الجـــمهـوريـــة الجـــزائـريـــة الـديمـقـــراطيـــة الشـعـبيـــــة
وزارة التعلـيـــم العالـــي والبحـــث العلـمـــــي

جـــامعـــة وهـــران2

كـلـيـــة العـــلـــوم الاجـتـمـــاعيـــة
قســـم علوم التربية
تخصص التربية خاصة

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في التربية الخاصة

التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد وعلاقته بتطبيق تقنية A.B.A

دراسة ميدانية بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية سيدي الشحمي-وهران

إعداد من طرف:
بودالية الزهرة

تحت إشراف الأستاذة:
بقال أسما

السنة الجامعية :
2024 2023

الشكر والتقدير

لله الحمد والشكر أولا وأخيرا.

ثم أتقدم بخالص شكري وبالغ تقديري إلى أستاذتي

بقال أسما

على قبولها الإشراف على هذا العمل وعلى المجهودات التي بذلتها،

فكانت نعم الأستاذة والأخت في ذات الوقت.

كما لا أنسى شكر اللجنة الموقرة على قبولها مناقشة هذه المذكرة

مع كامل الامتنان والتقدير.

الطالبة بودالية زهرة.

الإهـــداء

مرّت قاطرة البحث بكثير من العوائق، ومع ذلك حاولت أن أتخطّاها بثبات بفضل من الله ومنّه.

الى عائلتي، زوجي، أولادي، فريق العمل في مؤسسة بئر الجير وسيدي الشحمي، صديقاتي وزملائي، فلقد كانوا بمثابة العضد والسند في سبيل استكمال البحث.

ولا ينبغي أن أنسى أساتذتي ممن كان لهم الدور الأكبر في مُساندتي ومدِّي بالمعلومات القيّمة...

أُهدي لكم بحث تخرُّجي.....

داعيًا المولى – عزّ وجلّ – أن يُطيل في أعماركم، ويرزقكم بالخيرات.

إلى أستاذتي المحترمة "بقال" على مساعدتها لنا لإنجاز هذا البحث المتواضع

زهرة

الفهرس

الفصل الأول:

المقدمة

1. تقديم الدراسة.
2. إشكالية الدراسة.
3. فرضيات البحث.

3.1. الفرضيات الجزئية.

4. أهمية الموضوع.
5. أهداف البحث.
6. المصطلحات الاجرائية.

6.1. البرنامج العلاجي.

6.2. التفاؤل.

7. حدود الدراسة.

7.1. الحدود المكانية.

7.2. الحدود الزمانية.

7.3. الحدود البشرية.

8. الدراسات السابقة.

8.1. الدراسات التي تناولت موضوع فاعلية البرامج العلاجية لدى فئة أطفال اضطراب التوحد.

8.2. الدراسات التي تناولت موضوع التفاؤل.

8.3. موقع الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

الفصل الثاني:

اضطراب التوحد.

تمهيد

1. تعريف التوحد.

1.1. لغة.

1.2. اصطلاحا.

2. انتشار اضطراب التوحد.

3. خصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

3.1. اللغة والتواصل.

3.2. التفاعل والمشاركة الاجتماعية.

3.3. الخصائص السلوكية.

3.4. الخصائص المعرفية.

3.5. الخصائص الحسية.

4. أسباب اضطراب طيف التوحد.

5. تصنيف اضطراب التوحد.

5.1. اضطراب التوحد.

5.2. الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية.

5.3. الإعاقة النوعية في الايصال.

5.4. أنماط سلوك، نشاطات واهتمامات على الشكل نفسه.

5.5. تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية.

6. اضطراب ريت.

7. اضطراب أسبرجر.

8. الاضطرابات المصاحبة.

8.1. الصرع.

8.2. التأخر العقلي.

9. الخلاصة.

الفصل الثالث:

التفاؤل:

تمهيد.

1. تعريف التفاؤل

1.1. لغة.

1.2. اصطلاحا.

2. أنواع التفاؤل.

2.1. التفاؤل المقارن.

2.2. التفاؤل الاستعدادي.

2.3. التفاؤل غير الواقعي.

2.4. التفاؤل اللاوعي.

2.5. التفاؤل الجاد.

3.العوامل المحددة للتفاؤل.

4. العوامل الاجتماعية.

4.1. العوامل الاجتماعية المفاجئة.

5. مستوى التدين.

6. مفهوم الشخصية الإيجابية (المتفائلة).

7. خصائص المتفائلين.

8. النظريات المفسرة للتفاؤل:

8.1. نظرية التحليل النفسي.

8.2. النظرية السلوكية.

8.3. النظرية المعرفية.

9. الخلاصة.

الفصل الرابع:

التحليل التطبيقي للسلوك.

تمهيد.

1. تعريف تقنية (a.b.a)

2. المهارات التعليمية في البرنامج:

2.1. المهارات الأساسية للتعلم.

2.2. التقليد.

2.3. مهارات اللعب بطريقة ملائمة.

2.4. المهارات الاستقلالية.

2.5. اللغة المتقدمة.

2.6. اللغة الوسطية.

2.7. تعليم الأحاسيس.

2.8. التخيل.

3. منهاج (a.b.a).

4. مراحل التكفل.

5. فنيات السلوك.

5.1. فنيات تشكيل السلوك.

5.2. فنيات تعديل السلوك.

6. دور أهداف لوفارس.

6.1. دور الأسرة في الإجراءات التطبيقية في برنامج لوفارس.

6.2. مبررات التدخل الارشادي المبكر.

6.3. خصائص البرنامج العلاجي في مرحلة ما قبل المدرسة.

6.4. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر لأطفال التوحد بالنسبة للطفل.

6.5. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر لأطفال التوحد بالنسبة للأباء.

6.6. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر لأطفال التوحد بالنسبة للأخصائيين.

الفصل الخامس: (جانب تطبيقي)

تمهيد.

1. الدراسة الاستطلاعية.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.

1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية.

2. وصف أداة الدراسة بمقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الآنصاري.

2.1. تعليمات المقياس.

2.2. تحديد مستويات المقياس.

2.3. الخصائص السيكومترية للمقياس.

3.البرنامج العلاجي.

3.1. تعريف البرنامج.

3.2. أهداف البرنامج.

3.3. أهمية البرنامج.

3.4. اعداد وتطبيق البرنامج.

3.5. التجريب الاستطلاعي للبرنامج.

4.الخلاصة.

❖ **الدراسة الأساسية.**

تمهيد.

1. **المنهج المستخدم.**
2. **إجراءات البحث.**

2.1. التصميم التجريبي.

3. **مجالات الدراسة.**

3.1. المجال المكاني.

3.2. الحدود الزمنية.

3.3. الحدود البشرية.

4. **أدوات الدراسة.**

4.1. مقياس الاستخدام السلبي للأنترنت.

4.2. وصف عام للبرنامج العلاجي.

5. **الخلاصة.**

الفصل السادس:

عرض النتائج ومناقشة الفرضيات.

تمهيد.

1. **التحليل الاحصائي لإجابات عينة الدراسة.**
2. **عرض ومناقشة نتائج الدراسة.**
3. **عرض ومناقشة نتائج الفرضيات.**
4. **خلاصة النتائج.**

-الخاتمة.

- قائمة المراجع.

-الملاحق.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

المقدمة:

-لقد حظيت قضية الطفولة باهتمام الكثير من الباحثتين في مختلف المجالات، وبدأ الاهتمام يتزايد في الآونة الأخيرة بالاضطرابات التي تصيب الأطفال وتؤثر على نموهم السوي، ، ومن بين هذه الاضطرابات نجد اضطراب طيف التوحد تلك الإعاقة الغامضة والتي هي حالة فردية خاصة متعلقة بنمو الفرد ، ناتجة عن اضطراب في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى صعوبات في واحد و أو أكثر من الخبرات، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في السيطرة عليهم ، كما أنه من الاضطرابات التي يكتنفها الكثير من الغموض سواء في أساليب تشخيصه أو أسباب الإصابة أو طرق علاجه.

- اضطراب طيف التوحد هو أحد اضطرابات النمو الأكثر تعقيدًا نظرًا لتنوع نماذج الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب وقدراتهم ومهاراتهم المختلفة، وعلى الرغم من وجود الخصائص الأساسية المشتركة بينهم تظهر الأعراض والخصائص التي تشير إلى مرض التوحد في شكل من أنماط كثيرة ومترابطة تتراوح بين بسيطة إلى متوسطة فشديدة.

ويعد التوحد أحد اضطرابات النمائية الشاملة التي تم اكتشافها مؤخرًا بالإضافة إلى إعاقات أخرى، حيث شهدت العقود الأخيرة تقدمًا كبيرًا في مجال فهمنا للتوحد، مقارنة بما كان عليه وربما ما يميز هذا التقدم هو كونه تقدما شاملا تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد من مثل فهمنا لطبيعة الأسباب المسببة له، وآليات تشخيصه، وأعراضه، وكيفية التعامل معه من خلال أنجح البرامج التربوية والعلاجية.

إذ يرغب الكثير من الأشخاص ذوي طيف التوحد في العمل وهم يشكلون مصدر كبيرا للمواهب غير المستغلة. وهناك مفهوم مغلوط بأن الأشخاص ذوي التوحد غير قادرين على التكيف مع احتياجات العمل أو غير قادرين على القيام بالأعمال الروتينية الرتيبة. إلا أنهم يستطيعون تطوير قدراتهم في العمل كأي شخص آخر في حالة حصولهم على التدريب الصحيح وتقديم الخدمات والدعم لهم.

ويعد الطبيب كانر **L . Kanner** لسنة 1943 أول من وصف التوحد، تحت مصطلح التوحد الطفولي و اعتبره كظاهرة جد مبكرة للفصام، وعلى الرغم من عدم التمكن من إيجاد الأسباب الحقيقية لهذا العرض، إلا أنه كانت هناك جهود كثيرة هدفها تقديم تقنيات علاجية تحتوي على

برامج تدريبية، تعليمية تساعد في تعديل سلوك هؤلاء الأطفال وتحقيق الاستقلالية لهم. وعلى هذا الأساس لقد قمنا في دراستنا هذه بالاستناد على طريقة ABA التي تعتمد على طريقة الاستجابات الشرطية في مجال تعليم الأطفال المصابين بالتوحد، وعلى تحليل السلوك، والتدخل المكثف لتنمية قدرة الفرد على التواصل، وفهم اللغة، وحدوث التفاعلات الاجتماعية من خلال الزيادة من السلوكيات المكيفة والتقليل من السلوكيات غير المكيفة. (يطو،2012، ص78).

مما يساعد هؤلاء الأطفال على الخروج من قوقعتهم التوحدية، والتخفيف من حدة اضطراباتهم وتعديل سلوكياتهم للتكيف مع المحيط الأسري والاجتماعي، خصوصا أنهم في هذه المرحلة أكثر مرونة وقابلية للتعلم وأكثر طواعية لتعديل سلوكهم.

- من جهة أخرى نسعى من خلال هذا البحث إلى بث التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد مع العلم أن هذا العنصر مهم جدا في دراستنا، حيث أنه يقيس جانب كبير من الحياة النفسية، كما يقيس مستوى التفاؤل لديهن، والمسؤول في الكثير من الأحيان عن تحقيق السعادة لهن، والذي ينعكس أيضا على بقية أفراد الأسرة. فلا شك أن سعادة الأم لها أثر بالغ الأهمية لدى باقي أفراد أسرة، كونها تمر بالعديد من الضغوطات النفسية كالتشاؤم من الحياة الذي يؤدي بها إلى الكره الشديد للحياة، الذي يصيبها نتيجة شعورها برفض المجتمع لإعاقة طفلها، أو لها، ومن أعراضها القلق المستمر، التوتر والخوف، والحزن على إعاقة ابنها، وحيرتها من مستقبله، كيف سيكون مصيره، حيث أن تناولها لهذه الوضعية بتفاؤل من خلال إدراكها لإمكانية التكفل بهذه الإعاقة ويدفع بها للخروج من دائرة التفكير السلبي التشاؤمي.

1. تقديم الدراسة:

ولمعالجة هذا الموضوع تم تناوله في شقيه النظري والميداني كما يلي:

ضم الجانب النظري فصول موزعة كما يلي:

الفصل الأول: تم من خلاله عرض الإطار العام للدراسة من عرض للإشكالية مع الاعتماد على الدراسات السابقة ضمنها، طرح التساؤلات وصياغة الفرضيات، تحديد أهداف الدراسة، كما تم تناول عنصر أهمية موضوع الدراسة، ثم تم التطرق للمصطلحات الإجرائية للدراسة، وأخيرا ذكر الحدود الزمانية والمكانية والبشرية للدراسة.

الفصل الثاني: تم التطرق فيه إلى اضطراب طيف التوحد من حيث المفهوم، والأعراض، كما تم تناول الخصائص الرئيسة لأطفال اضطراب طيف التوحد، ونسبة انتشار هذه الإعاقة، والأسباب المؤدية للإصابة بها، كما تم ذكر أهم طرق تصنيف هذه الإعاقة.

الفصل الثالث: يعالج هذا الفصل آليات التكفل باضطراب طيف التوحد، تم تناول فيه تناول إحدى السبل العلاجية الحديثة والفعالة في التعامل مع اضطراب طيف التوحد والمتمثلة في تقنية A.B.A، من حيث المفهوم، والأساليب المستعملة فيها، والإجراءات التطبيقية لبرنامج "لوفاس كما تم التطرق الى. خصائص البرنامج العلاجي في مرحلة ما قبل المدرسة مع ذكر دور الأسرة والفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين بالنسبة للطفل.

الجانب الميداني من الدراسة: ضم ثلاثة فصول موزعة كما يلي:

الفصل الرابع: تضمن هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية، تم تناول فيه أهداف الدراسة الاستطلاعية، العينة ومواصفاتها، أدوات البحث ومواصفاتها، كما تم تحديد الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وعرض العلاجي في صورته الأولية.

الفصل الخامس: احتوى هذا الفصل على الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية وتضمن: المنهج وتصميم الدراسة، عينة الدراسة الأساسية، أدوات الدراسة في شكلها النهائي، مع ذكر الإجراءات تطبيق البرنامج العلاجي، كما تم ذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل السادس: خصص هذا الفصل لعرض نتائج الخاصة بفرضيات الدراسة، تم عرض كل فرضية بالجدول مع التعليق عليها.تمت فيه مناقشة نتائج الدراسة بالاعتماد على التراث النظري والدراسة السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة، واختتمت الدراسة ببعض الاقتراحات والتوصيات.

وفي الأخير تم عرض للمراجع والملاحق التي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

2. إشكالية الدراسة:

-أظهرت العديد من الدراسات في مجال الصحة النفسية أن التفاؤل يرتبط بالعديد من النتائج الايجابية للحياة مثل زيادة متوسط العمر المتوقع، والصحة العامة، والصحة النفسية الجيدة، وزيادة النجاح في الرياضة والعمل، وشفاء معدلات العمليات القلبية، واستراتيجيات المواجهة الفعالة، كما تشير إلى أن التفاؤل يقلل من خطر التعرض للمشاكل الصحية وإلى انتعاش أسرع بعد الأحداث المهمة كالموت أو المرض، وأن المتفائلين أقل قلقا وأكثر قدرة على تحمل الشدائد، وأكثر ثقة وقدرة

على اتخاد القرارات، وأكثر إبداعا. كما أظهرت بحوث عديدة وجود علاقة إيجابية مرتفعة بين النظرة التفاؤلية والسعادة، وأن التفاؤل يرتبط إيجابا بالسيطرة على الضغوط ومواجهتها وحل المشكلات بنجاح، وضبط النفس وتقدير الذات والتوافق، والصحة الجسمية والنفسية.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية لمحاولة الكشف عن مدى تحقيق التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق برنامج برنامج تدريبي مكثف يقوم على تقنيةA.B.A ، وذلك في ضوء عامل السن والمستوى التعليمي والخصوبة لديها. وبناء على ما ذكر آنفا، يمكن تحديد إشكالية الدراسة الحالية في التساؤل التالي:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد قبل وبعد تطبيق تقنية A.B. Aعلى أبنائهم؟

وفي خضم هذا التساؤل الواسع يمكننا بناء إشكاليات فرعية أكثر تحديدا كما يلي:

1-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B.A على أبنائهن تعود إلى المستوى التعليمي للمرأة ؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B.A على أبنائهن تعود إلى خصوبة المرأة ؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B. Aعلى أبنائهن تعزى إلى عامل السن ؟

3. فرضيات البحث.

3.1. الفرضيات الجزئية:

1 ـ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B. Aعلى أبنائهن تعود إلى المستوى التعليمي للمرأة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B. Aعلى أبنائهن تعود إلى خصوبة المرأة.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B. Aعلى أبنائهن تعزى إلى عامل السن.

4. أهمية الموضوع:

-يكتسي موضوع التوحد أهمية بالغة في مجال التربية الخاصة، ويعد من المواضيع الجديرة بالبحث العميق وخاصة أن نسب اضطراب طيف التوحد في تزايد مستمر، وهكذا أصبح من الواجب معرفة كيفية مساعدة هذه الشريحة من الأطفال و أسرهم ، لذا حاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على طيف التوحد والتعرف على تقنية A.B.A التي تعتبر من أهم البرامج المتبعة في التكفل بهم، حيث قمنا بوضع برنامج تدريبي مستنبط من هذه التقنية يقوم على تعليم أطفال اضطراب طيف التوحد سلوكيات تتوافق مع الأسرة والمجتمع، وهو ما يتيح لأهل الأطفال المتوحدين من الاستفادة من معطيات هذه التقنية، و بالخصوص أمهاتهم، حيث تنتمي هذه الدراسة إلى ميدان علم النفس الإيجابي ، وهو اتجاه جديد لدراسة السلوك يتم فيه التركيز على المشاعر الإيجابية ، ومعرفة تأثيرها على حياتنا ، ومعرفة العوامل التي تنميها وتنشطها ، حيث تم التركيز على سمة التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد من أجل في تحسين رؤيتهم ونظرتهم نحو المستقبل تجاه أطفالهم في ضوء تطبيق برنامجA.B.A .

من جهة أخرى تظهر أهمية البحث على المستوى التطبيقي من خلال الاستفادة من البرنامج المقترح في العديد من الأغراض البحثية والتطبيقية على عينات مماثلة من ذوي الاحتياجات الخاصة.

5. أهداف البحث:

1) التعرف على مدى أهمية هذه التقنية السلوكية في تحسين مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
2) تقديم برنامج تدريبي مكثف يقوم على: خفض بعض أعراض اضطراب طيف التوحد من خلال إكسابهم بعض المهارات مما يؤدي إلى تعديل وتحسين سلوك أطفال اضطراب طيف التوحد.

3) المساهمة في التكفل بالأمهات من خلال مشاركتهن في البرنامج التدريبي ومساعدتهن على اجتياز مرحلة الصدمة.
4) إمكانية استغلال البرنامج وتوظيف النتائج المتوصّل إليها من قبل المشرفين على التكفل بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

6. المصطلحات الإجرائية:

6.1 برنامج علاجي:

-هو برنامج علاجي يتمثل في مجموع الإجراءات والأساليب المستوحاة من النظرية المعرفية السلوكية (الحديث الذاتي، إعادة البناء المعرفي..)، ومن إجراءات **لوفاس** (تقنية A.B.A)، تقدم على شكل جلسات علاجية خلال جلسات متتالية عددها ستة جلسات علاجية مدة الجلسة الواحدة 45 دقيقة وتطبق بواقع جلسة في الأسبوع والذي يهدف إلى التخفيف من أعراض اضطراب طيف التوحد مما ينعكس إيجابا على مستويات التفاؤل لدى الأمهات .

6.2 التفاؤل:

هو مجموعة من الخصائص التي تتصف بالثبات والاستقرار العقلي والانفعالي والمرونة الشخصية والتنظيم السلوكي الذي ينفرد به الفرد عن الاخرين لتحقيق الفاعلية في أداء العديد من الأدوار في الحياة والمتمثل في درجة استجابة أفراد عينة الدراسة في الاستبيان التفاؤل والتشاؤم، حيث تشير الدرجات المنخفضة على المقياس على مستويات منخفضة من التفاؤل، في حين تشير الدرجات المرتفعة إلى مستويات مرتفعة.

7. حدود الدراسة:

7.1. الحدود المكانية: أجريت الدراسة مكانيا بمصحة الطب العقلي للطفل والمراهق بالمؤسسة الاستشفائية بسيدي الشحمي بوهران.

7.2. الحدود الزمنية: أجريت الدراسة الميدانية خلال السنة الدراسة 2023-2024.

7.3. الحدود البشرية: تمثلت عينة الدراسة الحالية في مجموعة من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد اللواتي طبق على أبنائهن البرنامج العلاجي، والبالغ عددهن (38) أما.

8. الدراسات السابقة:

تمهيد:

تعتبر الدراسات السابقة الركيزة الأساسية والخطوة الأولى التي يجب أن يعتمد عليها الباحث مباشرة بعد اختياره لموضوع دراسته، فهي الموجه الأساسي للباحث، بفضلها يستطيع الباحث التقرب من موضوع دراسته وفهمه فهما جيدا.

8.1. الدراسات التي تناولت موضوع فاعلية البرامج العلاجية لدى فئة أطفال اضطراب طيف التوحد:

من أهم الدراسات التي تناولت موضوع فاعلية البرامج العلاجية لدى فئة أطفال اضطراب طيف التوحد نجد ما يلي:

1-دراسة بقال اسما و محرز عبلة: **(2022) فاعلية برنامج قائم على قنية ABA الأطفال المتوحدين قائم على تقنية على التخفيف من الغضب** لدى عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد**(دراسة ميدانية)** هدفت الدراسة إلى التعرف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على تقنية ABA في خفض الغضب لدى الأطفال المتوحدين، وقد تكونت عينة البحث من (30) حالة من أطفال اضطراب طيف التوحد ممن تحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الغضب ، بعد التأكّد من تماثلهم في الاضطراب مع عدم وجود اضطرابات مصاحبة ، و الملتحقين بالأقسام الخاصة بمدينة وهران في الفترة الزمنية ما بين أكتوبر و ديسمبر 2020. وقد استخدمت مجموعة من الأدوات منها: مقياس الغضب لبص وديركي ترجمة مجدي محمود، إضافة إلى البرنامج الإرشادي.

وبعد التحليل أسفرت الدراسة على أن البرنامج الإرشادي المبني على تقنية ABA قد ساهم في خفض الغضب لدى أطفال اضطراب طيف التوحد بشكل فعال

2- دراسة سوسن شتيات، عليا العويدي (2018) بعنوان :فاعلية برنامج تقييم المهارات اللغوية و التعلمية ابليز في تحسين المهارات الأساسية لدى عينة أردنية من أطفال اضطراب طيف التوحد.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تقديم برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض المهارات الحركية لدى أطفال طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (10) حالات من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد البسيط مع عدم مرافقة اضطرابات مصاحبة، واعتمد البحث على برنامج تدريبي سلوكي لتنمية مهارات الأداء البصري والتقليد الحركي والطلب والاستجابة.

وأسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها ما يلي:

- توجد فروق بين أداء أفراد الدراسة في القياس القبلي والبعدي في مهارات الأداء البصري (التقليد الحركي؛ الطلب؛ التعميم) تعزى للتدريب على برنامج ابليز لصالح الأداء البعدي.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبرنامج ابليز في تحسين المهارات الأساسية للتعلم والمتمثلة في مهارات الأداء البصري والتقليد الحركي والطلب والاستجابة. (سوسن شتيات، عليا العويدي: 2018 ص ص 328 - 315)

3- دراسة ممدوح موسى احمد الرواشدة، هاني شحات، احمد عليان (2016) بعنوان: فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض المهارات الحركية الدقيقة لدى الأطفال التوحديين

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي أثر برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض المهارات الحركية الدقيقة لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من (05) حالات من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد استخدم لهذا الغرض المنهج: شبه تجريبي، كما اعتمد البحث على مقياس المهارات الحركية الدقيقة لولكوكست.

وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المتوحدين في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس المهارات الحركية الدقيقة وأبعاده الفرعية لصالح التطبيق البعدي (ممدوح موسى، وآخرون:2016: ص 184 - 145).

8.2. <u>الدراسات التي تناولت موضوع التفاؤل: من بين الدراسات التي تناولت موضوع التفاؤل ما يلي:</u>

1- بقال اسما معروف صفاء 2020التفاؤل والتشاؤم لدى الأم غير المتزوجة-دراسة ميدانية على عينة من الأمهات غير المتزوجات بولاية وهران.

- هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من الأمهات غير المتزوجات، حيث تكوّنت عينة الدراسة من 30 أما غير متزوجة بولاية وهران، تتراوح أعمارهن ما بين (18-33) سنة في الفترة الممتدة من شهر يناير إلى غاية شهر ماي 2019. وعليه استند البحث على المنهج الوصفي التحليلي، وطبقت الباحثة مقياس التفاؤل والتشاؤم لديمبر.

من أهم نتائج التي خلصت إليها الدراسة هي انخفاض مستوى التفاؤل لدى الشباب الأمهات غير المتزوجات. وفي ضوء النتائج انتهت الدراسة إلى عدد من التوصيات تتلخص في ضرورة تقديم الدعم والمساندة النفسية للأمهات غير المتزوجات.

2- **دراسة د.عينو عبد الله (2019) بعنوان : " التفاؤل و التشاؤم لدى فئة المتعلمين من المتوسط، الثانوي و الجامعي"** هدفت هذه الدراسة الى التعرف على نسبة شيوع التفاؤل و التشاؤم لدى فئة المتعلمين بمدينة سعيدة ، أجريت الدراسة على عينة قوامها 333 متعلم ، و اعتمدت الباحث في دراسته على المنهج الوصفي . وأسفرت الدراسة مجموعة من النتائج أهمها ما يلي:

- انتشار كل من التفاؤل والتشاؤم في كل الاطوار التعليمية.
- عدم وجود فروق في التفاؤل والتشاؤم تعزى إلى الجنس.

-وجود فروق دالة بين أفرد العينة في التفاؤل و التشاؤم تعزى إلى متغير التخصص. (عينو عبد الله :2019: ص121).

3-**دراسة بقال إسمى وشارف جميلة** (2017) بعنوان:" **أثر التفاؤل لدى الأمهات على تحقيق جودة الحياة لدى الأبناء** "، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير مستويات التفاؤل لدى الأمهات على تحقيق جودة الحياة لدى الأبناء، واشتملت العينة على 40 أما من أسر بمدينة وهران

خلال الفترة الممتدة ما بين نوفمبر2016 وفبراير 2017، استعانت الباحثتان، بمقياس جودة الحياة لكاظم ومنسي، كما تم تصميم مقياس التفاؤل لتحقيق أغراض الدراسة.

خلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستويات التفاؤل لدى الأمهات وجودة الحياة لدى الأبناء، كما كشفت الدراسة إلى وجود فرق دال إحصائيا في مستويات التفاؤل لدى الأمهات يعزى إلى حالتهن الاجتماعية.

8.3. موقع الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

لقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد متغيرات الدراسة ومناقشة نتائجها، في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسات السابقة ، وقد تميزت الدراسة الحالية عن هذه الدراسات في تناولها لموضوع التفاؤل لدى فئة خاصة من المجتمع وهي الأمهات أطفال طيف التوحد، حيث تم التعرض للأبعاد النفسية لسيكولوجية هذه الأم من حيث التفاؤل و التشاؤم في ضوء البرنامج التدريبي القائم على تقنية A.B.A، الأمر الذي لم يتم التطرق إليه من قبل الدراسات التي تم عرضها ، حيث تم من خلال ذلك طرح منظور جديد حول المعاش النفسي للأمهات أطفال طيف التوحد.

الفصل الثاني:

اضطراب طيف التوحد.

تمهيد:

-يعتبر اضطراب طيف التوحد من أصعب اضطرابات النمو وذلك لما يعانيه الأطفال من هذه الشريحة من إعاقة نمائية مما يؤدي به إلى الانغلاق على نفسه، ويكون التأثير مزدوج أي على الطفل وكذا الأسرة التي ينتمي إليها.

وحتى يأتي التدخل العلاجي بالثمار لا بد أن يكون في سن مبكرة وهذا لا يكون إلا بالتشخيص المبكر والتنفيذ المبكر للبرنامج العلاجي وحتما ستكون الفعالية أكثر.

1. تعريف التوحد:

1.1. لغة: التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية تعني العزلة أو الانعزال، باللغة بالعربية يطلق عليه اسم الذاتية، والتوحد كحالة مرضية ليس عزلة فقط، ولكن رفض للتعامل مع الآخرين، مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لأخر. ويعود مصطلح كلمة التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعني النفس أو الذات *autos*. (Roeyers 1995 161).

1.2. اصطلاحا: عرفت الجمعية الأمريكية لعلم النفس، التوحد على انه اضطراب نمائي والذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وذلك نتيجة خلل في الجهاز العصبي، يؤثر على وظائف المخ[i] وبالتالي يؤثر على النمو الطبيعي ومختلف نواحيه.

-ويظهر هذا الاضطراب في مجموعة من المظاهر أهمها ما يلي:

- ✓ اضطراب في مهارة التواصل مع الآخرين والتكيف الاجتماعي.
- ✓ قصور في عملية الاتصال اللفظي أو غير اللفظي.
- ✓ سلوكيات وحركات بدنية متكررة كرفرفة الأيدي.
- ✓ هؤلاء الأطفال يستجيبون دائما الى الأشياء أكثر من استجابتهم الى الأشخاص.

ويعرف الدليل الطبي العالمي العاشر Icd 10 لتصنيف الأمراض اضطراب طيف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات، تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف.

أما التعريف الدقيق الذي جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع Dsm-IV فينص على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل الذي يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية، وتشمل الانتباه والإدراك الحسي والنمو الحركي وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى ولم يكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد بل يغلب الظن بان العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي. (Roeyers 1995 161)

- ويتضح من التعارف السابقة إلى أن اضطراب طيف التوحد هو مجموعة من الاضطرابات المعقدة المرتبطة بنمو الدماغ، حيث تتميز هذه الاضطرابات في صعوبة التفاعل الاجتماعي والتواصل بمختلف أنواعه والسلوكيات النمطية بدرجات متفاوتة. (مؤسسة التوحد يتحدث،2018، ص6).
- يشير هذا المصطلح إلى إعاقة تنموية تستمر طوال حياة الفرد وتؤثر على كيفية تواصل الشخص مع وعلاقتهم به، وكيف ينظر للعالم المحيط به، ومصطلح اضطراب طيف التوحد هو عبارة عن وصف عام لمجموعة من الاضطرابات المعقدة في تطور الدماغ بحيث تكون لكش شخص ممن لديهم اضطراب توحد مواطن قوة واحتياجات خاصة

الآخرين به.

(مؤسسة توافق،2017، ص6)

من خلال الشكل نلاحظ أن لاضطراب طيف التوحد ثلاث تصنيفات طيف توحد شديد، طيف توحد متوسط، طيف توحد ذو أداء وظيفي عالي أو ما يعرف بمتلازمة أسبرجر، وسنأتي على ذكر كل هذه تصنيفات بالتفسير في العناصر القادمة.

طيف التوحد هو اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل، يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره كالانشغال الزائدة بالذات، قلة الاهتمام بالآخرين، ضعف الاستجابة للمثيرات الحسية ومن حوله، مقاوم للتغيير، محدودية الأنشطة، نشاط حركي زائد عن المألوف وغير هادف. (المقابلة،2016، ص16)

إذن ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول بأن طيف التوحد هو اضطراب يظهر في السنة الثالثة من حياة الطفل ويرتبط بنمو الدماغ ويتميز بجوانب مميزة للنمو بالإضافة إلى صعوبة التفاعل التواصل الاجتماعي الذي يستمر طوال حياة الفرد.

2. انتشار اضطراب طيف التوحد:

-ان اضطراب طيف التوحد أكثر انتشارا بين الذكور حيث تشير التقديرات إلى وجود 4 إلى 5 مصابين ذكور في مقابل إصابة واحدة للإناث، ومن بين كل 10.000 شخص يوجد أربعة إلى خمسة مصابين باضطرابات طيف التوحد. (عالية للتدخل المبكر د.ت، ص6).

-كما تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن طفل من بين كل 160 طفلا في العالم لديه اضطراب طيف التوحد، وتظهر أعراضه خلال السنوات الخمسة الأولى.

-كما قد بينت إحصائيات الصادرة عن المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية منها إلى إصابة حوالي طفل من كل ثمانية وثمانين طفلا أمريكيا باضطراب التوحد، كما تبين الدراسات والأبحاث الحديثة أن هذه الزيادة راجعة إلى تطور وسائل التشخيص والتوعية.

-بالإضافة إلى ذلك فإن هناك بعض الدراسات تشير إلى أن التوحد أكثر انتشار لدى الذكور عكس الإناث بحيث أن كل تشخيص من بين 54 ذكرا ينتج عنه حالة واحدة، في حين الإناث كل تشخيص من بين 252 ينتج حالة واحدة. (توافق،2017، ص10).

3. خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

3.1. اللغة والتواصل:

- تأخر في اللغة التعبيرية المنطوقة فإذا أراد طفل توحدي أي شيء يمسك بيد شخص آخر ويقوده إلى ذلك الشيء.

- عدم القدرة على استخدام الوسائل البديلة للتواصل كالإيماءات وحركات اليدين وتعبيرات الوجه.

- المصاداة المباشرة والمؤجلة ويقصد بالمصاداة المباشرة تكرار الطفل لما سمعه في نفس الوقت كأن تسأله ما اسمك؟ فيجيب ما اسمك؟، أما المصاداة المؤجلة فهي أيضا تكرار لما يسمعه الطفل لكن هذا التكرار يكون بعد مدة.

- عكس الضمائر مثل سؤال الطفل هل تريد بسكوت؟ فيجيب أنت تريد بسكوت.

- قصور في القدرات التعبيرية لدرجة أن يبدو ما يقوله غريبا أو غير مرتبط لموضوع الحديث.

- عدم القدرة على الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات.

- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون، والاستخدام الصحيح للكلمة.

- عدم القدرة على بدء محادثة أو الاستمرار فيها.

- صعوبة فهم اللغة غير المنطوقة من قبل الآخرين. (البنا،2017، ص24).

3.2. التفاعل والمشاركة الاجتماعية:

- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرون قصورا في التفاعل الاجتماعي وهي من بين الخصائص السلوكية والدالة على الإصابة بالتوحد حيث يرى جيلسون (Gillson,2000) أن الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال الأداء الوظيفي للسلوك الاجتماعي، في حين اعتبره كانر (Kanner,1934) ناتجا عن اضطراب في التواصل الفعال.

- تتمثل هذا الاضطراب الاجتماعي في صعوبة استخدام السلوكيات غير اللفظية كالتواصل البصري والإيماءات، بالإضافة إلى صعوبة تكوين صداقات والمحافظة عليها.

عموما يمكن إجمال هذه الصعوبات فيما يلي:

- عدم الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية.
- الفشل في الاستماع والإصغاء لأصوات الآخرين.
- عدم الرغبة في المشاركة مع الآخرين في مواضيعهم المفضلة.
- قلة الوقت الممضي مع الآخرين أي تفضيل العزلة.
- قلة الاهتمام بالصداقات.
- رفض التلامس الجسدي.
- عدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.
- قصور في التواصل البصري إذ يتجنب الطفل التوحدي النظر إلى وجه شخص آخر. (البنا،2017، ص25).

3.3. الخصائص السلوكية:

- سلوكيات متكررة وغير مسيطر عليها كرفرفة اليدين وحركة الرأس.
- استخدام الأشياء بشكل روتيني يومي.
- مقاومة التغيير ورفضه.
- قيام بالعديد من السلوكيات النمطية اللغوية أو الحركية كتدوير الأشياء.
- الاهتمام المفرط بالأشياء.
- السلوك الفوضوي والعدوان نحو الآخرين والذات. (محمود،2018، ص349)

3.4. الخصائص المعرفية:

- صعوبة في فهم وإدراك أبعاد المواقف واستيعاب المثيرات والاستجابة لها.
- خلل في مجال الرؤية الشاملة للأشياء حيث أنهم ينظرون للأشياء من جانب واحد دون إدراك أبعاده حيث أنهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط.
- صعوبة في القدرة على حل المشكلات وضعف القدرة على التعميم.
- صعوبة نقل أثر التدريب بين المواقف والبيئات المختلفة.

- قصور في إنتاج أفكار جديدة وصعوبة الرؤية الشاملة للمشكلات إن كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها. (محمود،2018، ص349)

3.5. الخصائص الحسية:

يمكن إجمال هذه الخصائص في:

المثيرات الصوتية: إذ تشير الملاحظات إن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يظهرون حساسية سمعية لأصوات يسمعونها ولا يسمعها الأفراد الآخرون المحيطين بهم،مما تسبب لهم إزعاجا شديدا، وبما أنهم يبدون كمن يعاني الصمم فأنهم في الوقت ذاته لا يستجيبون فيه للأصوات المنخفضة والروتينية، وخاصة الأدوات المستخدمة في المنزل.

5.2 المثيرات البصرية: قد يبدو أن الأطفال لا يرون بعض المثيرات البصرية، وفي رؤية بعض الألوان، أوقد يظهرون اهتمام كبير ببعض الأضواء والأشكال الضوئية، كما يكن الأطفال إهتماما لبعض الأطعمة بناء على لونها.

المثيرات اللمسية: تعتبر من أكثر الخصائص التي يظهر فيها التباين، حيث قد نجد بعض الأطفال حساسية جلدية كبيرة، مما تجعل الطفل يبتعد عن الأفراد أو الفرد الذي يقترب منه أو يحاول الإمساك به، ونجد أن البعض قد لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضه لأذى شديد. (محمود،2018، ص350)

4. أسباب اضطراب طيف التوحد:

-لا يزال هناك اتفاق بين الباحثين والعلماء حول الأسباب المؤدية لظهور اضطراب طيف التوحد غير أن البحوث حول العوامل المسببة لهذه الاضطرابات تقدم لنا إمكانية اكتشاف الأسباب الجينية والبيئية والبيولوجية الدقيقة لاضطرابات طيف التوحد، غير أنه حاليا لا يوجد اتفاق واضح حول أسباب هذه الاضطرابات.

وقد كشفت بعض الدراسات والأبحاث إلى وجود مكون جيني يؤثر بشكل كبير هذا المكون الجيني ناتج عن تأثير عدد من الجينات.

كما نجد أن البحوث الحالية قد اهتمت بوسائل حدوث نقل الجينات وعلى التعرف على الجينات المسؤولة بالذات، ورغم هذا إلا أنه لازالت هناك الكثير من الأسئلة التي تبحث عن

إجابة؛ وذلك بسبب أنه من المعلوم أن الأسباب الجينية لاضطرابات طيف التوحد ليست بالبسيطة أو الواضحة، وتتفاوت من أسرة إلى أخرى، أي أن الجينات المسؤولة ليست متطابقة في جميع الحالات. (عالية للتدخل المبكر د.ت، ص6)

-إذن فاضطراب طيف التوحد لم تشر الدراسات والأبحاث إلى سبب معين له، إلا أنه هناك من الباحثين من يربطونه بالاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ. ويعتقد أن مرض التوحد له أساس وراثي، على الرغم من عدم وجود أي جين مرتبط بشكل مباشر بالاضطراب.

كما نجد أن هناك من الباحثين من يستخدم تكنولوجيا تصوير دماغ متقدمة لدراسة العوامل التي قد تؤدي إلى تطور اضطراب طيف التوحد، ففحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM)، تستطيع أن تظهر تشوهات في بنية الدماغ، مع وجود اختلافات خلوية كبيرة في المخيخ. (المركز الوطني للتوحد د.ت).

5. تصنيف اضطراب طيف التوحد:

5.1. اضطراب التوحد: بغرض تصنيف الطفل بهذا النوع لابد من توفر خمسة بنود أو أكثر حسب الدليل التشخيصي Dsm من الفقرات (أ) و(ب) و(ج) بشرط أن يتوفر بندان من الفقرة (1)، وبند من الفقرة (2) والفقرة (3).

5.2. الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية وذلك في عرضين مما يلي:

- اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية (النظر إلى العين، التعبير الوجهي، الأوضاع والحركات البدنية، الوضعيات الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي)
- العجز في إقامة العلاقات الاجتماعية مع أفراد من نفس السن وحسب تطور العمر.
- غياب النزوع تلقائي في التفتيش عن مشاركة الاهتمامات، أو الإنجازات مع الآخرين (فقدان إظهار، أو جلب، أو الإشارة إلى الاهتمامات)
- فقدان التبادل العاطفي والاجتماعي.

5.3. الإعاقات النوعية فقي الإيصال التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على الأقل:

- تأخر أو فقدان في النمو الكلامي مع غياب محاولة التعويض من خلال أنماط مغايرة من الاتصال البدني.

- صعوبة في القدرة على بدء المحادثة والاستمرار فيها عند ذوي النطق المقبول.

- استعمال اللغة استعمالا نمطيا وتكراريا.

- فقدان اللعب المختلف الضروب التلقائي واللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.

5.4. أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (مكررة) ومحدودة تظهر بوجه واحد على الأقل من الأشكال التالية:

- الاهتمام غير سوي في الشدة أو التركيز.

- إلحاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.

- سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (لي أصابع، قذف اليد أو الأصبع بعنف، إجراء حركات معقدة في كامل الجسم)

5.5. تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بولغ سن الثالثة:

- التفاعل الاجتماعي.

- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

- اللعب التخيلي أو الترميزي. (المقابلة،2016، ص 16و17)

6. اضطراب ريت:

اضطراب ريت: يظهر هذا الاضطراب لدى الإناث بالدرجة الأولى وهذا بعد الدراسة الذي قام بها (أندرياتريت، 1965) حيث أشار إلى أن هذا الاضطراب يظهر بعد مرحلة تطور عادي 5 أشهر إلى 24 شهرا مع توقف في النمو لبضعة أشهر ثم نكوص سريع للمهارات المكتسبة، ويتميز الطفل المصاب بهذا الاضطراب بالأعراض التالية:

- فقدان التناسق التلقائي وضياع التحكم في الحركات الدقيقة للأيدي مع نمو حركات استحواذية (التواء اليدين، التواء الذراعين أمام الصدر أو العنق، حبس اللسان، صرير وضرب الأسنان، تقطيب الوجه، صعوبات المضغ...)

- اختلاج حركات الجذع وارتجاجات لمحاولة استعادة التوازن بالإضافة إلى استنشاق متردد للهواء بكميات كبيرة.
- تأخر في اكتساب وضعية الوقوف والاستقلالية في المشي، كما أن الإصابة المبكرة بهذا الاضطراب قد تسبب فقدان وضعية الجلوس واضطراب حركة الأعضاء السفلية وصلابتها لاحقا.
- اختفاء الاكتسابات اللغوية وتقلصها إلى تماتيم أو كلمة أو كلمتين غير مترابطة، مع اختلال نمو اللغو الاستقبالية والتعبيرية.
- توقف نمو محيط الرأس.
- عدم القدرة على إشباع الحاجات البسيطة وعلى التحكم في وظيفة الإخراج.
- الانطواء وظهور بقية الأعراض التي تشترك مع أعراض التوحد لكن يبقى محافظ على المتابعين بالعين رغم اضطراب السلوك، التواصل والاندماج الاجتماعي.
- برودة قصوى، ازرقاق البشرة نتيجة نقص الأكسجين، إفراط في التعرق وميل لضمور العضلات. (يطو،2012، ص29)

7.اضطراب أسبرجر:

-اضطراب أسبرجر هو أحد اضطرابات النمو ذات المنشئ التكويني البنيوي، حيث تكون موجودة عند الميلاد غير أنه تكتشف بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو فقد تمتد إلى عمر (4-6) سنوات وتصيب الأطفال ذو الذكاء العالي أو العادي، حيث يتميز هذا الاضطراب بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، بالإضافة إلى غياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية.

ويمكن توضيح أعراض هذا الاضطراب في النقاط التالية:

- غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالبا ما تكون فجة غليظة خرقاء إذا ما قورنت بعلاقات الأطفال العاديين.
- نمو لغوي وحصيلة لغوية لفظية قريبة من العادية مع صعوبات في استخدامها.

- شخصية مرحة، حيوية، طموحة.
- عادة ما يكون الطفل غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين.
- العجز عن بدء والاستمرار في الحديث مع الآخرين.
- سرعة الانزعاج بسبب أي تغيير في الحياة والأعمال الروتينية أو التقلب والتحول والانفعال بتغيير المكان أو برامج النشاط اليومي.
- منطلق في حديثه ولكنه حر في التمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في حديثه مع الآخرين أو في تفهمه لكلامهم أو لما يقرأ.
- فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح.
- غالبا ما تدور اهتماماته أو أحاديثه عن موضوعات محدودة ويهتم بالعلوم والحساب.
- شذوذ في حركاته وتحركاته وفي مزاولة الأنشطة الرياضية.
- يتمتع بذاكرة قوية لأدق التفاصيل ولكن مع غياب مرونة التفكير.
- صعوبات في النوم وتناول الطعام.
- صعوبات في فهم أو استيعاب مايقرأ أو يسمع.
- يستخدم تعابير وجه أو تواصل غير لفظي غير مناسب.
- يستخدم في حديثه ألفاظا غير عادية تتميز بالتكرار الممل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة للموقف أو جارحة أحيانا.
- في كلامه مط وتطويل في نطق الألفاظ مع لمحة متكلفة رسمية.
- يتحدث بصوت مرتفع على وتيرة واحدة.
- أثناء حديثه لا يهدأ جسمه عن الحركة حيث أنه كثير الاهتزاز والقلق واستعمال يديه أو التقدم إلى الأمام والخلف خاصة عندما يكون مركزا.
- ندرة أو غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع نفيه مكانهم.
- نتيجة كل أو بعض تلك السمات يصعب عليه أو يستحيل تكوين صداقات، وإذا تكونت فلفترة قصيرة ثم تنقطع، لذا هو دائم العزلة.
- يعاني من صعوبات في الإدراك اللمسي والتآزر النفس- حركي والإدراك المكاني والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد. (مصطفى،2011، ص 277-281).

هذه الأعراض السابقة ليس بالضرورة أن تكون موجودة كلها لدى كل أطفال هذا الاضطراب إذ أنه من النادي أن نجد طفلين يتشابهون في نفس الأعراض تشابها تاما، حيث أن الأعراض التي سبق الإشارة إليها توجد في حالات مختلفة وليس حالة واحدة.

8. الاضطرابات المصاحبة:

8.1. الصرع: أثبتت دراسات وجود إختلالات من خلال الرسم الكهربائي EEG على مستوى الدماغ حتى غياب النوبات الصرعية، حيث أن مختلف أشكال الصرع ترتبط بنسبة 30% إلى 50 % من حالات التوحد ففي إحدى الحالات نجد الصرع مسبوق بظهور أعراض التوحد وفي حالات أخرى للصرع يظهر بعد سنوات من تطور التوحد وخاصة في فترة البلوغ.

8.2. التأخر العقلي: في أغلب الحالات نجد في التشخيص التأخر العقلي مرتبط بالتوحد، سواء كان خفيف أو عميق، حيث يمكن ملاحظة وجود إختلالات في نمو القدرات المعرفية (كنقص مستوى الذكاء) (نفس المرجع، ص138).

9.الخلاصة:

– إن التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي كذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية، حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي.

الفصل الثالث:

التفاؤل

تمهيد:

إن التفاؤل من شأنه أن يعزز استقرار نفسية المرأة المصابة بسرطان الرحم ، وذلك نسبة لما جاء في الدراسات السابق ذكرها ، لما للتفاؤل من أثر في الرفع من مستوى الإستعداد ومواجهة الضغوط والمواقف الحرجة لدى الفرد .وبالتالي قد تتمكن المرأة المصابة بسرطان الرحم من استخدام هذه الآلية في مواجهتها للأفكار السلبية واستبدالها بالتفكير بشكل إيجابي منطقي يتماشى مع الظروف المحيطة بها من أجل التغلب على نقاط الضعف ومواجهة المرض بالصبر والعزيمة وبنظرة تفاؤلية .كما أن الجانب النفسي يلعب دورا كبيرا في التماثل للشفاء والمضي قدما.

1. تعريف التفاؤل

1.1. لغة:

-التفاؤل من الفأل، وهو قول أو فعل يستبشر به، وهو استعداد نفسي يهيئ لرؤية جانب الخير في الأشياء والاطمئنان إلى الحياة، التفاؤل يساعد على تحمل مصاعب الحياة. أي دائم الانشراح وهو من يرى كل شيء جميل عكس التشاؤم (ابن منظور).

-تعريف معجم وبستر1991 Webster

عرف التفاؤل على أنه الميل إلى تبني وجهة نظر تتسم بالأمل والتفكير في أن الأمور تسير نحو الأفضل.

-ترى مايسة شكري1999 التفاؤل أنه استعداد كامن داخل الفرد يحدد توقعاته الايجابية العامة إزاء المستقبل ويرتبط ايجابيا بالصحة النفسية والجسمية، وحسن التكيف والشعور بالسعادة. **(عبد اللطيف حسن شرارة، لؤلؤة حمادة، 1998: 38)**

ويتضح مما سبق أن التفاؤل استعداد انفعالي ومعرفي لتوقعات الفرد الإيجابية نحو المستقبل

يعرفه **أحمد عبد الخالق (سنة 2000):**

بأنه نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير **(أحمد عبد الخالق، 2000: 10).**

أما **مخيمر وعبد المعطي (2003):**

فيعرفانه بأنه صفة تجعل الفرد وتوجهاته إيجابية نحو الحياة بصفة عامة يستبشر بالخير فيها ويستمتع بالحاضر ويحدوه الأمل في مستقبل أكثر إشراقا.

(عرفات،2009 :7).

أما **مراد ومحمد (2001):**

فيعرفانه بأنه استعداد انفعالي ومعرفي ونزعة للاعتقاد أو الاستجابة انفعاليا نحو الآخرين والمواقف والأحداث بطريقة إيجابية.

1.2. تعريفه اصطلاحا:

-هو النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأمور والأشياء بدلا من حدوث الشر والجانب السيئ.

(بدر الأنصاري ،2002: 252)

2. أنواع التفاؤل:

2.1. التفاؤل المقارن: هو نزعة داخلية عند الفرد تجعله يتوقع حدوث الأشياء الإيجابية لنفسه أكثر من حدوثها للآخرين، ويتوقع حدوث الأشياء السلبية للآخرين أكثر من حدوثها له.

2.2. التفاؤل الاستعدادي: ويعرف أيضا بالتفاؤل الوظيفي، أو التفاؤل الاستراتيجي، فيه يقوم الفرد بتبني توقعات إيجابية تجاه المستقبل، ولا ينقطع عن السعي في تحقيق أهدافه والاقتناع بفعاليته وقابلية تحقيق أهدافه. **(عبد اللطيف حسن شرارة، لؤلؤة حمادة، 1998: 45)**

2.3. التفاؤل غير الواقعي: هو توقع الفرد حدوث الأمور الإيجابية أكثر مما تحدث فعلا، أو توقعه لحدوث الأمور السلبية أقل مما تحدث فعلا.

2.4. التفاؤل اللاواعي: هو توقع الفرد على تحقيق أهدافه وبلوغ غاياته والنجاح دون بذل أي مجهود. **(عبد اللطيف حسن شرارة، لؤلؤة حمادة، 1998، ص 30)**

2.5. التفاؤل الجاد: التوقع الإيجابي الفعال المبني على أسس واقعية مع البحث عن إيجاد الحلول من خلال فحص المشاكل، والتخطيط للمستقبل بناءا على التقويم الجاد والقويم لوقائع الحاضر.

3. العوامل المحددة للتفاؤل:

العوامل البيولوجية:

-تتضمن هذه العوامل المحددات الوراثية والاستعدادات الموروثة، وهذه المحددات لها دور في التفاؤل والتشاؤم، فقد كشفت نتائج دراسات قما بها "بلومين وآخرون" (2006) على عينة (500) من التوائم المتطابقة وغير المتطابقة، أن الوراثة تلعب دور مهم في التفاؤل والتشاؤم بنسبة25 %

(الأنصاري،1998:21)

4. العوامل الاجتماعية:

-تشمل العوامل الاجتماعية التنشئة الاجتماعية التي يتطبع بها الفرد وتساعده على اكتساب اللغة والعادات والقيم والاتجاهات السائدة في مجتمعه ومن المتوقع أن يكون للعوامل الاجتماعية دورا كبيرا في التفاؤل والتشاؤم. **(الأنصاري،1998 :21)**

4.1. المواقف الاجتماعية المفاجئة:

-إن الشخص الذي يصادف في حياته سلسلة من المواقف العصيبة المحبطة أو المفاجئة يميل في الغالب إلى التشاؤم والعكس صحيح إلى حد بعيد.

5. مستوى التدين:

-يميل المتدينون إلى أن يكونوا أكثر تفاؤلا من غير المتدينين فقد يكون نقص التدين عاملا مسهما في التشاؤم، وقد كشفت نتائج الدراسة" لأحمد عبد الخالق 2000 " عن وجود علاقة دالة إيجابية بين التفاؤل والتدين وبين التشاؤم والتدين كذلك أظهرت دراسة "بابلي 2005 "أن غير المتدينين أكثر تشاؤما من المتدينين. **(محيسن، 2012 :61)**.

6. مفهوم الشخصية الإيجابية(المتفائلة):

تعرف الشخصية الإيجابية بأنها مجموعة من الخصائص المتفاعلة مع بعضها البعض التي تتصف بالثبات والاستقرار العقلي والانفعالي والمرونة الشخصية والتنظيم السلوكي الذي ينفرد به الفرد عن الاخرين لتحقيق الفاعلية في أداء العديد من الأدوار في الحياة. **(صالح حسين،2013 :26)**

7.خصائص المتفائلين:

-يتسم المتفائل عموما بالخصائص التالية:

- الثقة بالنفس والمخاطرة المدروسة للوصول لتحقيق الأهداف، كما يتصف بالمرونة من حيث اختيار السبل المناسبة للوصول إلى تحقيق الرغبات وتغيير الأهداف التي يستحيل تحقيقها وتقييم المهام إلى أجزاء يمكن التعامل معها.
- عدم الاستسلام للقلق والضغوط وتجنب المواقف الانهزامية.

-المتفائل أكثر قدرة على التكيف الفعال مع مواقف الحياة الضاغطة ولديه القدرة على اتخاذ أساليب مباشرة ومرنة لحل المشكلات التي تواجهه، وهو أكثر تركيزا في نمط تفكيره. **(دانيال جولمان، 2000 :129).**

8. النظريات المفسرة للتفاؤل:

8.1. نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة وأن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية، ويعتبر الفرد فردا متفائلا إذا لم يقع في حياته حادث يجعل نشوء العقدة النفسية لديه أمرا ممكنا، ولو حدث العكس لتحول إلى شخص متشائم. **(الأنصاري ،1998 :16)**

كما اعتبر أن منشأ التفاؤل والتشاؤم من المرحلة الفمية، وذكر أن هناك سمات أو أنماط شخصية قيمة مرتبطة بتلك المرحلة ناتجة عن عملية التثبيت في هذه المرحلة التي ترجع حسبه إلى التذليل والإفراط في الإشباع أو إلى الإحباط والعدوان.

ويتفق أريكسون" مع فرويد في أن المرحلة الفمية الحسية قد تشكل لدى الرضيع الإحساس بالثقة أو عدمه، والذي بدوره يظل المصدر الذاتي لكل من الأمل والتفاؤل أو اليأس والتشاؤم خلال بقية الحياة. **(عبد الرحمان،1998 :23)**

8.2. النظرية السلوكية:

-يرى السلوكيون أن التفاؤل والتشاؤم كغيره من السلوكيات يمكن تعلمه من خلال الاقتران أو على أساس الفعل المنعكس الشرطي، وبحكم اعتبار التفاؤل والتشاؤم من الاستجابات الشرطية المكتسبة، فتكرار ظهور مثير ما بحادث سيئ بشخص ما وتكرار هذا المثير قد يؤدي إلى التشاؤم، في حين أن ارتباط مثير ما بشيء سار يترتب على هذا المثير التفاؤل عن الشخص الاخر. **(محيسن،2012 :59).**

8.3. النظرية المعرفية:

-يرى أصحابها أن اللغة والتذكر والتفكير تكون إيجابية بشكل انتقائي لدى المتفائلين، إذ يستخدم الأفراد المتفائلون نسبة أعلى من الكلمات الدالة على الإيجابية مقارنة بالكلمات السلبية سواء كانت في الكتابة او في الكلام فهم يتذكرون الأحداث الإيجابية قبل السلبية. **(اليحفوفي، 2002: 132).**

-كما ركزت النظرية على إعادة هيكلة نموذج العجز المتعلم والذي قام به " Seligmanالذي اهتم بأسلوب الإغراءات التي يؤديها أو يسلكها الناس تجاه أحداث الحياة السلبية التي تشتمل

على أسباب خاصة بالذات، وهو متغير معرفي للشخص يعكس الاتجاه الذي يسلكه لتفسير الأحداث السيئة، وأطلق على هذا المفهوم الجديد أسلوب التفسير التشاؤمي الذي يؤدي إلى محصلات نفسية سلبية، وقد حدد ثلاث أبعاد لأسلوب التفسير التشاؤمي وهي:

1) **التفسير الداخلي** ويشير إلى الذات وهي في هذه الحالة احتمال فقدان تقدير الذات يكون غالبا بعد تعرض الفرد لأحداث خارجية سيئة.
2) **التفسير الثابت** ويشير إلى اقتناع الفرد بأن الأسباب ستل ثابتة دائما ومستديمة وهذا التوجه في التفسير يولد لدى الفرد صعوبات مزمنة في حالة حدوث الأحداث السيئة.
3) **التفسير الشامل:** يعود إلى تعميم أثر الأحداث وهذا التفسير يؤدي بالفرد للاعتقاد بأن الحدث السيئ الذي تعرض له سيؤذي إلى حدوث مشكلات كثيرة.

والمتفائل وفقا لهذا التفسير يصف الأحداث السلبية على أنها أحداث عابرة وزائلة، وأن المتشائم فيصف الأحداث والخبرات غير السارة أنها ثابتة ولا تتغير **(درويش،2006: 16).**

9.الخلاصة:

لقد هدفت الدراسة إلى تقديم التفاؤل بوصفه سمة في الشخصية بإمكانها مساعدة المريض على التحسن والامتثال للشفاء، وذلك من خلال تعريفه على أنه نظرة استبشار تجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير.

وبالتالي نستنتج أن التفاؤل مهم لبقاء الإنسان متحررا من المخاطر التي يمكن أن تضر بصحته البدنية والنفسية، وفي نفس الوقت قد يكون العلاج النفسي الأنسب لتحسن صحة الإنسان المريض وخصوصا بالنسبة للمرأة المصابة بسرطان الرحم، إذ يسهم في إمدادها الأمل بالبقاء والعيش بسلام وسط أسرتها ومع أبنائها إن وجدوا. ومن خلالها تتمكن من الخروج من ضيق الهوس والتشاؤم إلى التفكير في مستقبلها بطريقة عقلانية وعلى أنه سيكون سعيد وتتقبل الحياة ببشاشة، وتنظر للحياة على أنها هادفة وعليها بالمضي قدما نحو أي منعرج في حياتها مهما كان.

الفصل الرابع: التحليل

التطبيقي للسلوك

تمهيد:

- يعتبر تعديل السلوك من السبل العلاجية الحديثة والفعالة في التعامل مع طفل التوحد، حيث يشارك في تطبيق البرنامج عدد من المتخصصين بالإضافة إلى الأهل وكل من له علاقة للتقييم المستمر، يعتمد في أساسها تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة والحد من سلوكيات الغير مرغوبة.

1. تعريف تقنية A.B.A:

طريقة ABA: هو لفظ مختصر للعبارة الإنجليزية AppliedBehavioralAnalysis أي التحليل التطبيقي للسلوك وهي مقاربة تربوية تقوم على مبادئ المدرسة السلوكية وقد ابتكر هذا الأسلوب من قبل لوفاس LavarLovaas وهو أستاذ طب نفسي بجامعة لوس أنجلوس بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1978.

-قد طور لوفاس هذه الطريقة من أبحاث ومفاهيم التي جاءت بها النظرية السلوكية خاصة مفاهيم سكنر الذي درس السلوك وتوصل إلى أن حدوث السلوك يرتبط بالنتائج التي تترتب عنه، بمعنى أن استجابة الأفراد تتحدد وفقا لنتائج الفعل، حيث أن السلوك الذي له نتائج إيجابية يميل إلى التكرار والعكس أمام النتائج السلبية للسلوك أو الفعل حيث يتجنب وينفر الفرد من السلوكيات أو الوضعيات التي تجلب الإزعاج، بينما يؤدي تدريجيا غياب نتائج سلبية أو إيجابية للفعل إلى إنطفاء السلوك نتيجة لغياب التعزيز.

ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال المتوحدين، ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات، قد يقبل بهذا البرنامج من هم في عمر ستة سنوات، إذا كان لديه القدرة على الكلام.

- يتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود أربعين ساعة أسبوعيا، أي ما يعادل ثمانية ساعات يوميا، ومن طرق التعلم وأكثرها استخداما التعزيز بحيث أن الطفل يحصل على شيء محبب بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالمقدار المناسب للاستجابة وهذا يشجع الطفل على الاستمرار في القيام بما يطلب منه، لا بد من تعزيز

استخدام المعزز للحد من السلوك السلبي وهذا يزيد من إمكانية التعلم والتدريب للمهارات الأخرى المختلفة (A.B.A- France.com) .

- الأشياء التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند استخدام المعززات في برنامج A.B.A:

- ✓ تعزيز الطفل مباشرة بعد القيام بالسلوك.
- ✓ التفاوت في درجات التعزيز طبقا لمستوى الإتقان.
- ✓ عند قيام الطفل بمهارة جديدة لا بد من الإكثار من التعزيز.
- ✓ تحديد السلوك الذي يعزز الطفل عليه.
- ✓ مراقبة فاعلية المعززات
- ✓ القيام بالمعززات الاجتماعية
- ✓ جعل نغمة الصوت متناسقة مع الرسالة
- ✓ تعزيز الطفل على قيامه بسلوكيات إيجابية في محيطه.

2. المهارات التعليمية في البرنامج:

التقنيات المستعملة هي كالتالي:

2.1. المهارات الأساسية للتعلم:

- ✓ الجلوس
- ✓ النظر إلى
- ✓ تقبيلي
- ✓ الحفاظ على إنتباه الطفل
- ✓ تربيع اليدين

2.2. التقليد:

الحوار الأولي:

- ✓ تقليد الحركات السهلة والبسيط، مثل لمس رأسه، رفع يديه، التصفيق، قيام بحركة "إلى اللقاء".

الحوار الاستقبالي:

- ✓ إنهض، قم، أنظر إلي..... الخ.

التقليد اللغوي:

- ✓ **تقليد الكلمات:** ماما، بابا، حليب، كرة، ماء.

2.3. مهارات اللعب بطريقة ملائمة:

- ✓ اللعب بالدمى، اختيار اللعبة.

2.4. المهارات الاستقلالية:

- ✓ تعلم الأكل لوحده
- ✓ تدريبه على المرحاض
- ✓ تدريبه على ارتداء الملابس

2.5. اللغة المتقدمة:

- ✓ التعرف على الألوان، على الأشكال وحجمها.
- ✓ التعرف على الوضعيات
- ✓ استعمال الضمائر(لي، لك....).

2.6. اللغة الوسطية:

- ✓ تحديد الأنشطة (العب، امشي، تعالي).
- ✓ التكلم مع الحركات.
- ✓ الحد من الصادات أي تكرار الكلمات واللغة الغير سوية
- ✓ التعرف على الأشياء (أتني بالكرة).

- ✓ التعرف على أسماء الأشياء (ما هذا؟).
- ✓ التعرف على مصطلح الوقت.
- ✓ التدرب على قول نعم أو لا.
- ✓ تعلم الجمل كاملة.
- ✓ الإندماج في المجتمع.
- ✓ الذهاب إلى المطعم.
- ✓ الذهاب إلى الحديقة

2.7. تعليم الأحاسيس:

- ✓ إظهار الخوف
- ✓ إظهار المعاناة
- ✓ إظهار الفرحة

2.8. التخيل:

- ✓ تخيل الأشياء والعمل بها.
- ✓ التعلم على التلقائية.
- ✓ تحضير الطفل إلى المدرسة (A.B.A- France.com).

3. منهاج A.B.A:

- بداية المنهاج:

- **مهارات الانتباه:** التواصل البصري
- **مهارات التقليد:** للحركات الدقيقة والكبيرة والشفوية.
- **مهارات اللغة التعبيرية**: إجابات بسيطة للأسئلة
- **المهارات ما قبل أكاديمية:** إكمال الأنشطة بشكل مستقل، تحديد الأشكال الألوان الحروف
- **مهارات العناية بالذات:** مثل خلع الملابس، الأكل بإستقلالية.

- **المرحلة المتوسطة من البرنامج:**

- **مهارات الانتباه:** تأكيد التواصل البصري الاستجابة لمناداة الاسم
- **مهارات التقليد:** ربط الحركة بالصوت الصادر.
- **مهارات اللغة الاستقبالية:** تتبع الأوامر، أن يسال لماذا؟
- **اللغة التعبيرية**: يكون عبارات، يطلب حاجاته ورغباته، يتبادل المعلومات مع الآخرين.
- **المهارات ما قبل أكاديمية:** يتعرف على الحروف، يلون داخل الإطار.
- **مهارات العناية بالذات:** يرتدي الملابس باستقلالية، استخدام الحمام.

- **المرحلة المتقدمة من البرنامج:**

- **مهارات الانتباه:** استمرار التواصل البصري أثناء النقاش والأنشطة.
- **مهارات التقليد:** متابعة الأوامر المعقدة، اللعب مع الأقران.
- **مهارات اللغة الاستقبالية:** تتبع الأوامر.
- **مهارات اللغة التعبيرية:** يعبر باستخدام أنا، أي استعمال الضمائر
- **المهارات ما قبل الأكاديمية:** يقرأ الأسماء ويسمي الحروف والأصوات، يرتب الأرقام، يكتب كلمات بسيطة.
- **المهارات الاجتماعية:** يستجيب لمبادرة اللعب مع زملائه، يعارض أو يتقبل مساعدة الزملاء.
- **الاستعداد الدراسي:** يستجيب عند مناداته، يرفع يده للمشاركة.
- **مهارة العناية بالذات:** تنظيف أسنانه **(محمد إسماعيل أبو شعرة، برنامج لوفاس لتعليم المصابين بالتوحد، 2009).**

4.مراحل التكفل:

المرحلة الأولى:

- ✓ التعرف على الطفل.
- ✓ تكوين علاقة مع الطفل وخلق الجو المناسب.

- ✓ تهيئة الطفل للتعلم.
- ✓ تخفيف الصراعات.

المرحلة الثانية:

- ✓ السعة في تطوير المهارات كاللعب.
- ✓ الزيادة من قدرات الطفل وإثباته في المحيط.

المرحلة الثالثة:

- ✓ العمل على التكوين الاجتماعي (القدرات التواصلية).
- ✓ هذه المرحلة تكون ممتدة حتى الاندماج الاجتماعي والمدرسي

(o ,mellekecke ; journée, détude sur la pris en charge de l'enfant autiste, 30.01.2010.)

5.فنيات السلوك:

هناك العديد من فنيات السلوك المتضمنة ببرنامجA.B. A والفن الحقيقي لمعلم تدرب على برنامج يتوقف على قدرته على تقييم الموقف سريعا وتحديد أي الفنيات الأكثر ملائمة لكي يتعلم الطفل وينجح.

تقع تلك الفنيات في تصنيفين هما:

- ✓ فنيات تعليم أو تشكيل السلوك
- ✓ فنيات تعديل السلوك المشكل

5.1. فنيات تشكيل السلوك:

❖ **التشكيل:** هو إجراء يتم فيه تعزيز الأداءات أو السلوكيات القريبة من الصحة، مثال: إذا كان الهدف النهائي أن يجلس الطفل لمدة 10 دقيقة، فتعزيز الجلوس بفترة

أقل حتى يغادر الكرسي وهو هادئ، ثم لا يغضب إذا طلبت منه الجلوس ثانية، وبالتدريج نزيد الوقت حتى نحقق الهدف النهائي.

❖ **التسلسل:** تعلم الطفل خطوات مهمة في تتابع تشكل خطوات متقدمة للسلوك.

✓ **التسلسل الخلفي:** تستخدم هذه الطريقة غالبا في تدريس اللغة، وخاصة في الأغاني حيث غالبا ما يتذكر الأطفال الكلمة الأخيرة في الأغنية.

✓ **التسلسل الأمامي:** يتعلم فيه الطفل خطوات المهارة أو السلوك من الأمام إلى الخلف، مثال: يفتح الطفل الكمبيوتر، يفتح ملف اللعبة، يبدأ في اللعب.

❖ **التعلم الخالي من احتمالات الخطأ:** إعداد موقف التعلم بحيث يؤكد على التعزيز ويخلو تماما من الأخطاء في الاستجابة مثال: ضع صورة تفاحة على المنضدة، قدم للطفل صورة تفاحة أخرى واطلب منه المطابقة.

❖ **تقليل صعوبة الأمر:** هذه الطريقة تتبع إذا أصدر المعلم أمرا ووجده صعبا على الطفل، فيقوم بتقليل صعوبة الأمر حتى يضمن طاعة الطفل وعدم هروبه من تنفيذ الأمر.

❖ **سحب المساعدة تدريجيا:** سحب المساعدة تدريجيا يتضح من خلال الأمثلة التالية: مثال: عندما يسأل الطفل "ما هذا؟" وتقول "كتاب" ثم تسأله " ما هذا الكتاب؟" ثم فقط تسأله "ما هذا؟"، إذا لم تسحب المساعدة تدريجيا يصبح الطفل اعتماديا منتظرا دائما المساعدة ورافضا لأداء المهمة بدون مساعدة.

❖ **التعميم:** يجب تعليم الطفل تعميم السلوكيات، فلا تقتصر قول " شكرا " على ماما، وإنما لكل شخص يقدم له شيء. لتعليم الطفل التعميم يجب أن نستخدم معلمين مختلفين ومواقف مختلفة وأماكن مختلفة.

❖ **التعلم العرضي:** يشير التعلم العرضي إلى القدرة على تعلم الأشياء من البيئة وليس من جلسة فردية مثل.

✓ 1: أن يتعلم الطفل الأرقام من خلال فيلم كارتون.

✓ 2: أن يتعلم الطفل الرقص وهو يشاهد أطفال يرقصون.

5.2. فنيات تعديل السلوك:

يحدث السلوك السلبي من الطفل عندما يكون متعبا، جوعان، محبط، غير مشغول، مستثار.

قد تكون تلك السلوكيات:

- ✓ **استثارة للذات:** الهز
- ✓ **قد تكون عدوانية:** الضرب، العض، الصفع.
- ✓ **قد تكون سلوكيات تعويضية:** بكاء، الهروب.

التعرف على أسباب تلك السلوكيات هو الخطوة الأولى العلاجية، وذلك من خلال ملاحظة السلوك وفهم وظيفته، مثال: سلوك "الضرب" قد يكون سببه الرغبة في الاعتراض، أو قول لا، وقد يكون سببه الرغبة في التواصل أو التفاعل الاجتماعي.

- ✓ **خلق بيئة آمنة:** التأكد من أن البيئة منظمة بطريقة لا تسبب أذى للطفل أو لمن حوله إذا ما صدر منه سلوك عدواني.
- ✓ **التخطيط لحل المشكلة:** بالتعرف على وظيفة السلوك.
- ✓ **تجنب السلوك:** قبل أن يصدر السلوك السلبي يمكن تجنبه من خلال:
  - الخروج مع الطفل للمشي لتجنب الدخول في نوبة غضب.
  - تقديم وجبة الإفطار باكرا قبل أن يجوع الطفل.
  - إعطاء الطفل أوقات الراحة.
  - إعطاء الطفل اللعبة المفضلة له على فترات.
- ✓ **التعزيز:** بتعزيز السلوكيات الإيجابية التي تصدر من الطفل خلال اليوم مما يحفزه على الإقبال على تكرارها ومن ثم تدريجيا تقل السلوكيات السلبية بشكل غير مباشر.

- ✓ **التجاهل:** تجنب تماما السلوك السلبي إذا لم تكن هناك أسباب، فإذا لم يتبع السلوك أي نتائج، فان السلوك يميل إلى الإنطفاء.
- ✓ **إعادة التوجيه:** لا يجب ترك الطفل يوجه العنف باتجاهك ولكن لابد من استعمال اليد لصد عنفه وإعادة توجيهه في صورة سلوك مرغوب فيه.
- ✓ **تزويد الطفل بلغة وظيفية:** الطفل المحبط هو الذي يعجز عن جعل الآخرين يفهمونه، هذا الطفل في حاجة إلى تزويده بلغة وظيفية.

6.الأهداف التي أراد "لوفاس" تحقيقها على المدى البعيد:

أراد **لوفاس** تحقيق الأهداف التالية كما يلي:

1) **في السنة الأولى:** تقليل الإثارة الذاتية والعدوان والاستجابة للأوامر اللفظية والتقليد واستخدام الألعاب (الدمى) بشكل مناسب، وتوسيع مدة العلاج ليتضمن مشاركة الأسرة.
2) **في السنة الثانية:** التأكيد على اللغة التعبيرية والمجردة واللعب الفعال مع أقرانهم وتوسيع مدى المعالجة ليضمن الأوضاع في المجتمع المدرسي.
3) **في السنة الثالثة** :التركيز على التعبير عن العواطف والمهارات (قراءة، كتابة، حساب) والتعلم من خلال الملاحظة **(محمد إسماعيل أبو شعيرة، التوحد 2009).**

ويتم تحقيق هذه الهداف المرجو من البرنامج من خلال ورشات العمل التي يتم عقدها للأشخاص العاملين مع الطفل التوحدي بما فيهم الآباء.

الهدف الأهم والرئيسي من التدريس في طريقة a.b.a هو تعميم التعلم المكتسب بحيث يستخدمه الطفل في مواقف وأماكن مختلفة ومع أشخاص مختلفين **(www. Lovaa .si.com)**

6.1. دور الأسرة في الإجراءات التطبيقية في برنامج "لوفاس":

إن أعضاء أسرة الطفل التوحدي يمرون بمراحل تدريبية مكثفة حول الإجراءات التطبيقية لتعديل السلوك وحول خصائص برنامج **"لوفاس"** حيث أنهم يشاركون في تعليمه، قد تتراوح مدتها بين 7-14 يوما وأكثر، حيث أن البرنامج يتطلب مجهودا كبيرا واستمرارية في العمل (أي لا يجب الانقطاع عن مواصلة البرنامج في البيت)، لاسيما من ناحية الوقت حيث انه لا بد من العمل مع الطفل عددا معينا من الساعات يوميا أو أسبوعيا وتتم هذه العملية بأكملها تحت إشراف شخص مختص من برنامج **"لوفاس"** **www. Autisme-society.org)**.

6.2. مبررات التدخل الإرشادي المبكر:

1- لقد أثبتت الدراسات أن هناك فترات حرجة لتطوير بعض المهارات، وأغلبها تحدث خلال السنوات الثلاثة الأولى من الحياة.

2- الإخفاق في توفير محيط محفز في وقت مبكر، لا يؤدي إلى استمرار بقاء الوضع الحالي فقط، ولكن إلى توقف حقيقي في القدرات الحسية ونكوص في النمو.

3- كل نظم الكائن الحي ذات علاقات متبادلة بطريقة ديناميكية، لذا فإن الإخفاق في معالجة الجزء المعوق قد تتعدى تأثيراته إلى مناطق أخرى للنمو **(استيوارت، 19996، 26)**.

4- إن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.

5- إن التدخل يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي، والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.

6- هناك جدوى اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر.

7- إن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع، وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية إن للتدخل المبكر أثرا بالغا في تكييف الأسرة، والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية، نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها **(مصطفى القمش، 2011، 235 -236)**.

6.3. خصائص البرنامج العلاجي في مرحلة ما قبل المدرسة:

نتناول فيما يلي أهم خصائص البرنامج العلاجي في مرحلة ما قبل المدرسة، والتي يجب على أولياء الأمور معرفتها فقد حدد (mastergeorge et al, 2003)، العناصر الأساسية الفعالة لبرامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين وهي على النحو التالي:

1- يجب أن يبدأ البرنامج المبكر، عندما توجد عوامل تمثل خطرا وتكون محددة.
2- يجب أن يكون البرنامج مكثفا (5) ساعات أو أكثر خلال الأسبوع (52) أسبوع خلال العام.
3- يجب أن يتضمن العلاج وجود الأسر في الأولويات، والأهداف وخطة العلاج، وتتضمن تدريب ومساندة الأسر وتقديم الاستشارات.
4- يجب أن يكون التدخل فرديا لاحتياجات محدد، وتحديد القوة والقصر واهتمامات كل طفل.
5- يجب أن يتم تصميم البرنامج من خلال فريق عمل متخصص ذي خبرة بالمجال.
6- يجب أن تكون الأهداف مركزة نحو نمو التفاعلات الاجتماعية، تفاعلات الأقران اللغة التلقائية الوظيفية، واللعب المناسب، واستخدام المداخل السلوكية الإيجابية لخفض حدة المشكلات.
7- التقدم يجب أن يتم تقويمه باستمرار، ويتم تعديله عندما تتطلب الحاجة ذلك.

6.4. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين بالنسبة للطفل:

1) ازدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل.

2) تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل، لأن الأخصائيين والآباء يصبحون أكثر ثباتا في التعامل مع الطفل في المدرسة أو المنزل.

3) ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها، وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر دقة على تلبية احتياجاته **(جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 272-273).**

6.5. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين بالنسبة للآباء:

1) اشتراك الآباء في البرنامج ألتأهيلي المقدم لطفلهم، يساعدهم في إكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه.

2) مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهما لاحتياجات الطفل التوحدي، كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم **(جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 273).**

3) تسهل عليهم الرعاية والتعامل مع الطفل التوحدي، وتطبيق العلاجات الطبية أو العمليات لجراحية في دحر المرض أو الحالات المرضية **(Bolander Et Al ; 1995, 267).**

6.6. الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين بالنسبة للأخصائيين:

1) إن مشاركة الوالدين في تخطيط وتنفيذ البرنامج التربوي للطفل التوحدي تؤدي إلى تفهم أكبر لحاجاته.

2) إن مشاركة الوالدين تسمح بحصول الأخصائيين على تغذية راجعة، ومعلومات مفيدة تساعد في تحسين وتطوير البرنامج المقدم للطفل التوحدي.

3) إن مشاركة الوالدين الفعلية توفر بعض الوقت على الأخصائيين، ما يوفر لهم فرصا ثمينة لتدريب الأطفال التوحديين على المهارات ذات الأولوية **(جمال الخطيب، منى الحديدي، 2004، 273).**

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تعد الدراسة الاستطلاعية القاعدة الأساسية للإنطلاق في أي بحث علمي، فهي تساعد الباحث في التخطيط السليم لإجراءات الدراسة الميدانية من خلال تحديد أهداف الدراسة والتقرب من العينة وتحديدها والتعرف على خصائصها الاجتماعية والديمغرافية، كما يتم من خلالها بناء أدوات الدراسة وعرض خصائصها السيكومترية وإجراء التعديلات عليها وضبطها لتجنب الأخطاء في الدراسة الأساسية.

1.الدراسة الاستطلاعية

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تكمن أهداف الدراسة الاستطلاعية في الدراسة الحالية في:

- فحص وتقدير الخصائص السيكومترية للأداة من صدق وثبات بطرق مختلفة.
- التعرف على عينة الدراسة عن قرب وتحديدها.
- بناء وتصميم برنامج العلاجي القائم على تقنية A.B.A .
- التعرف على ميدان البحث وذلك من خلال الكشف عن الصعوبات والعقبات التي تطرأ او تعترض مهام الباحثة من أجل تفاديها في الدراسة الأساسية

1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من مجموعة من أمهات أطفال طيف التوحد البالغ عددهن 28 أما.

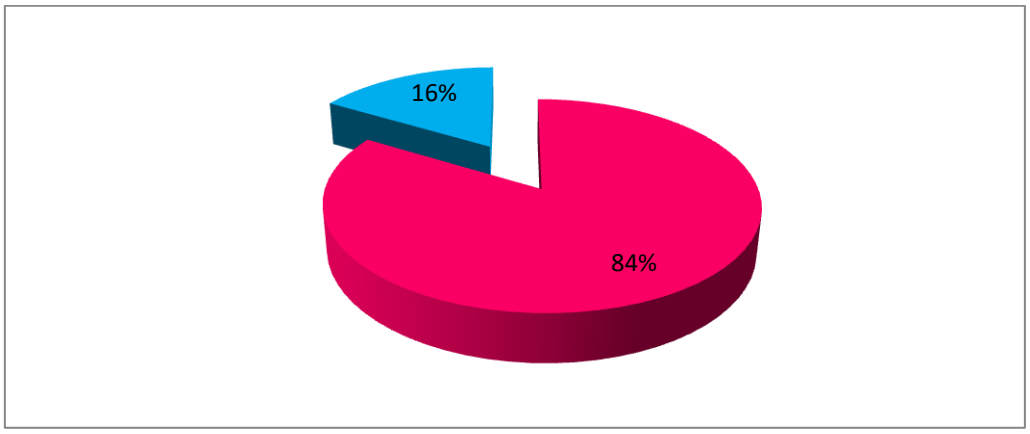
وتتوزع العينة الدراسة الاستطلاعية كما يلي:

- تتوزع عينة الدراسة حسب متغير الخصوبة.

الجدول رقم (01) يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس.

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية%
أم ذات خصوبة	8	%16
أم بدون خصوبة	20	%84
المجموع	28	%100

يوضح الجدول رقم (01) أن نسبة الذكور قدرت ب (16%) وهي تقل عن نسبة الإناث والتي بلغت نسبتها ب (84%).



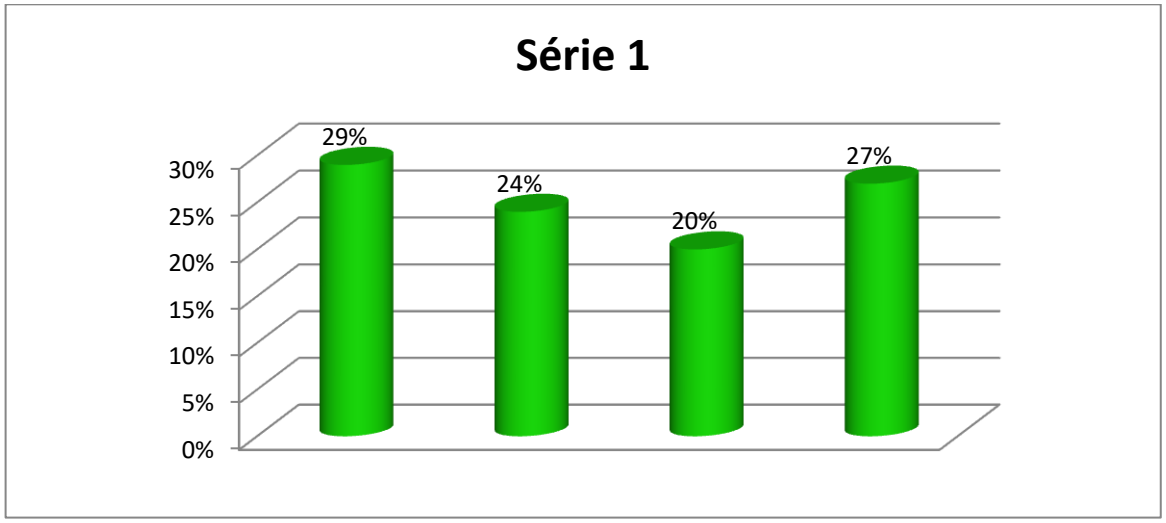
الشكل البياني رقم (01) يبين توزيع العينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

يوضح الشكل رقم (03) قيم النسب المئوية لمتغير الخصوبة، حيث بلغت على التوالي:(84%) للأمهات بدون خصوبة و (16%) للأمهات ذات خصوبة.

الجدول رقم (02) يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي

أمهات أطفال طيف التوحد		
المستوى	التكرارات	النسبة المئوية%
الابتدائي		%29
المتوسط		%24
الثانوي		%20
الجامعي		%27
المجموع	28	%100

يبين الجدول رقم (02) أن نسبة طلبة السنة الثانية علوم التربية أعلى من المستويات الأخرى بحيث قدرت نسبتهم ب (29%)، أما طلبة السنة الثالثة علوم التربية بلغت نسبتهم (24%)، بينما تمثل نسبة طلبة ماستر 01 (20%)، وطلبة السنة الثانية ماستر قدرت نسبتها ب (27%)، وبذلك فان عدد طلبة السنة الثانية أعلى من المستويات الأخرى.



الشكل البياني رقم (02) يبين توزيع العينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي

يوضح الشكل رقم (03) قيم النسب المئوية المستوى الدراسي، حيث بلغت على التوالي:(29 %) الابتدائي و (24%) المتوسط، (20%) الثانوي، و(27%) الجامعي.

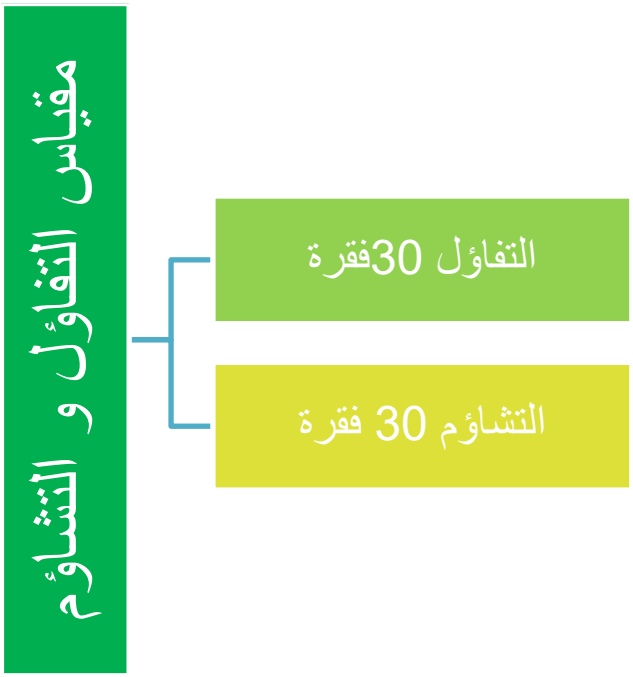
2. وصف أداة الدراسة بمقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الانصاري:

بما أن الدراسة تهدف للكشف على أثر البرنامج العلاجي المطبق على أطفال اضطراب طيف التوحد على رفع مستويات التفاؤل لدى الأمهات تم الاستعانة في البحث الحالي بمقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الانصاري، والذي يتكون من 60 فقرة مقسمة على جزئين فيها 30 فقرة تقيس درجة التفاؤل و30 تقيس درجة التشاؤم لدى الفرد. وكانت التقديرات خماسية تراوحت بين واحد (لا يقيس السمة مطلقا) وخمسة (يقيس السمة بدرجة ممتازة) ولما كان الهدف تكوين قائمة تشتمل على عدد كبير من البنود، فقد اتخذ معياري تلخص في اختيار ثلاثون بندا للتفاؤل (ومثلها للتشاؤم) لها أعلى ارتباطات بالدرجة الكلية، ويمثل هذا العدد من

البنود الصيغة النهائية للمقياسين أي 30 بندا للتفاؤل ومثلها للتشاؤم، يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي.

(الانصاري، 2002: 258) .

تحديد مجالات المقياس وهي كما يلي وفقا للشكل التالي:



الشكل رقم (04) يبين مجالات مقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الأنصاري

بدائل المقياس: تم اختيار سلم " ليكرت الخماسي" في تحديد الإجابات وهي كما يلي: غالبا، دائما، أحيانا، نادرا، أبدا).

أوزان البدائل:

وزعت الأوزان بالتدريج على البدائل ذات الاتجاه الموجب باعتبار أن الفقرات كلها موجبة وهي كما يلي:

لجدول رقم (04) يوضح توزيع الأوزان على البدائل

البدائل	غالبا	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
الأوزان	04	03	02	01	00

2.1. تعليمات المقياس:

"تعتبر التعليمات المقياس أو الاستبيان من الأساسيات الواجب على مصمم المقياس وضعها ولها أهمية كبيرة في توجيه العينة المدروسة للإجابة على محتوى المقياس. فقد اتفق المهتمون بإعداد الاختبارات والمقاييس على أن تعليمات الاختبار لها تأثير على نتائج الاختبار". **(الجادري وأبو حلو، 2009، ص156)**

قامت الباحثة بوضع تعليمة لأداة البحث مقدمة لأمهات أطفال طيف التوحد بحيث تشرح لهم كيفية الإجابة على فقرات المقياس، وذلك بوضع علامة (X) أمام الفقرة التي يتم اختيارها.

كما يحتوي المقياس على البيانات الشخصية وهي كما يلي: (العمر الزمني، المستوى الدراسي، خصوبة الأم،).

2.2. تحديد مستويات المقياس:

لتحديد مستويات المقياس "الاستخدام السلبي الانترنت" ووفقا لطريقة ليكرت، سيتم حساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاث ويتم كما يلي:

(أكبر بديل – أصغر بديل) / عدد المستويات المطلوب، (4-0) /3= 1.33.

المستويات حسب المتوسط الحسابي:

الجدول رقم (05) المستويات حسب المتوسط الحسابي

المتوسط الحسابي	المستوى
1.33-0	منخفض
2.67-1.34	متوسط
4-2.68	مرتفع

2.3. الخصائص السيكومترية للمقياس:

✓ **الصدق:**

عندما نتحدث عن صدق أداة القياس فإننا نشير إلى أداة فاعلة وصالحة لتحقيق أهداف معينة ترتبط بمحتوى أو سلوك معين وموجهة إلى فئة معينة من الأشخاص. **(النبهان،2004، ص272)**

هو أن يقيس الاختبار السمة التي وضع من أجل قياسها، ولا يقيس شيئا آخر فإختبار القلق يجب أن يقيس القلق ولا يقيس الاكتئاب مثلا، وتستخدم عدة أساليب لتأكد من صدق الاختبار

(المشاقبة،2008، 271)

✓ **الصدق الظاهري:**

عرضت الباحثة المقياس في صورته الأولية على مجموعة محكمين (09) مكونة من أطباء بالمؤسسة الاستشفائية بسيدي الشحمي وهران، وأساتذة من قسم علم النفس وعلاج النطق وقسم علوم التربية جامعة محمد بن أحمد وهران02، من أهل الاختصاص، لهم باع طويل في مجال التحكيم– **أنظر الملحق رقم (1)**

حيث طلب منهم إبداء رأيهم حول:

1- - تحكيم مدى وضوح التعليمات.

2- تحكيم مدى ملائمة البدائل أجوبة فقرات المقياس.

3- تحكيم مدى إنتماء الفقرات إلى أبعاد المقياس.

4- تحكيم مدى وضوح فقرات المقياس.

5- وتتضمن الجداول الموالية النتائج التالية:

- نتيجة تحكيم مدى وضوح التعليمات.

الجدول رقم (07) يبين نتيجة تحكيم مدى وضوح تعليمات المقياس.

موضوع التحكيم	إجابات المحكمين				
	الصياغة اللغوية				
	واضحة	%	غير واضحة	%	نسبة الاتفاق
التعليمات	09	100	00	00	%100

يبين الجدول رقم (07) اتفاق المحكمين على مدى وضوح التعليمات المقياس بنسبة (100%).

نتيجة تحكيم مدى ملائمة بدائل أجوبة المقياس:

الجدول رقم (08) يبين تحكيم مدى ملائمة البدائل أجوبة فقرات المقياس

موضوع التحكيم	إجابات المحكمين				
	الملائمة				
البدائل	مناسبة	%	غير مناسبة	%	نسبة الاتفاق
	06	%66.67	03	%33.33	%66.67

من خلال الجدول رقم (08) يتبين ان نسبة اتفاق الأساتذة على ملائمة البدائل لّأجوبة فقرات المقياس هي (66.67%)، وبذلك تم الاحتفاظ ببدائل باعتبار أن أغلبية الأساتذة وافقوا عليها

✓ **الصدق البنائي لأداة الدراسة:**

يمكن التعرف على الصدق البنائي لأداة الدراسة من خلال حساب الإرتباط بين عبارات الإستبيان والدرجة الكلية للأداة والجدول التالي:

الجدول رقم (04): نتائج معامل الارتباط بيرسون لعبارات الاستبيان

العبارات	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة	العبارات	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
ع1	0.397	0.013	ع19	0.703	0.000
ع2	0.433	0.007	ع20	0.477	0.002
ع3	0.218	1800.	ع21	0.333	0.041
ع4	0.436	0.006	ع22	0.495	0.002
ع5	0.227	1700.	ع23	0.748	0.000
ع6	0.437	0.006	ع24	0.271	900.0
ع7	0.385	0.017	ع25	0.584	0.000

ع8	0.550	0.000	ع26	0.612	0.000
ع9	0.006	9000.	ع27	0.180	2800.
ع10	0.567	0.000	ع28	0.491	0.002
ع11	0.646	0.000	ع29	0.662	0.000
ع12	0.155	0.354	ع30	0.708	0.000
ع13	0.409	0.011			
ع14	0.637	0.000			
ع15	0.547	0.000			
ع16	0.416	0.009			
ع17	0.389	0.016			
ع18	0.741	0.000			

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد --على مخرجات برنامجSpss

-نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الإرتباط بين العبارات والدرجة الكلية جاءت كلها معنوية، بمستوى دلالة أقل من 0.05 ما يؤكد على وجود الإرتباط بينهما، حيث كان اقوى إرتباط بين الدرجة الكلية للإستبيان والعبارات في العبارة رقم 23 إذ حقق قيمة إرتباط تقدر بقيمة 0.748، وأدناها كان في العبارة 12. حيث بلغ قيمة 0.155، ومنه يمكن أن نستنتج أو نؤكد الإرتباط البنائي للإستبيان المستخدم في الدراسة.

✓ **الثبات:**

ويقصد به الاتساق الذي ينتج عن الاستخدامات المستمرة للاختبار في الغرض الذي اعد من أجله. ويعتبر الاختبار ثابتا إذا كان يعطي النتائج نفسها باستمرار، إذا ما تكرر تطبيقه وفق الظروف والشروط نفسه. **(المشاقبة،2008،ص267)**

-الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لحساب الثبات بالتجزئة النصفية يطبق الاختبار كاملا على مجموعة من الأفراد في جلسة واحدة ثم يقسم أداء الأفراد على الاختبار إلى جزئين (نصفين متناظرين)، ثم يحسب معامل الإرتباط بين درجات هذين الجزئين**(عمر وآخرون،2010،ص 225).**

الجدول رقم (18) يوضح نتائج ثبات التجزئة النصفية

الأداة	العينة	ر" بيرسون"	معادلة "جثمان"
الدرجات الفردية	**38**	**0.773**	**0.871**
الدرجات الزوجية			

-من خلال الجدول أعلاه يتبين ان قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت (773.0) قبل التعديل، أما بعد التعديل فقد بلغت قيمته (871.0) مما يدل على أن الأداة تتميز بدرجة مرتفعة من الثبات، "يعد معامل الثبات عاليا إذا بلغ (0.80) فأكثر، ومتوسطا إذا تراوح بين (60-70)، ومنخفض إذا قل عن ذلك ". **(ابو هاشمي، 2006،ص10)**

- <u>الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:</u>

معامل آلفا كرونباخ الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة، ومعامل ألفا كرونباخ يربط ثبات الاختبار بتباين بنوده، فان ازديان نسبة تباينات البند بالنسبة الى التباين الكلي يؤدي الى انخفاض معامل الثبات. **(مقدم، 2003، ص160).**

حيث اقترحها وطورها كرونباخ عام (1951)، تستخدم عندما لا يتم تصحيح الفقرات بشكل ثنائي. **(النبهان،2004،ص248)**، وهي تقنية امتدادا لكودر- ريتشاردسون ، في "ألفا كرونباخ" يعتمدون على الدرجات العددية المنفصلة التي تمثل احتمالات المختلفة لكل عنصر من عناصر الأداة ." ألفا كرونباخ" يوصى به للأدوات القياس التي تعتمد على جداول "ليكرت" أو جداول الاختيار المتعدد **(Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ,2017,pp05)**

-

الجدول رقم (05): معامل الثبات *ألفا كرونباخ* لكل العبارات

مستوى القياس	ألفا كرونباخ	مستوى القياس	ألفا كرونباخ
أنظر إلى الحياة على أنها هادفة	0,808	سوف تتحقق أحلامي في حياتي	0,808
أتقبل الحياة ببشاشة مهما تكن الأحوال	0,806	لا مكان لليأس في حياتي	0,808
أشعر بأن الفرصة توجد من أجل تقدمي	0,813	أنا مقبل على الحياة بحب وتفاؤل	0,795
سوف أشغل منصبا مرموقا في الأعوام القادمة	0,806	يخبئ لي الزمن مفاجأة سارة	0,799
أسعد لحظات حياتي سوف تكون في المستقبل	0,812	ستكون حياتي أكثر سعادة	0,805
غالبا أتوقع شيئا إيجابيا في المستقبل مع الإحساس بأنني أستحقه	0,806	لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس	0,810
لدي ثقة كبيرة في نجاحي	0,808	أرى أن الفرج سيكون قريبا	0,804
أهتم بالمستقبل وأشعر بجدية نحوه	0,801	أتوقع الأفضل	0,793
تبدو لي الحياة جميلة	0,824	الزواج استقرار وسعادة	0,812

أشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا	0,802	أرى الجانب المشرق من الأمور في المضي	0,802
أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلا	0,797	أفكر في الأمور البهيجة المفرحة	0,799
الماضي جميل والحاضر أأجمل والمستقبل أفضل	0,817	لا أستسلم للحزن	0,882
أنظر إلى المستقبل على أنه سيكون سعيد	0,807	إن الآمال أو الأحلام التي تتحقق التي تتحقق اليوم ستتحقق غدا	0,805
حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها	0,799	أفكر في المستقبل بكل تفاؤل	0,797
أتوقع نتائج جيدة	0,803	أتوقع أن يكون الغد أفضل من اليوم	0,793
الاستبيان ككل	**0.813**		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الثبات الجزئية حققت نتائج ممتازة في كل العبارات، حيث تراوحت قيمها ما بين 0.795- 0.882 أما ثبات الأداة ككل فقد قدرت قيمة ألفا كرونباخ بـ 0.813، وهي وتدل على ثبات ممتاز للنتائج للأداة المستخدمة في الدراسة.

(الأنصاري، 2002: 260).

3.البرنامج العلاجي:

3.1. التعريف بالبرنامج العلاجي:

هو عبارة عن مجموعة من الخطوات الإجرائية المبنية على أسس علمية منظمة ومحددة تقوم على أساس النظرية المعرفية السلوكية وبالتحديد على تقنية لوفاس، والمطبق على عينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (06-10 سنوات) واللذين يعانون من اضطراب

طيف التوحد من خلال تزويدهم باليات وفنيات علاجية تساعدهم في تحسين توافقهم النفسي والاجتماعي، والتقليل من أعراض هذا الاضطراب مما ينعكس إيجابا على أمهاتهم.

يتكون البرنامج العلاجي ست جلسات طبقت على مدى شهر بواقع جلسة في الأسبوع، وقد استغرقت كل جلسة ساعة واحدة.

3.2. أهداف البرنامج العلاجي:

يسعى البرنامج الحالي إلى تحقيق نوعين من الأهداف، هدف عام وأهداف إجرائية، والمتمثلة في:

الهدف العام:

يتمثل الهدف العام من البرنامج العلاجي في خفض بعض الأعراض لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، مما ينعكس إيجابا على الأمهات حيث يبث فيهن التفاؤل والنظرة الإيجابية نحو المستقبل، ويتم تحقيق هدف العام من خلال الأهداف الفرعية تتحدد في الآتي:

أهداف إجرائية:

01- تنمية مهارات الانتباه من خلال التواصل البصري

02- تنمية المهارات الحركية.

03- مهارات التقليد للحركات الدقيقة والكبيرة.

04- تدريب الأطفال على فنية الاسترخاء العضلي.

05- تدريبهم على مهارات اللغة التعبيرية.

3.3. أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج العلاجي الحالي من التقنيات المعرفية السلوكية التي يقوم عليها، وذلك باعتبارها فعالة في التقليل من الأعراض النفسية لاضطراب طيف التوحد، انطلاقا من التعديل المعرفي السلوكي.

- أيضا تتضح أهمية البرنامج في الدفع بالحالات نحو التقليل من أعراض اضطراب طيف التوحد.

-أيضا تتضح أهميته في تعليمهم أو إكسابهم بعض المهارات للتعامل مع أعراض اضطراب طيف التوحد.

- كما تتضح أهمية البرنامج من خلال طبيعة الفئة المستهدفة وهي فئة أطفال اضطراب طيف التوحد.

- يشكل أرضية لدراسات أخرى تتناول جوانب أخرى من اضطراب طيف التوحد.

3.4. أسس بناء البرنامج:

- ***الأسس العامة:***

انطلقت الباحثة في دراستها من مبدأ ضرورة مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق الطفل في التوجيه والإرشاد والعلاج خلال مسارات حياتهم، وتقبل المشكلات الناجمة عن هذا الاضطراب، سواء كانت مشكلات انفعالية، معرفية، سلوكية، وقابليتها للتعديل والتغيير.

- ***أسس نفسية وتربوية:***

تشتمل على مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة والمتعلقة بفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وإشباع الحاجيات النفسية والانفعالية لهم، إضافة إلى مساعدة هذه الفئة على التخفيف من الأعراض النفسية المنعكسة سلبا لهذا الاضطراب على الأسرة: القلق، التوتر. الخ، من خلال إكسابهم آليات وأساليب علاجية كالاسترخاء.

- ***أسس اجتماعية:***

اعتبار أن الإنسان جزء لا يتجزأ من الجماعة التي ينتمي إليها، وبالتالي فالبرنامج الإرشادي وأساليبه يراعي خصائص المجموعة الإرشادية انطلاقا من جلسات الإرشاد الجماعي، بحيث ركز على العلاقة المتبادلة بين أعضاء المجموعة العلاجية والباحثة وفيما بينهم من خلال الاندماج في الأنشطة الاجتماعية.

- ***الأسس الأخلاقية:***

انطلاقا من هذا فالبرنامج العلاجي الحالي يعتمد على معايير أخلاقية تعتمد عليها الباحثة أثناء تطبيق البرنامج وفي التعامل مع المجموعة التجريبية والمتمثلة فيما يلي: كمبدأ سرية المعلومات وكل ما يحدث في الجلسات، أيضا الاحترام المتبادل بين الباحثة وأعضاء المجموعة التدريبية وأمهاتهم وفيما بينهم أيضا، الثقة المتبادلة، المحبة والألفة.

- ***الأسس النظرية:***

تم الاعتماد على النظرية المعرفية السلوكية (كل النماذج المعرفية السلوكية) وخاصة تقنية لوفاس المتمثلة في A.B.A

3.4. إعداد وتطبيق البرنامج:

قمنا بإعداد البرنامج القائم على تقنية A.B.A ، بناء على أدبيات البحث، و تجربتنا الخاصة كأخصائية عيادية بمركز الطب العقلي للطفل و المراهق، بسيدي الشحمي، وهران، منذ افتتاح المركز بجوان 2015 إلى يومنا هذا، كما عمدنا أثناء مرحلة إعداد البرنامج بمراعاة خصائص أطفال اضطراب طيف التوحد، من خلال إجراء عدد من المقابلات تهدف إلى التعرف على الأطفال وخصائصهم (نوع المعززات على حسب رغبات الأطفال)، وقد تضمّن البرنامج ست جلسات طبقت على مدى شهر بواقع جلسة في الأسبوع، وقد استغرقت كل جلسة ساعة واحدة.

- ***جلسات البرنامج:***

إن الهدف الرئيسي لإعداد البرنامج القائم على تقنية **A.B.A** هو التعرف على أثر التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد على التفاؤل لدى الأمهات، وفيما يلي عرض لجلسات البرنامج الإرشادي وما تضمنته كل جلسة كالتالي:

❖ الجلسة 01:

- **الموضوع:** تهيئة الطفل للتدريب.

اليوم : **المدة:** **المكان: حجرة الدرس**

- **الأهداف:** تهدف هذه الجلسة إلى تهيئة الطفل لتعلم البرنامج العلاجي المقترح.
- **الإجراءات:** تتضمن هذه الجلسة النشاطات التالية:

1. التعرف على الأطفال
2. تكوين علاقة مع الطفل وخلق الجو المناسب للتدريب من خلال القيام بالمعززات الاجتماعية.
3. تحقيق الانضباط داخل المجموعة من خلال رسم قواعد النظام وذلك بتعليمهم مهارات اللغة الاستقبالية: تتبع الأوامر، أن يسال لماذا؟ استنادا على تقنية لوفاس
4. الاتفاق على مواعيد الجلسات ومكانها مع الأمهات.

❖ الجلسة 02:

- **الموضوع: نشاط المرآة**

اليوم : **المدة:** **المكان: حجرة الدرس**

- **الأهداف:** تهدف هذه الجلسة إلى ما يلي:

1. تنمية مهارات الانتباه من خلال التواصل البصري.
2. التعرف عل أعضاء الجسم وإدراك اسم كل عضو.
3. التركيز البصري.
4. تعرف الطفل على صورته في المرآة.

- **الإجراءات:** وضع عدة بطاقات في كافة أنحاء جسم الطفل، وعلى كل فرد من أفراد المجموعة التدريبية نزع البطاقات بالنظر على المرآة.

❖ الجلسة 03

- **الموضوع: نشاط الكرة**

اليوم : **المدة:** **المكان: حجرة الدرس.**

- **الأهداف:** نسعى من خلال هذه الجلسة إلى:
  1. تنمية المهارات الحركية "حركة اليد".
  2. التعرف على تناوب الأدوار.
  3. الإنتباه والتركيز.
  4. **مهارات التقليد:** للحركات الدقيقة والكبيرة. الأطفال.
- **الإجراءات:**

1. نقوم بإعطاء الطفل الكرة وعليه أن يرميها لنا بيده إذا طلبنا منه ذلك، وأن يرميها برجليه إذا طلبنا منه ذلك.
2. تدريبهم على مهارات اللغة التعبيرية (إجابات بسيطة للأسئلة، التعبير باستخدام باستعمال الضمائر لتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم.
3. تعزيز الطفل مع مراعاة نوع المعزز استنادا على رغبات الطفل.

❖ الجلسة04:

- **الموضوع: التعيين والتسمية.**

اليوم : **المدة:** **المكان: حجرة الدرس -**

- **الأهداف:** نسعى من خلال هذه الجلسة إلى تنمية المهارات اللغوية، والاستجابة للأوامر اللفظية، مهارات التقليد: للحركات الشفوية.
- **الإجراءات:**

تتمثل في مجموعة من الأشياء مثل: صحن، كأس، طاولة، كرسي.....

1. التعرف على الأشياء.
2. تنمية المهارات اللغوية.
3. تنمية مهارات التقليد: للحركات الشفوية.
4. التدريب على الاستجابة للأوامر اللفظية.
5. تنمية مهارات التقليد من خلال اللعب: أن يكون محتوى اللعب ونوع اللعبة مستوحى من رغبات للأطفال لضمان تفاعلهم.
6. التدريب على المهارات الاجتماعية: تنمية القدرات التواصلية للطفل.
7. تعزيز الطفل مباشرة بعد القيام بالسلوك المرغوب فيه.

❖الجلسة 05:

- **الموضوع: النشاط الخامس: لعبة les logos المربعات**

اليوم : المدة: المكان: حجرة الدرس

- **الأهداف:**

1. تحسين الحركة الدقيقة.
2. التعرف والتفرقة بين الأشكال.
3. الانتباه البصري.
4. تنمية مهارات الانتباه: استمرار التواصل البصري.
5. -تنمية المهارات الاجتماعية: يستجيب لمبادرة اللعب.

- **الإجراءات:**

1. أحضرنا مجموعة من المربعات والمستطيلات الحمراء وجلسنا مقابل الطفل ثم قمنا بإلصاق المربعات والمستطيلات مع بعضها البعض وأخيرا طلبنا من الطفل أن يعيد العملية.
2. تعزيز الطفل مباشرة بعد القيام بالتدريب.

❖ الجلسة06:

- **الموضوع: النشاط السادس: نظافة الجسم**

اليوم : المدة: المكان: حجرة الدرس.

- **الأهداف:**

1. **مهارات العناية بالذات:** يرتدي الملابس باستقلالية، استخدام الحمام. الاستقلالية الذاتية والنظافة الجسمية.
2. **تنمية مهارات التقليد:** متابعة الأوامر.

- **الإجراءات:**

1. وضع صابون في يدي الطفل.
2. وضع معجون الأسنان في الفرشاة.
3. فرك يدي الطفل مع التكرار.
4. غسل فم الطفل مع التكرار.
5. تعزيز الطفل مباشرة بعد القيام بالتدريب.

نتائج تحكيم البرنامج الإرشادي من حيث التصميم والمحتوى والوثائق المرتبطة به:

- **من حيث التصميم:** اتفق المحكمون بنسبة (99%) على ملائمة العنوان مع الأهداف البرنامج، ومحتواه، والفنيات المستخدمة، وعدد الجلسات وترتيبها فقدرت نسبة اتفاق الأساتذة بالقبول (99%).
- **من حيث المحتوى:** اتفق المحكمين بنسبة تتراوح ما بين (88% ،99%) على اهداف جلسات البرنامج العلاجي مع ضرورة اجراء تعديلات في بعض الجلسات واعطائها صفة الاجرائية، ايضا من حيث الاجراءات والفنيات المستخدمة وكذا الواجبات المنزلية.

-أما فيما يخص المدة الزمنية للجلسة فاتفق المحكمين بنسبة (88%) على ضرورة تقليص المدة الزمنية لبعض الجلسات.

- تم الاخذ بعين الاعتبار ملاحظات المحكمين والعمل على إجراء التعديلات المطلوبة من حيث الصياغة اللغوية لمحتوى البرنامج، والمدة الزمنية التي تم تقليصها إلى (45) دقيقة، والقيام بالتعديلات المتفق عليها من قبل المحكمين.

3.5. التجريب الاستطلاعي للبرنامج:

قامت الباحثة بإجراء تجريب استطلاعي للبرنامج العلاجي دام مدته حوالي أسبوع طبق على عينة من أطفال طيف التوحد البالغ عددهم (08) أفراد خارج عينة البحث الأساسية، حيث تم من خلاله تجريب بعض الجلسات بصورة مختصرة كجلسة التعارف التي ساعدت الباحثة للتعرف على الصعوبات التي ستواجهها لاجتنابها في الدراسة الأساسية، بحيث تلقت الباحثة استجابة ايجابية ورضا من قبل العينة التي تم التطبيق عليها من خلال المناقشة والحوار تطبيق الفنيات في البيت مع الأمهات وطرح الأسئلة وغيرها من الاستجابات التي جعلت الباحثة تطمئن في الدراسة الاساسية .

4.الخلاصة:

هدفت الدراسة الاستطلاعية للتأكد من صحة أدوات الدراسة حيث تم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الأنصاري من خلال حساب الصدق بأنواعه المختلفة (صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي،)، وقد تم حساب الثبات بنوعيه ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، حيث أثبتت نتائجه.

كما تم تحكيم البرنامج العلاجي الموجه لأطفال اضطراب كيف التوحد وقد تم تعديله بناءا على أراء وملاحظات المحكمين.

❖ الدراسة الأساسية:

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية، بحيث سيتم فيها التعريف بالمنهج وتصميم المتبع في هذه الدراسة، التعريف بعينة الدراسة وكيفية اختيارها وعرض إجراءات التطبيق التجريبي، وعرضا لأدوات الدراسة النهائية بعد إجراء التعديلات اللازمة لها، كما سيتم التعريف بأساليب الإحصائية المتبعة فيها.

من المعلوم أنه لا يخلو أي بحث في مجال علم النفس من الدراسة الميدانية، ويتضمن هذا الفصل عرضا وتحليلا مفصلا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية، والتي أجريت

على أمهات أطفال طيف التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات المتمثلة في مستواهن التعليمي، السن، والخصوبة لديهن بمركز الطب العقلي للطفل والمراهق، بسيدي الشحمي، وهران،

1.المنهج المستخدم:

من خلال هذا البحث يمكننا معرفة مدى نسبة تحقيق التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات المتمثلة في مستواهن التعليمي، السن، والخصوبة لديهن.

وتم تطبيق اختبار التفاؤل و التشاؤم لبدر الانصاري على عينة البحث بتاريخ 2024/02/24 ثم تطبيقه مرة ثانية بتاريخ 2024/03/26، وذلك باستخدام الطرق العلمية الصحيحة والأساليب الإحصائية المتبعة لهذا الغرض، واتبعنا في بحثنا هذا المنهج الوصفي التحليلي والذي يعبر عن الظاهرة النفسية المراد دراستها إذ يعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها انطلاقا من تحديد مشكلة البحث، ووضع الفروض ثم اختيار العينة و أساليب جمع البيانات ووضع القواعد لتصنيفها ثم تحليلها وتفسيرها في عبارات واضحة ومحددة **(سهير أحمد، محمود المنسي،2002: 44).**

2.إجراءات البحث:

2.1. التصميم التجريبي:

أعدّ التصميم التجريبي في هذه الدراسة على أساس المجموعة الواحدة، حيث يطبّق اختبار التفاؤل والتشاؤم لبدر الانصاري لقياس مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد، قبل تطبيق البرنامج العلاجي القائم على تقنية A.B.A على الأطفال، ثم يطبّق الاختبار مرة ثانية على الأمهات، حيث يمكّن هذا التصميم من اختبار الفرض الرئيسي.

3.مجالات الدراسة:

3.1. المجال المكاني: طبقت هذه الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية والعقلية بسيدي الشحمي لولاية وهران بمصلحة طب العقلي للطفل والمراهق تحت إشراف البرفسور موفق ساندرة، والتي افتتحت أبوابها في جوان 2015، والتي تعد أول مصلحة لهذا الاختصاص بالغرب الجزائري، بعد مصلحة

الشراقة بالجزائر العاصمة التي افتتحت في سبتمبر 2013، تحت إشراف البروفيسور ولد طالب محمد.

وتنقسم مصلحة الطب للطفل والمراهق إلى وحدتين رئيسيتين:

- **وحدة مستشفى النهار للأطفال: تستقبل الوحدة الأطفال ما بين سن الثانية وسن الثامنة عشر من العمر، تتميز** بقدرة استيعابية تتمثل في عشر أسرة. وهي مكونة من مما يلي (أنظر الملاحق):
  - **غرفة الملاحظة.**
  - **المطبخ: يقدم وجبات يومية أعدت خصيصًا للأطفال.**
  - **غرفة الأعمال الموجهة.**
  - **الحمام.**
  - **مكتب للطبيب المختص.**
  - **مكتب للنفساني المختص.**
  - **سكرتارية.**
  - **غرف وحديقة للترفيه واللعب.**

أما عن **<u>طاقم العمل</u>** فهو مكون مما يلي:

- **طبيب رئيسي مختص.**
- **03 أطباء مقيمين.**
- **03أخصائيين نفسانيين عيادين.**
- **أخصائيين نفسانيين مدرسي.**
- **معالج النطق.**
- **ممرضان مختصتين في الطب العقلي.**
- **ثلاث مساعدات التمريض.**
- **مراقب طبي.**

- **سكرتيرة.**
- **طباخة.**
- **حارس.**

بصفتي المختصة النفسانية الرئيسية بدأت العمل مند افتتاح المركز 2014 الى يومنا هدا.

- المهام الموكلة هي:

➢ **وحدة لفحص ومعالجة الأطفال والمراهقين:**

تتواجد هذه الوحدة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية المتواجدة بحي بئر الجير بوهران، و التي تتكفل بالمتابعة المنتظمة للأطفال و المراهقين الموجهين من مصالح أخرى، و كذلك اللذين تم تشخيصهم على مستوى المؤسسة الاستشفائية بسيدي الشحمي بعد انتهاء مدة استشفاء النهار و بعد تشخيص حالتهم.

وتتكون الوحدة مما يلي:

- **مكتب سكرتارية.**
- **مكتب الفحص الطب العقلي والنفسي المخصص للأطباء الأخصائيين وللأخصائيين النفسانيين.**
- **مكتبين للأخصائي النفسي والأرطفوني.**
- **قاعة للعب.**
- **ورشة للملاحظة والاستثارة.**

مهام وواجبات فريق العمل العلاجي:

هناك فريق عمل يساعد أولياء الأمور على تفهم الإعاقة وطرق التدخل فيها:

✓ **مهام وواجبات الطبيب العقلي للطفل:** وهو طبيب متخصص في مجال الأمراض العقلية للأطفال في الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن الثامنة عشرة، ويقوم الطبيب

بإجراء الكشف الطبي العام، وإجراء الفحوصات اللازمة، وتقديم العقاقير المناسبة، ومن أهم مهام الطبيب العقلي للطفل ما يلي:

- ✓ **التشخيص الدقيق للحالات:** وهي عملية مجهدة ومعقدة، ويترتب عليها مسؤوليات جسام ويستخدم فيها المراجع التصنيفية المعروفة، ويستخدم المقابلة الإكلينيكية، والفحوص المعملية الطبية في عملية التشخيص، وهو يقوم بهذا التشخيص بمفرده، وفي بعض الأحيان يشرك معه الفريق المتخصص في عملية التشخيص.

كما يقوم الطبيب العقلي للطفل بوصف المواد ذات التأثير النفسي.

- ✓ **مهام وواجبات الأخصائي النفسي العيادي:** يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بما يلي بمجموعة من المهام أهمها ما يلي:

- استقبال الحالة و العائلات بهدف الفحص و التشخيص ووضع خطة علاجية التي تعتمد طريقة PECS ,Méthodes
- Denver, Teach A.B.A و استعمال اختبارات الذكاء و المقاييس.
- الاشتراك مع فريق العمل في التشخيص والتقويم والعلاج النفسي.
- الإشراف على العلاج عن طريق العمل.
- المتابعة النفسية للحالات بإرشاد أولياء أمور ذوي أطفال اضطراب طيف التوحد، وتشجيعهم على رعاية أبنائهم، وتبصيرهم بحالة الطفل ومدى أهمية التكفل النفسي والتربوي للحالات، وضرورة إلحاقه بالمصحة، ومزاولته للبرامج العلاجية.

- ✓ **مهام وواجبات أخصائي اللغة والكلام:** يقوم **أخصائي اللغة والكلام** بما يلي بمجموعة من المهام أهمها ما يلي:

- يشارك في التشخيص والتقويم للحالات.
- التكفل باضطرابات التواصل.
- يضع البرنامج المناسب لدرجة الاضطراب بالنسبة لكل حالة، ويشارك في هذا مع الفريق العلاجي.

✓ **أخصائي التربية الخاصة:** تتنوع مهام وواجبات معلم التربية الخاصة على النحو الآتي:

- الاشتراك مع فريق العمل في القيام بعمليات التشخيص والتقويم والعلاج.
- التحديد الدقيق للأساليب الترويجية والأنشطة الثقافية والاجتماعية والفنية والرياضية التي تشعر الطفل بالهناء النفسي والسرور.
- وتزويد أولياء الأمور بمدى ما يحققه أبناؤهم من تقدم، وما يعترضهم من عثرات.

✓ **مهام وواجبات أخصائي العلاج الجسمي:**

- التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد الخاصة حركيا من خلال العلاج الجسمي أو الطبيعي، وفي النمو الطبيعي للحركات، وفي الفنيات العلاجية المختلفة، كما أن لديه خبرات في تقويم وتصميم الأجهزة التكيفية مثل حمالات الساق والمقاعد المناسبة.

وهو مهتم بالآتي:

- تدريب الطفل على المهارات الحركية للحركات الدقيقة والكبيرة الجلوس والوقوف والمشي والقدرة على الوصول إلى الأشياء، والاتزان، والقدرة على التحكم في الرأس.

✓ **مهام وواجبات أخصائي العلاج بالعمل:** من مهام أخصائي العلاج بالعمل ما يلي:

- يرتكز عمله على نمو المهارات الوظيفية التي تتضمن نمو الحركات الدقيقة، والحركات الكبيرة.
- التركيز على دور الحواس (السمع، البصر، اللمس، الخ) في النمو مثل: كيف يميز ويعدل ويدمج الطفل المعلومات الحسية الداخلية؟ من خلال الاستناد على الفنيات العلاجية للتكامل الحسي.

✓ **مهام وواجبات الطبيب:** الرعاية الطبية اللازمة للأم الحامل خلال شهور الحمل الأولى، وأثناء الولادة وما بعدها، والرعاية الطبية للأطفال حديثي الولادة، وخلال سنواتهم الأولى لتشخيص الحالات، والتدخل المبكر لمنع حدوث المضاعفات التي يمكن أن تترتب على هذه الحالات كعيوب التمثيل الغذائي، ونقص إفرازات الغدة الدرقية واللذين يمكن أن يؤديا للتخلف العقلي **(عبد المطلب القريطي، 2001، 111).**

3.2. الحدود الزمنية: أجريت الدراسة الميدانية في الفصل الثاني من الموسم الجامعي2024/2023 ابتداء من 2024/02/24إلى غاية 2024/05/24.

3.3. <u>الحدود البشرية:</u> عينة الدراسة: يتألف المجتمع الأصلي للبحث من عينة متكونة من 38 أم لأطفال طيف التوحد، اللواتي طبقت عليهن أداة البحث مقياس التفاؤل.

- **<u>توزيع عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة:</u>**
  - ***<u>توزيع عينة الدراسة حسب العمر:</u>***

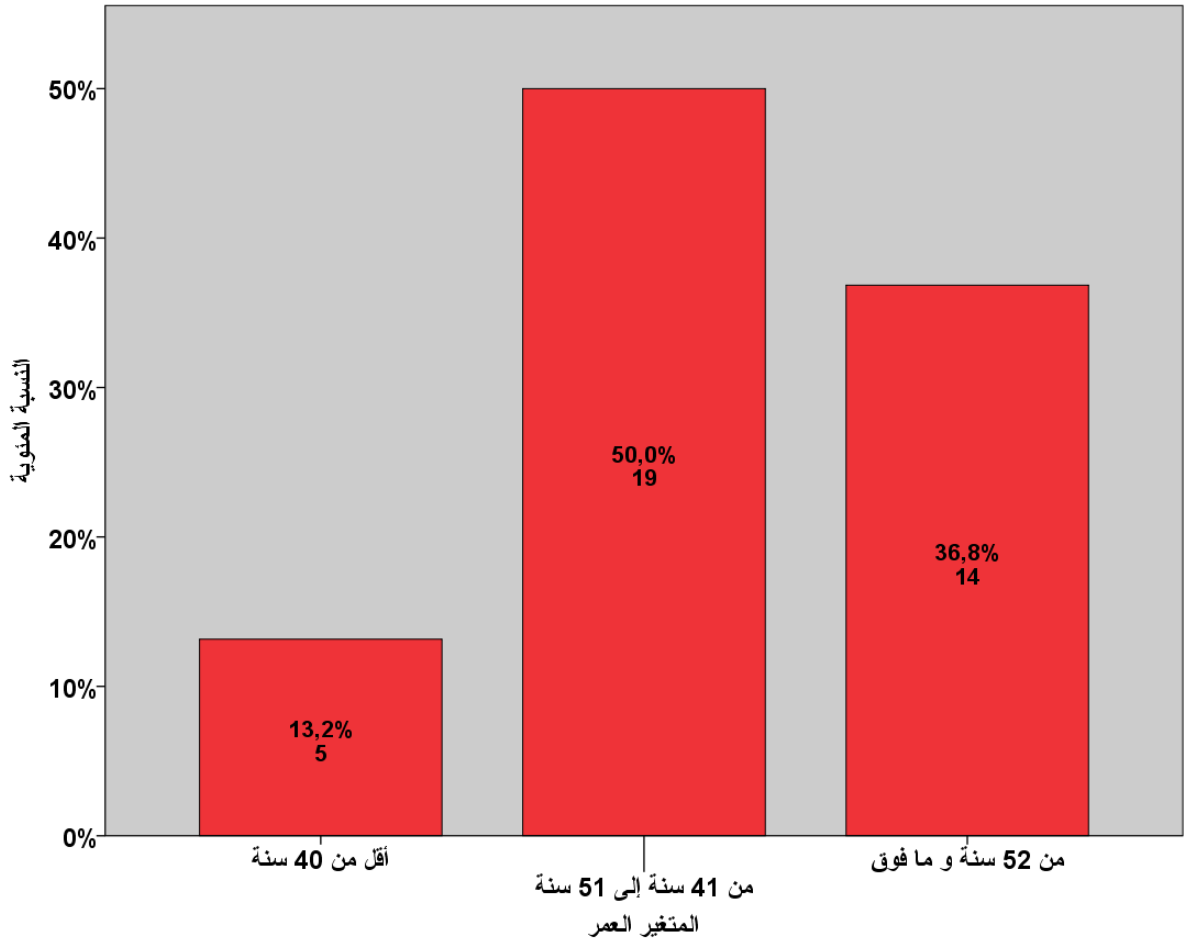
الجدول التالي يبين لنا توزع أعمار العينة المدروسة:

<u>الجدول رقم (01): توزيع العمر على العينة.</u>

السن	العدد	النسبة المئوية
أقل من 40 سنة	5	13.2%
من 41 سنة إلى 51 سنة	19	50 %
من 52 سنة وما فوق	14	36.8%
المجموع	38	100 %

<u>المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على مخرجات برنامجSpss</u>

<u>الشكل رقم (01): توزيع متغير العمر.</u>



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

يتضح من خلال المعطيات أعلاه أن نسبة 50% من أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 41-51 سنة أي ما يقدر ب 19 أم، تلتها الفئة العمرية فوق 52 سنة بنسبة 36.8% كما احتلت الفئة العمرية أقل من 40 سنة نسبة 13.2 %، ما غالبية أفراد العينة أمهات فئتهم العمرية تتجاوز الأربعينيات بنسبة كبيرة.

- **توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي:**

يمكن توضيح توزع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي من خلال ما يلي:

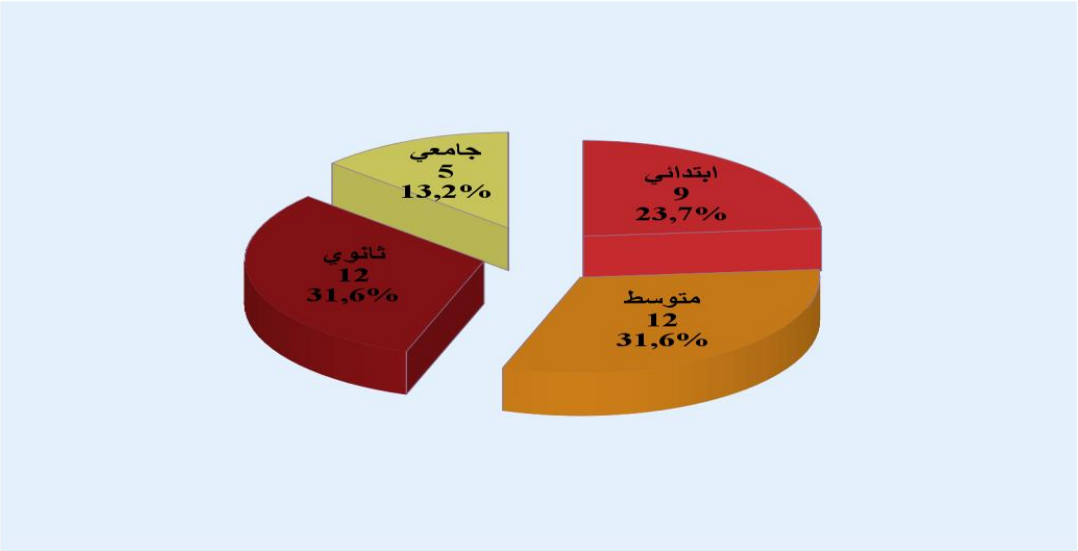
الجدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.

المستوى الدراسي	العدد	النسبة المئوية
ابتدائي	9	%23.7

متوسط	12	% 31.6
ثانوي	12	% 31.6
جامعي	5	%13.2
المجموع	38	% 100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

الشكل رقم (02): أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي.



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

يشير الجدول والشكل أعلاه إلى أن فئة المرضى ذو مستوى ثانوي ومتوسط احتلت أعلى نسبة قدرت ب 31.6% اي ما يمثل 12 أم من أفراد العينة الأساسية، في حين بلغت نسبة مستوى الابتدائي نسبة 23.7%، أما الجامعيات بلغت نسبتهن 13.2.

- **وصف عينة الدراسة حسب متغير الخصوبة:**

ندرج من خلال الجدول والشكل التالي توزع أفراد عينة الدراسة حسب الخصوبة.

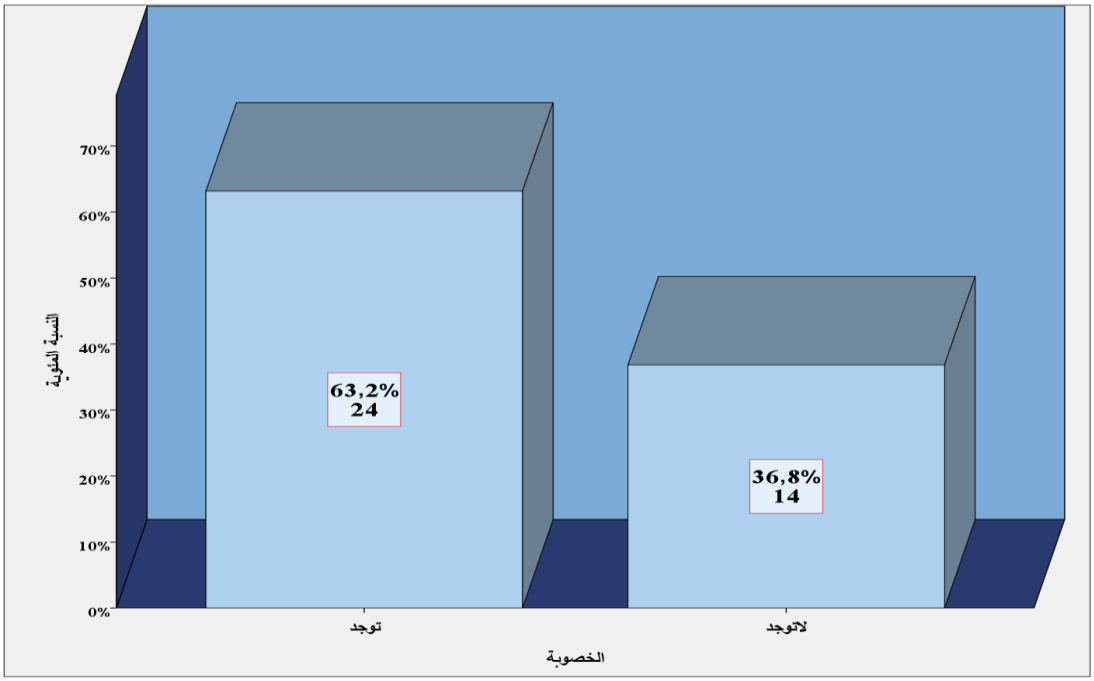
الجدول رقم (03): توزيع العينة حسب الخصوبة

الخصوبة	العدد	النسبة المئوية

توجد	24	63.2%
لا توجد	14	36.8%
المجموع	38	% 100

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على مخرجات برنامجSpss

الشكل رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب المتغير الخصوبة.



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

توضح نتائج المعطيات أعلاه أن العينة المدروسة من الأمهات التي تتميز بوجود خصوبة قد بلغت أعلى نسبة قدرت ب 63.2%، ما يمثل 24 أم، في حين بلغت نسبة الأمهات اللواتي لا توجد لديهن خضوبة نسبة 36.8%، أي ما يمثل 14 أم.

4.أدوات الدراسة:

4.1. مقياس الاستخدام السلبي للأنترنت (الصورة النهائية):

يتكون مقياس التفاؤل و التشاؤم في الدراسة الحالية من (60) فقرة موزعة على بعدين رئيسيين: التفاؤل ويشتمل على (30) فقرة، وبعد التشاؤم ويشتمل على (30) فقرة، حيث

يتطلب من المفحوص الإجابة على فقرات المقياس وفقا للبدائل الخماسية لسلم ليكرث المرفقة بالدرجات التالية: دائما(04 درجات)، غالبا(03 درجات)، أحيانا(02 درجتين)، نادرا (01 درجة)، أبدا (0 درجة)، كما يحتوي المقياس على تعليمات تقدم لأفراد عينة الدراسة توضح لهم طريقة الإجابة على فقرات المقياس، كما يحتوي على بيانات شخصية متعلقة بمتغيرات (العمر الزمني، المستوى الدراسي، الخصوبة) .

تم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الاتساق الداخلي، حيث تم حساب قيم معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط قيما مقبولة

كما تم حساب ثبات المقياس عن طريق آلفا كرو نباخ وقدرت قيمته ب(0.947)، مما يشير إلى أن أداة الدراسة تتمتع بصدق عال وثبات عال مما يدل ان المقياس ذات بنية سيكو مترية جيدة.

أما نظام تقدير الدرجات فهو بسيط و لا يستغرق زمنا طويلا، و لكل منهما درجة كلية مستقلة و يصحح الاختيار بجمع الدوائر التي وضعها المفحوص في كل عمود من الاعمدة الخمسة للاختيارات (1-5) و يضرب التكرار المستخرج من كل عمود '- على حدة -' في الاختبار الخاص به (أي 1x 2،3،1، 4،5) أي التكرارات في الاختبارات ثم يجمع الناتج ،و يمثل الدرجة الكلية على مقياس التفاؤل و تنفد الإجراءات .

4.2. وصف عام للبرنامج العلاجي (الصورة النهائية):

- ***التعريف بالبرنامج العلاجي:***

بعد إعداد العلاجي وعرضه على بعض الأساتذة المحكمين، أبقي على جلسات البرنامج العلاجي (06) جلسة علاجية، حيث تم التعديل في ساعات الجلسات الإرشادية حيث تراوحت مدته في الصورة الأولية 60 دقيقة وأصبحت 45 دقيقة لكل جلسة علاجية،

بواقع جلسة أو جلستين في الأسبوع حسب التزامات عينة الدراسة، حيث تم تزويد المجموعة التدريبية المتمثلة في أطفال اضطراب طيف التوحد ببعض الفنيات لتقنية A.B.A، وبعض المهارات التواصلية والحركية.

تم تطبيق البرنامج العلاجي بمركز الطب العقلي للطفل والمراهق بالمؤسسة الاستشفائية بسيدي الشحمي

- كما اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على تصميم المجموعة الواحدة.
- ولقد تمت المعالجة الإحصائية بواسطة البرنامج الحزمة الإحصائية **(SPSS)**

- ***الأساليب الإحصائية المستخدمة:***
  - **معامل الارتباط بيرسون.**
  - **معامل الثبات ألفاكرونباخ.**
  - **المتوسط الحسابي.**
  - **الانحراف المعياري.**
  - **اختبار تحليل التباين الأحادي.**
  - **اختبار ستودنت.**

5.الخلاصة

تم التطرق في هذا الفصل إلى عدة خطوات إجرائية، حيث قامت الباحثة باتباع المنهج

الوصفي التحليلي والذي يعبر عن الظاهرة النفسية المراد دراستها واستخدام أدوات الدراسة

تمثلت في مقياس التفاؤل الذي تم تطبيقه على عينة الدراسة المتكونة من 38 أم لأطفال طيف التوحد بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية والعقلية بسيدي الشحمي بمصلحة طب العقلي للأطفال بوهران، وأخيرا اعتمدت الباحثة على مجموعة من الأساليب الإحصائية السالف ذكرها لمعالجة البيانات التي تم جمعها في الدراسة الحالية.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد:

تناول هذا الفصل أولا: عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية كما أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها، بعد تطبيق **اختبار التفاؤل والتشاؤم لبدر الانصاري** على عينة الدراسة المتمثلة في بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية

والعقلية بسيدي الشحمي لولاية وهران بمصلحة طب العقلي للأطفال، حيث اعتمدنا على مخرجات البرنامج الإحصائي وهذا لمعرفة مدى تحقق أو رفض كل فرضية من فرضيات الدراسة.

ثانيا: سنقوم بمناقشة وتفسير نتائج الدراسة وهذا اعتمادا على ما أسفرت عليه النتائج لكل فرضية وكذلك اعتمادا على الدراسات السابقة وسنختم هذا الفصل بخلاصة.

1. التحليل الإحصائي لإجابات عينة الدراسة:

نهدف من عملية التحليل الإحصائي لفقرات الإستبيان للتعرف على مختلف الإجابات للأمهات عينة الدراسة الأساسية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية والعقلية بسيدي الشحمي لولاية وهران بمصلحة طب العقلي للأطفال والوصول إلى الأهداف المراد تحقيقها من الدراسة.

2. عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

- **تحليل إجابات الأمهات حول عبارات التفاؤل:**

قبل التعرف على مختلف الإجابات لابد من تحديد الوزن النسبي للإجابات من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (06): مجالات تقييم المتوسط الحسابي للإجابات

المجال	[1,8-1]	[2,6-1,8]	[3 ,4-2 ,6]	[4,2-3,4]	[5-4,2]
الوزن النسبي	قليلا جدا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا

المصدر: من إعداد الطالبة

الجدول رقم (07) فقرات متغير التفاؤل

الفقرات	المتوسط	الانحراف	الوزن

	الحسابي	المعياري	النسبي
أنظر إلى الحياة على أنها هادفة	2,11	1,060	قليلا
أتقبل الحياة ببشاشة مهما تكن الأحوال	2,89	1,060	متوسط
أشعر بأن الفرصة توجد من أجل تقدمي	3,08	0,818	متوسط
سوف أشغل منصبا مرموقا في الأعوام القادمة	1,58	0,826	قليلا جدا
أسعد لحظات حياتي سوف تكون في المستقبل	2,42	0,683	قليلا
غالبا أتوقع شيئا إيجابيا في المستقبل مع الإحساس بأنني أستحقه	2,53	0,762	قليلا
لدي ثقة كبيرة في نجاحي	2,45	0,645	قليلا
أهتم بالمستقبل وأشعر بجدية نحوه	3,11	0,953	متوسط
تبدو لي الحياة جميلة	2,29	1,113	قليلا
أشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا	2,42	0,758	قليلا
أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلا	2,97	0,972	متوسط
الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل	1,13	0,343	قليلا جدا
أنظر إلى المستقبل على أنه سيكون سعيد	2,34	0,745	قليلا
حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها	2,76	0,883	متوسط
أتوقع نتائج جيدة	2,45	0,724	قليلا

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

الجدول رقم (08) فقرات متغير التفاؤل (تابع)

الفقرات	المتوسط	الانحراف	الوزن

	الحسابي	المعياري	النسبي
سوف تتحقق أحلامي في حياتي	2,34	0,582	قليلا
لا مكان لليأس في حياتي	2,24	0,913	قليلا
أنا مقبل على الحياة بحب وتفاؤل	2,18	0,834	قليلا
يخبئ لي الزمن مفاجأة سارة	1,97	0,677	قليلا
ستكون حياتي أكثر سعادة	2,21	0,704	قليلا
لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس	2,84	1,027	متوسط
أرى أن الفرج سيكون قريبا	2,76	0,786	متوسط
أتوقع الأفضل	2,95	0,985	متوسط
الزواج استقرار وسعادة	2,11	0,894	قليلا
أرى الجانب المشرق من الأمور في المضي	2,53	0,762	قليلا
أفكر في الأمور البهيجة المفرحة	2,76	0,971	متوسط
لا أستسلم للحزن	3,37	,1830	متوسط
إن الآمال أو الأحلام التي تتحقق اليوم ستتحقق غدا	2,16	0,754	قليلا
أفكر في المستقبل بكل تفاؤل	2,42	0,976	قليلا
أتوقع أن يكون الغد أفضل من اليوم	2,97	1,102	متوسط
المحور ككل	**2.48**	**0.403**	**قليلا**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامجSpss

- يوضح الجدولين السابقين اجابات عينة الدراسة حول محور التفاؤل من خلال العبارات التي تم وضعها لقياس متغير التفاؤل لدى الأمهات، حيث نلاحظ أن مستوى استجابة

أفراد عينة الدراسة حققت وزن نسبي كلي قليلا، ما جعل المتوسط الحسابي يبلغ قيمة 2.48، والانحراف المعياري يبلغ قيمة 0.403 ما يبين اتفاق الأمهات حول العبارات، كما يبين الجدولين أن أغلب العبارات حققت وزن نسبي قليلا حيث تراوحت المتوسط الحسابي في هذا الوزن النسبي بين القمتين التاليتين 2.11 و2.53.

- اما العبارتين " **الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل** " و " **سوف أشغل منصبا مرموقا في الأعوام القادمة"** حققتا وزن نسبي قليل جدا بمتوسط حسابي على الترتيب 1.13 و 1.58 ، كما نلاحظ أنه هناك العديد من العبارات حققت وزن نسبي متوسط أدنها في هذا المجال كانت في العبارة في العبارات التالية : " **حياتي بها بعض المشاكل ولكنني أتغلب عليها" ، " أفكر في الأمور البهيجة المفرحة"** و **"أرى أن الفرج سيكون قريبا"** ، أما اعلى متوسط حسابي في مجال الوزن النسبي متوسط كان من نصيب الفقرة " **لا أستسلم للحزن" بمتوسط حسابي 3.37** ، ما يبين القبول النسبي بما جاء في العبارات السابقة.
- أما فيما يخص الانحراف المعياري لكل العبارات فقد حقق قيم مختلفة تبين اختلاف أراء المرضى المدروسين حيث قدرت أدنى قيمة ب 0.343 في العبارة " **الماضي جميل والحاضر أجمل والمستقبل أفضل"** ما يؤكد اتفاق الأمهات على العبارة وهذا يبين لنا تخوف المرضى من المستقبل، أما أعلى انحراف معياري كان في العبارة " **تبدو لي الحياة جميلة"** بقيمة 1.113 ما يؤكد اختلاف إجابات الأمهات حول هذه العبارة.

➢ **<u>اختبار التوزيع الطبيعي على متغيرات الدراسة:</u>**

اختبار التوزيع الطبيعي لعينة الدراسة المتمثلة في 38 أم لأطفال طيف التوحد، خضع أبناؤهم للتدريب على البرنامج العلاجي القائم على تقنية من خلال الجدول التالي:

<u>الجدول رقم (09) : نتائج اختبار التوزيع الطبيعي Kolmogorov-Smirnov</u>

المحور	إختبار-**Kolmogorov Smirnov**	مستوى الدلالة

متغير محور التفاؤل	0.637	8110.
متغير المستوى الدراسي	5032.	70.1
متغير الخصوبة	1.192	1170.
متغير السن	1.656	0.08

Spss

المصدر: إعداد الطالبة من مخرجات برنامج الإحصائي

نلاحظ من الجدول أعلاه أن اختبار التوزيع الطبيعي قد بلغ مستوى دلالة في كل المتغيرات قيم أكبر من مستوى الدلالة المعتمد 0.05، ما يجعلنا نستنتج أن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي، في كل المتغيرات المدروسة ومن ثم يمكن استعمال اختبار ستودنت لعينة واحدة واختبار ستودنت لعينتين مستقلتين وكذا اختبار تحليل التباين الأحادي لتحقق من فرضيات الدراسة.

- **إختبار فرضية الدراسة العامة: التي تنص على ما يلي:**

وجود فروق في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المبني على تقنية A.B.A

بهدف اختبار هذه الفرضية نعرض الجدول التالي:

جدول رقم (13): إختبار ستودنت لإختبار الفرضية العامة.

العامل	الوسط الحسابي	مستوى الدلالة	الوسط الفرضي	درجة الحرية	Tالاختبار
الفرضية الرئيسية	2.48	0.000	3	37	7.976-

المصدر: إعداد الطالبة من مخرجات برنامج الإحصائيSpss

-نلاحظ من الجدول أن قيمة اختبار ستودنت قد بلغت 7.976- بمستوى دلالة 00.0 هو أقل من مستوى الدلالة المعتمد 05.0، وهذا ما يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية أي أن متوسط الإجابات يساوي 3 وقبول البديلة التي تنص على وجود فروقات بين المتوسط الدراسة 3 ومتوسط إجابات الأمهات حول فقرات محور التفاؤل وهذا ما تؤكده قيمة الوسط الحسابي البالغة 2.48 والواقع في مجال الوزن النسبي كما سبق أن رأينا قليلا في جدول وصف إجابات محور التفاؤل، ما يجعلنا نستنتج ما يلي:

وجود فروق في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المبني على تقنية A.B.A على أبنائهن وهذا ما يشير إلى أن التدريب على البرنامج العلاجي القائم على تقنية A.B.A لأطفال طيف التوحد، أدّى إلى رفع مستويات التفاؤل لدى أمهاتهم ، مما يدل على تجاوب الأمهات بصفة إيجابية للمقاربة العلاجية لأطفالهن، مما أدى إلى زيادة نسب التفاؤل لديهن، لصالح القياس البعدي، حيث بث روح التفاؤل في إمكانية التكفل بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة و تتفق هذه الدراسة مع دراسة رايس نريمان وبدرة معتصم ميموني 2023 التي تشير إلى فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في التخفيف من الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، وهي فئة تحتاج الدعم و المساندة النفسية حيث تبنت الباحثة المقاربة العلاجية الجماعية في معالجة الإحتراق النفسي من خلال تزويدهن بإستراتيجيات تكيفية وصحية، تساعدهن على التوافق مع إعاقة أطفالهن والتكفل بهم ، مبرزة دور المعالج النفسي في تحقيق التوافق الشخصي والإجتماعي لديهن كما تتفق مع ،**دراسة بقال أسما و شارف جميلة (2017)** بعنوان:" **أثر التفاؤل لدى الأمهات على تحقيق جودة الحياة لدى الأبناء** التي خلصت إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستويات التفاؤل لدى الأمهات و جودة الحياة لدى الأبناء .

3.عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

3.1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى: التي تنص على ما يلي :

توجد فروق دالة إحصائيا في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعود إلى المستوى التعليمي لهن، بعد تطبيق البرنامج المبني على تقنية A.B.A على أبنائهن.

بهدف اختبار هذه الفرضية نعرض الجدول التالي:

جدول رقم (10): يبين نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة دلالة الفروق بين مستويات التفاؤل والمستوى التعليمي لدى أمهات أطفال التوحد الخاضعين للتدريب

العامل	مستوى الدلالة	درجة الحرية	Fالاختبار
الفرضية الفرعية الأولى	0.850	37	0.265

المصدر: إعداد الطالبة من مخرجات برنامج الإحصائيSpss

نلاحظ من الجدول أن قيمة اختبار فيشر قد بلغت 0.265 بمستوى دلالة 850.0 هو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد ألا وهو 05.0، وهذا ما يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية، وعليه يمكن القول أنه: **يوجد فرق غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 05.0 في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق برنامج A.B.A** على أبنائهن، **يرجع لمستواهن التعليمي**

حيث تشير نتائج تحليل التباين الأحادي لحساب الفروق في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد ومستواهن التعليمي في الجدول رقم (10) الذي أثبت أنه يوجد فروق غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0،05 في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد

ترجع للمستوى التعليمي لها، أي أن المستوى التعليمي سواء كان ابتدائي، متوسط، ثانوي أو جامعي ليس له تأثير في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة د. عينو عبد الله (2019) بعنوان: ‘‘التفاؤل **و التشاؤم لدى فئة المتعلمين من المتوسط، الثانوي و الجامعي"** انتشار كل من التفاؤل و التشاؤم في كل الاطوار التعليمية. **(عينو عبد الله :2019: ص121).**

3.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية: تنص الفرضية على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعود إلى خصوبتهن، بعد تطبيق البرنامج المبني على تقنية A.B.A على أبنائهن

حتى نتمكن من التحقق من الفرضية نقوم باستعمال الاختبار التالي:

جدول رقم (11): يبين نتائج إختبار ستودنت لدراسة دلالة الفروق في مستويات التفاؤل ومتغير الخصوبة لدى أمهات أطفال طيف التوحد الخاضعين للتدريب

العامل	F اختبار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	Tالاختبار
الفرضية الثانية	**5.226**	0.028	73	0.036	2.181

المصدر: إعداد الطالبة من مخرجات برنامج الإحصائيSpss

-تشير هذه الفرضية الجزئية إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0،05 في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعود إلى خصوبة المرأة، ويتضح لنا من خلال الجدول رقم (11) أن اختبار فيشر لدراسة الفروق قد بلغ قيمة 5.226 بمستوى دلالة قيمته 0.028 وهي أقل من 0.05 ما يجعلنا نرفض الفرض الصفري ونقبل البديلة التي تنص على أن هناك فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة0.05 في مستويات التفاؤل لدى لدى أمهات أطفال طيف التوحد تعود لخصوبتهن ، وهذا ما يثبت أن هناك نسبة تفاؤل مرتفعة بالنسبة للأمهات اللواتي لديهن خصوبة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة كون أن المقاربة العلاجية لأطفال طيف التوحد أثر على دورة حياة الأسرة بصفة عامة، حيث تم الإستفادة منه لبث التفاؤل في الصحة الإنجابية ليهن.

3.3. فرضية الدراسة الثالثة: تنص الفرضية على ما يلي:

يوجد فرق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 05.0 في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق برنامج B.A.A على أبنائهن، يرجع لمتغير السن.

للتأكد من صحة هذه الفرضية نعرض الجدول التالي:

جدول رقم (12): يبين نتائج تحليل التباين لدراسة دلالة الفروق في مستويات التفاؤل والسن لدى أمهات أطفال طيف التوحد الخاضعين للتدريب

العامل	إختبار F	مستوى الدلالة	درجات الحرية
الفرضية الثالثة	0.748	0.481	37

المصدر: من إعداد الطالبة إعتمادا على مخرجات البرنامج الإحصائي SPSS

-نلاحظ من خلال الجدول أن اختبار فيشر لدراسة الفروقات قد بلغ قيمة 0.748 بمستوى دلالة قد بلغ قيمة 0.481 وهي أكبر من 0.05 ما يجعلنا نقبل الفرض الصفري الذي يقر بما يلي: **يوجد فرق غير دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 في التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق برنامج A.B. Aيرجع لمتغير السن.**

ويمكن تفسير هذه النتيجة أن مجملهن بحاجة الدعم والمساندة النفسية من خلال تزويد أبنائهن بإستراتيجيات تكيفية وصحية، تساعدهن على التوافق مع إعاقة أطفالهن والتكفل بهم ومما ينعكس إيجابا على مستويات التفاؤل لديهن.

4.خلاصة النتائج:

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها ما يلي:

- ✓ وجود فروق في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المبني على تقنية A.B.A على أبنائهن.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B.A على أبنائهن تعود إلى المستوى التعليمي للمرأة.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية على أبنائهنA.B. A تعود إلى خصوبة المرأة.
- ✓ توجد فروق غير دالة إحصائية في مستويات التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد بعد تطبيق تقنية A.B.A على أبنائهن تعزى إلى عامل السن.

الخاتمة:

- تسلط الدراسة الحالية الضوء على موضوع: " التفاؤل لدى أمهات أطفال طيف التوحد وعلاقته بتطبيق تقنية A.B.A، وقد تم معالجته هذا الموضوع من خلال الكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي القائم على تقنية على عينة من أطفال طيف التوحد لرفع مستويات التفاؤل لدى أمهاتهم".
- قد تم التحقق من فرضيات لدراسة بالاعتماد المنهج الوصفي على عينة قوامها (38) أما، خضع أبناؤهن للتدريب على البرنامج العلاجي القائم على تقنية A.B.A، كما تم تطبيق مجموعة من القياسات القبلية والبعدية على الأمهات لحساب درجاتهن على مقياس التفاؤل.

تم استخدام في هذه الدراسة أداتين تتمثلان فيما يلي:

الأداة الأولى: مقياس التفاؤل والتشاؤم لبدر الانصاري المكون من 60 فقرة مقسمة على مجالين وهما التفاؤل والتشاؤم.

الأداة الثانية: البرنامج القائم على تقنية A.B.A، الذي تضمّن البرنامج ست جلسات طبقت على مدى شهر بواقع جلسة في الأسبوع، وقد استغرقت كل جلسة ساعة واحدة.

- وتشير النتائج التي خلصت إليها الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على تقنية **A.B.A** لدى أطفال اضطراب طيف التوحد ، مما انعكس بصفة إيجابية على الأمهات و أدى إلى رفع من مستويات التفاؤل لديهن، وهي نتيجة مؤيّدة للإطار النظري الذي قامت عليه الدراسة ، والذي يؤكّد على تناسب طريقة لوفاس على تشكيل السلوك من

خلال التعزيز التدريجي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد ، ذلك لأنه يعتمد على مبادئ العلاج النفسي السلوكي، مع أخذ بعين الاعتبار نوع المعزز المناسب لكل حالة (أطعمة ، لعب، معانقة، ابتسامة، مدح) ، ويمكن زيادة التعزيز متى استدعى الأمر. **(الزريقات، 2010، ص.349).**

- و قد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي خلصت إليها دراسات باحثون آخرون ، أمثال دراسة الباحثة سوسن شتيات، عليا العويدي، و التي انتهت بفاعلية برنامج ابليز The ABLLS في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد ، **(سوسن شتيات، عليا العويدي، 2018 ، ص ص 328 - 315).**

ودراسة ممدوح موسى أحمد الرواشدة التي خلصت إلى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية بعض المهارات الحركية الدقيقة لدى أطفال. **(ممدوح موسى احمد الرواشدة، وآخرون :2016 ص148 - 145).**

ودراسة بقال أسما ومحرز عبلة 2022 التي أثبتت فاعلية برنامج إرشادي قائم على تقنية ABA في خفض الغضب لدى الأطفال المتوحدين **(بقال أسما ومحرز عبلة 2022).**

حيث أن خضوع الأبناء إلى التدريب أدى إلى تجاوبهم مع البرنامج العلاجي ، الذي أدى بدوره إلى ارتفاع مستويات التفاؤل لدى أمهاتهم اللواتي كن بحاجة للدعم و المساندة النفسية، مما يساعدهن على التوافق و التكفل بإعاقة أطفالهن ، و تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة رايس نريمان و بدرة معتصم ميموني 2023 بعنوان "الإحتراق النفسي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي" التي أبرزت دور المعالج النفسي في تحقيق التوافق الشخصي والإجتماعي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي**(رايس نريمان و بدرة معتصم ميموني2023 ص: 325-342)** ، كما تتفق مع دراسة بقال أسما و شارف جميلة (2017) بعنوان:" أثر التفاؤل لدى الأمهات على تحقيق جودة الحياة لدى الأبناء التي خلصت إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستويات التفاؤل لدى الأمهات و جودة الحياة لدى الأبناء .

وبناءا عما تم عرضه وانطلاقا من نتائج الدراسة سنورد بعض المساهمات للدراسة الحالية ومجموعة من التوصيات والاقتراحات.

❖ ***مساهمة الدراسة الحالية:***

- توفر الدراسة الحالية مقياس "برنامجا علاجيا لصالح أطفال طيف التوحد"، يمكن الاعتماد عليه في دراسات أخرى بربطه بمتغيرات مختلفة وعلى عينات متنوعة.
- تمثل إضافة علمية ونظرية في مجال بناء البرامج العلاجية وخاصة في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة

❖ ***التوصيات والاقتراحات:***

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة تقترح الباحثة مجموعة من التوصيات والمقترحات وهي كالتالي:

- إعادة تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية على عينات مختلفة من المجتمع.
- ضرورة الاهتمام بتصميم وتطبيق برامج علاجية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ضرورة بناء برامج إعلامية تثقيفية لضرورة التكفل بأسر ذوي الاحتياجات الخاصة
- الاهتمام بتدريب الأخصائيين والمشرفين على التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد على البرامج العلاجية الخاصة بهذه الفئة.
- إنشاء هيئة على المستوى الوطني تهتم برعاية أطفال اضطراب طيف التوحد.
- إجراء دراسات تهتم بدراسة فاعلية البرنامج العلاجية القائم على تقنية A.B.A، وعلاقته بمتغيرات أخرى كالقلق أو الانسحاب الاجتماعي.
- أهمية تكوين مربيين ومتخصصين في هذا المجال حتى يكون الإدماج أسرع وكذا النوعية.
- تقديم الدعم المادي لكل المراكز الخاصة بالتكفل بالأطفال المتوحدين.
- عمل دورات تدريبية أخصائيين النفسيين والمربيين وحتى الأولياء.
- تنسيق الجهود بين المركز والأسرة والمدرسة للمحافظة على المستوى الذي وصل إليه الطفل بعد الخضوع للبرامج العلاجية.

القائمة المراجع:

❖ بالعربية:

- عبد الخالق أحمد (2000)، التفاؤل والتشاؤم عرض لدراسات سابقة عربية، مجلة علم النفس، العدد56 الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عبد الله بن محمد هادي الحربي (2008) أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بكل من التفاؤل والتشاؤم، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- بدر الأنصاري محمد (2002) المرجع في المقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت، د.ط.
- صالح حسين (2013) وسائل قياس الشخصية دار الكتاب الحديث، القاهرة، ط1
- مروان عبد الوحيد (2005)، الموسوعة الصحية للأم والطفل دار الإسراء عمان الأردن، د.ط.
- عبد اللطيف حسن شرارة، (1998) التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعدي الشخصية، الانبساط والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
- ابن منظور(630-711ه)، لسان العرب، دار إحياء التراث العربي، بيروت، لبنان، ج1.
- فاتن غطاس (2010) كل ما أردت معرفته عن السرطان، جمعية مكافحة السرطان القدس، د. ط.

- نجوى اليحفوفي، وبدر محمد الأنصاري (2005) التفاؤل والتشاؤم، دراسة ثقافية مقارنة: بين اللبنانيين والكويتيين، مجلة العلوم الإجتماعية، مجلة النشر العلمي، الكويت.
- ـنسيمة بخاري (2006) التفاؤل والتشاؤم وأساليب العجز المتعلم لدى عينة من طالبات الجامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية قسم علم النفس السعودية.
- هشام مخيمر محمد، وعبد المعطي، محمد السيد علي (2000) التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بعدد من المتغيرات النفسية، لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، مجلة الدراسات النفسية والاجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان6.
- محيسن عوض يوسف، (2012) التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة جامعة الأقصى في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، مج20، ع2.
- هناء أحمد شويخ (2007) أساليب الضغوط النفسية الناجمة عن الأورام السرطانية، مصر إتراك للنشر والتوزيع، ط1.
- مايسة محمد شكري (1999) التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب مواجهة المشقة دراسات نفسية، مج9، ع34، رابطة الأخصائيين النفسانيين مصر.
- بدر محمد الأنصاري (1998) التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس، جامعة الكويت مجلس النشر العلمي، لجنة التأليف والتعريب والنشر.
- دانيال جولمان (2000) الذكاء العاطفي، ترجمة ليلى الجبالي سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- أديب الخالدي، مرجع علم النفس الإكلينيكي المرضي، دار وائل للنشر، الأردن، ط1، 2006.
- إبراهيم عبد الله فرج الرزيقان، التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، 2006.
- حسن مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ت ط، 1998.

- رائد خليل العيادي، التوحد، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006.
- يحي، الأمراض السلوكية والانفعالية، دار الفكر، الأردن، عمان، ط1، 2000.
- أسامة فاروق، رضا الجمال (2012)، فاعلية برنامج للتربية الحركية في خفض بعض السلوكيات النمطية وتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين بمدينة الطائف، بحث منشور بمجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد 28، الجزء 1، أغسطس، ص76.
- أسماء سراج الدين هلال، تأهيل المعاقين، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، سنة 2009.

❖ ***بالفرنسية:***

- **Daniel Marceli – enfance et psychopathologie – 1999.**
- **petot ; d' l'évaluation clinique en psy chopât hologie de l'enfant du nod, paris, 2005**
- **SCHOPLER, E, LASING, M,waters,L,t,raduitdel'américain par M ,D, de heptienne et G, van heecke, activités, d'enseignement pour enfant autistes, Masson, paris, 2001 .**
- **O. Mellekecke ; Journee, détude sur la pris en charge de l'enfant autiste, 30.01.2010.**
- **A.B.A- France.com**
- **Www. Autisme- society.org.**
- **Aussilloux -CH.Bagdadli-A,Gonnier. V : Revue des traitements psychopharmacologiques de l'autisme chez l'adulte et l'adolescent Encéphale 2002,28 : 248-54.**
- **AFSR (association française du syndrome de Rett Le syndrome de Rett, une maladie génétique Avril 2004.**

- **Baghdadli-, Darrou C, Aussilloux Ch. Durée des prises en charge d'enfants autistes et qualité de vie de leur parents Revue « Pratiques et organisation des soins » volume N39, 1, janv.-mars 2008.**
- **Bursztejn .C, A Gras Vincendon « La théorie de l'esprit » un modèle de développement de l'intersubjectivité. Revue Neuropsychiatrie enfance Adolescent 2001.49 :35 ;41.**
- **OULD TALEB M Bilans et perspectives de la prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents autistes au sein de l'hôpital de jour d'Alger 1997-2003 Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (Paris) 54(2006)248-256.**
- **OULD TALEB M Traitement de l'autisme de l'enfant et de l'adolescent mise en place d'un programme à Alger (2005/2008) Neuropsychiatrie Enfance Adolescence 58(2010)159-167.**
- **OULD TALEB M : Le spectre de l'autisme OPU 2009.**

الملاحق

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الصديقية
عيادة متعددة الخدمات بئر الجير

طب الأمراض النفسية للأطفال
وحدة مستشفى النهار

بروتوكول الملاحظة:

حالة الطفل أثناء الالتحاق بالمركز البيداغوجي	نعم	لا	أحيانا
1-هل يتعرف على المربية			
2-يلتحق بالمؤسسة وهو نظيف			
3-هل هو مضطرب عند رؤية المؤسسة			
النشاطات الحركية:			
4-هل هو منظم في حركاته			
5-حيوي			
6- مقبل			
7-يحافظ على توازنه			
8-يتعرف على مختلف أطراف جسمه			
9-يحافظ على نظافة جسمه			
10- هل لديه ترابط بصري حركي			
11- يجد ليونة في حركات يديه			
12- غير مستقر			
13- يحافظ على نظافة ثيابه			
النشاطات المعرفية:			
14- هل هو فضولي			
15- يفهم بسرعة			
16- يفضل الأشغال اليدوية			
17-يفضل الألعاب التركيبية			
18-هل يستوعب ما يقال له			
19- هل يركز في أعمله			
20- هل يستعمل اللغة اللفظية			

21- هل يستعمل لغة الإشارات			
22- هل لديه إكتسابات لسانية			
النشاطات الترويجية:			
23- يلعب بعدوانية			
24- يكسر اللعب			
25- يتعرف على اللعبة			
26- يقاسم مع الآخرين			
27- لا مبالي تجاه اللعبة			
28- هل يرتب ألعابه بعد الانتهاء من استخدامها			
29- هل يعرف أماكن ترتيبها			
30- هل يطلب مساعدة الغير في ترتيبها			
31- يحب اللعب مع أفراد فوجه			
32- يلعب في نظافة			
ساعات اللعب الحر:			
33- يحافظ على نظافة ثيابه وجسمه			
34- ينسحب في ركن لوحده			
35-مهتم بلعبة خاصة			
36- هل يستعمل العنف مع أصدقائه			
37- هل يفضل الألعاب الفردية			
النظافة والاستقلالية:			
النظافة			
38 -ينظف نفسه لوحده			
39 -يطلب المساعدة			
40 -يغسل يديه، أسنانه، وجهه بدون مساعدة			
41-هل يرفض الغسل			

التغذية:			
42- هل يتعرف على المائدة			
43- هل يجلس بشكل جيد حول المائدة			
44-هل يجلس بمساعدة المربية			
تناول الوجبة:			
45- يأكل مفتوح الفم			
46- يأكل بسرعة			
47- يأكل بمساعدة الغير			
48- يأكل بشراهة			
49- يفضل الأكل الصلب			
50- يفضل الأكل اللين			
51- يلعب أثناء الأكل			
52- يستعمل الملعقة			
53- هل يستعمل اليد اليسرى			
54- هل يستعمل اليد اليمنى			
55- يغادر الطاولة بسهولة.			
السلوكيات الوجدانية:			
56- يبرز حاجات كبيرة في العطف			
57- هل هو مرح			
58- هل هو حزين.			
التكيف داخل المركز:			
59- يتكيف بسهولة داخل المركز			
60- هل هو مضطر قبل مغادرة المركز			
61- يغادر المركز بسهولة.			

الترتيب	إسم الأستاذ المحكم	مكان عمله
1	أ.د.بقال إسما	جامعة وهران2
2	أ. د.موفق ساندرة	رئيس مصلحة الطب العقلي للطفل و المراهق بمستشفى الأمراض العقلية بوهران جامعة وهران1
3	د.فغول توفيق	رئيس مصلحة الطب العقلي بمستشفى الأمراض العقلية بوهران
4	أ.د.شارف جميلة	جامعة وهران2

i

قسم علوم التربية
ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية – ماستر
تخصص: التربية الخاصة
الرقم ١٧١ / ٢٠٢٤

إلى السيد (ة): مدير مستشفى الأمراض العقلية شيبي عبد المنعم

تحية طيبة:

في إطار تحضير مذكرة التخرج إنهاء الدراسة في ماستر تربية الخاصة ، فإن الطلبة مطالبون بتربصات ميدانية تتناسب مع موضوع مذكراتهم.

لهذا نرجوا منك السماح بقبول الطالب (ة): بوجالية زهرة

في مصلحتكم وذلك لتأدية تربص مدته: 3 أشهر

تحت إشراف الأستاذ (ة): د. بقال أسماء

تقبلوا سيدي فائق التحية والاحترام.

رئيس قسم علوم التربية

الدكتور فرحان . ن
مدير المصالح الصحية