



2 May 2019

REPUBLIC OF IRAQ MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION & SCIENTIFIC RESEARCH
MIDDLE TECHNICAL UNIVERSITY

Sponsored by the Ministry of Higher Education &
Scientific Research

Prof. Dr. Qusay Abdul Wahab Al Suhail

Under the Slogan

**CHILDREN OF AUTISM
ENERGIES , CREATIVITY , INVESTMENT**

The Middle Technical University
Technical Medical Institute of Baghdad
International Specialized Scientific Conference
on Autism Disorder

2 May 2019

Conference Proceeding

1440

Baghdad

2019



2 May 2019

ORGANIZED BY :



**Technical Medical
Institute of Baghdad**



**Al- Kut Technical
Institute**



**Baquba Technical
Institute**

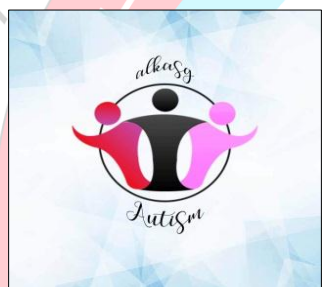
2 May 2019

SPONSORED BY:



2 May 2019

SPONSORED BY:



Prof. Dr. Majid Hamid Majeed

President of Middle Technical University (MTU)



Pleasure to welcome you all to the Specialized Scientific International Conference on Autism Disorder organized by Middle Technical University (MTU) / Medical Technology Institute / Baghdad.

Middle Technical University contain 16 Colleges and Institutes and awards certificates of Technical Diploma, Bachelor degree, Master degree and PhD degree in different technical specialization including Medical and Health.

The main goal of the University is to graduate and provide highly skilled middle Health cadres in the practical and applied fields of the different specializations to support both public and private sectors with the required technical staff. The scientific conference which held on 2-May-2019 is one of our approach which present the results of specialized scientific research in the field of Autism disorder . Wishing you all the success and I hope you find the conference professional rewarding.

Thank you

طاقات ، ابداع ، استثمار

2019 \ 5 \ 2

Prof. Dr. Lateef Essa Alwan
Chairman of the Organizing Committee

**Dean of Medical Technology Institute /
Baghdad**



On behalf of the organizing committee members I would like to welcome you all to the Specialized Scientific International Conference on Autism Disorder organized by Medical Technology Institute/ Baghdad / Middle Technical University (MTU). The organizing committee of the conference received around (33) research papers from different countries, only (32) of them were accepted. The submitted papers covered important topics the Autism which provides comprehensive, evidence - based information to assist educators, other professionals, and families in developing effective educational programming for students and anyone interested in autism spectrum disorders. All submitted papers were referees by anonymous referees in the fields of specialization. I would like to thank for all authors that had the confidence in the quality of our scientific conference and the high standards pertains. I would like to express my great appreciation to all members of editorial board for their scientific and technical help. Special thanks to all of the organizing , scientific committee and the sponsors for their efforts to organizing and succeeding this conference.

اطفال التوحّد
طاقات ، ابداع ، استثمار

2019 \ 5 \ 2

Thank you

Technical Medical Institute of Baghdad



The Institute of Medical Technology / Baghdad is one of the oldest institutes of the medical education within the ministry of higher education & scientific research.

The institute was established in 1966 for the purpose of graduating a medical technical staff to cover the needs of hospital and primary health centers . the period of study at this is two years in addition to the summer training period , where the student acquire basic scientific knowledge and skills required in their specialties .At the end .. the student will be granted the technical diploma certificate In medical technology.

Departments of the Institute

1. Department of anesthesia Techniques.
2. Department of Radiology Techniques.
3. Radiotherapy Branch.
4. Department of Community Health Techniques.
5. Department of Dental Protection Techniques.
6. Department of Dental Industry Techniques.
7. Department of care Techniques for people with special needs.
8. Department of Physical Therapy Techniques.
9. Medical Rehabilitation Branch.
10. Department of Nursing Techniques.
11. Midwifery and Obstetrics Branch.
12. First Aid Branch.
13. Department of Health Nutrition Techniques.

Baquba Technical Institute



The Technical Institute was established in 1988. The Institute has ten scientific departments: the Department of Electrical Technology, the Department of Mechanical Technology, the Department of Mechanical Technology, and the Department of Techniques of Analytical Analysis, the Department of Community Health Technology, and the Department of Techniques of Nursing, Accounting, and Systems Technology Department). The Institute seeks to provide high technical education that makes the target of the education process more efficient and distinctive through the development of technical abilities, critical thinking skills, social and personal skills and work values in a constantly changing environment.

Departments of the Institute

1. Department of Systems.
2. Department of Pathological Analyzes.
3. Department of Administrative Techniques.
4. Department of Nursing.
5. Electricity department.
6. Department of Accounting.
7. Survey Section.
8. Department of Machinery and Equipment.
9. Department of Mechanics.
10. Department of Community Health.

Al-Kut Technical Institute



The Technical Institute of Kut is one of the formations of the Central Technical University / Baghdad. It was established in 1980 and is located on the road between Al-Kut and Nasiriyah. The Institute includes medical , technological and administrative specialties and ten technical departments with laboratories and workshops in addition to the people and units supporting the educational process and training for students. The duration of study at the Institute is two calendar years after the preparatory course and the graduate student is awarded the diploma of technical diploma. The Institute is open to society and believes in and implements the principle of producing university. It provides engineering examination services for construction and electrical materials, engineering consultancy, design, environmental impact reports.

Departments of the Institute

1. Department of Pathological Analyzes.
2. Department of Community Health.
3. Department of Surveying Techniques.
4. Department of Civil Techniques.
5. Department of power Mechanics (Branch cars).
6. Department of Mechanical Technology (Production Branch).
7. Department of Water Resources Technologies (Irrigation and Wastewater Branch).
8. Department of Electrical Techniques (Branch Powers).
9. Department of Accounting.
10. Department Materials Management.

2 May 2019

Organizing Committee

Prof. Dr. Lateef Essa Alwan	Chairman
Prof. Dr. Mahdi Farhan	Member
Assist Prof. Dr. Wadhah Amer	Member
Assist Prof. Dr. Mamdouh Abdul-Razaq	Member
Assist. Prof. Dr. Qusay Mousa Jaffar	Member
Prof. Dr. Sahar Adnan Shehap	Member
Assist. Prof. Dr. Dawwod Salman Mahdi	Member
Assist Prof. Dr. Munther Sameen Shukur	Member
Lect. Dr. Abbas Atiya Hammoudi	Member
Lect. Dr. Kawther Salman Dawwod	Member
Lect. Atica Fakhri	Member
Assist Prof. Dr. Muntaha Abdul Kareem	Member & Schedule

Scientific Committee

Conference
Secretariat

Prof. Dr. Fareed Mejeed Abd	Chairman
Prof. Dr. Abdul Salam Neema	Member
Prof. Dr. Dawood Salman Dawood	Member
Assist Prof. Dr. Abdul Kareem Hamza	Member
Assist. Prof. Dr. Hayder Majed	Member
Dr. Khaldoon Hameed	Member
Lect. Dr. Maha Taha Edrees	Member
Assist Prof. Dr. Hanaa Adel Omar	Member & Schedule

Conference Topics

- ✓ Medical Axis
- ✓ Psychological Axis
- ✓ Social Axis
- ✓ Educational Axis

The Location Conference

The conference will be held in Salah Aldin Hall at the Palestine Hotel

Conference Correspondence

Please visit Website: www.imt.edu.iq
Email to: Conference@imt.edu.iq
Tel: 077018026148

Work Shop

lecturer	Title
Dr. Munther Semin Shukur Mr. Ayoub Hikma Khudair Mr. Firas Hussain Shalash Ms. Rana Abdul Amir Ahmed Jouda Si	Screening of autistic patients in collaboration with the Office of Good Outlook



The Major Conditions for Publishing :

1. The research should not be published in any journal or contributed in any conference .
2. The research must not be submitted to any other journal .
3. The research should not be exceed 15 pages for health & medicine , Engineering , and Agricultural and 20 pages for Administration and applied arts , specialization .
4. The research should consist of the following items :
Title of the research , name(s) of the researcher(s) their scientific title . place of work for each one, the abstract , introduction ,materials and methods , results and discussion, conclusion, reference .
5. The title of English research should be written in English only as for the Arabic written research should be in English & Arabic .
6. The research must include an abstract in Arabic and English , not to exceed 200 words.
7. The research should be submitted printed in *Microsoft word* program.as for the English papers it should be (time new roman) font ;(14) for the main title the name of the research his scientific title his place of work should be written in (12) the same front for the text and sub-title in the text font (10) for the comment in the relevant page and the title of the table and figures fount (8) for table comments when it exist the .the paper should be written on one side of the page leaving one empty line between each subject and another empty line between paragraphs .
8. The charts figures and diagrams should be inserted according to their mentioning in the text and to be figured consequently . the title and the explanation notes should be written underneath .
9. The tables to be inserted within the texts with their title above the table and the explanation notes underneath and to be numbered respectively .
10. The references should be referred to by numbers within the text and should be written between two square brackets [] any information about the author should not be mentioned within the text .
11. A space Of 2.5 must be left on the four sides the paper .
12. The references should be written at the end of the research with respect in the text.
13. The references must be put in order as in the following :

a- Reference from the Scientific Journal :

Name of the researcher (s) title of the research between two comma " "
title of the journal in italic the volume the issue no. the page , the year , as
in the example below :

Galton A."Logic as a formal Method" computer Journal
Vol.35,No.2,pp.431-440,1992.

b- References from the Scientific Conferences :

Name of the researcher(s) title of research title of the conference (italic)
, place of convention , page , the year as in the example :

Downy A. ,"Predicting Queue Time On Space Sharing Computers "
,Proceeding of the 11th International parallel proceeding symposium ,
Geneva , Switzerland , app .208-218,1997.

c- References from the Book :

Name of the author (s) . title of the book (italic) publisher place of
publish the years as in the following example :

Hogger C. ,Essentials of logic programing ,Clarendon Press , Oxford , 1990

d- References from an MSC and PHD thesis :

Name of the researcher title of the thesis in (italic) name of the collage or
university , country , the year: Ali M.A. , Effect of foam sulfur on
Nutrients Uptake by Cucumber , PHD, Dissertation Soil Sci., Dep. ,
Agriculture collage University of Baghdad, raq,2004.

14. The researches must be submitted in three copies and loaded on a (CD) Rom according to the requirements referred to earlier .
15. The researcher must be given 50,000 ID in the case of approval for publishing of the research .
16. Each researcher would be given one copy of the issued periodical when the paper is published in.
17. The original copy of the research would not be returned wither published or not.

**The papers
Accepted for
publication in
the Proceedings
of the Conference**

اطفال التوحد

أبحاث، أدباء، أسئلة

2019 \ 5 \ 2

2 May 2019

NO.	1
Title	Correlation between immunoglobulin G and behavioral impairment among Iraqi Autistic Children.
Author(s)	Assist. Prof. Dr. Hanaa N. Abdullah , Nibras Khudhur Abbas College of Health and Medical Technology-Baghdad; Middle Technical University

Abstract:

Autism spectrum disorders are developmental disorders characterized by impairments in social and communication abilities and repetitive behaviors. The present study was conducted to evaluate whether immunoglobulin G levels are related to several behavioral impairments among Iraqi autistic children. Serum IgG concentration was measured in the current study as one of the humoral parameters. The results revealed that serum IgG levels was highly significantly reduced ($p \leq 0.05$) in autistic children as compared with the healthy control group (616.72 ± 32.97 ; 1132.55 ± 68.71 , respectively). The personality of autistic and nonautistic children was 74% quite and 26% hostile with significant difference ($P < 0.05$). The severity of the disease ranged from moderate to severe. The majority of autism cases % were moderate (86%), while (14%) of cases were severe with a highly significant difference between the studied groups ($p \leq 0.05$). Results also showed that (72%) of autistic children had difficulty in speaking and (28%) were normal, and (96%) of autistic patients suffered from slow ability to learning, while (4%) of them were normal with a highly significant difference ($p < 0.05$). Positive correlation appeared between IgG levels and personality ($p = 0.044$); IgG and language ($p = 0.000$); IgG and learning ($p = 0.000$); IgG and severity ($p = 0.982$). Reduced levels of plasma IgG in autistic patients suggested a defect in the immune system function. This reduction in IgG levels is correlated with the behavioral impairment of those patients.

Introduction:

Autism is described by impaired functioning on three behavior domains: qualitative impairments in social interaction, qualitative impairments in communication and the occurrence of stereotyped behaviors or restricted interests [1]. Autism is distinguished by a pattern of symptoms rather than one single symptom. The main characteristics are impairments in social interaction and communication, restricted interests and repetitive behavior. Other aspects, such as atypical eating habits are also common but not essential for diagnosis [2]. Individuals with autism have four core features: (i) impairments in reciprocal social interactions, (ii) an abnormal development in the use of language, (iii) repetitive and ritualized behaviors, and (iv) a narrow range of interests [3]. Childhood autism presents with specific characteristics that are recorded

2 May 2019

as the expressed symptomatology of the disorder. The immune system is one such network that has been shown to be very important during neurodevelopment as well as in adult brain homeostasis and perturbations of which have been linked to autism. These include differences in immune cell numbers, differences in immune cell phenotype, the presence of autoantibodies, altered cytokine profiles, immune pathology in the gut, altered levels of complement proteins and altered levels of immunoglobulins [4]. The immunoglobulins are also reported to be imbalanced in the serum of *Autism Spectrum Disorder* (ASD) children. Total serum protein was significantly increased in autistic patients referring to increased albumin and gamma globulin, as well as increased serum IgG, IgG2 and IgG4 that was attributed to possibly an underlying autoimmune disorder and/or increased vulnerability to infections [5]. A number of other immune abnormalities have also been reported in ASD [6]. The present study was conducted to evaluate whether immunoglobulin G levels (increase or decrease) were related to several behavioral impairments among Iraqi autistic children.

Material and Methods:

Samples Collection

In this study, blood samples were collected from 50 autistic children (36 males and 14 females, Mean \pm S.D.: 7.80 ± 2.34 years: range 2-10 years) and 25 non-autistic (healthy group) (21 males and 4 females, Mean \pm S.D.: 8.46 ± 2.11 years: range 3-10 years) during the period from December 2015 to February 2016 in Al-Malak Al-Sagheer center, Al-Safa center and Al-Rajaa center for autism care. A total of 3 ml venous blood was aspirated from each individual. Serum samples were collected in eppendorf tubes and kept frozen at -20°C until laboratory assessments. Behavioral impairments were collected by documented data from many centers specialized in autism.

Estimation of IgG concentration by using Single Radial Immunodiffusion test

Single radial immunodiffusion test was used to determine the quantitative levels of antigens where the agar contained an appropriate antiserum. When antigens and corresponding antibodies are allowed to react in gel, they diffused towards each another, and at the point in which they met in an optimal proportion, they formed a visible precipitate (Mancini *et al.*, 1965). The ring diameter was measured by an ocular and the concentration was obtained from the reference standard curve. The normal value of IgG: 700-1600 mg/dl.

Results:

Serum IgG concentration was measured in the current study as one of the humoral parameters of immunity. The results revealed that the autistic children had highly significant reduced levels of serum IgG (616.72 ± 32.97) when compared with the healthy control group (1132.55 ± 68.71) ($p \leq 0.05$) as shown in (table 1).

Table (1): Immunoglobulin G and behavior impairments distribution of the studied groups.

Parameters	Autistic patients	Control group
IgG mg/dl	616.7±32.9	1132.5± 68.7
Personality		
Quiet	74%	96%
Hostile	26%	4%
Severity of disease		
Normal	0%	100%
Moderate	86%	0%
Severe	14%	0%
Ability to speaking		
Normal	28%	100%
Difficult	72%	0%
Ability to learning		
Normal	4%	100%
Slow	96%	0%

Present data showed that (74%) of autistic children were quite and (26%) were hostile (Table 1). There was a significant difference ($P<0.05$) between autistic children and the healthy control group. In addition, in the current study, significant differences were observed in the nature of the personality of autistic children in comparison with the healthy controls. While the strength of the disease ranged from moderate to severe. The majority of autism cases were moderate (86%), while (14%) of them were severe. These results indicated a highly significant difference between the studied groups ($p\leq 0.05$).

Data in this study revealed that (72%) of autistic children had difficulty speaking and (28%) were normal. The results also demonstrated a highly significant difference ($p<0.05$) in ability to learning between the studied groups as autistic patients showed (96%) slow ability to learning and (4%) of them were normal as shown in table(1).

2 May 2019

Correlations between IgG and behavior impairments

In autistic patients, positive correlation was found between IgG levels and language ($r=0.924^{**}$, $p=0.000$), IgG and learning ($r=0.506^{**}$, $p=0.000$) with highly significant differences, but the correlation between IgG and severity was ($r=0.003$, $p=0.982$) with a non-significant difference (table 2).

Table (2): The correlation between IgG and autistic behavior impairments

		Personality	Language	learning	Severity
IgG	Pearson Correlation	.286*	.924**	.506**	.003
	Sig. (2-tailed)	.044	.000	.000	.982
	Number	50	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Discussion:

In the current study, the results showed a highly significant reduction in the concentration of IgG in autistic patients and these findings agree with Gupta *et al.* [7], Ashwood *et al.* [8] Heuer *et al.* [9] and Abd-Elaziz and Alm-Eldin [10] while other studies reported by Croonenberghs *et al.* [12] and Trajkovski *et al.* [13] showed an increase in IgG levels.

Reduction of IgG may reflect the changes in several aspects of the immune system of autistic patients including cell numbers, the presence of auto-Abs, changes in cytokine, and altered levels of component protein and level of immunoglobulin [13].

Several studies suggest one of the important factors to consider with immunoglobulin concentration is age. Immunoglobulin levels do not reach adult levels until years of age (IgM), for IgG (6-8) years and 10 years (IgA) [14] [15]. In addition, The reduced immunoglobulin levels are also correlated with behavior, as such autistic individuals with the most severe behavioral symptom scores had the lowest IgG and IgM levels [1]. While the relationship between reduced total IgG and behavior is unclear, it is possible that a defect in a shared signaling pathway leads to both altered neurodevelopment and immune function [16].

The contradictory differences in result might be due to lack of coherence in the samples and controls that were studied and might be due to small specimen size and variation in the type of healthy control group effect on these results. On the other hand, the difference in results of immunological methods and techniques would also have the strength to variability between studies.

In the current study, significant differences were observed in the nature of personality between autistic children and the healthy control group. The causes of these differences in nature of personality as quiet and hostile are still unclear but genetic and environmental factors mostly effect on the personality of autistic children [17].

2 May 2019

Our study was in agreement with Herur (2008), who showed that the decrease in specific immunoglobulin levels is correlated with the behavioral severity, where those patients with the highest scores in the behavioral battery have the most decrease in levels of IgG [18].

Our study also found that (96%) of autistic children suffer from slow learning which remains with unexplained causes. Previous studies have shown that autistic children have difficulty with motor skills, which appears to be related to abnormalities in how the brain learns motor actions [18]. The brain is wired for not allowing them to rely on, as well as, typically children developing external visual cues to guide behavior. Patients with autism may have difficulty in learning and interact with other individual and interpret the nature of other people's actions [18].

In addition, the current study found a positive correlation between IgG and learning, language and severity this, and these finding agreed with Herur *et al.* who revealed that the reduction in plasma levels of the immunoglobulin IgG causes an increase in the severity of behavioral symptoms in children with autism [9].

Therefore, these results suggest that the status of the humoral immune system may be reflective of the behavioral outcome. The relationship between autistic patients and humoral immune function may result in impaired health and contribute to symptoms of autism. Additional studies are needed to explore this potential link in the future.

Conclusion:

Reduced levels of plasma IgG in autistic patients suggested a defect in the immune system function and this reduction in IgG levels is correlated with the behavioral impairment of those patients.

References:

1. Muhong, C.; Hanting, W.; Lichi, C.; TungPing, Su.; Yamei, B. *et al.* (2015). Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric co morbidities: A nationwide study., *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders.*, 10:1-6.
2. Amin, Z.; Epperson, CN.; Constable, RT.; and Canli, T. (2006) Effects of estrogen variation on neural correlates of emotional response inhibition. *Neuroimage.* 32:457–464.
3. Halboot, K. M. (2014). Profile of some cytokine in a sample of autistic children. MSc Thesis. College of Science, University of Baghdad.
4. Newbury, D.; Paracchini, S.; Scerri, T.; Winchester, L.; Addis, L. *et al.* (2011). Investigation of Dyslexia and SLI Risk Variants in Reading- and Language-Impaired Subjects. *Behavior Genetics.* 41(1):90–104.
5. Peñagarikano, O.; and Geschwind, D. H. (2012). What does CNTNAP2 reveal about Autism Spectrum Disorder? *Trends in Molecular Medicine*, 18(3): 156–163.

2 May 2019

6. Marques-Deak, A.; Cizza, G.; and Sternberg, E. (2005). Brain-immune interactions and disease susceptibility. *Mol. Psychiatry.*, 10:239–250.
7. Gupta, S.; Aggarwal, S.; and Heads, C. (1996). Dysregulated immune system in children with autism: beneficial effects of intravenous immune globulin on autistic characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*, 26:439–452.
8. Ashwood, P.; Anthony, A.; and Pellicer, A. (2003). Torrente F, Walker-Smith JA, Wakefield AJ. Intestinal lymphocyte populations in children with regressive autism: evidence for extensive mucosal immunopathology. *Journal of Clinical Immunology.*, 23:504–517.
9. Heuer, L.; Ashwood, P.; Schauer, J.; Goines, P.; Krakowiak, P. *et al.* (2008). Reduced Levels of Immunoglobulin in Children With Autism Correlates With Behavioral Symptoms. *Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research*, 1(5):275–283.
10. Enstrom, A.; Lit, L.; Onore, C.; Gregg, J.; Hansen, R. *et al.* (2009). Altered gene expression and function of peripheral blood natural killer cells in children with autism. *Brain Behav Immun.*, 23:124-133.
11. Vojdani, A.; Campbell, A.; Anyanwu, E.; Kashanian, A.; Bock, K.; and Vojdani, E. (2002). Antibodies to neuron-specific antigens in children with autism: possible cross-reaction with encephalitogenic proteins from milk, *Chlamydia pneumoniae* and *Streptococcus* group A. *J Neuroimmunol.*, 129(1):168-177.
12. Shin, D.; Kim, I.; Lee, J.; Shin, S.; Lee, J. *et al.* (2014). The hidden switches underlying ROR α -mediated circuits that critically regulate uncontrolled cell proliferation. *J Mol Cell Biol.*, 6:338–348.
13. Angelidou, A.; Asadi, S.; Alysandratos, K.; Karagkouni, A.; and Theoharides, T. (2012). Perinatal stress, brain inflammation, and risk of autism-review and proposal. *BMC Pediatr.*, 12:89.
14. Shaw, C.; Sheth, S.; Li, D.; and Tomljenovic, L. (2014). Etiology of autism spectrum disorders: Genes, environment, or both? *OA Autism*. 10(2):11.
15. Enstrom, A.; Krakowiak, P.; Onore, C.; Pessah, I.; Hertz-Picciotto, I. *et al.* (2009). Increased IgG4 levels in children with autism disorder. *Behavior, and Immunity.*, 23(3): 389–395.
16. Perricone, R.; Perricone, C.; De Carolis, C.; and Shoenfeld, Y. (2008). NK cells in autoimmunity: a two-edged weapon of the immune system. *Autoimmun Rev.*, 7(5):384–90.
17. Schroeder, H.; and Cavacini, L. (2010). Structure and Function of Immunoglobulins. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(2), S41–S52.
18. Jonnalagadda, M.; Mardiros, A.; Urak, R.; Wang, X.; Hoffman, L. *et al.* (2015), Chimeric Antigen Receptors With Mutated IgG4 Fc Spacer Avoid Fc Receptor Binding and Improve T Cell Persistence and Antitumor Efficacy Mahesh Jonnalagadda, *Mol Ther.* 23(4): 757–768.

2 May 2019

NO.	2
Title	فاعلية اسلوب الارشاد باللعب للأمهات في خفض المصاداة لدى ابنائهن الذاتويين.
Author(s)	أ.د. نادية شعبان مصطفى ^(١) ، السيدة احلام دانيال يوخنا ^(٢) ^(١) الجامعة المستنصرية / كلية التربية / الارشاد النفسي والتوجيه التربوي ، ^(٢) كاريتاس / مدير برنامج دمج الاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع / الارشاد النفسي والتوجيه التربوي

Abstract:

Echolalia is a term that refers to the disorder occurring in the communication process, it is a prevalent trait in autistic children where they display a repetition of certain sentences or words that may have no meaning, after they heard these sentences or words from people, family , television, radio, recorders, etc. Lovas (1981) states that echolalia causes great difficulties in the development of skills for spontaneous generation or production of a language. Prizant, (1983) also points out that echolalia is one of the most familiar language disorders among autistic children, where (75%) of them suffer from echolalia .

The present research aims at constructing and applying a program depending on the style (counseling by playing) for mothers and helping them to reduce echolalia of their autistic children in addition to know the effectiveness of this program. This program is confined to mothers and autistic children, where they are (8) children, their age ranges from (4-7) years who are registered in the rehabilitation family center that belongs to (Caritas) in Baghdad governorate in 2016/2017. However, the results of the null hypotheses and the alternative hypotheses show the effectiveness of the program for the mothers which rests on the (playing) style depending on Piaget theory on playing in reducing the rate of echolalia of their children. Thus, these results are in accordance with Piaget visions (Piaget, 1962) in playing which assert the role of playing in the child representation of the experience and its entrance in the child mind schemas about the world around him, an experience which prepares a child to adaptation with the around world.

مستخلص البحث:

المصاداة او الايكولاليا "Echolalia" مصطلح يطلق على الاضطراب الحاصل في عملية التواصل وهي سمة شائعة لدى الأطفال الذاتويين حيث يظهرون تكرارا قد لا يكون له معنى لجمل او كلمات معينة بعد سماعهم هذه الكلمات من الأشخاص أو الأهل أو التلفزيون أو المذياع أو أجهزة التسجيل ويشير لوفاس ١٩٨١ إلى ان المصاداة عادة تسبب صعوبة كبيرة في تطوير مهارات التوليد او الانتاج العفوي للغة، كما أشار بريزانت

2 May 2019

(Prizant,1983) أن المصاداة من اكثر الاضطرابات اللغوية شيوعا لدى الأطفال الذاتيين، وتصيب حوالي ٧٥% منهم.

ويهدف البحث الحالي إلى بناء وتطبيق برنامج قائم على اسلوب الارشاد باللعب للأمهات ومساعدتهن لخفض المصاداة عند أطفالهن الذاتيين والتعرف على فاعليته. حيث يتحدد البحث بالأمهات وأطفالهن الذاتيين البالغ عددهم (٨) ويعمر (٤-٧) سنة المسجلين في مركز التأهيل الأسري التابع إلى اخوية المحبة (كاريتاس) في محافظة بغداد للعام (٢٠١٦ / ٢٠١٧). وقد اظهرت نتائج الفرضيات الصفرية والبديلة فاعلية البرنامج الارشادي للأمهات القائم على اسلوب اللعب والمستند على نظرية بياجيه في اللعب بخفض نسبة المصاداة لدى ابناءهن وهي بذلك جاءت متوافقة مع رؤى بياجيه (Piaget 1962) في اللعب والذي يؤكد دور اللعب في تمثل الطفل للخبرة ودخولها في خطته العقلية العامة عن العالم المحيط به، وهي الخبرة التي يتهيأ بها الطفل للتوافق مع العالم المحيط .

الفصل الاول: التعريف بالبحث

مشكلة البحث Problem of The Research

المصاداة او الايكولاليا "Echolalia" مصطلح يطلق على الاضطراب الحاصل في عملية التواصل وهي سمة شائعة لدى الأطفال الذاتيين حيث يظهرون تكرارا قد لا يكون له معنى لجمل او كلمات معينة بعد سماعهم هذه الكلمات من الأشخاص أو الأهل أو التلفزيون أو المذياع أو أجهزة التسجيل وغيرها.

ويشير لوفاس ١٩٨١ إلى ان المصاداة عادة تسبب صعوبة كبيرة في تطوير مهارات التوليد او الانتاج العفوي للغة كما أشار بريزانت (Prizant,1983) أن المصاداة من اكثر الاضطرابات اللغوية شيوعا لدى الأطفال الذاتيين، وتصيب حوالي ٧٥% منهم. حيث يُظهر الطفل الذاتي الذين يعانون من المصاداة مشكلات تؤثر سلبا على نموه النفسي والعقلي والاجتماعي تجعل الوالدين عاجزين عن فهم تصرفاته وقد يدفعهما عدم فهمهما إلى تصرفات خاطئة في تعاملهما معه، فكلاهما لم يجد من يرشدهما لعبور صدمتهما وثانياً للتعرف على عالم طفلهما الذاتي من الناحية العلمية، وايضا ليؤهلهما على تطوير تواصلهما معه ليتمكننا لاحقا من دمجهم في المجتمع والمناداة بكامل حقوقه. بقائهما دون مساندة ودعم يشعرهما وخاصة الام بالعجز والشعور بالذنب والحيرة فتطفو مظاهر التضرر والتفكك الاسري مثل ابتعاد الاب عن المنزل وإنشغاله، وضعف العلاقات الحميمة بين الزوجين، عدم تقبل ورفض الاخوة لواقع اخاهم الذاتي ومن ثم نمو مشاعر الغيرة منه كونه محور اهتمام العائلة او نمو مشاعر الحقد والكره اتجاهه لانهم يعتقدون انه السبب في انحراف مجرى حياتهم عن الطبيعي وانسحاب العائلة من معظم الانشطة الاجتماعية خجلا من سلوكيات الطفل الذاتي من ناحية ومن ناحية اخرى عدم وجود ثقافة مجتمعية ايجابية تجاه الاعاقة عامة وتجاه الذاتية بشكل خاص وقد يكون ضعف الاجراءات التربوية والمنهجية والعلمية الحكومية وغير الحكومية احد الاسباب التي تسهم في تقاوم ازمة الطفل الذاتي وضياح مستقبله وتركه عالة على المجتمع وترك اسرته في تخبط وحيرة من امرهم وخوف من المستقبل المجهول الذي ينتظره حاملين فوق اكتافهم معاناة والم لا يعلم بها الا الله مستترفين اموالهم ما بين اطباء ذوي خبرة محدودة في هذا المجال ومعاهد تخطو خطواتها الاولى باتجاه العلمية والمنهجية للدخول الى عالم الطفل الذاتي الذي يعتبره الكثيرون وفي مقدمتهم المختصين بهذا الشأن لغزا محيرا.

2 May 2019

وكون الباحثان من مجال التربية الخاصة وان مشكلة المصاداة للطفل الذاتوي لم يتم دراستها سابقا على (حد علم الباحثان) في البيئة العراقية لذلك ارتأت الباحثان ان يكون محور بحثهما قائم على التساؤل التالي:

هل نستطيع من خلال بناء وتطبيق برنامج للأهيات قائم على اسلوب الارشاد باللعب بمساعدتهن في خفض المصاداة عند اطفالهن الذاتويين ومدى فاعلية ذلك البرنامج.

أهمية البحث :Importance of The Research

ان ارشاد الأطفال يعني مساعدتهم على ان يصبحوا كل ما يمكنهم ان يصبحوا عليه في مستقبل حياتهم، (هيرون وآخرون، ٢٠١٣: ١٧) ويرى علماء النفس أن اللعب يمثل أرقى وسائل التعبير في حياة الأطفال. فاللعب وسيلة تعلم فعالة تنمي كافة المهارات الحسية والحركية والاجتماعية واللغوية والمعرفية والانفعالية وحتى القدرات الابتكارية فهو عمل ممتع ونشاط مثمر واعداد فعال للحياة المستقبلية، واستخدام طبيعي وحقيقي للغة، في اثائه يلون الطفل صوته، وينغم كلماته، ويبني جملة، ويعبر عن افكاره ويقلد انماط لغوية لأخرين ذوي ادوار اجتماعية ومهنية بما يعكس حالات وانفعالات. (فضل الله، ٢٠٠٥: ١١)، كما ان هناك اتفاقا بين معظم الباحثين في مجال التربية الخاصة امثال بيجرك وآخرون (Bjorck et al , 1995) و بيل واولو (Bille and Olow, 1992) وسمرز وآخرون (Summers,et al) على اهمية المشاركة الوالدية في البرامج المقدمة لاطفالهم ذوي الحاجات الخاصة فهذه البرامج لا تكتمل فعاليتها الا بمشاركتهم الفاعلة ، حيث اكد دوسون (Dawson,et al, 1990) في دراسته " تقييم استخدام الامهات العاب التقليد لتسهيل التفاعل الاجتماعي ولعب الأطفال التوحديين " اهمية اللعب في اطالة فترات النظر في وجوه الامهات وزيادة مدة الانتباه لدى ١٥ طفل ذاتوي (خطاب وآخرون، ٢٠٠٨: ١٠٢)، اما دراسة ابو السعود ٢٠٠٢ المعنونه " فعالية استخدام برنامج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الاطفال الذاتويين وابائهم " فقد تناولت في دراستها ثمانية اطفال ذاتويين وامهاتهم وثمانية من اباء الاطفال الذاتويين وذلك للتدريب على برنامج علاجي معرفي سلوكي لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل الذاتوي والوالدين، وقد اظهرت نتائج الدراسة تنمية التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية (عودة، ٢٠١٥: ١١٦). ومن اعلاه تبدو اهمية البحث في ان اللعب هو أفضل طريقة لتنمية التواصل وإقامة علاقة ارشادية بين المسترشد و المرشد، فسيشعر أنه مقبول كما هو فيطمئن، مما يرفع الشعور بالثقة في النفس، من ثم تكون هذه العلاقة هي بداية طريق التواصل بينه وبين البيئة الخارجية، كما ان الألعاب لا تشكل عاملاً مهدداً لاختراق عالم الطفل الذاتوي. وبذلك فان اللعب يلعب دورا كبيرا ومحوريا في النمو اللغوي وفي اكساب الطفل مهارات الاتصال اللغوي (صوالحة، ٢٠١٥: ١٤٠).

هدف البحث :Aim of The Research

يهدف البحث الحالي إلى بناء وتطبيق برنامج قائم على اسلوب الارشاد باللعب للأهيات ومساعدتهن لخفض المصاداة عند اطفالهن الذاتويين والتعرف على فاعليته، وسيتم تحقيق الهدف من خلال الفرضيات الاتية:

2 May 2019

فرضيات البحث :

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل لأطفال المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل لأطفال المجموعة الضابطة على المقياس قبل تطبيق البرنامج في خفض المصاداة عندهم.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل لأطفال المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل لأطفال المجموعة الضابطة على المقياس بعد تطبيق البرنامج في خفض المصاداة عندهم.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل القبلي لأطفال المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل البعدي لذات المجموعة بعد تطبيق البرنامج في خفض المصاداة عندهم.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل البعدي لأطفال المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات مقياس تطور التواصل المؤجل (المتبقي) لذات المجموعة في خفض المصاداة عندهم بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

حدود البحث :Lunation of The Research

يتحدد البحث بالأمهات وأطفالهن الذاتيين البالغ عددهم (٨) ويعمر (٤-٧) سنة المسجلين في مركز التأهيل الأسري التابع إلى أخوية المحبة (كاريتاس) في محافظة بغداد للعام (٢٠١٦ / ٢٠١٧) .

تحديد المصطلحات Definition of The Terms

اولا: تعريف اللعب Playing

- يعرف بياجيه (Piaget 1962) اللعب :
أنه عملية تعمل على تحويل المعطيات الواردة من الخارج لتلائم حاجات الطفل ورغباته، وتصبح جزءاً من خبرته كما يعتبر اللعب مظهراً من مظاهر النمو الاجتماعي والتطور العقلي واللغوي (Piaget, 1962:87).

ثانيا: تعريف الإرشاد باللعب Counseling with playing

- تعرف الجمعية الأمريكية للإرشاد باللعب :
بأنه الاستخدام المنظم لنموذج نظري يساعد على تأسيس علاقة شخصية يقوم فيها المرشد باستخدام القوة العلاجية للعب لمساعدة المسترشدين على الوقاية أو حل بعض الصعوبات النفسية والاجتماعية وتحقيق نمو وتطور مثالي (Association for play therapy, 2001).

التعريف النظري للإرشاد باللعب:

أنه الاستخدام المنظم لنموذج نظري المتمثل بنظرية بياجيه وهو عملية تعمل على تحويل المعطيات الواردة من الخارج لتلائم حاجات الطفل ورغباته، وتصبح جزءاً من خبرته فهو مظهر من مظاهر النمو الاجتماعي والتطور

2 May 2019

العقلي واللغوي عند الطفل، يساعد على تأسيس علاقة شخصية يقوم فيها المرشد باستخدام القوة العلاجية للعب لمساعدة المسترشدين على الوقاية أو حل بعض الصعوبات النفسية والاجتماعية وتحقيق نمو وتطور مثالي.

التعريف الاجرائي للإرشاد باللعب:

هو مجموعة من الالعاب والانشطة والخبرات الإرشادية تقدم إلى الأطفال الذاتيين في مركز التأهيل الأسري - أخوية المحبة (كاريتاس) عن طريق الأم وبإشراف الباحثان من أجل خفض المصاداة - تكرار الكلام كاللبغاء - للأطفال بهدف تطوير لغتهم بما يمكنهم من التواصل والتفاعل الناجح .

الثالث: تعريف المصاداة Echolalia

عرف Prizant (١٩٩٧) المصاداة : أنها تكرار معلومات لفظية ذكرت من قبل الآخرين، وقد تكون المصاداة فورية او متأخرة وهي الشكل الأكثر شيوعاً من السلوكيات اللفظية غير التقليدية للذاتيين (Stokes, 2016, 3). وقد تبنت الباحثتان تعريف Prizant كتعريف نظري في البحث الحالي.

التعريف الاجرائي للمصاداة:

انها تكرار لكلام الآخرين مباشرة او بعد حين من مجموعة الأطفال الذاتيين المسجلين في مركز التأهيل الأسري - أخوية المحبة (كاريتاس) .

رابعاً: تعريف الابناء الذاتيين Children with Autism spectrum disorder

عرف الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس (DSM-5: 2013) الذاتيين: هم أولئك الذين يعانون من قصور أو عجز يظهر في مجالين نمائيين وهي التفاعل والتواصل الاجتماعي، وجملية الانماط السلوكية والاهتمامات والانشطة المحدودة والمتكررة التي تحد أو تعيق ممارسة الانشطة اليومية تظهر في المرحلة المبكرة من عمر الطفل (DSM-5, 2013: 91).

التعريف الاجرائي للأطفال الذاتيين:

مجموعة الأطفال الذاتيين المسجلين في مركز التأهيل الأسري - أخوية المحبة (كاريتاس) والذين تم تشخيصهم بالذاتوية بواسطة مقياس جيليام ونبغى بتطبيق البرنامج عليهم من خلال أمهاتهم خفض المصاداة عندهم.

الفصل الثاني: اطار نظري ودراسات سابقة

طيف الذاتوية (Autism spectrum disorder (ASD

أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس المعدل (DSM-5-2013) بأن طيف الذاتوية (ASD) "اضطراب نمائي واسع الانتشار يتسم بالقصور او العجز في ناحيتين، التواصل والتفاعل الاجتماعي، فضلاً عن الصعوبات في الانماط السلوكية والاهتمامات والانشطة النمطية، إذ يحدث في المرحلة المبكرة من عمر الطفل (الحمادي، ٢٠١٥: ٧٥-٧٨). كما انه أحد الفئات التي تتدرج تحت مظلة التربية الخاصة المهمة بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، والتي تهتم بتقديم مجموعة من البرامج التربوية التي

2 May 2019

تعمل على تنمية قدراتهم، وتحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف الى اقصى حد ممكن (الروسان، ٢٠١٣: ١٤). ان عملية تربية ورعاية الأطفال الذاتويين تتميز بصعوبات كثيرة، لأنها تطمح إلى تجسيد أهداف ذات طابع إنساني، وأجتماعي، وتربوي تتطلب توجيه وإرشاد الوالدين مبكرا لهذه الصعوبات خاصة ان الأطفال الذاتويين يتم تشخيصهم قبل سن الثامنة كما ورد في DSM-5 (الحمادي، ٢٠١٥: ٧٦) وكذلك (الجلامدة، ٢٠١٦: ١٧٦). ان اهتمام العلماء الزائد في اليات تشخيص اضطراب الذاتوي وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا بهدف إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها. وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي (DSM-5) تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف الذاتوية (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب الذاتوي (AD)، ومتلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome)، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأربع (Machado, 2013, Caye, Frick, & Rohde) كذلك أوردت اضطراب طيف الذاتوي ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorders) إلى جانب الاضطرابات العقلية، واضطرابات التواصل، وصعوبات التعلم المحددة، الاضطرابات الحركية، اضطرابات طيف الذاتوية، ضعف الانتباه وفرط الحركة.

خصائص الذاتوية:

أولاً: الخصائص الاجتماعية: أكد كانر (Kanner, 1943) بأن الخلل الوظيفي في التفاعل الاجتماعي والاستجابة غير العادية إلى البيئة علامات أساسية لاضطراب الذاتوية وقد أشار عودة ٢٠١٥ أن وينج (Wing, 1996) صنفت الأطفال الذاتويين الذين يعانون من اضطرابات في التفاعل الاجتماعي إلى أربع مجموعات:

١. مجموعة منعزلة (Passive Group): وهي مجموعة لا تبادر ولا تستجيب للتفاعل الاجتماعي.
٢. مجموعة سلبية غير مبالية (Aloof Group): وهي مجموعة تستجيب للتفاعل الاجتماعي ولكنها لا تبادر بالتفاعل ولا يبادرون بالاختلاط مع الآخرين.
٣. مجموعة تفاعلية ولكنها شاذة أو غريبة (Active Group): وهي مجموعة من الأطفال يبادرون بالتفاعل مع الآخرين لكن بطريقة شاذة وغير مناسبة.
٤. مجموعة متكلفة (Stilted Group): وهي مجموعة تبادر وتحافظ على الاتصال ولكنها تكون رسمية وجامدة (عودة، ٢٠١٥: ٨٠).

ثانياً: الخصائص المعرفية:

أشار الزريقات (٢٠١٠) عند الجلادة ان المعرفة تعود إلى المعلومات التي يمتلكها الطفل في مخزونه ويحدد أكثر، فإن المهارات المعرفية تشتمل على التفكير، والتذكر، والمجادلة السببية وحل المشكلات، والأطفال يستخدمون حواسهم (البصر والسمع والتذوق واللمس والشم) لفهم عالمهم. ويستجيبون لحاجاتهم بطرق متعددة. ومع نمو الطفل يصبح قادراً على تعلم ان الأشياء موجودة حتى عندما تكون خارج نطاق بصرهم، وبالتالي يصبح أكثر قدرة على فهم الأشياء المعقدة والسبب والنتيجة وكيف ان الأشياء والأفراد يرتبطون مع

2 May 2019

بعضهم البعض، ويُفسرون هذه الإدراكات والمعلومات السابقة لحل المشكلات اليومية. وبدون أدراكات دقيقة فان العالم يُصبح مشوها والتفكير معاقا، وهذا ما يعيشه الطفل الذاتوي (الجلامة، ٢٠١٦: ٦٥-٦٦).

ثالثا: الخصائص الحسية:

حواس الطفل الذاتوي سليمة ، لديه مشكلة في تفسير الاحساسات حيث ان الكثير من هذه الاحساسات يفسرها بشكل خاطئ (عبدالله، ٢٠١٣: ٤١). فالاضطرابات الحسية لدى الأطفال الذاتويين تكون الأكثر شيوعا اثناء مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع مرحلة الرشد (Baranek et al., 1997-A). وتتراوح هذه الاضطرابات الحسية ما بين (٥٣%) إلى (٩٥%) (Sztamari et al., 1977). وأشارت نتائج دراسة روجرز وآخرين (Rogers et al., 2003) إلى ان الأطفال الذاتويين البالغ عددهم (٨٧) طفلا بلغت اعمارهم (٣١) شهر لديهم قصور حسي كبير (مصطفى وآخرون، ٢٠١١: ٣٦) قد ينعكس ذلك في صورة حساسية مفرطة أو منخفضة عن المستوى الطبيعي للمثيرات الحسية. أوضح العالم روتر (Rutte, 1983) أن الطفل الذاتوي يعاني أساساً من عطل وظيفي في الدماغ يصعب عليه تكوين معانٍ واضحة في سماع سلاسل الأصوات المتتابعة وإن لهذا العطل نتيجة وخيمة بلا شك، فتخيل ماذا يحدث لهذا الطفل في عالم معظم ما يعرفه عنه ويتعلمه منه يأتي على شكل أصوات أو سلاسل صوتية، فكيف إذا عجز أن يستخرج معنا لهذه الأصوات (الجلبي، ٢٠٠٥ : ٢٩٧). وهذا يدفعه لاستجابات غير عادية للمثيرات السمعية فقد تكون حساسيته مفرطة للأصوات فتراه يغطي أذنه أو يغضب عندما يسمع صراخ عالي أو صوت المكينة الكهربائية، وقد يتجاهل الطفل الذاتوي الأصوات العالية فيبدو وكأنه أصم، في حين يستجيب لأصوات منخفضة معينة مثل فتح علبة الشكولاتة. وقد يظهر الأطفال الذاتويين أيضاً استجابات غير عادية للمثيرات اللمسية المتمثلة في حاسة اللمس والذوق والشم والاحساس بالألم والحرارة، فنجدهم يتعدون ويتحاشون لمس الآخرين أو يرفضون أن يلمسهم الآخرين، كما انهم قد لا يشعرون بالألم عندما يتعرضون للسقوط او الاذى ولا يشعرون بدرجات الحرارة أو البرودة (عودة، ٢٠١٥: ٩١).

رابعا: الخصائص التواصلية:

الأطفال الذاتويين لديهم مشاكل في التواصل اللفظي أم غير اللفظي، نسبة كبيرة منهم لا يكتسبون كلاما ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات، لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة لا يستجيبون بالنظر عند المناداة بالاسم، لديهم مشاكل بالتنغيم وطقة الصوت ونبرة الصوت والألفاظ ، مع استخدام كلمات خاصة بهم لا يفهمها إلا المقربين منهم، صعوبة في استخدام الضمائر، صعوبة في المبادرة بالحديث والاستمرار فيه، صعوبة في ربط الكلمات التي يتعلمها بمعناها، ترديد لكلمات أو عبارات بشكل غير وظيفي والتي تسمى بالمصاداة بأنواعها الثلاثة: الفورية والمتأخرة والمعدلة أو المخففة (عبدالله، ٢٠١٣: ٤١).

المصاداة عند الطفل الذاتوي:

المصاداة او الايكولاليا "Echolalia" مصطلح يطلق على الاضطراب الحاصل في عملية التواصل وهي سمة شائعة لدى الأطفال الذاتويين (Cosmato, 2013:1) حيث يظهرون تكرارا قد لا يكون له معنى لجمل او كلمات معينة بعد سماعهم هذه الكلمات من الأشخاص أو الأهل أو التلفزيون أو المذياع أو أجهزة التسجيل... الخ (Davis, 2010:1). ويشير لوفاس ١٩٨١ إلى ان قمة المصاداة للطفل الطبيعي تظهر بعمر ٣٠ شهرا ثم تتناقص عادة بعد أن يكتسب الطفل القدرة على توليد اللغة عفويا، مع الأطفال الذاتويين تحدث المصاداة بتواتر

2 May 2019

أكبر، وتدمم لفترة أطول من الزمن تستمر حتى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد، حيث يواجه الأطفال الذاتويين عادة صعوبة كبيرة في تطوير مهارات التوليد أو الانتاج العفوي للغة (عبد الغني، ٢٠١٦: ١٩٤-١٩٥). وقد وصفت ظاهرة المصاداة عام ١٨٢٥ عندما أشار إليها أيتارد Itard في ملاحظاته السلوكيات اللفظية المتكررة وغير اللفظية لمرضاه. وقد ورد المصاداة كأحد خواص اضطراب الذاتوية حينما شخص كانر الذاتوية لأول مرة عام ١٩٤٦ (Roberts, 1989, 271). وقد ذكر كل من كانتويل وبكير وروتر (Cantwell, Baker, & Rutter, 1978) ان مصاداة الأطفال الذاتويين أعلى من مصاداة الأطفال العاديين، اما ستينجل (Stengel, 1964) فقد كشف ان المصاداة قد تكون نتيجة لصعوبات التواصل بسبب عدم أو نقص الفهم لذلك يحاول الطفل الذاتوي التغلب على ضعفه من خلال التطابق أو التماثل أو التماهي مع المتكلم (Stengel, 1964, 287)، والمصاداة يرافقها دائما تقريبا انخفاض حاد في فهم اللغة الاستقبالية فقد بين كانتويل (Cantwell et al. 1978) إلى وجود عجز واضح في الفهم لدى الذاتويين مقارنة بمرضى الحبسة. وفي بحث أجرته (Roberts, 1989) حول علاقة المصاداة بمهارات الفهم لدى عشرة أطفال ذاتويين تم تسجيل عينة من أحاديثهم بهدف التعرف على العلاقة بين درجة المصاداة (ارتفاعها أو انخفاضها) والمهارات الخاصة بالفهم وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين المصاداة ومهارات الفهم فكلما كانت درجة المصاداة عالية كانت مهارات الفهم أقل مقارنة مع الأطفال الذين سجلوا درجة مصاداة أقل حيث تبين أن مهاراتهم على الفهم أعلى.

انواع المصاداة:

أولاً: المصاداة الفورية Immediate Echolalia:

يعرف فاي وشولدر (Fay & Schulder, 1980) المصاداة الفورية Immediate Echolalia على انها التكرار عديم المعنى لكلمة أو كلمات قد صدرت للتو من شخص آخر (الفرماوي، ٢٠١١: ٢٣٦). وتشير الشامي (٢٠٠٤) ان المصاداة تحدث بعد سماع الكلمات تماماً أي في فترة زمنية لا تتجاوز ثواني، وكما يسمع الكلام بالضبط وفي بعض الاحيان تحدث بنفس نبرة صوت المتكلم ومثال على المصاداة الفورية طفل ذاتوي يسمع امه : هل تريد هذه اللعبة يا سرمد؟ فيكرر الطفل الذاتوي بشكل فوري هل تريد هذه اللعبة يا سرمد؟ (الشامي، ٢٠٠٤: ٢٥٧).

ثانياً: المصاداة المتأخرة Delayed Echolalia:

الفارق الرئيسي بين المصاداة الفورية والمتأخرة هو مرور الوقت. وقد لاحظ هيرملين و أوكونر ١٩٧٠ ان المصاداة المتأخرة تشمل نوعاً من الاسترجاع من الذاكرة الطويلة الامد بينما في المصاداة الفورية لا تحفظ العبارات الا في الذاكرة القصيرة الامد وهكذا فإن المصاداة المتأخرة تعتبر أكثر تقدماً من المصاداة الفورية من ناحية التطور الإدراكي (الشامي، ٢٠٠٤، ٢٥٧). ويُعرف سيمون (Simon, 1975) المصاداة المتأخرة بأنها قيام الفرد بتكرار عبارة أو سؤال ما كان قد سمعه من شخص آخر بعد مرور فترة من الوقت قد تكون أيام أو اسابيع أو شهور وقد تصل إلى سنة. وقد يكون الذاتوي قد سمع العبارة أو السؤال المكرر من التلفزيون أو الإعلانات أو حتى قرأها في الكتب (الفرماوي، ٢٠١١: ٢٣٧).

2 May 2019

ثالثا: المصاداة المخففة Mitigated Echolalia:

يعتبر Fay(1967) أول من تحقق من المصاداة المخففة مطورا تعريفا عمليا لها. وميز بين المصاداة " أي التردد الفوري الحرفي لكلمة أو مجموعة من الكلمات التي ينطقها الآخر " والمصاداة المخففة التي اعتبرها تركيبة هيكلية فريدة تتضمن تعديلا لكلام المتحدث وقد صنفها إلى ثلاث أنواع :

- ترديد كلام الآخر مع عكس الضمائر وقد تكون مصاحبة للفهم أو بدون فهم.
- ترديد كلام الآخر مع إضافة تأكيد أو نفي بدلا من ان يستخدم نعم أو كلا.
- ترديد كلام الآخر متضمنا توليفة أو مزيج من النوع الأول والثاني أو تغيرات نحوية أخرى متعددة (Robrets,1989,273).

النظرية الجشططية Gestalt Thorey في تفسير مصاداة الطفل الذاتي:

يعتقد بريزنت (Prizent,1982,1983) أن الاسلوب الكلي أو الجشططية يكون مفيدا في تفسير اكتساب اللغة عند الأطفال الذاتيين، فالأطفال العاديين غالبا يستخدمون الطريقة التحليلية وهي الانتقال من كلمة إلى أخرى ثم نطق كلمات أو عبارات عديدة معتمدا على الاكتساب أو على القواعد اللغوية، ويؤدي هذا إلى التوليد والمرونة في النطق، وعلى النقيض فإن الطريقة الكلية هي استخدام الاسلوب الكلي مثل نطق كلمات متعددة دون ان يفهم الطفل الاجزاء المكونة لها فهما حقيقيا، وحيث أن الطفل الذاتي يتأخر في نطق الكلمات الأولى مقارنة بالطفل العادي، فأن الذاتيين يتعلمون اللغة بالطريقة الكلية من خلال المصاداة، ويعتقد بريزنت ان الأطفال الذاتيين ذوي الاداء الوظيفي المرتفع والذين لديهم امكانيات معرفية كبيرة يتحركون عبر متصل من العمليات الكلية إلى التحليلية، وهؤلاء الأفراد اخيرا يكونون أكثر مرونة، ومنجبن للغة والتي تجعلهم ينطقون المقاطع في وحدات ذات معنى، وعلى النقيض فان الذاتيين الاقل أداء وظيفيا يبقون عند العمليات الكلية لإنتاج اللغة بأسلوب جشططية (مصطفى وآخرون، ٢٠١١: ٨٠-٨١). وأوضح هينيفر (Heffner,2005) ان المصاداة والثرثرة بأيقاع معين تعتبر في الواقع محاكاة لإيقاع لغتنا، وأحدى الطرق التي يستخدمها الأطفال الذاتيين لتعلم اللغة حيث يقومون لاحقا بنسخ وتكرار الأصوات والكلمات والعبارات والجمل التي يسمعون الكبار يستخدمونها في سياقات محددة ومتكررة. ويعرف هذا النمط لاكتساب اللغة "الجشططية" والذي يعني الكل، ولذلك فان تعلم اللغة بالأسلوب الجشططية سيكون التعلم قطعة بدلا من تعلم أصوات صغيرة ذي معنى محدد لكل صوت فردي أو حتى لكل كلمة. على سبيل المثال، كلمة "الأم" وبسبب كل الخبرة للطفل الذاتي سوف تعني له هذه الكلمة، رائحة الأم، والمنزل الذي تعيش الأم، وشكل الأم، وصوت الأم، وما إلى ذلك. وأشار Gary ان معظم الأطفال الذاتيين يبدؤون باكتساب اللغة عن طريق استخدام هذا النموذج الجشططية ولكن سرعان ما يتحولون إلى الشكل التحليلي (Heffner,2005,2).

المشاركة الوالدية في ارشاد الطفل الذاتي:

يُعد استخدام أولياء الامور كمرشدين لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة، احد الاتجاهات التي يراها (هاننت ومارشال)، كما يرى رولن (Rollin,2000) ان الأطفال لا يدركون ان لديهم اضطرابات لغوية حتى سن السادسة أو السابعة لذلك فان معظم الأنشطة الإرشادية لما قبل هذا العمر يتركز بشكل اساسي على الأباء

2 May 2019

(الظاهر، ٢٠١٠: ٣١٥). ومن خصائص التربية الخاصة الفاعلة هو حرصها على التركيز على الأسرة في برامج الطفل ذو الاعاقة حيث ان أي مجهود يقوم به فريق العمل متعدد التخصصات (معلم التربية الخاصة- المرشد النفسي - اخصائي التخاطب...) بمعزل عن الأسرة فهو مجهود قليل الفائدة، وذكر الشمري (٢٠٠٠) عند حسين ان هناك اتفاق بين معظم الباحثين والتربويين في مجال التربية الخاصة امثال بيجرك وآخرون (Bjorck et al, 1995) وبيل واولو (Bille and Olow, 1992) وسمرز وآخرون (Summers,et al) على أهمية المشاركة الوالدية في البرامج المقدمة لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة وهذه البرامج لا تكتمل فعاليتها الا بمشاركتهم الفاعلة (حنفي، ٢٠٠٩: ٣١١)، وذلك لإمكانية استكمال الوالدين لدور المؤسسة، نظرا لقضاء الطفل وقت كبير في المنزل يحتاج خلاله لتعديل سلوكه غير السوي أو اكسابه سلوكيات مرغوبة، كما ان جهود المؤسسة لا تأتي بثمارها دون العمل من جانب الوالدين على تثبيت تلك السلوكيات والمهارات التي يحاول تلقينها للطفل بالمؤسسة إضافة إلى إمكانية تدريب عدد من أولياء الامور في نفس الوقت بما يسمح من زيادة فرص المشاركة والتعاون مع المؤسسة من أجل الطفل الذاتوي (عبد الغني، ٢٠١٦: ١٨٨). ويعتبر برنامج دينفر للعلوم الصحية Dinever Health Sciences Program (DHSP) احد البرامج التي تعتمد على المشاركة الاسرية ، أسسه روجرز وزملائه (Rogers & Colleagues) في جامعة كولورادو الأمريكية عام ١٩٨١م منطلقين من المنحنى النمائي بالاعتماد على نظرية بياجيه حيث يطبق البرنامج فريق متعدد التخصصات يضم: معلم التربية الخاصة وأطباء متخصصين في طب نفس الأطفال وأخصائي النطق واللغة ومعالج وظيفي ومنسق عام للبرنامج والأنشطة ويُدرب يراقب وينسق عمل أعضاء الفريق. تبلغ عدد الساعات التدريبية للطفل (٣٤-٤١) ساعة أسبوعية موزعة كما يلي: (١٢) ساعة في الروضة و (١٢) ساعة تعلم فردي و (٧-١٤) ساعة روتين منزلي منظم. وينطلق البرنامج من أفكار عديدة أهمها: الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل وكل أسرة وكل طفل حالة فريدة بحد ذاتها. و إمكانية تحقيق الطفل نجاحاً في التعلم كبيرة جداً حيث النقص في التعلم الموجود لدى الطفل بسبب قلة الأنشطة التعليمية ومحدوديتها وليس لنقص في قدراته على التعلم (الشيخ ذيب ٢٠٠٥، ٢٠٠٥).

الإرشاد باللعب:

يعتبر الإرشاد باللعب من أهم الاساليب الإرشادية المناسبة والشائعة لإرشاد الأطفال والتي تستند على أسس علم نفس النمو وعلم النفس العلاجي (شكشك، ٢٠٠٨: ٢٤). كما يؤكد قاموس التربية أن اللعب نشاط موجه أو غير موجه يقوم به الأطفال من أجل تحقيق المتعة والتسليّة ويستغله الكبار في تنمية سلوك الصغار وشخصياتهم بأبعادها المختلفة (نخلة، ٢٠١٣: ١٣). وتشير بعض الدراسات التي وردت عند مصطفى وآخرون (٢٠١١) إلى فوائد الإرشاد باللعب للأطفال الذاتويين:

- أشار (Libby et al, 1997) ان اللعب يسمح للأطفال الذاتويين بالإفادة من تفاعل اللعب والتي تمثل طريقاً للحصول على الخبرات الثقافية والانفعالية والاجتماعية والتي يحتاج اليها النمو في مرحلة الطفولة المبكرة .
- كذلك أشارت الدراسات (Backeman & Adamson, 1984; Mcarthur & Adamson,1996; Tomasello & Farrar,1986 ; Willimans,2003) التي اجريت في مرحلة الطفولة إلى تحسن المهارات اللغوية باستخدام الألعاب مثل اخذ الدور والتفاعلات الاجتماعية . (مصطفى وآخرون ، ٢٠١١: ٦٠)

2 May 2019

نظرية جان بياجيه في اللعب:

إن نظرية جان بياجيه في اللعب ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتفسيره لنمو الذكاء ويعتقد بياجيه أن وجود عمليتي التمثيل والمواءمة ضروريان لنمو كل كائن عضوي وأبسط مثل للتمثيل هو الأكل فالطعام بعد ابتلاعه يصبح جزءاً من الكائن الحي بينما تعني المواءمة توافق الكائن الحي مع العالم الخارجي كتغيير خط السير مثلاً لتجنب عقبة من العقبات أو انقباض أعصاب العين في الضوء الباهر، فالعمليتان متكاملتان إذ تتم الواحدة الأخرى كما يستعمل بياجيه عبارتي التمثيل والمواءمة في معنى أعم لينطبق على العمليات العقلية، فالمواءمة تعديل يقوم به الكائن الحي إزاء العالم الخارجي لتمثل المعلومات كما يرجع النمو العقلي إلى التبادل المستمر والنشط بين التمثيل والمواءمة ويحدث التكيف الذكي عندما تتعادل العمليتان أو تكونان في حالة توازن وعندما لا يحدث هذا التوازن بين العمليتين فإن المواءمة مع الغاية قد تكون لها الغلبة على التمثيل وهذا يؤدي إلى نشوء المحاكاة (التقليد) وقد تكون الغلبة على التعاقب للتمثيل الذي يوائم بين الانطباع والتجربة السابقة ويطابق بينها وبين حاجات الفرد وهذا هو اللعب فاللعب والتمثيل جزء مكمل لنمو الذكاء ويسيران في المراحل نفسها (Piaget, 1962; 161). يؤكد بياجيه (Piaget 1962) دور اللعب في تمثل الطفل للخبرة ودخولها في خطته العقلية العامة عن العالم المحيط به، وهي الخبرة التي يتهيأ بها الطفل للتوافق مع هذا العالم المحيط (خطاب وآخرون، ٢٠٠٨: ٥٤). فهو يرى اللعب على أنه الوسيط الذي يتم من خلاله النمو المعرفي أو العقلي أو الأخلاقي أو اللغوي لدى الأطفال (صوالحة، ٢٠١٥: ٤٠). يرى بياجيه أن:

- النمو المعرفي يتطلب وسيطاً لهذا النمو، ويعد اللعب المحتوى أو الوسيط للنمو المعرفي، سيما إن اللعب يمثل وسيلة للتعلم الذي يظهر في أحداث التوافق بين ما يكتسبه الطفل وحاجاته، كما أنه الأداة الأساسية في أحداث النمو المعرفي عند الأطفال.
- اللعب ينطوي على عملية فطرية، هي قدرته على التكيف مع البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها (صوالحة، ٢٠١٥: ٤٠). حيث يكشف في نظريته المعرفية على عمليتين أساسيتين لكل نمو عضوي وهما المواءمة والتمثيل أو التمثيل، و تتكامل هاتان العمليتان وتتضمن كل منهما الأخرى. و ينتج عن حالة التوازن بين التمثيل و المواءمة حدوث التكيف الذكي. و في حالة عدم التوازن، يحدث احتمالان :
 ١. فإما أن تتغلب المواءمة على التمثيل، فتحدث "المحاكاة".
 ٢. وإما أن يتغلب التمثيل على المواءمة فيحدث "اللعب".واللعب عند بياجيه Piaget أربعة مراحل وهي مرحلة اللعب الوظيفي ثم مرحلة اللعب الرمزي، وتليها مرحلة اللعب وفقاً لقواعد محددة وتنتهي بمرحلة اللعب البنائي (نخلة، ٢٠١٣: ٣٣).

الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع ، لم تتمكن الباحثتان من الحصول على دراسات عربية أو عراقية خاصة ببرنامج ارشادي لمعالجة المصاداة وعليه تم استعراض بعض الدراسات الاجنبية ومنها:

أولاً: دراسة روبرتس (Roberts1989)

المصاداة والفهم عند الأطفال الذاتويين" حيث تمحور البحث حول المصاداة لدى عشرة أطفال ذاتويين تم تسجيل عينة من احاديثهم بهدف التعرف على العلاقة بين درجة المصاداة (ارتفاعها أو انخفاضها) والمهارات الخاصة بالفهم. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين المصاداة ومهارات الفهم. فكلما كانت درجة المصاداة عالية كانت مهارات الفهم اقل مقارنة مع الأطفال الذين سجلوا درجة مصاداة اقل حيث تبين ان مهاراتهم على الفهم اعلى. وهذا جاء مؤكداً نتائج (Fay and Butler, 1968) "تبدو المصاداة مرحلة نمو انتقالية ترتبط بانخفاض مستوى الفهم" (Roberts,1989,271).

ثانياً: دراسة بيسلي (Beesley 2016)

مجموع طرق التواصل للأطفال الذاتويين ما قبل المدرسة: دراسة ظواهر متقدمة من تصورات أولياء الامور والمهنيين. حيث اجريت الدراسة في ريف شمال فرجينيا في احد المدارس والهدف من الدراسة اكتشاف الخبرات الناتجة من استخدام مجموعة طرق في التواصل كما يراها المعلمين (وعدهم ٨) وأولياء الامور (وعدهم ٥) المشاركين في الدراسة. ركزت الاطروحة على: الخبرات الخاصة والمحددة ذات العلاقة بالتواصل الوظيفي والتفاعل الاجتماعي وعلى تحديد الموارد التي يحتاجها كل من المعلمين وأولياء الامور والتي تجعل تطبيق الاستراتيجيات أكثر نجاحا وهذا كان مهماً لتحديد الآثار المترتبة على هذه الدراسة وأيضاً على الدراسات المستقبلية الأخرى. اعتمدت الدراسة على نظرية سكرن والاشراط الاجرائي ونظرية باندورا للتعليم الاجتماعي وفيجوستكي للتطور الاجتماعي وطبق البرنامج ٤ أسابيع في المدرسة والمنزل (حيث شُجّع أولياء الامور على استخدام البرنامج في المنزل). وكانت النتائج حسب ما أوردها المشاركون من أولياء الامور والمعلمون والتي قامت الباحثتان بتحليلها ايجابية في زيادة الانتباه المشترك واتباع الاتجاهات والأوامر والمحاولات التواصلية عند الأطفال الذاتويين وزيادة المهارات الاجتماعية مثل اللعب بالدمى والتفاعل مع اقرانهم أو الكبار عند الأطفال الذاتويين إضافة إلى زيادة المشاركة في أنشطة التعلم. وقد أوصى المشاركون إضافة مواد تدريبية أخرى إضافة إلى تمديد زمن التدريب (Beesley,2016,3).

ثالثاً: دراسة لاشكي وآخرون (Laski,K,et al ,1988)

تناولت الدراسة تدريب أباء ثمانية أطفال ذاتويين سبعة ذكور واثني واحدة، تتراوح أعمارهم ما بين ٥-٩ سنوات لتنمية التواصل اللغوي لديهم. وكان أفراد العينة يعانون من نقص في الحصيللة اللغوية ومصاداة وصعوبات في المهارات الأكاديمية وصعوبات في مهارات التواصل وبعض الاضطرابات السلوكية. تم استخدام نموذج اللغة الطبيعية لتدريب عينة الدراسة باستخدام الأنشطة والمدح وكان يتم تقديم المثيرات في صورة مواد تعليمية بصورة متكررة وكان يتم نمذجة المهارات لعينة الدراسة كما كان يتم تقديم تغذية راجعة لهم وتم استخدام الألعاب المناسبة لعمر العينة اثناء جلسات التدريب على نموذج اللغة الطبيعية مثل العرائس والكرات والحواجز وقد اشتمل التدريب أيضاً على الاشتراك في أنشطة اللعب الحر وعمل نمذجة لبعض الكلمات. وأظهرت نتائج الدراسة زيادة في الالفاظ التي يستخدمها عينة الدراسة كما تم ملاحظة زيادة في التقليد والمحاكاة لكل أفراد العينة مع انخفاض نسبة المصاداة وانخفاض الاضطرابات السلوكية (Laski,K.,et al,1988,392-398)

2 May 2019

رابعاً: دراسة هاونج وهوجس (Hwong, B,& Hughes 2000)

تناولت أباء وأمهات اربعة وستين طفلاً يعانون من الذاتية تراوحت اعمارهم ما بين ٥-٦ سنوات في تدريب أطفالهم. وكان هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات تتمثل في عدم القدرة على النطق والمصاداة. تضمن التدريب اللعب والرسم وتقديم مثيرات تتطلب استجابات لفظية وتم تدريب الوالدين على استخدام الانشطة لتنمية مهارات التواصل مثل التحية والطلب وأشار النتائج زيادة الاستجابات اللفظية الصحيحة خلال اللعب الحر إضافة إلى تطور القدرة على التقليد والتواصل البصري والانتباه المشترك (Hwong, et al, 2000,333-340).

وفي ضوء ما تقدم نستنتج:

١. صنفت الدراسات حديث الذاتيين كأحد المشاكل الاساسية النظرية والتشخيصية والعلاجية. حيث اثبتت الدراسات ان المصاداة تسبب ضعف في التفاعل والتواصل الاجتماعي للطفل الذاتي وتعيق نموه المعرفي وان درجة المصاداة ترتبط عكسياً مع مستوى الفهم فكما ارتفعت مهارات الفهم انخفضت نسبة المصاداة.
٢. غالبية الدراسات اعتمدت التدخل المبكر واعتبرته من اساسيات نجاح أي برنامج. واختلفت النظريات والاساليب المعتمدة في خفض المصاداة عند الطفل الذاتي مؤكدة على فاعلية اللعب في معالجة الاضطرابات السلوكية والتواصلية للطفل الذاتي.
٣. الطفل الذاتي مثله مثل أي طفل آخر سلوكه قابل للتعديل لكنه بحاجة إلى رعاية وتدريب مكثفين وفي حاجة ماسة إلى مشاركة الوالدين والمختصين حتى يستطيع الوالدين من المحافظة على الانجازات من خلال استمرار التدريب.

الفصل الثالث: منهجية البحث وإجراءاته

تكونت عينة الدراسة من (٨) أمهات واطفالهن الذاتيين الذين تتراوح اعمارهم ٤-٧ سنة والمسجلين في مركز التأهيل الاسري التابع إلى كاريثاس في محافظة بغداد . حيث قامت الباحثتان بتقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وعددهم (٤) امهات واطفالهن والمجموعة الضابطة وعددهم (٤) امهات واطفالهن، وقد استخدمتا المنهج شبه التجريبي على عينة الدراسة ذات القياسين القبلي والبعدي ثم اعقبهما بعد شهر من انتهاء البرنامج الارشادي القياس المؤجل (التتبعي) للتأكد من استمرار اثر البرنامج وفعاليتة حيث يعد البرنامج الارشادي للامهات بمثابة المتغير المستقل وتعد المصاداة التي يظهرها الطفل الذاتي بمثابة المتغير التابع. واستغرق تطبيق البرنامج ثلاثة اشهر، بواقع ثلاث مرات اسبوعياً لمدة ثلاث جلسات لكل مرة.

وقد استخدمت الباحثتان اختبار مان وتني لعينتين مستقلتين Mann-Whitney Test كأسلوب لابارامتري (لامعلمي) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة على القياس القبلي على مقياس تطور التواصل SICD قبل إجراء المعالجة التجريبية المتمثلة بأسلوب الإرشاد باللعب. وقد كشفت نتائج التحليل الإحصائي انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات المجموعة التجريبية على القياس القبلي في مقياس تطور التواصل عن درجات المجموعة الضابطة، اي أن المجموعتين متكافئتين وسحبنا من ذات المجتمع.

2 May 2019

أداتا البحث:

أولاً:- مقياس تطور التواصل SICD العالمي الذي تبنته الباحثتان بعد ترجمته الى العربية واستخراج صدق الترجمة والصدق الظاهري والثبات الذي بلغ وفق تقديرات المحكمين 0,96, وعند اعادة الاختبار بعد اسبوع بلغ (0,924)، والدرجتان تساوي معاملات الثبات للنسخة الأمريكية.

ثانياً:- البرنامج الارشادي للامهات، القائم على اسلوب الارشاد باللعب لخفض المصاداة عند اطفالهن الذاتيين، والذي قامت الباحثتان ببنائه بالاستناد على الاتجاه المعرفي خاصة نظرية بياجيه في اللعب حيث تم عرضه على (١٦) مُحكم في مجال الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والتربية الخاصة ورياض الاطفال لبيان آرائهم. وحددت الباحثتان مدة ٣ أشهر (نيسان، ايار، حزيران) اي ١٢ أسبوع، بواقع ثلاثة ايام لكل اسبوع اي ٣٦ يوم لتطبيق البرنامج، وان تكون الجلسات في الاسابيع الزوجية (٢-٤-٦-٨-١٠-١٢) تكرار للأسابيع الفردية (١-٣-٥-٧-٩-١١)، وذلك تجاوباً مع المبدأ الاساسي الذي يتبعه الباحثين والدارسين في مجال التربية الخاصة بأهمية الممارسة والتكرار وكما يوضحه الجدول رقم (1).

جدول رقم (1):

يبين مدة البرنامج (أشهر، اسبوع، يوم) وعدد الجلسات الارشادية خلال اليوم وعددها المكتوب والمنفذ

مدة البرنامج	عدد المقابلات اسبوعياً	مدة البرنامج بالأيام	عدد الجلسات في اليوم	عدد الجلسات المكتوبة والمنفذة
٣ أشهر اي ١٢ أسبوع	ثلاث مرات اسبوعياً	٣٦ يوم	٣ جلسات يومياً	١٠٨ عدد الجلسات المنفذة: ٥٤ مكتوبة وتقدم في الاسابيع الفردية (١-٣-٥-٧-٩-١١) يسبقها الافتتاحية للبرنامج الارشادي ويتضمن ثلاث جلسات للام فقط . فيكون مجموع الجلسات المكتوبة ٥٧ جلسة والمنفذة ١١١ جلسة.

اختارت الباحثتان الفنيات المستخدمة في بناء البرنامج الارشادي وفق نظرية بياجيه في اللعب وهي:

- ١- ألعاب التقليد او المحاكاة (Imitating Playing).
- ٢- اللعب التخيلي او اللعب الرمزي (Symbolic play).
- ٣- اللعب الذهني (mental Play).
- ٤- الالعاب التركيبية (Construction Games).
- ٥- اللعب اللفظي (Verbal play).
- ٦- الالعاب الاجتماعية (Social Games).
- ٧- القصة الارشادية (Counseling Story).

2 May 2019

نموذج لجلسة ارشادية :

الجلسة رقم : (٢-٢) مدة الجلسة : (٦٠ دقيقة) الثلاثاء ٤ / ٤ / ٢٠١٧

موضوع الجلسة : إرشاد الأم ان النمذجة في اللعب اساس تنمية قدرات الأم ومن ثم قدرات الطفل

الحاجات	حاجة الأم للاستفادة من الالعاب في نمذجة السلوك اللفظي وغير اللفظي المرغوب.
الهدف العام	قدرة الأم ان تصبح نموذجا يقتدي بها الطفل في الالعاب الاجتماعية.
الأهداف السلوكية	<p>أن تستطيع الأم من خلال العاب هذه الجلسة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نمذجة سلوك الطفل اللفظي وغير اللفظي المرغوب. - اللعب والاستمتاع حقا مع الطفل. - سرد القصة حسب التعليمات المطلوبة.
الفنيات والاستراتيجيات	<ul style="list-style-type: none"> - اللعب التخيلي (كوكي يحييكم) - العاب ذهنية (التصنيف - الترتيب) - العاب تركيبية (الميكانو - البزل) - القصة الارشادية.
الأنشطة	<p>تُرحب الباحثة بالأمهات وأطفالهن وتدعوهم إلى المباشرة بقراءة أنشطة الجلسة الإرشادية الثانية أولاً والاستيضاح إذا كان هناك أي شيء غير واضح. وتذكيرهن بمعنى الفنيات المستخدمة.</p> <p>النشاط الأول: اللعب التخيلي (كوكي يحييكم) بهدف تقديم نموذج لسلوك لغوي صحيح لأسلوب تبادل التحية.</p> <p>النشاط الثاني : اللعب الذهني (التصنيف والترتيب) حسب اللون والحجم - واللملم وفق تتابع لوني (خزرتان احمر والثالثة اصفر) ، ابداع ، استثمار</p> <p>النشاط الثالث: العاب تركيبية (بزل - الميكانو)</p> <p>النشاط الرابع: القصة الإرشادية (سلمى والدرج) تقديم نموذج سلوكي.</p>
التقويم	تستمع الباحثة إلى آراءهن الايجابية والسلبية حول هذه الجلسة . ثم تسألهن: هل استمتعت باللعب؟ هل نفذت التعليمات؟ ما هو النموذج السلوكي غير اللفظي الذي قدم من خلال قصة سلمى؟
التدريب البيئي	يطلب من الأمهات التدريب على رواية القصة مع الطفل للآخرين.

إدارة الجلسة : رحبت الباحثة بالأمهات وأطفالهن ودعتهم إلى المباشرة بقراءة أنشطة الجلسة الإرشادية الثانية أولاً والاستيضاح إذا كان هناك أي شيء غير واضح. كما عرفت القصة الارشادية بانها مواقف نوعية تقدم

2 May 2019

نماذج للاستجابات المناسبة وتقدم للأطفال في عبارات واضحة ومختصرة وشرحت التعليمات الخاصة بأسلوب العرض. ثم دعتهم إلى الجلوس حول المنضدة (كرسي الأم خلف كرسي الطفل مباشرة).

النشاط الأول: اللعب التخيلي (كوكي يحييك) بهدف تقديم نموذج لسلوك لغوي صحيح لأسلوب تبادل التحية. لبست الباحثة دمية كوكي في كفها وغيّرت نبرة صوتها وجعلتها طفولية وبدأت بالسلام الفردي على كل طفل وكانت الأم تجيب بسرعة وبصوت أعلى من الطفل (كما تم الاتفاق مع الباحثة) حتى يستمع الطفل والآخرين الإجابة الصحيحة.

النشاط الثاني: لعبت الأمهات مع أطفالهن كلا على انفراد ألعاب ذهنية (العاب تصنيف حسب اللون - ألعاب لظم وفق تتابع لوني (مثلا تلظم الام خرزتان احمر والثالثة اصفر كنموذج يقتدي به الطفل).

النشاط الثالث: ألعاب تركيبية (البزل والميكانو) تشكيل بيت من الميكانو - بزل الحيوانات وبزل الفواكه وبزل الرعاية الذاتية (الام تعمل والطفل يقلد سلوكها).

النشاط الرابع: القصة الإرشادية الأولى (سلمى والدرج)

قالت الأم: "ليس جميلا اللعب بالأدراج قالت ماما. لم تسمع سلمى وراحت تلعب بالأدراج ثم أغلقت الأدراج بسرعة ، ونست ان ترفع يدها فضربت اصابعها بالدرج، وصاحت الما: ماما... لقد أخطأت ، انقذيني." حيث حاولت الأمهات من خلال سرد القصة جعلها نموذج مصور ساعد الطفل على تعلم الاستجابة السلوكية واللفظية المناسبة للموقف. ثم قامت الام بتنفيذ الانشطة الاتية

- مطابقة الصور مع أحداث القصة مع توجيه الأم بإعادة الجزء الذي لم يفهمه الطفل.
- ترتيب الصور وفق تسلسل وقوع الحدث والتأكد من فهم الطفل لأحداث القصة.
- اعقبها اسئلة عن القصة الإرشادية باستخدام صيغة "ماذا؟" مثلا ماذا قالت ماما؟ ماذا فعلت سلمى؟ ماذا حصل لسلمى؟ ماذا قالت سلمى لماما؟

التقويم: استمعت الباحثة إلى آراءهن الإيجابية والسلبية حول هذه الجلسة . ثم سألتهم: هل استمتعت باللعب؟ ما هي تعليمات حكاية القصة؟ هل نفذت التعليمات؟ ما هو النموذج السلوكي غير اللفظي الذي قدم من خلال قصة سلمى والدرج؟

التدريب البيئي: أعطت الباحثة لكل ام نسخة من قصة قالت ماما وطلبت منهن التدريب على رواية القصة مع الطفل ومساعدته ليحكي القصة لوالده أو اي شخص آخر، مع مساعدته على اللعب في الانشطة الورقية (ايصال بين المتشابه . متاهة بسيطة - تلوين.. الخ) من خلال ان تعمل الام نموذج امام الطفل تساعد الطفل على التعلم.

إجراءات تطبيق البرنامج:

بعد تحديد العينة وتوزيعها على المجموعتين التجريبية والضابطة وتحديد مكان اجراء التجربة لكل مجموعة، وإجراء القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة وذلك بتطبيق مقياس تطور التواصل SICD ، تم البدء بتطبيق البرنامج الارشادي للأمهات وأطفالهن يوم الخميس المصادف ٢٠١٧/٣/٣٠ ، وفي يوم السبت المصادف ٢٠١٧/٦/٢٤ تم الانتهاء من تطبيق البرنامج، وبعد مرور شهر قامت الباحثتان بتطبيق القياس البعدي التتبعي يوم الاثنين المصادف ٢٠١٧/٧/٢٤.

2 May 2019

الوسائل الإحصائية المستخدمة: تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لاستخراج الثبات بطريقتين (تقديرات محكمين والاختبار وإعادة الاختبار)، كما استخدمت الباحثتان اختبار مان وتني للعينات الصغيرة المستقلة و اختبار ويلكوكسن لعينيتين مترابطتين من خلال الحقيبة الإحصائية SPSS.

الفصل الرابع: عرض نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها:

سوف يتم عرض النتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق هدف البحث والمتضمن "بناء وتطبيق برنامج قائم على أسلوب الارشاد باللعب للأمهات ومساعدتهن لخفض المصاداة عند اطفالهن الذاتويين والتعرف على فاعليته". كشفت نتائج التحليل الإحصائي لاختبار الفرضية الاولى وكما هو واضح في الجدول رقم (2)

جدول رقم (٢): نتائج اختبار مان وتني لاختبار دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية القبلية على مقياس تطور التواصل SICD

المجموعة Group	عدد N	مجموع الرتب Sum of Rank	متوسط الرتب Mean Rank	قيمة مان وتني U	القيمة الاحتمالية Asymp.sig	مستوى الدلالة .05
التجريبية (قبلي)	٤	١٤	٤.٥	٨	١	غير دال
الضابطة (قبلي)	٤	١٨	٤.٥			
المجموع	٨					

أن قيمة مان وتني الحرجة U هي (٨). كما ان القيمة الاحتمالية هي (1) وهي اعلى من مستوى الدلالة الإحصائي (0,05). وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات المجموعة التجريبية على القياس القبلي عن درجات المجموعة الضابطة، الامر الذي يشير الى انها متكافئتان وسحبنا من ذات المجتمع لذلك قبلت الفرضية الصفرية.

جدول رقم (٣): نتائج اختبار مان وتني لاختبار دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة و متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية البعدية على مقياس تطور التواصل SICD

المجموعة Group	عدد N	مجموع الرتب Sum of Rank	متوسط الرتب Mean Rank	قيمة مان وتني U	القيمة الاحتمالية Asymp.sig	مستوى الدلالة .05
التجريبية بعدي	٤	٢٦	٦.٥٠	٠	٠.٢١٠	دال
الضابطة بعدي	٤	١٠	٢.٥٠			
المجموع	٨					

2 May 2019

اما الفرضية الثانية فقد كشفت نتائج التحليل الإحصائي وكما هو موضح في الجدول رقم (3). ان قيمة مان وتني u هي (0). كما أن القيمة الاحتمالية تساوي (0.021). وهي أصغر من مستوى الدلالة الإحصائي (0.05). وهذا يعني وجود تغير ذو دلالة احصائية لصالح درجات المجموعة التجريبية لذلك رفضت الفرضية الصفرية وقبلت الفرضية البديلة أي أن البرنامج الإرشادي باللعب أدى إلى خفض مستوى المصاداة عند المجموعة التجريبية بشكل اكبر من مستوى المجموعة الضابطة التي تلقت البرنامج الأكاديمي المعتاد تقديمه في المركز في القياس البعدي. وهذا يتفق مع رؤى بياجيه (Piaget 1962) في اللعب، والذي يؤكد دور اللعب في تمثل الطفل للخبرة ودخولها في خطته العقلية العامة عن العالم المحيط به، وهي الخبرة التي يتهيأ بها الطفل للتوافق مع العالم المحيط (Piaget, 1962,87).

جدول رقم (4): نتائج اختبار ويلكوكسن (W) لاختبار دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات القياس القبلي ومتوسط رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تطور التواصل SICD

مستوى الدلالة 0.05	قيمة W		مجموع متوسط الرتب Sum of Rank	متوسط الرتب Mean Rank	العدد N	نوع الرتب	المجموعة التجريبية
	الجدولية	المحسوبة					
دال	0.313	0	0	0	0	الرتب السالبة	قبلي - بعدي
			10	2.5	4	الرتب الموجبة	

وقد كشفت نتائج التحليل الإحصائي وكما هو موضح في جدول رقم (4) ان قيمة ويلكوكسن W تساوي (0) وهي اقل من القيمة الجدولية البالغة (0.313) عند مستوى الدلالة (0.05). وهذا يعني انه حصل تغيراً ذو دلالة احصائية في درجات المجموعة التجريبية على القياس البعدي على مقياس تطور التواصل SICD عما كانت عليه في القياس القبلي بعد انتهاء مدة البرنامج الإرشادي وهو ما يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية، وقبول الفرضية البديلة، أي أن البرنامج الإرشادي باللعب أدى إلى خفض مستوى المصاداة لدى المجموعة التجريبية. وهذا ما أكدت عليه كل من دراسة لاشكي وآخرون (Laski, K, et al, 1988) ودراسة هاونج وهوجس (Hwong, B, & Hughes 2000) بأن البرامج المنفذة من قبل اولياء الامور والمستندة على استخدام اسلوب اللعب يساهم في تنمية التواصل اللغوي بشكل عام والمصاداة بشكل خاص.

2 May 2019

جدول رقم (٥): نتائج اختبار ويلكوكسن لاختبار دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات القياس البعدي الاول ومتوسط رتب درجات القياس المؤجل (التتبعي) على مقياس تطور التواصل SICD

مستوى الدلالة 0.05	قيمة W		مجموع متوسط الرتب Sum of Rank	متوسط الرتب Mean Rank	العدد N	نوع الرتب	المجموعة التجريبية
	الجدولية	المحسوبة					
دال	٠.٣١٣	٠	١٠	٢.٥	٤	الرتب الموجبة	بعدي - مؤجل
			٠	٠	٠	الرتب السالبة	

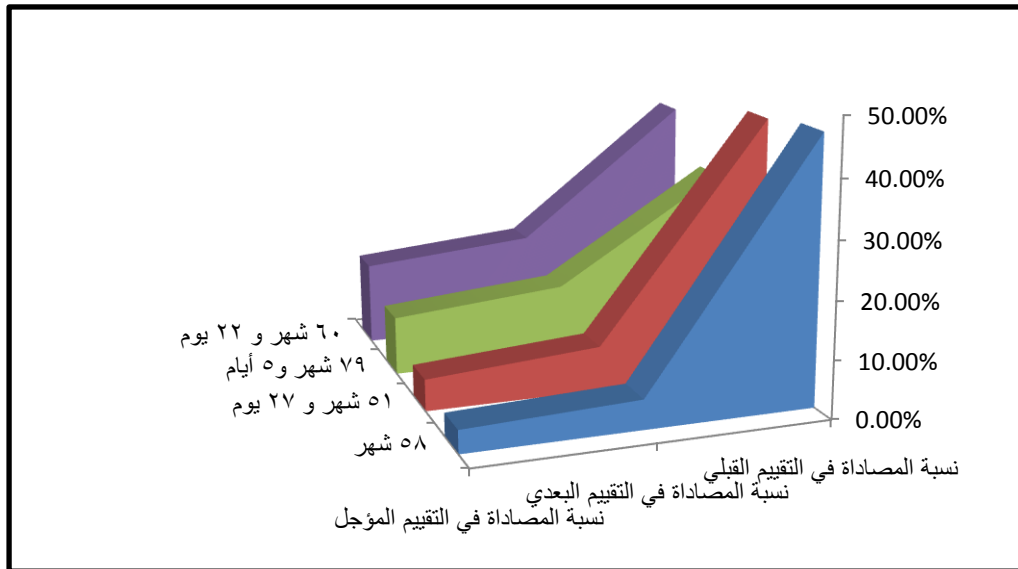
وقد كشفت نتائج التحليل الإحصائي وكما هو موضح في الجدول رقم (5) ان قيمة ويلكوكسن W تساوي (0) وهي اقل من القيمة الجدولية البالغة (0.313) عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يعني انه حصل تغيراً ذو دلالة احصائية في درجات المجموعة التجريبية بالاتجاه الايجابي على القياس المؤجل (التتبعي) لمقياس تطور التواصل SICD وهو ما يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية، و قبول الفرضية البديلة، أي ان اثر البرنامج مستمر ومتطور لدى افراد المجموعة التجريبية فلم يحدث تراجع او تدهور بل بالعكس حصل نمواً وتطوراً ويعد هذا اثباتاً لفعالية البرنامج الإرشادي الذي صمم خصيصاً لتحقيق هدف الدراسة الحالية.

جدول رقم (٦): الفروق في نسبة المصاداة القبلي والبعدي والمؤجل عند اطفال المجموعة التجريبية على مقياس تطور التواصل

ت	عمر الطفل بالأشهر في نهاية تطبيق البرنامج	نسبة المصاداة في التقييم القبلي	نسبة المصاداة في التقييم البعدي	نسبة المصاداة في التقييم المؤجل
١	٥٨ شهر	٤٦.٤%	٥٠.٢%	٤%
٢	٥١ شهر و ٢٧ يوم	٤٥.٠٧%	٧.٨%	٥.٥%
٣	٧٩ شهر و ٥ أيام	٣١.٢٨%	١٢.٩٦%	١٠.٢%
٤	٦٠ شهر و ٢٢ يوم	٤٠.١%	١٧.١٥%	١٤.٤%

وقد كشفت عملية التحليل اللغوي لعينة الطفل اللغوية انخفاض نسبة المصاداة في القياس البعدي والمؤجل لعينة اللغة الخاصة بكل طفل من المجموعة التجريبية مقارنة بالقياس القبلي مما يؤكد ارتفاع قدرات الامهات في تدريب اطفالهن الذاتيين ونجاح البرنامج في مساعدتهن على اتخاذ اللعب وسيلة تعليمية وتعليمية كما يراها بياجية ويؤكد كل ما تم ذكره اعلاه ويعكس صحة اختيار الباحثان الاساس النظري الذي اعتمد في بناء برنامجهما الإرشادي والمتمثل بنظرية بياجية والجدول رقم (6) والشكل رقم (1) يوضحان ذلك.

الشكل رقم (١): الفروق في نسب المصاداة للأطفال الاربعة على القياس القبلي والقياس البعدي والقياس المؤجل



التوصيات: في ضوء نتائج البحث الحالي توصي الباحثان بما يلي:

١. ضرورة استخدام مقياس تطور التواصل في البحوث ذات العلاقة لأهميته وقدرته التشخيصية والعلاجية كونه مقياس عالمي مقنن بطريقة واضحة جدا.
٢. تشجيع الدراسات المبنية على المشاركة الوالدية.
٣. نشر البرنامج الإرشادي الحالي حتى يكون في متناول أسر الأطفال الذاتويين.

المقترحات: تقترح الباحثان اجراء دراسات تجريبية تتناول:

١. فاعلية اسلوب الارشاد باللعب في المعهد والمنزل للامهات في خفض المصاداة عند الذاتوي.
٢. فاعلية المشاركة الوالدية في المحافظة على انجازات اي برنامج ارشادي مع الاطفال الذاتويين.
٣. فاعلية بناء خطة تعليمية فردية للطفل الذاتوي وتطبيقها من خلال اولياء الامور في خفض المصاداة عند الطفل الذاتوي.

المصادر العربية:

١. الجلبي، سوسن شاكر مجيد (٢٠٠٥). التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه تشخيصه، علاجه. ط ٢، عمان : ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع .
٢. الجلامدة، فوزية بنت عبدالله، ٢٠١٦، قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-4/DSM-5، الاردن، عمان، دار المسيرة للنشر والطباعة.

2 May 2019

٣. الحمادي، انور، ٢٠١٥، خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، بيروت ، الدار العربية للعلوم ناشرون.
٤. حنفي، علي عبد النبي محمد، ٢٠٠٩، العمل مع اسر ذوي الاحتياجات الخاصة- دليل المعلمين والوالدين، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع، ط ٢.
٥. خطاب، محمد احمد و حمزة، احمد عبد الكريم، ٢٠٠٨ ، سيكولوجية العلاج باللعب مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، مصر، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
٦. الروسان، فاروق، ٢٠١٣، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الاردن، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط ١٠ .
٧. الشامي، وفاء، ٢٠٠٤، سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها ، الرياض ، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.
٨. شكشك، أنس، ٢٠٠٨، الارشاد التربوي للطفل، سوريا ، حلب، شعاع للنشر والعلوم.
٩. الشيخ ذيب ، رائد ، ٢٠٠٥، الدورة الأولى في التوحد ، دمشق، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سورية) .
١٠. صوالحة، محمد احمد، ٢٠١٥، علم نفس اللعب، الاردن، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط ٧.
١١. الظاهر ، ٢٠١٠، اضطرابات اللغة والتواصل، الاردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.
١٢. عبد الغني، خالد محمد، ٢٠١٦، اضطرابات التواصل مرشد الاسرة والمعلمين والاختصاصيين للتدخل التدريبي والعلاجي، مصر، القاهرة، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
١٣. عبدالله، مجدي احمد، ٢٠١٣، طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج، مصر، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية طبع نشر توزيع.
١٤. عودة، محمد محمد، ٢٠١٥، تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتي، مصر، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
١٥. محمد محمد، ٢٠١٥، التقييم الفردي لاطفال التوحد والاضطرابات النمائية، مصر، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
١٦. الفرماوي، حمدي علي، ٢٠١١، معالجة اللغة واضطرابات التخاطب الاسس النفسية العصبية، جمهورية مصر العربية ، القاهرة، مكتبة الانجلة المصرية.
١٧. فضل الله، محمد رجب، ٢٠٠٥، الالعاب اللغوية لأطفال ما قبل المدرسة، مصر، القاهرة، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، ط ٢.
١٨. مصطفى، اسامة فاروق والشربيني، السيد كامل، ٢٠١١، سمات التوحد، الاردن، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
١٩. نخلة، اشرف سعد، ٢٠١٣، سيكولوجية العلاج باللعب للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ج ٢، مصر، الاسكندرية، دار الفكر الجامعي.
٢٠. هيرون، باتريسيا ف وهيلدبراند، فيرنا، ٢٠١٣، ارشاد الأطفال الصغار، ترجمة منال عبد الخالق جاب الله، المملكة الاردنية الهاشمية، عمان، دار الفكر ناشرون وموزعون.

2 May 2019

Foreign Reference:

1. American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Fifth ed.)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.ISBN978-0-89042-555-8.
2. Beesley , Leigh Ann ,2016,**Total Communication Methods For preschool Children With Autism: A Transcendental Phenomenological Study of Parent and Professional Perceptions**, Liberty University, ProQuest 10107405
3. Cosmato,D.,2013, **Palilalia and Echolalia: Verbal Symptoms of Autism and Asperger's Syndrome**.
4. Hwong B., and Hughes C.,(2000); The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism, **Journal of autism and developmental disorders**,Vol., 30(4).
5. Laski., Charlop M., Schmeibman., (1988):Trainging parents to use the natural Language paradigm to increase their autistic children speech, **Journal of applied behavior**, Win.,Vol.,21(4) .
6. Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A. (2013). DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In J.M. Rey (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International.
7. **Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions**.
8. Piaget, J.,1962, **Play,Dreams & Imitation in Childhood**, Tranlated, Gattegno,C.,& Hodgson,f., The Norton Library, New York. Published (2016).
9. Prizant, B., 1983, Language acquisition and communicative behavior in autism: Toward an understanding of the "whole" of it,**Journal of Speech and Hearing Disorders**.
10. Roberts ,Jacqueline M. A.,1989, Echolalia and Comprehension in Autistic Children, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol.19, No.2.
11. Stengel, E. (1964). **Speech disorders and mental disorders**. In U.S. A de Reuck & M.O'Connor(eds.), Disorders of language: Boston Little Brown.
12. Stokes, S., 2016, **Increasing Expressive Skills for Verbal Children with Autism**, contract with CESA 7 and funded by a discretionary grant from the Wisconsin Department of Public Instruction.

Internet References

1. Davis, P. e. b. W., 2010. **What Techniques Can Help Children with Echolaia**, , <http://www.autism-help.org>.
2. Heffner, G. J. 2005, **Echolaia –Repetitive Speech**, judevine@ Autim Program at ECRH. www.autism-help.org

2 May 2019

NO.	3
Title	الطرائق العلاجية وأثرها في تعديل سلوك الطفل التوحيدي.
Author(s)	أ.م.د. انتصار محمد جواد الجامعة التقنية الوسطى / المعهد الطبي التقني - بغداد

مستخلص البحث:

ان بحثنا الموسوم (الطرائق العلاجية وأثرها في تعديل سلوك الطفل التوحيدي) يهدف إلى التعرف على اضطراب التوحد وعلى دور الأسرة الايجابي في الشراكة في عملية تعليم الطفل التوحيدي ولا يخفى علينا أبعاد العلاج لاضطراب التوحد هو ثلاثي (دوائي، ونفسي، وسلوكي) فقد تضمن الجانب النظري الفصل الأول وفيه عرض المباحث وتطرق إلى حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث موزعين على معهد الرجاء ومركز التوحد التخصصي (مركز نور الهدى) أما الجانب الميداني فقد ذكرنا فيه الإطار المنهجي والعلمي للبحث في المبحث الأول أما المبحث الثاني فقد ضم البيانات الاساسية والتخصصية وجاء المبحث الثالث ليعرض لنا أهم النتائج والتي أكدت على نجاح تطبيق الطرائق العلاجية لتعديل السلوك والاضطرابات في الطفل المصاب بالتوحد وأيضاً دور الأسرة في تأكيدها على تعديل سلوك أبنائها بعد تطبيق الطرائق العلمية عليها أما التوصيات فكانت ضرورة اجراء تبادل الخبرات والمعلومات بين المراكز والمعاهد في الدول وفتح معاهد ومراكز بحثية وذلك للغموض الذي يحيط باضطراب التوحد بأنواعه وأيضاً إعداد الكوادر التعليمية لعقد ندوات وورش عمل بطرائق التعامل وتعليم الطفل التوحيدي ودورات للأسرة لضرورة استمرار عملية التعلم للطفل التوحيدي في المنزل بعد مغادرته المعهد أو المركز الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة.

الكلمات المفتاحية : (الطرائق العلاجية ، تعديل السلوك ، التوحد)

Abstract:

Our research, the therapeutic methods and their effect in modifying the child 's autistic behavior aims to identify the disorder of autism and the positive role of the family jointly and their relationship with the process of teaching autistic children. It is well known that the treatment of autism disorder is three-dimensional (therapeutic, psychological and social). The theoretical part of the first chapter includes research details, it covers a number of samples that reached (50) distributed among Al-Rajaa institute and Autism Specialist Center (Noor Al-Huda specialist center). As for the field aspect, it includes - in this research - the professional and scientific framework of this research in its first chapter. While the second chapter includes the basic and specialized data and the third one shows the most important results which confirmed the success of the application of therapeutic methods to modify the behavior and disorders in the autistic child and also the role of the family in its emphasis on the modification of the behavior of its children after the application of scientific methods. The needed recommendations were to exchange experiences and information between the centers and institutes in countries and to open institutes and research centers for the ambiguity that surrounds the disorder of autism in all kinds and also to prepare a staff for training seminars and workshops about ways of dealing and teaching autistic children and courses for families too, for the need to continue the learning process of the autistic child at home after leaving the institute or the center.

2 May 2019

Key word: (therapeutic methods, modifying, autistic)

المقدمة:

أن بحثنا الموسوم (طرائق العلاجية وأثرها في تعديل سلوك الطفل التوحيدي) ما هو الا سعيًا وراء الفهم ورغبة في كسب المعلومات عن هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وأن أهمية تناولنا لهذا الموضوع كونها تلقي الضوء على مرحلة غير طبيعية في نمو الطفل وهي المدة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته. ويجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية في العلاج ونعني بالعلاج هو التعديل في السلوك عن طريق تطبيق برامج تعليمية وتدريبية وتأهيلية لرفع أداء الطفل التوحيدي، كما أن اهتمامنا بهذه الإعاقة جاء من خطورة مضاعفات الإصابة بهذا الاضطراب مما يتطلب منا كأكاديميين للبحث في هذا الموضوع لنقدم جهدنا المتواضع في خدمة هذه الفئة التي لا يخلو منها أي مجتمع ولا سيما وأن نسبته في تزايد في المجتمعات.

الفصل الأول: الإطار العلمي والنظري للبحث

المبحث الأول: المشكلة والأهداف و المفاهيم

١- مشكلة البحث :

ان اضطراب التوحد هو خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد اسبابه بدقة ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويمتاز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والادراكي والتواصل مع الآخرين من هذا المنطلق جاءت أهمية تناولنا لمشكلة بحثنا الموسوم (طرائق العلاجية وأثرها في تعديل سلوك الطفل التوحيدي) لكي نعمل على تنمية المهارات لدى الطفل التوحيدي والقدرات التي يتمتع بها وذلك لغرض تعديل سلوكه ومن ثم دمجها في المجتمع.

أهداف البحث :

يهدف البحث إلى :

- ١- التعرف على اضطراب التوحد وأنواعه وطرائق تشخيصه.
- ٢- التعرف على أهم الطرق العلاجية التي لها تأثير في تعديل سلوك الطفل التوحيدي.
- ٣- التعرف على الشراكة الايجابية للأسرة في علاج أبنائها.
- ٤- الخروج بأهم النتائج والتوصيات من البحث الميداني.
- ١- المجال البشري : هو مجتمع البحث المتمثل بعينة البحث البالغة (٥٠) مبحوث من الأطفال المصابين باضطراب التوحد الذي سيجري البحث عليهم.
- ٢- المجال المكاني : ويقصد به البيئة أو المنطقة الجغرافية التي سيجري فيها البحث، وقد حددت الباحثة الأطفال المصابين باضطراب التوحد المتواجدين في معهد (الرجاء ومعهد نور الهدى) في مدينة بغداد.
- ٣- المجال الزمني : نعني به السقف الزمني المحدد لإنجاز البحث واستغرق المدة الزمنية من ٢٠١٨/١٢/١٥ وإلى ٢٠١٩/٤/٢.

المفاهيم والمصطلحات العلمية:

١- طرائق العلاج:

ونعني بها الأنماط المختلفة للعلاج وتشمل أساليب علاجية فردية يفترض أنها تساعد كطريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد من جوانب الخلل التي يعاني منها الطفل التوحيدي، بل تتعامل مع الطفل بشكل فردي

2 May 2019

وبحسب قدراته الاجتماعية والتعليمية والعقلية واللغوية، وفقاً لاختبارات علمية مدروسة ودقيقة، ويدخل إلى عالم الطفل ليستغل نقاط القوة لديه ومعرفة اهتمامه وميوله وما يمتلكه من قدرات خاصة ليستفيد منها في عملية تعديل السلوك والتدريب والتعلم^(١).

٢- تعديل السلوك:

إن تعديل السلوك هو طريقة في التعلم واسعة ولا بد من معرفة مفهوم تعديل السلوك أولاً: تعديل السلوك هو (عبارة عن شكل من أشكال العلاج الذي يهتم بتغيير السلوك الملاحظ، وأن موضوع الاهتمام الرئيس فيه هو أن السلوك يمكن ملاحظته في الطفل التوحدي على شكل اضطرابات وإعاقة عقلية وتعليمية واجتماعية وانفعالية، وقد وضع العالم النفسي (سكنر) نظريته (الاشراط الاجرائي) والتي ظهرت نتائجها بشكل جيد مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في تعليمهم المهارات الاجتماعية واللغوية والمهنية وكذلك الاعتماد على النفس، وهذه الطريقة تقوم على مبدأ التعزيز حيث قال سكنر مقولته الشهيرة "بأن السلوك محكوم بنتائجه"، وأن السلوك والافعال التي يقوم بها الإنسان محكومة بنتائج هذا السلوك أما بتكرارها أو بالابتعاد عنها فإذا كانت مرغوب بها سوف يؤدي إلى تكرارها وإذا كانت غير مرغوبها سوف يؤدي إلى الإطفاء وعدم التكرار. أما المعنى لتعديل السلوك هو التطبيق الفعلي لمبادئ السلوك على مشكلات السلوك، والعلاج هنا يسمى (بالعلاج السلوكي) ويقوم تعديل السلوك على تكوين المهارات وأساليب السلوك الجديدة، واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوب بها^(٢).

٣- الطفل التوحدي (اللاوتيزم):

تعرف كلاً من الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين ومنظمة الصحة العالمية التوحد بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاث أعراض أساسية وهي القصور في (التواصل المتبادل) اللفظي وغير اللفظي، وإظهار سلوكيات نمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات على أن تظهر هذه الأعراض قبل سن (٣) سنوات^(٣). وأشارت معظم التعاريف إلى وصفهم بالانعزال والانسحاب والنمو غير السوي والفشل في إقامة علاقات مع الآخرين^(٤).

أنواع اضطراب التوحد في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي التشخيصي DSM-5

إن هدف اهتمام المختصين في عملية تشخيص اضطراب التوحد تشخيصاً دقيقاً هو إزالة الغموض والنقاط بين الاضطرابات المختلفة مما دفع باللجنة العلمية التي أخذت على عاتقها إعداد الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي (DSM-5) والذي استخدم مسمى جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD) والذي يجمع ما يعرف سابقاً باضطراب الذاتوي (التوحد) ومتلازمة اسبرجر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب التفكك الطفولي ضمن مسمى واحد وتختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأربعة، كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية إلى جانب الاضطرابات العقلية واضطرابات

(١) د. عبد الحافظ سلامة ود. سمير أبو مغلي، المناهج والأساليب في التربية الخاصة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، ٢٠٠٧، ص ٩٦.

(٢) المصدر السابق، ص ٩٥.

(٣) د. طارق عامر، الطفل التوحدي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٨، ص ١٠٧-١١٧.

(٤) من هم أطفال التوحد، هديل الجمال، ٣١ مارس ٢٠١٦ mawdoo3.com

2 May 2019

التواصل، وصعوبات التعلم المحددة، والاضطرابات الحركية، وضعف الانتباه والنشاط الزائد^(٥). كما سنرى من خلال بحثنا التأكيد على هذه الأعراض.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة

١ - دراسة عراقية:

قامت الباحثة عاتكة فخري بالدراسة الموسومة (المنظومة الاجتماعية للمصابين باضطراب التوحد) أجريت الدراسة في العراق على عينة حجمها (٣٥) طفل (٣٠) ذكور مصابين باضطراب التوحد المتواجدين في (مركز رامي) واستخدمت الباحثة أدوات الدراسة المقابلة والملاحظة واستمارة الاستبانة والسجلات الخاصة بالطفل التوحدي ومن خلال برامج تقدم لهؤلاء الأطفال وكانت فكرة البرنامج تتمثل بالخطوة الأولى وهي تدريبه على اطالة مدة تركيز النظر إلى الأشياء والأشخاص على أساس أن حاسة البصر هي إحدى أدوات التعلم المهمة إلى جانب باقي الحواس فضلاً عن تدريب الطفل على التأزر الحسي والحركي الذي يمكنه من تعلم مهارات مختلفة ثم تدريب الطفل على كيفية توظيف مهارات التأزر البصري والحسي والحركي في التواصل والتفاعل الاجتماعي من خلال استعمال الإشارة أو بعض الأصوات والكلمات حسب قدرة الطفل وتوصلت الباحثة إلى أن الأطفال اظهروا تحسن في جميع الجوانب وإن أغلبهم كانوا مصابين بالتوحد البسيط ممن لديهم لغة منطوقة فضلاً عن تقوية التفاعل الاجتماعي والحركي لديهم^(٦).

٢ - دراسة عربية:

قام الباحث اسماعيل محمد بدر بالدراسة الموسومة (مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد) أجريت الدراسة في جمهورية مصر وتهدف الدراسة إلى تطبيق برنامج علاجي تربوي هو العلاج بالحياة اليومية وهو نوع من البرامج التي تطبق في مدارس التربية الخاصة وأنه أثبت فاعليته مع أطفال التوحد والبرنامج يسير وفق خمسة مبادئ هي التعليم الموجه للمجموعة وتعليم الأنشطة الروتينية والتعلم من خلال التقليد وتقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصادم وأخيراً المنهج الذي يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية أو (الحركة) وتتكون العينة من (٤) أطفال مصابين بالتوحد من الذكور وأعمارهم من (٥.٦-٧.٨) وكانوا يعانون من اضطرابات انفعالية واضطرابات اجتماعية ولغوية والأنماط السلوكية النمطية واتضح من الدراسة مدى فاعلية ونجاح برنامج العلاج بالحياة اليومية وتحسن حالات الأطفال ذوي التوحد ويرجع ذلك إلى البرنامج التدريبي للحياة اليومية^(٧).

٣ - دراسة أجنبية :

قام اسكوتلاند في عام (٢٠٠٠) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر برنامج التدخل المبكر في تحسين مهارات التواصل في مرحلة ما قبل اللغة وخفض بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب مثل الأثرة الذاتية لدى عينة من أطفال التوحد غير الناطقين الذين بلغ عددهم (٨) طفلاً ممن هم أقل من (١٥) سنة وذلك عن طريق استعمال

(٥) د. نادية شعبان مصطفى د. احلام دانيال يوحنا، المصاداة لدى الأطفال الذاتيين (أساليب التعامل معها)، منشورات أخوية المحبة، بغداد، ٢٠١٨، ص ١٢.

(٦) عاتكة فخري، المنظومة الاجتماعية للمصابين باضطراب التوحد (دراسة ميدانية في مدينة بغداد)، رسالة ماجستير مقدمة لقسم الاجتماع في كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٠٩، ص ٢١٥-٢١٧.

(٧) اسماعيل محمد بدر، مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد، مصر، ١٩٩٧، ص ١١٧-١١٩.

2 May 2019

اسلوب التقييم والتركيب والتدخل المبكر، والتدخل المكثف، وقد تم بناء أداة لتقييم التحسن الذي يحرزه الأطفال في قدراتهم على التواصل بمتابعة أدائهم على أنشطة البرنامج التي تضمنت مواقف الحياة اليومية للتواصل كالتواصل الجسدي والتعاون واللعب والاستمتاع والاستيعاب اللفظي وقد اسفرت النتائج عن اهمية التدخل المبكر في تطوير مهارات التواصل ما قبل اللغة فضلا عن تحسن قدرة الأطفال على التواصل بأنشطة الحياة اليومية^(٨).

المبحث الثالث: ايجابيات تعلم الطفل التوحدي واثرا في تعديل سلوك الطفل التوحدي

يتم التعديل السلوكي من خلال التعرف على أداء الطفل التوحدي والذي يختلف من واحد إلى آخر، وملاحظة اتفاق الأسرة على سلوكه المشكل، وأيضاً مراجعة أي علاجات سابقة تعاملت مع الطفل، وترتيب مشكلاته السلوكية وفقاً لأولوياتها مع الأخذ في الاعتبار المشكلة الواضحة والقابلة للقياس المباشر، والمشكلة التي يؤثر علاجها في علاج الطفل ومشكلاته السلوكية الأخرى، والمشكلة التي لم يتدخل لعلاجها ستسبب ضرراً والهدف من تعديل سلوك الطفل التوحدي ليس الغاء سلوك عنده غير مرغوب فيه وتعديل سلوك معين ولكن الهدف الاساسي هو استقرار التغيير الايجابي لصالح الطفل من خلال مساعدته على التنظيم الذاتي^(٩).

أهداف تعديل سلوك الطفل التوحدي:

- ١- يهدف التعديل من اجل خدمة الطفل يخفض سلوك الطفل التظاهري بالصمم.
- ٢- تخفيف نشاطه المفرط.
- ٣- زيادة اختلاطه بالأطفال الآخرين.
- ٤- زيادة التواصل البصري للطفل التوحدي عند التحدث مع الآخرين.
- ٥- تتحسن المهارات الاجتماعية لأطفال التوحد عند تناول فيتامين (بي ٦) ، وهناك ابحاث كثيرة تدور حول كيفية التحكم في حركات الطفل التوحدي وتفاعله الاجتماعي وكانت نسبة النجاح (٣-٥%) من الأطفال الذين وضعوا تحت العلاج ولكن بشرط أن يبدأ العلاج في سن مبكر^(١٠).

المبحث الرابع: النظام التعليمي للطفل التوحدي

يميل التوحيديون إلى اسلوب واحد للتعلم (البصري أو السمعى) وإذا كان الطفل يحب النظر إلى الكتب المصورة ومشاهدة التلفزيون بصوت أو بدون صوت وبمعنى النظر في الناس والأشياء فهو (يتعلم بالمشاهدة) وإذا كان يتكلم كثيراً ويشبع استمتاعه بالكلام ويحب الاستماع إلى الاجهزة الصوتية فهو (يتعلم بالاستماع)، وهناك أطفال يحبون التعلم (بالممارسة اليدوية) ومظاهرهم هي أخذ الأشياء وفرزها ويعيثون بالأضرار ويفتحون الأدراج ومعرفة الطريقة التي يفضلها الطفل التوحدي تزيد في امكانية تعلمه، وأفضل طرق التعلم هي الجمع بين الأساليب الثلاثة (البصري والسمعي واليدوي)^(١١).

⁽⁸⁾ Scotland, A (2000), Non-Speech Communication and Childhood autism; language, speech and hearing services in schools, journal of autism and developmental disorders, P.245-257.

⁽⁹⁾ جمال الخطيب ومنى الحديدي، التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة، دار الطفل ناشرون وموزعون، الاردن، ٢٠١٦، ص ٨٢.

^(١٠) كيف يتم تشخيص مرض التوحد ، غادة الحلايقة، ٤ ديسمبر ٢٠١٤ mawdoo3.com

^(١١) د. سوسن شاكر الجلبى، التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه وعلاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة، سوريا، ٢٠٠٥، ص ١١١.

2 May 2019

ويقوم المختص بالملاحظة وتسجيل قدرات الطفل في المحاور الآتية :

- ١- المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية و حجم ومحتوى الحصيلة أو الرصيد اللغوي (قبل بدأ البرنامج) ومهارات استعمالها في التخاطب مع الآخرين.
 - ٢- المهارات الاجتماعية والمعرفية ومستوى نموها الحالي بالمقارنة مع العمر الزمني للطفل والسلوكيات الاجتماعية في المواقف والمناسبات الخاصة.
 - ٣- السلوكيات الشاذة والنمطية غير الهادفة التي يتكرر اندماج الطفل فيها لفترات زمنية طويلة وقدرات التحكم في سلوكياته.
 - ٤- نواحي القصور وعيوب النطق والكلام والتخاطب.
 - ٥- مستويات الإدراك الحسي والاستجابات الحسية الغير عادية للمثيرات السببية.
 - ٦- المهارات الأكاديمية (التعليمية) قبل بدأ البرنامج بالمقارنة مع العمر العقلي.
 - ٧- المصادر والاستراتيجيات التي تستخدم في تنفيذ البرنامج وتحقيق أهدافه وتوزيع مكوناته على أعضاء فريق العمل المختص والاختصاصي النفسي والاجتماعي وطبيب الأطفال واستاذ الموسيقى والرياضة ... الخ والعائلة^(١٢).
- أن الهدف من ذلك : هو مساعدة الطفل على ادراك الزمان والتوجه في الفضاء عن طريق الصور، الاشارات، وتعليمات كتابية وكذلك الهدف هو تعزيز استقلاليته عن طريق الاداء ونقاط القوة^(١٣).
- يتم بعد تحديد الطريقة المناسبة لتعليم الطفل التوحدي بعمل قياس للتقييم بعد تنفيذ البرنامج الخاص بتعليمه من خلال استمارة خاصة بها كل البيانات التي تصف سلوكه بدقة بعد هذا التقييم يتم وضع خطة قصيرة الامد واخرى طويلة من اجل تطبيق برنامج التأهيل بجوانبه وابعاده وبأساليب تربية مصحوبة بممارسة الألعاب إلى جانب العلاج التخاطبي^(١٤).

المبحث الخامس: دور الأسرة في تعليم الطفل التوحدي (شريك عملية التعليم) :

أن أولياء أمور الأطفال التوحدين لهم دور كبير إذ إن اللغة هي عملية تلقين من خلال ما يكتسبها الأطفال ولهذا فإن معظم الارشادات تكتسب من الأسرة ومن خصائص التربية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة هو التركيز على الاسرة اضافة إلى كل من معلم التربية الخاصة، والمرشد النفسي، واختصاصي التخاطب واللغة وآخرون، وأن كل مجهود بدون الأسرة يعتبر قليل الفائدة إذ أن أهمية مشاركة الأسرة في البرامج التعليمية المقدمة لأطفالهم كبير وذلك لأن بإمكان الاسرة استكمال دور المؤسسة وذلك نظراً لقضاء الطفل وقت كبير في المنزل يحتاج خلاله لتعديل سلوكه غير السوي أو اكتسابه سلوكيات مرغوبة وايضا تتيب السلوكيات والمهارات التي تحاول تلقينها للطفل في المؤسسة كذلك امكانية تدريب عدد من اولياء أمور الأطفال التوحدين فضلا عن زيادة فرص المشاركة والتعاون مع المؤسسة من اجل طفلها ويمكن تدريب الاسرة على مهارات التنشئة والتهديب ومهارات اللغة والتغذية وغيرها بهدف اكتسابهم سلوكيات جديدة لممارستها من قبل طفلهم وما يميز هذا هو

(١٢) د. سوسن شاكر الجليبي، التوحد الطفولي، مصدر سابق، ص ١١٢.

(١٣) التربية للجميع، الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٤١٣-٤١٥. البرامج التربوية (العلاجية). <http://m.facabook.com>

(١٤) محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطراب التوحد، مكتبة ابن سينا، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ٣٩.

2 May 2019

تعزيز العلاقة بين المهنيين والوالدين ورغم ذلك يبقى المهنيين لهم السلطة على الوالدين كوعاء معرفي وكمقيمين لأداء الوالدين^(١٥).

دور الأسرة الايجابي في تعليم الطفل التوحيدي :

ان للأسرة دور تّؤديه مع الطفل التوحيدي ومشاركتهم في البرنامج العلاجي له بالغ الأثر الايجابي في تطوير هذه المهارات بشكل فعال اكثر وبالتالي فان اعطاء الوالدين المعلومات والنصح والتوجيه والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الخاصة باضطراب طفلهم التوحيدي يساعدهم في تطوير المهارات المناسبة لدى هذا الطفل^(١٦)، أن أفضل علاقة تربط بين اخصائي النطق واللغة كمتخصص في تشخيص وعلاج الاضطرابات التواصلية وبين الوالدين كخبراء لطفلهم ومعرفتهم ببيئته الطبيعية وحياته اليومية والخبرات المختلفة التي يتعرض لها فضلاً عن احتياجاته الخاصة وطباعه؛ هي علاقة الشراكة وذلك للوصول لأفضل طريقة للتدخل لعلاج مشكلة الطفل والخطوة الأولى في تطبيق هذه الشراكة بتدريب الوالدين وإعطائهما الأدوات المناسبة التي ستساعدهما في تطوير مهارات الطفل والذي انعكس بشكل واضح على كمية الدعم المادي الذي أولته الحكومة الأمريكية على الرغم من الازمة الاقتصادية الحالية والذي وصل إلى (٢١١) مليون دولار تبعاً لتقرير الجمعية الأمريكية للتوحد حيث يعتبر تدريب الوالدين خصوصاً اثناء المراحل المبكرة لحياة الطفل عنصراً مهماً في أي برنامج علاجي^(١٧).

أهمية دور الوالدين في العلاج:

اثبتت الدراسات أن أهمية دور الوالدين لأطفال التوحد في تنمية المهارات التواصلية لدى أطفالهم وذلك لأن الوالدين يمثلون الجزء الأكبر في عالم الطفل والذي تتضاءل أمامه كل الأدوار الأخرى من الناحية الكمية، إذ يقضي الطفل عدداً كبيراً من الساعات مع والديه في حين أنه يقضي عدداً محدوداً من الساعات مع ذوي الاختصاص^(١٨).

المبحث السادس: أهم الطرائق العلاجية التي لها تأثير في تعديل سلوك الطفل التوحيدي

١- علاج الحياة اليومية Daily Life Therapy at the Boston Higashi:

برنامج ياباني انشأته (كيتارا) في مدينة طوكيو عام ١٩٦٤ ومعنى هيجاشي عند اليابانيين (الأمل) يركز البرنامج على وجود علاقة بين جسم الطفل وروحه ويرتكز على التعلم باستعمال المجموعات والتقليل من الاعتماد على التعلم الفردي إذ يهدف البرنامج إلى استقرار انفعالات ومشاعر الطفل التوحيدي وإيجاد توازن في جميع مجالات حياته فضلاً عن العمل على تطوير قدرته العقلية والتفكير المنطقي والقدرة على اتباع التعليمات من خلال تطوير مهارات موجودة عند الطفل وبعد تسجيل الطفل ضمن البرنامج يتم التخطيط لجميع اوقات الطفل على مدار (٢٤) ساعة مع الأخذ بعين الاعتبار جميع مجالات الحياة وبمساعدة والدي الطفل ولا يقبل في الصف

(١٥) د. نادية شعبان مصطفى وأحلام دانيال يوحنا، المصاداة لدى الأطفال الذاتيين، أساليب التعامل معها، الجزء الأول منشورات أخوية المحبة (كاريتاس)، بغداد، ٢٠١٨، ص ٤٥-٤٦.

(١٦) محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، مكتبة ابن سينا، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ٣٩.

(١٧) د. حنان عبد الحميد العناني، الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر، عمان، ٢٠٠٠، ص ٢٨.

(١٨) د. عبد الرحمن سيد سليمان، الذاتية، مكتبة الزهراء الشرقية، القاهرة، ١٩٩٩، ص ٩٥.

2 May 2019

الدراسي المصابين بالصرع الشديد^(١٩) . وعدد الطلبة (٦-١) في الصف الدراسي الواحد ويستخدم أسلوب التقنين في تعليم المهارات والتقليل من السلوك غير المرغوب فيه باستعمال أسلوب الإطفاء والتعزيز^(٢٠).

٢- طريقة لوفاس (طريقة تحليل السلوك Behavior Analysis Therapy):

وتسمى العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك هو عبارة عن استجابة لمؤثر ما، ومبتكر هذه الطريقة هو استاذ الطب النفسي (Lovaas) حيث يدير الآن مركزاً (UCIA) جامعة لوس انجلوس، كاليفورنيا، متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد^(٢١).

واساس هذه الطريقة قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافئة الطفل على سلوك جيد أو على عدم ارتكاب السلوك السيء، كما يتم عقابه (كقول قف أو عدم اعطائه شيئاً يحبه) عن كل سلوك سيء، ويهدف البرنامج إلى دمج أفضل في المجتمع عن طريق زيادة السلوكيات الايجابية وخفض السلوكيات غير المتكيفة انطلاقاً من مبدأ الاشتراط الاجرائي وتشير النتائج إلى ان لوفاس حصل على تمكن (٥٠%) من الأطفال الذين تم تطبيق البرنامج عليهم قبل سن الثالثة (٢-٣) سنة من متابعة تحصيلهم الدراسي بدون مساعدة كما كشفت عن تمتعهم بوظائفية لا تختلف عن الأطفال العاديين^(٢٢).

٣- برنامج الضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة:

مؤسسة (أريك شكولر) في جامعة (نورث كارولينا) الأمريكية:

وهو منتشر في معظم العالم ويهدف إلى مساعدة الأطفال ليصبحوا أكثر استقلالية من خلال تنمية مهارات التواصل والقدرة على اتخاذ القرار ويركز على مهارات تواصل مناسبة واستقلالية الشخصية ويهتم بالأطفال التوحديين من عمر سنتين وترتكز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة ويمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية وتضعه في مواقف غير مشتتة وهذا يقلل من المشاكل السلوكية للطفل ويدفعه نحو المزيد من الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس بالإضافة إلى ان البرنامج يهتم بتقليل المشكلات السلوكية، تكييف البيئة التعليمية، وتنمية السلوك الاجتماعي، باستعمال استراتيجيات تعديل السلوك مثل التعزيز، وتحليل المهمة^(٢٣).

ومن ركائز التعليم المنظم هي :

١- تكوين روتين محدد Establishing Configure a specific routine.

٢- تنظيم المساحات Physical Structure.

٣- الجداول اليومية Daily Schedules.

^(١٩) إسماعيل محمد بدر، مدى فاعلية برنامج الحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، ص٧٢٧.

^(٢٠) وفاء الشامي، سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، الرياض، ٢٠٠٤، ص٣٤.

^(٢١) محمد محمد عودة، تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠١٥، ص٩٩.

^(٢٢) جانيث نصار وآخرون، التوحد، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت، ٢٠١٠، ص٨٠.

^(٢٣) د. رابية إبراهيم حكيم، دليل للتعامل مع التوحد، مكتبة جديد، جدة، ٢٠٠٣، ص٩٥.

2 May 2019

٤- التعليم البصري Visual instruction^(٢٤) .

٤- طريقة التواصل المُيسر :Facilitated Communication

هذه الطريقة هي إحدى الفنيات المعززة للتواصل الشخصي للغير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوي محدود ولذلك فهو يحتاج إلى (ميسر) يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم الشخص التوحدي أو مسك ذراعه بينما الفرد الذاتي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحد تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساعدة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن تؤدي في النهاية إلى قدرته على التواصل غير المعتمد على الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يؤكد أساساً على تنمية مهارات الكتابة.

٥- طريقة العلاج بالمسك أو الاحتضان :Holding Therapy

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق يُسيطر على الطفل التوحد ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحابه اجتماعياً وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا انعدام التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث. هذا العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بأحكام حتى يكتسب الهدوء يعد إطلاق حالة من الضيق ومن ثم سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى المعالجة (الأب، الأم، المعلم ... الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (٤٥) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً في هذا الوقت الطويل. وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمهات التوحدين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وأن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى القبول وعدم الممانعة وقد أشار الأهالي من خلال ذلك العلاج بأن أطفالهم بدأوا في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما افادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي^(٢٥).

اطفال التوحد

طاقات ، ابداع ، استثمار

٦- العلاج الحسي باللعب للطفل التوحد:

يعاني الطفل التوحد من اضطرابات نمائية في تواصله الحسي نتيجة قدراته الحسية المحدودة وكثيراً ما ترغب الأسرة في أن ترى طفلها التوحد يلعب مثل الاسوياء كما ينبغي أن يكون حيث يجب البحث دائماً عن الأدوات والألعاب التي تميز انتباه الطفل وتجذبه بشرط أن تكون متناسبة مع قدراته الحسية^(٢٦).

٧- العلاج بالتدريب على التكامل السمعي :Auditory in Tervention Training

وتكون أراء المربين لهذه الطريقة للأشخاص المصابين بالتوحد من المصابين بحساسية في السمع (أما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات لآذان الأشخاص التوحدين بحيث يستمعون لموسيقى ثم تركيبها بشكل رقمي (ديجتال) بحيث تؤدي تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة

^(٢٤) رائد الشيخ ذيب، الدورة الأولى في التوحد، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سوريا)، سوريا، ٢٠٠٥، ص ٢٠.

^(٢٥) د. عامر طارق، الطفل التوحد، مصدر سابق، ص ١٥٣.

^(٢٦) West, k, Child Centered play therapy, loader and Stoughton, London, 1993.

2 May 2019

نقصها. وفي البحوث التي أجريت حول التكامل والتدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث اشخاص مؤيدين لهذه الطريقة أو ممارسون لها. وتعد الألعاب التي تستعمل باللمس مفيدة جداً مثل الكرات البلاستيكية أو حبات الخرز الدائرية والكروية والبيضوية والمجسمات المصنوعة على هيئة إنسان وحيوانات واشكال مضحكة ومسلية أو غير ذلك من الألعاب التي تنمي أطراف حواسه كما أن الألعاب المتحركة التي تتحدى الطفل التوحدي في كيفية السيطرة عليها تعتبر في بعض الاحيان مفيدة وجذابة لأنها تزودهم بأحاسيس مثيرة.

٨- العلاج بالموسيقى Music Therapy :

هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بأطفال التوحد وتكون نتائجه جيدة، فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على مهارة تمتد فائدتها لأحداث تغيرات مرغوبة في السلوك ويقوم أخصائي العلاج الطبيعي باستعمال الموسيقى^(٢٧)، والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله أثار ايجابية في تهدئة الأطفال التوحديين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل أمثال اسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والإفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل.

الفصل الثاني: منهجية البحث وعرض وتحليل البيانات

المبحث الأول: منهجية البحث

تعد عملية اختيار المنهج الملائم لطبيعة الدراسة ذات أهمية للباحث وذلك لتحقيق الأهداف من هذا المنطلق تم اختيار المنهج الوصفي وقد يتطلب اختيار العينة الإحصائية أموراً عدة لتحديد العينة وتركزها في منطقة جغرافية دون غيرها^(٢٨). لقد استعملت الباحثة العينة العشوائية لأنها ممثلة لمجتمع البحث وعاكسه للبيانات والحقائق التي يتسم بها المجتمع المبحوث وتعطي فرصة متساوية لجميع وحدات المجتمع الأصلي^(٢٩)، وقد استخدمت الباحثة قانون موزر في قياس حجم العينة المطلوب وكما مبين ادناه.

أولاً : تحديد حجم العينة :

يتوقف حجم العينة على نسبة تجانس وتقارب افراد العينة الممثلة للمجتمع الاصلي فإنه يمكن أخذ عدد صغير ومعبّر عن واقع حال المجتمع الاصلي وتمثل العينة المجتمع بشكل صادق وبما أن بحثنا يتناول فئات عمرية من المصابين بالتوحد فإن مجتمع الدراسة يمثل كل الأطفال المتواجدين في المعاهد المتخصصة باضطراب التوحد وهو مجتمع متجانس نوعاً ما في صفاته وقد استخدمت الباحثة قانون (موزر) لتحديد حجم العينة كما يأتي أدناه^(٣٠).

$$\frac{2(2)}{1.96} = ع ٢٥$$
$$ن د = ٥٠ \text{ حجم العينة}$$

ثانياً: اختبار مصداقية العينة :

^(٢٧) عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطي، قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٢، ص ٥٢-٥٣.

^(٢٨) عزيز حنا داوود وآخرون، مناهج البحث التربوي، دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد، ١٩٩٠، ص ٩١.

^(٢٩) د. ناهدة عبد الكريم حافظ، مناهج البحث الاجتماعي، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١، ص ٧٣.

^(٣٠) Mozar, C. A., Sarve Methods in social investigation, London, 1983, P.15.

2 May 2019

ان الهدف من اجراء هذه العملية هو التأكد من مصداقية العينة لتمثيلها للمجتمع الأصلي وبعد اجراء الاختبار فإذا حصلنا على نتيجة تقل عن (١.٩٦) على مستوى ثقة (٩٥%) أو (٢.٥٨) على مستوى ثقة (٩٩%) فإن العملية تتكون صادقة أما إذا كانت النتائج دون ذلك فإن العينة آنذاك لا تمثل المجتمع الأصلي وعندها ترفض العينة^(٣١).

$$Y = S + 2.58 \times \frac{E}{N}$$

$$Y = 16.7 + 0.009$$

Y = 16.7 اعتمدت الباحثة القيمة السالبة واستعملت قانون (test)

$$T = \frac{S - Y^2}{E \cdot N}$$

$$T = 2.18$$

لا يوجد فرق معنوي على مستوى ثقة (٩٩%) لأن النتيجة هي أقل من ٢.٥٨ القيمة الجدولية وعليه فإن العينة المختارة كانت صادقة في تمثيلها للمجتمع الأصلي^(٣٢).

أدوات جمع البيانات :

بعد الانتهاء من تصميم العينة قامت الباحثة بتحديد أدوات والوسائل المستخدمة بالبحث، ومن أهم الأدوات والوسائل المستخدمة في دراستنا هي^(٣٣) :

١- استمارة الاستبانة Questionnaire

٢- المقابلة Interview

٣- الملاحظة البسيطة Simple Observation

أولاً: العينة الاستطلاعية: لكي تتعرف الباحثة على أهم الطرق العلاجية التي تؤثر في تعديل سلوك الطفل المصاب باضطراب التوحد فقد وجهت الباحثة أسئلة مفتوحة عن طريق مقابلتها للأسرة و المعلمة و الأخصائي الاجتماعي وتم الإجابة عنها ثم قامت الباحثة بتحويل تلك الاجابات إلى استمارة استبانة.

ثانياً: تصميم استمارة الاستبانة: وهي مجموعة الأسئلة التي تتعلق بموضوع البحث وتشمل حقلين الحقل الأول أسئلة أساسية عن الجنس والعمر ... الخ والحقل الثاني أسئلة تتعلق بتصميم موضوع البحث الحالي.

ثالثاً: صدق استمارة الاستبانة: وهو مدى تحقيق المقياس للهدف الذي من أجله وضع المقياس وقد تم ذلك من خلال عرض الاستبانة على هيئة التحكيم من اساتذة في قسم الاجتماع وعلم النفس والتربية الخاصة وذلك لتحديد مدى صلاحية الفقرات الخاصة بموضوع البحث وقد عدلت بعض الأسئلة وحذفت البعض الآخر ثم تم تنظيمها بالشكل الحالي.

^(٣١) الدكتور احسان محمد الحسن وعبد المنعم الحسن، طرق البحث الاجتماعي، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، ١٩٨٣، ص ١٥٣.

^(٣٢) د. احسان محمد الحسن وعبد الحسين زيني، الاحصاء الاجتماعي، مديرية دار الكتب والنشر، جامعة الموصل، ١٩٨٢، ص ١٥٣.

^(٣٣) د. احسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، ط ٣، بيروت، ١٩٨٦، ص ١٣٩ -

2 May 2019

رابعاً: **ثبات القياس**: يشير الثبات إلى الحصول على النتائج نفسها في المرات التي يطبق فيها على الافراد أنفسهم، فإذا دل التطبيق الثاني للمقياس على النتائج نفسها دل ذلك على ثبات الاستمارة. وبعد جمع المعلومات في جداول واستخراج معامل الثبات للمرتان من الاستبيان لنفس الافراد واستخدمنا قانون بيرسون وكان معامل الارتباط الكلي للمقياس هو ٠.٩٠. وعدت هذه القيمة كافية لأغراض البحث.

خامساً: **المقابلة**: هي إحدى أدوات جمع البيانات من المبحوث ويتم فيها الطلب من المبحوث بالإجابة عن الأسئلة وهنا اجاب عنه أسرة المبحوث ومعلمة التربية الخاصة والاختصاصي الاجتماعي عن البعض الآخر من الأسئلة.

سادساً: **الملاحظة**: تمت ملاحظة ومعايشة بعض افراد البحث من خلال الزيارة الميدانية للمعهد والمركز وسجلت ملاحظات دقيقة عن سلوك المبحوث وحالته وهو متواجد في المعهد أو المركز لتأخذ الباحثة صورة حقيقية عن الأوضاع والمواقف التي تمر بها وحدات العينة^(٣٤).

سابعاً: **تويب البيانات الإحصائية وتحليلها وتفسيرها**: وقد قامت الباحثة بعملية فحص وتدقيق ثم ترميز الاستمارات ثم وضعها على شكل جداول إحصائية لكي تحلل وتفسر البيانات الاساسية والاختصاصية، ثم يعلق عليها.

ثامناً: **أهم الاجراءات الإحصائية المستخدمة في الجانب الميداني**: تم استعمال القوانين الآتية:

- ١- قانون النسبة المئوية. ٢- قانون موزر. ٣- قانون بيرسون. ٤- قانون الوسط الحسابي.
- ٥- قانون الانحراف المعياري. ٦- قانون (T-test). ٧- قانون ليكرد لثلاث نقاط.

المبحث الثاني: البيانات الاساسية والتخصصية لوحدات العينة

أولاً: **البيانات الأساسية**:

١- **الجنس**:

جدول (١): يوضح جنس وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات
		جنس وحدات العينة
٧٠%	٣٥	ذكر
٣٠%	١٥	أنثى
١٠٠%	٥٠	المجموع

يوضح لنا جدول (١) أن (٣٥) من وحدات العينة كانوا ذكراً أي بنسبة (٧٠%) مقابل (١٥) أنثى ونسبة (٣٠%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث، وأشارت الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور غالباً ما تكون أكبر منها لدى الاناث ولقد لاحظ العالم كاتر زيادة الذكور أربع مرات في مجموعة الأطفال على الاناث^(٣٥).

^(٣٤) عامر إبراهيم القنديلجي، البحث العلمي واستعمال المصادر والمعلومات، دار الشؤون العامة، بغداد، ١٩٩٢، ص ٤٤-

٤٥.

^(٣٥) أ.د. سوسن شاكر الجبلي، التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع، سوريا، ٢٠٠٤، ص ٢١.

٢- الفئات العمرية:

جدول (٢): يوضح الفئات العمرية لوحدة العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات / الفئات العمرية
٢٤%	١٢	سنة (٤-٢)
٤٨%	٢٤	سنة (٧-٥)
١٦%	٨	سنة (١٠-٨)
١٢%	٦	سنة (١٣-١١)
١٠٠%	٥٠	المجموع

يوضح لنا جدول (٢) أن الفئة العمرية (٧-٥) سنة أخذت أعلى نسبة (٤٨%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث ثم جاءت بعدها الفئة (٤-٢) سنة حيث شكلت نسبتها (٢٤%) ثم الفئة (١٠-٨) سنة كانت نسبتها (١٦%) من حجم العينة وأخيراً جاءت الفئة العمرية (١٣-١١) سنة وكانت نسبتها (١٢%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث وبما أن العمر من العوامل المهمة التي تكسب الفرد الخبرات الحياتية والتجارب التي تساعد على تجاوز المشكلات التي تواجه حياته اليومية فأن وحدات العينة أعمارها صغيرة أي يمكننا تدريبهم وتأهيلهم لغرض دمجهم في المجتمع.

٣- حجم اسر وحدات العينة

جدول (٣): يوضح حجم اسر وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات / حجم اسر وحدات العينة
١٠%	٥	أفراد (٣-٢)
٢٠%	١٠	أفراد (٥-٤)
٤٠%	٢٠	أفراد (٧-٦)
٣٠%	١٥	أفراد (٨ فأكثر)
١٠٠%	٥٠	المجموع

يمثل حجم الأسرة من المتغيرات الأساسية في موضوع بحثنا وذلك لأنه كلما كان حجم الأسرة كبيراً كلما ازدادت احتياجات ومتطلبات الأسرة ولاسيما عندما يولد الأولاد وهم ذوو إعاقة حيث يحتاجون إلى رعاية خاصة وعناية فتشير دراستنا الميدانية إلى أن (٥) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (١٠%) يتراوح عدد افراد الأسرة (٣-٢) فرد في حين بلغ (١٠) مبحوثاً وبنسبة (٢٠%) يتراوح عددهم (٥-٤) افراد كما اشار (٢٠) مبحوث وبنسبة (٤٠%) يتراوح عددهم (٧-٦) أفراد، وأخيراً كان (١٥) مبحوث وبنسبة (٣٠%) عدد افرادهم (٨ أفراد - فأكثر) ليتضح لنا من ذلك ان افراد العينة تمتاز اسرهم بكون حجمها وهذا يتطلب من رب الأسرة في هذا البحث توفير جميع متطلبات الأسرة واحتياجاتها بما في ذلك متطلبات الفرد المعوق سواء لغرض العلاج أو غير ذلك والجدول (٢) يوضح ذلك علماً أن الوسط الحسابي لحجم الأسرة هو (٧) أفراد والانحراف المعياري هو (١).

2 May 2019

٤- التحصيل العلمي لآباء وحدات العينة :

جدول (٤): يوضح التحصيل العلمي لآباء وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات التحصيل العلمي للآباء
٨%	٤	أمي
١٦%	٨	شهادة ابتدائية
٢٠%	١٠	شهادة متوسطة
٢٢%	١١	شهادة اعدادية
٣٤%	١٧	شهادة جامعية
١٠٠%	٥٠	المجموع

يبين لنا الجدول (٤) أن التحصيل العلمي لآباء وحدات العينة من حملة الشهادة الجامعية أخذت أعلى نسبة من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث كانت نسبتهم (٣٤%) ثم جاءت بعدها شهادة الاعدادية لتأخذ نسبة (٢٢%) ثم جاءت نسبة الآباء من حملة الشهادة المتوسطة لتبلغ (٢٠%) وبعدها جاءت نسبة حملة الشهادة الابتدائية (١٦%) وأخيراً جاءت أقل نسبة للأميين حيث أخذت (٨%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث . من هذا العرض يتبين لنا صحة رأي (كانر) بأن أغلب آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من ذوي التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء يكرسون أوقاتهم لمهنتهم أكثر مما لعوائلهم وأطفالهم وبالذات الطفل التوحدي.

٥- التحصيل العلمي للآباء

جدول (٥): يوضح التحصيل العلمي لأمهات وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات التحصيل العلمي لأمهات
١٦%	٨	أمية
٨%	٤	شهادة الابتدائي
٢٤%	١٢	شهادة المتوسطة
٢٠%	١٠	شهادة الاعدادية
٣٢%	١٦	شهادة جامعية
١٠٠%	٥٠	المجموع

ليتنسنى لنا من عرض جدول (٥) أن التحصيل العلمي لأمهات وحدات العينة من حملة (الشهادة الجامعية) أخذت أعلى نسبة (٣٢%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث في حين اخذت حملة (الشهادة المتوسطة) بنسبة (٢٤%) وجاء بعدها نسبة لأمهات من حملة (الشهادة الاعدادية) (٢٠%) أما نسبة الأمهات الأميات فقد بلغت (١٦%) وأخيراً جاءت نسبة (٨%) للأمهات من حملة (الشهادة الابتدائية)، من هذا العرض يتبين لنا أن أحد أسباب التوحد هو ابتعاد الأم عن طفلها إذ أن أغلب أمهات أفراد العينة هن منشغلات عن أولادهن من خلال اهتماماتهن بالشؤون العلمية والعملية.

2 May 2019

٦- مهن آباء وحدات العينة :

جدول (٦): يوضح مهنة آباء وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات
		مهنة آباء وحدات العينة
٣٢%	١٦	كاسب
٦٨%	٣٤	موظف
١٠٠%	٥٠	المجموع

يبين لنا جدول (٦) أن مهنة آباء وحدات العينة (موظف) أخذت أعلى نسبة إذ بلغت (٦٨%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث وأن نسبة مهنة (كاسب) تأتي من بعدها حصلت على نسبة (٣٢%) وهذا أن دل على شيء فإنما يدل على أن أغلب آباء وحدات العينة هم في التزام وظيفي مما يضعف علاقتهم بأطفالهم المصابين باضطراب التوحد اهتمامهم بهم.

٧- مهنة أمهات وحدات العينة :

جدول (٧): يوضح مهنة أمهات وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات
		مهنة أمهات وحدات العينة
٦٤%	٣٢	ربة بيت
٦%	٣	عاملة
٣٠%	١٥	موظفة
١٠٠%	٥٠	المجموع

يتبين لنا من الجدول (٧) أن مهن أمهات وحدات العينة من (ربات البيوت) قد حصلت على أعلى نسبة من حجم العينة فقد بلغت نسبتها (٦٤%) وتأتي بالمرتبة الثانية مهنة (موظفة) وقد حصلت على (٣٠%) وأخيراً بلغت نسبة العاملات (٦%) من حجم العينة البالغ (٥٠) مبحوث، من خلال ذلك يظهر لنا عدم كفاية المورد المالي للأسرة والذي يضعف كاهل رب الأسرة مما يجعل الأسرة في حالة معاناة لسد احتياجات أفرادها ولا سيما الطفل التوحدي ومتطلبات رعايته الصحية وسد احتياجاته المادية، إذ أن المورد المادي عندما تشارك فيه الزوجة سوف يوفر امكانية اضافية لتلبية متطلبات افراد الأسرة والطفل التوحدي.

٨- المستوى الاقتصادي للأسرة :

جدول (٨): يوضح المستوى الاقتصادي للأسرة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات
		المستوى الاقتصادي
٢٤%	١٢	جيد
٥٦%	٢٨	متوسط
٢٠%	١٠	ضعيف
١٠٠%	٥٠	المجموع

2 May 2019

يتبين لنا من الجدول (٨) أن معظم أفراد العينة هم متوسطي الحال إذ بلغ عدد اجاباتهم (٢٨) مبحوث من أصل (٥٠) مبحوث حجم العينة وبنسبة (٥٦%) وهذا أن دل على شيء فإنما يدل على أن الأسرة ذات اقتصاد متوسط الحال وأن الأسرة في وضع صعب عند تقديم الخدمات والمستلزمات والمصروفات الخاصة برعاية طفلها المصاب بالتوحد.

ثالثاً: البيانات التخصصية :

٩- الفئة العمرية التي تم فيها تشخيص اضطراب التوحد لوحدة العينة:

جدول (٩): يوضح الفئة العمرية عند تشخيص وحدات العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات العمر الذي تم فيه التشخيص
٨%	٤	(٢-١) سنة
٥٦%	٢٨	(٤-٣) سنة
٣٢%	١٦	(٦-٥) سنة
٤%	٢	(٨-٧) سنة
١٠٠%	٥٠	المجموع

يتبين لنا من الجدول (٩) أن الفترة العمرية التي تم فيها تشخيص اضطراب التوحد لوحدة العينة كانت النسبة الأعلى للفترة العمرية (٤-٣) سنة فقد بلغت النسبة (٥٦%)، في حين بلغت نسبة الفترة العمرية (٦-٥) سنة (٣٢%) وجاءت بعدها الفترة العمرية (٢-١) سنة ونسبتها (٨%) ، واخيرا جاءت نسبة الفترة العمرية (٨-٧) سنة (٤%)، من هذا نرى بأن دراستنا الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في أن عملية التشخيص للطفل المصاب باضطراب التوحد تتم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

اطفال التوحد

١٠- مستوى شدة الأعراض لأطفال التوحد:

جدول (١٠): يوضح مستوى شدة أعراض اضطراب التوحد لوحدة العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات نوع اضطراب التوحد
٦٠%	٣٠	البسيط
٣٠%	١٥	المتوسط
١٠%	٥	الشديد
١٠٠%	٥٠	المجموع

يتبين لنا من الجدول (١٠) ان اغلب وحدات العينة تم تشخيصهم من المستوى (البسيط) إذ بلغ عددهم (٣٠) مبحوث وبنسبة (٦٠%) في حين بلغ عدد الذين شخّصوا من المستوى (المتوسط) كان عددهم (١٥) مبحوث ونسبتهم (٣٠%) أما المستوى الشديد فكان عددهم (٥) ونسبتهم (١٠%) . من هذا نستدل على أننا يمكننا تطبيق برامج التعلم والتدريب مما يسهل علينا تطبيق برامج التعلم والتي هي بمثابة برامج علاجية للأطفال المصابين باضطراب التوحد.

2 May 2019

١١ - الأسلوب التعليمي الذي يفضلته الطفل التوحد:

جدول (١١): يوضح الأسلوب التعليمي الذي تفضله أفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	البيانات طريق التعلم
٧٠%	٣٥	(البصري)
١٤%	٧	(السمعي)
١٦%	٨	(الممارسة اليدوية)
١٠٠%	٥٠	المجموع

تبين لنا من الجدول (١١) أن الأسلوب (البصري) الذي يفضلته لطفل التوحد في التعلم أخذ الترتيب الأول فقد بلغ عدد الأطفال الذين يميلون له (٣٥) مبحث ونسبة (٧٠%) في حين بلغ عدد المتعلمين بالاعتماد على الأسلوب السمعي (٧) مبحثين ونسبة (١٤%) أما عن طريق (الممارسات اليدوية) فقد بلغ عدد المتعلمة بهذا الأسلوب (٨) مبحثين ونسبة (١٦%) أي أن أغلب الأطفال التوحدين يفضلون أن يتعلموا صورياً وهذا أسلوب جيد فيمكن الاعتماد على افلام الفيديو وخصوصاً الصور الكارتونية التي يفضلونها وتضخ البرامج التعليمية من خلال تلك الافلام والتي تعتبر أساليب علاجية لتعديل سلوك الطفل التوحد.

١٢ - مشاركة الأسرة في برامج التعلم لوحدة العينة :

جدول (١٢): يوضح دور الأسرة في المشاركة في برامج التعلم لوحدة العينة

المجموع	غير متفهم لبرامج التعلم	لديه معلومات غير كافية لبرامج التعلم	واعي ومتفهم لبرامج التعلم	البيانات مشاركة الأسرة في برامج التعلم
٥٠	صفر	٥	٤٥	الأم
٥٠	٢	١٨	٣٠	الأب
٥٠	١٧	١١	٢٢	الأخوة

من الجدول (١٢) يتبين لنا أن للأمر دور كبير في المشاركة في البرامج التعليمية فقد اجابت (٤٥) أم بأنها (واعية ومتفهمة لبرامج التعلم) و (٥) أمهات (لديها معلومات غير كافية لبرامج التعلم) في حين أجاب (٣٠) أباً بأنه (واعي ومتفهم لبرامج التعلم) وأجاب (١٨) أب بأنه (لديه معلومات غير كافية لبرامج التعلم) و (٢) مبحث (غير متفهم لبرامج التعلم). أما الأخوة فقد أجاب (٢٢) من الأخوة بأنه (واعي ومتفهم لبرامج التعلم) واجاب (١١) منهم بأنه لديه (معلومات غير كافية لبرامج التعلم) واجاب (١٧) بأنهم (غير متفهم لبرامج التعلم) مما يُستنتج بأنه يمكن زيادة وعي وتفهيم أفراد الأسرة لبرامج التعلم من خلال الندوات والدورات التي تقام لهم لزيادة وعيهم وفهمهم ومشاركتهم في علاج طفلهم التوحد، لا سيما وأن للأسرة دور كبير لاستمرار عملية التعلم خلال (٢٤) ساعة.

2 May 2019

١٣- أهم الاعراض التي تم تشخيصها لدى الطفل التوحيدي قبل تطبيق الطرائق العلاجية .

جدول (١٣): يبين أهم الاعراض التي تم تشخيصها لدى افراد العينة قبل العلاج بالتعلم

ت	البيانات	التكرار	النسبة المئوية
١	الاضطراب السمعي	٣٥	٧٠%
٢	اضطراب فرط الحركة والسلوك النمطي المتكرر	٤٠	٨٠%
٣	الاضطراب في التواصل الاجتماعي	٤٨	٩٦%
٤	الاضطراب في التواصل البصري	٤٦	٩٢%
٥	اضطراب في المهارات الاجتماعية واللعب	٤٧	٩٤%
٦	اضطراب في الانتباه والتشتت	٤٢	٨٤%
٧	اضطراب في اللغة	٤٩	٩٨%
٨	اضطراب في المعرفة والادراك	٤٥	٩٠%

يتبين من الجدول (١٣) أن (الاضطراب السمعي) عند الطفل التوحيدي والتي تم تشخيصه قبل الاستعانة بالطرائق العلاجية شخص لدى (٣٥) مبحوثين بنسبة (٧٠%) أما (الاضطراب فرط الحركة والسلوك النمطي المتكرر) شخص عند (٤٠) مبحوث بنسبة (٨٠%) وجاء (الاضطراب التواصل الاجتماعي) فقد بلغ عدد الحالات المشخصة في العينة البالغ (٥٠) مبحوث (٤٨) مبحوث بنسبة (٩٦%) وجاء (الاضطراب التواصل البصري) شخص عند (٤٦) مبحوث بنسبة (٩٢%) في حين شخص (اضطراب المهارات الاجتماعية واللعب) عند (٤٧) مبحوث بنسبة (٩٤%) وكان (اضطراب الانتباه والتشتت) ظهر عند (٤٢) مبحوث بنسبة (٨٤%) وجاء (اضطراب اللغة) شخص عند (٤٩) مبحوث بنسبة (٩٨%) وأخيراً جاء (اضطراب بالمعرفة والادراك) تم تشخيصه عند (٤٥) مبحوث بنسبة (٩٠%).

١٤- اختيار الطرائق العلاجية التي تؤثر في تعديل سلوك الطفل التوحيدي بعد دراسة الحالة.

جدول (١٤-أ): يوضح الوزن الرياضي للطرائق العلاجية المؤثرة في سلوك وحدات العينة الموضوعة على

مقياس ليكرت المكون من ثلاث نقاط

ت	البيانات	٢	١	صفر	المجموع	الوزن الرياضي
١	علاج الحياة اليومية (كيتها)	٤٤	٤٤	٢	٥٠	٦٢
٢	العلاج السلوكي (لوفاس)	٢٠	٢٨	٢	٥٠	٦٨
٣	العلاج بالضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة (أريك شويلر)	٢٤	٢٥	٦	٥٠	٧٣
٤	العلاج بالتواصل الميسر	٢٢	٢٧	١	٥٠	٧١
٥	العلاج بالمسك والاحتضان	٤٨	٢	صفر	٥٠	٩٨
٦	العلاج الحسي باللعب	٤٩	١	صفر	٥٠	٩٩
٧	العلاج بالتدريب على التكامل السمعي	٤٧	٢	١	٥٠	٩٥
٨	العلاج بالموسيقى	١٩	٢٥	٦	٥٠	٦٣

2 May 2019

جدول (١٤ ب): يوضح التسلسل المرتبي للطرائق العلاجية المؤثرة في سلوك وحدات العينة بحسب أوزانها الرياضية

ت	الطرائق العلاجية	البيانات	التسلسل المرتبي	الوزن الرياضي
١	العلاج الحسي باللعب		١	٩٩
٢	العلاج بالمسك والاحتضان		٢	٩٨
٣	العلاج بالتدريب على التكامل السمعي		٣	٩٥
٤	العلاج بالضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة (أريك شوبلر)		٤	٧٣
٥	العلاج بالتواصل الميسر (المعالج)		٥	٧١
٦	العلاج السلوكي (لوفاس)		٦	٦٨
٧	العلاج بالموسيقى		٧	٦٣
٨	علاج الحياة اليومية (كيتارا)		٨	٦٢

يوضح التسلسل المرتبي للطرائق العلاجية المؤثرة في سلوك وحدات العينة بحسب أوزانها الرياضية

١٥- رأي الأسرة في تحسن أعراض اضطراب التوحد وتعديل سلوك طفلها بعد تطبيق الطرائق العلاجية:

جدول (١٥) يوضح رأي الأسرة في تعديل سلوك وحالات العينة بعد العلاج

النسبة المئوية	التكرار	البيانات
		رأي الأسرة في تعديل السلوك
١٠٠	٥٠	يوجد تحسن وتعديل سلوك
-	صفر	لا يوجد تحسن وتعديل سلوك
%١٠٠	٥٠	المجموع

تبين لنا من الجدول (١٦) رأي وحدات العينة بعد تطبيق الطرائق العلاجية المناسبة حيث أجابة (٥٠) أسرة بـ (يوجد تحسن وتعديل سلوك) ونسبة (١٠٠%) في حين لم ترد أجابة الأسرة بالنفي وذلك لأنها لمست تعديل سلوك أبنائها.

2019 \ 5 \ 2

المبحث الثالث: أهم النتائج والتوصيات

أولاً : النتائج:

- ١- تبين لنا من خلال الدراسة الميدانية أن أغلب أفراد العينة هم من الذكور حيث يمثلون (٧٠%).
- ٢- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية أن أغلب الفئات العمرية، كانت الفئة (٥-٧) سنة تأتي بعدها الفئة العمرية (٢-٥) سنة مما يؤكد أن الاكتشاف المبكر للطفل التوحدي يكون في الغالب في السنوات الأولى من عمر الطفل.
- ٣- توصلت دراستنا الميدانية إلى أن أغلب الأسر حجمها يقع ضمن الحجم (٦-٧) وهذا يعتبر بحد ذاته حجم كبير بالنسبة لتلبية حاجات أولاد الأسرة فضلاً عن وجود طفل مصاب بالتوحد مما يؤثر على امكانيات أسرته.
- ٤- توصلت دراستنا الميدانية إلى أن أغلب آباء المبحوثين هم من حملة الشهادات الجامعية إذ بلغت نسبته (٣٤%) وأنهم يكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر مما يكرسون لعوائلهم وطفلهم التوحدي.

2 May 2019

- ٥- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية ان اغلب امهات وحدات العينة هن من جملة الشهادات الجامعية مما يشير إلى نسبة الامهات الجامعيات هي (٣٢%) وهذا يؤكد على اهتمام الأم بعملها وعلمهم والابتعاد عن الأطفال وبالذات الطفل المصاب باضطراب التوحد.
- ٦- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية أن اغلب آباء وحدات العينة والبالغ نسبتهم (٦٨%) هم موظفون لهم التزاماتهم الوظيفية وبهذا فهم مبتعدين عن البيت وبالذات عن الطفل التوحد.
- ٧- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية ان اغلب امهات وحدات العينة هن ربات بيوت وذلك لصعوبة الابتعاد عن الطفل المصاب بالتوحد والعناية به فقد بلغت نسبة ربات البيوت (٦٤%).
- ٨- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية ان المستوى الاقتصادي لمعظم أسر وحدات العينة هو مستوى متوسط الحال.
- ٩- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية أن اغلب الفئات العمرية التي تم فيها تشخيص اضطراب التوحد هي (٣-٤) سنوات وهذا أمر جيد إذ بلغت نسبتهم إلى (٥٦%) مما يعزز الاكتشاف المبكر عند الأسرة للطفل التوحد.
- ١٠- من خلال دراستنا الميدانية تبين لنا أن نوع اضطراب التوحد قد شخص من قبل المختصين وفقا للمعايير التشخيصية الجديدة في الدليل الإحصائي التشخيص الخامس (DSM-5, 2013) وفقا لـ (Frsck and Rohde, 2013) والذي يتم اعتماده على مقياس جليام في تشخيص الذاتية حيث الاختلاف بين الفئات يعتمد على درجة شدة الأعراض فكان المستوى البسيط بنسبة (٦٠%) والمتوسط (٣٠%) وهذا مؤشر جيد في نجاح العملية العلاجية للمصابين بالتوحد من افراد العينة فقد جمع في فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب : الذاتوي واسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة والتي تسمى بطيف التوحد.
- ١١- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية أن أفراد العينة لها عدة أعراض منها (٧٠%) مصابين بالاضطراب السمعي و (٨٠%) لديهم فرط حركة و (٩٦%) لديهم اضطراب في التواصل الاجتماعي و (٩٢%) لديهم اضطراب في التواصل البصري و (٩٤%) لديهم اضطراب في المهارات الاجتماعية واللعب و (٨٤%) لديهم اضطراب في الانتباه والتشتت اما اضطراب في اللغة فقد بلغت نسبته (٩٨%) وأخيراً جاء اضطراب في المعرفة والادراك بنسبة (٩٠%) في العينة البالغ عددها (٥٠) مبحوث.
- ١٢- توصلنا من دراستنا الميدانية أن الأطفال المصابين باضطراب التوحد في العينة البالغ حجمها (٥٠) مبحوث يميلون إلى طريقة التعلم وحسب قدراتهم وقابلياتهم التي يمتلكونها عن طريق التعلم البصري حيث كانت نسبتهم (٧٠%) وبالتعلم السمعي كانت نسبتهم (١٤%) أما التعلم من خلال الممارسات اليدوية فكانت نسبتهم (١٦%) فمن خلال هذه القدرات يمكن تعليمها وتطويرهم .
- ١٣- تبين لنا من خلال دراستنا الميدانية أن للأسرة دور كبير في المشاركة باستمرار عملية التعلم خلال (٢٤) ساعة فكان الأم الدور الأكبر حيث كانت لأمهات (٤٥) أم من مجموع (٥٠) متفهمة وواعية لبرامج التعلم أم الأب فكان (٣٠) أباً واعين ومتفهمين لبرامج التعلم أما الأخوة فكان عدد الواعين والمتفهمين لبرامج التعلم (٢٢) وهذا يساعد في تسهيل عملية التعلم والتطوير لمهارات الطفل التوحد.
- ١٤- تم من خلال دراستنا الميدانية التوصل إلى التسلسل المرتبي والوزن الرياضي لأفضلية الطرائق العلاجية حسب تقييم حالات افراد العينة وكما يلي :
- أ- العلاج الحسي بالمرتبة الأولى والوزن الرياضي ٩٩.
- ب- العلاج بالمسك والاحتضان بالمرتبة الثانية والوزن الرياض ٩٨.

2 May 2019

- ج- العلاج بالتدريب على التكامل السمعي بالمرتببة الثالثة والوزن الرياضي ٩٥.
- د- العلاج بالضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة (أريك شوبلر) بالمرتببة الرابعة والوزن الرياضي ٧٣.
- هـ- العلاج بالتواصل الميسر (المعالج) بالمرتببة الخامسة والوزن الرياضي ٧١.
- و- العلاج السلوكي (لوفاس) بالمرتببة السادسة والوزن الرياضي ٦٨.
- ز- العلاج بالموسيقى بالمرتببة السابعة والوزن الرياضي ٦٣.
- ح- علاج الحياة اليومية (كيتاهارا) بالمرتببة الثامنة والوزن الرياضي ٦٢.
- ١٥- من خلال دراستنا الميدانية تبين ان اسر وحدات العينة تؤكد أن لتأثير لطرائق العلاجية أثر واضح في تعديل السلوك وذلك عن طريق تحسن سلوك أبنائها فقد أكدت ذلك (٥٠) أسرة.

ثانياً: التوصيات :

- ١- إنشاء مراكز بحثية ووحدات توعوية متخصصة باضطراب التوحد لنشر الثقافة بهذا المرض لسرعة تزايد في المجتمع.
- ٢- دور وسائل الإعلام يجب أن يكون فعالاً لنقل صور واضحة عن اضطراب التوحد والطرق العلاجية له والكشف المبكر.
- ٣- زيادة عدد المعاهد المتخصصة بعلاج حالات التوحد وتزويدها بطرق التعليم الحديثة التي تقيد في تعديل سلوك الطفل التوحد.
- ٤- إقامة محاضرات وندوات وورش عمل خاصة في المراكز والمعاهد لوالدي الأطفال المصابين بالتوحد متضمنة إرشادات ومعلومات وتوصيات مهمة في كيفية التعامل مع أطفال التوحد.
- ٥- توفير كوادر متخصصة في المعاهد والمراكز باضطراب التوحد بعد اعدادها بشكل علمي وعملي مدروس.
- ٦- تبادل الخبرات والمهارات والمعلومات الحديثة بين الدول عن اضطرابات التوحد.
- ٧- نشر الثقافة والوعي بين افراد المجتمع لغرض زيادة المعلومات عن هذا العوق لكي يتقبل كل منهما الآخر ويتم الكشف المبكر لهذه الحالات في المجتمع.
- ٨- نشر الوعي والثقافية بين صفوف المعلمين في المدارس والتربويين لغرض إرشادهم للطريقة المثلى في تعليم هذه الفئة وكيفية مساعدتهم في التكيف في المجتمع لغرض دمجهم فيه والكشف المبكر لهم.
- ٩- إنشاء آلية تعاون بين الوزارات لغرض تبادل الخبرات والمعلومات في البحث العلمي والتطبيقي.

أولاً: المصادر العربية

١. إحسان محمد الحسن وعبد الحسين زيني، الاحصاء الاجتماعي، مديرية دار الكتب والنشر، جامعة الموصل، ١٩٨٢.
٢. إحسان محمد الحسن وعبد المنعم الحسن، طرق البحث الاجتماعي، مديرية دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، ١٩٨٣.
٣. إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، ط٣، بيروت، ١٩٨٦.
٤. إسماعيل محمد بدر، مدى فاعلية برنامج الحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة
٥. التربية للجميع، الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٤١٣-٤١٥. البرامج التربوية (العلاجية). <http://m.facabook.com>
٦. جانيت نصار وآخرون، التوحد، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت، ٢٠١٠.

2 May 2019

٧. جمال الخطيب ومنى الحديدي، التدخل المبكر التربوية الخاصة في الطفولة، دار الطفل ناشرون وموزعون، الاردن، ٢٠١٦.
٨. حنان عبد الحميد العناني، الطفل والأسرة والمجتمع، دار صفاء للنشر، عمان، ٢٠٠٠.
٩. راببة إبراهيم حكيم، دليل للتعامل مع التوحد، مكتبة جديد، جدة، ٢٠٠٣.
١٠. رائد الشيخ ذيب، الدورة الأولى في التوحد، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سوريا)، سوريا، ٢٠٠٥.
١١. سوسن شاكر الجلي، التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع، سوريا، ٢٠٠٤.
١٢. سوسن شاكر الجلي، التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه وعلاجه، مؤسسة علاء الدين للطباعة، سوريا، ٢٠٠٥.
١٣. طارق عامر، الطفل التوحد، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن، ٢٠٠٨.
١٤. عاتكة فخري، المنظومة الاجتماعية للمصابين باضطراب التوحد (دراسة ميدانية في مدينة بغداد)، رسالة ماجستير مقدمة لقسم الاجتماع في كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٠٩.
١٥. عامر إبراهيم القنديلجي، البحث العلمي واستعمال المصادر والمعلومات، دار الشؤون العامة، بغداد، ١٩٩٢.
١٦. عبد الحافظ سلامة ود. سمير أبو مغلي، المناهج والأساليب في التربية الخاصة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، ٢٠٠٧.
١٧. عبد الحافظ سلامة ود. سمير أبو مغلي، المناهج والأساليب في التربية الخاصة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، ٢٠٠٧.
١٨. عبد الرحمن سيد سليمان، الذاتية، مكتبة الزهراء الشرقية، القاهرة، ١٩٩٩.
١٩. عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطي، قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٢.
٢٠. عزيز حنا داوود وآخرون، مناهج البحث التربوي، دار الحكمة للطباعة والنشر، بغداد، ١٩٩٠.
٢١. كيف يتم تشخيص مرض التوحد، عادة الحلايقة، ٤ ديسمبر ٢٠١٤ mawdoo3.com
٢٢. محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطراب التوحد، مكتبة ابن سينا، القاهرة، ٢٠٠٥.
٢٣. محمد علي كامل، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، مكتبة ابن سينا، القاهرة، ٢٠٠٥.
٢٤. محمد محمد عودة، تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ٢٠١٥.
٢٥. من هم أطفال التوحد، هديل الجمال، ٣١ مارس ٢٠١٦ mawdoo3.com
٢٦. نادية شعبان مصطفى د. احلام دانيال يوحنا، المصاداة لدى الأطفال الذاتويين (أساليب التعامل معها)، منشورات اخوية المحبة، بغداد، ٢٠١٨.
٢٧. ناهدة عبد الكريم حافظ، مناهج البحث الاجتماعي، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١.
٢٨. وفاء الشامي، سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، الرياض، ٢٠٠٤.

ثانيا: المصادر الأجنبية

29. Mozar, C, A., Sarve Methods in social investigation, London, 1983.
30. West, k, Child Centered play therapy, loa dder and Stongton, london, 1993.
31. Sctland, A (2000), Non-Speech Communication and Childhood autism; language, speech and hearing services in schools, journal of autism and developmental disorders.

2 May 2019

NO.	4
Title	دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحيدي / دراسة ميدانية في مدينة بغداد
Author(s)	سعاد حميد رشيد / مدرس الجامعة التقنية الوسطى/ المعهد الطبي التقني – بغداد

مستخلص البحث:

ان تقبل الوالدين لحقيقة أن ولدهم مصاب بالتوحد أو التسليم بأمر الله (عز وجل) لمواجهة مسؤوليتهم كوالدين عبر الاهتمام بالطفل المصاب بالتوحد يتطلب بذل الجهد على المستويين النفسي والاجتماعي والانتباه عن طريق اظهار الاهتمام والرعاية بطفل التوحيدي أكثر من أقرانه الاصحاء عبر تنمية مهاراته وقدراته والعمل على عدم عزله ومحاولة مشاركته عند قيامه بأي نشاط، ويسلط بحثنا الضوء على دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحيدي من خلال التعرف على مشكلاتهم فضلاً عن ذلك التعرف على الدور الذي تؤديه الأسرة من ناحية تعديل سلوكه الغير مرغوب فيه لغرض دمجهم في المجتمع، فقد استعملت أسلوب المقابلة والملاحظة والاستبيان لجمع البيانات المطلوبة ، وقد تم اخذ عينة مؤلفة من (٥٠) أسرة آباء وأمهات، أما أهم النتائج التي تم التوصل إليها ان (٢٦%) من أفراد العينة ابدوا شعورهم بعدم الاعتراف بإعاقة الطفل في حين أن (٣٠%) أبدوا عدم إحساسهم بالقدرة على التعامل مع الطفل التوحيدي، وقد وضعت الدراسة مجموعة من التوصيات والمقترحات منها:

١. التنسيق والتعاون بين الأسرة والمعاهد التأهيلية في معالجة المشكلات السلوكية الغير مرغوب فيها والتي تصدر عند الطفل التوحيدي.
٢. التنسيق بين وزارة الصحة على توفير فريق عمل متكامل ليتولى رعاية هذه الفئة تضم كافة التخصصات من طبيب أطفال، طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة وامراض نطق، أخصائي علاج مهني.
٣. قيام المعاهد بفتح دورات تدريبية وتأهيلية لأسر الأطفال التوحيدي للمساهمة على كيفية التعامل مع الطفل من خلال تعديل سلوكه إلى المستوى الذي يؤهله لدمجه في المجتمع.

Abstract:

For parents to accept the fact that their child is autistic or to accept God's command and face their responsibility as parents is through caring for their autistic child and that requires efforts at both the psychological and social levels, as well as, paying attention to the autistic child by showing more interest and care for him than his healthy peers through developing his skills and abilities and working on not to isolate him and try to get him to participate when doing any activity. This research sheds light on the role of the family in dealing with the autistic child by identifying his problems as well as identifying the role played by the family in terms of modifying his undesirable behavior in order to integrate them into society. The researcher has used the method of interview, observation and questionnaire to collect

2 May 2019

data and obtain the results. A sample of 50 respondents from parents has been taken. The most important results were that 26% of the respondents felt that they did not recognize the child's disability while 30% felt that they were not able to deal with the autistic child. The study has set a set of recommendations and suggestions:

1- Coordination and cooperation between the families and rehabilitation institutes in addressing the behavioral problems that are undesirable and issued by the autistic children.

2- Coordination between the Ministry of Health to provide an integrated team to take care of this group of people. The team should include all specialties of a pediatrician, a psychiatrist, a psychologist, a language and pathology specialist and an occupational therapy specialist

المقدمة:

تعد إعاقة التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيراً على القدرات النمائية المتباينة للطفل، وهي إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ولكنها لم تزل حظها من الاهتمام سواء على المستوى البحثي أو المستوى الأسري، فقد زاد الاهتمام بهذه الفئة خلال السنوات العشر الأخيرة، لذا يُعد ليوكانر (Leo- Kanner) أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة وقد استعمل تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذواتية والاجترارية، والتوعوية والانغلاق الذاتي (الانشغال الذاتي)، والذهان الذواتي.⁽³⁶⁾

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المبحث الأول: عناصر الدراسة ومكوناتها

أولاً: مشكلة الدراسة

تعد الاضطرابات السلوكية إحدى ميادين التربية الخاصة حيث تمثل الإعاقات بمختلف فئاتها حاجزاً دون تكييف الطفل ضمن مراحل النمو الطبيعي، والتوحد هو من الإعاقات التطويرية الصعبة وتتضح قبل ثلاث سنوات الأول من عمر الطفل وتتميز في تأخر في تطور المهارات اللغوية المناسبة لعمره المرحلي وصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي لذا تشعر الأسرة بالقلق والتوتر من تأخر هذه المهارات فهم يجيدون صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي وكيفية التغلب على حاجز التمرکز حول ذاته.

ثانياً: أهمية الدراسة

يهتم الباحثون والمختصون في مجال التربية الخاصة بتأمين الخدمات الانسانية والتربوية والاجتماعية والنفسية والتأهيلية اللازمة للأطفال التوحديين، فضلاً عن ذلك تقدم هذه الدراسة اضافة مميزة في المجال التربوي المتعلق بالنواحي اللغوية والتوصيلية بشكل عام ولدى أطفال التوحد بشكل خاص.

ثالثاً: اهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى:-

⁽³⁶⁾ محمد احمد خطاب، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، ط١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٥، ص ٩٠.

2 May 2019

١. التعرف على المشكلات التي تواجه أسرة الطفل التوحد.
٢. التعرف على دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحد.
٣. وضع المقترحات والتوصيات اللازمة للدراسة والتي تسهم في ارشاد وتوعية الأسرة باضطراب التوحد.

رابعاً: مجالات البحث

في الدراسات الاجتماعية توجد ثلاث مجالات أساسية ينبغي على الباحث تحديدها وتوضيحها وهذه المجالات هي:-

١. **المجال البشري:** ويقصد به تحديد الاشخاص الذين جرت عليهم الدراسة، ويُعد أسر الأطفال التوحيديين حدوداً بشرية للدراسة كونهم يقومون بمساعدة ورعاية الطفل التوحيدي في كيفية التعامل معه.
٢. **المجال المكاني:** ونعني به البيئة أو المنطقة الجغرافية التي جرت فيها الدراسة ويعد معهد الرجاء للعوق العقلي، ومركز نور الهدى التخصصي لرعاية التوحد ويطء التعلم وصعوبة النطق حدوداً مكانية لإجراء الدراسة والبالغ عددهم (٥٠) أسرة من أطفال التوحيدين.
٣. **المجال الزمني:** ونعني به الوقت أو السقف الزمني الذي استغرقه فيه اعداد الدراسة وقد امتدت الحقبة الزمنية للدراسة من ٢٠١٩/٢/١٥ وحتى ٢٠١٩/٤/١٥.

المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

يعرف المفهوم: على انه البناء الذهني الذي يبسط فهم جانب من جوانب الحقيقة، والمفاهيم التي تستعمل كما لو كانت دالة أو علامة في الطريق كما هو الحال في (العائلة) الاقتصاد، النوع (الجنس)، العنصر، الطبقة الاجتماعية.^(٣٧)
أولاً: الدور (Role): ويعرف بأنه سلوك معين يتحتم القيام به كما انه يعكس الاتجاه نحو شيء معين ولا يوجد الدور الا عندما توجد ادوار أخرى يتجه اليها.^(٣٨)

ثانياً: الأسرة (Family): يعرف كل من (برجس ولوك) بأنها مجموعة من الاشخاص تتوحد وترتبط فيما بينهم عن طريق الزواج والدم والتبني وتتخذ لها منزلاً محدداً ويتصل أفراد الأسرة احدثهم بالآخر عن طريق الادوار الاجتماعية التي يقوم بها كل من الزوج والزوجة، الأب والأم، الأبن والأبنة، والاخت، ومن خلال هذه الادوار يتم خلق أو ايجاد ثقافة مشتركة داخل الأسرة.^(٣٩)
ثالثاً: الطفل (Child): جاء في كتب اللغة عن الطفل وهو الصغير في كل شيء، وجمع الطفل أطفال ومؤنثها طفلة.^(٤٠)

والطفل اصطلاحاً: وهو عالم من المجاهيل المعقدة كعالم البحار الواسع الذي كلما خاضه الباحثون كلما وجدوا فيه كنوزاً وحقائق علمية جديدة، لازالت مخفية عنهم وذلك لضعف وضيق إدراكهم المحدد ومن جهة اتساع نطاق هذا العالم من جهة أخرى.^(٤١)

يعرف الطفل من وجهة نظر علماء الاجتماع: إذ اختلف علماء الاجتماع حول تعريف الطفل فظهر نتيجة هذا الاختلاف ثلاثة أوجه هي:-

الأول: الطفولة وهي المرحلة الأولى من مراحل تكوين ونمو الشخصية وتبدأ من الميلاد وحتى بداية طور البلوغ.

(٣٧) د. لاهاي عبد الحسين، مقدمة في علم الاجتماع، مطبعة الخير، ٢٠٠٨، ص ٧٩.

(٣٨) د. سناء الخولي، مدخل إلى علم الاجتماع، الاسكندرية، دار المعرفة الاجتماعية، ١٩٩٠، ص ٨٥.

(٣٩) Erenest Weston Bargess: The Family, printed in the united state, New York of America, 1980, p. 7.

(٤٠) اسماعيل بن حماد الجواهري، معجم الصحاح، مطبعة دار المعرفة، لبنان، ٢٠٠٧، ص ٦٤٣.

(٤١) عبد الله احمر، بناء الأسرة الفاضلة، بيروت، لبنان، دار البيان العربي، ١٩٩٠، ص ١٨١.

2 May 2019

الثاني: ان الطفولة تحدد بحسب السن اذ يسمى الطفل طفلاً من لحظة ميلاده حتى سن الثانية عشر من عمره.
الثالث: الطفولة هي مدى الحياة من الميلاد حتى الرشد وقد تنتهي عند البلوغ او عند الزواج.^(٤٢)

٤. **الطفل التوحيدي (Autism):** تعرف كلاً من الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية التوحد بأنه إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاثة أعراض أساسية، وهي القصور في التواصل المتبادل (اللفظي وغير اللفظي) وإظهار السلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات على ان تظهر هذه الأعراض قبل عمر ثلاث سنوات.^(٤٣)

وقد عرفت جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا (NAS) التوحد: هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من انه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، الا ان جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بقصور في :-

أ. التفاعل الاجتماعي ب. الاتصال الاجتماعي ج. التخيل.^(٤٤)

الفصل الثاني

المبحث الأول: المشكلات التي تواجه أسرة الطفل التوحيدي

تتعرض أسرة الطفل التوحيدي إلى عدة مشكلات والتي يمكن ان ندرج اهمها وهي ما يلي:-

١. **مشكلات في عملية التفكير:** يرجع ذلك إلى النقص في المهارات العقلية اللازمة للقيام بالعمليات التي تؤدي إلى إدراك معاني الكلمات، والمقارنة بين الاشياء وفهم المعلومات ويؤثر هذا النقص على الطفل التوحيدي وعلى عمليات تعليمية واستيعابه للمواد الدراسية النظرية واسس تعاملاته الاجتماعية، وهي:
أ. **مشكلات نفسية:** ويرجع ذلك إلى تجاهل الآخرين إلى الطفل التوحيدي ورفضه وعدم تقبله مما يؤدي إلى شعوره بالخوف وعدم الأمان، وفقدان الثقة في نفسه وشعوره بالسلبية وقصور قدراته وعجزه عن مجارة الآخرين في أنشطتهم وسلوكياتهم.^(٤٥)

ب. **مشكلات صحية:** احياناً يصاحب الطفل التوحيدي اضطرابات صحية أخرى مما يزيد من صعوبة التعامل معه كأن يصاحب إعاقته اضطرابات في وظائف الجهاز التنفسي او اضطرابات في الجهاز الهضمي او يكون مصحوباً باضطرابات حركية أخرى.

ج. **مشكلات حركية:** احياناً يصاحب الطفل التوحيدي مشكلات تعوق حركته العضلية مثل الشلل الدماغي او العيوب الخلقية مما يحول بينه وبين ممارسة النشاط العضلي الحركي وتؤدي مضاعفات هذه الأعراض إلى تقييد المجال المكاني الذي يتحرك فيه الطفل التوحيدي من فرض التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في انشطتهم.

د. **مشكلات في التكيف الاجتماعي:** في حالة وجود المشكلات النفسية والصحية والحركية فانه يتعذر على الطفل التوحيدي ان يتكيف اجتماعياً لان هذه المشكلات تؤثر بشكل سلبي على عمليات التوافق الاجتماعي بينه وبين الآخرين وعادة ما يرجع ذلك إلى الإحباط الذي يتعرض له بسبب فشله وشعوره بالنقص وفقدانه لثقلته.^(٤٦)

^(٤٢) عبد المجيد سيد احمد، زكريا احمد الشربيني، علم النفس الطفولة ، الأسس النفسية والاجتماعية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٨، ص ١٠١-١٠٢.

^(٤٣) د. طارق عامر، الطفل التوحيدي، مطبعة اليازوردي، ٢٠٠٨، ص ٢٢.

^(٤٤) د. محمد صالح الإمام، د. فؤاد عبد الجوده، التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة، ط١، ٢٠١٠، ص ٢١.

^(٤٥) أحمد نايل وبلال أحمد عودة، سيكولوجية أطفال التوحد، ط١، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، المكتبة الافتراضية.

^(٤٦) د. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي، الإعاقة العقلية والتوحد، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، ٢٠١٦، ص ١٤٥-١٤٦.

2 May 2019

٢. **مشكلات في الإدراك الحسي:** ان مشكلة الإدراك الحسي ترتفع نسبة الإصابة بها بين المختلفين عقلياً التوحديين عن اقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك لافتقار الكثير من المختلفين عقلياً التوحديين إلى القدرة على التمييز بين المؤثرات الحسية التي لا يستطيعون فهمها والتعرف عليها كما قد يفشلون في التعرف على اوجه الاختلاف في نواحي الشكل والحجم واللون والمسافة والصوت مما يعوقهم ويحول بينهم وبين اكتساب الخبرات الحسية والبيئية وعلى علاقاتهم بالآخرين.^(٤٧)
٣. **مشكلات في الدمج الحسي:** الدمج الحسي عبارة عن تنظيم المعلومات الحسية (المثيرات الحسية الداخلة إلى المخ من اجل) استعمالها والإفادة منها وحتى يتصرف الفرد بشكل طبيعي ويتعلم ويتحرك لابد للمخ ان يقوم بتنظيم هذه المثيرات الحسية لينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة اذا ما دخلت إلى المخ بشكل طبيعي منظم، اما اذا دخلت هذه المثيرات بشكل غير منظم فانه لا ينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة.^(٤٨)
٤. **مشكلات في الاستجابة الدفاعية:** نظراً لمحدودية الخبرات التي يتعرض لها الطفل التوحدي فان خبراته تكون قليلة مما قد ينعكس ذلك على كفاءة حواسه، فالحواس تقود إلى الإدراك ومن ثم نجد ان الأطفال التوحديين لديهم قصور في عمليات الإدراك مما يؤدي إلى قلة كفاءتهم في التعامل مع المواقف الاجتماعية والبيئية.^(٤٩)
٥. **مشكلات في اللغة والكلام:** ان الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات متعددة في مجال اللغة لما لديهم من خصائص لغوية ناجمة عن التخلف العقلي تتضمن ما يلي:-
١. يقل مستوى التجريد في لغة المختلفين عقلياً التوحديين.
 ٢. تقل كمية المنطوقات الصوتية بين المختلفين عقلياً التوحديين كما قلت نسبة ذكائهم.
 ٣. يعانون من نقص نسبي في اكتساب مفردات اللغة وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم ومما يحسون به او يجول بخاطرهم.
 ٤. لا يحسنون الكلام ويبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة صغار الأطفال.
 ٥. تقل كفاءة اللغة التي تؤثر بشكل سلبي على عملية التعليم الاجتماعي بشكل مباشر او غير مباشر.^(٥٠)
٦. **مشكلات في الاستجابات الحسية والبصرية والدفاعية:** تتضمن هذه المشكلات استجابة الطفل التوحدي لبعض المثيرات سمعياً او لمسياً او بصرياً ومن حاسة الشم او التذوق فالأطفال الذين يعانون من هذه المشكلات عادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة او قد ينسحب الطفل او يحاول ان يتجنب ان يلمسه احد، وهناك أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات فنجدهم قد لا يشعرون بالآلم للمسات القوية او المؤلمة. وايضاً عند استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية لدى الطفل التوحدي فنجده يستجيب للاضواء المبهرة استجابات غير عادية، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد احياناً.^(٥١)
- المبحث الثاني: دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي**

^(٤٧) عبد الرحمن سيد سليمان، إعاقة التوحد، ط١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠١، ص ١٣٤ - ١٣٦.

^(٤٨) المصدر نفسه، ص ١٤٨.

^(٤٩) وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي، الاسكندرية، دار الوفاء للطباعة والنشر، ٢٠٠٧، ص ١٠٧.

^(٥٠) د. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي، مصدر سابق، ص ١٥٠.

^(٥١) عادل عبد الله محمد (مقياس الطفل التوحدي)، دار الرشا للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨، ص ٦٨.

2 May 2019

ان طفل الاوتيزم لا يتعلم بالتحدث مع نفسه ولا تتطور لغته الا عن طريق تفاعله مع المحيطين به واقرب شيء والديه للذان لهما الجزء الاكبر من التواصل مع ابنهم ؛ إذ إنهم بحاجة لبعض الوقت لكيفية التعامل مع ابنائهم بالطرائق المثلى لتحسين مستواهم التعليمي والتدريبي والاجتماعي.

ان وجود الطفل التوحدي في الأسرة يخلق العديد من المشكلات والاثار السلبية على بقية أفراد الأسرة ومن ابرز هذه الاثار ما يأتي:-

١. وجود مصاعب لدى هذه الأسرة تتمثل في عدم قدرتهم على التحمل وتدريب الطفل.
 ٢. الضغط النفسي والتوتر والقلق على مصيره.
 ٣. مشكلات زوجية بسبب تبادل الاتهامات بين الوالدين لتحديد من هو المسؤول عن ذلك.
 ٤. شعور الوالدين بالذنب والغضب والشعور بالفشل والعزلة وعدم المشاركة في المناسبات الاجتماعية.
- يعد استخدام أفراد الأسرة كمعالجين احد الاتجاهات التي ينادي بها المهنيون ويرجع ذلك إلى إمكانية استكمال الوالدين لدور المؤسسة نظراً لقضاء الطفل وقت كبير في المنزل يحتاج خلاله لتعديل سلوكه غير السوي او اكتسابه سلوكيات مرغوبة، كما ان جهود المؤسسة لا تأتي بثمارها دون العمل من جانب الوالدين على تثبيت تلك السلوكيات والمهارات التي يحاول تلقينها للطفل بالمؤسسة يضاف إلى ذلك إمكانية تدريب عدد من الآباء في نفس الوقت بما يسمح بزيادة فرص المشاركة والتعاون مع المؤسسة للعمل من اجل الطفل التوحدي.^(٥٢)
- وإذا حاول الوالدان المحبان ان يستبعدا حاجاتهم العاطفية وان يتوصلا مع هؤلاء الأطفال بموضوعية وبنفس الطريقة التي يدرك هؤلاء التوحديين العالم^(٥٣)، قد يجد هؤلاء الأطفال عند ذلك الثقة والشجاعة للوصول خطوة خطوة، اكتسب ثقة الطفل وشجعه من خلال تقبله له كما هو عليه ولمكانه الذي يقف فيه ومن خلال الثقة قد يتطور لديه اهتمام بما حوله ويستطيع الطفل بعد ذلك ان يتواصل مع الآخرين لا كرجل الي يقوم بدوره ولكن كإنسان يشعر حتى لو كان منطوياً او خجول.^(٥٤)
- ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارات التي يتم التدريب عليها ومستوى درجة الصعوبة فيها. فعلى سبيل المثال ان المهارات الاجتماعية التي يمكن تدريب الطفل التوحدي عليها يجب ان تكون بسيطة ويمكن تعلمها وممارستها بسهولة حتى يتضمن استمرارية الاستجابة لدى الطفل التوحدي^(٥٥). ومن اهم القضايا التربوية ان هذه الفئة من الأطفال قابلين للتدريب على المهارات الاجتماعية وأن وجود طفل توحدي في المنزل يحدث تغييراً في حياة الأسرة.

على عدة مستويات ففي تؤثر في الوالدين والاخوة والاحوات كأفراد يعيشون معه وكيف يفهمونه وتتأثر ايضاً العلاقات بين كل من اعضاء الأسرة وأنماط التفاعل الأسري كوحدة واحدة وتتأثر حركة الأسرة وامكانياتها المالية وفرض الترويح وعلاقتها بما يحيطها من بيئة اجتماعية ويؤكد العلماء إلى أهمية الأسرة واثرا العميق في ارتقاء شخصية الطفل التوحدي من خلال عملية النمو النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل وخاصة في سنواته الأولى اذ تعمل العلاقات الأسرية على تطبيع الطفل وتنشئته على الخصائص الاجتماعية السائدة في الأسرة والتي لها دور

^(٥٢) د. خالد محمد عبد الغني، اضطرابات التواصل مرشد الأسرة والمعلمين والأخصائيين للتدخل التدريبي والعلاجي، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، ٢٠١٦، ص ١٨٧ - ١٨٨.

^(٥٣) أحمد سليم النجار، التوحد واضطرابات السلوك، ط١، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، المكتبة الافتراضية

^(٥٤) د. محمد صالح الأمام، د. فؤاد عبد الجواد، مصدر سابق، ص ١٥٦.

^(٥٥) د. مصطفى نوري القمش، د. خليل عبد الرحيم المعاينة، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، ط١، ٢٠٠٧، ص ٣١٥.

2 May 2019

هام في تكوين شخصيته وأسلوب حياته وتوافقه النفسي والاجتماعي وتؤثر على قدراته وعلى تقديره لذاته وللآخرين^(٥٦).

وقد قام جيمس وواجل (James so Egel) بتطوير أسلوب لتدريب أخوة الأطفال متأخري النمو، ويتضح هذا الأسلوب لتدريب الأطفال التوحديين أيضاً حيث يقوم الأخوة في البداية بملاحظة المدربين في أثناء قيامهم بالتعليم والنمذجة والتعزيز من ثم يقوم الأخوة بعد ذلك بمشاركة وتدريب أخوهم التوحدي مع قيام المدربين بإمدادهم بالتغذية المرتدة وقد يتم استخدام التدريس العارضي لزيادة التفاعل الاجتماعي مع إخوانهم وقد كان هذا الأسلوب ناجحاً إلى حد كبير^(٥٧)، ويشير شاتك وبول (Shattuck and paul) إلى أن السلوك التكيفي للأطفال التوحديين يرتبط إلى حد كبير بمفهوم (الذات)، فكلما ارتفع سلوكهم التوافقي والتكيفي كلما ارتفع مفهومهم عن ذواتهم ويرتبط أيضاً إلى حد كبير بقدرات التوحدي العقلية وكذلك يرتبط بمعاملة الوالدين والمستوى الثقافي الاجتماعي للأسرة^(٥٨).

الفصل الثالث: منهجية البحث وإجراءاته الميدانية

الإطار المنهجي للبحث وإجراءاته الميدانية يضم المحاور الآتية :-

١. **منهج البحث:** يستعمل الباحث المنهج الوصفي بأسلوب المسح لحل مشكلة البحث فالدراسة الوصفية تدرس حالة الأفراد والظواهر والممارسات والاتجاهات والميول وتصفها وصفاً دقيقاً من أجل الوصول إلى تحسين الظروف والعمليات^(٥٩).
٢. **عينة البحث:** تعرف العينة بأنها (جزء من المجتمع الذي تجري عليه الدراسة)^(٦٠) وهؤلاء الأفراد يعدون العينة التي يقوم بها الباحث بدراسة. والهدف من اختيار العينة هو كونها تمثل المجتمع وبواسطتها يمكن الحصول على معلومات مفيدة عن المجتمع^(٦١) ولأن هذا البحث يتناول موضوع (دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي) فقد اشتملت العينة على شريحة من الآباء والأمهات من الأطفال التوحديين والبالغ عددهم* (٥٠) أسرة . وهم شريحة متجانسة نوعاً ما في صفاتها الديموغرافية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، إذ استعملت الباحثة قانون العالم (سي، أي موزر) (C.A. Moser)^(٦٢) في قياس حجم العينة المراد دراستها في البحث وكما مبين أدناه

2019 / ٥ / 2

$$\frac{N}{E} = \frac{M}{E_s}$$

علمنا ان

^(٥٦) أسامة فاروق و السيد كامل الشرييني، سمات التوحّد، ط١، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، ٢٠١٠، ص ١٨١.

^(٥٧) د. طارق عامر، الطفل التوحدي، مصدر سابق، ص ١٧٦ - ١٧٨.

^(٥٨) Shattuck, Paul, T. (2008) change in Autismsymptoms and mala adaptive Behaviore in A dolescents and Adults with an Autismspectrum Disorder, Jourinal of Autism and Developments Disorders, 37.

^(٥٩) احمد بدر، اصول البحث العلمي ومناهجه، الكويت، وكالة المطبوعات، ١٩٧٧، ص ١٢٠.

^(٦٠) عزيز حنا داود، د. انور حسين عبد الرحمن، مناهج البحث التربوي، دار الحكمة للطباعة، بغداد، بدون ط، ١٩٩٠، ص ٦٧.

^(٦١) د. احسان محمد الحسن، د. عبد المنعم الحسني، طرق البحث الاجتماعي، دار الكتب، جامعة الموصل، ١٩٨٢، ص ٢٨.

* نغني بـ (٥٠) أسرة متكونة من (٥٠) أب و (٥٠) أم.

^(٦٢) Claus Moser and G. Kaltou, survey in social investigation, London , Hein Emann Educational (LTD), 2ed, 1975, P.146-148.

2 May 2019

$$\text{ع س}^2 = \frac{\text{حد الثقة}}{\text{درجة الدلالة الإحصائية لمستوى ثقة ٩٥\% أو ٩٩\%}}$$

ولقد اختير مستوى الثقة الإحصائية (٩٥\%) وبدرجة دلالة إحصائية (١.٩٦) وبما أن مجتمع الدراسة متجانس لذلك فإن الانحراف المعياري لمجتمع البحث يساوي (١٠) أما حد الثقة الإحصائية فقد كان (٢). وبعد ان قمنا بتعويض رموز المعادلة الإحصائية بالأرقام للحصول على حجم العينة المختارة وكما يلي:

$$\text{ع س}^2 = \frac{(2)}{1.96}$$

$$\text{ع س}^2 = \frac{(2)}{1.96}$$

$$\text{ع س}^2 = 2$$

$$\text{إذا } n = \frac{(10)}{2} = 5.0 = \text{حجم العينة}$$

ب- اختيار مصداقية العينة في تمثيلها للمجتمع المدروس

ان الغرض من إجراء تلك العملية الإحصائية للتأكد من مصداقية العينة في تمثيلها لمجتمع الدراسة فإذا كانت نتيجة نقل عن (١.٩٦) لمستوى ثقة (٩٥\%) و (٢.٥٨) لمستوى ثقة (٩٩\%) فإن العينة تكون صادقة في تمثيلها لمجتمع البحث، أما إذا زادت درجة الخطأ المعياري عن هذين الرقمين (١.٩٦ - ٢.٥٨) فإن القيمة تكون مرفوضة لأنها لا تمثل مجتمع الدراسة من حيث الصفات و الخصائص في المجتمع عن طريق القانون الآتي:

$$y = \text{س} \pm 1.96 \frac{\text{ع}}{\sqrt{n}}$$

2019 \ 5 \ 2

وعوضنا بعد ذلك رموز المعادلة بالأرقام وكما يأتي:

$$y = \text{س} \pm 1.96 \frac{\text{ع}}{\sqrt{n}}$$

$$y = 11.7 + 2.5 = 14.2$$

أو $y = 11.7 - 2.5 = 9.2$ الوسط الحسابي لأعمار المبحوثين لمجتمع الدراسة وقد اعتمدت الباحثة على القيمة الموجبة (١٤.٢) واستعملت قانون (test) لاختبار مصداقية العينة في تمثيلها لمجتمع الدراسة والقانون على النحو الآتي:

$$t = \frac{\text{س} - y}{\frac{\text{ع}}{\sqrt{n}}}$$

2 May 2019

$$١.٣ = \frac{٩.٦}{٥.٧} = \frac{٤}{١} = ٤ ن$$

$$\frac{س - ي}{٤ ن} = ١ ت$$

$$\frac{١٤.٢ - ١٢.٩}{١.٣} = ١ ت$$

١ ت= وبعد إجراء اختبار أهمية الفرق المعنوي بين الوسط الحسابي لأعمار العينة والوسط الحسابي لأعمار مجتمع الدراسة، لم نجد هناك فرقاً معنوياً بينهما عند مستوى ثقة (٩٥%) لان نتيجة الاختبار (١) اقل من القيمة الجدولية (١.٩٦) وعليه فان العينة المختارة كانت صادقة في تمثيلها لمجتمع البحث.

المحور الثاني:

أ. وسائل جمع البيانات والمعلومات: وهي مجموعة الوسائل والمقاييس التي يعتمد الباحث للحصول على المعلومات المطلوبة لفهم وحل مشكلته من المصادر المعنية بذلك^(٦٣). لذا عمدت الباحثة على استخدام ثلاثة أنواع من الوسائل وهي:-

١. **المقابلة Interview** : وهو لقاء يتم بين الباحث او من ينابو عنه والذي يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة عن الأشخاص المبحوثين وجهاً لوجه، ويقوم الباحث بتسجيل الإجابات وتدوينها على الاستمارات. (٦٤)
واستعملت للحصول على معلومات غير متوفرة في المصادر المكتوبة والسجلات الرسمية وقد قامت الباحثة بعد شرح الأسئلة للمبحوثين والتي تحتاج إلى توضيح من قبل الباحث وامتازت المقابلة بالصراحة والموضوعية.

٢. **الملاحظة Observation**: استعمال الملاحظة للتعرف على واقع نشاط المبحوثين دون إثارة اهتمامهم ويكون الاتصال بهم مباشراً دون شعورهم بانهم تحت الملاحظة^(٦٥). وقامت بزيارات عدة لمجتمع البحث للتعرف على المشاكل والصعوبات التي تواجه أسرة الطفل التوحدي والدور الذي تؤديه الأسرة لتأهيل الطفل التوحدي ودمجه في المجتمع.

٣. **الاستبيان Questionnaire**: يعد الاستبيان احد وسائل البحث العلمي التي تستعمل على نطاق واسع من اجل الحصول على البيانات او معلومات تتعلق بأحوال الناس او ميولهم او اتجاهاتهم ودوافعهم او معتقداتهم (أداة تتضمن مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية التي يتطلب من المبحوث الإجابة عنها بطريقة يحددها الباحث حسب أغراض البحث^(٦٦)). تم اعداد وتصميم استمارة الاستبيان ونظمت لتلائم مع البحث.

المحور الثالث، تضمن ما يأتي:

(٦٣) د. محمد زياد حمدان، البحث العلمي كنظام، دار التربية الحديثة، الاردن، بدون ط، ١٩٨٩، ص ٨٨.

(٦٤) جودت عزت عطوي، أساليب البحث العلمي، مناهجه وادواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية للنشر، الاردن، ط١، ٢٠٠٠، ص ١١٠.

(٦٥) عبد الرؤوف الضبع، عبد الرحيم تمام ابو كريشه، تصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ط١، ٢٠٠٠، ص ٥١.

(٦٦) جودت عزت عطوي، مصدر سابق، ص ٩٩.

أ- الصدق لاستمارة الاستبانة:

يعني مفهوم الصدق على مدى تحقيق الاستمارة للهدف وضعت من اجله^(٦٧) وقد تم التحقق من صدق الاستبيان او المقياس (محتوى الفقرات) اذ تم عرضه على هيئة التحكيم من اساتذة في قسم تقنيات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وعلم النفس بوصفهم لهم خبرة ودراية في مجال التربية الخاصة والرعاية الاجتماعية لتحديد مدى صلاحية فقرات الاستمارة.

ب- الثبات للاستمارة او المقياس

يقصد بمفهوم الثبات (Reliability) إلى الاتساق والحصول على النتائج نفسها. بمعنى آخر ان يعطي نفس النتائج اذا ما اعيد على الأفراد انفسهم في نفس الظروف^(٦٨). وبعد ان اجيزت الاستمارة بصيغها النهائية طبقت على عينة مؤلفة من (١٠) مبحوثين من الآباء والأمهات، وبعد ما فرغت الإجابات في جداول اذ اعطت الباحثة مدة الاختبار الأول والثاني (١٥) يوماً لتطبيقه على نفس المجموعة التي طبقت عليها المجموعة الأولى، وقد استخرجت معامل الثبات باستعمال قانون بيرسون، اذا كان معامل الارتباط للمقياس (٠.٨) عدت هذه القيمة كافية لأغراض البحث.

الفصل الرابع: البيانات عن وحدات العينة

يتضمن هذا الفصل على محورين هما:-

أولاً: البيانات الأساسية لوحدات العينة

١. جنس العينة:

جدول (١): يوضح التوزيع الجنسي لوحدات العينة

ت	الجنس	تكرارات	النسبة المئوية
١	ذكر	٥٠	%٥٠
٢	انثى	٥٠	%٥٠
	المجموع	١٠٠	%١٠٠

نعني بالجنس النوع السكاني الذي يميز الأفراد في المجتمع، اذ ان الأفراد ينقسمون بايولوجياً إلى (ذكور وإناث)، تشير نتائج البيانات الإحصائية إلى ان (٥٠) مبحوث من مجموع (١٠٠) وبنسبة (%٥٠) كانوا من الذكور، في حين بلغ عدد الإناث (٥٠) مبحوث من مجموع (١٠٠) وبنسبة (%٥٠).

٢. الفئات العمرية لوحدات العينة

جدول (٢): يوضح الفئات العمرية لوحدات العينة

ت	الفئات العمرية	تكرارات الأب	%	تكرارات الأم	%
١	٢٧-٢٤	٦	%١٢	٢٠	%٤٠
٢	٣١-٢٨	١٥	%٣٠	١٥	%٣٠

(٦٧) د. عبد الباسط محمد حسن، اصول البحث الاجتماعي، ط١، مكتبة وهبة، مصر، ١٩٧٧، ص ٣٤١.

(٦٨) علي عبد الرزاق الجليبي وآخرون، تصميم البحث الاجتماعي بين الاستراتيجية والتنفيذ، تقديم عاطف غيث، دار المعرفة الجامعية، مصر، ١٩٨٣، ص ٤٤١.

2 May 2019

٣	٣٥-٣٢	١٧	%٣٤	٩	%١٨
٤	٣٩-٣٦	١٢	%٢٤	٦	%١٢
المجموع		٥٠	%١٠٠	٥٠	%١٠٠

للعمر أهمية كبيرة في اكتساب الفرد الخبرات سواء كانت قدرات ومهارات وقيم واتجاهات والتي تساعد على تخطي ومواجهة هذه المشكلات وتذليل الصعوبات التي أدت إلى ظهور هذه المشكلات، وفيما يخص نتائج بحثنا الميداني اظهر الجدول إلى وجود (٦) أب وبنسبة (١٢%) تتراوح أعمارهم ما بين (٢٤-٢٧) سنة، و(١٥) أب وبنسبة (٣٠%) تتراوح أعمارهم ما بين (٢٨-٣١) سنة، وإن (١٧) أب وبنسبة (٣٤%) تتراوح أعمارهم ما بين (٣٢-٣٥) سنة، فيما أشارت النتائج إلى وجود (١٢) أب وبنسبة (١٢%) تقع أعمارهم ما بين (٣٦-٣٩) سنة. أما ما يخص نتائج البيانات الإحصائية للفئات العمرية للأمهات أطفال التوحد تبين أن (٢٠) أم وبنسبة (٤٠%) تتراوح أعمارهم ما بين (٢٤-٢٧) سنة في حين أن (١٥) أم وبنسبة (٣٠%) تتراوح أعمارهم ما بين (٢٨-٣١) سنة وجاءت النتائج بـ (٩) أم و بنسبة (١٨%) تتراوح أعمارهم بين (٣٢-٣٥) سنة وأخيرا جاءت الفئة العمرية والبالغة (٦) أم وبنسبة (١٢%) تتراوح أعمارهم (٣٦-٣٩) سنة.

٣. التحصيل الدراسي للآباء والأمهات من وحدات العينة:

جدول (٣) يوضح التحصيل الدراسي للآباء والأمهات

ت	التحصيل الدراسي	التكرارات الأب	%	التكرارات الأم	%
١	لا يقرأ و لا يكتب	٤	%٨	٥	%١٠
٢	الابتدائية	٧	%١٤	٨	%١٦
٣	المتوسطة	١١	%٢٢	١٢	%٢٤
٤	الإعدادية	١٤	%٢٨	٩	%١٨
٥	الدبلوم	٩	%١٨	١٠	%٢٠
٦	البكالوريوس	٥	%١٠	٦	%١٢
المجموع		٥٠	%١٠٠	٥٠	%١٠٠

يعد التحصيل الدراسي من أكثر المفاهيم تداولاً في المجالات العلمية والعملية والتعليم له جانب هام باعتباره الطريق الإجباري لاختيار نوع الدراسة والمهنة، فضلاً عن ذلك يتم تحديد الدور الاجتماعي الذي سيقوم به الفرد والمكانة الاجتماعية التي يطمح لتحقيقها لذاته.

تشير نتائج البحث الميداني إلى وجود (٤) محو وث وبنسبة (٨%) هم لا يقرأون و لا يكتبون، في حين بلغ عدد المحو وثين الحاصلين على الشهادة الابتدائية (٧) محو وث وبنسبة (١٤%)، اما الحاصلين على شهادة المتوسطة فقد بلغ (١١) محو وث وبنسبة (٢٢%)، والحاصلين على شهادة الإعدادية بلغ عددهم (١٤) محو وث وبنسبة (٢٨%)، وإن (٩) محو وث وبنسبة (١٨%) حاصلين على شهادة الدبلوم، وإن (٥) محو وث وبنسبة (١٠%) حاصلين على شهادة البكالوريوس، أظهرت دراستنا ان التحصيل الدراسي للأمهات جاء وكما يلي ان (٥) محو وث وبنسبة (١٠%) لا يقرأن ولا يكتبن وإن (٨) محو وث وبنسبة (١٦%) حاصلات على شهادة الابتدائية

2 May 2019

وان (١٢) مبحوث ونسبة (٢٤%) حاصلات على شهادة المتوسطة وان (٩) مبحوث ونسبة (١٨%) حاصلات على شهادة الإعدادية وان (١٠) مبحوث ونسبة (٢٠%) حاصلات على شهادة الإعدادية اما الحاصلات على شهادة الدبلوم فقد بلغ عددهن (٦) ونسبة (١٢%) لقد افاد المبحوثين بالرغم من ان تحصيلهم الدراسي غير عالي لكن كانوا ذوييين ومثابرين ومصرين على التعرف على حالة طفلهم التوحيدي.

٤. مهنة الآباء والأمهات من أفراد العينة

جدول (٤) يوضح مهنة الآباء والأمهات من أفراد العينة

ت	مهنة الأب	الاستجابات	النسبة المئوية	مهنة الأم	الاستجابات	النسبة المئوية
١	عسكري	١١	٢٢%	ربة بيت	٣٢	٦٤%
٢	كاسب	٢٦	٥٢%	موظفة	١٨	٢٦%
٣	موظف	١٣	٢٦%	-	-	-
	المجموع	٥٠	١٠٠%	٥٠	١٠٠%	١٠٠%

المهنة هي الوسيلة للعمل والكسب وهي تحدد نوع العمل الذي يمارسه الشخص ليكسب معيشته وهي أيضاً وظيفة مبنية على أساس من العلم والخبرة ومن خلالها يتمكن الفرد للحصول على المهارة المطلوبة، أكدت النتائج التي تم التوصل إليها إلى وجود (١١) مبحوث ونسبة (٢٢%) أشاروا إلى انهم عسكريين وان (٢٦) مبحوث ونسبة (٤٨%) هم من الكسبة وان (١٣) مبحوث ونسبة (٢٦%) هم موظفون يمارسون أعمالاً إدارية متنوعة، وفي دراستنا أيضاً ظهر ان أغلب الأمهات هن ربات بيوت حيث بلغ عددهن (٣٢) مبحوث ونسبة (٦٤%)، وان (١٨) مبحوث ونسبة (٢٦%) هن موظفات حيث يمارسن مهنة إدارية مختلفة. نلاحظ من خلال ذلك ان الدخل الذي يتقاضاه الفرد هو الذي يحدد احتياجات ومستلزمات أفرادها فكلما زاد الدخل تستطيع الأسرة تلبية احتياجات ابنائها من صحة وتعليم.

٥. الحالة الاقتصادية لوحدات العينة

جدول (٥) يوضح الحالة الاقتصادية لوحدات العينة

ت	الحالة الاقتصادية	تكرارات	النسبة المئوية
١	جيدة	٨	١٦%
٢	متوسطة	١٩	٣٨%
٣	ضعيفة	٢٣	٤٦%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

تمثل الحالة الاقتصادية التركيبية الاجتماعية لكل مجتمع ولكل أسرة من الأسر لها مستواها الاقتصادي المعين الذي يمنحها مكانتها الاجتماعية في المجتمع وكما نعلم ان الدخل هو الذي يحدد طبيعة الظروف والمعطيات الصحية والاجتماعية المحيطة بالفرد، اذ يشير الجدول (٥) إلى (٨) مبحوث ونسبة (١٦%) أجابوا إلى ان مستواهم الاقتصادي جيد، بينما أجاب (١٩) مبحوث ونسبة (٣٨%) إلى ان مستواهم الاقتصادي متوسط لتغطية حاجاتهم الأساسية، في حين ان (٢٣) مبحوث ونسبة (٤٦%) أجابوا إلى ان مستواهم

2 May 2019

الاقتصادي ضعيف بحيث لا يلبي متطلباتهم واحتياجاتهم وخصوصاً عندما يكون لديهم طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فيحتاج إلى كثير من المراجعات الطبية والتعليمية والتأهيلية .

٦. حجم الأسرة لوحدات العينة

جدول (٦) يوضح حجم الأسرة لوحدات العينة

ت	عدد الأفراد	تكرارات	النسبة المئوية
١	٤-١	١٤	%٢٨
٢	٩-٥	٣٢	%٦٤
٣	١٤-١٠	٤	%٨
	المجموع	٥٠	%١٠٠

تعد الأسرة المنظومة الاجتماعية الأولى التي يكتسب فيها الأفراد القيم والمعايير والاتجاهات والتي يبنى على ضوئها التفاعل الاجتماعي بين أعضائها، فالجو الأسري يؤثر في نمو الأبناء وفي سلوكهم واتجاهاتهم كما يرتبط اشد الارتباط بأنماط وأساليب التي يؤديها الوالدين من خلال عملية تبادل الأدوار، تشير البيانات إلى ان (١٤) مبحوث وبنسبة (٢٨%) ان عدد أفراد أسرهم من (٤-١)، وان (٣٢) مبحوث وبنسبة (٦٤%) عدد أفراد أسرهم (٩-٥)، وقد اكد (٤) مبحوث وبنسبة (٨%) ان عدد أسرهم (١٤-١٠)، نستنتج من خلال ذلك كلما زاد عدد أفراد الأسرة زادت متطلباتهم واحتياجاتهم بالاختصاص عندما يكون دخل الأسرة محدود ومما ينعكس على مستواهم الاجتماعي والتعليمي والتأهيلي .

ثانياً: البيانات الاختصاصية لوحدات العينة

٧. البيانات المتعلقة باكتشاف وتشخيص طفل التوحد

جدول (٧) يوضح التشخيص المبكر للطفل للتوحد

ت	الإجابات	تكرارات	النسبة المئوية
١	نعم	٣٥	%٧٠
٢	لا	١٥	%٣٠
	المجموع	٥٠	%١٠٠

إن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً ولاسيما عندما يقل عدد المختصين المهنيين بشكل علمي فضلاً عن ذلك لا يمكن تشخيص الطفل من دون ملاحظة سلوكه ومهارات التواصل لديه ولاسيما هنالك اضطرابات تشترك بالسمات نفسها لذا يتم عرضه على مجموعة من ذوي الاختصاصات الطبية والنفسية والذين لديهم باع طويل في هذا المجال. أظهرت نتائج البحث الميداني أن (٣٥) مبحوث وبنسبة (٧٠%) أجابوا بنعم على اكتشاف وتشخيص الطفل بأنه مصاب بالتوحد بعد عرضه على مجموعة من الاختصاصيين العاملين في هذا المجال، وان (١٥) مبحوث وبنسبة (٣٠%) أجابوا ب (لا) لتأخرهم عن عرضه على الأطباء المختصين لضعف إمكانياتهم المادية.

2 May 2019

٨. البيانات الخاصة : عن ردود الفعل لدى الأسرة عندما يتم تشخيص الطفل مصاب بالتوحد

جدول (٨) يوضح ردود الفعل لدى الأسرة عندما يتم تشخيص الطفل

ت	ردود الفعل	تكرارات	النسبة المئوية
١	الحماية الزائدة	١٠	٢٠%
٢	رفض الطفل وعدم الاعتراف بإعاقته	١٣	٢٦%
٣	الإحساس بعدم القدرة على التعامل مع الطفل التوحيدي	١٥	٣٠%
٤	تنتاب الأسرة مشاعر الحزن والاكتئاب	١٢	٢٤%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

إن الأسرة عندما تعلم أن لديها طفل مصاب بالتوحد تشعر بالصدمة والحزن وعدم قبول الواقع لذا تبدأ الخلافات بالظهور بين الوالدين نتيجة تبادل الاتهامات بينهما حول تحديد المسؤولية عن إنجاب الطفل تبين البيانات الإحصائية أن (١٠) مبحوث وبنسبة (٢٠%) أجابوا بحماية الطفل ورعايته وهذه المشاعر تتفاوت بين الأسر وأن (١٣) مبحوث وبنسبة (٢٦%) أجابوا بعد الاعتراف بإعاقة الطفل في حين أن (١٥) مبحوث وبنسبة (٣٠%) أجابوا بعدم قدرتهم التعامل مع الطفل التوحيدي بينما أشار (١٢) مبحوث وبنسبة (٢٤%) أشاروا إلى شعورهم بالحزن والاكتئاب حين أبلغوا أن طفلهم يعاني من اضطراب التوحد عدوا ذلك عقاب من الله نتيجة ذنب أو معصية ارتكبها أحد الوالدين.

٩. البيانات الخاصة عن علاقة الطفل التوحيدي مع أخوانه

جدول (٩) يوضح علاقة الطفل التوحيدي مع أخوانه

ت	علاقة الطفل بإخوانه	تكرارات	النسبة المئوية
١	يظهر عليه علامات الفرح أو البهجة عند اللعب مع أخوته الآخرين	٢٢	٤٤%
٢	عندما يلعب الطفل مع أخوته يتسبب بحدوث مشاكل بينهم	٢٨	٥٦%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

يعد اللعب الترويحي من أنجح وسائل التعلم فهو يساعد على التعلم والمشاركة والتواصل مع إخوانه أو مع الآخرين فهو يحتاج للشعور بالحب والأمن والرعاية لذا تبدأ الأسرة بتهيئة الأجواء المناسبة له، أكد (٢٢) مبحوث وبنسبة (٤٤%) أن طفلهم يشعر بالفرح والبهجة عند اللعب مع إخوانه مما يساعد الطفل على تنوع خبراته الاجتماعية والتعليمية، في حين أن (٢٨) مبحوث وبنسبة (٥٦%) أشاروا أن طفلهم عندما يلعب مع إخوانه قد يخلق لهم مشكلات منها تمسكه بالألعاب كما أنه لا يستطيع التركيز لفترة طويلة عند ممارسة نشاط معين.

2 May 2019

١٠. البيانات المتعلقة بالسمات او الأعراض التي لاحظتها الأسرة على الطفل التوحيدي
جدول (١٠) يوضح السمات او الأعراض التي لاحظتها الأسرة على الطفل التوحيدي

ت	السمات	تكرارات	النسبة المئوية
١	عدم التفاعل مع الآخرين خصوصاً مع الأطفال من عمره	١٢	٢٤%
٢	انسحابه من الجو الأسري وانطوائه حول نفسه	٨	١٦%
٣	ضعف تواصله اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين	١١	٢٢%
٤	قيامه بتكرار أنماط سلوكية معينة	١٠	٢٠%
٥	يميل إلى العناد وعدم تلبية نداء الغير	٩	١٨%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

يظهر على الطفل التوحيدي عدة سمات فقد يتعرض الطفل للإحباط بشكل مفاجئ والكثير من الغضب والحزن حيناً أخرى مما يدفعه لإتباع سلوكيات عنيفة تؤدي إلى الحاق الأذى والضرر بنفسه، وقد يظهر الطفل التوحيدي وكأنه لا يرى ولا يسمع بحيث يعتقد الآخرين بوجود خلل في حواسه، تشير البيانات الإحصائية إلى أن (١٢) من مجموع (٥٠) وبنسبة (٢٤%) أشاروا إلى عدم تفاعل الطفل مع الآخرين ولا سيما من سنة وعمره لا نهم يجدون صعوبة في التأقلم مع الأطفال الأسوياء في أعمارهم لعدم القدرة على استخدام اللغة وتوظيفها في مجالات الحياة الاجتماعية، فضلاً عن ذلك تكون استجاباتهم للإشارات الاجتماعية أقل مثل النظر في العيون والابتسامة، وأكد (٨) مبحوث وبنسبة (١٦%) أشاروا إلى انسحاب الطفل من عالم الأسرة وانطوائه حول ذاته نتيجة إحساس الطفل بالرفض وعدم التقبل مما يؤدي إلى خوف الطفل وانشغاله من الجو الأسري، وقد أجاب (١١) مبحوث وبنسبة (٢٢%) إلى ضعف تواصله اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين لعدم تطور اللغة بشكل واضح، وان (١٠) مبحوث وبنسبة (٢٠%) أجابوا إلى قيام الطفل التوحيدي بتكرار أنماط سلوكيات معينة مثل (التصفيق، طقطقة الأصابع، التحريك الجسدي، مسك الأشياء لفترة طويلة) وغيرها، وان (٩) مبحوث وبنسبة (١٨%) أشاروا إلى أن الطفل يميل إلى العناد وعدم تلبية نداء الغير عند التحدث معه لأن العناد سمة من سمات الطفل التوحيدي وهو ظاهرة سلوكية فضلاً عن ذلك عدم فهمه للأوامر التي تعطى له مثل (اترك، لا تفعل، تناول) .

١١. البيانات الخاصة عن مساهمة الأسرة في عملية التدريب والتأهيل

جدول (١١) يوضح مساهمة الأسرة في عملية التدريب والتأهيل (الدورات/الندوات)

ت	الإجابات	تكرارات	النسبة المئوية
١	نعم	٢٤	٤٨%
٢	لا	٢٦	٥٢%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

ان اباء الأطفال التوحيدين يؤدون دوراً مهماً وكبيراً في نجاح تعليم وتدريب أطفالهم من خلال برامج رعايتهم وتعاونهم مع المعاهد فضلاً عن ذلك مشاركتهم بعض برامج الرعاية لمساعدتهم على تنمية المهارات والقدرات وتعديل سلوكهم الغير مرغوب فيه.

2 May 2019

لذا نجد ان (٢٤) مبحوث وبنسبة (٤٨%) أجابوا ب (نعم) على مشاركتهم في الدورات والندوات التوعوية والإرشادية في كيفية التعامل مع الطفل التوحدي والتي تقيمها هذه المعاهد من خلال عقد مجالس الآباء والأمهات إذ يستفيدون من الخبرات الناجحة من بعض الأسر فيزداد الأمل عندهم ويحفزهم إلى تطوير أسلوبهم مع الطفل، وقد افاد (٢٦) مبحوث وبنسبة (٥٢%) إلى ضعف مشاركتهم في الدورات والندوات لانشغال الآباء بالعمل وغيابه لفترات طويلة خارج المنزل وانشغال الأم بتدبير شؤون المنزل وأفراد الأسرة الآخرين من تلبية احتياجاتهم ومتطلباتهم كما ان بعض الأسر تشعر بان الجهد المبذول جهد ضائع لعدم تقدم الطفل في تدريبه وتأهيله.

١٢. البيانات الخاصة عن البرامج التدريبية التي ساهمت وساعدت الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي:

جدول (١٢) يوضح مدى إسهام البرامج التدريبية التي ساهمت وساعدت الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي

ت	البرامج التدريبية	تكرارات	النسبة المئوية
١	التدريب على العادات الصحية والعناية الذاتية	٨	١٦%
٢	تنمية المهارات الذهنية والحركية	١٢	٢٤%
٣	تنمية المهارات الحسية ومهارة الاتصال	١٠	٢٠%
٤	تنمية المهارات الاجتماعية	١٣	٢٦%
٥	تنمية القدرات التخيلية	٧	١٤%
	المجموع	٥٠	١٠٠%

أكدت الاتجاهات الحديثة على أهمية البرامج التربوية للطفل التوحدي، وكما نعلم ان الطفل التوحدي قابل للتعليم والتدريب خصوصاً عندما يتلقى التدريب في سن مبكرة تكون الفائدة اكبر من خلال توفر البيئة التي لها تأثير عليهم من خلال تنمية قدراتهم وامكانياتهم والعمل على تنمية هذه المهارات، تدل البيانات الإحصائية إلى ان (٧) مبحوث وبنسبة (١٤%) تدربوا على كيفية تعليم وتدريب الطفل التوحدي على العناية الذاتية والعادات الصحية السليمة مثل (غسل اليدين، غسل الوجه، غسل القدمين، غسل الجسم، غسل الاسنان، استخدام الحمام) اكدت الأمهات قيامهن بإعطاء الطفل التوحدي امثلة تعزيزية عن كل نشاط يقوم به طفلها، وان (١٢) مبحوث وبنسبة (٢٤%) أشاروا إلى مدى الاستفادة من البرامج التدريبية على تنمية المهارات الذهنية والحركية من خلال تعرف الطفل التوحدي على الالوان من خلال اللعب بالمكعبات واستخدام القلم والتقطيع لتنمية المهارات الذهنية والحركية فضلاً عن ذلك تقوية عضلات اليد من خلال دعمه وتشجيعه عند قيامه بأي مهارة وقد يكون التدعيم مادي او معنوي كالتصفيق او الشاء، او اعطى بعض قطع الحلوى، اكد (١٠) مبحوث وبنسبة (٢٠%) قد شاركوا في برامج تنمية المهارات الحسية ومهارة الاتصال خصوصاً من ناحية الحواس وهي (حاسة اللمس، حاسة البصر، والاصغاء، التذوق) تعتبر الحواس من الاشياء المدمومة او شبة المدمومة لدى الطفل التوحدي، افاد (١٣) مبحوث وبنسبة (٢٦%) ان البرامج التدريبية قد افادت أطفالهم التوحديين من خلال دمج الأطفال مع محيطهم الاجتماعي، أشار (٧) مبحوث وبنسبة (١٤%) ان البرامج قد ساعدتهم في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين من خلال بناء القدرات التخيلية على سبيل المثال اشراكهم في اللعب سواء كان الفردي او الجماعي وتدريبه على إلقاء التحية، اداب الدخول إلى الأماكن العامة، تناول الطعام، كل هذه المهارات تحتاج إلى جانب تعزيزي من

2 May 2019

خلال سرد قصة أو قراءة نشيد أو أي وسيلة تعليمية أخرى لان الطفل التوحيدي والذي من سماته عدم التقليد أو المحاكاة لذا على الأم مساعدة الطفل على اداء أي مهارة. (مثلاً العناية الذاتية)

الفصل الخامس: النتائج والتوصيات

تناول هذا الفصل على مبحثين هما:-

أولاً: النتائج: توصلت الدراسة الميدانية للنتائج الآتية:-

١. يتبين من خلال الدراسة ان أفراد العينة من الذكور كان عددهم (٥٠) ونسبة (٥٠%) بينما بلغ عدد الإناث (٥٠) ونسبة (٥٠%).
٢. تبين ان معظم المبحوثين كانوا من الفئة العمرية (٣٢-٣٥) سنة فقد بلغ عددهم (١٧) أب ونسبة (٣٤%). أما بالنسبة للفئة العمرية للأمهات الطفل التوحيدي فقد بلغ (٢٠) ونسبة (٤٠%) تتراوح أعمارهن ما بين (٢٤-٢٧).
٣. تبين من خلال الدراسة الميدانية ان معظم الآباء حاصلين على شهادة الإعدادية اذ بلغ عددهم (١٤) ونسبة (٢٨%)، اما الأمهات الحاصلات على الشهادة المتوسطة فقد بلغ عددهن (١٢) ونسبة (٢٤%).
٤. تبين من خلال الدراسة ان معظم المبحوثين هم من (الكسبة) اذ بلغ عددهم (٢٦) مبحوث ونسبة (٥٢%)، اما ربات البيوت فقد بلغ عددهن (٣٢) مبحوث ونسبة (٦٤%).
٥. توصلت الدراسة إلى ان معظم المبحوثين هم في حالة اقتصادية ضعيفة فقد بلغ عددهم (٢٣) مبحوث ونسبة (٤٦%).
٦. اظهرت الدراسة بأن عدد أفراد الأسرة من (٥-٩) هم الغالب على وحدات العينة فقد بلغوا (٣٢) مبحوث ونسبة (٦٤%).
٧. ان أغلب وحدات العينة أجابوا بـ (نعم) على اكتشاف وتشخيص الطفل انه يعاني من اضطراب التوحد اذ بلغ عددهم (٣٥) مبحوث ونسبة (٧٠%).
٨. أظهرت الدراسة ان الفقرة (١) اظهرت (٢٠%) من المبحوثين ابدوا شعورهم بالحماية الزائدة وان الفقرة (٢) والبالغة نسبتهم (٢٦%) أجابوا إلى عدم الاعتراف بإعاقة الطفل، اكدت الفقرة (٣) على نسبة (٣٠%) من المبحوثين بعدم إحساسهم بالقدرة على التعامل مع الطفل التوحيدي، اما الفقرة (٤) أجابوا ان شعورهم بالحزن والاكتئاب بلغ (٢٤%).
٩. كانت الدراسة قد تحققت من الفقرة (١) يظهر عليه علامات الفرح والبهجة عند اللعب مع أخوانه، اذ حققت نسبة (٤٤%) في حين حققت الفقرة (٢) يمارس الطفل اللعب مع أخوانه بحدوث مشاكل اذ بلغت النسبة (٥٦%) كما مبين في الجدول (٩).
١٠. تشير البيانات الخاصة عن السمات التي لاحظتها الأسرة على الطفل التوحيدي اذ بلغت (٢٤%) أكدوا على عدم التفاعل مع الآخرين، وجاءت الفقرة الثانية بنسبة (١٦%) انسحابه من الجو الأسري وان (٢٢%) أكدوا على ضعف تواصله اللفظي، وان (٢٠%) أشاروا إلى قيامه بتكرار أنماط سلوكية معينة وأخيراً بنسبة (١٨%) يميل إلى العناد وعدم تلبية نداء الغير لان كل طفل له سماته الخاصة التي يختلف عن الآخر.

2 May 2019

١١. جاءت النتائج عن مساهمة الأسرة في التدريب والتأهيل إذ أجاب (٢٤) مبحوث ونسبة (٤٨%) ب (نعم) على اشتراكهم في الدورات والندوات التوعوية، وان (٢٦) مبحوث ونسبة (٥٣%) أجابوا ب (لا) على عدم مشاركتهم في الدورات التوعوية.

١٢. تسهم النتائج الواردة في الجدول (١٢) إلى مدى إسهام البرامج التدريبية التي ساعدت الأسرة في التعامل مع الطفل التوحدي إذ بلغت الفقرة (١) على نسبة (١٦%) تدريبه على العادات الصحية والعناية الذاتية أما الفقرة (٢) فحصلت على نسبة (٢٤%) تنمية المهارات الذهنية والحركية وأن الفقرة (٣) حصلت على (٢٠%) تنمية المهارات الحسية ومهارة الاتصال، بينما حصلت الفقرة (٤) على نسبة (٢٦%) تنمية المهارات الاجتماعية، أما الفقرة (٥) فقد حصلت على (١٤%) على بناء القدرات التخيلية.

المبحث الثاني: التوصيات والمقترحات

توصلت الدراسة الميدانية إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات في هذا المجال.

١. التنسيق والتعاون بين الأسرة والمعاهد التأهيلية في معالجة المشكلات السلوكية الغير مرغوب فيها والتي تصدر عند الطفل التوحدي.

٢. ضرورة مراعاة الفروق الفردية عن تنفيذ البرامج المقدمة لهذه الفئة من حيث التخطيط والتنفيذ لتحقيق الرعاية الفردية لكل طفل على حدة.

٣. ضرورة إنشاء مراكز بحثية وعيادات استشارية في بغداد وباقي محافظات القطر لإجراء البحوث والدراسات حول اضطراب التوحد.

٤. عقد المؤتمرات المحلية والعربية والدولية لتبادل المعلومات والخبرات بما هو جديد حول موضوع اضطراب التوحد لغرض الإفادة منها في هذا المجال.

٥. التنسيق بين وزارة الصحة على توفير فريق عمل متكامل ليتولى رعاية هذه الفئة تضم كافة التخصصات من طبيب أطفال، طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق، أخصائي علاج مهني.

٦. إجراء دورات تدريبية متخصصة للعاملين مع الأطفال التوحدين ليتعرفوا على أحدث الطرق والأساليب العلمية المتطورة في التعامل مع حالات اضطراب التوحد.

٧. إسهام جميع أجهزة الإعلام ووسائل الاتصال بنشر الثقافة التوعوية والإرشادية عن حالات اضطراب التوحد.

٨. العمل على توفير خطوط نقل مجانية تعمل على نقل الأطفال المعاقين والمتوحدين من منازلهم إلى المعاهد وبالعكس كون أغلب الأطفال يسكنون بعيداً عن هذه المعاهد مما يؤدي إلى إرهاق كاهل الأسرة.

٩. قيام المعاهد بفتح دورات تدريبية وتأهيلية لأسر الأطفال التوحدين للمساهمة على كيفية التعامل مع الطفل من خلال تعديل سلوكه إلى المستوى الذي يؤهله لدمجه في المجتمع.

١٠. نقترح بإنشاء قاعدة بيانات لتحديد الباحثين والمختصين في حالات اضطراب التوحد.

١١. نقترح القيام بإجراء دراسة حالة لكل طفل من أطفال التوحد لأن كل طفل هو حالة بذاته تختلف عن غيره لذا مراعاة ذلك في المراكز و المعاهد الخاصة بالتوحد.

١٢. نقترح قيام الباحثين والاختصاصيين بهذا المجال بدراسات حول إعاقة التوحد من حيث أسبابها ومعدلات انتشارها ومن حيث مدى فعالية التقنيات الحديثة في تأهيل الاطفال التوحدين.

2 May 2019

أولاً: المصادر العربية

١. احسان محمد الحسن، د. عبد المنعم الحسني، طرق البحث الاجتماعي، دار الكتب، جامعة الموصل، ١٩٨٢.
٢. احمد بدر، اصول البحث العلمي ومناهجه، الكويت، وكالة المطبوعات، ١٩٧٧.
٣. أحمد سليم النجار، التوحد واضطرابات السلوك، ط١، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ٢٠٠٦، المكتبة الافتراضية
٤. أحمد نايل وبلال أحمد عودة، سيكولوجية أطفال التوحد، ط١، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، المكتبة الافتراضية
٥. أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني، سمات التوحد، ط١، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، ٢٠١٠.
٦. اسماعيل بن حماد الجواهري، معجم الصحاح، مطبعة دار المعرفة، لبنان، ٢٠٠٧.
٧. جودت عزت عطوي، أساليب البحث العلمي، مناهجه وادواته، طرقه الإحصائية، دار الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية للنشر، الاردن، ط١، ٢٠٠٠.
٨. خالد محمد عبد الغني، اضطرابات التواصل مرشد الأسرة والمعلمين والأخصائيين للتدخل التدريبي والعلاجي، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، ٢٠١٦.
٩. سناء الخولي، مدخل إلى علم الاجتماع، الاسكندرية، دار المعرفة الاجتماعية، ١٩٩٠.
١٠. طارق عامر، الطفل التوحيدي، مطبعة اليازوري، ٢٠٠٨.
١١. عادل عبد الله محمد (مقياس الطفل التوحيدي)، دار الرشا للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨.
١٢. عبد الباسط محمد حسن، اصول البحث الاجتماعي، ط١، مكتبة وهبة، مصر، ١٩٧٧.
١٣. عبد الرحمن سيد سليمان، إعاقاة التوحد، ط١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠١.
١٤. عبد الرؤوف الضبع، عبد الرحيم تمام ابو كريشه، تصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ط١، ٢٠٠٠.
١٥. عبد الله احمر، بناء الأسرة الفاضلة، بيروت، لبنان، دار البيان العربي، ١٩٩٠.
١٦. عبد المجيد سيد احمد، زكريا احمد الشربيني، علم النفس الطفولة ، الأسس النفسية والاجتماعية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٨.
١٧. عزيز حنا داود، د. انور حسين عبد الرحمن، مناهج البحث التربوي، دار الحكمة للطباعة، بغداد، بدون ط، ١٩٩٠.
١٨. عزيز حنا داود، د. انور حسين عبد الرحمن، مناهج البحث التربوي، دار الحكمة للطباعة، بغداد، بدون ط، ١٩٩٠.
١٩. علي عبد الرزاق الجليبي وآخرون، تصميم البحث الاجتماعي بين الاستراتيجية والتنفيذ ، تقديم عاطف غيث، دار المعرفة الجامعية، مصر، ١٩٨٣.
٢٠. لاهاي عبد الحسين، مقدمة في علم الاجتماع، مطبعة الخير، ٢٠٠٨.
٢١. محمد احمد خطاب، إعاقاة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، ط١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ٢٠٠٥.
٢٢. محمد زياد حمدان، البحث العلمي كنظام، دار التربية الحديثة، الاردن، بدون ط، ١٩٨٩.

2 May 2019

٢٣. محمد صالح الإمام، د. فؤاد عيد الجوالدة، التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط١، عمان، ٢٠١٠.

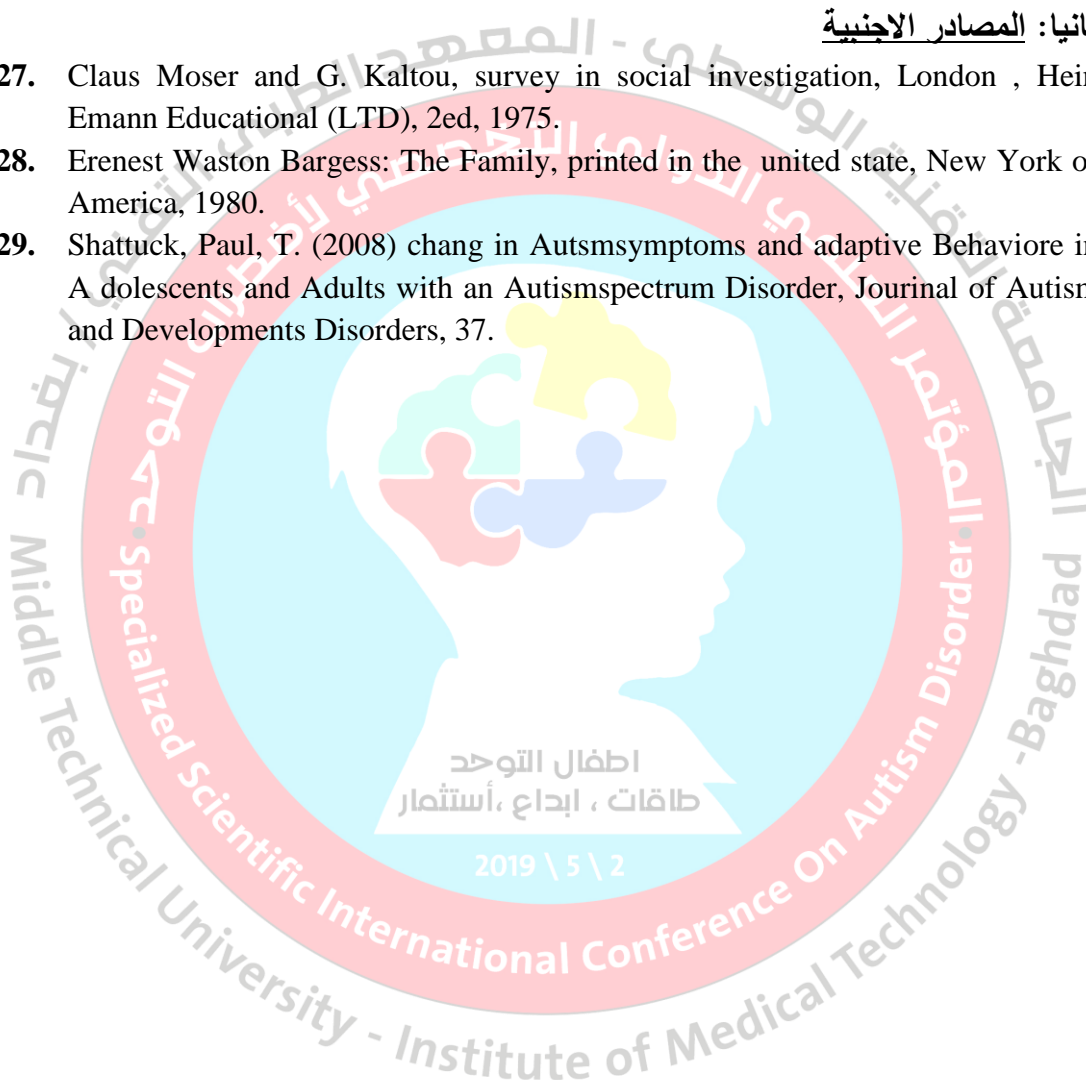
٢٤. محمود عبد الرحمن عيسى الشرفاوي، الإعاقة العقلية والتوحد، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع، ٢٠١٦.

٢٥. مصطفى نوري القمش، د. خليل عبد الرحيم المعاينة، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، ط١، ٢٠٠٧.

٢٦. وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي، الاسكندرية، دار الوفاء للطباعة والنشر، ٢٠٠٧.

ثانياً: المصادر الاجنبية

27. Claus Moser and G. Kaltou, survey in social investigation, London , Hein Emann Educational (LTD), 2ed, 1975.
28. Erenest Waston Bargess: The Family, printed in the united state, New York of America, 1980.
29. Shattuck, Paul, T. (2008) change in Autismsymptoms and adaptive Behaviore in A dolescents and Adults with an Autismspectrum Disorder, Jourinal of Autism and Developments Disorders, 37.



NO.	6
Title	معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد. (دراسة ميدانية في بغداد)
Author(s)	أ.م.د. لمياء محمد حسن الجامعة التقنية الوسطى/ المعهد الطبي التقني - بغداد

مستخلص البحث:

التوحد والذاتوية هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة (١) من بين (٥٠٠) شخص وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ١ : ٤ ، ولذلك مثل هذه الإعاقات تحتاج إلى رعاية أسرية واجتماعية خاصة ولكن قد تواجه أسر أطفال التوحد عدة صعوبات تعيق رعايتهم لأبنائهم، ولأهمية الموضوع سوف نسلط الضوء على أهم معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد والهدف من البحث هو التعرف على أهم المعوقات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والتعليمية والنفسية التي تعيق الأسر عن تأدية دورها بشكل إيجابي تجاه أبنائهم من ذوي التوحد وبالتالي تعيق إعادة دمجه بالمجتمع، فتضمن البحث جانبين نظري وميداني، وأحتوى الجانب النظري على محورين شمل المحور الأول الإطار العام للدراسة أي تحديد مشكلة وأهمية وهدف الدراسة وتعريف أهم المصطلحات العلمية، وتضمن المحور الثاني معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد. تم فيها تحديد العينة (نوعها وحجمها) وهي عينة قصدية وعشوائية بالوقت نفسه أجريت على (٥٠) مبحوث وتضمن الجانب الميداني كذلك عرض البيانات وتحليلها وأهم النتائج التي تم التوصل إليها وأهم التوصيات التي وضعتها الباحثة والتي من شأنها ان تسهم في تحديد وعلاج هذه المشكلة. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي: إن هناك عدة معوقات اجتماعية تعيق دورة الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأبنائهم المعاقين ومنها الوصمة الاجتماعية وبنسبة ٨٢% وشعور الأسرة بضعف مكانتها الاجتماعية وبنسبة ٧٦% وتوتر العلاقة بين الوالدين بسبب وجود طفل معاق لديها وبنسبة ٥٤% فضلاً عن وجود علاقة بين الإعاقة ومعوقات الرعاية الأسرية لذوي التوحد.

Abstract:

Autism and autism are a developmental disability that usually occurs during the first three years of the child, and is caused by a disturbance in the nervous system, which affects brain function. The prevalence of this disorder is estimated to be associated with behavioral symptoms of (1) The percentage of infection between boys and girls is 1: 4, so such disabilities need special family and social care, but the families of children of autism may face several difficulties that hinder their care for their children, he aim of the research is to identify the most important social, economic, health, educational and psychological obstacles that hinder families from performing their role positively towards their children with autism and thus hindering their re-integration into society. The research includes two theoretical and field aspects, the theoretical aspect included two axes. The first axis included the general framework of the study, ie, the definition of the problem, the importance and the purpose of the study and the definition of the most important scientific terms. The second axis included the obstacles of family care for autistic children. Sample was

2 May 2019

randomly selected and randomized at the same time. It was conducted on (50) subjects. The field side included the presentation of the data and its analysis, the main results reached and the most important recommendations made by the researcher which would contribute to identifying and treating this problem. The most important findings of the study are: There are several social obstacles that hinder the family cycle in providing the necessary care for its disabled children, including social stigma, 82%, the feeling of family weakness of social status by 76%, and tension between parents due to the presence of disabled child and 54% on the existence of a relationship between disability and the obstacles to family care for people with autism.

المقدمة:

هناك مرحلة أساسية ومهمة في حياة الإنسان ألا وهي مرحلة الطفولة، إذ يكون الفرد في هذه المرحلة أكثر مرونة وقابلية للتعليم وأكثر طواعية لتعديل سلوكه، لذلك حظيت مشكلات الطفولة وحقوق الطفل في مراحل حياته المختلفة باهتمام الكثير من الباحثين في مجالات الحياة المختلفة وبدأ الاهتمام في الآونة الأخيرة بالاضطرابات التي تصيب الأطفال والتي تؤثر على نموهم السوي، ومن هذه الاضطرابات هي اضطرابات التوحد، وهي من أكثر الإعاقات التطويرية صعوبة بالنسبة للطفل ويحيطه الكثير من الغموض سواء في أساليب تشخيصية أو أسباب الإصابة أو طرائق علاجه، لذا يُعَدّ التعامل مع أطفال التوحد في الأسرة والمجتمع ككل تحدياً كبيراً بالنسبة للمسؤولين على تنشئة وتعليم هؤلاء الأطفال والتفاهم مع احتياجاتهم الخاصة.

الجانب النظري:

المحور الأول: الإطار العام للدراسة:

أولاً: عناصر الدراسة:

١ - مشكلة الدراسة:

يؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل، حيث عادة ما يواجه الأطفال أو الأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي، وقد تواجه الأسرة عدة معوقات تعيقها عن تأدية دورها في رعاية أبنائها من ذوي التوحد، لذا سوف نسلط الضوء في بحثنا هذا على أهم المعوقات التي تعيق الرعاية الأسرية لأطفال التوحد.

٢ - أهمية الدراسة:

تتبع الأهمية النظرية للدراسة من أهمية الموضوع الذي نتناوله وهو أهم المعوقات التي تعيق الرعاية الأسرية لأطفال التوحد، كونه من المواضيع المهمة التي تخص شريحة باتت واسعة في المجتمع ولا بد أن تلاقي مثل هكذا مواضيع اهتماماً كافياً من قبل الباحثين. أما أهميته الوطنية فهو تقديم صورة واقعية عما تعانيه هذه الأسر للمؤسسات الرسمية المختصة بهذا الشأن.

٣ - أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- ١ - تسليط الضوء على أهم المعوقات التي تعيق دور الأسرة في رعاية أبنائها من ذوي التوحد.

2 May 2019

- ٢- الكشف عن العلاقة بين الإعاقة ومعوقات الرعاية الاسرية لذوي التوحد.
- ٣- التعرف على أسباب المعوقات التي تواجه أسر ذوي الإعاقة.
- ٤- وضع التوصيات والمقترحات التي تساهم في تذليل الصعوبات التي تواجه أسر المعاقين.

ثانياً: تحديد مفاهيم المصطلحات العلمية:

- ١- **المعوقات:** في اللغة: هي عاق - عوقاً - منعه وشغلته فهو عائق، أما اصطلاحاً: هي كل النتائج والعمليات التي تحد من تكيف النسق الاجتماعي أو توافقه، كما تتضمن ضغطاً وتواتراً في المستوى البنائي^(٦٩).
- ٢- **الرعاية:** عادة ما تعرف الرعاية على أنها الاهتمام بأمور شخص والاعتناء به فعندما نقول احاط الطفل برعايته، أي نقصد به حمايته والعناية به^(٧٠).
- ٣- **الأسرة:** تعرف بأنها جماعة دائمة مرتبطة عن طريق علاقات جنسية بصورة تمكن من إنجاب الأطفال ورعايتهم، وقد تكون في الأسرة علاقات أخرى ولكنها تقوم على معيشة الزوجين معاً وهم يكونان مع أطفالهما وحدة متميزة^(٧١).
- ٤- **الطفولة:** تعرف الطفولة على أنها المدة الزمنية من عمر الفرد التي تبدأ بولادته وتمتد حتى رشده مع اختلافها من ثقافة مجتمع لآخر^(٧٢).
- ٥- **التوحد Autism:** اضطراب في النمو، فيه يظهر على الفرد عدم الاهتمام بالعالم الخارجي، وعدم القدرة على الارتباط بالناس وبالأشياء بفاعلية، حيث يعتقد بأنه يركز اهتماماته بالكامل إلى رغباته وأحاسيسه الداخلية، ومن الأعراض الأخرى لهذا الاضطراب، وجود عجز في المهارات الاجتماعية والاتصالية فضلاً عن استخدام أساليب غريبة للارتباط بالآخرين، واستجابات غير عادية للأحاسيس وتشيع تلك الحالة بين الأطفال والصغار والرضع^(٧٣).

المحور الثاني: معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد:

الطفولة صانعة المستقبل وهي عماد وأساس تقدم أي أمة، وقد أكدت الدراسات النفسية على أهمية مرحلة الطفولة في حياة الإنسان، وعلى خطورتها في تشكيل شخصياتهم، والأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع بقدر ما هي نسق اجتماعي متماسك بنظام من العلاقات والأدوار بين أعضاء الأسرة تتسم بالخصوص والاستقرار لفترة طويلة، لذا فالأسرة هي البيئة والمناخ الملائم لنمو الطفل، ولقد تبين أن مشكلات الأطفال هو نتيجة اضطراب الأسرة ذاتها^(٧٤)، لذا قد تواجه الأسرة عدة صعوبات أو معوقات تعيقها عن تأدية دورها بشكل إيجابي في رعاية أبنائها من ذوي الإعاقة، وهذه المعوقات هي كالآتي:

- ١- **المعوقات الاجتماعية:** قد يجهل الوالدين الأساليب الصحيحة في تربية أطفالهم والذي قد يوقعهم في كثير من الأخطاء والتي تؤثر على أطفالهم من الناحية الجسمانية أو المعنوية، كما إن سلوك الطفل من ذوي التوحد يتسم بالإسراف في الغضب والقلق أو الاكتئاب مما يولد سلوكاً مسرفاً بالشعور بالذنب والحيرة عند الوالدين، مما

(69) محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة، ١٩٩٧، ص ٢٦.

(70) mosoah.com من Google

(71) Erents Waston Bargress, "The family", printed in the United States of America, New York, 1980, p.7.

(72) نخبة من أساتذة علم الاجتماع في جامعة الاسكندرية، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ص ٥٩.

(73) د. عبدالعزيز عبدالله الدخيل، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية، ط ١، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٥، ص ٢٦.

(74) د. طارق عبدالرؤف عامر، د. ربيع محمد، تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، ط ٢، دار البازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ٢٠٠٨، ص ٥.

2 May 2019

يؤثر على وحدة الأسرة وتماسكهما وهذا كله يتوقف على مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما، وكذلك المعاقين قد يواجهون أذى لفظي أو جسدي نحو أخوتهم غير المعاقين بسبب عوقهم وعدم إدراكهم لأفعالهم أو بسبب الغيرة والحقْد^(٧٥).

وأكثر المعوقات التي تعيق رعاية الطفل المعاق هو الوصمة الاجتماعية المحيطة بالإعاقة والمعاق، لذلك فالأسر التي يوجد لديها معاقين يعانون معاناة نفسية واجتماعية مرهقة حيث يلجأ بعضهم إلى التستر وعدم الاعلان عن ذلك أمام الأهل والأقرباء، مما يولد ذلك حرمان المعاق من الكثير من الخدمات الاجتماعية والصحية والتي تعيق بدورها دمج المعاق بالمجتمع المحيط به^(٧٦).

٢- **المعوقات الاقتصادية:** إن الآثار الاقتصادية للإعاقة على الأسرة تتسم بإحداث تأثيرات سلبية على الدخل الاقتصادي، ومن أهم هذه الآثار مضاعفة أجور العلاج الطبي^(٧٧). لذلك تلجأ بعض الأسر ذات الدخل المحدود إلى إهمال المعاق وتقليل العناية به لأجل التخلص منه بأسلوب أو بآخر نتيجة الصعوبات التي تواجهها في الإنفاق على المعاق وسد احتياجاته.

٣- **المعوقات التعليمية:** إن الفرد يتأثر بثقافة أسرته وفي مقدار المفردات اللغوية التي يحصل عليها، فإذا كانت الأم على قدر من الثقافة فإن الطفل يتعلم الكثير منها، أما إذا كانت ذات مستوى ثقافي منخفض لذلك لا يتعلم منها إلا القليل بل قد يتعلم منها أنماط لغوية غير مرغوبة على الصعيد الاجتماعي العام^(٧٨).

٤- **المعوقات الصحية:** تتلخص المعوقات الصحية في عدم معرفة الأسباب الحاسمة للتوحد وكذلك طول مدة العلاج فضلاً عن عدم انتشار مراكز تخصصية للعلاج وإعادة التأهيل وضعف إمكانيات المجتمع للموارد الطبية المناسبة وقلة عدد المراكز وضيق سعتها.

٥- **المعوقات النفسية:** تختلف ردود الفعل من أسرة إلى أخرى في حالة ولادة معاق لديها إلا إن غالبية الأسر قد تمر بمراحل انفعالية متشابهة وهي^(٧٩):

- الصدمة.
- النكران.
- التسوق الطبي.
- الغضب واللوم والشعور بالذنب وتأنيب الضمير.
- الحزن والكآبة.
- الرفض لوجود معاق داخل الأسرة.
- التكيف والتعايش مع الإعاقة.

الجانب الميداني

المحور الأول: منهج الدراسة وفرضياتها:

^(٧٥) د. لمياء محمد حسن، مشكلات أسر المعاقين وعلاقتها في تكيفهم الاجتماعي، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠١٣، ص ٧٣.

^(٧٦) عياد حسين محمد علي، الأوضاع الاجتماعية للمعاقين، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ١٩٨٩، ص ٤٢.

^(٧٧) عبدالله محمد عبدالرحمن، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠١، ص ١٥٩-١٦٠.

^(٧٨) حسن الفقي، الثقافة والتربية، ط ٢، القاهرة، ١٩٧٧، ص ٥٣.

^(٧٩) حابس العواملة، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)، ط ١، الاهلية للنشر والتوزيع، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠٠٣، ص ٢٣١-٢٣٤.

أولاً. تحديد منهج الدراسة:

يمكن تعريف منهج الدراسة بأنه الطريقة التي توصلنا إلى الحقيقة العلمية استناداً إلى قواعد يهتدى بها الفكر^(٨٠). وقد اعتمد البحث على منهج علمي وموضوعي للحصول على الحقائق وتقصي المعلومات والبيانات العلمية وهو منهج المسح الاجتماعي نظراً للفوائد الكبيرة التي يحققها هذا المنهج والذي اعتمد على أدوات خاصة بالبحث منها العينة والاستمارة الاستبائية والمقابلات وأساليب التحليل الإحصائي باستخدام الطرائق الإحصائية للقياس.

ثانياً. فرضية الدراسة:

هناك علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين الإعاقة ومعوقات الرعاية الأسرية لذوي التوحد. المحور الثاني: مجالات البحث وتصميم العينة الإحصائية ووسائل جمع البيانات:

المحور الثاني: مجالات البحث وتصميم العينة الإحصائية ووسائل جمع البيانات:

أولاً. تحديد مجالات البحث:

- أ- المجال المكاني: أي تحديد البيئة أو المنطقة الجغرافية التي ستجري فيها الدراسة^(٨١). وقد تم اختيار معهد الرجاء للتخلف العقلي في بغداد المجال المكاني لهذا البحث.
- ب- المجال الزمني: ونقصد به السقف الزمني أو الوقت الذي استغرقه الباحث لإعداد البحث بأكمله والمجال الزمني لبحثنا أمتد من (٢٠١٩/١ ولغاية ٢٠١٩/٤).
- ج- المجال البشري: ويقصد به تحديد مجتمع الدراسة أو مجموعة الأفراد الذين ستجري عليهم الدراسة وقد حدد المجال البشري لبحثنا بحيث شمل أسر الأطفال الذاتيين المتواجدين في معهد الرجاء.

ثانياً. تصميم العينة الإحصائية:

إن تصميم العينة الإحصائية تعتمد على كيفية أخذ العينة وحجمها وطرق دراسة صفاتها^(٨٢)، وسوف نقوم بشرح هذه الخطوات لتصميم العينة الإحصائية:

أ- تحديد حجم العينة واختبار مصداقيتها:

تستخدم العينات في البحوث العلمية بوصفها تعطي للباحث العلمي صورة واضحة عن طبيعة مجتمع البحث المطلوب دراسته^(٨٣). وقد تم تحديد حجم العينة بـ (٥٠) مبحوث من الأطفال الذاتيين المتواجدين في معهد الرجاء ومن خلال هؤلاء المعاقين تم مقابلة أسرهم وعلى وفق ذلك فقد تم اختيار عينة قصدية وعشوائية في الوقت نفسه، فهي قصدية كونها أجريت في مجتمع معلوم الا وهو معهد الرجاء للتخلف العقلي، في حين عشوائية لأنه تم اختيار المعاقين وأسرههم بطريقة عشوائية.

ب- اختيار المنطقة الجغرافية التي تنتقى منها العينة:

حددت الباحثة معهد الرجاء للتخلف العقلي مجالاً لبحثها وهذا المعهد يقع في جانب الرصافة من مدينة بغداد.

ثالثاً: أدوات جمع البيانات:

ومن الأدوات والوسائل المستخدمة والتي من خلالها نقوم بجمع البيانات ولها علاقة بموضوع البحث الحالي هي:

(٨٠) يعرب فهمي سعيد، طرق البحث، دار الحرية للطباعة، مطبعة الحكومة، بغداد، ١٩٧٣، ص ٢١.
(٨١) د. عبدالباسط محمد حسن، اصول البحث الاجتماعي، ط ٣، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧١، ص ١٣٦.
(٨٢) د. محمد صبحي أبو صالح وآخرون، مقدمة في الطرق الإحصائية، ط ١، دار اليازوري، عمان، ٢٠٠٠، ص ١٨١.
(٨٣) فان دالين ديوبولد، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٤، ص ٤٢٦.

١. الاستمارة الاستبائية.

٢. المقابلة.

٣. الملاحظة.

اما تصميم استمارة الاستبانة فقد مرت بأربع مراحل أساسية وهي على النحو الآتي:

أ- العينة الاستطلاعية:

إن غاية الباحثة من أخذ عينة استطلاعية وذلك للتعرف على طبيعة معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد، إذ وجهت الباحثة اسئلة مفتوحة وبعد ذلك وزعت على المبحوثين ومن ثم استلمت الإجابة من المبحوثين وبعدها حولت تلك الإجابة إلى فقرات وتم الاستفادة منها في تصميم استمارة الاستبانة النهائية.

ب- الصدق لاستمارة الاستبانة:

يدل على مدى تحقيق الاستمارة للهدف الذي وضع من أجله^(٨٤)، وقد تم التحقق من صدق المقياس أو الاستبيان (محتوى الفقرات) إذ تم عرضه على هيئة التحكيم من أساتذة في قسم رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وقسم الاجتماع والمختصون في هذا المجال لتحديد مدى صلاحية فقرات الاستمارة.

ج- الثبات للاستمارة أو المقياس:

يدل الثبات على المطابقة الكاملة بين نتائج اي يطبق فيها على نفس الأفراد. فان دل التطبيق الثاني للمقياس أو الاستمارة على نفس النتائج التي دل عليها التطبيق الاول بالنسبة لمجموعة من الأفراد اصبح المقياس ثابتاً تماماً^(٨٥). وبعد ان احيزت الاستمارة بصيغتها النهائية فقد طبقت على عينة مؤلفة من (١٠) مبحوثين من المعاقين وقد فرغت الاجابات في جداول إذ اعطت مدة بين الاختبار الاول والثاني (١٥) يوماً لتطبيقه ثانية على نفس المجموعة التي طبقت عليها في المجموعة الاولى. وقد استخرج معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد كان معامل الارتباط الكلي للمقياس (٠.٨) عدت هذه القيمة كافية لأغراض البحث، والجدول (أ) يوضح ذلك.

جدول (أ): يوضح ثبات أداة البحث (الاستمارة الاستبائية)

ت	اسم المبحوث	م ١	م ٢	س م	ص م	ف	ف ٢
١	و	٤٢	٤٤	٦	٧	١-	١
٢	هـ	٥٥	٥٣	١	٢	١	١
٣	د	٥٠	٤٨	٤	٤	صفر	صفر
٤	ي	٥١	٥١	٣	٣	صفر	صفر
٥	ل	٣٩	٤٥	٧	٦	١	١
٦	ك	٤٧	٤٧	٥	٥	صفر	صفر
٧	خ	٥٣	٥٥	٢	١	١	١
٨	م	٣٥	٣٢	٩	٨	١	١
٩	أ	٣٢	٣٠	١٠	٩	١	١
١٠	ع	٣٧	٢٩	٨	١٠	٢-	٤

(٨٤) د. عبد الباسط محمد حسن، اصول البحث الاجتماعي، ط٦، مكتبة وهبة، ١٩٧٧، ص ٣٤١.

(٨٥) المصدر نفسه، ص ٣٤٠.

$$r_m = \frac{\sum_{f=1}^n 10}{n(1 - 10^{-2})} - 1$$

$$r_m = \frac{10(10)}{10(1 - 100)} - 1$$

$$r_m = 0.8$$

د- تصميم استمارة الاستبانة بصيغتها النهائية:

يقصد باستمارة الاستبانة هي مجموعة من الاسئلة التي لها علاقة بموضوع البحث فتضمن اسئلة عامة وخاصة حول الموضوع وقد صيغت الاسئلة بكل وضوح والإبتعاد عن الاسئلة المخرجة والغامضة. أما عن اسئلة الاستبانة فانها تتضمن محورين، المحور الاول يتضمن معلومات عن المبحوث كالسن والنوع وغيرها، أما المحور الثاني فقد تضمن صياغة اسئلة حول موضوع البحث.

المحور الثالث: تبويب وتحليل وتفسير البيانات الإحصائية والوسائل الإحصائية:

أولاً: تبويب البيانات الإحصائية وتحليلها:

تتألف هذه العملية من نقطتين رئيسيتين هما:

- ١- تبويب البيانات الإحصائية: وتتم عملية تبويب البيانات التي حصلنا عليها من خلال الاستبيانات بصورة يدوية من خلال اجراء ثلاث عمليات عليها هي:
 - أ- التدقيق.
 - ب- الترميز.

ج- تكوين الجداول الإحصائية.

- ٢- تحليل البيانات الإحصائية: في هذه المرحلة قامت الباحثة بتحليل الجداول تحليلاً علمياً مستعينة بمقاييس التحليل الإحصائي لتحليل النتائج التي تمخضت عنها الدراسة.

ثانياً: الوسائل الإحصائية المستخدمة في البحث:

من المقاييس التي استعملناها كأداة إحصائية في البحث هي ما يأتي:

- ١- النسبة المئوية:

$$\% = \frac{\text{الجزء}}{\text{الكل}} \times 100$$

- ٢- قانون (سبيرمن) لقياس الترابط المرتبي:

$$r_m = \frac{\sum_{f=1}^n 10}{n(1 - 10^{-2})} - 1$$

المحور الرابع: عرض البيانات الأساسية والتخصصية لمجتمع البحث وتحليلها:

- أ- البيانات الأساسية عن وحدات العينة:

2 May 2019

١ - البيانات الخاصة عن جنس المبحوثين:

جدول (١): يوضح جنس وحدات العينة

النسبة المئوية	العدد	البيانات الجنس
٦٠%	٣٠	ذكور
٤٠%	٢٠	إناث
١٠٠%	٥٠	المجموع

تشير البيانات الإحصائية آنفة الذكر إلى وجود (٣٠) مبحوث من مجموعة (٥٠) مبحوث ونسبة (٦٠%) هم من الذكور، و (٢٠) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٤٠%) كانوا من الإناث.

٢ - البيانات الخاصة عن الفئات العمرية للمبحوثين:

جدول (٢): يوضح الفئات العمرية للمبحوثين

النسبة المئوية	العدد	البيانات الفئات العمرية
٥٦%	٢٨	٧-٥ سنة
٣٢%	١٦	١٠-٨ سنة
٨%	٤	١٣-١١ سنة
٤%	٢	١٤ سنة فأكثر
١٠٠%	٥٠	المجموع

يتضح من البيانات الإحصائية إلى وجود (٢٨) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٥٦%) كانوا ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٧-٥) سنوات، و (١٦) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٣٢%) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٠-٨) سنوات، في حين وجد (٤) مبحوثين من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٨%) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٣-١١) سنة، ووجد مبحثان (٢) من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٤%) فكانت أعمارهم من (١٤) سنة فأكثر.

٣ - البيانات الخاصة عن المستوى التعليمي للوالدين:

جدول (٣): يوضح المستوى التعليمي للوالدين

الأمهات		الآباء		المستوى التعليمي
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
٨%	٤	٤%	٢	أمي
١٨%	٩	١٠%	٥	يقرأ ويكتب
٢٤%	١٢	١٤%	٧	ابتدائي
١٦%	٨	٣٨%	١٩	متوسطة
١٦%	٨	٢٢%	١١	إعدادية
١٨%	٩	١٢%	٦	جامعة
١٠٠%	٥٠	١٠٠%	٥٠	المجموع

2 May 2019

تشير البيانات التي تم الحصول عليها إلى أن (٢) مبحثان من مجموع (٥٠) مبحث ونسبة (٤%) هم من الآباء الأميين الذين لا يقرؤون ويكتبون، في حين بلغ عدد الأمهات الأميات (٤) مبحاث ونسبة (٨%)، أما الذين يقرؤون ويكتبون من الآباء فقد بلغ عددهم (٥) مبحثين من مجموع (٥٠) مبحث ونسبة (١٠%)، في حين الأمهات كانوا (٩) مبحاث ونسبة (١٨%)، وأظهرت البيانات وجود (٧) مبحثين من الآباء ونسبة (١٤%) و (١٢) مبحاث ونسبة (٢٤%) هم من خريجي الابتدائية، أما خريجي المرحلة المتوسطة فقد بلغ عددهم (١٩) مبحث من الآباء ونسبة (٣٨%) و (٨) مبحاث من الأمهات ونسبة (١٦%) ووجد (١١) مبحث من الآباء ونسبة (٢٢%) و (٨) مبحاث من الأمهات ونسبة (١٦%) هم من حاملي شهادة الإعدادية، بينما عدد الآباء الحاصلين على شهادة البكالوريوس فقد بلغوا (٦) مبحثين ونسبة (١٢%)، أما الأمهات فقد بلغ عددهن (٩) مبحاث ونسبة (١٨%).

٤- البيانات الخاصة عن مهنة الوالدين:

جدول (٤): يوضح مهنة الوالدين

مهنة الوالدين	الآباء		الأمهات	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
موظف	١٢	٢٤%	٧	١٤%
متقاعد	١٠	٢٠%	٤	٨%
كاسب	١٩	٣٨%	٥	١٠%
عاطل عن العمل	٩	١٨%	٣٤	٦٨%
المجموع	٥٠	١٠٠%	٥٠	١٠٠%

تشير البيانات الإحصائية إلى وجود (١٢) أباً من مجموع (٥٠) مبحث ونسبة (٢٤%) هم من الموظفين، في حين وجد (٧) مبحثين ونسبة (١٤%) من الأمهات هن من الموظفات، وكذلك (١٠) آباء من مجموع (٥٠) مبحث ونسبة (٢٠%) هم من المتقاعدين، أما الأمهات المتقاعدات فبلغ عددهن (٤) أمهات ونسبة (٨%)، أما النسبة فقد بلغ عدد الآباء (١٩) أباً من مجموع (٥٠) مبحث ونسبة (٣٨%)، أما الأمهات فقد بلغت عددهن (٥) مبحاث ونسبة (١٠%)، فأغلب الأمهات كان يعملن في مهن مثل الخياطة والكوافير، بينما العاطلين عن العمل فبلغ عدد الآباء (٩) آباء من مجموع (٥٠) مبحث، ونسبة (١٨%) والأمهات أشارت البيانات إلى وجود (٣٤) أما ونسبة (٦٨%) فأغلب الأمهات كانوا من ربات البيوت ليسن لديهم مورد مادي خاص بهن.

٥- البيانات الخاصة عن المستوى الاقتصادي لأسر العينة:

جدول (٥)

يوضح المستوى الاقتصادي لأسر وحدات العينة

البيانات	العدد	النسبة المئوية
مرفهة	٧	١٤%
وسطى	٢٠	٤٠%
فقيرة	٢٣	٤٦%
المجموع	٥٠	١٠٠%

2 May 2019

يتضح من بيانات الجدول آفة الذكر بوجود (٧) أسر من مجموع (٥٠) أسرة وبنسبة (١٤%) هم من الذين ينحدرون من طبقة مرفهة، وكذلك وجود (٢٠) أسرة من مجموع (٥٠) أسرة وبنسبة (٤٠%) هم من الذين ينحدرون من مستوى اقتصادي متوسط، بينما وجدت (٢٣) أسرة من مجموع (٥٠) أسرة وبنسبة (٤٦%) هم المنحدرين من مستوى اقتصادي فقير.

ب- البيانات التخصصية عن وحدات العينة:

١- البيانات الخاصة عن الصعوبات التي تواجه الأسرة نتيجة وجود معاق لديها:

جدول (٦): يوضح الصعوبات التي تواجه أسر وحدات العينة

البيانات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٤٣	٨٦%
لا	٧	١٤%
المجموع	٥٠	١٠٠%

هناك عدة صعوبات تواجه أسرة ذوي أطفال التوحد قد تعيق تأدية دورهم في تقديم الرعاية الصحية والنفسية والأسرية لأبنائهم المصابين باضطراب التوحد وهذا ما أكدته إجاباتهم حيث أشار (٤٣) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (٨٦%) إلى وجود عدة صعوبات تواجههم في الحياة نتيجة وجود طفل معاق لديهم، في حين أكد (٧) مبحوثين من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (١٤%) بعدم وجود صعوبات تؤثر عليهم وإن كانوا يواجهون بعض الصعوبات ولكنها لا تؤثر على تأدية دورهم الأسري تجاه أبنائهم المعاقين.

٢- البيانات الخاصة عن طبيعة الصعوبات التي تواجه الأسر:

جدول (٧): يوضح التسلسل المرتبي لطبيعة الصعوبات التي تواجه أسر العينة

طبيعة الصعوبات	التسلسل المرتبي	العدد	النسبة المئوية
صعوبات اقتصادية	١	٤٥	٩٠%
صعوبات نفسية	٢	٣٨	٧٦%
صعوبات اجتماعية	٣	٣٤	٦٨%
صعوبات تعليمية	٤	٢٩	٥٨%
صعوبات صحية	٥	٢٥	٥٠%

هناك عدة صعوبات تواجه أسر المعاقين وقد تؤدي إلى عرقلة أو إعاقة الرعاية الأسرية للأطفال من ذوي التوحد، حيث احتلت الصعوبات الاقتصادية التسلسل المرتبي الأول وبنسبة (٩٠%)، أما الصعوبات النفسية احتلت التسلسل المرتبي الثاني وبنسبة (٧٦%)، واحتلت الصعوبات الاجتماعية التسلسل المرتبي الثالث وبنسبة (٦٨%)، بينما الصعوبات التعليمية احتلت التسلسل المرتبي الرابع وبنسبة (٥٨%)، أما الصعوبات الصحية فقد احتلت التسلسل المرتبي الخامس وبنسبة (٥٠%).

2 May 2019

٣- البيانات الخاصة عن طبيعة المعوقات الاجتماعية التي تواجه أسر المعاقين:

جدول (٨): يوضح التسلسل المرتبي لأهم المعوقات الاجتماعية التي تواجه أسر وحدات العينة

المعوقات الاجتماعية	التسلسل المرتبي	العدد	النسبة المئوية
الوصمة الاجتماعية	١	٤١	٨٢%
شعور الأسرة بضعف مكانتها الاجتماعية	٢	٣٨	٧٦%
توتر العلاقة بين الوالدين	٣	٢٧	٥٤%
توتر العلاقة بين الأبناء	٤	٢٣	٤٦%

يتضح من البيانات الإحصائية الآتية الذكر إلى وجود عدة معوقات اجتماعية تعيق الأسرة عن تأدية دورها تجاه أبنائها من ذوي التوحد ومن أهم هذه المعوقات هي الوصمة الاجتماعية التي تلحق بالأسرة نتيجة وجود معاق لديها حيث أحتلت التسلسل المرتبي الأول وبنسبة (٨٢%)، وهذه الوصمة أدت إلى شعور الأسرة بضعف مكانتها الاجتماعية والتي أحتلت التسلسل المرتبي الثاني وبنسبة (٧٦%)، وهذه العوامل كلها أثرت على الأسرة وأدت إلى توتر العلاقات الأسرية ونشوب الخلافات بين أفراد الأسرة لأن في هذه الأسر تكثر حالات اللوم إذ يحاول الآباء بإلقاء اللوم أحدهما على الآخر مما يؤدي إلى توتر العلاقات بينهما وهذا ما أكدته البيانات الإحصائية إذ أحتلت توتر العلاقة بين الوالدين التسلسل المرتبي الثالث وبنسبة (٥٤%)، أما توتر العلاقة بين الأبناء فأحتل التسلسل المرتبي الرابع والآخر وبنسبة (٤٦%)، حيث أثرت هذه الصراعات ونشوب الخلافات الأسرية على الرعاية الأسرية التي تقدم للأطفال الذواتيين.

٤- البيانات الخاصة عن المعوقات الاقتصادية التي تواجه أسر وحدات العينة:

جدول (٩): يوضح طبيعة المعوقات الاقتصادية التي تواجه أسر وحدات العينة

المعوقات الاقتصادية	العدد	النسبة المئوية
ضعف الدخل وعدم القدرة على تلبية حاجات المعاق	١٧	٣٤%
عرقلة تنفيذ علاج المعاق بسبب محدودية إمكانية الأسرة المادية	١٩	٣٨%
عدم القدرة على سد نفقات تعليم المعاق	١٤	٢٨%
المجموع	٥٠	١٠٠%

تشير البيانات الإحصائية إلى وجود عدة معوقات اقتصادية تعيق الدور الذي تقدمه الأسرة لأبنائها الذين يعانون من التوحد، إذ أشرت البيانات إلى وجود (١٧) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (٣٤%) كانوا يعانون من ضعف الدخل وعدم القدرة على تلبية حاجات المعاق، في حين أكدت إجابات (١٩) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (٣٨%) كانوا يعانون من عرقلة تنفيذ علاج المعاق بسبب محدودية إمكانية الأسرة المادية، في حين أكد (١٤) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث وبنسبة (٢٨%) كانوا يعانون من ضعف إمكانياتهم المادية والتي أدت إلى عدم قدرتهم على سد نفقات المعاق التعليمية وما يحتاجه من خطوط نقل وكذلك تكاليف تعليمهم في المعهد وغيرها من المستلزمات الضرورية الأخرى.

2 May 2019

٥- البيانات الخاصة عن أثر تدني المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين وأثره في عدم ايلاء الاهتمام المطلوب لرعاية المعاق:

جدول (١٠): يوضح تدني المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين وأثره في عرقلة الرعاية الأسرية للطفل المعاق

الإجابات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٩	%٥٨
لا	٢١	%٤٢
المجموع	٥٠	%١٠٠

يتضح من الجدول إلى وجود (٢٩) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٥٨%) أكدوا بأن الجهل بالأساليب الصحيحة في معاملة أبنهم المصاب بالتوحد أثر في تقديم الرعاية اللازمة له وذلك بسبب تدني مستواهم الثقافي والتعليمي وكذلك لجهلهم بطبيعة هذه الإعاقة، أما (٢١) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٢١%) أكدوا العكس.

٦- البيانات الخاصة عن ردود فعل أسر وحدات العينة عند ولادة طفل معاق:

جدول (١١)

يوضح ردود فعل الأسر عند ولادة طفل معاق لديها

الشعور	العدد	النسبة المئوية
الرفض والنفور	١٠	%٢٠
الغضب والحزن الشديد	١٩	%٣٨
الاستسلام للأمر الواقع	٨	%١٦
بذل كل ما بوسع الأسرة لعلاج مبعقراً	١٣	%٢٦
المجموع	٥٠	%١٠٠

يتضح من البيانات بأن (١٠) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٢٠%) رفضوا وجود طفل معاق لديهم، أما الغضب والحزن الشديد فقد أصاب (١٩) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٣٨%)، والاستسلام للأمر الواقع فقد أشره (٨) مبحوثين من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (١٦%)، بينما بذل كل ما بوسع الأسرة لعلاج ابنهم المعاق مبكراً أشره (١٣) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٢٦%).

٧- البيانات الخاصة عن كون الإعاقة هي السبب الرئيس في حدوث المعوقات التي تواجه الأسر في تأدية دورها تجاه أبنائها من ذوي التوحد:

جدول (١٢)

يوضح إن الإعاقة السبب الرئيس في حدوث المعوقات التي تواجه أسر ذوي التوحد

الإجابات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٤٦	%٩٢
لا	٤	%٨
المجموع	٥٠	%١٠٠

2 May 2019

تشير البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها بأن الإعاقة هي السبب الرئيس في حدوث الكثير من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والتعليمية والنفسية والتي تؤدي بدورها إلى إعاقة الأسرة عن تأدية دورها بشكل إيجابي تجاه أبنائها من ذوي التوحد.

وهذا ما أكدته إجابات المبحوثين والذي أشره (٤٦) مبحوث من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٩٢%)، في حين أكد (٤) مبحوثين من من مجموع (٥٠) مبحوث ونسبة (٨%) العكس. وهذه الإجابات تؤكد فرضية البحث التي تنص (هناك علاقة بين الإعاقة ومعوقات الرعاية الأسرية لذوي التوحد).

النتائج والتوصيات:

النتائج:

- أهم النتائج التي تم التوصل إليها:
- ١- أتضح إن النسبة الأكبر من المبحوثين هم من الذكور وبلغت نسبتهم (٦٠%).
- ٢- تبين من نتائج الدراسة إن أغلب الفئات العمرية للمبحوثين تتراوح ما بين (٥-٧) سنة إذ بلغت نسبتهم (٥٦%).
- ٣- توصلت الدراسة إن أغلب آباء المبحوثين هم من حملة شهادة المتوسطة ونسبة (٣٨%)، في حين الأمهات فكان أغلبهن من خريجات الدراسة الابتدائية ونسبة (٢٤%).
- ٤- أغلب آباء المبحوثين هم من الكسبة ونسبة (٣٨%)، في حين كانت أمهات المبحوثين هُن من ربات البيوت ونسبة (٦٨%).
- ٥- تبين إن (٤٦%) من المبحوثين يعيشون في مستوى اقتصادي متدني.
- ٦- أتضح من نتائج دراستنا إن نسبة (٨٦%) من الأسر يعانون من صعوبات عديدة لوجود معاق لديها.
- ٧- تبين من نتائج دراستنا بأن أسر أطفال التوحد يعانون من صعوبات اقتصادية ونسبة (٩٠%) ثم تليها صعوبات نفسية ونسبة (٧٦%) وكذلك صعوبات اجتماعية ونسبة (٦٨%) فضلاً عن صعوبات تعليمية ونسبة (٥٨%) وصعوبات صحية ونسبة (٥٠%).
- ٨- كشفت الدراسة عن أهم المعوقات الاجتماعية التي تواجه أسر أطفال التوحد وهي الوصمة الاجتماعية ونسبة (٨٢%) وشعور الأسرة بضعف مكانتها الاجتماعية ونسبة (٧٦%) وتوتر العلاقة بين الوالدين ونسبة (٥٤%) وكذلك توتر العلاقة بين الأبناء ونسبة (٤٦%).
- ٩- أتضح من البيانات الإحصائية التي تم التوصل إليها طبيعة المعوقات الاقتصادية التي تواجه أسر أطفال التوحد وهي ضعف الدخل وعدم القدرة على تلبية حاجات المعاق ونسبة (٣٤%) وكذلك عرقلة تنفيذ علاج المعاق بسبب محدودية إمكانية الأسرة المادية ونسبة (٣٨%) فضلاً عن عدم القدرة على سد نفقات تعليم المعاق ونسبة (٢٨%).
- ١٠- أكدت الدراسة بأن تدني المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين أثر في عرقلة الرعاية الأسرية للطفل المعاق ونسبة (٥٨%).
- ١١- أتضح من البيانات التي تم الحصول عليها بأن هناك ردود فعل للأسر عند ولادة طفل معاق ومنها الرفض والنعكران ونسبة (٢٠%) والغضب والحزن الشديد ونسبة (٣٨%) والاستسلام للأمر الواقع ونسبة (١٦%) وبذل كل ما بوسع الأسرة لعلاج مبعراً ونسبة (٢٦%).

2 May 2019

١٢- هناك علاقة بين الإعاقة ومعوقات الرعاية الأسرية لذوي التوحد وهذا ما أكدته إجابات المبحوثين وبنسبة (٩٢%).

التوصيات:

- ١- تخصيص منحة أو سلفة من قبل الحكومة لإقامة مشروع صغير يعيل المعاق وأسرته، وأن تتضمن السياسة العامة للدولة كفالة حق المعاق في الحياة الطبيعية وأن تشمل خطط التنمية على الاستثمارات اللازمة لتمويل كافة برامج مشاريع رعاية المعاقين.
- ٢- ضرورة إنشاء مكاتب استشارة اجتماعية منتشرة في كافة أنحاء البلد لحل المشكلات التي تواجه أسر المعاقين وتبصيرهم بمسؤولياتهم تجاه المعاق والتعرف على طبيعة الأدوار والوظائف التي تقوم بها الأسرة تجاه أبنائهم من ذوي التوحد.
- ٣- العمل على عقد الندوات واللقاءات التثقيفية لأفراد المجتمع للحد من الوصمة الاجتماعية التي يعاني منها المعاق وكذلك لتثقيف أفراد المجتمع على اختيار أفضل أنماط التعامل مع هذه الشريحة.
- ٤- على وزارة العمل والشؤون الاجتماعية منح رواتب شهرية أو إعانات لأسر ذوي التوحد وذلك للتخفيف عن كاهل هذه الأسر نتيجة وجود معاق لديها وخصوصاً الأسر التي تعيش في حالة فقر شديدة كي تساهم هذه الإعانات من تلبية الاحتياجات الضرورية للمعاق.
- ٥-حث الوالدين على مراجعة المراكز والمؤسسات الصحية عند ملاحظة أي أعراض غير سليمة على أبنائهم، فضلاً عن تخصيص وحدات صحية من المختصين لزيارة أسر ذوي التوحد بشكل مستمر للإطلاع على المعاق ومدى تحسن حالته الصحية.
- ٦- ضرورة فتح مراكز متخصصة في كل المحافظات ومدعومة حكومياً لتأهيل وتعليم ذوي التوحد.
- ٧- إيجاد نصوص تشريعية تضمن حقوق المعاق في حياته وضمان حقوق أسرته.

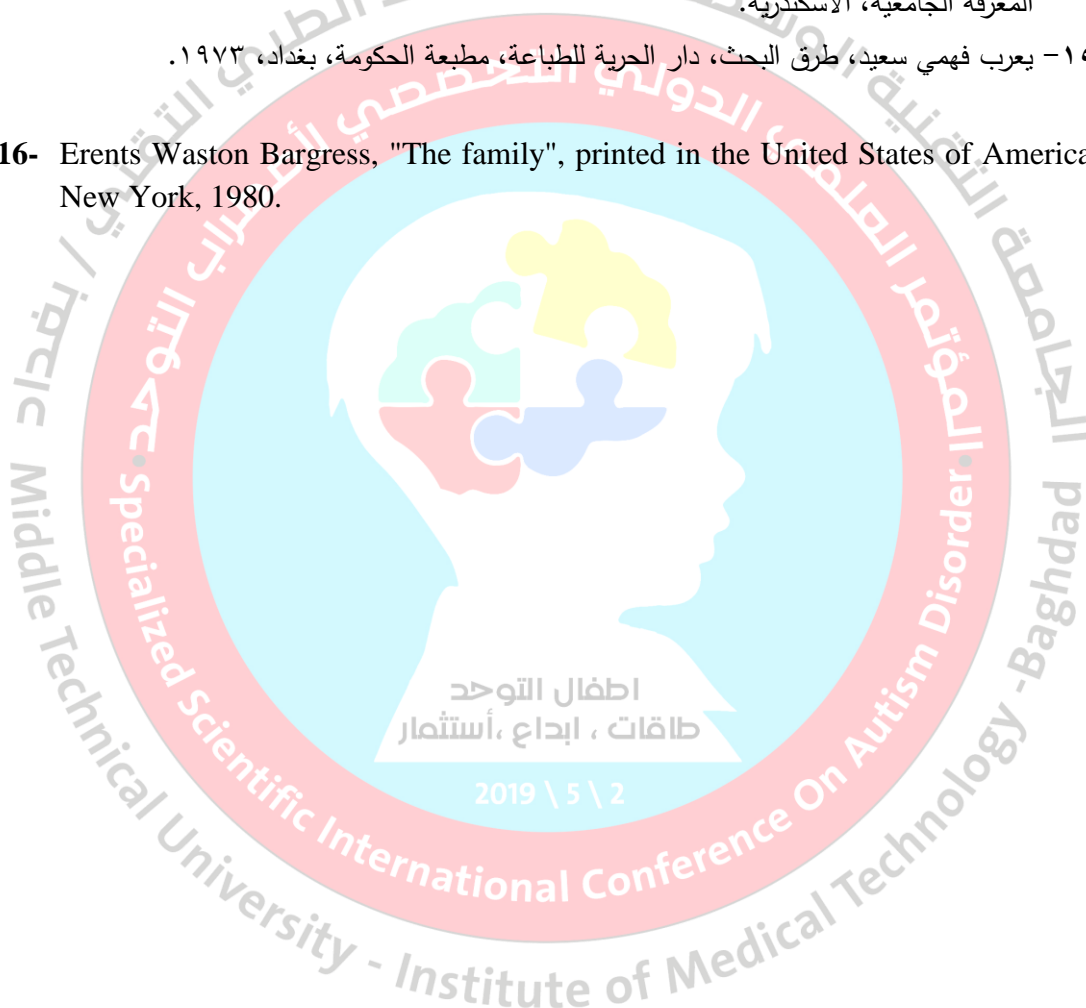
المصادر العربية:

- ١- حابس العواملة، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)، ط١، الاهلية للنشر والتوزيع، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠٠٣.
- ٢- حسن الفقي، الثقافة والتربية، ط٢، القاهرة، ١٩٧٧.
- ٣- د. طارق عبدالرؤوف عامر، د. ربيع محمد، تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، ط٢، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ٢٠٠٨.
- ٤- د. عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، ط٦، مكتبة وهبة، ١٩٧٧.
- ٥- د. عبدالباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، ط٣، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧١.
- ٦- د. عبدالعزيز عبدالله الدخيل، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية، ط١، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٥.
- ٧- عبدالله محمد عبدالرحمن، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠١.
- ٨- عياد حسين محمد علي، الاوضاع الاجتماعية للمعاقين، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ١٩٨٩.

2 May 2019

- ٩- فان دالين ديوبولدب، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٤.
- ١٠- د. لمياء محمد حسن، مشكلات أسر المعاقين وعلاقتها في تكيفهم الاجتماعي، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠١٣.
- ١١- ما معنى كلمة رعاية، موسوعة Google من mosoah.com
- ١٢- د. محمد صبحي أبو صالح وآخرون، مقدمة في الطرق الإحصائية، ط١، دار اليازوري، عمان، ٢٠٠٠.
- ١٣- محمد عاطف، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة، ١٩٩٧.
- ١٤- نخبة من أساتذة علم الاجتماع في جامعة الاسكندرية، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- ١٥- يعرب فهمي سعيد، طرق البحث، دار الحرية للطباعة، مطبعة الحكومة، بغداد، ١٩٧٣.

- 16- Erents Waston Bargress, "The family", printed in the United States of America, New York, 1980.



2 May 2019

NO.	7
Title	تقييم طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد).
Author(s)	أ.م. ميعاد ناظم رشيد الجامعة التقنية الوسطى / المعهد الطبي التقني - بغداد

مستخلص البحث:

يهدف البحث الحالي الى تقييم طرائق التدريس الفعال لدى ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) من قبل معلمي ومعلمات اطفال التوحد، ومن اجل تحقيق هذا الهدف قامت الباحثة ببناء استبيان لقياس تقييم المعلمين والمعلمات لطرائق التدريس الفعال، حيث تكونت الاستبانة من (١٥) فقرة تقيس جوانب متعددة من طرائق التدريس الفعال، وبعد التحقق من خصائص الاستبيان من صدق وثبات، تم تطبيق الاداة على عينة البحث المكونة من (٦٠) معلمة ومعلمة، وبعد جمع البيانات و تحليلها فقد توصلت الدراسة الى :

ان مستوى تقييم معلمي ومعلمات اطفال التوحد لطرائق التدريس الفعال كان بمستوى متوسط، حيث حصلت فقرات الاستبيان على وزن مؤوي يقدر (٦٨%) وهذا يدل على ضعف في طرائق التدريس الفعال المستعملة مع اطفال التوحد

بناء على نتائج البحث توصي الباحثة بالاتي:

- ١- ضرورة استحداث طرائق تدريس فعالة جديدة تتناسب مع طبيعة المرحلة النمائية لأطفال التوحد.
- ٢- ضرورة تسليط الضوء على مشكلات معلمي ومعلمات اطفال التوحد واهم الصوبات التي تواجههم في عملهم.
- ٣- العمل على توفير كل ما يحتاجه المعلم في استعمال اساليب واستراتيجيات وطرائق التدريس الفعال.
- ٤- استحداث مراكز تأهيل حكومية بمبالغ رمزية وبأفضل الاجهزة والمعدات.

Abstract:

The aim of this research is to evaluate the methods of effective teaching by the autistic children. In order to achieve this goal, the researcher has constructed a questionnaire to measure teachers' assessment of effective teaching methods. The questionnaire consisted of (15) Of the methods of effective teaching, and after verification of the characteristics of the questionnaire of reliability and consistency, the tool was applied to the research sample consisting of (60) parameters and parameters, and after the data collection and analysis, the study reached:

The level of assessment of the children of autism for the effective teaching methods was at an average level. The subjects of the questionnaire obtained a percentage weight (68%). This indicates a weakness in the effective teaching methods used with autistic children

Based on the research results, the researcher recommends:

- 1- The need to develop new effective teaching methods commensurate with the nature of developmental stage of autistic children

2 May 2019

- 2- The need to highlight the problems of teachers and the children of autism and the most important greenhouses facing them in their work
- 3- Work to provide all the teacher needs to use effective methods, strategies and teaching methods
- 4- The development of government rehabilitation centers with a nominal amount and the best equipment and equipment

الفصل الاول : التعريف بالبحث

أولاً: مشكلة البحث

يستخدم معلمي اطفال التوحد مجموعة من طرائق التدريس التي تتدرج تحت ما يسمى (التدريس الفعال) وهو نوع من التدريس يقوم على اثارة دافعية وحماس التلميذ من اجل التفاعل والمشاركة في الغرفة الصفية ،وقد لاحظت الباحثة ان اغلب هذه الطرق المستخدمة في التدريس على الرغم من كونها طرق فعالة الا انها لا تؤدي الى نتائج مرضية في مجال التحصيل او رفع مستوى الذكاء او تنمية بعض الجوانب السلوكية، وهذا يعود الى طبيعة الاطفال الذين يتم تدريسهم وفقا لهذه الطرق وهم اطفال التوحد ،فهم يعانون من اضطرابات وسلوكيات معينة ،وبالتالي فلا بد من ان تكون طريقة التدريس التي يتم من خلالها تعليمها بها متناسبة مع قدراته من جهة وسلوكياته من جهة اخرى وتحقق الهدف في اكسابه المعارف والمهارات المطلوبة، وهذا ما اشارت اليه دراسة (حسن، ٢٠٠٩) الى ان الكثير من طرق واستراتيجيات التدريس لا تتناسب مع اطفال التوحد لخصوصيتهم من جهة وسلوكياتهم المختلفة من جهة اخرى ،مما دفع الباحثة للتساؤل حول فاعلية هذه الطرق ومدى تقويمها من قبل المعلمين والمعلمات في مراكز اعداد المتوحدين.

ويمكن تلخيص مشكلة البحث في السؤال التالي:

ما نقيم معلمي ومعلمات اطفال التوحد لطرائق التدريس الفعال المستخدمة من قبلهم في تدريس اطفال التوحد؟

اطفال التوحد
طاقات ، ابداع ، استثمار

2019 \ 5 \ 2

ثانياً: اهمية البحث

يمكن تلخيص اهمية البحث في :

١. الاهمية النظرية

أ- اهمية طرائق التدريس الفعال وضرورة تسليط الضوء عليها وعلى كفاءتها في الوصول الى نتائج مرضية.

ب- خصوصية اطفال التوحد وتعقد الحالة المرضية تتطلب من الباحثين بحث الجوانب التي تتعلق بقدراتهم وطرق التدريس الفعالة التي من الممكن ان تسهم في رفع ادائهم الى مستوى افضل

ج- لا توجد دراسة سابقة-على حد علم الباحثة -قومت طرائق التدريس الفعال من قبل المعلمين والمعلمات ،وبالتالي فمن المتوقع ان يثري البحث الحالي المكتبة المحلية بموضوع مهم مثل طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد).

2 May 2019

٢. الأهمية العملية

أ- الخروج بمجموعة من الاستنتاجات والتوصيات التي تتعلق بالتدريس الفعال ومدى تقويمه من قبل المعلمين والمعلمات.

ب- إمكانية تطوير طرائق التدريس الفعالة بالأخذ بمقترحات المعلمين حول خصائص الطرق الفعالة التي يجب ان تستعمل.

ثالثاً: اهداف البحث

يسعى البحث الحالي الى تقويم طرائق التدريس الفعال المستعملة مع اطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) من قبل المعلمين.

رابعاً: حدود البحث

١. حدود بشرية : عينة من المعلمين والمعلمات المختصين بتدريس اطفال التوحد

٢. حدود مكانية : مراكز التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة

٣. حدود زمنية : العام الدراسي ٢٠١٨-٢٠١٩

خامساً: مصطلحات البحث

١. طرق التدريس

عرفها (دروزة ٢٠٠٠) بأنها سلسلة الفعاليات المنظمة التي يديرها المعلم داخل الشعبة الدراسية لتحقيق أهدافه، أي الكيفية التي ينظم بها المعلم المواقف التعليمية واستخدامه للوسائل والأنشطة المختلفة وفقاً لخطوات منظمة، لإكساب المتعلمين المعرفة والمهارات والاتجاهات المرغوبة أو هي النهج الذي يسلكه المعلم في توصيل ما جاء في المناهج الدراسية من معلومات ومعارف ونشاطات للمتعلم بسهولة ويسر (دروزة، ١٩٩٩: ٤٥).

٢. التدريس الفعال

عرفه (ديك وبرز، ٢٠٠٠): هو نوع من التعلم يجعل الطلبة يكتسبون مهارات معينة ومعارف واتجاهات (ديك وبرز، ٢٠٠٠: ٢٠).

عرفه (الهويدي، ٢٠٠٣) يشار الى التدريس الفعال باعتباره عملية اثارة تفكير الطفل ووعيه بالعلاقات القائمة بين المفاهيم المدروسة (الهويدي، ٢٠٠٣: ١٢).

التعريف الاجرائي: نوع من التدريس يقوم على اتياحة فرص ومساحة للطلاب لكي يعبر عن نفسه في التعليم مما ينعكس على اكسابه مجموعة من المهارات والمعارف.

٣. التوحد

عرفة (سليمان، ٢٠٠٠) هو من أكثر الاعاقات صعوبة بالنسبة للطفل واسرته، ويظهر هذا المرض في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، حيث يعمل على إعاقة اتصال وتفاعل الطفل ويتميز بالقصور وتأخر النمو الاجتماعي والإدراكي (سليمان، ٢٠٠٠: ٦).

عرفة (تريل، ٢٠٠٦) هو ذلك العجز الذي يصيب المهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى التواصل اللفظي والغير واللعب التخيلي بالإضافة إلى التفكير بطريقة مبدعة، ويكون نتيجة اضطراب عصبي يؤثر بشكل واضح على الأسلوب الذي يتم من خلاله جمع المعلومات ومعالجتها عن طريق الدماغ، مما يؤدي إلى وجود خلل في قدرة الفرد على اللعب واستخدام وقت فراغه (تريل، ٢٠٠٦: ١٥).

عرفة (مجيد، ٢٠٠٤) هو شكل من أشكال الإعاقة النمائية، التي تؤثر بشكل بالغ وواضح في التواصل اللفظي والغير لفظي عن طريق التفاعل الاجتماعي، وتظهر أعراض هذا المرض في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، حيث تظهر عليه بعض العلامات مثل تكرار أنماط سلوكية معينة، أو الروتين في التصرف والسلوك بالإضافة إلى الانزواء على الذات (مجيد، ٢٠٠٤: ٦٣).

التعريف الإجرائي: شكل من أشكال الإعاقة التطورية والتي تؤثر على قدرة الطفل على التواصل اللفظي أو الغير لفظي مع المحيطين به، مما تنعكس بشكل سلبي على قدرته على التعلم واكتساب المهارات.

الفصل الثاني: الجانب النظري والدراسات السابقة

أولاً: الجانب النظري

طرق التدريس الفعال

تؤكد الاتجاهات الحديثة في التربية العلمية أن التعليم ليس مجرد نقل المعرفة العلمية إلى المتعلم بل عملية تنهم بنمو المتعلم من الجوانب المعرفية والوجدانية والمهارية وبذلك أصبحت المهمة الأساسية في تدريس العلوم هي تعليم المتعلمين كيف يفكرون للوصول إلى حل المشكلات من خلال استخدامهم طرائق العلم وعمليات العلم. (زينون، ٢٠٠١، ١٣٣-١٤٣).

وهي ذلك الأسلوب الذي يستخدمه المعلم في معالجة النشاط التعليمي لتحقيق وصول المعارف على طلابه بأيسر السبل وأقل الوقت والنفقات " (الحيلة، ٢٠٠٢، ص ٥٤).

أو عملية تهدف إلى إحداث تغيرات مرغوبة في سلوك المتعلم وإكسابه المعلومات والمعارف والمهارات التغيرات والاتجاهات والقيم المرغوبة" (جابر، ١٩٩٩: ٥٦).

يشار إلى التدريس الفعال باعتباره عملية إثارة تفكير الطفل ووعيه بالعلاقات القائمة بين المفاهيم المدروسة (الهويدي، ٢٠٠٣: ١٢).

2 May 2019

وتكاد تتفق المراجع والمصادر على ان التدريس الفعال لا بد وان يتضمن مجموعة من الاجراءات منها الالتزام بخطة الدرس ،استخدام وسائل تعليمية مناسبة ،وضع استراتيجيات تدريس مناسبة ،عملية إيصال المعلومات الى الطلبة بشكل صحيح ،اجراء عملية التقويم (Hammond, 2000:56).

أن المدرس الفعال هو ذلك المدرس الذي يمتلك اهداف واضحة يسعى الى الوصول اليها من خلال الدرس ،حيث يسعى الى توفير فرص تعليمية لدى التلاميذ، وتنظيم هذه الفرص بطريقة عادلة لجميع الطلبة (Killen 2006:55).

ومن خصائص المدرس الفعال ان يمتلك الحماسة والدفاعية والالتزام تجاه مسؤوليته للتلاميذ ،وان يوفر لهم جملة من الانشطة التي تشجعهم على خلق بيئة مثيرة ودافعة للإبداع بالإضافة الى الحفاظ على علاقات الاحترام مع التلاميذ (Thompson, 2008:88).

أهمية امتلاك مهارات التدريس الفعال

تكمن اهمية التعلم الفعال في انها ضرورية ومهمة بالنسبة لتغيير نوعية التعلم الى نوعية اخرى اكثر جودة ،كما انها تعمل على تحسين نوعية القدرات التي يمتلكها الطلبة ،بمعنى ان التعلم الفعال انما يقوم بشكل اساسي على مجموعة من المهارات التدريسية التي يمتلكها المدرسين من خلال الطرائق والاساليب التي يستعملها المدرس داخل غرفة الصف (Babai,2010:89).

كما تكمن اهمية امتلاك المدرس لمهارات التدريس الفعال الى ان هذه المهارات تعمل على تسهيل عملية التعلم ،كما انه يساهم في مساعدة الطلبة على اكتشاف طبيعة البيئة التي يعيشون بها ومن خلالها (حمدي،والجدوع، ٢٠١٠: ٧٦).

ثانياً: التوحد

يعتبر الطبيب النفسي (لو كابر) اول من وصف وعرف هذا المرض ،فقد اشار اليه بأنه (مرض توحد الطفولة) وذلك في عام (١٩٤٣) ،وقد كان تعريفه يدور حول الخصائص التالية التي يمتلكها طفل التوحد:

١. صعوبة في تشكيل أواصر وعلاقات متينة او طبيعية مع الآخرين

٢. انخفاض في مستوى الذكاء

٣. الانسحاب الشديد والواضح من المجتمع

٤. الاعادة والتكرار لبعض السلوكيات

٥. اضطراب واضح في اللغة والكلام (الجلبي ،٢٠٠٥: ١٥).

اشارت الجمعية الامريكية للتوحد أن هذا المرض ما هو الا اعاقه نمائية معقدة التركيب تظهر في السنوات الثلاثة الاولى من حياة الطفل ،وذلك نتيجة اضطراب عصبي في الدماغ ،وقد اشارت الجمعية الى ان نسبة ظهور هذا المرض هو (١ من كل ٢٥٠ طفل) في العالم ،كما ان معدل ظهور هذا المرض لدى الذكور اربع اضعافه لدى الاناث ،كما انه يتواجد لدى جميع الجنسيات والاعراق والبلدان ،كما انه يتواجد في البيئات الغنية والفقيرة (Babiracki,et al, 2000,p9).

2 May 2019

يُشار الى التوحد باعتبار خلل معقد يصيب الجهاز العصبي المركزي ويتميز بثلاث سمات جوهرية:

١. مشكلة في التواصل مع المجتمع
 ٢. اضطراب في التواصل اللفظي والغير لفظي
 ٣. نمط مكرر من السلوكيات بالإضافة الى اهتمامات ضيقة ومقيدة (ابو حلاوة، ١٩٩٧: ٣٧).
- وعلى الرغم من كون هذا المرض لا يمكن تشخيصه بشكل دقيق وواضح الا في عمر ما قبل المدرسة بقليل، الا انه يظهر على الطفل المصاب مجموعة من الاعراض في عمر ما بين (١٢-١٨) شهر يمكن من خلالها الاستدلال على هذا المرض (الجابري، ٢٠١٠: ٢٦).

ينشأ التوحد نتيجة نمو غير طبيعي لبعض الاجزاء في المخ، هذا النمو الغير طبيعي لا يمكن علاجه، وكل ما يستطيع المدرب مع الطفل هو تنمية مجموعة من المهارات الشخصية لزيادة قدرته على التصرف والسلوك بشكل طبيعي (ابو حلاوة، ١٩٩٧: ٤٥).

وقد يكون عدم القدرة على اقامة علاقات وصداقات مع الآخرين، من اهم الاعراض على المصابين بالتوحد اطفال كانوا ام كبار، فالفرد المتوحد مع ذاته لا يمتلك المقدرة على ان يتواصل مع محيطه، سواء اكان هذا المحيط مادي او معنوي، بمعنى انه فاقد الاحساس او الشعور بمن حوله، فهو متغلب على ذاته (الجابري، ٢٠١٠: ٥٤).

ولابد من الإشارة الى ان التوحد بالرغم من كونه في الاساس هو اضطراب في النمو في بعض اجزاء المخ، اي بمعنى ان اسبابه بيولوجية، الا انه يصنف باعتباره مرض نفسي واجتماعي، والسبب يعود الى وجود مجموعة من الاعراض والسلوكيات التي يكررها المتوحد ومنها :

١. اضطراب في قدرته على الاستجابة مع المثيرات الحسية.
٢. اضطراب في اللغة والتواصل مع الآخرين
٣. اضطراب في الانتماء لجماعة او التفاعل الاجتماعي.
٤. تكرار انماط حركية بشكل مستمر.
٥. تكرار الفاظ معينة بشكل دائم (ابو حلاوة، ١٩٩٧: ٥٦).

اسباب التوحد

أن التوحد يعود الى جملة من الاسباب البيولوجية ومنها :

١. إصابة المخ قبل أو اثناء الولادة
- يرى (سكولر) أن الحالات التي يتعرض فيها المخ الى اصابات معينة قبل او اثناء عملية الولادة، تكون هذه الحالة مهيئة بشكل كبير الى ظهور التوحد فيها، مثل : التصلب الحديبي، الاختناق في اثناء الولادة، الالتهاب السحابي. (الجليبي، ٢٠٠٥: ٤٦)

٢. الخلل الوظيفي في المخ

أن الخلل الذي يصيب جهاز الادراك يؤدي بالحالة الى عدم المقدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس، بالإضافة الى عدم القدرة على الاحساس العصبي بهذه الرسائل، وعدم الاحساس ببعض الحواس

2 May 2019

،وهذا ما يحصل مع المتوحد ،ويؤدي به الى عدم القدرة على التواصل مع محيطه نتيجة عدم وصول (ابو حلاوة، ١٩٩٧: ٥٩).

٣. التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي

أن التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي قد يكون من الاسباب التي تؤدي الى التوحد ،ومن اعرضه: التأخر في النطق ورفع الرأس ،التأخر في البلع والتعرف على الام ،عدم القدرة على الرضاعة في الطفولة المبكرة. (الجابري، ٢٠١٠: ٤٨)

٤. اصابه جهاز المناعة

أن جهاز المناعة لدى الطفل يحميه من الامراض عن طريق تشكيل اجساد مضادة للقضاء على الفايروسات التي تصيبه ،بالإضافة الى التخلص منها في حالة اصابه مرض او ضعف ،وحين يتعرض هذا الجهاز الى مشكلة او ضعف يؤدي الى حدوث اضطراب في نمو الطفل مما يؤدي به الى التوحد (القماش، ٢٠١١: ٣٦).

تشخيص التوحد

أن تشخيص التوحد واحد من المهمات الصعبة ،نظرا لتعدد هذا المرض وصعوبة تشخيصه بدقة ،بالإضافة الى تداخل اعراضه مع اعراض امراض اخرى ،وبالتالي حتى يكون التشخيص دقيق وسليم لابد من توفر فريق عمل متكامل يقوم بمجموعة من الاختبارات العقلية والحسية بالإضافة الى الملاحظة ودراسة التاريخ الطبي للحالة ،حتى يكون التشخيص سليم واكثر دقة (الراوي ،حمادة ،١٩٩٩: ٩).

ولكي يكون التشخيص واضح ودقيق لابد من توفر المعايير التالية فيه :

١. لابد من توفر اعاقه نوعية واضحة في عملية التواصل الاجتماعي المتبادل ما بين المتوحد وغيره بما يتناسب مع عمره النمائي ،بالإضافة الى وجود ضعف واضح في أيمانات العين وحركات اليدين.
٢. ان يكون هنالك اعاقه نوعية واضحة في مجال التواصل اللفظي والغير لفظي مثل التأخر في اللغة واكتساب الكلام.
٣. ان تكون ذخيرة الطفل في النشاطات والاهتمامات السلوكية بسيطة ومكررة مثل التصفيق أو الضحك (الزريقات ،٢٠٠٤: ٢٧١).

كما ان عملية التشخيص تتضمن وجود المحاكات التالية :

أولاً: وجود قصور واضح في النمو في المجالات التالية في السنوات الثلاثة :

١. اللغة التعبيرية في التواصل مع الآخرين.
٢. تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المتبادل مع المحيطين به.
٣. اللعب الرمزي.

2 May 2019

ثانيا: قصور نوعي في التواصل الاجتماعي من خلال :

١. الفشل في التواصل البصري مع المحيطين به ،العجز عن استخدام الوجه وتعبيراته والايحاء الجسمي.
 ٢. العجز عن مشاركة الآخرين اهتماماتهم.
 ٣. نقص المتعة في المشاركة مع الآخرين.
- ثالثا: قصور واضح في التواصل مع الآخرين من خلال:

١. تأخر واضح او نقص شبه كامل في اللغة.
٢. العجز عن المبادرة في الحوار.
٣. استخدام نمط مكرر من اللغة (W.H.O,1993,p180).

ثانيا : الدراسات السابقة

أولا: الدراسات السابقة الخاصة بالتدريس الفعال

١. دراسة (Heafner,2002) والتي تسعى الى التعرف على مدى تطبيق مبادئ التدريس الفعال في التكنولوجيا الحديثة في الدراسات الاجتماعية بالإضافة الى التعرف على تصورات المدرسين حول توظيفها في ضمن مبادئ التدريس الفعال ،وقد تكونت عينة البحث من (٣٠٥) مدرس ومدرسة ،لمادة الدراسات الاجتماعية للمرحلة الثانوية ،ومن اجل جمع المعلومات فقد استعملت الباحثة الاستبانة عن طريق ارسالها الى البريد لكل مدرس ثم اجراء المقابلات الشخصية معهم ،وبعد جمع البيانات وتحليلها توصلت الباحثة الى:
١. أن اهم مبادئ التدريس الفعال هو تخطيط المدرس من اجل استخدام التكنولوجيا الحديثة ،بالإضافة الى وضع الاهداف بدقة ،وعرض المادة بأسلوب جديد وحديث ،بالإضافة الى اثارة دافعية الطلبة والتفوق.
٢. كشفت الدراسة عن اهمية التدريس الفعال في مادة الدراسات الاجتماعية.
٢. دراسة (جلاب، ٢٠١٠) مدى تطبيق تدريسي قسم التاريخ في جامعة بغداد لمبادئ التدريس الفعال يسعى البحث الحالي الى التعرف على مدى تطبيق تدريسي قسم التاريخ في جامعة بغداد لمجموعة من مبادئ التدريس الفعال ،ومن اجل تحقيق هذا الهدف فقد قامت الباحثة ببناء استبانة مكونة من سبعة مجالات ،وبعد التحقق من خصائصها السايكومترية من صدق وثبات ،تم تطبيقها على عينة من تدريسي القسم بلغ حجمها (٧٣) وبعد استعمال الوسائل الاحصائية اللازمة توصل الي:
١. هنالك ضعف في تطبيق مبادئ التدريس الفعال من قبل التدريسيين.

٢. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تطبيق مبادئ التدريس الفعال تعود الى متغير الجنس.

ثانيا: الدراسات الخاصة بالتوحد

١. دراسة (باول وكاترين ،٢٠٠٤) تهدف الدراسة الى تقييم مستوى معرفة الاخصائي اضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل المرتبطة بها ،وقد تكونت عينة الدراسة من (١٨٢) اخصائي ، ومن اجل تحقيق اهداف

2 May 2019

البحث فقد قام الباحث ببناء استبانة مكونة من (٥٣) فقرة موزعة على (٩) ابعاد ،وبعد التحقق من الخصائص السايكومترية للاستبيان ،وتطبيقه على عينة البحث وتحليل البيانات توصل البحث الى النتائج التالية:

أن ما نسبته (٥٤%) من عينة البحث لم يبلغوا المستوى المطلوب من المعرفة من حيث الاعداد المهني المتعلق بتقديم الخدمات الى الطلبة .مما اظهر حاجة العينة الى التدريب في المجال النظري والعملية من اجل رفع مستوى الى المستوى المطلوب.

٢. دراسة (حمدان ،٢٠١٨): الاحتياجات التدريبية لمعلمي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في برامج أثناء الخدمة وعلاقتها ببعض المتغيرات.

يسعى البحث الحالي الى التعرف على الاحتياجات التدريبية لمعلمي اطفال اضطراب طيف التوحد ،وعلاقتها ببعض المتغيرات ،ومن اجل تحقيق هذا الهدف فقد اختار الباحث عينة من المعلمين بلغ حجمها (٧٣) تم اختيارهم بطريقة قصدية من (٨) مراكز متخصصة في التعامل مع اضطراب طيف التوحد ،ومن اجل جمع المعلومات فقد استعمل الباحث استبانة مكونة من (٤٨) فقرة موزعة على بعدين الاول خاص بالاحتياجات التدريبية النظرية والثاني خاص بالاحتياجات التدريبية العملية ،وبعد التوصل الى دلالات صدق وثبات اداة البحث وتطبيقها على العينة توصل الباحث الى النتائج التالية:

١. أن الاحتياجات التدريبية النظرية والعملية كان بمستوى متوسط لدى عينة البحث.

٢. كما توصلت الدراسة الى وجود فروق في الاحتياجات التدريبية تعود الى متغير الخبرة التدريسية .

الفصل الثالث : منهجية البحث واجراءاته

اولا: منهجية الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي من خلال استخدام استبانة لقياس تقييم طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة(التوحد) من قبل المعلمين والمعلمات ، لكونه المنهج المناسب وهو منهج لا غنى عنه في العلوم الانسانية ولا سيما في العلوم التربوية والنفسية وغيرها من العلوم السلوكية (الزويبي، ١٩٨٠، ص ١٨).

ثانيا: اجراءات البحث:

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع معلمي ومعلمات اطفال التوحد في مراكز التأهيل في محافظة بغداد (حيث بلغ عددهم ٢٠٣٣) معلم ومعلمة (الكرخ والرصافة).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٦٠) معلما ومعلمة منهم ٣٢ معلما و ٢٨ معلمة من اربعة مراكز لتأهيل المتوحدين وهي (مركز الامل ،مركز ندى الصباح ،مركز الاصرار ، مركز فريال) وتم اعتماد تقدير حجم العينة المناسب في الدراسات المسحية كما مبين في الجدول.

2 May 2019

جدول (١): يوضح عينة البحث

العينة	الحجم
ذكور	٣٢
اناث	٢٨
المجموع	٦٠

اداة الدراسة:

أن دقة البيانات المتحصل عليها من خلال البحث تقوم على دقة الاداة المستعملة للحصول على هذه البيانات، وبما ان الهدف من البحث هو تقييم طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) من قبل المعلمين والمعلمات، فقد وجدت الباحثة ان افضل اداة هي الاستبيان، وقد تكونت الاستبانة من (١٥) فقرة تقيس مجموعة من الجوانب في طرائق التدريس المستعملة في تدريس أطفال التوحد، وقد قامت الباحثة ببناء الاستبيان وفقا للخطوات التالية:

١- الاطلاع على الدراسات السابقة.

٢- كتابة استبيان مفتوح.

٣- وضع الاستبيان بشكله الاول.

٤- عرض الاستبيان على مجموعة من الخبراء والمحكمين من اجل استخراج صدقة الظاهري.

٥- صياغة الاستبيان بشكله النهائي.

صدق الاستبيان:

يعد التحليل المنطقي ضروريا جدا في بدايات اعداد فقرات الاستبيان، حين انه يشير الى مدى تمثيل فقرات الاستبيان للسمة التي يراد قياسها، وعلى الرغم من كونه مضللا وذلك لأنه يعتمد على اراء الخبراء والمحكمين وهذه الآراء تكون اراء ذاتية وبسيطة وشخصية بعيدة عن الموضوعية في بعض الاحيان (الكبيسي، ٢٠٠١: ١٧١).

وللتحقق من هذا الصدق، عرضت الباحثة الاستبيان المغلق على مجموعة من الخبراء والمحكمين لبيان آرائهم في مدى صدق الاستبيان في شكله الظاهري، وقد اعتمدت الباحثة معيار (٨٠%) من الخبراء معيار لبقاء الفقرة او سقوطها، ووفقا لذلك لم تسقط أي فقرة من الفقرات.

ثبات الاستبيان:

أن الغاية من حساب الثبات هو تقدير الاخطاء التي يقع فيها الاستبيان بالإضافة الى اقتراح طرائق للتقليل من الاخطاء (63 : 1988 , Murphy) ان الثبات هو ذلك الاتساق في مجموع درجات فقرات المقياس المستخدم والتي يفترض ان تقيس ما يجب قياسه (Marshall , 1972:104).

وقد استخرجت الباحثة للاستبيان نوعين من الثبات:

١- طريقة التطبيق واعادة التطبيق : حيث طبقت الباحثة الاستبيان، وبعد مرور اسبوعين اعادت تطبيقه، وقد

استعملت الباحثة معامل ارتباط بيرسون بين مرتي التطبيق ووجدت الباحثة ان معامل الثبات (٠,٨١).

٢- طريقة الفا كرونباخ : ولاستخراج الثبات، طبقت معادلة (الفاكرونباخ) على درجات افراد العينة، وقد كانت

قيمة معامل الثبات (٠,٨٤). وهو مؤشر اخر على دقة الثبات للاستبيان.

2 May 2019

تطبيق الاستبيان:

بعد التحقق من صدق الاستبيان وثباته، طبقت الباحثة الاستبيان على عينة البحث لتحقيق اهداف البحث الحالي، وقد استغرقت الباحثة مدة (ثلاثة ايام) في تطبيق الاستبانة على عينة البحث.

الوسائل الاحصائية:

تحقيقاً لأهداف البحث استعملت الباحثة الوسائل الاحصائية التالية :

١- النسبة المئوية لاستخراج صدق الاستبيان

٢- معامل ارتباط بيرسون

٣- الوسط المرجح

٤- الوزن المئوي

٥- الفا كرونباخ

الفصل الرابع : نتائج البحث

الاستنتاجات والتوصيات:

عرض النتائج:

من اجل تحقيق هدف البحث الحالي وهو تقييم طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) من قبل المعلمين والمعلمات، تم احتساب تكرارات اجابات العينة على كل فقرة من فقرات الاستبيان، ثم الاعتماد على معادلة الوسط المرجح والوزن المئوي وذلك من اجل التعرف على الفقرات المتحققة من غيرها في كل فقرة من فقرات الاستبيان، وقد اعطت الباحثة البديل (متحققة الى حد كبير) ثلاث درجات، أما البديل الثاني (متحققة الى حد ما) درجتين، والبديل الثالث (غير متحققة) درجة واحدة، وبما ان متوسط الاستبيان هو (٢) فقد عد هذا الوسط معيار لمدى تحقق الفقرات من عدمها، فالفقرة التي تحقق وسط مرجح اعلى (٢) هي فقرة متحققة. وقد رتبنت الباحثة فقرات الاستبيان حسب وسطها المرجح ثم اعيدته ترتيبها بشكل تنازلي من اعلى وسط مرجح الى ادنى وسط مرجح كما في الجدول التالي:

جدول (٢): الوسط المرجح والوزن المئوي لفقرات الاستبيان

الترتيب	الى أي مدى ترى ان طرائق التدريس الفعال مناسبة للطلبة من حيث	الوسط المرجح	الوزن المئوي
١	تثير دافعية المتعلم وتشجعه على الدراسة	٢.٤٥	%٨١
٢	تكسب التلاميذ ميول واتجاهات نحو بعض السلوكيات المناسبة	٢.٤٢	%٨٠
٣	تشجع التلاميذ على التعلم الذاتي	٢.٣٣	%٧٧
٤	تراعي الفروق الفردية بين الطلبة	٢.٢١	%٧٣
٥	يربط الجوانب العلمية بالجوانب النظرية	٢.١١	%٧٠
٦	تدرج معلوماته من السهل الى الصعب ومن المحسوس الى المجرد	٢.٠٩	%٦٩
٧	مناسبة اسلوبه مع مستوى النمو العقلي للتلاميذ	٢.٠٧	%٦٨
٨	تتصف بالكفاية والتنوع	٢.٠٤	%٦٨

2 May 2019

٩	تتوفر فيها عناصر الجذب والتشويق	٢٠٠١	٦٧%
١٠	ترتبط بالحياة الفعلية للمتعلم	١٩٦	٦٥%
١١	ذات قيمة علمية وفائدة للمتعلم	١٩١	٦٣%
١٢	مناسبتها للمرحلة العمرية للمتعلم	١٨٧	٦٢%
١٣	تثير التفكير لدى المتعلم	١٨٤	٦١%
١٤	تشجع التلاميذ على التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي والغير لفظي	١٧٨	٥٩%
١٥	تسهم في عملية تسهيل التعلم واثرائها	١٧٤	٥٨%
	المجال ككل	٢٠٠٤	٦٨%

يتضح من خلال الجدول السابق ان مستوى تقويم معلمي ومعلمات اطفال التوحد لطرائق التدريس الفعال كان بمستوى متوسط ،حيث حصلت فقرات الاستبيان على وزن مئوي يقدر (٦٨) وهذا يدل على ضعف في طرائق التدريس الفعال المستخدمة مع اطفال التوحد.

وترى الباحثة ان الاسباب تعود الى قدم هذه الطرق المستخدمة من جهة بالإضافة الى عدم توفر الامكانيات المادية التي يستطيع المعلم من خلالها توظيف مبادئ التدريس الفعال فيها.

الاستنتاجات:

١. ان طرق التدريس الفعال تثير دافعية التلاميذ المتوحدين للتعلم لكونها تعطيهم المساحة والحرية في التعلم.
٢. تساعد طرق التدريس الفعال التلاميذ على اكتساب بعض السلوكيات الايجابية بالنسبة لهم مثل السلوك اللفظي والغير لفظي.
٣. طرق التدريس الفعال تراعي الفروق الفردية القائمة بين التلاميذ.

التوصيات:

- بناء على نتائج البحث توصي الباحثة بالاتي:
١. ضرورة استحداث طرائق تدريس فعالة جديدة تتناسب مع طبيعة المرحلة النمائية لأطفال التوحد.
 ٢. ضرورة تسليط الضوء على مشكلات معلمي ومعلمات اطفال التوحد واهم الصعوبات التي تواجههم في عملهم.
 ٣. العمل على توفير كل ما يحتاجه المعلم في استخدام اساليب واستراتيجيات وطرق التدريس الفعال.
 ٤. استحداث مراكز تأهيل حكومية بمالغ رمزية وبأفضل الاجهزة والمعدات.

المقترحات:

١. طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة وقرانهم العاديين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي والذكاء.
٢. التفاعل الاجتماعي لطفل التوحد وعلاقته باستراتيجيات التدريس.

المصادر:

١. الكبيسي ، كامل ثامر، العلاقة بين التحليل المنطقي والتحليل الاحصائي لفقرات المقاييس النفسية ، مجلة الاستاذ ، العدد (٢٥) ، جامعة بغداد ، كلية التربية / ابن رشد ، ٢٠٠١.
٢. ابو حلاوة ،محمد سعيد(١٩٩٧)، المرجع في اضطراب التوحد التشخيص والعلاج ،جامعة الاسكندرية ،كلية التربية دمنهور .

2 May 2019

٣. نيرل، لوكوين، التوحد، ٢٠٠٦، مطبعة المجلة العربية السعودية.
٤. الجابري، محمد (٢٠١٠)، الاتجاه التكاملي في تقويم وتشخيص التوحد، الجامعة الاردنية.
٥. الجلبى، سوسن شاكر (٢٠٠٥)، التوحد الطفولي (اسبابه ،خصائصه ،تشخيصه ،علاجه) الطبعة الاولى ،دمشق ،مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع.
٦. الجابر، جابر عبد الحميد (١٩٩٩) ، استراتيجيات التدريس والتعلم، ط١، مطبعة دار الفكر العربي، القاهرة.
٧. الحيلة، محمد محمود، ٢٠٠٢، طرائق التدريس واستراتيجياته، مطبعة دار الكتاب الجامعي.
٨. حمدي ،نزيه والجدوع ، عصام (٢٠١٠)، اثر برنامج النظام الذكي لمعالجة المعرفة (Risk) في تنمية مهارات التفكير الابداعي والنقدي لدى طلبة المرحلة الاساسية العليا في الاردن ،ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السابع لرعاية الموهوبين والمتفوقين في عمان ،الاردن.
٩. الزريقات ، ابراهيم عبد الله (٢٠٠٤)، التوحد الخصائص والعلاج ،ط١، عمان ، دار وائل.
١٠. زيتون، حسن حسين (٢٠٠١) ، تصميم التدريس رؤية منظومة ، دار عالم الكتب ، القاهرة
١١. سليمان، عبد الرحمن سيد، ٢٠٠٠، الذاتية التوحد، مكتبة زهراء الشرق، كلية التربية، القاهرة
١٢. مجيد، سوسن شاكر، ٢٠٠٤، التوحد أسبابه -خصائصه-تشخيصه، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، سوريا.
١٣. هويدي ،زيد (٢٠٠٣)، مهارات التدريس الفعال ،دار الكتاب الجامعي ،العين ،الامارات .
14. Marshall, J. (1972). Essential Testing. California, Addison-Wesley.
15. Murphy, R.K. (1988), Psychological Testing Principles and application. New York, Allinternational, Inc.
16. Hammond, L.D. (2000).Teacher Quality and Student Achievement: A Review of State Policy Evidence. Education Policy Analysis Archives, 8(1), 1-29.
17. Heafner, T.(2002). Social Studies and Technology: Teachers' Perceptions of Effective Integration. In C. Crawford et al.(Eds.). Proceedings of Society for Information Technology and Teacher Education International Conference 2183-2184.
18. Killen, R. (2006) "Effective teaching strategies –Lessons for research and practice" 4th edit., Thomson, Social Science Press, UK
19. Thompson, S. (2008). Defining a good teacher simply! Modern English Teacher. 17 (1), 5-14.
20. Williams, R.(2002). Alberta Social Studies Textbooks and Human Rights Education, Dissertation Abstracts International, 1, (40), 1, P 23

2 May 2019

NO.	9
Title	Association of Vitamins D3 , B12 and Folate with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Kut City.
Author(s)	Riyadh Hussein Wally
	lecturer/ Kut-Technical Institute
	E-mail: Riyadhwali65@gmail.com

Abstract:

A study included 75 autistic children whom referred to the Al Kut women & children hospital and autism children care center at Kut city in Iraq, aged between 1 year to 12 years compared with 70 healthy children with the same ages as control group. The results showed that the percentage of males with autism was 80% compared with females children 20% from total autistic children, The mean level of vitamin D3 in autistic children significantly decrease in comparison with the control group. Also, there were a decrease in the mean of vitamin B12 and folate level with autistic children compared to control group.

Introduction:

Autism is known as a classic disorder , referring to a series of autism spectrum disorders (ASD) and various invasive developmental disorders [1], a neurodevelopment disorder characterized by weak societal contact, spoken and non-spoken contact, and restraining and recurring behavioral pattern [2]. The spectrum of autism affects the data processing center in the child's brain by changing neurons are linked and the point of meeting [3]. The term "spectrum" reflects a large number of symptoms and signs. Some of them appear at early childhood, such as not touching the eyes, or lack of response to his name, or lack of interest with caregivers [4]. Autistic children may grow normally during the first months or years of their lives, but they change rapidly and lose their normal behaviors [5]. The criteria for diagnosis require symptoms before the child reaches three years of age [6]. Autism is a type of three groups of disorders known as autism spectrum disorders (ASD) , while the second and third group is called asperger's syndrome, characterized by delay in behavioral growth and language [7] .

Autism is about 1-2 per 1,000 people worldwide and boys are 4 times more likely than girls. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) confirmed that 1.5 per cent of the world's children (one in 68) will have autism in 2014, up about 30 per cent from 2012, an average of 88 per cent. [8] There has been a marked increase in autism since the 1980s, due to increased methods of diagnosing disorder and the possibilities available for scientific research [9]. Parents often notice signs of autism in the first two years of a child's life. These signs are slowly developing, but some children develop more logically and then start to deteriorated. In addition, children

2 May 2019

with autism may experience changes in their blood component such as vitamin D , B12 and folate in compared with non-autism children[10] .

Role Vitamin D

Vitamin D is a fat soluble vitamin that is vital for human being health. It helps absorption of calcium and phosphorus from food, affecting the production and building of bones. In addition, it enters the functions of the heart, brain, lungs and muscles[11].

Vitamin D has many benefits for the human body health. It reduces the risk of many diseases, such as bone, nervous and sclerosis heart disease .It also improves the symptoms of depression in psychiatric patients , plays an important role in maintaining of calcium and phosphorus levels in blood and reduces the danger of malignant tumor and diabetes[12].

There are five forms of vitamin D, the human body can only benefit from two forms, vitamin D2 and D3. Where is vitamin D2 is produce in some types of fungi exposed to sunlight during its growth. Vitamin D3 can be synthesized in human body skin, when exposed to ultraviolet light. The body can benefit from these two forms by converting them to the hormone needed by the body. There are several factors that greatly affect the body's ability to produce vitamin D such as skin color, weather, geographical location, pollution, clothing, weight and genes[13].

Vitamin D receptors found in brain cells, where these receptors regulate the function of genes or genetic matter used ,therefore vitamin D is surely participated in brain functions. Also protect brain tissue by activating the production of neurotrophin, that prevents toxicity from many sources. Vitamin D decreases oxidative stress which causes early death of cells ,also decreases the autism risk during its anti-inflammatory property[14].

Role of vitamine B12 and folat

vitamin B12 or copalamine is a water soluble vitamin. Folic acid is another type of vitamin B called vitamin B9. These two vitamins have an essential and vital function in the production and maturation of red blood cells[15]. One or both of them deficiency cause anemia, they are important factors in the formation of DNA and RNA, which carries the characteristics of the organism and its genes, in addition to improving memory and strengthening[16]. Recent research found that autistic children may have changes in folate or methionine metabolism and the folate-methionine cycle plays main role in the autism etiology[15]. Vitamin B12 is critical for good vitality, memory, state of mental strength and stress and nervousness improvement. There are many classis of vitamin B12, include cyanocobalamin and methylcobalamin[17]. Cyanocobalamin can work to increase red blood cells synthesis, while the methylcobalamin can keep up neurological health. Large amounts of methylcobalamin are probable to recover neurons and the myelin covering of the spinal cord, which is important for manifestation help in mental imbalance of autism[18].

The aim of this study is to demonstrate the change in vitamins D , B12 and folate in autistic children compared to non autism.

2 May 2019

Materials and Methods:

The study included 75 children (60 males 80% and 15 females 20%) aged 2-12 years diagnosed with autism by specialists physicians and reviewing to the Al Kut Women & Children Hospital and the autism care center of Kut city in Iraq. The autistic children were compared with 70 healthy children (56 males 80% and 14 females 20% with same age range as control group). The two groups were divided by age into 4 categories. An adequate quantity of fasting venous blood was drawn and placed in sterile tubes. The blood was left to clot, serum was then separated by a centrifugation at 5000 rpm for 10 min. and transfer to new storage tube and stored at -20°C to the next analysis. Serum vitamin D, B12 and folate level was measured by chemiluminescent immunoassay (cobas e 601 module - Roche Diagnostics).

Statistical analysis:

In the current study, the data was analyzed by using SPSS version 22 to comparing parameters between autistic and non autistic children. The results were expressed as mean value and standard deviation ($M \pm SD$). Variance (ANOVA) was used to get the significant among groups. The means were distinguished among statistical groups at $P < 0.05$, has been taken as statistically significant.

Results:

In current study, from a total of 75 patients, 60 were males and 15 were females. The age group distribution, was found that the age group of 5-6 years was the most frequent group with 41% of the total patients followed by the age group 7-9 years with 27% (Table 1).

Recent investigations have led to suggestion that children with

- autism may have altered folate or methionine metabolism resulting in hypotheses that the folate-methionine
- cycle may play a key role in the etiology of autism. Main et al. conducted a systematic review to examine
- the evidence for the involvement of alterations in folate methionine metabolism in the etiology of
- autism [18]. The findings of the review of studies reporting data for metabolites, interventions or genes
- of the folate-methionine pathway and their related polymorphism were conflicting [18]. There was
- suggestion that changes in concentrations of metabolites of the methionine cycle may be driven by
- abnormalities in folate transport and/or metabolism. Most genetic studies lacked sufficient power to
- provide conclusive genetic relations. These investigators concluded that further research is needed

2 May 2019

- before any definitive conclusions can be made about the role for a dysfunctional pathway in the
- etiology of autism
- Recent investigations have led to suggestion that children with
- autism may have altered folate or methionine metabolism resulting in hypotheses that the folate-methionine
- cycle may play a key role in the etiology of autism. Main et al. conducted a systematic review to examine
- the evidence for the involvement of alterations in folate methionine metabolism in the etiology of
- autism [18]. The findings of the review of studies reporting data for metabolites, interventions or genes
- of the folate-methionine pathway and their related polymorphism were conflicting [18]. There was
- suggestion that changes in concentrations of metabolites of the methionine cycle may be driven by
- abnormalities in folate transport and/or metabolism. Most genetic studies lacked sufficient power to
- provide conclusive genetic relations. These investigators concluded that further research is needed
- before any definitive conclusions can be made about the role for a dysfunctional pathway in the
- etiology of autism
- generic term for a vitamin, which includes naturally occurring food folate (reduced form,
- large

Table (1): distribution of age and sex among autistic children

Freq.	No. Male	%	No. Female	%	Total	%
1-3	6	10	2	13	8	11
5-6	25	42	6	40	31	41
7-9	16	26	4	27	20	27
10-12	13	22	3	20	16	21
Total	60		15		75	100

2 May 2019

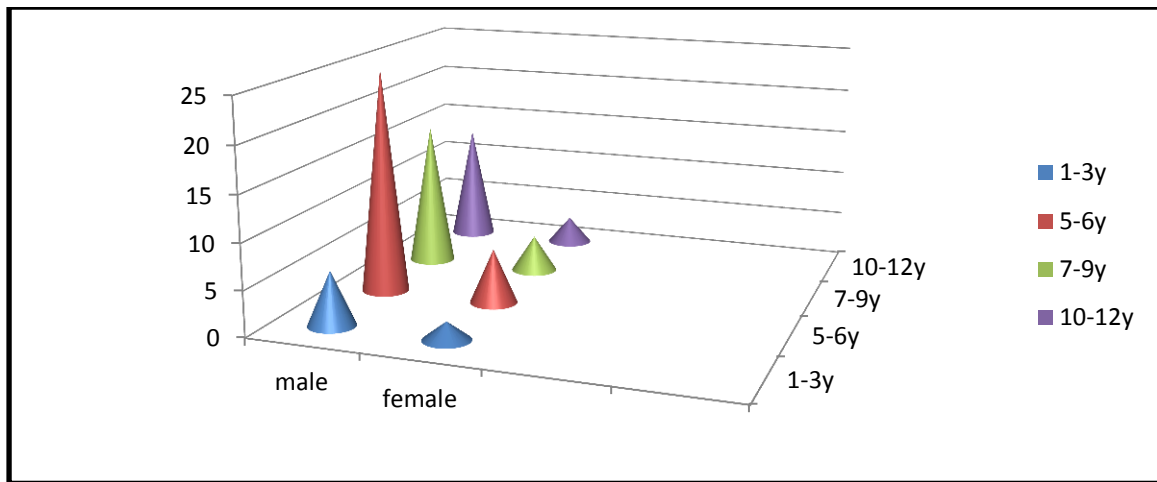


Figure 1: age distribution between male and female autism children

Study showed a decrease in vitamin D in male (17.34 ± 8.31) and female (15.44 ± 7.22) compared with control group of male (29.03 ± 8.45) and female (25.12 ± 7.47) $p < 0.005$, vitamin B12 male (245 ± 57.7) and female (233 ± 45.4) compared with control group of male (334 ± 188) and female (322 ± 176) $p < 0.0005$ and folate for male (9.02 ± 1.53) and female (8.82 ± 1.42) compared with control group of male (13.8 ± 2.74) and female (11.6 ± 2.43), $p < 0.0005$.

Table (2): the comparison of vitamins D ,B12 and folate between male and female autistic children and healthy controls.

Vitamin	Control		Male(n= 60)	Female (n=15)	P value
	Male (n=56)	Female (n=10)			
D ng/mL	29.03 ± 8.45	25.12 ± 7.47	17.34 ± 8.31	15.44 ± 7.22	< 0.005
B12 pg/mL	334 ± 188	322 ± 176	273 ± 114	264 ± 107	< 0.001
Folate ng/mL	13.8 ± 2.74	11.6 ± 2.43	9.02 ± 1.53	8.82 ± 1.42	< 0.0005

Vitamin D: 25-hydroxy vitamin D.

2 May 2019

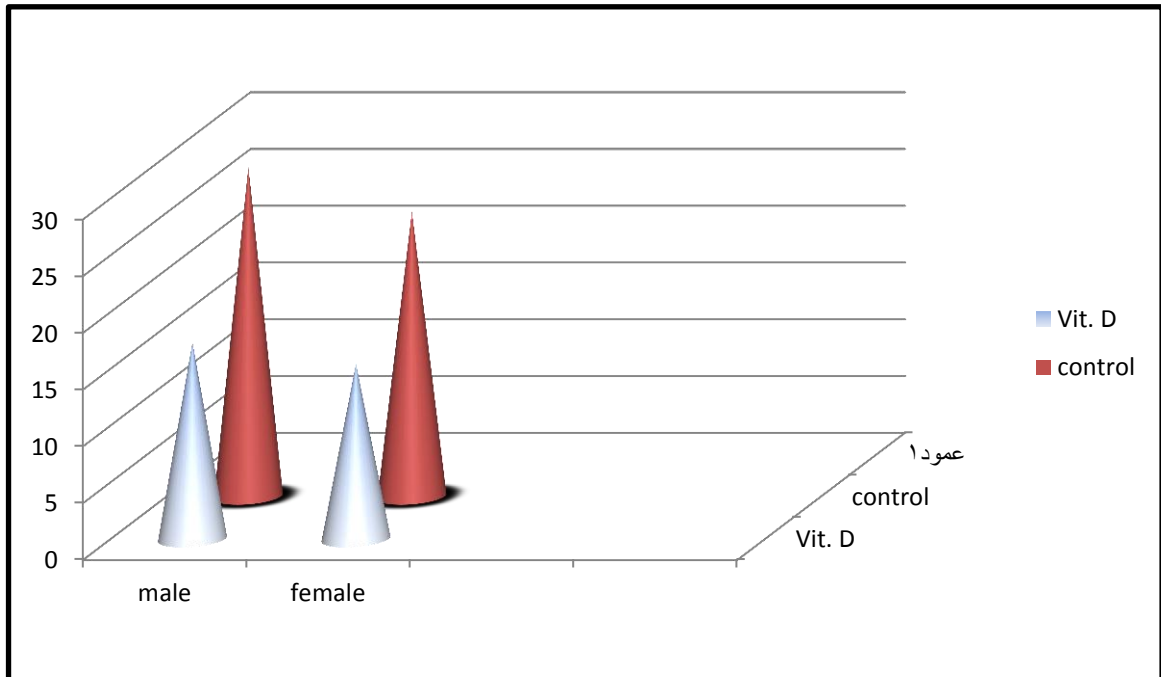


Figure 2 : The competition of vitamin D serum levels between autistic and control children

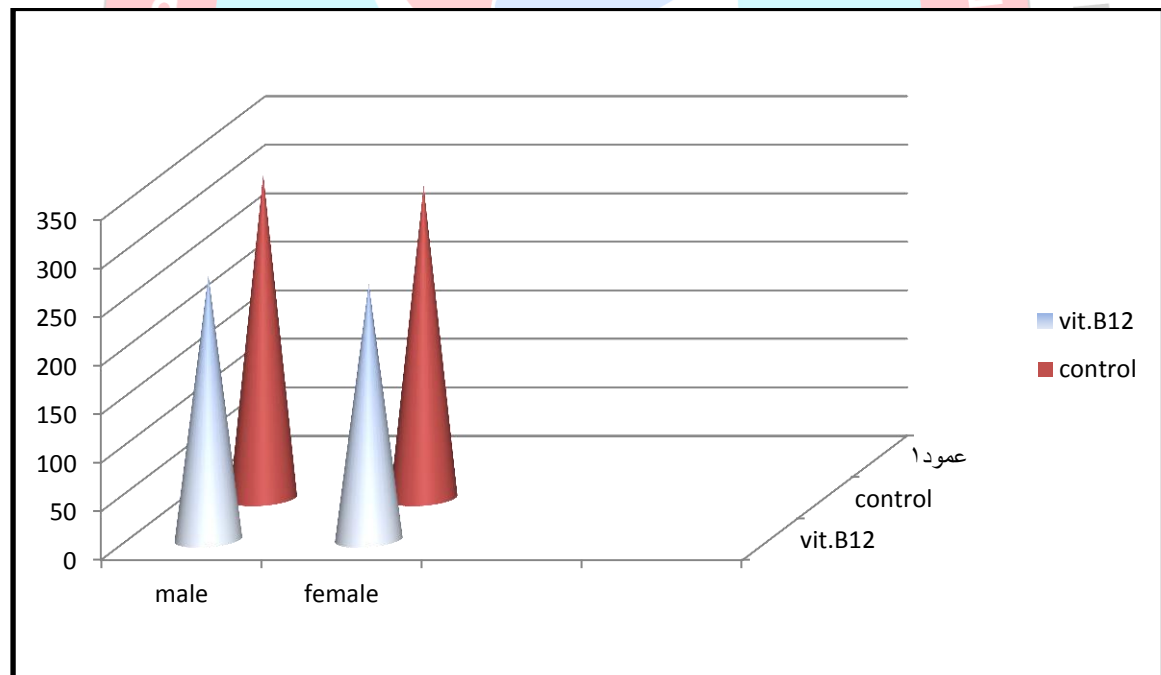


Figure 3 : The competition of vitamin B12 serum levels between autistic and control children

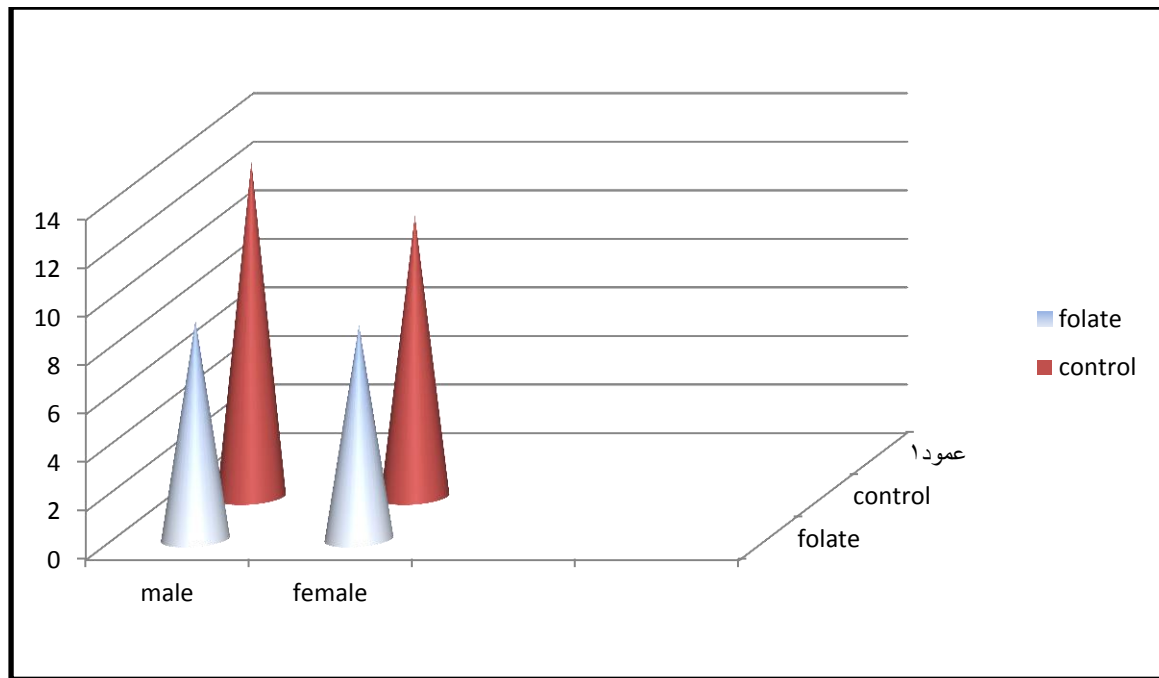


Figure 4 : The competition of folate serum levels between autistic and control children

Discussion:

The study found that the incidence of autism for the age group 5-6 years were the most affected when compared with other categories ,also male were at elevated risk to autism than females and about the similar result found by Newschaffer *et al.*, were found the average male-to-female ratio was more than 5.5:1 [19], while others like Filipek *et al.*, found the ratio was 4:1 [20]. Shao *et al.*, suggested that autism is an X-linked disorder, this can explain boys major of autism compared to girls[21], but others like Hallmayer *et al.* reported cases of male to male diffusion of autism in complex families, however, rule not in X-linkage as the major manner of legacy in these families[22]. The bias of male in autism spectrum disorders is amongst the main extreme neurological and psychiatric disorders. Male development is exposed to high levels of testosterone and its product, estradiol [23].The study also showed that there was a decrease in the level of vitamin D in autistic children compared to control group and the percentage of decline in females more than for males , this result agreement with the earlier studies were vitamin D decreased in autistic children [24,25,26] Kočovská *et al.* confirmed that autistic children had lower vitamin D serum levels compared to non autistic children[27]. Gong *et al.* confirmed an elevated number of autistic children with vitamin D serum levels less than 50 nmol/L compared to non autistic children [28]. newly, Feng *et al.* conformed an increased number of autistic children with vitamin D levels less than 25 nmol/L compared to non autistic children[29]. Study also showed a significant decrease in the level of vitamin B and folate in autistic children compared to the control group, were vitamin B12 and folate are associated with the metabolism of some biochemical molecules such as

2 May 2019

homocysteine and clotathione[30], any metabolic disorder in this molecules related with increased risk of ASD. One of the causes of this disorder is prenatal malnutrition, some recent studies have shown the relationship between maternal intake of these supplements and decreased risk of developing ASD [31].

Conclusion:

The comparing of vitamins D,B12 and folate between autistic and non autistic children, the study showed that there are significantly differences between the two group, were there are decreased levels of vitamins D,B12 and folate . Further study must perform on large number of children to make this comparison more accurate in these children

References:

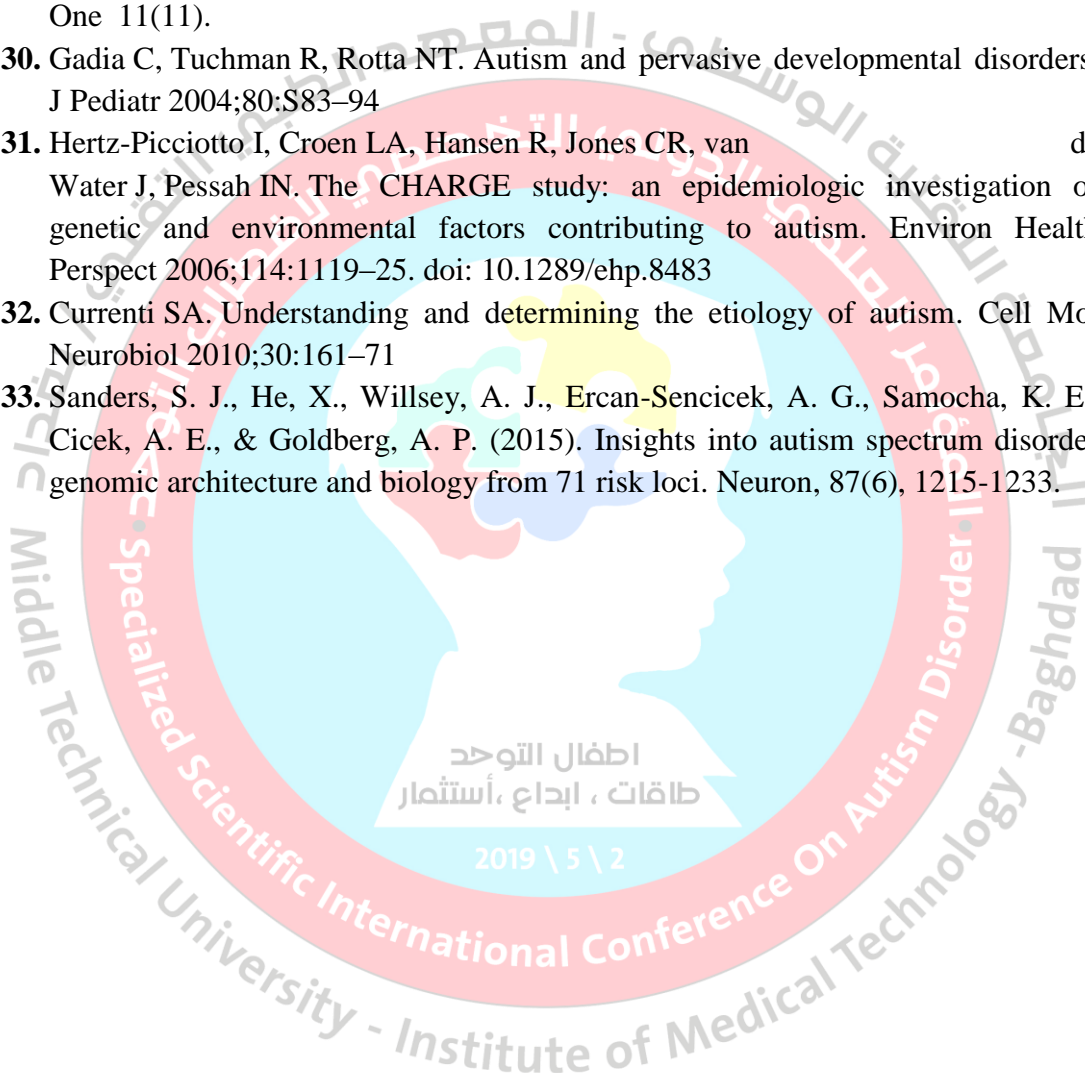
1. Huke V, Turk J, Saeidi S, Kent A, Morgan JF (2014). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorder Review* 21, 5, 345-51.
2. Bagby MS, Dickie VA, Baranek GT (2012). How sensory experiences of children with and without autism affect family occupations. *Am J Occup Ther* 66(1):78–86
3. Baio J. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States,. *Surveill Summ.*;61(SS03):1–19
4. Baird G, Simonoff E, Pickles A, et al(2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet.*;368(9531):210–215.
5. Coury, D. L. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders: Implications for families and clinicians. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(7), 494–496.
6. Lundström S, Reichenberg A, Anckarsäter H, Lichtenstein P, Gillberg C(2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ.*;350:h1961
7. Baron-Cohen S, Wheelwright R, Skinner JM, Clubley E (2001). The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, 5-17.
8. Sinha P, et al.(2014). Autism as a disorder of prediction. *Proc Natl Acad Sci USA*111(42):15220–15225
9. Wrzosek M, Łukaszkiwicz J, Wrzosek M, Jakubczyk A, Matsumoto H, Piątkiewicz P, Radziwoń-Zaleska M, Wojnar M, Nowicka G.(2013). Vitamin D and the central nervous system. *Pharmacol Rep.*;65(2):271-8. Review.
10. Gatti D, Idolazzi L, Fassio A (2016).Vitamin D: not just bone, but also immunity. *Minerva.* .

2 May 2019

11. Cannell JJ(2013). Vitamin D and autism, what's new? *Rev Endocr Metab Disord.* 18(2):183-193.
12. Zhang Q, Cheng Y, He M, Li T, Ma Z,(2016). Cheng H. Effect of various doses of vitamin D supplementation on pregnant women with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Exp Ther Med.*:1889-1895.
13. James SJ, Melnyk S, Fuchs G, Reid T, Jernigan S, Pavliv O, et al.(2009). Efficacy of methylcobalamin and folinic acid treatment on glutathione redox status in children with autism. *Am J Clin Nutr*;89:425–30.
14. Zinck J.W., de Groh M., MacFarlane A.J.(2015). Genetic modifiers of folate, vitamin B-12, and homocysteine status in a cross-sectional study of the Canadian population. *Am. J. Clin. Nutr.* ;101:1295–1304
15. Carmel R.(2011).Current concepts in cobalamin deficiency.*Annu RevMed*;51:357–75
16. Gok U, Halifeoglu I, Canatan H, Yildiz M, Gursu MF, Gur B(2004). Comparative analysis of serum homocysteine, folic acid and vitamin B 12 levels in patients with noise-induced hearing loss. *Auris Nasus Larynx* 31(1):19–22.10.1016/j.
17. Newschaffer CJ, Croen LA & Daniels J (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders".*Annu Rev Public Health.*; 28: 235–58.
18. Filipek PA, Accardo PJ & Baranek GT, (1999). The screening and diagnosis of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.*;29:437- 81.
19. Shao Y, Wolpert CM & Raiford KL, (2002). Genomic screen and follow-up analysis for autistic disorder. *Am J Med Genet.*;114:99–105.
20. Hallmayer J, Spiker D & Lotspeich L, (1996). Maleto- male transmission in extended pedigrees with multiple cases of autism. *Am J Med Genet.*;67 :13 –18.
21. Auyeung B, Baron-Cohen S, Ashwin E, Knickmeyer R, Taylor K, et al. (2009).Fetal testosterone and autistic traits. *Br J Psychol* :100(1):1–22.
22. Uğur Ç, Gürkan CK.(2014). Serum vitamin D and folate levels in children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* ;8:1641–1647.
23. Humble MB, Gustafsson S, Bejerot S.(2010).Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D (25-OHD) among psychiatric out-patients in Sweden: relations with season, age, ethnic origin and psychiatric diagnosis. *J Steroid Biochem Mol Biol.* ;121:467–470.
24. Mostafa GA, Al-Ayadhi LY. (2012).Reduced serum concentrations of 25-hydroxy vitamin D in children with autism: relation to autoimmunity. *J Neuroinflammation.* ;9:201.
25. Kočovská E, Andorsdóttir G, Weihe P, Halling J, Fernell E, Stóra T, et al.(2014). Vitamin d in the general population of young adults with autism in the Faroe Islands. *J Autism Dev Disord.* ;44:2996–3005.
26. Gong ZL, Luo CM, Wang L, Shen L, Wei F, Tong RJ, et al. (2014).Serum 25-hydroxyvitamin D levels in Chinese children with autism spectrum disorders. *Neuroreport.* ;25:23–27.

2 May 2019

27. Feng J, Shan L, Du L, Wang B, Li H, Wang W, et al.(2017). Clinical improvement following vitamin D3 supplementation in autism spectrum disorder. *Neuroscience*. ;20:284–290.
28. Main PA, Angley MT, Thomas P, O'Doherty CE, Fenech M.(2010). Folate and methionine metabolism in autism: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 91(6):1598–620.
29. Gao Y, Sheng C, Xie R-H, Sun W, Asztalos E, Moddemann D, et al.(2016). New perspective on impact of folic acid supplementation during pregnancy on neurodevelopment/autism in the offspring children – a systematic review. *PLoS One* 11(11).
30. Gadia C, Tuchman R, Rotta NT. Autism and pervasive developmental disorders. *J Pediatr* 2004;80:S83–94
31. Hertz-Picciotto I, Croen LA, Hansen R, Jones CR, van de Water J, Pessah IN. The CHARGE study: an epidemiologic investigation of genetic and environmental factors contributing to autism. *Environ Health Perspect* 2006;114:1119–25. doi: 10.1289/ehp.8483
32. Currenti SA. Understanding and determining the etiology of autism. *Cell Mol Neurobiol* 2010;30:161–71
33. Sanders, S. J., He, X., Willsey, A. J., Ercan-Sencicek, A. G., Samocha, K. E., Cicek, A. E., & Goldberg, A. P. (2015). Insights into autism spectrum disorder genomic architecture and biology from 71 risk loci. *Neuron*, 87(6), 1215-1233.



2 May 2019

NO.	10
Title	المعانة النفسية والاجتماعية لأمهات أطفال التوحد.
Author(s)	أ.د. بان عدنان عبد الرحمن ^(١) ، أ.م.د. حسين فالح حسين ^(٢) (١) كلية الآداب / الجامعة المستنصرية ، (٢) كلية التربية / الجامعة المستنصرية E-mail: drhussainfalih1@gmail.com Tel: ٠٧٧٢٢٦٣٥١١٥

مستخلص البحث:

يعد مرض التوحد من الأمراض ذات الإعاقة العقلية التي انتشرت بشكل كبير بين فئات الاطفال في مختلف أنحاء العالم ، فإنه من الأمراض التي تتسبب بالعديد من المشكلات ذات الطابع الشخصي والاسري ، وما تخلفه من معاناة نفسية واجتماعية لذوي المصاب خاصة أم الطفل ، أذ لم تتوصل الدراسات الى معرفة الأسباب المباشرة في الإصابة بهذا المرض . أذ يشير مرض التوحد الى خلل في وظائف الدماغ وعدم قدرة التوحدي الى التواصل الاجتماعي والاتصال مع الآخرين ، ومن هنا يأتي دور الأسرة التي تعد وحدة مجتمعية مصغرة لها وظائف وأهداف لنمو الطفل اجتماعيا وسلوكياً عن طريق تفاعل الأسرة معه ، ألا أنه هناك معاناة وبشكل الاخص هو أمهات الطفل المتوحد وما يترتب على حالته من معاناة نفسية واجتماعية تؤثر على حياتها وواجباتها اليومية الاسرية والمجتمعية .

أذ تحددت أهداف الدراسة الى تعرف:

- ١- المعاناة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد .
 - ٢- المعاناة الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد .
 - ٣- تعرف الفروق ذات الدلالة الاحصائية بين امهات أطفال التوحد الموظفات وغير الموظفات .
- ولتحقيق أهداف الدراسة اختيرت عينة مكونة من (١٠٠) أم لذوي أطفال التوحد من المعاهد الحكومية والمجازة ، وقد أستخدم الباحث الاختبار التائي لعينة ومجتمع ولعينتين مستقلتين ،وقد أظهرت النتائج أن عينة الدراسة لديها معاناة نفسية واجتماعية وتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين في عينة البحث ولصالح الأمهات الموظفات ، ومن خلال نتائج الدراسة توصل الباحثان الى عدد من التوصيات والمقترحات .

المبحث الأول

مشكلة البحث وأهميته:

يعد مرض التوحد من أكثر الأمراض انتشارا في هذه الفترة في مختلف أنحاء العالم ، فالتوحد Autism هو الإعاقات بمختلف فئاتها تعد حاجزاً دون تكيف الطفل ضمن مراحل النمو الطبيعي. والتوحد اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على عمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل ان يبلغ الثالثة من عمره. يتسم بوجود أداء غير سوي في ثلاثة مجالات هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري. أذ لم تتوصل الدراسات إلى سبب واضح لهذا الاضطراب لحد الان مما أدى إلى تباين في محاكات التشخيص في المؤسسات الصحية والنفسية، مما أدى الى عدم الدقة في تشخيص

2 May 2019

اضطراب التوحد في العديد منها وفهم خاطئ لأدراك طبيعة التوحد مما ظهر على شكل دمجه مع غيرهم من الفئات الأخرى وعدم اعتبارهم فئة مميزة تحتاج إلى خدمات خاصة . (الجلي ، ٢٠٠٥ : ٤٥)

فالتوحد هو حالة الطيف ، والذي يعاني منها الكثير من البشر حول أنحاء العالم ، حيث يواجهون بعض الصعوبات في التعامل مع الآخرين ، من خلال تأثرهم بالتوحد بطرق مختلفة ، فبعض الناس الذين يعانون من التوحد يواجهون صعوبات التعلم ، ومشاكل في قضايا الصحة العقلية أو غيرها من المشاكل ، وهذا يعني أن هؤلاء الناس ، يكونوا بحاجة إلى مستويات مختلفة من الدعم ، أن التوحد هو احدى أكثر الاضطرابات انتشاراً لمعظم الناس باختلاف الجنسيات والخلفيات الثقافية والدينية والاجتماعية ، على الرغم من أنه يبدو بأنه يؤثر على الرجال أكثر من النساء . هناك حوالي ٧٠٠.٠٠٠ شخص في المملكة المتحدة الذين يعيشون مع مرض التوحد - لتكون هذه أكبر نسبة من ١ في ١٠٠ شخص ، انتشرت حالات التوحد لدى الأطفال في السنوات الأخيرة حيث أثبتت دراسة أمريكية أن طفلاً من بين ٥٠ طفل أمريكي في سن الدراسة مصاب بمرض التوحد، وقد بلغت نسبة الزيادة عن سنة ٢٠٠٧ حوالي ٧٢ بالمائة. وقد أشارت بعض الإحصائيات في العالم أنه في كل ١٠ آلاف حالة ولادة هناك ما بين ١٥ إلى ٢٠ حالة خلل توحيدي. كما تشير إلى أن الذكور هم الأكثر إصابة بهذا المرض مقارنة بالإناث. (عبد الرحيم ، ١٩٩٠ : ٣٤)

وتذكر أحدث التقارير إلى أن معدلات انتشار مرض التوحد في الدول العربية تتراوح ما بين ٧٥ طفل لكل ١٠ آلاف طفل في العراق وذلك وفق الدراسة التي أجراها معهد كامبردج عن المصابين بالتوحد في العراق والتي توضح أن حالات التوحد ارتفعت في هناك بشكل كبير جداً.

أما عمان فقد بلغ معدل مرضى التوحد ١.٤ حالة بين كل ١٠ آلاف طفل، في حين بلغ هذا المعدل في الإمارات العربية المتحدة ٢٩ حالة عن ١٠ آلاف طفل ، و في مصر فقد كان الوضع مختلفاً، فقد انتشر هذا المرض بشكل كبير، حيث أكد موقع "صوت مرضى التوحد" أن "نسبة انتشار التوحد في مصر تصل إلى ١ بالمائة، حيث يبلغ عدد المرضى ٨٠٠ ألف مريض ، أما في العراق زائد أعداد الأطفال المصابين بمرض التوحد في العراق، وسط غياب التوعية والافتقار إلى مراكز رعاية متخصصة، ويرى البعض أن من المشاكل التي تواجه مرضى التوحد في العراق افتقار الأطباء إلى قدرات تشخيص مرض التوحد في وقت مبكر، والافتقار إلى قدرات معالجته سواء بالطرق التقليدية البسيطة أو الحديثة، كما يعاني مرضى التوحد وذويهم من قلة عدد مراكز رعاية أطفال التوحد في بلاد الرافدين، وهو ما يزيد من صعوبة الوصول إليها وخاصة في ظل الظروف الأمنية الصعبة وبعُد المسافات ووجود الحواجز، (فتحي ، ١٩٩٠ : ٣٤) ، إضافة إلى جهل المجتمع بكيفية التعامل مع هذه الشريحة، ويشير خبراء في مركز البحوث التربوية والنفسية إلى أن عدد الأطفال المصابين بالتوحد المسجلين في ١٦ مركزاً في العراق، يصل إلى سبعة آلاف (٧٠٠٠) طفل ، وكانت دراسة صادرة من جامعة كامبردج البريطانية قالت إن مرض التوحد ينتشر بنسبة كبيرة في العراق مقارنة مع السنوات التي سبقت حرب عام ٢٠٠٣، وحددت نسبة الإصابة بنحو ٧٥ لكل عشرة آلاف شخص ، وعليه لا توجد أسرة بصفة عامة و بالأخص الأمهات ترغب أن يكون احد ابنائها مريضاً أو معوق بأي شكل من الأشكال، فهي خبرة لا ترغب أي ام ان تمر بها حيث ان هذه الخبرة الأسرية ، يمكن أن تخلف وراءها العديد من التأثيرات الانفعالية السلبية على أفراد الأسرة تغير جذري ، وتعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، و تعود أهمية هذه اللحظة من حيث أنها تقود إلى تغير جذري على مسار الحياة النفسية الاجتماعية و الاقتصادية و حتى السلوكية لكل فرد من الأسرة (دافيدوف ، ١٩٨٠ : ٨٧) خاصة مشاعر الضغط والمعاناة النفسية والاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد ، أذ يزداد الشعور كلما رأت طفلها المصاب بالتوحد كبر أمام

2 May 2019

عينها ويزيد من إحساسها بالعجز أمام مسؤولياته ومتطلباته، خاصة وأنها لا تجد من حولها من يساعدها ويسهل عليها ويعلمها الطريقة الأفضل في تربيته إلى أن يصل إلى أكثر المراحل صعوبة وضغطاً وهي مرحلة المراهقة التي تواجه فيها ضغط البلوغ وما يترتب عليه من تغيرات داخلية وخارجية في بنية جسم ابنها أو ابنتها. فتربية الأطفال كما نعرف جميعاً مسؤولية كبيرة وصعبة وشاقة، وتربية طفل التوحد أكثر صعوبة وأكثر مشقة، لما تواجهه الأم من مشكلات وتحديات خاصة فتربية طفل التوحد تتطلب على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، ومع ذلك فإن الآثار ليست متشابهة عند جميع الأمهات فكل أم لها خصائصها الفريدة وتنتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة، ولهذا ففي بعض الحالات الاسرية إعاقة الطفل تقود إلى تقوية العلاقة الأسرية وهناك حالات اسرية أخرى عكس ذلك حيث تؤدي إعاقة الطفل إلى مشكلات في الحياة الأسرية وبخاصة منها تلك المرتبطة بإساءة معاملة الطفل جسدياً أو نفسياً وتأثر العلاقة الزوجية كيف يكون الأمر لدينا بدون دراسات جادة، فالانطباعات العامة لا تكفي والخبرة الشخصية لا يمكن تعميمها على الجميع، فخصائص الطفل قد تشكل ضغطاً على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم والضغط النفسي يزداد مع تقدم عمر الطفل في الأسرة لما له من زيادة المتطلبات الخاصة به ومحاولة التعايش معه. كما أن أمهات أطفال ذوي الإعاقة الأكبر الذين يتطلبون رعاية مستمرة بسبب المشكلات السلوكية أو الإعاقات الجسمية هن أكثر اكتئاباً من الأمهات الأخريات، ولكن أن أم طفل التوحد تصاب بأزمة حادة وعنفية تتميز بمراحل متعددة وهذا يتوقف على توافر الظروف والاحتياجات النفسية التي تساعدها على تخطي المصاعب ويغلب على الأم الجانب العاطفي متمثلاً في الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية نتيجة لصراع الأدوار الذي يتطلب منها مسؤوليات وواجبات وأعباء إضافية إلى دورها كزوجة وربة بيت وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف (سليمان، ٢٠٠٢ : ٨٧)

إن السؤال الذي يطرحه عقول المهتمين هو هل يمكن تطوير قابليات وكفاءة هذه الفئة من خلال التخطيط لبرامج تعديل السلوك والتي تعد تطوير مهاراتهم الاجتماعية أم أنها جهود غير ذات جدوى

من هنا تتبلور مشكلة البحث الحالي وهي الغموض في المعرفة العلمية لفاعلية برامج التدخل المبكر لتأهيل أطفال التوحد والتي لا يمكن الإجابة عليها إلا من خلال وضعها في دراسات منهجية علمية والتي تحدد الحاجة الفعلية لبرامج تعديل السلوك وبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية التي تساعد أطفال هذه الفئة للوصول إلى أقصى ما يمكن الوصول إليه ضمن قابليتهم وقدراتهم المتاحة لهم وضمن الفروق الفردية بين أفراد هذه الفئة، أن الهدف من التدريب على المهارات الاجتماعية هو تغيير السلوك نحو استجابة أكثر مهارة، ومن خلال ما تقدم تكمن مشكلة البحث الحالي بالتعرف على المعاناة النفسية والاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد (الراوي، ١٩٩٩ : ٦٥).



2 May 2019

٣- تعرف الفروق ذات الدلالة الاحصائية بين امهات أطفال التوحد الموظفات وغير الموظفات.

رابعاً: حدود البحث:

تحدد حدود البحث على أمهات أطفال التوحد المراجعات للمعاهد الحكومية والمجازة من قبل الحكومة في بغداد المشخصين بالتوحد للعام ٢٠١٨ - ٢٠١٩

خامساً: تحديد المصطلحات:

أولاً: المعاناة النفسية

- اريكسون ١٩٨٦

وهي عدم قدرة الفرد على التوافق بينه وبين المحيط الخارجي وفقدان الثقة بالنفس في اتخاذ القرارات بسبب عوامل خارجية سواء كانت بيئية أم شخصية. (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ١٧٠)

- عيسى ١٩٨٠

وهي قابلية الفرد على الانسجام مع التغيرات البيئية القوية أو القاهرة وما يتطلبه الفرد من تعايش مع هذه الظروف في تغيير بعض السمات والاتجاهات الموجودة لدى الفرد . (عيسى ، ١٩٨٠ : ١٥٥)

- وهيبة محمد ١٩٩٠

وهي العوامل التي ذات الجوانب المختلفة سواء كانت اقتصادية أو عادات وتقاليد أو ظروف تحددها الثقافة السائدة ، تؤثر في نفسية الفرد وشخصيته ونفسيته وتسبب له عدم الارتياح والضغط ليس لها ادوية أو عقاقير ولا تعد حالة مرضية. (محمد ، ١٩٩٠ : ١٢)

- **التعريف النظري:** وهي مجموعة العوامل البيئية التي تؤثر على سلوك المرأة بسبب المسؤولية والواجبات التي تتحملها وتسبب ضغط نفسي عليها .

- **التعريف الإجرائي:** وهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس المعاناة النفسية المعد في البحث الحالي.

ثانياً: المعاناة الاجتماعية

- صالح ١٩٨٨

وهي مجموعة من العوامل التي تتكون بفعل الظروف البيئية المحيطة بالفرد سواء في تربية الاسرة أو ظروف العمل وتؤثر في سلوكه. (صالح ، ١٩٨٨ : ٣٤) (٥ \ 2019)

- وهيب ١٩٩٠

وهي العوامل الاجتماعية التي تحيط بالفرد وتؤثر على نفسيته وطريقة تصرفاته سواء كانت تربية أو أسرية أو واقتصادية. (وهيب ، ١٩٩٠ : ٦٧)

- الربيعي ١٩٩٦

وهي الظروف والعوامل الاجتماعية التي تسير سلوك الفرد وتؤثر على سلوكه وشخصيته.

(الربيعي ، ١٩٩٦ : ١٢)

- **التعريف النظري:** لقد تبني الباحث تعريف صالح

- **التعريف الاجتماعي:** وهو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس المعاناة الاجتماعية المعد في البحث الحالي.

ثالثاً: التوحد Autism

منظمة الصحة العالمية ، (١٩٩٢). WHO التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD10

2 May 2019

بأنه نوع من الاضطراب النمائي المنتشر Pervasive أي الذي يؤثر (سلباً). على عدة مجالات لعمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل ان يبلغ الثالثة من عمره. كما يتسم أيضاً بوجود نوع من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك النمطي المقيد التكراري، (محمد، ٢٠٠٢، ص ٣٢).

- تصنيف منظمة الصحة العالمية DSm

أنه إعاقة نمائية (تطورية) تظهر دائماً في الثلاث السنوات الأولى من العمر، نتيجة للاضطرابات العصبية Neural Disorder التي تؤثر على وظائف المخ. ويتداخل هذا التوحد مع النمو الطبيعي فيؤثر في الأنشطة العقلية في مناطق التفكير، التفاعل الاجتماعي، والتواصل.

المبحث الثاني

المعانة النفسية والاجتماعية :

هنالك العديد من النظريات التي فسرت المعانة النفسية والاجتماعية كل حسب توجهاته والاسس التي يؤمن بها ومن هذه النظريات هي .

نظرية التحليل النفسي:

يؤكد فرويد أن سلوك الإنسان محصلة ضغط ثلاث نظم هي الهو والانا والانا العليا ، وكل جزء من هذه النظم له مسؤولية اتجاه الشخصية والسلوك ، ويعزو فرويد المعانة النفسية والاجتماعية للفرد من خلال ضعف الانا في مواجهة هذه الضغوطات ، لان وظيفة الانا هي بمثابة التوازن بين النظم لأنه يعد مبدأ الواقع أي يعيش الحالة الراهنة ، لذلك فأن المسؤولية الكبيرة التي تناط للمرأة قد لا تستطيع تحملها بفعل تعدد مسؤولياتها وضعف طاقتها ، بالإضافة الى ذلك أن نظام (الهو) الذي يعني مبدأ اللذة لا يستطيع أن يحقق مبتغاة بسبب الاعراف والعادات والتقاليد التي تحد ما يطمح اليه الفرد أحياناً. (لندي ، ١٩٧٠ : ٥٣)

نظرية الدور:

والتي تعني المتوقع من الفرد للقيام به والتي تكون جزءاً من الشخصية المتمثلة بالاتجاهات والسمات والسلوك ، لذلك أن القدرة على أداء الدور بشكل صحيح يتم من خلال حل المشكلات الاجتماعية ، فالرد الذي يكون متوقع في موقف معين ويستطيع الاستجابة بصورة ملائمة وسريعة يكون متوافقاً مع الدور الذي يلعبه ، فألام في هذا المجال تلعب عدة أدوار كونها زوجة وعاملة وأب وأخ الخ وذلك لأن الواجبات التي تتطلب هذه الادوار غير متناقضة ولا يمنع القيام ببعضها الاخر ، لان هذه الادوار لا تتحدد ألا بالاتجاه العام للسلوك الخاص به الذي يجعل الفرد يتوقع أن يلقي الاستحسان ، لكن ليس كل الافراد يستطيعون ان يقومون في القيام بكل الادوار المختلفة بنجاح لاسيما مع الادوار الجديدة التي تفرضها عليه الظروف والتي لا يمكن توقعها أو ضبطها ، إضافة الى ذلك لم يكن متوقع أو مهياً لهذا الدور الجديد. (دسوقي ، ١٩٦٩ : ٣٢٢)

نظرية الحاجات:

تؤكد هذه النظرية على قدرة الفرد في اشباع الحاجات المهمة في حياته وأذ لم يستطيع أن يشع هذه الحاجات فسوف يعاني من سوء التوافق وعدم الاستقرار .

ومن الحاجات التي أكد عليها مازلو هي الحاجات الفيسيولوجيون والامن والحب والانتماء والتقدير والاحترام ، بالنسبة للمرأة في هذه النظرية تظهر حاجة الاحترام والتقدير وهي مقدار ما تحتاج اليه المرأة من اهتمام وثقة من الآخرين والشعور بالجدارة والقوة والاستحسان وبأهمية الدور ، لذلك ينبغي أن تلبي المرأة هذه الحاجات نتيجة

2 May 2019

شغلها دور مهم أضافي الى دورها الاسري ، لذلك تحتاج المرأة الى الفهم وهي مقدار تحتاج اليه المرأة من أنساق عقلي معرفي الذي يتم عن طريق تنظيم موافقها الاجتماعية. (مرسي وأدريس ، ٢٠٠١ : ٣٥٥)

المحور الثاني: Autism

التَّوَحُّد Autism عبارة عن اضطراب عادة ما يُلاحظ على الطفل في سنٍّ مبكر، حيث يؤثر على تطوُّره وجوانب نموّه المختلفة، فيكون تطوره غير طبيعيٍّ، ويظهر خللاً في تفاعله الاجتماعي، ويتميز بتكرار أنماط سلوكية معيَّنة، وبضعف تواصله اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين.

أسباب التوحد:

لم يتم بعد اكتشاف أسباب قاطعة ومحددة للتوحد، ولكن هناك بعض الأبحاث والدراسات التي أجريت وبيّنت بعض الأسباب منها:

- أسباب بيولوجية.
- اختلاف في تركيب الدماغ وبشكل خاص في الجزء المسؤول عن الحركات اللاإرادية للجسم.
- اضطرابات جسمية مثل (الأمراض الجينية، إصابة الأم الحامل بفيروس الحصبة، اختلال في التمثيل الغذائي).
- أنواع التوحد الإكلينيكية

١- **التوحد الكامل:** إضافة إلى عدم التكيف الاجتماعي، وغرابة النمط السلوكي، يتميز أيضاً بانعدام القدرة على التواصل مع الآخرين، وتأخر في المكتسبات اللغوية وعدم القدرة على الحوار أو ممارسة النشاط الحركي، فترة ظهور الأعراض تبدأ في عمر أقل من (٣) سنوات و(٥٠%) من المصابين بهذه الأعراض يتم تصنيفهم تبعاً لاختبارات الذكاء ضمن فئة التأخر الذهني أو المتخلفين عقلياً.

٢- **متلازمة أسبرجر:** هذه الفئة لديها صفات وسلوك أمراض التوحد، ولكنهم لا يعانون من التأخر الذهني أو التأخر اللغوي، وبالرغم من عدم تأخرهم لغوياً لكنهم يعانون من أساليب غريبة في التحوار على سبيل المثال: (أنا ولد مهذب وأغسل أسناني بالفرشاة) جملة سليمة التركيب، أما الطفل الذي يعاني من المتلازمة فقد ينطق الجملة بوضوح ولكن بالطريقة التالية: (ولد أنا مهذب فرشاة أسناني أغسل) فهو يعبر بطريقته عن نفسه.

٣- **أمراض التطور العامة:** قد يعاني المصاب ببعض الصفات التوحدية التي قد تظهر في سن متأخرة وبشكل ليس بشديد الوضوح مثال ذلك: (ارتباط شخص ما بأي شيء قديم معدوم القيمة) مع التزامه بتكرار بعض العادات السلوكية الغريبة، أو ترديد بعض الكلمات الغير مفهومة، أما باقي سلوكياته فقد تكون طبيعية، فيبدو في بعض الأحيان شخص طبيعي وبعضها الآخر يبدو كشخص غريب الأطوار.

أعراض مرض التوحد:

غالباً ما يظهر نمو الطفل التوحدي عادي بشكل نسبي، فالتوحد لا يمكن ملاحظته بشكل واضح حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً بعد أن يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي، وقد تختلف أعراض الأشخاص المصابين بالتوحد، وبدرجات متفاوتة، وعادة ما تكون الأعراض واضحة من الجوانب التالية:

التواصل: بحيث يكون تطور اللغة بطيئاً ، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين،
المشكلات الحسية: استجابة غير طبيعية للأحاسيس الجسدية كأن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، وأن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع أو الشم.

2 May 2019

اللعب: يظهر قصور في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

السلوك: قد يكون مفرط النشاط أو الحركة أكثر من المعتاد أو تكون حركته أقل من المعتاد دون سبب واضح، وقد يصير على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه، كما أن هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً أو مؤذياً للذات.

النظريات المفسرة للتوحد:

١ - النظرية الجينية (Genetic Theory):

أشارت بعض الدراسات الجينية التي ركزت على دراسة الحامض النووي لعائلات ظهر عندها أكثر من حالة توحد أن نسبة حدوث اضطراب التوحد في التوائم المتطابقة تكون (١٠٠%) في حالة إصابة أحدهما باضطراب التوحد (الراوي، حماد، ١٩٩٩). ورغم أن الخلل لم يحدد في أي كروموسوم معين إلا أن الكثير من الأبحاث تشير إلى أن الخلل في واحد من الكروموسومات رقم (١) (٢) (٣) (٤) (٥) والكروموسوم الجنسي، وهو ما يفسر الارتباط بين الكروموسوم الجنسي الهش واضطراب التوحد. وأكدت إحدى الدراسات أن احتمال ولادة طفل توحيدي آخر لوالدي طفل توحيدي تبلغ ما بين (٥-٨%) (Edelson, ٢٠٠٢).

٢ - النظرية الأيضية (Metabolism Theory):

أشارت الدراسات إلى أن الأطفال التوحيدين يعانون من مشاكل في عملية الهضم الكامل للبروتينات خاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومادة الكاسين ((Casein الموجودة في الحليب. إن عملية سوء الهضم يمكن أن تؤدي إلى زيادة مادة الأفيون في الجسم وهو ما يفسر عدم شعور بعض الأطفال التوحيدين بالألم، ويمكن أن تؤدي سوء عملية الهضم إلى زيادة في حساسية الجسم لبعض الخمائر والبكتيريا الموجودة في المعدة ونقص بعض الأحماض والأنزيمات الموجودة في الجسم (Coleman & Gillberg, ١٩٨٥).

٣ - نظرية العقل (Theory of Mind):

تركز نظرية العقل على القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين والتعرف على أفكارهم ورغباتهم واعتقاداتهم، بالإضافة إلى القدرة على استخدام هذه المعلومة لتفسير ما يقولونه، وإعطاء معنى لسلوكياتهم وللتنبؤ بما سوف يفعلونه في المستقبل.

إن مشكلة الأطفال التوحيدين تكمن في عدم قدرتهم على تكوين نظرية العقل كونهم لا يستطيعون التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية فهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر (الزريقات، ٢٠٠٤). تؤكد الكثير من الأبحاث وجود صعوبة لدى الطفل التوحيدي في فهم الحالات الذهنية للآخرين وترى بأن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحيدي على التفكير، أما الاضطراب الاجتماعي فيرجع إلى عدم قدرته على تقدير الناس كوسطاء لهم عقول وأذهان مستقلة، وأما الاضطراب في التواصل فيرجع إلى عدم القدرة على تمثيل النيات أو التعرف على التغيرات اللفظية باعتبارها نفس أفكار المتحدث (الهويدي، ٢٠٠١).

٤ - الفرضية النفسية (Psychological Theory):

بدأ كانر (Kanner) دراساته في مجال التوحد من خلال مراقبة سلوكيات مجموعة مكونة من (١١) طفل توحيدي، وأشار في نتائج دراساته إلى أن الوالدين وخاصة الأم تلعب دوراً رئيسياً في حدوث اضطراب التوحد لطفلها عندما لا تزوده بالحب والرعاية والحنان، وأظهر كانر مصطلح الأم الثلجة (Refrigerated Mother) للتعبير على العلاقة السلبية بين الأم وطفلها. لقد تعرضت فرضية كانر للكثير من النقد والاعتراض وخاصة من

2 May 2019

أهالي الأطفال التوحديين حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الاهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة. كذلك عارض الكثير من الباحثين فرضية كانر ومنهم روتر (Rutter) معللاً ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لإصابته بالتوحد والتي ذكرها كانر من (٠ - ٦) أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به. ورغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة باضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية ما زالت تتبنى نفس المنشأ والأفكار للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون (Hannen Project) في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها التوحدي (Wing, ١٩٩٩).

المبحث الثالث

يتضمن هذا الفصل تحديد المنهج المعتمد في البحث الحالي وإجراءاته من حيث مجتمع البحث وعينته والخطوات التي أتبعته في أعداد أداة البحث لقياس المعاناة النفسية والاجتماعية لمهات أطفال التوحد واستخراج مؤشرات الصدق والثبات والوسائل الاحصائية .

أولاً : منهجية البحث

يهدف البحث الحالي الى تقصي المعاناة النفسية والاجتماعية لدى امهات أطفال التوحد ، وعليه أعتمد الباحث المنهج الوصفي لتحديد وصف الحقائق المتعلقة بالموقف الراهن وكما هو موجود حالياً، ولا يتوقف المنهج الوصفي عند حدود وصف الظاهرة بل يتعداه الى التحليل والتفسير والمقارنة وصولاً الى مزيد من المعلومات عن تلك الظاهرة (داود وعبد الرحمن ، ١٩٩٠ : ١٦٣).

ثانياً: إجراءات البحث

تتضمن إجراءات البحث الخطوات المنهجية التي أعتمدها الباحث لتحقيق أهداف البحث من تحديد المجتمع والعينة المختارة وإجراءات أعداد أداة البحث لقياس المعاناة النفسية والاجتماعية وعلى النحو الاتي:

مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث الحالي من أمهات أطفال التوحد الذين يرتاد بعض مراكز التوحد الحكومية والاهلية المجازة ، شكلوا مجتمع البحث الحالي للعام ٢٠١٨ - ٢٠١٩. إذ لم تكن هناك إحصائيات دقيقة لمجتمع البحث من الجهات ذات العلاقة .

عينة البحث:

تكون البحث الحالي من عدة عينات التي سوف يتم توضيح كل عينة من هذه العينات وعلى النحو الاتي:

١. عينة السؤال الاستطلاعي المكونة من ٢٠ أمراً.
٢. عينة البناء والقياس المكونة من (١٠٠) أم من مراجعات مراكز التوحد.
٣. عينة ثبات المقياس المكونة من (٥٠) أم من أمهات أطفال التوحد.

عينة البناء والقياس:

تكونت عينة البناء والقياس من (١٠٠) (مراجعة اللواتي يرتاد مركز التوحد لاستلام أبنائهم عند انتهاء الدوام الرسمي، إذ تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية إذ تم اختيار الأمهات الموظفات والغير موظفات والجدول (١) يوضح ذلك.

2 May 2019

جدول (١): عينة البناء والقياس حسب المستشفيات

المعهد	الموظفات	الغير موظفات	المجموع
معهد رامي	٢٥	٢٥	٥٠
الكفيل	٢٥	٢٥	٥٠

أداة البحث:

لتحقيق أهداف البحث تم أعداد مقياس المعاناة النفسية والاجتماعية أذ تم الاعتماد على نظرية الدور وتم تطبيقه على أمهات أطفال التوحد وذلك لعدم توفر مقياس مناسب للبيئة العراقية وتم اختيار العينة مشخصة من قبل الأطباء.

خطوات بناء مقياس البحث:

١. تحديد المفهوم:

تم تحديد المفهوم المراد دراسته وهو المعاناة النفسية والاجتماعية حسب تعريف نظرية الدور المتبنية بأنه (وهي مجموعة العوامل البيئية التي تؤثر على سلوك المرأة بسبب المسؤولية والواجبات التي تتحملها وتسبب ضغط نفسي عليها) والمعاناة الاجتماعية (وهي مجموعة من العوامل التي تتكون بفعل الظروف البيئية المحيطة بالفرد سواء في تربية الاسرة أو ظروف العمل وتؤثر في سلوكه).

٢. صياغة الفقرات:

لغرض الحصول على فقرات المقياس التي تغطي المفهوم فقد تم صياغة عدد من الفقرات بالاعتماد على النظرية المتبنية وعدد من الادبيات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث ومن خلال السؤال الاستطلاعي الذي قدم لعينة البحث .

٣. صلاحية الفقرات:

تم عرض المقياسين على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس ولاتجتماع وتم الاعتماد على نسبة ٨٠% فاكتر و في ضوء هذا المؤشر تم تعديل بعض الفقرات ولم يتم استبعاد اي من الفقرات للمقياس. (ملحق ١) والجدول (٢) يوضح ذلك .

جدول (٢): نسبة اتفاق آراء المحكمين على فقرات مقياس المعاناة النفسية والاجتماعية

أرقام الفقرات	عدد الفقرات	الموافقون	غير الموافقون	النسبة المئوية	الدالة
١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧	١٥	١٠	٥	١٠٠ %	دالة
٧، ١٠، ١٨، ١٩، ٢٠	٥	٨	٢	٨٠ %	

التحليل الإحصائي لفقرات مقياس (المعاناة النفسية والاجتماعية)

استخراج القوة التمييزية للفقرات:

تم تطبيق المقياس على افراد عينة البحث وعددهم (١٠٠) امرأة أذ تم تصحيح الاستمارات واخذت نسبة ٢٧% لتمثل المجموعة العليا ونسبة ٢٧ % للمجموعة الدنيا وبلغت كل مجموعته (٢٧) فرداً ثم استخرجت المتوسطات

2 May 2019

والانحرافات المعيارية لفقرات المقياس واستخرجت القيمة التائية لمعرفة الفرق بين متوسطي افراد المجموعتين العليا والدنيا في كل فقره باستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين وقد ظهر ان جميع الفروق كانت داله عند مستوى (٠,٠٥) ودرجه حريه (٥٢) والقيمة الجدولية ١,٩٦ والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣): القوة التمييزية لفقرات مقياس المعاناة النفسية والاجتماعية

الدالة الإحصائية	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		ت
		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	
داله	٩,٠٨	٠,٥٦	٠,٢٧	٠,٨٣	١,٢١	١
داله	١٣,٤٧	٠,١٨	٠,٠٣	٠,٨٠	١,١١	٢
داله	١٠,٠٧	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨٩	٠,٨٧	٣
داله	٨,٥١	٠,٣٥	٠,٠٧	٠,٩١	٠,٩٢	٤
داله	١٠,٢٣	٠,٠٩	٠,٠٩	٠,٩٣	٠,٩٤	٥
داله	١١,٦٥	٠,٢٧	٠,٠٨	٠,٨٩	١,١٤	٦
داله	١٣,٤٦	٠,١٣	٠,٠١	٠,٨٩	١,٢١	٧
داله	١٢,٩٥	٠,١٣	٠,٠١	٠,٨٤	١,٠٩	٨
داله	٩,٧٣	٠,٥٢	٠,١٦	٠,٨٦	١,١٩	٩
داله	١٤,٧٥	٠,٢١	٠,٠٤	٠,٨٣	١,٢٥	١٠
داله	١٠,٥٤	٠,٢٣	٠,٠٣	٠,٨٨	٠,٩٧	١١
داله	٨,٨٢	٠,٣٤	٠,٠٩	٠,٩٠	٠,٩٤	١٢
داله	٨,٨٨	٠,٢١	٠,٠٤	٠,٨٧	٠,٨٥	١٣
داله	٦,٨٣	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨٠	٠,٥٢	١٤
داله	٦,١٦	٠,٣٣	٠,١٠	٠,٧٨	٠,٦١	١٥
داله	٧,٥٠	٠,١٩	٠,٠١	٠,٧٨	٠,٦١	١٦
داله	٥,٨٢	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٦٥	٠,٣٣	١٧
داله	٦,٩٨	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨١	٠,٥٤	١٨
داله	٧,٣٥	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٨١	٠,٥٧	١٩
داله	٧,٨٥	٠,٢٣	٠,٠٣	٠,٨٣	٠,٦٨	٢٠

علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس: (الاتساق الداخلي)

وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل فقره والدرجة الكلية للمقياس وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون وكانت جميع المعاملات داله احصائيا لمقياس الاضطراب العاطفي عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط والبالغة ٠,٠٨٨ عند مستوى دلالة ٠,٠٥ وبدرجة حرية (٩٨) وقد كانت جميع الفقرات داله والجدول (٤) يوضح ذلك:

2 May 2019

جدول (٤): معاملات الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية لمقياس

قيمة معامل الارتباط	ت	قيمة معامل الارتباط	ت	قيمة معامل الارتباط	ت	قيمة معامل الارتباط	ت
٠.٤٨٤	١٦	٠.٢٠٧	١١	٠.٤١٧	٦	٠.٣٤٥	1
٠.٣٩٣	١٧	٠.٣٢٨	١٢	٠.٣٩٨	٧	٠.٤٠٣	2
٠.٤٩٥	١٨	٠.٣٣٨	١٣	٠.٢٢٢	٨	٠.١٩١	3
٠.٣٢٢	١٩	٠.٢٩٧	١٤	٠.٢٧٢	٩	٠.٣٢٣	4
٠.٢٠٣	٢٠	٠.٤٢٢	١٥	٠.٣٠٣	١٠	٠.٣١٩	5

صدق وثبات المقياس

لقد تحقق صدق المقياس بنوعين من الصدق وهما:

١- الصدق الظاهري:

وذلك بعرض المقياس بصورته الاولى على المحكمين من التربية وعلم النفس والقياس واعتماد نسبة ٨٠%

٢- صدق البناء:

أذ تحقق هذا النوع من الصدق ببعض مؤشرات وهي (القوة التمييزية و علاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياسين).

ثبات أداة البحث: أذ تحقق ثبات المقياس من خلال:

الفكروريناخ : اذ تم سحب ٥٠ استمارة بصوره عشوائية وطبق معادلة الفاكوريناخ الذي بلغ ٠.٨١

تصحيح المقياس:

اذ اعتمد مدرج ثلاثي وقد اعطية الأوزان (١,٢,٣) لل فقرات التي تقيس نفس اتجاه المتغير، وبذلك فقد بلغت عدد فقرات مقياس المعانة النفسية والاجتماعية (٢٠) فقرة بمتوسط نظري (٤٠) درجة.

تطبيق الدراسة

بعد أن تم تحديد أهداف البحث والعينة المستهدفة تم أعداد مقياس المعانة النفسية والاجتماعية المكون من ٢٠

فقرة بالاعتماد على نظرية الدور، أذ طبق مقياس على عينة مكونه من (١٠٠) من أمهات أطفال التوحد وقد تم

اختيار ٥٠ موظفة و (٥٠) غير موظفة ، كل على حدة وكان التطبيق في لمراكز المتخصصة لمرض التوحد

الحكومية وغير الحكومية في بغداد.

الوسائل لإحصائية:

أذ تم استخدام عدة وسائل إحصائية لتحقيق أهداف البحث وكما يأتي:

١- الاختبار التائي لعينة ومجتمع للهدف الاول والثاني.

٢- اختبار التائي لعينتين مستقلتين لاستخراج القوة التمييزية في تحليل الفقرات ولتحقيق الهدف الثالث.

2 May 2019

المبحث الرابع

عرض النتائج ومناقشتها:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج البحث ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء أهداف البحث التي تتضمن:

أولاً: التعرف المعاناة النفسية لدى عينة أمهات أطفال التوحد

لغرض التعرف على المعاناة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد ، تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري للعينة على التوالي (٥٣) وانحراف (١١، ١٠) ومن ثم أستخدم الاختبار التائي لعينة ومجتمع عند مستوى ٠، ٠٥ وبدرجة حرية ٩٨ والقيمة الجدولية ٩٦، ١٠ والجدول (٥) يوضح ذلك

جدول (٥): نتيجة الاختبار التائي لعينة واحدة لدرجات العينة على مقياس المعاناة النفسية

نوع العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط النظري	القيمة التائية		الدالة
					المحسوبة	الجدولية	
أمهات أطفال التوحد	١٠٠	٥٣	١٠، ١١	٤٠	١٢، ٨٥٨	١، ٦٥	دالة

من خلال نتائج الجدول أعلاه أظهرت نتائج الدراسة بأن العينة يعانون من المعاناة النفسية ،وتتطبق نتيجة هذا الهدف مع تفسير النظرية المتبناة التي تؤكد بارتفاع مسؤوليات المرأة والدور الذي أنيط لها في الأسرة بالإضافة الى مسؤولية الطفل المريض ، الامر الذي يشكل عبئاً زائد على المرأة.

ثانياً: تعرف المعاناة الاجتماعية لأمهات أطفال التوحد

ولتحقيق هذا الهدف تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري ، أذ بلغ الوسط الحسابي (٥٥) والانحراف المعياري (١٢، ٨) وقد طبق الاختبار التائي لعينة ومجتمع عند مستوى (٠، ٠٥) عند درجة حرية (٩٨) والقيمة الجدولية (١، ٦٧) والجدول (٦) يوضح ذلك

جدول (٦): نتيجة الاختبار التائي لعينة واحدة لدرجات العينة على مقياس المعاناة الاجتماعية

نوع العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		الدالة
				المحسوبة	الجدولية	
أمهات أطفال التوحد	١٠٠	٥٥	١٢ و ٨	١٨، ٤٧٢	١، ٦٧	دالة

من خلال نتائج الجدول أعلاه أظهرت نتائج الدراسة بأن عينة أمهات الاطفال لديهم المعاناة الاجتماعية وذلك بسبب ما يترتب عليها من تساؤل عن حال أبنها ولماذا أصبح هكذا والشعور بالخجل والتوتر وعدم الارتياح والشعور بالذنب .

ثالثاً: تعرف الفروق ذات الدلالة الاحصائية لأمهات أطفال التوحد في المعاناة النفسية والاجتماعية للموظفات وغير الموظفين ولتحقيق هذا الهدف تم استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكلا الفئتين ، أذ بلغ الوسط الحسابي للأمهات الموظفات (٤٢) والانحراف المعياري (١٣، ٩٠) وبلغ الوسط الحسابي لغير الموظفات (٤٠) وانحراف معياري (١٤، ١١) وقد طبق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين عند مستوى (٠، ٠٥) عند درجة حرية (٩٨) والقيمة الجدولية (١، ٦٧) والجدول (٧) يوضح ذلك :

2 May 2019

جدول (٧): نتائج الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للأمهات الموظفات وغير الموظفات للمعانة النفسية والاجتماعية

نوع العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		الدلالة
				المحسوبة	الجدولية	
الموظفات	٥٠	٤٢	٩٠١٣	٢٠١٩٥	٢٠٠	دالة
غير الموظفات	٥٠	٤٠	١١٠١٤			

من خلال نتائج الجدول أعلاه تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين ولصالح المتوسط الأعلى (الموظفات) وتفسر هذه النتيجة حسب النظرية المتنبئة أن الموظفات يعانين من ضغط العمل ومسؤولية البيت وحالة أبنائها المتوحد الذي يولد لديها آثار نفسية واجتماعية ، الامر الذي يولد لديها التعب والإجهاد النفسي وتعدد الادوار .

الاستنتاجات:

١- تعاني أمهات أطفال التوحد من المعاناة الاجتماعية والنفسية بسبب ما تشعر به من ألم وأحراج وأن الأمهات الموظفات يعانين أكثر بسبب تعدد المسؤوليات المنزلية والوظيفية.

التوصيات:

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها ، يوصي الباحثان بما هو آت:

- ١- ضرورة الاهتمام بتنقيف الأسر في استيعاب الامر وينبغي التعامل معه.
- ٢- العمل على نشر كراريس للتوعية في المراكز الصحية لتنقيف الامهات على حالة التوحد.
- ٣- التزام الابوين من عدم فرض أية ضغوطات وخيارات مستقبلية على الطفل غير مقتنع بها.

المقترحات:

في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

- ١- إجراء دراسة عن مرض التوحد مع متغيرات أخرى (الآثار النفسية للابوين الطفل الوحيد مقارنة مع طفل توحد أخوة.
- ٢- إجراء دراسة مقارنة بين أطفال التوحد الذين يرتادون المعاهد وغير المرتادون المعاهد.

المصادر باللغة العربية:

١. أبو جادو، صالح (١٩٩٨): سيكولوجية التنشئة الاجتماعية ،دار المسيرة للنشر، الأردن.
٢. أبو حجلة ، نظام (١٩٩٨): أصول الطب النفسي ،جامعة اليرموك ،كلية الطب ، الأردن.
٣. أبو غزال ،معاوية محمود (٢٠٠٦): نظريات التطور الإنساني وتطبيقاتها التربوية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان الاردن.
٤. بدوي، احمد زكي (١٩٧٨): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت.
٥. الجلي ،سوسن شاكر (٢٠٠٥): التوحد الطفولي ،مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع ،دمشق ،سوريا.
٦. دافيدوف ، ليندال (١٩٨٨) : مدخل علم النفس ، ترجمة سيد طوب ، الدار الوطنية للطباعة ، القاهرة.
٧. داود ،عزيز حنا وعبد الرحمن ، أنور (١٩٩٠) : مناهج البحث التربوي ، جامعة بغداد.
٨. الدباغ ،فخري (١٩٧٧) :أصول الطب النفسي ،كلية الطب ،جامعة الموصل.

2 May 2019

٩. دسوقي ، كمال (١٩٦٩) : دينامية الجماعة في الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي ، مصر .
١٠. الريماوي ، محمد عودة (٢٠٠٣) : علم نفس النمو : الطفولة والمراهقة ، دار المسرة ، الأردن .
١١. الربيعي ، مكي عبد المجيد (١٩٩٦) : أثر العوامل الاجتماعية في أعاقلة الوعي الصحي في الريف ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، بغداد .
١٢. الراوي ، فضيلة توفيق و حماد ، امال صالح (١٩٩٩) : التوحد الاعاقلة الغامضة ، مؤسسة علي بن علي للطباعة والنشر ، الدوحة ، قطر .
١٣. -الزريقات ، محمد (٢٠٠٤) : علم نفس الخواص ، الاردن
١٤. سليمان ، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٢) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، مجلة الطفولة و التنمية ، الكويت .
١٥. صالح ، أحمد زكي (١٩٨٨) : علم النفس التربوي ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
١٦. عبد الرحيم ، فتحي السيد (١٩٩٠) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين والتربية الخاصة ، ج ط٤ ، دار القلم - الكويت .
١٧. العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٩٩) : اضطرابات الطفولة والمراهقة وعلاجها ، دار الراتب الجامعية ، ط١ ، بيروت .
١٨. عيسى ، مجيد (١٩٨٠) : علم النفس الايجابي ، دار عدنان للطباعة والنشر ، العراق .
١٩. فتاح ، محمد (٢٠٠٠) : موسوعة الامراض النفسية ، دار الحكمة للطباعة والنشر ، العراق .
٢٠. فتحي ، محمود (٢٠٠١) علم النفس الايجابي ، دار الكويت للطباعة ، الكويت .
٢١. لندي ، هوا (١٩٧٠) نظريات الشخصية ، ترجمة فرج أحمد وآخرون ، مراجعة لويس كامل مليكة ، دار الفكر العربي للطباعة ، القاهرة .
٢٢. محمد ، مرسي وادريس (٢٠٠١) : الصحة النفسية في ضوء علم النفس ، دار القلم للطباعة الكويت .
٢٣. الهويدي ، أحمد (٢٠٠١) : دراسات في علم النفس ، الكويت .
٢٤. منظمة الصحة العالمية التصنيف الرابع (١٩٩١) : مكتبة الصحة العالمية .
٢٥. يعقوب ، وادي (١٩٨٨) : مشاكل العصر ، دار المسرة للنشر والطباعة ، الأردن .

2019 \ 5 \ 2

المصادر باللغة الإنكليزية:

26. Bergeret ,j, (1984);toxicomannies,masson .paris, Journal of social
27. Personality, (45).
28. Banmeister, Roy. (1985). Tow Kinds of Identity Crisis, Journal of Personality, (53).
29. Ellis,D& Thomas, H. (1970). Identity Crisis A Brief perspective, in Ellis, Adolescents reading in behavior and development, Hinsdale (3), U.S.A the Dryden press Inc
30. Rice ,f.p(1992);Human development ;A life span Aproch New York .Macmillan Mifflin.
31. Santroch ,J.(2003);Psychology .7th eds McGraw Hill,Boston .
32. Wing ,M (1999) ;social Psychology ,new York ,vol 11
33. Colmman ,u(1985);Abnormal psychology ,new York ,vol 23.

مقياس الضغوطات النفسية بصورته النهائية

ت	الفقرات	موافق	متردد	غير موافق
١	أشعر بأني غير قادر على تقرير ما أريد أن أفعل في الحياة.			
٢	تراودني أفكار مشوشة أثناء ممارستي الطقوس الدينية.			
٣	أشعر بالارتباك والقلق.			
٤	يصعب علي تحديد أهدافي المهنية .			
٥	أشعر بالتقلب وعدم الاستقرار في رأي .			
٦	أشعر بالتوتر			
٧	لدي مخاوف مستقبلية على ابني			
٨	أتأمل العديد من الأدوار التي أفكر في ممارستها وأمتنع من تبني أية منها.			
٩	أعاني من صعوبة تكوين علاقات مع الآخرين.			
١٠	اشكو من الافكار اللاعقلانية ترادو فكري.			
١١	أستمتع بقلّة الالتزام بالأنظمة والقوانين في المجتمع.			
١٢	أشعر بأني أتصرف كالطفل.			
١٣	أشعر بالصدمة.			
١٤	أشعر بعدم الاستقرار .			
١٥	أشعر بارتباك وتشوش في أفكاري.			
١٦	أعاني من غموض في نظرتي للمستقبل.			
١٧	أشعر بأني غريب عن نفسي ولا أعرف ما أريد .			
١٨	أجد صعوبة في الاستمتاع بالحياة .			
١٩	أحاول التأمل في عدة خيارات مستقبلية وتذهب طي النسيان			
٢٠	أشعر بالكابة.			

2 May 2019

مقياس الضغوطات الاجتماعية بصورته النهائية

ت	الفقرات	موافق	متردد	غير موافق
١	أشعر الخجل من الآخرين			
٢	أشعر بالاحراج من الآخرين			
٣	أشعر بالتوتر في علاقاتي مع الآخرين			
٤	أشعر بالانزعاج المستمر			
٥	أشعر بالوحدة			
٦	أشعر بالاعترا ب عن اهلي			
٧	أشعر أنني بعيداً عن الآخرين			
٨	أشعر بالمستقبل المجهول			
٩	أشعر بالتعب والاجهاد اليومي			
١٠	أشعر بالاعترا ب الاجتماعي			
١١	أشعر بأنني معاقب من قبل الله			
١٢	أشعر بالوحدة			
١٣	أشعر بالشققة من قبل الآخرين			
١٤	أشعر بأن الناس تسخر مني			
١٥	أميل الى الابتعاد عن الواجبات الاجتماعية			
١٦	أجد صعوبة في التركيز			
١٧	أشعر بتعكر المزاج			
١٨	أشعر بفراغ عاطفي كبير			
١٩	أتجنب الحديث عن ابني المتوحد			
٢٠	أشعر بالاحراج عندما يسأل الناس عن أبني			

2 May 2019

NO.	11
Title	Autism and Parasitic infection correlation: 1- Epidemiology surveys of Autism among children / Baghdad/ Iraq during (January – March 2019).
Author(s)	Assist. Prof. Dr. Amal Hassen Atiyah Middle Technical University Baghdad /Iraq Technical Medical Institute of Baghdad E-mail: Dr_Amal_H_Atiyah@imt.edu.iq

Abstract:

The objective of the new current study in Iraq is to determine whether parasitic infection is autism stimulation or associated with scale down the risk of autism. Although the short periods of study from January to March 2019; we were surprising findings, that out of 542 of children patients with different neurological and psychological disorders, who attending autism clinic of specialized teaching hospital in Baghdad governorate, 142 (26.19%) of them have autism. A negative impact of socioeconomic status and health education, as well as closely associated with an unusually geographically distribution. Noway to detect the actually causes of high development autism in current study. On the hand, why rapidly growing of this disorder in Iraq? Despite of most cases under one umbrella, there are various etiological predisposing factors. However, autism takes priority amongst parents and relative family who their children suffer from this disorder. There is a good mentioning worth that attention to early treat their autistic children in government hospitals or private clinics. Our result finds strong variation in study outcomes relationships to residency. Now it is more common in urban than rural area of Baghdad governorate (54.23% and 38.732%) respectively. Number of autistic children record together with other psychological disorders. Rate of infection here decrease during January (28.87%); then increased during February (45.07%), to decline again at March (26.06%). The highest number of infection was seen in age group 4-6 years (34.715%), 1-3 years (29.67%) and 7-9 years (26.724%). Regarding a sex, autistic male have higher 122(86%) than are seen among autistic female 20(14%). Most of autistic children, we notice shows mind and emotion problems that are abnormal impact in adaptive behavior. An initial data show 64 (45.07%) having gastrointestinal disorder; diarrhea and belly pain. As well as (0.70%) having intestinal worms infection. Based on these current data on the incidence of disorder, we thought it is continual disorder to increase may be due to available factors that predisposing to development autism. The urgent need for further studies through heavy long period on understanding factors impacting autism and afford efficiently Judgment between the two; parasite and relation- ship with autism. Underway more details relative of current project consider at the second stage of this study.

2 May 2019

Key words: parasite, autism, autistic children, Baghdad, Iraq.

Introduction:

Autism is a complex disorder caused by an unknown combination of genetics and outside environmental factors [1]. Autism has a very wide spectrum as pervasive developmental disorders in hearing, speech, difficulties emotional communication with words or sentences, also filled out the social responsiveness scale and adaptive behavior scales, hyperactivity and irritability, that interfered with their daily lives [2], restricted and repetitive behavior, anxiety and depression [3].

Autism and ASD were rare disorders 50 years ago. The latest statistics show one out of 50 children are diagnosed with ASD in the USA [4]. Other study finds more than 2 million people in Sweden, the link between maternal infection and autism and 61,642 people without the disorder were born to women who were hospitalized with an infection while pregnant [5].

Autistic people may have daily living, skills that are far worse than their intelligence quotient. They may be a high intelligence quotient but be unable to hold down a job because they cannot navigate public transportation [3]. George Washington University is investing more than 5 million \$ to work toward answering some of the complex questions surrounding what causes autism and how to treat it [6]. The French system for diagnosis and treating autism has improved over the past 20 years [2].

Some children with autism are infected with a great figure of gastrointestinal tract worms termed helminthes, William Parker [7]. Also the last research was mentioned that uncontrolled exposure to intestinal worms in developing countries often accompanied by malnutrition and dehydration is associated with development delays. New environmental factors bring new health threats. There might be 10,000 new environmental toxins and stressors including genetically modified food and electromagnetic disturbances poisoning our planet for the last several generations. We are witnessing new and mysterious toxins and infectious agent rapidly spreading around the world and ready to strike this new and vulnerable trans-generation of children [4]. The common factors of consideration within autism, such as; altered gut ecology, increased intestinal permeability and, food sensitive [8].

Tackle autism disorders with parasite worms come from Stewart Johnson, the father of an autistic boy, links between autism and immunity. The infancy all the way to adulthood-and aging adults with autism [6]

The objective of the new current study in Iraq is to determine whether parasitic infection is autism stimulation or associated with scale down the risk of autism.

Materials and Methods of current survey:

The survey plan were data collected to investigate the autism amongst 542 children patients (422 male and 120 female) at age of less than one year up to 16years; were divided into seven age groups as follow:

2 May 2019

Age group/ year

G1: less than 1 year

G2: 1-3

G3: 4-6

G4: 7-9

G5: 10-12

G6: 13-15

G7: up to 16 years.

Recognition the autism prevalence amongst children patients who attending autistic clinic of specialized teaching hospital in Baghdad governorate, with their parents or relatives family during the first three months (January till March 2019), from both ruralization and urbanization cities area of Capital and other Iraqi governorates. Final diagnosis of autism and other neurological and psychological disorders were depended upon consult physician. Accompanied follow- up the conditions and observe the clinical features of autism. Investigation and collection all other information gains from the patient's. General stool examinations by microscopy were occurring via routine laboratory tests for identification and isolation parasitic stages of intestinal worms. In addition the two forms of protozoa (trophozoites, and cyst) according [9].

Results:

Although the short periods of study from January to March 2019; the results shows surprising findings 142 (26.19%) children with autism out of 542 of them with different neurological and psychological disorders table (1), with a negative impact of socioeconomic status and health education, and closely associated with an unusually geographically distribution. Noway to detect the actually causes of high development autism in current study. On the hand, why rapidly growing of this disorder in Iraq? However, autism takes priority amongst parents and relative family who their children suffer from this disorder. There is a good mentioning worth that attention to early treat their autistic children in government hospitals or private clinics. Our analysis finds strong variation in study outcomes relationships to residency. Now it is more common in urban than rural area of Baghdad governorate (54.23% and 38.732%) respectively, and (7.04%) from some other Iraqi governorates (table 2: a, b, c).

Results report that the symptoms of autism appeared on the children patients, as varied tags between light to severe stage. Anyway, most of autistic children have mind and emotion problems that are abnormal impact in adaptive behavior, verbal problems, biting, aggressive, unintelligible words, agitation, sleep lack of sleep. Number of autistic children record either alone or combined with other psychological disorders; such as; hyperactivity, epilepsy and turbulent behavior (table 3).

Table (4) Note that incidence amongst children patients with whom autism are lower during January (28.87%); then higher during February (45.07%), to decline again at March (26.06%). There is a good mentioning worth that attention parents to early treat their autistic children in government hospitals or private clinics. The highest

2 May 2019

number of autism was seen in age group 4-6 years (34.715%), 1-3 years (29.67%) and 7-9 years (26.724%) table (5).

A sex, findings of present study shows that the rate of autism in male was 122 of 142 (86%) while in female the rate in percentage of 22(14%) table (6).

In this study, many children suffering from gastrointestinal disorders, at least 64 (45.07%) having diarrhea due to various attributive factors, either due to intestinal protozoa 43(67.18%), nutritional reasons 11(17.19%) or due to other reasons 8(12.5%). Results show that the positive detection of children of intestinal protozoa; as from highest to lowest prevalence rate for *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* and *Blastocyst* spp. 21(32.80%), 19(29.69%) and 3(4.69%) respectively table (7). However current study record (0.70%) of autistic children suffering from worms. In this study notices at least there are three (2.11%) cases that autism frequently seen amongst brother of the same family.

Table -1- The prevalence rate of autism disorder among attending children at specific teaching hospital during (January- March2019) in the present study.

No. of examined children with neurological and psychological disorders	No. of autism children out of total number with neurological and psychological disorders (%)
542	142(26.20)

Table -2- Prevalence rate of autism disorder among children in the present study accordance to residency (1- Baghdad governorate /a- cities, b- rural and agricultural districts. 2- other Iraqi governorates)

1-Baghdad governorate	No. of autistic children (%)
a- cities (urban)	77 (54.23)
b- rural and agricultural districts	55 (38.73)
c- Some other Iraqi governorates:	10 (7.04):
Babil	2
Wasite	2
Al-qadysia	1
Al-Muthana	1
Dialya	3
Karbala	1
Total	142

2 May 2019

Table -3- Number of autistic children shows either alone disorder autism or combined with other psychological disorders in the present study.

Total	No. of children have alone autism (%)	No. of children have autism combined with other psychological disorders (%)	
		types of disorder	No. (%)
142	114(80.28)	hyperactivity	17(60.7)
		epilepsy	3(10.7)
		turbulent behavior	8(28.6)
		28 (19.72)	28 (100)

Table -4- Incidence rate of autism disorder among children during (January-March 2019).

Month	No. (%)
January	41 (28.87)
February	64 (45.07)
March	37 (26.06)
Total	142 (100)

Table -5- Incidence rate of autism disorder among children accordance to age group during of the period of present study.

Age group	No. of children with neurological and psychological disorders (%)	No. of autistic children out of number of children with neurological and psychological disorders (%)
G1	16 (2.95)	0(0)
G2	91(16.79)	27(29.677)
G3	193(35.61)	67(34.72)
G4	116 (21.40)	31(26.72)
G5	75 (13.84)	11(14.66)
G6	43 (7.93)	6(13.95)
G7	8 (1.48)	0(0)
Total	542 (100)	142(26.19)

Table -6- Incidence rate of autism disorder among children accordance to sex during the period of present study.

sex	No. of children with neurological and psychological disorders (%)	No. of autistic children out of number of children with neurological and psychological disorders (%)
Male	422 (77.86)	122 (86.00)
Female	120 (22.14)	20 (14.00)
Total	542	142 (26.20)

2 May 2019

Table -7- diarrheal cases according to reasons.

No. of autism children	Total No. of diarrhea cases (%)	Positive intestinal protozoa* (%)			diarrhea due to nutritional reasons (%)	diarrhea due to other reasons (%)
142	64	43 (67.18)			11	8
	(45.07)	<i>Entamoeba histolytica</i> (%)	<i>Giardia lamblia</i> (%)	<i>Blacstocyst hominis</i> (%)	(17.19)	(12.5)
		21 (32.80)	19(29.69)	3(4.69)		

* Microscopic detection.

Discussion:

Between the first three months "January- March 2019", (26 .19%) of autistic children were attending at one specialized teaching hospital at Baghdad governorate. The findings of this study shows that autism uncontrolled in Iraq, as there are high number of cases every year that record in both governorate hospitals and private clinic. The reasons for the ongoing are under unknown combination of various etiological factors such as genetic, adaptive behavior and environment conditions [3&6]. No relationship with 'socioeconomic status' and health learning layers, with any family history [10]. The majority (54.23%) amongst urban, these findings was supported with [11] who reported (91.2%) urbanization sick person. The high number of infection seen in age group 3-6 years (34.715%) may be a risky age group for autism disorder infection. The second high age group affected was 1-3 years (29.67%) and the age group 7-9 years (26.724%). These findings supported with varies studies [11- 13]. Other studies tracked autistic people from age 5-14 years, 5-20 years and 6-31 years [2, 3 and 14]. The principle pathological features of this disorder should be visibility prior the child's age to thirteen months [15]. The largest ratio (86%) was male. Boys are diagnosed with autism spectrum disorder more recurrence than girls at rates of 3 or 4 to 1 (16) [13] reported that girls with autism suffer from highest deficits than boys, with emotional and communication problems, as related with biological differences for each sex, as well as the girls on the milder autism tend to be diagnosed at tardy age than boys. Other study showed no significant association between the both age and gender [10].

Essentially, gastrointestinal problems; diarrhea and belly pain, are the majority of digestive tract disorder notice amongst autistic children at least 64. The incidence rate with intestinal amoebiasis, giardiasis and Blastocystis *hominis* began higher (32.80%) and (29.69%) for the first two diseases respectively, then decline (4.69%) for third one. This disturbance is related to the parasite induced diarrhea in children which if no treated, then turn into recurrent and persistent. Transmission is usually caused by

2 May 2019

hands, food, or contaminated water. In addition to a new estimate, exposure to feces may occur during sexual intercourse after taking the correct phase [17 and 18], probable to affect the growth the immune system as well as healthy nervous system in young boy, too to metabolism system of the micro-organism are dispute to be share with the changes in behaviorism [19]. Moreover these cases shows identification and isolation intestinal parasites; Together [20] reported during their study that some children patients with autism having large number of gastrointestinal protozoa and parasite infection and their parents indicated that removal of these infection can rather alleviate the symptoms of autism in certain infections. However [20] demonstrate the fact that the parasites are releasing toxic materials which deteriorate the body's tissues, which they perhaps contribute to neurology disorder as autism and seizures and even cancer. Accordance to [7] study, who refer that parasite infection were vision in autistic children patients are often next exposure to chlorine dioxide.

No way to detect the actually and accurately causes of high development autism in current study, [21] as well as, why rapidly growing of this disorder in Iraq?

So, based on these current data on the incidence of autism, as conclusion we thought autism is continual abduction children from their families, with increase the incidence every year that is exegesis the available factors predisposing the development of these disorder, as well as weakness to the diagnostic measures. So urgent need for deeply study through heavy long period for more understanding and efficiently Judgment the relation – ship between parasite and autism.

References:

1. Nicholette Z.2014. Large study links maternal infection to autism risk
2. Knvul Sheikh. 2019. in autistic children, low intelligence forecasts. <https://www.spectrumnew.org/news/autistic-children-low-intelligence-forecasts/>
3. Jessica W.Social problems in autism may impair practical life skills. 2019. <https://www.spectrumnew.org/news/social-problems-autism-may-impair-practical-life-skills/>
4. SimonYu. Autism and autism spectrum disorder (ASD): A medical hypothesis for parasites influencing Autism.
5. Lee BK, Magnusson C, Gardner RM, Blomström Å, Newschaffer CJ, Burstyn I, Karlsson H, Dalman C 2015. Maternal hospitalization with infection during pregnancy and risk of autism spectrum disorders. Brain Behav Immun. 44:100-5.
6. GW to Open Groundbreaking Autism Research Institute in Ashburn. <https://loudounnow.com/2017/05/25/gw-to-open-groundbreaking-autism-research-institute-in-ashburn>.
7. William Parker. 2015. .Understanding Autism » Helminths: ASD Cause or Potential Treatment. *Autism Research Review International*. 29(2).
8. The Monsanto - Autism - Parasite Connection. 2015. <https://www.wakingtimes.com> › Awakening, Evolution.

2 May 2019

9. Paniker C.K.J. 2002. Textbook of Medical parasitology. 5^{ed} New delhi, India.
10. Zainab M. Alawad , Suhair M. Al-Jobouri , Ali Yakub Majid. 2019. Lead among children with autism in Iraq. Is it a potential factor? Journal of Clinical & Analytical Medicine J Clin Anal Med 10 (2): 215-9.
11. Ali D. Abbas. 2013. Assessment of Sleep Disorder among Autistic Children. Journal of Kufa for Nursing Science Vol. (3) No.(3).
12. [Kawther SD., and Ali KK. 2015.](#) Assessment of Behavioral disorders of children with Autism. [kufa Journal for Nursing science](#). 5 (1): 184-191. _
13. <http://www.webmd.com/brain/autism/news/20150513/girls-with-autism-fare-worse-than-boys-study-finds#1>.
14. Laura Geggel. 2017. Can a drug that fights parasites also help with autism? <https://www.livescience.com/59314-Suramin-drug-may-treat-autism-symptoms.html>.
15. American Academy of Pediatrics and the Society of Developmental and Behavioral Pediatrics. Early Warning Signs of Autism Spectrum Disorder. https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/autism/curriculum/documents/Early-Warning-Signs-Autism_508.pdf
16. Halladay AK, Bishop S, Constantino JN, Daniels AM, Koenig K, Palmer K, Messinger D, Pelphrey K, Sanders SJ, Singer AT, Taylor JL, Szatmari P (2015) Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. Mol Autism.
17. Amal H. A., and Haider Qasim H. 2016. The Most detective protozoal infections in correlation with radiological findings in Wasit governorate hospitals during 2015. Medical journal Babylon. 13(4):862-873.
18. Hung CC, Chang SY, Ji DD. *Entamoeba histolytica* infection in men who have sex with men. Lancet Infect Dis 2012; 12:729–36.
19. [Jolanta Wasilewska](#) and [Mark Klukowski](#). 2015. Gastrointestinal symptoms and autism spectrum disorder: links and risks – a possible new overlap syndrome. [Pediatric Health Med Ther](#). 6: 153–166.
20. www.molsa.gov.iq/index.php?name=News&file=article&sid.2018.

لا تزال السيطرة على مرض التوحد ضعيفة والمرض يتكرر كل سنة بازدياد عالي ويخطف الاطفال من ذويهم مع ضعف الى القدرات التشخيصية للمرض.

2 May 2019

NO.	12
Title	معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد في بغداد.
Author(s)	أ.م.د. براء محمد حسن ، م.د. مؤيد عبد راضي وزارة التعليم العالي والبحث العلمي - مركز البحوث النفسية

ملخص البحث:

أن الاضطرابات النمائية العصبية ومنها اضطراب التوحد من الاهتمامات التي حظيت بالكثير من اهتمام المختصين والباحثين، وإن تأثير هذه الاضطرابات لا يقتصر على جانب واحد فقط من جوانب شخصية الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، بل يتعدى ذلك ليشمل عدة جوانب مثل الجانب المعرفي المتمثل باللغة والانتباه والجانب الانفعالي المتمثل بصعوبة التعبير عن ما يدور بداخل الطفل والجانب الاجتماعي المتمثل بضعف التفاعل والتواصل مع الآخرين، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمحيطين بهم، ومما يزيد خطورة هذا الاضطراب زيادة معدلات انتشاره. لذلك أصبحت أغلب دول العالم المتقدم تتسابق مؤسساتها في العمل على إيجاد البرامج والخدمات التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة عموماً والاضطرابات النمائية العصبية ومنها اضطراب التوحد، كما إنها اهتمت منذ عدة سنوات الى تبني جملة من معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة بما فيها ميدان الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتدرج هذه المعايير ضمن عدد من المجالات الأساسية، وهي (الرؤية والفكر والرسالة، الإدارة والعاملون، البيئة التعليمية، التقييم، الخدمات والبرامج، مشاركة ودعم وتمكين الأسرة، الدمج والخدمات الانتقالية، التقويم الذاتي).

استهدف الباحثان في بحثهما:-

التعرف على التزام مراكز التوحد بمعايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد- كذلك التعرف على المعايير الأكثر تأثيراً في الخدمات المقدمة لأطفال التوحد المراكز الحكومية والأهلية- وكذلك التعرف على الفروق في معايير الاعتماد الخاصة بالبرامج والخدمات لرعاية أطفال التوحد من قبل المراكز الحكومية والأهلية.

تم في هذا البحث تبني تعريف اضطراب طيف التوحد الصادر من الجمعية النفسية الأمريكية ٢٠١٣: (هو أحد الاضطرابات النمائية العصبية يلاحظ على الطفل عادة منذ الطفولة المبكرة يؤثر على نموه وتطوره، ويتصف بتطور غير طبيعي أو قاصر يظهر قبل سن الثالثة من العمر على شكل خلل وظيفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل وسلوكيات نمطية متكررة). وتكونت أداة البحث من (٥٠) فقرة موزعة على ثمانية معايير، وتم تطبيق أداة البحث على المراكز الأهلية والحكومية لرعاية أطفال التوحد في بغداد، بواقع (١٢ مركز أهلي)، (٦ معهد حكومي)، وبعد استعمال الوسائل الإحصائية اللازمة أظهرت النتائج، ضعف الالتزام بالمعايير بصورة عامة، ضعف تأثير معايير الاعتمادية في عمل مراكز التوحد، كما أظهرت النتائج دلالة إحصائية لصالح المراكز الأهلية.

Abstract :

The disorders of neurological development, including autism disorder of the interests that have received a lot of interest of specialists and researchers, and the impact of these disorders is not limited to only one aspect of the personality of the

2 May 2019

child with special needs, but to include several aspects such as the cognitive side of language and attention and the emotional side. The difficulty of expressing what is happening within the child and the social side of the weak interaction and communication with others, does not stop this impact at this point, but extends to include the families of these children and their surroundings, and increase the risk of this disorder increase its prevalence.

For many years now, most of the developed countries have been racing to find programs and services for persons with disabilities in general and neurological disorders such as autism. For several years, they have also adopted a number of standards of professional practice in the field of special education, including the field of children with disabilities. Mental, and children with autism disorder, these Standards fall within a number of key areas, namely(Vision, thought and mission, Management and employees, Educational environment, Evaluation, Services and programs, Participation, support and empowerment of the family, Integration and transition services, Self-assessment)

The current research was aimed at the following:

1. Identify of Obligation of Autism Centers for Efficiency Standards.
2. Identify of Autism Centers for Efficiency Standards that more effect.
3. Measurement of the differences in Efficiency Standards of Autism Centers.

The definition of Autism Spectrum Disorder from the American Psychological Association was adopted in 2013:

(A neurodevelopmental disorder observed on a child usually since early childhood affects its growth and development, characterized by an abnormal development or a minor appears before the age of three years in the form of dysfunction in social interaction and communication and behavior typical repetitive).

To achieve this aims of the research, the researchers set up the instrument that consistent (50) items concerted to Eight standards. , and the researchers applying this instrument on the (12) private center and (6) governmental center in Baghdad. Then after data processing statistically, the researcher reached the following results. There is no Obligation of Autism Centers for Efficiency Standards, Autism Centers for Efficiency Standards are Poor, The differences in Efficiency Standards of Autism Centers for Private Centers.

الفصل الأول

أهمية البحث والحاجة إليه:

أن الاضطرابات النمائية العصبية ومنها اضطراب التوحد من الاهتمامات التي حظيت بالكثير من اهتمام المختصين والباحثين، وإن تأثير هذه الاضطرابات لا يقتصر على جانب واحد فقط من جوانب شخصية الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، بل يتعدى ذلك ليشمل عدة جوانب مثل الجانب المعرفي المتمثل باللغة والانتباه والجانب الانفعالي المتمثل بصعوبة التعبير عن ما يدور بداخل الطفل والجانب الاجتماعي المتمثل بضعف التفاعل والتواصل مع الآخرين، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمحيطين بهم، ومما يزيد خطورة هذا الاضطراب زيادة معدلات انتشاره (الخطيب، 2011 ، ص2).

ومن المسلم به أنه لا يوجد نمط محدد في الاضطرابات النمائية العصبية ومنها اضطراب التوحد، أي أن الأمر لا يقف عند حدود نمط واحد معين يمكن حصر سمات هذه الاضطرابات فيه، بل يتعداه إلى ما هو أكثر من

2 May 2019

ذلك، مما نتج عنه تعدد الأنواع، والتي تحتاج إلى أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج وخدمات وخطط ورؤى متنوعة تختلف من نوع الى آخر من هذه الاضطرابات وبالأخص اضطراب التوحد، مما جعل عملية إيجاد معايير خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية وخصوصاً اضطراب التوحد أحد أهم الأولويات لدى المختصين والتربويين.

وتستهدف تلك الإجراءات في وضع معايير الاعتماد الخاصة للبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد بين المراكز الأهلية والحكومية لرعاية أطفال التوحد إلى تأمين حصول جميع أطفال التوحد بلا استثناء على التدريب المناسب وتقديم الخدمات الضرورية لهم، مما يترتب على ذلك تضافر كل الجهود لمقومي الرعاية في المجالات التربوية والاجتماعية والصحية والمعرفية المختلفة للعمل وفق خطط عمل مهنية وموضوعية، والتي تتطلع الى بلوغ وتحقيق الأهداف المرجوة في رفع مستوى طفل التوحد معرفياً واجتماعياً وعلى كافة جوانب الحياة اليومية، وتزداد أهمية هذا الموضوع عندما يتعلق الأمر بأطفال التوحد بتزايد الحاجة إلى خدمات وبرامج ذات مواصفات ومعايير اعتماد لا تقل عن البرامج المقدمة لأقرانهم من الأطفال الأسوياء، مما يستوجب للأهمية والضرورة تلبية الاحتياجات والخدمات التي تفرضها طبيعة الصعوبات والمشكلات التي يواجهها أطفال التوحد وأسره، والتي تتطلب عناية خاصة ومساندة نفسية واجتماعية وخطط تربوية وبرامج تدريبية ذات مواصفات واعتمادية أو جودة عالية تؤدي إلى محصلات تتمثل بمساعدة أطفال التوحد في رفع تقدير الذات وتحقيق مستوى عالي من المهارات والكفايات والقدرات الخاصة، لكي يتم الحصول على زيادة في فرص دمجهم في المجتمع(السريع، 2014، ص18).

وتكمن أهمية البحث الحالي في تقديمه نموذج معايير الاعتمادية لعمل مراكز التوحد عن طريق التقييم الموضوعي الشامل للبرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد في المراكز الحكومية والأهلية في بغداد وفق المعايير الدولية، وفي ظل قلة الدراسات المحلية في حدود علم الباحثان جاءت الحاجة الى مثل هذه الدراسات، والتي يمكن أن تساعد على رسم السياسات العامة المتعلقة بمجال تقديم الخدمات وتطوير وتنفيذ البرامج والخدمات بكفاءة وفاعلية لخدمة أطفال التوحد.

أهداف البحث:

الهدف الاول: التعرف على التزام مراكز التوحد بمعايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد.

الهدف الثاني: التعرف على المعايير الأكثر تأثيراً في الخدمات المقدمة لأطفال التوحد المراكز الحكومية والاهلية.

الهدف الثالث: التعرف على الفروق في معايير الاعتماد الخاصة بالبرامج والخدمات لرعاية اطفال التوحد من قبل المراكز الحكومية والاهلية

حدود البحث:

يتحدد البحث بمراكز التوحد الأهلية والمعاهد الحكومية في مدينة بغداد للعام الدراسي ٢٠١٧-٢٠١٨.

تحديد المصطلحات:

أولاً- معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد:

2 May 2019

هي تلك المواصفات والخصائص والشروط التي ينبغي توافرها في مراكز التوحد للبرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ثانياً- تعريف اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder

تعريف الجمعية النفسية الأمريكية A.P.A 2013

هو أحد الاضطرابات النمائية العصبية يلاحظ على الطفل عادة منذ الطفولة المبكرة يؤثر على نموه وتطوره، ويتصف بتطور غير طبيعي أو قاصر يظهر قبل سن الثالثة من العمر على شكل خلل وظيفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل وسلوكيات نمطية متكررة (A.P.A, 2013, p. 50).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة:

مقدمة:

يُعرف الفرد المصاب باضطراب التوحد في موسوعة علم النفس بمصطلح Autistic الذي يعني المتوحد أو الاجتراري أو الذاتوي، فيما يُشير مصطلح Autism الى التوحد أو الانغلاق على الذات. ويعد مودزلي Maudsly أول من أشار الى التوحد أو الذاتوية وذلك في عام 1867 وهو طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تُسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وكان يعدها اضطرابات عقلية، ولكن ليو كانر Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي المختص بالطب النفسي للأطفال ومؤلف كتاب (طب نفس الأطفال) عام 1943، والذي يعد أول عالم أشار الى اضطراب التوحد وعده أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة (Turkington & Anan, 2007, p. ١٠٣).

أن التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية- وهي من أكثر الاضطرابات شدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها، وذلك لأن تأثيرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته، وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفة منها: الجانب المعرفي والجانب اللغوي والانفعالي والجانب الاجتماعي، مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها. وعموماً أن التوحد يتنوع في شدته من الخفيف الى الشديد، ويمكن أن تختلف أعراضه من طفل لآخر، ولهذا السبب يمكن أن يكون التشخيص صعباً، إذ لا يوجد أي اختبار نوعي لتشخيص التوحد، ولتشخيص التوحد يمكن أن يقوم فريق من الاختصاصيين بإجراء مجموعة من اختبارات النمو والتطور على الطفل بما فيها اختبارات اللغة والكلام والسلوك، ويمكن أيضاً استعمال فحص سريري كامل إضافة الى اختبارات الدم وتخطيط الدماغ وغيرها. ومما ينبغي الإشارة إليه أنه في حالات كثيرة لا يتم تشخيص التوحد حتى يبلغ الطفل السنة الثالثة من العمر، فمن المهم أن يتم التشخيص في وقت مبكر لأن الطفل يستجيب استجابة أفضل للعلاج المبكر. وتم النظر الى التوحد منذ عام 1990 على أنه اضطراب منفصل فيه غموض وتشعب واسع، لذلك يتطلب تشخيصه تقييم حالة الطفل من قبل فريق متعدد الاختصاصات يضم أخصائي نفسي وطبيب نفسي وأخصائي لغة وأخصائي تربوي أو اجتماعي (Smith, 2009, pp.1-2).

وأشهر تشخيص للتوحد هو تشخيص الجمعية النفسية الأمريكية للاضطرابات النفسية والعقلية (النسخة الرابعة- والنسخة الخامسة)، وتضمن:

البند الأول: تشخيص اضطراب التوحد يتطلب توفر ستة من الصفات الأساسية من الفئات (١، ٢، ٣) ولكن

على شرط توفر صفتان من الفئة (١) وصفة واحدة على الأقل من كلا الفئتين (٢، ٣)، وكالاتي:

2 May 2019

الفئة (١): إعاقات واضحة في التفاعلات الاجتماعية، وكما يعبر عنها على الأقل في اثنين مما يأتي:

- أ- إعاقة واضحة في استعمال السلوك غير اللفظي كالإيماءات والإشارات والرموز وصعوبة توظيفها في المواقف المناسبة.
- ب- فشل في التوافق بين ذاته والواقع المحيط به وفقاً لمستوى نموه.
- ت- ندرة الاهتمام والمساهمة في الفعاليات المشتركة مع الآخرين.
- ث- الافتقار الى التبادل الاجتماعي والعاطفي والمشاركة الوجدانية.

الفئة (٢): إعاقات واضحة في التواصل، وكما يعبر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي:

- أ- ندرة أو تأخر في اللغة المنطوقة، ولا يكون مصحوباً بمحاولة تعويض ذلك عن طريق أساليب اتصال بديلة مثل تعابير الوجه أو التلميحات البسيطة.
- ب- إعاقة واضحة في القدرة على متابعة التواصل مع الآخرين.
- ت- إعادة نمطية في نطق المفردات اللغوية، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.
- ث- نقص القدرة على تنوع اللعب وقلة صنع اللعب التخيلي ومحاكاة وتقليد أقرانهم.

الفئة (٣): نمطية وتكرار لنماذج مشابهة من السلوك، وكما يعبر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي:

- أ- الانشغال بوحدة على الأقل من السلوكيات النمطية في نطاق ضيق محدود وبدرجة عالية من الشدة.
- ب- مقاومة تغيير الرتابة والتمسك بعناد وتصلب واضح بالأشياء الروتينية غير المفيدة.
- ت- تكرار لحركات جسمية كرفرفة اليدين أو الدوران أو هز الرأس أو الجسم بالكامل.
- ث- الانشغال والهو المستمر بأجزاء وأقسام وقطع الأشياء.

البند الثاني: تأخر وظيفي غير طبيعي على الأقل في مجال من المجالات الآتية: (التفاعل الاجتماعي، اللغة لغرض التواصل، اللعب التخيلي) بشرط أن تبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

كما أضاف التصنيف الخامس فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الاجتماعي Social Communication Disorder ضمن فئة اضطراب التواصل المرتبطة بالتوحد، كما تم دمج الاضطرابات النمائية العامة غير المحددة الاجتماعي.

وقام التصنيف بإدراج اضطراب التفكك الطفولي واضطراب إسبرجر تحت مسمى واحد هو متلازمة اضطراب طيف التوحد (ASD) الذي يشمل كذلك الاضطراب التوحدي والاضطرابات النمائية العصبية غير المحددة (PDD- NOS) - واشترط أنه يجب على الطفل تحقيق (12) محك ليتم تصنيفه بأنه متوحد، وتم تغيير حتمية اكتشاف التوحد قبل سن الثالثة من العمر الى الاكتشاف في وقت مبكر، وتم تخفيف مجالات التشخيص في الفئات (٢، ٣) من التشخيص النسخة الرابعة المنقحة، مع التركيز على التواصل الاجتماعي والعجز عن التفاعل وأنماط السلوكيات المتكررة (A.P.A, 2013, pp.50-51).

معايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد:

أصبحت دول العالم المتقدم تتسابق في العمل على إيجاد البرامج والخدمات التي تقدم للأشخاص ذوي الإعاقة، كما إنها اهتمت منذ عدة سنوات بتبني جملة من معايير الممارسة المهنية في ميدان التربية الخاصة بما فيها ميدان الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهذا ما بادر به المجلس الأمريكي للأطفال

2 May 2019

ذوي الحاجات الخاصة (Council for Exceptional Children) والمعروف بالرمز (CEC) وهو المجلس ذو التأثير الكبير على التربية الخاصة في العالم. وتدرج هذه المعايير ضمن عدد من المجالات الأساسية، وهي:

١. معايير الممارسة المهنية للمعلمين.
٢. المعايير المتصلة بتعليم ذوي الإعاقات.
٣. المعايير المتصلة بالتعاون والتواصل.
٤. الإدارة والمعلمون والمرشدون وأولياء الأمور.
٥. البيئة التعليمية.
٦. استراتيجيات التدريس.
٧. الدمج والخدمات الانتقالية.
٨. البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد (السرير، 2014، ص ١٦).

وتتحدد معايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد بالمعايير الآتية:

أولاً - الرؤية والفكر والرسالة: هو معيار يصف الإطار الفكري والفلسفي الذي تتبناه المؤسسة والذي يشكل الأسس التي يُعتمد عليها في اختيار الأهداف المتعلقة بتقديم الخدمات التعليمية والتدريبية والعلاجية والتأهيلية للأفراد ذوي اضطراب التوحد، بالإضافة إلى إجراءات تحقيق تلك الأهداف اعتماداً على قيم المجتمع وتوجهاته ونتائج البحوث العلمية في مجال تعليم الأفراد ذوي اضطراب التوحد.

ثانياً - الإدارة والعاملون: هو معيار يصف العاملون في المؤسسة التي تعتني بالأفراد ذوي اضطراب التوحد ومدى كفاياتهم المهنية ومهاراتهم في تنفيذ أهداف المؤسسة، وهم من الهيئة الفنية المؤهلة كالمدير والمعلمين ومساعدتي المعلمين، وكذلك الاختصاصيون المساندون كاختصاصي التواصل والمعالج الوظيفي والمرشد النفسي واختصاصي التغذية.

ثالثاً - البيئة التعليمية: هو معيار يصف تنظيم الغرفة الصفية ومحتوياتها، وعدد حالات ذوي اضطراب التوحد في الصف، والأدوات والتجهيزات اللازمة في الغرفة الصفية.

رابعاً - التقييم: هو معيار يصف الإجراءات التي تقوم بها المؤسسة التي تعتني بالأفراد ذوي اضطراب التوحد لتقييم مستوى الأداء لديهم وتحديد جوانب القوة والضعف عندهم، للبدء بتقديم الخدمات التربوية والتي تشمل الأدوات المستعملة في التقييم ومجالاته.

خامساً - الخدمات والبرامج: هو معيار يصف المنهاج الذي تعتمد المؤسسة التي تعتني بالأفراد ذوي اضطراب التوحد ومجالاته، والبرنامج التربوي الفردي أو الجماعي وأساليب ونماذج التعليم المستعملة، بالإضافة إلى إجراءات تعديل السلوك.

سادساً - مشاركة ودعم تمكين الأسرة: هو معيار يصف الإجراءات التي تتيح للأسرة المشاركة الفاعلة في تقديم الخدمات والدعم الذي تقدمه المؤسسة لإسر الأفراد ذوي اضطراب التوحد.

سابعاً - الدمج والخدمات الانتقالية: هو معيار يصف الإجراءات التي تقوم بها المؤسسة التي تعتني بالأفراد ذوي اضطراب التوحد لتهيئة بعض الحالات التي يمكن دمجها في المدارس المختارة، والأساليب المستعملة لنجاح الدمج والانتقال.

ثامناً - التقويم الذاتي: هو معيار يصف الإجراءات التي تقوم بها المؤسسة التي تعتني بالأفراد ذوي اضطراب التوحد بشكل منتظم لتقييم الخدمات للوقوف على نقاط القوة والضعف في جميع الجوانب التي تؤثر على تقديم

2 May 2019

الخدمات وتحقيق الأهداف المرجوة بغية الاستفادة منها مستقبلاً لتطوير أداء المؤسسة (المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين ، 2010 ، ص ١٧-٤١).

الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت محور تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

قامت ليبرا وآخرون ٢٠٠٤. Librera et al. بتطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج التوحد (APQI) من أجل قياس وتقييم الخدمات والبرامج والأنشطة المقدمة لأطفال التوحد في مراكز مونتانا Montana الأمريكية، إذ أوردت الدراسة تفاصيل العملية التعليمية من نتائج ونصائح تؤدي إلى تحسين الأنشطة المستقبلية لديهم، وتم إجراء تحليل محتوى للبرامج المقدمة، وتحليل بيانات برنامج التقييم، فأظهرت نتائج الدراسة نقاط القوة والضعف في هذه البرامج، فمن نقاط القوة فيها مثلاً ملاحظة الوالدين أو أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد جودة معيار إدارة الهيئة التدريسية وتعامل معلمة البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم. فيما يوجد نقاط ضعف في البرامج منها: عدم الشمولية للبرامج المقدمة وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي وعملية المراقبة والتقييم الذاتي، وتصنيف الأطفال إلى مستويات متدرجة في الأداء حسب البرامج المقدمة (Librera et al., 2004, pp.1-2).

وأجرى الشمري (2007) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد في السعودية من قبل الهيئة العاملة في تلك البرامج، وبيان ما إذا كان التقييم سواء أكان حكومياً أم أهلياً يختلف باختلاف طبيعة البرنامج أو باختلاف الخبرة التعليمية، أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة- وتكونت عينة الدراسة من جميع المراكز التي تقدم الخدمة للتلاميذ التوحدين، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد كان إيجابياً، كما أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز في جوانب البرامج الآتية: أبعاد أساليب التقييم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة. وكانت الدرجة الكلية لصالح (المراكز الأهلية)، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد في أبعاد الخطة التربوية الفردية، والخدمات المساندة، وأساليب تعديل السلوك، والدرجة الكلية (السريع، 2014 ، ص ١٢-١٣).

واستهدفت دراسة الخطيب 2011 تطوير نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة وأطفال التوحد في مراكز التربية الخاصة، وتكونت عينة الدراسة من (١٥٣) مؤسسة ومركز، وكانت أداة البحث مكونة من ثمانية أبعاد لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة، وأشارت النتائج إلى أن بُعد الخدمات والبرامج احتل المرتبة الأولى يليه في التسلسل على التوالي: التقييم، والبيئة التعليمية، والإدارة والعاملين، الرؤية والفكر والرسالة ودعم ومشاركة الأسرة، والدمج والخدمات الانتقالية، فيما حل بالمركز الأخير بُعد التقييم الذاتي (الخطيب، ٢٠١١).

2 May 2019

واستهدفت دراسة السريع 2014 تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في ضوء معايير الجودة الأردنية، وبلغت العينة (١٦٠) مركز ومؤسسة لرعاية أطفال التوحد. وكانت أداة البحث مكونة من ثمانية أبعاد للتعرف على مستوى فاعلية البرامج والخدمات المقدمة، وأظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالإعاقة العقلية أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو بعد البرامج والخدمات، وبمتوسط حسابي (0.75)، في حين أن هناك ثلاثة أبعاد كانت ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي: بُعد البيئة التعليمية بمتوسط حسابي (0.66)، وبُعد التقييم بمتوسط حسابي (0.65)، وبُعد الإدارة والعاملين بمتوسط حسابي (0.47)، فيما كانت باقي الأبعاد وعددها أربعة ذات مستوى فاعلية متدني وهي: بُعد الرؤية والفكر والرسالة بمتوسط (0.32)، وبُعد مشاركة ودعم وتمكين الأسرة بمتوسط (0.31)، وبُعد الدمج والخدمات الانتقالية- والتقييم الذاتي بمتوسط (0.28) لكل منهما. كما أظهرت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بُعد الخدمات والبرامج بمتوسط، (0.68)، في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسط، وهي على التوالي: بُعد التقييم بمتوسط (0.66)، وبُعد البيئة التعليمية بمتوسط (0.55)، وبُعد الإدارة والعاملين بمتوسط (0.37) أما بقية الأبعاد وعددها أربعة أبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدني وهي على التوالي: بُعد الرؤية والفكر والرسالة بمتوسط (0.33)، ومشاركة ودعم وتمكين الأسرة- وبُعد الدمج والخدمات الانتقالية بمتوسط مقداره (0.31) لكل منهما، وبُعد التقييم الذاتي بمتوسط (0.30) (السريع، ٢٠١٤).

الفصل الثالث

منهجية البحث:

عينة البحث:

شملت عينة البحث مراكز التوحد المجازة في بغداد، إذ بلغت عينة البحث (١٨) مركز بواقع (٦) حكومي و(١٢) أهلي، وكما موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (١): يوضح عناوين المراكز وتوزيع الأطفال

ت	اسم المركز	نوع المركز	اناث	ذكور	المجموع
١	الملاك الصغير	اهلي	٣	١٤	١٧
٢	الصفاء	اهلي	٧	٢٨	٣٥
٣	الرحمن	اهلي	١٢	٤٢	٥٤
٤	التخصصي	اهلي	٢	٢٦	٢٨
٥	النور	اهلي	٣	١٦	١٩
٦	رامي	اهلي	٥	٣٥	٤٠
٧	الضحى	اهلي	١٠	٤٠	٥٠
٨	النهرين	اهلي	١٣	٤٧	٦٠
٩	نور الهدى	اهلي	٣	١٢	١٥

2 May 2019

١٦	١٣	٣	اهلي	الحياة	١٠
٣٠	٢٤	٤	اهلي	النهال	١١
١٠	٨	٢	اهلي	ملائكة الباري	١٢
١٤	١٤	-	حكومي	الآمال	١٣
١٢	١١	١	حكومي	الوفاء	١٤
١٣	١٢	١	حكومي	الشقائق	١٥
١١	١٠	١	حكومي	القادسية	١٦
١٠	١٠	-	حكومي	الرجاء	١٧
١٨	١٦	٢	حكومي	الروابي	١٨
٤٥٢	٣٨٠	٧٢	المجموع الكلي		

ومما تجدر الإشارة إليه أنه بعد تطبيق استمارة المعايير، وقبل إكمال هذا البحث بصورة نهائية - تم جمع أطفال التوحد في المراكز الواقعة في الكرخ/ بغداد، وهي (القادسية- الروابي- الشقائق- الوفاء) ووضعهم في مركز بغداد للتوحد (موقع مركز القادسية سابقاً) والذي تم تأسيسه بناءً على توصيات اللجنة التنسيقية العليا لرعاية أطفال التوحد التي تضم أعضاء من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ممثلة بأعضاء من مركز البحوث النفسية، وأعضاء من وزارة الصحة ووزارة التربية ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية ومحافظة بغداد.

أداة البحث:

تم اعداد قائمة في ضوء الاطلاع على بعض الادبيات السابقة التي تناولت موضوع معايير الاعتماد الخاصة بالبرامج والخدمات المقدمة للأطفال التوحد، وبالأخص معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات التوحد (النسخة الأردنية)، وبعد إجراء بعض التعديلات بما يلائم واقع وإمكانات مراكز التوحد في العراق من قبل أعضاء اللجنة التنسيقية العليا لرعاية أطفال التوحد الذين يعدون محكمين بتخصصات مختلفة. وشملت المعايير ثمان مجموعات وهي (الرؤيا والرسالة والفكر، الادارة والعاملون، البيئة التعليمية، التقويم، البرامج والخدمات، دعم وتمكين الاسرة، الدمج، التقويم الذاتي)، إذ بلغ مجموع فقرات المعايير (٥٠) فقرة توزعت على المجموعات الثمان من المعايير.

تطبيق أداة البحث:

تم تطبيق أداة البحث (استمارة معايير الاعتماد) من قبل الباحثين ضمن مهام عمل لجنة التنسيق العليا لرعاية أطفال التوحد، وذلك في ضوء ما تم ملاحظته من عمل مراكز التوحد، وتقريغ وتحليل البيانات من قبل الباحثين والموجودة في الاستمارة، ومن ثم استخراج النتائج باستعمال الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الوسائل الإحصائية:

2 May 2019

١. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسبة المئوية لحساب أهمية فقرات معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد.

٢. الاختبار التائي لعينتين مترابطتين T-Test، لحساب الفروق بين معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد.

٣. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين T-Test، لحساب الفروق بين المراكز الحكومية والأهلية وفق الاعتماد لعمل مراكز التوحد.

الفصل الرابع

النتائج وتفسيرها:

الهدف الاول: التعرف على التزام مراكز التوحد بمعايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد.

يرمي هذا الهدف التعرف على التزام مراكز التوحد بمعايير الاعتماد الخاصة لبرامج وخدمات التوحد في المراكز الاهلية والحكومية وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية وترتيبها تنازلياً، وكما هو موضح في الجداول (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩) وكالاتي:

١. الرؤيا والفكر والرسالة:

جدول رقم (٢): يوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات الرؤيا والرسالة والفكر كانت بدرجة واطئة اذ بلغ المتوسط العام (٧.٢٨) وانحراف معياري (٢.٧٢).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها.	١.٧٧	٠.٥٥	٠	%٥.٦	%٦٦.٧	%٢٧.٨
٢	تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد.	١.٦٢	٠.٩٢	٠	%٢٧.٨	%٥.٦	%٦٦.٧
٣	تنشئ المؤسسة نظاماً لتنفيذ وتوثيق ومتابعة مدى تحقق الأهداف.	١.٣٣	٠.٥٩	٠	%٥.٦	%٢٢.٢	%٧٢.٢
٤	رؤية المؤسسة وفكرها ورسالتها تحكم اختيار المناهج و استراتيجيات تدريس الأفراد ذوي اضطراب التوحد.	١.٣٣	٠.٥٩	٠	%٥.٦	%٢٢.٢	%٧٢.٢
٥	تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين، واعضاء مجلس الادارة، هيئة التدريس، المعلمين، أولياء الامور).	١.٢٢	٠.٦٥	٠	%٥.٦	%١٦.٧	%٧٧.٨

2 May 2019

٢. الإدارة والعاملون:

جدول رقم (٣): يوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات الادارة والعاملون كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام

(١٣.٣٣) وانحراف معياري (٣.٤٣).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	يحمل المدير درجة الماجستير في التربية الخاصة / علم النفس كحد أدنى ودورات متخصصة في التوحد	٢.٨٩	٠.٨٣	%٢٢.٢	%٥٠.٠	%٢٢.٢	%٥.٦
٢	يحمل المعلمون درجة البكالوريوس في علم النفس / التربية الخاصة كحد أدنى ودورات متخصصة في التوحد أو خبرة عملية في مراكز التوحد	٢.٥٠	٠.٦٢	%٥.٦	%٣٨.٩	%٥٥.٦	٠
٣	لدى المعلمين المساعدين دورات تدريبية في التوحد أو خبرة عملية في مراكز التوحد	٢.٠٠	٠.٩١	%٥.٦	%٢٢.٢	%٣٨.٩	%٣٣.٣
٤	مرشد نفسي أسري لديه دورات تدريبية في التوحد أو خبرة في مجال التوحد ودعم وتمكين أسر الأطفال التوحديين	١.٩٤	١.٠٥	%١١.١	%١٦.٧	%٢٧.٨	%٤٤.٤
٥	اختصاصي تواصل لديه دورة تدريبية في التواصل لدى الأطفال التوحديين.	١.٦٦	٠.٨٤	٠	%٥.٦	%٢٢.٢	%٧٢.٢
٦	معالج وظيفي لديه خبرة عملية في مراكز التوحد	١.٣٣	٠.٥٩	%١١.١	%١٦.٧	%٢٨.٨	%٤٤.٤
٧	اختصاصي تغذية لديه دورات تدريبية في تغذية الأطفال التوحديين.	١.٠٠	٠.٠٠	٠	٠	٠	٠

2 May 2019

٣. البيئة التعليمية:

جدول رقم (٤): يتوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات البيئة التعليمية كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام (١٦.٧٣) وانحراف معياري (٢.٧٥).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	يوجد في الغرفة الصفية جدول بصري عام يوضح أنشطة الصف اليومية.	٢.٥٠	٠.٦٢	%٥.٦	%٣٨.٩	%٥٥.٦	٠
٢	الغرفة الصفية منظمة على شكل محطات (أركان) تعليمية تشمل ما يلي: أ. محطة العمل الفردي. ب. محطة العمل الجماعي. ج. محطة المعلم. د. محطة (الاسترخاء، النوم، اللعب، الموسيقى)	٢.١٧	١.٢٦	%١٦.٧	%١٦.٧	%٢٧.٨	%٣٨.٩
٣	يتوافر في الغرفة الصفية مثيرات (حدود) بشرية توضح أماكن أداء المهمات التعليمية	٢.١١	٠.٨٣	%٥.٦	%٢٢.٢	%٥٠.٠	%٢٢.٢
٤	وضع كاميرات للمتابعة من قبل المركز (حماية للأسرة والمؤسسة)	٢.٠٠	٠.٩١	%٥.٦	%٢٢.٢	%٣٨.٩	%٣٣.٣
٥	يوجد لكل طفل مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية (صورته، اسمه)	١.٩٤	١.٠٥	%١١.١	%١٦.٧	%٢٧.٨	%٤٤.٤
٦	يوجد في الصف جدول بصري خاص لكل طفل.	١.٧٨	٠.٨٨	٠	%٢٧.٨	%٢٢.٢	%٥٠.٠
٧	لا تزيد نسبة عدد المعلمين للأطفال التوحيديين في بداية التحاق الطفل في المؤسسة (١ : ٢) خلال الفترة الأخيرة الممتدة ما بين أسبوعين	١.٦٧	٠.٥٩	٠	%٥.٦	%٥٥.٦	%٣٨.٩
٨	لا يزيد عدد الطلبة في الصف الواحد عن ستة أطفال توحيديين مقابل معلم ومساعد	١.٣٣	٠.٥٩	%١١.١	%١٦.٧	%٢٧.٨	%٤٤.٤
٩	يتوافر لكل طفل في المؤسسة طاولة وكرسي مزودان بمثيرات بصرية خاصة بالطفل (صورته، اسمه)	١.٢٢٠.٦٥	٠.٦٥	٠	%٥.٦	١٦.٧	%٧٧.٨

2 May 2019

٤. التقييم:

جدول رقم (٥): يتوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات التقييم كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام

(٩.٥٦) وانحراف معياري (٣.٥٥).

١	٢	٣	٤	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الفقرات	ت
١١.١%	٥٠.٠%	٣٨.٩%	٠.٦٧	٢.٢٨	يتضمن التقييم المجالات التالية: أ. التفاعل الاجتماعي. ب. مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) ج. السلوكيات التوحدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة). د. مهارات اللعب. هـ. معززات الطفل المختلفة. و. مهارات العناية بالذات والمهارات الاستقلالية. ز. بُعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي).	١	
٢٧.٨%	٤٤.٤%	٢٧.٨%	٠.٧٧	٢.٠٠	تقوم المؤسسة بإجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحد باستخدام أدوات متنوعة مثل: أ. الملاحظة السلوكية المباشرة. ب. قوائم الشطب. ج. قوائم تقدير السلوك. د. ملاحظات الأسر.	٢	
٤٤.٤%	٢٧.٨%	٢٧.٨%	٠.٨٦	١.٨٣	تقوم المؤسسة بإجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحدين قبل دخولهم المركز.	٣	
٥٠.٠%	٢٢.٢%	٢٧.٨%	٠.٨٨	١.٧٨	اتباع القائمة التشخيصية الموحدة	٤	
٥٥.٦%	٢٢.٢%	٢٢.٢%	٠.٨٤	١.٦٨	تستخدم المؤسسة نتائج التقييم في وضع البرنامج التربوي للطفل	٥	

٥. البرامج والخدمات:

2 May 2019

جدول رقم (٦): يتوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات الخدمات والبرامج كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام (١٦.٣٣) وانحراف معياري (٣.٢٥).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين (٢٠ - ٢٥) ساعة أسبوعيا على الأقل.	٤.٠٠	٠.٠٠	%١٠٠	٠	٠	٠
٢	يذاوم الطفل في المؤسسة لمدة (٩) أشهر في السنة على الأقل	٣.٦٧	٠.٤٩	%٦٦.٧	%٣٣.٣	٠	٠
٣	ب. أساليب التدريس والنماذج: تستخدم الأساليب التعليمية التالية: أ. المثيرات البصرية في التعليم. المحسوس فشبه المحسوس فالمجرد. التعليمات اللفظية المختصرة. تستخدم النماذج التعليمية التالية: أ. الفردي. ب- المجموعات صغيرة. اللعب. د. الأقران.	٢.٣٣	٠.٩١	%١١.١	%٢٧.٨	%٤٤.٤	%١٦.٧
٤	يركز المنهاج على تطوير نظام تواصل مناسب سواءً كان لفظيا أو غير لفظي مثل نظام لغة الإشارات أو نظام تبادل الصور (PECS).	٢.٣٣	٠.٩١	%١١.١	%٢٧.٨	%٤٤.٤	%١٦.٧
٥	ج. تعديل السلوك تستخدم أساليب التعزيز المختلفة. يتم التركيز على التخلص من السلوك التوحدي. تستخدم أساليب ضبط المثيرات المختلفة للتحكم بالسلوك غير المرغوب فيه قبل وقوعه. يتم تصميم استراتيجيات للتدخل عند الأزمات. يتضمن البرنامج تعميم المهارات المكتسبة.	٢.٠٢	٠.٦٩	٠	%٢٢.٢	%٥٥.٦	%٢٢.٢
٦	د. أساليب التدريس والنماذج: تستخدم الأساليب التعليمية التالية: أ. المثيرات البصرية في التعليم. المحسوس فشبه المحسوس فالمجرد. التعليمات اللفظية المختصرة. تستخدم النماذج التعليمية التالية: أ. الفردي. ب. المجموعات صغيرة. ج. اللعب. د. الأقران.	٢.٠٠	٠.٨٤	%٥.٦	%١٦.٧	%٥٠.٠	%٢٧.٨

2 May 2019

٦. دعم ومشاركة الاسرة:

جدول رقم (٧): يوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات مشاركة ودعم وتمكين الأسرة كانت بدرجة

إذ بلغ المتوسط العام (١٤.٨٩) وانحراف معياري (٥.١١).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	تقوم المؤسسة بالتواصل اليومي مع الأسرة من خلال دفتر الملاحظات اليومية	٢.٢٨	٠.٨٣	%٥.٦	%٣٣.٣	%٤٤.٤	%١٦.٧
٢	تزود المؤسسة أسرة الطفل التوحدي بنقارير شهرية وفصلية توضح مدى تقدم الطفل في البرنامج.	٢.١١	٠.٩٠٠	%٥.٦	%٢٧.٨	%٣٨.٩	%٢٧.٨
٣	يتم إشراك اسرة الطفل التوحدي في جميع مراحل تقديم الخدمات التربوية الخاصة.	١.٨٩	٠.٩٠٠	%٥.٦	%١٦.٧	%٣٨.٩	%٣٨.٩
٤	تقدم المؤسسة للأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي بمعدل يوم في الشهر على الأقل.	١.٨٣	٠.٧٩	٠	%٢٢.٢	%٣٨.٩	%٣٨.٩
٥	تقدم المؤسسة خدمات الإرشاد الأسري للأسر الأطفال التوحدين حول الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها.	١.٨٣	٠.٧١	٠	%١٦.٧	%٥٠.٠	%٣٣.٣
٦	يوجد لدى المؤسسة برنامج تثقيفي عن التوحد بمعدل محاضرة واحدة على الأقل كل شهر.	١.٧٢	٠.٧٥	٠	%١٦.٧	%٣٨.٩	%٤٤.٤
٧	تعقد المؤسسة اجتماعاً لأسر الأطفال التوحدين مرة كل شهر ليتبادلوا خبراتهم.	١.٧٢	٠.٦٧	٠	%١١.١	%٥٠.٠	%٣٨.٩
٨	تقديم البرامج التدريبية بما فيها الجداول البشرية.	١.٥٠	٠.٧٩	٠	%١٦.٧	%١٦.٧	%٦٦.٧

2 May 2019

٧. الدمج:

جدول (٨): يوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات الدمج كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام

(٨.٤٤) وانحراف معياري (٣.٥٤).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	تحدد المؤسسة مدرسة لدمج الأطفال التوحيديين الذين تسمح قدراتهم بذلك	١.٦١	٠.٨٥٨	٠	%٢٢.٢	%١٦.٧	%٦١.١
٢	تقيم المؤسسة الأماكن التي سيدمج بها الأطفال التوحيديين قبل دمجهم	١.٥٥	٠.٧٨	٠	%١٦.٧	%٢٢.٢	%٦١.١
٣	تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحيديين وأسرهم للاطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية.	١.٤٤	٠.٨٦	%٥.٦	%٥.٦	%١٦.٧	%٧٢.٢
٤	تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الأطفال التوحيديين	١.٣٣	٠.٦٩	٠	%١١.١	%١١.١	%٧٧.٨
٥	تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للأطفال غير التوحيديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحيديين	١.٢٨	٠.٥٨	٠	%٥.٦	%١١.١	%٧٧.٨
٦	تستمر المؤسسة بالإشراف على برامج دمج الأطفال التوحيديين فصلياً	١.٢٢	٠.٥٥	٠	%٥.٦	%١١.١	%٨٣.٣

٨. التقويم الذاتي:

جدول رقم (٩): يوضح ان استجابات افراد العينة لفقرات التقويم الذاتي كانت بدرجة إذ بلغ المتوسط العام

(٤.٥٦) وانحراف معياري (١.٢٠).

ت	الفقرات	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	٤	٣	٢	١
١	يجري المركز تقييماً ذاتياً مرة واحدة على الأقل كل سنتين.	١.٢٨	٠.٥٨	٠	%٥.٦	%١٦.٧	%٧٧.٨
٢	تستخدم المؤسسة منهجية علمية في عملية التقويم باستخدام طرق البحث الكمي والنوعي.	١.٢٢	٠.٥٥	٠	%٥.٦	%١١.١	%٨٣.٣
٣	يتضمن تقييم البرنامج قياس مدى رضا أسر الأطفال التوحيديين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم.	١.١١	٠.٢٤	٠	٠	%٥.٦	%٩٤.٤
٤	توظف المؤسسة نتائج التقويم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة.	١.٠٠	٠.٠٠	٠	٠	٠	١.٠٠

2 May 2019

الهدف الثاني: التعرف على المعايير الأكثر تأثيراً في الخدمات المقدمة لأطفال التوحد المراكز الحكومية والاهلية،
(الرؤيا والفكر والرسالة، الادارة والعاملون، البيئة التعليمية، التقييم، البرامج والخدمات، مشاركة ودعم الاسرة،
الدمج، التقويم الذاتي).

جدول رقم (١٠): يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل مجموعة من هذه المعايير

المجموعات	المعايير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
الاولى	الرؤيا والفكر والرسالة	١٨	٧.٢٨	٢.٧٢
الثانية	الادارة والعاملون	١٨	١٣.٣٣	٣.٤٣
الثالثة	البيئة التعليمية	١٨	١٦.٧٣	٢.٧٥
الرابعة	التقييم	١٨	٩.٥٦	٣.٥٥
الخامسة	البرامج والخدمات	١٨	١٦.٣٣	٣.٢٥
السادسة	مشاركة ودعم الاسرة	١٨	١٤.٨٩	٥.١١
السابعة	الدمج	١٨	٨.٤٤	٣.٥٤
الثامنة	التقويم الذاتي	١٨	٤.٥٦	١.٢٠

جدول رقم (١١): يوضح الفروق بين المجموعات الثمان باستعمال الاختبار التائي لعينتين مترابطتين

ت	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
١	رؤيا - الادارة والعاملون	٦.١٥	٢.٥٨	٩.٩٧	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢	رؤيا - البيئة التعليمية	٠.٤٤	٢.٧١	٠.٧٠	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
٣	رؤيا - التقييم	٢.٢٨	٢.٨٩	٣.٣٥	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٤	رؤيا - البرامج والخدمات	٩.١٥	٢.٥٠	١٥.٦١	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٥	رؤيا - مشاركة ودعم الاسرة	٧.٦١	٤.٢٦	٧.٥٨	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٦	رؤيا - الدمج	١.١٧	٤.٠٢	١.٢٣	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
٧	رؤيا - التقويم الذاتي	٢.٧٢	٢.٠٢	٥.٧١	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٨	الادارة والعاملون - البيئة التعليمية	٥.٦١	٢.٩٧	٨.٠١	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٩	الادارة والعاملون - التقييم	٣.٧٨	٢.٨٢	٥.٦٩	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٠	الادارة والعاملون - البرامج والخدمات	٣.٠٠	٢.٤٣	٥.٢٥	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١١	الادارة والعاملون - مشاركة ودعم الاسرة	١.٦٥	٤.٧٣	١.٤٠	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
١٢	الادارة والعاملون - الدمج	٤.٨٩	٣.٧٢	٥.٥٧	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٣	الادارة والعاملون - التقويم الذاتي	٨.٧٨	٣.٢٣	١١.٥٤	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٤	البيئة التعليمية - التقييم	١.٨٣	٢.١٣	٣.٧٢	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٥	البيئة التعليمية - البرامج والخدمات	٨.٦١	٢.٤٤	١٥.٥١	١٧	دال عند (٠.٠٥)

2 May 2019

١٦	البيئة التعليمية - مشاركة ودعم الاسرة	٧.١٧	٤.٧٤	٦.٤١	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٧	البيئة التعليمية - الدمج	٠.٧٢	٣.٧٤	٠.٨٢	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
١٨	البيئة التعليمية - التقويم الذاتي	٣.١٧	٢.٣١	٥.٨٢	١٧	دال عند (٠.٠٥)
١٩	التقييم - البرامج والخدمات	٦.٧٨	٢.١٣	١٣.٨٧	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٠	التقييم - مشاركة ودعم الاسرة	٥.٣٣	٤.٦٧	٤.٨٥	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢١	التقييم - الدمج	١.١١	٣.٧٦	١.٢٦	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
٢٢	التقييم - التقويم الذاتي	٥.٠٠	٣.١٦	٦.٧١	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٣	البرامج والخدمات - مشاركة ودعم الاسرة	١.٤٤	٤.١٢	١.٤٩	١٧	غير دال عند (٠.٠٥)
٢٤	البرامج والخدمات - الدمج	٧.٨٩	٣.٢٠	١٠.٤٧	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٥	البرامج والخدمات - التقويم الذاتي	١١.٧٨	٢.٧٨	١٧.٩٩	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٦	مشاركة ودعم الاسرة - الدمج	٦.٤٤	٤.٩١	٥.٥٦	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٧	مشاركة ودعم الاسرة - التقويم الذاتي	١٠.٣٣	٤.٧٧	٩.٢٠	١٧	دال عند (٠.٠٥)
٢٨	الدمج - التقويم الذاتي	٣.٧٨	٢.٨٢	٥.٦٩	١٧	دال عند (٠.٠٥)

وتظهر النتائج في الجدول اعلاه عن الفروق ذات دلالة بين المجموعات الثمان والعشرين التي كانت اغلبها دالة باستثناء المجموعات الستة (رؤيا - البيئة التعليمية، الرؤيا - الدمج، الادارة والعاملون - مشاركة ودعم الاسرة، البيئة التعليمية - الدمج، التقييم - الدمج، البرامج والخدمات - مشاركة ودعم الاسرة) وذلك لان الدرجة التائية المحسوبة أصغر من الجدولية البالغة (١.٧٤) عند درجة حرية (١٧) ومستوى دلالة (٠.٠٥).

الهدف الثالث: التعرف على الفروق في معايير الاعتماد الخاصة بالبرامج والخدمات لرعاية اطفال التوحد من قبل المراكز الحكومية والاهلية.

والجداول (١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩) توضح النتائج (هل هناك فروق ذات دلالة في معايير الاعتماد الخاصة بالبرامج والخدمات لرعاية اطفال التوحد من قبل المراكز الحكومية والاهلية) باستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين.

جدول رقم (١٢): يوضح متوسط درجات معيار الرؤيا والفكر والرسالة لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة

التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

الرؤيا والفكر والرسالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	٧.٩٢	٣.١٨	١.٤٧	٢.١٢	١٦	غير دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٦.٠٠	٠.٠٠				

2 May 2019

جدول رقم (١٣): يوضح متوسط درجات معيار الادارة والعاملون لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

الادارة والعاملون	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	١٣.٧٥	٣.٩٣	٣.٢٠	٢.١٢	١٦	دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٨.٦٦	١.٠٣				

جدول رقم (١٤): يوضح متوسط درجات معيار البيئة التعليمية لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

البيئة التعليمية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	٨.٦٧	٢.٨٧	٢.٣٢	٢.١٢	١٦	دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٥.٨٣	٠.٩٨				

جدول رقم (١٥): يوضح متوسط درجات معيار التقييم لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

التقييم	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	١٠.٧٥	٣.٦٢	٢.٢٥	٢.١٢	١٦	دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٧.١٧	١.٩٤				

جدول رقم (١٦): يوضح متوسط درجات معيار البرامج والخدمات لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

البرامج والخدمات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	١٧.٦٧	٣.١٥	٢.٩٧	٢.١٢	١٦	دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	١٣.٦٧	١.٦٣				

2 May 2019

جدول رقم (١٧): يوضح متوسط درجات معيار مشاركة ودعم الاسرة لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

مشاركة ودعم الاسرة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	١٥.٧٥	٥.١٠	١.٠١	٢.١٢	١٦	غير دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	١٣.١٧	٥.١٢				

جدول رقم (١٨): يوضح متوسط درجات معيار الدمج لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

الدمج	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	٩.٦٧	٣.٨٠	٢.٣٣	٢.١٢	١٦	دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٦.٠٠	٠.٠٠				

جدول رقم (١٩): يوضح متوسط درجات معيار التقويم الذاتي لعينة البحث وانحرافها المعياري والقيمة التائية لدلالة الفرق بين المراكز الحكومية والاهلية

التقويم الذاتي	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
اهلي	١٢	٤.٨٣	١.٤٣	١.٤٣	٢.١٢	١٦	غير دال عند (٠.٠٥)
حكومي	٦	٤.٠٠	٢.١٧				

يتضح من نتائج الجداول أعلاه بأن معظمها دالة باستثناء الفروق بين المراكز الحكومية والاهلية وفقاً لمعيار (الرؤيا والفكر والرسالة، دعم ومشاركة الاسرة، والتقييم الذاتي) إذ كانت القيمة التائية المحسوبة أصغر من الجدولية (٢.١٢) عند درجة حرية (١٦) ومستوى دلالة (٠.٠٥)، أي عدم وجود فروق بين المراكز الحكومية والاهلية في هذه المعايير، أما بالنسبة لبقية المعايير فقد كانت قيمتها التائية المحسوبة اكبر من القيمة التائية الجدولية ولصالح المراكز الاهلية لكون متوسطاتها الحسابية اكبر من متوسطات الحسابية للمراكز الحكومية.

التوصيات:

١. قيام وزارة الصحة ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية بإجراء مسح شامل لأعداد الأفراد ذوي اضطراب التوحد في العراق.

2 May 2019

٢. قيام الهيئة التنسيقية العليا لرعاية أطفال التوحد بتطبيق معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد في باقي محافظات العراق.
٣. إنشاء مركز حكومي لرعاية أطفال التوحد في الكرخ/ بغداد وفق معايير الاعتماد الدولية الخاصة بمراكز التوحد.
٤. إنشاء مركز حكومي لرعاية أطفال التوحد في كل محافظة وفق معايير الاعتماد الدولية الخاصة بمراكز التوحد.
٥. رفع توصية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي لإنشاء (المعهد العالي للعلوم النفسية)، والذي يتضمن في بعض وحداته الدراسية منح دبلوم عالي أو شهادة تدريب مدرّبين في التوحد أو التربية الخاصة أو الاضطرابات النمائية أو العلاج الوظيفي أو العلاج السلوكي - المعرفي.

المصادر:

١. الخطيب، عاكف عبدالله (٢٠١١) أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة لأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير الدولية، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية - أطروحة دكتوراه.
٢. السريع، إحسان غديفان (٢٠١٤) تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد في ضوء معايير الجودة الأردنية، عمان، الأردن.
٣. المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (٢٠١٠) معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات التوحد، عمان، الأردن.
4. A.P.A (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association Press, Washington, DC.
5. Librera, W., Bryant, I., Tkach, B. (2004) Autism Program Quality Indicators, Office of Special Education Programs, New Jersey.
6. Smith, Sylvia (2009) The Hidden Child: An Unconventional Learner Boston: Houghton Mifflin Company.
7. Turkington, C. & Anan, R. (2007) Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders, Facts on File Inc., New York.

2 May 2019

استمارة معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد

* يرجى قراءة كل عبارة ووضع إشارة (✓) في المكان المناسب.

أولاً- الرؤية والفكر والرسالة:

ت	المؤشر	طرق التحقق	٤	٣	٢	١
١	تتبنى المؤسسة رؤية وفكر ورسالة خاصة بالبرامج والخدمات المقدمة للأفراد ذوي اضطراب التوحد	الاطلاع على الوثائق، اللوحات والملفات				
٢	تحدد المؤسسة بالاشتراك مع الهيئة الإدارية والتدريسية الأهداف العامة لتحقيق رسالتها.	الاطلاع على محاضر الاجتماعات، واللوائح والسياسات				
٣	تنشئ المؤسسة نظاماً لتنفيذ وتوثيق ومتابعة مدى تحقق الأهداف	الاطلاع على سياسات المؤسسة				
٤	رؤية المؤسسة وفكرها ورسالتها تحكم اختيار المناهج و استراتيجيات تدريس الأفراد ذوي اضطراب التوحد .	الاطلاع على السياسات ، والخطط والبرامج المقدمة				
٥	تقوم المؤسسة باستعراض فكرها ورسالتها ومراجعتها بصورة دورية وتوصيلها إلى مجتمع المؤسسة (المديرين، واعضاء مجلس الادارة، هيئة التدريس، المعلمين ،أولياء الامور)	الاطلاع على محاضرات الاجتماعات الدورية ،المقابلات مع المعنيين				

٢٠١٩ \ ٥ \ ٢

2 May 2019

ثانياً- الادارة والعاملين:

١	٢	٣	٤	طرق التحقق	المؤشر	ت
				الاطلاع على الشهادات والوثائق	يحمل المدير درجة الماجستير في التربية الخاصة / علم النفس كحد أدنى ودورات متخصصة في التوحد	١ المدير الفني
					يحمل المعلمون درجة البكالوريوس في علم النفس / التربية الخاصة كحد أدنى ودورات متخصصة في التوحد أو خبرة عملية في مراكز التوحد	٢ المعلمون
					لدى المعلمين المساعدين دورات تدريبية في التوحد أو خبرة عملية في مراكز التوحد	٣ المعلمون المساعدون
					يتوافر في المؤسسة الاختصاصات المساندة التالية: أ. اختصاصي تواصل لديه دورة تدريبية في التواصل لدى الأطفال التوحديين.	٤ المتخصصون المساندون
					ب. معالج وظيفي لديه خبرة عملية في مراكز التوحد	
					ج. مرشد نفسي أسري لديه دورات تدريبية في التوحد أو خبرة في مجال التوحد ودعم وتمكين أسر الأطفال التوحديين	
					د. اختصاصي تغذية لديه دورات تدريبية في تغذية الأطفال التوحديين.	

2 May 2019

ثالثاً- البيئة التعليمية:

١	٢	٣	٤	طرق التحقق	المؤشر	ت
				زيارة صفية	الغرفة الصفية منظمة على شكل محطات (أركان) تعليمية تشمل ما يلي: أ. محطة العمل الفردي. ب. محطة العمل الجماعي. ج. محطة المعلم. د. محطة (الاسترخاء، النوم، اللعب، الموسيقى)	١
					لا يزيد عدد الطلبة في الصف الواحد عن ستة أطفال توحيدين مقابل معلم ومساعد	٢
					يتوافر في الغرفة الصفية مثيرات (حدود) بشرية توضح أماكن أداء المهمات التعليمية	٣
					يوجد في الغرفة الصفية جدول بصري عام يوضح أنشطة الصف اليومية.	٤
					يوجد في الصف جدول بصري خاص لكل طفل.	٥
					يوجد لكل طفل مكان لحفظ أغراضه ومستلزماته مزودة بمثيرات بصرية (صورته، اسمه)	٦
					لا تزيد نسبة عدد المعلمين للأطفال التوحيدين في بداية التحاق الطفل في المؤسسة (٢:١) خلال الفترة الأخيرة الممتدة ما بين أسبوعين وشهر	٧
					يتوافر لكل طفل في المؤسسة طاولة وكُرسي مزودان بمثيرات بصرية خاصة بالطفل (صورته، اسمه)	٨
					وضع كاميرات للمتابعة من قبل الاسرة (حماية للأسرة وللمؤسسة)	٩

2 May 2019

رابعاً- التقييم:

١	٢	٣	٤	طرق التحقق	المؤشر	ت
				استعراض دراسات الحالة في المؤسسة	تقوم المؤسسة بإجراء دراسة حالة شاملة تتضمن التاريخ النمائي للأطفال التوحديين قبل دخولهم المركز.	١
				الاطلاع على أدوات التقييم	تقوم المؤسسة بإجراء تقييم نفسي تربوي شامل للطفل التوحيدي باستخدام أدوات متنوعة مثل: أ. الملاحظة السلوكية المباشرة. ب. قوائم الشطب. ج. قوائم تقدير السلوك. د. ملاحظات الأسر.	٢
					يتضمن التقييم المجالات التالية: أ. التفاعل الاجتماعي. ب. مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) ج. السلوكيات التوحدية (السلوك النمطي، الاهتمامات، الأنشطة). د. مهارات اللعب. هـ. معززات الطفل المختلفة. و. مهارات العناية بالذات والمهارات الاستقلالية. ز. بُعد الاستجابة الحسية (التكامل الحسي).	٣
				الاطلاع على البرامج التربوية الفردية	تستخدم المؤسسة نتائج التقييم في وضع البرنامج التربوي للطفل	٤
				الاطلاع على قائمة التشخيص	اتباع القائمة التشخيصية الموحدة	٥

2 May 2019

خامساً- الخدمات والبرامج:

١	٢	٣	٤	طرق التحقق	المؤشر	ت
				الاطلاع على البرامج التربوية الفردية	<p>أ. المنهاج والبرنامج التربوي الفردي.</p> <p>يتضمن المنهاج المجالات التالية:</p> <p>أ. التواصل (اللغة اللفظية وغير اللفظية)</p> <p>ب. التفاعل الاجتماعي. ج- السلوكيات التوحدية.</p> <p>د. المهارات الاستقلالية الذاتية. هـ. مهارات اللعب.</p> <p>و. الانتباه الانتقائي. ي. التقليد اللفظي والحركي.</p> <p>ط. الاستجابة لتعابير الوجه المختلفة.</p> <p>ظ. الاستجابة لتغيير نبرات الصوت والإيماءات.</p> <p>ع. المهارات الأكاديمية غ. وقت الفراغ.</p>	١
				الاطلاع على البرامج التربوية الفردية	يلتحق الطفل في المؤسسة ما بين (٢٠ - ٢٥) ساعة أسبوعياً على الأقل.	٢
					يدوم الطفل في المؤسسة لمدة (٩) أشهر في السنة على الأقل	٣
				حصول عينات من حصص تعليمية	<p>ب. أساليب التدريس والنماذج:</p> <p>١- تستخدم الأساليب التعليمية التالية:</p> <p>أ. المثبرات البصرية في التعليم.</p> <p>ب. المحسوس فشبه المحسوس</p> <p>فالمجرد.</p> <p>ج. التعليمات اللفظية المختصرة.</p> <p>٢- تستخدم النماذج التعليمية التالية:</p> <p>أ. الفردي.</p> <p>ب. المجموعات صغيرة.</p> <p>ج. اللعب.</p> <p>د. الأقران.</p>	٤
					يركز المنهاج على تطوير نظام تواصل مناسب سواءً كان لفظياً أو غير لفظي مثل نظام تبادل الإشارة أو نظام تبادل الصور (PECS).	٥
				استعراض خطط تعديل السلوك.	<p>ج. تعديل السلوك</p> <p>١. تستخدم أساليب التعزيز المختلفة.</p> <p>٢. يتم التركيز على التخلص من السلوك التوحدي.</p> <p>٣. تستخدم أساليب ضبط المثبرات المختلفة للتحكم بالسلوك غير المرغوب فيه قبل وقوعه.</p> <p>٤. يتم تصميم استراتيجيات للتدخل عند الأزمات.</p> <p>يتضمن البرنامج تعميم المهارات المكتسبة.</p>	٦

2 May 2019

سادساً- مشاركة ودعم وتمكين الاسرة:

١	٢	٣	٤	طرق التحقق	المؤشر	ت
				- مقابلة عينة من الأسر	تقدم المؤسسة للأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحد بمعدل يوم في الشهر على الأقل.	١
				- الاطلاع على خطط المؤسسة.	يوجد لدى المؤسسة برنامج تثقيفي عن التوحد بمعدل محاضرة واحدة على الأقل كل شهر.	٢
					تقدم المؤسسة خدمات الإرشاد الأسري لأسر الأطفال التوحدين حول الضغوط النفسية وكيفية التعامل معها.	٣
				- مقابلة عينة من الأسر	تقوم المؤسسة بالتواصل اليومي مع الأسرة من خلال دفتر الملاحظات اليومية.	٤
				- الاطلاع على عينة من دفاتر الملاحظات اليومية		
				- مقابلة عينة من الأسر	تزود المؤسسة أسرة الطفل التوحد بتقارير شهرية وفصلية توضح مدى تقدم الطفل في البرنامج.	٥
				- الاطلاع على خطط المؤسسة.	يتم إشراك أسرة الطفل التوحد في جميع مراحل تقديم الخدمات التربوية الخاصة.	٦
					تعد المؤسسة اجتماعاً لأسر الأطفال التوحدين مرة كل شهر ليتبادلوا خبراتهم.	٧
				زيارة منزلية أو مقابلة عينة من الأسر	تقديم البرامج التدريبية بما فيها الجداول البشرية.	٨

2 May 2019

سابعاً- الدمج والخدمات الانتقالية:

ت	المؤشر	طرق التحقق	٤	٣	٢	١
١	تحدد المؤسسة مدرسة لدمج الأطفال التوحيديين الذين تسمح قدراتهم بذلك	الاطلاع على تقارير المؤسسة حول مدارس الدمج				
٢	تقيم المؤسسة الأماكن التي سيدمج بها الأطفال التوحيديين قبل دمجهم					
٣	تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد لمعلمي المدرسة التي سيدمج بها الأطفال التوحيديين	- زيارة مدرسة الدمج - الاطلاع على سجل الدورات				
٤	تتيح المؤسسة فرصة للأطفال التوحيديين وأسرهم للاطلاع على أماكن الدمج والأماكن الانتقالية	مقابلة عينة من الأسر				
٥	تعقد المؤسسة دورات تدريبية عن التوحد للأطفال غير التوحيديين لتسهيل تفاعلهم مع الأطفال التوحيديين	- زيارة المدرسة - الاطلاع على سجل الدورات				
٦	تستمر المؤسسة بالإشراف على برامج دمج الأطفال التوحيديين فصلياً	الاطلاع على تقارير المؤسسة الدورية				

ثامناً- التقييم الذاتي:

ت	المؤشر	طرق التحقق	٤	٣	٢	١
١	يجري المركز تقييماً ذاتياً مرة واحدة على الأقل كل سنتين.	الاطلاع على دراسات التقييم الذاتي				
٢	تستخدم المؤسسة منهجية علمية في عملية التقييم باستخدام طرق البحث الكمي والنوعي.					
٣	يتضمن تقييم البرنامج قياس مدى رضا أسر الأطفال التوحيديين عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم.					
٤	توظف المؤسسة نتائج التقييم في تطوير مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسة.	الاطلاع على خطط التطوير				

2 May 2019

NO.	13
Title	Vitamin D receptor gene mutation and vitamin D levels in children have autism spectrum disorder.
Author(s)	Mustafa Jawad Kadham ⁽¹⁾ , Rawaa Najim Abdala ⁽²⁾ , Abdul Ameer Nasir Al-Rekabi ⁽³⁾ ⁽¹⁾ Dijlah University ⁽²⁾ Ashur collage University ⁽³⁾ Mustansiriyah University

Abstract:

Current study targeted 200 autistic children in Baghdad governorate from children referred to the Central Pediatric Teaching Hospital, as well as patients who were referred to Dr. Haidar Al Malki Consultant Clinic in Pediatric Neuro-medicine from 1 year to 12 years. the percentage of males with autism was 84% compared with females was 16% from total patients, the age group of 4-6 years is the most frequent group with 59% of the total patients followed by the age group 7-9 years with 28%. The result of vitamin D3 level for 80 patients showed about 15% of them have Severe Deficiency of D3 by mean level 7.6 ng/ml while 50% had vitamin D deficiency at a concentration rate of 14.2 ng/ml, the mild – Moderate Deficiency (Insufficient) category were appear by 25% at concentration rate of 23 ng/ml, while the percentage of optimal level (Sufficient) of D3 in children have autism were 10% by at concentration rate of 32.6 ng/ml. The results of Vitamin D receptor mutation by sequence of nitrogen bases for 10 autistic patients who suffer from a severe deficiency of vitamin D level and two children healthy control. The results of the showed no mutations in 8 samples in addition to two control samples while one patient (A1) was recorded 10 substitution mutations divided to 8 Transition in location 475, 395, 292, 287, 249, 211, 206, 179 and 2 Transversion in location 314, 259, two mutations occurred within Intron and six mutation considered nonsense mutation and two missense mutation in location 314 Nucleotide G>T Nucleotide change CTA>ATA Amino acid change Leucine> Isoleucine and location 249 Nucleotide G>A Nucleotide change ACG>ATG Amino acid change Threonine> Methionine while patient (A2) was recorded 6 substitution mutations divided to 5 Transition in location 475, 292, 157, 154, 138, and 1 Transversion in location 492. The effect of mutations, five mutations occurred within Intron and one mutation considered nonsense mutation location 292 Nucleotide G>A Nucleotide .

Introduction:

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder, which usually develops in early 3 years of life. ASDs are a heterogeneous group of complex biological and neurodevelopment diseases (1).

2 May 2019

ASD, with an unknown etiology, remains poorly understood and has no specific treatment. The prevalence of ASD has increased over the past decade and is continuously increasing. This condition made its medical management a challenging task. However, it is unclear whether the increase of its prevalence is due to changes in diagnosis or a true increase in proportion of cases (2).

Autism is a group of lifelong developmental disabilities with multiple genetic and environmental risk factors that is generally not curable. The people with autism suffer from impaired social interaction and problems in verbal and nonverbal communication. This disease is associated with other neuro-behavior-cognitive disorders. Its symptoms include a wide range of socio-communication problems, intellectual disabilities, speech problems, attention deficit hyperactivity, seizure disorder, fragile X syndrome, or tuberous sclerosis. Moreover, some children may also have various mental health problems such as depression or anxiety (3).

Ming et al and Gonzalez et al detected that ASDs often have a multitude of biological features too. These biological features include systemic pathophysiological disturbances such as increasing oxidative stress, mitochondrial dysfunction, and metabolic or immune abnormalities (4).

The interaction of genetic and environmental parameters in ASD was investigated in recent years. Lack of vitamin D has newly been suggested as a probable environmental risk factor for autism (5).

Vitamin D deficiency is now recognized as a pandemic problem. Vitamin D deficiency mainly occurs due to low sun exposure, while it is the main source of vitamin D for humans. Vitamin D is a hormone produced in the skin. It has a hormone-like effect on all tissues of the body. Vitamin D regulates bone metabolism, calcium absorption, gene expression, cell replication, differentiation, and death. Vitamin D has a pivotal role in prevention of cancers. Vitamin D has two different compounds including cholecalciferol found mainly in plants, and ergocalciferol found mainly in animals. To start the production of vitamin D, the skin must be exposed to ultraviolet light and at the end develops an active form of vitamin-calcitriol (1,25-(OH)₂D₃) (6).

Vitamin D deficiency causes rickets, osteoporosis, osteopenia, and osteomalacia (bone and body pains). Additionally vitamin D deficiency plays a key role in multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, many cancers, depression, autism, falls, heart diseases such as congestive heart failure, type 1 diabetes, high blood pressure, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, parkinsonism, bacterial vaginosis, C-sections, chronic headaches, chronic back pain, osteoarthritis, allergies, eczema, melanoma, psoriasis and gum disease. Appropriate levels of vitamin D boost immune system and protect human against colds and flu (7). Levels of 25(OH)D are applied to determine the status of vitamin D level in every individual (8).

2 May 2019

It has been suggested that vitamin D hormone plays a role in autism while there is an association between the incidence of autism and low levels of vitamin D (9).

Vitamin D has a position in neuro-differentiation, gene regulation, embryogenesis, neuro-immunity, and antioxidant and anti-apoptosis effects (10). A relatively small proportion of studies have focused on the status of vitamin D in patients with autism. The present study aimed to further investigate the potential role of vitamin D in autism by measuring the levels of vitamin D [25(OH)D in children with ASD.

Materials and Methods:

1- Location, Duration and Data collection of the Study

The blood samples of autistic children were collected during the period march - September 2017 in from children referred to the Central Pediatric Teaching Hospital and Dr. Hider AL- Maliki clinic in Baghdad province / Iraq, under his supervision. According to the DSMIV criteria. A total of 5 ml venous blood was aspirated from each individual and plan tube for obtain of serum by centerfugation at 5000 rpm for immunological test. The samples were brought to the laboratory in a well-insulated ice box. All subjects completed a questionnaire on age, gender and history of any chronic diseases such as diabetes mellitus, hypertension.

2- Serum 25(OH) D3 Determined

Serum 25(OH) D3 levels were measured using by ELISA assay kit which was designed for the determination in human serum or plasma samples (Eagle Biosciences Inc., MA, USA).

3- Molecular study for VDR gene

DNA was extracted from blood cells using the Qiagen Blood DNA Mini kit (QIAGEN China (Shanghai) Co. Ltd, Shanghai, China) following the protocol described previously. Specific primers were used in this study; the primers were supplied by Bioneer / Korea. Forward and reverse sequence of these primers and product size are presented in Table (1). PCR protocol ; Initial Denaturation at 94°C for 3 min, Denaturation at 94°C for 30sec, Annealing at 61°C for 30sec, Extension at 72°C for 30sec, repeat this cycle for 40 time then Final Extension at 72°C for 5 min. Uniplex PCR products for studied genes tested were stored at -20 °, and then nucleotides sequence was carried out by sending 25µl of PCR product samples and primers (Forward or reverse, separately) to Bioneer Company / Korea

2 May 2019

Table (1): Sequence and product size of primers used in this study.(11)

Primer	Sequence	Tm (°C)	GC (%)	Product size(bp)
VDR Forward	5-GGATCCTAAATGCACGGAGA-3	61	52	630
VDR Reverse	5-AGGAAAGGGGTTAGGTTGGA-3	61	52	

Results and Discussion:

1- Sex with autism

The table (2) shows that the percentage of males to females with autism the results showed was 84% in males compared with females, which was 16% from total patients.

Table (2): The percentage of males to females in samples of ASD.

Sex	No.	%
Male	168	84
Female	32	16
Total	200	100

Epidemiologic and prevalence studies show that males are affected with ASDs more frequently than females. The result of the current study was congruent with the previous studies and the **CDC (12)** which reported that that autism is five times more likely to occur in boys than in girls. Several theories have been established to explain this increase in males. One of the most important of these theories involves X chromosome. **(13)** found that the X chromosome, compared to the rest of the genome, contains an excess of genes highly expressed in brain tissues leading to an exceptionally important role of the X chromosome in brain function **(13)**. Several X-linked genes that are found to be ASD risk genes may account for the high risk of autistic males according to various genome screens which have shown that at least two loci on the X chromosome are associated with a predisposition to autism along with other mutations of genes on the same chromosome **(14-16)** suggested that autism is an X-linked disorder also **(17)** reported that Boys at higher risk for autism than girls with sex ratio more than 5.5:1 , while others may explain male predominant of autism **(18)** .

There are two sides to the coin of higher rates of ASD in boys. One is the possibility that males carry inherent risk factors that make them more vulnerable to genetic mutation or environmental insult. The other is that girls are inherently protected from the same. Studies that explore a biological origin of the sex difference in ASD emphasize circulating gonadal steroid levels in utero **(19)** or cumulative genetic risk

2 May 2019

factors that have differential penetrance in boys versus girls (20). In contrast, several studies support the contention that females carry a higher load of genetic mutation before succumbing to ASD, suggesting they are protected (21,22). A third and currently untested possibility is that females are actually more sensitive to genetic anomalies impacting brain development and disproportionately die in utero (23).

2- Age groups with autism

The age group distribution, as shown in Table (3) it was found that the age group of 4-6 years is the most frequent group with 59% of the total patients followed by the age group 7-9 years with 28%

Table (3): The distribution in ASD according to age

Age of patients	No.	%
1-3	8	4
4-6	118	59
7-9	56	28
10-12	18	9
Total	200	100

The demographic characteristic of the autistic children in table (3) shows that the age of children ranged from one to 12 years. This finding was slightly different from that reported by **Sipos et al. (2012)** who found that the children's age ranging between two and 14 years, the differences might be due to the selection criteria of the current study that consists of children aged 1-12 years old (24).

The onset of symptoms of the present sample shows that the highest percentages (59%) of children were the symptoms are clearly appear at four year of age. The APA (2014) reported that autism appearing within the first three years of life. Table (3) shows that 59% of children were diagnosed with autism at age 4 years and more. This result was congruent with **Karst and Van Hecke (2012)** who reported that the parents are informed of an autistic disorder diagnosis for their child often comes much later, when the child is at 3 years of age (25).

ASD can in some cases be reliably diagnosed by age 2 years (26), but in community settings the mean age at diagnosis is often considerably higher (27) however, many studies have found that a significant proportion of children are not diagnosed until school age (28). These studies have examined associations between age at diagnosis and several child-, family-, and community-level characteristics. Many factors associated with delayed diagnosis are modifiable or can be targeted for intervention with the ultimate goal of earlier detection. summary of study findings on specific factors associated with age at diagnosis Findings were grouped loosely by the following categories: (1) clinical characteristics, (2) sociodemographic characteristics,

2 May 2019

(3) parental concern, (4) health-care and education systems interactions, (5) geographic region and associated characteristics, and (6) cohort and period effects.

3- Serum 25-Hydroxy Vitamin D level

Table (4) shows vitamin D status in general. The results of our current study of 80 Iraqi children with autism revealed that about 15% of them have Severe Deficiency of D3 by mean level 7.6 ng/ml while 50% had vitamin D deficiency at a concentration rate of 14.2 ng/ml, the mild – Moderate Deficiency (Insufficient) were appear by 25% at concentration rate of 23 ng/ml, while the percentage of optimal level (Sufficient) of D3 in children have autism were 10% by at concentration rate of 32.6 ng/ml, The average vitamin D concentration for all patients was 17.3, which was classified as vitamin D deficiency.

Table (4): the range of vitamin D3 level

Serum 25-Hydroxy	
Vitamin D in ng/ml	Vitamin D Status
≤ 10	Severe Deficiency
10-20	Deficiency
20-30	Mild – Moderate Deficiency
≥ 30	Sufficient
40-50	Ideal
50-150	Indeterminate
>150	Toxicity

Table (5): the main of vitamin D3 level in Iraqi children have autisms

State level of Vitamin 25 (OH)D in ng/ml	Number of Participants	%	Mean Level of Vitamin 25(OH)D
Severe Deficiency <10 ng/ml	12	15	7.6
Deficiency 10-20 ng/ml	40	50	14.2
Suboptimal (Insufficient) 20-30 ng/ml	20	25	23.0
Optimal level (Sufficient) ≥ 30 ng/ml	8	10	32.6
Total	80	100	Average mean 17.3

Many studies suggest that a minimum circulating level of 25(OH)D should be more than 30 ng/mL, Michael Holick quoted vitamin D deficiency as <20 ng/mL and vitamin D inadequacy between 20 and 29 ng/mL (29). Cannell and Hollis recently stated that ideal 25(OH)D levels should be maintained at 40–70 ng/ mL year-round.9 Reinhold Vieth reported that “natural levels,” that is, levels found in humans who live or work in the sun, are around 50 ng/mL (30).

2 May 2019

Furthermore, a French group found that developmental vitamin D deficiency disrupts 36 proteins involved in mammalian brain development (31). Subjects with autism show increases in inflammatory cytokines, which have consistently been associated with cognitive impairment. These inflammatory mediators show similarity to the immune processes regulated by vitamin D (32). Maintaining vitamin D sufficiency in utero and during early life, to satisfy the vitamin D receptor transcriptional activity in the brain, may be important for brain development as well as for maintenance of mental function later in life (33).

4- Vitamin D receptor mutation

The results of our study for 10 autistic patients who suffer from a severe deficiency of vitamin D level and two children healthy control. The results of the sequence of nitrogen bases showed no mutations in this genetic region for 8 samples in addition to two control samples while one patient (A1) was recorded 10 substitution mutations divided to 8 Transition in location 475, 395, 292, 287, 249, 211, 206, 179 and 2 Transversion in location 314, 259. The effect of mutations, two mutations occurred within Intron and six mutation considered nonsense mutation and two missense mutation in location 314 Nucleotide G>T Nucleotide change CTA>ATA Amino acid change Leucine > Isoleucine and location 249 Nucleotide G>A Nucleotide change ACG>ATG Amino acid change Threonine> Methionine

While patient (A2) was recorded 6 substitution mutations divided to 5 Transition in location 475, 292, 157, 154, 138, and 1 Trinsversion in location 492. The effect of mutations, five mutations occurred within Intron and one mutation considered nonsense mutation location 292 Nucleotide G>A Nucleotide change CTC>CTT Amino acid change Leucine> Leucine such as table (6).

Table (6): description and analysis for VDR gene mutation

No. of sample	Type of substitution	Location	Nucleotide	Nucleotide change	Amino acid change	Predicted effect	Range of nucleotide	Identities
A1	Transition	475	G>A	INTRON			166 to 479	97%
	Transition	395	G>A	CTA>TTA	Leucine> Leucine	nonsense		
	Trinsversion	314	G>T	CTA>ATA	Leucine> Isoleucine	Missense		
	Transition	292	G>A	CTC>CTT	Leucine> Leucine	nonsense		
	Transition	287	G>A	CTG>TTG	Leucine> Leucine	nonsense		

2 May 2019

	Trinsversion	259	G>C	CGC>CGG	Arginine> Arginine	nonsense		
	Transition	249	G>A	ACG>ATG	Threonine> Methionine	Missense		
	Transition	211	A>G	ATT>ATC	Isoleucine> Isoleucine	nonsense		
	Transition	206	G>A	CTG>TTG	Leucine> Leucine	nonsense		
	Transition	179	C>T	INTRON				
A2	Transition	475	G>A	INTRON			113 to 479	99%
	Transition	292	G>A	CTC>CTT	Leucine> Leucine	nonsense		
	Transition	157	G>A	INTRON				
	Transition	154	G>A	INTRON				
	Transition	138	G>A	INTRON				
A2	Trinsversion	492	C>G	INTRON			110 to 499	

Vitamin D3 plays a crucial role in its impact on the development and function of the brain(34) and vitamin D is therefore implicated in neuropsychiatric disorders, such as autism spectrum disorder (35) By interaction with the specific VDR, the developmental and functional consequences of vitamin D in the nervous system can be modulated. It was shown that patients bearing mutations in their VDR receptor gene might have a different activation threshold than the wild form of the receptor (36). It was also shown that polymorphisms in the VDR gene could modulate bone mineral density (37) and cause inactivation of vitamin D receptor effects on skeletal and calcium homeostasis (38). As all molecular actions of 1,25(OH)2D3 are mediated by the VDR (35), the presence of SNPs can influence the gene expression (39) and thus genetic polymorphism in the VDR receptor gene may be associated with altered VDR expression and function in the presence of functional 1,25(OH)2D3 rather than with the serum level of vitamin D3 or its precursors (40).

Vitamin D plays a crucial role in neuropsychiatric disorders, the importance of vitamin D3 in the development of autism is implicated (41). Moreover, because 90% of human vitamin D3 stores come from skin production (42) it is also suggested by (43) that the autism increasing rates are linked with sun-avoidance programs for pregnant women, newborns and infants. (44) showed that offspring of mothers with low vitamin D3 concentration (<49 nmol/L) were linked with an increased risk for development of autism. Similar results were presented by (45) who showed below-

2 May 2019

normal (31.5–40 nmol/L) concentrations of vitamin D in serum of patients with autism, schizophrenia and ADHD. The relevance of epigenetic programming following dietary supplementation with vitamin D in the mother during pregnancy, which can induce a persistent functional epigenetic state in the newborn thereby contributing to a decreased susceptibility to develop ASD despite its genetic risk, warrants further study of VDR as an ASD candidate gene in larger cohorts. In recent years, autism has grown to an “epidemic” with a 50-fold increase in prevalence during the last 25 years (46)) and it is important to search for new methods of diagnosis and prevention. Genetic alterations of the VDR gene could lead to defects in gene activation and functioning of the receptor protein, and the detection of genetic polymorphisms in the VDR gene driving disease susceptibility can be a useful instrument in preventive medicine (45). Many conflicting studies were published on the impact of vitamin D deficiency on the development of particular diseases, including autism and therefore, the attention should be focused on genes that control vitamin D metabolism and efficient functioning in the body. Indeed, the final outcome is a combination of an environmental factor (vitamin D) and genetic background (mutations of VDR gene) and is apparent in many tissues as the VDR is widely expressed (47).

Reference:

1. **Moore, D., Cheng, Y., McGrath, P., & Powell, N. J. (2005).** Collaborative virtual environment technology for people with autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 20(4), 231-243.
2. **Ashwood, P., Wills, S., & Van de Water, J. (2006).** The immune response in autism: a new frontier for autism research. *Journal of leukocyte biology*, 80(1), 1-15.
3. **Gillberg, C. (2010).** The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in developmental disabilities*, 31(6), 1543-1551.
4. **Chaste, P., & Leboyer, M. (2012).** Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(3), 281.
5. **Coleman, M., & Gillberg, C. (2012).** The autisms. OUP USA.
6. **Braunschweig, D., Krakowiak, P., Duncanson, P., Boyce, R., Hansen, R. L., Ashwood, P., ... & Van de Water, J. (2013).** Autism-specific maternal autoantibodies recognize critical proteins in developing brain. *Translational psychiatry*, 3(7), e277.
7. **Frye, R. E., Melnyk, S., & MacFabe, D. F. (2013).** Unique acyl-carnitine profiles are potential biomarkers for acquired mitochondrial disease in autism spectrum disorder. *Translational psychiatry*, 3(1), e220.
8. **Meador, K. J., & Loring, D. W. (2013).** Risks of in utero exposure to valproate. *Jama*, 309(16), 1730-1731.

2 May 2019

9. Landgren, M., Svensson, L., Strömmland, K., & Grönlund, M. A. (2010). Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in children adopted from eastern Europe. *Pediatrics*, peds-2009.
10. Idring, S., Lundberg, M., Sturm, H., Dalman, C., Gumpert, C., Rai, D., ... & Magnusson, C. (2015). Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001–2011: findings from the Stockholm youth cohort. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1766-1773.
11. Ciéslińska, A., Simmelink, J., Teodorowicz, M., Verhoef, J. C. M., Tobi, H., & Savelkoul, H. F. J. (2017). Distribution of month of birth of individuals with autism spectrum disorder differs from the general population in the Netherlands. In *Autism-Paradigms, Recent Research and Clinical Applications*.
12. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). The state of aging and health in America 2013. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services.
13. Nguyen D. K. and Disteche C. M. (2006). High expression of the mammalian X chromosome in brain. *Brain Res.* 1126(1):46-49.
14. Laumonnier, F.; Bonnet-Brilhault, F.; Gomot, M.; Blanc, R.; David, A.; Moizard, M. P.; Raynaud, M.; Ronce, N.; Lemonnier, E.; Calvas, P. and Laudier, B. (2004). X-linked mental retardation and autism are associated with a mutation in the NLGN4 gene, a member of the neuroligin family. *The American Journal of Human Genetics*, 74(3):552-557.
15. Liu, C., Wilson, S. J., Kuei, C., & Lovenberg, T. W. (2001). Comparison of human, mouse, rat, and guinea pig histamine H4 receptors reveals substantial pharmacological species variation. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 299(1), 121-130.
16. Shao, Y., Raiford, K. L., Wolpert, C. M., Cope, H. A., Ravan, S. A., Ashley-Koch, A. A., ... & Cuccaro, M. L. (2002). Phenotypic homogeneity provides increased support for linkage on chromosome 2 in autistic disorder. *The American Journal of Human Genetics*, 70(4), 1058-1061.
17. Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., ... & Reynolds, A. M. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu. Rev. Public Health*, 28, 235-258.
18. Werling, D. M., & Geschwind, D. H. (2013). Sex differences in autism spectrum disorders. *Current opinion in neurology*, 26(2), 146.
19. Auyeung, B., Taylor, K., Hackett, G., & Baron-Cohen, S. (2010). Foetal testosterone and autistic traits in 18 to 24-month-old children. *Molecular autism*, 1(1), 11.
20. Gockley, J., Willsey, A. J., Dong, S., Dougherty, J. D., Constantino, J. N., & Sanders, S. J. (2015). The female protective effect in autism spectrum disorder is not mediated by a single genetic locus. *Molecular autism*, 6(1), 25.
21. Robinson, J. P., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (Eds.). (2013). *Measures of personality and social psychological attitudes: Measures of social psychological attitudes* (Vol. 1). Academic Press.

2 May 2019

22. Turner, T. N., Sharma, K., Oh, E. C., Liu, Y. P., Collins, R. L., Sosa, M. X., ... & Pihur, V. (2015). Loss of δ -catenin function in severe autism. *Nature*, 520(7545), 51.
23. Jacquemont, S., Berry-Kravis, E., Hagerman, R., Von Raison, F., Gasparini, F., Apostol, G., ... & Gomez-Mancilla, B. (2014). The challenges of clinical trials in fragile X syndrome. *Psychopharmacology*, 231(6), 1237-1250.
24. Şipoş, R., Predescu, E., Mureşan, G., & Iftene, F. (2012). The evaluation of family quality of life of children with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactive disorder. *Applied Medical Informatics*, 30(1), 1-8.
25. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 15(3), 247-277.
26. Steiner, A. M., Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Ence, W. A. (2012). Issues and theoretical constructs regarding parent education for autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1218-1227.
27. Daniels, A. M., & Mandell, D. S. (2013). Children's compliance with American Academy of Pediatrics' well-child care visit guidelines and the early detection of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(12), 2844-2854.
28. Shattuck, P. T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D. S., Wiggins, L., ... & Baio, J. (2009). Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 474-483.
29. Holick, M. F. (2009). Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. *Annals of epidemiology*, 19(2), 73-78.
30. Vieth, R. (2006). What is the optimal vitamin D status for health?. *Progress in biophysics and molecular biology*, 92(1), 26-32.
31. Almeras, L., Eyles, D., Benech, P., Laffite, D., Villard, C., Patatian, A., ... & Féron, F. (2007). Developmental vitamin D deficiency alters brain protein expression in the adult rat: implications for neuropsychiatric disorders. *Proteomics*, 7(5), 769-780.
32. Ashwood, P., & Wakefield, A. J. (2006). Immune activation of peripheral blood and mucosal CD3+ lymphocyte cytokine profiles in children with autism and gastrointestinal symptoms. *Journal of neuroimmunology*, 173(1-2), 126-134.
33. Eyles, D. W., Smith, S., Kinobe, R., Hewison, M., & McGrath, J. J. (2005). Distribution of the Vitamin D receptor and 1 α -hydroxylase in human brain. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 29, 21-30.
34. Eyles, D., Brown, J., Mackay-Sim, A., McGrath, J., & Feron, F. (2003). Vitamin D3 and brain development. *Neuroscience*, 118(3), 641-653.
35. Bikle, D. D. (2014). Vitamin D metabolism, mechanism of action, and clinical applications. *Chemistry & biology*, 21(3), 319-329.
36. Mura, E., Govoni, S., Racchi, M., Carossa, V., Ranzani, G. N., Allegri, M., & van Schaik, R. H. (2013). Consequences of the 118A> G polymorphism in the

2 May 2019

- OPRM1 gene: translation from bench to bedside?. *Journal of pain research*, 6, 331.
37. **Arai, H., Miyamoto, K. I., Taketani, Y., Yamamoto, H., Iemori, Y., Morita, K., ... & Takeda, E. (1997).** A vitamin D receptor gene polymorphism in the translation initiation codon: effect on protein activity and relation to bone mineral density in Japanese women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 12(6), 915-921.
38. **Panda, D. K., Miao, D., Bolivar, I., Li, J., Huo, R., Hendy, G. N., & Goltzman, D. (2004).** Inactivation of the 25-hydroxyvitamin D 1 α -hydroxylase and vitamin D receptor demonstrates independent and interdependent effects of calcium and vitamin D on skeletal and mineral homeostasis. *Journal of Biological Chemistry*, 279(16), 16754-16766.
39. **Cieřlińska, A., Sienkiewicz-Szlapka, E., Wasilewska, J., Fiedorowicz, E., Chwała, B., Moszyńska-Dumara, M., ... & Kostyra, E. (2015).** Influence of candidate polymorphisms on the dipeptidyl peptidase IV and μ -opioid receptor genes expression in aspect of the β -casomorphin-7 modulation functions in autism. *Peptides*, 65, 6-11.
40. **Johnson, D. D., Wagner, C. L., Hulsey, T. C., McNeil, R. B., Ebeling, M., & Hollis, B. W. (2011).** Vitamin D deficiency and insufficiency is common during pregnancy. *American journal of perinatology*, 28(01), 007-012.
41. **Eyles, D. W., Burne, T. H., & McGrath, J. J. (2013).** Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. *Frontiers in neuroendocrinology*, 34(1), 47-64.
42. **Holick, M. F. (1987, April).** Photosynthesis of vitamin D in the skin: effect of environmental and life-style variables. In *Federation proceedings* (Vol. 46, No. 5, pp. 1876-1882).
43. **Cieřlińska, A., Kostyra, E., Chwała, B., Moszyńska-Dumara, M., Fiedorowicz, E., Teodorowicz, M., & Savelkoul, H. F. (2017).** Vitamin D receptor gene polymorphisms associated with childhood autism. *Brain sciences*, 7(9), 115.
44. **Whitehouse, A. J., Holt, B. J., Serralha, M., Holt, P. G., Hart, P. H., & Kusel, M. M. (2013).** Maternal vitamin D levels and the autism phenotype among offspring. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(7), 1495-1504.
45. **Humble, M. B., Gustafsson, S., & Bejerot, S. (2010).** Low serum levels of 25-hydroxyvitamin D (25-OHD) among psychiatric out-patients in Sweden: relations with season, age, ethnic origin and psychiatric diagnosis. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 121(1-2), 467-470.
46. **Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... & Song, D. H. (2011).** Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904-912.
47. **DeLuca, G. C., Kimball, S. M., Kolasinski, J., Ramagopalan, S. V., & Ebers, G. C. (2013).** the role of vitamin D in nervous system health and disease. *Neuropathology and applied neurobiology*, 39(5), 458-484.

NO.	15
Title	Survey of skills, activities and tools used in teaching children with autism in Baghdad governorate.
Author(s)	Assist. Prof. Dr. Mahasin T. Al-Harbawe ⁽¹⁾ , Lect. Atika F. Kharalla ⁽²⁾ ^(1,2) Medical Technical Institute/ Baghdad Middle Technical University

Abstract:

Autistic disorder is one of the complex developmental disability. There are many characteristics of this disorder. First mental anomalies, imbalance in communication. Second, great shortage in diagnosis, treatment and lack of professional team who are well oriented to deal with this type of personal disorder⁽⁶⁾.

The study aimed to:

- 1- Know some characteristics of the teachers who are teaching autistic children.
- 2- Determine the skills, the teachers use to teach the autistic children.
- 3- To explore the activities adapted by the teachers to stimulate teaching process of the autistic children.

To achieve the aims and objectives of the study, special questionnaire and checklist has been designed. Purposive sample of (20 teachers) are interviewed and checked of the activities for the purpose of the study selected from Governmental and private institutes who teach and trained children whom have Autism disorder .

The data has analyzed and presented as tables (using frequency and percentage) and graphs, also used to data presentation. The findings depicted that many of the teachers are not well oriented of the programs of autism teaching and there is a need for national strategy to deal with autism.

The study recommended national campaign to display autism disorder, construct national program for teaching autistic children, exchange experience with regional and international institutes of autism, also to encourage the staff with material and moral privilege. Finally, further studies for bigger samples with different shed light of autism disorders.

Introduction:

Autistic disorder is one of the complex developmental disabilities for the mystery of the reasons behind it. There are many characteristics of this disorder:

First, mental anomalies, imbalance in communication.

Second, great shortage in diagnosis, treatment and lack of professional team who are well oriented to deal with this type of personal disorder. ^(1, 2)

Studies has shown that the rate of autism has arised to 75-100 cas/10000 of life births it is newly discovered, First time was in 1943 in the united states of America. ⁽³⁾

Autism happens in the early childhood (the first three years of life), as childhood is the corner stone in human being development. ⁽⁴⁾ When the child with autism loses

2 May 2019

their social skills of lingual communication gradually, that could affect their orientation of dangerous surrounding which makes them vulnerable to harm and exploitation.⁽⁵⁾

Aims of the study:

1. To know some of the teachers demographic characteristics as (age, educational level ... etc).
2. Determine the skills they use to teach autistic children.
3. To explore the activates adopted to stimulate teaching process with autistic children.

Methodology:

Follow setting the aims of this study special checklist and questionnaire has been designed to achieve the goals. Purposive sample of (20 teachers) mostly females has been interviewed, their skill & activities checked and listed for the purpose of the study. The data collected from governmental and private institutes that deal with this disorder some teachers of special education have been part of this sample also. The data has analysis and presented as tables using numbers of percentages (graphs also used to highlight the findings).

Results:

Table (1): Distribution of teachers age group and educator.

Age group years	No.	%
20-24	5	25%
25-29	9	45%
30-34	2	10%
35-40	1	5%
Above 40 y.o.	3	15%
Total	20	100%
Educational level	No.	%
BA special education	3	15%
BA education	2	20%
Diploma	6	30%
Other	9	45%
Total	20	100%

2 May 2019

This table shows that the majority of teachers age group 45% aged between 20-29 years of age. Their educational level varied between BA education, Diploma, the highest percentage was (others 45%) which include different levels volunteers & daily basis payment teachers.

Table (2): Numbers of students taught in each class, basis of teaching.

How many children in one class		
2-5	2	10%
6-9	18	90%
Basis of teaching		
Single	-	-
Group	-	-
Both	20	100%
Total	20	100%

The table above indicates that 6-9 children were in one class 90% . Also 100% of the teachers used groups and single teaching together.

Table (3): Programs applied in teaching autistic children.

Programs	No.	%
International programs		
PEX	1	5%
Lovas	1	5%
TEACH	18	90%
Programs designed for Iraqi environment	none	none
Total	20	100%

The table above indicates that 90% of the teachers use TEACH program, also mixed of PEX and Lovas programs. There is no program for Iraqi environment.

2 May 2019

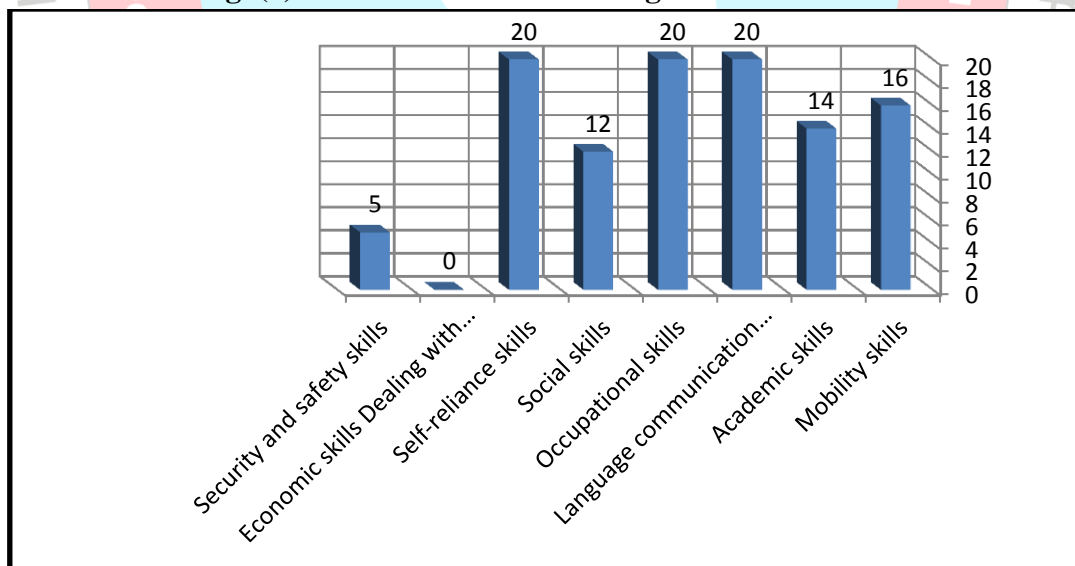
Table (4): Certified skills of teaching autistic children.

Certified skills	No.*	%
Mobility skills	16	80%
Academic skills	14	70%
Language communication skills	20	100%
Occupational skills	20	100%
Social skills	12	60%
Self-reliance skills	20	100%
Economic skills Dealing with economy	none	none
Security and safety skills	5	25%
Total	**107	

* no = 20

** more than one response for each teacher

Fig. (1) Certified skills of teaching autistic children.



This table & figure shows that the teachers used the lingual language communicational, occupational and self-reliance skill, followed by mobility and academic skills.

2 May 2019

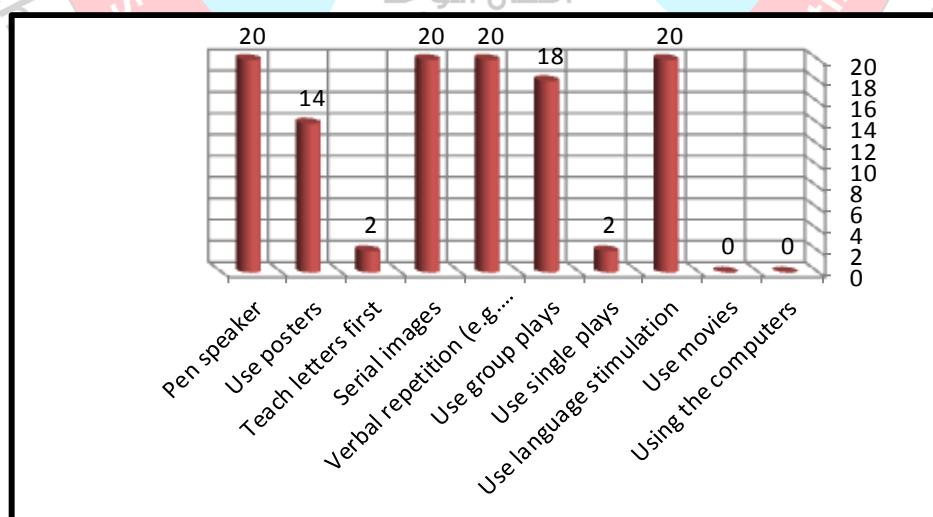
Table (5): Activities and tools used as method of teaching Autistic children.

Activities	No.*	%
Using the computers	0	0%
Use movies	0	0%
Use language stimulation	20	100%
Use single plays	2	10%
Use group plays	18	90%
Verbal repetition (e.g. using mirror)	20	100%
Serial images	20	100%
Teach letters first	2	10%
Use posters	14	70%
Pen speaker	20	100%
Total	**116	

* no = 20

** More than one response for each teacher

Fig. (2) Activities and tools used as method of teaching Autistic children.



2 May 2019

The above table & Figure depicted that the highest percentage of teachers apply activities like language stimulation, verbal repetition (using mirror) and serial images (100%) as activities in teaching autistic children followed by group play 90%. Also it is important to mention the pen speaker as newly used tool which have also 100% as tools of teaching.

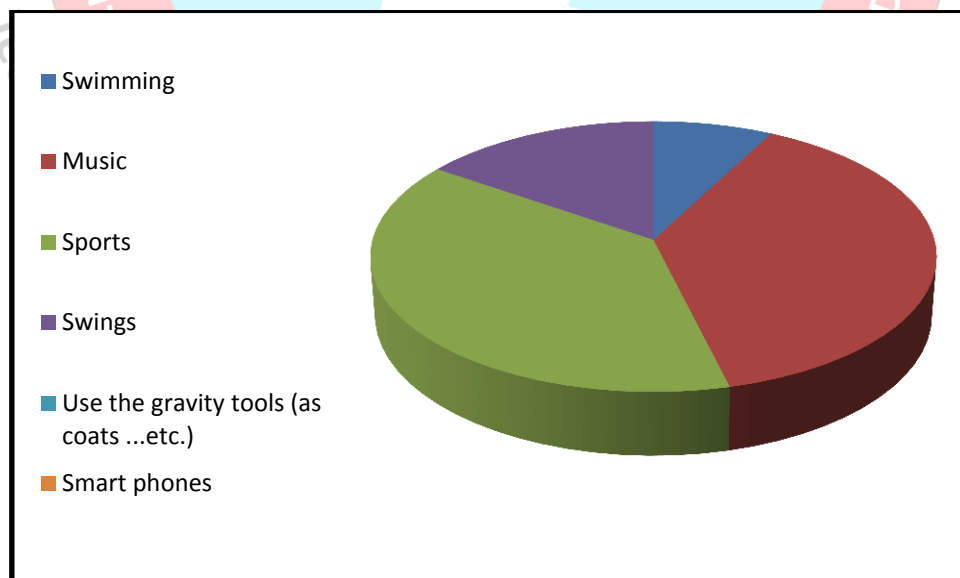
Table (6): Activities used to stimulate teaching used by teachers with Autistic children.

Activities	No.*	%
Swimming	4	20%
Music	20	100%
Sports	20	100%
Swings	8	40%
Use the gravity tools (as coats ...etc.)	none	none
Smart phones	none	none
Total	**52	none

* no = 20

** more than one response for each teacher

Fig. (3) Activities used to stimulate teaching used by teachers with Autistic children.



The table & figure above shows that the teacher used sports and music 100% to stimulate teaching of autistic children, also 40% use swing, only 20% use swimming,

2 May 2019

no one use the gravity tools (as heavy coats, heavy material .. etc) so with smart phones.

Discussion:

According to the study findings, the majority of the teachers aged between 20-29 years, 15% only above 40 years that age of the headmasters.

Their educational level basically diploma 30% the highest percentages 45% were mixed of diploma and BA , because they are volunteers and work on daily basis payment.

The number of children with autism in one class ranged between (6-9) 90% and the teachers used both group and single approach of teaching, they think to gather the students and teach any of them in front of others that enrich his knowledge from the teacher point of view.

It is important to highlight that there's no program designed for the Iraqi environment, most of the teachers create their own way directed by the headmaster to give knowledge and teach the autistic child, basically they used TEACH international program, very few have an idea about PEX and lovas programmes.

In relation to the certificated skills of teaching the teachers use the language communication skills (100%), self-reliance and occupational skills 100% while mobility recorded 80%, less of social skills 60% , it is important to mention that they do not teach the child any economical skills like buying and dealing with money.

Also it's noticed that they don't pay attention to the security and safety skills to teach their students about it.

Concerning activities and tools used by teachers as methods of teaching autistic students it's clear that they use language stimulation and verbal repetition (using mirror), also showing serial images as main activities followed by group play, using posters.

The remarkable tools that all study group use is the pen speaker which is an excellent tool from their point of view and from the observation.

Finally, there are stimulating activities and tool use by teachers to teach autistic children 100% use music, sports, also swing an important way, very few put an artificial swimming pool to encourage children to learn better.

Recommendation:

Depending on the study findings and discussion, and from the international & regional studies reviewed, also from the observation, the study recommended the following:

1. Preparing for national campaign to display the autism disorder.
2. Exchange of experiences of autism disorder with regional & international institutes .
3. Design and construct national (Iraqi) teaching program for Autistic children.
4. Participation of the teachers in continuous teaching programs to develop their abilities of gain new skills to deal with autistic children.

2 May 2019

5. Encourage the staff who work in autism children field through material and moral privileges.
6. Suggest for autism teaching specialty in education college / institute of parameters and to study special curriculum on this important category of teaching.
7. Further studies on larger samples and sophisticated analytical approach to shed light the Autism disorder .

References:

- 1- Strategies for helping parents of handicapped. 2002, free press, New York.
- 2- Newman S. Bartak, Butter M. , Autism a central disorder of cognition and language, (2002).
- 3- Dictionary of education, CV q good. 16th ed. 2004. N.Y MC Graw Hill Book Co.
- 4- Treatment of autism / safe and effective. By Ann Smith, (1. Sterling Therapy). 2018.
- 5- Shattuck Paul, T. Change in autism symptom and adapting behavior in adolescents and adults with an autism spectrum disorder, Journal of autism and developmental disorder. 37, 2008.

Internet:

- 6- WWW.gulfkids.com / Dr. Jamal Khateeb
- 7- WWW.sandianfocus.com
- 8- WWW.autism-society.org (Dr. Temple Gradin)
- 9- WWW.islamonline.net
- 10- WWW.amanjordan.org
- 11- WWW.webcrawler.com

2 May 2019

NO.	17
Title	التوحد الافتراضي والمشاهدة المفرطة للشاشات للأطفال دون الثلاث سنوات.
Author(s)	١. غادة مروان زقوت باحثة في مجال اضطراب التوحد/ كندا

المقدمة:

يشهد عصرنا الحالي ثورة تكنولوجية معلوماتية هائلة ، ومضطردة حيث لم يشهد لها التاريخ مثيلاً ، هذا الاضطراب انتقل بنا إلى عوالم متعددة ، ولكن للأسف هذه النقطة قد أهملت العديد من الجوانب الروحية ، والإنسانية والاجتماعية ، الشيء الذي أوجد علاقات إنسانية يشوبها البرود العاطفي ، الذي بدوره ساعد على وجود العديد من الاضطرابات على مستوى العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة والتي هي تحت سقف واحد .

ولعلّ الأطفال هم أكثر الضحايا لهذا الانفتاح المخيف ، حيث هم نتاج محصلات مختلفة ومتباينة من العوامل المؤثرة في تكوينهم ونشأتهم . فالطفل ينمو تحت تأثير عوامل داخلية وخارجية متعددة ومتشابهة ، الشيء الذي يجعل الفصل بين تلك العوامل صعب ومعقد للغاية.

كل ما سبق كفيل بأن يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات ، وتسمى اضطرابات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويُعتبر التوحد (الافتراضي) اضطراب من الاضطرابات التي بدت تطفو على السطح بشكل لافت ، وقد يُنظر إلى التوحد بشكل عام على أنه أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً بين الأطفال ، لكونه يؤثر على النمو الطبيعي للدماغ ، ولذلك يعتبر من الاضطرابات النمائية المركبة ، والتي يتذبذب فيها مستوى الاضطراب بين البسيط والحاد ، وعليه تختلف ردود الأفعال عند أطفال التوحد ، أي أنه ليس هناك نمط موحد لطفل التوحد (عبد الفتاح عبد المجيد ، ٢٠٠٧ ، ١٩٣).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن التوحد يحدث في الثلاث سنوات الأولى من عمر المصاب به ، مما يؤدي إلى خلل في مجالات النمو النفسي اللغوي والمعرفي والاجتماعي ، بل ويحول دون التوافق النفسي العام ممن يعاني منه ، مما يزيد الفجوة النمائية بين الأطفال المصابين به وأقرانهم العاديين مع تقدم العمر (Catherine.2007).

والواقع أن الاهتمام بتربية ورعاية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، لم يعد عملاً إنسانياً أو دينياً ، بل أصبح ضرورة وطنية والتزاماً عالمياً في نفس الوقت.

وفي ظل وجود احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات النمائية قامت بعض الدول المتقدمة بإصدار التشريعات الخاصة التي تضمن تقديم هذه الرعاية لهذه الفئة وهذا ضمن قانون (IDEA) Individual With Disabilities Education Act

(١٩٩٠) لتعليم جميع المعاقين ، وقد أضاف هذا القانون إعاقة التوحد Autism ، وإصابة المخ نتيجة حادث إلى فئات الإعاقات النمائية (صلاح الدين ومحمود محمد ، ١١ ، ٢٠٠٣).

2 May 2019

وقد لاحظت مقدمة ورقة العمل من خلال تجربتها الخاصة ، وتجارب العديد من الأمهات التي تعاملت معها بشكل مباشر أن هناك العديد من المشاكل والتحديات التي تواجه الجميع ، وعليه بات الخوض في غمار هذه الدراسة حاجة ملحة من وجهة نظرها .

الحاجة للدراسة والمبررات:

- انطلاقاً من كوني أم اكتشفت بشكل مفاجئ بأن لي ابناً متوحداً ، الشيء الذي أصابني بالذهول ، بل والانهييار العصبي ، والذي بعدها أفقت على حقيقة لا فكاك منها بأنه لا بُد من مواجهة هذا الواقع بكل ما أتيت من قوة لخوض غمار معركة قررت فيها الانتصار .
 - بداية لم أكن أملك أية أفكار ، أو أدوات لكي أتعامل بها مع ابني سوى مشاعر الحب ، والاحتضان .
 - لقد طورت معارفي حول اضطراب التوحد ، وراجعت العديد من البرامج العربية والأجنبية والتي حاولت جاهدة الاستفادة منها قدر الإمكان .
 - أيقنت بأنه لا بأس من تلك الجهود .
 - من خلال تجربتي الخاصة ورحلة التشافي مع ابني قد أيقنت بأن البلمس الشافي ، والذي هو سيد المشهد ألا وهو الحب ، والرعاية الشاملة والتقبل ، وتوفير بيئة غنية تتوافر على جميع المثيرات الحسية والحركية ، والإنسانية والاجتماعية .
 - ومن هنا رأت مقدمة ورقة العمل المشاركة بتجربتها من خلال مؤتمر الكرم ، علماً تسهم في الأخذ بيد العديد من الآباء والأمهات في مجال رحلة الشفاء، والتي قد تسد حاجة في مجال الإرشاد والعلاج للأطفال التوحد الافتراضي ، والذي سلطت الباحثة الضوء عليه في هذه العجالة .
- وبناء على ما سبق فقد تبلورت مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤلات التالية:
- ١- ماهي الآثار السلبية التي يسببها (تلفاز - ألواح رقمية - هواتف نقالة) على الأطفال دون سن الثالثة ، وهل لهذه الآثار صلة باضطراب التوحد الافتراضي ؟ إبداع ، استثمار
 - ٢- في حال تم تشخيص اضطراب التوحد ، كيف يتم التعامل مع هذا الاضطراب؟
 - ٣- ما دور الأهل في تقليل الآثار السلبية للشاشات ، والحد من انتشار هذا النوع من التوحد؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على الازدياد المخيف حول العالم لحالات التوحد ، وذلك في السنوات الأخيرة للقرن الحادي والعشرين ، حيث بات التوحد الافتراضي غولاً يفتك بالأطفال .

كما تهدف أيضاً إلى الحد من هذه الظاهرة قبل وقوعها من خلال آليات ، وفنيات متعددة.

أهمية الدراسة:

- تعمق الوعي حول اضطراب التوحد ، لأنه أبعد ما يكون اضطراباً عابراً.
- تقدم رؤية واضحة عن طبيعة اضطراب التوحد ، ودور الأهل في رحلة التشافي منه.

2 May 2019

- تساعد المختصين والعاملين في مجال الحقل النفسي ، ومراكز تقديم الخدمة لهؤلاء الأطفال على تطوير مهارات ، وبرامج تسهم في رفع المعاناة عنهم.

مصطلحات الدراسة:

التوحد:

- تم تعريف اضطرابات التوحد (ASD) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) على أنها أحد أنواع إعاقات النمو التي تتصف بالعجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي ، والأنماط المتكررة والمقيدة للسلوكيات أو الاهتمامات ، أو الأنشطة (ABA, 2013) ، وتظهر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة وتستمر ، إلا أنها قد تتغير مع التقدم في العمر للفرد ، وتعيق أدائه للوظائف اليومية (ABA, 2013) (بناء جسور التواصل ٢٥).
- كما عرفه (عبد الفتاح عبد المجيد ، ٢٠٠٧ : ١٩٣) بأنه من الاضطرابات النمائية المركبة ، حيثُ يتذبذب الاضطراب بين البسيط والحاد ، وعليه تختلف وتتفاوت ردود الأفعال عند أطفال التوحد ، أي بمعنى آخر ليس هناك نمط موحد يميزهم.
- وتعرفه الباحثة بأنه : اضطراب يتم تشخيصه وتظهر علاماته في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، ويؤثر على نموه وتطوره وإدراكه ، وهذا يتضح جلياً في التفاعل المتبادل والتواصل واللغة والمهارات الاجتماعية ، وظهور سلوكيات نمطية تكرارية محدودة ، ومشكلات سلوكية فكرية وحسية.
- كما وتعرف الباحثة اضطراب التوحد الافتراضي بأنه يتمثل في زملة من المظاهر التي تتعلق بمشكلات في التواصل اللفظي ، والاجتماعي علاوة على العديد من الأنماط الحركية المتكررة ،... إلخ ، وتكون هذه الأعراض ناتجة عن التسمر أمام التلفاز في المرحلة العمرية دون الثلاث سنوات لساعات طويلة تتعدى الخمس ساعات يومياً بحيث تمثل هذه الشاشات هجوم على حواس الطفل لأن الدماغ يحتاج الي مواجهة العالم الحقيقي من خلال العديد من الحواس في نفس الوقت ، مما ينتج عنه أعراض مطابقة تماماً لأعراض اضطراب التوحد ، وقد أطلق عليه التوحد الافتراضي لأسباب تتعلق بمسبباته التي تختلف عن مسببات مرض اضطراب التوحد.

الأطفال : هم الأطفال الذين يقعون تحت سن الثالثة.

الإطار النظري:

العوامل التي تؤدي الى التوحد:

لقد اختلف العلماء فيما بينهم حول العوامل المؤدية لحدوث التوحد ، حيث أنه يشير بعضهم إلى أنه لم يتم التوصل بعد إلى مما يُشير إلى تحديد العوامل المباشرة ، والأساسية لحدوث اضطراب التوحد ، وإلى تاريخه مازالت الأبحاث تتوالى يوماً بعد يوم لمحاولة التوصل بشكل دقيق للأسباب الرئيسية.

وعلى الرغم من ترجيح الكثيرين لدور العوامل الوراثية والجينية ، إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب مثل عمر بن الخطاب (1994) ، رشاد على (2002) ، سوسن شاكر (2005) ، لمياء عبد الحميد (2008) ، حيث أشاروا جميعهم إلى أن اضطراب التوحد ينشأ من مشكلات ، وعوامل عديدة منها:

2 May 2019

عوامل سيكولوجية واجتماعية: Psychological and Social

عوامل بيولوجية: Biological

عوامل أيولوجية بيئية: Theories environmental etiologies

اللقاحات (تطعيمات الطفولة): Vaccinations

العوامل الغذائية (التمثيل الغذائي): Dietary Factory

أنواع اضطراب التوحد:

عادة ما يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

كما يُعد القصور الكمي والكيفي في التفاعل من أبرز الخصائص الاجتماعية لدى الطفل المصاب بالتوحد، وهي خاصية تتوافر في كافة هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد، لأن هذه الخاصية تميز مضطربي التوحد، وتوجد لديهم بدرجات متفاوتة تختلف من طفل لآخر (عثمان ليبب، 2002، 55).

ونشير سوسن شاكر (2005، 55) إلى أن القصور الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي كالتالي:

التجنب الاجتماعي: Socially Avoidant

اللامبالاة الاجتماعية: Socially indifferent

الإرباك الاجتماعي: Socially awkward

ووفقاً للدليل التشخيصي DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual، والذي يعد دليل خاص لتشخيص الأمراض النفسية والسلوكية تنشره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) والذي يعتبر مرجعاً حي للتشخيص تغير عدة مرات خلال العقود الماضية تماشياً مع البحوث والممارسات النفسية المستمرة لتحسين دقة معايير التشخيصات وتمكين المختصين من وصف الأعراض بشكل أوضح وادق. حيث كانت النسخة الخامسة هي أحدث تعديل منه نشرت في شهر مايو للعام ٢٠١٣ وهذه النسخة ألغت التصنيفات الفرعية المنفصلة السابقة التي كانت موجودة في الدليل التشخيصي الرابع، فتم إلغاء الفئات الفرعية التي كانت تدرج تحت مصطلح التوحد بما في ذلك اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، اضطراب الطفولة التفكك، اضطرابات النمو الشاملة غير المحدد، متلازمة ريت، هذه الفئات تم طيها تحت مصطلح واحد وهو اضطراب التوحد. (بناء الجسور، ٢٥)

وهنا ذكر لبعض الفرضيات التي تدرس كنظريات مسببة لاضطراب التوحد دون الجزم إلى الآن بأنها أسباب رئيسية للإصابة به، وفيما يلي سنوردها على التوالي:

- فرضية نفاذية الأمعاء.
- فرضية زيادة نسبة الأفيون المخدر في الجسم.
- فرضية نقص هرمون السكريتين.

2 May 2019

- فرضية نقص أو زيادة السيروتونين.
- فرضية الأوكسيتوسين و الفاسوبرسين.
- فرضية التحصين / التطعيمات الثلاثية. MMR/DPT.
- فرضية عملية الكبرية.
- فرضية عدم احتمال الكازيين والغلوتين.
- فرضية التلوث البيئي.
- فرضية الأحماض الأمينية.
- فرضية جاما انترفيرون.
- فرضية التمثيل.
- فرضية الجهد والمناعة.
- فرضية قصور فيتامين (أ).
- فرضية التعرض للأسبارتيم قبل الولادة.
- فرضية بروتين الأورفانين.
- فرضية الاستعداد الجيني.

وما زال العلماء يفسرون عن طريق دراسات ونظريات افتراضية أسباب العلاقة النمائية التي تطال الدماغ وتسبب التوحد ، وقد سميت هذه الأسباب باللغز . ومن ضمن هذه الدراسات والأبحاث الحديثة اثر التكنولوجيا والشاشات والالواح الرقمية على نمو عقل الطفل وسلوكياته مما ينتج عنه صفات مطابقة تماما لصفات التوحد في صورته الأصلية.

عوامل الإصابة بالتوحد الافتراضي (Virtual Autism):

إن الانفتاح الشديد ، والتطور المتلاحق لعالم التكنولوجيا جعل من الحياة لونا آخر غير الذي عشناه سابقاً ، حيث تغيرت ملامح الحياة باندثار بيت العائلة الكبير الذي كان يضم بين حناياه الحب والدفء ، والذي كان للجدّة و الخالة والعمة نصيب الأسد من حياه أي طفل ينشأ ويتربّع بين أكنافهم.

هذه البيئة تعد عوضاً ، وملاذاً آمناً تعوض الأطفال بصدور حنون آخر ، وقصص وحكايات لا تنتهي أو شارع وحراره ولعب وجري وركض حد التعب وأولاد أخوال وأعمام يقتسمون الفرح والبراءة منذ نعومه أظفارهم ، وتكبر الحكايات والأسرار بينهم حتى مشيب شعرهم فما بقي من بيت الحب القديم الا بيوت صغيره تضم عوائل يسودها هدوء قاتل ، إلا من علا صوته لينفث عن غضبه من صعوبة وويلات الحياه .

حيث في هذا الزمن الصعب باتت الأجهزة لا تفارق أيدينا الكبير منا قبل الصغير ، وأصبح هذا العالم الافتراضي هو كل ما يشغلنا ، وقد انسقنا وراءه ونحن مكبلين اليدين ومعصوبي الأعين وكأننا مغيبيننتج عنه بالمحصلة تفكك أسري والأخطر من ذلك ظهور لافقت للعديد من الاضطرابات علّ التوحد الافتراضي على رأسها ،وهو بصفات مطابقة لصفات التوحد تماما .

كل ما سبق ذكره لا يعني أنه لا يوجد إلا توحد الشاشات ، ولا يعني أن كل من شاهد شاشات شخص بالتوحد ، وأي توحد غير ذلك ليس بالتشخيص الصحيح .

2 May 2019

فالتوحد تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس ، والأطباء النفسيين ، ويعتقد ان أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري (ايجن بلولر عام ١٩١١).

ولكن الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به يرجع للطبيب النفسي الأمريكي (ليوكاير) الذي قام بإجراء دراسة على ١١ طفلاً ومن خلال ملاحظته قدم وصفاً لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام ١٩٤٣ وأطلق عليهم التوحد الطفولي . وفي نفس الوقت أعد اسيرجر من عيادة الأطفال الجامعية في فيينا وبشكل مستقل تماماً رسالة دكتوراه حول هذا النوع من الأطفال ، وقد استخدم أيضاً مصطلح (الذاتوية) للإشارة إلى هذا الاضطراب .

الهواتف الذكية ، وعلاقتها باضطراب التوحد:

أصبحت الهواتف الذكية تسيطر على جزء كبير من حياتنا ، وتأخذ حيزاً واسعاً من وقتنا ، وقد باتت منتشرة في كل مكان ، وبفعل هذا الانتشار زاد الاهتمام بهذه التقنيات الحديثة مما أثر بشكل سلبي على بنية الأسرة بشكل عام ، والبنية النفسية الشخصية بشكل خاص (هنية، ٢٠١٧).

يبدو أن إطلاق اسم "الشبكة العنكبوتية" على الانترنت يعد وصفاً دقيقاً فهو يظهر حالة مستخدمي الانترنت وتأثيره عليهم ، فالكثيرون يقعون في شباك لا نهاية لها ويساقون إلى الاعتماد عليه بشكل شبه تام ، محاولين التحرر من مسؤولياتهم من أجل قضاء وقت أطول في التصفح ، وبهذا يفقد الفرد استقلاليتيه ويصبح عبداً وأسيراً للإنترنت الذي أصبح يتحكم بأنشطة حياته (أرنوط، ٢٠٠٧).

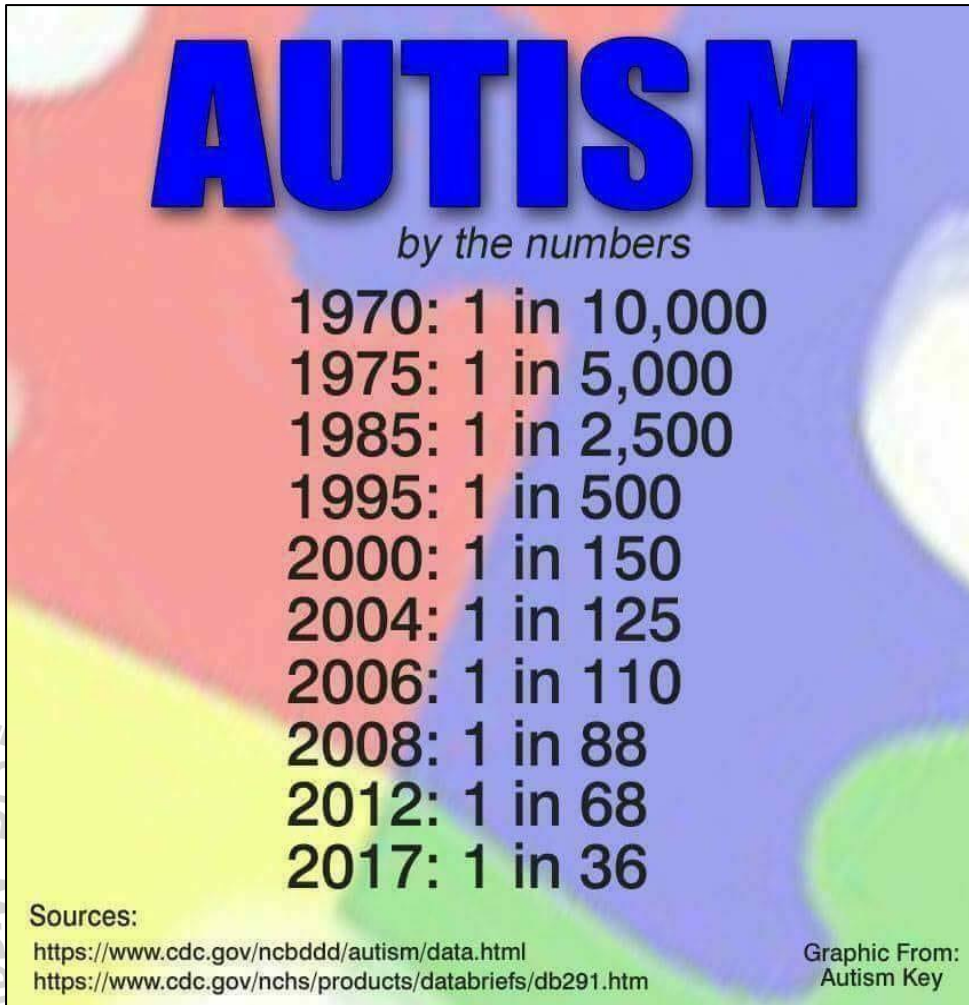
لا ينكر عاقل أن الهواتف الذكية أصبحت الآن تلعب دور كبيراً في حياة الناس، فقد أصبحت وسيلة للتواصل الاجتماعي والترفيه والمعرفة، ونتيجة لذلك أصبحت تنتشر بين الأطفال والمراهقين بشكل لافت، وازدادت المدة التي يمضونها مع تلك الأجهزة الأمر الذي دفع كثيراً من الأخصائيين وولاة الأمور لدق ناقوس الخطر من الآثار السلبية التي قد تترتب على هذا الاستخدام مطالبين بتقنيته (النجار، ٢٠١٤).

يمضي كثير من الأطفال ساعات طويلة على الهواتف الذكية والحواسيب اللوحية لدرجة قد تصل إلى الإدمان، بحيث يصبح إبعادهم عنها مسألة تزداد صعوبة مع الوقت، في الوقت الذي تظهر فيها الإحصاءات أن معظم الآباء لا يرون علاوة على أنهم لا يدركون حجم المخاطر التي يتعرض لها الأبناء أثناء استخدام الحاسبات اللوحية ، والهواتف الذكية في تصفح الإنترنت دون رقابة (دويكات، 2016) وفقاً لمركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها CDC: Centre for Disease Control and prevention.

ومن المؤسف حقاً أن المشكلة باتت مهددة لجيل كامل ، بل وأجيال قادمة وهي في اضطراب متزايد ، ولعلّ الرسم البياني يوضح ويؤكد صحة ما ذهبنا إليه ، والذي مفاده أن الأيام القادمة ستشهد تراجعاً كبيراً على سبل الوقاية منه ، وذلك رغم المحاولات الخجولة هنا ، وهناك .

ولو دققنا النظر سنجد ما هو مفرع من أن كانت نسبة ظهور اضطراب التوحد كانت في سنة 1970 طفل واحد لكل 10,000 ، بينما في سنة 2017 طفل واحد لكل 37 طفل ، أي أن النسبة تضاعفت من سنة 1970 - 2017 بمقدار 277,7 مرة . وهذا دليل واضح على ان الزيادة المطردة بأعداد المصابين بالتوحد تزداد مع التطور التكنولوجي (تلفزيونات، ايباد جوال).

وهذا مشهد قاتم يجب التوقف عنده طويلاً بهدف إيجاد الحلول والمقترحات لصد زحف هذا الغول المخيف .



الدراسات السابقة:

- دراسة (Ramoloes and etal 2011)

هدفت الدراسة إلى استعمال التدخلات المعتمدة على الحاسوب لتحسين مهارات معرفة القراءة والكتابة لدى الطلاب المصابون باضطراب التوحد ، تزود التحليل المنظم من الدراسات السابقة الذي يستخدم التدخلات المعتمدة على الحاسوب (CBI) لتحسين ومعرفة مهارات القراءة والكتابة (ومثال على ذلك قراءة وكتابة المفردات) في الطلاب المصابون باضطراب التوحد (ASD) ، وتوصلت الدراسة إلى بعض النتائج منها : مقارنة نتائج التدخل بالنظام المعتمد على الحاسوب والحقيقة الافتراضية ، وتصف ميزات البرامج ومتطلبات النظام لكل (CBI) عبر الدراسات ، تأثير (CBI) على مهارات معرفة القراءة والكتابة كانت متناقضة ، وبعض الدراسات أبلغت عن النتائج الهامة وحجوم التأثير الكبيرة والدراسات الأخرى لم تذكر أي تحسينات لعد تجانس المشاركين والنوع المختلف من المهارات لمعرفة القراءة والكتابة ، مما استهدف الأمر أنه ليس محتمل من الأدب الحالي أن يقرر المتغيرات على الأغلب لكي يرتبط ب(CBI) فعالاً ، والبحث المستقبلي يخاطب هذه المنطقة بصفة خاصة كالتأثير النسبي ل (CBI) لمعرفة القراءة والكتابة لطفل التوحد .

2 May 2019

- ففي دراسة (Divan,2012) بعنوان: "تأثير الأجهزة الخلوية في ظهور مشكلات سلوكية لدى عينة من الأطفال"

كان الهدف من الدراسة هو التعرف على تأثير الأجهزة الخلوية في ظهور مشكلات سلوكية ، وأجريت الدراسة على أطفال في عمر ٧ سنوات وتكونت عينة الدراسة من (٣٢٠٠٠) طفل . حيث قامت أمهات الأطفال بملء استبانة خاصة. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال مستخدمي الأجهزة الخلوية هم أكثر عرضة لظهور مشكلات سلوكية متمثلة بالعصبية وتقلب المزاج والشرد الذهني والبلادة وغيرها من المشكلات، مقارنة بالأطفال غير مستخدمي الأجهزة الخلوية، كما تزداد هذه المشكلات كلما كان استخدام الطفل للأجهزة الخلوية في سن مبكرة.

- دراسة (Wainer and Ingersoll)

هدفت الدراسة إلى استخدام التكنولوجيا والتقنية الحديثة للأفراد المصابون باضطرابات التوحد لتزويد التدخل ، بهدف تحسين الاتصال الاجتماعي . هذه الدراسة فحصت الدراسات التي استعملت إبداعية التقنية ، مثل برامج الحاسوب التفاعلية والحقيبة التعليمية للتدخل المباشر في التركيز على تطوير مهارات الاتصال الاجتماعي إلى الأفراد المصابون باضطراب التوحد وتوصلت الدراسة إلى بعض النتائج منها : أن استعمال مثل هذه البرامج ما زالت جديدة نسبياً ، وأغلبية الدراسات السابقة المنشورة وصفية ، أو استطلاعية ، هذه الدراسة ستزود الخلاصة لهذه الدراسات الأولية والنتائج التمهيدية ، كما تزود أيضاً الاقتراحات للتطور المستقبلي وتقييم البرامج المماثلة .

كما أشارت نتائج أبحاث في موضوع إدمان الشاشات الذكية إلى ضهور المادة الرمادية:

* حيث أظهرت دراسات متعددة ضهور (فقد حجم الأنسجة في مناطق المادة الرمادية حيث تحدث المعالجة) وذلك بسبب إدمان ألعاب الإنترنت (Zhou2011, Yuan2011, Weng2013, Weng2012) ، وأهم المناطق التي تتأثر هي الفص الأمامي الجبهي المهم الذي يتحكم بالوظائف التنفيذية ، مثل التخطيط وتحديد الأولويات والتنظيم والتحكم في الرغبات "أنجاز الأشياء" . وقد شوهدت خسارة الحجم أيضاً الذي يشارك في مسارات المشاهدات ، وقمع الرغبات الغير مقبولة اجتماعياً.

* ومن النتائج التي تثير قلقاً خاصاً هي الأضرار التي لحقت بمنطقة تعرف باسم "insula" والتي تشارك في قدرتنا على تطوير التعاطف والرحمة بالآخرين ، إضافة على دمج الاشارات الجسدية مع العاطفية فهي تحدد عمق ونوعية العلاقات الشخصية.

* وقد أثبتت نتائج الأبحاث أيضاً إلى فقدان سلامة المادة البيضاء في الدماغ

(Weng2013, Yuan2011, Hong2013, Lina2012). تترجم المادة البيضاء "الموضعية" إلى فقدان التواصل داخل الدماغ ، بما في ذلك الصلات من فصوص مختلفة من نصف الكرة نفسه وإليها ، والروابط بين نصفي الكرة الأيمن والأيسر والمسارات بين مراكز الدماغ العليا (الإدراكية).

* المادة البيضاء الغير مكتملة الموضعية تؤدي إلى فقدان التواصل داخل الدماغ ، بما في ذلك الصلات من فصوص مختلفة من نصف الجمجمة نفسه وإليها ، والروابط بين نصفي الرأس الأيمن والأيسر ، والمسارات بين مراكز الدماغ العليا (الإدراكية) ومراكز المخ العاطفية ومراكز البقاء على قيد الحياة . تقوم المادة البيضاء أيضاً بتوصيل الشبكات من الدماغ الي الجسم والعكس . قد تؤدي الاتصالات المنقطعة إلي إبطاء الإشارات أو " قصر الدارة " عليها أو تسببها في أن تكون غير منتظمة.

2 May 2019

* من المعروف أن مشاهدة التلفيزيون تؤثر على قدرات الأطفال اللفظية وغيرها من التطور البدني والمعرفي والعاطفي في الدراسات النفسية . ومع ذلك فإن التطور الهيكلي في الدماغ المرتبط بمشاهدة التلفيزيون لم يتم التحقيق فيه ، درسنا هنا الارتباطات المقطعية بين مدة مشاهدة التلفيزيون وحجم المادة الرمادية / البيضاء الإقليمية (rgmv/rwmv) بين ١٣٣ صبيان و١٤٣ فتاة وكذلك الارتباطات بين مدة مشاهدة التلفيزيون والتغيرات الطولية التي حدثت بعد بضع سنوات بين ١١١ فتي و١٠٥ فتيات . بعد التصحيح للعوامل المربكة . والتأثيرات الإيجابية للعرض التلفيزيوني على مناطق القشرة المرئية في التحليلات المقطعية والتأثيرات الإيجابية للعرض التلفيزيوني علي كل من مناطق ما تحت المهاد / الحاجز والحواس في التحليلات الطولية . أكدت أيضاً التأثيرات السلبية للعرض التلفيزيوني علي حاصل الذكاء اللفظي (IQ) في التحليلات المستعرضة والطولية . قد ترتبط هذه الروابط التفسيرية بالتأثيرات المعروفة مسبقاً للعرض التلفيزيوني علي الكفاءة اللفظية والعُدوان والنشاط البدني . على وجه الخصوص ، أظهرت النتائج الحالية آثار مشاهدة التلفيزيون على المنطقة الأمامية للعقل ، والتي ارتبطت بالقدرات الفكرية .

نتائج ورقة العمل ومناقشتها:

أولاً: الإجابة على التساؤل الأول وينص على ما يلي:

ماهي الآثار السلبية التي يسببها استخدام الشاشات (تلفاز - ألواح رقمية - هواتف نقالة) على الأطفال دون سن الثالثة ، وهل لهذه الآثار صلة باضطراب التوحد الافتراضي؟ وجدت الباحثة من خلال القراءة والبحث ، والتعامل على أرض الواقع مع مئات الأسر الذين شخص أطفالهم بالتوحد أن العامل المشترك والأكثر وضوحاً بين هؤلاء الأطفال هو إدمانهم الشاشات في عمر مبكر ، وذلك ما دون سن الثالثة.

كما وتبين أيضاً من خلال الخبرات الميدانية أن هناك سمات عده مختلفة عند هؤلاء الأطفال

تتمثل في ضعف مهاراتهم الاجتماعية ، كم أنهم أكثر عرضة للإصابة باضطرابات ومشاكل سلوكية ، حيث إن مشاهد العنف المعروضة على الشاشات تحفز السلوك العدواني لديهم فيظهر الأطفال الصغار الذين يشاهدون المقاطع واللقطات العنيفة عادةً سلوكاً عدوانياً عند تعاملهم مع الآخرين .

حيث هذه المشاهد تتسبب في رفع معدل الأدرينالين ومستويات التوتر لديهم، وذلك لعدم قدرتهم على تمييز حقيقة ما يشاهدونه ، حيث أظهر الأطفال الذين يشاهدون الكثير من العنف عبر وسائل التكنولوجيا المختلفة ارتفاعاً في معدل دقات القلب بالإضافة إلى مستويات التوتر العالي للنظام الحسي ، كما ازدادت مؤشرات قلقهم ، وابتأوا مُتسائمين بطبعهم، حيث يعتقدون أنّ أموراً سيئة ستحدث لهم، ويستعدّون دوماً لتطبيق السلوكيات الهجومية والعدوانية التي تعلموها ونتيجة للمشاهد العدوانية التي عادة ما يشاهدونها فقد باتت تُشكّل خطراً على شخصية الأطفال وطباعهم.

وكذلك وجدت الباحثة ان عددا من الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد، كعدم استجابة الطفل عند مناداته واللعب بمفرده دوماً والحركة المفردة أو الخمول؛ إلى جانب عدم إدراك الخطر وعدم التواصل البصري ونوبات من البكاء أو الضحك المفاجأة. سماتٌ أساسية لإصابة الطفل بالتوحد بصورته الاصلية أو (التوحد الافتراضي) لكونه ضحية قنوات الأطفال التي تعتمد على الصورة واللحن والرقص.

2 May 2019

كذلك تبين من خلال البحث أن المشاهدة المفرطة تحدّ من تطوّر اللغة، كما تُؤثّر على التركيز، وتُشتت انتباه الطفل، وتُضعف قوة الذاكرة قصيرة المدى لديه من خلال ملئها بمعلوماتٍ لا فائدة منها ، والتي تتمثل بخمول الجسد بشكلٍ كبير؛ حيث أثبتت الدراسات العلميّة أنّ متابعة التلفاز لأكثر من دقيقة واحدة تجعل العقل تلقائيّاً يدخل في حالة راحة تشبه حالة النّوم. بالإضافة إلى الأرق، ومشاكل النوم التي تتسبّب بها المبالغة في مشاهدة الشاشات.

كم تبين أن مشاهدة التلفزيون تسبب أضراراً دائمة لأدمغة الأطفال حيث أن الإشعاع الصادر من التلفزيون يضر بالدوائر الكهربائية في الدماغ، كما بينت الاختبارات والفحوصات أن مواد كيميائية جديدة وخطيرة تتشكل في أدمغة الأطفال عند مشاهدة التلفزيون.

ووجد العلماء أن ذلك الإشعاع يزيد نشاط النصف الأيمن من الدماغ على حساب النصف الأيسر، الأمر الذي يؤدي إلى تشويش الطفل وإصابته بما قد يجعل شخصيته غير مستقرة، ويقلل مدة انتباهه وتركيزه ، ومستوى احتماله ، كما ويجعله عرضة للإحباط والكآبة، علاوة على انخفاض ذاكرة وعيه وقدرته على التحليل والسيطرة على عواطفه.

كذلك نجد أن مشاهدة التلفزيون تسبب حالة من الغشية عند الطفل، وتخفض مستويات الوعي لديه من مناطق القدرة العالية في الدماغ إلى المناطق الأقل مما يضعف المواهب والقدرات الأساسية وأن التحول من المنطقة الدماغية اليسرى إلى اليمنى يطلق مجموعة من الأفيونات الطبيعية في الجسم التي تشبه في تركيبها الأفيون العادي ومشتقاته من الهيروين والمورفين ، والمقلق في ذلك هو التلف الدماغى الذي يكون غير رجعي ، وغير قابل للعلاج أيضاً، وبهذا نستخلص أن الآثار المترتبة على المشاهدة المفرطة للشاشات هي سمات مطابقة تماماً لسمات التوحد ، وهذا بدوره يؤدي إلى نتيجة مفادها أن لهذا الإدمان على المشاهدات التي سبق ذكرها صلة وثيقة باضطراب التوحد الافتراضي ، وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة .

ثانياً : الإجابة على السؤال الثاني وينص على ما يلي:

في حال تم تشخيص اضطراب التوحد الافتراضي كيف يتم التعامل مع هذا الاضطراب؟

من خلال الاطلاع المستفيض للباحثة على كل ما هو جديد في طرق العلاج من خلال حياتها العملية او العلمية سواء في مكان اقامتها كندا او الدول الاوربية او دول الشرق الأوسط وجدت ان العلاج السلوكي هو العلاج الناجع الوحيد حتى الان والمتمثل بالرعاية والاهتمام وضرورة التدخل المبكر بقدر الإمكان حيث يبدأ بي إيقاف الشاشات التي ادمنها الطفل في البداية بشكل كامل لكسر تعلقه بها وجذبه إلى المحيط الأسري ، والمجتمعي والتفاعل معه أكبر وقت ممكن ،ويكون المنع هنا لمدة تتراوح ما بين ثلاثة ، وستة أشهر، ومن ثمن إرجاع الطفل بتدرج بساعات يوميه تتناسب مع عمره وذلك وفقاً لتوصيات الجمعية الأمريكية لطب الأطفال، كما الحرص على إيجاد نوعيه هادفة محدده من البرامج في جو أسري تفاعلي ، والعمل ضمن أهداف أساسية يحتاجها أي طفل شخص بالتوحد بغض النظر عن الأسباب ، وهذه النقاط تتمحور في أربعة أهداف رئيسية وذلك من وجهة نظر الباحثة ، والتي جاءت من خلال خبرتها الشخصية ، علاوة على الخبرات الميدانية التراكمية حيث عملت مع العديد من أمهات ، وآباء أطفال التوحد والتي أكدت التغذية الراجعة علي أهمية هذه النقاط كسبل ناجعة في مجال رحلة التشافي ، وهي كما يلي:

2 May 2019

١- بناء قاعدة أساسية من الحب والثقة والأمان مع الطفل ، وقبوله بالرغم من اختلافه لتكون هذه القاعدة هي الركيزة والاساس لتحقيق الرؤية العلاجية.

٢- حل مشاكل التكامل الحسي حيث أن ٩٠ % من أطفال التوحد يعانون من مشاكل في معالجة المثيرات الحسية ، مما يترتب عليه إعطاء ردود أفعال واستجابات تظهر بصورة سلوكيات غير مقبولة اجتماعيا ، وعليه تقترح الباحثة طريقة للمساهمة في حل هذه المشكلة من خلال حصر مشاكل التكامل الحسي بداية ، والتأكد من سلامة الحواس عضويا ، ومن ثم التعامل معها بما يتوافق واحتياجات كل طفل.

٣- تحديد المشاكل السلوكية وحصرها ورصدها لمعرفة ان كانت تعود لمرحلة تطور طبيعية للطفل ، أو لمشاكل نفسية ، أو مشاكل تكامل حسي ، ومن ثم التعامل معها وفق خطه علاج سلوكي واضحة ومحددة.

٤- إكساب وتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والسلوكية والمهارات الحركية ، وذلك ضمن خطة موضوعية وفقا لاحتياجات الطفل ، ومراعاة الفروق الفردية في سرعة الاستجابة واتقان المهارة.

ثالثاً : الإجابة على التساؤل الثالث وينص على ما يلي:

ما دور الأهل في تقليل الآثار السلبية للشاشات ، والحد من انتشار هذا النوع من التوحد؟
رأت مقدمة ورقة العمل من خلال تجربتها الشخصية والميدانية أن للأهل الدور الأعظم في الحد من هذه الظاهرة (التوحد الافتراضي) ، وهذا من خلال إعطاء الأطفال ما يستحقونه من وقت وفرصة للتفاعل مع الأم الأب الإخوة الأقارب الأصدقاء ، ومع المحيط البيئي ، حيث أن هذا التفاعل هو الأساس في نمو الطفل الذهني والعاطفي ، واكتساب اللغة والتواصل والتفاعل الاجتماعي ، وذلك لما له علاقة بالتأثير علي نمو دماغ الطفل ، وخلايا المخ ونشاط الوصلات العصبية بشكل كبير في الثلاث سنوات الأولى تحديداً ، وبالتالي تؤثر على جميع وظائف وقدرات العقل مدى الحياة .

وهنا يأتي دور الأهل بتعريض الطفل لمؤثرات منبهة لحواسه، التي من شأنها تسهم في نمو خلايا قشرة المخ ، و تنشيط المزيد من الوصلات العصبية لديه..

فلو ذكرنا على سبيل المثال عندما تغني الأم لطفلها يتم تنشيط وصلات عصبية تتعلق بإدراك اللحن، وأخرى تتعلق بإدراك الكلام، وثالثة تتعلق بإدراك لمس الأم للطفل أثناء الغناء، ورابعة تتعلق بحركة الأم لجسد الطفل أثناء الغناء ، كل هذا الوصلات تنشأ وتنمو بشكل انسيابي تلقائي وذلك من خلال الوقت الذي نمنحهم إياه ، وهناك علاقة طردية بين إعطاء الطفل المساحة الكافية من الاهتمام ، ورحلة الأمل في الشفاء ، ويتمثل الاهتمام بقضاء أكبر وقت باللعب بكل أنواعه ، سواء أكان لعباً حركياً ينمي وصلات عصبية عضلية ، أو ألعاب تفكير تنمي وصلات عقلية، أو ألعاباً اجتماعية تنمي مشاعر وذكاء الطفل.

كما لا يفوتنا التركيز على الأنشطة مثل الرسم والصلصال، والقراءة ، والرحلات ومشاهدة أماكن جديدة، والتعرف على أصوات مختلفة وحيوانات متنوعة، وكذلك التعرف على الأقارب، وزيارة الأصدقاء والمشاركة في الأنشطة الرياضية. ولا مانع أن نضيف أيضاً مشاهدة الرسوم المتحركة ، ولكن بشرط أن نلتزم بوقت محدد يتناسب مع عمر الطفل ، ويضمن عدم ابدائه وهذا بالتقيد بما أوصت به الجمعية الأمريكية لطب الأطفال بأنه يمنع منعاً باتاً مشاهدة الشاشات للأطفال الأقل من سنتين ، وساعة واحدة متفرقة خلال اليوم للفئة العمرية من ثلاث لخمس

2 May 2019

سنوات ، ويفضل أن تكون المشاهدة في ظل وجود الام ولو لبعض الوقت - تشارك طفلها الضحك والمتابعة، أو تجعله يروي ما شاهده وتتبادل معه الحديث .

التوصيات:

- ضرورة تحديد طبيعة اضطراب التوحد ، إن كان ناتجاً عن المشاهدات الطويلة للتلفاز والجلوس على الشاشات ، أو لعوامل خارجة عن السياق الذي أشرنا له ، الشيء الذي يُسهل بناء خطة على طريق التشافي.
- ضرورة الاهتمام بفئة التوحد الافتراضي ، من خلال التدخل السريع والمبكر لما له دور فعال في رحلة التشافي.
- مشاعر الحب والتقبل والاحتضان أولاً ، وآخرها ، هي من أنجع الفنيات في التخفيف من مشكلة التوحد الافتراضي.
- مراعاة الاهتمام بأطفال هذه الفئة ، مع إبداء الحرص الشديد في مجال تقنين استعمال وسائل التكنولوجيا الحديثة ، ومشاهدة التلفاز.
- تظافر الجهود التربوية والنفسية والاجتماعية ، بل والصحية في سبيل تأهيل أطفال ذوي اضطراب التوحد الافتراضي.
- مزيد من الدراسات ، والأبحاث التي تُسلط الضوء على هذا الاضطراب ، ورسم آفاق جديدة تبعث الأمل.

المراجع العربية :-

١. عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار أيزيك لشخصية الأطفال ، مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، للسنة الرابعة عشر ، القاهرة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين .
٢. رشاد علي عبد العزيز موسي (٢٠٠٢): علم نفس الإعاقة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
٣. سوسن شاكر الجليبي (٢٠٠٥) : التوحد الطفولي أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه ، دمشق - سوريا ، مؤسسة علاء الدين .
٤. لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨) : فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المتوحدين ، رسالة دكتوراة ، مكتبة التربية ، جامعة قناة السويس .
٥. عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تعريفها - تصنيفها - تشخيصها-أسبابها - التدخل العلاجي ، القاهرة ، المجلس العربي للطفولة والتنمية .
٦. سهيلة شاهين (٢٠١٤) : دور الأجهزة الذكية في التفكك الاسري وانحراف الاحداث .
٧. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠٠٧): التربية الخاصة في البيت والمدرسة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

2 May 2019

٨. صلاح الدين محمود و محمود محمد إمام (٢٠٠٣) : الاتجاهات الاصطلاحية في الإعاقات النمائية ، أطفال الخليج ، ذوي الاحتياجات الخاصة .
٩. عبد الفتاح عبد المجيد (٢٠٠٧): التربية الخاصة في البيت والمدرسة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

المراجع الأجنبية :

10. Catherine, R. (2007). Prevalence of the autism spectrum disorder (ASDs) in multiple areas of the united states, Center for Disease Control and Prevention (CDD): US Department of Health and Human Service.
11. Ramdoss, S. k., Mulloy, A., Lang, R., O' Reilly, M., Sigafoos, J., Lancioni, G., & et al.(2011). Use of computerbased interventions to improve literacy skills in students with autism spectrum disorders. A systematic review, Contents lists available at Science Direct, Research in Autism Spectrum Disorders(5),1306–1318.
12. Wainer, A. L., & Ingersoll, B, R. (2011). The use of innovative computer technology for teaching social communication to individuals with autism spectrum disorders, Contents lists available at Science Direct Research in Autism Spectrum Disorders(5),96107.
13. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/dada.html>
14. [https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db291](https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db291.htm)
htm Graphic from: Autism Key

اطفال التوحّد
طاقات ، ابداع ، استثمار

2019 \ 5 \ 2

2 May 2019

NO.	18
Title	The children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) more likely Creates to irritable bowel syndrome.
Author(s)	Assist Prof. Dr. Abdul AL-Kareem Hamza College of Health and Medical Technologies/Baghdad.

Abstract:

The research aimed study the children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) more likely Creates to irritable bowel syndrome at Ibn-Rushd Psychiatric Teaching Hospital in Baghdad city, find out the relationship between demographic characteristic, irritable bowel syndrome and Attention-Deficit/Hyperactivity disorder patients. A purposive (non-probability), the sample included (100) patients, from (3-11) years old. A descriptive study carried out from December 10th 2018 to the February 25th 2019, from family Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder outpatients of Ibn-Rushd Psychiatric Teaching Hospital in Baghdad city. A questionnaire was constructed for the purpose of the study, which was a consisted of (2) part. The 1st part included the demographic characteristics and the 2nd part included the items related with irritable bowel syndrome. Data were analyzed through descriptive statistical approach (frequency and percentage) and inferential statistical approach (correlation coefficient). Scores, Perpson, lycart scale analysis that include, t-test, and stepwise multiple regression. The result of the study confirmed that the mean of score for the age of sample was (7.1) year, most of them male urban, low score for socio-economic status, strong positive to irritable bowel syndrome. The study recommended that it is necessary to following the suitable nutrition for attention-deficit/hyperactivity disorder children to prevent irritable bowel syndrome lead to complication, every family patient with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder must have a guide notebook about the favorable for natural attention-deficit/hyperactivity disorder children, educational program for family Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder patients to describe the impact of psychological behavior on irritable bowel syndrome that often reach the brain via the blood stream because of faulty digestion and absorption, much of the impetus for recognizing the importance of dietary intervention.

ملخص البحث:

يهدف البحث لدراسة الاطفال المصابين بقلّة الانتباه وفرط الحركة يكونون اكثر عرضة لحدوث متلازمة اضطراب القولون في مستشفى ابن رشد التعليمي للطب النفسي، إيجاد العلاقة بين حالة الاطفال المصابين بقلّة الانتباه وفرط الحركة يكونون اكثر عرضة لحدوث متلازمة اضطراب القولون وبعض المتغيرات الديموغرافية ومتلازمة اضطراب القولون. أجريت دراسة وصفية لبيان أثر حالة الاطفال المصابين بقلّة الانتباه وفرط الحركة يكونون اكثر عرضة لحدوث متلازمة اضطراب القولون، شملت عينة البحث ١٠٠ مريض ومراجع، اختيرت

2 May 2019

بطريقة غرضيه (غير عشوائية) وحسب مواصفات العينة من عمر (3-11) سنة. حيث تم جمع البيانات للمدة من العاشر من كانون أول ٢٠١٨ إلى الخامس والعشرون من شباط ٢٠١٩، من عوائل الأطفال المصابين بحالة الاطفال المصابين بقلّة الانتباه وفرط الحركة والمراجعين للعيادة الخارجية لمستشفى ابن رشد التعليمي للطب النفسي في مدينة بغداد. تم بناء استمارة استبائييه لغرض الدراسة والتي تكونت من جزأين، الجزء الاول شمل على الصفات الديموغرافية والجزء الثاني شمل المؤشرات الخاصة بمتلازمة اضطراب القولون. تم تحديد ثبات ومصادقية استمارة الاستبانة من خلال الدراسة الاستقرائية.

تم تحليل البيانات من خلال أسلوب الإحصاء الوصفي (التكرار، النسب المئوية) والأسلوب الإحصائي الاستنتاجي مربع كاي، معيار ليكرت، (معامل الارتباط). أظهرت الدراسة إن معدل العمر (7.1) سنة، وإن أغلب العينة من الذكور ذو السكان الحضري، ذا الدخل الاقتصادي المتوسط، يعيشون مع والديهم، افتقار المستوى التعليمي. أثبتت نتائج الدراسة، وجود علاقة قوية بين اضطراب الجهاز الهضمي والاطفال المصابين بقلّة الانتباه وفرط الحركة. أوصت الدراسة ضرورة متابعة الغذاء الخاص بالأطفال المصابين بحالة بقلّة الانتباه وفرط الحركة. لتفادي متلازمة اضطراب القولون وما ينجم عنه من مضاعفات، كتيب يحمل في طياته المواد الغذائية المسموح بها والتي تناسب حالة الإصابة باضطراب طيف التوحد، توعية وإرشاد عائلة المصاب لبيان السلوك النفسي وأثره على متلازمة اضطراب القولون.

Key Words: Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (Adhd) and Irritable Bowel Syndrome.

Introduction:

The children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), which is a brain disorder marked by an ongoing pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, neurodevelopmental disorder characterized by impaired social interaction, verbal and non-verbal communication, and restricted and repetitive behavior^[1].

Attention-deficit/hyperactivity disorder is a widespread chronic disorder affecting children's well-being and success in life. The historical understanding of ADHD has changed over the years^[2].

ADHD was defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III-R in 1987 as a disorder with a specific diagnostic checklist and three subtypes primarily inattentive, primarily hyperactive, and combined. According to the American Psychiatric Association in the DSM-V, to be considered ADHD, a child must have symptoms before the age of 12, for at least six months, and affecting two domains of life. The prevalence of the three subtypes of ADHD are primarily inattentive (20–30% of diagnosed population), primarily hyperactive-impulsive (less than 15%), and combined subtype (50–75%)^[3].

2 May 2019

The prevalence of ADHD in the US among children is estimated at 11%. ADHD is very common among children and adolescents, consisting of about 50% of children psychiatric diagnoses ^[4].

One of the most significant contributing factors in the children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) appears to be undesirable foods and chemicals that come from parents who've noticed vast improvements in their children after changing their diets ^[5].

The strongest direct evidence of foods linked to attention-deficit/hyperactivity disorder involves wheat and dairy, and the specific proteins they contain namely, gluten and casein. These are difficult to digest and, especially if introduced too early in life, may result in an allergy. Fragments of these proteins, called peptides, can have big impacts in the brain. They can act directly in the brain by mimicking the body's own natural opioids (such as the enkephalins or endorphins), and so are sometimes called 'exorphins'. Or they can disable the enzymes that would break down these naturally occurring compounds ^[6].

In either case, the consequence is an increase in opioid activity, leading to many symptoms which described as Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Researchers at the ADHD Research Unit at Sunderland University had found increased levels of these peptides in the blood and urine of children with ADHD ^[7].

Aim of study the children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) more likely Creates to irritable bowel syndrome, find out the relationship between demographic characteristic, irritable bowel syndrome and Attention-Deficit / Hyperactivity disorder patients.

Methods and Patients:

A purposive (non-probability) sample of (100) patients with a diagnosis of ADHD, from (3-11) years old, who were selected from Ibn-Rushd Psychiatric Teaching Hospital in Baghdad city, had been chosen. The study was conducted in order to correlation between ADHD patients and irritable bowel syndrome through the period from December 10th 2018 to the February 25th 2019, from family ADHD outpatients of Ibn-Rushd Psychiatric Teaching Hospital in Baghdad city. For the purpose of the present study, a questionnaire was constructed by the researcher to study the variable for ADHD patients and irritable bowel syndrome. Data were analyzed through descriptive statistical approach (frequency and percentage) and inferential statistical approach (correlation coefficient) Scores, Perpson, lycart scale analysis that include, t-test, and stepwise multiple regression.

A questionnaire was constructed for the purpose of the study. It was composed of (2) major parts, and overall items, which were included in the questionnaire, were (29) items. Part I consist of (10) items related with demographic data for ADHD children

2 May 2019

which consisted of age, gender, body mass index, the age of child during diagnosis/year, the number of children in his family, and demographic data for ADHD children family which consisted of age of parents, gender, residential area, the age of mother during labor and socio-economic status. Part II consist of (19) items which included the symptoms of irritable bowel syndrome for child with ADHD. Reliability was determined through a pilot study. The data was analyzed through the application of the descriptive statistical, (Frequency and Percentage) and the inferential statistical data analysis approach Chi-square, Person correlation coefficient, all the patients under treatment and diagnosis by psychiatrist.

Results:

Table (1): Distribution of the study sample (100) by their demographic characteristics and association between demographic data for ADHD patients and irritable bowel syndrome.

No.	Age	Frequency	%	X ² obs.	X ² crit.	df	P.value
1.	3-5	20	20	21.940	5.991	2	< 0.050
2.	6-8	65	65				
3.	9-11	15	15				
Total		100	100				
No.	Gender	F	%	6.480	3.841	1	< 0.050
1.	Male.	88	88				
2.	Female.	12	12				
Total		100	100				
No.	Body Mass Index	%	%	38.720	7.815	3	< 0.050
1.	Underweight.	84	84				
2.	Normal weight.	16	16				
Total		100	100				

* The mean of age is (7.1).

The distribution of the matched demographic characteristics out of this table indicates that the majority of the patients was (6-8) years old who were (65%) of the study. Most of them were males (88%). The table finding that the distribution of body mass index indicated that the majority of the groups were (underweight) with frequency (84%). The table shows that there was significant association between age, gender, body mass index.

2 May 2019

Table (2): Distribution of the study sample (100) by their demographic characteristics for age of child during diagnosis/year, the number of children in his family and ADHD, age of parents and association between demographic data for age of children during diagnosis/year, the number of child in his family and ADHD patients parents and irritable bowel syndrome.

No.	The age of child during diagnosis/year	Frequency	%	X ² obs.	X ² crit.	df	P.value
1.	3-5.	55	55	13.720	5.991	2	< 0.050
2.	6-8.	32	32				
3.	9-11.	13	13				
Total		100	100				
No.	The number of child in his family	F	%	28.880	3.841	1	< 0.050
1.	1 st child.	75	75				
2.	2 nd child.	15	15				
3.	3 rd child.	8	8				
Total		100	100				
No.	Age of parents	F.	%	36.520	3.841	1	< 0.050
1.	20-25	66	66				
2.	26-30	34	34				
Total		100	100				
No.	Residential area	F.	%	20.120	3.841	1	< 0.050
1.	Urban	81	81				
2.	Rural	19	19				
Total		100	100				
No.	Mother's age at delivery	F	%	38.680	3.841	1	< 0.050
1.	20-25	65	65				
2.	26-30	35	35				
Total		100	100				
No.	Socio-economic status	F.	%	45.640	3.841	2	< 0.050
1.	High score (150 – 121).	18	18				
2.	Middle score (120 – 90).	24	24				
3.	Low score (89 and less).	58	58				
Total		100	100				

* The mean of age of parents is (23.6).

The distribution of the demographic characteristics out of this table indicated that the majority of the age of children during diagnosis/year accounted (55%) aging from (3-5) years, the number of child in his family is the 1st child accounted (75%), The table also shows that the age of parents (20-25) years old accounted (66%) of the groups, most of them were living in urban accounted (81%).

The table indicated that the age of mother during labor is (20-25) years old accounted (65%). The majority of the study sample were low score by the socio-economic status accounted (58%).

2 May 2019

The table shows that there was a significant association between (the age of child during diagnosis/year, the number of child in his family, age of parents, residential area, the age of mother during labor and socio-economic status) and attention-deficit/hyperactivity disorder.

Table (3): Mean of scores for items of the irritable bowel syndrome, and the association between irritable bowel syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder.

No.	Items	3	2	1	M.S.	Sig.
	The child suffer from	Always	Some time	Never		
1.	abdominal pain: a child may not be able to express his pain this pain appears in the form of tantrums and self-harm.	72	20	8	2.64	H.S.
2.	obvious bulge in the abdomen.	71	21	8	2.63	H.S.
3.	gaseousness/bloating sensation.	84	13	3	2.81	H.S.
4.	bad odor in the mouth.	50	35	15	2.35	S.
5.	strange smell out and overly bad.	80	7	13	2.67	H.S.
6.	undigested food presence in the stool.	58	27	15	2.43	S.
7.	some behaviors that the child shows a great desire to reclining on his stomach.	79	13	8	2.71	H.S.
8.	whether sleeping on the stomach or abdominal pressure on the edges of the tables.	73	19	8	2.65	H.S.
9.	weakness or delayed of physical growth.	81	8	11	2.70	H.S.
10.	Difficulty sleeping, as result of presence of excess acidity in the stomach.	78	14	8	2.70	H.S.
11.	more frequency and under order of defecation.	71	19	10	2.61	H.S.
12.	constipation.	7	21	72	1.45	N.S.
13.	diarrhea.	73	11	16	2.57	H.S.
14.	defecation on himself.	81	6	13	2.68	H.S.
15.	pain on stooling.	69	17	14	2.55	H.S.
16.	vomiting.	52	23	25	2.27	S.
17.	sensitivity to foods.	70	18	12	2.58	H.S.
18.	blood in stools.	8	19	73	1.35	N.S.
19.	food inauspiciousness	81	10	9	2.72	H.S.
Total		1238	321	341	2.47	S.
X^2 obs. =45.160 df = 11 X^2 crit. = 18.307 P < 0.050						

This table shows that the mean of scores is highly significant in items (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19), significant on items (4, 6, 16), no significant on item (12, 18) and attention-deficit/hyperactivity disorder. The table also shows that there was significant association between irritable bowel syndrome, and attention-deficit/hyperactivity disorder.

2 May 2019

Table (4): Pearson correlation between age of child, gender, body mass index, age child during diagnosis, number of child in his family, age of parents, gender, residual area, age of mother during labor, socio-economic status, irritable bowel syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder.

Variable		Age of child	Gender	Body Mass Index	ADHD diagnosis	No. of child family	Irritable bowel syndrome
Age of child	Co.		.597**	.459**	.790**	.671**	.657**
	Sig. No.	————	C1 .000 100	C2 .001 100	C3 .000 100	C4 .000 100	C5 .000 100
Gender	Co.			.368**	.641**	.538**	.719**
	Sig. No.	————	————	C6 .000 100	C7 .000 100	C8 .000 100	C9 .000 100
Body Mass Index	Co.				.510**	.684**	.706**
	Sig. No.	————	————	————	C10 .000 100	C11 .000 100	C12 .000 100
ADHD diagnosis	Co.					.649**	.685**
	Sig. No.	————	————	————	————	C13 .000 100	C14 .000 100
Age of parents	Co.	.795**	.764**	.595**	.755**	.707**	.830**
	Sig. No.	C15 .000 100	C16 .000 100	C17 .000 100	C18 .000 100	C19 .000 100	C20 .000 100
Irritable bowel syndrome	Co.	.657**	.719**	.706**	.685**	.830**	.857**
	Sig. No.	C21 .000 100	C22 .000 100	C23 .000 100	C24 .000 100	C25 .000 100	C26 .000 100
Residual area	Co.	.701**	.636**	.579**	.623**	.846**	.700**
	Sig. No.	C27 .000 100	C28 .000 100	C29 .000 100	C30 .000 100	C31 .000 100	C32 .000 100
Age of mother during labor.	Co.	.853**	.458**	.587**	.711**	.482**	.541**
	Sig. No.	C33 .000 100	C34 .000 100	C35 .000 100	C36 .000 100	C37 .247 100	C38 .000 100
Socio-economic status	Co.	.764**	.339**	.125	.561**	.182	.308**
	Sig. No.	C39 .000 100	C40 .000 100	C41 .000 100	C42 .000 100	C43 .000 100	C44 .000 100

C = Cell, Co. = Correlation coefficient, Sig. = Significant (2- tailed), N. = Number of sample.

This table shows that the relationship in the all of the cells.

(C1 It means relationship between age and gender, C13 It means relationship between age of parents and ...etc.).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2 May 2019

Discussion:

Table (1) indicated the findings of the study which revealed that the age range between (6-8) years old who are (65%) of the study sample, most of them were males (88%). The table shows that the distribution of body mass index indicated that the majority of the groups were underweight with frequency (84%).

The table indicated that there was a significant association between ages of child, gender, body mass index, the age of child during diagnosis/year, the number of child in his family and attention-deficit/hyperactivity disorder.

Perpetual motion isn't what concerns Meenagh the most. Being fidgety and easily distracted is two of the most common and recognized symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, often leading to poor performance in school, the most recognized fallout of the condition. But the 5% to 11% of American children 4 to 17 years of age who are diagnosed with the disorder the numbers are up for debate depending on whom you talk to also face a lifetime of increased risk for accidents, teen pregnancy. Overall, boys (13.2%) are more likely than girls (5.6%) to be given an attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis [9].

The primary care clinician should initiate an evaluation for attention-deficit/hyperactivity disorder for any child 3 through 18 years of age who presents with academic or behavioral problems and symptoms of inattention, hyperactivity, or impulsivity [8].

Attention-deficit/hyperactivity disorder affects an estimated 4% to 12% of school-aged children worldwide with survey and epidemiologically derived data showing that 4 to 5% of college aged students and adults have attention-deficit/hyperactivity disorder. In more recent years, the recognition and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults have been increasing although treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder continues to lag substantially behind that of children. In contrast to a disproportionate rate of boys diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder relative to girls in childhood, in adults, an equal number of men and women with attention-deficit/hyperactivity disorder are presenting for diagnosis and treatment [2].

Prevalence rates within the inattentive, hyperactive-impulsive and combined subtypes were 10.83, 9.58 and 20.21%, respectively. Increased family size and being male were both associated with increased prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. [10].

Over activity OA and Attention Problem AP are highly heritable at all ages in both genders. The same set of genes appears to be expressed in boys and girls. The size of genetic and environmental contributions remains the same across the ages studied. Stability in OA and AP is accounted for by genetic influences. Children who do not display OA or AP at a given age are unlikely to develop these problems at a subsequent age [11].

Twin studies of childhood behavior problems support the conclusion that individual differences in impulsivity, hyperactivity, and inattention are largely due to genetic influences. Non-genetic variation is due to environmental influences that are unique to

2 May 2019

the individual, and possibly to rater contrast effects. In the present longitudinal twin study, we report on the size of genetic and environmental effects on individual differences in attention problems at ages 3, 7, 10 and 12 years ^[12].

Forty-two studies that included a total of 728,136 individuals (48,161 ADHD subjects; 679,975 comparison subjects) were retained. A significant association between obesity and ADHD was found for both children (odds ratio=1.20, 95% CI=1.05-1.37) and adults (odds ratio=1.55, 95% CI=1.32-1.81). The pooled prevalence of obesity was increased by about 70% in adults with ADHD (28.2%, 95% CI=22.8-34.4) compared with those without ADHD (16.4%, 95% CI=13.4-19.9), and by about 40% in children with ADHD (10.3%, 95% CI=7.9-13.3) compared with those without ADHD (7.4%, 95% CI=5.4-10.1). The significant association between ADHD and obesity remained when limited to studies 1) reporting odds ratios adjusted for possible confounding factors; 2) diagnosing ADHD by direct interview; and 3) using directly measured height and weight. Gender, study setting, study country, and study quality did not moderate the association between obesity and ADHD. ADHD was also significantly associated with overweight. Individuals medicated for ADHD were not at higher risk of obesity. ^[13]

Table (2) indicated the findings of the study which revealed that the age of child during diagnosis/year accounted (55%) from (3-5) years. The table also shows that age of parents range between (40-49) years old of parents accounted (62%) of the groups, the mean of the age was (43.6) years, living in urban accounted (81%). The table also indicated that the age of mother during labor is (30-39) years old accounted (72%), the majority of the groups were low score by the socio-economic status scale ranged from (89 and less) were (58%).

The table shows that there was a significant association between age of child during diagnosis/year, age of parents, residential area, the age of mother during labor and socio-economic status) and attention-deficit/hyperactivity disorder.

Mothers were asked to complete the Child Behavior Checklist CBCL for their twin offspring when the children were 3 ($n = 11,938$), 7 ($n = 10,657$), 10 ($n = 6,192$), and 12 years old ($n = 3,124$). We focus on the Over activity (OA) scale in the CBCL/2-3), and on the attention problem (AP) scale of the CBCL/4-18. The data were analyzed using longitudinal structural equation modeling. Broad heritability of over activity (OA) and AP is estimated at nearly 75%, at each age. A contrast effect was observed at age 3 only. The results revealed less stability of OA at age 3 to Attention Problem (AP) at age 7 ($r = .40$), compared to the stability from AP at age 7 and beyond ($r = .70$). Genetic effects explained between 76% and 92% of the covariance between OA and AP ^[14].

ADHD was associated with young fathers or mothers at the time of birth. Health professionals working with young parents should be aware of the increased risk of ADHD in offspring. This will improve early detection; however, for the development of preventive measures and appropriate interventions, more information on the developmental pathways is needed. ^[6]

Single pregnancy-related risk factors as a cause of attention-deficit/hyperactivity disorder, the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder is associated with

2 May 2019

advanced age in either parent, and with diabetes, bleeding, and use of psychiatric drugs in the mother during pregnancy. The risk is greater with older fathers than with older mothers; two potential explanations are the known increase in mutation burden in older sperm, and the hypothesis that men marry later if they carry genetic liability and show some signs of attention-deficit/hyperactivity disorder. Most professionals believe that race, ethnicity, and socioeconomic background do not affect the occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder ^[15].

The older a mother is when she gives birth, the higher her child's risk of attention-deficit/hyperactivity disorder, new data show. A smaller effect also is seen for the age of the father, but only when the child is born to a father over age 40 and a mother with age thirty years ^[16].

Study of the impact of socioeconomic status on attention-deficit/hyperactivity disorder and severe intellectual disabilities (ID) has yielded conflicting results. Recent European studies suggested that, unlike reports from the United States, low socioeconomic status is associated with an increased risk of attention-deficit/hyperactivity disorder ^[17].

For intellectual disabilities, the links with socioeconomic status vary according to the severity. We wished to clarify the links between socioeconomic status and the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (with or without ID) and isolated severe intellectual disabilities ^[18].

Table (3) shows that the mean of scores for irritable bowel syndrome is a highly significant in all items expected items (4, 6 and 16) was significant, and the items (12, 18) was non significant. The table also shows the association between dietary pattern and attention-deficit/hyperactivity disorder.

The table shows that there was a significant association between irritable bowel syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder.

Recent research shows that more than 50% of children with attention-deficit/hyperactivity disorder have GI symptoms, food allergies, and maldigestion or malabsorption issues. It's obvious from talking to parents that GI problems are a major concern in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Listservs dealing with attention-deficit/hyperactivity disorder have discussions on GI issues all the time. Antifungal use, both prescription and alternative remedies, is a common topic. Parents have tried "anti-yeast" diets, prescription drugs and natural remedies, but nothing seems to be "the answer" to the chronic microbial problems these kids face ^[19].

Altered intestinal permeability was found in 43% of attention-deficit/hyperactivity disorder patients, but not found in any of the controls (Harvard University). Intestinal permeability, commonly called "leaky gut", means that there are larger than normal spaces present between the cells of the gut wall. When these large spaces exist in the small intestine, it allows undigested food and other toxins to enter the blood stream. When incompletely broken down foods enter the body, the immune system mounts an attack against the "foreigner" resulting in food allergies and sensitivities. The release of antibodies triggers inflammatory reactions when the foods are eaten again. The chronic inflammation lowers IgA levels. Sufficient levels of IgA are needed to protect

2 May 2019

the intestinal tract from clostridia and yeast. The decreasing IgA levels allow for even further microbe proliferation in the intestinal tract. Vitamin and mineral deficiencies are also found due to the leaky gut problem ^[20].

Table (4) indicated that there was strong positive relationship in cell (20, 25, 26, 31, 33, 41, 3, 9, 12, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 27, 32, 36, 39, 4, 5, 7, 11, 13, 14, 21, 24, 28, 30, 1, 8, 10, 17, 35, 38 and 42), positive relationship in cell (4, 2, 34, 37, 6, 40, 44 and 43).

Unusual eating behavior occurs in about three-quarters of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), to the extent that it was formerly a diagnostic indicator. Selectivity is the most common problem, although eating rituals and food refusal also occur, this is appear to result in malnutrition, although some children with attention-deficit/hyperactivity disorder also have gastrointestinal (GI) symptoms ^[21].

In a healthy intestinal tract the small intestine and stomach are not inhabited by bacteria. When the flora balance in the colon is lost, the microbes can migrate into the small intestine and stomach, which hampers digestion. The microbes compete for nutrients and their waste products overrun the intestinal tract. One of the toxins produced by yeast is actually an enzyme that allows the yeast to bore into the intestinal wall. The yeast also produces other toxins such as organic acids, which can also damage the intestinal wall ^[22].

Bacterial growth in the small intestine destroys enzymes on the intestinal cell surface, which prevents carbohydrate digestion and absorption. The last stage of carbohydrate digestion takes place at the minute projections called microvilli. Complex carbohydrates that have been broken down by the enzymes embedded in the microvilli can be absorbed properly and enter the blood stream. But when the microvilli are damaged, the last stage of digestion cannot take place. At this point only monosaccharides can be absorbed because of their single molecule structure. In the small intestine, the body should absorb the nutrients needed from what is eaten. But in the case of malabsorption, the undigested carbohydrates left in the small intestine cause the body to draw water into the intestinal tract. This pushes the undigested carbohydrates into the colon where the microbes can feast on it.

This allows for even more proliferation of the unwanted microbes and continued increase in malabsorption problems ^[24]. Some parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder believe their children are allergic or sensitive to the components found in these foods. Some seek allergy testing for confirmation. Yet, even when no allergy is confirmed, many parents of attention-deficit/hyperactivity disorder children still choose to offer the gluten-free/casein-free (GFCF) diet. Among the benefits they report are changes in speech and behavior ^[25].

A gluten-free/casein-free (GFCF) diet is also known as the GFCF diet. It is one of several alternative treatments for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. When following this strict elimination diet, all foods containing gluten and casein (found in milk and dairy products) are removed from the child's daily food intake. The benefit of a gluten-free/casein-free diet is based on the theory that children with attention-deficit/hyperactivity disorder may have an allergy or high sensitivity to foods containing gluten or casein. Children with attention-deficit/hyperactivity

2 May 2019

disorder, according to the theory, process peptides and proteins in foods containing gluten and casein differently than other people do. Hypothetically, this difference in processing may exacerbate attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. Some believe that the brain treats these proteins like false opiate-like chemicals. The reaction to these chemicals, they say, leads a child to act in a certain way. The idea behind the use of the diet is to reduce symptoms and improve social and cognitive behaviors and speech ^[26].

The results of a survey of almost 1300 parent members of attention-deficit/hyperactivity disorder societies in the UK are described. The ages of their children ranged from 2 to 9 years. The survey focused on parents' views of the diagnostic process and data were collected on the age at which diagnosis was made, the time taken to obtain a diagnosis and the professionals involved. Differences in geographical area were also assessed. Overall, the results indicate that children are now being diagnosed earlier than in previous decades, but the average age of diagnosis is still around 6 years. There are also wide regional variations in diagnosis. The survey indicates that many parents continue to experience lengthy and often frustrating delays before they finally receive a diagnosis. Moreover, even when this process is completed, the amount of practical help subsequently provided is generally very limited. Factors related to parental satisfaction with the diagnostic process are discussed in detail ^[27].

Conclusions and Recommendation:

Results indicate greater prevalence of irritable bowel syndrome symptoms among children with ADHD. Identified studies involved high methodological variability and lack of comprehensive data prohibited analysis of GI pathophysiologies typically associated with organic etiologies, limiting conclusions about the underpinnings of the observed association. Future research must address critical questions about the causes and long-term impact of GI symptoms in ADHD. Such analyses will require more systematic research and clinical activities, including improved diagnostic screening, standardized assessment, and exploration of potential moderators (eg, dietary restrictions), encourage ADHA children's family booklet to control on poor health and nutritional education such as (dietary pattern) about the effect of gluten consumption, makes some ADHA children emotionally unstable.

Put ADHA children on elimination diets that get rid of wheat, dairy, processed foods, sugar and sugar alternatives, food dyes, and additives.

References:

1. Manar Al et al., *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among school-aged children in Jordan*, Eastern Mediterranean Health Journal, EMHJ., Vol. 23 No. 7 • 2017.



2 May 2019

2. Timothy E. Wilens, MD¹ and Thomas J. Spencer, MD., *Understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood to Adulthood*, HHS Author Manuscripts, PMC 2013, Jul 26.
3. Klaus W. Lange, Susanne Reichl, Katharina M. Lange, Lara Tucha, and Oliver Tucha, *The history of attention deficit hyperactivity disorder*, Attention Deficit Hyperactivity Disorder Springer Open Choice PMC 3000907, PMC., 2010 Dec; 2(4): 241–255.
4. National Institute of Mental Health Information Resource Center, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, March 2016.
5. Timothy J. Legg, *The Relationship Between ADHD and Autism*, on April 25, 2018.
6. Chudal R. et al., *Parental age and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide, population-based cohort study*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jun; 54(6) PP: 487-94.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Cenit, MC, Nuevo, IC, Codoner-Franch, P, Dinan, TG, Sanz, Y. *Gut microbiota and attention deficit hyperactivity disorder: new perspectives for a challenging condition*, Eur Child Adolescence Psychiatric, 2017.
9. Tandon, M, Pergjika, A. *Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children*, Child Adolescence Psychiatric Clinical N Am., 2017, 26 (3), pp: 523–538.
10. *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*, November 2011, VolumE 128 / Issue 5, From the American Academy of Pediatrics, Clinical Practice, Update on 2019 by American Academy of pediatrics.
11. Anand, D, Colpo, GD, Zeni, G, Zeni, CP, Teixeira, AL. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and inflammation: what does current knowledge tell us?* A systematic review, Front Psychiatry, 2017, PP: 228.
12. Borgo, F, Riva, A, Benetti, A. *Microbiota in anorexia nervosa: the triangle between bacterial species, metabolites and psychological tests*, PLoS One, 2017, 12 (6) PP: 9739.
13. Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, et al. Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2016, 173 PP:34–43.
14. Sciberras, E, Mulraney, M, Silva, D, Coghill, D. *Prenatal risk factors and the etiology of ADHD-review of existing evidence*, Curr Psychiatry Rep., 2017, 19 (1), 1.
15. Rietveld MJ¹, Hudziak JJ, Bartels M, van Beijsterveldt CE, Boomsma DI., *Heritability of attention problems in children: longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12.*, NCBI J Child Psychol Psychiatry. 2004 Mar;45(3), pp:577-88.

2 May 2019

16. Centers for Disease Control and Prevention Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and IBS.*, (accessed on 18 November 2016).
17. Dickerson, AS, Rahbar, MH, Pearson, DA., Autism spectrum disorder reporting in lower socioeconomic neighborhoods. *ADHD.*, 21(4) PP: 470-480, 2017.
18. Rachel et al., Food Availability, *Neighborhood Socioeconomic Status, and Dietary Patterns*, Jun., *Diabetes Mellitus Type II*, 15, 2009.
19. Chen C., Nakagawa S., An Y., Ito K., Kitaichi Y., Kusumi I. *The exercise-glucocorticoid paradox: How exercise is beneficial to cognition, mood, and the brain while increasing glucocorticoid levels*, *Front, Neuroendocrinol*, 2017, 44, PP: 83–102.
20. Dinan, TG, Cryan, JF., *Gut instincts: microbiota as a key regulator of brain development, ageing and neurodegeneration*, *J Physiol.*, 2017, 595 (2) PP: 489-503.
21. Murphy CM, Wilson CE, Robertson DM, Ecker C, Daly EM, et al., ADHD diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatr Dis Treat* 12: 1669-1686, 2016.
22. Elbaz, F, Zahra, S, Hanafy, H. *Magnesium, zinc and copper estimation in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*, *Egypt J Med Human Genet.* 2017, 18 (2) pp: 153-163.
23. Felice, VD, O'Mahony, SM., *The microbiome and disorders of the central nervous system*, *Pharmacol Biochem Behav.*, 2017, 160, PP:1-13.
24. Felix, KM, Tahsin, S, Wu, HJ., *Host-microbiota interplay in mediating immune disorders*, *Ann N Y Acad Sci.*, 2018, 1417 (1) PP: 57-70.
25. Tranquility Labs LLC, *Diet and Nutrition May Help Symptoms Associated with ADHD*, April 9, 2019.
26. Holmskov, M, Storebo, OJ, Moreira-Maia, CR. *Gastrointestinal adverse events during methylphenidate treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*, a systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis of randomised clinical trials, *PLoS One*, 2017, 12 (6) PP: 178187.
27. Matthew Smith, *Hyperactive Around the World, The History of ADHD in Global Perspective*, *Social History of Medicine*, Volume 30, Issue 4, November 2017, Pages 767–787.

2 May 2019

NO.	19
Title	اضطراب التوحد (دراسة مفاهيمية)
Author(s)	أ.م.د. حيدر ماجد الهاشمي ^(١) ، أ.د. هناء خضير الشمري ^(٢) ^(١) الجامعة التقنية الوسطى / مركز التعليم المستمر. ^(٢) كلية التربية أبن رشد / جامعة بغداد

ملخص البحث:

يعد اضطراب التوحد من الإعاقات النمائية المعقدة والتي تستمر العمر كله وتظهر خلال الأعوام الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويتميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب بقصور واضح في الإدراك الحسي واللغوي وعدم التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والقصور بالتواصل الاجتماعي وذات نزعة انسحابية انطوائية وسلوكيات نمطية متكررة ومقيدة ، وبالرغم من التطور الهائل بعالم المعرفة الا ان الغموض ما يزال يكتنف تشخيص الأسباب والعوامل التي تؤدي الى ظهوره ، وهناك العديد من سبل العلاج تم تطبيقها على المصابين ومنها ..
العلاج الطبي .. والعلاج بالمواد الكيميائية .. والعلاج بالتدخل الغذائي .. والعلاج النفسي والاجتماعي .. والعلاج من خلال برامج التدريب والتعليم .

Abstract:

Children with autism are characterized by a marked lack of cognitive and linguistic perception, lack of communication, communication, learning, cognitive development, lack of social communication, an introverted withdrawal tendency, and frequent and restrictive stereotypes. Of the vast development in the world of knowledge, but the uncertainty is still surrounding the diagnosis of causes and factors that lead to the emergence, and there are many ways of treatment have been applied to the injured, including..

Medical treatment, treatment of chemicals, treatment of food intervention, psychological and social treatment, and treatment through training and education programs.

المقدمة:

احتلت قضية الاعاقة بشكل عام اهتماما مميّزا من قبل دول العالم حيث عقدت العديد من المؤتمرات والندوات والورش العلمية واسست الجمعيات والمنظمات الخيرية التي اخذت على عاتقها تبني قضايا الاعاقات ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك اصدرت المنظمات الدولية العديد من المواثيق والاتفاقيات والقوانين التي تضمن حقوق الاشخاص المعاقين وبناءا على ذلك بات من الواجب الاخلاقي والقانوني رعاية الافراد ذوي

2 May 2019

الاحتياجات الخاصة ويعد الأفراد المصابين اضطراب التوحد من الاعاقات التي اصبحت أمراً ملحاً وضرورة اجتماعية لا يمكن اغفالها لذلك اخذ الباحثون والمختصون على عاتقهم الاهتمام بهذه الاعاقة من خلال البحث العلمي بكافة مجالاته .

ومن هنا جاءت أهمية بحثنا هذا الذي نروم به تسليط الضوء على (اضطراب التوحد) من خلال توضيح مفاهيم هذه الاعاقة بشكل تفصيلي والعمل على دراسة هذه الاعاقة بكافة جوانبها .

تم استعمال المنهج التاريخي في كتابة هذا البحث حيث جاء البحث بمقدمة وخاتمة وثلاث فصول تناول الفصل الاول ثلاث محاور ، وضح الاول البدايات التاريخية للاهتمام بالتوحد وتكلم الثاني عن أهمية دراسة اضطراب التوحد والثالث تناول الالمام بتعريف شامل للتوحد ، وجاء الفصل الثاني بثلاث محاور أيضاً تناول المحور الأول اسباب اضطراب التوحد والمحور الثاني اعراض اضطراب التوحد والثالث خصائص اضطراب التوحد وركز الفصل الثالث على أهم الاساليب العلاجية لاضطراب التوحد وبعده خاتمة ثم ثبت المصادر والمراجع .

الفصل الأول

(التعريف بالبحث)

إضاءات حول البدايات التاريخية لاضطراب التوحد:

اضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة ، وانما وجدت بيننا منذ مئات السنين وقد وردت قصص تاريخية عديدة أشارت إلى وجود أشخاص توحد من بين أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبار إيتارد (١٧٧٥-١٨٣٨) الذي حاول تعليم صبي صغير عاش وحيداً في الغابات بمعزل عن أهله وعن المدنية ، وبعد ان تعلم (الصبي فيكتور) الكثير من العادات والتقاليد المجتمعية آنذاك الا انه لم يتمكن من الاستقلال بذاته ، واستمرت لديه العديد من سمات التوحد.

وبعد أول من استخدم مصطلح (توحد طفولي) كان الطبيب النفسي السويسري (بلولور) الذي استخدمه في وصف مرحلة معينة يمر بها مرضى الفصام وتحديداً انعزالهم عن الناس وفهمهم غير الواقعي للحقيقة وقد ظل هذا التعريف على حاله إلى عام ١٩٤٣ عندما استخدمه طبيب نفسي يدعى (كانر) في الإشارة إلى من يعانون اضطرابات توحدية كما نعرفها في وقتنا الحاضر.

بعد ذلك التاريخ بعام تقريباً نشر طبيب نمساوي هو (هانز اسبر جر) دراسة تناولت فحصه لعدد من الأطفال ممن تنطبق عليهم السلوكيات التي وردت في (دراسة ليو كانر) واستخدم التعبير ذاته إلا أن دراسته كتبت باللغة الألمانية مما أعاق نشرها على الصعيد العالمي إلى أن ترجمت إلى اللغة الانجليزية في الثمانينات القرن الماضي، ظل بعض الخلاف قائماً حول المعايير التشخيصية لاضطرابات التوحد إلا أن أكثر المعايير تداولاً على المستوى العالمي في وقتنا الحاضر وهو ما طورته الباحثتان (وينج وجولد) عام ١٩٧٩ حيث حددتا ثلاثة ملامح رئيسية هي التأخر والقصور اللغوي والقصور في التفاعل الاجتماعي وعدم المرونة في التفكير والتخيل وهي ما تعرف مجتمعة باسم مثلث التوحد ومما لاشك فيه أن البحث في مجال التوحد قد قطع شوطاً كبيراً منذ اكتشافه عام ١٩٤٣ وأصبح معروفاً أن التوحد لا يعود إلى سيطرة قوى خفية أو شيطانية ولا إلى سوء في التنشئة

2 May 2019

من قبل الأسرة وإنما ينتج عن اضطرابات متنوعة تؤدي إلى حدوث تأخر شديد وقصور في نمو المهارات اللغوية والاجتماعية والإدراكية.

أهمية دراسة اضطراب التوحد:

تتمثل أهمية دراسة اضطراب التوحد في النقاط الآتية :

١- تكمن أهمية دراسة التوحد من خلال إلقاء الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الأطفال، وهي المدة التي يتمركز فيها الأطفال حول ذاتهم مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة، بينما الطفل من ذوي اضطراب التوحد يثبت عندها.

٢- يجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة بين العوامل العضوية والبيئية، فالطفل الذي يولد بميول (اضطراب التوحد) قد يثير أسرته الأمر الذي يجعلهم يعاملونه معاملة خاصة عن باقي أخوته مما قد ينمي فيه أعراض هذا الطيف.

٣- الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها، وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبة صرعية، وأن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن خمسين، وأنه قد لوحظ أن ٢٠٪ أو أكثر من حالات اضطراب التوحد يولد لديهم تاريخ النوبة صرعية أو أكثر.

٤- كما أن المضاعفات أيضاً هي بداية حدوث الاكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة كاستجابة للوعي النسبي بالإعاقة الناتجة عن اضطراب التوحد. وفي حالة التعرض لضغوط نفسي أو اجتماعي يظهر المريض أعراضاً تصلبية، خاصة التهيج Excitement أو أخذ وضع ثابت Posturing وهو الحفاظ على وضع جسمي أو اتجاه شاذ غريب لفترة طويلة من الزمن، ويشيع ملاحظة هذا الوضع عند المرضى ذوي الأعراض التصلبية) أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات وهلوس، ولكنها جميعاً تزول بزوال الضغوط (محمود حمودة، ١٩٩١ : ١٠٢).

طاقات ، ابداع ، استثمار
ماهية اضطراب التوحد:

يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال اضطراب التوحد من أكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين والباحثين في هذا المجال National Society For Autistics Children وينص التعريف على أن ذوي اضطراب التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (٣٦) شهراً ويتضمن الاضطرابات التالية :

١. اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.
٢. اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
٣. اضطرابات في الكلام واللغة.
٤. اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.
٥. اضطرابات أخرى .

2 May 2019

أهم تعاريف اضطراب التوحد

تعريف (NAS) National Autistic Society (UK):

التوحد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثلاث أنواع من الإعاقات في :-

Social Interaction

• التفاعل الاجتماعي

Social Communication

• الاتصال الاجتماعي

Imagination

• التخيل

بالإضافة إلى هذه الإعاقات ، تعد النماذج السلوكية المتكررة خاصة يتسم بها المصابين باضطراب التوحد.

تعريف (ASA) Autism Society of America:

يعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية CIS:

Verbal and non- Verbal Communication

• الاتصال اللفظي وغير اللفظي

Social Interaction

• التفاعل الاجتماعي

Sensory Development

• التطور الحسي

الفصل الثاني

أسباب اضطراب التوحد

ما هو الشيء الذي يسبب التوحد ؟ هنا يكمن السر والغموض ؟ هل هو مرض عصبي ، أم نفسي ، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة ، أو بسبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام ؟ 2019 \

إن هناك اختلافا كبيرا في آراء المتخصصين في هذا المجال وإن كانت أكثر الأبحاث تؤكد أن أجزاء من الجهاز العصبي المركزي ، قد لا تتطور بالصورة المطلوبة ، ولأسباب غير معروفة حتى الآن ، فهناك ملايين من الخلايا العصبية التي تنمو في الدماغ ، تقوم بعمل توصيلات خاطئة . (كاردين، ١٩٩٢ : ١٤)

النظريات القديمة (النفسية المنشأ):

اعتقد كانر أن الوالدين - خصوصاً الأم - يتحملان المسؤولية الإصابية ابنهما بالتوحد لعدم تزويده بالحنان والدفء العاطفي الكافيين ، ولإهمالهما لطفلهما وعدم الاعتناء بتربيته مما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية ما بينه وبين أمه والرفض المتبادل بين الطرفين ، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي .

2 May 2019

وعارض الكثير من الباحثين هذه النظرية النفسية حيث أشار رتر (Rutter) إلى أن الطفل خلال الفترة الحرجة للتوحد (٠-٦) أشهر لا يمتلك وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له ، وأشارت دراسات رتر أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطيع أن يفصل بين ذاته وبين الآخرين ويستعمل الأنا كدلالة على نفسه وعلى الآخرين. (الشيخ ذيب ٢٠٠٥ ، ٨)

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن المتنبين لهذه النظرة Singer & Wynne (الجلبي، ٢٠٠٥ : ٥٠)

وبشكل عام نستطيع تلخيص أهم ما جاءت به هذه النظريات النفسية بما يلي:
أن الوالدين للطفل التوحدي يكونان أكثر ذكاء - أكثر قلقاً - ولديهم ضعف في دفاء العلاقات الأبوية، هذه النظريات ترجح أن سبب التوحد هو ظروف العائلة وتصورها كما يأتي:

ضعف علاقة التواصل بالأم ، وإثارة غير كافية لعواطف الطفل ، أو نتيجة لرفض هذه العلاقة. (السعد، ١٩٩٢ : ١٨)

الفرضيات الحديثة نسبياً:

أثرت الكثير من الدراسات التي أجريت حول أسباب التوحد إلى تقديم مجموعة كبيرة من الفرضيات المحتملة للتوحد لعل أبرزها:

١. الفرضيات البيولوجية :

أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي" ، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجري في الولايات المتحدة بحثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب. (أبو العزائم، ٢٠٠٣ ، نت)

يعتقد بعض الباحثين أن جميع الأفراد التوحدين لديهم تلف دماغي سواء كان معروفاً أو فرضياً حيث لم يكتشف إلا جزء بسيط من هذا التلف نتيجة القصور في الأجهزة والأدوات الطبية الحالية ومن الشواهد الدالة على وجود تلف دماغي ما يلي:

أ. مراقبة التوحد للعديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة مثل الإعاقة العقلية والصرع والصعوبات والمشاكل أثناء الحمل والولادة.

ب. وجود نسبة انتشار واحدة تقريبا في كل الثقافات والمجتمعات مما ينافي الأسباب الاجتماعية والنفسية للتوحد.

ج. أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحدين.

د. إظهار الرسم الكهربائي للدماغ تغيرات في الموجات الكهربائية عند بعض الأفراد التوحدين. (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ٨)

2 May 2019

أن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي ودرست الاضطرابات الفيزيولوجية ، فالتوحد كما أثبتت هذه الدراسات ناتج عن خلل عصبي وليس ناتج عن اسباب نفسية أو نفسية اجتماعية ، حيث تلخصت النتائج التي وصلت إليها الأبحاث العلمية في ثلاث نظريات تتمحور حول إثبات وجود خلل ما في الجهاز العصبي الذي أدى إلى الانعزال والتخلف العقلي وعدم القدرة على التواصل اجتماعياً ولفظياً ، الخ.

النظرية الأولى: الشق الدماغى الوسطى:

وتقول هذه النظرية ، تراكم عدد كبير من الخلايا الصغيرة في الشق الدماغى الوسطى وذلك إلى أسباب معينة أدت إلى تأخر تطوري عند الفرد من المراحل الجنينية حتى بعد الولادة مما يؤدي إلى بعض الاضطرابات السلوكية ، وهناك دراسات تستخدم التصوير العصبي إشارات انخفاض مستوى الدم الذي يغذي الدماغ أي سوء نقص تروية الدماغ وتحديداً في منطقة الشق الوسطى من الدماغ عند التوحدين. (مرهج، ٢٠٠١ : ١٣)

وهذه الأبحاث كانت قد أرجعت الفشل في إقامة تواصل اجتماعي إلى وجود عطب في الشق الدماغى الوسطى كذلك ظهور أنماط من السلوك الاجترارية.

النظرية الثانية: المخيخ :

أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخيخ كما أشارت دراسة (هاشيموتو) التي أجراها على (١٠٢) شخص مصاب بالتوحد وذلك بمقارنتهم بعدد من الأفراد الأسوياء حيث كان قد توصل إلى أن المخيخ لدى المصابين حجمه أصغر من الحجم الطبيعي وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ وأثبتت أن الفرق في حجم المخ بين التوحدين والأشخاص الطبيعيين يزول مع ازدياد العمر.

لكن الدراسات دلت أن هناك فروق في حجم الدماغ الأوسط بين الأطفال التوحدين وبين الأسوياء والتي لا تزول مع تقدم العمر ، مما جعل الباحثين يعتقدون أن الخلل العصبي التطوري أصاب الجنين قبل الولادة وليس بعدها.

أما الخلل الموجود في العرق الدماغى فقد أثبتت الدراسات أنه يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسي والجسدي وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبي الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الانتباه والإثارة عند الأشخاص التوحدين ، وبذلك فإن الخلل في المخيخ كذلك في العرق الدماغى قد يكون مقروناً بالتخلف العقلي الموجود في حالات التوحد فقد ربط (كورشين) نقص الانتباه بخلل في المخيخ . (مرهج، ٢٠٠١ : ١٤).

النظرية الثالثة : الدماغ الجبهى أو الكورتكس الأمامى:

أشارت بعض الدراسات إلى وجود ضعف وظيفي في القشرة الدماغية للدماغ الجبهى الذي يؤدي إلى حركات تكرارية وسلوك اجتراري عند التوحدين.

ومما لا بد أن التوحد ينتج عن خلل في وظيفة الدماغ أو أثناء الحمل وذلك بسبب عامل ما يؤثر على دماغ الجنين أو عامل وراثي يؤثر على عملية نمو الدماغ (مرهج، ٢٠٠٠ : ١٥)

2 May 2019

نظرية أخرى أكثر حداثة للتوحد تقترح بأنه شبيه بفقد الذاكرة، وذلك بسبب الضعف أو الأذى الحادث في جزء من أطراف المخ، إلا أن هذه النظرية أم تؤكد نتائجها بعد لعدم وضوح الأدلة (السعد، ١٩٩٢ : ١٩)

٢- الفرضيات الوراثية:

يشير الباحثون إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بالتوحد فقد ذكر سجل (Siegel, ١٩٩٦) أن الوراثة تلعب دورا في (٣٠ - ٥٠ %) من حالات التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة ، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقا ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات ، وما هو الموروث تحديداً، حيث يتفاعل أكثر من (٢٠) جين مختلف ، ومن الشواهد على الأسباب الوراثية ما يلي:

أ. معاناة نسبة لا بأس بها من أقارب الأطفال التوحديين من الإعاقات النمائية المختلفة واضطرابات الكلام وصعوبات التعلم .

ب. زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل التوحدي بنفس الاضطراب أو اضطرابات مشابهة .

ج. زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوحد المطابقة . (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ٨)

وأظهرت دراسات أخرى أن العائلات التي فيها شخص توحدي توجد لديها مشاكل متعلقة بالكلام أو مشكلات تطويرية أخرى (مركز دبي، ٢٠٠١ : ٧)

والعوامل الوراثية تتمثل بوجود خصائص التوحد والتي تكون ظاهرة لدى واحد من الأقرباء أو ضمن الخصائص الشخصية غير الاجتماعية في الأسرة.

أما العوامل البيئية فقد دلت الدراسات وجود حالات من الانفصام و الاكتئاب في عائلات التوحديين ولكن هناك بعض الدراسات دلت أن بعض حالات التوحد تعود إلى أسباب غير معروفة ودراسات أخرى دلت على أنه ناتج عن تحولات جينية غير معروفة أو محددة أو بسبب التهابات تصيب الجنين وليس الأم وذلك خلال فترة الحمل. (مرهج، ٢٠٠ : ١٥ - ١٦)

اطفال التوحد

طاقات ، ابداع ، استثمار

٣- الفرضيات الجينية :

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بويضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوائم المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية . (أبو العزائم، ٢٠٠٣ ، نت)

يفترض الباحثون أن الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي للإصابة بالتوحد ويستشهدون على ذلك بمرافقة التوحد للعديد من الاضطرابات الجينية والتي أهمها: متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile x) ومتلازمة كورينلاي لانج (Corneliade Lange Syndrome) ومتلازمة داون (Down Syndrome) ومتلازمة كلينفتر (Klinefenter Syndrome) و متلازمة ريت (Rett Syndrome) ومتلازمة وليم

2 May 2019

(Williams Syndrome) والتصلب الدرني (الحديبي) (Tuberous Sclerosis) والأمراض العصبية الليفية ،

ومن الكروموسومات ذات العلاقة : كروموسوم ٢ - ٣ - ٧ - ٥ - و X (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ٩)

وترجع الدكتورة رابية الحكيم أخصائية طب نفس الأطفال أسباب التوحد إلى عاملين أساسيين:

أولهما عوامل جينية وراثية حيث يكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد..... ومازالت الأبحاث قائمة في مجال الجينات بشكل مكثف ... ومن أحدث الأبحاث التي لها علاقة بالجينات وذكرت في مؤتمر أبحاث التوحد في أمريكا هو عدم فعالية بروتين معين وهو الميتالوثيونين المسؤول عن نسبة الزنك والنحاس في الجسم. (الحكيم، ٢٠٠٤ : ٢٥)

٤- الفرضيات البيوكيميائية:

يعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفا بالمخ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من مرض الفينيل كيتونوريا والتصلب الحديبي واضطراب رت ونقص الأكسجين أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذواتيين من غيرهم من الأسوياء . (أبو العزائم، ٢٠٠٣ ، نت) تشير الدراسات لوجود عزل في خلايا المخ عند بعض الأفراد التوحديين أكثر من الشكل الطبيعي إضافة لوجود الخلل في توازن بعض النواقل العصبية التالية في الدماغ:

أ- السيروتونين (Serotonin)

وهو ناقل عصبي هام تأثيره معقد و شامل حيث يؤثر في المزاج والذاكرة والتطور العصبي وافراز الهرمونات وتناول الطعام وتنظيم حرارة الجسم والذاكرة والنوم والألم والقلق وظهور السلوك العدواني والسلوك النمطي ، وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض (الهضم) يزداد تركيز السيروتونين في الدم والدماغ الأوسط والبول وبالتالي خلل في وظائفه وظهور بعض صفات التوحد. يشير جليرون وزملائه إلى أن أكثر من ٣٠ % من الأطفال التوحديين لديهم زيادة في كمية السيروتونين في الصفائح الدموية.

ب- الدوبامين:

ناقل عصبي معقد يلعب دورا حيويا في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والإرادة والسلوك النمطي.

ج- الببتيدات العصبية :

تلعب دور هام في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الانفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي، وتشير الدراسات إلى عدم توازن الببتيدات العصبية عند الأطفال التوحديين . (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١٠).

٥- الفرضيات الأيضية:

يؤكد الكثير من الباحثين أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحديين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح اللزجة والمرونة أثناء العجين ، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ويستدلون على ذلك من خلال استقراغ

2 May 2019

الطفل المستمر للحليب والأكرزما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغربية تحت الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك و/ أو الإسهال المزمن واضطرابات التنفس الشبيهة بالأزمة الصدرية.

ومن أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين ما يلي:

أ . حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتيريا الموجودة في المعدة.

ب. زيادة الأفيون في المخ.

ج. عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت.

د. النفاذية المعوية.

التغيرات الطبية الحيوية التي تحدث نتيجة لذلك (العوامل الأيضية) هي زيادة تكاثر الكانديدا (الفطريات) و البكتيريا في الأمعاء، وزيادة نفاذية الأمعاء Leaky Gut Syndrome ونقص الفيتامينات والمعادن وضعف التغذية بشكل عام ، وضعف المناعة ، ونقص مضادات الأكسدة ، ونقص الأحماض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم (الحكيم، ٢٠٠٤ : ٢٥).

هـ . نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم. (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١٠)

٦- فرضيات الفيروسات (التطعيم):

يرى الباحثون إمكانية مهاجمة الفيروسات الدماغ الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض التوحدية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالتوحد خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة.

وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالتوحد والتطعيم الثلاثي (MMR):

تطعيم الحصبة

وتطعيم أبو دغيم (Mumps) وتطعيم الحصبة الألمانية (Rubella).

نظراً لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات . إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح و بذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١٠)

وكذلك فقد أجمع الخبراء أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية للتوحد إضافة إلى أن نقص الأوكسجين أثناء الولادة كما ربط تعاطي الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص التوحد لدى الأطفال . (مرهج، ٢٠٠١ : ١٥ - ١٦).

٧- التلوث البيئي :

ونقصد به العوامل الخارجية أي تلوث البيئة بسبب (المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات وغيرها من الأسباب). (الحكيم، ٢٠٠٤ : ٣٣)

2 May 2019

قد يتعرض الطفل للتلوث البيئي أثناء فترات حرجة من مرحل تطور الطفل مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات المختلفة للطفل مثل المشي والنطق وبعض أشكال السلوك التوحدي ، ومن هذه الملوثات:

أ. الزئبق (Mercury): يشير البعض أن التسمم بالزئبق قد يؤدي إلى التخلف العقلي وعدم اتزان عضلي و عصبي وظهور بعض اعراض التوحد.

ب. مادة (Thiomersal): وهي مادة حافظة للمطاعيم حيث يرى الباحثين أن الإصابة بالتوحد لا يعود للمطاعيم نفسها وإنما لهذه المادة.

ج. الرصاص (Lead): يؤدي التسمم بالرصاص إلى تأثيرات سلبية على النمو ويؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة .

د. التسمم بأول أكسيد الكربون (Monoxide): تؤدي إلى تشوهات خلقية . وتلف في خلايا الدماغ و وفاة الجنين واضطرابات في الحركة سواء في مرحلة الحمل أو في المرحل النمائية الأولى من العمر . (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١١)

٨- الأدوية والعقاقير:

يعتبر تناول الأم للأدوية والعقاقير أمرا غير مرغوب فيه بشكل عام ، حيث قد تؤدي إلى العديد من المخاطر مثل تلف خلايا الدماغ و الإصابة بالتوحد ولعل من أبرز الأدوية دواء (Thalidomise) (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١٠)

٩- أسباب إدراكية وعقلية:

قد ينتج التوحد نتيجة عدم تطوير الأفكار و عدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفة التي تنمو بشكل طبيعي جنبا إلى جنب الأفكار وبذلك فغياب نمو هذه الأفكار لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع الفهم بأن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات و الإيماءات و أوضاع الجسم . (الشيخ ذيب ، ٢٠٠٥ : ١٠)

ويرى أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة و التي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق و اللغة ووجدت الباحثة ١٩٨٧leslie بان المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هي افتقارهم للقدرة على تفهم الناس الآخرين و فهم أنفسهم ، ومعظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم ، كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه في أفكار ومعتقدات الناس الآخرين وبموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي و التواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجنب المعرفي و الاجتماعي . (الجلبي، ٢٠٠٥ : ٥٠)

2 May 2019

ويرى أصحاب هذه النظرية أن التوحد هو عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وهذا ما يجعل استحالة التوحدين الصغار من تطوير أفكار مرتبطة أو ذات معنى للحياة الخارجية المحيطة بهم ، هذا التقلب والتحول في ما يدرك بالحواس له بعض الموافقين اليوم بالرغم أنهم لم يعرفوا أبدا الطبيعة الدقيقة لهذا الاستقبال الحسي غير الثابت. (السعد، ١٩٩٢ : ١٩).

خصائص التوحد وأعراضه

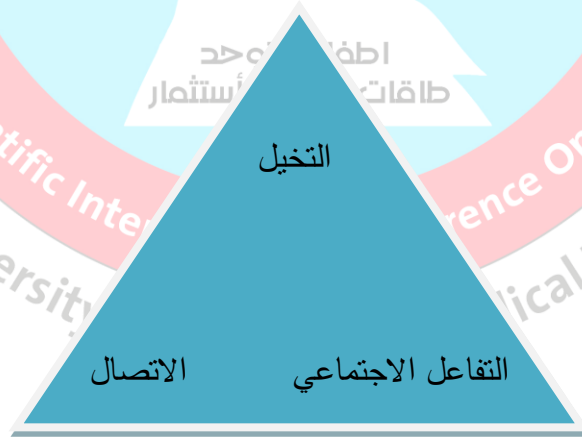
يعد اضطراب التوحد حالة معقدة التشابك على الرغم من كثرة الدراسات والنظريات حولها إلا إن هنالك خصائص مشتركة لمعظم الأطفال المصابين لهذا الاضطراب.

أولاً: مثلث الإعاقات

حيث أظهرت العديد من الدراسات أن هنالك خصائص سلوكية معينة تظهر لدى الأفراد المصابين في ثلاث مجالات رئيسية وهي:-

- إعاقات في التفاعل الاجتماعي
- إعاقات في الاتصال الاجتماعي
- إعاقات في التخيل

وتعرف هذه الخصائص الثلاثة بشكل مجتمع باسم مثلث الإعاقات كما يوضحه شكل (١)، وبما أن التوحد اضطراب نمائي تطوري، تتنوع مظاهره السلوكية حسب العمر والقدرة ، ومع ذلك، فإن خصائصه الثلاثة (إعاقات في التفاعل الاجتماعي والاتصال والتخيل) تكون موجودة بأشكال مختلفة في جميع مراحل النمو.



شكل (١)

مثلث الإعاقات

2 May 2019

وبينت وينج (Wing, ١٩٩٦ - ١٩٩٣) توضحاً لهذا المثلث على النحو التالي:

١- إعاقة في التفاعل الاجتماعي:

حيث قامت بتشخيص أربع مجموعات فرعية للأفراد الذين يعانون من ASD:

- مجموعة اللا أباليين "البعيدين" Aloof Group الذين لا يبادرون بالتفاعل الاجتماعي ، ولا يكون لديهم ردود فعل نحو هذا التفاعل الاجتماعي، ويبدو مثل هؤلاء الأطفال غير مهتمين بالآخر، وخاصة الأطفال الآخرين على الرغم من أنهم قد يستمتعون بأشكال معينة من الاتصال الجسدي الفعال.
 - مجموعة "السليبين" Passive Group الذين يستجيبون للتفاعل الاجتماعي ولكن لا يبادرون به، وقد يتقبلون التواصل الاجتماعي بشكل سلبي ، أو حتى أنهم قد يظهرون سعادة عند قيامهم بهذا التواصل، ولكنهم لا يقومون بأي اقتراب عفوي.
 - مجموعة "الفعالين" Active Group ولكن غريبيين ، الذين يقومون بالتواصل ولكنهم يفتقرون إلى "التبادل" (تواصل ذي اتجاه واحد) One Way Interaction، ويقوم الأطفال في هذه المجموعة بالاقتراب بالفعل من الآخرين بشكل عفوي، ولكنهم يقومون بذلك بطريقة شاذة وغير لائقة ودون انتباههم إلى الطريقة التي يستجيب فيها الناس لهذا الاقتراب.
 - مجموعة "المتكلفين" Stilted Group الذين يبادرون بالاتصال ويستمررون به، ولكن ذلك يتم بطريقة رسمية ومتكلفة ، وهم أناس لديهم قدرات أكبر، ويظهرون طريقة تفاعل رسمية ومتكلفة.
- وتظهر هذه المجموعات الفرعية تنوعاً عظيماً من مظاهر الإعاقة الاجتماعية Social Impairments ، كما توضح الخاصية الطيفية للاضطراب إلى حد بعيد، وباستمرار عمليات النمو قد ينتقل الشخص من مجموعة إلى أخرى.

٢- إعاقة في الاتصال الاجتماعي:

- يتضح طيف إعاقات الاتصال في التوحد من خلال: أبداع، استثمار
- نقص في تقدير الاستخدامات الاجتماعية ومتعة التواصل، حتى أولئك الذين يستطيعون التحدث، فإنهم يستخدمونه لمخاطبة الآخرين بإلحاح وبشكل مضجر بدلاً من التحدث إليهم.
 - نقص الفهم بأن اللغة، أداة اتصال، فقد يكون ذوي التوحد قادرين على طلب حاجاتهم الخاصة بهم، ولكنهم يجدون صعوبة في التحدث عن مشاعرهم وأفكارهم، وفهم مشاعر وانفعالات وأفكار الآخرين.
 - استيعاب سيء ونقص في استخدام الإيماءات ولغة الجسد وتعابير الوجه ونعمة الصوت المناسبة للموقف الاتصالي.
 - أولئك الذين يمتلكون اللغة يجدون صعوبة في استخدام الضمائر الكلام، وقد يعاني شذوذ في طريقة الكلام ، لكنهم قد يستجيبون إلى بعض أشكال الأسئلة مثل من ومتى وأين، وقد يكون لديهم اختيار تمييزي لبعض الكلمات والعبارات، وتنسم لغة الطفل التوحدي بما يلي:

2 May 2019

١. تعتبر عيوب اللغة في الاضطراب التوحدي مشكلة أساسية، فقد يجد الطفل ذوي التوحد صعوبة في استخدام الألفاظ، وحتى إن وجدت الألفاظ فهي غير مناسبة للمواقف بل أنه يقاطع الآخرين ولا يستطيع تبادل الحديث، فهو يتسم بالتأخر اللغوي.
 ٢. غير قادر على استخدام مفردات اللغة بصورة سليمة.
 ٣. غير قادر على استخدام الضمائر بصورة صحيحة، وفي الغالب يحدث عملية قلب لهذه الضمائر.
 ٤. نغمة الكلمات تكون كالصدى عند بعض الأطفال.
 ٥. يتسم بشذوذ ملحوظ في طريقة الكلام.
 ٦. يتسم بارتفاع الصوت أكثر من اللازم والضغط على المقاطع.
 ٧. بعض الأطفال يعانون من صعوبة في تفهم المواقف.
 ٨. يوجد اختلاف في الإدراك خاصة فيما يتعلق بالمنبهات الحسية.
 ٩. الأطفال التوحديين معاقين في استخدام اللغة المرئية فهم يظهرون احتياجاتهم عن طريق الذهاب إلى المكان الذي يريدون منه شيئاً ، ويضعون يدهم على الشيء المطلوب، وقد يستعملون كل أيديهم لا إصبعهم فقط في الإشارة.
 ١٠. غير قادر على التعبير عن مشاعره.
 ١١. لغة الطفل التوحدي دائماً تتضمن فقط احتياجاته فهو دائماً يستخدم كلمة واحدة والألفاظ لا تتغير في النغمة، بل هي على وتيرة واحدة، ولقد انتهت العديد من الدراسات إلى التأكيد على أن اضطراب اللغة لدى الأطفال التوحديين من أكبر المشكلات التي يتعرض لها الطفل التوحدي، حيث أنه يصبح غير قادر على تطوير اللغة.
- وتتنوع مشكلات الاتصال / اللغة لدى التوحديين بشكل كبير من فرد إلى آخر، وقد يكون بعضهم غير قادر على التحدث، بينما يمتلك آخرون مفردات واسعة وقد يكونوا قادرين على الخوض في مواضيع ذات اهتمام خاص بهم، بينما يكونوا مسلوبين الإرادة في المحادثات الاجتماعية.
- وغالباً ما يظهر التوحديين اللفظيين خصائص "توحدية" معينة مثل:
- **المصاداة Echololia**: ترديد لما يقوله الآخرون " بشكل يشبه ترديد الببغاء للكلمات والعبارات"، ويكون هذا الترديد إما فوري (ترديد فوري)، أو بعد مرور فترة زمنية (ترديد متأخر).
 - **عكس الضمائر Pronoun Reversal**: صعوبة في استخدام الضمائر مثل التفرقة بين أنا أنت، وغيرها من أسماء الإشارة مثل هذا، هؤلاء، هنا، هناك.
 - **حرفية شديدة Extreme literalness**: يكون فهم اللغة حرفياً، أي ما تعنيه الكلمة وليس ما يعنيه الشخص.
 - **لغة مجازية Metaphorical Language**: قد تمتلك الكلمات بعض المعاني الخاصة التي تكون مختلفة عن تعريفاتها العامة.

2 May 2019

- **تعبيرات جديدة Neologisms:** يتم استحداث كلمات جديدة وفهمها فقط من قبل هؤلاء الأشخاص الذين قاموا باستحداثها.
 - **التأكيد عن طريق التردد Affirmation By Repetition:** غياب مفهوم "نعم"، بدلاً من ذلك يتم ترديد العبارة كلها للتعبير عن الموافقة.
 - **طرح أسئلة متكررة Repetitive Questioning:** طرح نفس الأسئلة أكثر من مرة ليس من أجل الحصول على معلومات، بل للمحافظة على رد فعل يمكن التنبؤ به.
 - **المطالبة بنفس السيناريو اللفظي Demanding The Same Verbal scenario:** قول (والمطالبة بالاستجابة) بنفس الكلمات بالضبط التي استخدمت في اوضاع متشابهة.
 - **أسلوب تخاطبي توحدي Autistic Discourse style:** يمكن أن يكون الكلام رسمياً كثيراً، أو ثنائياً من حيث استخدام المفردات والقواعد.
 - **تحكم سيء في علم العروض Poor Control of Prosody:** خصائص عروضية معينة من مثل صوت رتيب وممل، نغمات صوتية وإيقاع وتشديد تمييزية.
- ٣- إعاقات في التخيل:
- قد يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد:
- عدم القدرة على اللعب التخيلي مع أشياء أو ألعاب أو مع أطفال آخرين أو بالغين، ويمتلك بعض الأطفال التوحديين مدى محدد من الأنشطة التخيلية - يتم نسخها من البرامج التلفزيونية، مثلاً. والتي تكون عادة تكرارية ومتصلبة.
 - الميل إلى الانتباه الانتقائي في التفاصيل الفرعية للبيئة بدلاً من فهم المعنى الكلي للمشاهد.
 - الافتقار إلى فهم المحادثات الاجتماعية.
 - الافتقار إلى فهم القصص، وبعض النصوص الأدبية الأخرى.
 - الافتقار إلى فهم الفكاهة اللفظية الدقيقة.
- ٢٠١٩ \ ٥ \ ٢
- وتتنوع الوسائل التي تظهر من خلالها أي من هذه الخصائص من طفل إلى آخر، وحتى بالنسبة للطفل نفسه، قد تتنوع المفاهيم المختلفة للنماذج السلوكية في فئات عمرية مختلفة، ولا يمتلك شخص واحد عادة جميع الخصائص في نفس الوقت أو بنفس الدرجة من الشدة.
- ثانياً: الأنشطة النمطية المتكررة**
- وبالنسبة لوينج ١٩٩٣، يترافق مثلث الإعاقات عادة مع الأنشطة النمطية المتكررة التي يمكن أن تتخذ شكلاً بسيطاً أو معقداً، وتصنف وينج هذه السلوكيات في أربع مجموعات:
١. أمثلة على أنشطة نمطية بسيطة: النقر بالأصابع أو النقر على الأشياء، تدوير الأشياء أو مراقبة هذه الأشياء وهي تدور، النقر على الأسطح أو حكها، تلمس أنسجة معينة، الاهتزاز، ضرب الرأس أو إيذاء الذات، الضغط على الأسنان، إصدار أصوات.

2 May 2019

٢. أمثلة على الأنشطة النمطية المعقدة التي تتضمن أشياء: التصاق شديد بأشياء معينة دون هدف واضح، افتتان بنماذج أو أصوات وغيرها ، ترتيب الأشياء في صفوف أو نماذج أو غير ذلك.
٣. أمثلة على أنشطة نمطية معقدة تشمل: أعمال روتينية من مثل الإصرار على إتباع نفس الطريق إلى أماكن معينة، طقوس موعد الذهاب إلى النوم، تكرار سلسلة من حركات الجسد الغريبة.
٤. أمثلة على تكرار أنشطة معقدة لفظية أو مجردة: مثل الافتتان بمواضيع معينة، طرح نفس سلسلة الأسئلة، والمطالبة بإجابات معيارية.

ثالثاً: الخصائص الثانوية

وتذكر وينج (Wing, ١٩٩٣) أن جميع هذه الخصائص (مثلث الإعاقات بالإضافة إلى الأنشطة النمطية المنكررة) أساسية، علاوة على ذلك، تم حساب الخصائص الثانوية التي تكون شائعة ولكن غير ضرورية للتشخيص مثل:

- المشكلات اللغوية.
 - شذوذ الفحص البصري والاتصال العيني.
 - مشكلات التقليد الحركي وضبط الحركة.
 - الاستجابات غير العادية للمثيرات الحسية.
 - ردود الفعل الانفعالية غير الملائمة.
 - أنواع متعددة من الشذوذ في الوظائف الجسدية والنمو الجسمي - نماذج عصبية للنوم وتناول الطعام والشراب ، مقاومة آثار المهدئات والمنومات، حركات وجه تناظرية غير عادية.
 - مهارات خاصة - مقارنة مع الافتقار إلى المهارات في مجالات أخرى.
 - مشكلات سلوكية.
- ويظهر بعض الأطفال والبالغين ممن يعانون من ASDs سلوكيات شديدة التحدي - العدوانية، إيذاء الذات، وغيرها، كما يظهر بعض التوحديين قدرات متميزة الرسم والموسيقى والحساب وغيرها ، ويكون بعض الأطفال التوحديين جيدين في تجميع البازل المعقدة حتى عندما تكون قطع البازل غير مكتملة فإنهم يتمكنون من اكتشافها، كما يبدأ بعضهم بالقراءة في وقت مبكر تقريباً، حتى قبل أن يبدأ بالكلام.

رابعاً: أشكال التوحد

High - Functioning Autism (EFA)	التوحد عالي الأداء
Low- Functioning Autism (LFA)	التوحد متدني الأداء
Mild Autism	التوحد البسيط
Moderate Autism	التوحد المعتدل
Severe Autism	التوحد الشديد
Kanner Autism	توحد كانر
Classic Autism	التوحد الكلاسيكي
Asperger Autism	توحد اسبيرجر

2 May 2019

بما أن التوحد اضطراب طيفي تتنوع مظاهره من فرد إلى آخر، من غير الغريب إذن انبثاق العديد من الأوصاف "غير الرسمية" ولكن المتقلبة بشكل واسع. وتشمل هذه الأوصاف: التوحد عالي الأداء (HFA) التوحد متدني الأداء (LFA)، "التوحد المعتدل"، "التوحد الشديد"، "السمات التوحدية"، و"الميول التوحدية"، ومن الضروري ملاحظة أن هذه المصطلحات ذاتية متحيزة.

ولا يوجد هناك تعريفات إكلينيكية للكلمات من مثل "عالي الأداء" "متدني الأداء"، "متوسط" أو "شديد". ومع ذلك، ولأن التوحد واسع النطاق، قد يستخدم الأخصائيون مثل تلك المصطلحات لوصف أين يعتقدون يمكن أن تكون قدرات الفرد على سلسلة ما.

وفي الوقت الحاضر ، لا يوجد توجيهات تشخيصية مقبولة بشكل واسع للتوحد عالي الأداء، ومع ذلك، يوافق الباحثون على أن من المناسب القول عن شخص ما على أنه يعاني من توحد عالي الأداء إذا ما انطبقت عليه معايير التوحد.

خامساً: متلازمة اسبيرجر والتوحد:

تمت مناقشة قضية فيما إذا كان التوحد ومتلازمة اسبيرجر يشكلان حالتين مختلفتين على مدى عدد كبير من الأعوام، ولقد لفتت وينج (Wing, ١٩٨١) انتباه الإكلينيكين لمتلازمة اسبيرجر A5 ، كما قامت بالتأكيد على عدم وجود أدلة للفرقة ما بين متلازمة اسبيرجر والتوحد، ومع ذلك، فإن وصفها له ألهم العديد من الباحثين لدراسة الفروق المحتملة بين الاثنين.

وعلى الرغم من التصنيف التشخيصي المنفصل، إلا أن الجدل لا يزال قائماً، ويتعلق هذا الجدل فيما إذا كان اسبيرجر A5 هو متلازمة قائمة بحد ذاتها ، أو أنه شكل من أشكال التوحد، يعني "توحد عالي الأداء" أو "توحد معتدل"، فهؤلاء الذين يعتقدون أن اسبيرجر A5 ليس شكلاً من التوحد يأخذون بعين الاعتبار الخصائص التشخيصية الحالية التي تبين أن اسبيرجر A5 تشخيصاً متميزاً، وسوف يستمر عدم الاتفاق إلى حين التعرف على المزيد من أسباب ASDs.

الفصل الثالث

الاساليب العلاجية لاضطراب التوحد:

تشير الدراسات والبحوث إلى وجود أكثر من ٤٥٠ علاج مختلف لاضطراب التوحد، ومن خلال التطور الهائل بعالم المعرفة يظهر تأثير أنواع جديدة من العلاج، وهناك الكثير من الجدل حول كل هذه المعالجات وطرق تنفيذها ومدى فاعليتها على المصابين، حيث تختلف وتتنوع حالات التوحد الأمر الذي يؤدي إلى تنوع واستفادة المصاب من اساليب العلاج باختلاف الأطفال وطريقة معالجتهم والظروف المحيطة لهم.

وسندرج في هذا الفصل أهم الاساليب العلاجية الشائعة حالياً.

١. العلاج الطبي:

الهدف من العلاج الطبي هو التخفيف من بعض الأعراض السلوكيات الفوضوية وتحسين الوظيفة النفسية والنمائية للطفل إذ يقوم على فرضية أن التغيرات الفسيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج تؤدي إلى التقليل من

2 May 2019

أعراض التوحد وسلوكياته وعلى الرغم من نتائجها المتفاوتة بين طفل لديه توحد و آخر، إلا أن عدد من العلماء يؤكد على أهميته في حال ترافق مع البرامج التربوية والسلوكية الأخرى المخصصة للطفل ومن أهم أنواع العلاج الطبي المقدم للأطفال الذين لديهم توحد ما يلي:

• العلاج الدوائي:

لا يوجد دواء مصمم لعلاج حالات التوحد إلا أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تف خلف السلوك غير السوي (الجبلي أ، شاكر، ٢٠٠٤: ١١).

حيث أن العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة المتوسطة والمتأخرة أما في المراهقة والرشد فيكون الاكتئاب.

والأدوية المستخدمة مع الأطفال الذين لديهم توحد محصورة في بعض الأدوية النفسية مثل (هالو بيريدول و الليثيوم وفنفلورامين وغيرها).

وتشير الدراسات بأن النتائج التحسن على هذه الأدوية عند الأفراد الذين لديهم توحد كانت متواضعة حيث لم تزد على ٢٠% للتحسن الكامل و ٢٠% التحسن الجزئي.

وتجدر الإشارة إلى أن نوع الدواء ومقدار الجرعة ومدة أخذ الدواء هو من اختصاص طبيب الطفل بالإضافة إلى أن الحذر من الأعراض الجانبية لبعض الأدوية يمكن أن يؤثر على عملية تعليم وتدريب الطفل.

• العلاج بالحمية الغذائية:

أشارت عدة دراسات إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازيين و الجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد السلوكية وخاصة لدى أطفال التوحد الذين لديهم خلل بالأمعاء والمعدة وهو ما يعرف بالأمعاء المرشحة حيث تسمح هذه الأمعاء لبعض الأطعمة الغير مهضومة بشكل كامل والتي تحتوي على الكازيين و الجلوتين بالمرور إلى مجرى الدم ومنه إلى الدماغ. هذه الأطعمة المهضومة جزئياً تحتوي على بيدات لها تأثير تخثيرات وتحدث أضراراً مثل أي مخدر هذه المخدرات من الممكن أن تسبب اضطراب التوحد (الفهد، ٢٠٠٣: ٦٢).

ويكون الحل وفق وجهة نظر أصحاب هذا العلاج بإخضاع الطفل بمادة السرنيد وهو أنزيم متعدد صمم لمساعدة الجسم على زيادة هضم البيبتيدات المهضومة جزئياً الناتجة عن بروتيني الكازيين و الجلوتين (الشامي، ٢٠٠٤: ٢٢).

والجدير بالذكر هنا بأن ليس كل الأطفال الذين لديهم توحد يعانون من مشاكل بهضم الجلوتين والكازيين و بالتالي فهذا النوع من العلاج لا يفيد إلا الأطفال الذين لديهم مشاكل فعلية بالمعدة والأمعاء.

• العلاج بهرمون السكرتين:

هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي يساعد في عملية الهضم وقد تم استخدام جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج اضطراب التوحد.

2 May 2019

حيث تبين من خلال الدراسات التي أجريت على أسر أطفال لديهم توحّد تناول أطفالهم هذا الهرمون أن ١٠% من الأسر شعروا ببعض التغيرات الجيدة على أطفالهم عند أخذ حقنة من الهرمون و ٣٠% بتحسّنات ذات دلالة و ٣٠% كانوا غير متأكدين و ٣٠% أكدوا أنه ليس هناك أيّ تغيير (بيومي، ٢٠٠٨ : ٦٥).

وأشارت عدة دراسات بأن الهرمون السكرتين له آثار جانبية منها النشاط الزائد والعدائية ونوبات الصرع خفيف لبعض الأطفال يبدأ بأخذ الجرعة الرابعة منه (المغلوث، ٢٠٠٤ : ١٩٢).

• العلاج بالفيتامينات:

وهذا النوع من العلاج يقوم على أن عدد من الأطفال لديهم توحّد لا يستفيدون من الفيتامينات والمعادن الموجودة بشكل طبيعي في الأغذية لأن لديهم مشاكل بالأمعاء لذلك يعتمد العلماء إلى إعطاء الطفل الذي لديه توحّد كميات إضافية من الفيتامينات وخاصة فيتامين B6 و المغنيزيوم فهو معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحّدين عادة كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ويقوي دور الأنزيمات في الجسم.

وينصح الأطباء في حال لم يلاحظ أيّ تحسن على الطفل خلال ٤ إلى ٦ أسابيع بالتوقف عن العلاج بالفيتامينات.

• العلاج بالميلاتونين:

وهو هرمون ينتج من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ وله دور في تنظيم دائرة النوم الاستيقاظ في العديد من الأطفال التوحّدين مشكلات في النوم حيث وجد لدى البعض إنتاج شاذ غير طبيعي لهذه المادة (الزريقات، ٢٠٠٤ : ٨٣).

لذلك يتم إعطاء الطفل هرمون الميلاتونين لتنظيم عملية النوم والاستيقاظ لديه كما أشارت دراسات إلى وجود آثار جانبية لتعاطي هذا الهرمون وتتنحصر فيما يعرف بتوفر الحمل ويمكن علاجها بإيقاف الجرعات لمدة معينة ثم محاولة العلاج.

• العلاج بالأوكسجين:

هذا النوع من العلاج لم يكن مصمم للأطفال الذين لديهم توحّد إنما وجد بأن العلاج بالأوكسجين إلى الضغط يفيد في علاج التهاب الدماغ الفيروسي الذي يعتقد أنه أحد أسباب اضطراب التوحّد وقد دلت نتائج بعض الدراسات على فعالية هذا النوع من العلاج على حالات التوحّد (البطانية والجراح، ٢٠٠٧ : ٢٥٥).

٢. العلاج التربوي السلوكي:

الهدف من هذا العلاج تلبية كافة احتياجات الأطفال الذين لديهم توحّد كمهارات العناية الذاتية والأكاديمية المعرفية والاجتماعية والتواصلية والسلوكية وهذا النوع من العلاج يقوم على تدريب وتعليم الأطفال من خلال إجراءات تربوية وخطوات سلوكية مخطط لها منذ البداية وتعتبر نتائجه هي الأفضل حالياً فيما يخص التوحّد ولكثرة البرامج التي تدخل ضمن التصنيف التربوي والسلوكي سيقوم الباحث بشرح مبسط لأهم هذه البرامج بحيث

2 May 2019

سيتم البدء بالبرامج التي تهدف إلى تنمية مهارات التواصل ثم البرامج التي تهدف إلى تنمية المهارات الاجتماعية والحياتية وانتهاء بالبرامج التربوية كما يلي:

أ. نظام التواصل عن طريق تبادل الصور "بيكس" PECS

الكثير من الأطفال التوحديين وخاصة الأطفال دون عمر الخامسة لا يتكلمون ويجدون صعوبة في تقليد الآخرين (الشامي، ٢٠٠٤ : ٥٠).

لذلك قام كل من أندي بوندي ونوري فوست عام ١٩٩٤ في الولايات المتحدة الأمريكية على تطوير نظام يهدف لمساعدة الطفل على التواصل عن طريق تبادل الصور إذ يتم تدريبه على إعطاء الصورة المناسبة التي تعبر عن حاجته ورغبته (حمدان ، ٢٠٠١ : ٢٤١).

وينطلق من مبدأ استغلال جوانب القوة في الإدراك البصري لدى الأطفال الذين لديهم توحّد (عبد الله، ٢٠٠١ : ٩٤).

ويعتمد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي ABA للأطفال الذين لديهم قصور واضح في اللغة الشفهية ثم انتقل هذا النظام في عام ١٩٩٧ إلى بريطانيا ليعتبر أسلوب ناجح للأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل (الظاهر، ٢٠٠٩ : ٧٣).

ويتميز هذا النظام بأن الطفل لا يحتاج فيه إلى مهارات مسبقة لتعلم التواصل ولا يشترط بالطفل أن تتكون لديه مهارات التقليد ولا كلمات قبل البدء بهذا النظام ويتم تطبيق النظام وفق مراحل الست التالية:

- **التبادل الجسدي:** الهدف أن يعطي الطفل صورة الشيء الذي يحبه المعلم.
- **النقل:** أن يتوجه الطفل من تلقاء نفسه للمعلم ويعطيه صورة الشيء الذي يحبه.
- **التمييز:** أن يعطي الطفل المعلم صورة الشيء الذي يريده ضمن شريط مكتوب قبله أنا أريد ومن ثم إعطاء هذا الشريط للمعلم.
- **الاستجابة لماذا تريد:** أن يقوم الطفل بإعطاء المعلم شريط الجمل بناء على أسئلة المعلم مثل ماذا تريد أن تأكل؟

• **التعليق الإيجابي التلقائي:** أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع : ماذا تفعل ماذا ترى ماذا تسمع؟ وفي دراسة كل من بوندي وفوست ١٩٩٤ أشارت إلى أنه بعد سنتين من تدريب ٦٦ طفل دون سن الدراسة على هذا النظام كانت النتيجة كما يلي : ٥٩% أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الكلام فقط و ٣٠% أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الكلام والصور و ١١% أصبحوا يتواصلون من خلال الصور فقط (الشامي، ٢٠٠٤ : ٢٥).

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يجب تطبيق هذا النظام في جميع بيئات الطفل وفي مختلف الأوضاع من أجل تعميم طريقة التواصل.

2 May 2019

ب. برنامج لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)

تعتمد طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات ميني بشكل منظم ومنطقي ومكثف إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشتراكية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من قبل واطسون في بداية القرن الماضي المطور من طرف سكينر لاحقاً ومحاولة ضبط الطفل المتوحد من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة و المكافأة المنتظمة للسلوكيات المرغوبة و عدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة. لقد أشار لوفاس إلى أن الطفل التوحيدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل منتظم مكثف و برنامج طويل.

ومع ذلك فإن فورية السلوكيات ومرونة التفكير لم تدعم من خلال هذا النظام العلاجي لتعديل السلوك (الزريقات، ٢٠٠٤ : ٩٥).

ايفار لوفاس هو دكتور نفسي وبروفسور في جامعة كاليفورنيا ابتداء رحلته من القرن الماضي وقد بنا كل تجاربه على نظرية تعديل السلوك وخاصة تحليل السلوك التطبيقي.

ويعتمد برنامج لوفاس على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف والتدريب في التعليم المنظم و الفردي وتركز طريقته على تشكيل السلوك من خلال التعزيز ووفق هذا البرنامج فإن مدة العلاج يجب أن لا تقل عن ٤٠ ساعة في الأسبوع (عيسى وخليفة، ٢٠٠٧ : ٢١١).

حيث تتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقتين كل ١٠ إلى ١٥ دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح بين ٥-١٠ دقيقة يعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطفل يوميا و المقدرة ب ٨ ساعات وقد تطول مدة الجلسات لبعض الأطفال إلى ٤ ساعات تتخللها فترة استراحة مدتها ١-٥ دقائق وتنتهي باستراحة مدتها ١٥ دقيقة.

وقد حدد لوفاس خصائص الأطفال من ذوي التوحد الذين يتم قبولهم في البرنامج وهذه الخصائص تناولت شرطين هامين هما العمر ودرجة الذكاء، فقد اعتبر لوفاس أن العمر المثالي للبدء بالبرنامج بين ٣ و ٥ سنوات في حال كان الطفل أكبر من ذلك فلا يقبل في البرنامج إلا في حالات استثنائية كأن يكون عمر الطفل ٦ سنوات إلا أنه لديه ترديد كلام أو تطورت لديه المقدرة على الكلام أما بالنسبة لدرجات الذكاء فلا يقبل البرنامج الأطفال ممن لديهم درجة ذكاء أقل من ٤٠ درجة (غانم، ٢٠١٣ : ٥٥).

يتضمن البرنامج منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب ويحتوي كل منهج على مجموعة من الأهداف ومناهج البرنامج هي الاستعداد للتعليم والمحاكات والمطابقة وبداية اللغة ومهارات خدمة الذات الأساسية واللغة المتوسطة اللغة المتقدمة وتوسع التعليم ويحتاج الطفل إلى التعلم ضمن البرنامج من ٢ إلى ٣ سنوات حيث يتلقى الطفل في السنة الأولى تدريبه في المنزل وفي السنة الثانية يدمج في روضة عادية ويؤكد هذا البرنامج على دور الأسرة وتأخذ الأسرة جانبا أساسيا من مسؤولية يتعلم طفلها بعد تدريبها على فتيات البرنامج من قبل شخص مختص ببرنامج لوفاس (لوفاس، ١٩٨١ : ٨٨).

2 May 2019

ويعتبر برنامج لوفاس من البرامج التدخل المبكر وقد أعطى نتائج مهمة مع الأطفال الذين لديهم توحّد.

ج. برنامج تيتش TEACH:

وقد طوره إيريك شوبلر ١٩٧١ وطريقة البرنامج تعتبر طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك إنما تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عبر مراكز تيتش وتمتاز طريقة العلاج بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل ويهدف البرنامج إلى تطوير التواصل والاستقلالية الشخصية والمهارات الإدراكية لدى الطفل بحيث يمكن الطفل التوحدي من استخدام قدراته استخدامًا وظيفيًا له معنى وهو أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحّد الأمريكية (الشامي، ٢٠٠٤ : ٢٣).

يركز برنامج تيتش على جوانب القوة والاهتمامات عند الطفل بدلاً من التركيز على جوانب العف والخلل لديه، والتعليم والتدريب ضمن البرنامج لا يقتصر على الطفل الذي لديه توحّد وإنما يشمل أفراد أسرته ليتكامل العمل بين المركز والمنزل ويركز على تنظيم البيئة وتطويره الأنشطة المناسبة كما يراعي البرنامج الفروق بين الأطفال ذوي التوحّد من خلال اختلاف ساعات التعليم وفق احتياجات كل طفل منهم كذلك اختلاف نسبة المعلمين إلى الأطفال وفق حالة الأطفال.

كما أن برنامج تيتش يدير البيئة الفردية من خلال التعليم الهيكلي والتأكيد على الواجبات ويهدف إلى موازنة البيئة التعليمية مع حاجات الطفل التوحدي وليس العكس.

بحيث يشتمل التعليم على خمسة عناصر أساسية هي : تكوين روتين محدد والتنظيم المادي والجدول البصرية ونظام العمل وتنظيم المهمة.

ويتصف البرنامج بالمرونة لأنه لا يقتصر فقط على الأطفال الذين لديهم توحّد في سن ما قبل المدرسة وإنما يمتد ليشتمل من خدماته حتى البالغين البرنامج يقبل أي فرد تم تشخيصه بأحد أنواع اضطراب بأنه توجد بين عمر ٨ أشهر و ٥٥ سنة بغض النظر عن درجة الذكاء (Boide, 2007 : 88).

الخاتمة:

ما هو التوحّد؟ أين يكمن السر والغموض؟ هل هو اضطراب؟ أم مرض عصبي، أم مرض نفسي، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة؟ أو بسبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام؟

على الرغم من وجود الكثير من النظريات والآراء التي أوردها المتخصصين في هذا المجال وإن كانت أكثر الأبحاث تؤكد أن أجزاء من الجهاز العصبي المركزي، قد لا تتطور بالصورة المطلوبة، ولأسباب غير معروفة حتى الآن، فهناك ملايين من الخلايا العصبي التي تنمو في الدماغ، تقوم بعمل توصيلات خاطئة.

إلا أن التوحّد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحّد يتميزون بثلاث أنواع من الإعاقات في :-

Social Interaction

• التفاعل الاجتماعي

2 May 2019

Social Communication

• الاتصال الاجتماعي

Imagination

• التخيل

بالإضافة إلى هذه الاعاقات ، تعتبر النماذج السلوكية المتكررة خاصة ملحوظة لدى المصابين باضطراب التوحد .

وما تزال الدراسات والابحاث والمؤتمرات والندوات مستمرة بشكل حثيث للتوصل الى اسباب هذا الاضطراب والى العمل على ايجاد طرائق واساليب علاجية تسهم في اندماج المصابين به بمجتمعاتهم كي يصبحوا جزء سليم من بنية المجتمع.

واخر دعوانا ان الحمد لله رب العالمين

المصادر والمراجع:

- ١- محمود ، عبد الرحمن حمودة ، الطفولة والمراهقة ، القاهرة ، ١٩٩١ .
- ٢- كاردن، تمبل، ترجمة د. فؤاد العمر ، سلسلة التوعية للتوحد، الكويت، ١٩٩٢
- ٣- الشيخ ذيب ،رائد، الدورة الاولى في التوحد، دمشق، ٢٠٠٥ .
- ٤- الجلي، سوسن شاكر، التوحد الطفولي (اسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، دمشق، ٢٠٠٥
- ٥- السعد، سميرة عبد اللطيف، معاناتي والتوحد، الكويت، ١٩٩٢ .
- ٦- أبو العزائم، محمود جمال، اضطراب الذاتوية، بيروت ، ٢٠٠٣ .
- ٧- مرهج، ريتا، التوحد، نشرة علمية صادرة عن مركز لبنان للتوحد، بيروت، ٢٠٠١
- ٨- مركز دبي للتوحد، التوحد اكثر الاعاقات التطورية صعوبة، دبي، ٢٠٠١ .
- ٩- الحكيم، محمد حسين، التوحد، بيروت، ٢٠٠٤ .
- ١٠- وينج (Wing, ١٩٩٦ - ١٩٩٣)، شبكة الانترنت موقع دراسات حول التوحد.
- ١١- الجلي، سوسن شاكر، التوحد، عمان، ٢٠٠٤
- ١٢- الفهد ، عبدالرحمن بن مساعد، علم نفس الطفولة، الرياض، ٢٠٠٣ .
- ١٣- الشامي ، وفاء علي، سمات التوحد، السعودية، جدة، ٢٠٠٤ .
- ١٤- بيومي، احمد، الطفولة المعقدة ، القاهرة ، ٢٠٠٨ .
- ١٥- المغلو، سعيد فرج ، السلوك العدواني لدى الذاتويين، السعودية، ٢٠٠٤ .
- ١٦- الزريقات، ابراهيم عبدالله فرج، التوحد السمات والعلاج، الاردن، ٢٠٠٤ .
- ١٧- حمدان ،محمد زياد ،التوحد لدى الاطفال، عمان، ٢٠٠١ .
- ١٨- عبد الله ،محمد عبدالله، طيف التوحد، بيروت، ٢٠٠٤
- ١٩- الظاهر، سهى نصر، الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ، عمان، ٢٠٠٩ .
- ٢٠- عيسى وخليفة ،نعمان سالم وعبدالله شريد، مشكلات نفسية معاصرة ،عمان، ٢٠٠٧ .
- ٢١- غانم، محمد حسن، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ،مصر، ٢٠١٣ .
- ٢٢- لوفاس، ترجمة د. فلسطين نصير ، التوحديون، بيروت، ١٩٨١ .
- ٢٣- (Boide, 2007) دراسات نفسية، شبكة الانترنت موقع دراسات حول التوحد.

NO.	20
Title	Psychological Wellbeing among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder in Najaf Province.
Author(s)	<p>Assist. Lect. Dhafer Ameen J.Almossawy ⁽¹⁾ Asst. Prof. Dr. Murtadha Ghanim Adil ⁽²⁾, Assist. Lect. Hiba Jasim Hammood ⁽³⁾, Mrs. Hadeel Mohammed Madlol ⁽⁴⁾</p> <p>⁽¹⁾ B.sc, M.sc, Psychiatric Mental Health Nursing / University of Kufa ⁽²⁾Ph.D. , Community Health Nursing /University of Kufa , ⁽³⁾B.sc, M.sc, Adult Nursing. AL-Suwaria Technical Institute , ⁽⁴⁾B.sc, University of Kufa</p> <p>⁽¹⁾ Mobile: 009647723917114 E-mail: dhafera.almossawy@uokufa.edu.iq</p>

Abstract:

Parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) reported more negative impact and poor psychological wellbeing. They appear to be at great risk for depression, stress, anxiety and distress; and many parents have managed to overcome the constant challenge by using their patience and take the consequences to adapt well in the face of adversity. The researcher highlights the family role to find themselves dealing with additional challenges to cope and accept modification, and minimizing the impact of ASD on parents by helping them to adjust their expectation to their children. A descriptive cross-sectional study was to determine the burden of ASD on the parents and to identify the level of psychological wellbeing in dealing with the impact of raising a child with ASD. The present study aimed to identify the level of severity of ASD for children, and also, to assess psychological wellbeing among parents of children with ASD, and to find out the relationship between psychological wellbeing with severity of autistic children and with parents and child characteristics.

A non-probability purposive sample of (152) children with ASD and (152) parents at AL-Najaf province. The results of the study revealed that parents of children with ASD experienced moderate level of psychological wellbeing; there were significant differences between the level of psychological wellbeing among parents and childhood autism rating scale, whereas there is a significant difference between psychological wellbeing and some of socio-demographic characteristics of Child's parents (gender and monthly income and General Health Questionnaire GHQ). The current study recommends providing family support for families with autistic children, especially a psychological one, and educational about clinical behaviors of ASD for early detection and Family to Family Education Programs to the existing services in community mental health programs.

2 May 2019

Keywords: Psychological Wellbeing, Parents of Children, Autism Spectrum Disorder

Introduction:

Autism spectrum disorder is characterized by persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, including deficits in social reciprocity, nonverbal communicative behaviors used for social interaction, and skills in developing, maintaining, and understanding relations (APA, 2013).

Several ways in which parenting a child with ASD is different from parenting a child without ASD. Children with ASD often require additional primary care as well as more specialized and long-term medical care. Functional limitations may necessitate structural or technical modifications in the physical home environment.

A study by the ASD funded by the Centers for Disease Control and Prevention CDC determined the prevalence of ASD in the United States to be about 11.3 per 1,000 (1 in 88) children (Baio, 2012).

Weiss (2002) mentions that the experience of parents of children with ASD (developmental disabilities) can be positive (e.g., joyful and happy feelings) or negative (e.g., stress, burden, sorrow, physical exhaustion etc.) or a combination of both, depending on the severity of cases.

Therefore, the researcher highlights the family role to find themselves dealing with additional challenges to cope and accept modification, and minimizing the impact of ASD on parents by helping them to adjust their expectation to their children.

ASD occurs about 4.5 times more often in boys than in girls. Onset of the disorder occurs in early childhood, and in most cases, it runs a chronic course, with symptoms persisting into adulthood (Townsend 2015).

Estimated prevalence of ASD increased from 2011 to 2014 following changes in developmental disabilities questions in the National Health Interview Survey (NHIS), according to recent findings (Zablotsky, 2015).

The Study Hypothesis is ASDs children have an effect on the psychological health of parents; they may experience additional psychological and social burdens.

Objectives of the Study:

The present study aimed to identify the level of severity of ASD for children, and also, to assess psychological wellbeing among parents of children with ASD, and to find out the relation between psychological wellbeing with severity of ASD found in children, and to find out the relation between psychological wellbeing with child characteristics such as gender, age, number of children in family, sequence, child's schooling, autistic children in family, child's age at diagnosis and treatment place; also, with parent characteristics such as Child's Parent, age, occupation, educational level, family crowding index, SES scale, marital status, income, residency area, participation in trainings of ASD.

2 May 2019

Methodology:

By using a descriptive design, a cross-sectional study was carried out with analytic utility. A self-administered questionnaire composed of two parts, each part is consisting of three domains were used, the first part (ASD children) included three domains inquiry regarding socio-demographic and clinical characteristic of autistic children and Childhood Autism Rating Scale CARS (15 questions), and the second part (parents of children) included two domains inquiry

regarding socio-demographic characteristics and General Health Questionnaire GHQ (12 questions) scale. The study has been conducted on the children with ASD and their parents' at Imam Hussein Autism Center and Psychiatric Private Clinics and AL-Hakeem General Hospital/Psychiatric Department located in Najaf city/ Iraq.

Sample size was calculated according to the standard equation cross-sectional studies was used, (Naing, Winn and Rusli, 2006; Hajian-Tilaki, 2011; Charan and Biswas, 2013). A non-probability purposive (medical diagnosed as autistic child only) sample of (170) children with ASD and (170) parents' inpatients and outpatients, were selected from AL-Hakeem General Hospital/ Psychiatric Department was (32) sample and Psychiatric Private Clinics was (49) sample and from Imam Hussein Autism Center (IHAC) was (89) sample at AL-Najaf city. The data collection process has been performed from March 25, 2016 to July. Sixth, 2016.

Finally, only (152) questionnaires were acceptable for analysis due to missing or incomplete data, because some paper of questionnaire is lacking. The data were collected through the utilization of the developed questionnaire and by means of self-reported technique (paper and pencil) with the subjects who were included in the present study, by using the Arabic version of the questionnaire, because, the parents are read and write by Arabic language and then gather in one place and the purpose of the study was explained to them; verbal consent to participation was obtained and the parents answer the questionnaire at the same time for all those subjects who were included in the present study and the rate of response to the survey about 76% . A pilot study was conducted on (20) autistic children who were attending whole AL-Najaf province. The pilot study aimed to determine the following: clarity and content adequacy of the assessment tool and time required for data collection. The data collection process has been performed from March 25th, 2016 to July. 6th, 2016.

By using statistical package for social sciences (SPSS), version 20. All the scale variables were normally distributed with small Skewness and Kurtosis in some variables. Appropriate statistical tests were used accordingly, $P\text{-value} \leq 0.05$ considered significant difference or relation, the statistics (Frequencies (F), Percentages (%), Means (\bar{x}), Standard Deviations (SD), Mean of Score, Reliability Coefficients, Chi-square-test, Anova test and Simple Linear Regression Analysis).

Results:

A. Autistic children:

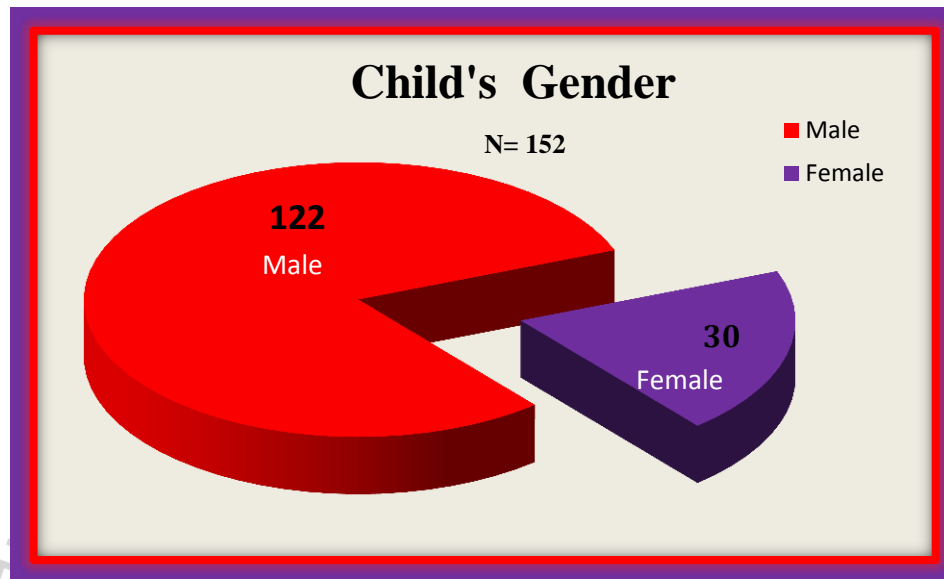


Figure (1): Distribution of Autistic Children According to their Gender

This figure show Majority of child's parent was (75.7%) mother and (14.3%) was father.

Table (1): Distribution of the Participants' Overall Level of Severity Related to Children with ASD through the Total Scores

Level of ASD	(N = 152)	
	F.	%
Mild/ Moderate ASD	70	46.1
Severe ASD	82	53.9
Total	152	100.0

Majority of child's age was (50%) aged (7-10) years old. Majority of age of child at diagnosis (67.1 %) was Less Than 3 years. (90.1 %) treatment place of children were private, the level of severity ASD of children (53.9%) were severe ASD [Table 1].

2 May 2019

B. Parents of Autistic children:

Table (2): Distribution of the Parents by their Socio-Demographic Characteristics through Frequency and Percentage

No.	Variables	Groups	(n = 152)	
			F.	%
1.	Who is the child's parent?	- Father	37	24.3
		- Mother	115	75.7
		Total	152	100
2.	Parent's Age	- (18 - 24) years	9	5.9
		- (25 - 31) years	44	28.9
		- (32 - 38) years	64	42.1
		- (39 - 45) years	26	17.1
		- 46 & Above	9	5.9
		Total	152	100
3.	Level of Education	- Illiterate	6	3.9
		- Literate (read & write)	6	3.9
		- Graduate of Primary School	33	21.7
		- Graduate of Intermediate School	32	21.1
		- Graduate of Secondary School	10	6.6
		- Graduate of High Education (Institute, University,)	65	42.8
		Total	152	100
4.	Level of Socio-Economic Status	- Low S.E.S	50	32.9
		- Moderate S.E.S	64	42.1
		- High S.E.S	38	25.0
		Total	152	100
5.	Marital Status	- Married	146	96.1
		- Divorced	2	1.3
		- Widow	2	1.3
		- Separated	1	0.7
		- Partner	1	0.7
		Total	152	100
6.	Residency Area (Housing)	- Urban	147	96.7
		- Rural	5	3.3
		Total	152	100
7.	Participation in Trainings about ASD	- Not Once	96	63.2
		- Once	32	21.1
		- Twice	15	9.9
		- Three or More	9	5.9
		Total	152	100

2 May 2019

Majority of child's parent was (75.7%) mother and (14.3%) was father. Majority of parent's age was (42.1%) aged (32-38) years old, (42.8%) were graduate of high education, (42.1%) participants of moderate S.E.S, (96.1%) were married. Nearly half of the participants had a Level of Socio-Economic Status is high (44.1%), (96.7%) participants of urban residents, more half of the participants have participation in trainings about ASD (63.2 %) are not once [Table 2].

Table (3): Prevalent of the Psychological Well-being among Parents of Children with ASD.

By Chi-square Test

Psychological well-being G.H.Q	(N = 152)	
	F.	%
No Psychological Distress	114	75.0
Psychological Distress	38	25.0
Total	152	100.0

According to the overall evaluation of participants' psychological distress GHQ (75%) was no psychological distress (psychological well-being), and only 38 (25%) have psychological distress [Table 3].

Table (4): Distribution of the Participant Level of Psychological wellbeing among Parents

By Anova Test

Level of Psychological wellbeing	(n = 152)	
	F.	%
No Distress	7	4.6
Mild Distress	46	30.3
Moderate Distress	76	50.0
Severe Distress	23	15.1
Total	152	100.0

According to the overall evaluation of participants' levels of psychological distress (50%) was moderate psychological distress by anova Test [Table 4].

No statistically significant association was found between the overall psychological wellbeing score of parents with socio-demographic and clinical characteristics for child parent, ($P > 0.05$), except significant correlation with severity of ASD ($P = 0.03$) and child's parent ($P = 0.004$) parent's Level of Socio-Economic Status ($P = 0.002$) [Table 5, 6, 7].

2 May 2019

Table (5): Association between the Levels of Psychological wellbeing of Parents and Severity of ASD

Variables	Groups	Psychological Distress (G.H.Q)					Total (N=152)	p-value C.S.
		No		Mild	Moderate	Severe		
Autism Spectrum Disorders (ASD)	- Mild to Moderate	F.	6	24	34	6	70	P= 0.03 S
		%	3.9%	15.8%	22.4%	3.9%	46.1%	
	- Severe	F.	1	22	42	17	82	
		%	0.7%	14.5%	27.6%	11.2%	53.9%	
Total		F.	7	46	76	23	152	
		%	4.6%	30.3%	50.0%	15.1%	100.0%	

P= 0.03
S

Table (6): Association between the Levels of Psychological wellbeing of Parents and Child's Parent

Variables	Groups		Psychological Distress (G.H.Q)				Total (N=152)	p-value C.S.
			No	Mild	Moderate	Severe		
Who is the Child's Parent?	- Father	F.	3	10	19	5	37	P= 0.004 H.S.
		%	2.0%	6.6%	12.5%	3.3%	24.3%	
	- Mother	F.	3	36	56	18	115	
		%	2.0%	23.7%	36.8%	11.8%	75.7%	
Total		F.	7	46	76	23	152	
		%	4.6%	30.3%	50.0%	15.1%	100.0%	

P= 0.004
H.S.

Table (7): Association between the Levels of Psychological wellbeing of Parents and Monthly Income

Variables	Level		Psychological Distress (G.H.Q)				Total (N=152)	p-value C.S.
			No	Mild	Moderate	Severe		
Level of Socio-Economic Status	- Low	F.	0	4	10	7	21	P= 0.002 S
		%	0.0%	2.6%	6.6%	4.6%	13.8%	
	- Moderate	F.	3	16	35	10	64	
		%	2.0%	10.5%	23.0%	6.6%	42.1%	
	- High	F.	4	26	31	6	67	
		%	2.6%	17.1%	20.4%	3.9%	44.1%	
Total		F.	7	46	76	23	152	
		%	4.6%	30.3%	50.0%	15.1%	100.0%	

P= 0.002
S

2 May 2019

Discussion of the Results:

The present study included a group of (152) child (152) parent, all the children in this study were diagnosed in early childhood with ASD; however, they showed impairment related to their 'autism features'. Almost all individuals included in the present study still meet clinical DSM-V and CARS diagnostic criteria for ASD.

Majority of autistic children are males (80.3 %) and (19.7 %) are females [Figure 1], this result reflects the higher prevalence of ASD in males compared with females. The findings of this study were supported by the study of AL-Ayadhi & Halepoto, (2011); Mandell, et al., (2002); (APA, 2000), and Bromely et al. (2004), who reports that the majority of the study subjects were males (80 %); also this result is consistent with Benjak et al., (2009).

Therefore, the males are more often diagnosed with ASD than females and the sex ratio of males to females with ASD is approximately 4:1. This evidence has predicted that psychological wellbeing associated with Autistic children of males will be highly perceived with children and their parents.

The analysis of the current study indicated that the majority of the severity of ASD more than half of the parents perceived that their children have average to high severity of autistic clinical features (53.9 %) were severe ASD [Table 1]. This result is consistent with Nikmat, et al. (2008) who revealed that more than half of the parents perceived that their child has average to high severity of autistic symptoms. Of the 52 subjects, 29 (55.8%) subjects perceived that their child's symptoms were within the severe level of ASD.

The majority of the gender (75.7 %) was Mother (females) of the completely sample, [Table 2]. This result comes along with Nikmat, et al. (2008) who revealed that the majority of the gender of parents with autistic children (65.4%) subjects were female (mother). Very few up-to-date research projects have compared the psychological wellbeing of mothers and fathers.

Concerning the parent age, the dominant age group of the study sample (42.1 %) is within (32-38) years old and the mean of age group were (25-31) years old [Table 2], this finding is supported by Nikmat, et al., (2008) who showed that the finding (53.8%) falling within (31-40) years old, is major of age group for parents of autistic children.

In relation to the subjects' levels of education, the results show that the majority of the study sample is high level of education (42.8%) [Table 2]. This result comes along with Rhoades, et al., (2007) who pointed out that (64%) of parents with autistic children were at college degree. In addition, Hamlyn et al. (2007) revealed that most of the autistic children parents were at college level (55.75). Allik, et al. (2006) stated that (64.5%) of mothers with autistic children were at high school-education.

[Table 2] shows that the majority of the subjects' marital status (96.1%) are married. This result comes in consistent along with our culture; where both males and female tend to marry early. This result is consistent with Yuen & Wai (2003), who found that (90%) of the parents with autistic children were married. Suggestion of the present finding is that the normal structure of families in our country is composed of father,

2 May 2019

mother, and their children and all are living together. So the effect of autistic children is on interrelation of family.

The result of the data analysis showed that the majority of the monthly income of parents (44.1%) were sufficient (high level) [Table 2], this finding agrees with Nikmat, et al; Montes and Halterman, (2008) who reported that (50%) of the sample were of a high level of household of monthly income.

The study results reveal that the differences of the observed percentages for general mental health that the majority of the GHQ (75 %) were of no psychological distress whereas the minority of them (25 %) were psychological distress [Table 3].

This result agrees with Tobing & Glenwick (2002) whose results indicate that the general mental health is mostly affected among the parents of children with ASD.

Further, the findings were consistent with Keller, et al. (2004) whose findings reveal that (90.4%) of parents with autistic children have highly significant burden and stress, and (53.8%) of the parents showed clinical disturbance in psychological wellbeing.

This result indicated that parents of children with ASD suffer from a rate of psychological co-morbidity with anxiety, increasing the disability associated with this disorder. Parents of children with ASD frequently experience a higher amount of psychological wellbeing due to providing care to these children [Table 4]. Even though many researchers have studied children with ASD and their impact on parent's well-being (Harris, 2003).

The researcher has also shown that worries about the future are very common in mothers of children with ASD.

Heiman (2002) stated that when children were young, parents worry about whether they will be bullied at school or whether they will have any friend. As their children grow older, parents' concerns turn toward prospects for independent living, employment opportunities, potential romantic relation.

From our point of view, mothers of a child with ASD are highly burdened and more likely to report poor or fair mental health than mothers in the general populations. Tobing and Glenwick (2002) stated that most parents of children with ASD suffer a great deal of psychological burden; there are several reasons why the burden of those parenting children with ASD is so high. According to the study of Lainhart (1999) parents of autistic children had an increased rate of developing psychiatric disorder such as depression; this increased risk may be directly related to the burden of living with caring for an ASD children. Kogan et al., (2006) elucidate that parent of a child with ASD suffered from feeling of isolation and depression.

In conclusion, the study finds that stress as one psychological distress is higher than other emotional disturbance aspects (anxiety and depression) among parents with autistic children. The possible explanation regarding the high level of stress in parents could be that ASD is a pervasive developmental disorder so autistic children have more severe form of disability. Moreover, children with ASD display features such as impulsivity, hyperactivity, irritability, and aggressiveness, which are characterized by unpredictability and volatility. The researcher suggests that the experience of psychological wellbeing is related to how the individual perceives the stressful event

2 May 2019

and whether coping strategies can be used effectively to manage stress positive adaptation lower the stress.

Concerning child's age at diagnosis, the results show that there is no significant relation between the psychological wellbeing and child's age at diagnosis. These results are consistent with Stuart (2009) who mentioned that autism occupies extreme pathologies in terms of its severity, duration and impact on the family. So hopefully, early detection and diagnosis of infants and children at risk will enable treatments to be designed and implemented to alter the course of early behavior and brain development.

For this reason, no child and no family go untouched by the diagnosis parents' reactions to the diagnosis of ASD in their children ranged from initial relief that they finally know what is wrong with the child, to a complex and continuous process of grief over the loss of a "normal" child. The researcher elucidates this result as; the family's ability to remain healthy and cope with such adversity contributes to their resilience.

The results showed that the parent with ASD children have highly significant relation between psychological wellbeing of parents and severity of ASD children [Table 5]. The findings of this study were consistent with that of Nagaraju & Wilson, (2013); Nikmat, et al. (2008) and Sarkova, et al. (2006) who reported that the severity of ASD children mostly effected on their parents' regard to psychological wellbeing in future. This result is agrees with Cadman, et al., (2012) who state that parent burden was high in both groups, but it was significantly higher in the ASD group. As for as gender is concerned the results show that there is a significant relation between the parent gender with psychological wellbeing of parent [Table 6].

The results indicated that there were no significant differences between female's parents experiencing higher level of psychological wellbeing than male's parents. This result revealed that there was significant relation between psychological wellbeing s among parents of ASD children with respect to Monthly Income [Table 7]. The result of the current study agrees with Zablotsky et al., (2015) who showed that there was significant relation between burden of autism and monthly income.

The researcher suggests that those parents with an ASD children were more likely to be in substantially lower-income households, and to have costly educational expenses. Therefore, the household income was decreased in families with ASD children, because of the parental trainings and education and healthcare services for ASD and was positively associated with family income.

This finding shows that there was a highly significant relation between psychological wellbeing s among parents of ASD children with respect to general mental health [Table 7]. This finding was consistent with Keller, et al., (2004) who found that there were parents with autistic children have highly significant psychological wellbeing and showed clinical disturbance in psychological situation. Therefore, the researcher called for further comprehensive study to explore their psychological distress, and proper program should be applied to help them managing their emotional disturbance, anxiety and stress. In this study also, the results revealed that mothers report greater impact on psychological wellbeing compared to fathers.

2 May 2019

This finding is supported by earlier findings of Abbeduto, et al., (2004) who reported that mothers of youths with Down syndrome were less pessimistic about their children's future and reported greater reciprocated closeness with their child than do mothers of the youths with ASD.

Therefore, the researcher called for further comprehensive study to explore their psychological distress, and proper program should be applied to help them managing their emotional disturbance, anxiety and stress.

Conclusions and Recommendations (Directions and Implications):

A. Conclusions

According to the discussion and interpretation of the study findings, the researcher has drawn the following conclusion: The study depicts that the majority of autistic children are males, their age ranged between (7-10) years and they are diagnosed at age less than (3) years. They are treated by medications and behavioral therapy at governmental and private place. About (42.1 %) of parents were age (32 - 38) years old, and more than half of parents' children were young females (mothers) is the majority of the sample and most of the parents' lives together, with high level of education; they suffer from barely sufficient income, while approximately half of them are Moderate socioeconomic status. Parents of ASD children are impacted by psychological distress about (25%) of them. Parents of autistic children are impacted by psychological wellbeing at moderate level approximately half of them. Most socio-demographic characteristics of autistic children have no impact on parents, psychological wellbeing except the severity of ASD children (CARS). All socio-demographic characteristics of parents have no impact on parents, psychological wellbeing except the parent's gender and the monthly income.

B. Recommendations

The study recommends: **1)** appropriate and enough information regarding ASD are needed and very necessary to provide among parents of ASD children to rectify their perception and dealing with autistic children. Standard indicators should be adopted to assess child development for early recognition and diagnosis of ASD in all the primary care centers. As one of the most important aspects of burden, is financial one; supported employed programs and lifelong financial help should be planned not only for the autistic children but also for the families.

2) Counseling units can be established in the primary care centers for coordinating their services to the autistic child and their family.

Future researches to build up is also a **3)** recommended program to reduce the family psychological distress of autistic children and call for further comprehensive study to explore their burden and stress, and proper program should be applied to help them managing their burden. **4)** Parents to parents Education Program should be established for family members who provide care for parents with ASD children to support those who face courtesy psychological problems by presenting knowledge about ASD and

2 May 2019

treatments, teaching problem solving and communication skills and providing coping skills. It must have Press and Media played a major role in terms of providing parents with adequate information to deal with children with ASD to reduce the burdens of caring.

References:

1. Abbeduto, L., Seltzer, M.M, Shattuck, P.T., Krauss, M. W., Orsmand, G.I., and Murphy, M. Psychological wellbeing and coping of mothers of youths with autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 2004; 109, 237-254.
2. AL-Ayadhi Laila Y. and Halepoto Dost M., (2011), General Characteristics of Children with Autism Spectrum Disorder at Autism Research and Treatment Center, King Saud University, KSA, International Conference on Medical, Biological and Pharmaceutical Sciences (ICMBPS'2011) Pattaya Dec. 2011, p.p. (483-486).
3. Allik, H. (2006) *Asperger syndrome and high-functioning autism in school-age children: the children's sleep and behaviour, and aspects of their*. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, pp. 29-31.
4. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, 2013, 5th Edition, p.p. (501-504).
5. Benjak T., Vuletic G., and Simetin I.; Comparative Study on Self-Perceived Health of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders and Parents of non-Disabled Children in Croatia, *Croat Medical Journal*, 2009;50(4):pp 403-409.
6. Baio, Jon. "Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. Volume 61, Number 3." *Centers for Disease Control and Prevention* (2012).
7. Bertrand J, Mars A, Boyle C, Bove F, Yeargin-Allsopp M, Decoufle P: Prevalence of autism in a United States population: the Brick Township, New Jersey, investigation. *Pediatrics* 2001, p.p. (108,1155-1161).
8. Bromley J., Hare D., Davison K., & Emerson E.; Mothers supporting Children with Autistic Spectrum Disorders, Sage Publications and The National Autistic Society, 2004; 8(4): pp. 409-423.
9. Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., Xenitidis, K., Murphy, D., Asherson, P. and Glaser, K. (2012) 'Parent burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Elsevier Inc., 51(9), pp. 879–888.
10. Charan, J. and Biswas, T. (2013) 'How to Calculate Sample Size for Different Study Designs in Medical Research?', *Indian Journal of Psychological Medicine*. India: Medknow Publications & Media Pvt Ltd, 35(2), pp. 121–126. doi: 10.4103/0253-7176.116232.
11. Hajian-Tilaki, K. (2011) 'Sample size estimation in epidemiologic studies',

2 May 2019

Caspian Journal of Internal Medicine, 2(4), pp. 289–298.

12. Harris S. & Glasberg B.; Siblings of Children with Autism: A guide for families. Bethesda, MD: Woodpine Press. 2003 ;(2nd ED); pp.16-160.
13. Heiman T.; Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2002; 14(2): pp 159-171.
14. Kaplan and Sadock's, Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences-Clinical Psychiatry, 2010, 10th Ed, pp (332-342).
15. Keller, D. and Sterling A. H. Maternal and paternal stress in families with school-aged children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2004; 74(3):337-348.
16. Lainhart D.; Psychiatric Problems in Individuals with Autism, Their Primary Parent and Siblings, *International Review of Psychiatry*, 1999; 11(4): pp. 278-298.
17. Mandell David S., D.Sc., Listerud John, D.M., Levy Susan E., D.M., And Pinto-Martin Jennifer A., (2008) 'Race Differences in the Age at Diagnosis Among Medicaid-Eligible Children With Autism', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12): p.p.(1448-1450),
18. Montes G, & Halterman S.; Association of Childhood Autism Spectrum Disorders and Loss of Family Income. *Pediatrics*. 2008; 121(4): pp. 6-821.
19. Naing,L.,Winn,T. and Rusli,B.N.(2006)'Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies',*Archives of Orofacial Sciences*, 1(Ci), pp. 9–14.
20. Nikmat A. W., Ahmad Mahadir, Oon Ng Lai, & Razali Salmi, (2008), Stress and psychological wellbeing among parents of children with autism spectrum disorder, *ASEAN Journal of Psychiatry* 2008;9 (2):64-72.
21. Rhoades, R. A., Scarpa, A. and Salley, B. (2007) 'The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: results of a parent survey', *BMC Pediatrics*, 7(1), p. 37. doi: 10.1186/1471-2431-7-37.
22. Stuart M. & John H.; Parent Burden after receiving a diagnosis of an Autism Spectrum Disorder, *Autism*, 2009; 3(1):87-97.
23. Tobing, L. E., Glenwick, D. S. (2002). Relation of the Childhood Autism Rating Scale–Parent Version to diagnosis, stress, and age. *Research in Developmental Disabilities*, p.p. (23, 3, 211–223).
24. Townsend Mary C. (2015), Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing, *F. A. Davis Company*, 8th Edition, p.p. (651-656).
25. Weiss M. & Harries, S. (2011) 'Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers as Typical Children, Children with Autism and Children with Retardation', *Autism*, 6 (1): pp. 115-130.
26. Yuen c., and Wai C.; Quality of Life of Parents who Have Children with Disabilities, *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 2003; 13: pp. 19-24.
27. Zablotzky, Benjamin, et al. "Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey." *National health statistics reports* 87 (2015): 1-20.

Content

N o.	Title	Authors Name	Number	Page No.
1.	Correlation between immunoglobulin G and behavioral impairment among Iraqi Autistic Children.	Assist. Prof. Dr. Hanaa N. Abdullah , Nibras Khudhur Abbas	1	15 - 20
2.	فاعلية اسلوب الارشاد باللعب للأمهات في خفض المصاداة لدى ابنائهن الذاتويين.	أ.د. نادية شعبان مصطفى ، السيدة احلام دانيال يوخنا	2	21- 42
3.	الطرائق العلاجية وأثرها في تعديل سلوك الطفل التوحد.	أ.م.د. انتصار محمد جواد	3	43 - 64
4.	دور الأسرة في التعامل مع الطفل التوحد. (دراسة ميدانية في مدينة بغداد)	سعاد حميد رشيد / مدرس	4	65 - 84
5.	معوقات الرعاية الأسرية لأطفال التوحد. (دراسة ميدانية في مدينة بغداد)	أ.م.د. لمياء محمد حسن	6	85 - 99
6.	تقييم طرائق التدريس الفعال لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد).	أ.م. ميعاد ناظم رشيد	7	100 - 112
7.	Association of Vitamins D3 , B12 and Folate with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Kut City.	Riyadh Hussein Wally	9	113 - 122
8.	المعاناة النفسية والاجتماعية لأمهات أطفال التوحد.	أ.د. بان عدنان عبد الرحمن ، أ.م.د. حسين فالح حسين	10	123 - 139
9.	Autism and Parasitic infection correlation: 1- Epidemiology surveys of Autism among children / Baghdad/ Iraq during (January – March 2019).	Assist. Prof. Dr. Amal Hassen Atiyah	11	140 - 147
10.	معايير الاعتماد لعمل مراكز التوحد في بغداد.	أ.م.د. براء محمد حسن ، م.د. مؤيد عبد راضي	12	148 - 175
11.	Vitamin D receptor gene mutation and vitamin D levels in children have autism spectrum disorder.	Mustafa Jawad Kadham, Rawaa Najim Abdala , Abdul Ameer Nasir Al-Rekabi	13	176 - 187
12.	Survey of skills, activities and tools used in teaching children with autism in Baghdad governorate.	Assist. Prof. Dr. Mahasin T. Al-Harbawe , Lect. Atika F. Kharalla	15	188 - 195

Content

No.	Title	Authors Name	Number	Page No.
15.	التوحد الافتراضي والمشاهدة المفرطة للشاشات للأطفال دون الثلاث سنوات.	١. غادة مروان زقوت	17	
16.	The children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) more likely Creates to irritable bowel syndrome.	Assist Prof. Dr. Abdul AL-Kareem Hamza	18	
17.	اضطراب التوحد. (دراسة مفاهيمية)	أ.م.د. حيدر ماجد الهاشمي ، أ.د. هناء خضير الشمري	19	
18.	Psychological Wellbeing among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder in Najaf Province.	Assist. Lect. Dhafer Ameen J.Almossawy , Asst. Prof. Dr. Murtadha Ghanim Adil , Assist. Lect. Hiba Jasim Hammood , Mrs. Hadeel Mohammed Madlol	20	