرار تنفيذ الأنشطة لتثبيت المهارة المكتسبة ، وتدريب الأم على التعزيز المتقطع لبعض المواقف وليس كلها ، ومتابعة الأم نفس تعليمات السحب التدريجي ورصد أهم ردود الفعل للطفلة المتعلقة باستخدام الجهاز.					
تمكنت أم الحالة من خلال ما سبق من جلسات تدريبية للبرنامج من مشاركة ابنتها في العديد من الأنشطة البديلة والتي ساعدت على تنمية بعض المهارات عند الطفلة ، وتعلم الام العديد من الاستراتيجيات والإلمام بالعديد من المعلومات لمواجهة هذا المشكل ، مما شجعها على مواصلة تلك الأنشطة مع ابنتها		تقييم العملية التدريبية والتحقق من فعاليته في الحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية. معرفة القدرات والاستراتيجيات التي اكتسبتها الأم من خلال البرنامج التدريبي	جمعية التقوى لأطفال التوحد (45 دقيقة)	(12)	تقييم البرنامج التدريبي

لما التمسته من نتائج فعالة ظهرت من خلال تغيير سلوك الطفلة وتخليها عن الجهاز واختفاء جل السلوكات الغير مرغوبة التي سبق ملاحظتها قبل البرنامج التدريبي، والميل أكثر إلى اللعب والتفاعل مع الأم، كما اكدت الام انها ستعمل على الحد من استخدام الطفلة للجهاز مستقبلا لما التمسته من نتائج إيجابية لسلوك ابنتها .					
---	--	--	--	--	--

بعد تطبيق جلسات البرنامج التدريبي الخاصة بالأم ، تم إعادة تطبيق مقياس
الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للأم وكانت النتائج كما
يلي:

-جدول رقم:(32): نتائج القياس البعدي لمقياس تدمان الأجهزة
الالكترونية عند الطفل التوحدي.

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
-------	----------	------	-------	--------	-------	-------

01	يجلس مباشرة أمام الجهاز	+			
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة	+			
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة		+		
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة	+			
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره	+			
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة	+			
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة	+			
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة	+			
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى	+			
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز	+			
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز	+			
12	أثر الجهاز سلباً على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية	+			
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب		+		
14	يمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة			+	
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز			+	
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه	+			
17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل	+			
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز				
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى	+			
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة		+		
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز			+	
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز		+		
23	يمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة		+		
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله	+			

25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب	+			
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقا في المشاهدة	+			
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز		+		
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة		+		
29	يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة	+			
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة	+			
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة		+		
32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه	+			
33	يمتنع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	+			
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة	+			
35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	+			
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز	+			
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	+			
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل		+		
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز	+			
40	تزايد شكاوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه	+			
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	+			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) الخاص بالقياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للألم أنها تحصلت على الدرجة (12) وهي نتيجة تدل على مستوى منخفض من إدمان الأجهزة الالكترونية .

جدول رقم (33): وصف السلوكيات البعدية (EEF).

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
--------	-------------------	---------	-------	-------

إدمان الأجهزة الالكترونية	اختفاء جميع الأعراض المرتبطة بالجهاز والاستجابة بتقديم الجهاز	//	10 دقائق لكل مرة	منخفض
------------------------------	---	----	---------------------	-------

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) الخاص بالقياس البعدي لمقابلة التقييم الوظيفي (EEF)، الخاصة بإدمان الأجهزة الالكترونية لدى الحالة الثانية، أن سلوك الإدمان أصبح منخفضا حيث وصل إلى (10) دقائق بمعدل مرتين في اليوم.

-خلاصة عامة للحالة الثانية:

من خلال نتائج الحالة وفاء المستخلصة من المقابلات مع الأم ومقياس إدمان الأجهزة الالكترونية للطفل التوحيدي، ومقياس مقابلة التقييم الوظيفي والبرنامج التدريبي للأمهات، القائم على التربية العلاجية باستخدام أساليب وتقنيات التربية العلاجية التي تتدرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي، ومن خلال الجلسات المطبقة مع الأم، اتضح ما يلي:

كانت الحالة تعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية، بمستوى مرتفع والذي كان يساوي (125)، على مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد (القياس القبلي)، بعد تطبيق البرنامج التدريبي تحصلت على (12) درجة (القياس البعدي)، وعلى مقياس التقييم الوظيفي مقابلة التقييم الوظيفي (القياس القبلي)، كان متوسط استخدام الجهاز الالكتروني (15.40 سا للأسبوع) وبعد تطبيق البرنامج بلغ متوسط استخدام الطفلة للجهاز الالكتروني (03.30 سا) وهذا ما يدل على انخفاض واضح في

مستوى إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي.

ظهر إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة نتيجة التعرض المبكر للشاشة خلال الأشهر الأولى من حياتها، وكذا تهدئتها بالجهاز الالكتروني واستخدامه كمعزز في بعض المواقف، وتجلت أعراضه في الصراخ والبكاء الشديد، الغضب، التوتر، الحركات النمطية (رفرفة اليدين)، الضغط على الاصابع. أبدت أم الحالة تجاوبا كبيرا خلال جلسات البرنامج التدريبي المقترح حيث اختفت جل الأعراض المرتبطة باستخدام الجهاز الالكتروني وأظهرت الطفلة تقدما في الأنشطة البديلة، وزيادة التفاعل الاجتماعي مع افراد الاسرة، ويمكننا القول أن البرنامج التدريبي بجلساته المخصصة للأمم قصد التكفل بالطفلة قد ساعد في التقليل من استخدام الجهاز الالكتروني والتخفيف من الأعراض المرتبطة به.

دراسة الحالة الثالثة:

- الاسم: أنس

- السن: 09 سنوات

- الترتيب في الأسرة: الثالث (الأصغر)

- الاضطراب الذي تعاني منه الحالة: إدمان الأجهزة الإلكترونية

- السيمائية العامة للحالة: أنس طفل مصاب باضطراب طيف التوحد يبلغ من العمر (09 سنوات)، قامته مناسبة لعمره، مع بنية جسمية ضعيفة، عيناه سوداويتين وشعره أسود مجعد، أسمر البشرة، لا يعاني من إعاقة حركية، لغته واضحة نوعا ما، يبدو هادئا وينصاع لأوامر المربية، يشارك في بعض الأنشطة داخل القسم، إلا أنه يعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة: أنس طفل عمره (09 سنوات) ، يعيش في أسرة مكونة من الأم فقط تبلغ من العمر (45 سنة)، بمستوى تعليمي جامعي، تعمل كمتطوعة في جمعية التقوى ومرافقة لطفلها ، منفصلة عن الأب ولديها إبنان آخران ، أحدهما بفرنسا والآخر متبنى من طرف العمّة تعيش الأسرة ظروفًا اقتصادية متدنية وهذا ما أكدته الأم كونها تعيش في بيت مستأجر بغرفة واحدة، لقولها (راني في معاناة) ولد الطفل بحمل غير مرغوب من الام، وكذلك من طرف الأب ، حتى أنه لم يتم تسجيله في السجل العائلي ، إلا بعد فترة ، عانت الأم من ضغوط نفسية خلال فترة الحمل حيث كانت تتعرض للضرب من طرف الأب باستمرار، وكانت الولادة قيصرية لأنها تجاوزت موعد وضع الحمل، وكان قد تم تخدير كلي للأم عند القيام بالعملية القيصرية ولم تتأكد من صرخة الميلاد وحالة الطفل عند ولادته لقولها: (قالولي زاد أزرق ، أنا ماكنتش فاطنة)، الرضاعة لم تكن طبيعية بحكم بقاء الأم مدة أسبوع في المستشفى، لتلقي العلاج بعد الولادة لتأزم حالتها الصحية، و بالنسبة للنمو الحركي للطفل فقد تأخر كثيرا حيث

بدأ في الحبو والوقوف بعمر عامين ونصف، قبل ذلك لم يكن يحرك إلا يديه ورجليه قليلا، وكان كثير البكاء إلا أن الضغوط التي كانت تعاني منها الأم وضعف الجانب المادي كانت تؤجل أخذه لمعاينته لقولها: (الله غالب كان حدي حد نعيشه ، والوالدة هي اللي كانت تعاونني، فاتت علي ظروف صعبة)، لم يجز تخطيط للدماغ ،رغم كل الأعراض التي كانت تظهر على الطفل إلا أن الأم لم تشك بحالته لقولها : (جامي سمعت بالتوحد من قبل حتى قالولي على ولدي)،حيث شخص أول مرة بالتوحد من طرف أخصائي أرطوفوني بعمر (04 سنوات)، وعلى مستوى النمو اللغوي نطق الكلمة الأولى بعمر (06 سنوات) ، أما اليوم فإنه يكون جملة من كلمتين أو ثلاث، يشارك أحيانا في بعض الأنشطة الفردية أو الجماعية داخل الجمعية بمساعدة المربيات، وعلى المستوى السلوكي فإن الطفل يعاني من نشاط زائد أحيانا، وخجل وانطوائية أحيانا أخرى. تبدو علاقة الأم بالطفل متذبذبة بين الحماية والقسوة من طرف الأم، لقولها: (أنا سوفريت على جاله، الشيء اللي قدرت نديره درته، بصح مزيراته ويخاف مني)، بكاء الأم وتتهد عميق، أما علاقته بالأب فشبه معدومة تتميز بالإهمال واللامبالاة لقول الأم: (مرة وحدة اللي جاء شافه، جامي شاف وش خصه كلش أنا)، وهذا ما أرهق الأم كثيرا كونها تقوم بدور الأم والأب معا، لقولها (أنا بوه وأنا أمه).

الحالة الراهنة : أنس طفل مصاب باضطراب طيف التوحد يبلغ من العمر (09 سنوات)، قامته مناسبة لعمره، مع بنية جسمية ضعيفة ، عيناه سوداويتين وشعره أسود مجعد، أسمر البشرة، يعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية حيث تعود بداية تعرض الطفل أنس للجهاز الالكتروني منذ ولادته، بحكم العيش في غرفة واحدة بها تلفاز وهي في نفس الوقت غرفة

النوم ، حيث كانت الأم تبقيه دائما مشغولا وهذا منذ ولادته، حسب قول الأم: (عندي شميرة فيها كل شيء، والتلفزيون ديمما شاعل باه يلهي شوي) بعد تشخيص أنس باضطراب طيف التوحد ، توجهت الأم إلى جمعية التقوى من طرف أخصائي أرطوفوني ، وعملت كمتطوعة ومرافقة للطفل ، أما تحديد أسباب الإصابة فلم تحدد من طرف الأخصائيين، إلا أن الأم ترجعها إلى الضغوط النفسية التي مرت بها بالإضافة إلى تأخر الولادة، وتذكر الأم أن دائما عند عودتهم إلى المنزل يجلس أنس مباشرة أمام جهاز التلفزيون دون أن يغير ملابسه، ويبدوا مندمجا كثيرا مع التلفاز ولا ينتبه غالبا عند مناداته ويواصل المشاهدة تقريبا من ساعة إلى ساعتين دون انقطاع، ونفس الشيء بالنسبة للهاتف الذكي، حتى تضطر الأم إلى معاقبته بضربه، لقول الأم : (نزيه لا شتا نضربه، لوكان نخيله التلفون في يده ما يحطهش)، أما السلوكيات الظاهرة عليه فتتمثل في البكاء والغضب والصراخ ، وكثرة الحركة، ورفرفة اليدين خاصة في الأماكن العامة لقول الأم : (كي نكون برا لازم نعطي له يحشمني والناس كامل تبقى تشوف عنده)، أي اتخاذ الأم ذلك وسيلة لتهدئته وهذا ما تم ملاحظته داخل الجمعية كون الأم عاملة بها فإنه يستغل الطفل أنس الفرصة من حين لآخر لأخذ الهاتف بكل الطرق وتستجيب الأم في آخر المطاف لكي لا يثير مزيد من الفوضى. كما أنه يقلد بعض ما يشاهده لقول الأم: (يقلد الميكيات، غناء الراي، حافظ بزاف غنيات لا شتا يلحن معاهم برك) إلا أن هذا أيضا أثر على بعض أنشطته وبرنامج العلاج داخل الجمعية وهذا ما أكدته الأخصائية (ساعات ما يخدمش غاية نقلنا امه لهي بالبورتابل).

جدول رقم (34): نتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية
للحالة الثالثة

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز					+
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة					+
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة				+	
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة					+
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره				+	
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة				+	
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة				+	
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة				+	
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى			+		
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز			+		
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز			+		
12	أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية				+	
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب					+
14	يتمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة					+
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز					+
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه				+	

17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل				+	
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز				+	
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى					+
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة				+	
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز					+
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز				+	
23	يمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة					+
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله				+	
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب				+	
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقاً في المشاهدة					+
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز				+	
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة				+	
29	يبدو غائباً عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة					+
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة				+	
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة					+
32	يزداد غضباً وهيجاناً عند منع الجهاز عليه				+	
33	يمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز					+
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة				+	
35	لا يعطي وقتاً كافياً للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة				+	
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز					+

37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز				+
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل			+	
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز			+	
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه				+
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي			+	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) والخاص بنتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحدي (الحالة الثالثة)، أن الطفلة تحصلت على درجة تقدر ب (123) وهي درجة مرتفعة تدل على مستوى مرتفع لإدمان الأجهزة الإلكترونية.

جدول رقم (35): وصف السلوكيات القبلية (EEF).

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
إدمان الأجهزة الإلكترونية	الغضب والتوتر الصراخ المتكرر فرط الحركة ضرب الرأس	////	ساعة ونصف بمتوسط (3.15 سا)	مرتفع

وانطلاقاً من نتائج مقابلة التقييم الوظيفي (EEF) ، نقول أن الطفل يعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية بمستوى مرتفع وبالتالي فهو بحاجة إلى التكفل، وهذا ما جعلنا ندرجه ضمن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية.

جدول رقم (36): محتوى الجلسات الخاصة بأم الحالة الثالثة .

محاور الجلسة	رقم الجلسة	مكان ومدة الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات	النتائج
مرحلة التعريف باضطراب طيف التوحد والبرنامج العلاجي	(01)	جمعية التقوى للتوحد (60 دقيقة)	التعريف بالبرنامج التدريبي من حيث تحديد أهداف البرنامج، عدد الجلسات ومددتها والتقنيات المستخدمة بالإضافة إلى التعريف باضطراب طيف التوحد ، أعراضه وأسبابه ، لمشكلات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب ،	المحاضرة ، المناقشة.	تمكن من الحالة من معرفة أهداف البرنامج، وعدد الجلسات ومدتها وكذا التقنيات المستخدمة، وكذا استبصار أم الحالة بماهية اضطراب طيف التوحد وأعراضه ومستوياته وأسبابه والمشكلات السلوكية المصاحبة له، أبدت الأم استحسانها بما تعلمته حول الاضطراب رغم تواجدها بالجمعية لسنوات الا انها لاتعرف الا القليل على اضطراب التوحد، وتم الاتفاق على موعد كل جلسة والتي كانت بمعدل جلستين خلال الأسبوع (يوم الثلاثاء والأربعاء).
التشخيص التعليمي	(02)	جمعية التقوى للتوحد (60 دقيقة)	- تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي أعراض الإدمان خصائصه وأسبابه.	المحاضرة ، المناقشة.	تقديم معلومات للأم حول ماهية إدمان الأجهزة الإلكترونية مع تحديد خصائصها وتحديد الأعراض التي قد يعاني منها طفل طيف التوحد، أبدت أم الحالة تجاوبا مع الباحثة حيث كانت أكثر تفههما ونضجا وتقبلا للجلسة (انا نحب نوقف مع ولدي)، ومن خلال إعطاء

وجهة نظرها والالمام بالمعلومات حول الموضوع والتعرف على مدى إدراكها لمخاطر الأجهزة الإلكترونية على الطفل (ماكنتش بلسي التلفون ياتر على التوحد لهذا الحد).					
الاستبصار بمشكلة إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	(03)	جمعية التقوى للتوحد (45 دقيقة)	- تحديد تاريخ إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد ومعرفة أوقات الاستخدام وطبيعة الجهاز	المحاضرة، الأصغاء، المناقشة.	استبصار أم الحالة بمشكل إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى ابنها، مع تحديد تاريخ التعرض للشاشات ، وتحديد السلوكيات التي قد تكون سبب في إدمان الطفلة على الجهاز الإلكتروني والتي تمثلت حسب أم الحالة في التعرض المبكر للتلفاز بالإضافة إلى أساليب المعاملة من طرف الام للطفل خاصة في بعض المواقف باستخدام الهاتف الذكي كوسيلة لتهدئته أو كسب قسط من الراحة نتيجة التعب طوال اليوم .
برنامج التعليم للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية	(04)	جمعية التقوى للتوحد (60 دقيقة)	التخطيط للعملية التعليمية بالتفاوض مع الأم - تدريب الأم على إدارة الانفعالات	المحاضرة، المناقشة، النمذجة، الواجب المنزلي	تم في هذه الجلسة تهيئة الأم لتنفيذ البرنامج التدريبي حيث تم مناقشة أم الحالة حول طريقة الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية وتعريفها بأنواع الوقاية (العامة، الانتقائية ، الدلالية) ،

<p>هذه الأخيرة التي تدرج ضمنها التربية العلاجية والتي على أساسها تم بناء البرنامج، والتخطيط للعملية التدريبية بالتفاوض مع الأم من خلال تعليمها استراتيجية المواجهة بالفعل لحل المشكل بدل من أسلوب التجنب والهروب (تقديم الجهاز للطفل لتهديته) ، عن طريق تشجيعها وتحفيزها وزيادة ثقتها بنفسها وتصحيح الأفكار الخاطئة وتزويدها بالطرق الصحيحة للتعامل مع المشكل من خلال الجلسات القادمة للبرنامج وكذا تطوير مهارات التواصل مع المختصين واستخدام الوسائل والطرق للتغلب على المشكل واتخاذ القرار الصحيح للتخفيف والحد من إدمان الجهاز من طرف ابنها عن طريق تدريبه على أنشطة بديلة ، وتنمية مهاراته بدلا من استخدام الجهاز، بعد اتخاذ الأم القرار وإدراكها لأهمية البرنامج و بعد استيعابها لأضرار الجهاز الالكتروني وتأثيره على صحة الطفل، كما تم إظهار فيديو للأم</p>		<p>الناجمة عن إدمان طفل طيف التوحد للجهاز الإلكتروني</p> <p>- تعلم إستراتيجية المواجهة لحل المشكل</p> <p>- تطوير مهارات الاتصال بوسائل أخرى</p> <p>- تطوير مهارات اتخاذ القرار</p> <p>- تعليم الأم على كيفية تدريب الطفل على نشاطات للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة.</p>			
---	--	---	--	--	--

كنموذج لمشاركة أمهات في برامج تدريبية وعلاجية كانت لها نتائج فعالة للتخفيف من إدمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحدي.					
تم المناقشة مع أم الحالة حول الواجب المنزلي واستنكار ما تم في الجلسة السابقة ، كما تم تدريب الأم على التحكم في وقت الاستخدام للجهاز الالكتروني وتعليمها كيفية السحب التدريجي له، وهذا ما أيدته أم الحالة (هكا غاية نقدر نقلعه غي بالشوي)، وبعد تحديد مدة المشاهدة والتي كانت (01:30سا) تقريبا ولعدة مرات في اليوم تقدر ب(05)مرات، وفي فترات مختلفة صباحية ومسائية(حتى اثناء تواجده في الجمعية اثناء أوقات الفراغ وقبل دخول الأطفال في الصباح الى الجمعية و أوقات الغداء) خاصة المسائية بعد عودة الام الى المنزل وأيام نهاية الأسبوع التي تشهد استخدام متكرر للجهاز الالكتروني من طرف الطفل (الهاتف و	النمذجة (عرض على الأم نماذج لفيدوهات وصور لأمهات أطفال طيف التوحد يعانون من إدمان الشاشات وكيفية تعاملهن معه) - المناقشة والواجب المنزلي	تدريب الأمهات على السحب التدريجي للجهاز للتقليل والحد من الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية.	جمعية التقوى للتوحد (45 دقيقة)	(05)	السحب التدريجي لاستخدام الجهاز الالكتروني

					<p>التلفاز)، وتم الاتفاق مع الأم بانقاص (20د) مبدئياً بالإضافة إلى إنقاص مرة من تكرار استخدام الجهاز في الأسبوع الأول من السحب التدريجي وذلك بضبط المنبه البصري والاتفاق مع الابن مسبقاً أنه سيتم التوقف عن المشاهدة عندما يظهر الضوء في المنبه ، كما تبدأ الأم بقطع الأنترنت من فترة لأخرى لتعويد الطفل على عدم الوصول للشبكة كلما أراد ذلك، كما تم عرض فيديو على الأم يظهر كيفية استخدام الأنشطة البديلة في الوقت المتبقي من استخدام الهاتف وأوقات الفراغ مما شجع الأم على العمل بجد في المنزل، كما تم تقديم صور للأم بها جهاز إلكتروني مشطوب، وصور أخرى تعمل كمنبهات لأضرار الجهاز على صحة الطفل.</p>
<p>استراتيجية مواجهة القلق والتوتر الناتج عن السحب التدريجي للجهاز</p>	<p>(06)</p>	<p>جمعية التقوى للتوحد (45)</p>	<p>التقليل من الشـعور بالقلق الحاد عند طفل طيف التوحد</p>	<p>المحاضرة، الحث، النمذجة،</p>	<p>في هذه الجلسة تم تدريب الأم على استراتيجية مواجهة القلق والتوتر لدى الطفل الناتج عن السحب التدريجي للجهاز، حيث تم وضع جدول مكاني وزماني للأنشطة البصرية</p>

<p>أثناء أيام الأسبوع يتضمن عدة صور لأنشطة بديلة مختلفة تتلاءم مع الطفلة حيث يتم تحديد اليوم والأنشطة التي ستم فيه ويفضل أن تكون في أوقات استخدام الجهاز أو أوقات الفراغ عند الطفل ، مع وضع صورة الطفل على البرنامج حتى تعرف أن هذا البرنامج خاص به أبدت الأم سرورها بهذا الجدول كونه سيكون أفضل لاتباع الخطوات بانتظام، كما أكدت أنه لم يسبق لها استخدامه من قبل ،وانها قامت بتنفيذ ما تم الاتفاق عليه في الجلسة السابقة، وبداية السحب التدريجي وتم تقديم عدة توجيهات للأم في التعامل مع القلق لدى الطفل الناتج عن السحب التدريجي كونه خارج عن إرادته وتجنب رفع الصوت والغضب أو استخدام العنف معه(خاصة الضرب)، كما تم الاتفاق مع أم الحالة على الالتزام بأوقات استخدام الجهاز المتفق عليها خلال هذا الأسبوع، مع مواصلة مع التعزيز الإيجابي عند تنفيذ كل سلوك مرغوب.</p>					
--	--	--	--	--	--

معالجة الظروف البيئية وسحب المثيرات الالكترونية	(07)	جمعية التقوى للتوحد (45 دقيقة)	تحديد المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب وضبطها. سحب المنبهات والمثيرات السلبية	النمذجة التكرار التعزيز	تم مناقشة الأم حول ما تم القيام به في المنزل مع الطفل حول السحب التدريجي، والتعرف على أهم المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب (استخدام الجهاز) لمعالجة الظروف البيئية بسحب المنبهات السلبية ، حيث طلب من الأم تسجيل لائحة المثيرات التي تسبق السلوك على بطاقة والتي ذكرت الأم منها (تشغيل التلفاز مباشرة عند الاستيقاظ من النوم ، أو تصفح الجهاز من طرفهما ، صوت المنبه في الصباح ، وأثناء الخروج من المنزل، ركوب الحافلة)، حيث تم الاتفاق مع الأم بضرورة التقليل من استخدام الهاتف أمام الطفل وتصفحه عند النوم ، عدم تشغيل التلفاز عند الاستيقاظ ، محاولة الأم مشاركة ابنها في أحد الأنشطة البديلة المتفق عليها مع الطفل مسبقا ، إبقاء الهاتف على وضعية الاهتزاز ، كما أكدت الأم محاولة تغيير ما يمكن تغييره من أجل الحد من استخدام الجهاز(قامت الام بالاستغناء عن التلفاز في
---	------	--	---	-------------------------------	--

<p>المنزل ، كما تم تدريب الأم على تركيب الليجو ، ولعبة الغمضة، وتكرار ذلك عدة مرات مع الطفل وتشجيعه على التقليد لإنجاز ذلك، مع الاستمرار في تطبيق السحب التدريجي (لأسبوع الثاني من السحب) و ذلك بخفض عدد المرات اى (03)مرات في اليوم، ومن حيث الوقت انقاص (20د) من الوقت المتبقي السابق، وتعزيز كل سلوك مرغوب أو تعلم مهارة جديدة .</p>					
<p>تم تدريب الأم على تنمية الانتباه المشترك للطفل لكي يساعده ذلك في التفاعل مع مختلف الأنشطة المقدمة له وذلك بتقريب الأشياء المحببة له إلى وجه الأم وطلب النظر إليه قبل تسليمه ما يريده ، وتكرار ذلك حتى يستجيب الطفل للأمر، أو وضع الشيء المحبب له في مكان مرتفع والاشارة إليه بالإصبع مع ذكر اسمه (انس) ، كما يمكن استخدام ضوء مصباح يدوي في غرفة مظلمة وطلب من الطفل تتبعه بالعينين، وإشارة الأم إليه</p>	<p>التقليد، التكرار ، التعزيز،</p>	<p>تنمية الانتباه المشترك من خلال بعض الأنشطة</p>	<p>روضة التقوى (45 دقيقة)</p>	<p>(08)</p>	<p>التآزر البصري والحركي</p>

وتشجيعه على الإشارة إليه بالإصبع مع توعية الأم بأن أطفال التوحد ليسوا على مستوى واحد من قدراتهم التعليمية والسلوكية، وقد يتطلب تكرار النشاط حتى يؤدي السلوك المطلوب، كما تم الاتفاق مع أم الحالة على خفض عدد مرات استخدام الجهاز إلى مرتين في اليوم مع مواصلة انقاص الدقائق واستغلال الوقت المستقطع بنشاط بديل، كما طلب من الأم تسجيل فيديو حول الأنشطة التي تشارك فيها مع طفلها ل يتم تحليله مستقبلا. مع مواصلة السحب التدريجي حسب ما اتفق عليه لهذا الأسبوع.					
مناقشة الأم حول ما تم في الجلسة السابقة ورصد أهم التطورات السلوكية عند الطفل، والتي أكدت على تفاعل ابنها مع الأنشطة المقدمة لها (اعجبه الحال كي راني نقعد معاه ونديرو الانشطة)، وشعور الطفل بالفرح والاستجابة لطلب الأم عند انتهاء وقت استخدام الجهاز بمجرد ظهور ضوء المنبه، كما تم تدريب الأم	النمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز	تنمية قدرات الطفل وتكوين اتجاهات إيجابية، تخفيف حدة التوتر والقلق	جمعية التقوى للتوحد (40 دقيقة)	(09)	تنمية بعض المهارات الحركية

<p>على مهارة التشكيل بالعجين ، وتصنيف الخرز مع التلقين اللفظي بذكر الألوان والأحجام ومساعدة الطفلة جسدياً (جزئياً) كلما دعت الحاجة لذلك، وخلق أغذية القارورات مع تشجيع الأم المتواصل والتعزيز المناسب ، وممارسة الأم بعض الأنشطة الحركية الكبيرة مع الطفل كالجري ورمي الكرة وتمارين رياضية ومحاولة إشراكه في روتين المنزل في بعض الأعمال كغسل الأواني وتنظيف البلاط و الطهي الذي يعتبر من الأنشطة المفضلة لدى الطفل)</p> <p>يبغى يطيّب) ، وإعطاء وقت مستقطع عند شعور الطفل بالملل، مع استمرار الأم في السحب التدريجي وخفض وقت استخدام الجهاز بانقاص(20د) خفض مرة من عدد المرات المتبقية خلال (الأسبوع الثالث من السحب)، مع استبعاد الهاتف قدر الإمكان، والاستعانة بتطبيق غلق الشاشة (شاشة مظلمة ولكن الهاتف مشغول).</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>القصة الاجتماعية</p>	<p>(10)</p>	<p>جمعية التقوى للتوحد (45 دقيقة)</p>	<p>تطوير العادات الصحية لتنمية المهارات الحركية عند الطفل التوحيدي -استبدال الجهاز الالكتروني بنشاطات هادفة لملا أوقات فراغه خلال اليوم -التقليل من السلوكيات العدوانية</p>	<p>التقليد لعب الدور التكرار</p>	<p>تقديم قصة اجتماعية للأم بهدف قراءتها لابنها بعد تحديد الهدف منها مسبقا مع الأم، وتتضمن صور توضيحية وعبارات بسيطة تم التركيز فيها على السلوك المرغوب، وتدريب الأم على كيفية قراءتها واستخدام اللغة العامية لتقريب الفهم أكثر للطفل، حيث صرحت الأم أنها لم يسبق قراءتها لابنها من قبل (ما نعرفهاش) كما أكدنا على لعب الدور من طرف الأم لربط الفكرة بالصورة والحركات، وتقليد المواقف الموصوفة، وتكرار القصة (من 04- 05 مرات في اليوم) ، لتثبيت المهارة المطلوبة، كما أكدت الأم سعادتها بهذا النشاط، وإعادة كيفية تطبيقها حتى تمكنت الام من ذلك.مع مواصلة السحب التدريجي المتفق عليه لهذا الاسبوع .</p>
<p>تنمية بعض المهارات الاجتماعية</p>	<p>(11)</p>	<p>روضة التقوى (60 دقيقة)</p>	<p>اللعاب والتفاعيل الاجتماعي</p>	<p>النمذجة التكرار، التعزيز</p>	<p>طلب من الأم سرد المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز الالكتروني وكيف تعاملت الأم مع الصعوبات، ان وجدت حيث أكدت الأم اتباع كل الخطوات المتفق عليها مسبقا ، ومشاركة</p>

<p>ابنها بالأنشطة البديلة حيث أبدت الطفل تفاعل ملحوظ مع هذه الأنشطة خاصة اللعب بالكرة ، تم بعدها تدريب الأم على إشراك الطفل في روتين المنزل لبعض الاعمال المفضلة لديه مثل خطوات في الطهي، تناول الطعام معها، تعريفها به (اسمه، طعامه، لونه، نوعه ، ملمسه) ، وزيادة التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب كتدريب الطفلة على مهارة تمرير الكرة، والمطاردة والدغدة، وتشجيع الطفلة على تقليدها وتكرار تنفيذ الأنشطة لتنشيط المهارة المكتسبة ، وتدريب الأم على التعزيز المتقطع لبعض المواقف وليس كلها ، ومتابعة الأم نفس تعليمات السحب التدريجي بانقاص (20د) لهذا الأسبوع و الإبقاء على (10د) بمعدل مرتين في اليوم، ورصد أهم التطورات لسلوك الطفل.</p>					
<p>لقيت أم الحالة من خلال ما سبق من جلسات تدريبية للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة الالكترونية استحسان وتحفيز لها</p>		<p>تقييم العملية التدريبية والتحقق من فعاليته في الحد من</p>	<p>روضة التقوى (45 دقيقة)</p>	<p>(12)</p>	<p>تقييم البرنامج التدريبي</p>

بمشاركة ابنها في العديد من الأنشطة والذي لم يكن يتدرب عليها من قبل ، وتعلمها العديد من الاستراتيجيات والإلمام بالعديد من المعلومات لمواجهة هذا المشكل واضطراب التوحد بتعميم ما اكتسبته عل مشكلات أخرى عند الطفل ، مما شجعها على مواصلة تلك الأنشطة مع ابنها لما التمسته من نتائج فعالة ظهرت من خلال تغيير سلوك الطفل إلى الأحسن ، وتخليه نسبيا عن الجهاز واختفاء جل السلوكيات الغير مرغوبة التي سبق ملاحظتها قبل البرنامج التدريبي عند استخدام الجهاز الالكتروني، والميل أكثر إلى اللعب والتفاعل مع الأم.	إدمان الأجهزة الإلكترونية. معرفة القدرات والاستراتيجيات التي اكتسبتها الأم من خلال البرنامج التدريبي			
---	--	--	--	--

بعد تطبيق جلسات البرنامج التدريبي الخاصة بالأم ، تم إعادة تطبيق مقياس الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للأم وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (37): نتائج القياس البعدي لمقياس ادمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحدي.

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز	+				

02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة	+			
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة		+		
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة		+		
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره		+		
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة		+		
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة		+		
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة		+		
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى		+		
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز	+			
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز		+		
12	أثر الجهاز سلباً على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية		+		
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب		+		
14	يتمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة		+		
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز	+			
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه		+		
17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل		+		
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	+			
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى		+		
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة		+		
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز	+			
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز		+		
23	يتمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة	+			
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله		+		
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب		+		

26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقا في المشاهدة	+			
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز	+			
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة		+		
29	يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة	+			
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة	+			
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة		+		
32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه	+			
33	يمتنع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	+			
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة		+		
35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	+			
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز		+		
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	+			
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل	+			
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز	+			
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه	+			
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	+			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (37) الخاص بالقياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للأُم أنها تحصلت على الدرجة (24) وهي نتيجة تدل على مستوى منخفض من إدمان الأجهزة الالكترونية .

جدول رقم (38): وصف السلوكيات البعدية (EEF)

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
--------	-------------------	---------	-------	-------

إدمان الأجهزة الالكترونية	اختفاء الأعراض المرتبطة باستخدام الجهاز وإظهار بعض القلق فقط	//	10 دقائق لكل مرة	منخفض
------------------------------	--	----	---------------------	-------

نلاحظ من خلال الجدول رقم (38) الخاص بالقياس البعدي لمقابلة التقييم الوظيفي (EEF)، الخاصة بإدمان الأجهزة الالكترونية لدى الحالة الثالثة، أن سلوك الإدمان أصبح منخفضا حيث وصل إلى (10) دقائق بمعدل مرتين في اليوم.

خلاصة عامة للحالة الثالثة:

من خلال نتائج الحالة وفاء المستخلصة من المقابلات مع الأم ومقياس إدمان الأجهزة الالكترونية للطفل التوحيدي، ومقياس مقابلة التقييم الوظيفي والبرنامج التدريبي للأمهات، القائم على التربية العلاجية باستخدام أساليب وتقنيات التربية العلاجية التي تتدرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي، ومن خلال الجلسات المطبقة مع الأم، اتضح ما يلي:

كانت الحالة تعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية، بمستوى مرتفع والذي كان يساوي (123) درجة، على مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد (القياس القبلي)، بعد تطبيق البرنامج التدريبي تحصلت على (24) درجة (القياس البعدي)، وعلى مقياس التقييم الوظيفي مقابلة التقييم الوظيفي (القياس القبلي)، كان متوسط وقت استخدام الجهاز الالكتروني (22.30سا) وبعد تطبيق البرنامج بلغ متوسط استخدام الطفلة للجهاز الالكتروني (03.30سا) وهذا ما يدل على انخفاض واضح في

مستوى إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي. ظهر إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفلة نتيجة التعرض المبكر للشاشة وكذلك نتيجة الضغوط التي كانت تعاني منها الام وأيضاً نتيجة تهدئة الطفل بالجهاز الالكتروني اثناء تواجده بالجمعية واستخدامه كمعزز في بعض المواقف، وتجلت أعراضه في الصراخ والبكاء الشديد، الغضب القلق و فرط الحركة، ضرب الرأس الى الحائط، أبدت أم الحالة تجاوبا كبيرا خلال جلسات البرنامج التدريبي المقترح حيث اختفت جل الأعراض المرتبطة باستخدام الجهاز الالكتروني، وأظهرت تقدماً في الأنشطة البديلة وزيادة التفاعل الاجتماعي، ويمكننا القول أن البرنامج التدريبي بجلساته المخصصة للأم قصد التكفل بالطفلة قد ساعد في التقليل من استخدام الجهاز الالكتروني والتخفيف من الأعراض المرتبطة به.

دراسة الحالة الرابعة:

الاسم: عبد الرحمان

السن: 07 سنوات

الترتيب بين الإخوة: الأصغر

الاضطراب الذي تعاني منه الحالة: إدمان الأجهزة الالكترونية

السيمائية العامة للحالة:

عبد الرحمان طفل يبلغ من العمر (07) سنوات ، مصاب باضطراب طيف التوحد ، ويعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية ، بنيته الجسدية جيدة، طوله بطول أقرانه، شعره أسود ، وعيناه سوداويتين، لا يعاني من أي إعاقة حركية ، لغته غير مفهومة، ينطق باسمه أحيانا (عبد الرحمان شباب)، أو بعض الأرقام (1،2،3)، يتجنب النظر مباشرة إلى الوجه ، يحاول من حين لآخر الخروج من القسم، أو أخذ الهاتف الذكي الخاص بالمربية، يستجيب لبعض أوامرها بعد تكرار ذلك عدة مرات، يظهر عليه الخوف والذعر، بمجرد تحريك المربية يدها، أثناء أداء نشاط معين معه (رمش العينين كثيرا)، والنظر لأصابع يديه بصفة متكررة حسب وصف الأم، بالإضافة إلى نوبات الضحك المفاجئة، والعدوانية اتجاه الذات عند القلق والتوتر، بالإضافة إلى الصراخ الشديد والبكاء عند غلق شاشة التلفاز، أو تغيير طريق العودة إلى المنزل.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء أربع مقابلات مع أم الحالة، دامت ما بين (45-60 دقيقة)، بهدف معرفة التاريخ العائلي والشخصي للحالة وأيضا من أجل تهيئة الأم لإجراء البرنامج التدريبي.

عبد الرحمان طفل يبلغ من العمر (07 سنوات) ، يعيش في أسرة مكونة من الأم (44 سنة)، مأكثة بالبيت ذات مستوى تعليمي ابتدائي، والأب (54 سنة) موظف بشركة خاصة مستواه التعليمي ابتدائي ، يعاني الطفل من

اضطراب طيف التوحد وتعتبر الأم هي المرافق له إلى جمعية التقوى، ولد عبد الرحمان بحمل مرغوب من طرف الأم والأب، كانت ظروف الحمل جيدة (09 أشهر) ، كانت الولادة قيصرية ، لم تكن هناك صلة قرابة بين الوالدين، ولم تحدد أسباب الإصابة بالاضطراب لقول الأم (حاجة ربي ، حاجة ربي وخلاص)، حيث ذكرت الأم أنه عند ولادته كان يعاني من نقص الأكسجين (زاد أزرق) وتم وضعه في الحاضنة لعدة أيام ، وكان وزنه عند الولادة جيد، وكانت الرضاعة طبيعية لمدة عامين، وكانت الأم تلاحظ أن سلوكه غريب منذ الأشهر الأولى بقولها : (كان ما ييكيش وما يتحركش بزاف ، أنا ربيت خاوتيه من قبل ماكانوش هك)، إلا أن الأب والجدة والعائلة الكبيرة بحكم عيشهم بنفس المسكن كانوا يؤكدون لها أنه طبيعي وعادي، وعند بلوغه سنة من العمر ، أسقطته أخته الأكبر منه على رأسه ، حيث كانت الأم غائبة عن المنزل إلا أن المتواجدين في المنزل أكدوا لها أنه تضرر، وبكى لفترة طويلة حتى نام، ولم يتم نقله إلى المستشفى، لكن بعد يومين من سقوطه أصيب بالصرع (شداته كريز)، ومنذ تلك الفترة وهو يتناول دواء (الديباكين - Dépakine)، بعد أخذه إلى الطبيب شخصه أنه مصاب باضطراب طيف التوحد، لقول الأم (أول مرة نسمع بهذا المرض) رغم ذلك لم تأخذه الأم لأي أخصائي نفسي أو أرطوفوني لتشخيص حالته، أما على مستوى النمو الحركي لدى الطفل فإنه كان متأخر حيث بدأ بالحبو والجلوس بعمر (03 سنوات) تقريبا بمساعدة من الأم (كنت نحوظله) ومسك الأشياء بقبضة اليد بعمر أربع سنوات، وعدم القدرة على استخدام الحمام بمفرده إلا بمساعدة الأم، وبالنسبة للنمو اللغوي فالكلمات الأولى كانت بعمر ثلاث سنوات (عبد الرحمان شباب) ، وهو ما كان يردده له الأب باستمرار، مع العد إلى ثلاثة فقط. والأسلوب المتبع مع الطفل لضبط

سلوكه في المواقف الشديدة هو احتضانه من طرف الأم (نعنقه ونسكته) أما علاقته بالآخرين فهو يفضل أخواته البنات ويفضل اللعب بالكرة أو القطة أو محاولة ركوب الدراجة، ومن بين المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل هو إيذاء الذات، عض يده أو يد الأم وعدوانية اتجاه إخوته، كما يعاني من الحركات النمطية ورمش العيون بشدة، والشرود والانسحاب أحيانا والنظر إلى يديه باستمرار وقلة النوم (يفطن في الليل، يبقى نايض ما يرجعش يرقد).

الحالة الراهنة:

عبد الرحمان طفل يبلغ من العمر سبع سنوات ، مصاب باضطراب طيف التوحد ، طوله بطول أقرانه ، ذا بنية جسدية جيدة ، شعره أسود وعيناه سوداويتين، أبيض البشرة ، يعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية حيث بدأ التعرض للشاشة في عمر أربع سنوات تقريبا حسب قول الأم (يحب يتفرج الميكيات Space Toon ، والأغاني التي تعرضها القناة ، كما يفضل الاستماع إلى القرآن الكريم، غالبا ما يقضي أوقات فراغه في مشاهدة التلفاز ، وتعتبر من أهم الأنشطة المفضلة لديه يوميا، حيث يتجه عند عودته إلى المنزل مباشرة إلى التلفاز، والجلوس أمامه والطلب منا تشغيله، حيث ينتابه الفرح والسعادة عند مشاهدة برامجه المفضلة، كذلك يفضل مشاهدة التلفاز على التفاعل مع الآخرين، حيث يصعب لفت انتباهه، ويكون أكثر هدوء وأقل حركة وينسى الجوع والعطش ويكتفي بقطعة من الخبز ويواصل المشاهدة دون انقطاع، حتى ظهور فواصل إشهارية، ولا يبالي بما يدور حوله ولا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة، لكن بعد الانتهاء يبدأ بتقليد بعض الشخصيات الكرتونية وإصدار أصوات غريبة وحركات نمطية،

وعند محاولة منعه من المشاهدة يبدأ بالبكاء والصراخ ويصبح أكثر عدوانية حيث يقوم بعض يده أو شد شعر أخته، مع شعوره بالقلق والتوتر والغضب ويبقى يلح على إعادة تشغيله والبحث عن الريموت ، وهذه السلوكيات التي كانت تشكو منها الأم باستمرار (ماكنتش نعرف كي ندير معاه)، كما أكدت الأخصائية الأرطوفونية أنه لا يوجد تطور كبير في سلوكه، وترجح ذلك إلى عدم التزام الأم بما يطلب منها أو قد يكون بسبب الشاشات.

جدول رقم (39): القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية حالة 04

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز					+
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة					+
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة				+	
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة					+
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره				+	
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة				+	
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة				+	
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة				+	
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى					+
10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز				+	
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز				+	
12	أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية				+	

13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب				+
14	يمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة				+
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز				+
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه				+
17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل			+	
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز				+
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى				+
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة				+
21	يظل هادئاً عند استخدام الجهاز				+
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز				+
23	يمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة			+	
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله				+
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب			+	
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقاً في المشاهدة		+		
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز				+
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة		+		
29	يبدو غائباً عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة			+	
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة				+

31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة				+	
32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه					+
33	يمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز				+	
34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة					
35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة					+
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز					+
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز					+
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل					+
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز				+	
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه					+
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي					+

نلاحظ من خلال الجدول رقم (39) والخاص بنتائج القياس القبلي لمقياس إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحيدي (الحالة الرابعة)، أن الطفلة تحصلت على درجة تقدر ب(113) وهي درجة مرتفعة تدل على مستوى مرتفع لإدمان الأجهزة الإلكترونية.

جدول رقم (40): وصف السلوكيات القبلية (EEF).

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
--------	-------------------	---------	-------	-------

إدمان الأجهزة الإلكترونية	العدوانية اتجاه الذات والآخرين، الصراخ الشديد والبكاء، نوبات الصرع	////////	45 دقيقة بمتوسط 03 ساعات في اليوم	مرتفع
---------------------------	--	----------	--------------------------------------	-------

وانطلاقاً من نتائج مقابلة التقييم الوظيفي (EEF) ، نقول أن الطفل يعاني من إدمان الأجهزة الإلكترونية بمستوى مرتفع وبالتالي فهو بحاجة إلى التكفل، وهذا ما جعلنا ندرجه ضمن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية.

جدول رقم (41): محتوى الجلسات الخاصة بأم الحالة الرابعة.

محاور الجلسة	رقم الجلسة	مكان ومدة الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات	النتائج
مرحلة التعريف باضطراب طيف التوحد والبرنامج العلاجي	(01)	جميعية التقوى للتوحد (60 د)	التعريف بالبرنامج التدريبي من حيث تحديد أهداف البرنامج، عدد الجلسات	المحاضرة، المناقشة.	تمكنت ام الحالة من معرفة أهداف البرنامج، وعدد الجلسات ومدتها وكذا التقنيات المستخدمة، وكذا استبصار أم الحالة بماهية اضطراب طيف التوحد وأعراضه

ومستوياته وأسبابه والمشكلات السلوكية المصاحبة له (طُرحت العديد من الأسئلة من طرف حول الاضطراب وتم الإجابة عليها)، وتم الاتفاق على موعد كل جلسة والتي كانت بمعدل جلستين خلال الأسبوع (يوم الأحد والثلاثاء)الفترة الصباحية.		ومستوياته وأسبابه والمشكلات السلوكية المصاحبة لهذا الاضطراب ،			
تقديم معلومات للأُم حول ماهية إدمان الأجهزة الإلكترونية مع تحديد خصائصها وتحديد الأعراض التي قد يعاني منها طفل طيف التوحد، أبدت أُم الحالة تجاوبا مع الباحثة، من خلال إعطاء وجهة نظرها والامام بالمعلومات حول الموضوع والتعرف على مدى إدراكها لمخاطر الأجهزة الإلكترونية على الطفل.	المحاضرة، المناقشة	- تعريف إدمان الأجهزة الإلكترونية عند الطفل التوحد أعراض الإدمان خصائصه وأسبابه	جميعية التقوى للتوحد 60 دقيقة	(02)	التشخيص التعليمي
استبصار أُم الحالة بمشكل إدمان الأجهزة الإلكترونية لدى ابنها، مع تحديد تاريخ التعرض للشاشات، وتحديد السلوكيات التي قد تكون	المحاضرة، الاصغاء، المناقشة،	- تحديد تاريخ إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد	جميعية التقوى للتوحد 45 دقيقة	(03)	الاستبصار بمشكلة إدمان الأجهزة الإلكترونية عند طفل طيف التوحد

		ومعرفة أوقات الاستخدام وطبيعة الجهاز			سبب في إدمان الطفل على الجهاز الإلكتروني والتي تمثلت حسب أم الحالة في التعرض للتلفاز لمدة طويلة (مشاهدة (space toon) بالإضافة إلى أساليب المعاملة الوالدية للطفل خاصة من جهة الأب باستخدام الهاتف الذكي كوسيلة لتهدئته وكسب قسط من الراحة، وتلبية جميع طلباته، وبالنسبة استكمال أعمال المنزل.
برنامج التعليم للوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية	(04)	جميعية التقوى للتوحد 60 دقيقة	التخطيط للممارسة التعليمية بالتفاوض مع الأم - تدريب الأم على إدارة الانفعالات الناجمة عن إدمان طفل طيف التوحد للجهاز الإلكتروني - تعلم إستراتيجية المواجهة لحل المشكل - تطويع مهارات	المحاضرة، المناقشة، النمذجة، الواجب المنزلي	تم في هذه الجلسة تهيئة الأم لتنفيذ البرنامج التدريبي حيث تم مناقشة أم الحالة حول طريقة الوقاية من إدمان الأجهزة الإلكترونية وتعريفها بأنواع الوقاية (العامة، الانتقائية ، الدالية) ، هذه الأخيرة التي تندرج ضمنها التربية العلاجية والتي على أساسها تم بناء البرنامج، والتخطيط للممارسة التدريبية بالتفاوض مع الأم من خلال تعليمها استراتيجية المواجهة بالفعل لحل المشكل بدل من أسلوب التجنب والهروب (السماح للطفل باستخدام الجهاز للطفل لتهدئته وتلبية

<p>طلبه) ، عن طريق تشجيعها وتحفيزها وزيادة ثقتها بنفسها وتصحيح الأفكار الخاطئة وتزويدها بالطرق الصحيحة للتعامل مع المشكل من خلال الجلسات القادمة للبرنامج وكذا تطوير مهارات التواصل مع المختصين واستخدام الوسائل والطرق للتغلب على المشكل واتخاذ القرار الصحيح للتخفيف والحد من إدمان الجهاز من طرف ابنها عن طريق تدريبه على أنشطة بديلة ، وتنمية مهاراته بدلا من استخدام الجهاز، بعد اتخاذ الأم القرار وإدراكها لأهمية تعديل السلوك بعد استيعابها لأضرار الجهاز الالكتروني وتأثيره على صحة الطفل، كما تم إظهار فيديو للأم كنموذج لمشاركة أمهات في برامج تدريبية وعلاجية كانت لها نتائج فعالة للتخفيف من إدمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل التوحدي(أكدت الام في الأخير انها لم تشارك في أنشطة مع طفلها باستثناء تمارين الفك).</p>		<p>الاتصال بوسائل أخرى - تطوير مهارات اتخاذ القرار - تعليم الأم على كيفية تدريب الطفل على نشاطات للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة.</p>			
---	--	--	--	--	--

السحب التدريجي لاستخدام الجهاز الالكتروني	(05)	جميعية التقوى للتوحد 45 دقيقة	تدريب الأمهات على السحب التدريجي للجهاز للتقليل والحد من الاستخدام المفرط للأجهزة الإلكترونية.	النمذجة (عرض على الأم نماذج لفيدويوهات وصور لأمهات أطفال طيف التوحد يعانون من إدمان الشاشات وكيفية تعاملهن معه) - الحوار، المناقشة	تم المناقشة مع أم الحالة حول الواجب المنزلي واستذكار ما تم في الجلسة السابقة ، كما تم تدريب الأم على التحكم في وقت الاستخدام للجهاز الالكتروني وتعليمها كيفية السحب التدريجي له، استحسننت أم الحالة البرنامج وأكدت استمرارها وتنفيذها لكل ما يتم الاتفاق عليه، وبعد تحديد مدة المشاهدة والتي كانت (45د) تقريبا ومتقاربة (يتحرك غير كي يجي الاشهار)،قدر عدد المرات في اليوم ب(08) مرات، وفي فترات مختلفة صباحية ومساءية وأيام نهاية الأسبوع التي تشهد استخدام متكرر للجهاز الالكتروني (أفلام الكرتون) من طرف الطفل (الهاتف الذكي لابل) والاستغناء عن التلفاز، وتم الاتفاق مع الأم بانقاص (10) دقائق مبدئيا بالإضافة إلى وانقاص مرتين من عدد مرات الاستخدام، خلال الأسبوع الأول من السحب وذلك بضبط المنبه البصري والاتفاق مع الابن مسبقا أنه سيتم
---	------	-------------------------------	--	--	---

					<p>التوقف عن المشاهدة عندما يظهر الضوء في المنبهره</p> <p>، كما تبدأ الأم بقطع الأنترنت في كل فترة لتعويد الطفل على عدم الوصول للشبكة كلما أراد ذلك عند استخدامه الهاتف، كما تم عرض فيديو على الأم يظهر كيفية استخدام الأنشطة البديلة في الوقت المتبقي من استخدام الهاتف وأوقات الفراغ مما شجع الأم على العمل بجد في المنزل، كما تم تقديم صور للأم بها جهاز إلكتروني مشطوب، وصور أخرى تعمل كمنبهات لأضرار الجهاز على صحة الطفل.</p>
<p>استراتيجية مواجهة القلق والتوتر الناتج عن السحب التدريجي للجهاز</p>	<p>(06)</p>	<p>جميعية التقوى للتوحد 45 دقيقة</p>	<p>التقليل من الشعور بالقلق الحاد عند طفل طيف التوحد</p>	<p>المحاضرة، الحث، النمذجة،</p>	<p>في هذه الجلسة تم تدريب الأم على استراتيجية مواجهة القلق والتوتر لدى الطفل الناتج عن السحب التدريجي للجهاز، حيث تم وضع جدول مكاني وزماني للأنشطة البصرية أثناء أيام الأسبوع يتضمن عدة صور لأنشطة بديلة مختلفة تتلاءم مع الطفل حيث يتم تحديد اليوم</p>

					<p>والأنشطة التي ستتم فيه ويفضل أن تكون في أوقات استخدام الجهاز أو أوقات الفراغ عند الطفل، مع وضع صورة الطفل على البرنامج حتى تعرف أن هذا البرنامج خاص به، أبدت الأم فرحتها بهذا الجدول و الصور للأنشطة المقدمة لها كونه سيكون أفضل لتتعرف على الخطوات التي يجب اتباعها (نقضي الصباح واش عندي ونقابله) ، كما أكدت أنه لم يسبق لها استخدامه من قبل ، كما أكدت الأم تنفيذ كل ما اتفقنا عليه في الجلسة السابقة، والمحافظة على السحب التدريجي التي تم الاتفاق عليه خلال الأسبوع الاول وتم تقديم عدة توجيهات للأم في التعامل مع القلق لدى الطفل الناتج عن السحب التدريجي كونه خارج عن إرادته وتجنب رفع الصوت والغضب أو استخدام العنف معه، مع التعزيز الإيجابي عند تنفيذ كل سلوك مرغوب.</p>
معالجة الظروف البيئية	(07)	جميعية التقوى للتوحد	تحديد المثيرات التمييزية	النمذجة ، التكرار ،	تم مناقشة الأم حول ما تم القيام به في المنزل مع الطفل حول السحب

وسحب المثيرات الالكترونية	45 دقيقة	للسلوك الغير مرغوب وضبطها. سحب المنبهات والمثيرات السلبية	التعزيز،	التدريجي، والتعرف على أهم المثيرات التمييزية للسلوك الغير مرغوب (استخدام الجهاز) لمعالجة الظروف البيئية بسحب المنبهات السلبية ، حيث طلب من الأم تسجيل لائحة المثيرات التي تسبق السلوك على بطاقة والتي ذكرت الأم منها (المكالمات الهاتفية الواردة لأم أو الأب ، أو تصفح الجهاز من طرفهما ، وجود ضيوف بالمنزل، وأثناء الخروج من المنزل، ركوب الحافلة)، حيث تم الاتفاق مع الأم بضرورة التقليل من استخدام الهاتف أمام الطفل وتصفحه أثناء غيابها أو عند النوم ، محاولة الأم مشاركة ابنها في أحد الأنشطة البديلة المتفق عليها مع الطفل مسبقا ، إبقاء الهاتف على وضعية الاهتزاز ، كما تم تدريب الأم على تركيب الليجو ، ولعبة الغميضة، وتكرار ذلك عدة مرات مع الطفل وتشجيعه على التقليد لإنجاز ذلك، مع الاستمرار في تطبيق السحب التدريجي(لأسبوع الثاني من السحب)و ذلك
---------------------------------	----------	---	----------	--

					بانقاص (10د) من وقت المشاهدة ،و مرتين من عدد الكرات المتبقية وتعزيز كل سلوك مرغوب أو تعلم مهارة جديدة .
التآزر البصري والحركي	(08)	جميعية التقوى للتوحد 45 دقيقة	تنمية الانتباه المشترك من خلال بعض الأنشطة	التقليد، التكرار، التعزيز،	تم تدريب الأم على تنمية الانتباه المشترك للطفل لكي يساعدها ذلك في التفاعل مع مختلف الأنشطة المقدمة له وذلك بتقريب الأشياء المحببة له إلى وجه الأم وطلب النظر إليها قبل تسليمه ما يريده ، وتكرار ذلك حتى يستجيب الطفل للأم، أو وضع الشيء المحبب له في مكان مرتفع والإشارة إليه بالإصبع مع ذكر اسمه (عبد الرحمان انظر) ، كما يمكن استخدام ضوء مصباح يدوي في غرفة مظلمة وطلب من الطفل تتبعه بالعينين، وإشارة الأم إليه وتشجيع الأم للطفل على الإشارة إليه بالإصبع مع توعية الأم بأن أطفال التوحد ليسوا على مستوى واحد من قدراتهم التعليمية والسلوكية، وقد يتطلب تكرار النشاط حتى يؤدي السلوك المطلوب، كما تم الاتفاق مع أم الحالة على ممارسة السحب بالطريقة

					<p>التي اتفقنا عليها خلال هذا الأسبوع، مع استغلال الوقت المستقطع بنشاط بديل، كما طلب من الأم تسجيل فيديو حول الأنشطة التي تشارك فيها مع طفلتها ليتم تحليله مستقبلا.</p>
<p>تنمية بعض المهارات الحركية</p>	<p>(09)</p>	<p>جميعية التقوى للتوحد 40 دقيقة</p>	<p>تنمية قدرات الطفل وتكوين اتجاهات إيجابية، تخفيف حدة التوتر والقلق</p>	<p>النمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز</p>	<p>مناقشة الأم حول ما تم في الجلسة السابقة ورصد أهم التطورات السلوكية عند الطفل، مثل ملاحظات الأم التي أكدت على تفاعل ابنها قليلا مع الأنشطة المقدمة له، وعدم شعور الطفل بالوقت المستقطع والاستجابة احيانا لطلب الأم عند انتهاء وقت استخدام الجهاز بمجرد ظهور ضوء المنبه، كما تم تدريب الأم على مهارة التشكيل بالعجين ، وتصنيف الخرز مع التلقين اللفظي بذكر الألوان والأحجام ومساعدة الطفل جسديا (جزئيا) كلما دعت الحاجة لذلك، وغلق أغذية القارورات مع تشجيع الأم المتواصل للطفل والتعزيز المناسب له ، وممارسة الأم بعض الأنشطة الحركية الكبيرة مع الطفل</p>

<p>كالجري ورمي الكرة وتمارين رياضية ومحاولة إشراكه في روتين الأسرة، وبعض الأعمال المنزلية كغسل الأواني وتنظيف البلاط ، وإعطاء وقت مستقطع عند شعور الطفل بالملل، مع استمرار الأم في السحب التدريجي للأسبوع الثالث للسحب، وخفض وقت استخدام الجهاز ب(10د) وانقاص من عدد المرات السابقة مرتين في اليوم ، مع استبعاد الهاتف قدر الإمكان، والاستعانة بتطبيق غلق الشاشة) شاشة مظلمة ولكن الهاتف مشغول).</p>					
<p>تقديم قصة اجتماعية للأم بهدف قراءتها لابنها بعد تحديد الهدف منها مسبقا مع الأم، وتتضمن صور توضيحية وعبارات بسيطة تم التركيز فيها على السلوك المرغوب، وتدريب الأم على كيفية قراءتها واستخدام اللغة العامية لتقريب الفهم أكثر للطفل ، حيث صرحت الأم أنها لم تحاول ذلك من قبل) زعماء يفهم)، كما أكدنا على لعب الدور من طرف</p>	<p>التقليد، لعاب الدور، التكرار</p>	<p>تطوير العادات الصحية لتنمية المهارات الحركية عند الطفل التوحيدي -استبدال الجهاز الالكتروني بنشاطات هادفة لملا أوقات فراغه خلال اليوم</p>	<p>جميعية التقوى للتوحد 45 دقيقة</p>	<p>(10)</p>	<p>القصة الاجتماعية</p>

		الأم لربط الفكرة بالصورة والحركات، وتقليد المواقف الموصوفة، وتكرار القصة (من 04-05 مرات في اليوم) ، لتثبيت المهارة المطلوبة، كما أكدت الأم سعادتها بهذا النشاط ومعرفة كيفية تطبيقه . مع مواصلة السحب المتفق عليه لهذا الأسبوع.	-التقليل من السلوكيات العدوانية		
تنمية بعض المهارات الاجتماعية	(11)	جمعية التقوى 60 دقيقة	اللعب والتفاعلات الاجتماعية	النمذجة ، التكرار، التعزيز	طلب من الأم سرد المواقف الفعلية للسحب التدريجي للجهاز الالكتروني وكيف تعاملت الأم مع الصعوبات التي قد مواجهتها ان وجدت، حيث أكدت الأم اتباع كل الخطوات المتفق عليها مسبقا ، ومشاركة ابنها بالأنشطة البديلة حيث أبدت الطفل ميل ملحوظ لهذه الأنشطة ، تم بعدها تدريب الأم على إشراك الطفلة في روتين الأسرة مثل خطوات في الطهي، تناول الطعام معها، تعريفها به (اسمه، طعامه، لونه، نوعه ، ملمسه) ، وزيادة التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب كتدريب الطفل على مهارة تمرير الكرة، والمطاردة والدغدغة،

				<p>وتشجيع الطفل على تقليدها وتكرار تنفيذ الأنشطة لتثبيت المهارة المكتسبة ، وتدريب الأم على التعزيز المتقطع لبعض المواقف وليس كلها ، ومتابعة الأم نفس تعليمات السحب التدريجي (لأسبوع الرابع من السحب) وذلك بإبقاء (10د) لوقت الاستخدام وبمعدل مرتين في اليوم ، ورصد أهم ردود الفعل للطفل بعد خفض وقت الاستخدام للجهاز الإلكتروني.</p>
<p>تقييم البرنامج التدريبي</p>	<p>(12)</p>	<p>جميع التقوى 45 دقيقة</p>	<p>تقييم العملية التدريبية والتحقق من فعاليتها في الحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية. معرفة القدرات والاستراتيجيات التي اكتسبتها الأم من خلال البرنامج التدريبي</p>	<p>لقيت أم الحالة من خلال ما سبق من جلسات تدريبية للتخفيف والحد من إدمان الأجهزة الإلكترونية استحسان وتحفيز للأم بمشاركة ابنها في العديد من الأنشطة والذي لم يكن من قبل ، وتعلمها العديد من الاستراتيجيات والإلمام بالعديد من المعلومات لمواجهة هذا المشكل ، مما شجعها على مواصلة تلك الأنشطة مع ابنها لما التمسته من نتائج فعالة ظهرت من خلال تغيير</p>

سلوك الطفل و التقليل من استخدام التلفاز إل ، واختفاء جل السلوكات الغير مرغوبة التي سبق ملاحظتها قبل البرنامج التدريبي، نتيجة استخدام الجهاز والميل أكثر إلى اللعب والتفاعل مع الأم و الاسرة.					
--	--	--	--	--	--

بعد تطبيق جلسات البرنامج التدريبي الخاصة بالأم ، تم إعادة تطبيق مقياس الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للأم وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم (42): نتائج القياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية (حالة4)

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز	+				
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة		+			
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة				+	
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة	+				
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره	+				
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة	+				
07	يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة	+				
08	أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة	+				
09	يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى		+			

10	ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز	+			
11	فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز	+			
12	أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية	+			
13	يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب	+			
14	يمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة		+		
15	تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز			+	
16	يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه	+			
17	يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل	+			
18	يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	+			
19	يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى	+			
20	لا يريد التوقف عن المشاهدة	+			
21	يظل هادئا عند استخدام الجهاز		+		
22	يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز	+			
23	يمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة	+			
24	يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله	+			
25	لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب	+			
26	لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقا في المشاهدة	+			
27	ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز	+			
28	تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة	+			
29	يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة	+			
30	لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة	+			
31	يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة	+			
32	يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه	+			
33	يمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	+			

34	يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة	+			
35	لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	+			
36	يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز		+		
37	يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	+			
38	ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل	+			
39	لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز		+		
40	تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه		+		
41	لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	+			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (42) الخاص بالقياس البعدي لمقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد الموجه للألم أنها تحصلت على الدرجة (25) وهي نتيجة تدل على مستوى منخفض من إدمان الأجهزة الالكترونية .

جدول رقم (43): وصف السلوكيات البعدية (EEF) .

السلوك	وصف الشكل الظاهري	التكرار	المدة	الشدة
إدمان الأجهزة الالكترونية	اختفاء الأعراض المرتبطة بالأجهزة الالكترونية	//	10 دقائق في كل مرة	منخفض

نلاحظ من خلال الجدول رقم (43) الخاص بالقياس البعدي لمقابلة التقييم الوظيفي (EEF)، الخاصة بإدمان الأجهزة الالكترونية لدى الحالة الرابعة، أن سلوك الإدمان أصبح منخفضا حيث وصل إلى (10) دقائق بمعدل مرتين في اليوم.

خلاصة عامة للحالة الرابعة:

من خلال نتائج الحالة وفاء المستخلصة من المقابلات مع الأم ومقياس إدمان الأجهزة الالكترونية للطفل التوحدي، ومقياس مقابلة التقييم الوظيفي والبرنامج التدريبي للأمهات، القائم على التربية العلاجية باستخدام أساليب وتقنيات التربية العلاجية التي تندرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي، ومن خلال الجلسات المطبقة مع الأم، اتضح ما يلي:

كانت الحالة تعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية، بمستوى مرتفع والذي كان يساوي (113)، على مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد (القياس القبلي)، بعد تطبيق البرنامج التدريبي تحسنت على (25) درجة (القياس البعدي)، وعلى مقياس التقييم الوظيفي مقابلة التقييم الوظيفي (القياس القبلي)، كان متوسط استخدام الجهاز الالكتروني (21) ساعة في الاسبوع) وبعد تطبيق البرنامج بلغ متوسط استخدام الطفلة للجهاز الالكتروني (03.30 ساعة) وهذا ما يدل على انخفاض واضح في مستوى إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفل قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي. ظهر إدمان الأجهزة الالكترونية لدى الطفل نتيجة التعرض المكثف للشاشة وكذلك نتيجة المعاملة الوالدية على تلبية طلبات الطفل والسماح له بمشاهدة التلفاز كلما رغب في ذلك، وتهديته بالجهاز الالكتروني، وانه أصغر افراد العائلة، وأيضا كونه مصاب باضطراب التوحد، وتجلت أعراضه في الصراخ والبكاء الشديد، القلق والتوتر، نوبات الصرع، فرط الحركة. أبدت أم الحالة تجاوبا كبيرا خلال جلسات البرنامج التدريبي المقترح حيث اختفت جل الأعراض المرتبطة باستخدام الجهاز الالكتروني، وأظهرت تقدما في الأنشطة البديلة وزيادة التفاعل الاجتماعي للطفل مع افراد الاسرة، ويمكننا القول ان البرنامج التدريبي بجلساته المخصصة للأم قصد التكفل بالطفلة قد

ساعد في التقليل من استخدام الجهاز الالكتروني والتخفيف من الأعراض المرتبطة به.

- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

بعدما قامت الباحثة بدراسة الحالات وتفرغ نتائج القياس وتنظيمها (مقياس إيمان الأجهزة الالكترونية، ومقابلة التقييم الوظيفي)، تم تطبيق الأساليب الإحصائية التي يتطلبها البحث، والتي تسمح لنا باختبار فرضيته والمتمثلة في نقطتين:

أولاً: الإحصاء الوصفي: المتوسطات الحسابية الانحراف المعياري التكرارات، النسبة المئوية.

ثانياً: الإحصاء الاستدلالي: اختبار ألفا كرونباخ، اختبار جوتمان، اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، تحليل التباين ANOVA ، الاختبار اللابارامتري الخاص بالفروق بين مجموعتين مترابطتين WILCOXON

وتتم معالجة المعطيات ببرنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS.26).

- عرض نتائج الفرضية العامة: تنص هذه الفرضية على أن للبرنامج التدريبي المقترح القائم على التربية العلاجية للأمهات فعالية للوقاية من إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد.

وللإجابة على هذه الفرضية تم اقتراح برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية، يتضمن تقنيات و أساليب التربية العلاجية والتي تندرج تحت العلاج السلوكي المعرفي (السحب التدريجي، النمذجة، التعزيز التقليد، التغذية الراجعة لعب الدور، التكرار، الحث، الواجب المنزلي) وكذا النشاطات الفنية كالرسم وتشكيل العجين).تم تطبيقه على أربع (04) أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، يعانون من إدمان الأجهزة الالكترونية (02 إناث، 02 ذكور)، واختبار فعالية البرنامج التدريبي المقترح تمت المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس مقابلة التقييم الوظيفي من خلال متوسط استخدام الطفل للجهاز الالكتروني في الأسبوع، وكذا مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية لطفل طيف التوحد، باستخدام الإحصاء اللابرامتري من خلال اختبار (WILCOXON).

وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (44): اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس القبلي والبعدي لمستوى إدمان الأجهزة الالكترونية

مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية	الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
---------------------------------	-------	-----------	-------------	-------------	--------	---------------

						لدى طفل طيف التوحد
0.05	2.03 _	15 00	0.3 00	0.5 00	الرتب السالبة الرتب الإيجابية	بعد البروز وسوء الاستخدام () القبلي، البعدي
0.05	2.04 _	15 00	0.3 00	0.5 00	الرتب السالبة الرتب الإيجابية	بعد الاعتقاد (القبلي - البعدي)
0.05	2.02 _	15 00	0.3 00	0.5 00	الرتب السالبة الرتب الإيجابية	بعد التحمل والانسحاب) القبلي - البعدي
0.05	2.02 _	15 00	0.3 00	0.5 00	الرتب السالبة الرتب الإيجابية	بعد الصراع) القبلي - البعدي

نلاحظ من خلال الجدول، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي في مستوى إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد لصالح القياس البعدي، حيث كان مستوى الإدمان لدى الطفل من خلال مقياس إدمان الأجهزة الالكترونية مرتفعاً قبل تطبيق البرنامج لكنه أصبح منخفضاً، بعد تطبيق البرنامج التدريبي، وهو ما يتضح من خلال ارتفاع مجموع الرتب السالبة مقارنة بالرتب الإيجابية وعليه نقول أن البرنامج العلاجي المقترح ساهم في التقليل من الإدمان على الأجهزة الالكترونية ومؤشراته الأربعة لدى طفل طيف التوحد.

- لقياس حجم الأثر (Effect Size) ، تم حساب قيمة معامل حجم الأثر
وفق المعادلة التالية :

$$\text{حجم الأثر} = \frac{\text{قيمة } z}{\sqrt{n}}$$

(الفتحي، 2012: 610)

شكل رقم (45): معادلة لحساب قيمة معامل حجم الأثر

وبالتعويض في المعادلة نجد: أن قيمة الأثر قد بلغت (0.91)، بين
القياسين القبلي والبعدي وهي قيمة مرتفعة نسبياً، تقترب من الواحد صحيح
وهو ما يدل على فعالية البرنامج التدريبي في التقليل من إدمان الأجهزة
الإلكترونية لدى طفل طيف التوحد.

هذه النتائج تؤكد أن الاستخدام المكثف و المتكرر للأجهزة الإلكترونية من
طرف الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يؤدي إلى الإدمان عليها فمن
خلال الدراسة الميدانية أظهرت العينة مستويات مختلفة من إدمان الأجهزة
الإلكترونية تراوحت بين الإدمان المنخفض في فئة (من 00-50)، وإدمان
متوسط (من 50-110) ، وهذا يشير إلى عدم الاستهلاك المفرط للشاشات
من حيث المدة والتكرار، بعكس الأطفال الذين أظهروا مستوى مرتفع من
إدمان الأجهزة الإلكترونية في المقياس ككل وكذا في أبعاد المقياس
وانحسرت نتائجهم في الفئة (111-164) ، حيث أظهروا مجموعة من
الأعراض نتيجة الاستخدام المتكرر للأجهزة الإلكترونية، ولهم تاريخ من

التعرض المكثف للشاشات وظهرت عليهم سمات سوء الاستخدام وبروز اعراض التحمل والانسحاب والاعتماد على الأجهزة والصراع، ويرى (Mazurek et Engethardt 2013) انه غالبا ما ينجذب الافراد المصابين باضطراب طيف التوحد بشدة الى الأجهزة الالكترونية التي تحتوي على شاشات وهم ليسوا معرضين فقط الى خطر متزايد للإصابة بإدمان الشاشات بل أكثر عرضة لإظهار اعراض اكبر من وقت التعرض للشاشة (Micah.O, 2013, p. 316) وتجلت هذه الاعراض في مشكلات سلوكية متعددة كفرط الحركة ونقص الانتباه والسلوكيات المتكررة و النمطية والعدوانية اتجاه الذات و الاخرين كالعض ولطم الوجه وضرب الرأس إلى الحائط ، ومشكلات انفعالية كالصراخ والبكاء الشديد وتقلب الحالة المزاجية و الاندفاعية ، حيث أشار (Kuhyama 2011) ان هذه الفئة معرضة لخطر أكبر للإصابة بالاضطرابات النفسية بما في ذلك اضطراب المزاج وفرط الحركة و نقص الانتباه و التشنجات اللارادية و الهلوسة و الانفصال و السمات الوسواسية و الاثارة العالية و التأقلم الضعيف والقلق الذي يرتبط في اضطراب التوحد باضطراب في تخليق السيروتونين و نشاط اللوزة ، وقد ارتبط تنظيم السيروتونين و تغيرات اللوزة بوقت الشاشة، كما ظهر على افراد العينة التوتر والغضب وأعراض جسمية كضعف البصر، والصرع ومشكلات اجتماعية كالانسحاب والعزلة ، وقلة التفاعل والتواصل الاجتماعي، وتأخر اللغة، واكد(Uhls 2014) ان وقت الشاشة يزيد من التوتر المزمن والحاد لان ادمغتهم أكثر حساسية واقل مرونة ومعرضون لمشاكل تنظيم الاثارة التي تظهر من خلال الاستجابة المبالغ فيها للتوتر، او الاختلال العاطفي ، كل هذه الأعراض تشكل خطر على صحة الطفل فغالبا ما تعاني هذه الفئة

من مشاكل في التكامل الحسي الحركي، هذا ما يعيق نموه ، وتطوره ويزيد من حدة الاضطراب وتأزمه وهذه النتيجة تتوافق مع ما أشارت إليه دراسة (هانيو دونج- Dong.H 2021) التي اظهرت أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يقضون أطول وقت على الأجهزة الالكترونية مقارنة بأقرانهم العاديين وأنه كلما زاد وقت الشاشة زادت شدة أعراض التوحد (خاصة الأعراض الحسية) وزيادة تأخر النمو وضوحا خاصة في مجال اللغة وبصفة أكبر الأطفال المصابين بالتوحد الذين يقضون وقتا أطول مع الشاشات وبمرر أصغر، وكذا دراسة (فلمينج ميشل- Fleming Michel,2001) التي أكدت تأثير الشاشات والألعاب الالكترونية على حالة الطفل العقلية والاجتماعية وظهور سلوكيات الانسحاب والاكتئاب والقلق وظهور مشكلات في التفاعل الاجتماعي والعدوانية والانطوائية، كما بينت دراسة (سوبراهمانيام- Subrahmanyam,2000)، أن استخدام الأجهزة الالكترونية يؤثر على ممارسة النشاط البدني مع وجود خطر متزايد للإصابة بالبدانة وضعف البصر، والرسغ وآلام الظهر وزيادة السلوك العدواني والصرع، كما أظهرت دراسة (محمد قاسم عبد الله، 2015) إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين إدمان الأنترنت وتوهم المرض والتهيج والاستثارة والقلق الاكتئابي، والملل والانسحاب، والاستياء والوهن النفسي وعدم الكفاية النفسية والانحراف السيكوباتي، وقد ذهب بعض المختصين والأطباء إلى تشابه أعراض إدمان الأجهزة الالكترونية بأعراض اضطراب طيف التوحد، وهذا ما أشارت إليه دراسة (شرابة عبد الرحمان، 2020)، ودراسة (بن شدة مليكة، 2022)، التي توصلت كل منهما إلى تداخل

أعراض التوحد الافتراضي وأعراض طيف التوحد، وأن الفرق بينهما يكمن في مرحلة التكفل.

كما اتضح لنا من خلال الدراسة الحالية أن إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد يتأثر بالجنس لصالح الذكور، حيث كانت نسبتهم اكبر من نسبة الاناث، بمعنى أن الذكور المصابين باضطراب طيف التوحد أكثر استخداما للأجهزة الالكترونية مقارنة بالاناث، لكن على العموم أظهر كلا الجنسين أعراض سوء الاستخدام والتحمل والانسحاب والاعتیاد والصراع تجلت من خلال اضطرابات فيزيولوجية وانفعالية واجتماعية التي تدل على معاناة طفل طيف التوحد من إدمان الأجهزة الالكترونية، وهذا ما أكدته دراسة (Sue Huei Chen,2013)، عن وجود ارتباط بين إدمان الأنترنت والجنس الذكوري، وانخفاض الدعم الأسري وضعف التكيف الاجتماعي والأعراض المرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والسمات التوحدية، ودراسة (MACMULLIN et al 2015) ان الافراد المصابون باضطراب التوحد قادرون على استخدام الأجهزة الالكترونية اكثر بكثير من الافراد العاديين و الذكور أكثر قدرة في ذلك بشكل ملحوظ من الاناث.

أما من حيث سن الأطفال كانت النسب متقاربة بين الفئتين (الأقل من 10 سنوات والأكبر من 10 سنوات)، كون اضطراب طيف التوحد يرتبط بالاضطرابات العصبية و قد يزيد وقت الشاشة الى زيادة الالتهاب في الجهاز العصبي عند أطفال التوحد باختلاف أعمارهم، وأشار (HERBERT et SAGE 2013) ان أطفال التوحد اكثر حساسية للحقول الكهرومغناطيسية المنبعثة من الأجهزة الالكترونية وتعكس

الامراض التي تظهر في التوحد التاثيرات التي تم اثباتها في الأبحاث حول التاثيرات البيولوجية لهذه الحقول التي تنتج عنها التشوهات المناعية ومشاكل الحاجز في الأمعاء و الحجات الحاجز، وقد يرتبط أيضا بالتعرض المبكر للشاشات لكلا الفئتين فهم ينجذبون بشدة للشاشات وهذا ما تم رصده لدى عينة الدراسة، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة (زامفير-2017, Zamfir)، أن الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد لديهم تاريخ استهلاك مفرط للبيئة الافتراضية خلال الفترة العمرية (من 00-03 سنوات) ، ما يشير إلى الحرمان الحسي الحركي والاجتماعي الوجهي الناجم عن استهلاك (أكثر من 04 ساعات في اليوم) في البيئة الافتراضية، وكذلك دراسة كل من (Chonchaya2011) و(Megumi, 2020 Kushima) التي أشارتا أن هناك بداية مبكرة و معدل اعلى أمام الشاشات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

كما اتضح من خلال الدراسة الحالية أن ترتيب الطفل بين الإخوة له دور في إدمان الأجهزة الالكترونية خاصة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد(الطفل الأصغر والطفل الوحيد لوالديه)، ويمكن أن نرجع ذلك لعدة أسباب منها إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد حيث يؤثر ذلك على طريقة معاملة الأسرة خاصة الوالدين له و التي تكون اكثر اجتماعية وعاطفة إضافية تساهم في الافراط في استخدام الأجهزة الالكترونية ، كما يتم في أغلب الأحيان تعامل الوالدين مع سلوكيات شديدة ومزعجة المصاب باضطراب التوحد بتسليم الجهاز للطفل لتهديته، كما يرى بعض الآباء أن المشاهدة ولعب ألعاب الفيديو أمر طبيعي للطفل التوحدي كغيره من الأطفال الطبيعيين، وفي بعض الأحيان استخدام الجهاز الالكتروني كمعزز

كونه الشيء الوحيد الذي ينجح معه، وهو نفس الشيء بالنسبة للطفل الوحيد عند والديه، و ويرى (Uhls 2014) ان نقص الدعم الاسري الاجتماعي او الشعور بالوحدة من العوامل المهمة للتنبؤ بإدمان الشاشات و استخدامها لملا وقت فراغهم.

نجد من خلال الدراسة الحالية أن هناك علاقة بين السن، والمستوى التعليمي، ووضعية الاجتماعية للام في إدمان الأجهزة الالكترونية لدى طفل طيف التوحد، فمن حيث السن كلما زاد السن زاد خطر إصابة الطفل بإدمان الأجهزة الالكترونية، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تعب الام مع زيادة العمر وزيادة عدد الاطفال وطبيعة اضطراب الطفل وكثرة الواجبات الملقاة على عاتقها، وبالتالي زيادة الضغوط النفسية ما يجعلها اقل حزمًا و مراقبة للطفل، وأيضًا لصالح الأمهات الماكثات بالمنزل و قد يعود لوقت الفراغ الذي يقضيه الطفل داخل المنزل واستغلاله في المشاهدة بخلاف الام العاملة التي يقضي طفلها يومه غالبًا في الروضة، وكذا المستوى التعليمي المتوسط للام الذي قد يؤثر على معرفتها والوعي بأضرار الأجهزة الالكترونية على طفلها، وهذا ما اشارت اليه دراسة (علاء سيد احمد سعيد 2024) التي هدفت الى تقييم معرفة الأمهات و ممارستهن و مواقفهن اتجاه اطفالهن المصابين باضطراب طيف التوحد و التي تضمنت (البيانات الاجتماعية، و الديمغرافية للأمهات و ومعرفة الام) أظهرت النتائج ان معظم الأمهات لديهن معرفة اجمالية ضعيفة بأطفالهن المصابين بالتوحد وموقف اتجاه التوحد، كما كانت لديهن ممارسة مرضية اتجاه الاضطراب ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين البيانات الاجتماعية و الديمغرافية للأمهات و معرفتهن وموقفهن اتجاه اطفالهن.

وبما أن الدراسة تهدف بالأساس إلى التكفل بطفل طيف التوحد الذي يعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية، تم اقتراح برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية تم تطبيقه على أربع أمهات لأربع حالات (02ذكور، 02 إناث) أطفال مصابين باضطراب التوحد، تم اختيارهم كونهم يعانون من مستوى إدمان أجهزة إلكترونية مرتفع وبعد مقارنة نتائج القياس القبلي والبعدي للمقياس، وكذا نتائج مقابلة التقييم الوظيفي مع أمهات حالات الدراسة اتضح أنه ساهم بشكل فعال في التقليل من إدمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد (عينة الدراسة)، ويعزى ذلك إلى البرنامج التدريبي من خلال توظيف مجموعة من أساليب وتقنيات التربية العلاجية التي تتدرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي (السحب التدريجي النمذجة، التقليد، لعب الأدوار، التكرار، التعزيز، الحث، التغذية الراجعة).

حيث اعتمدت الباحثة في صياغة أهدافه على أربع مراحل للتربية العلاجية هي: التشخيص التعليمي، تحديد البرنامج وإعطاء أولوية التعلم، التخطيط وتنفيذ الجلسات، إجراء تقييم للعملية التدريبية، فمن المهم تطوير التشخيص التعليمي خلال جلسات فردية مع الأمهات لتحديد مشكلة الطفل، ورصد وتوقعاتها، وصياغة المهارات التي سيتم اكتسابها وتعبئتها أو الحفاظ عليها مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية اضطراب طيف التوحد، ودرجته وكذا شدة الأعراض التي يعاني منها الطفل نتيجة إدمانه على الأجهزة الالكترونية، ويرى (Fisher 2014) ان التشخيص التعليمي يتيح لنا من الناحية العملية فهم جوانب مختلفة من حياة المريض و شخصيته وتقييم امكانياته ومراعاة طلباته، ويحدد حالات الضعف النفسي و الاجتماعي كما يتيح لنا معرفة الأفكار السلبية والخاطئة التي تكونها الام حول الأجهزة

الالكترونية ، أو طريقة التعامل مع المواقف الصعبة الناتجة عن التعلق بالجهاز الالكتروني، ومعرفة الكيفية التي تتعامل بها الأم مع هذه المشكلة وتقييم قدراتها وإمكانياتها من الناحية العملية من خلال فهم الجوانب المختلفة لحياة الطفل ومدى إمكانية تحسين وتعديل سلوكه بإعطاء وجهة نظرها وطرح أسئلة دقيقة حول المشكل، وتأثيره على الطفل، وهذا بهدف تحديد أولويات البرنامج وأهدافه التعليمية والتدريبية حول إدمان الأجهزة الالكترونية عند الطفل المصاب بطيف التوحد، مما يسمح بتبادل المعلومات والخبرات ما يؤدي إلى شراكة حقيقية في التكفل.

ساهمت تقنية التشخيص التعليمي في زيادة كفاءة الأمهات بتقديم المعلومات والمعارف الصحيحة التي تخص جوانب مختلفة من اضطراب طيف التوحد وجوانب متعددة حول مشكلة إدمان الأجهزة الالكترونية لدى فئة أطفال اضطراب طيف التوحد، وأولت الباحثة الاهتمام باستبصار الأمهات و ادراكهن ما يحدث في دماغ اطفالهن نتيجة تفاعلهم مع الشاشات، و كيف تترجم الى اعراض تأثر على صحة الطفل، وأهمية تدارك المشكلة السلوكية والصحية التي تشكل خطرا على الطفل التوحدي، فبالرجوع الى نظريات التي تساند اليها التربية العلاجية يشير نموذج المعتقدات الصحية ان ممارسة الفرد للسلوك الصحي يتم بمعرفة عاملين هما: ادراك الخطر الصحي(شدة الخطورة) ومواجهة التهديد، مقدار الفوائد التي يتحصل عليها عند ممارسة السلوك الصحي

تم في هذه الدراسة أيضا استخدام التشخيص التعليمي مع أمهات حالات الدراسة لمعرفة الصعوبات التي تواجهنها نتيجة هذا الإدمان، ورصد خبراتهن المعرفية، في التعامل مع ردود الفعل الناتجة عن تأثير الجهاز الالكتروني

واستبدالها بأنماط تفكير أفضل بتقديم مجموعة من الخبرات التحسيسية والتثقيفية التوعوية حول خطورة التبعية السلوكية للأجهزة الالكترونية، خاصة على طفل طيف التوحد. وفي هذا الصدد تبين دراسة (سماح العوضي بسام 2019) ان هناك علاقة بين معرفة الأمهات وكل من الوعي والتغيير في درجات سلوك الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بعد تنفيذ البرنامج.

كما كان الهدف من التشخيص التعليمي تعديل البيئة المنزلية للطفل حتى يصبح أكثر ملائمة لتعديل السلوك المشكل، وتعزيز دافعية الام وتشجيعها على مواجهة هذا الإدمان، وهذا ما اعتمدته دراسة (Solomon 2008) التي هدفت الى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لآباء و أمهات الأطفال التوحديين لتحسين التفاعل الاجتماعي مع أطفالهم باستخدام مبادئ تعديل السلوك و تعديل البيئة والتي ساعدت على التفاعل الاجتماعي و تحسين السلوك التكيفي لدى أطفال التوحديين. وهذا ما جعل جميع أمهات حالات الدراسة أكثر رغبة في استكمال البرنامج، حيث تم توجيه فاعليتهن نحو العمل على تطوير وتنمية مهارات الطفل من خلال تنظيم المكان والزمان بتوظيف أنشطة بديلة، وهذا ما تم التماسه من خلال أداء الأمهات للواجبات المنزلية وقد أكدت نظرية الفاعلية الذاتية (لباندورا-Bandura) ان الأداء الإنساني يفسر من خلال تفاعل العوامل الذاتية الداخلية (المعرفية و الانفعالية ، البيولوجية) و العوامل البيئية و السلوك بطريقة تبادلية تعكس اختيار الفرد للأعمال المتضمنة الأداء و بذل مجهود والمواجهة و انجاز السلوك. فأمهات الحالات الأربعة أظهرن خلال الجلسة الأولى رغبة واضحة في استكمال البرنامج، وتعاونهن واستعدادهن وتشوقهن للتدريب.

أما في المرحلة الثانية، تم إعطاء أولوية التعلم والتدريب بعد الاستبصار مشكلة الإدمان عند كل طفل محل الدراسة من خلال تاريخ الحالة، والتعرف على بداية التعرض للجهاز، ومعرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك، والظروف البيئية المحيطة بالطفل، والأعراض التي تظهر عليه نتيجة استخدامه للجهاز الإلكتروني، ومعرفة أوقات الاستخدام، مدتها وتكرارها بالاستعانة (بمقابلة التقييم الوظيفي) ومحاولة مساعدة الأم على فهم كيفية ارتباط استخدام الأجهزة الإلكترونية بالحالة المزاجية والانفعالية للطفل، وتأثيرها على صحته نتيجة التبعية السلوكية للجهاز، حيث قامت الباحثة بتقديم الطرق والاستراتيجيات الصحيحة التي على الأم والطفل المصاب باضطراب طيف التوحد اكتسابها لوقاية الطفل من إدمان الأجهزة الإلكترونية، من خلال المجهودات التي ستبذلها الأم بعد تعلمها إدارة الانفعالات وتعلم استراتيجية المواجهة لحل مشكلة الإدمان عند الطفل ومعرفة الذات والثقة بالنفس، وتطوير مهارات اتخاذ القرار لتعديل سلوكه، وهذا ما أظهرته دراسة (Weiss 2015) ان السلوكات المشكلة عند الطفل التوحيدي مرتبطة بعدم قدرة الامهات على التكيف مع مشكلات اطفالهن نتيجة تعرضهن للخبرات و الازمات المرتبطة بالاضطراب مما يسبب لهن ضغوط نفسية لكن بعد تدريبهن انخفضت الضغوط النفسية، وزادت مهارتهن في التكيف مع مشكلة اطفالهن وانخفاض السلوك العدواني، وكذلك من خلال مجموعة من الممارسات والتدريبات حول الأنشطة البديلة التي تساعد الطفل على بناء وتنمية مهاراته ووقايته من مضاعفات المشكل، وتطوير السلوك الصحي من خلال إشراك الطفل في الأنشطة اليومية التي تم تنظيمها ضمن جدول الأنشطة البصرية، ويتوافق هذا مع دراسة (Singh 2006) التي هدفت الى

الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي للوالدين لتطوير مسارات الأنشطة البديلة للحد من السلوكيات الغير تكيفية والمشكلة للأطفال التوحديين بتطوير معاملتهم واساليبهم وافصت النتائج الى رضا الوالدين وانخفاض السلوك العدواني و السلوك الغير تكيفي عند الطفل التوحدي.

ساعدت مرحلة التخطيط والتنفيذ في الدخول الفعلي في تطبيق البرنامج التدريبي حيث ترجع نظرية السلوك المخطط (اجزن Ajzen وفيشهاين Fishheiu) انخراط الافراد في السلوكيات ذات العلاقة بالصحة تنتج عن مدى تقييم الفرد لكل من النتائج المترتبة عن ممارسة السلوكيات الصحية ومدى توافقها مع قناعاته الذاتية، وان ممارسة السلوك الوقائي عملية تتطلب تخطيط مسبق ووفق عمليات استدلالية تجمع بين كل من المكونات المعرفية و الاجتماعية وتبدأ بتقييم أهمية النتائج التي سيجنيها من هذا السلوك والى الأثر و رد الفعل الذي يجده عند الآخرين.

كما يشير ذلك الى الأثر الإيجابي لأساليب وتقنيات التربية العلاجية المستندة على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين وتنمية المهارات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والتقليل من استخدام الأجهزة الالكترونية وذلك حسب كل حالة وهي متوافقة مع دراسة (عهود بنت بشير العسكر 2011) و (Paisey 1998) و (سيدة أبو سعود سليمان 2005) و (سهام عبد الغفار عليوة 2002) و (Seung 2006) و (JEFFERY 2006) و (Lesack 2014) ودراسة (عبد الرقيب احمد البحيري 2018) في توظيف العلاج السلوكي المعرفي لخفض المشكلات السلوكية و الانفعالية لدى الطفل التوحدي، كما ساعدت من جهة الأمهات على تصحيح الأفكار السلبية والخاطئة لديهن واستبدالها بأفكار إيجابية وتكيفية لدعم قدرتهن في

وقاية أطفالهن من ادمانهم للأجهزة الالكترونية، حيث أظهرت أم الحالة الأولى تغيير البيئة المسببة لإدمان الطفلة بالاتفاق مع الأب، ووضع قواعد خاصة باستخدام الجهاز، أما أم الحالة الثانية فقد خصصت أنشطة أخرى بديلة إضافية لمشاركتها مع الطفلة أما أم الحالة الثالثة فقد تخلصت من جهاز التلفاز من المنزل، وأبقت على جهاز الهاتف الذكي مع التقليل وتحديد أوقات استخدامه ، أما بالنسبة لأم الحالة الرابعة فبعد أن كانت لا تمارس أي نشاط مع الطفل أو تؤدي واجب منزلي، فقد ساعدتها معرفتها بالخطوات لكل نشاط وكيفية تطبيقه إلى تدريب الطفل وزيادة تفاعل الأطفال أكثر مما كان عليه في السابق وبالرجوع الى النموذج المعرفي السلوكي نجده يؤكد ان معالجة ادمان الأجهزة الالكترونية يتمثل في معالجة تلك المعتقدات الغير توافقية و العوامل البيئية.

ساهمت تقنية السحب التدريجي للجهاز الالكتروني والتعزيز الإيجابي الذي كان مباشرا ثم متقطع، في مساعدة الأمهات بجعل الأطفال ينفصلون تدريجيا عن الجهاز الالكتروني، وبداية تفاعلهم مع الأنشطة البديلة المخصصة لكل حالة، والتي تم تعويضها في الوقت المستقطع من وقت المشاهدة ، اختفت أغلب الاعراض بدرجة ملحوظة لدى الحالات حسب ملاحظات الأمهات، كاستخدام المفرط ولفترة طويلة والانسحاب وردود الفعل عند منعه من الجهاز، ونقص المشكلات الانفعالية والسلوكية والجسمية والاجتماعية، وهذا ما أكدته دراسة (سعيد صادقي 2018) التي هدفت الى البحث عن اثار تدريب الوالدين على مدة ووقت الشاشة و السلوكيات المتكررة و اعراض التوحد لدى الأطفال فأظهرت النتائج ان تدريب الوالدين قلل من وقت استخدام الشاشات، وزاد تواصلهم مع الاهل و

خفض السلوكيات المتكررة، كما تم تطبيق هذه التقنية عبر مراحل متدرجة تقوم على أساس الانقاص (05 دقائق) لليوم الأول، مع إضافة دقيقة لكل يوم من وقت استخدام الشاشات، والانقاص المتدرج في عدد المرات خلال اليوم وتعويضه بنشاط بديل تم اتفاق الأم عليه مع الطفل مسبقاً، وتحديدته على جدول الأنشطة البصرية الخاص بالطفل ومشاركته في ذلك، مع وضع منبه بصري لمعرفة الطفل أن وقت الاستخدام قد انتهى، إلى أن يصل الطفل إلى أقل وقت في استخدامه للجهاز الإلكتروني، ومن حيث عدد المرات كذلك ويتم رصد كل السلوكيات الإيجابية والسلبية الناتجة عن السحب التدريجي للجهاز وتعزيز السلوكيات المرغوبة لدى الطفل، ويتم إطفاء السلوكيات غير المرغوبة.

أظهرت أمهات الحالات من خلال بداية تطبيق السحب التدريجي للجهاز عدم تفتن الأطفال للوقت المستقطع، و اظهروا استجابة ملحوظة للأنشطة البديلة خاصة مع الحالات الثلاثة الأولى، باستثناء الحالة الرابعة التي وجدت صعوبة في تنفيذ الأنشطة مع الطفل في البداية، إلا أنها بتكرارها التمت بعض التفاعل من طرف الطفل، وقد يعود السبب في ذلك إلى إصابة الطفل بالتوحد الشديد، كذلك إلى عدم مشاركة الأم في أنشطة معه من قبل، ومع توالي الحصص التدريبية بدأت الأعراض المرتبطة باستخدام الأجهزة الإلكترونية تختفي شيئاً فشيئاً كالأعراض الانفعالية مثل البكاء والصراخ والغضب ولطم الوجه، و السلوكيات النمطية المتكررة، والاجتماعية بزيادة التفاعل، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة (سعيد صادقي 2018) التي توصلت الى ان تدريب الوالدين قلل من وقت استخدام الأطفال للشاشات وزاد تواصلهم مع الاهل وخفض من السلوكيات المتكررة، ودراسة) Karen

2022 Haeffler Frankel) التي أظهرت تحسن ملحوظ على حالة الأطفال عند استبدال وقت الشاشة بوقت اجتماعي من خلال أنشطة اجتماعية ونقص الاعراض عند التقليل من وقت الشاشة و السلوكيات المتكررة والمقيدة، أما بالنسبة للحالة الرابعة فقلت نوبات الصرع المصاحبة الناتجة عن اعتراض الطفل عند منعه من الجهاز، وأشار (Radesky 2016) ان الطفل التوحدي غالبا ما يعاني من مشاكل في التكامل الحسي الحركي و التشنجات العصبية وقد ارتبط وقت الشاشة بتأخيرات في المعالجة حسية وزيادة في التشنجات العصبية و الحركية بسبب اطلاق الدوبامين وفي اغلب الأحيان تتضاءل هذه الاعراض بمجرد إزالة الأجهزة الالكترونية، وأيضا تطور الحالة الثانية في اكتساب مجموعة من الكلمات وتشجيعها على النطق أكثر أثناء مشاركتها الأنشطة البديلة مع الأم بمحاولة الأم استخدام التلقين اللفظي أثناء كل نشاط (بديت نعلمها تهدر غاية) ، وهذا من خلال تكرار مواقف السحب التدريجي وممارسة الأنشطة وأداء الواجب المنزلي، والتي دامت ستة أسابيع. كما تم استخدام التعزيز الإيجابي في مواقف السحب التدريجي وأثناء ممارسة الأنشطة البديلة، ثم أصبح متقطعا حتى لا يألف الطفل ذلك، وكان التعزيز المادي يتمثل في لعبة، حلوى، شيبس، أو شيء مفضل لدى الطفل، والتعزيز المعنوي، كالمدح والثناء والتصفيق.

إن تنمية المهارات المختلفة من خلال تدريب الأم للطفل على أنشطة بديلة كان له أثر في التخفيف من أعراض إدمان الأجهزة الإلكترونية وزيادة تحسن في المهارات المختلفة، كالقدرة على التركيز والتفاعل الاجتماعي و زيادة القدرة على التقليد، والاستجابة الحسية، البصرية، والسمعية، نتيجة اهتمام

الأمهات و إشرافهن على تدريب أطفالهن وتوظيف تقنيات النمذجة والتقليد ولعب الدور، التي ساعدت في خفض القلق والتوتر الناتج عن سحب الجهاز بالإضافة إلى صور البطاقات التي تحتوي على السلوكيات السلبية و السلوكيات الإيجابية التي تسهل وصول الفكرة للطفل كإظهار صور هاتف مشطوب، وعيون متورمة، نتيجة استخدام الشاشة، وفي هذا الصدد نجد دراسة كل من (Paisey1991) و (Symon 2005) ودراسة (Solomon 2008) قد وظفت فنيات النمذجة وإعادة التوجيه و التقليد في تحسين كفاءة الوالدين في التعامل مع المشكلات السلوكية والتخريبية وتنمية بعض المهارات، وتحسن التفاعل الاجتماعي والسلوك التكيفي للأطفال التوحديين.

وقد تم الاعتماد على تقنية الحث والتغذية الراجعة للتأكد من أن الأهداف السلوكية قد تحققت من خلال تقديم المعلومات بشأن صح أو خطأ لاستجابة الطفل أثناء تأدية نشاط معين والقيام بتصحيحه، وحثه على التعلم للوصول الى الاستجابات الصحيحة وتثبيتها، تتبعها مكافآت ومعزيزات عند الاستجابة الصحيحة بتحقيق السلوك المرغوب.

وكذلك كان للقصة الاجتماعية دور في تعلم السلوك المرغوب في المواقف التي كان يثير فيها الطفل رغبته في استخدام الجهاز الالكتروني، خاصة عند ركوب الحافلة أو في الشارع (الخروج من العيادة أو الجمعية أو المنزل) وقد استخدمت القصة الاجتماعية حتى يتخذ الطفل المتوحد نماذج موضوعية لموضوع القصة، وتقليدها في مواقف مشابهة والتي كانت أحداثها تدور حول ركوب الحافلة، وكيفية التصرف أثناء التواجد في الشارع، حيث تكون شخصية القصة هي الأم والطفل للفت انتباهه، وسهولة استخدام

الصور كنموذج للسلوك الصحيح وكيفية التصرف مع تقليد الأم، مما يسهل عليه تقليدها وتقمصها بعد إعادة الأم قراءتها أثناء اليوم عدة مرات، بتمثيلها ولعب الدور بتقليد الحركات والأصوات. وطلبت بعض الأمهات توظيف القصة الاجتماعية لمعالجة بعض المشكلات السلوكية لبعض الأطفال كالاستحمام، واستخدام الحمام.

ومن المؤكد كانت تقنيتي المحاضرة و المناقشة كانتا من اهم التقنيات التي ساعدت في تبصير الأمهات و توعيتهم وتنقيفهم بالتعرف على مشكلة ادمان الأجهزة الالكترونية عند أطفال طيف التوحد، وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع ما توصلت اليه بعض الدراسات كدراسة (سيدة أبو السعود سليمان 2005) استخدام تقنيات المحاضرة و المناقشة و الواجبات المنزلية ساعدت على تطوير أساليب و معاملة الوالدين وتنمية المهارات الاجتماعية و المهارات الحركية و الانتباه عند الطفل التوحيدي، وساعدت الأمهات على تصحيح افكارهن الخاطئة المرتبطة بالشاشات الى أفكار اكثر وعي و اكثر قدرة على التعامل بأساليب سوية، بالإضافة الى التنفيس عن انفعالاتهن ومواجهة الصراعات العميقة الكامنة لديهن، وإدراك اهم الأسباب المساعدة على ذلك، و خطورتها على فئة اضطراب التوحد، ومعرفة دورهن في التقليل من التأثيرات و الأعراض المرتبطة باستخدام الأجهزة الالكترونية، واكتساب خبرات و مهارات من أساليب و تقنيات سلوكية و تعلم أنشطة بديلة تحسن من المهارات لدى الطفل المصاب بطيف التوحد.

وفي الأخير تم ربط كل جلسة بواجب منزلي تبعاً لترتيب الجلسات حيث تقوم الام بنقل أثر التدريب الى الطفل في المنزل بمشاركته في كل الأنشطة البديلة، وتدريبه عليها بالأساليب و الفنيات المتفق عليها، وهذا ما التمسناه

من خلال النتائج الإيجابية و التي تعود بالدرجة الأولى الى مجهودات الأمهات ورغبتهن القوية واستعدادهن للمشاركة في البرنامج، ومدى تفاعلهن و اندماجهن مع التعليمات التي قدمت لهن، واكتسابهن أساليب السلوك السوية، وطرق تعاملهن مع اطفالهن، كله كان له اثر كبير في تعديل سلوك اطفالهن، وهذا ما يتوافق مع ما هدفت اليه بعض الدراسات السابقة في تأكيد أهمية البرامج التي تتضمن مشاركة الأمهات او الوالدين مع الطفل لخفض السلوك المشكل لدى الطفل التوحدي نذكر منها دراسة (Short et Rew 1980)،(سهام عبد الغفارعليوة 1999)، ودراسة (Barry 2001) ودراسة (سهير محمود عبد الله 2002)، ودراسة (Solomon 2008) و (Paisey 1991)، (Koegel 1998)، (Peter 2001)، (Shawler 2013)، (Weiss 2015)، ودراسة (محمد صابر أبو زيد 2020).

إن البرنامج التدريبي القائم على التربية العلاجية المقترح لأمهات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، و الذي يعاني من إدمان الأجهزة الالكترونية حقق تفاعل أفضل للأم مع طفلها، وأدت إلى دعم دور الإخوة والأسرة ككل، حيث أن تدريب الأم لطفلها المصاب بطيف التوحد الذي يعاني من ادمان الأجهزة الالكترونية، ومتابعة سلوكه اليومي من خلال جدول الأنشطة البصرية خلال أيام، أسبوع، أدى إلى التقليل من استخدام الشاشات والوصول إلى السلوك المرغوب وترجع هذه النتيجة أيضا إلى أن الأم كانت أكثر استجابة وتعاون للتعليمات التي قدمت لها، وأكثر تواجد ومشاركة مع الطفل في الأنشطة البديلة المختلفة، حيث لوحظ مدى تفاعلهن في جلسات البرنامج ورغبتهن في تعلم المزيد من الأساليب السلوكية للتعامل مع أطفالهن، وهذا ما ايدته دراسة كل من (Singh 2006)، (Solomon

(2008)،(Shawler 2013)،(Lesack 2014)،(Weiss 2015) حول تحسين الكفاءة الوالدية في التعامل مع الطفل التوحدي من خلال مشاركتها في البرنامج التدريبي وانعكاسها الإيجابي في خفض السلوكيات الغير مرغوبة وزيادة مهارة الوالدين و التخفيف من الضغوط النفسية لديهم، وتحسن التواصل و التفاعل عند الطفل.

و تشابهت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في اقتراح برنامج تدريبي لمهات الأطفال التوحديين للحد من السلوكيات المشكلة لدى اطفالهن كدراسة (Paisey 1991)،(Dellenburger 2004)،(Jeffery 2006)،(Singh 2006)،(Weiss 2019)،(Lysack 2014)،(سماح العوضي بسام 2019)، وكذا بعض الدراسات التي هدفت الى تطبيق برامج معرفية سلوكية لخفض الاستخدام الغير امن للأجهزة الالكترونية والانترنت كدراسة (ربيع شفيق لطفي 2016)، ودراسة (هيفلر 2022)، ودراسة محمود احمد أبو الحسن (2020).

تختلف النتائج في الدراسات السابقة جميعا، عن النتيجة في الدراسة الحالية كون هذه الدراسة سعت إلى البحث عن محاولة إعطاء حل لمشكلة إدمان أطفال طيف التوحد على الأجهزة الالكترونية، والتي كانت بمشاركة الأمهات في تدريب أطفالهن لوقايتهم من هذه المشكلة، حيث ان تزويد أمهات طيف التوحد باستراتيجية مواجهة الضغوط وإدارة الحياة، تقلل من الضغوط لنفسية لديهن وتزيد من فعاليتهم الذاتية، وتحسين الاتجاهات الوالدية نحو الطفل نتيجة المتابعة اليومية للطفل مما يعزز الرابطة العاطفية بينهما ويقوي العلاقة ويقلل من القلق، ويحفز دافعتهم اتجاه تدريب الطفل.

خاتمة:

تعد الأجهزة الالكترونية المرئية من اهم الوسائل التي ينجذب اليها افراد المجتمع اليوم باختلاف أعمارهم، و تعد المشاهدة من اهم الأنشطة التي يفضلها و يمارسها الأطفال، فالتطبيقات التعليمية و البرامج التلفزيونية قد تكون وسيلة لصقل مهاراتهم، ولكن بزيادة توافر الأجهزة الالكترونية المرئية بالمنزل يعرض الأطفال الى خطر الإدمان عليها، ويعتبر أطفال اضطراب

طيف التوحد اكثر عرضة و ميلا لاستخدام الشاشات و يرجع ذلك الى خصائص الاضطراب في حد ذاته، ويتعارض بذلك مع الفرص المحدودة للتفاعلات في الحياة الواقعية او يحل محلها مما يفاقم التحديات التي يواجهها الطفل والوالدين خاصة الام لنقص الوعي و التدريب وخدمات الدعم لمعالجة احتياجات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد والذي يعاني من ادمان الأجهزة الالكترونية، و لذلك تعتبر مشاركة الأمهات في الواجبات المنزلية و الأنشطة التعليمية في المنزل بالغ الأهمية للتقليل و الحد من ادمان الاجهزة الالكترونية من جهة، و خفض الضغوطات والقلق والارهاق على الام من جهة أخرى.

وباعتبار ادمان الأجهزة الالكترونية ادمان سلوكي ذا خطورة على أطفال اضطراب طيف التوحد ويزيد من تأزم وتعقد الاضطراب، وهذا ما أكدته الدراسات الميدانية السابقة، و الممارسات الطبية و النفسية و الأرطوفونية استهدفت الدراسة الحالية التكفل بطفل طيف التوحد الذي يعاني من ادمان الأجهزة الالكترونية من خلال برنامج تدريبي للأمهات قائم على التربية العلاجية للوقاية من ادمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد ، و بالاعتماد على المنهج الشبه التجريبي، تم اجراء الدراسة على عينة قصدية قوامها 04 أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد يعانون من ادمان الأجهزة الالكترونية بمستوى مرتفع، ومن خلال تطبيق مقياس ادمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد(اعداد الباحثة)، و مقابلة التقييم الوظيفي و مقياس (ADI.R) ،و (CARS.2) والبرنامج التدريبي للأمهات القائم على التربية العلاجية، تم التوصل الى فعالية التربية العلاجية في التخفيف والحد من ادمان الأجهزة الالكترونية لدى أطفال طيف التوحد اين

اختلفت تقريبا كل الاعراض المرتبطة باستخدام الجهاز و اصبح الأطفال أكثر تفاعلا و اكتسب مهارات جديدة، وتلاشي تدريجي للسلوكيات النمطية المتكررة و الاهتمامات المقيدة المرتبطة بالجهاز، بالإضافة الى اكتساب الأمهات استراتيجيات و تعلم الأساليب السلوكية في التعامل مع الطفل.

الاقتراحات والتوصيات:

- تقديم برامج التربية العلاجية لأسر أطفال اضطراب طيف التوحد وتوعيتهم وتثقيفهم حول مخاطر التعرض المفرط والمبكر للشاشات على أطفالهم خاصة، وتتناول طرق التعامل والوقاية من إدمان الأجهزة الالكترونية لدى المصابين باضطراب طيف التوحد.

- تعريف المجتمع بمخاطر التعرض المبكر للأجهزة الالكترونية خاصة أطفال اضطراب طيف التوحد، ومنع استخدام الأجهزة الالكترونية للأطفال دون سن الثانية (02 سنة) ، وتشجيع المزيد من الأنشطة التفاعلية مع أطفال اضطراب طيف التوحد داخل الاسرة.

- يجب أن تكون هناك مراقبة من قبل الوالدين لوقت المشاهدة واختيار البرامج المناسبة خاصة أطفال اضطراب طيف التوحد وشرح ما يشاهده.

- تجنب مشاهدة القنوات التي تعرض برامج وأغاني عالية الصوت وسريعة الإيقاع وتحتوي على العديد من المميزات الجاذبة للانتباه مثل المشاهد السريعة، وومضات الألوان والإيقاع العالي والمرتفع.

- كما تم تقديم مجموعة من التوصيات منها:

إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول تأثير الأجهزة الإلكترونية على مختلف جوانب نمو الطفل خاصة أطفال طيف التوحد في البيئة المحلية خاصة ادمان الألعاب الإلكترونية لدى فئة اضطراب طيف التوحد، نظرا لغموض الاضطراب وتعقده وتداخل اعراض هذا الادمان مع السلوكيات المتكررة والنمطية والاهتمامات المقيدة في اضطراب طيف التوحد.

- القيام بدراسات تهتم بأسر أطفال طيف التوحد الذين يعانون من إدمان الأجهزة الإلكترونية، وتهتم بإرشادهم وتوعيتهم لمواجهة ضغوط الحياة ومواجهة مشكلات الطفل.

- التوسع في البحث العلمي المنظم في دراسة مدى فاعلية إشراك الأسرة في علاج أطفال طيف التوحد الذين يعانون من إدمان الأجهزة الإلكترونية في البيئة الجزائرية.

- تطبيق البرنامج المقترح في هذه الدراسة من قبل المختصين والعاملين في المراكز الخاصة والعامة مع أسر أطفال طيف التوحد الذي يعاني أطفالهم من الاستخدام المفرط للشاشات مع مراعاة طبيعة وخصوصية كل حالة.

قائمة المصادر والمراجع بالعربية

- إبراهيم بن عبد العزيز الدعيلج (2010) : مناهج وطرق البحث العلمي ، ط1 ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان
- إبراهيم مروان عبد المجيد (2000) : أسس البحث العلمي في إعداد الرسائل الجامعية ، ط2 ، مؤسسة الوراق ، الأردن.

- أبو غزالة، سميرة علي جعفر: فاعلية برنامج للإرشاد بالواقع في خوض حدة إدمان الأنترنت ورفع تقدير الذات لدى طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس مصر، 2010

- أحمد إبراهيم محمد إبراهيم (2019): أدوار الأخصائي الاجتماعي في العمل مع التلاميذ مستخدمي الألعاب الإلكترونية في ضوء بعض التغيرات المعاصرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية (مصر)،

- أحمد سعيدان العازمي ، يوسف راشد المرتجي (2019) : فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى القلق الاجتماعي وأثره في خفض إدمان تطبيقات التواصل الاجتماعي لدى عينة من المراهقين بدولة الكويت ، مجلة كلية التربية بالمنصورة، كلية التربية بالمنصورة، مجلد 107، عدد 02 ، جويلية ، 797-833

- أحمد سهيل المطيري ، سفيان إبراهيم الربدي (2024) : فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى إدمان ألعاب الأنترنت لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمحافظة البكيرية ، مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية ، العدد 44 ، (01-34)

- أحمد فواتيح عائشة، بن أحمد قويدر (2022) : بناء برنامج إرشادي لتطوير التفكير الإيجابي والرفع من مستوى تقدير الذات لدى أولياء أطفال طيف التوحد TSA (المنهج التجريبي - دراسة حالة)، مجلة روافد ، المجلد 6، العدد 3 ، الجزائر.

- أحمد محمود حوامدة (2019): الأساليب التربوية والتعليمية للتعامل مع اضطراب طيف التوحد، ط1، ابن النفيس للنشر والتوزيع، عمان(الأردن).

- أسامة فاروق مصطفى السيد، كامل الشربيني : (التوحد الأسباب، التشخيص والعلاج)، ط1، دار المسيرة للنشر ، عمان الأردن، 2011، ص31

- الجاسر البندري عبد الرحمان (2007) : الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من الفاعلية الذاتية وإدراك القبول ، الرفض الوالدي ، مذكرة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أم القرى مكة ، السعودية ، ص 29 - 30

- الهادي هاني جعفر محمد نور عبد الهادي (2024) : فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خدمة الفرد للحد من إدمان الهواتف الذكية لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة التربية، الجزء 1، عدد 202 ، ص ص 188-224 ، جامعة الأزهر، مصر

- باشن حمزة (2021): هجرة الأطفال والمراهقين إلى العالم الافتراضي ومساهمة تجربة التدفق النفسي في الإدمان على الألعاب الإلكترونية ، مجلة دراسات نفسية وتربوية ، المجلد 37، العدد 01، (25-08)
- بطاط نور الدين (2018) : الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي، أطروحة دكتوراه ،جامعة الجزائر3.
- بوعافية نبيلة، صهيب سامعي (2016): الالتزام الصحي والأمراض المزمنة (مرضى السكري نموذجاً)، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية ، المجلد 9، العدد 1 ، الجزائر
- بولحبال آية، شينار سامية (2023) : أسس تصميم برامج تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 17، عدد 1.
- تامر فرح سهيل (2015) : التوحد (التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج) ، ط 1 ، دار الإحصاء العلمي للنشر والتوزيع، عمان (الأردن).
- حسن مصطفى عبد المعطي (2001) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأساليب ، التشخيص، العلاج)، دار القاهرة للنشر، القاهرة.
- حسين، محمد جلال (2022) : الوعي المجتمعي باضطراب التوحد بالمجتمع المصري (دراسة ميدانية في الأنثروبولوجيا)، مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، مجلد (2)، عدد (1)، جامعة المسيلة ، الجزائر.
- حمدي محمد مرسي ، علي صلاح عبد المحسن، دعاء صابر حامد عبد الكريم (2013) : فعالية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد ، مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي ، المجلد 06، العدد 02 ، أسبوط.
- حمودة سليمة (2015) : الإدمان على الأنترنت اضطراب العصر ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 7، العدد 21
- حيدر الجزائري : (2021) : علم النفس الإلكتروني ، ط 1، مكتبة نور الحسن للطباعة والتنفيذ ،بغداد،
- خالد عبد السلام، سعودي فاطمة الزهراء (2022) : تطور تشخيص طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية ل: ICD-11 ، DSM-5 ، CFTMEA ، دراسة تحليلية مقارنة - مجلة دراسات إنسانية واجتماعية ، المجلة 11، العدد 01، وهران، الجزائر.

- خديجة بن فليس، منى سطحاوي (2016) : معوقات تطبيق برامج التربية الصحية والعلاجية للمرضى المزمنين من وجهة نظر الأطباء والمرضى، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد 1، العدد 1، الجزائر .
- دليلة زناد، برجى شاكر أمير الدين (2017) : علم النفس الصحة، النماذج والمفاهيم والتطبيقات، مجلة دراسات في علم النفس الصحة، مجلد 2، العدد 1، جامعة الجزائر 2، ص 13
- ذبيحي لحسن، خشاب سعاد: تشخيص التوحد بين الطبعة الرابعة المعدلة (4- DSM TR2000) والطبعة الخامسة (2013، APA-dsm5)، مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية، مجلد 2، عدد 01، 2018/12/2، ص 145
- رابح تركي: مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984
- رزيوق ليليا (2020) : إشكالية إدمان الألعاب الإلكترونية لدى الطفل - دراسة ميدانية على عينة من الأطفال المتدربين بولاية قسنطينة، مجلة الباحث للعلوم الرياضية والاجتماعية ، المجلد 03، العدد 02، (58-70)
- زروالي لطيفة (2021): اضطراب طيف التوحد، من الفهم إلى العلاج، المكتبة الوطنية الجزائرية
- زهرة شرياف، علي شريفي (2019) : الحمية الغذائية وأثرها على التكفل بأطفال اضطراب التوحد ، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، مجلد 05، عدد 03 ، الجزائر.
- سامر جميل رضوان (2002) : الصحة النفسية ، ط 1 ، دار المسيرة للنشر، عمان الأردن .
- سايل حدة وحيدة (2016) : التربية الصحية والعلاجية للتكفل بالمدمنين على المخدرات والوقاية من الانتكاسة، مجلة مقاربات، مجلد 04، عدد 1، الجزائر
- سعيد كمال عبد الحميد الغزالي (2018) : فعالية التدريب على فنيات تحليل السلوك التطبيقي لتنمية بعض المهارات الحياتية والثقة بالنفس لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب التوحد، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، المجلد 07، العدد 02 ، السعودية.
- شرابة عبد الرحمان، دليل سميحة (2022) : التوحد والتوحد الافتراضي مقارنة إكلينيكية - التكفل والمتابعة -دراسة حالة- ، مجلة النص ، عدد 02 ، مجلد 09 ، جامعة أدرار محمد دراية

- شقرونة فاطمة الزهراء (2020) : تأثير برنامج تربية علاجية على فاعلية الذات لدى أطفال مرضى الربو (08-14 سنة) ، رسالة دكتوراه ، جامعة الحاج لخضر باتنة 1
- صابر فاطمة عوض ، خفاجة ميرفت علي (2002) : أسس ومبادئ البحث العلمي ، ط1 ، مكتبة الإشعاع الفنية ، الإسكندرية.
- عائشة بوزياني (2022) : اضطراب طيف التوحد عند الأطفال ، تاريخه ، مفهومه ، تشخيصه ، تصنيفاته وتوعية الآباء والأمهات به ، مجلة دراسات ، المجلد 11 ، العدد 01 ، الجزائر .
- عبد الباسط متولي خضر (2014) : أدوات البحث العلمي وخطة إعداداته ، ط1 ، دار الكتاب الحديث ، القاهرة .
- عبد الحافظ محمد سلامة (2007) : الوسائل التعليمية والمنهج ، ط3 ، دار الفكر ، عمان .
- عبد الرحمان سيد سليمان ، جمال محمد حسن نافع (2015) : الانتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، ط1 ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة .
- عبد الرزاق محمد الدليمي (2012) : وسائل الإعلام والطفل ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الأردن ،
- عبد المالك حبي ، عيسى تواتي إبراهيم (2015) : اضطراب الذاتية بين الصعوبات التشخيصية والآفاق العلاجية ، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، مجلد 01 ، عدد 01 ، الجزائر .
- عثمان لبيب فراج (2002) : الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة .
- عثمان خلف (2001) : علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة ، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع ، الدوحة .
- عمار بوحوش ، محمد محمود الذنبيات (2007) : مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ط1 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر .
- عهود بنت بشير بن سعيد العسكر (2011) : فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية .

- عيد أبو المعاطي الدسوقي، تفيدة سيد أحمد غانم (2021): أنشطة مقترحة لدمج ذوي اضطراب طيف التوحد في المرحلة الابتدائية (دراسة وصفية تحليلية)، مجلة البحث التربوي، المجلد 01، العدد 40، القاهرة.
- غجاتي فاروق، بوسته يمينية (2023): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية لأطفال طيف التوحد المتمدرس بالأقسام الخاصة، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف علمية، المجلد 08، العدد 02، الجزائر
- فاطمة الزهراء الزروق(2015): علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،
- فوزية عبد الله الجلامدة (2013): اضطرابات التوحد في ظل النظريات، المفهوم التعليم، المشكلات المصاحبة، ط1، دار الزهراء للنشر، الرياض
- قتال صليحة (2021): الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، مجلة المرشد، المجلد 11، العدد 01، الجزائر.
- مارتن سيلغمان (2006): علم النفس الإيجابي، الوقاية الإيجابية، والعلاج النفسي الإيجابي، ترجمة: محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة، قسم علم النفس، كلية التربية، الإسكندرية،
- مارتن ل. كوتشر (2020): أطفال العصر الرقمي، كيفية الموازنة بين أوقات المشاهدة الرقمية وبين مدى أهميتها، جامعة حمد خليفة، قطر.
- ماري وين (1999): الأطفال والإدمان التلفزيوني، (ترجمة عبد الفتاح الصبحي)، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، عدد 247
- محمد الصالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة (2010): التوحد ونظرية العقل، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان (الأردن).
- محمد النوبي محمد علي(2010): إدمان الأنترنت في عصر العولمة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان (الأردن)،
- محمد ختاش، حليلة رحالي (2021): إدمان ممارسة الألعاب الإلكترونية وانعكاساتها التربوية والنفسية دراسة ميدانية لدى عينة من المراهقين المتمدرسين، مجلة التربية والصحة النفسية، المجلد 07، العدد 02، (51-70)

- محمد قاسم عبد الله : إدمان الأنترنت وعلاقته بالسمات الشخصية المرضية لدى الأطفال المراهقين، مجلة الطفولة العربية ، عدد 64، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت. ص22
- محمود علي عزيز الدين علي، هشام صابر شاهين وآخرون (2022) : الانتباه المشترك وعلاقته بالتواصل لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة بحوث التعليم والابتكار، العدد 06، الجزء 06، جامعة عين شمس
- محمود محمد محمود أبو الحسن (2020) : فعالية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الإدمان الرقمي لدى طلاب الصف السادس الأساسي بالمنطقة الشرقية، بحث مقدم لمؤتمر التعليم الافتراضي وجودة الحياة في التنمية المستدامة ، الإمارات العربية المتحدة .
- مريم عيسى خليفة بوشهاب (2018) : اضطراب طيف التوحد (ASD)، مجلة القراءة والمعرفة ، العدد 208 .
- موريس أنجريس (2004) : منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات عملية (ترجمة سعيد سبعون)، دار القصة للنشر، الجزائر .
- موفق ديهية (2014): أثر المعتقدات الصحية على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، جامعة البليدة، مجلد 02، عدد 02،
- ناير سعد المرواني (2016) : إدمان مواقع التواصل الاجتماعي لدى الطلاب والطالبات في مرحلة المراهقة ، مجلة كلية الآداب (جامعة ن بها)، العدد 46
- نايف بن عابد الزراع (2010) : مدخل إلى اضطرابات التوحد (المفاهيم الأساسية وطرق العلاج)، ط1، دار الفكر، عمان
- هبة بهي الدين ربيع (2003) : إدمان شبكة المعلومات والاتصالات الدولية (الأنترنت) في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الدراسات النفسية، مجلد 13، عدد 4،
- وفيق صفوت مختار (2019) : أطفال التوحد (الأوتيزم)، ط1، أطلس للنشر والتوزيع ، الجيزة.
- وليد السيد خليفة، سريناس ربيع وهدان (2014) : المنظور الحديث للبرامج العلاجية (لدى الاضطرابات السلوكية والأوتيزم)، ط1، دار الوفاء لدنيا ، الإسكندرية.
- وليد السيد أحمد خليفة، يزيد عبد المهدي الغضاونة ، وائل محمد الشرمان (2013) : التوحد بين النظرية والتطبيق ، ط1 ، دار الفكر ، عمان (الأردن).

- Alaa Sayed Ahmed Saad (2024) : An Educational Program for mothers of Autistic Children , Helwan International Journal for Nursing Research and Practice, V3,issue6, pp 307-323,p
- Aline Morichaud (2014) :Education Thérapeutique du Patient, Méthodologie du « diagnostic éducatif » au « projet personnalisé » partagés, Presse Universitaires du provence,France,
- Al Moussawi.Issa,Bendak. Lama, Ziab.Hussein(2024) : Virtual Autism and excessive screen exposure in children aged (0-3) years : A cross -sectional study in the lebanese context, International Journal of Pediatrics and adolescent medicine, pp 116-127
- Amaria Baghdadli, Céline Darrou ,Jacqueline Meyer : Education Thérapeutique des parents d'enfant avec troubles du spectre autistique,Inform. Former . Accompagner,Elsevier Masson,France.
- Bandura(1986): social foundations of thought and action , asocial cognitive theory , new jersey ,p53
- Berenguer.Carmen,Baixaoli.Inmaculada,Gomez.Solidad (2020) : Exploring the impact of augmented reality in children and adolescents with autism spectrum disorders,a systematic review ,International Journal of Environmental Research and public health,17(17),1.15
- Brocq Hélène (2008) : Ethique et annonce de diagnostic ,informer ou l'Art de mettre les formes,Le Journal des psychologues,6/2008 (n259),Paris (France),
- Céline.B,Olivier.P(2017) : Relationships between parental attitudes, family functioning and internet gaming disorder in adolescents attending school, Psychiatry Research
- Chonchaiya,W.Nuntnarumit.P,Pruksananonda.C (2011) :Comparison of Television viewing btween children with autism spectrum disorder and controls,Acta Paediatrica,100(7),pp1033-1037
- Cris Rowan (2010) : Débranchez-vous ne prenez pas de drogue, un regard critique sur l'influence de la technologie sur le le comportement de l'enfant avec une autre façon de réagir que l'évaluation et la prise de médicaments, Ethical Human Psychology and Psychiatry,12,(01), pp60-68
- Dong.H.Y, Wang.B, Li.H.H et (2021) : Correlation between screen time and Autistic symptoms as well as development quotients in children with Autism Spectrum disorder, Frontiers in Psychiatry,12

- Fisher Gustave,Nicolas ,(2006) : Les Concepts fondamentaux de la psychologie de la santé,Paris,Dunod.
- Fonte.D. Thémistoklis.Apostolidis.Marie-Claude. Lagouanelle- Semeoni (2014) : Compétences psychosociales et éducation thérapeutique du patient diabétique de typel : une revue de littérature. Santé publique .26 p 763-777 (cairn info).
- Jean- Marie Revillot (2016) : Manuel d'Education Thérapeutique du Patient,Dunod,France.
- Jennifer.A. Mac Mullin, Yona Lunskey & Jonathan.A. Weiss : Electronics use in youth and young adults with autism spectrum disorder. Volume20,Issue 1 .January (2016) ,Sage Journal
- Jenny.S.Radesky,Dimitri.A.Christakis (2016) : Increased Screen Time : Implications for Early Childhood Development and Behavior, Pediatrics Clinics of North America,volume 63,Issue5,pp827-839
- Jodelet Denis (2015) : L'apport de l'étude de représentations sociales dans le champ de la santé,recueil scientifique et pédagogique,Université d'oran.
- Johnson CP, Myers SM(2007): Council on children with Disabilities , Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders, Pediatrics,120,(5)
- José.F.Cerero,Marta.M.Rueda et al (2024) : The Impact of Parental Involvement on the Educational Development of students with Autism Spectrum Disorder,Children, 11(09),
- Jun Kohyama (2011) : Neurochemical and Neuropharmacological Aspects of circadian disruptions , an introduction to Asynchronization , Current Neuropharmacology,9,2
- Keen.D , Meadan.H (2016) : Prelinguistic and Minimally verbal communicators on the Autism Spectrum, New York,Springer
- Kintaro.k, Fumie.H, Rie.H,Kiwamu.N,Junya.S,Shu-Ichi.U(2022): Comorbid symptoms of Internet addiction among adolescents with and without autism spectrum disorder : a comparative study, International Journal of Adolescence and Youth, V 27,Issue1,2022,pp315-324
- Marjut Wallenius (2010) : Salivary cortisol in relation to the use of information and communication technology (ICT) in school- aged children, Psychology ,1,(2), pp 88-95

- Martha.R,Herbert & Cindy Sage (2013): Autism & EMF , Plausibility of a Pathophysiological Link- Part 1 ,Pathophysiology, The Official Journal of the International Society for Pathophysiology ,20,3,pp191-209
- Matthew.S , Goodwin et al (2006) : Cardiovascular Arousal in individuals with Autism, Focus on Autism and other Developmental disabilities ,21,(2), pp 100-123
- Maxime.M,Vincent de Andrade et al (2022) : A scoping review of education and training interventions in Autism Spectrum Disorder,Patient Educ Couns,105(09),2850-2859
- Megumi Kushima,Reiji Kojima,Ryoji Shinohara(2022): Screen Time Exposure in Children at 1 Year of age and Autism Spectrum Disorder at 3 years of age, The Japan environment and children's study, JAMA, pediatrics,176, (4),pp 384-391
- Melke.J et al (2007): Synthèse anormale de mélatonine dans les troubles du spectre autistique, Mol Psychiatry 13,(1), pp 90-98
- Michah Mazurek,Kristin Sohl,Wenstrup.S (2013): Television,Video Game and Social Media Use Among Children with ASD and Typically developing siblings,Journal of Autism and Developmental Disorders , Volume 43, pp 1258-1271
- Michah.O,Mazurek& Chritopher.R.Engelhardt (2013): Video game use and problem behaviors in boys with autism spectrum disorders , Research in Autism Spectrum Disorders,7,2,
- Ranjbaran et al (2007): The relevance of sleep abnormalities to chronic inflammatory conditions , Inflammation research, ,official journal of the european histamine research society,56,2,pp51-57
- Rogers .S,F.Vismara (2008): Evidence based comprehensive treatments for early autism, Journal of clinical child & adolescent psychology ,37,08-38
- Saeid Sadeghi,Hamidreza.P , Reda.k,Jalil.F ,Sedighe.N : Behavioral and electrophysiological evidence for parent training in young children with autism symptoms and excessive screen-time, Asian Journal of Psychiatry,V45,October 2019,pp07-12
- Samah El Awady Bassam, Hanan Mohamed Mohamed Tork(2019) : Education Program for Mothers of children with Autism Spectrum Disorder,mothers and child outcomes,American Journal of Nursing Research,7(6),pp 1046-1056
- Smadi Seyyed Ali, Mc Conaugley.Roy (2013): Autism Spectrum Disorders,Tehran,Dorin publications.

- Stein.J,Szatmatmari.P ,al (2020) : Mental Behavioral and Neurodevelopmental disorders in the ICD-11 : an international perspective on key , changes and controversies retrieved.
- Theoharis.C , Theoharides, Shahrzad Asadi , Arti.B Patel : (2013) : Inflammation cérébrale focale et autisme, Journal of Neuroinflammation,10,(01)
- Trrolif.C , Gepner.B (2014) : L'Autisme,4,Armand colin,Paris
- Untas.A ,Lelorain.S, Dany.L ,Koleck.M (2020) : Psychologie de la santé et éducation thérapeutique: état des lieux et perspectives. Pratiques psychologiques,pages 89-106 (sciences direct) .
- Volkmar.F, Paul.R ,Rogers.S (2014) : Handbook of Autism and pervasive developmental disorders : Assessment, interventions, and policy, New York, Springer
- Xavier de La Tribonnière (2016) : Pratiquer l'éducation thérapeutique, l'équipe et les patients,Elsevier Masson,France,.
- Yi-Lung Chen, Sue – Huei Chen , Susan Shur-Fen Gau (2015): ADHD and autistic traits, family function parenting style, and social adjustment for Internet addiction among children and adolescents in Taiwan : A longitudinal study, Sciences Direct, research in Developmental Disabilities,V39 pp20-31
- Zamfir.M.T (2018): The consumption of virtual environment more than 4 hours/day,in the children between 0-3 years old, can cause a syndrome similar with the autism spectrum disorder, Journal Romanian Literary Studies,Issue 13, pp953-968
- Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfant (2015) : Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques ,France,
- Brid.G & Norbary (2016) : Social Pragmatic Communication Disorders and Autism Spectrum Disorder / Link : <http://abc.bnj.com>

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01) : النسخة الأولى من المقياس

رقم العبارة	الفقرات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
----------------	---------	------	-------	--------	-------	-------

بعد البروز وسوء الاستخدام					
					01 يجلس مباشرة أمام الجهاز
					02 يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة
					03 يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة
					04 تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة
					05 يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره
					06 يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة
					07 يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة
					08 أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة
					09 يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى
					10 ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدام الجهاز
					11 فقد كثيرا من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز
					12 أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية
بعد الاعتياد					
					01 يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب
					02 يمتنع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة
					03 تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز
					04 يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه

					يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل	05
					يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	06
					يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى	07
					لا يريد التوقف عن المشاهدة	08
					يظل هادئاً عند استخدام الجهاز	09
بعد التحمل والانسحاب						
					يواصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز	01
					يمتنع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة	02
					يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله	03
					لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب	04
					لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقاً في المشاهدة	05
					ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز	06
					تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة	07
					يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة	08
					لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة	09
					يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة	10
بعد الصراع						
					يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه	01

					يتمتع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	02
					رفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة	03
					لا يعطي وقتاً كافياً للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	04
					يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز	05
					يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	06
					ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل	07
					لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز	08
					تزداد الشكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه	09
					لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	10

ملحق رقم (02) : قائمة الأساتذة المحكمين

الأستاذ (ة)	جامعة الانتماء	الأستاذ (ة)	جامعة الانتماء
أ. محرزي مليكة	جامعة وهران 2	أ. يعقوب مراد	جامعة غرداية
أ. كبدياني خديجة	جامعة وهران 2	أ. بوطويل خديجة	أخصائية أرطوفونية
أ. ملال صفية	جامعة وهران 2	أ. عثمانى سميرة	أخصائية نفسانية
أ. ملال خديجة	جامعة وهران 2	أ. زرودي حياة	أخصائية أرطوفونية
أ. زاوي خديجة	جامعة وهران 1	أ. خلفون أسماء	جامعة وهران 2
أ. سعادة رشيد	جامعة غرداية	أ. بريك فطيمة	جامعة وهران 1

		جامعة ورقلة	أ.بومهراس الزهراء
--	--	-------------	-------------------

الملحق رقم (03): النسبة المئوية لعبارات المقياس حسب المحكمين.

الرقم	المحكمين										%
	محكم 1	محكم 2	محكم 3	محكم 4	محكم 5	محكم 6	محكم 7	محكم 8	محكم 9	محكم 10	
01	100	100	100	75	75	100	75	50	75	100	85
02	50	100	100	75	100	100	100	75	100	75	87.5
03	75	100	100	100	50	100	75	75	25	50	70
04	100	100	75	75	75	50	100	100	75	100	85
05	100	100	100	75	100	75	100	100	100	100	95
06	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	95
07	50	50	100	100	75	100	75	75	100	50	72.5
08	100	100	100	75	75	100	100	100	100	100	95

97.5	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	09
95	75	100	75	100	100	100	100	100	100	100	10
92.5	100	100	100	100	100	100	100	100	50	75	11
97.5	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	12
85	75	100	50	75	100	75	100	75	100	100	13
80	50	100	100	100	75	100	100	100	50	25	14
92.5	100	100	100	100	100	100	100	100	75	50	15
92.5	75	75	75	100	100	100	100	100	100	100	16
95	100	100	100	100	75	100	100	100	75	100	17
87.5	100	100	100	75	100	75	75	75	100	75	18
97.5	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	19
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	20
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	21
85	75	75	75	100	75	75	100	100	75	100	22
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	23
72.5	100	75	50	75	50	75	100	75	50	75	24
97.5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	25
90	75	100	100	100	100	75	75	100	100	75	26
90	100	100	100	100	75	100	100	100	75	50	27
97.5	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	28
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	29
85	75	100	75	100	100	75	100	100	75	50	30
87.5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	31
95	100	100	100	100	75	100	75	100	100	100	32
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	33
90	75	75	100	100	100	75	100	100	75	100	34
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	35
90	100	100	75	75	100	100	100	100	100	75	36
92.5	100	100	100	100	100	75	75	100	100	100	37
85	75	75	100	50	75	75	50	75	75	50	38
95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	39
95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40
95	100	100	75	100	100	100	100	100	100	75	41

ملحق رقم (04): النسخة الثانية من المقياس (بعد صدق المحكمين)

الرقم	العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
01	يجلس مباشرة أمام الجهاز					
02	يفضل قضاء أوقات فراغه في المشاهدة					
03	يفضل هذا الجهاز دون غيره من الأجهزة					
04	تعتبر المشاهدة عنده من أهم الأنشطة					
05	يؤثر الجهاز في حالته الذهنية وتفكيره					
06	يبدأ باللعب التخريبي بعد الانتهاء من المشاهدة					

					يصبح سلوكه أكثر عدوانية ونمطية بعد المشاهدة	07
					أثر الجهاز في قلة تفاعله مع الأسرة	08
					يمنعه الجهاز من اللعب وممارسة أنشطة أخرى	09
					ظهرت عليه أعراض جسدية كضعف البصر منذ بداية استخدامه للجهاز	10
					فقد الكثير من المهارات المتعلمة منذ بداية انشغاله بالجهاز	11
					أثر الجهاز سلبا على ممارسة تمارين وأنشطة بدنية	12
					يعمل الجهاز على تهدئة الطفل أكثر منه عند اللعب	13
					يتمتع عن التحدث والصراخ والجري عند مشاهدته للشاشة	14
					تظهر عليه علامات الفرح والسعادة عند استخدام الجهاز	15
					يظهر السلوك العدواني عند منعه من الجهاز وفقدان السيطرة عليه	16
					يشترط السماح له باستخدام الجهاز عند قيامه بأي عمل	17
					يخرج الطفل من غيبوبته عند عرض الإعلانات أو غلق الجهاز	18
					يبحث عن الجهاز ويرفض البحث عن وسائل تسلية أخرى	19
					لا يريد التوقف عن المشاهدة	20
					يظل هادئا عند استخدام الجهاز	21
					يوصل المشاهدة دون انقطاع إذا ترك له الجهاز	22
					يتمتع عن التحدث والضحك والصراخ عند مشاهدة الشاشة	23
					يستغرق في المشاهدة ولا يبالي بما يدور حوله	24
					لا يترك الجهاز والمشاهدة رغم التعب	25
					لا يهتم بوقت النوم عندما يكون مستغرقا في المشاهدة	26
					ينسى الجوع والعطش عندما يجلس لفترة أمام التلفاز	27
					تتغير تعابير وجهه أثناء المشاهدة	28
					يبدو غائبا عن الوعي ويستحيل لفت انتباهه أثناء المشاهدة	29
					لا يستجيب عند طلب التوقف عن المشاهدة	30

					يلح باستمرار وبكل الطرق على مواصلة المشاهدة	31
					يزداد غضبا وهيجانا عند منع الجهاز عليه	32
					يمتنع عن الأكل إذا حرم من الجهاز	33
					يرفض القيام بالأعمال والأنشطة المعتادة	34
					لا يعطي وقتا كافيا للتدريب بسبب الاهتمام الزائد بالمشاهدة	35
					يشعر بالضيق والملل عند حرمانه من الجهاز	36
					يبدأ بالبكاء والصراخ عند رفض استخدامه للجهاز	37
					ألغى الجهاز القواعد السلوكية التي كان يمارسها الطفل من قبل	38
					لا ينتظم في نشاطه العلاجي نتيجة الانشغال الزائد بالجهاز	39
					تزايد شكوى من طرف المختصين وأفراد الأسرة لعدم التزامه	40
					لم يعد يكتسب مهارات جديدة من برنامجه العلاجي	41

ملحق رقم (05) : صدق الاتساق الداخلي لمقياس ادمان الاجهزة الالكترونية لدى الطفل طيف التوحد.

رقم الفقرة	بعد البروز وسوء الاستخدام	بعد الاعتياد	بعد التحمل والانسحاب	بعد الصراع	الدرجة الكلية
01	*0.40				*0.56
02	**0.66				**0.58
03	**0.68				**0.64
04	**0.69				**0.76
05	**0.71				**0.72
06	**0.53				**0.64

**0.61				**0.51	07
**0.67				**0.67	08
**0.49				**0.72	09
**0.66				**0.68	10
**0.62				**0.66	11
**0.74				**0.81	12
*0.41			**0.47		01
**0.72			**0.71		02
**0.46			**0.56		03
**0.71			**0.71		04
*0.37			**0.51		05
**0.65			**0.62		06
**0.62			**0.74		07
**0.63			**0.70		08
**0.92			**0.71		09
**0.72		**0.73			01
**0.63		*0.69			02
**0.64		**0.75			03
**0.67		**0.72			04
**0.56		**0.70			05
**0.40		0.49			06
**0.62		**0.65			07
**0.54		**0.64			08
**0.73		**0.78			09
**0.68		0.71			10
**0.66	**0.78				01
**0.57	**0.49				02
**0.57	**0.60				03
**0.55	**0.69				04
**0.57	**0.50				05
**0.56	**0.70				06
**0.62	**0.48				07
**0.74	**0.83				08
**0.63	**0.74				09
**0.60	**0.59				10
	**0.89	**0.90	**0.92	**0.91	الدرجة الكلية

ملحق رقم (06) : مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

الشخص المعني

العمر:..... الجنس: ذكر أنثى

تاريخ المقابلة:..... المحاور:.....

لقد أجاب:

أ- وصف السلوكيات:

1- لكل سلوك مقلق ، حدد

السلوك	التضاريس (ما يبدو عليه)	التكرار	المدة	الشدة	
أ					
ب					
ج					
د					
هـ					
و					
ز					
ح					
ط					

2- أي هذه السلوكيات تكون محتملة الحدوث معا ؟ هل تنتج في نفس الوقت؟ في نوع من التسلسل أو سلسلة السلوك المتوقعة؟ ردا على نفس النوع من الوضعيات ؟

مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

ب- تعريف الأحداث البيئية (السياقية) التي تنتبأ أو تسبب السلوكيات

1- ماهي الأدوية التي يأخذها هذا الشخص، في ماذا تعتقد أنها تؤثر على سلوكه ؟

.....

.....

.....

.....

2- ماهي المشاكل الطبية أو البدنية، التي باستطاعتها أن يكون لديها انعكاس على سلوكه (الربو، التهاب الجيوب الأنفية ، الدورة الشهرية ، الالتهابات ، إلخ) ؟

.....

.....

.....

.....

3- وصف إيقاعات النوم وكيف يمكن أن تؤثر هذه الإيقاعات على السلوك ؟

.....

.....

.....

.....

4- النظام الغذائي وأوقات تناول الوجبات المعتادة، كيف يمكن أن يؤثر هذا على سلوكه ؟

.....

.....

.....

.....

مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

5- أ الأنشطة المعتادة التي تظهر في الجدول الزمني، ضع علامة في المربعات إذا كان مستمتعا بالنشاط و/ أو إذا كان النشاط مرتبطا بحدوث المشكلات

المتعة	المشاكل	الساعة	النشاط

5- ب ما مدى إمكانية التنبؤ بهذه الأنشطة بالنسبة للشخص، من حيث ما سيحدث ، ومتى ؟ ومع من؟ وأين ؟

.....

.....

.....

5- ج إلى أي مدى تتوفر لدى الشخص الفرصة لاتخاذ القرارات خلال اليوم ؟

.....

مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

6- كم عدد الأشخاص المتواجدين عادة حول الشخص (المنزل، المدرسة، إلخ)؟ هل يبدو مضطربا في المواقف التي يوجد فيها أشخاص حوله ؟

.....

.....

.....

7- ماهي النسبة العددية في المجموعات التي يكون الشخص جزءا منها (نسبة الإشراف)؟ هل تعتقد أن عدد الأشخاص الحاضرين والمتحدث نفسه لهم تأثير على السلوك ؟

.....

.....

مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

ج- تعريف الأحداث السابقة المباشرة المحددة التي تنتبأ بموعد حدوث السلوكيات أو عدم حدوثها

1- أوقات اليوم : متى تكون السلوكيات أكثر أو أقل احتمالا للحدوث ؟

- الأكثر :

.....

.....

- الأقل :

2- الأماكن : أين من المرجح أن تحدث السلوكيات الأكثر أو الأقل احتمالا ؟

الأكثر :

.....

.....

الأقل :

3- الأشخاص : مع من تكون السلوكيات أكثر أو أقل احتمالية لحدوثها ؟

الأكثر :

.....
.....
الأقل :

.....
4- الأنشطة : ماهي الأنشطة التي من المرجح أن تحدث فيها السلوكيات الأكثر / الأقل احتمالا ؟

الأكثر :

.....
الأقل :

.....
5- هل هناك مواقف معينة أو خاصة بهذا الشخص (أو أحداث غير مذكورة أعلاه) ، التي يبدو أنها تثير السلوكيات (متطلبات خاصة، ضوضاء ، أضواء، ملابس ، إلخ....) .

.....
.....
6- ما هو الشيء الذي يمكنك القيام به والذي من المرجح أن يؤدي إلى سلوكيات غير مرغوب فيها ؟

.....
.....
7- قم بوصف كيف سيتغير سلوك الشخص إذا ...

7-أ- تطلب منه أن يفعل شيئا صعبا

.....
7-ب- أنت تقاطع نشاطا مرغوبا فيه (التلفاز، تناول الآيس كريم ، إلخ)

.....
7-ج- لقد قمت للتو بتغيير جدول أعماله دون سابق إنذار

.....
7-د- هو/ هي أراد (ت) شيئاً ولم يستطع / تستطع الحصول عليه (الطعام)
.....
.....

7-ه- لم تكن تهتم به (ها) أو تركته (ها) بمفرده (ها) لفترة (على سبيل المثال ، 15 دقيقة).

مقابلة التقييم الوظيفي (م ت و)

د- العواقب أو النتائج المترتبة على السلوكيات التي قد تساهم في الحفاظ عليها / وظائفها

1- بالنسبة لكل سلوك محدد في القسم أ ، حدد العواقب أو النتائج المحددة التي تم الحصول عليها عندما تحدث في مواقف مختلفة

	السلوك	مواقف خاصة	ما الذي تم الحصول عليه	ما الذي يتم تجنبه؟
أ				
ب				
ج				
د				
هـ				
و				
ز				
ح				
ط				

هـ- الفعالية الإجمالية للسلوكيات - الإشكالية

للإجابة ، ضع في اعتبارك: (أ) مقدار الجهد البدني المطلوب للقيام بالسلوك، (ب) كم مرة يجب أداء السلوك قبل مكافأته ، (ج) كم من الوقت يجب على الشخص انتظار المكافأة

ليست فعالة					جد فعالة	
1	2	3	4	5	السلوك	
						أ
						ب
						ج
						د
						هـ
						و
						ز
						ح
						ط

ج- تعريف الأحداث السابقة المباشرة المحددة التي تتنبأ بموعد حدوث السلوكيات أو عدم حدوثها

1- أوقات اليوم : متى تكون السلوكيات أكثر أو أقل احتمالاً للحدوث ؟

الأكثر :

.....

الأقل :

.....

2- الأماكن : أين من المرجح أن تحدث السلوكيات الأكثر أو الأقل احتمالا ؟

الأكثر :

.....

الأقل :

.....

.....

3- الأشخاص : مع من تكون السلوكيات أكثر أو أقل احتمالية لحدوثها ؟

الأكثر :

.....

الأقل :

.....

4- الأنشطة : ماهي الأنشطة التي من المرجح أن تحدث فيها السلوكيات الأكثر / الأقل احتمالا ؟

الأكثر :

.....

الأقل :

.....

5- هل هناك مواقف معينة أو خاصة بهذا الشخص (أو أحداث غير مذكورة أعلاه) ، التي يبدو أنها تشير السلوكيات (متطلبات خاصة ، ضوضاء ، أضواء ، ملابس ، إلخ ...) .

.....

.....

6- ماهو الشيء الذي يمكنك القيام به والذي من المرجح أن يؤدي إلى سلوكيات غير مرغوب فيها ؟

7- قم بوصف كيف سيتغير سلوك الشخص إذا ؟

7-أ - تطلب منه أن يفعل شيئاً صعباً

7-ب - أنت تقاطع نشاطاً مرغوباً فيه (التلفاز ، تناول الآيس كريم ، ... إلخ)

7-ج - لقد قمت للتو بتغيير جدول أعماله دون سابق إنذار

7-د - هو / هي أراد (ت) شيئاً ولم يستطع / تستطع الحصول عليه (الطعام ...)

7-هـ - لم تكن تهتم به (بها) أو تركته (ها) بمفرده (ها) لفترة (على سبيل المثال ، 15 دقيقة) .

د- العواقب أو النتائج المترتبة على السلوكيات التي قد تساهم في الحفاظ عليها / وظائفها

1- بالنسبة لكل سلوك محدد في القسم أ ، حدد العواقب أو النتائج المحددة التي تم الحصول عليها عندما تحدث في مواقف مختلفة

	السلوك	المواقف الخاصة	ما الذي تم الحصول عليه ؟	ما الذي يتم تجنبه ؟
أ				
ب				
ج				
د				
هـ				
و				

ز				
ح				
ط				

هـ - الفعالية الاجمالية للسلوكيات الإشكالية

للإجابة ، ضع في اعتبارك (أ) : مقدار الجهد البدني المطلوب للقيام بالسلوك ، (ب) : كم مرة يجب أداء السلوك قبل مكافأته ، (ج) : كم من الوقت يجب على الشخص انتظار المكافأة

		ليست فعالة					جد فعالة				
	السلوك	1	2	3	4	5					
أ											
ب											
ج											
د											
هـ											
و											
ز											
ح											
ط											

و- ماهي السلوكيات الوظيفية البديلة التي يظهرها الشخص بالفعل ؟

1- ماهي السلوكيات أو المهارات الاجتماعية المناسبة التي يظهرها الشخص بالفعل والتي قد تؤدي إلى نفس النتائج أو التعزيزات مثل السلوكيات المشككة ؟

.....

.....

ز- كيف يتواصل الشخص ؟

1- ماهي الاستراتيجيات العامة التي يستخدمها الشخص للتواصل أو المتوفرة لديه (الصوت ، الإشارة ، لوحات التواصل ، إلخ) ؟ إلى أي مدى يستخدم هذه الاستراتيجيات بانتظام ؟

2- وضح السلوكيات التي يستخدمها الشخص للتواصل ببعض الفعالية في المواقف التالية ؟

وظائف التواصل	لغة معقدة	ربط الكلمات	كلمة-جمل	صدى الكلام	أصوات أخرى	رابطات العلامات	علامة واحدة	الإشارة	الأخذ باليد	الماءات الرأس	التناول / مد اليد	إعطاء الأشياء	المزبد من الحركات	نقرب	تبتعد/نذهب	النظرة الثانية	تعابير الوجه	الاعتداء	نضرب نفسه	أمور أخرى
طلب الاهتمام																				
طلب المساعدة																				
طلب الطعام أو الأشياء أو الأنشطة																				
طلب استراحة																				
إظهار شيئاً ما																				
يظهر أنه يتألم																				
يظهر أنه ضائع																				
الاحتجاج أو رفض الموقف/النشاط																				

3- فيما يتعلق بفهم بالقدرة على فهم الآخرين / فهم التواصل

.....

أ- هل يتبع الشخص التوجيهات / التعليمات الشفهية ؟ كم ؟ (القائمة

.....
.....
.....

ب- هل يتفاعل مع الطلبات (الإشارات / الايماءات) ؟ كم ؟ (القائمة)

.....
.....

ج- هل يستطيع التقليد إذا عرضت عليه أمثلة جسدية (مادية) لمهام أو أنشطة مختلفة ؟

.....
.....

د- كيف يقول عادة نعم / لا عندما يسأل إذا كان يريد شيئاً ما ، أو الذهاب إلى مكان ما ، وما إلى ذلك ؟

.....
.....

ح- ما هو الأفضل الذي يجب عليك فعله عند العمل مع الشخص أو مساعدته ؟

1. ما الذي يمكنك فعله لتحسين احتمالية سير جلسة العمل أو أي نشاط آخر على ما يرام؟

.....
.....

2- ما هو الأفضل الذي يجب تجنب القيام به (حتى لا يتم تعطيل أو عدم تنظيم الجلسة أو أي نشاط آخر)؟

.....
.....
.....

ط- الأشياء التي يتم تقديرها والتي تعتبر معززات

1- الغذاء :

2- الألعاب والأشياء :

3- الأنشطة المنزلية

- تستعد ليلى وأُمها للذهاب
إلى العيادة (الجمعية)



-1-

- ليلى تصطحب مع أمها في الشارع
بهدوء



-2-



تنتظر ليلى مع أمها الحافلة -3-



تصعد ليلى الحافلة -4-
وتجلس في مكانها



-5- تنطلق الحافلة وليلى لا تبكي
ولا تصرخ



الأم سعيدة لأن ليلى -6-
كانت هادئة وأُسرَت لها
الشئس

شكل : القصة الاجتماعية ركوب طفلة مصابة بطيف التوحد الحافلة .

عمر يصنعي مع أمه في الشارع يعود



1-

ينظر عمر مع أمه الحافلة



2-



3- يصعد عمر الحافلة ويجلس في مكانه



4- تنطلق الحافلة وعمر لا يبكي ولا يصرخ



5- وصل عمر والأم ونزلا من الحافلة

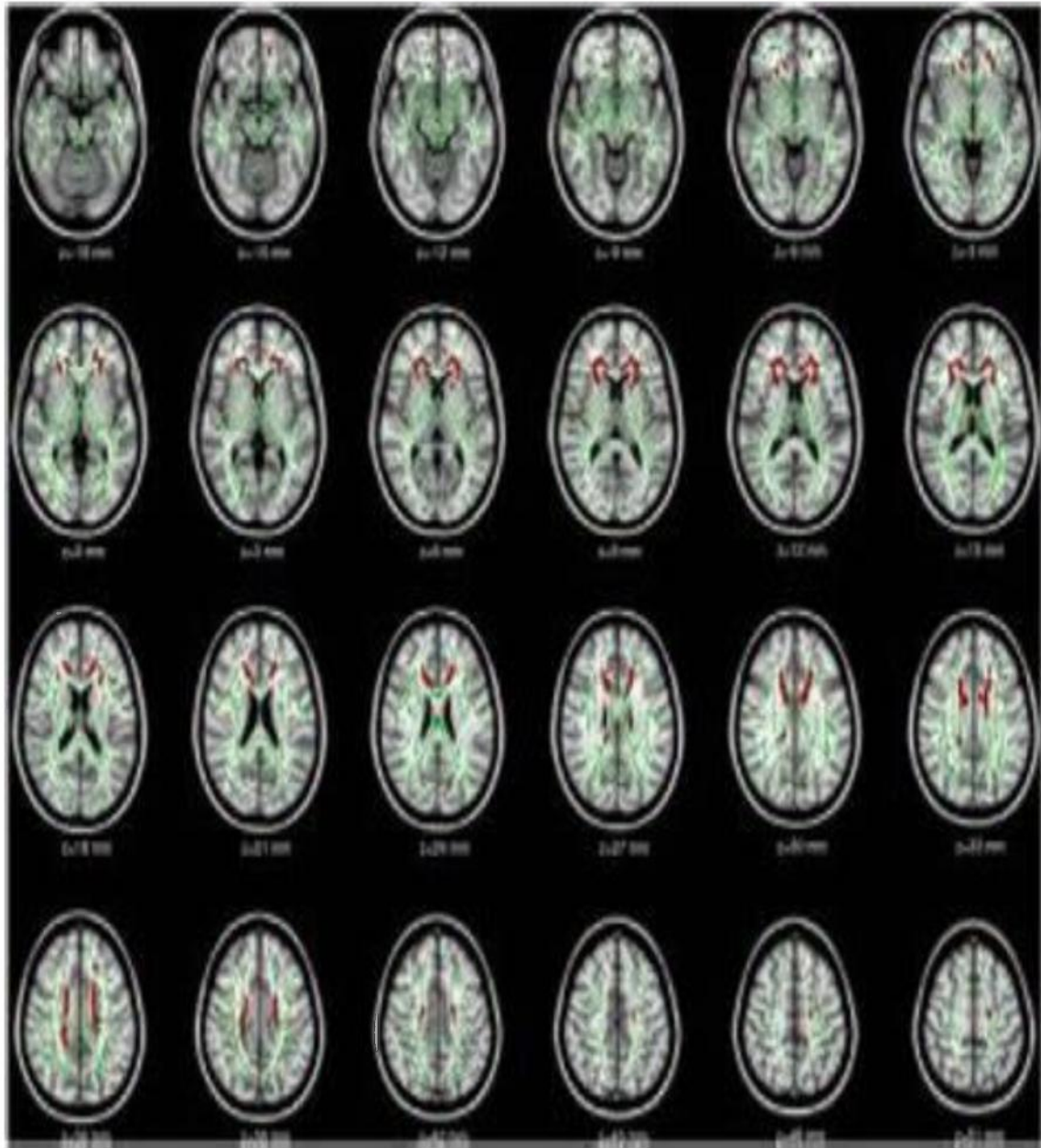


6- الأم سعيدة لأن عمر كان هادئا وأكثرت له الشبس

شكل : القصة الاجتماعية ، ركوب طفل مصاب بطيف التوحد الحافلة .

الوقت	18:00 - 18:30	18:30 - 19:00	19:00 - 19:30	19:30 - 19:50	19:50 - 20:30	20:30 - 21:00	الأيام
الأحد							
الاثنين							
الثلاثاء							
الأربعاء							
الخميس							
الجمعة							
السبت							

شكل : جدول تنظيم لأنشطة الزمانية والمكانية



شكل يشير إلى المادة البيضاء غير الطبيعية لدى المدمنين على الأنتريت

المصدر : لين ، زهو ، لي وآخرون