المعالجة الحسية وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

مقدمة من الباحثة

زينب محمد أحمد الحلو

ضمن متطلبات الحصول على الماجستير في التربية

تخصص صحة نفسية

(نظام الساعات المعتمدة)

إشراف

أ.د/ سهام على شريف

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية– جامعة حلوان

م.د/ مروة محمد حسن

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة حلوان

ملخص الدراسة باللغة العربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت من عينة الدراسة (39) طفلًا وطفلة ممن تراوحت أعمارهم بين (7–4 سنوات)، واستخدمت الباحثة المقاييس التالية (مقياس المعالجة الحسية)، (مقياس المشكلات السلوكية)، (مقياس تقدير التوحد في الطفولة CARS)، وأوضحت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الكلمات المفتاحية : المعالجة الحسية – المشكلات السلوكية – أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

Abstract

This study aimed at identifying the relationship between sensory processing and behavioral problems among children with autism spectrum disorder (ASD). The sample comprised (39) male and children with ASD between (4 - 7) years of age. The researcher utilized Sensory processing inventory، Behavioral problems scale and childhood autism rating scale. Results indicated that there was no statistically significant relationship between sensory processing and behavioral problems among children with ASD.

Keywords: Sensory processing - behavioral problems - children with autism spectrum disorder

مقدمة:

يعد اضطراب التوحد من الاضطرابات المعقدة جدًا والتى تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل نتيجة الخلل في الجهاز العصبي المركزي، ولم يصل العلم بعد إلى تحديد أسبابه ويضع فقط افتراضات لحدوثه وينتج عن هذا الاضطراب عجز في الاتصال اللفظي وغير اللفظي يؤثر بشكل كبير في التفاعل الاجتماعي واللعب التخيلي والإبداعي نتيجة هذا الاضطراب العصبي حيث يؤثر على الطريقة التى يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها من خلال الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام أوقات الفراغ. (Palmer، M.، San،2020)

وتعتبر المشكلات السلوكية لدى الطفل التوحدي من أكثر التحديات والضغوطات التي تواجه جهود أسرة الطفل، فسلوك الطفل التوحدي محدود وضيق المدى، كما أنه تشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وهذا لا يؤدي إلى نمو الذات وقد يصبح مصدر إزعاج للجميع، ومن أبرز هذه السلوكيات فرط الحركة وسلوكيات لا إرادية مثل رفرفة اليدين، وهز الجسم ويُظهر الطفل قصورًا واضحًا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة ذهابًا وإيابًا ويتسمون بالسلوك النمطي، كما يشعرون بقلق زائد عند محاولة تغير نمط محدد قد تعودوا عليه،ويُبدون سلوكيًا عدوانيًا وإيذاء للذات مثل هذه السلوكيات تؤدي بالأطفال التوحديين لأن يكونوا عُرضة لخطر الاستثناء والعزلة عن الأنشطة الاجتماعية والتربوية والأسرية والمجتمعية وتعتبر هذه السلوكيات من أكثر التحديات التي تواجه الوالدين في تنشئة أطفالهم التوحديين Felce& Kerr،2013) .

تُعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته، ففيها تشتد قابلية الطفل للتأثر بالعوامل التي تحيط به، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال على سوء التوافق.

إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشاكل في المعالجة الحسية قد يكونون أكثر حساسية أو غير حاسسين للعالم من حولهم . فعندما يتلقى الدماغ معلومات، فإنه يعطي معنى حتى لأصغر أجزاء المعلومات، وإن الحفاظ على كل تلك المعلومات المنظمة والرد المناسب هو أمر صعب بالنسبة إليهم، وتحدث مشكلات في عملية المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عندما لا يستطيعون تفسير المعلومات الحسية التي يتلقونها من الحواس، مما يجعلها تُصدر استجابات غير مناسبة وغير فعالة لتلك المعلومات.

ولقد أشار (كانز) من خلال ملاحظاته لسلوكيات عدد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى مجموعة من الصفات السلوكية التي بدت له غير عادية، حيث شملت هذه السلوكيات الفشل خلال الطفولة في القدرة على استخدام مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي باستخدام الكلام كوسيلة اتصال، وعدم الاهتمام بالأنشطة، وعدم اللعب بطريقة ابداعية وخيالية مع الأطفال واللعب النمطي،Mimouni–Bloch، A.، Offek، H.،2018

لذا اهتمت الباحثة بالقاء الضوء على العلاقة بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مشكلة الدراسة :

انبثقت مشكلة البحث الحالي من خلال الخبرة الشخصية والمهنية للباحثة، ونتائج البحوث و الدراسات السابقة حيث توصلت نتائج دراسة Brosnan&Healy،2011 إلى انتشار سلوك التحدي (إيذاء الذات – العدوان– السلوك النمطي) لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما أنهم أكثر عرضة لسوء التكيف بشكل كبير، كما توصل (El-speth &Barry،2005) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من الكثير من المشكلات السلوكية مثل نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية.

والدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة للتأكد من إحساسها بالمشكلة، وتحديد مشكلة البحث الحالي في أن اضطراب طيف التوحد يُعد من الاضطرابات النمائية التي

تؤثرعلى الفرد مدى الحياة، حيث يؤثر على التفاعل الاجتماعي للفرد مع محيطه وبيئته، وتؤثر على سلوكياته، ومن الناحية الحسية تشير معظم الدراسات إلى أن الاشخاص التوحديين لديهم العديد من المشكلات الحسية، وتنطوي المعالجة الحسية على التكيف الحسي الذي يتيح للأفراد الاستجابة للتكيف الحسي بطريقة هادفة، كما تعد الاستجابة الحسية التكيفية واحدة من المهارات الأساسية في عملية التعلم والتواصل الاجتماعي فمن خلال المشاركة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي يتعلم الأطفال التواصل مع الأشخاص المحيطين بهم بوسائل غير لفظية كتعبيرات الوجه والتفاعل مع الأخرين، وفي غياب تلك المهارات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتأخر لديهم لغة التواصل وقد لا يُظهر البعض منهم الكلام أو اللغة التعبيرية اطلاقًا (Smith 2016)

وتنتشر المشكلات الحسية لدى الأطفال التوحديين بنسبة٩٥٪ من عينة الدراسة، وتتحدد هذه المشكلات في الإدراك البصري والسمعي واللمسي والشمي بالإضافة إلى مشكلات في التوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت،كما يمثل اضطراب التوحد أكثر أشكال الاضطرابات السلوكية، والانفعالية شدةً وتطرفًا لتأثيره الواسع في مختلف مجالات الشخصية السلوكية والجسمية والانفعالية وعلى الاجتماعية، والأطفال المصابون بالتوحد هم فئة من فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى الرعاية والعناية من قِبل القائمين على ميدان التربية الخاصة بمختلف تخصصاتهم، فالاهتمام بهذه الفئة بشكل عام لتجسيد الجانب الإنساني وتعبيرًاعن رقي المجتمعات، فارتقاء الشعوب يُقاس بمدى اهتمامهم بهذه الفئات الخاصة، والذي يعكس درجة الوعي الذي يُفرز إحساسًا بالمشكلة.

وتتحدد مشكلة البحث في الإجابة على التساؤل التالي:

1 – هل توجد علاقة دالة إحصائيًا بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

2– ما درجة انتشار بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد؟

3 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزى للنوع (ذكور –إناث)؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية؟

أهداف الدراسة

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و درجة انتشار بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد، والتعرف على فروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزي للنوع (ذكور –إناث)، والفروق ذات الدلاله الإحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية.

أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

الأهمية النظرية

1. تناول البحث الحالي متغيرات تتسم بالحداثة النسبية مثل المعالجة الحسية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
2. ندرة البحوث العربية والدراسات الأجنبية في حدود علم الباحثة التى تناولت كل من المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الأهمية التطبيقية

قد تسهم نتائج البحث الحالي في مجالات التربية والتربية في إعداد برامج لبعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات الدراسة

أولاً: المعالجة الحسية (Sensory Processing)

أُستُخدم مصطلح اضطرابات المعالجة الحسية (SPD) في الدليل التشخصي الإحصائي الخامس الأمريكي(DSM5 APA، 2013) إن هذا المصطلح أُدرج بالفعل

كفئة أواضطراب مستقل وهو يعني أنه خلل في معالجة المُدخلات وتنظيم المُخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية، حيث يستقبل المُدخل الحسي غير الفعال للمعلومات بصورة كبيرة جدًا، فإن المخ يكون واقعًا تحت حمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الطفل المثير الحسي، والعكس صحيح في أنه عندما يكون استقبال المعلومات بصورة صغيرة، فالمخ يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية، ويحدث لديه عدم تنظيم عصبي والذي يأخذ أشكال مختلفة حيث لا يستقبل المخ الرسائل وذلك بسبب تفكك الخلية العصبية حيث يستقبل الرسائل الحسية بشكل متناقض في حين يستقبل المخ الرسائل الحسية على نحو غير مترابط.

وقد قام وليام سميث (2010) بتعريف المعالجة الحسية بانها اضطراب يحدث عندما يتعذر على دماغ الطفل تنظيم المُدخلات الحسية بطريقة مناسبة، سَواء فرط أو نقص الاستجابة للحواس مثل (اللمس، واللمس العميق، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية،الاستجابة الدهليزية، ونقص وفرط الاستجابة في حاسة الشم والتذوق) وتختلف هذه الاضطرابات في شدتها مع وجود بعض الخصائص أوالأعراض الشائعة التي يتشارك فيها الأطفال الذين يعانون من اضطراب المعالجة الحسية.

ثانيًا : المشكلات السلوكية Behavioral problems

المشكلة السلوكية هي الحالة التي يفشل فيها الفرد في أن يحقق التكيف بينه وبين عناصر ذاته المختلفة وحدوث سلوك غير مرغوب فيه يثير استهجان البيئة الاجتماعية (ياسر يوسف إسماعيل،2009) .

ويُعرف الباحثون المشكلات السلوكية بأنها نوع من أنواع السلوك غير المرغوب فيه، يصدر عن الطفل ويسبب إزعاجًا وقلقًا للمحيطين به، ويؤثر على تقديره لذاته وعلاقته بالآخرين، ويأخذ هذا السلوك طابعًا ثابتًا ويظهر بشكل متكرر في المواقف المتشابهة،ولايمكن للوالدين أو المدرسين علاج هذه المشكلات دون مساعدة من متخصصين في مجال العلاج النفسي(نبيل عتروس،2010)

ويري (Huang، Yen، Tseng، Tung، Chen and Chen 2014) أن تعريف المشكلات السلوكية غير واضح ودقيق حيث أنها تختلف باختلاف الباحثين والمجالات

التي ينتمون إليها والمشكلات التي تتناولها كل دراسة، وفي ضوء ذلك يشير إلى بعض العوامل التي تؤدي إلى تنوع تعريف المشكلات السلوكية منها (اختلاف النظريات المفسرة لها، ومشاكل عملية التقييم، والطريقة التي يمكن من خلالها التقييم، والمجال الذي ينتمي إليه الباحث، بالإضافة إلى الشخص الذي يقوم سواء كان المعلم أم الوالدين وعدم وجود معايير ثابتة للحكم على السلوك المضطرب.

وتعرف كوثر درويـش(2017) المشكلات السلوكية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ وتتكرر باستمرار من (سلوك عدواني، انسحاب اجتماعي، صراخ، إيذاء الذات)هذه المشكلات السلوكية تحد الطفل التوحدي من التفاعل والتواصل مع المحيطيين به.

وتعرف إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحصل عليها الطفل على المقياس المستخدم.

ثالثًا :اضطراب طيف التوحد Disorder Autism Spectrum

في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM–5، تم تغير مسمى "التوحد" إلى "اضطراب طيف التوحد" وتم تعريفه كالتالي:

1 –عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي والتعامل العاطفي، مع فشل في الأخذ والرد في المحادثة وتدني في المشاركة بالاهتمامات والعواطف والانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أوالرد على التفاعلات الاجتماعية.

2 – العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف كامل في التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات.

3 – العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها، وصعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام تام في الاهتمام بالأقران (DSM V، 2013،p.28).

الأطار النظري والدراسات السابقة

المحور الأول: المعالجة الحسية (Sensory Processing)

مفهوم المعالجة الحسية Definition of Sensory Processing

تعرف (سهي نصر، 2014) المعالجة الحسية باعتبارها قدره الدماغ على إدراك وتفسير وتنظيم المثيرات الحسية المُستقبلة من خلال الحواس وترجمتها برد الفعل أو السلوك الظاهر أو غير الظاهر، ويؤثر الخلل في المعالجة الحسية على أداء وإدراك الطفل في مهام الحياة اليومية من أكل ونوم واستحمام وأداء أكاديمي وتفاعلات اجتماعيه سلبية وسوء في التنظيم الانفعالي.

وتعرف الجمعيه الأمريكية للطب النفسي (2013) اضطراب المعالجة الحسية بأنه خلل في معالجة المُدخلات وتنظيم المُخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية، حيث يستقبل المُدخل غير الفعال المعلومات بصورة هائلة، فإن المخ يكون تحت حمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الطفل المثير الحسي، والعكس صحيح فعندما يستقبل المخ معلومات صغيرة، فإنه يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية، ويحدث لديه عدم تنظيم عصبي، حيث لا يستقبل المخ الرسائل، وذلك إما بسبب تفكك الخليه العصبيه أو أن يستقبل الرسائل الحسية ولكن بشكل متناقض وغير مترابط.

وقد استخدم مصطلح اضطرابات المعالجة الحسية (SPD) في الدليل التشخصي الإحصائي الخامس الأمريكي (DSM5 APA، 2013) أن هذا المصطلح أدرج بالفعل كفئة أو اضطراب مستقل ويعني أنه خلل في معالجة المدخلات وتنظيم المخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية، حيث يستقبل المدخل الحسي غيرالفعال المعلومات بصورة كبيرة جدًا، فإن المخ يكون واقع تحت حمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الطفل المثير الحسي، والعكس صحيح في أنه عندما يكون استقبال المعلومات بصورة صغيرة فالمخ يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية، ويحدث لديه عدم تنظيم عصبي والذي يأخذ أشكال مختلفة، حيث لا يستقبل المخ الرسائل وذلك بسبب تفكك الخلية العصبية (حيث يستقبل الرسائل الحسية بشكل متناقض)

وقد قام Lai، Cynthia،2019 بتناول اضطراب المعالجة الحسية بأنها تعكس درجات متفاوتة من الاستجابات الحسية الغير العادية وأوجه القصور الفيزيولوجية العصبية الكامنة وتم تحديد ثلاثة أنواع فرعية من اضطراب التعديل الحسي (الاستجابة الحسية المفرطة، والاستجابة الحسيةالطبيعية، والسعي الحسي أو الرغبة الشديدة ويتفاعل الأطفال الذين يعانون من فرط الاستجابة الحسية بسرعة أكبر أو لفترة أطول من الفترات المعتادة، في حين يتجاهل الأطفال الذين يعانون من قلة الاستجابة الحسية أو يفشلون في الاستجابة للمنبهات الحسية البيئية ولا يبدو أنهم يكتشفون المعلومات الحسية الواردة ويميل الأطفال الذين يظهرون سلوك البحث الحسي إلى الرغبة في كميات أو أنواع غير عادية من المدخلات الحسية ويبدو أن لديهم رغبة نهم في الإحساس.

تعقيب الباحثة على تعريف المعالجة الحسية:

- ويتضح من خلال التعريفات السابقه للمعالجة الحسية أنها ترتبط بقدره الدماغ على تفسير وتنظيم وانتقاء المنبهات الحسية الموجودة في البيئه وتكاملها معاًوذلك باستقبالها من خلال الأعضاء الحسية في الجسم، كما يتضح من خلال تلك التعريفات أن المعالجة الحسية عملية فسيولوجية مستمره ومتواصله وتتم في مختلف الأماكن والأوقات كماأنه يساعد على اندماج الفرد مع البيئة التي يعيش بها والتي يؤدي به إلى فهم وإدراك أدق.
- يمكن للأطفال الذين يعانون من مشاكل المعالجة الحسية أن يكونوا أكثر حساسية للمشاهد والأصوات والقوام والنكهات والروائح وغيرها من المُدخلات الحسية وهذا يمكن أن يقوم برحلة إلى متجر ألعاب أو تجربة طبق جديد في مطعم تجربة ساحقة لهم الأطفال الأخرون ذوو مشاكل المعالجة الحسية غير حساسين للمعلومات التي يتلقونها من خلال الحواس. هذا يمكن أن يؤدي إلى مشاكل أخرى.

ومن خلال اطلاع الباحثة على التعريفات السابقة تقترح تعريف المعالجة الحسية باعتبارها قصور او خلل او عجز في قدرة الدماغ على تسجيل المعلومات الواردة من حواسه وتنظيمها وفهمها ويؤثر هذا الخلل على انشطة الطفل اليومية من مأكل ومشرب وملبس. على الرغم من أن معظم الأطفال المصابين بالتوحد يظهر عليهم أعراض (SPD)، فإن هذه الحالة شائعة أيضًا عند الأطفال الذين يعانون من إعاقات نموية أخرى .

التعريف الإجرائي للمعالجة الحسية: المعالجة الذهنية العصبية وتعديل وتفسير الاستجابة للمثيرات الحسية وقياسها من خلال الدرجات التي يحصل عليها الطفل في مقياس المعلجة الحسية المستخدم في الدراسة.

المحور الثاني : المشكلات السلوكية Behavioral problems

تعريف المعاجم والقواميس

ويعرف قانون تعليم ذوي الأعاقة (IDEA) individuals with disabilities edu-cation act

المشكلات السلوكية بانها حالة تظهر على مدي طويل من الزمن وبدرجة ملحوظة وتؤثر سلبًا على أداء الطفل التعليمي وتؤدي إلى عدم القدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها من خلال العوامل العقلية والحسية والصحية وعدم القدرة على بناء العلاقات الشخصية مع الزملاء والمعلمين وأنواع غير لائقة من السلوك في المواقف العادية ومزاج عام من التعاسة والاكتئاب وظهور أعراض جسدية ومخاوف مرتبطة بالمشاكل الشخصية والمدرسية (Emerson and Einfeld 2011،56).

– سلُوك Behavior، تَصَرف يضم الموضوعات التي يهتم بها الطب النفسي بالنسبة للسلوك جوانب متعددة تبدأ بدراسة نظريات السلوك، والاضطرابات السلوكية، وتعديل السلوك، والطب السلوكي الذي يتضمن أساليب العلاج السلوكي للمشكلات النفسية.

– مشكلة Problem مسألة إشكاليه تعبرعن مشكلات السلوك والعلاقات، والمشكلات الصحية يعني مشكوك فيه أو problematic والنفسية، والوصف مشكل غير ثابت يحتمل الجدل.(القاموس الموسوعي للعلوم النفسية والسلوكيه،2015)

ويعرف (Totsike، et al،2011) المشكلات السلوكية بأنها سلوكيات غير سوية ومتكررة من الطفل تتكرر في مواقف داخل المنزل والمدرسة يفعلها بغرض إزعاج الأخرين والانتقام منهم أو بغرض لفت الانتباة له، وتؤدي إلى مشكلات في المهارات والتفاعل الاجتماعي بالنسبة للطفل وعزوف من الأخرين نحوه .

ويعرف (Griffith، Hastings، Nash، & Hill، 2010) المشكلات السلوكية انها مجموعة من السلوكيات الشاذة ثقافيًا واجتماعيًا والتي تتسم بالحدة والتكرار والاستمرارية وتؤدي إلى فقدان الفرد للأمان له وللأخرين كما تضع صاحبها دائمًا هدفًا سهلًا للمخاطر كما تعيق الفرد عن استخدام واستغلال المرافق العادية المتاحة للمجتمع .

وتعرف الباحثة المشكلات السلوكية هي أنماط من التصرفات غير السوية واللاتكيفية التي تظهرعلى سلوك الطفل التوحدي من السلوك النمطي، إيذاء الذات، وفرط الحركة، السلوك العدواني.

التعريف الأجرائي للمشكلات السلوكية

هي التصرفات والأفعال المتكررة والتي تتسم بالشدة والتكرار التي يحدثها الشخص التوحدي ويعبر عنها من خلال الدرجات التي يحصل عليها في مقياس المشكلات السلوكية في هذه الدراسة.

ومن المشكلات السلوكية لدى الطفل التوحدي:

١-**السلوك النمطي** stereotyped behavior

السلوك النمطي هو سلوك شاذ يظهر على شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية، وهو سلوك ليست له وظيفة أي ليست له غاية يؤديها، وهو سلوك شائع لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهو سلوك غير مؤذٍ إلا أنه يعيق الانتباه.

ويري Klin et al.، 2014أن السلوك المتكرر والمقيد يؤثر على التفاعل بين الطفل والأسرة وتعد السلوكيات النمطية المتكررة من المظاهر التى يظهرها العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهى بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التى يستطيع ان يلاحظها من يتعامل مع هؤلاء الأطفال بسهولة، وهى (أى السلوكيات النمطية التكرارية) عنصر أساسى فى تشخيص اضطراب التوحد، حيث أن الدليل التشخيصى الإحصائى للجمعية الأمريكية للطب النفسى، وضع معايير لتشخيص اضطراب التوحد، تتمثل فى ثلاثة مجموعات من الأعراض وهى كالتالي:

1- قصور في قدرات التفاعل الاجتماعي.

2- قصور كيفي في القدرة على الاتصال.

3- اقتصار الأنشطة على عدد محدود من السلوكيات النمطية .

فتعتبر السلوكيات النمطية التكرارية أساسية فى تشخيص ذلك الاضطراب، وهى من السلوكيات الواضحة التى يظهرها العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية، التى يبديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما تتمثل فى بعض الحركات المتكررة للجسم أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك، فهى تعوق الطفل أن يتفاعل مع البيئة المحيطة به، وتعوق تفاعله مع الأشخاص المحيطين به، مما قد يؤدى إلى استثارة من حولهم كما أنها تعوق الطفل عن التعلم من البيئة المحيطة والأشخاص المحطين، وقد يؤدى هذا السلوك أيضًا إلى إيذاء الذات فيقوم بعض الأطفال بالإيذاء الجسدى لأنفسهم. فالسلوك النمطى هو سلوك مقلوب جامد غير مرن، أى أنه سلوك يتبع نمطًا واحدًا متكررًا، يقوم بتكرره الطفل مرارًا وتكرارًا دون ملل.

ويعانى كثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من السلوكيات التى تتسم الجمود وعدم المرونة الواضح والالتزام والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية، أو طقوس لا جدوى منها، واذا حاول الأشخاص المحيطين به تغير ذلك الروتين، قد يقابلهم بنوبات من الصراخ والغضب، الذى قد يصل إلى حد العنف ويحدث السلوك النمطي في أوقات مختلفة من حياة الطفل اليومية، أو أثناء الهياج أو القلق أو الاضطراب أوعندما لا يكون الطفل منشغلًا بنشاطات بناءة، وهو سلوك شائع لدى الأطفال ذوي الإعاقة عمومًا وبين ذوي التوحد خصوصًا .وتصل نسبة انتشار هذا السلوك بين الأشخاص ذوي الإعاقة إلى 65 ٪ من الأطفال، وينتشر أكثر لدى الأطفال ذوي التوحد والإعاقة الفكرية والانفعالية والبصرية .Park et al، 2012

ومن أشكال هذا السلوك المظاهر التالية

1 – حركات جسمية متكررة مثل : هز الرأس، مص الإبهام، عمل حركات غريبة بالأصابع حركات اليدين، هز الجسم، حك الجسم، التلويح باليد أو رفرفة اليدين، لف الشعر، التربيت على الوجه، القفز بالقدمين إلى أعلى .

2– تحريك الأشياء بشكل متكرر دون هدف واضح .

3– الدوران حول نفسه بشكل متكرر دون الإحساس بالدوخة

4– إصدار أصوات متكررة غير هادفة مثل (الصراخ و القهقهة).

5– انشغال طويل المدى بأجزاء من أشياء أو أجسام، مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، أو اطالة النظر الى شئ ما (كالنظر الى اللعبة، او النظر الى شئ معين، أو النظر فى الفضاء) لفترات طويلة.

6 – الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والالتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية، أو طقوس لا جدوى منها. Makary et al، 2014،83

٢– إيذاء الذات

هو عدوان يهدف إلى إيذاء النفس وايقاع الضرر بها، وتتخذ صورة إيذاء النفس، أشكالًا مختلفة: (كتمزيق أو تحطيم الممتلكات الشخصية أو لطم الوجه أو شد الشعرأو ضرب الرأس بالحائط أو جرح الجسم بالأظافر أو عض الأصابع أو حرق أجزاء من الجسم أوكيها بالنار أو السجائر). (أسامة فاروق ٢٠١١ :ص ١٢٣)

تفسير سلوك إيذاء الذات

لقد احتلت النظريات المفسرة لسلوك إيذاء الذات لدى الأفراد التوحديين أهمية خصوصًا في العقدين الأخرين من القرن الماضي، ولعل أبرز النظريات المفسرة له هي : النظريات السلوكية، والنظريات العصبية الكيميائية.

وفقًا لفرضية التعزيز الإيجابي، فإن سلوك إيذاء الذات متعلم اجرائيًا، ويحافظ عليه من خلال التعزيز الإيجابي المتزامن، وهذا يفترض أن سلوك الانتباه يزود بتعزيز اجتماعي الفرد

الذي يمارس سلوك إيذاء الذات تعلم التزامن بين إيذاء الذات والانتباه.

أما طريقة التعزيز السلبي تري أن إيذاء الذات متعلم إجرائيا ويحافظ عليه من خلال إنهاء الحدث المعزز، أي بمعنى أن السلوك يخدم كاستجابة هروبية أو تجنبية، هذه الطريقة استخدمت لتفسير أن الفرد التوحدي يلجأ إلى سلوك إيذات الذات للهروب من متطلبات الموقف مثل المتطلبات الاكاديمية داخل غرفة أو المؤسسة، أومتطلبات المهارات الحياتية اليومية في البيت (أسامة فاروق مصطفى،٢٠١٠، ص:٤٨٤).

٣- **النشاط الزائد** Hyperactivity

يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من بعض المشكلات السلوكية ومن بينها النشاط الحركي الزائد وينقسم إلى محورين رئيسيين الأول : يتمثل في حدة النشاط بما يضمه من عدوانية وشدة ومعدل في سرعة حدوثه، والثاني يتمثل في خصائص ذلك النشاط الذي يأتون به.

وتوضح المشاهدات والملاحظات الإكلينيكية لأداء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وجود خصائص محددة تميز ما يصدر عنهم من نشاط زائد تتمثل فيما يلي:

- غالبًا مايكون النشاط عشوائيًا وليس له هدف ويتسم بالغرابة.
- يغلب على النشاط التكرارية والنمطية .وعادة ما يتعلق النشاط بطقوس معينة.
- نشاطهم أحادي البعد أو يسير في اتجاه واحد.
- يغلب على نشاطهم العدوانية.
- لا يعكس ما يقومون به من نشاط أي تناسق بين الحواس.
- لا يستطيع الجلوس بسبب حركته ويقفز على الكرسي أو يتلوى في مقعده أثناء الجلوس
- يكون نشاطهم متطرفًا وغير مرن.
- يحتاج دائمًا إلى شيء في يده ليضعه في فمه.
- يدير التلفزيون والراديو والمسجل وألعابه معًا في وقت واحد

- دائم الجري والقفز في المكان والتنطيط على قطع الأثاث بالمنزل.
- لا يستجيب لمحاولة منعه أو إيقافه عن هذه السلوكيات(. ،Elia، Valeri ،Sonnino، Fontana، Mammon & Vicari، 2013،612)

٤- نقص الأنتباة

علامات نقص الانتباه :

- عدم قدرة الطفل على إبداء الاهتمام للتفاصيل
- وجود صعوبة في التركيز في العمل أو اللعب بشكل مستمر
- لا يبدو الطفل بأنه يستمع للشخص الذي يتحدث إليه مباشرة
- لا يلتزم الطفل بالتعليمات في كثير من الأحيان، ويفشل في إنجاز المهام الموكلة إليه
- غالبًا ما يجد الطفل صعوبة في تنظيم مهامه وأنشطته.
- يتجنب الطفل في كثير من الأحيان، أو يكره، أو يتردد، في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدًا عقليًا متواصلًا.
- يفقد الطفل في كثير من الأحيان الأشياء الخاصة به.
- يتشتت انتباه الطفل بسهولة بالمُشتتات الخارجية.
- كثيرًا ما يتعرض الطفل للنسيان(Hattier، M. A،2011،2346)..

٥-السلوك العدواني

إن السلوك العدواني عند الأطفال التوحديين من أعراض التوحد. ويشعر الأطفال ذوو السلوك العدواني الكبير أيضًا بأعراض المزاج والقلق وصعوبة النوم والانتباه، وذلك لأن أطفال التوحد لا يعبرون بالضرورة عن الغضب أو الخوف أو القلق أو الإحباط بنفس الطريقة التي يعبر بها الأطفال العاديين، لذلك قد تظهر العدائية لديهم تجاه أنفسهم، أي إيذاء الذات من خلال طرق مثل ضرب الرأس، أو إيذاء الأخرين، أو تدمير الأشياء من خلال ضربها أو ركلها أو رميها بعيدًا عن طريقهم.من المهم أن يكون الطفل في مكان آمن، بعيدًا عن الزحام، أو الأشياء القابلة للكسر، لذلك عليك أن

تكون مستعدًا دومًا إلى ذلك، من خلال استخدام الإشارات البصرية، مثل صورة للمنزل إذا كنتما خارج المنزل، فهذا سيجعل طفلك أكثر قدرة على الهدوء والشعور بالأمن (Matson، J. L.، Mahan2010)

المحور الأول: اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder

مفهوم اضطراب طيف التوحد Definition of Autism Spectrum Disorder

تعرف(زينب شقير، ٢٠٠٩، ٣٦)التوحد هو إعاقة نمائية تظهر عادة في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلبًا على عمل الدماغ، ويمثل ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات مع الأخرين في المجتمع، وحتى مع الوالدين أو المقربين له، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي، يصل لحالة من الانسحاب والانعزال

وترى الجمعية الأمريكية للتوحد (American Society of Autism) أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي سلوكي، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو أحد اضطرابات طيف التوحد(ASD) الذي يتميز بضعف واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور حركات نمطية واهتمامات غير عادية، وقصور في اللعب النخيلي. إضافة إلى صعوبات واضحة في الجوانب الأكاديمية والمعرفية متفاوتة الدرجة (Autism Society Of America،2009،p 67

-اضطراب نمائي يؤدي الى ظهور مظاهر السلوك غير الاعتيادي وعجز في فهم المشاعر والانفعالات والافتقار الى المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي، وقصور في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي ".(صلاح شهلان،٢٠١٤)

-اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات، ويؤدي الى عجز في استعمال اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعيين (Rennan، et al،2015)

تعريف التوحد من القواميس والمعاجم

Autism :عرض سلوكي لاضطراب وظيفي نيورولوجي يتميز بضعف في التبادل الاجتماعي المشترك وضعف في التواصل اللفظي والغير اللفظي وانكماش النشاطات التخيلية واهتمامات متصلبة بشكل ملحوظ ووفقا للدليل الأحصائي الرابع في الطب

النفسي تظهر التوحدية واضحة في عمر 3 سنوات ويشار إليها على أنها اضطراب توحدي وتصنف على انها RERVASIVE DEVELOPMENT DISORDER اضطراب شمولي في النمو.

-تمركز حول الذات وانطوائية مرضية وكانت تعامل على أنه من أحد المؤشرات الأولية لفصام الطفولة كما وصفها الطبيب النفسي السويسري يوجين بلويلر EUGEN BLEULER 1857-1939)(جاري ر.فاندنبوس،2015 القاموس الموسوعي للعلوم النفسية والسلوكيه)

تعقيب الباحثة على التعريفات السابقة

إن اضطراب التوحد من الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين ؛ إذ إن تأثيره لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة ؛ بل يتجاوز ذلك ليشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله. ومن خلال ما قام به الباحثين من تطرق لتعريف التوحد حاولت الباحثة تقدم تعريف التوحد.

تعريف الباحثه اضطراب طيف التوحد على اعتباره اضطراب نمائي انفعالي سلوكي شامل ويظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، يؤدي إلى ضعف التفاعل الاجتماعي يؤثر على السلوك التكيفي للطفل، مما يعوق الاتصال اللفظي وغير اللفظي والتواصل مع الأخرين، ويؤثر سلبا على اللغة وخمول أو فرط النشاط وتبلد الأنفعالات، ويرافقها حركات سلوكية نمطيه،عصابية بشكل ملفت للنظر،مرتبطة بخلل في الجهاز العصبي المركزي .

التعريف الأجرائي للتوحد

الأطفال التوحديون الذين يتلقون حاليًاخدمات التربية الخاصة في الفصول العادية والفصول الخاصة المراكز الخاصة، وتم تشخيصهم على أنهم من ذوي فئة التوحد حسب المعايير والمقاييس المعتمدة فيها.

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

ينظرلفئة ذوي اضطراب طيف التوحد بأنهم فئة غير متجانسه في خصائصها، فقد يكون لطفلين ذوي اضطراب طيف التوحد التصنيف والتشخيص نفسه ألا أن خصائصهم قد

تختلف وتتنوع (الجابري ٢٠١٨)

فبعض الأطفال التوحديون يظهرون انعزالًا كاملًا عن المحيط الاجتماعي،ويميلون إلى الوحدة في حين يبدي بعضهم الأخر أنماطًا من التفاعل، ويطور بعضهم مهارات اللغة اللفظية بشكل جيد،في حين أن أخرين لاتتطور لديهم مثل هذه المهارات(Brentanti، et al. 2013)

١-**الخصائص الجسمية/ الحركية** Physical Characteristics

يتسم غالبية الأطفال ذوي التوحد من حيث المظهر العام – رغم بعض الحالات الاستثنائية – بمظهر عادي، بل أن الكثيرين منهم جذابون في مظهرهم، (وفاء الشامي، ٢٠٠٧، ١٢). أما من حيث الطول وخاصة في المرحلة العمرية من ٢-٧ سنوات فإن الطفل ذا التوحد قد يكون أقصر مقارنة بأقرانه من العاديين.

أما من حيث الأمراض البدنية، فقد أوضحت بعض الدراسات أن العديد من الأطفال ذوي التوحد في مراحل حياتهم المبكرة، يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي، ونوبات حمى، وإمساك، وحركات غير منضبطة في الجهاز الهضمي. كما أنهم قد يختلفون في استجابتهم للمرض عن استجابة الطفل العادي، وقد يرجع ذلك إلى قصور في نضج الجهاز العصبي اللاإرادي، فقد لا ترتفع درجة حرارة أجسامهم عند الإصابة بمرض معدي، كما أنهم قد لا يشكون من الألم، سواء بالكلام أو بتعبيرات الوجه (محمد خطاب، ٢٠٠٥، ٣٠).

٢-**الخصائص النفس حركية**

يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصورًا واضحًا في تطور المهارات النفس حركية، وهذا له تأثير على تعلم الطفل العديد من المهارات المعرفية والاجتماعية ومهارات رعاية الذات، وقد ترجع أسباب المشكلات الخاصة بالوعي بالجسم، التي يعاني منها بعض الأطفال ذوي التوحد إلى الخلل في نظام الحس حركي Propriocep-tive System، حيث يعاني بعض الأطفال من مشكلات في هذا النظام الحسي، الذي يساعد في دمج الإشارات الخاصة باللمس والحركة معصا، حيث مستقبلات حسية في الأربطة والعضلات والمفاصل، ويعد تطور هذا النظام الحسي في غاية الأهمية لاكتساب

المهارات الخاصة بمسك الأشياء (على سبيل المثال النقاط الكرة، ورمي الأشياء مثل قذف الكرة، وتسلق السلم والخشبي). ويسهم هذا النظام الحسي في تطور مفهوم الوعي بالجسم لدى الطفل، وتخطيط الحركة، والتحكم الحركي. فله تأثير كبير في التحكم الدقيق في حركات الجسم والتناسق بينها، مما يؤثر بشكل كبير في التحكم في حركة أجزاء الجسم المختلفة، ولذلك فله التأثير الكبير في التحكم في تعبيرات الجسم والوجه -Body Lan guage، الذي يعاني منه الطفل ذو التوحد، حيث يصعب على العديد من هؤلاء الأطفال استخدام حركات جسمه ووجه للتعبير عما يريد (البطاينة وأخرون، 2009)

٣-**الخصائص الاجتماعية**Social Characteristic

يعد القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من الخصائص الأساسية في الكشف عن التوحد، وقد تظهر مؤشرات هذا الضعف في المراحل المبكرة في العمر، وهي تتمثل في تجنب التواصل البصري مع الأم في أثناء الرضاعة، أو عدم الاستجابة للابتسامة التي تصدرها الأم أو أن هذه الاستجابة تصدر ولكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الابتسامة وقد لا يبدي الطفل أي ردة فعل إذا مدت الأم يدها لحمله، أو عدم الانزعاج في أثناء تركه وحيدًا والصراخ والبكاء عند محاولة لمسه أو عند الاقتراب منه(Simons، B. et al.2014)

وتشمل جوانب الضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الضعف في تكوين العلاقات الفعالة مع الأخرين والبرود العاطفي والانفعالي،وضعف الاهتمام المشترك والميل إلى اللعب الفردي،وهؤلاء الأطفال لا يظهرون أي اهتمامًا و تعلق اجتماعي ولا يطلبون أي مساعدة من الأخرين لتلبيةحاجاتهم، فهم يهيجون ويغضبون عندما يكونون قرب الأخرين أو أنهم يرفضون الاحتكاك الجسدي أو الاجتماعي معهم.وهؤلاء لا يبادرون بالتفاعل الاجتماعي السلبي (Pas-sive) ولكنهم يوافقون على مبادارت الأخرين للتفاعل معهم. النشيط وهؤلاء يتفاعلون اجتماعيًا (Active But Odd) ولكنه غريب ولكن بطرائق غير مناسبة وغير عادية مما يجعلهم محل رفض وعدم تقبل من الأخرين(Dziallas، M.، & Blind، K. (2019).

كما يتسم أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية، وصعوبة في إظهار اهتمام بسيط بوجود الآخرين فقد لا ينظر الطفل أبدًا في وجه أحد بخاصة في السنوات الأولى من عمره فقد يشك الوالدان عند التحدث إلى الطفل أو إثارة انتباهه بأن لديه مشكلة في السمع حيث لا يتجاوب الطفل مع الصوت أو الكلام بصورة مناسبة،كذلك صعوبة في إظهار ابتسامة اجتماعية للأخرين والأشخاص المحيطين به وقصور في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين وخصوصًا من خلال التواصل غير اللفظي؛ فقد لا يفهم أن الشخص الذي يتحدث إليه متململًا أو يشعر بالضجر من حديثه بالرغم من أن تعبيرات هذا الشخص وتصرفاته يدلان على ذلك، بالإضافة إلى قصور في التخيل والتقليد ومشاركة الأخرين فالطفل يفقد هنا القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى ولو كان مستوى النمو المعرفي واللغوي لديه مرتفعًا مما يؤدي إلى وجود نمط محدود في لعبهم. (الجابري، ٢٠١٤)

٤- الخصائص الحسية للأطفال ذوي التوحد

يظهر الأطفال ذوي التوحد العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية المختلفة (سواء أكانت اضطرابات سمعية، أو بصرية، أو لمسية، أو سمعية، أو تذوقية، أو شمية). حيث تتضارب استجابات الطفل المصاب بالتوحد للمثيرات الحسية، فهو قد يستجيب لأحد هذه المثيرات استجابة ضعيفة أو استجابة مفرطة.أما عن مظاهر الاضطرابات السمعية، فقد يستجيب استجابة ضعيفة أو استجابة مفرطة، ولذلك فقد يعتقد بعض الأشخاص المحيطين بالطفل ذا التوحد أنه مصابًا بالإعاقة السمعية، ولذلك لأن استجاباته قد تكون ضعيفة للمثيرات السمعية الموجودة بالبيئة، فهو قد يتجاهل الأصوات المرتفعة، ولكن في الغالب يعلم الوالدين أن طفلهما ليس مصابًا بمشكلات سمعية بل هو يسمع جيداً، وذلك لأنه قد يتلفت عند سماع صوتًا خافتًا جدًا، أو قد يستجيب استجابة مفطرة عند سماع بعض الأصوات، فيقوم بتغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيهما.

وينطبق نفس الحال فيما يتعلق بالمشكلات الحسية الأخرى (البصرية أو اللمسية أو الشمية، أو التذوقية، أو الحس حركية، أو تالدهليزي المسئول عن توزان الجسم)، فقد يستجيب الطفل لهذه المثيرات الحسية، أو أحد هذه المثيرات الحسية، أو أحد هذه

المثيرات بطريقة ضعيفة أو مفرطة.ويرتبط مفهوم الحركة ونمو المهارات الحركية بنمو المهارات الحسية الحركية لدى أطفال طيف التوحد، فقد وصف كل من (Kawato، M.، Furukawa، K.، 2015: 69) المهارات الحس حركية على أنها، تلك السلوكيات التي تتطلب تنسيق كبير للتحكم الحركي مع تغذية راجعة من البيئة، وتتضمن العديد من السلوكيات مثل الحركة المكانية، والتحكم.

ويعاني الأطفال ذوي اضطراب التوحد من

- عيوب المهارات الحركية الكبيرة وتتمثل في ضعف مهارة الوقوف، حيث أن أغلبهم يحبون الجلوس والاسترخاء، ويفتقرون لكل من مهارة التوازن والمشي، تبدو خطواتهم غير منتظمة.
- مهارات ما قبل الكتابة أو الكتابة المبكرة، ومنها مسك القلم بطريقة صحيحة، واستخدام الأدوات الكتابية، وإنتاج رسم الخطوط. (الخفاجي، ٢٠١٢)

وقد وصف (Woodword، 2012: 2) وجود مجموعة من أعراض العيوب الحركية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد تتضمن ما يلي:

- تأخر في بلوغ المراحل الحركية العادية.
- فرط النشاط.
- رفرفة اليدين. في (ملايين مسفر، 2017: 63)

5-**الخصائص المعرفية** Cognitive Characteristics

يظهر الخصائص المعرفية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصورًا ملحوظًا في وظائفهم، أو في خصائصهم المعرفية، حيث لديهم ما نسبته٪80.75 إعاقة عقلية مختلفة الدرجة،كما يواجهون صعوبات في فهم وإدراك أبعاد المواقف، واستيعاب المثيرات والاستجابة لها، كما يظهرون خللًا واضحًا في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، إذ أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط(الزريقات، 2010) إضافة إلى ذلك كله يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات في القدرة على حل المشكلات، وضعف القدرة على التعميم،

ونقل أثر التدريب بين كذلك. المواقف والبيئات المختلفة يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اضطرابات في التفكير مثل:القصور في إنتاج أفكار جديدة وصعوبة في القدرة على الرؤية الشاملة لحدوث المشكلة سواء أكانت تتطلب قدرة لفظية، أو بصرية لحلها إضافة إلى مشكلات في نقل الانتباه والتشتت، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث والوقائع (Simons، B. et al،2010)

وبينت العديد من الدراسات والأبحاث إن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية وتقل درجاتهم (٦٨) على مقياس الذكاء، وأن بعضهم لديه قدرات عقلية عادية بينما يظهر أخرون قدرات خاصة في مجال أو أكثر.

إن انخفاض درجات الذكاء يؤدي إلى القصور المعرفي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء ما ذكره كانر من سلوك العزلة الاجتماعية ويبن أن سبب انخفاض أدائهم على اختبارات الذكاء هو: أن الطفل ربما يعرف الإجابة ولكنه يتعمد تجنب تقديمها وأن أداء الطفل يكون محكومًا بطبيعة موقف الاختبار وليس المهمة المطلوبة منه Machado، et،2013

ويمكن تلخيص الخصائص المعرفية حسب ما جاء به مصطفى والشربيني(2011) بما يلي: الإدراك: فالطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد قد لا يدرك البيئة المحيطة والخبرات الحسية مثل (البرد والألم)، فالانتباه لدى الطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد غير الطبيعي، وفترة انتباههم قصيرة وتبين وجود خلل أو إصابة نسيج مركز جذع أو ساق المخ، وهو نسيج يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم والتذكر: يعاني الطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد من صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالٍ من المعالجة كرواية القصة، وتسلسل الأحداث والنشاطات، والأفعال التي وقعت وكذلك تذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصريًا، وهناك صعوبة في تذكر سلسلة من المعلومات اللفظية التي تتعلق بما يفعلون، وكيف يفعلون شيئًا ما. التفكير: يتميز تفكير الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، بأنه تفكير بعيد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم لانشغاله بالتفكير بإشباع حاجاته ورغباته الروتينية والطقوسية(Brentanti، et al.2013).

الخصائص السلوكية الأطفال المتوحدين

حيث ذكر هالهان (٢٠١٣)هذا السلوك يتضمن سلوكيات متكررة وغير مسيطر عليها، فقد يقومون هؤلاء بالعض والضرب وغيرها من المحاولات المؤذية للذات أو للأخرين، حيث أن أكثر من (٥٠٪)منهم يظهرون العدوان الذاتي، ويمارسه ما لا يقل عن (١٤٪)وهو المعروف بالعدوان الذاتي المكثف الذي يؤدي إلى دخول المستشفى، ومن أسباب السلوك العدواني صعوبة الفهم وانخفاض القدرة على التواصل، والتعبيرعن احتياجاتهم ورغباتهم وانخفاض مهارات المواجهة والصراخ مع الزملاء والألم غير المشخص واضطرابات القلق والمزاج والاكتئاب والخلل النفسي والاضطراب النفسي، وكذلك لديهم فرط النشاط (هالهان وآخرون،٢٠١٣).

تعقيب الباحثة على خصائص الطفل التوحدي

- يعاني أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدم القدرة على فهم لغة الجسد، أو نبرة الصوت، أو الجمل التي تحمل أكثر من معنى.
- إن دماغ الطفل التوحديّ أيضًا لا تكون قادرة على موازنة تجربتهم الحسية بشكلٍ مناسب. يمكن لهذا أن يجعلهم عُرضة للبرودة الشديدة دون أخذ رد فعل تجاه ذلك، أو قد يسقطون ويكسرون ذراعهم ولا يبكون أبدًا، أو قد يضرب أحدهم رأسه على الحائط دون أي تردد، ولكن لمسة خفيفة منك سوف تجعله يصرخ.
- يرتكز الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحدي في قصور علاقاته الاجتماعية مع الأخرين، إذ يظهر الطفل التوحدي نمو اجتماعي غير سوي،ويفشل في تنمية التواصل الطبيعي وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة.

أولا: الدراسات تناولت المعالجة الحسية لدى الأطفال التوحديين

أشارت دراسة (Amira N El–Batraui، Schakar & Khalifa،2014) والتي هدفت الكشف عن تأثير عملية المعالجة الحسيةغيرالعادية على تفاعل الطفل التوحدي مع عالمه وكيفية مشاركته في الوظائف اليومية، وتم تقييم 30طفلا يعانون من التوحد تتراوح أعمارهم بين7–10 سنوات من الذين يترددون على العيادات الخارجية بمركز

الطب النفسي جامعة عين شمس بالقاهرة ومستشفى السعودي الالماني بجدة، وتم مقارنتهم بمجموعة ضابطة(20) من الأطفال العاديين، تم استخدام الاستبيان الملف الحسي لتقييم استجابات الأطفال الحسية اليومية، وتم قياس معدل الذكاء بواسطة ستانفورد بينيه مقياس الذكاء وقياس شدة أعراض التوحد مقياس تصنيف التوحد للأطفال،أسفرت النتائج إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد سجلوا معالجة حسية أقل من 10من أصل14 فئة، وخمسة من أصل تسعة عوامل من الملف الحسي، جميع المرضى الذين يعانون من التوحد سجلوا فرق واضح في واحد أو أكثر من فئات الملف الحسي. أظهر الأطفال الأكبر سنًا عدد أكبر من الفئات الحسية المضطربة، ارتبطت نسبة الذكاء الأعلى بعدد أكثر من الفئات الحسية االمضطربة، أظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد فرق بين الجنسين في الأنماط الحسية المضطربة، لم يكن هناك ارتباط بين شدة اضطراب التوحد، وعدد الفئات المتأثرة من الملف الحسي، وأظهر اضطراب العينة المصرية انخفاض درجات الفئات الحسية عن المرضى السعوديين.

كما هدفت دراسة (Jane Case– Smith et al،2014)، إلي استخدام البرامج التدخلية لاستخدام التكيف الحسي لخفض الاضطرابات التي يواجهها الطفل التوحدي. وتكونت العينة(50) طفلًا تتراوح أعمارهم (8–6) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة البروفيل الحسي (DUNN 2007)، وأسفرت النتائج إلى:

- فاعلية البرامج التدخلية للتقليل من الاضطرابات التي يواجهها الطفل التوحدي.
- وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة 0،05 بين أطفال الدراسة على مقياس الملف الحسي تبعًا لمتغير شدة الاضطراب وذلك على المقياس ككل وعلى أربعة من الأبعاد الفرعية لصالح الاضطراب الشديد.
- وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة 0،05 بين أطفال عينة الدراسة على مقياس الملف الحسي تبعًا لمتغير عمر الطفل، وذلك على المقياس ككل وعلى الأبعاد الفرعية.

–وقد قـام Cara Fox et al 2014 العلاقة بين صعوبات المعالجة الحسية والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد،وهدفت الدراسة إلى الكشف

عن العلاقة بين اضطراب المعالجة الحسية و المشكلات السلوكية، وتكونت عينة الدراسة على (60) طفلًا تراوحت أعمارهم(9-5) سنوات واشتملت أدوات الدراسة :البروفايل الحسي DUNN 2007أسفرت النتائج إلى:أن معدل انتشار(SPD) بين الأطفال العاديين يبلغ (55.2 ٪) وهو معدل انتشار كبير جدًا، حيث يمثل(5.3 ٪)في المجتمع الأصلي، وأن الصعوبات في المعالجة الحسية والتكامل، وكذلك في المهارات الحركية، قد تؤثر على كيفية تفاعل الأطفال المصابين باضطراب الشخصية القهرية مع بيئاتهم، وأطفال يظهرون حساسية لمسية أكبر وحساسية للحركة ومستوى طاقة أقل واستجابة ونقص في البحث عن الإحساس من الأطفال العاديين

أما دراسة أمين الكويتي (2013) هدفت إلى العلاقة بين الحركات النمطية والاضطرابات الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأيضًا التعرف على شكل البروفيل الحسي للاضطرابات الحسية، وذلك على عينة تكونت من 30 طفلًا توحديًا، تراوحت أعمارهم بين(٦-١٠) سنوات، واشتملت أدوات الدراسه على مقياس البروفيل الحسي، ومقياس الحركات النمطية (إعداد الباحث)، وقد توصلت النتائج إلى أن أكثر الأضطرابات الحسية الفمية انتشارًا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تليها الاضطرابات الحسية السمعية الدهليزية واللمسية والبصرية كما توصلت النتائج أن الحركات النمطية الخاصة بالأطراف أكثر انتشارًا من الحركات النمطية الخاصة بالجسم.

وقد قام (2012) Reynolds) بدراسه كان هدفها التعرف على الاضطرابات السلوكية والحسية والفسيولوجية للنوم لدى الأطفال التوحديين على عينة من الأطفال التوحديين اشتملت على (80)طفلًا أعمارهم(10-5سنوات) من خلال، وقد اشتملت أدوات الدراسة: جدول مراقبة تشخيص التوحد(ADOS) هو تقييم موحد وشبه منظم للتواصل والتفاعل الاجتماعي واللعب مصمم لتحديد الأطفال الذين يعانون من العجز التواصلي والاجتماعي للتوحد، وتقييم النوم – ذاتي: بيانات على مستوى النظام المصغر استبيان عادات نوم الأطفال (CSHQ) تم اختيار استبيان عادة نوم الأطفال (CSHQ) لأنه أداة شاملة لفحص كل من الاضطرابات السلوكية والفسيولوجية للنوم. وقد أسفرت النتائج إلى :

- أن الأطفال (ASD) لديهم أنماط مشكلة في النوم – نماذج ضعيفة في النوم وبالأخص مشكلات الإحساس بالنوم.
- أن الأطفال (ASD) لديهم اضطراب الجهاز العصبى والتنفس أثناء النوم، عادات النوم السلبية، قلق بدء النوم، روتينيات وقت النوم، عدم كفاية النوم.

وقد أشار (Russell Lang et al،2012) من خلال دراسة كان هدفها الكشف عن بعض المخاوف الحسية لدى أطفال التوحديين واشتملت عينة الدراسة:(48) طفلًا والأدوات المستخدمة في الدراسة :البروفيل الحسي (DUNN2002) وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى:

- أن أطفال(ASD) يتجنبون المحفزات السمعية والبصرية والشفهية الأخري الخاصة باللمس، وقد يكون لديهم تحفظات حول الأدوات التي لها ملمس معين أو نموذج بصري، وقد يغطون آذانهم في حالة سمع ضوضاء شديدة أو قدلايقومون بالاستجابة به لمحفزات جذب انتباههم)شخص ينادي عليهم).(Bonggat P & Holl،2010)

التعقيب بعد عرض الدراسات المعالجة الحسية لدى الأطفال التوحديين

- وجد أن منها ما كان يهدف الكشف عن العلاقة بين الحركات النمطية واضطرابات المعالجة الحسية ومنها ماقام بالكشف عن العلاقة بين واضطرابات المعالجة الحسية ومشكلات الطعام،أومدي انتشار الأضطرابات الحسية وخصائصها وعلاقتها بسوء السلوك التكيفي،أو المعالجة الحسية غير العادية والاستجابات الحسية والتفاعل الاجتماعي أوبعض المهارات الحياتية، وجاءت أغلب الدراسات بمقياسين لاضطراب طيف التوحد والبروفيل الحسي المعدل أو المختصر ومن الملاحظ الدراسة التي استخدمت مقياس ستنافورد بينيه لتحديد ذكاء الأشخاص، وذلك للكشف عن اختلاف أنماط مشكلات المعالجة الحسية لأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، ومقياس للحساسية الحسية، ومقياس تقدير التوحد الطفولي، مشكلات الطعام النمائية وسلوكيات وجبات الطعام اليومية.
- توصلت معظم الدراسات إلى أن الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب المعالجة الحسية المتمثلة في القصور والإفراط في الحساسية الحسية

والضعف في التفاعل الحسي واضطراب الخصائص الحسية، وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطرابات المعالجة الحسية أكثر من أقرانهم العاديين،وأن الأطفال صغار السن من ذوي اضطراب طيف التوحد الذين لديهم اضطرابات المعالجة الحسية يعانون من انتشار وشدة الحركات النمطية أكثر من الأطفال كبار السن، واضطراب المعالجة الحسية التذوقية أو الحسية الفمية أو لضطرابها في الفئات العمرية الأصغر والأكبر سنًا، وزيادة شدة الحركات النمطية عند تفاعل الأعاقة الذهنية مع اضطرابات المعالجة الحسية .

ثانيا:الدراسات السابقة التي تناولت المشكلات السلوكية لذوي اضطراب التوحد

قام (السيد الخميسي، ٢٠١٨) بدراسةهدفت التعرف على مشكلات تناول الطعام على (٦٢) طفلًا، (٣٨) طفلة من ذوي اضطراب التوحد تراوحت أعمارهم (٨-١٣سنة) أسفرت نتائج الدراسة عن مشكلات متعددة لذوي اضطراب التوحد تؤثر في تناول الطعام تتمثل في رفض الطعام ثم يليها الانتقائية المفرطة للطعام،أيضًا ظهر لديهم سلوكيات معيقة مثل رفض الطعام وكثرة الحركة والبصق والصراخ بالإضافة إلى ظهور مشاكل سلوكية أثناء تناول الطعام كالأسهال، القيء، أو الحساسية تجاة بعض أنواع الطعام .

قامت (كوثر درويش،البيلي الرشيدي،٢٠١٧) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المشكلات السلوكية بمهارات التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأمهات، استخدم مقياس المشكلات السلوكية (إعداد الباحث)، عينة الدراسة:(١٠٧) اسرة في مدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية وأظهرت نتائج الدراسة عن وجود مشكلات سلوكية (السلوك النمطي،إيذاء الذات،السلوك العدواني) توثر بشكل كبير على التواصل الاجتماعي، الانسحاب الاجتماعي كما أظهرت النتائج الدراسة عن وجود مشاكل سلوكية تتأثر ببعض المتغيرات درجة أوشدة ضطراب الطفل التوحدي،ترتيب الطفل التوحدي في الأسرة، المستوي الاقتصادي، الحالة الصحية للأم، أو المستوي التعليمي للأمهات.

قدمت (هناء الدليمي وحسين رحيم،٢٠١٦) بدراسة هدفت إلى التعرف على قدرات كل من الذكور والإناث في التواصل الاجتماعي، تكونت العينة من (٣١) طفلًا و(٢١) طفلة من معهد الأمام الحسين للتوحد في محافظة بابل في العراق، باستخدم مقياس التواصل

الاجتماعي(إعداد الباحث) اظهرت النتائج إلى :كل من الجنسين بشكل عام يعانون من قلة التواصل الاجتماعي لكن قدرات التواصل الاجتماعي عند الذكور أقل منه عند الإناث المصابين في التوحد.

قامت (هياء الخرعان،٢٠١٦) بدراسةهدفت إلى التعرف على ابرز مشكلات السلوكية الأطفال من وجهه نظر أولياء الأمور، وتكونت العينة (٦٦) طفلًا توحدي في مدينة جدة في المملكة العربية السعودية باستخدام مقياس المشكلات السلوكية (اعداد الباحث) من خلال ستة مجالات هي العدوانية، إيذاء الذات، الانفعالية، السلوكيات النمطية، التفاعل الاجتماعي.أظهرت النتائج أن قلة التواصل الاجتماعي حصل على أعلى متوشط حسابي بمتوسط حسابي بمتوط قدره(٨٨ ,٣٥) في حين كان إيذاء الذات أقل المشكلات بنسبة (٦١ ,٢١).كما أظهرت الدراسة أن المشكلات السلوكية:(العدوانية، إيذاء الذات، الانفعالية، السلوكيات النمطية، التفاعل الاجتماعي) تظهر بشكل أكبر عند فئة الأعاقة الشديدة. كما أظهرت الدراسة إلى عدم وجود فروقا ذات دلالة تعزى إلى جنس الطفل التوحدي ولكن أظهرت فروقًا تعزى لصالح عمر اللأطفال من عمر(١-٥) سنوات في المشكلات السلوكية .

أما دراسة (إكرام دراكة وخزاعلة أحمد،٢٠١٦) هدفت إلى التعرف على المظاهر السلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بالتواصل الاجتماعي في مدينة عجلون في المملكة الأردنية الهاشمية من وجهه نظر (٣٦) معلمًا ومعلمة في مراكز التربية الخاصة استخدما مقياس المظاهر السلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد (إعداد الباحثين) أوضحت نتائج هذه الدرسة إلى وجود مشكلات سلوكية في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي، التشتت وضعف القدرة على التذكر، الأفتقار إلى وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي ووجود علاقة عكسية بين اضطراب طيف التوحد وبين مهارات السلوك الاجتماعي فكلما زادت حدة الأضطراب لدى الطفل التوحدي كلما قلت قدرتة على تأدية السلوكيات الاجتماعية.

وأجرت بارتون وروبنز وجاشار وبيرين وفين-Barton، Robins، Jashar، Bren nan & fein، 2013) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى تقييم معايير

DSM–V في القدرة على الكشف عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من(422) من أطفال طيف التوحدي. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى حساسية قائمة DSM–V قد بلغت (0.94) مما يعني أنها قادرة على (DSMV) معاييرتحديد مجموعة كبيرة من المشكلات السلوكية (العدوان، السلوكيات النمطية، ضعف التفاعل الاجتماعي) لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. أظهرت النتائج انخفاض مستوى قدرة قائمة معايير (DSMV) معايير في تحديد المشكلات السلوكية الاجتماعية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما دراسة يونج ورودي Young & rodi،2014 هدفت إلى الكشف عن قدرة (DSMV) في الكشف عن السلوكيات المختلفة لدى الأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحد في استرإليا، وتكونت عينة الدراسة من (210) من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واضطراب متلازمة اسبرجر، الاضطرابات النمائية، تم استخدام المعايير المتضمنة في (DSMV)لتحديد السلوكيات المختلفة، وأظهرت النتائج أن معاييرDSM–VI–TR لم تكن قادرة على الكشف عن السلوكيات الاجتماعية لدى أطفال ذوي طيف توحد مقارنة(DSMv) ستوفى ٪57.1 فقط معايير (DSM–5)الخصوصية = 1.0) لطيف التوحد

تعقيب على الدراسات السابقه التي تناولت المحور الثاني

1 – استفادت الباحثة من الدراسات السابقة الأطلاع على الأدوات التي استخدمها وفقًا لخصائص العي نة المستخدمة في كل دراسة ثم القيام بتحديد الأدوات التي استخدمت في الدراسة.

2 – اختلفت الدراسات السابقة من حيث حجم العي نة، فهناك دراسات استخدمت عي نات كبيرة جدًا ولكنها اعتمدت علىالمنهج الوصفي في إجراء الدراسة، وكانت تهدف إلى دراسة المشكلات السلوكيية لدي أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما أن هناك دراسات استخدمت عي نات صغيرة، ويعتبر التعامل مع عي نات صغيرة أفضل لكي يتمكن الباحث من ملاحظة كل طفل، فكلما قل عدد أفراد العي نة كلما كان التعامل أفضل وأدق معهم.

3 – استفادت الباحثة من هذه الدراسات في التعرف أهم المشكلات السلوكية الشائعة عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ثالثا: دراسات تناولت الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

قام2010،Zhen Hua Xiao بدراسة هدفت إلى اكتشاف أليات القصور الخاصة بالتكامل السمعي البصري الانفعالي، وتمثل النموذج المستخدم في التجارب في تأثير الاصوات المختلفة على ملامح الوجه، واشتملت عينة الدراسة لقد اشترك (16) زوجًا من الأطفال المصابين وغير المصابين بالتوحد في التجربة، أدوات الدراسة:اختبار الوعي الصوتيCOFIAS test (Andre)، مقياس جين ابرس للتكامل البصري السمعي، وأشارت النتائج إلى:أن المصابين بالتوحد واجهوا صعوبة فيما يتعلق بتحقيق التكامل بين الوجه الانفعالي والصوت الانفعالي، وقد أدي المستوي الأقل للتكامل بين الأصوات والوجوه إلى حالة غريبة من التكامل السمعي البصري الانفعالي.

كما هدفت دراسة (مريم المطيري،٢٠١٢) الي الكشف عن مدي انتشار الاضطرابات الحسية والحركية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك على عينة تكونت من (٢٢٦) طفلًا توحديًا تراوحت الأعمار الزمنية للعينة بين(٦–١٨) سنوات، واشتملت أدوات الدراسه على مقياس البروفايل الحسي، مقياس تقدير التوحد الطفولي، مقياس المهارات الحركية، وقد توصلت النتائج إلى ان الاضطرابات الحسية الأكثر انتشارًا هي الأضطرابات الحسية السمعية تليها الاضطرابات في المهارات الحركية الكبري ثم الصغري، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا لمقياس البروفيل الحسي لصالح مجموعة التوحد الشديد، وفروق في الاضطراب الحسي التذوقي في الفئات العمرية الأصغر والأكبر سنًا.

أما دراسة (اشلي برين،٢٠١٥) هدفت إلى دراسة الانتباة البصري من حركة الفم وحركة العين لدى الأطفال المصابين بالتوحد أثناء الحديث المسترسل، تكونت العينة: ١٩ طفلًا عاديًا و١٨ طفلًا مصابين بالتوحد أثناء المحادثة الحوارية حيث تمت مطالبة المشاركين بالتحدث عن موضوعات دنيوية وموضوعات مليئة بالمشاعر والأحاسيس، واشتملت أدوات الدراسة: مقياس الانتباه البصري لدى الأطفال الذاتويين، من خلال نموذج مثير

للانتباه البصري لدى الأطفال واستمارة ملاحظة مدى انتباه لهذا المثير لدى الأطفال(إعداد الباحث)،أسفرت نتائج الدراسة:

- عدم تواجد اختلافات فيما بين المجموعات فيما يتعلق بعدد مرات التركيز وزمن التركيز، ومع ذلك، اتضح أن الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بعدم التركيز لفترات أكبر من الأطفال الذين ينموا بشكل طبيعي.
- أن الأطفال المصابين بالتوحد سجلوا درجات أقل بالنسبة للانتباه للعين.
- تمت أيضا دراسة المتغيرات التي تنبأت بالدرجات الأقل للانتباه لحركة العين والدرجات الأكبر للانتباه لحركة الفم بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد بالنسبة للموضوعات المفعمة بالمشاعر والأحاسيس. لقد ارتبطت هذه الدرجات بشكل سلبي بعامل العمر، القدرات اللفظية، معامل الذكاء العام، الوظائف التنفيذية، وارتبطت بشكل ايجابي بحدة اضطراب التوحد.

تعقيب على الدراسات السابقه التي تناولت المحور الثالث

١- استفاد الباحث من الدراسات السابقة معرفه أن المصابين بالتوحد واجهوا صعوبة فيما يتعلق بتحقيق التكامل بين الوجه الانفعالي والصوت الانفعالي وأن المستوي الأقل للتكامل بين الأصوات والوجوه إلى حالة غريبة من التكامل السمعي البصري الانفعالي المصاب بالتوحد يتمتع بقدرة عادية فيما يتعلق بالتكامل السمعي البصري وبقدرة غير طبيعية فيما يتعلق بالتكامل السمعي البصري الانفعالي حيث عند تطبيق بعض المقاييس العلمية يدرك هذا جيدًا ويتفادي الوقوع في الأخطاء .

٢- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة لهذا المحور أن الأطفال الذاتويين لديهم حساسية زائدة للمثيرات خاصة المثيرات السمعية والبصرية وتزداد شدة هذه الحساسية بزيادة شدة اضطراب الذاتوية لديهم الحساسية الزائدة للمثيرات السمعية والبصرية تؤدي إلى إعاقة تواصلهم اللفظي والاجتماعي مع الأخرين وزيادة ملحوظة في سلوكهم النمطي التكراري.

فروض الدراسة

١- المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٢- لا توجد علاقه داله احصائيه بين المعالجة الحسية وبعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٣- لا توجد فروق داله إحصائيه بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزو إلى النوع (ذكور- إناث).

٤- لا توجد فروق داله إحصائيه بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزو إلى النوع (ذكور- إناث).

٥- لا توجد فروق داله إحصائيه بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للمرحلة العمرية .

إجراءات الدراسة

١- منهج الدراسة

المنهج الوصفى الارتباطى Descriptive Relational method وهو المنهج الذى يهدف إلى وصف وضع قائم أو حالة راهنة وصفًا كميًا من خلال تحديد العلاقة بين المتغيرات وهو يسعي نحو جمع البيانات حول الحالة الراهنة وذلك بهدف تحديد ما إذا كانت هناك ثمة علاقة بين متغيرين أو أكثر وتحديد مقدار هذة العلاقة (على ماهر خطاب،2008،217).استخدمت الباحثة المنهج الارتباطي بهدف التعرف على العلاقة بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والسببي المقارن للكشف عن الفروق التى تعزى للنوع و المرحلة العمرية.

٢- مجتمع الدراسة وعينتها

تشتمل مجتمع الدراسة والبالغ عددهم(١٥) طفلًا وطفلة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد،تراوحت أعمارهم بين (٤-٧) سنوات،الذين يتلقون خدمات تدريبية وتعليمية في الجمعية المصرية للاوتيزم المتواجدة في مدينة القاهرة (٢٤) طفلًا وطفلة من

مدرسة ايه كيو لذوي الاحتياجات الخاصة المتواجدة في مدينة القاهرة.

عينة الدراسة: انقسمت عينة الدراسة إلى :

أ- العينة الأولية: وتتكون من (39) طفلًا وطفلة، تراوحت أعمارهم من(٤- ٧) سنوات، وبلغ متوسط عمرهم الزمني (٥) سنوات بانحراف معياري ٠٩, ٠، وجدول (١) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال التوحد(العينة الأولية).

جدول (1)

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال التوحد(العينة الأولية).

العينة		حجم العينة (ن)	متوسط العمر (م)	الانحراف المعياري للعمر(ع)
النوع	إناث	11	5.5	1.2
	ذكور	28	5.3	0.08

ب- العينة الأساسية

وهي العينة الأساسية التي يتم التحقق من صحة الفروض واختبارها من خلالها والوصول إلى النتائج والتوصيات، وتتكون من (39) طفلًا وطفلة من ذوي اضطراب طيف التوحد، وبلغ متوسط عمرهم الزمني 5.86 سنة بانحراف معياري 0.089، تم اختيارهم بطريقة قصدية من الجمعية المصرية للاوتيزم المتواجدة و مدرسة ايه كيو لذوي الاحتياجات الخاصة المتواجده في مدينة القاهرة.، والجدول (2) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال التوحد(العينة الأساسية).

جدول (2)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال التوحد(العينة الأساسية).

العينة	حجم العينة (ن)	متوسط العمر (م)	الانحراف المعياري للعمر(ع)	درجة التوحد كارز	الانحراف المعياري لدرجة التوحد
إناث	11	5.21	1.63	46.52	4.08
ذكور	28	5.7	0.85	40.51	7.33

3 -أدوات الدراسة

1-اختبار كارز CARS هو اختصار لعبارة Childhood Autism Rating Scale ويُعني مقياس تصنيف التوحد لدى الأطفال، وصممه العالم اريك شوبلرسنه 2010، وهدفه تقييم حالة الطفل بشكل دقيق جدًا واكتشف هل الطفل بالفعل يُعاني من التوحد أم لا، أبعاده:(15)بعدًا هي:العلاقات مع الأشخاص، القدرة على التقليد، الاستجابة العاطفية، استخدام أجزاء الجسم، استخدام الأشياء، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، الاستجابة الحسية للمس، والروائح، والتذوق، نسبة الخوف والعصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى ومدى تناسق الاستجابة الفكرية، الانطباعات العامة للطفل، طريقة تصحيحة:1= السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل، 2= السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة، 3= السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة، 4= السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة .

الشروط السيكومترية لمقياس كارز، إعداد/ الباحثة:

1-ثبات الاختبار:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الاختبار باستخدام عدة طرق: التجزئة النصفية، و ألفا كرونباخ، كما هو موضح بالجدول (٣).

جدول(3)

معاملات ثبات مقياس كارز.

معامل ثبات التجزئة النصفية	تصحيح الطول- سبيرمان-براون	معامل ثبات جوتمان	معامل ألفا
0.87	0.93	0.92	0.82

ويتضح من الجدول (٣) أن الاختبار يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة،كما تم حساب معامل ثبات الاستقرار وبلغت قيمته ٧٨, ٠ مما يؤكد صلاحية الاختبار للتطبيق.

2- صدق الاختبار

ب- صدق المقارنة الطرفية

تم حساب صدق المقارنة الطرفية من خلال تقدير قيمة ت لدلالة الفروق بين متوسط درجات (21) من الأطفال مرتفعي الأداء، و (21) من منخفضي الأداء على مقياس كارز من اجمإلى عينة (78) طفلًا وطفلة بتقسيم ٪27، و كانت النتائج كالتالي:

جدول (4)

الفروق بين مرتفعي، ومنخفضي الأداء على مقياس كارز.

الدلالة	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري منخفضي الأداء	الانحرف المعياري مرتفعي الأداء	متوسط درجات منخفضي الاداء	متوسط درجات مرتفعي الاداء
0.01	40	34.30	0.95	1.96	33.28	49.61

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات مرتفعي ومنخفضي الأداء على مقياس كارز عند مستوى دلالة 0.01 ؛ ما يدلل على القدرة التمييزية العاليه للمقياس لصالح مرتفعي الأداء.

٢ -**مقياس المعالجة الحسية** Sensory Processing Scale

وقد قام العالم وليام سميث عـام(2010) بتصميم مقياس المعالجة الحسية وكان هدفه قياس استجابات الحواس (اللمس واللمس العميق، الاستجابة البصرية والسمعية والاتزان والشم والتذوق والمفاصل وكانت أبعاده: (14) بعدًا وهي أعراض فرط الاستجابة لحاسة اللمس(14 عبارة)، أعراض نقص الاستجابة لحاسة اللمس(13عبارة)، أعراض فرط الاستجابة لحاسة اللمس العميق(8 عبرات)، أعراض نقص الاستجابة في حاسة اللمس (8 عبارات)، أعراض فرط الاستجابة البصرية(10 عبارات)، أعراض نقص الاستجابة البصرية(13 عبارة)، أعراض فرط الاستجابة السمعية(7 عبارات)، أعراض نقص الاستجابة السمعية(9 عبارات)، أعراض فرط الاستجابة الدهليزية (الاتـزان)(8 عبارات)، أعراض نقص الاستجابة الدهليزية

(الاتزان)(14 عبارة)، أعراض فرط الاستجابة لحاسة اللمس العميق في المفاصل(5 عبارات)، أعراض نقص الاستجابة لحاسة اللمس العميق في المفاصل(10 عبارات)، أعراض فرط الاستجابة لحاسة الشم والتذوق(8 عبارت)، أعراض نقص الاستجابة لحاسة الشم والتذوق(10عبارات)

الشروط السيكومترية لاختبار المعالجة الحسية

١- صدق الاختبار

أ- صدق المقارنة الطرفية

تم حساب ت لدلالة الفروق بين متوسطي درجات (11) (مرتفعي الأداء)، و (11) (منخفضي الأداء) على اختبار المعالجة الحسية،باتباع تقسيم ٪27 للأرباعين الأعلى والأدني، و كانت النتائج كالتالي :

جدول (5)

صدق المقارنة الطرفية على اختبار المعالجة الحسية.

الدلالة	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري منخفضي الأداء	الانحرف المعياري مرتفعي الأداء	متوسط درجات منخفضي الأداء	متوسط درجات مرتفعي الأداء
0.01	200	10.72	7.89131	4.54873	51.4545	80.9091

ويتضح من خلال جدول (5) وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات مرتفعي ومنخفضي الأداء على اختبار المعالجة الحسية عند مستوى دلالة 0.01 ؛ ما يدل على القدرة التمييزية العاليه للاختبار ويؤكد صدق الاختبار .

٢- ثبات الاختبار

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الاختبار باستخدام عدة طرق: التجزئة النصفية، و ألفا كرونباخ على عينة استطلاعية قوامها (39) طفلًا وطفلة، كما هو موضح بالجدول (6).

جدول(6)

معاملات ثبات اختبار المعالجة الحسية.

معامل ثبات التجزئة النصفية	تصحيح الطول- سبيرمان-براون	معامل ثبات جيتمان	معامل ألفا
0.41	0.58	0.53	85.

ويتضح من الجدول (6) أن قيم معامل ثبات الاختبار تراوحت بين 41،– 85، وهي معاملات ثبات مقبولة، مما يؤكد صلاحية الاختبار للتطبيق.

3– **تجانس المفردات (الاتساق الداخلي):**

1– حساب معاملات الارتباط بين المفردات و الدرجة الكلية للاختبار :

تم حساب معاملات الارتباط بين المفردات و الدرجة الكلية للاختبار، وذلك على عينة قوامها (39) طفلًا وطفلة ؛ للتعرف على مدى تجانس مفردات الاختبار، و ما إذا كان يقيس سمة واحدة أم سمات متعددة وجدول (7) يوضح معاملات الارتباط بين المفردات، و الدرجة الكلية للاختبار.

جدول(7)

معاملات الإرتباط بين المفردات، و الدرجة الكلية لاختبار المعالجة الحسية .

المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للاختبار
1	012.	21	219.	41	216.	61	003.	81	006.	101	111.	121	002.
2	091.	22	551.**	42	924.**	62	052.	82	002.	102	102.	122	021.
3	387.*	23	438.**	43	834.**	63	339.*	83	010.	103	048.	123	007.
4	356.*	24	401.**	44	411.**	64	451.**	84	120.	104	035.	124	421.
5	422.**	25	184.	45	481.**	65	491.**	85	109.	105	085.	125	614.**

.665**	126	.055	106	.555**	86	.619**	66	.519**	46	.195	26	.458**	6
.012	127	.088	107	.492**	87	.455**	67	.008	47	.411**	27	.563**	7
.465**	128	.012	108	.652**	88	.625**	68	.0465	48	.654**	28	.123	8
.487**	129	.025	109	.721**	89	.524**	69	.245	49	.724**	29	.058	9
.374*	130	.058	110	.771**	90	.472**	70	.473**	50	.012	30	.0698	10
.129	131	.215	111	.005	91	.166	71	.126	51	.216	31	.587**	11
.558**	132	.218	112	.021	92	.211	72	.428**	52	.429**	32	.179	12
.887**	133	.211	113	.210	93	.820**	73	.439**	53	.834**	33	.057	13
.521**	134	.401**	114	.005	94	.40**	74	.458**	54	.411**	34	.714**	14
.457**	135	.488**	115	.852**	95	.552**	75	.0.02	55	.481**	35	.485**	15
.055	136	.655**	116	.524**	96	.915**	76	.222	56	.519**	36	.492**	16
.854**	137	.411**	117	.458**	97	.001	77	.1258	57	.214	37	.489**	17
.628**	138	.564**	118	.457**	98	.654**	78	.032	58	.465**	38	.558**	18
		.820**	119	.010	99	.472**	79	.0975	59	.247	39	.077	19
		.128	120	.158	100	.007	80	.742	60	.374*	40	.0982	20

و يتضح من الجدول (7) أن معاملات الإرتباط بين مفردات الاختبار، والدرجة الكلية للاختبار دالة إحصائيًا عند مستوي دلالة 0.01 مما يؤكد تجانس المفردات و الاتساق الداخلي بينها. وتم حذف (65) مفردة لعدم ارتباطها بالدرجة الكلية :-1-2-8-9-10-12-13-19-20-21-25-26-30-31-37-39-41-47 57-58-59-60-61-62-71-72-77-80-81-—48-49-51-55-56 82-83-84-85-91-92-93-94-99-100-101-102-103-104-105- 106-107-108-109-110-111-112-113-120-121-122-123- .124-127-131-136

3. 2. حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للاختبار :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، والدرجة الكلية للاختبار، وذلك على عينة قوامها (٣٩) طفلًا وطفلة، وجدول (٨) يوضح معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية للاختبار.

جدول (8)

معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد وبعضها، و الدرجة الكلية لاختبار المعالجة الحسية.

المحاور	الاول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	التاسع	العاشر	الحادي عشر	الثاني عشر	الثالث عشر	الرابع عشر	الدرجة الكلية
اعراض فرط الاستجابة لحاسة اللمس	1														
اعراض نقص الاستجابة في حاسة اللمس	.854**	1													
اعراض فرط الاستجابة في حاسة اللمس العميق	.854**	.578**	1												
اعراض نقص الاستجابة في حاسة اللمس العميق	.854**	.741**	.652**	1											
اعراض فرط الاستجابة البصرية	.635**	.593**	.691**	.318*	1										
اعراض نقص الاستجابة البصرية	.810**	.632**	.652**	.67**	.643**	1									
اعراض فرط الاستجابة السمعية	.79**	.75**	.67**	.88**	.495**	.771**	1								
اعراض نقص الاستجابة السمعية	.64**	.62**	.62**	.75**	.318*	.496**	.643**	1							
اعراض فرط الاستجابة الدهليزية (الاتزان	.652**	.82**	.568**	.568**	.768**	.433**	.562**	.874**	1						
اعراض نقص الاستجابة الدهليزية															
	.93**	.802**	.85**	.802**	.642**	.720**	.871**	.494**	.603**	1					
اعراض فرط الاستجابة في الحس العميق في المفاصل	.526**	.651**	.564**	.568**	.851**	.831**	.318*	.603**	.711**	.874**	1				
اعراض نقص الاستجابة في الحس العميق في المفاصل	.64**	.631**	.654**	.621**	.687**	.901**	.567**	.87**	.347*	.448**	.592**	1			
اعراض فرط الاستجابة حاسة الشم و التذوق	.68**	.98**	.65**	.96**	.414**	.727**	.516**	.82**	.651**	.78**	.410**	.592**	1		
اعراض نقص استجابة حاسة الشم و التذوق	.65**	.83**	.85**	.92**	.351*	.734**	.500**	.91**	.90**	.632**	.457**	.410**	.478**	1	
الدرجة الكلية	.87**	.60**	.63**	.85**	.82**	.71**	.84**	.64**	.94**	.67**	.538**	.457**	.458**	.897**	1

** دالة عند ٠,٠١ – * دالة عند ٠,٠٥

يتضح من جدول(٨) تمتع الأبعاد الفرعية بمعاملات ارتباط دالة بينها وبين بعضها، و بين الدرجة الكلية أيضًا عند مستوي دلالة ٠,٠١. ومن ثم يأتي وصف لاختبار المعالجة الحسية في صورته النهائية كما يلي :

د- وصف اختبار المعالجة الحسية في صورته النهائية:

تكون الاختبار في صورته النهائية من (73) مفردة موزعة على 14 بعدًا تهدف إلى قياس المعالجة الحسية بعد حذف (65) مفردة لعدم ارتباطها بالدرجة الكلية :1-2-8-9-10-12-13-19-20-21-25-26-30-31-37-39-41-47-57-58-59-60-61-62-71-72-77-80-81-82-—48-49-51-55-56

83-84-85-91-92-93-94-99-100-101-102-103-104-105-106-
107-108-109-110-111-112-113-120-121-122-123-124-127-
131-136. و يتطلب من الفاحص قراءة العبارات المعروضة في الاختبار بدقة وإمعان، واختيار البديل الذي يعبر عن الطفل من بين بديلين يفعل و لا يفعل، ويمنح درجة تتراوح من(1-0) درجة لكل مفردة من مفردات الاختبار، بينما بلغت الدرجة الكلية على الاختبار (73) درجة.

٣- **مقياس المشكلات السلوكية** Behavioral problems Scale

قامت الباحثة كوثر درويش عام (2017) بتصميم مقياس المشكلات السلوكية وكان هدفه قياس المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل السلوك العدواني والعناد والسلوك النمطي وتشتت الانتباة وغيرها من المشكلات السلوكية، وكانت أبعاده :مشكلات التفاعل،المشكلات الوجدانية، مشكلات التواصل، مشكلات السلوك اللفظي، مشكلات السلوك العدواني.

الخصائص السيكومترية مقيلس المشكلات السلوكية تم قياس صدق المقياس بالطرق الأتية:

الصدق الظاهري تم عرض المقياس لمجموعة من المحكمين لمعرفة مدي التزام المقياس للمعايير البحثية وتم تعديل عدد من العبارات من قبل المحكمين وصل المقياس إلى صورتة المبدئية بعد التحكيم لمعرفة الخصائص القياسية للفقرات بالمقياس بمحتمع البحث الحالي،قام الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدلة بتوجيهات المحكمينوالمكونة من (50) فقرة على عينة أولية حجمها (40) مفحوصًا ثم اختبارهم بالطريقة العشوائية من مجتمع البحث وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الرجات وادخالها في الحاسب الآلى ومن ثم تم الأتي:

الاتساق الداخلي للفقرات

لمعرفةالاتساق الداخلي للفقرات مع الدرجة الكلية بالمقياس بمجتمع البحث،تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس الفرعي

الذي تقع تحته الفقرة المعنية والجدول التالي يوضح نتائج هذا الأجراء:

جدول (9)

معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية

المشكلات السلوكية							
الصراخ		العدائية		النمطية		الانسحاب الاجتماعي	
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	،76	1	،82	1	،57	1	،83
2	،73	2	،79	2	،75	2	،75
3	،65	3	،85	3	،73	3	،38
4	،72	4	،81	4	،56	4	،64
5	،59	5	،82	5	،64	5	،41
6	،65	6	،49	6	،76	6	،76
7	،70	7	،68	7	،67	7	،48
8	،60	8	،88	8	،61	8	،67
9	،59	9	،83	9	،61	9	،74
10	،71	10	،81	10	،74	10	،71
11	،64					11	،51
12	،71					12	،66
13	،60					13	،71
						14	،67
						15	،62
						16	،79
						17	،71

معاملات الثبات مقياس المشكلات السلوكية

لمعرفة الثبات للدرجة الكلية للمقياس في صورته النهائية المكونة من (٥٠) فقرة في مجتمع البحث،قامت الباحثة بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ على بيانات العينة الأولية فبينت نتائج هذا الأجراء النتائج المعروضة بالجدول التالي :

جدول (10)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

المقاييس الفرعية	عدد الفقرات	الخصائص السيكومترية	
		(ألفا كرونباخ)	الصدق الذاتي
الصراخ	13	،92	،96
العدائية	10	،94	،97
النمطية	10	،90	،95
الانسحاب الاجتماعي	17	،93	،96
المشكلات السلوكية	50	،97	،98

خطوات إجراء الدراسة

١- قامت الباحثة باستطلاع رأي المعلمين وأولياء الأمور للتأكد من وجود المتغيرات على عينة الدراسة .

٢- ثم قامت بتجميع الأطر النظرية الخاصة بمتغيرات الدراسة، وذلك بالرجوع إلى الأدبيات والدراسات السابقة التي اهتمت بمتغيرات الدراسة في البيئة العربية والأجنبية .

٣- ثم قامت الباحثة بالاطلاع على أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس المعالجة الحسية،مقياس المشكلات السلوكية،اختبار كارز، والتحقق من الخصائص السيكومترية لهذه المقاييس .

٤- التطبيق على العينة النهائية وهم أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

٥- تحليل النتائج والتوصل إلى إجابات على أسئلة الدراسة .

٦- تقديم تفسير منطقي لهذه النتائج .

٧- الخروج بتوصيات مناسبة في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة

وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة :نتائج البحث وتفسيره:

1-ينص الفرض الأول: المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

المشكلات السلوكية	المتوسط	النسبة المئوية
مشكلات التفاعل	25.179	27٪
المشكلات الوجدانية	14.179	15.23٪
مشكلات التواصل	11.4871	12٪
مشكلات السلوك النمطي	8.8205	9٪
مشكلات السلوك العدواني	5.43	5.83٪
المشكلات السلوكية ككل	65.102	70٪

ويتضح من الجدول السابق :

أن المشكلات السلوكية تنتشر بنسبة ٪70، وأن أكثر المشكلات السلوكية شيوعًا هي مشكلات التفاعل٪27، يليها المشكلات الوجدانية ٪15.23، ثم مشكلات التواصل ٪12، و مشكلات السلوك النمطي ٪9 وأقلهم انتشاراً مشكلات السلوك العدواني ٪5.82 .

وتؤيد نتيجة الدراسة الحالية وتتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة(أدم عبدالعظيم،٢٠١٥)،

واختلفت مع بعض الدراسات مثل دراسة(Rojahn، Wilkins، Matson and Park et al، 2014)،(Boisjoli،2010)، واتفقت هذه النتائج مع جزء من المظاهر السلوكية التي وردت في التصنيف الرابع المعدل الصادر عن جمعية الطب النفسي والعقلي الأمريكية DSM-IV-TR الذي اعتبر بعض هذه المظاهر أعراض لهذا الاضطراب، وهذا الأمر ينطبق على ما جاء في تصنيف منظمة الصحة العالمية CD/ 10، واختلفت مع بعض الدراسات مثل دراسة(السيد الخميسي،2014)، (أمين الكويتي، 2014)،(على سليمان،2014)

تري الباحثة أن هذا الاختلاف مع الدراسات السابقه يرجع إلى أن بُعد الصراخ (السلوك العدواني) يأتي مرتفعًا لأن سلوك الطفل عادة مايكون الرفض غير متعلق بصعوبة ما على أداء الأنشطة ولكن الرفض يرجع إلى رغبته في رفض التغيير لمهارات أو أنشطة جديده،وتستنتج الباحثة أن أطفال التوحد يتميزون بدرجة مرتفعة من المشكلات السلوكية ماعدا العدائية الذي يتسم بالانخفاض وهذا يتفق إلى حد كبير مع ما افترضته الباحثة، حيث يصاحب المشكلات السلوكية الصعوبات في الانتباه والاندفاعية وفرط الحركة وفضاضة في السلوك وعدم تحمل الاحباط وسرعة الاستثارة والانفجارات المزاجية مع استفزازات طائشة، بالإضافة إلى أعراض او مظاهر القلق اوالخوف أوالاكتئاب، ويعد الطفل مضطربًا انفعاليًا وسلوكيًا عندما يلاحظ عليه بعض الصفات ومن خلال بناء العلاقات مع الأقران والأهل والاستمرار في مثل هذه العلاقات والتصرف الغير لائق في المواقف الحياتية الاجتماعية.

ينص الفرض الثاني على أنه: «لا توجد علاقة دالة إحصائيًا بين المعالجة الحسية و المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

وللتحقق من الفروض سالفة الذكر تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، و الجدول (١١) يوضح العلاقة بين المعالجة الحسية، و المشكلات السلوكية.

جدول (9)

قيم معاملات الارتباط بين المعالجة الحسية، والمشكلات السلوكية.

المتغير	قيمة ر
المشكلات السلوكية / المعالجة الحسية	0.062

*** دال عند مستوى ٠,٠٥ ، ** دال عند مستوى ٠,٠١ ، ن = ٤٠**

و يتضح من الجدول السابق ما يلي: توصلت النتائج الأحصائية إلى تحقق الفرض الصفري حيث:- لا توجد علاقة دالة إحصائيًا بين المعالجة الحسية و بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

وهذه النتيجة لم تتفق مع الدراسات سابقة مثل دراسة(Rao&)،(Baker،Z،lane،2008 Wager، 2007، Brimocomba، Ming، Landa، 2014)،(أمين الكويتي،2013) وهذه النتيجة جاءت على غير المتوقع حيث أن من خلال الواقع الميداني وتعاملي مع هذه الفئة و خصائص هذه العينة من خصائص سلوكية وحسية ومعرفية توجد احتمإليه كبيرة لوجود علاقة بين المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية عند هذه الفئة ويمكن تلخيص الخصائص الحسية لدى هؤلاء الأطفال بمايلي: المثيرات الصوتية: إذ تشير الملاحظات إن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يظهرون حساسية سمعية لأصوات يسمعونها ولا يسمعها الأفراد الأخرون المحيطين بهم، مما تسبب لهم إزعاجًا شديدًا، وبما أنهم يبدون كمن يعاني فأنهم في الوقت ذاته لايستجيبون فيه للأصوات المنخفضة والروتينية، وخاصة الأدوات المستخدمة في المنزل.المثيرات البصرية : قد يبدو أن الأطفال لا يرون بعض المثيرات البصرية، وفي رؤية بعض الألوان، أوقد يظهرون اهتمام كبير ببعض الأضواء والأشكال الضوئية، كما ويمكن الأطفال بعض الأطعمة بناءً على لونها. المثيرات اللمسية: تعتبر من أكثر الخصائص التي يظهر فيها التباين فقد يظهر بعض الأطفال حساسية جلدية كبيرة، مما تجعل الطفل يبتعد عن الأفراد أو الفرد الذي يقترب منه أو يحاول الإمساك به، ونجد أن البعض قد لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضة لأذى شديد وكذلك من الخصائص الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها:الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية، صعوبة في إظهار اهتمام بسيط بوجود الأخرين فقد لا ينظر الطفل أبدًا في وجه أحد بخاصة في السنوات الأولى من عمره فقد يشك الوالدان عند التحدث إلى الطفل أو إثارة انتباهه بأن لديه مشكلة في السمع حيث لا يتجاوب الطفل مع الصوت أو الكلام بصورة مناسبة، كذلك صعوبة في إظهار ابتسامة اجتماعية للآخرين والأشخاص المحيطين به وقصور في القدرة على تفسير مشاعر الأخرين وخصوصًا من خلال التواصل غير اللفظي؛ فقد لا يفهم أن الشخص الذي يتحدث

إليه متململًا أو يشعر بالضجر من حديثه بالرغم من أن تعبيرات هذا الشخص وتصرفاته يدلان على ذلك، بالإضافة إلى قصور في التخيل والتقليد ومشاركة الأخرين فالطفل يفقد هنا القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى ولو كان مستوى النمو المعرفي واللغوي لديه مرتفعًا مما يؤدي إلى وجود نمط محدود في لعبهم ولدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعض الخصائص السلوكية، حيث انهم يظهرون إفراطًا شديدًا يتمثل في السلوك الفوضوي، والعدوان نحو الأخرين أو نحو الذات، فقد يقومون هؤلاء بالعض والضرب، وغيرها من المحاولات المؤذية للذات أو للأخرين، إذ أن أكثر من ٪50 منهم، يظهرون العدوان الذاتي، ويمارسه ما لا يقل عن ٪14 وهو المعروف بالعدوان الذاتي المكثف الذي يؤدي إلى دخول المستشفى، ومن أسباب السلوك العدواني صعوبة الفهم، وانخفاض القدرة على التواصل، والتعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم وانخفاض مهارات المواجهة والصراخ مع الزملاء والألم غير المشخص واضطرابات القلق والمزاج والاكتئاب والخلل النفسي والاضطراب النفسي، وكذلك لديهم فرط النشاط.

واختلفت نتيجة الفرض الثاني مع نتائج الدراسات السابقة حيث أن من المتوقع وجود علاقة بين المتغيرات وذلك من خلال الواقع الميداني ومجال عمل الباحثة لاحظت أن ضعف المعالجة الحسية يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية

حيث استخدم مصطلح اضطرابات المعالجة الحسية SPD في الدليل التشخصي الإحصائي الخامس الأمريكي DSM5 APA، 2013 أن هذا المصطلح أدرج بالفعل كفئة أو اضطراب مستقل وهو يعاينه أنه خلل في معالجة المدخلات وتنظيم المخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية، حيث يستقبل المدخل الحسي غيرالفعال المعلومات بصورة كبيرة جدا، فإن المخ يكون واقع تحت حمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الطفل المثيرالحسي، والعكس صحيح في أن عندما يكون استقبال المعلومات بصورة صغيرة، فالمخ يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية. ويحدث لديه عدم تنظيم عصبي والذي يأخذ أشكال مختلفة، حيث لا يستقبل المخ الرسائل وذلك بسبب تفكك الخلية العصبية،حيث يستقبل الرسائل الحسية بشكل متناقض، حينما يستقبل المخ الرسائل الحسية على نحو غير مترابط.

ومن خلال عمل الباحثة في احدي مراكز تأهيل ذوي الأحيتاجات الخاصه وتعاملها

مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد وجدت أن الأضطرابات الحسية ترتبط بعدة جوانب لدى الأطفال التوحديين حيث أن القصور في المعالجة الحسية ينتج عنه استجابات حسية خاطئة تظهر على شكل سلوكيات خاطئة وذلك لكبت الألم الحاصل ولتهدئة انفسهم وأحيانًا لاستثارة الجهاز العصبي.حيث يمكن لهؤلاء الأطفال الذين يعانون من مشاكل المعالجة الحسية أن يكونوا أكثر حساسية للمشاهد والأصوات والقوام والنكهات والروائح وغيرها من المدخلات الحسية. هذا يمكن أن يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية، والأطفال ذوو مشاكل المعالجة الحسية غير حساسين للمعلومات التي يتلقونها من خلال الحواس. هذا يمكن أن يؤدي إلى مشاكل أخرى.

ينص الفرض الثالث على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للنوع (ذكور– إناث).

تم استخدام اختبار «ت» للمجموعات المستقلة Independent sample T.test لمعرفة الفروق، و اتجاه هذه الفروق

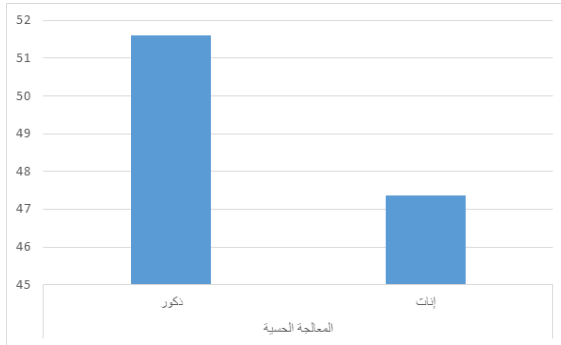
جدول(12)

الفروق بين درجات الذكور و الاناث في متغير المعالجة الحسية.

المتغير	النوع	عدد الأفراد (ن)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	درجات الحرية (د.ح)	قيمة ت	الدلالة
المعالجة الحسية	ذكور	28	51.6071	10.06033	37	0.934	0.356 غير دالة
	إناث	11	47.3636	18.15639			

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض الصفري حيث:

لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للنوع (ذكور– إناث).



شكل(1)

الفروق بين الذكور والاناث في المعالجة الحسية.

وتؤيد هذه النتيجة الدراسة الحالية وتتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة (Ward،et،el،2013)، Prothmann.Fine،2014)،واختلفت مع بعض الدراسات مثل دراسة(السيد الخميسي،2012)، (Simonoff، pickles،Charmen،Loucas، 2008)،(Elbatraui Sclakar،2014)

لذلك فقد لفت انتباه الباحثة من خلال وجودها كفردمن الأفراد التي تتعامل مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وخبرتها الشخصية، أنه بالإضافة إلى الدلائل والبراهين العلمية التي توصلت إليها الدراسات والأبحاث التي قام بها باحثون عرب وأجانب أكدت مدى تأثر الطفل التوحدي بقدرتة على المعالجة الحسية بشكل سليم.

تعزى الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة الاضطراب نفسه فهو يترك خصائص محدده للطفل بغض النظر عن نوعه ذكرًا أو أُنثي فغالبًا ما يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد زيادة أو نقص في الاستجابة للمثيرات بكل أشكالها البصري والسمعي والشمي والتذوق والجهاز الدهليزي ففي الغالب يتجاهلوا بعض الأحساسات مثل الألم والحرارة والبرودة .بينما يظهرون حساسية مفرطة لأحساسات معينة مثل :قفل الأُذنين تجنباًلسماع صوت معين ويتجنبوا أن يلمسهم أحد وأحيانًا يظهرون استجابة لعض الاحساسات مثل ردود الفعل المبالغ فيها للضوء والروائح.وعادة ماتظهر في صورة شدة الاستجابة أو انخفاضها

وتعني عدم الاستجابة أو استجابة غير كافية للمثيرات الحسية وعلى العكس من ذلك سرعة الاستجابة العالية هي استجابة سلوكية مبالغ فيها على المثيرات عند الجنسين هي واحدة. ولكن نجد أن اضطراب التوحد قد يجعل الأطفال جميعهم سواسية من حيث الطبيعة في التواصل مع الأخرين أو في تميزهم عن الأخرين العاديين في انتشار المشكلات الحسية لديهم .

حيث تظهر المشكلات الحسية نتيجة وجود خلل في معالجة المعلومات الآتية من البيئة عبر الحواس المختلفة، ومن ثم يؤدي للك إلى حدوث خلل أو عيب في تفسير هذه المعلومات وتحليلها وتختلف نسب انتشار هذه المشكلات من دراسة لأخرى. فمن ناحية المشكلات الحسية فقد أشارت إحدى الدراسات عن معدل انتشار المشكلات الحسية يتراوح مابين (٦٩٪–٩٠٪) لدى عينات الأطفال التوحديين والتي تودي إلى صعوبات في مختلف نواحي الحياة تتضح من خلال التأخر في مهارات الحركية الدقيقة ومهارات الحركية الكبيرة ومهارات الحس حركية ومهارات اللعب والمهارات الاجتماعية والمهارات التكيفية.كما يعاني معظم الأطفال المصابون بالتوحد من خلل في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، وهو الجزء المسؤول عن استقبال وتسجيل وتفسير وتحليل وترجمة ودمج المعلومات الحسية الواردة عن طريق الحواس الخمس التقليدية (السمع، والبصر، والشم، والتذوق، واللمس) والحواس غير التقليدية (التوازن الدهليزى، والتلامس الحسي، والوعي الذاتي الجسمي) فتأتي الصعوبات عن ردود فعل غير طبيعية أو غير متوازنة لهذه الحواس، بأشكال متعددة كردود فعل مرتبطة بحاسة الابصار أو السمع أو اللمس أو الشم أو التذوق أو التوازن الجسمي أو الحركات الجسمية المرتبطة بتضامين عمل العضلات والمفاصل والأوتار، والتي تختلف من طفل لآخر حسب عدة عوامل منها شدة الاضطراب والتدخل المبكر ودور الأسرة.

ينص الفرض الرابع على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزى للنوع (ذكور– إناث).

تم استخدام اختبار «ت» للمجموعات المستقلة Independent sample T.test لمعرفة الفروق، و اتجاه هذه الفروق:

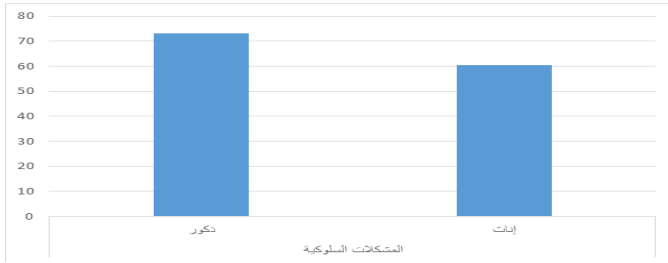
جدول(13)

الفروق بين درجات الذكور و الاناث في متغير المشكلات السلوكية.

المتغير	النوع	عدد الأفراد (ن)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	درجات الحرية (د.ح)	قيمة ت	الدلالة
المشكلات السلوكية	ذكور	28	73.1071	21.19633	37	1.651	0.107 غير دالة
	إناث	11	60.3636	22.98814			

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزى للنوع (ذكور- إناث).



شكل (2)

الفروق بين الذكور والاناث في المشكلات السلوكية

من خلال نتيجة هذا الفرض في الجدول (5) تؤيد نتيجة الدراسة الحالية وتتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة Salomone، et al،2014،(امام القزاز،2010)،(السيد الخميسي،2014)، (أمين الكويتي، 2014)، (على سليمان،2014)، (الخرعان،2016)، (سلام جلال،2018)واختلفت مع بعض الدراسات مثل:دراسة (Totsike، et al.، 2011)، (الدليمي وحسين،2016)،(Gal،Dyck،Passm، or،2015) لذلك فقد لفت انتباه الباحثة من خلال وجودها كفرد من الأفراد التي تتعامل مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وخبرتها الشخصية، أنه بالإضافة إلى الدلائل والبراهين العلمية التي توصلت إليها الدراسات والأبحاث التي قام بها باحثون عرب

وأجانب أكدت مدى تأثر الطفل التوحدي بالمشكلات السلوكية.وتعزى الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة الاضطراب نفسه فهو يترك خصائص محدده للطفل بغض النظر عن نوعه ذكرًا أو أُنثي فجميع الحركات والسلوكيات عند الجنسين هي واحدة وأحيانًا تتسم بالنمطية أو الأسلوب الموحدوأن انتشار المشكلات السلوكية قد يكون لدى الذكور أكثر مقارنة بالإناث وذلك يعزي لطبيعة الذكور من حيث التكوين البيولوجي فقد نجد أن الذكور يمارسون سلوكيات تتميز بالشذوذ وذلك يظهر في شكل عناد وصراخ وعدوان في حين أن الأُنثي قد تتميز بالهدوء والخجل بغض النظر عن إعاقتها أو قصور الجوانب المعرفية لديها ولكن نجد أن اضطراب التوحد قد يجعل الأطفال جميعهم سواسية من حيث الطبيعة في التواصل مع الأخرين أو في تميزهم عن الأخرين العاديين في انتشار المشكلات السلوكية .على الرغم من أن الأُنثي منهن قد تسلك بعض السلوكيات الانسحابية وتارة أُخري قد تنعزل عن الأخرين بصورة أكبر إذا قورنت بأقرانها من الذكور. وقد فسرت دراسة(سهمة حسين قمندر،2019) عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزى للنوع (ذكور- إناث).وذلك أن كلا الطرفين من الذكور والاناث يعيشان حالة الأضطراب نفسه في المجتمع والظروف نفسها التي اختبروها معًا فإن المشكلات السلوكية هي نفسها بين الذكور والأناث. ونظرًا أن الأطفال التوحديين فئة غير متجانسة وتظهر لديهم مشكلات سلوكية في مختلف المجالات كالتواصل بكافة أشكاله، التفاعل الاجتماعي، السلوكيات النمطية والعدوانية، والمجالات الانفعالية والعاطفية والوجدانية تعتبر من السمات الأساسية في شخصية الطفل التوحدي حيث كافة الأفراد التوحديين يعانون من مشاكل سلوكية متعددة ومتباينة وتختلف من فرد وأخر أو بيئة وأخري وعلى الرغم من التطور الملحوظ لهذه الفئة .ألا أن أعداد التوحديين في تزايد مستمر .

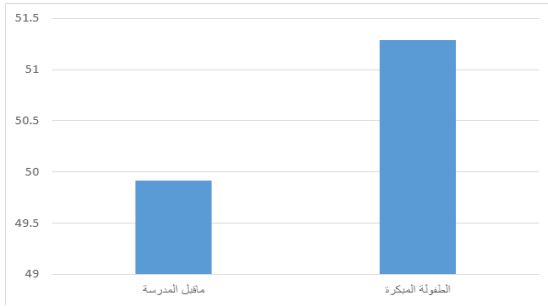
ينص الفرض الخامس على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزي للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة- الطفولة المبكرة).

تم استخدام اختبار «ت» للمجموعات المستقلة Independent sample T.test لمعرفة الفروق، و اتجاه هذه الفروق: جدول(14) الفروق في متغير المعالجة الحسية تعزى لاختلاف المرحلة العمرية.

المتغير	النوع	عدد الأفراد (ن)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	درجات الحرية (د.ح)	قيمة ت	الدلالة
المعالجة الحسية	ماقبل المدرسة	25	49.9200	13.51826	37	0.317	0.753 غيردالة
	الطفولة المبكرة	14	51.2857	11.66473			

يتضح من الجدول السابق تحقق الفرض الصفري حيث:

لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة- الطفولة المبكرة).



شكل(3)

الفروق في متغير المعالجة الحسية تعزى لاختلاف المرحلة العمرية.

وهذه النتيجة لم تتفق مع الدراسات سابقة حيث أن هذه نتيجه على غير المتوقع حيث أشارت الدراسات السابقة والتي اختلفت مع نتيجة هذا الفرض مثل دراسة(ElbatrauiScla-kar،2014)، مريم المطيري،2012)، Nadon،et،al،2015، Provost،crowe،2012

حيث أن كلما تقدم الطفل في العمر تزداد المعالجة الحسية وتكون بصورة أفضل لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وهذا يتفق مع تطور مراحل النمو وتأثيرها على تطول الأطفال العقلي ولما كانت عملية تربية وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد تهدف إلى مساعدة الطفل على الاستفادة من بيئته والتواصل معها، وذلك لأنه يظهر عجزًا واضحًا في ترجمة انطباعاته عنها ولا يكون بمقدوره أن يتعرف عليها أو ينظمها وأحيانًا يضطرب الطفل حينما

يمر بتجربة إدراكية جديدة اضطرابًا يصل به إلى الدرجة التي يتجنب بها هذه التجربة أو أي ظرف مماثل، ولهذا فهو بحاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة لها روتين راسخ بالنسبة له من البيئة الحرة الطليقة ومن هنا يأتي دور التدريب على الدمج الحسي كأحد أنواع العلاجات الهامة الخاصة بالتوحد والتي تعمل على مساعدة هؤلاء الأطفال لتطوير استجاباتهم تجاه البيئة المحيطة بهم من خلال استخدام استراتيجيات وتكنيكات وأنشطة ممتعة لتحسين التآزر والتوازن المتكافئ بين الحواس التقليدية والحواس الغير تقليدية،ونظرًا لاختلاف علامات وأعراض مرض التوحد من مريض إلى آخر، فمن المرجح أن يتصرف كل واحد من طفلين مختلفين مع نفس التشخيص الطبي بطرق مختلفة جدا وأن تكون لدى كل منهما مهارات مختلفة كليا،ولكن حالات اضطراب التوحد شديدة الخطورة تتميز في غالبية الحالات بعدم القدرة المطلقة على التواصل أوعلى إقامة علاقات متبادلة مع أشخاص آخرين.تظهر اعراض التوحد عند أغلب الأطفال في سن الرضاعة، بينما قد ينشأ أطفال آخرون ويتطورون بصورة طبيعية تماما خلال الأشهر أو السنوات الأولى من حياتهم لكنهم يصبحون فجأة منغلقين على أنفسهم عدائيين أو يفقدون المهارات اللغوية التي اكتسبوها حتى تلك اللحظة.

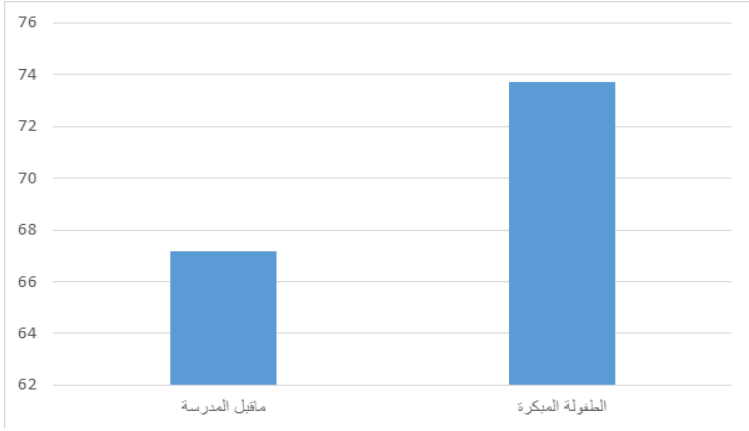
ينص الفرض السادس على أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزي للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة– الطفولة المبكرة).

تم استخدام اختبار «ت» للمجموعات المستقلة Independent sample T.test لمعرفة الفروق، و اتجاه هذه الفروق جدول(15) الفروق في متغير المشكلات السلوكية تعزي لاختلاف المرحلة العمرية.

المتغير	النوع	عـدد الأفـراد (ن)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	درجات الحرية (د.ح)	قيمة ت	الدلالة
المشكلات السلوكية	ماقبل المدرسة	25	67.1600	21.30469	37	0.883	0.753 غير دالة
	الطفولة المبكرة	14	73.7143	23.88894			

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزي للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة- الطفولة المبكرة).



شكل (4)

الفروق في متغير المشكلات السلوكية تعزى لاختلاف المرحلة العمرية

وتؤيد نتيجة الدراسةالحالية وتتفق مع بعض الدراسات مثل دراسة (السيد الخميسي،2014)،(أمين الكويتي،2014)، (على سليمان،2014)، واختلفت نتيجة هذا الفرض مع بعض الى دراسات مثل دراسة(السيد الخميسي،2012)، (الخرعان،20 16)،(Johnson،Handen،2013)

وتعزي الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزى للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة- الطفولة المبكرة)وذلك لأن أطفال التوحد بعمر ٤ سنوات لا يختلفون عن أطفال التوحد بعمر ٧ سنوات في متغير المشكلات السلوكية أو الأضطرابات السلوكية فان المواقف والخبرات التي يتعرض لها أطفال التوحد بعمر ٤ سنوات لا يختلفون عن أطفال التوحد بعمر ٧ سنوات لا تختلف فيما بينهم،فهم غالبًا ما يتعرضون لمواقف حياتية متشابهة في الاضطراب في هذه المرحلة العمرية .

وتعزى الباحثة هذا الاختلاف بين نتيجة الفرض الخامس والدراسات السابقة حيث مع تقدم عمر الطفل التوحدي تتغير المشكلات السلوكية التي يعاني منها فمثلًا يعاني الأطفال

صغيرو السن من صعوبات عندما يُطلب منهم مشاركة تجاربهم مع الآخرين. وعند قراءة قصة لهم لا يستطيعون التأشير بأصبعهم على الصور في الكتاب هذه المهارة الاجتماعية، التي تتطور في سن مبكرة جدًا، ضرورية لتطوير مهارات لغوية واجتماعية في مرحلة لاحقة من النمو.

كلما تقدم الأطفال في السن نحو مرحلة البلوغ، يمكن أن يصبح جزء منهم أكثر قدرة واستعدادًا على الاختلاط والاندماج في البيئة الاجتماعية المحيطة، ومن الممكن أن يُظهروا اضطرابات سلوكية أقل من تلك التي تميز اضطراب التوحد التوحد، حتى أن بعضهم ينجح في عيش حياة عادية أو نمط حياة قريبة من العادي والطبيعي في المقابل، تستمر لدى أخرين الصعوبات في المهارات اللغوية وفي العلاقات الاجتماعية المتبادلة، حتى أن بلوغهم يزيد، فقط، مشاكلهم السلوكية سوءًا وترديًا.

ملخص عام على النتائج

توصلت الباحثة بعد إجراء هذه الدراسة إلى الأتي:

بالنسبة للفرض الأول:المشكلات السلوكية الأكثر شيوعًا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وبهذا تحقق صحة الفرض

بالنسبة للفرض الثاني: لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المعالجة الحسية وبعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.وبهذا تحقق صحة الفرض.

بالنسبة للفرض الثالث: لا توجد فروق داله إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للنوع (ذكور- إناث)، وبهذاتحقق صحة الفرض

بالنسبة للفرض الرابع: لا توجد فروق دالة إحصائيهة بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المعالجة الحسية تعزى للمرحلة العمرية، وبهذا تحقق صحة الفرض.

بالنسبة للفرض الخامس: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في بعض المشكلات السلوكية تعزي للنوع (ذكور- إناث) وبهذا تحقق صحة الفرض.

بالنسبة للفرض السادس: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المشكلات السلوكية تعزي للمرحلة العمرية (ماقبل المدرسة- الطفولة المبكرة). وبهذا تحقق صحة الفرض.

نجدر الإشارة بأن الدراسة قد تحققت من صحة الفروض المقدمة، وتوصلت إلى تحقيق أهدافها التي بنيت من أجلها، ألا وهي التعرف على طبيعةالعلاقة بين المعالجة الحسية وبعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المعالجة الحسية عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تؤثر على أحد الأجهزة الحسية المستقبلة للمثيرات الخارجية أو جميعها، فقد تظهر أعراض الاضطرابات الحسية في حاسة البصر من خلال تغطية الطفل العينين لتجنّب رؤية بعض الألوان والأشياء، إضافة إلى صعوبات في التواصل البصري والانتباه المشترك، كما تظهر في حاسة السمع على شكل تغطية الأذنين لتجنّب بعض الأصوات الطبيعية، الصراخ، أو البحث عن مثيرات سمعية عالية، في حين تؤثر تلك الاضطرابات على حاسة اللمس على شكل بعض السلوكيات الشاذة مثل رفض الاحتضان، واستجابات مفرطة للمس بعض الأقمشة، واستجابات مضطربة في بعض مهارات الحياة اليومية مثل قص الشعر وتفريش الأسنان والاستحمام،لا يشعر باحساس الألم والحرارة وغيره، تنوه الباحثة فيما لاحظته في أثناء تعاملها مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد محور الدراسة وما لمسته من جوانب تخص بعض الاحتياجات لديهم، أنه ينبغي على القائمين فيما يتعلق بتربية أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أن يتدارسوا سبل الكشف عن قدراتهم وفهم جوانبهم النفسية والعقلية والتواصلية في المراحل المبكرة من العمر، و أن يضعوا معايير محددة لتمييزهم وتطلعاتهم كان في المجاالت المختلفة، سواء ذلك في العلوم أو الفنون أو الهوايات المختلفة وغيرها، ولابد من فتح آفاق جديدة أمام المؤسسات المختلفة المعنية بالطفولة لتوفير المناخ الملائم لنمو القدرات والإمكانات لدى هؤلاء الأطفال واكتمالها بما يحقق لهم النفع في حياتهم المستقبلية. فضلاً عن أن ما يقدم لألطفال عبر أجهزة الأعلام والقنوات الفضائية التي تخاطب الطفل تركز على الطفل العادي أكثر من طفل ذوي اضطراب طيف التوحد، والذي هو في أمس الحاجة لمن يحتويه ويفهم مداخله، وربما كان هذا الاعتقاد الخاطئ وراء إهمال هذا الطفل، وعدم النظر إليه

كطفل له احتياجاته الشخصية الخاصة في هذه المرحلة المبكرة من حياته. ومن زاوية أخرى ولتحسين مستوى المعالجة الحسية بشكل أكثر لدى هؤلاء الأطفال من وجهة نظر الباحثة المتواضعة، فهم هذه المشكلات و تداعياتها يلزمنا كمختصين أو مقدمين للرعاية أو آباء وأمهات إلى فهم أسباب ردود أفعال الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وإجراء التدخل المناسب من خلال تصميم البرامج والممارسات المبنية على البراهين، وتقديم المساعدة لهم والعمل على تعزيز ثقتهم بأنفسهم وتنمية حب الذات لديهم لمساعدتهم على التكيف مع متطلبات البيئة والتفاعل مع الأخرين بالطريقة الصحيحة للوصول إلى الهدف الأسمى لتلك البرامج والتصميمات وهو رفع تحسين مستوى الاستقلالية لذوي اضطراب طيف التوحد، بجانب تنمية قدراتهم ومهاراتهم، ولابد أن تهتم بهم كافة المؤسسات المعنية بشئون الأطفال والتنمية والتطوير، ولا شك أننا نعاني من الظروف الصعبة في مد يد العون إليهم، لكن هذا لا يمنع أبدًا بأن ننمي عقولهم، ونستثمر قدراتهم فيما يعود عليهم بالنفع، وهذا ما ترجوه الباحثة من القائمين على تربية وتعليم الأطفال (أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد) فتنمية عقولهم يحقق لهم التفاعل الاجتماعي،والتواصل، ويبعدهم عن كل مخاطر المشكلات السلوكية والحسية، الأمر الذي يدفعهم إلى التكيف مع الظروف المجتمعية بشتى صوره.

توصيات الدراسة

وفق ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن الباحثة توصي بالآتي:

أولًا: توصيات خاصة بالباحثين

- توجيه أنظار الباحثين إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول المعالجة الحسية والمشكلات السلوكية لدى أعمار أكبروأصغر من الفئة العمرية التي استهدفتها الدراسة.
- توعية الباحثين بضرورة التنوع في استخدام البرامج والإستراتيجيات المختلفة المبنية على أبحاث الدماغ للتعرف على قدرات وسمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حتى يتسن لهم العمل بمقتضاها.
- ضرورة تطوير أنظمة البحث؛ بحيث تغطي معظم احتياجات الأطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد وتعمل على حل ما يعترض طريقهم في الحياة الاجتماعية.

- التركيز على المهارات الحياتية وتطويرها عند دراسة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

وتكوين العلاقات الاجتماعية - تنمية المحصول اللغوي - العلاج الوظيفي والحركي

- أهمية إدخال مساق سيكولوجية اللعب ضمن إجراء الدراسات والتركيز على تنمية المهارات الحركية بجانب المهارات العقلية لهؤلاء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الاهتمام بمرحلة الطفولة عند إعداد الدراسات الحديثة لما لها من أثر إيجابي على تنمية وتشكيل الشخصية، والتركيز على تنمية التفاعلات الاجتماعية داخل وخارج المؤسسات التعليمية.
- تطبيق الدراسة على عينة من نفس الفئة لكن في مرحلة عمرية متقدمة وفي مناطق مختلفة لتعميم نتائجها على كافة المستويات.

ثانيًا: توصيات خاصة بالوالدين

- ضرورة توعية الوالدين وبخاصة الأمهات من خلال وسائل الإعلام والبرامج التثقيفية إلى أهمية

التواصل مع الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، وكيفية التعامل معه، والتعرف على المشكلات التي يعاني منها.

- مراجعة الوالدين للأخصائي االنفسي والتخاطب واخصائي المعالجة الحسية أو الطبيب للتأكد من أنهم يلبون كافة احتياجات أبنائهم بشكل صحيح، وإقامة جلسات إرشاد نفسي وتربوي لتوعية دور الأسرة وتعليمهم كيف يتعاملان مع ابنهم التوحدي حتى لا تتفاقم المشكلة وتزداد سوءًا.
- تكريس جزء من وقت الوالدين يوميا لسماع متطلبات أبنائهم التوحديين وقضاء بعض الألعاب والأنشطة معهم، حتى يخرج من وحدته وعزلته، وألا تغلق على الطفل أبواب التواصل الاجتماعي مما يؤدي إلى خفض المعالجة الحسية، كما يجب مساعدته على تكوين

العلاقات والصداقات باستمرار،والعمل على توفير بيئة آمنة تلبي احتياجات الطفل التوحدي من الناحية العاطفية والنفسية والاجتماعية والجسدية،والعمل من خلال اهتمام الوالدين بالنواحي التربوية والتعليمية، وذلك لتنمية المعالجة الحسية السليمة، التي تجعل من الطفل أكثر تقبلًا للأخرين.

- يجب على الوالدين أن يهتموا اهتمامًا كبيرًا بالتنشئة الاجتماعية لأبنائهم خاصة ذوي اضطراب طيف التوحد؛وذلك من خلال غرس روح الألفة والمحبة، ومنح فرصة للتواصل بينهم وبين أبنائهم، والتشجيع على الحديث معهم، عدم التشدد في التعامل معهم مراعاة لظروفهم.
- تعويد الأبناء منذ الصغر على استقبال الزوار والجلوس معهم لوقت ما، والسماح لهم بمخالطة أقاربهم وتكوين صداقات معهم، بوجود الإشراف والتوجيه المناسبين.
- إعطاء الوالدين القدوة للأبناء، سواء في التعامل فيما بينهما أو في تعاملهما مع الأخرين، وعدم إظهار خلافاتهما الحادة أمام الأبناء، وحل مشكلات الأبناء بالحوار والمناقشة الهادئة.
- أن يأخذ الوالدين في اعتبارهم شخصيات وانفعالات الأبناء في أثناء مراحل النمو المختلفة.

ثالثًا: توصيات خاصة بالمؤسسات التعليمية

- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال التوحديين، لتقليل الفجوة بينهم وبين أقرانهم العاديين، وللتغلب على المشاكل الحسية والسلوكية والاجتماعية والحياتية والمعرفية التي يعانون منها.
- الاهتمام بالأبنية التعليمية والمرافق الصحية، والمتابعة المستمرة للنظافة، مع توفير حجرات لائقة للأطفال التوحديين أسوة بأقرانهم من العاديين.
- عقد ندوات دورية مع المعلمين لمعرفة مشكلات الأطفال التوحديين والعمل على حلها.
- الاهتمام بكم وكيف الدورات التدريبية للأطفال التوحديين، بحيث يلتحق بها كل طفل يعاني من صعوبات، سواء من الناحية الحسية أو السلوكية أو المعرفية أو الاجتماعية بصفة

دورية، ومنح حوافز للاهتمام بها.

- الحرص على توفير الوسائل التعليمية والمكتبات المدرسية وحسن استغلالها التي يحتاجها الطفل التوحدي لممارسة حقوقه في التعلم.
- توفير دورات بشكل مستمر للمعلمين تتناول جوانب العملية التعليمية للأطفال التوحديين، مما يُسهم في رفع الكفاءة المهنية للمعلم، ويعمل على معالجة المشكلات التي تواجه الأطفال في

هذه المرحلة العمرية من حياتهم،وعقد برامج إرشادية تساعد المعلم على التوافق مع التعامل مع فئة الأطفال التوحديين،وأن تهيئ المدرسة الجو المدرسي الملائم لحاجات الأطفال التوحديين ورغباتهم وميولهم.

بحوث مقترحة

استنادًا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يمكن وضع بعض المقترحات الدارسات وبحوث مستقبلية على صورة تأكيدات لضمان دور الوالدين التربوي في رفع االمعالجة الحسية وتكوين شخصية الأبناء تكوينًا اجتماعيًا وسلوكيًا ومعرفيًا سليمًا، وذلك وفقًا للآتي:

- فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المعالجة الحسية لدى الأطفال أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة.
- برنامج إرشادي للتخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال التوحدين في المراحل التعليمية المختلفة.
- إجراء المزيد من الدراسات لمعرفة أثر بعض المتغيرات الأخرى تنمية الاسنبصار لدى أمهات الأطفال التوحديين وأثره على المعالجة الحسية لدى الأطفال التوحديين.
- دراسة الفروق في المعالجة الحسية بين الأطفال التوحديين وذوي الأعاقات الأخري.

معوقات الدراسة والتغلب عليها

واجهت الباحثة بعض الصعوبات في أثناء تطبيق أدوات الدراسة حتى تصل إلى تحقيق الهدف التي قامت من أجله، ولكنها حاولت التغلب على ذلك حتى خرج العمل بصورة

مرضية،وأدى نتائجه المرجوة على أكمل وجه، ومن بين تلك العقبات:

– **قلة وجود وقت كافٍ يسمح بالتطبيق مع الأطفال نظرًا لتكدس عدد الجلسات التأهيلية**:وحتى يمكن حل هذه المشكلة أيضًا فقد اقترحت الباحثة مع المشرفة المسؤلة عن المدرسة أن يكون التطبيق في وقت الراحة (الفسحة)، على أن تأخذ بعض الوقت من الجلسة التي قبلها بمعدل (٣٠) دقيقة إن أمكن ذلك، وعلى ألا يكون هذا الاستقطاع من وقت الجلسة به ضرر على الوقت المخصص للأطفال

– **وجود معاناة مع أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نظرًا لمشكلاتهم لما يعانون من اضطرابات نفسية بسبب ما يعاني منه ابنائهم**:

من أكثر العقبات التي واجهت الباحثة الظروف التي يمر بها أولياء أمور اطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فلا يخفى على العاملين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة الظروف والمشكلات والاضطرابات النفسية من اكتئاب وجلد ذات وشعورهم أنهم من جلبوا للكون هذا الطفل الذي يعاني من العديد من المشكلات، لكن مع محاولة الباحثة الدعم النفسي والإرشاد الأسري لمساعدة الوالدين من أجل تخطي الأزمة والتحدث إليهم واقناعهم بالتطبيق بعض أدوات الدراسة.

– **تعدد المقاييس والأدوات المستخدمة، مما تكبد الباحثة الوقت والجهد والتكاليف**: نظرًا لتعدد أدوات الدراسة سواء في تطبيقها للتعرف على خصائصها السيكومترية، أو من خلال التطبيق على العينة النهائية، فقد عانت الباحثة كثيرًا كي تفرغ من هذه الأدوات والتعرف على النتائج، لكن وبمساعدة بعض الزملاء والزميلات، والذين لديهم خبرة في كيفية تطبيق الأدوات،كونهم مروا بذلك من قبل، فقد تم التغلب على هذه العقبة، ولم تنظر الباحثة إلى الوقت والجهدوالتكإليف حينها، وانتهى العمل من تطبيق الأدوات بالشكل اللائق والمطلوب

المراجع

1. الكويتي، أمين، (2013)، العلاقة بين الحركات النمطية والاضطرابات الحسية لدى الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الخليج العربي، البحرين.
2. الزريقات، إبراهيم، (2010)، التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.
3. الخفاجي، سها على حسين، (2012)،أثـر برنامج حركي مقترح لاطفاء بعض السلوكيات الروتينية للاطفال المصابين بالتوحد، مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، المجلد 12، العدد1،ص 151-152.
4. الجارحى،سيد، (2010)، استخدام القصة الاجتماعية كمدخل للتغلب على القصورفى مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين .
5. المطيري،مريم،(2012)، انتشار الاضطرابات الحسية والحركية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرفية لدى الأشخاص التوحديين في دولة الكويت.(رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الخليج العربي، البحرين.
6. الخميسي، السيد، (2012)، شدة السلوك التوحدي وفق متغيرات العمر والجنس لدى الأشخاص التوحديين، مجلة دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية بالزقازيق، مصر،ع74، ص 351 .
7. السيدعبدالنبي، السيد، (2004)، الأنشطة التَّربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
8. الصبي، عبدالله، (٢٠٠٣) التوحد وطيف التوحد، الرياض، المملكة العربية السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

9. العادلي، راهبة عباس، (2014)، فاعلية برنامج تدريبي باستخدام القصص الاجتماعية والموسيقى واللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين،مجلة كلية التربية الاساسية، العدد، 75،ص151.

10. الكيكي، محسن محمود أحمد، (2011)، المظاهر السلوكية لأطفال معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية .

11. الجابري، م، (2014)، التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة.ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة:الرؤى والتطلعات المستقبلية.جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية، ص187–1900.

12. أسامة فـاروق، مصطفي كامل الشربيني، (2011)، التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة،الأردن.

13. أسامة مصطفي، الشربيني،(2013)،علاج التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.

14. صلاح، شهلان سعدي، (2014)، أثر الموسيقى في خفض تشتت الانتباه لدى الأطفال التوحدين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية،كلية التربية الأساسية .

15. إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات، (2010)، التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع،الاردن.

16. موسي بن عبدالله بن موسي الشمراني، (2010)، فاعلية برنامج إرشادي سلوكي مقترح لخفض السلوك النمطي لدى الطلاب المعاقين بصريًا في المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، المملكة العربية السعودية .

17. ياسر يوسف اسماعيل، (2010)، المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة.

18. عبدالله الربيعة، ابراهيم الزرقيات، (2010)، أنواع السلوك النمطي الجسمي الممارس لدى الطلبة المعاقين بصريًا وعلاقته بجنسهم وشده إعاقتهم بالمملكة العربية السعودية،المملكة العربية الأردنية، الأردن، المجلد 26،العدد الثالث ص208.

19. نبيل عتروس، (2010)، أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية، مجلة التواصل، عدد 26، جوان،143-146.

20. حمدان، محمد، (2017)، خصائص اللعب الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الإنسانية،مج 31، ع.10، ماتشرين الأول 2017،ص 197.

21. الخرعان، هياء (2016)، مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسإليب مواجهتها من وجهه نظر أولياء أمورهم، المجلة التربوية الدولية المتخصصة، مج 5، ع 1، ص 30.

22. الديلمي هناء، وحسين رحيم.(2016)، قياس التواصل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، مجلة كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية، العراق، ع95، ص711.

23. دراكة، اكرام، وخراعلة أحمد، (2016)، المظاهر السلوكية لأطفال اضطراب التوحد وعلاقتها بالتواصل الاجتماعي في محافظة عجلون من وجهة نظر معلميهم، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، جامعة الزرقاء الخاصة، الأردن، مج17، ع3، ص307.

24. درويش، كوثر، والبيلي الرشيد، (2017)، المشكلات السلوكية وعلاقتها بمهارات التواصل لدى أطفال التوحد كما تدركها الأمهات بمنطقة الدمام بالسعودية، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، السودان،132-138.

المراجع الأجنبية

1. 1-American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders، K Johnny. Matson (5 thEd) Autism in children and adults. Etiology، assessment، and intervention. Pacific Grove، California: publishing company.
2. 2-American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical
3. manual of mental disorders (5th ed). Washington، DC: American Psychiatric Association.
4. 3-American Psychiatric Association. (2013). DSM5. Retrieved from: http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf
5. 4- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and
6. Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.5). Washington. DC: APA
7. 5-Amira N. El Batraui، Nermin M. Schakar and Doaa A. Khalifa (2014). Difficulty in Processing and Integration Sensory Information in Patients with Autism Acase- Control Study- Middle East Current Psychiatry. N(21)،PP176
8. 7-Dunn، W. (2007). Supporting Children to Participate Successfully in Everyday Life by Using Sensory Processing Knowledge. Infants & Young Children. V(20)N(2). 84-86.
9. 8-Dziallas، M.، & Blind، K. (2019). Innovation indicators throughout the innovation process: An extensive literature analysis. Technovation،V(80)، N(3)PP 29.
10. 9-DSM-TV-TR Quick Reference to THE DIAGNOSTIC CRITERIA
11. From DSM-TV-TR AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
12. -10-Elia، L.، Valeri، G.، Sonnino، F.، Fontana، I.، Mammone، A.، & Vicari، S. (2014). A longitudinal study of the teacchpro-

gram in different settings: The potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder.Journal of autism and developmental disorders،V(44)N(3)،PP. 615-626.

13. 11- Engel-Yeger، B. (2008). Sensory processing patterns and daily activity preferences of Israeli children. Canadian Journal of Occupational Therapy، V(75)،N(4)، PP.220-229.
14. 12-El-Batraui، Amira، N.، Schakar، Nermin، M.، & Khalifa، Doaa، A. (2014). Difficulty in processing and integration sensory information in patients with autism: Control study. Middle East Current Psychiatry،V(21)، N(3)، PP 176
15. 13-Emerson، E.، & Einfeld، S. L. (2011). Challenging behaviour. Cambridge University Press،V(39)،N(2)،PP 56.
16. 14-Felce، D.، & Kerr، M. (2013). Investigating low adaptive behaviour and presence of the triad of impairments characteristic of autistic spectrum disorder as indicators of risk for challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research، 57(2)، 128.
17. 15-Da Silva، R. B.، Machado، Á. R.، Ezugwu، E. O.، Bonney، J.، & Sales، W. F. (2013). Tool life and wear mechanisms in high speed machining of Ti–6Al–4V alloy with PCD tools under various coolant pressures. Journal of Materials Processing Technology، V(213)،N(8)،PP 1459-1461
18. 16-He، J.، Ahuja، N.، Makary، M. A.، Cameron، J. L.، Eckhauser، F. E.، Choti، M. A.، ... & Wolfgang، C. L. (2014). 2564 resected periampullary adenocarcinomas at a single institution: trends over three decades. Hpb، V(16)N(1)،P. 83
19. 17-Hattier، M. A.، Matson، J. L.، Tureck، K.، & Horovitz، M. (2011). The effects of gender and age on repetitive and/or

restricted behaviors and interests in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. Research in Developmental Disabilities، V (32)،N(6)، 2346-2348

20. ICD/10 Clssfication of mental and behavioural disarders cillnical-18
21. descrlptlons and diagnostia guidelines
22. 19-Jin، S.، DaCosta، B.، & Seok، S. (2014) Social Skills Development for Children with Autism Spectrum Disorders through the Use
23. of Interactive Storytelling Games. Assistive Technology Research، Practice، and Theory، V(20)،N(8)،pp. 187
24. 20-Kin، R J & Rao، P A. (2014).Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders.Autism،V(18)،N(3)،pp. 272
25. 21-Lang، R.، O'Reilly، M.، Healy، O.، Rispoli، M.، Lydon، H.، Streusand، W.، & Giesbers، S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders، V(6)،N (3)، PP 1004-1012.
26. 22-Lai، C. Y.، Yung، T. W.، Gomez، I. N.، & Siu، A. M. (2019). Psychometric properties of sensory processing and self-regulation checklist (SPSRC). Occupational therapy international، 2019.
27. 23- Mimouni-Bloch، A.، Offek، H.، Rosenblum، S.، Posener، I.، Silman، Z.، & Engel-Yeger، B. (2018). Association between sensory modulation and daily activity function of children with attention deficit/hyperactivity disorder and children with typical development. Research in developmental disabilities، 83، p 69.

28. 24- Minshew، N. J.، Sung، K.، Jones، B. L.، & Furman، J. M. (2004). Underdevelopment of the postural control system in autism. Neurology، V(63)،N(11)، PP 2056-2061.

29. 25-Nadon، G.، Feldman، D.، Dunn، W. & Gisel، E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. Autism Research and Treatment، 2011، V(17)،N(3)، PP 1-3.

30. 26-Reynolds، S.، Lane، S. J.، & Thacker، L. (2012). Sensory processing، physiological stress، and sleep behaviors in children with and without autism spectrum disorders. OTJR: Occupation، Participation and Health، V(32)،N(1)،PP 246-250.

31. 27- Constantino، J. N.، Majmudar، P.، Bottini، A.، Arvin، M.، Virkud، Y.، Simons، P.، & Spitznagel، E. L. (2010). Infant head growth in male siblings of children with and without autism spectrum disorders. Journal of neurodevelopmental disorders، V(2)N(1)، 39-42.

32. 28- Palmer، M.، San José Cáceres، A.، Tarver، J.، Howlin، P.، Slonims، V.، Pellicano، E.، & Charman، T. (2020). Feasibility study of the National Autistic Society EarlyBird parent support programme. Autism، 24(1)، 147-148.

33. 29-R.، & Heimerl، S. (2007): A comparison of motor delays in young children: Autism spectrum disorder، developmental delay، and developmental concerns. Journal of Autism and Developmental Disorders،V(37)،N(4)، 321-323.

34. 30-Stevenson، R. A.، Segers، M.، Ferber، S.، Barense، M. D.، & Wallace، M. T. (2014). The impact of multisensory integration deficits on speech perception in children with autism spectrum disorders. Frontiers in psychology V(43)،N(5)،PP 379.

35. 31-Woll، A & Al Awamleh، A.(2014).The Infeluence of Physical Exercise on Individuals with Autism: Is Physical Exercise Able to Help Autistic? Journal of Social Sciences، V(10)، N(2)، page(40-43)
36. 32-Young، R. L.، & Rodi، M. L. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental disorders، V(44)، N(4)، P758