

## السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات التأهيل في التعامل معهم

إعداد: شيرين احمد عواد

### الملخص

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى "السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، كما هدفت إلى التعرف على أثر بعض متغيرات الدراسة مثل عدد الأطفال في المركز، وعدد الأخصائيين العاملين، واختصاص المركز، والجنس، ومكان السكن، وسنوات الخبرة. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة بتوزيع إستبانة تتكون من (78) فقرة على عينة مقدارها (84) أخصائي تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية، وبعد تجميعها تم ترميزها وإدخالها إلى الحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتم قياس صدقها وثباتها. فأشارت نتائج الدراسة إلى وجود درجة استجابة كبيرة في الدرجة الكلية السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد. كما أشارت النتائج إلى وجود درجة استجابة متوسطة في الدرجة الكلية الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد في مراكز علاج التوحد. كذلك توصلت النتائج إلى عدم فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات استجابات أخصائيي التأهيل حول السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد تعزى لمتغيرات، وعدد الأطفال في المركز، وعدد الأخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، و، ومكان السكن، وسنوات الخبرة. في ضوء نتائج الدراسة اقترحت الباحثة جملة من التوصيات تتضمن إعداد برامج تدريبية للأخصائيين العاملين في المراكز التي تقدم الرعاية لأطفال اضطراب طيف التوحد، وضرورة تعزيز الإمكانات وتوفيرها في المراكز التي تقدم الخدمات لأطفال اضطراب طيف التوحد بالإضافة إلى عمل إحصائيات تبين أعداد المصابين باضطراب طيف التوحد في فلسطين.

## **Autism Symptoms and Rehabilitation Specialists' Strategies in Dealing with Them "**

**Prepared By: Sheereen ahmad Awwad**

**Supervised By: Prof. Yousef Diab Awad**

**2018**

### **Abstract**

This study aims to identify the characteristics related to spectrum autism symptoms and rehabilitation specialists' strategies in dealing with them. Also, it aims to identify some study variables like (specialization, number of children, number of specialists, center specialization, sex, marital status, place of residence and experience).

For achieving the study purpose, a questionnaire consists of (78) items included six domains of (social, lingual, behavioral, emotional, sensational and epistemic characteristics) and five domains of treatment strategies scale of (individual treatment, another strategies, group therapy, food therapy and physical and medication therapy) has been developed, distributed among 84 individuals who have been chosen randomly, gathered, codified, entered the computer and statically processed by using the Statistical Package of the Social Science (SPSS). Also, the study tool has been measured for reliability and credibility.

The study results showed the following results:

1. A high degree of response on the total degree of the characteristics related to spectrum autism symptoms and its domains.

2. A moderate degree of response on the total degree of rehabilitation specialists' strategies in dealing with spectrum autism symptoms a.

1. No significant differences at ( $\alpha=0.05$ ) level among the responses means about the characteristics related to spectrum autism symptoms and rehabilitation specialists' strategies in dealing with them attributed to the variables of specialization, number of children, number of specialists, center specialization, sex, marital status, place of residence and experience.

In light of the study results, several recommendations have been suggested about the subject matter included the importance of conducting training programs for specialists working for treatment centers, providing treatment centers for treatment possibilities and the importance of carrying out statistics about the children with spectrum autism symptoms.

## المقدمة

شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في ميدان فهم اضطراب طيف التوحد، مقارنة بما كانت عليه النتائج العملية في الحقبة الزمنية التي وصف بها ليو كانر (1943) هذا الاضطراب. ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم المرتبطة باضطراب طيف التوحد، مثل فهمنا لطبيعة الأسباب المسببة له وآلية تشخيصه وأعراضه، وكيفية التعامل معه من خلال أفضل البرامج التربوية العلاجية. (ولعل التقدم الأحداث في الميدان، تمثل حديثاً) في تغير البنية التي تتضمنها هذه الفئة، ومعايير تشخيصها وفقاً لما تم اعتمادها في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيص (DSM.V)، كما أن التقدم الحاصل في ميدان تقدم البرامج التربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من أهم الانجازات الحديثة التي تم تحقيقها والتي تعمل على تحسين قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذويهم لتحقيق حياة أفضل لهم.

تتميز الطفولة المبكرة بأنها ترسي الدعائم الرئيسة التي تقوم عليها الشخصية، وبأن خبرات الطفل في السنوات الخمس الأولى من الحياة تقوم بدور مهم في إرساء دعائم الصحة النفسية السوية التي يحملها الطفل معه إلى المراحل التالية، وتتصف هذه المرحلة بالنمو اللغوي، وباكتساب مهارات التعبير والتواصل، كما تتصف بطاقة هائلة من الخيال والتمركز حول الذات (مريم، 2004).

ويمتاز الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بضعف التفاعل الاجتماعي، وهو أحد الخصائص المهمة في جميع تعريفات اضطراب طيف التوحد، وأيضاً تتفق على العجز في التواصل، قلة الانتباه، والسلوك النمطي، والاهتمامات المقيدة (مريم، 2004).

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأكثر صعوبة وتعقيداً، نظراً لما يعانيه أطفال اضطراب طيف التوحد من إعاقة نمائية، تؤثر بشكل كبير على مظاهر النمو المختلفة، وتؤدي بالمصاب إلى انسحابه وانطوائه، بل انغلاقه بشكل تام على نفسه، إذ أن اضطراب طيف التوحد من الإعاقات الصعبة والشديدة، وذلك لأنها تؤثر على سلوك الفرد وعلى قابليته للتعلم أو التواصل أو التطبيع أو التدريب أو الإعداد المهني، أو الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي، كما أن اضطراب طيف التوحد يعوق قدرة الفرد في المجالات اللغوية والعلاقات الاجتماعية والتواصلية، حيث تقل قدرته على التفاهم والتفاعل بينه وبين المحيطين به، كما أنها تعوق قدرته على التفاعل مع البيئة المحيطة (محمد، 2008).

ويعتبر اضطراب طيف التوحد من بين الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على

مظاهر النمو المتعددة للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كما أن التوحد يعتبر من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة للطفل (أبو السعود، 2002).

يقصد باضطراب طيف التوحد أولئك الأفراد الذين يوصفون بعدم قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والعالم الخارجي، فهم منعزلون ومنسحبون عن الحياة الاجتماعية، بل مُنطوون على أنفسهم، ولديهم قصور معرفي شديد (هلاهان وكوفمان، 2012)، كما أنه يمثل في العادة مجموعة من الصعوبات في التنشئة الاجتماعية والتواصل والسلوك، وهي تشكل مجموعة واسعة من الأعراض تتراوح بين الشديدة والمعتدلة (Owens, Metz & Hass, 2003).

في ضوء ما سبق، ترى الباحثة أنه من الأهمية بمكان تناول السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم، بغية تطوير الاهتمام بهذه الشريحة التي تتزايد بشكل كبير، ولا يوجد خبرات أو احتياجات تتناسب مع هذا الانتشار الواسع في اضطراب طيف التوحد.

#### مشكلة الدراسة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الأمور التي تثير الفضول لدى العديد من الآباء والأمهات والمهتمين، وقد بدأت المراكز الخاصة والحكومات في الدول العربية الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتقديم الخدمات الخاصة بهم، حيث ظهرت تصنيفات عديدة لسمات اضطراب طيف التوحد مثل تصنيف DSM-IV، وتصنيف DSM-V. وكما بدا واضحاً في الآونة الأخيرة ظهور تحسن المهارات الاجتماعية والسلوكية لدى المصابين باضطراب طيف التوحد، وهذا يساعدهم على الخروج من العزلة التي يعيشون فيها، ويؤدي التفاعل الاجتماعي والسلوكي المناسب إلى تخفيف الأعباء عن الطفل المصاب وأسرته. وذلك من خلال زيارة الباحثة إلى المراكز التي ترعى ذوي الاحتياجات الخاصة أنه ليس هناك مراكز واضحة لمرضى إضراب طيف التوحد، حيث يتم دمجهم مع الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية، ولا يوجد برامج خاصة بهم، وأن معظم المراكز التي تستقبل هذه الفئة تشترط عمراً محدداً وعلى الأغلب أن يكون العمر مابين ثلاث سنوات إلى ثماني سنوات، وبعد ذلك يكون مصيرهم إما البيت أو الشارع، وهنا يتضح قصور جميع الجهات في التهميش لهذه الفئة، علماً أنه لا يوجد إحصائية دقيقة لمرضى اضطراب طيف التوحد في فلسطين، ولا يعلم الأهل من هي الجهة التي يتوجهون يقومون بالتوجه إليها لتعامل مع أطفالهم.

وترى الباحثة بحكم اختصاصها بالإرشاد النفسي وتعاملها مع هذه الشريحة من خلال المراكز التأهيلية أنه من الأهمية بمكان أن تجرى هذه الدراسة لتحديد السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد إلى جانب ومعرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في التعامل معهم.

في ضوء ما سبق يمكن الإجابة عن سؤالها الرئيس:

ما السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم؟  
أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن الاسئلة والفرضيات الآتية:-

1. ما درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل؟
  2. ما درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد؟
  3. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد)؟
  4. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (عدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، وسنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد)؟
- فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات التالية:

1. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغيرات (عدد الاطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، وإختصاص المركز، والجنس و سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد).
  2. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، و إختصاص المركز، والجنس، و سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.
- أهمية الدراسة

تكمن الأهمية النظرية للدراسة الراهنة في معرفة السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، وهذه الدراسة هي أول الدراسات -حسب علم الباحثة - التي سيتم إجراؤها حول استراتيجيات التدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد في البيئة

الفلسطينية، حيث أن الباحثة ستسعى في هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، واستراتيجيات أخصائيي التأهيل في التعامل معهم، وبذلك تكون الباحثة قد تناولت موضوع علاج أعراض اضطراب طيف التوحد من جوانب جديدة، من أجل محاولة إعداد بعض التوصيات التي قد تسهم في كشف بعض جوانب هذا الموضوع، ووضع أسس لدراسات مستقبلية تبحث في هذا الموضوع من زوايا أخرى تتفرع عن موضوع الدراسة الرئيس، أما الأهمية العملية لهذه الدراسة فتتمثل في الكشف عن درجة سمات أعراض اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال في فلسطين.

#### أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. معرفة السمات الأكثر ارتباطاً بأعراض اضطراب طيف التوحد ودور أخصائيي التأهيل في التعامل معهم.
2. ترتيب أبعاد السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد حسب متوسطاتها
3. تحديد استراتيجيات التدخل التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد.
4. تقصي أثر بعض المتغيرات مثل (عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الأخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد) معرفة السمات المرتبطة بأعراض اضطراب طيف التوحد، من وجهة نظر أخصائيي التأهيل في التعامل معهم.
5. التعرف على دور بعض المتغيرات مثل (، عدد الأطفال المتوحدين في المركز، عدد الأخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، سنوات الخبرة في مجال اضطراب طيف التوحد) على استراتيجيات التدخل التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد

#### حدود الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج اضطراب طيف التوحد في فلسطين خلال العام 2018

#### مصطلحات الدراسة:

**التوحد:** عرفت الطبعة الرابعة المعدلة (DSM IV, 2000) التوحد بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي: التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي)، وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية "والتي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر (الجابري، 2014).

**اضطراب طيف التوحد:** اضطراب نمائي عصبي يظهر خلال (السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتمثل في قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية، هي: التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي) وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية (APA, DSM-IV-TR, 2000).

ويحدد إجرائياً على أنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيب في ضوء القياس المستخدم. **الاستراتيجيات:** - تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها هي الفنيات والآليات التي يستخدمها الأخصائي في التعامل مع أطفال اضطراب طيف التوحد وتعمل على تحسن أداء المصابين باضطراب طيف التوحد. **أخصائي التأهيل:** وتعرفه الباحثة إجرائياً على أنه ذلك الشخص المتخصص في التعامل مع احتياجات أشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم بناء قدراته وفقاً لأسس علمية ومهارات عملية، ويجب أن يكون حاصلًا على تدريبات لها علاقة بتشخيص أطفال طيف التوحد والتعامل معهم.

#### الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات سمات الأطفال التوحديين كما بحثت في برامج وطرق علاجهم، وقد استعرضت الباحثة عدداً منها ما يلي:

#### الدراسات العربية

دراسة عياش (2014) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس/ فلسطين". وقد هدفت الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية برنامج تدريبي يعتمد نظام تبادل الصور (بيكس) في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في مراكز المعالجة في محافظة نابلس من خلال تطبيق البرنامج المذكور على (16) طفلاً منهم (8) ذكور و(8) إناث حيث استخدم الباحث أداة لقياس مهارات التواصل (اللغوية وغير اللغوية) على العينة المذكورة بعد التحقق من صدقها وثباتها بالإضافة إلى بناء برنامج تدريبي مقترح لتنمية بعض تلك المهارات. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية للبرنامج التدريبي المذكور لدى أطفال التوحد من خلال وجود فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح أفراد المجموعة التجريبية في مهارات التواصل اللغوية، كما كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية المهارات اللغوية تعزى لمتغير الجنس، في حين كان هناك فروق دالة إحصائية في فاعلية البرنامج التدريبي لتنمية المهارات غير اللغوية تعزى لمتغير الجنس، وقد أوصى الباحث بتعميم البرنامج على عينات أخرى وتطبيقه على مهارات أخرى عدا مهارات التواصل.

دراسة الكيكي (2011) بعنوان: "المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم". حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر

آبائهم وأمهاتهم، والتعرف على دلالة الفروق إحصائياً في متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر (آبائهم - أمهاتهم)، وقد اختيرت عينة بلغت (46) آبا وأماً لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة في مركز محافظة نينوى العراقية بالطريقة العشوائية. ولغرض تحقيق أهداف البحث اعد الباحث استبياناً كأداة للبحث يتألف من (32) فقرة في المظاهر السلوكية، وتم التحقق من الصدق الظاهري للاستبيان بعرضه على مجموعة من الخبراء، وقد أظهرت النتائج وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات.

دراسة العمر (2010) بعنوان: "فاعلية برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في منطقة الرياض في المملكة العربية السعودية من خلال تطبيق البرنامج على عينة تجريبية مقدارها (15) طفلاً توحدياً وأخرى ضابطة مقدارها (15) طفلاً توحدياً أيضاً من خلال استخدام مقياس (فينلاند) للسلوك التكيفي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ولصالح المجموعة التجريبية.

دراسة المعيدي (2009) بعنوان: "المؤشرات التشخيصية لذاكرة الطفل التوحدي ومقارنتها بالتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة". حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق التشخيصية بين مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) من خلال استخدام المنهج الوصفي الذي تكون من الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV)، وقائمة تشخيص التوحد لهدى أمين (1999)، واختبار ستانفورد بنيه للذكاء، وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) في اختبار مان ويتني (Man Whetney Test) اللابارامتري.

دراسة كشك (2007) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي بنظام الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين". حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج تدريبي باستخدام الصور في تنمية مهارات الاتصال والتواصل لدى (8) أطفال توحديين تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية واستخدام برنامج مدته سبعة أشهر ونصف يتلقى الطفل فيه جلسات بواقع 20-30 دقيقة. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود أثر للبرنامج التدريبي على تنمية مهارات التواصل عند الأطفال عينة الدراسة.

دراسة بن صديق (2007) بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الإجتماعي عند الأطفال التوحديين". حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير



برنامج تدريبي في تنمية مهارات غير اللفظي وعلى السلوك الاجتماعي عند الاطفال المصابين بالتوحد في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية من خلال تطبيقه على عينة تبلغ (38) طفلاً توحدياً من الفئة العمرية (4-6) سنوات تم تقسيمها إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي وفي خفض السلوك الاجتماعي غير المناسب لدى المجموعة التجريبية، وقد أوصت الباحثة بمزيد من الدراسات في هذا المجال.

دراسة دلهوم (2007) بعنوان: "قياس فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند الأطفال التوحيديين في عمان". والتي هدفت إلى قياس فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل اللغوي عند الأطفال التوحيديين في عمان من خلال برنامج تجريبي تم تطبيقه على عينة مقدارها (20) طفلاً توحدياً. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مهارات الاتصال اللغوي بين المجموعة التجريبية والضابطة ولصالح المجموعة التجريبية ووجود فروق دالة إحصائياً لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

دراسة القريوتي وعبابنة (2006) بعنوان: "بناء مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد". حيث هدفت هذه الدراسة إلى محاولة بناء مقياس عربي للكشف عن التوحد يتكون من (68) فقرة موزعة على (5) أبعاد هي التواصل والتفاعل الاجتماعي، النمطية، الوعي الذاتي وبالآخرين، الاضطرابات الحس حركية، السلوك العدوانية، وطبقت فقرات المقياس على عينة من الأطفال بلغ حجمها (391) طفلاً موزعة على جنسيات عربية مختلفة وتم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS حيث أظهرت نتائج الدراسة تحقق دلالات الصدق العاملي والتمييزي للمقياس كذلك كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الأفراد التوحيديين والعاديين.

دراسة صادق والخميسي (2004) بعنوان: "دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد". والتي هدفت إلى الكشف عن استخدام استراتيجية اللعب الجماعية لدى (3) أطفال مصابين بالتوحد تراوحت أعمارهم بين (9-11) سنة من استخدام استمارة البيانات الولية ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي واستخدام اختبار ويلكوكسون للعينات الصغيرة لحساب دلالة الفروق المتوسطة المرتبطة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فعالية لإستراتيجية اللعب الجماعي في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

#### الدراسات الأجنبية

دراسة شيانغ (Chiang, 2008) بعنوان: "التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى اختبار التوحد عند 23 طفلاً في تايوان لديهم تأخر نمائي طبق الباحث عليهم مقاييس التواصل الاجتماعي المبكر لاختبار الأنواع الثلاثة من مهارات التواصل غير اللفظي، وقد كشفت نتائج

الدراسة عن أن الأطفال ذوي التوحد الذين بلغوا من العمر 2-3 سنوات أظهروا خلافاً في القدرة على الانتباه المشترك وخاصة في المهارات عالية المستوى.

دراسة كل من هولين وباسكو (Howlin & Pasco, 2007) بعنوان: "فعالية التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحديين باستخدام نظام تبادل الصور PECS". حيث هدفت الدراسة إلى تقويم فعالية برنامج التدريب والاستشارات لمعلمي الأطفال التوحديين باستخدام نظام تبادل الصور (PECS) من خلال تطبيقه على عينة من 84 طفلاً في مدرسة ابتدائية في بريطانيا، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فعالية جيدة لنظام تبادل الصور (بيكس)، كما بينت النتائج عدم وجود زيادة في الحصيلة اللغوية والكلامية للأطفال، أو تحسن لدى أطفال التوحد.

دراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) بعنوان: "فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة نظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي". وذلك من خلال تطبيقها على (3) أطفال من ذوي اضطرابات طيف التوحد في بريطانيا تراوحت أعمارهم ما بين (4.3-5.3) أعوام، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية لنظام التواصل البصري في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين وفي إنجازهم المهام المطلوبة منهم وتطويرهم للغتهم اللفظية.

دراسة كريستي (Christy, 2002) بعنوان: "أثر نظام تبادل الصور (بيكس) على ظهور التعبير الكلامي عند أطفال التوحد". حيث هدفت الدراسة إلى البحث عن تأثير هذا النظام على ظهور التعبير الكلامي في اللعب وفي الإعدادات الأكاديمية وأثره في سلوكيات التدابير المساعدة الاجتماعية التواصلية من خلال استخدام عينة من ثلاثة أطفال مصابين بالتوحد من ولاية تكساس الأمريكية، وقد كشفت نتائج الدراسة أن الأطفال الثلاثة وصلوا إلى معيار التعلم في نظام تبادل الصور (بيكس) إلى زيادة ملحوظة في الكلام والتعبير اللفظي، وأن سلوكيات المساعدة الاجتماعية التواصلية ارتبطت مع زيادة في التواصل الاجتماعي ونقص في المشكلات السلوكية.

دراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) بعنوان: "أثر التقليد في السلوك الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين". والتي هدفت إلى معرفة أثر استخدام استراتيجيات مهارات التقليد في تحسين السلوك الاجتماعي وذلك بتطبيقها على عينة من (20) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (3-7) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين من حيث العمر والجنس في كل منهما (10) أطفال، حيث تقوم المجموعة الأولى بدور التقليد أما الثانية فهي مجموعة مشاركة، وقد أظهرت نتائج الدراسة دوراً هاماً للتقليد في تسهيل القيام ببعض أنماط السلوك الاجتماعي مثل الاقتراب من الأشخاص، ومحاولة لمسهم، والنظر إليهم، والتحرك تجاههم.

دراسة جيلسون (Gillson, 2000) بعنوان: "السمات الاجتماعية والسلوك الإنسحابي عند أطفال التوحد والأطفال المتخلفين عقلياً" والتي هدفت إلى التعرف إلى بعض السمات الاجتماعية والسلوكية عند أطفال التوحد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقلياً عند عينة من الأطفال من الحالتين في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً.

### المنهجية والاجراءات

#### منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الميداني، ويعرف بأنه المنهج الذي يعتمد على وصف الظاهرة، وتحليلها كما هي في الواقع، وتفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى، من أجل معرفة مدى صلاحيتها، ومدى الحاجة إلى إحداث تغييرات جزئية أو أساسية فيها. وقد استخدمت الباحثة هذا المنهج لمناسبته و طبيعة الظاهرة المدروسة التي تهتم بتحديد درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل كما تهتم بتحديد درجة استخدام استراتيجيات التعامل معهم.

#### مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع أخصائيي التأهيل العاملين مع أطفال اضطراب طيف التوحد والبالغ عددهم (108) اخصائياً.

#### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (84) فرداً من اخصائيي التأهيل العاملين مع أطفال اضطراب طيف التوحد، وقامت الباحثة بتحديد حجم العينة عن طريق معادلة روبرت ماسون وقد تم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية البسيطة، والجدول التالي يوضح خصائص عينة الدراسة حسب متغيراتها:

جدول (1) خصائص عينة الدراسة حسب متغيراتها.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة
عدد الأطفال المتوحدين في المركز	اقل من 9 اطفال	6	7.1%
	من 9-20 طفل	36	42.9%
	21-30 طفل	15	17.9%
	اكثر من 30	27	32.1%
	المجموع	84	100.0%
عدد الاخصائيين في المركز	7 فاقل	28	33.3%
	اكثر من 7	56	66.7%
	المجموع	84	100%
اختصاص المركز	مركز توحيد	10	11.9%
	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	62	73.8%
	الصحة النفسية	12	14.3%
	المجموع	84	100%
الجنس	ذكر	17	20.2%
	انثى	67	79.8%
	المجموع	84	100.0%
سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد	أقل من 5 سنوات	65	77.4%
	5-10 سنوات	14	16.7%
	اكثر من 10 سنوات	5	6.0%
	المجموع	84	100.0%

## أداة الدراسة:

اتبعت الباحثة الخطوات الإجرائية الآتية في بناء أداة الدراسة و صياغة فقراتها:

1. الإطلاع على الأدبيات التربوية من كتب، ورسائل جامعية، وملخصات الأبحاث المتخصصة فيما يتعلق بالقسم الخاص بالسّمات المرتبطة مع اضطرابات طيف التوحد، منها دراسة دعوة ، وشنوقي(2014)، ودراسة الجابري (2014)، وكذلك القسم الخاص بالاستراتيجيات المستخدمة في مواجهتها، ففيما يخص تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد تم الاطلاع على مقياس لتشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الاطفال دون عمر السادسة في اللادقية وطرطوس في سورية (2013)، أما فيما يخص استخدام استراتيجيات التعامل مع اطفال التوحد فقد تم الاطلاع على خبرات

أخصائيي التأهيل ذات العلاقة والبرامج العالمية للتدخل ومنها : لتدخل مثل برنامج تيش (TEECCH)، وبرنامج بيكس (PECS) ، وبرنامج الابن الصاعد (SON RISE).

2. قد قامت الباحثة باعداد أداة الدراسة، وتكونت من ثلاثة أقسام، تضمن القسم الأول منها البيانات العامة، وهي (عدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، وسنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد)، أما القسم الثاني فقد تضمن السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد ويحتوي على (78) فقرة موزعة على خمسة مجالات، هي: السمات الاجتماعية، والسمات اللغوية، والسمات السلوكية الانفعالية، والسمات الحسية، والسمات المعرفية، بينما تضمن القسم الثالث اداة إستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد وقد تكونت من (27) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وهي: استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات البرامج الجاهزة (برنامج تيش (TEECCH)، وبرنامج بيكس (PECS) ، وبرنامج الابن الصاعد (SON RISE)، واستراتيجيات العلاج الجماعي، والاستراتيجيات الغذائية والبدنية والدوائية، وقد استخدمت الباحثة مقياس ليكرت الخماسي، حيث جاءت كل فقرة من فقرات الاستبانة مقابلة لقائمة تحمل درجة (كبيرة جداً، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جداً) وقد أعطيت كل عبارة من العبارات السابقة (للسمات والاستراتيجيات) درجات لتتم معالجتها إحصائياً على النحو الآتي: كبيرة جداً (5) درجات، كبيرة (4) درجات، متوسطة (3) درجات، قليلة (2) درجتان، قليلة جداً (1) درجة واحدة.

#### صدق اداة الدراسة:

عرضت الباحثة الاستبانة، في صورتها الأولية على عدد من المحكمين يحملون درجة الدكتوراه في الصحة النفسية، والإرشاد النفسي، والتربية، والقياس والتقويم، وقد بلغ عددهم (10) محكماً، ممن يعملون في جامعة القدس المفتوحة، وجامعة النجاح الوطنية، وجامعة القدس، وبير زيت، وقد طلبت الباحثة منهم إبداء الرأي حول مجالات الاستبانة وفقراتها، من صياغة الفقرات، ومدى مناسبتها للمجال الذي وضعت فيه، إما بالموافقة على الفقرة، أو تعديل صياغتها، أو حذفها لعدم أهميتها، وبناءً على آراء المحكمين وملاحظاتهم، اعتمد الباحث نسبة اتفاق بين المحكمين وهي (80%) لاعتماد الفقرة، وفي ضوء ملاحظات المحكمين، وتوصياتهم، ومقترحاتهم، قامت الباحثة بصياغة الاستبانة بصورتها النهائية حيث تكونت من (78) فقرة لتحديد سمات اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، و(27) فقرة لتحديد استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد.

#### ثبات اداة الدراسة:

ومن أجل استخراج معامل ثبات اداة الدراسة، تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية، ومعادلة سبيرمان براون وكانت النتائج كما في الجدول(2):

جدول (2): نتائج معادلة كرونباخ ألفا وطريقة التجزئة النصفية ، ومعادلة سبيرمان براون.

رقم المجال	المجال	عدد الفقرات	قيمة كرونباخ ألفا	التجزئة النصفية	معامل سبيرمان براون
أولاً: سمات اضطراب طيف التوحد					
1.	السمات الاجتماعية	20	0.90	0.74	0.85
2.	السمات اللغوية	13	0.88	0.68	0.81
3.	السمات السلوكية الانفعالية	21	0.93	0.81	0.90
4.	السمات الحسية	9	0.87	0.70	0.82
5.	السمات المعرفية	15	0.91	0.79	0.88
	الدرجة الكلية	78	0.95	0.87	0.93
ثانياً: استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد					
1.	استراتيجيات العلاج الفردي	12	0.87	0.70	0.82
2.	استراتيجيات البرامج الجاهزة	3	0.79	0.71	0.83
3.	استراتيجيات العلاج الجماعي	6	0.88	0.79	0.88
4.	استراتيجيات العلاج الغذائي	6	0.87	0.66	0.79
	الدرجة الكلية	27	0.92	0.69	0.82

من خلال استعراض البيانات الواردة في الجدول (2) معاملات كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية، ومعادلة سبيرمان براون على لكل مجال من مجالات الدراسة، والدرجة الكلية لكل أداة، فقد تراوحت قيم معادلة كرونباخ ألفا ما بين (0.79-0.95)، وقيم طريقة التجزئة النصفية ما بين (0.66-0.81)، وقيم معادلة سبيرمان براون ما بين (0.79-0.93)، وتعتبر مثل هذه القيم عن معاملات ثبات مناسبة، وهذا يدل على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة مقبولة من الثبات وهي ملائمة للتطبيق على عينة الدراسة من الاخصائيين الذين يعملون في المراكز المتخصصة بتأهيل الاطفال الذين يعانون من طيف التوحد.

**المعالجة الإحصائية:**

بعد عملية جمع بيانات الدراسة، تمت مراجعتها، وتصنيفها وإدخالها إلى الحاسب الآلي، لإجراء المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات التي تمت باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد استخدم الباحث معامل الارتباط (بيرسون)، ومعادلة كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية ، ومعادلة بيرسون براون، المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية اختبار (ت) للعينات المستقلة، (Independent t-test) و تحليل التباين الأحادي (One-Way Anova) ، واختبار شيفيه.

## نتائج الدراسة

اولاً: نتائج السؤال الأول وينص على: ما درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل؟

وللإجابة عن السؤال الأول، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات سمات طيف التوحد للاطفال، كما هو مبين في الجدول وفيما يلي بيان ذلك:  
جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال من وجهة نظر اخصائيي التأهيل مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة السمات
1	1	السمات الاجتماعية	4.05	0.54	مرتفعة
2	5	السمات المعرفية	3.97	0.61	مرتفعة
3	3	السمات السلوكية الانفعالية	3.95	0.63	مرتفعة
4	2	السمات اللغوية	3.86	0.65	مرتفعة
5	4	السمات الحسية	3.71	0.70	مرتفعة
		الدرجة الكلية	3.91	0.54	مرتفعة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (3) ترتيب مجالات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال، فقد جاء مجال السمات الاجتماعية في المرتبة الأولى فبلغ المتوسط الحسابي عليه (4.05)، وجاء في المرتبة الثانية مجال السمات المعرفية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.97)، وجاء في المرتبة الثالثة مجال السمات السلوكية الانفعالية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.95)، وجاء في المرتبة الرابعة مجال السمات اللغوية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.86). وجاء في المرتبة الخامسة مجال السمات الحسية فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.71). كما نلاحظ أيضاً من خلال بيانات الجدول (3) درجة السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال كانت مرتفعة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.91)، وتشير هذه النتيجة إلى السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال في فلسطين من وجهة نظر اخصائيي التأهيل مرتفعة.

وتعزو الباحثة ذلك لقدرة الاخصائيين في تحديد السمات الاجتماعية للاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بصورة ادق من السمات الاخرى من خلال الملاحظة والمتابعة لطريقة تفاعل مع المحيط الذي يوجد به الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد علماً أنهم غير قادرين على إقامة وتكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، ولديهم عجز في الانتباه، وفشل واضح في القيام بالإيحاءات والتلميحات الاجتماعية مثل القيام بإشارة مع السلامة، والانسحاب الاجتماعي، وضعف التواصل.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة القريوتي وعبابنة (2006) التي أظهرت وجود سمات للتوحيدين تختلف عن الأطفال العاديين، ومع دراسة جيلسون (Gillson, 2000) التي كشفت عن وجود سمات اجتماعية وسلوكية عند أطفال التوحد.

ثانياً: نتائج السؤال الثاني والذي ينص على: ما درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيو التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد ؟

وللإجابة عن السؤال الثاني، استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات إستراتيجيات اخصائيي التأهيل في التعامل مع اضطرابات طيف التوحد، ونتائج الجدول التالي يوضح المتوسطات الحسابية لمجالات الدراسة والدرجة الكلية، وفيما يلي بيان ذلك:

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات استخدام أخصائيي التأهيل لاستراتيجيات مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال مرتبة حسب متوسطها (تنازلياً)

الترتيب	الرقم	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الاستخدام
1	1	استراتيجيات العلاج الفردي	3.94	0.78	مرتفعة
2	3	استراتيجيات العلاج الجماعي	3.23	1.04	متوسطة
3	2	استراتيجيات البرامج الجاهزة	2.96	1.33	متوسطة
4	4	استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني	2.37	1.07	منخفضة
		الدرجة الكلية	3.13	0.81	متوسطة

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (4) ترتيب مجالات الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال ، فقد جاء مجال استراتيجيات العلاج الفردي في المرتبة الأولى فبلغ المتوسط الحسابي عليه (3.94)، وجاء في المرتبة الثانية مجال استراتيجيات العلاج الجماعي فبلغ المتوسط الحسابي عليها (3.23)، وجاء في المرتبة الثالثة مجال استراتيجيات البرامج الجاهزة فبلغ المتوسط الحسابي عليها (2.96)، وجاء في المرتبة الرابعة مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني فبلغ المتوسط الحسابي عليه (2.37)، كما نلاحظ ايضاً من خلال بيانات الجدول (4) أن درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال كانت متوسطة وذلك بدلالة المتوسط الحسابي الذي بلغ (3.13)، وتشير هذه النتيجة إلى أن الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال متوسطة.



وأشارت نتائج الدراسة الى ان درجة الاستراتيجيات التي يستخدمها أخصائيي التأهيل في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بطيف التوحد للاطفال كانت متوسطة على الدرجة الكلية، وتعزو الباحثة ذلك الى أن استخدام الاستراتيجيات من وجهة نظر أخصائيي التأهيل العاملين في مراكز علاج التوحد مرتبط بضعف إمكانيات المعالجة الموجودة في مراكز التأهيل في فلسطين عنها في الدول الأخرى، وحاجة أخصائيي التأهيل إلى التدريب والخبرة الواسعتين في التعامل مع أطفال طيف التوحد في مراكز العلاج، كذلك عدم كفاية مستلزمات العلاج في هذه المراكز وذلك لقلّة الإمكانيات المتوفرة، وصعوبة تحقيق حالات نجاح يمكن تعميم خبرتها.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أيسكلونا وآخرين (Escalona et al, 2002) التي كشفت عن وجود أثر للتقليد في السلوك الاجتماعي عند الأطفال المصابين بطيف التوحد، كما انها تتفق مع دراسة جونسون وآخرين (Johnson et al, 2004) التي أظهرت فاعلية استراتيجية التدخل المبكر لتعليم الأطفال المصابين بطيف التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة لنظام التواصل البصري وأثره في التفاعل الاجتماعي، كما تتفق ايضا مع نتائج دراسة صادق والخميسي (2004) التي كشفت عن دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد.

**ثالثاً: نتائج السؤال الثالث وينص على :** هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (عدد الاطفال المتوحدين في المركز، عدد الاخصائيين في المركز، اختصاص المركز، الجنس، سنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقه عنه الفرضية الاتية وتنص على:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغيرات (عدد الاطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، وإختصاص المركز، والجنس و سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد.

### 1. النتائج المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز استخدم تحليل التباين الاحادي ونتائج الجدول (5) تبين ذلك:

جدول (5) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للسمات	بين المجموعات	2.41	3	0.80	2.94	0.038*
	داخل المجموعات	21.82	80	0.27		
	المجموع	24.23	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (5) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.038) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز، ولتحديد مصدر الفروق، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (6) توضح ذلك:

جدول (6): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالات السمات اللغوية والسمات السلوكية الانفعالية والدرجة الكلية حسب متغير عدد الاطفال المتوحدين في المركز.

المجال	عدد الاطفال المتوحدين في المركز	المتوسط	من (9 الى 20) طفل	من (21 الى 30) طفل	اكثر من 30 طفل
الدرجة الكلية	اقل من (9) طفل	3.31	-0.67*	-0.59*	-0.65*
	من (9 الى 20) طفل	3.98		0.08	0.02
	من (21-30) طفل	3.90			-0.06
	اكثر من 30 طفل	3.96			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية ، حسب متغير عدد الأطفال مصابين بطيف التوحد في المركز، فقد كانت الفروق بين الفئة اقل من (9) اطفال من جهة والفئة من (9 الى 20) طفل والفئة من (21 الى 30) والفئة اكثر من (30) طفل من جهة اخرى ولصالح الفئة من (9 الى 20) طفل والفئة من (21 الى 30) والفئة اكثر من (30) طفل (للمراكز التي فيها اعداد اطفال اكثر).

وتعزو الباحثة ذلك الى ضرورة المعرفة بالسمات وآليات التعامل والتدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد والذي يتطلب اخصائيو مدربون على مقاييس تحديد السمات وآليات التدخل مع المصابين باضطراب طيف التوحد.

## 2. النتائج بمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة، ونتائج (7) التالي توضح ذلك:

جدول (7): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائيين في المركز.

المجال	عدد الاخصائيين في المركز	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	7 فاقل	28	3.75	0.72	-1.86	0.07
	اكثر من 7	56	3.98	0.41		

\*دال إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الأخصائيين في المركز فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة عليها (0.07)، وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائيين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائيين في المركز لا يؤثر في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

وتعزو الباحثة ذلك الى انه كلما زاد عدد الاخصائيين في المركز زادت قدرتهم في تحديد السمات اللغوية والسمات الحسية، أي أن الأخصائيين التأهيلين لديهم القدرة على التشخيص على نحو أدق، كلما زاد عدد الأطفال الذين يتعاملون معهم لأن الفرصة تزداد في إيجاد قواسم مشتركة لحالات لديها اضطرابات في مجالين رئيسيين من مجالات الأعراض لطيف التوحد.

## 3. النتائج المتعلقة بمتغير إختصاص المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات السمات المرتبطة بطيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (8) توضح ذلك:

جدول (8) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز .

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للسمات	بين المجموعات	0.59	2	0.30	1.01	0.37
	داخل المجموعات	23.64	81	0.29		
	المجموع	24.23	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (8) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة عليها (0.37) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، وهذا يعني أن اختصاص المركز لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

وتعزو الباحثة ذلك الى أن مراكز التخصص تسير في تأهيل المصابين بأعراض طيف التوحد على وتيرة واحدة، نظراً لتشابه أعراض المرض وتشابه خبرات الأخصائيين العاملين معهم، بحيث أن تخصص المركز لا يؤثر على إدراك الأخصائي للسمات التي يحملها أطفال طيف التوحد، ذلك بحكم الاهتمام الحديث بهذا الشأن على مستوى المؤسسات المرخصة.

4. النتائج المتعلقة بمتغير الجنس.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة، ونتائج (9) التالي توضح ذلك:

جدول (9): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للسمات	نكر	17	3.88	0.78	0.18	0.83
	انثى	67	3.91	0.47		

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (9) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.83) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الجنس، أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

وتعزو الباحثة ذلك الى أن الذكور والإناث لا يختلفون في إدراكهم للسمات المرتبطة بطيف التوحد، وذلك لتشابه هذه الأعراض لدى معظم المصابين بطيف التوحد حيث أنها تظهر على المصابين بشكل لا يختلف جوهرياً من فرد لآخر، وبالتالي يتم إدراكها من قبل الأخصائي.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الكبي، 2011)، التي كشفت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات، أي أن هوية طيف التوحد تتجاوز متغير الجنس لتنشئ عالمياً خاصاً هو التوحد بغض النظر عن الجنس.

##### 5. النتائج المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب طيف التوحد.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات السمات المرتبطة بطيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (10) توضح ذلك:

جدول (10) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	بين المجموعات	3.091	2	1.546	5.923	*0.004
	داخل المجموعات	21.137	81	0.261		
	المجموع	24.228	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (10) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال اضطرابات طيف التوحد، فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.04) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال تحديد سمات المتوحدين وهذا يعني أن سنوات الخبرة تؤثر في تحديد السمات المرتبطة باضطرابات طيف التوحد عند الاطفال . ولتحديد مصدر الفروق في مجالات الدراسة، والدرجة الكلية فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (11) توضح ذلك:

جدول (11): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على جميع المجالات والدرجة الكلية حسب سنوات الخبرة في مجال

التعامل مع اضطراب التوحد

المجال	سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطرابات طيف التوحد	المتوسط	5 - 10 سنوات	اكثر من 10 سنوات
الدرجة الكلية	أقل من 5 سنوات	3.96	0.05	0.81*
	من 5-10 سنوات	3.91		0.76*
	اكثر من 10 سنوات	3.15		

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في جميع مجالات الدراسة والدرجة الكلية حسب سنوات الخبرة في تحديد سمات اضطرابات طيف التوحد، فقد كانت الفروق بين الفئة اقل من (5) سنوات والفئة من (5-10) سنوات من جهة والفئة اكثر من (10) سنوات من جهة اخرى، وكانت الفروق لصالح الفئة اقل من (5).

رابعاً: نتائج السؤال الرابع وينص على :

هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى إلى متغيرات (عدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، واختصاص المركز، والجنس، وسنوات الخبرة في مجال التوحد)؟ وقد انبثقه عنه الفرضية الاتية وتنص على لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز، وعدد الاخصائيين في المركز، و إختصاص المركز، والجنس، و سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

### 1. النتائج المتعلقة بمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز استخدم تحليل التباين الاحادي ونتائج الجدول (12) تبين ذلك:

جدول (12) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الأطفال المتوحدين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	5.12	3	1.71	3.04	*0.034
	داخل المجموعات	44.88	80	0.56		
	المجموع	50.01	83			
إستراتيجيات البرامج الجاهرة	بين المجموعات	8.51	3	2.84	1.64	0.187
	داخل المجموعات	138.60	80	1.73		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	9.25	3	3.08	3.08	*0.032
	داخل المجموعات	80.14	80	1.00		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي والعلاج الدوائي والبدني	بين المجموعات	8.02	3	2.67	2.46	0.068
	داخل المجموعات	86.79	80	1.09		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2.85	3	0.95	1.48	0.227
	داخل المجموعات	51.43	80	0.64		
	المجموع	54.28	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (12) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف

التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.068-0.227) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال الموجودين في المركز، وهذا يعني أن عدد الأطفال الموجودين في المركز لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال .

كما نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (12) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردية، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها على التوالي (0.032-0.034) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاطفال المتواجدين في المركز، ولتحديد مصدر الفروق في مجالي استراتيجيات العلاج الفردية، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج جدول (13) توضح ذلك:

جدول (13): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير عدد عدد الأطفال المتوحدون في المركز .

المجال	عدد الاطفال المتوحدون في المركز	المتوسط	من (9) الى (20) طفل	من (21) الى (30) طفل	من 30 طفل فاكثر
استراتيجيات العلاج الفردي	اقل من (9) طفل	3.88	-0.34	0.10	0.21
	من (9) الى (20) طفل	4.22		0.44	*0.55
	من (21-30) طفل	3.78			0.11
	من 30 طفل فاكثر	3.67			
استراتيجيات العلاج الجماعي	اقل من (9) طفل	3.44	-0.08	0.15	*0.67
	من (9) الى (20) طفل	3.52		0.23	*0.75
	من (21-30) طفل	3.29			0.52
	من 30 طفل فاكثر	2.77			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير عدد الأطفال المتوحدون في المركز، فقد كانت الفروق في استراتيجيات العلاج الفردي بين الفئة اقل من (9) اطفال



الى 20 طفل) من جهة والفئة من (اكثر من 30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح الفئة من (9 اطفال الى 20 طفل)، كما بينت النتائج ان هناك الفروق في استراتيجيات العلاج الجماعي بين الفئة اقل من (9 اطفال ) من جهة والفئة من (9 اطفال -20 طفل) من جهة والفئة اكثر من (30 طفل) من جهة اخرى وكانت الفروق لصالح اقل من (9 اطفال ومن (9-20 طفل)، اي ان المراكز التي فيها اقل من (20 طفل) تستخدم استراتيجيات العلاج الجماعي افضل من المراكز التي فيها اكثر.

وتعزو الباحثة ذلك الى أن ظروف المرض والتعامل معها تتشابه من قبل أخصائيي التأهيل، فطرق التعامل مع ذوي الإعاقات العقلية وخصوصاً طيف التوحد يدركها الأخصائيون بغض النظر عن تخصصاتهم المختلفة، لأن دورهم الرئيس التدخل معهم كوحدة واحدة.

## 2. النتائج المتعلقة بمتغير عدد الإحصائيين في المركز.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير عدد الإحصائيين في المركز، استخدم تحليل

التباين الاحادي ونتائج الجدول (14) تبين ذلك:

جدول (14): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير عدد الإحصائيين في المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	0.54	2	0.27	0.45	0.64
	داخل المجموعات	49.46	81	0.61		
	المجموع	50.01	83			
استراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	0.96	2	0.48	0.27	0.77
	داخل المجموعات	146.15	81	1.80		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	3.44	2	1.72	1.62	0.21
	داخل المجموعات	85.96	81	1.06		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي والعلاج البدني	بين المجموعات	3.30	2	1.65	1.46	0.24
	داخل المجموعات	91.51	81	1.13		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.32	2	0.66	1.01	0.37
	داخل المجموعات	52.96	81	0.65		
	المجموع	54.28	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (14) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف

التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير عدد الاخصائين في المركز على جميع المجالات والدرجة الكلية، فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.21-0.77) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير عدد الاخصائين في المركز، وهذا يعني أن عدد الاخصائين في المركز لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال.

وتعزو الباحثة ذلك الى ان الاخصائين يستخدمون نفس الاستراتيجية في المركز الواحد لانه لكل مركز رؤية معينة لاهمية استراتيجية تعامل ميعنة، ويتبناها اكثر من غيرها، وأن تغيير آليات التعامل يحتاج إلى أعداد إضافية ومبالغ باهظة، وكأن هناك روح استسلام للواقع.

### 3. النتائج المتعلقة بمتغير إختصاص المركز

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير إختصاص المركز، استخدم تحليل التباين الاحادي لكل مجال من مجالات استراتيجيات التعامل مع طيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (15) توضح ذلك:

جدول (15) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير إختصاص المركز.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	4.04	2	2.02	3.56	*0.033
	داخل المجموعات	45.97	81	0.57		
	المجموع	50.01	83			
إستراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	4.77	2	2.38	1.36	0.263
	داخل المجموعات	142.35	81	1.76		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	6.54	2	3.27	3.20	*0.046
	داخل المجموعات	82.85	81	1.02		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني	بين المجموعات	3.91	2	1.96	1.74	0.182
	داخل المجموعات	90.90	81	1.12		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.95	2	0.97	1.51	0.228
	داخل المجموعات	52.33	81	0.65		
	المجموع	54.28	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (15) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالات استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني، والدرجة الكلية فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.182-0.263) وهذه القيمة أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز، وهذا يعني أن اختصاص المركز يؤثر في استراتيجيات البرامج الجاهزة، وإستراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني، والدرجة الكلية.

كما نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (15) أن هناك توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد كانت قيم مستوى الدلالة عليها على التوالي (0.046-0.033) وهذه القيم أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى رفض الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير اختصاص المركز على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، ولتحديد مصدر الفروق في مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي، فقد استخدم اختبار شيفية ونتائج الجدول (16) توضح ذلك:

جدول (16): نتائج اختبار شيفية لدلالة الفروق على مجالي استراتيجيات العلاج الفردي، واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير اختصاص المركز.

المجال	اختصاص المركز	المتوسط	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	صحة نفسية
استراتيجيات العلاج الفردي	مركز مرضى توحد	4.27	0.29	*0.82
	مركز ذوي احتياجات خاصة (متعددة الإعاقات)	3.98		0.53
	مركز صحة نفسية	3.45		
استراتيجيات العلاج الجماعي	مركز مرضى توحد	3.82	0.58	*1.1
	مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات	3.24		0.52
	صحة نفسية	2.72		

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في (16) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات العلاج الجماعي حسب متغير اختصاص المركز، فقد كانت الفروق بين مركز مرضى التوحد من جهة و مركز ذوي احتياجات خاصة متعددة الإعاقات من جهة، و كانت الفروق لصالح مركز اختصاص التوحد.

وتعزو الباحثة ذلك الى تشابه استراتيجيات التعامل مع المرض بغض النظر عن اختصاص المركز، أو لقلّة أو انعدام استخدامها أصلاً.

#### 4. النتائج المتعلقة بمتغير الجنس.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير الجنس، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة،

ونتايج (17) التالي توضح ذلك:

جدول (17): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل معاضرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير الجنس.

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	ذكر	17	4.15	0.74	1.27	0.21
	انثى	67	3.89	0.78		
إستراتيجيات البرامج الجاهزة	ذكر	17	3.04	1.30	0.26	0.80
	انثى	67	2.95	1.35		
استراتيجيات العلاج الجماعي	ذكر	17	3.60	1.02	1.64	0.10
	ذكر	67	3.14	1.03		
استراتيجيات العلاج الغذائي و الدوائي والبدني	ذكر	17	2.89	1.03	2.30	*0.02
	انثى	67	2.24	1.04		
الدرجة الكلية	ذكر	17	3.42	0.84	1.69	0.09
	انثى	67	3.05	0.79		

\*دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (17) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير الجنس على جميع المجالات والدرجة الكلية باستثناء مجال استراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني فقد بلغت قيمة مستوى الدلالة (0.02) وهذه القيمة اقل من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، وقد كانت الفروق لصالح الذكور، وفيما يتعلق بباقي المجالات فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة على باقي المجالات والدرجة الكلية ما بين (0.09-0.80) وهذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير الجنس، أي أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، وهذا يعني أن جنس الاخصائي لا يؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال لمجالات استراتيجيات العلاج الفردي واستراتيجيات البرامج الجاهزة، واستراتيجيات العلاج الجماعي، واستراتيجيات العلاج الغذائي والدوائي والبدني.

وتعزو الباحثة ذلك الى أن الأخصائيين الذكور والإناث لا يختلفون في إدراكهم لاستراتيجيات التدخل بمصابين اضطراب طيف التوحد، وذلك لتشابه الأعراض حيث أن الأخصائيين يستخدمونها وهي إلى حد ما موضع اتفاق فيما بينهم نظراً لممارستها.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الكبيكي، 2011)، التي كشفت عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية بين الآباء والأمهات.

#### 5. النتائج المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد.

من أجل فحص صحة الفرضية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد، استخدم تحليل التباين الأحادي لكل مجال من مجالات استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال، ونتائج الجدول (18) توضح ذلك:

جدول (18) : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد للاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطرابات طيف التوحد.

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
استراتيجيات العلاج الفردي	بين المجموعات	0.85	2	0.43	0.70	0.50
	داخل المجموعات	49.15	81	0.61		
	المجموع	50.01	83			
استراتيجيات البرامج الجاهزة	بين المجموعات	3.70	2	1.85	1.04	0.36
	داخل المجموعات	143.42	81	1.77		
	المجموع	147.12	83			
استراتيجيات العلاج الجماعي	بين المجموعات	3.64	2	1.82	1.72	0.19
	داخل المجموعات	85.75	81	1.06		
	المجموع	89.39	83			
استراتيجيات العلاج الغذائي العلاج الدوائي والبدني	بين المجموعات	1.30	2	0.65	0.56	0.57
	داخل المجموعات	93.52	81	1.16		
	المجموع	94.81	83			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.45	2	0.73	1.11	0.33
	داخل المجموعات	52.83	81	0.65		
	المجموع	54.28	83			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )

نلاحظ من خلال البيانات الواردة في الجدول (18) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين المتوسطات الحسابية في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد على جميع

المجالات والدرجة الكلية فقد تراوحت قيم مستوى الدلالة عليها ما بين (0.19-0.57) وهذه القيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة الى قبول الفرضية الصفرية المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد ، وهذا يعني أن سنوات الخبرة في مجال التعامل مع اضطراب التوحد لا تؤثر في استراتيجيات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد عند الاطفال. وتعزو الباحثة ذلك الى أن هناك محدودية في إقحام الأخصائيين بدورات تأهيلية متطورة، بل أن معظم ما لديهم لا يتعدا المحاولة والخطأ، وأساسيات للتعامل بحيث أنهت الفوارق بينهم بحسب الخبرة كون آليات التدخل محدودة ولها طابع عام، ولا يوجد حداثة أو آفاق جديدة يطورون خبراتهم فيها.



## قائمة المراجع:

## 1. المراجع العربية

- الجابري، محمد (2014). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة (الرؤى والتطلعات المستقبلية). 8-9/ 4/ 2014. جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية.
- دعو، سميرة وشنوفي، نورة.(2013). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحيدي- دراسة عيادية لخمس حالات، شهادة ماجستير غير منشورة، جامعة أكلي محند أولحاج، الجزائر.
- دلهوم، جمال.(2007). فاعلية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحيدين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.
- أبو السعود، نادية. (2002). فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر.
- صادق، مصطفى والخميسي، السيد. (2004). دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، جامعة الملك عبد العزيز، كلية المعلمين بمحافظة جدة.
- بن صديق، لينا.(2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الاجتماعي عند الأطفال التوحيدين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان. الأردن.
- عدوان، يوسف.(2010). مشكلة تشخيص التوحد من كاتر إلى التصنيف DSM-IV. اليوم الدراسي حول التوحد. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- علي، محمد. (2010). مقياس الوعي الفونولوجي لدى المراهقين التوحيدين، ط 1 دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علي، وليد.(2012). التوحد: المفهوم وطرق العلاج. المكتبة الإلكترونية [www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com)



- العمر، فهد.(2010). فاعلية برنامج محوسب في تطوير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في منطقة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان. الأردن.
- عياش، خالد.(2014). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور(بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس /فلسطين". مديرة التربية والتعليم، سلفيت، فلسطين.
- القريوتي، إبراهيم وعابنة، عماد.(2006). تطوير مقياس عربي متعدد الأبعاد للكشف عن التوحد، المجلة الأردنية للعلوم التربوية، مجلد (2)، عدد (2).
- كشك، رضا.(2007). فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين . رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- الكيكي، محسن. (2011). "المظاهر سلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم . مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 1، ص ص 76-99.
- محمد، عادل.(2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين ، مجلة بحوث كلية الآداب ، جامعة المنوفية، 6،(3)، ص ص 3-41.
- مريم، سليم.(2004). علم النفس التربوي، ط1،، بيروت، دار النهضة العربية ، لبنان.
- معيدي، عوض.(2009). المؤشرات التشخيصية لذاكرة الطفل التوحدي ومقارنتها بالتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة،

## 2. المراجع الأجنبية

- American Psychiatry Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)**. Washington, DC: American Psychiatry Association.
- Bondy, A. & Frost, L. (2009). **Generalization issues pertaining to the Picture Exchange Communication System (PECS)**. In C. Whalen (Ed.). **Real life, real progress for children with autism spectrum disorders: Strategies for successful generalization in natural environments**. Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Company.
- Chiang CH, Soong WT, Lin TL, Rogers SJ( 2008). **Nonverbal communication skills in young children with autism**. **Diagnostic and Statistical Manual of - Mental Disorders-fifth edition (DSM-5)** (APA, 2013).
- Escalona, A., Field, T., Nadel, J. and Lundy,B.( 2002 ). Brief Report Imitation Effects on Children With Autism. **Journal of autism and developmental** for teachers of children with autism: A pragmatic, group randomized controlled trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 48 (5),pp. 473-481
- Frost, L. & Bondy, A. (2002). **The Picture Exchange Communication System Training Manual**. (2nd ed.). Newark, DE: Pyramid Educational Products.
- Gillson, A. (2000). **Autism and social behavior** Bethesda M.D., Autism Society of America.
- Howlin, P., Gordon, R. K., Pasco, G., Wade, A. & Charman, T. (2007). **The Interactions**. London: Pawel Company.
- Christy M. (2002). Using The Picture Exchange Communication System (PECS) with Children with Autism: Assessment of Pecs Acquisition, Speech. Aocial-Communication Behavior, and Problem Behavior, **Journal of Applied Behavior Analysis**, 35,number 3, 213:23.
- Christy M. (2002). Using The Picture Exchange Communication System (PECS) with Children with Autism: Assessment of Pecs Acquisition, Speech. Aocial-Communication Behavior, and Problem Behavior, **Journal of Applied Behavior Analysis**, 35( 3),pp. 213:23.



- Owens, R., Metz, D. & Haas, A. (2003). **Introduction to communication disorders: A lifespan perspective**. (2 nd ed.). Boston, MA: Pearson Education, Inc.

