



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم علم النفس

بحث بعنوان

القدرة النمائية لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون
"دراسة مقارنة"

إعداد الباحث

مصطفى حسن محمد الحاج أحمد

إشراف

الدكتور / أنور عبد العزيز العبادسة

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

في علم النفس / صحة نفسية

١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م



﴿ وَلَنْبُلُونَكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ
وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ * الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ
قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ * أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ
وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴾

{سورة البقرة، الآية ١٥٥-١٥٧}

الإهداء

أهدي بحثي هذا إلى:

والدي العزيز الذي شملني برعايته دائماً

والدتي نبع الحنان التي دائماً ما تغمرني بدعواتها

زوجتي العزيزة التي هي مصدر إلهامي

ولدي أحمد وصبا نور عيني

أخواتي وأخواني الأعزاء وأخص بالذكر أخي محمود الذي لم أره منذ عشر سنوات أو ما يزيد

حماتي وحماتي رمز الحب والعطاء

أصدقائي وزملائي وأخص بالذكر صديقي العزيز فادي يحيى عابد

مدرسي قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية وأخص بالذكر د. أنور العبادسة.....

وكل طالب علم وباحث عن الحكمة

لكل هؤلاء أهدي بحثي هذا والله الموفق.

الباحث

شكر وقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على الرسول الأمين، خاتم الأنبياء والمرسلين، المبعوث رحمة للعالمين، سيدنا محمد، عليه أفضل الصلاة والتسليم.

انطلاقاً من قوله تعالى ﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي

لَشَدِيدٌ﴾ {إبراهيم: ٧}، وقوله صلى الله عليه وسلم "من لم يشكر الناس، لم يشكر الله"، فإنني

أتقدم بخالص الشكر والتقدير للجامعة الإسلامية، التي طالما كانت منارة للعلم والعلماء، ومخرجة للأجيال، ومنهلاً للعلم.

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان والتقدير، للدكتور الفاضل **أنور عبد العزيز العبادسة**، رئيس قسم علم النفس، الذي تفضل وأشرف على هذه الدراسة، فكان بمثابة المعلم الفاضل، والمربي والموجه، خلال إعداد الدراسة. وقدم لي المساعدة في إنجاز المعالجات الإحصائية، فله مني كل التقدير والشكر.

وأشكر جمعية الحق في الحياة، والعاملين فيها، إذ سمحت لي بتطبيق الاختبار، وإجراء المقابلات مع فئتي الدراسة، ولا أنسى موظفي مكتبات الجامعات الإسلامية والأزهر والأقصى، ومكتبة مركز القطان، الذين سهلوا لي مهمة توفير المراجع، فضلاً عن الأستاذ الفاضل أحمد أبو ندى، الذي لم يبخل عليّ، وأمدني بكل الكتب والمراجع المتوفرة لديه.

ولا يسعني إلا أن أقدر عالياً الجهد الذي بذله أخي أحمد، الذي قام بمراجعة وتدقيق الدراسة لغويًا، وصديقي العزيز، المرشد التربوي فادي يحيى عابد، الذي ساعدني في إجراء المقابلات، وتطبيق الاختبار.

وأخص بالشكر زوجتي، التي طالما تعبت، وكانت داعمة لي حتى إنجاز هذه الدراسة. وأخيراً، أتقدم بالشكر لكل من ساهم في إتمام هذه الدراسة، ولو بكلمة، فلكم مني جزيل الشكر والتقدير. وفي الختام، أسأل الله أن يوفقني لما يحبه ويرضاه، ويرشدني إلى الطريق الصحيح، ويجعل عملي مخلصاً وخالصاً لوجهه الكريم.

الباحث

المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	الرقم
أ	آية قرآنية	١
ب	الإهداء	٢
ت	الشكر والتقدير	٣
ج	المحتويات	٤
ذ	فهرس الجداول	٥
ز	فهرس الأشكال	٦
ز	فهرس الملاحق	٧
س	ملخص الدراسة باللغة العربية	٨
ص	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	٩
الفصل الأول		
١٠-١	خلفية الدراسة	١٠
٢	مقدمة	١١
٥	مشكلة الدراسة	١٢
٦	أهداف الدراسة	١٣
٦	أهمية الدراسة	١٤
٧	فروض الدراسة	١٥
٨	حدود الدراسة	١٦
٩	مصطلحات الدراسة	١٧
٩	الأساليب الإحصائية	١٨
الفصل الثاني		
٧٧-١١	الإطار النظري	١٩
٥٣-١٢	المبحث الأول: التوحد	٢٠
١٢	مقدمة	٢١
١٣	تعريف التوحد	٢٢

١٤	٢٣. ثلوث الإعاقات
١٥	٢٤. نسبة انتشار التوحد
١٦	٢٥. تشخيص التوحد - مقدمة
١٦	٢٦. صعوبات التشخيص
١٧	٢٧. محكات التشخيص
١٩	٢٨. فريق العمل الإكلينيكي ودوره في التشخيص
٢٢	٢٩. التشخيص الفارق
٢٤	٣٠. خصائص وسمات التوحد
٢٨	٣١. أسباب الإصابة بالتوحد والنظريات المفسرة له
٣٢	٣٢. المشاكل المصاحبة للتوحد
٣٤	٣٣. نمو الطفل المتوحد
٣٧	٣٤. التدخل المبكر مع الأطفال المتوحدين
٣٩	٣٥. علاج اضطراب التوحد
٧٧-٥٤	٣٦. المبحث الثاني: متلازمة داون
٥٤	٣٧. مقدمة
٥٦	٣٨. تعريف متلازمة داون
٥٦	٣٩. أسباب الإصابة بمتلازمة داون
٥٧	٤٠. أنواع متلازمة داون
٦٣	٤١. نسبة انتشار متلازمة داون
٦٤	٤٢. تشخيص متلازمة داون والكشف عنها
٦٥	٤٣. سمات وخصائص ذوي متلازمة داون
٦٨	٤٤. الاضطرابات والمشاكل الطبية المصاحبة لذوي متلازمة داون
٧١	٤٥. جوانب التطور الأساسية عند أطفال داون مقارنة بالطبيعي
٧٢	٤٦. علاج وبرامج تأهيل الأطفال ذوي متلازمة داون
٧٥	٤٧. التدخل المبكر مع حالات داون
الفصل الثالث	
١٠٠-٧٨	٤٨. الدراسات السابقة
٧٩	٤٩. مقدمة
٧٩	٥٠. الدراسات التي تناولت التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات

٨٥	تعقيب على الدراسات التي تناولت التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات	٥١
٨٧	الدراسات التي تناولت متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات	٥٢
٩١	تعقيب على الدراسات التي تناولت متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات	٥٣
٩٣	الدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد ومتلازمة داون	٥٤
٩٧	تعقيب على الدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد ومتلازمة داون	٥٥
٩٩	تعقيب عام على الدراسات السابقة	٥٦
١٠٠	فروض الدراسة	٥٧
الفصل الرابع		
١٠٨-١٠١	الطريقة والإجراءات	٥٨
١٠٢	منهج الدراسة	٥٩
١٠٢	مجتمع الدراسة	٦٠
١٠٢	عينة الدراسة	٦١
١٠٤	أدوات الدراسة	٦٢
١٠٤	اختبار الصورة الجانبية	٦٣
١٠٥	الخصائص السيكومترية للاختبار	٦٤
١٠٥	صدق اختبار الصورة الجانبية	٦٥
١٠٦	ثبات اختبار الصورة الجانبية	٦٦
١٠٦	خطوات إجراء الدراسة	٦٧
١٠٧	الصعوبات التي واجهت الباحث	٦٨
١٠٧	المعالجة الإحصائية	٦٩
الفصل الخامس		
١٠٨-١٠٩	عرض وتفسير النتائج	٧٠
١١٠	اختبار الاعتدالية	٧١
١١٠	الفرض الأول	٧٢
١١٣	الفرض الثاني	٧٣
١١٨	الفرض الثالث	٧٤
١٢٢	الفرض الرابع	٧٥
١٢٧	الفرض الخامس	٧٦
١٣٢	الفرض السادس	٧٧

١٣٦	الفرض السابع	.٧٨
١٤٠	الفرض الثامن	.٧٩
١٤٣	الفرض التاسع	.٨٠
١٤٦	الفرض العاشر	.٨١
١٤٩	الفرض الحادي عشر	.٨٢
١٥٢	الفرض الثاني عشر	.٨٣
١٥٥	الفرض الثالث عشر	.٨٤
١٥٧	توصيات الدراسة	.٨٥
١٥٧	مقترحات الدراسة	.٨٦
١٥٩-١٩٧	المصادر والمراجع والملاحق	
١٦١	المراجع العربية	.٨٧
١٧١	المراجع الأجنبية	.٨٨
١٧٧	الملاحق	.٨٩

فهرس الجداول

الرقم	فهرس الجداول	رقم الصفحة
جداول الإطار النظري		
١.	الأعراض النمائية للتوحد	٣٦
٢.	مقارنة بين أنواع متلازمة داون فئة الاضطرابات الكروموسومية	٦٠
٣.	الاختلافات السريرية لنوعي متلازمة داون	٦١
٤.	جوانب التطور الأساسية عند أطفال داون مقارنة بالطبيعي	٧١
جداول الفصل الرابع		
٥.	يوضح المستوى التعليمي لآباء وأمهات أطفال التوحد	١٠٣
٦.	يوضح المستوى التعليمي لآباء وأمهات أطفال متلازمة داون	١٠٣
٧.	يوضح العينة حسب العمر	١٠٣
٨.	يوضح العينة حسب الجنس	١٠٤
٩.	يوضح العينة حسب نوع الأسرة	١٠٤
١٠.	يوضح العينة حسب المستوى الاقتصادي	١٠٤
جداول الفصل الخامس		
١١.	اختبار الاعتدالية	١١٠
١٢.	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية	١١١
١٣.	نتائج اختبار مان ويتني للمهارات الجسمية	١١٣
١٤.	نتائج اختبار مان ويتني لمهارات المساعدة الذاتية	١١٨
١٥.	نتائج اختبار مان ويتني للمهارات الاجتماعية	١٢٢
١٦.	نتائج اختبار مان ويتني للمهارات التعليمية	١٢٨
١٧.	نتائج اختبار مان ويتني للمهارات الاتصالية	١٣٢
١٨.	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب الجنس لمجموعتي الدراسة معاً	١٣٦
١٩.	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب الجنس لأطفال التوحد	١٣٧
٢٠.	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب	١٣٧

	الجنس لأطفال متلازمة داون	
١٤٠	نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية لمجموعتي الدراسة معاً	٢١.
١٤٠	يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية لأطفال التوحد	٢٢.
١٤١	يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية لأطفال متلازمة داون	٢٣.
١٤٣	نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية لمجموعتي الدراسة معاً	٢٤.
١٤٤	نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية لأطفال التوحد وأطفال متلازمة داون	٢٥.
١٤٦	نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب تعليم الأم لمجموعتي الدراسة	٢٦.
١٤٧	نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب تعليم الأب لمجموعتي الدراسة	٢٧.
١٤٩	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب نوع الأسرة لدى مجموعتي الدراسة	٢٨.
١٥٢	نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة	٢٩.
١٥٣	نتائج التحليل الوصفي للقدرات النمائية بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة	٣٠.
١٥٥	نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب وجود قرابة لدى مجموعتي الدراسة	٣١.

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	فهرس الأشكال	الرقم
١٥	ثالوث الإعاقات	.١
٢١	الفريق الإكلنيكي الذي يتعامل مع مرضى التوحد	.٢
٣١	الأسباب والعوامل المفسرة للتوحد	.٣
٣٤	المشاكل المصاحبة لاضطراب التوحد	.٤
٤٠	أساليب التدخل والعلاج لاضطراب التوحد	.٥
٥٧	أنواع متلازمة داون	.٦
٦٥	سمات وخصائص ذوي متلازمة داون	.٧
٦٨	الاضطرابات الطبية المصاحبة لذوي متلازمة داون	.٨

قائمة الملحق

رقم الصفحة	الملحق	الرقم
١٧٨	رسالة لجمعية الحق في الحياة	.١
١٧٩	اختبار الصورة الجانبية	.٢

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق الموجودة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، في القدرات النمائية (الجسمية والمساعدة الذاتية والاجتماعية والتعليمية والاتصالية)، حسب بعض المتغيرات، مثل (الجنس، المستوى التعليمي للوالدين، نوع الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، وجود قرابة بين الوالدين)، إضافة إلى الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين العمر الزمني، وترتيب الولادة، والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.

وقد استخدم الباحث، خلال دراسته، المنهج الوصفي التحليلي المقارن، واختبار الصورة الجانبية من مقياس بورتج. وشملت الدراسة خمسين من أطفال التوحد ومتلازمة داون، المترددين على جمعية الحق في الحياة.

علاوة على ذلك، استخدم الباحث العديد من الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية في معالجة البيانات، منها (معامل الارتباط بيرسون، T- test، تحليل التباين الأحادي One way Anova، اختبار مان ويتني، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المئوية). وقد أظهرت النتائج ما يلي:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في المهارات الجسمية، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في مهارات المساعدة الذاتية، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في المهارات الاجتماعية، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في المهارات التعليمية، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٦. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في المهارات الاتصالية، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون، لصالح أطفال متلازمة داون.

٧. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير الجنس، لدى مجموعتي الدراسة.

٨. توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية، بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
٩. توجد علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية، بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
١٠. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، لدى مجموعتي الدراسة.
١١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير نوع الأسرة، لدى مجموعتي الدراسة.
١٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، لدى مجموعتي الدراسة، لصالح أطفال متلازمة داون.
١٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير وجود قرابة، لدى مجموعتي الدراسة.

ABSTRACT

Study Title: Developmental ability of autistic children and children with Down syndrome, "a comparative study".

The study aimed to identify the differences between autistic children and children with Down syndrome in the developmental ability (physical and self-help, social, educational and communication). According to some variables (such as sex, educational level of parents, family type, the economic level of the family, a kinship between the parents). And detecting the presence of correlation between chronological age and birth order, and the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) in the two study groups.

The researcher through his comparative descriptive analytical method. Using the test image side of the scale of Portage. The study included 50 children from the autistic children and children with Down syndrome attending the Assembly of the right to life.

The researcher used several statistical methods descriptive and evidentiary data processing them (correlation coefficient Pearson, T-test, One way Anova, test of Mann and Whitney, the arithmetic mean, standard deviation, frequencies, percentages) The results showed the following:

1. there is differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) between children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.
2. there is differences statistically significant in the physical skills of children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.
3. there is differences statistically significant in the skills of self-help, children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.

4. there is differences statistically significant in social skills among children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.
5. there is differences statistically significant in the educational skills of children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.
6. there is differences statistically significant in communication skills among children with autism and Down syndrome For children with Down syndrome.
7. there is no any differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) attributed to the sex variable in the two study groups.
8. There is a relationship with a statistically significant Positive correlation between chronological age and developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) in the two study groups.
9. There is a relationship with a statistically significant Positive correlation between birth order and developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) in the two study groups.
10. there is no any differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) attributed to the educational level of parents in the two study groups.
11. there is no any differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) attributed to the variable of family type in the two study groups.

12. there is differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) attributed to the economic level of the family in the two study groups For children with Down syndrome.
13. there is no any differences statistically significant in the developmental ability (physical, self-help, social, educational and communication) attributed to the presence of the nearly two study groups.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

أولاً : المقدمة

ثانياً : مشكلة الدراسة

ثالثاً : أهداف الدراسة

رابعاً : أهمية الدراسة

خامساً : فروع الدراسة

سادساً : حدود الدراسة

سابعاً : مصطلحات الدراسة

ثامناً : الأساليب الإحصائية

أولاً: مقدمة:

لقد أنعم الله على الإنسان بكثير من النعم، التي لا تعد ولا تحصى. قال تعالى: ﴿وَإِنْ تَعَدُّوا نِعْمَةَ اللَّهِ لَا تُحْصُوهَا﴾ (إبراهيم: ٣٤). ومن هذه النعم نعمة البنين. قال تعالى: ﴿الْقَالَ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ مِمَّا دَرَبْتَ نَوَابِأً وَخَيْرٌ أَمَلًا﴾ (الكهف: ٤٦). ولقد بين الله، عز وجل، أن الطريق الصحيح للوصول لهذه النعمة هو الزواج واختيار الأنساب.

وقد يصاب الإنسان في حياته باختبارات وصعوبات وشدائد، منها أن يصاب الفرد بالمرض أو يعاني ويلات الفقر وانخفاض المستوى الاقتصادي أو يختبر في صحته فيعاني من الكثير من الأمراض أو يصاب الفرد بأبنائه، فيولد له ابن معاق، يحتاج لتعامل خاص، بأساليب علاج معينة. وقد استخدمت الكثير من المصطلحات للإشارة للمعاقين عبر الزمن، والملاحظ أن هذه المصطلحات كانت تعبر عن النظرة السلبية للإعاقة، حيث تشير إلى أوجه القصور والعجز والعيوب، فقد استخدم مصطلح عاهة للتعبير عن الآفة والمرض والعجز والقصور. كما يبدو أن مفهوم الإعاقة يعتبر مفهوم ثقافي يختلف من مجتمع لآخر حسب مستويات الحياة فيه، فانخفاض مستوى الذكاء (بدرجة بسيطة أو متوسطة) قد لا يبدو عائقاً في المجتمعات الريفية البسيطة بينما تظهر آثاره واضحة في المجتمعات المتحضرة. (سليمان، ٢٠٠٠: ١١-١٢)

وقام العديد من العلماء والكتاب بالتطرق لتعريف الإعاقة والحديث عنها حيث أن البطاينة وآخرون (٢٠٠٩: ٣٢) عرف الإعاقة، على أنها حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء الدور الطبيعي في الحياة، المرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية، نتيجة الإصابة، أو العجز، في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية.

ويرى عامر ومحمد (٢٠٠٨: ١٦) أن الإعاقة نقص، أو قصور، أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص، فيصبح معوقاً، سواء كانت الإعاقة جسمية، أو حسية، أو عقلية، أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد، وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية، التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، وبينه وبين المنافسة المتكاملة، مع غيره من الأفراد العاديين.

ويعرف شبلي (٢٠٠١: ٥) الإعاقة، على أنها حالة قصور، أو خلل عضوي، أو وظيفي، نتيجة لعامل وراثي، أو بيئي، أدى إلى توقف النمو في بعض المحاور، أو في القدرة على تعلم، أو أداء، بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد العادي، المناظر له في العمر والمستوى التعليمي والاقتصادي. ومن الإعاقات التي تحتاج لاهتمام كبير ودراسة وبحث خاصة في مجتمعنا الفلسطيني إعاقتي التوحد ومتلازمة داون. والتي تعتبر من أمراض النمو، التي يعاني منها الأطفال. فالتوحد يعتبر من الأمراض القديمة الحديثة، ومحط اهتمام الباحثين، لعدم وضوحه، وتشابهه مع اضطرابات أخرى، مثل التخلف العقلي، ومتلازمة داون. وقد تناوله الباحثون في بلاد عديدة

بالدرس والبحث، على عكس مجتمعنا الفلسطيني الذي لم يعطه الكثير من الاهتمام لأنه يعتبر حديث الظهور. أما متلازمة داون فهي كذلك موجودة منذ القدم ولكنها حديثة على مجتمعنا الفلسطيني وتعتبر من الأمراض التي تؤثر على نمو الفرد ولكن التعامل معها أسهل بكثير من التعامل مع التوحد، ومن هنا تتضح مدى حاجة المجتمع الفلسطيني للتعرف على التوحد ومتلازمة داون من خلال البحث عن المعلومات التي تخص هذه الإعاقات ومتابعة كل ما هو جديد وتنفيذ الكثير من الدورات التعليمية وورش العمل للأباء والمربين والعاملين في هذا المجال.

ويرى بعض الباحثين أمثال المغلوث (٢٠٠٦: ١٩) أن التوحد ظل، لسنوات طوال، غامضا في نظر الكثير من الناس والمختصين، لاعتبارات كثيرة، منها وجود لبس بينه وبين أعراض الفصام، ناتج عن تشابه الأعراض وتداخلها.

ويحاول سليمان (٢٠٠٠: ٧) سرد المسميات التي أطلقت على اضطراب التوحد، موضحا أن مسميات كثيرة ومختلفة استخدمت منذ عام ١٩٤٣، منها على سبيل المثال فصام الطفولة المبكر، واجترارية الطفولة المبكرة، وذهان الطفولة، والنمو غير السوي (الشاذ). في حين يرى الباحثون أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح الذاتوية (إعاقاة التوحد).

ويندمج ذوو اضطراب التوحد، بصورة تامة، في أنشطة تكرارية، تشبه الطقوس الحركية شديدة التواتر والتكرار، مثل أرجحة الجسم، أو ضرب الرأس. ولا يسير النمو النفسي للأطفال ذوي اضطراب التوحد وفق أنماط النمو النفسي للأطفال العاديين. وتوجد لدى بعض الأطفال علامات، أو إشارات معينة، منذ الولادة، تدل على احتمال معاناتهم من مشاكل مستقبلية. وفي معظم الحالات، تصبح هذه المشاكل أكثر وضوحا وقابلية للملاحظة، مع تزايد، أو اتساع، الفجوة النمائية بين الطفل التوحدي وبقية الأطفال من نفس مرحلته العمرية. وقد يمر بعض الأطفال التوحديين بفترة نمو نفسي عادي، ثم يرفضون بين الشهر الثامن عشر والشهر السادس والثلاثين الآخرين فجأة، ويتصرفون بطريقة غريبة، أو شاذة، ويفقدون مهارات اللغة والمهارات الاجتماعية، التي سبق أن تعلموها، أو اكتسبوها. (أبو حلاوة، ١٩٩٧: ٦)

وتكمن خطورة التوحد، والقلق المصاحب له، في كونه من أكثر الاضطرابات صعوبة وتعقيدا، لأنه يؤثر على كثير من مظاهر النمو، ويؤدي إلى الانسحاب للداخل والانغلاق على الذات. وهذا يؤدي إلى إضعاف اتصال الطفل بعالمه المحيط، وجعله محبا للانغلاق، ورفض أي نوع من الاقتراب منه، حتى من أقرب الناس إليه. الأمر الذي يجعل الآخرين من حوله في حيرة دائمة إزاء التعامل معه. (المغلوث، ٢٠٠٦: ١٩)

أما بالنسبة لفئة متلازمة داون فيرى شاهين (٢٠٠٨: ٢٥-٢٦) أن أول شخص قام بوصف هؤلاء الأشخاص بطريقة مباشرة كان الطبيب الفرنسي جان إيتن إسكيورول (Jean Etienne Esquirol) وكان ذلك عام (١٨٣٨م) ، بالإضافة إلى أنه قد تم وصف الصفات العامة لهؤلاء

الأطفال بواسطة مدرس فرنسي يدعى إدوارد سيجنا (Edouard Seginna)، علاوة على أن أطفال متلازمة داون يشبهون شعوب منغوليا ، ولوجود هذا الشبه أطلق عليهم المنغوليين واستمرت التسمية رسمياً حتى عام ١٩٨٦، وبعد ضغط كبير من حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية تقرر تغيير هذا الاسم بشكل رسمي، وتكريماً للطبيب داون أطلق على هؤلاء الأشخاص اسم ذوي متلازمة داون.

ويذكر العسرج (٢٠٠٦: ٣٧) أن أصل التسمية جاء عندما قام الطبيب الانجليزي جون لانجدون هايدون داون (John Langdon Hydon Down) بتقديم قائمة بالأعراض والصفات المصاحبة لهذه المتلازمة.

ويضيف يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٥) أن المتتبع للتاريخ الطبي يجد أن السنوات اللاحقة لعهد داون قد احتوت على العديد من البحوث المتواصلة، والتي تحاول وصف وتشخيص أو معرفة أعمق للأطفال الذين عندهم أوصاف وشكل متلازمة داون. هذا وقد قام الكثير من العلماء بمحاولات كثيرة لفهم أكبر وأوسع للأسباب الكامنة وراء هذه المتلازمة ، ففي السنوات الأولى من القرن العشرين أكد العلماء أن السبب وراء هذه الصفات الشاذة وجود خلل جيني في الكروموسومات الموروثة.

ويرى فرج (٢٠٠٧: ١٢١) أن القدرة العقلية لهذه الفئة بين المتوسطة والبسيطة، إذ تتراوح نسبة ذكائهم بين ٤٥ و ٧٠ على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية والبسيطة كالقراءة والكتابة والحساب والمهارات الاجتماعية ومهارات العناية بالذات ومهارات التواصل اللغوي والمهارات الشرائية والمهنية.

وبينت رضوان (٢٠٠٨: ٥١) بشأن نسبة حدوث متلازمة داون، أن حالة واحدة تحدث لكل ٢٥٠٠ ولادة، إذا كان عمر الأم ٣٠ سنة، وحالة لكل ٤٠ ولادة إذا كان عمر الأم ٤٠ سنة. علاوة على أن المتلازمة تحدث في كل أنحاء العالم وفي كل الأعراق. وتبين الدراسات أن متلازمة داون تحدث لطفل واحد من بين ٨٠٠ مولود.

ويرى الباحث أن كلا من التوحد ومتلازمة داون يندرجان تحت فئة الإعاقة العقلية، وبالتالي فإن متلازمة داون تشخص من خلال القدرات العقلية المتدنية، وملامح الوجه التي تختلف عن الأطفال العاديين.

ومن خلال عمل الباحث في مجال الدعم النفسي واحتكاكه المستمر مع الأطفال والتعرف على مشاكلهم المتعددة على مدار عشر سنوات أو ما يزيد، وجد أن العمل مع الأطفال ممتعاً وصعباً في نفس الوقت، ومن هنا بدأ الباحث تفكيره في البحث والدراسة في هذا المجال، والأهم أن الباحث كان يبحث عن ما هو جديد ولم يبحث من قبل باحثين آخرين، أي العمل على مشكلة جديدة تستحق البحث وبدأ تفكير الباحث يتجه إلى الإعاقات التي يعاني منها أطفال فلسطين ووقع

الاختيار على فئتي التوحد ومتلازمة داون كأحد الإعاقات التي لم تلقى اهتمام ولم يتطرق لها الباحثين الفلسطينين، وبدأ الباحث في جمع المعلومات حول الفئتين وقام بزيارات متعددة لجمعية الحق في الحياة للتعرف أكثر على الفئتين عن قرب، كما قام الباحث بجمع الدراسات السابقة التي تتناول الفئتين ودراستها،ومن خلال المعلومات التي استطعت الحصول عليها اتضح مدى حاجة المجتمع لإلقاء الضوء على مشكلتين من أهم المشاكل التي يعاني منها المجتمع الفلسطيني، وتقديم دراسة يمكن أن تساعد الأهالي والمربين والعاملين في هذا المجال، ومن هنا بدأت تتبلور مشكلة الدراسة وتوضح لدى الباحث، وبدأ الباحث بعد ذلك في العمل على مشكلة الدراسة التي تتضح فيما يلي:

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة بالأسئلة التالية:

١. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)؟
٢. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير الجنس؟
٣. هل توجد علاقة ارتباطيه بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة؟
٤. هل توجد علاقة ارتباطيه بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة؟
٥. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين؟
٦. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير نوع الأسرة؟
٧. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة؟
٨. هل توجد فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير وجود قرابة؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

١. التعرف على وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية).
٢. التعرف على وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، حسب الجنس.
٣. الكشف عن وجود علاقة ارتباطيه بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
٤. الكشف عن وجود علاقة ارتباطيه بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
٥. التعرف على وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، حسب المستوى التعليمي للوالدين.
٦. التعرف على وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، حسب نوع الأسرة.
٧. الكشف عن وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة.
٨. الكشف عن وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، حسب وجود قرابة بين الوالدين.

رابعاً: أهمية الدراسة:

أ. الأهمية النظرية:

١. ندرة البحوث والدراسات التي اهتمت بدراسة الفروق بين فئتي الدراسة في المجتمع الفلسطيني (حسب علم الباحث).
٢. التعرف على حجم وطبيعة الإعاقة لدى أطفال التوحد ومتلازمة داون، والفرق بينهما.
٣. إثراء المكتبة العلمية ببحث جديد، يتناول فئتي التوحد ومتلازمة داون، من خلال التعرف على الفروق بينهما في القدرات النمائية.
٤. تقديم معلومات علمية للأسر والمربين، عن جوانب النمو والقدرات النمائية لدى فئتي الدراسة.

٥. إلقاء الضوء على الأساليب التي يمكن استخدامها في التعامل مع فئتي الدراسة.
٦. تناول اضطرابين من أشد الاضطرابات التي تعوق النمو الطبيعي لدى الأطفال، هما التوحد ومتلازمة داون.
٧. تناول فئة عمرية هامة، هي مرحلة الطفولة التي تتشكل فيها الشخصية.
٨. إعطاء معلومات عن الفروق الموجودة بين التوحد ومتلازمة داون يستفيد منها الآباء والأمهات والمربين والعاملين في المجال.

ب. الأهمية التطبيقية:

١. الإسهام في مساعدة أولياء الأمور، والمربين، والعاملين في المجال، في التعامل مع فئتي الدراسة، من خلال توضيح القدرات النمائية لديهما.
٢. حث السيكولوجيين، والعاملين في المجال، لإجراء دراسات أخرى في ميدان التوحد ومتلازمة داون، وعلاقتها بظواهر ومشاكل أخرى.
٣. تقديم الفائدة الميدانية للمراكز، والجمعيات، التي تهتم بتدريب وتطوير وتنمية القدرات النمائية لأطفال التوحد ومتلازمة داون.
٤. تنبيه المجتمع الفلسطيني، وتوعيته، تجاه فئتين تعتبران من الفئات المهمشة، للمساهمة في حل المشكلات التي تواجه هاتين الفئتين.
٥. استفادة المربين والآباء والعاملين في المجال من نتائج الدراسة في التشخيص، والتدريب، والتعليم، والتأهيل، بشكل أفضل.
٦. توعية القائمين على التعامل مع أطفال التوحد ومتلازمة داون بطرق تربوية علمية، قد تسهم في حل الكثير من المشاكل التي تواجههم.
٧. تفيد في إعداد الخطط التربوية، والتعليمية، والعلاجية، لأطفال التوحد ومتلازمة داون.

خامساً: فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الجسمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات المساعدة الذاتية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات التعليمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

٦. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاتصالية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

٧. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير الجنس، لدى مجموعتي الدراسة.

٨. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.

٩. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.

١٠. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، لدى مجموعتي الدراسة.

١١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير نوع الأسرة، لدى مجموعتي الدراسة.

١٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، لدى مجموعتي الدراسة.

١٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير وجود قرابة، لدى مجموعتي الدراسة.

سادساً: حدود الدراسة:

١. الحد المكاني:

تم إجراء الدراسة الحالية على أطفال التوحد ومتلازمة داون ، المترددين على جمعية الحق في الحياة بمحافظة غزة.

٢. الحد الزمني:

تم إجراء الدراسة الحالية خلال الفصل الدراسي الثاني من العام ٢٠١٠-٢٠١١.

٣. الحد البشري:

تم إجراء الدراسة الحالية على جميع أطفال التوحد ومتلازمة داون (وعددهم ١٣٨) في الفئة العمرية (٤ - ٩ سنوات)، بجمعية الحق في الحياة بمحافظة غزة.

سابعاً: مصطلحات الدراسة:

١. التوحد: Autism

يعرفه كل من زاقر Zager (٢٠٠٥: ٣) و فرج (٢٠٠٧: ١٥٢)، على أن التوحد إعاقة نمائية متداخلة، ومعقدة، وعجز في طبيعة ونوعية التواصل والنمو الاجتماعي، يظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

٢. متلازمة داون: down syndrome

يعرف كل من رونالد وبيريرا RONDAL & PERERA (٢٠٠٦: ١٧)، وقوارتينو QUARTINO (٢٠٠٦: ٥٣)، والروسان (٢٠٠٥: ٣٧-٤٠)، ومحمد (٢٠٠٢: ٤١٣)، متلازمة داون على أنها حالة من حالات الإعاقة العقلية، التي ارتبط اسمها بالشعب المنغولي، لما فيه من تشابه في ملامح الوجه. وهي تحدث بسبب خلل في الكروموسوم ٢١، لدى الأمهات المتقدمات في السن (قبل الحمل)، أو حدوث خطأ في موقع الكروموسوم، أو خطأ في توزيع الكروموسومات.

٣. التعريف الإجرائي للقدرات النمائية:

يعرف الباحث القدرات النمائية إجرائياً، على أنها الدرجة التي يحصل عليها، أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، الموجودين في جمعية الحق في الحياة بغزة، على الأبعاد التي يتضمنها الاختبار المستخدم (اختبار الصورة الجانبية)، وهي المهارات الجسمية، ومهارات المساعدة الذاتية، والمهارات الاجتماعية، والمهارات التعليمية، والمهارات الاتصالية.

ثامناً: الأساليب الإحصائية:

اعتمد الباحث، في دراسته، على المعالجات الإحصائية الآتية:

١. معامل الارتباط بيرسون.

٢. T- test .

٣. تحليل التباين الأحادي One way Anova.

٤. اختبار مان ويتتي.

٥. الإحصاءات الوصفية (التكرارات، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري).

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: التوثيق

ثانياً: تحقيق حالة مبحث التوثيق

ثالثاً: متلازمة كارون

رابعاً: تحقيق حالة مبحث متلازمة كارون

خامساً: تحقيق حالة الإطار النظري

الفصل الثاني

المبحث الأول التوحد

أولاً: مقدمة:

يعتبر التوحد، كما يذكر جوهر (٢٠٠٥: ٢٩) ، من أعقد السلوكيات الاجتماعية، وأكثرها صعوبة. ويرى سليمان وآخرون (٢٠٠٣: ١٩) أنه كي نفهم التوحد، كاضطراب نمائي يحدث في فترة الطفولة المبكرة، لا بد من النظر إلى بدايات الإشارة إليه كمرض نفسي، أي بداياته التاريخية. ويذكر عبد الله (٢٠٠١: ١٢) أن ليو كانر Leo Kanner أول من وصف أعراض التوحد، عند أحد عشر طفلاً عام ١٩٤٣، وسماها أعراض التواصل الانفعالي الذاتية. وقد لاحظ كانر Kanner استغراق هؤلاء الأطفال، المستمر، في الانغلاق الكامل على الذات، والتفكير المتميز الذي تحكمه الذات، أو حاجات النفس، وبعدهم عن الواقعية، بحيث تصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم.

ويرى الزراع (٢٠٠٤: ١٣): أن منذ عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة للتوحد، منها التوحد الطفولي المبكر، ذهان الطفولة، وفصام الطفولة. وتضيف مجيد (٢٠١٠: ٢٠-١٩) أن هناك تسميات أخرى، مثل التوحد والنمط غير السوي في النمو (الشاذ).

ويشير بطرس (٢٠١٠: ١٨٥) إلى عدة مدارس، تناولت التوحد بالتحليل، الأولى تدعو لمقارنة تحليلية للمرض، طورها عالم النفس برونو بتلهام Bruno Bettelheim. وهي تعيد أسباب التوحد إلى علاقة خاطئة بين الأم والطفل، وتدعو إلى العلاج بالتحليل النفسي. والثانية الذهنية، التي تعيد التوحد إلى خلل في نمو الدماغ، وتعطي الأولوية للتربية بدل العلاج. والثالثة ظهرت عام ١٩٨٧م، في أستراليا، تحت اسم الاتصال المبسط، تدعو لمساعدة المتوحدين في التعبير عن أنفسهم، بفضل مربٍ خاص، يلزم المريض، ويبقى ممسكاً بيده. وقد أعطت هذه الطريقة نتائج فعالة.

وتذكر مجيد (٢٠١٠: ٢٠-١٩) أنه على الرغم من قيام كانر Kanner برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وتصنيفه لها كفئة خاصة، من حيث نوعية الإعاقة، إلا أنه لم يتم الاعتراف بها، كفئة خاصة، إلا في عقد الستينيات، إذ كانت تشخص على أنها نوع من الفصام الطفولي، وفقاً لما ورد في الدليل الإحصائي، لتشخيص الأمراض العقلية، في الطبعة الثانية (DSM2). ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام ١٩٨٨، حين نشرت الطبعة المعدلة (DSM3R)، التي فرقت، بوضوح، بين الفصام، وإعاقة التوحد. إذ أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام. وربما يرجع هذا الخلط في المفهوم إلى وجود بعض الأعراض المشتركة،

مثل الانطواء، والانعزالية. ولكن، في الواقع، إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها، ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو، تماماً، من أعراض الهلوسة، أو الهذات.

وكان العمل مع التوحد، في الفترات المبكرة للعمل مع التوحد، في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، يركز على توضيح الأعراض، التي تحدد التوحد، على أنه متلازمة محددة. وامتازت هذه المرحلة بالتركيز على مقارنة التوحد مع غيره من الاضطرابات. وتوصلت البحوث إلى وجود ثلاثة مجالات من السلوك، لدى الغالبية العظمى من الأطفال المتوحدين، اشتملت على الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، وتأخر واضطراب لغوي، وسلوكيات استحواذية، أو طقوسية، مرتبطة باللعب التكراري، والنمطي. وفي السبعينيات، وبداية الثمانينيات من القرن الماضي، كان هناك معلمان رئيسيان، هما الممارسة الإكلينيكية والبحوث التي أظهرت مناهج تقييم منظمة، وأدت إلى التعرف على مدى أنواع، ومستويات، الصعوبة في التوحد. وظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره، من الاضطرابات النمائية العامة. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٢٧)

ثانياً: تعريف التوحد:

مدخل:

يشير الريحاني وآخرون (٢٠١٠: ٢٥٦) إلى أن الأطفال المتوحدين يتجاوزون السنة الأولى، تقريبا، مثل الأطفال العاديين. ولكن، مع نهاية السنة الثانية، يبدو واضحاً أن سلوكهم غير عادي، إذ يصبح فهمهم للأشياء غير طبيعي، واهتماماتهم محدودة، والكلمات القليلة، التي تعلمها، تبدأ بالضياع، وتظهر الانفعالات غير مستقرة، كما يضطرب نومهم.

ويؤكد الزراع (٢٠٠٦: ٦٥-٦٦) أن التوحد يعتبر واحداً من خمسة اضطرابات، تندرج تحت مظلة اضطرابات النمو الشاملة. كما يندرج تحت فئة الاضطرابات العصبية، التي تتصف باضطراب، وانحراف شديد، في مجالات النمو المختلفة، المشتمة على التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل. والاضطرابات الخمسة، التي تندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية، هي اضطراب التوحد، واضطراب اسيرجر، واضطراب التفكك، أو الانحلال الطفولي، واضطراب ريت، والاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى غير المحددة.

وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه، نوع من الاضطرابات التطورية، التي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى، من عمر الطفل، وتكون نتاجاً لاضطرابات نيورولوجية، تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي (اللفظي أو غير اللفظي)، لدى الأطفال، صعباً، واستجابتهم للأشياء أكثر منها للأشخاص، كما أنهم يحبون الروتين والنمطية. (نصر، ٢٠٠٢: ١٩)

ويعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH,1998) بأنه، تشويش عقلي، يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، وإقامة علاقات مع الآخرين، والاستجابة، بطريقة غير مناسبة، مع البيئة المحيطة بهم. وقد يكون بعض المتوحدين متأخرين، أو يعانون من تخلف عقلي، أو بكم، أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي. وبعضهم يبدون محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة، ونماذج تفكير جامدة. وأكثر هؤلاء يواجهون مشاكل اجتماعية، وحسية، تتصل بالإدراك، فضلاً عن مشاكل اتصالية. وكل هذه المشاكل تؤثر على سلوكهم، وبالتالي على قدراتهم على التعلم، والتكيف مع الحياة. (المغلوث، ٢٠٠٦: ٢٨)

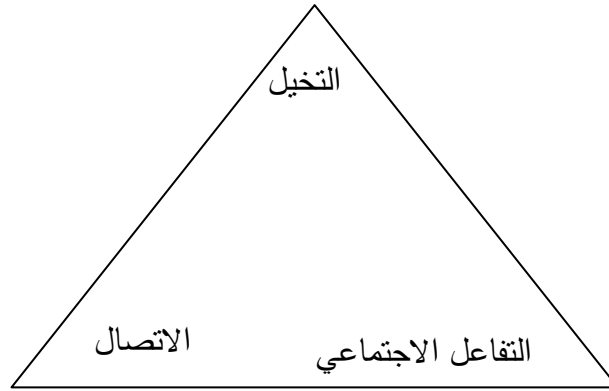
يتضح مما سبق أن هناك اتفاق بين كل من سليمان (٢٠٠٠: ٢٤)، وعبد الله (٢٠٠١: ١٥)، ومحمد (٢٠٠٢: ٣٢)، والزراع (٢٠٠٤: ١٧)، والزريقات (٢٠٠٤: ٣١)، ومايلز وآخرون (٢٠٠٧: ٤١)، وعليوات (٢٠٠٧: ٧)، والغريز وعودة (٢٠٠٩: ٢٣)، ومجيد (٢٠١٠: ٢٨)، على تعريف التوحد بأنه "اضطراب نمائي، ناتج عن عجز، أو خلل وظيفي في المخ، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين، وبصاحبه بعض المظاهر السلوكية النمطية، والطفوسية".

ويرى الباحث أن ما سبق ذكره يؤدي إلى خلل وقصور في المهارات العامة لدى أطفال التوحد مثل المهارات الجسمية ومهارات العناية بالذات والمهارات الاجتماعية والمهارات التعليمية والمهارات الاتصالية، كما يتضح من العرض السابق أن للجانب اللغوي اثر كبير في تنمية الجوانب النمائية لدى أطفال التوحد. ومن خلال ثلوث الإعاقات يتضح مدى التداخل بين المهارات المتعددة ومدى تأثير الاتصال واللغة على تنمية جميع المهارات لدى التوحديين.

ثالثاً: ثلوث الإعاقات:

يتفق الإمام والجوالدة (٢٠١٠: ٢١-٢٢)، وشكشك (٢٠٠٩: ١٢٨)، مع ما أوردته ستون Stoon (٢٠٠٤: ٢١)، من أن خصائص سلوكية معينة تظهر لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية، هي المعايير التي من الممكن أن تكون الأكثر قبولاً عالمياً، والمتمثلة بـ:

- إعاقات في التفاعل الاجتماعي.
- إعاقات في الاتصال الاجتماعي.
- إعاقات في التخيل.



شكل رقم (٢-١) يوضح ثلاث الإعاقات

رابعاً: نسبة انتشار التوحد:

يقدر عبد الله (٢٠٠١: ١٦)، وخطاب (٢٠٠٥: ٢٠)، وعسليية (٢٠٠٦: ١٩)، والغريير، عودة (٢٠٠٩: ٣١)، نسبة انتشار التوحد، بما بين ٤ و ٥ حالات توحد كلاسيكية، في كل ١٠,٠٠٠ مولود. ويوضح أنه أكثر شيوعاً في الأولاد من البنات، بنسبة ٤:١.

وتضيف نصر (٢٠٠٢: ٢٠) أن الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة، تشير إلى أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرد مصابين بالتوحد، ثلثهم من الأطفال. كما أشارت إلى أن إعاقة التوحد تعد الإعاقة الرابعة، الأكثر شيوعاً، من بين الإعاقات المختلفة، والتي تتمثل في التخلف العقلي، والصرع، والشلل الدماغي.

ويعرض عامر (٢٠٠٨: ٢٩) ما أشار إليه تقرير جامعة كامبردج، من أن نسبة التوحد في ازدياد، إذ أصبحت ٧٥ حالة في كل ١٠,٠٠٠ طفل، من عمر ٥-١١ سنة. وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً، وهو خمس حالات.

ويضيف علي (٢٠١٠: ٢٧) أن اليابان قامت بنشر تقرير عام ٢٠٠٥، من خلال دراسة، أجريت على مناطق من يوكوهاما، بتعداد سكان يبلغ ٣٠٠,٠٠٠ نسمة، الأطفال منهم تحت سبع سنوات، وكانت نسبة طيف التوحد:

- ٤٨ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل عام ١٩٨٩،
- ٩٦ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل عام ١٩٩٠،
- ٩٧ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل عام ١٩٩٣،
- ١٦١ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل عام ١٩٩٤.

ويقول عليوات (٢٠٠٧: ٥٢) إن التوحد يرتفع بنسبة ١٠-١٧% سنوياً. ويعلق المغلوث (٢٠٠٦: ٣٤) قائلاً: هذا ما يتعلق بحدوث التوحد منفرداً، في الأطفال، أما حدوثه مصاحباً لاضطرابات أخرى، فإن النسبة تتضاعف. إذ تشير بعض التقديرات إلى أن عدد الأطفال، الذين يصابون بالتوحد، والاضطرابات السلوكية المرتبطة به، يقدر بحوالي ٢٠ لكل ١٠٠٠ طفل. ويذكر روزمان وبلوم (٢٠٠٨: ٢٠) Rossman and -Bloom أن نسبة الذكور بالنسبة للإناث تبلغ ٤:١ في اضطرابات طيف التوحد، فالإناث المتوحدين يعانون من انخفاض شديد في الذكاء مقارنة مع الذكور، وليس هناك حالياً أي تفسير لهذا التفاوت، في نسبة الجنس. ويرى الباحث أنه، حتى الآن، لم يتم تحديد نسبة انتشار التوحد في فلسطين. والسبب في ذلك قلة الدراسات التي تهتم بالتوحد، وقلة الإمكانيات التي تساعد في التعامل مع التوحد، وشيء آخر مهم، هو حداثة التتبع لمثل هذا الاضطراب، أو الإعاقة، في المجتمع الفلسطيني.

خامساً: تشخيص التوحد:

مقدمة:

يرى فولكمار Volkmar (٢٠٠٥: ١) أن الطبيب يجب أن يعرف، في سياق عملية التشخيص، تاريخ المريض، والتحدث مع الآخرين حوله، ومراقبته، والمشاركة في الاختبارات المتخصصة، واستخدام المختبرات، وغيرها من الطرق، لمساعدة المرضى، في تحديد المشاكل وأسبابها. وفي كثير من الأحيان، قد يشارك أكثر من طبيب، أو معالج، في عملية التشخيص، ودمج المعلومات المجمعة، في سرد متماسك، وتوافقي، يعكس معلومات متنوعة.

صعوبات التشخيص :

يتفق الزراع (٢٠٠٤: ٣٤)، مع نصر (٢٠٠٢: ٢٤)، على أن الأطفال المتوحدين، يُعتبرون مشكلة شديدة التعقيد، لصعوبة تمييزهم عن غيرهم، من الأطفال ذوي التخلف العقلي، أو الذهانيين، أو الذين يعانون من اضطرابات في اللغة، نظراً لتداخل أعراضها مع أعراض الفئات السابقة، وعدم وجود فريق علاجي مناسب، لتشخيص هذه الفئة.

ويؤكد الزريقات (٢٠٠٤: ١٣٤) أن تشخيص التوحد يحتاج إلى ترو، وتيقن، من خلال جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين، والمحيطين بالحالة. ويرى أنه من الممكن تشخيص التوحد، في مركز ما، على أنه توحد، وفي مركز آخر، على أنه اضطراب آخر، نتيجة التسرع.

وتضيف عسلي (٢٠٠٦: ٦٣-٦٤) أن التوحد اضطراب فسيولوجي، في الدماغ، يسبب صعوبات نمائية. ويمكن للأعراض المتعددة للتوحد أن توجد بمفردها، أو متلازمة مع حالات

أخرى، كالتخلف العقلي، والصمم، وكف البصر، والصرع. كما تأخذ الأعراض أشكالاً مختلفة، بحسب العمر الزمني. وهنا تتضح صعوبة تشخيص التوحد.

ويذكر عامر (٢٠٠٨: ١١٦-١١٧) بعض الصعوبات، التي تواجه المعالجين في تشخيص التوحد، وهي التباين في أعراض التوحد، من حالة لأخرى، وشيوع الاعتقاد بأن معظم اضطرابات الطفولة هي اضطرابات نفسية المنشأ، وعدم وجود اتفاق عام على العوامل المسببة للاضطراب: هل هي وراثية جينية، أو عوامل اجتماعية، أو عوامل سيكولوجية، أو بيوكيميائية، أو إصابات تحدث أثناء فترة الحمل، أو نتيجة لتداخل أكثر من عامل من هذه العوامل. ومن الصعوبات، أيضاً، أن نمو الطفل المتوحد، مع التقدم في العمر الزمني، قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض، أو ظهور أعراض جديدة، وأن بعض مؤشرات التشخيص، من DSM4، لا تخضع للقياس الموضوعي الدقيق.

ويرى الباحث أن صعوبة التشخيص تكمن في صعوبة التواصل مع الأطفال المتوحدين، وصعوبة تقبل الطفل المتوحد للمعالج، الذي يقوم بالتشخيص، والتجاوب معه، والاستجابة له، لذا كان لا بد أن يكون المعالج على خبرة عالية، في التعامل مع مثل هذه الحالات. كما يرى الباحث أن عملية التشخيص أمر في غاية الأهمية حتى يتم من خلال التشخيص الدقيق التفريق بين التوحد والأمراض الأخرى: وتحديد أعراض التوحد بشكل دقيق ولذلك كان لا بد من وجود فريق عمل يتمتع بخبرة واسعة في تشخيص التوحد وعلى معرفة واسعة بمحكات التشخيص للتوحد.

محكات التشخيص:

حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM4) المعدل (٢٠٠٤: ٣١)، معايير تشخيص التوحد، كما يلي:

• ينبغي توفر ما مجموعه ستة أعراض، أو أكثر من * (١)، أو * (٢)، أو * (٣)، وعرضين، على الأقل، من (١)، وعرض واحد من كل من (٢) و (٣).

* (١) اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي، كما يتجلى في عرضين، من الأعراض التالية، على الأقل:

أ. اختلال صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة، كتحديد عين في عين، وتعبيرات الوجه، والأوضاع الجسدية، والإيماءات التي تخدم في تنظيم التفاعل الاجتماعي.

ب. الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران، تكون مناسبة للمرحلة التطورية.

ت. غياب السعي العفوي، للمشاركة في المتعة، أو الاهتمامات، أو الإنجازات، مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور، أو الإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها، أو إحضارها).

ث. انعدام التبادل الاجتماعي، أو الانفعالي.

- * (٢) اختلال كفي في التواصل، كما يتبدى في واحدة من الأعراض الآتية، على الأقل:
- أ. تأخر في تطور اللغة المنطوقة، أو غيابها الكامل، (ولا يترافق ذلك مع محاولة التعويض، من خلال نماذج بديلة من التواصل، كالإيماء أو التلميح).
- ب. يكون لدى الأشخاص، الذين يمتلكون كلاماً كافياً، اختلال واضح في القدرة على استهلاك حديث، أو الاستمرار فيه مع الآخرين.
- ت. استخدام متكرر، ونمطي، للغة، أو استخدام لغة خاصة.
- ث. انعدام ألعاب الخيال المنوعة، أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية، المناسبة للمستوى التطوري.
- * (٣) نماذج من السلوك، والاهتمامات، والأنشطة المقيدة، التكرارية، والنمطية، كما تتجلى في واحدة من الأعراض الآتية، على الأقل:
- أ. انشغال كلي بموضوع اهتمام، أو مواضيع اهتمام، مقيدة ونمطية وشاذة، إما في الشدة، أو التركيز.
- ب. التقيد الصارم، بصورة واضحة، بطقوس، أو روتين نوعي وغير وظيفي.
- ت. أسلوبية حركية متكررة ونمطية (مثل الضرب بالإصبع، أو ليه، أو حركات معقدة لكامل الجسم).
- ث. الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.
- تأخر الأداء، أو أداء غير طبيعي، يبدأ قبل ثلاث سنوات، في واحد من المجالات الآتية: (١) التفاعل الاجتماعي (٢) اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي (٣) اللعب الخيالي، أو الرمزي.
 - لا ينجم الاضطراب عن اضطراب ريت، أو الاضطراب التفككي، في الطفولة.
- ويشدد خطاب (٢٠٠٥: ٥١) على ضرورة توافر مجموعة من المعايير المحددة، التي يجب استخدامها في التشخيص، والتصنيف، لطفل التوحد هي:
١. اضطرابات حادة في الشخصية، تتميز بانطواء شديد على الذات، وانفصال تام عن الناس.
 ٢. دلائل تشير إلى أن هذه الظاهرة تحدث خلال أول سنتين من الحياة.
 ٣. عدم وجود أعراض لتأخر حاد في النمو الحركي، ترتبط، عادةً، بجوانب من القصور العقلي الحاد. و يقول خطاب إن وارد ward اقترح لتشخيص الأطفال المتوحدين، عدم الارتباط بالأشياء، وعدم استخدام اللغة، والمحافظة على الرتابة والروتين، وضعف في الوظائف العصبية.
- وتذكر عسلية (٢٠٠٦: ٤١، ٤٢) قائمة، تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال، علماً أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون وحده حاسماً، بشكل جوهري. وفي حالة ظهور سبعة أعراض أو أكثر، من السمات الواردة في القائمة، فإن تشخيص الاضطراب على أنه توحد واجب، ومن هذه السمات ما يلي:

١. يتصرف الطفل كأنه أصم.
٢. يقاوم التعليم.
٣. ضحك وقهقهة غير مناسبة.
٤. لا يبدي خوفاً من المخاطر.
٥. لا يحب العناق.
٦. فرط الحركة.

فريق العمل الاكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص:

أكدت نصر (٢٠٠٢: ٣٣) أن الأبحاث الحديثة توصلت إلى ضرورة وجود فريق عمل متكامل، لتشخيص حالة الطفل المتوحد، بمعنى أنه لا ينجح طرف واحد، فقط، في وضع التشخيص بمفرده. ويحتوي فريق العمل على الطبيب النفسي، والعقلي، وأطباء الأطفال، وطبيب الأعصاب، والسمع، والتخاطب، والأخصائي الاجتماعي، والمتخصصين التعليميين. ويرى الباحث أن لكل متخصص دوره، الهام، في تشخيص الطفل المتوحد، وبالتالي سوف يتم عرض دور كل متخصص في فريق العمل كالاتي:

١. طبيب الأطفال:

وهو طبيب متخصص، في مجال أمراض الأطفال، في الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن الثامنة عشر، ودوره في إجراء الكشف الطبي العام، وفحص وجود اضطرابات طبية، إضافة إلى تقييم حاجة الطفل للعلاج الطبي، من خلال العقاقير، وإجراء فحوص طبية أخرى، بناءً على حاجة الطفل لها. (عسليّة، ٢٠٠٦: ٥٢)

٢. الطبيب النفسي:

تقول نصر (٢٠٠٢: ٣٣): إن الطبيب النفسي هو المعالج الأساسي في التشخيص، لأنه حلقة الوصل بين أفراد الفريق، والذي يقوم بجمع المعلومات، والبيانات، المطلوبة للتشخيص، كما أنه يقوم بمقابلة الطفل ووالديه. ويقول عليوات (٢٠٠٧: ٢٥): إن الطبيب النفسي قد يجري الاختبارات النفسية للطفل، ويتمتع بخبرة أكبر في تشخيص الاضطرابات النفسية، والعقلية.

٣. الأخصائي النفسي:

له دور أساسي في التشخيص، فيما يتعلق بجميع مجالات التطور، ودراسة السلوك، من خلال إجراء الاختبارات النفسية، والمراقبة، وإجراء المقابلات مع الآباء، من أجل التوصل للتشخيص المناسب، وتحديد مستوى الأداء.

٤. الأخصائي الاجتماعي:

يتولى مسؤولية مقابلة الوالدين، وجمع تقارير الفحوص الطبية، والنفسية، وتحصيل المعلومات، عن مراحل تطور الطفل، وتاريخه الصحي، والتعليمي، من الوالدين. ويقوم بكتابة تقرير، يوضح، من خلاله، جميع المعلومات التي تم استنتاجها. (عليوات، ٢٠٠٧: ٢٦)

٥. أخصائي النطق والتخاطب:

يعمل على تقييم عمر الطفل اللغوي، من خلال المشاهدات المباشرة. إذ يقيم المهارات التي تسبق اللغة، مثل مدى اهتمام الطفل بالأصوات، وقدرته العشوائية في فهم، واستخدام، الإشارات والإيماءات، والانتباه، والقدرة على التقليد والمحاكاة. ويقوم الأخصائي بتحديد عمر الطفل اللغوي (لغة استقبالية- لغة تعبيرية)، ومن خلال ذلك يضع نقطة البدء في تعليم المهارات اللغوية. (نصر، ٢٠٠٢: ٣٤)

٦. أخصائي العلاج الطبيعي:

يتركز دوره في تقويم المهارات الحركية الكبيرة، المتمثلة في المشي، والحبو، ووضع الوقوف. وليس من الضروري وجوده ضمن الفريق، لأن أغلب الحالات لا ترتبط بمشاكل حركية أساسية. (الزراع، ٢٠١٠: ١١٨)

٧. أخصائي العلاج الوظيفي:

يتركز دوره في تقويم الطفل في أنشطته، ومهاراته اليومية، التي تتطلب المهارات الحركية الكبيرة، أو الدقيقة، إضافة إلى التكامل الحسي. وفي كثير من الأحيان تتداخل أدوار أخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي العلاج الوظيفي، ومع ذلك فإن الفارق بين العاملين، أن أخصائي العلاج الطبيعي يعمل مع العضلات الكبيرة، وأخصائي العلاج الوظيفي على تعليم وتقويم المهارات الحياتية، كمسك القلم، أو الملعقة، بصورة سليمة. (الزراع، ٢٠١٠: ١١٩)

٨. أخصائي السمع وأخصائي العيون:

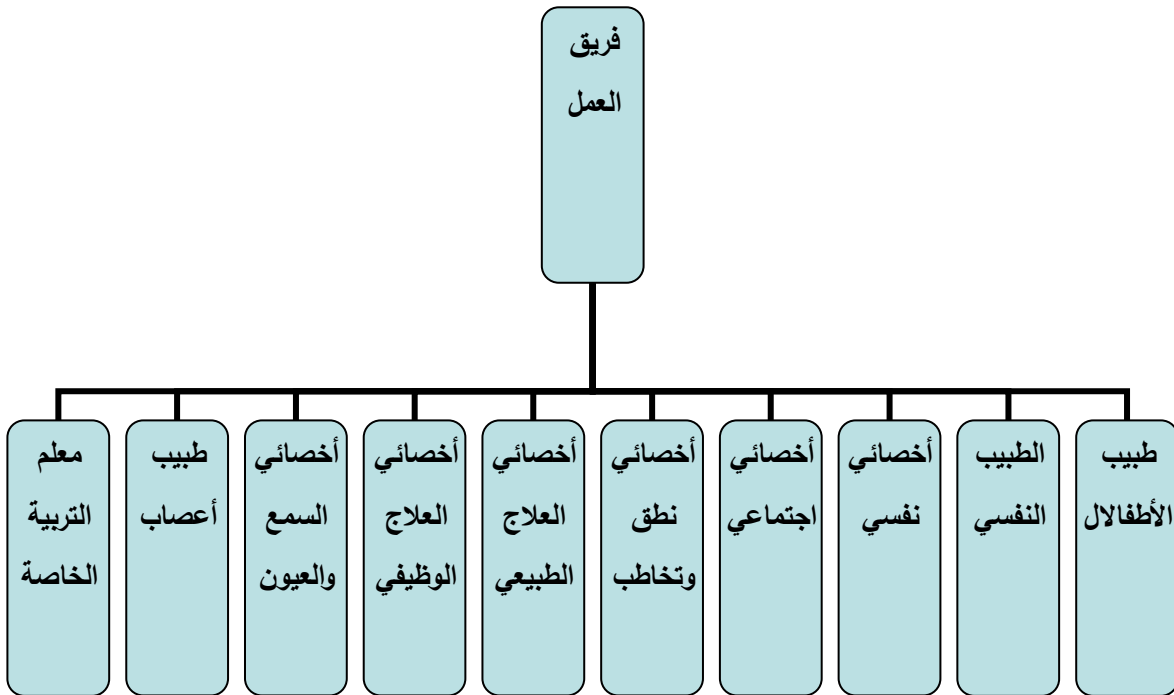
يقدم كل منهما المعلومات، اللازمة لاستبعاد، أو تحديد، أية مشكلة متعلقة بمقدرة الطفل على السمع، أو البصر.

٩. طبيب الأعصاب:

يقدم المعلومات، اللازمة عن وجود أية اضطرابات، في الجهاز العصبي، قد يعاني منها الطفل، كصعوبة توجيه الانتباه بين المهام المختلفة، أو صعوبة التحكم الحركي.

١٠. معلم التربية الخاصة:

إن للمعلم دوراً خاصاً في عملية تقويم الطفل، فبينما يقوم باقي أفراد الفريق بتحديد الإطار العام لمستوى تطور الطفل، في جميع المجالات، يقوم المعلم بإعطاء تفاصيل أكثر عن الطفل، وتفاعله مع الآخرين. (عسلي، ٢٠٠٦: ٥٣-٥٤)



شكل رقم (٢-٢) يوضح الفريق الإكلينيكي الذي يتعامل مع مرضى التوحد

التشخيص الفارق:

يعتبر التوحد من الاضطرابات، التي تتشابه مع اضطرابات أخرى، قريبة منها في الأعراض. لذلك كان لا بد من وجود تشخيص فارق، بينه وبين هذه الاضطرابات، للوصول إلى تشخيص دقيق، ومن ذلك:

١. التخلف العقلي: Mental retardation

- يتفق سليمان (٢٠٠٠: ٧٥-٧٦)، وعبد الله (٢٠٠١: ٣٠)، والزراع (٢٠٠٤: ٥٦-٥٧)، وخطاب (٢٠٠٥: ٦٨-٧١)، وعسلي (٢٠٠٦: ٦٨)، والمغلوث (٢٠٠٦: ٨٥)، والغريز وعودة (٢٠٠٩: ١٠٤)، على بعض المؤشرات، التي تساعد على التشخيص الفارق، وهي:
- أ. المتوحد غير متعلق بالآخرين، حتى مع وجود ذكاء متوسط، بعكس المعاقين عقلياً.
 - ب. يمكن للمعاق عقلياً بناء حصيلة لغوية، لكنه يستخدم القليل منها، مبكراً، في التواصل مع أسرته، وأقرانه.
 - ت. المعاق عقلياً لا يعاني من مشكلة رجع الصدى (إعادة آخر كلمة، أو كلمتين، من الكلام الموجه للطفل)، عكس الطفل المتوحد.
 - ث. المعاق عقلياً يقبل التغيير في عاداته اليومية، ويشارك في الأنشطة، عكس المتوحد.
 - ج. المعاق عقلياً لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر.
 - ح. يتجنب المتوحد التواصل البصري بالتقاء العيون، وهذا لا يحدث في الإعاقة العقلية.
 - خ. ينتاب المتوحد نوبات فجائية، من الضحك، أو البكاء، أو الصراخ، تستمر طويلاً، وهذا لا يحدث عند المعاق عقلياً.
 - د. قد يبدي المتوحد تفوقاً في أحد المجالات، كالرياضيات، أو الفن، بعكس المعاق عقلياً.
 - ذ. نسبة انتشار التوحد أقل من التخلف العقلي بمراحل.
 - ر. التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً، أما التخلف العقلي، فقد يولد به الطفل، أو يحدث بعد الولادة، نتيجة حادث، أو مرض معد.
 - ز. يرفض المتوحد حمل الأم له، واحتضانه، أو تقبيله، عكس طفل التخلف العقلي.
 - س. يحتاج المتوحد لرعاية طيلة حياته، أما المعاق عقلياً (البسيط والمتوسط)، فقد يحقق استقلالاً ذاتياً.
 - ش. تقل العيوب الجسمية لدى المتوحد، مقارنة بالمعاق عقلياً.
- وفي دراسة محمد (٢٠٠٠)، التي طبقت على أطفال متوحدين، وأقرانهم من المعاقين عقلياً، كمحاولة تشخيصية، لتحديد الأداء السلوكي الفارق للفئتين، كشفت النتائج عن أن الأطفال

المعاقين عقلياً هم الأكثر تفاعلاً، وأقل انسحاباً، في حين كان أقرانهم المتوحدون الأقل تفاعلاً، والأكثر انسحاباً.

٢. متلازمة اسبرجر: Asperger syndrome

يتفق عبد الله (٢٠٠١: ٣٢)، ومحمد (٢٠٠٣: ٩)، والزراع (٢٠٠٤: ٤٦)، والجمعية اللبنانية للأوتيزم (٢٠٠٦: ٤)، على بعض المؤشرات التي تساعد على التشخيص الفارق، وهي:

أ. يتمتع المصابون باسبرجر بقدرات ذكاء طبيعية، أو ما يفوق ذلك، بينما يعاني نحو ٧٥-٧٧% من المصابين بالتوحد من تخلف عقلي.

ب. قصور في النمو اللغوي، لدى المتوحد، وقدرات لغوية عادية، لدى مصابي اسبرجر.

ت. قد يعاني المتوحد من انتكاسات، بعكس اسبرجر.

ث. تظهر الاضطرابات العصبية لدى اسبرجر بشكل أقل من التوحد.

٣. الفصام: Schizophrenia

يتفق سليمان (٢٠٠٠: ٨٦)، والزراع (٢٠٠٤: ٥١)، وخطاب (٢٠٠٥: ٧٣)، وعسليية (٢٠٠٦: ٨٥-٨٦)، والمغلوث (٢٠٠٦: ٧٦-٧٧)، والغريز وعودة (٢٠٠٩: ١٠٤-١٠٥)، على بعض المؤشرات التي تساعد على التشخيص الفارق، وهي:

أ. يظهر التوحد في أول ثلاث سنوات، أما الفصام فيظهر بعد ذلك، وغالباً في الرشد.

ب. لا يقترن التخلف العقلي بالفصام، عكس التوحد الذي يقترن بالتخلف العقلي.

ت. يعاني الفصاميون من هلاوس، واضطرابات في التفكير، وأوهام، بعكس المتوحدين.

ث. المتوحد غير متفاعل اجتماعياً، بعكس الفصامي الذي تتواجد لديه هذه القدرة.

ج. نسبة حدوث التوحد ١:٤ ذكور مقابل إناث، أما في الفصام فالنسبة متساوية.

٤. متلازمة ريت: Rett syndrome

يتفق محمد (٢٠٠٣: ١٠)، والزراع (٢٠٠٤: ٤٩-٥٠)، والجمعية اللبنانية للأوتيزم (٢٠٠٦: ٥)، والزراع وعبيدات (٢٠١١: ٤٣)، على أن هذه الحالة تحدث للبنات فقط، ويكون التطور طبيعياً حتى عمر ٦-١٨ شهراً، ثم يبدأ بعد ذلك محيط الرأس بالصغر، كما تفقد الطفلة القدرة على تحريك يديها بشكل هادف. وتعاني من عدم القدرة على التنسيق بين الجذع والمشى، وخلل في فهم اللغة والتعبير بواسطتها.

٥. اضطراب الطفولة غير التكاملي: Childhood Disintegrative Disorder

وصفه هيلر Heller بأنه مرض ذهاني، وحالة نادرة جداً، ويحدث من ١ / ١٠ أطفال. وهو يختلف، عن اضطراب التوحد، في بدايته المميزة. خلال السنتين الأولى والثانية يكون النمو طبيعياً، وخلال الثالثة والرابعة يبدأ بالتدهور الشديد والمفاجئ، متمثلاً في فقدان المهارات، في اثنين، على الأقل، من المجالات الآتية: المهارات اللغوية، المهارات الاجتماعية، اللعب، الحركات واستخدام المرحاض. وإضافة إلى ذلك، هناك أنماط سلوكية شاذة، تنشأ داخل اثنين، على الأقل، من مجالات النمو المشتركة مع التوحد (على سبيل المثال: المعاملة بالمثل الاجتماعية، واقعية الاتصالات، والسلوك النمطي). (Zager, 2005:21-22)

٦. اضطرابات التواصل:

يعرض خطاب (٢٠٠٥: ٧٣) التشخيص الفارق، بين التوحد واضطرابات التواصل، من خلال الآتي:

- أ. يتعلم مضطربو التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية، لمحاولة التواصل مع الآخرين.
 - ب. يحاول مضطربو التواصل أن يحققوا التواصل، بالإيماءات، وتعبيرات الوجه، تعويضاً عن مشكلة الكلام.
 - ت. كلاهما يعيد الكلام، إلا أن المتوحد يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر.
- من خلال ما سبق يرى الباحث أن التوحد يختلف عن الاضطرابات الأخرى اختلافاً جوهرياً ويحتاج لدقة متناهية لتفريقه عن الاضطرابات الأخرى، فكثير من الأخصائيين والأطباء يخلطون بين التوحد واضطرابات أخرى في التشخيص مثل اضطراب فصام الطفولة، فالتوحد يختلف عن التخلف العقلي في أن المتخلف عقلياً يستطيع مساعدة نفسه والتعلم والتقليد في حين أن المتوحد يعتمد اعتماداً كلياً على من حوله، كما أن التوحد يختلف عن متلازمة اسبرجر، حيث أن المصابون باسبرجر يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية، وبالتالي لا بد من توخي الدقة في تشخيص التوحد، حتى يتم علاجه بالشكل المناسب.

سادساً: خصائص وسمات الطفل التوحد:

يذكر الزريقات (٢٠٠٩: ٢٩٠-٢٩٢) أن أطفال التوحد يظهرون عيوباً، في الخصائص النمائية الآتية: قصور نوعي في العلاقات الاجتماعية، وعجز في التواصل واللغة، واستجابة غير اعتيادية للمثيرات الحسية، وأنماط سلوكية طقوسية، وغير اعتيادية.

١. الخصائص السلوكية:

يسرد الغرير وعودة (٢٠٠٩: ٨٠) خصائص المتوحدين السلوكية كالاتي: ضعف استخدام الكلمات، وظهور أصوات غريبة، ونغمة صوتية غير مفهومة. ويتميز سلوكهم بأنه محدد، ومحصور، وضيق. وتظهر أحياناً ثورات، ونوبات، غضب مؤقتة، وسلوكياتهم مزعجة للآخرين. ومن الأمثلة على أنماطهم السلوكية، لف خصلات الشعر، تدوير القلم بالأصابع، تكرار فك وربط الأشياء، كالحذاء، والقميص، والسحاب.

ويضيف عامر (٢٠٠٨: ٦١) أن هناك أنماطاً غريبة، من السلوك، مرتبطة بهذه الإعاقة، تخرج عائلة الطفل المتوحد، كخلع الملابس في الأماكن العامة، أو الأكل بطريقة غير ملائمة، والضرب دون مبرر. ويشير الزريقات (٢٠٠٤: ٣٨) إلى أن المتوحدين يزعجون لأي تغيير في البيئة، أو الروتين. وتقول مجيد (٢٠١٠: ٥٣) أن الطفل المتوحد كثيراً ما يقوم بأداء حركات معينة، بتكرار متصل، لفترات طويلة، كهز رجليه، أو جسمه، أو رأسه، أو الطرق بإحدى اليدين على رسغ الأخرى، أو لف اليد في حركة دائرية، أو الدوران حول النفس. وقد يمضي ساعات محملاً في اتجاه معين، ليس كاستجابة لمثير معين، بل هي استنارة ذاتية تبدأ، أو تنتهي، بشكل مفاجئ.

٢. الخصائص الحركية:

يتصف الأطفال المتوحدون، كما يشير الغرير وعودة (٢٠٠٩: ٨١)، بتأخر معدل النمو الحركي، ووجود مظاهر من الحركة غير متناسقة، أثناء الوقوف والانحناء والجلوس، وإفراط في الحركة، وضعف في التأزر البصري الحركي، والارتخاء، والاصطدام بالأشياء. ويضيف الزراع (٢٠٠٤: ٢٢) وجود ضعف في التأزر الحركي بشكل عام، والارتخاء، والتصلب حال حمله أحد، ووضع اليد بشكل غريب. كما يذكر خطاب (٢٠٠٥: ٢٩) أن الإفراط في الحركة مشكلة شائعة، لدى المتوحدين الصغار، علاوة على ظهور سلوك إيذاء الذات.

٣. الخصائص البدنية:

غالباً ما يكون المظهر مقبولاً، إن لم يكن جذاباً، وهم أقصر من أقرانهم العاديين، ويختلفون عن الطفل السليم، في عدم الثبات على استخدام يد معينة، إذ يستبدلون اليد اليمنى مع اليسرى، ما يدل على اضطراب وظيفي، بين نصفي المخ، الأيمن والأيسر. كذلك يوجد اختلاف من حيث خصائص الجلد، وبصمات الأصابع. ويتعرض المتوحدون، في طفولتهم المبكرة، لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي، وحالات الربو والحساسية، ونوبات ضيق التنفس والسعال، واضطرابات معوية، وحالات إمساك، أو شلل في حركة الأمعاء. (خطاب، ٢٠٠٥: ٣٠)

٤. الخصائص العقلية - المعرفية:

يعاني أطفال التوحد من اضطراب، في النمو العقلي، إلا أن بعض الحالات تظهر تفوقاً، ملحوظاً، في مجال معين. فقد يتفوق بعض الأطفال في مهارات ميكانيكية عالية، ويتوصلون، تلقائياً، لمعرفة طرق الإنارة. وقد يجيدون عمليات فك وتركيب الأدوات والأجهزة، بمهارة وسرعة فائقتين. وقد يتفوق بعض الأطفال في المهارة الفنية، والموسيقية. (سليمان، ٢٠٠٠: ٥٣) وتشير نصر (٢٠٠٢: ٣٩) إلى أن الدراسات بينت أن اضطراب النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي، لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، والاستجابة الانفعالية للمحيطين.

ويعتمد الأشخاص المتوحدون، كما تذكر مجيد (٢٠١٠: ٥١)، على طريقة من التفكير، تتميز في معظم الأحيان، بالآتي: التفكير بالصور وليس بالكلمات، صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية، صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة، في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومات أخرى، يستخدمون قناة واحدة من قنوات الإحساس، في الوقت الواحد، عرض الأفكار، في مخيلتهم، على شكل شريط فيديو، لذلك يحتاجون بعض الوقت لاستعادة الأفكار.

كما تذكر جوردن وبيول (٢٠٠٧: ١٤٠) Jordan & Powell أن أطفال التوحد لا يستطيعون فهم الحالة العقلية للآخرين، الدالة على مقاصدهم، فهي غامضة بالنسبة لهم. كما يعانون من صعوبات، ترتبط بالتعبير عن حالاتهم العقلية الخاصة (ما يفكر فيه، وما يشعر به) تجاه الآخرين، فمثلاً لا يدرك طفل التوحد إحساسه الخاص، بعد مروره بخبرة معينة (دش الماء البارد)، كما أنه لا يدرك هذه الخبرة، بعد مرور فترة زمنية عليها (لا يستطيع تذكرها).

وتقول ألمان وديلون (٢٠٠٩: ٧٠) Allman & Deleon: إن نفاذ الصبر شائع في جميع الأطفال الصغار، لكن في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التوحد يمكن أن يستمر لسنوات، حتى في حياة الكبار.

ويرى خطاب (٢٠٠٥: ٣٢) أن العديد من الدراسات تجمع على أن كثيراً من الأطفال المتوحدين لديهم قصور معرفي، يصعب تفسيره، في ضوء ما أطلق عليه كانر سلوك العزلة الاجتماعية، باعتبارها السبب لدى جميع الأطفال المتوحدين لأن يكونوا معاقين عقلياً، بينما الواقع ليس كذلك، ولذلك يرى أن نسب ذكاء الأطفال المتوحدين تعتبر ثابتة، بشكل مناسب.

٥. الخصائص الاجتماعية:

تشير عسلية (٢٠٠٦: ١٤٦) إلى أن أحد أهم خصائص التوحد السلبية في السلوك الاجتماعي، كما تشير التقارير المقدمة من الوالدين. وقد أثبتت الدراسات، والبحوث، أن هذه المشكلة مفتاح تحديد هذه الخاصية.

وقد نقلت مجيد (٢٠١٠: ٤٣)، عن ستيفن من مركز دراسات التوحد، أن القصور في السلوك الاجتماعي، لأطفال التوحد، يمكن تحديده في ثلاثة مجالات، هي:

أ. التجنب الاجتماعي: يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي، إذ يهربون من الأشخاص الذين يرغبون في التفاعل معهم.

ب. اللامبالاة الاجتماعية: غير مباليين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي، ولا يشعرون بالسعادة عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

ت. الإرباك الاجتماعي: يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولكن لا يحافظون عليهم، ويرجع ذلك لأنهم متمركزون حول أنفسهم، وأنانيتهم، وافتقارهم للتفاعل الاجتماعي، والقدرة على اتخاذ القرارات، وعدم تعلم المهارات الاجتماعية.

٦. الخصائص الانفعالية:

يذكر الزراع (٢٠٠٤: ٢٣) أن أطفال التوحد يتصفون بتأخر في النمو الانفعالي، ومن الخصائص الانفعالية لديهم: الانسحاب من المواقف الانفعالية، وصعوبة في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين، وصعوبة في النمو العاطفي، بشكل عام.

وتضيف مجيد (٢٠١٠: ٤٤) أن أطفال التوحد لا يستجيبون لمحاولة الحب، والعناق، أو إظهار مشاعر العطف. كما يضيف خطاب (٢٠٠٥: ٣٦) أن المتوحد يعاني من نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة. وهو متقلب مزاجياً.

٧. خصائص أخرى :

أ. مشكلة النوم: حيث القلق والنوم المتقطع غير المتواصل.

ب. مشكلة الأكل والشرب: الأكل بشراهة دون شعور بالشبع، تفضيل بعض الأطعمة وتكرارها، وعدم تنوعها، وشرب مشروبات معينة وبكأس ثابتة.

ت. لا يعبأ بالتغيرات التي تحدث في بيئته.

ث. مشكلة التعميم، فلا يستطيع نقل وتعميم ما تعلمه من بيئة لأخرى.

(خطاب، ٢٠٠٥: ٣٦-٣٧)

ويذكر كابلن(٢٠٠٦: ١٨-١٩) Kaplan أن الأطفال المتوحدين يميلون إلى النظر للآخرين من زوايا عيونهم، ليس لأنهم بمعزل، ولكن لأن الرؤية الأحادية أكثر منطقية من محاولة تفسير البيانات، التي يتم استقبالها من العينين اللتين من الصعب أن تعمل معا (أي استقبال البيانات وتفسيرها معاً). وإضافة إلى ذلك، فإنهم قد يجدون أنه من المستحيل أن ينظروا إلى الآخرين بينما يتحدثون، لأنهم لا يستطيعون معالجة المعلومات البصرية والسمعية في نفس الوقت. ويرى الباحث من خلال ما سبق أن هناك خلل واضح لدى أطفال التوحد في جميع المهارات سواء الجسمية أو الاجتماعية أو الاتصالية أو التعليمية أو مهارات مساعدة الذات، ومن خلال ملاحظة الباحث لأطفال التوحد المترددين على جمعية الحق في الحياة اتضح أن أطفال التوحد لديهم ضعف واضح وقصور في الناحية المعرفية العقلية والمهارات والقدرات الاتصالية، ولديهم صعوبة في تعلم المهارات وتنمية القدرات المختلفة وهذا ما أكده الآباء والأخصائيين في الجمعية.

سابعاً: أسباب الإصابة بالتوحد والنظريات المفسرة له:

مقدمة:

مثلما اختلف الأخصائيون في تعريف التوحد، فإنهم اختلفوا في العوامل المسببة له، فمنهم من يرجعه لعوامل طبية، ومنهم من يرجعه لعوامل نفسية، أو اجتماعية، أو جينية، أو غيرها.

(الميلادي، ٢٠٠٦: ١٤٢)

وتشير الأدلة إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً بارزاً في أسباب اضطرابات طيف التوحد.

(وزارة الصحة، ٢٠٠٧: ٣٠)

ويؤكد الزريقات (٢٠٠٤: ١٠٩) أن الكثير من الدراسات أجريت للتعرف على أسباب

التوحد، وتم التوصل لتعددتها، ففي الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي، كانت تنظر مدرسة التحليل النفسي للتوحد على أنه ناتج عن المعاملة الأبوية الراضية للأبناء، أما في الوقت الحاضر فأصبحوا ينظرون للعوامل البيوفسيولوجية والمعرفية، كعوامل هامة في تفسيره.

ويذكر بطرس (٢٠١١: ٥٦) أن الصينيين يرجعون سبب التوحد إلى ما بعد الولادة، فغالباً

ما يكون تلفاً في الجهاز الهضمي، وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة سوبياً، تمنع الجسم من امتصاص فيتامين B6 وغيره من العناصر الغذائية، كما أن تلف الكليتين والطحال يسببان تلف الجهاز المناعي.

وقد أكد الخطيب (٢٠٠٤)، في دراسته، التي أجريت، للتعرف على العوامل المؤدية

لمشكلة أطفال التوحد، والخدمات الإرشادية الاجتماعية المتوفرة لهم، عدم وجود علاقة بين المرض

والقراية الوالدية، وأن ٦٨% من أطفال التوحد لديم درجة السمع كبيرة ٢٨% بدرجة متوسطة، و٤% بدرجة منخفضة، وأن ارتفاع درجة الحرارة أثناء حمل الأمهات من أكثر الإصابات شيوعاً.

١. التفسيرات النفسية والاجتماعية:

يرى خطاب (٢٠٠٥: ٤٢) أن الطفل التوحدي يتعرض لانفعالات حادة، وأن التوحد سببه مرض الفصام في الطفولة، ومع تزايد العمر، يتطور هذا المرض حتى تظهر أعراضه كاملة في المراهقة. ويضيف الزريقات (٢٠٠٤: ١١٠) أن كانر Kanner أرجع سبب التوحد، بشكل أساسي، إلى عوامل نفسية، منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم. ويضيف عامر (٢٠٠٨: ٩٩) أن الدراسات ركزت على نمط التنشئة الأسرية، والأم، وعدم التعزيز المناسب للطفل.

٢. البحث الجيني:

تشير وزارة الصحة (٢٠٠٧: ٣٠) إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً بارزاً في أسباب اضطرابات التوحد.

ويقارن الزريقات (٢٠٠٤: ١١٢) بين التوحد والفصام، قائلاً: إن البحوث الجينية المتعلقة بالتوحد قليلة، بسبب قلة الحالات في التوائم المتطابقة، بينما البحوث الجينية المتعلقة بالفصام كثيرة. ويذكر الزراع (٢٠٠٤: ٢٩)، نقلاً عن ليدا (Lida, 1993)، أن هناك ارتباطاً بين التوحد، وخلل الكروموسومات. وأن هناك اتصالات ارتباطية، وراثية، مع التوحد فقط. والكروموسوم الذي يسمى (FragileX))، وهو شائع بين الذكور أكثر من الإناث، ويؤثر في ٧-١٠% من حالات التوحد. وتضيف مجيد (٢٠١٠: ٦١) أن نسبة الإصابة تزداد بين التوائم المتطابقة، أكثر من التوائم الأخرى. ويقول عامر (٢٠٠٨: ١٠٠): إن الكثير من الدراسات أكدت، في نتائجها، أن للوراثة دوراً في إعاقة التوحد، من خلال المؤشرات الآتية: ينتشر التوحد بنسبة (٢-٤%) بين أطفال وآباء متوحدين، وبين التوائم المتشابهة، والتوائم المتطابقة.

٣. الدراسات البيوكيميائية:

تقول مجيد (٢٠١٠: ٦٣): لوحظ، في بعض الدراسات، ارتفاع معدل السيروتين في الدم، لدى ثلث أطفال التوحد، إلا أن هذا المعدل، لوحظ، أيضاً، في ثلث الأطفال المتخلفين عقلياً، إلى درجة شديدة. ويضيف خطاب (٢٠٠٥: ٤٦) أن مرضى التوحد دون التخلف العقلي، لديهم زيادة في السائل النخاعي الشوكي، وحامض الهوموفانيلك (العامل الأيضي الرئيسي للدوبامين). وقد يكون هذا الحامض في تناسب عكسي، مع مستوى السيروتين في الدم.

٤ . العوامل البيولوجية:

يقول الزراع (٢٠٠٤ : ٢٩)، نقلاً عن ليدا (Lida,1993): إن هذه العوامل تنحصر في الحالات، التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة، أو أثناءها، أو بعدها. ويعني ذلك إصابة الأم، بأحد الأمراض المعدية، أثناء الحمل. أو تعرضها، أثناء الولادة، لمشاكل، مثل نقص الأكسجين، استخدام الآلات في الولادة. أو عوامل بيئية أخرى، مثل تعرض الأم للنزف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة، أو كبير سنها. وكل هذه العوامل، قد تكون أسباباً متداخلة، لحالة التوحد.

٥ . العوامل العصبية:

يقرر المغلوث (٢٠٠٦ : ٥٧) أنه في حالة أن التوحد ناتج عن عوامل عضوية، فإن العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي. وقد أكدت ذلك الأدلة العلمية، فمعظم الإشارات التمييزية للتوحد، مثل إعاقة تطور اللغة، والتخلف العقلي، والسلوك الحركي الشاذ، والخمول، والنشاط للمدخلات الحسية، تكون مرتبطة بوظائف الجهاز العصبي المركزي. كما أن الفحوص العصبية، للأطفال المتوحدين، تظهر بعض الحركات الشاذة أحياناً، مثل: نغمة، عضلة ضعيفة، تأزر ضعيف، سيلان اللعاب، والنشاط الزائد. وقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال المتوحدين، يظهرون هذه الإشارات العصبية.

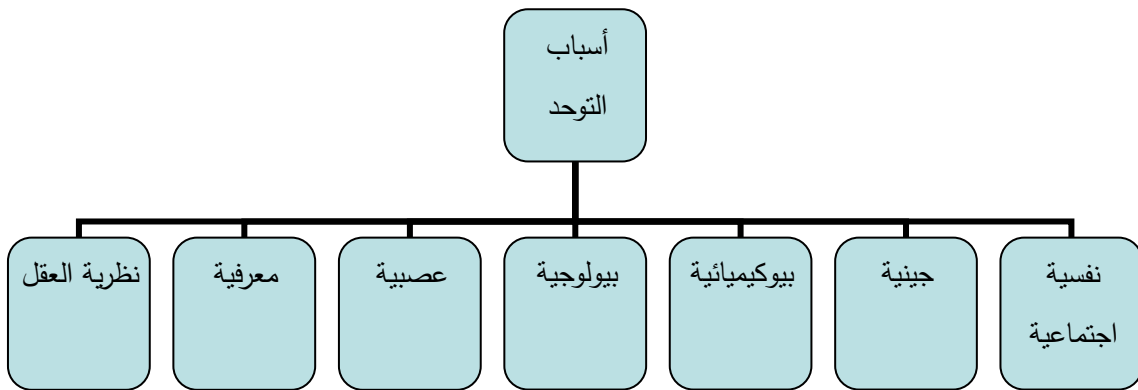
ووجد أن فحص الرسم الكهربائي، للدماغ، في حالات التوحد، كما يذكر الزراع (٢٠٠٤ : ٣٠)، نقلاً عن فرث (Frith,1993)، يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية، لدى حوالي ٢٠-٦٥% في حالات التوحد، وزيادة في نوبات الصرع، لدى حوالي ٣٠% من حالات التوحد، خاصة عندما يتقدمون في العمر، وبالتحديد مرحلة المراهقة. وفي حالات الأطفال، الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء، أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد، كالتخلف العقلي، والتصلب الدرني، والحصبة الألمانية.

٦ . النظريات المعرفية:

يقول الزريقات (٢٠٠٤ : ١١٦-١١٧): لا نستطيع إنكار معاناة المتوحدين، من مشاكل معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد، والفهم، والمرونة، والإبداع، لتشكيل، وتطبيق القواعد والمبادئ، واستعمال المعلومات. فيرى بعض العلماء أن المشكلة الرئيسية في تغيير ودمج المدخلات، من الحواس المختلفة. وهناك من يقول إن العيب الرئيسي للطفل المتوحد، في فهم الأصوات، والأدلة العلمية تدعم هذا الاعتقاد. بينما ترى فرضية معرفية أخرى، أن الأطفال المتوحدين انتقائيون، في انتباههم، لأسباب تعزى لعيب إدراكي، فهم يستجيبون لمثير واحد فقط، في وقت واحد، بصرياً، أو لمسياً، أو غيرها. كما تبرهن نظريات معرفية أخرى، على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة.

٧. نظرية العقل:

يوضح الزريقات (٢٠٠٤: ١١٧-١١٨) أن مفاد هذه النظرية، كما تقول فريث Freath، أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية، التي يمتاز بها الأفراد المتوحدين، تأتي من الشذوذ في الدماغ، الذي يمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، التي تقول إن الشخص المتوحد غير قادر على التنبؤ، وشرح سلوك الآخرين، من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر. وخلصت هذه النظرية أن العجز الاجتماعي الملاحظ عند الأطفال المتوحدين، ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية لهم، وللآخرين. فالمشاكل الاجتماعية نتيجة للعجز الإدراكي، الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود لعيوب في نظرية العقل. وفي دراسة لكيسجين وسكليفيير (Kissgen & Schleiffer 2002)، أكد أنه، فيما يتعلق بالتشخيص السريري، ونظرية عجز العقل، تبين أنها ليست محددة للتوحد. لأن الأفراد الذين يعانون من التوحد مع نظرية العقل يختلف معدل ذكائهم، اختلافا كبيرا، يعني دون تلك القدرة. كما أن خصوصية نظرية عجز العقل في التوحد لا تزال مثيرة للجدل. والتشخيص السريري لمرض التوحد ليس دقيقا، بما فيه الكفاية، للتمييز بين مرض التوحد، وعدم التوحد الناتج عن العائق العقلي.



شكل رقم (٢-٣) يوضح الأسباب والعوامل المفسرة للتوحد

ثامناً: المشاكل المصاحبة للتوحد:

١. مشاكل الاتصال واللغة:

يتفق المغلوث (٢٠٠٦: ٦٢-٦٥)، مع نصر (٢٠٠٢: ٨٢-٨٥)، على أن العديد من المتوحدين يواجهون مشاكل، وصعوبات، في الاتصال، ويفتقدون القدرة على استخدام اللغة بطريقة سليمة، ولا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم، التي تساعدهم على الاتصال مع الآخرين. وهذا ما أكدته دراسة (Romberg G., 96)، حيث أشارت إلى أن هؤلاء الأطفال المتوحدين يفترقون للغة بكل أشكالها، وقواعدها، وهذا يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه المجتمع. ومن أهم المشاكل الاتصالية التي تظهر، بوضوح، لدى الطفل المتوحد: ترديد الكلام، عكس الضمائر، مشكلة الانتباه، مشكلة الفهم، مشكلة التعبير، مشكلة التسمية (اللغة الرمزية)، مشكلة التقليد، نقص في القدرة على تبادل الحديث، شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة.

٢. المشاكل البصرية:

قد يصاب الأطفال بمشاكل بصرية، نتيجة لأعراض مرضية، أثرت على العينين، أو على الأعصاب المتصلة من العينين بالمخ، أو على أجزاء المخ التي تستقبل الرسائل الحسية من العينين. وفي بعض الأحيان، وبالاعتماد على سبب المشكلة البصرية، وطبيعتها، قد نجد أطفالاً مصابين بمشاكل بصرية، ولديهم حركات بالأيدي، وميول للقفز والدوران المستمر، تماماً كالتي نجدها في الأطفال المتوحدين. كما قد تكون الأمور الروتينية مهمة جداً لديهم، ويصبح تحريك أي شيء من مكانه المعتاد في المنزل أمراً باعثاً على الحزن والتعاسة. (المغلوث، ٢٠٠٦: ٦٥)

٣. المشاكل السمعية:

تعد المشاكل السمعية إحدى المشاكل الصحية التي يعاني منها الطفل المتوحد، فالكثير من المتوحدين يعاني من مشاكل في الأذن، ومن الحساسية السمعية، التي قد تفقدهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ونحن نعرف أن جزءاً من التواصل الاجتماعي يعتمد على حاسة السمع، فإذا كانت هناك مشكلة في هذه الحاسة، فلنا أن نتخيل حجم المشاكل التي سوف يعاني منها المتوحد، ونتائجها غير المرضية عليه. (المغلوث، ٢٠٠٦: ٦٦)

٤. المشاكل الغذائية والهضمية:

وسبب هذه المشاكل، كما يذكر المغلوث (٢٠٠٦: ٦٦)، منفردات قوية من الطعام، أو تفضيل لبعض الأطعمة، وربما يواجهون اضطراباً في عملية الهضم. وهناك مؤشرات على أن الحامض الأميني، تريبتوفان، في الغذاء له تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي المهم لسيرورتين الناقلات العصبية، والسلوك. ويضيف الزريقات (٢٠٠٤: ٢٩٩) أن الأدلة تشير إلى أن الأطفال

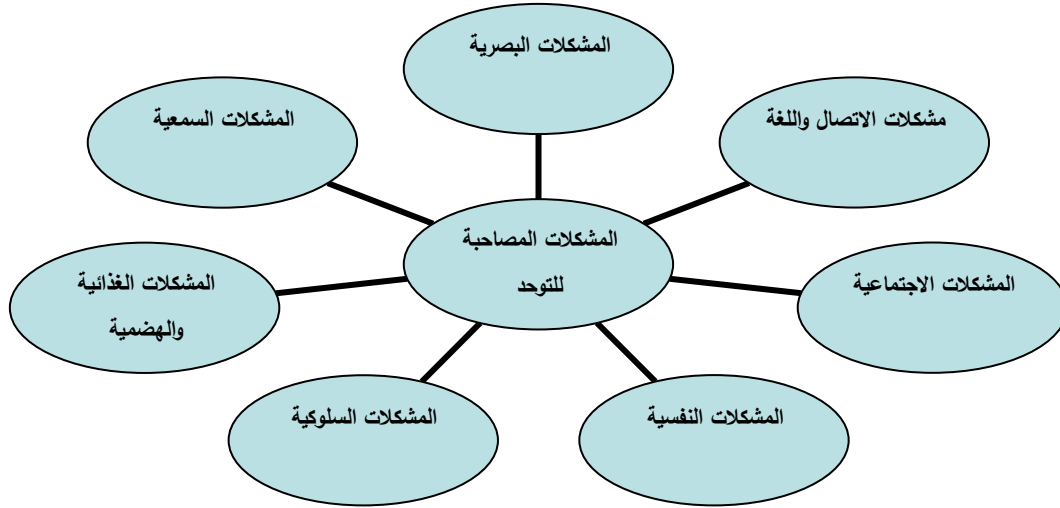
المتوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لكاسين (Casein) وبروتين الحليب، البقر وجلوتين (Gluten) النشا، وهذا يمكن أن يكون سبباً للتوحد.

٥. المشاكل السلوكية:

يقول المغلوث (٢٠٠٦: ٦٧): هناك العديد من المشاكل السلوكية التي يعاني منها المتوحد، ولكننا سنكتفي بالمشاكل السلوكية، الأكثر شيوعاً بالنسبة له، وهي: صعوبات في استخدام دورة المياه، السلوك العدواني، أنماط السلوك الاستحواذي المتكررة، الأنماط السلوكية المخجلة، إيذاء الذات، صعوبات الأكل والطعام، نوبات الغضب. ويضيف عامر (٢٠٠٨: ٣٧) أن لعب الطفل المتوحد يتميز بنقص في الارتباط الاجتماعي، أو تكوين علاقات اجتماعية، ولديه صعوبة في اللعب التخيلي، أو الإيهامي.

٦. المشاكل الاجتماعية والنفسية:

تتمثل المشاكل الاجتماعية لدى المتوحد، كما يرى المغلوث (٢٠٠٦: ٧٣)، في عدم قدرته على التفاعل مع الآخرين، وعدم استجابته للآخرين، الذين يبادرون للتفاعل معه، خصوصاً إذا كان مجال التفاعل واضحاً وبسيطاً. وكذلك عدم قدرتهم على المبادرة لجذب انتباه الآخرين، لهم ولما يقومون به من ألعاب، أو حتى مجرد بذل المحاولة للتعرف فيما إذا كانت الأمور، التي يهتمون لها، تهم الأشخاص الآخرين. إضافة لعدم التقبل، وعدم توفر المراكز والخدمات الكافية، التي تساعد في التكيف الاجتماعي، بشكل أفضل. ناهيك عن مشاكل الزواج، الناتجة عن أسباب التوحد، المرتبطة بخصائص التوحد، التي قد تمنع المتوحد، أو تعوقه، عن الزواج، أو الاستمرار فيه، بشكل يضمن نجاحه. أما على صعيد المشاكل النفسية، فهناك الاكتئاب الذي يلزمه، والقلق، الذي يمكن ملاحظته، أحياناً كثيرة، في سلوكه. ويضيف عامر (٢٠٠٨: ٣٥) أن من الصعب على المتوحد تكوين صداقات حميمة، ويصعب عليه الاندماج في اللعب الجماعي، وبفضل قضاء أطول وقت وحده. ويقول قولان وآخرون (٢٠٠٧: ١٢٥) Golan: إن الطفل المتوحد يفتقر للمعاملة بالمثل الاجتماعية، أو العاطفية. ولديه صعوبات في استخدام تعبيرات الوجه، وأوضاع الجسم، والإيماءات، لتنظيم التفاعل الاجتماعي. وبالتالي، فإنه كثيراً ما يفشل في تطوير العلاقات مع أقرانه.



شكل رقم (٢-٤) يوضح المشكلات المصاحبة لاضطراب التوحد

تاسعاً: نمو الطفل التوحد:

تظهر الصعوبات، في نمو الطفل المتوحد، عندما تتداخل العوامل المرتبطة بالتوحد، بقدرات الطفل على النمو، فيأخذ وقتاً أطول لتحقيق بعض معالم النمو. ومن أكثر جوانب النمو المتأخرة لدى الطفل المتوحد، مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية. وسنعرض جوانب التأخر لدى المتوحد كالاتي:

١. التواصل :

من الأعراض المبكرة للتوحد، الفشل في تطوير لغة مفيدة. إذ أن الطفل الرضيع المصاب بالتوحد يناغي، ولكن لديه مدى صغيراً من الأصوات، مقارنة مع الطفل العادي. ومع بلوغه السن الثانية، أو الثالثة، من العمر، تصبح المشكلة أكثر وضوحاً، وخصوصاً عندما يعرف الأطفال الآخرون أسماءهم، والإجابة بنعم أو لا، وفهم المفاهيم المجردة. وقد يكرر الطفل المتوحد، أو يرد ما قيل، أو يظهر افتقاراً للكلام، بشكل كامل، بدلاً من الوصول للشيء الذي يريد. ومع دخول المدرسة، يثير التواصل اللفظي مشكلة رئيسية. فيعاني المتوحدون من افتقار إلى القدرة للاستجابة والتعبير عن أنفسهم، فهم لديهم مشاكل في فهم اللغة خارج نطاق السياق.

٢. المهارات الحسية الحركية:

يستكشف الأطفال المتوحدون البيئة المحيطة، من خلال حواس التذوق والشم واللمس والأصوات، بشكل أطول من أقرانهم العاديين. ودون إدراك مناسب، فإن هؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد، والتعلم من عالمهم. وبالنتيجة، قد يفقدون مهارات كلامية واجتماعية حركية، كبيرة وصغيرة، هامة. وقد يؤدي عدم القدرة على استقبال رسائل دقيقة من البيئة، بالطفل المتوحد إلى الهيجان والبكاء لساعات. ومع سنة أو سنتين من العمر، فإن العديد من الأطفال المتوحدين

يصبحون أسرى لإثارتهم الجسدية. وقد تصل حد إيذاء الذات. ويظهرون سلوكيات تكرارية، والتركيز على الأضواء، أو التحرك الإيقاعي لزيادة الإثارة. فمثلاً، بعض الأطفال يفتحون الباب ويغلقونه بقوة، بشكل متكرر، بهدف إحداث الصوت المرتفع فقط.

٣. المهارات الاجتماعية والانفعالية:

يفقد الطفل الصغير المتوحد إشارات للتفاعل الطبيعي من الآباء، فالأطفال المتوحدون يبدون غير قادرين على الاستجابة للموقع والصوت. فهم يتجنبون التفاعل البصري. ومن عمر ستة إلى ثمانية أشهر يفتقرون للقلق العادي من ظهور أشخاص غرباء، أو تركهم. وعند بلوغ عمر سنتين ينسحب الطفل من محاولات التفاعل الاجتماعي، بسبب سلوكيات الإثارة الذاتية. مثل، التلويح باليد، أو مشاهدة حركة الغسالة الدائرية، خلال الغسيل. إن الأطفال العاديين يظهرون قدرة على التنبؤ بالانفعالات، أما استجابة الطفل المتوحد قد لا تبدو مرتبطة بالخبرة، فقد يضحك ويبكي دون سبب واضح. وفي حالة إعاقة اللعب الذاتي يصرخ.

٤. المساعدة الذاتية:

خلال النمو الطبيعي، معظم الأطفال يتحملون المسؤولية بشكل تدريجي حول رعاية أنفسهم. وقد يتأخر الطفل في تحقيق مهارات المساعدة الذاتية، ويتجنب أية تغيرات ترفض محاولات تعديل الروتين، في استخدام التواليت والغذاء واللباس. كذلك يبدأ الطفل الطبيعي بتناول الطعام، واستخدام التواليت، في عمر ستة شهور، وربما يتأخر لسن الخامسة لدى الأطفال المتوحدين. كما أن المتوحدين يستطيعون تعلم رعاية أنفسهم، من خلال برامج تعديل السلوك.

٥. النمو الحركي:

يمكن ملاحظة مجموعة من العيوب في النمو الحركي لدى الشخص المتوحد، وتشتمل هذه العيوب على ضعف ضبط الحركات الكبيرة، والإيماءات النمطية، وعدم القدرة على التقليد الحركي. وقد أشارت الأبحاث إلى علاقة بين الضبط الحركي وتطور اللغة. وترجع إحدى الفرضيات السبب للاختلال الوظيفي الحركي للمدخلات السمعية. فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن الأطفال المتوحدين يستجيبون بشكل متأخر، وبطريقة تكرارية، للمدخلات السمعية. وهو افتراض أن الأطفال يسمعون أكثر من صوت. وقد يظهر الأطفال واحداً، أو أكثر، من السلوكيات التالية بشكل متباين: التلويح بالأيدي، والمشي على الأصابع، والتأرجح والتمايل أو الترنح، وضرب الرأس بعنف. وقد تكون هذه السلوكيات ناتجة عن اضطرابات في الحركة، تعكس اختلالاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٧٧-١٨١)

جدول (١-٢) يوضح الأعراض النمائية للتوحد

الأعراض	من الميلاد - ١٨ شهر	١,٥ - ٤ سنوات	+ ٤ سنوات
المهارات الاجتماعية	<p>١. تجنب التواصل البصري</p> <p>٢. مقاومة الاحتضان من قبل مقدم الرعاية</p> <p>٣. يبتسم متأخراً أو لا يبتسم</p> <p>٤. يرفض الجهود لإراحته</p> <p>٥. تصلب أو انقباض الجسم عند حمله</p> <p>٦. يلعب وحده. غير مهتم بالألعاب الأطفال.</p>	<p>١. تجنب التواصل البصري.</p> <p>٢. يرفض الجهود لإراحته</p> <p>٣. يفضل اللعب وحيداً.</p> <p>٤. الافتقار لمهارات التقليد.</p> <p>٥. يبدو غير مدرك للأفراد الآخرين.</p> <p>٦. الفشل في أخذ دوره.</p>	<p>١. يفقر لمهارات التقليد.</p> <p>٢. معاملة الأفراد كأشياء.</p> <p>٣. يظهر عدم وعي للأفراد ومشاعرهم.</p> <p>٤. يختار اللعب وحده.</p> <p>٥. يقاوم العاطفة الجسمية. الافتقار لاستجابات انفعالية واجتماعية مناسبة.</p>
مهارات التواصل الحركي الحسي	<p>١. الافتقار للتواصل الغير لفظي.</p> <p>٢. رفض محاولات الآخرين للتواصل.</p> <p>٣. لا يوجد تقليد للإيماءات.</p> <p>٤. ضعف في المناغاة والكلمات الأولى.</p> <p>٥. الانتصاب بخشونة لفترة طويلة.</p> <p>٦. تكرار حركات الجسم مثل التلويح بالأيدي.</p> <p>٧. إعادة إنتاج أفعال بسيطة مع الأشياء.</p> <p>٨. مقاومة التغيير في الروتين أو المحيط.</p> <p>٩. تأخر في النمو الحركي.</p> <p>١٠. نشط بشكل زائد أو سلبي بشكل متطرف.</p> <p>١١. الاستجابة بشكل غير مألوف للمثيرات الحسية.</p>	<p>١. إظهار لغة متأخرة.</p> <p>٢. عدم القدرة على فهم اللغة.</p> <p>٣. نقص الإيماءات المناسبة.</p> <p>٤. نطق كلمات أولى غير مفهومة.</p> <p>٥. لغة مصاداة أو ترديد.</p> <p>٦. الحديث بكلام غير مألوف.</p> <p>٧. معاملة الأجسام والأشياء بشكل غير مألوف.</p> <p>٨. التعلق بشكل غير مناسب بالأشياء.</p> <p>٩. التوتر لسبب غير واضح.</p> <p>١٠. مقارنة التغيير البسيط في الروتين.</p>	<p>١. إظهار لغة متأخرة.</p> <p>٢. استعمال قليل للغة التعبيرية.</p> <p>٣. الفشل في المبادرة للمحادثة.</p> <p>٤. يكرر ما يقوله الآخرون.</p> <p>٥. استعمال الضمائر بشكل معكوس.</p> <p>٦. التحدث بنوعية صوت وطبقة صوت غير مألوفة.</p> <p>٧. الانشغال باهتمامات محددة.</p> <p>٨. الإصرار على إشباع الروتين. التعلق غير المألوف بالأشياء.</p> <p>٩. الانشغال بالأشياء الدورانية.</p>
مهارات المساعدة الذاتية	<p>١. إظهار مشكلات في الأكل والنوم.</p> <p>٢. نشط بشكل زائد أو سلبي بشكل متطرف.</p> <p>٣. الاستجابة بشكل غير مألوف للمثيرات الحسية.</p> <p>٤. يستكشف القليل.</p>	<p>١. إظهار مخاوف متطرفة.</p> <p>٢. مقاومة النوم.</p> <p>٣. لديه مشكلات في التدرج على التواليت.</p> <p>٤. لا يظهر خوفاً من المخاطر الحقيقية.</p>	<p>١. إيذاء الذات.</p> <p>٢. إظهار استقلالية غير مناسبة في اللباس وفرشاة الأسنان واستعمال دورة المياه.</p> <p>٣. الأكل الزائد للأطعمة المفضلة.</p> <p>٤. رفض محاولة الأطعمة الجديدة.</p>

<p>١. إظهار ذاكرة حرفية غير مألوفة.</p> <p>٢. إظهار معنى قليل خلف مهارات غير مألوفة.</p> <p>٣. إظهار عدم القدرة على تعميم التعليم.</p> <p>٤. صعوبة في التفكير المجرد.</p>			<p>المهارات المعرفية</p>
---	--	--	------------------------------

(الزريقات، ٢٠٠٤، ص ١٨٢-١٨٣)

عاشراً: التدخل المبكر مع الأطفال التوحديين:

على الرغم من أنه لا توجد برامج تتمتع بالمصداقية المطلقة لعلاج التوحد كما يقول الزريقات (٢٠٠٩: ٢٩٢-٢٩٣) إلا أن الأدب أشار لمجموعة خصائص للبرامج الناجحة مع أطفال التوحد وهي على النحو التالي:

بيئة تعليمية داعمة ، التخطيط للتعميم ، الجدولة الروتينية والمنتبأ بها ، توفر الدعم للبرامج الانتقالية ، استخدام البرامج والمناهج السلوكية في التعامل مع المشكلات السلوكية ، مشاركة الأسرة ودعمها.

تعريف التدخل المبكر:

هو برنامج أو نظام من البرامج شامل يقدم للأطفال الذين يواجهون عجز أو قصور أو إعاقة وصعوبة في واحدة أو أكثر من الجوانب النمائية والتربوية أو تأخر في النمو خلال الفترة العمرية دون ست سنوات مما يستدعي تقديم الخدمات والبرامج والأنشطة التي من خلالها يتمكنوا من تطوير قدراتهم وتنمية مهاراتهم وتحسين أدائهم للتكيف في حياتهم والاندماج في مجتمعاتهم ويتم تنفيذه من قبل المختصين والأسرة.

(الغرير وعودة، ٢٠٠٩: ٢٣١)

مبررات التدخل المبكر:

ذكر القمش (٢٠١١: ٢٣٥-٢٣٦) العديد من المبررات للتدخل المبكر وهي كما يلي:

١. التخفيف من الآثار السلبية للإعاقة.
٢. تزويد الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية المتلاحقة.
٣. هناك جدوى اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر.
٤. للتدخل المبكر أثر بالغ في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها.

ويضيف الزريقات (٢٠٠٩: ٥٠-٥١) مبررات أخرى للتدخل المبكر وهي:

١. تجنب التأخر النمائي.

٢. الوقاية من العيوب الإضافية مثل العيوب الحسية وغيرها.
٣. مدى فعالية برامج التدخل المبكر مع الأطفال.

أهداف التدخل المبكر:

يهدف التدخل المبكر كما يذكر الغرير وعودة (٢٠٠٩: ٢٣٤) إلى إجراء معالجة فورية وقائية تهدف لتنمية قدرات الطفل في مجالات متعددة الحركية والاجتماعية واللغوية والرعاية الذاتية وغير ذلك من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة. كما يهدف لمساعدة الأسرة التي تواجه العديد من المشاكل الاجتماعية والنفسية .

ويضيف الإمام (٢٠١٠: ٨٤-٨٥) بعض أهداف التدخل المبكر وهي كما يلي:

١. السعي الدائم لتنفيذ البرامج الوقائية للحد من أعداد ومستويات الإعاقة في المجتمع المحلي.
٢. العمل على تطوير وتنظيم الكشف المبكر عن الحالات التي يتوقع لها أن تتطور لإعاقة .
٣. العمل على تقديم خدمات وبرامج تدخل علاجي وتربوي ونفسي مباشر للأطفال ذوي الحاجات الخاصة والمتأخرين نمائياً.
٤. العمل على إرشاد وتدريب وتنقيف وإعادة تعليم والدي الطفل المعاق حتى يتسنى لهم العمل والتعامل مع الطفل.
٥. نشر الوعي والثقافة في المجتمع حول هذه الفئات وخدمة المجتمع المحلي على جميع المستويات.

طرق التدخل المبكر:

يتفق الغرير وعودة (٢٠٠٩: ٢٣٥-٢٣٦) مع محمد (٢٠٠٨: ١٣٨) على أن تقديم خدمات برامج التدخل المبكر يتم في مراكز خاصة أو في المنزل، أما الأول من سلبياته اعتماد الأسرة على خدمات المركز بسبب عدم تواجدها مع الطفل، والثاني البرنامج المنزلي ومن ايجابياته وجود العائلة وتدريبها على طرق التعامل وإرشادها إلى الأخصائيين وتدعيم إحساس الأسرة بالمسئولية اتجاه الطفل ومن سلبياتها عدم توفر الألعاب والتجهيزات المناسبة.

العوامل التي تؤثر في فاعلية برامج التدخل المبكر:

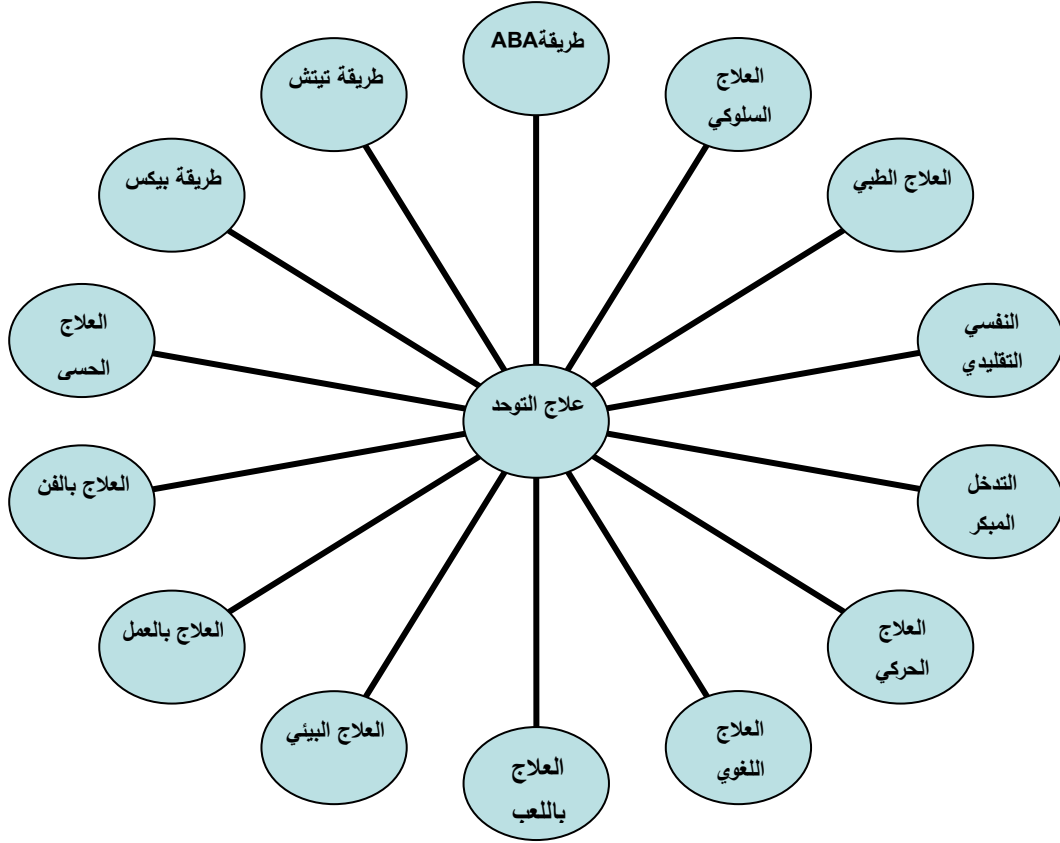
- هنالك العديد من العوامل التي تلعب دوراً مهماً في مدى فاعلية التدخل المبكر أهمها:
١. نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
 ٢. رفض أولياء الأمور فكرة أن ابنهم معاق خوفاً من نظرة المجتمع بوجه عام للإعاقة.
 ٣. تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعه لتبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.

٤. لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة لتبديرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها.
٥. عدم توافر مراكز التدخل المبكر المتخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.
٦. عدم توافر أدوات الكشف المبكر والكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن. (القمش، ٢٠١١: ٢٣٩-٢٤٠)

حادي عشر: علاج اضطراب التوحد:

بالرغم من البحوث التي أجريت على التوحد، كما يذكر بدر (٢٠٠٤: ٦١)، إلا أن العلم لم يصل بعد إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة للاضطراب. ومن الطبيعي ألا يحدث تطور كبير في أساليب وبرامج التدخل العلاجي، أو الوقاية من الاضطراب. ويشير العيسوي (٢٠٠٥: ١٤٧) إلى أن هناك خلافا حول فعالية العلاج النفسي لاضطراب التوحد، وربما يرجع ذلك لصعوبة الاتصال بالمريض، وضعف قدرته على الاستجابة، وعزلته التامة ومعاناته من العجز عن التعبير.

ويضيف الزريقات (٢٠٠٤: ٢٩٦) أن الأخصائيين بدؤوا بأفكار مختلفة حول الطفل المتوحد، وبوجهات نظر مختلفة حول إحداث تغيير في العلاج، وإمكانية تجاوز الصعوبات. وقد أكدت دراسة ماينز وشتاينر (٢٠٠٩)، التي أجريت على الآباء ورأيهم في تقديم الخدمات للأطفال المتوحدين، أن الخدمات التي تقدم لأطفالهم تحتاج لتطوير ودعم، وأكدوا ضرورة تأمين الخدمات التي يجب أن تقدم للأطفال المتوحدين. كما أظهرت النتائج قلق الآباء من الخدمات التشخيصية المقدمة للأطفال.



شكل رقم (٢-٥) يوضح أساليب التدخل والعلاج لاضطراب التوحد

والآن سنتناول طرق العلاج المختلفة التي يمكن استخدامها مع حالات التوحد، سواء كانت قديمة تقليدية، أو حديثة:

١. العلاج النفسي التقليدي: Traditional psychotherapy

يُعزى الفضل، كما يرى بدر (٢٠٠٤: ٦٦)، نقلاً عن رشاد موسى (٢٠٠٢)، إلى برونو بيتلهيم Bruno Bettelheim، فهو أول من اقترح استخدام المدخل النفسي التحليلي الذي يركز على خلق بيئة بعيدة عن الوالدين، ليتمكن الطفل المتوحد من النمو كشخص مستقل، وذلك من خلال إدخاله لمصحات تتيح له الفرصة أن يجرب ويستكشف.

ويشير سليمان (٢٠٠٠: ٩١) إلى أن علاج إعاقة التوحد، باستخدام جلسات التحليل النفسي، كان هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات. وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن أم الطفل المتوحد لم تستطع تزويده بالحب والحنان ودفء العلاقة العاطفية بينها وبينه. غير أن هناك تحفظاً على هذا الافتراض، وهو أن هذه العلاقة تحتاج عدة سنوات، حتى تتطور خلال عملية العلاج التحليلي.

ويرى خطاب (٢٠٠٥: ٨٧) أن هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشمل على مرحلتين: الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط ، مع التفهم والثبات الانفعالي من المعالج. والثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل الإشباع والإرضاء. ولقد أشار الباحثون كما يذكر الزريقات (٢٠٠٤: ٣٢٢) إلى أن التحليل النفسي بهذا الاعتقاد مؤلم وضار، وأن الأمهات قد ألحق بهن الأذى نفسياً بسبب ما جاء به بيتهلام ، كما أن الأطفال يستقبلون الحب والدفء عندما يظهرون المشكلات الشديدة، وهذا يبدو أنه تعزيز للمشكلة، كما أن هناك مشكلة أخرى هي أن العلاج يسمح للأطفال باختيار أنشطتهم الخاصة والتي تكون نتيجة للانفعال بممارسة سلوكيات طقوسية أو محاولة للهرب من الموقف العلاجي.

٢. العلاج الطبي: Medical treatment

• العلاج الدوائي: Drug therapy

يقول بوينتر (٢٠٠٣: ٢٤٢) Buitelaar أنه قد تكون المعالجة الدوائية في سن ما قبل المدرسة وبعد ذلك يكون خارج إطار الوقت الحرج. ويمكن وبنفس المنطق يكون من المبكر أن التعديلات الكيميائية العصبية لا تترك بصمات بيوكيميائية في سن متأخرة. وهذا يعني أن الجهود الجارية لخفض سن عتبة تشخيص مرض التوحد دون سن ٢٤ شهراً ينبغي أن تقترن مع البحث في التطور المبكر للدماغ وآثار الدواء.

ويذكر بدر (٢٠٠٤: ٧٢) تحذير ماوك Mauk, J. من استخدام الهالوبيريدول فربما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عن استخدامه لفترة طويلة مما يؤدي لحدوث خلل في التآزر الحركي وهو أمر يثير القلق ويدعو لإعادة تقييم دوري لحاجة الطفل للعقاقير.

وتضيف مجيد (٢٠١٠: ١٤٢) أن الدراسات أثبتت أن فيتامين B6 يعد علاجاً فعالاً لأعراض التوحد الطفولي. فبدأ البحث باستخدام فيتامين B6 مع أطفال التوحد في عام ١٩٦٦ من قبل طبيبي الأعصاب البريطانيين Heely & Roberts عندما استخدموا الفيتامين في معالجة (١٩) طفلاً توحدياً ووجدوا بعد إعطاء الأطفال (٣٠) ملغم من فيتامين B6 أن (١١) طفلاً قد تحسّنوا.

ويقول حمدان (٢٠٠٢: ٩٦-٩٨) أن علاج التوحد بالأدوية يعترضه كثير من المشاكل السلوكية التي تحدث بالنتيجة لدى الطفل حيث تسوء حالته أحياناً أكثر دون حدوث التحسن المنشود ومهما يكن فإن العلاج بالأدوية هو خيار متوفر ويمكن وصفه من طبيب مختص. كما يؤكد حمدان أن هناك أدوية أثبتت نجاعتها في العلاج وخاصة المرتبطة بالسلوك الاجتماعي وتحسين المهارات الاجتماعية مثل فيتامين B6 ، والماغنيزيوم ، وأوديمثيل غزلايسين أو فنغلورامين أو هالوبيريدول.

ويرى الباحث أن لكل حالة توحد خصوصيتها ولذلك فإن استخدام عقار معين لطفل ما من الممكن أن يؤدي لتحسن ملحوظ ، ولكن ليس بالضرورة أن يؤدي نفس العقار إلى نتائج ايجابية مع شخص آخر . ولذلك لا بد من مراجعة المختصين قبل تناول العقاقير أو إعطائها للأطفال.

• العلاج الهرموني والغذائي: Hormone therapy and food

يسير الأطباء في البحوث والدراسات كما يوضح بدر (٢٠٠٤: ٧٤-٧٥) في اتجاهين على أمل إيجاد علاج للتوحد:

الاتجاه الأول: استخدام هرمون السكرتين ، وتفرز الأمعاء الدقيقة هذا الهرمون لكي يحفز إفراز بعض العصائر في البنكرياس ، وقد وجد أن إفراز السكرتين يؤدي لتحسن في الناحية اللغوية والاجتماعية في بعض حالات التوحد. غير أن الدراسات الحديثة لم تؤكد فعالية استخدام السكرتين.

الاتجاه الثاني: استخدام الغذاء فقد أجرى روبرت كيد R, cade. بحثاً حول استخدام أسلوب أو نظام غذائي صارم لعلاج التوحد يشمل ما يلي:

أ. عدم تناول المواد الغذائية المحتوية على الكازين الذي يوجد في الألبان ومشتقاتها فقد وجد قصور لدى أطفال التوحد في هضم الكازين وينتج عن ذلك تكوين البروتين كازومورفين وهو ذو تأثير مخدر يزيد من أعراض التوحد.

ب. عدم تناول القمح والشعير والشوفان لاحتوائها على مادة الجلوتين ذات العلاقة بالتوحد.

ت. تناول البطاطس والأرز واللحوم والخضروات والفواكه بجميع أنواعها.

ث. إضافة الفيتامينات والكالسيوم بنسبة ١-٥ جرام ، أو تناول أطعمة غنية بالكالسيوم والماغنيسيوم مثل أسماك السلمون والخضروات ذات الأوراق الخضراء وعصير البرتقال المزود بالكالسيوم.

وأشارت النتائج إلى نسبة تحسن وصلت إلى ٨٠% خلال فترة زمنية لا تزيد عن ستة أشهر .

ويضيف بريتون (٢٠٠٤: ١٧) Breton أنه وبناء على نظام غذائي بسيط جداً ومباشر كل ما عليك القيام به هو إزالة أربعة أشياء من حمية طفلك : الغلوتين والكازين ، جلتاميت أحادية الصوديوم والأسبارتام.

ويقول الإمام والجوالدة(٢٠١١: ٢٠٥) أن الباحثين يحذرون من أن الحمية يجب أن تكون صارمة ١٠٠%، ويظهر الأطفال الأصغر سناً نتائج أسرع من الأطفال الأكبر سناً، يمكن أن يستغرق الأمر عاماً، حيث تخزن أجسادهم كميات كبيرة من هذه المواد.

٣. العلاج السلوكي: Behavioral therapy

تذكر مجيد (٢٠١٠: ١٣٠) اقتراح بعض الباحثين استخدام الأساليب العلاجية السلوكية (كطرائق لتعديل السلوك) في علاج التوحد سواء تم ذلك في البيت وبواسطة الآباء أو في فصول دراسية خاصة ، ويمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي: مهارات تعلم اللغة والكلام، والسلوك الاجتماعي الملائم، ومهارات متنوعة عن العناية الذاتية، واللعب بالألعاب الملائمة، والمزاوجة والقراءة. ويضيف بدر (٢٠٠٤: ٧٧-٨٠) أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة والتقليل من السلوكيات النمطية وكذلك استخدام التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين. ويعد الثواب والعقاب مبدأ رئيسي في هذه الفنية بهدف تطوير وتعزيز السلوك الايجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي. وقد أكدت دراسة الخطاب ١٩٩٥ من خلال تطبيق برنامج علاجي سلوكي على خمسة أطفال توحديين أكدت على نجاح تام لأربعة أطفال ولكن ليس بنفس المستوى وقد تم قبولهم في المدارس العادية أما الطفل الخامس فلم يحقق النجاح بسبب رغبة والديه بتخلصه من اعتماده على المعالج ولكنهم لم يقدموا مساعدة .

• العلاج السلوكي الحديث (تحليل السلوك التطبيقي):

يذكر بدر (٢٠٠٤: ٨٤) أنه منذ ما يقرب من ثلاثين عاماً مضت ظهرت دراسات عديدة قامت على توظيف المفاهيم والمبادئ والفنيات السلوكية بطريقة عملية ، لعلاج الأطفال التوحديين وتعرف هذه الطريقة الآن باسم تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis (ABA). ويضيف الغرير وعودة (٢٠٠٩: ١٧٢) أن هذه الطريقة تسمى بطريقة لوفاس نسبة لمبتكرها Ivor Lovaas أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا).

ويتصف أسلوب (ABA) بتسجيل دقيق للدافع والاستجابات المرتبطة بسلوك ما ثم عمل تغذية راجعة مباشرة، وجدول مكثف للتعزيز، وتجميع البيانات، ثم إجراء محاولات منظمة لبناء السلوك المرغوب وصولاً لصيغة عالية البناء التنظيمي تتلاءم مع الاحتياجات الفردية للأطفال التوحديين. يذكر ششوين أن هناك تأكيداً متزايداً بنجاح هذه الطريقة في التعامل مع الأطفال التوحديين وأنها المعالجة الأكثر فعالية مع هؤلاء الأطفال. (بدر ٢٠٠٤: ٨٤)

ويضيف سميث Smith وآخرون (٢٠٠٧: ١٥٣-١٥٤) أن تطبيق أسلوب تحليل السلوك التطبيقي يؤكد على التقييم الدقيق للأحداث البيئية مثل كيفية التأثير على سلوك الفرد. ويشمل تقييم العوامل الظرفية مثل الفصل ؛ و المتغيرات التحفيزية مثل الجوع والعطش ، أو الحاجة للحصول

على معلومات ؛أو أحداث سابقة لمثل هذا السلوك ، والنتائج هي إما زيادة أو تقليل احتمال أن السلوك سوف يحدث مرة أخرى في المستقبل.

ويقول الغرير وعودة(٢٠٠٩: ١٧٣) أن هذه الطريقة قائمة على العلاج السلوكي والاستجابة الشرطية ، حيث يتم مكافئة الطفل على كل سلوك جيد أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف أو عدم إعطائه شيء يحبه) على كل سلوك سيء . وطريقة لوفاس تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ٤٠ ساعة في الأسبوع وفي مدة غير محددة.

ولقد أكدت دراسة حسن (٢٠٠٤) على حدوث تحسن في السلوك التكيفي للأطفال التوحديين أعضاء المجموعة التجريبية على إثر علاج الأطفال بالتحليل التطبيقي للسلوك وذلك بالتدخل المبكر المكثف ، كما أن هذا البرنامج ساهم في تحسين السلوك التكيفي بأبعاده المختلفة للأطفال التوحديين أعضاء المجموعة التجريبية.

ويضيف توركينجتون وأنا(٢٠٠٧: ٧) Turkington & Ana أن أساليب تطبيق تحليل السلوك تستخدم لمساعدة الأشخاص المصابين بالتوحد بهدف:

أ. زيادة السلوكيات

ب. تعلم مهارات جديدة

ت. تعلم السيطرة على النفس وإجراءات الرصد الذاتي

ث. تعميم السلوك

ج. تقليل التكرار غير الضروري للحركات

٤. طريقة تيتش TEACCH: Treatment And Education Of Autistic And

Related Communication Children Handicapped. (علاج وتعليم الأطفال

التوحديين والمعاقين اتصالياً).

تأسس برنامج TEACCH كما يذكر نوزومي Nozomi (٢٠٠٩: ٧٦) في عام ١٩٧٠ في وقت مبكر بواسطة سكوبلر Schopler في جامعة ولاية كارولينا الشمالية في تشابل هيل. الميزة الأساسية للبرنامج هو فهم وقبول نقاط القوة والضعف الموجودة في كل طفل مصاب باضطراب طيف التوحد ، والتركيز الرئيسي للبرنامج على هيكله البيئية لاستيعاب خصائص كل فرد توحدي و كذلك تحسين أداء الطفل من خلال التعليم المنظم.

ويضيف الإمام والجوالدة (٢٠١٠: ٢١٥) أن برنامج تيتش يشبه برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) من حيث أنه يطبق أساليب سلوكية

وتوضح حكيم (٢٠٠٤: ٨٢) أن هذا البرنامج يستغل النقاط التي يتميز بها الطفل التوحدي مثل حبه للروتين وقوة الإدراك البصري لديه ويقوم بتصميم برنامج خاص له حسب قدراته معتمداً على التعليم المنظم المرئي. فمثلاً بيئة الطفل تنظم بشكل معين من خلال وضع صور على الأماكن التي يرتادها الطفل سواء في البيت أو المركز، والهدف هو تنظيم المكان بشكل إرشادي نظري حتى يسهل على الأطفال التعرف على الأماكن والتحرك إليها. مثل صورة الحمام عند باب الحمام وصورة مكتب عن المكتب المخصص له وهكذا.

٥. برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور بكس: (PECS) Picture Exchange communication system.

يتفق الإمام والجوالدة (٢٠١٠: ٢١٧) مع بدر (٢٠٠٤: ١٠٠) على أن أندرو بوندي وهو عالم نفسي، ولوري فلورست أخصائي علاج نطق ولغة في مركز ديلوير للتوحيدين قاما بتطوير نظام بكس لمساعدة الأفراد الذين يعانون من التوحد وغيره من الإعاقات النمائية في اكتساب مهارات اتصالية.

ويضيف بدر (٢٠٠٤: ١٠٠) أن البرنامج يستخدم ست عناصر تقدم خطوة بعد خطوة للتدريب على التواصل لأطفال ما قبل المدرسة أو الأكبر سناً ويقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية مثل التشكيل والتعزيز والتلقين والانطفاء. وهو مناسب للطفل التوحدي الذي يعاني من عجز لغوي، فمثلاً إذا كان الطفل يريد أن يشرب فإنه يأخذ بطاقة مكتوب عليها "أنا أريد" ويعطيها للمدرس ، ثم يأخذ صورة لطفل يشرب ويضعها بجوار بطاقة أنا أريد ثم يساعده المدرس قبل أن يشرب على النطق بالجملة فإذا نطقها يعطيه الكوب ليشرب.

وتختلف حكيم (٢٠٠٤: ٩١) مع بدر قائلة أن هذا البرنامج يحتوي على أربع مراحل تدريبية تدرج في صعوبتها تبدأ بالمرحلة الأولى حيث يتطلب التدريب وجود شخصين بالغين مع الطفل أحدهما أمام الطفل والآخر خلفه حيث أن الشخص الذي في الخلف يساعد الطفل بشكل عملي بأن يضع يده فوق يد الطفل ويمسك بالبطاقة ويناولها للشخص الآخر مع استخدام التعزيز المناسب.

ويضيف الإمام (٢٠١٠: ١٠٨-١٠٩) أنه بالرغم من الميزات العديدة لهذا البرنامج إلا أن هناك العديد من العيوب لاستخدام هذا البرنامج منها ما يلي:

- أ. يجب أن تكون الصور حاضرة مع الطفل في كل مكان لاستخدامها في التواصل.
- ب. صعوبة استخدام هذا البرنامج في حالة المثيرات القوية والمفاجئة لأن تطبيقه يحتاج لتجهيز واستعداد.

ت. صعوبة التواصل في حال كانت المسافة بعيدة بين طرفي التواصل.
ث. وجود صعوبة وتعقيد في استخدام الصور في حال احتياج للموقف أكثر من استجابة.

٦. العلاج الحسي: Sensory treatment

يهدف العلاج الحسي كما تذكر إبراهيم (٢٠١١: ١٥٢) إلى تنبيه حواس الأطفال التوحيدين وتحقيق التكامل والتوازن بينها ، ويستند العلاج الحسي إلى أن الجهاز العصبي المركزي للإنسان يقوم بربط جميع الحواس الصادرة من الجسم ، وأن أي خلل في هذه الرابطة يؤثر بالسلب على باقي الحواس. وقد صممت عدة برامج علاجية لأطفال التوحد تستند لمنهجية العلاج الحسي ومن هذه البرامج ما يلي:

أ. برنامج العلاج بالمساج (التدليك): Massage therapy program

تشير إبراهيم (٢٠١١: ١٥٣-١٥٤) إلى أن هذا البرنامج يهدف لتحسين الحالة الانفعالية للطفل ومن ثم خفض بعض السلوكيات غير الهادفة وتحقيق الاستقرار أثناء النوم مما يساعده على زيادة مدة الانتباه والتركيز أثناء النهار وخاصة خلال عملية التدريب والتعليم. ووفق هذا البرنامج يتم تدريب الوالدين من قبل المعالج ليقوموا بعمل تدليك للطفل قبل موعد نومه بنصف ساعة وأن يشمل التدليك الذراعان والأرجل والصدر والظهر لمدة ربع ساعة. وقد طبق هذا البرنامج من خلال دراسة تجريبية على مجموعة من الأطفال التوحيدين تراوحت أعمارهم بين ٦-٧ سنوات وأسفرت النتائج عن زيادة مرات السلوك الهادف في المدرسة، وانخفاض معدل السلوكيات النمطية قليلاً أثناء الدراسة، وانخفاض مرات البكاء والصراخ عند الدخول للفراش، وظهور بعض المؤشرات الايجابية نحو ترابط الأطفال تجاه المعلمين.

ب. برنامج العلاج بالتدريب على التكامل السمعي: Auditory Integration Training (AIT):

تشير حكيم (٢٠٠٤: ١٠١) إلى أن من أنشأ هذه الطريقة هو طبيب الأنف والأذن و الحنجرة الفرنسي بيرارد berard وفي مطلع التسعينات انتشرت هذه الطريقة في أمريكا. ويضيف الغرير وعودة (٢٠٠٩: ١٧٥) أن آراء المؤيدين لهذه الطريقة تقوم على أن التوحيدين مصابين بحساسية في السمع (إما مفترطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، وبالتالي يهدف البرنامج كما تذكر إبراهيم (٢٠١١: ١٥٥) إلى تحسين القدرة على السمع لدى الأطفال التوحيدين عن طريق تنشيط عملية استقبال المدخلات السمعية وتنظيمها، ومن ثم يمكن زيادة قدرتهم على التركيز والانتباه. ويتم تطبيق هذه الطريقة كما تذكر حكيم (٢٠٠٤: ١٠١) من خلال السماع لموسيقى معينة عن طريق سماعات الأذن، تعطي الموسيقى ترددات مختلفة مرتفعة

ومنخفضة بشكل عشوائي ، وتعطى على شكل جلسات تتراوح من ١٠-٢٠ جلسة (جلستين في اليوم مدة كل منها ٣٠ دقيقة)، والترددات هذه مدروسة وأمنة على طلبة الأذن.

ت. برنامج العلاج بالتلامس: Treatment program by contact

يهدف لتحسين عملية التواصل بين الأطفال التوحديين ووالديهم ، حيث تؤكد الدراسات الميدانية أن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في التلامس مع أي شخص حتى الوالدين ،ويبدو عليهم النفور وعدم الراحة في أحضان الوالدين ولا يستجيبون لأحضانهم وقبلاتهم، مما يؤثر بالسلب على الحالة الانفعالية للوالدين، وانخفاض شديد في عمليات التواصل والارتباط بينهم وبين الأطفال مما يؤثر بالسلب على نمو الأطفال انفعالياً واجتماعياً. ووفق هذا البرنامج يقوم المعالج بتدريب الوالدين على كيفية القيام بالتلامس مع أطفالهم والوقت المناسب لذلك بحيث يكون الأطفال هم الذين يتحكمون في خبرة التلامس. ويتضمن البرنامج مجموعة من التعليمات والمقترحات للوالدين تفيدهم في كيفية التدخل في الوقت المناسب للتلامس مع الطفل، بحيث يُقبل عليهم بالتدرج ويتقبل عناقه وقبلاتهم، حيث تتحسن مشاعره وأحاسيسه بعد الانتظام في البرنامج العلاجي.

(إبراهيم، ٢٠١١: ١٥٧)

ث. برنامج العلاج بالتكامل الحسي (التدريب العلاجي المكثف):

Sensory Integration therapy (SIT)

أول من اكتشف نظرية التكامل الحسي كما تذكر حكيم (٢٠٠٤: ٩٧) هي جين إيرس أخصائية علاج وظيفي عام ١٩٧٢. و يؤكد الإمام والجوالدة (٢٠١٠: ٢٣٠) أن هذا البرنامج يستخدم عدة تقنيات، بعضها يهدف لتخفيف حساسية الطفل اتجاه المثيرات التي يجدها مؤلمة، بينما يهدف بعضها الآخر لدمج الحواس . وتضيف إبراهيم (٢٠١١: ١٥٩) أن هذا البرنامج يهتم بأكثر من حاسة لدى الطفل ويركز على العلاقة بين الحس والحركة، فهو يهدف لتنمية العلاقة بين أعضاء الحس وأعضاء الحركة. ويشترك في هذا البرنامج كل من أخصائي الكلام واللغة والتخاطب وأخصائي في المهارات الحركية، ويجب أن يشترك في وضع خطة العلاج أخصائيو السمع والبصر. وينبغي أن يبدأ العلاج وفق هذا البرنامج بوضع خطة فردية لكل طفل تتضمن: مواطن الضعف الحسية والحركية والإدراكية، والقدرات والمهارات التي يتمتع بها الطفل قبل العلاج، وتحليل لسلوكيات الطفل والظروف البيئية المحيطة بهذه السلوكيات.

٧. العلاج بالفن : Art therapy

توضح إبراهيم (٢٠١١: ١٢٨) أن المقصود بالفن هنا أنشطة التربية الفنية مثل الرسم والتلوين والقص واللصق وتشكيل الصلصال وإكمال الصور المجسمة وتركيب العرائس والمكعبات وغيرها.

وتتفق إبراهيم (٢٠١١: ١٢٨) مع بدر (٢٠٠٤: ١٠٦) على أن من طبيعة أدوات التربية الفنية أنها تجذب انتباه الأطفال التوحديين وتحفزهم على مشاركة الآخرين، وأنها لا تحتاج للتواصل اللفظي كثيراً ويقوم العلاج بالفن على الأنشطة الجماعية لدعم التواصل مع الآخرين ، وتحقيق الأهداف العلاجية التي من أهمها التفاعل الاجتماعي ، والانتباه لوجود الآخرين ، والمحاكاة والتعميم والتوافق الحركي والتوافق الحسي الحركي. وتبرز أهمية العلاج بالفن في أن المعالج يستغل الأنشطة والأدوات الفنية لجذب انتباه الأطفال التوحديين اعتماداً على إمكاناتهم البصرية المكانية التي هي بالتأكيد أعلى من إمكاناتهم اللفظية.

٨. العلاج بالعمل Occupational therapy :

يعتبر العلاج بالعمل كما تشير إبراهيم (٢٠١١: ١٣٢) من أهم العلاجات التي تقدم لأطفال التوحد ، ويهدف العلاج بالعمل إلى تقديم مثيرات خارجية تنثير إحساس وإدراك التوحدي بما حوله، وتحويل انشغاله بالأشياء العشوائية والذاتية إلى الانشغال بأنشطة تفيدهم في التفاعل مع الآخرين ومن ثم تنمية قدراتهم على التواصل، وإعدادهم لتلقي برامج التعليم والتدريب، وتحقيق التكامل الحسي والتآزر الحسي الحركي كما يساعد في خفض السلوكيات النمطية والعشوائية. ويقوم العلاج بالعمل على عدة عوامل ينبغي توفيرها لكي تتحقق الأهداف المرجوة ومن أهم هذه العوامل ما يلي:

أ. تدريب الوالدين أو الأخوة الكبار على كيفية فهم سلوك الأطفال وملاحظتهم أثناء اللعب التلقائي.

ب. تعديل الظروف البيئية المحيطة بالأطفال لتلاءم احتياجاتهم الحسية.

ت. تنظيم الاستجابات الحسية للأطفال ليشملها تكامل حسي.

ث. بدء العلاج بطريقة فردية. وقياس مستوى تفاعل الطفل مع الأشياء.

ج. تشجيع الطفل على التفاعل مع الآخرين وإبراز إمكاناته وقدراته أمامهم.

ح. مساعدة الطفل على اختيار العمل الذي يناسبه من حيث المرحلة العمرية والعمر العقلي وقد يكون دمية أو لعبة أو نشاط.

خ. تجاهل السلوكيات غير الهادفة وتشجيع السلوكيات المطلوبة لإكمال العمل الذي بدأه.

- د. توفير البيئة الآمنة والهادئة للطفل.
- ذ. عقد جلسات لأسر الأطفال لتبادل الحوار مع المعالجين.
- ر. يجب أن يستمر العلاج بالعمل لأطفال التوحد مدة لا تقل عن عشرين شهراً ، جلسة يومياً تتراوح مدتها ما بين (٢٠-٣٠) دقيقة ، ويراعى اختيار الوقت الملائم للطفل.

٩. العلاج البيئي: Environmental therapy

يقول بدر (٢٠٠٤: ١٣٢) أن الفكرة الأساسية لهذا العلاج تنبثق عما هو معروف عن الطفل التوحديين رد فعل غير طبيعي عند تعرضه لمستويات عادية من الإثارة البيئية. وهذا يعني وجود خلل وظيفي لدى الطفل التوحدي يؤدي إلى تفاعل غير طبيعي مع مثيرات البيئة ينتج عنه عدم قدرة الطفل على التلاؤم مع مستويات مناسبة من المثيرات.

كما أوضحت إبراهيم (٢٠١١: ١٣٥) أن هذا النوع من العلاج يعتمد على تنظيم بيئة الطفل ، ويقوم العلاج البيئي على إعداد برامج تعتمد على الجانب الاجتماعي للطفل وتشجيع الأسرة والأخوة الكبار على إقامة علاقات شخصية مع الطفل وحثهم له عن طريق التعزيز على تبادل التفاعل معهم من أجل تنمية مهارات الاتصال الاجتماعي لديه. وتستطرد إبراهيم أنه تبعاً لهذا النوع من العلاج يجب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل وإيجاد تعاون ومشاركات بين كل المتعاملين معه وفق تخطيط سليم، ويتم ذلك عن طريق وضع جداول توضح هذه الأنشطة ومواعيدها حسب جدول زمني ينظم وقت الطفل بحيث يكون هناك وقت محدد لكل نشاط. وتستخدم الصور الملونة والمجسمات لتوضيح أشكال الأنشطة المختلفة وأوقاتها وأماكنها. مثال ذلك أن يعلق طبق وملعقة في مكان الطعام لمعرفة مكان الطعام، وبجانبه رقم مجسم للوقت ليبين وقت الطعام.

١٠. العلاج باللعب: Play therapy

اهتم الكثير من الباحثين كما يذكر بدر (٢٠٠٤: ١١٥) باللعب باعتباره نشاطاً مميزاً ويفيد في الدخول لعالم الطفل التوحدي.

وتتفق إبراهيم (٢٠١١: ١٤٠) مع بدر (٢٠٠٤: ١١٧) على أن الدراسات الحديثة تؤكد بأن القدرة على اللعب ليست معدومة عند الأطفال التوحديين، وإما هي كامنة لديهم، ويمكن بمزيد من الصبر والتدريب تمهيتها. كما اتضح أن الأطفال التوحديين لديهم بعض المهارات الخاصة باللعب الادعائي، أي ادعاء وجود صفات لعنصر اللعب غير موجودة به أصلاً، ولديهم مهارات خاصة باللعب الرمزي (التخيلي) أي ادعاء وجود شيء غير موجود وإصباح صفة خيالية عليه.

وتضيف إبراهيم (٢٠١١: ١٤٠) أن المتخصصين يوصون بأن يكون العلاج باللعب لأطفال التوحد من خلال المجموعات من أجل تحقيق التفاعل والمنافسة مما يساعدهم على نمو اللغة والحوار اللفظي وغير اللفظي عن طريق التقليد والمحاكاة.

وتذكر الجمعية اللبنانية للتوحد (٢٠٠٨: ٩-١٣) أن اللعب مهمة ليست سهلة بالنسبة للطفل التوحيدي، فهو يلعب بطريقة مختلفة عن المتوقع إذ أنه يختار الطريقة التي تريحه، فهو لا يلعب بالألعاب بل يهتم بمضغها والتلويح بها، كما أنه يلعب بطريقة غير اعتيادية، ويلعب بطريقة عملية كالبنز أو تطابق الأشكال، ويلعب بطريقة بناءة كأن يحدد هدف ما ويعمل لتحقيقه، ويلعب ألعاب مع قواعد ويستطيع أخذ أدوار واللعب مع الآخرين بطريقة محددة دون تغييرها، كما أنه يلعب ألعاباً رمزية وخيالية.

ويقول خطاب وحمزة (٢٠٠٨: ١٠٤-١٠٥) أن ويمبوري وداون أجريا دراسة عام ١٩٩٩ بعنوان العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب للأطفال التوحيدين الهدف منها التأكد من فعالية العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب في تنمية اللغة والتواصل الفعال مع الآخرين لدى الطفل التوحيدي على طفلة مصابة بالتوحد ، وأثبتت النتائج أن العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب التفاعلي قد حقق الأهداف المرجوة وهي تنمية اللغة والتواصل الفعال مع الآخرين.

ويذكر مصطفى والشرييني (٢٠١١: ١٦٠) أن من فوائد اللعب للطفل التوحيدي ما يلي:

أ. الحصول على الخبرات الثقافية والانفعالية والاجتماعية التي يحتاج إليها النمو في مرحلة الطفولة المبكرة.

ب. انخفاض في السلوكيات الاجتماعية غير المناسبة مثل نوبات الغضب وإيذاء الذات.

ت. تحسن المهارات اللغوية.

ث. تسهل الدمج في المدرسة للأطفال التوحيدين فهي تحسن من مهارات التفاعل الاجتماعي مع الأقران.

١١. العلاج اللغوي: Language therapy

تقول إبراهيم (٢٠١١: ١٤٧) أن هذا النوع من العلاج يستهدف الأطفال الذين يتأخرون في النطق واكتساب اللغة ومن يعانون من صعوبة في النطق والتعبير اللفظي، ومن لديهم قصور في القدرة على المشاركة في الحديث.

وتتفق إبراهيم (٢٠١١: ١٤٧-١٤٨) مع بدر (٢٠٠٤: ١٢٦-١٢٧) بأن هذا العلاج يقوم على استخدام التدخلات التعليمية والسلوكية لتعليم الطفل التوحيدي طرق الاستعمال الصحيحة للغة التعبير من أجل التواصل مع الآخرين، وتضم هذه التقنيات الحديثة اللغة المنطوقة ولغة الإشارة

وأدوات التواصل التي تشمل على بطاقات تحتوي على صور بسيطة وصور معالجة بالكمبيوتر والتي تنتج لغة مكتوبة ومنطوقة.

وتؤكد دراسة حسن (٢٠٠١) التي أجريت لتقديم برنامج تدريب تأهيلي علاجي متكامل للمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال التوحديين والتحقق من مدى فعاليته في دراسة الحالة ، تؤكد على إسهام البرنامج في تنمية مهارات التواصل لدى الحالة وهو ما أوضحت نتائج القياس البعدي لقائمة كونرز على الطفل فقد قل مستوى العدوانية ومستوى ضعف الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي الزائد وزاد معدل الاجتماعية لديه ، وقد أظهر القياس القبلي ارتفاع في درجة العدوانية وضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد وانخفاض متوسط الدرجة على بعد الاجتماعية.

وتضيف إبراهيم(٢٠١١: ١٤٧-١٤٨) أنه يجب إشراك الوالدين في العلاج التخاطبي واللغوي بعد تدريبهما وتوجيههما من قبل الأخصائي لاستكمال ما بدأه مع الطفل في مركز العلاج والتدريب من خلال الأنشطة اليومية الحياتية في المنزل، ويعتبر إشراك الوالدين في البرنامج العلاجي محفزاً ومدعماً للطفل نفسياً واجتماعياً مما يؤدي لتقدم حالة الطفل ونجاح العلاج.

ويؤكد بدر (٢٠٠٤: ١٢٧) أنه بالرغم من أهمية العلاج اللغوي بالنسبة للتعامل مع المشكلات اللغوية فإنه لم يخضع للفحص العلمي كعلاج فعال في تنمية اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد.

١٢. العلاج الحركي: Movement therapy

يقوم العلاج الحركي على افتراض مؤداه أن تنبيه أعضاء الحركة يزيد من نشاط الجهاز العصبي مما يحفز أعضاء الحس فيقلل من الإحساس بالتوتر ويخفف من مشكلات النوم كالأرق والتلمل، فتقل سلوكيات الإثارة الذاتية عند أطفال التوحد، وهذا من شأنه أن يؤدي لزيادة فترة الانتباه والتركيز لديهم، وتقل مقاومتهم للتلامس مع الوالدين والتواصل معهم ومع معلمهم. ويبدأ العلاج بالأنشطة البسيطة ثم يتدرج لمهارات حركية أعلى بما يلاءم المرحلة العمرية للطفل وقدراته الجسمية والعقلية. ومن الأنشطة التي يتناولها العلاج الحركي:

أ. الأنشطة الفمية :

المضغ: يهدف لتحريك الفم وتجديد اللعاب.

المص: هو نشاط مهدئ للطفل الذي لديه حرك زائد.

الطحن: وهو منشط للطفل الذي لديه انخفاض في مستوى النشاط.

الطعم الحلو والحامض والمر: تذوقه يهدئ من ثورات الغضب وتنظيم حركات الطفل وتنبيه الطفل الخامل على التوالي.

وتستخدم هذه الأنشطة كعلاج لتنبيه إحساس الذوق عند الطفل

ب. الأنشطة الحركية:

مثل الجلوس فوق كرة كبيرة، والقفز لأعلى ولأسفل مسافة قصيرة، والتعلق بالذراعين، والتسلق لمسافة قصيرة، والمشي نحو هدف محدد، والهرولة اتجاه شيء يحبه.

ت. الأنشطة المنزلية:

مثل ترتيب أدوات المائدة، وترتيب دولا ب ملابس الطفل، وتنظيف حجرة الطفل وترتيبها، وترتيب الكتب بالمكتبة (للأطفال الأكبر سناً).

• تعقيب على مبحث التوحد

يتضح مما سبق ذكره، تنوع العلاج المقدم لأطفال التوحد، فهناك من يهتم بالعلاج الطبي والدوائي، وهناك من يشجع العلاج بالحمية الغذائية، وآخرون ينادون بالعلاج بالرياضة والعمل، وهناك من يرى أن العلاج الحسي هو الأنسب لأطفال التوحد، فيما ينادي آخرون بالعلاج من خلال التأهيل والتدريب والعلاج الطبيعي، ويرى الباحث أن علاج أطفال التوحد لا بد أن يكون شاملاً ومتكاملاً حيث يشمل جميع النواحي العلاجية السابقة وكل ما يفيد في علاج التوحد حيث لا بد من قيام الأخصائيين بتقديم العلاج كل حسب تخصصه ولذلك يتكون الفريق العلاجي من طبيب نفسي وطبيب أطفال وأخصائي نفسي وكل أعضاء الفريق العلاجي السابق ذكرهم، أي أن العلاج التكاملي هو السبيل للتعامل مع مرض التوحد.

ومن خلال العرض السابق لمبحث التوحد، يتضح أن إعاقة التوحد تعتبر من الإعاقات المهمشة في فلسطين ولا تتال قدر الكافي من الاهتمام، ويعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تظهر لدى الأطفال خلال السنوات الثلاث الأولى، ويعتبر تشخيص التوحد من الأشياء الصعبة ولذلك ليس من السهل تشخيص التوحد بسبب تشابه أعراضه مع أعراض اضطرابات أخرى، إلا أنه يتميز بخصائص وسمات تميزه عن غيره من الاضطرابات يستطيع المتخصصون ذوو الخبرة والكفاءة التعرف عليه وتشخيصه لذلك يشارك فريق علاجي اكلينيكي في التعامل مع فئة التوحد، ولم يتوصل بعد العلماء إلى أسباب واضحة وأكيدة لحدوث مرض التوحد، ولكن حاول كثير من الباحثين التوصل للأسباب من خلال إجراء بعض الدراسات على المصابين بالتوحد، فمنهم من يرجح العوامل الوراثية ومنهم من يرجح العوامل النفسية والاجتماعية، وآخرون يرجحون العوامل العصبية والمعرفية.

فالطفل المتوحد يعاني من مشاكل كثيرة تعيقه من تنمية وتطوير مهاراته وقدراته، ويرى الباحث أن الطفل المتوحد يعيش في عالم خاص به لا يعلمه غيره وبالرغم محاولات الآباء الدخول لهذا العالم إلا أنهم لم يستطيعوا فعل ذلك، لصعوبة التعامل مع هذه الفئة، ولذلك نجد الكثير من

الآباء يعاني ويجد نفسه تائها في بحر من الظلمات لا يعرف له أول من آخر لذلك نجدهم يستجدون ويهرولون مسرعين للأخصائيين والأطباء المتخصصين ليساعدوهم في التخلص من هذا القلق المؤرق.

المبحث الثاني متلازمة داون

أولاً: مقدمة:

يؤكد يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١١-١٢) أن متلازمة داون موجودة منذ الأزل حيث أن الدراسات والبحوث أكدت وجود أشخاص يحملون هذه الصفات المميزة ، ولكن لم يثبت وجود أي دليل على تحديد السبب وراء هذه الصفات أو حتى الإشارة إليها بطريقة مباشرة. ولقد أشارت الدراسات أن أقدم إنسان يحمل صفات داون قد عاش في منطقة خليج المكسيك في الفترة التاريخية (١٥٠٠ قبل الميلاد- ٣٠ بعد الميلاد) ، وكان يسكن هذه المنطقة شعب الألوميك ولقد ترك هذا الشعب لنا كدليل على ذلك العديد من التماثيل التي تصور أشخاصاً تختلف ملامحهم عن الملامح الطبيعية، والجدير بالاهتمام أن هذه التماثيل تحمل نفس الصفات الجسدية لذوي متلازمة داون ، وهذا يعني وجود أشخاص لديهم أعراض داون عاشوا في تلك الفترة الزمنية ، إذن فإن الدليل على وجود هؤلاء الأشخاص خلال تلك الحقبة الزمنية استند على التماثيل المتحجرة. أما في منتصف القرن العشرين فقد تم اكتشاف جمجمة لطفل في منطقة بريندون على هضاب انجلترا، وقد دلت الأبحاث أنها تعود للقرن الثامن أو التاسع الميلادي ولوحظ أن هذه الجمجمة ذات صفات مماثلة لصفات متلازمة داون.

ويتفق شاهين(٢٠٠٨: ٢٥) مع يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٣) على أن أول شخص قام بوصف هؤلاء الأشخاص بطريقة مباشرة كان الطبيب الفرنسي جان إيتن إسكيورول (JeanEtienne Esquirol) وكان ذلك عام (١٨٣٨م)، بالإضافة إلى أنه قد تم وصف الصفات العامة لهؤلاء الأطفال بواسطة مدرس فرنسي يدعى إدوارد سيجنا (Edouard Seginna) ويذكر العسرج (٢٠٠٦: ٣٧) أن أصل التسمية جاء عندما قام الطبيب الانجليزي جون لانجدون هايدون داون (John Langdon Hydon Down) بتقديم قائمة بالأعراض والصفات المصاحبة لهذه المتلازمة.

ويضيف شاهين(٢٠٠٨: ٢٥-٢٦) أن أطفال متلازمة داون يشبهون شعوب منغوليا ، ولوجود هذا الشبه أطلق عليهم المنغوليين واستمرت التسمية رسمياً حتى عام ١٩٨٦، وبعد ضغط كبير من حكومة منغوليا على منظمة الصحة العالمية تقرر تغيير هذا الاسم بشكل رسمي، وتكريماً للطبيب داون أطلق على هؤلاء الأشخاص اسم ذوي متلازمة داون.

ويضيف يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٥) أن المتتبع للتاريخ الطبي يجد أن السنوات اللاحقة لعهد داون قد احتوت على العديد من البحوث المتواصلة، والتي تحاول وصف وتشخيص أو معرفة أعمق للأطفال الذين عندهم أوصاف وشكل متلازمة داون. هذا وقد قام الكثير من

العلماء بمحاولات كثيرة لفهم أكبر وأوسع للأسباب الكامنة وراء هذه المتلازمة ، ففي السنوات الأولى من القرن العشرين أكد العلماء أن السبب وراء هذه الصفات الشاذة وجود خلل جيني في الكروموسومات الموروثة.

يورد كابمان وهيسكث (Kabman & Heschth 2000) أن السبب الحقيقي الكامن وراء متلازمة داون هو وجود (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦) كروموسوم على المستوى الخلوي، وذلك لوجود كروموزوم زائد متصل بزواج الكروموسومات (رقم ٢١) حيث يصبح هذا الزوج ثلاثياً. (شاهين، ٢٠٠٨: ٢٦)

وبما أن زوج الكروموسومات (رقم ٢١) كما يذكر الخلف (٢٠٠٣: ٤٣) مسئول عن التوتر العضلي والصفات الشكلية الوجهية وبعض العناصر الحيوية الهامة في جسم الإنسان ، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الأعراض والصفات المميزة لهذه المتلازمة وتعد متلازمة داون أحد الإختلالات الوراثية حيث تحتوي كل خلية من خلايا الشخص المصاب على (٤٧) كروموسوم (٢٣) كروموسوم يتوارثها من أحد الأبوين و (٢٤) كروموسوم من الأب الآخر، وقد أظهرت الدراسات أن الكروموسوم (٢١) الزائد يأتي عادة من الأم خاصة إذا حدث حملها بعد سن الأربعين .

وتذكر بدير (٢٠٠٤: ١٨٨) أن نسبة حدوث أعراض داون تبلغ (١ في كل ٨٠٠-١٠٠٠) مولود، ويسبب تغييراً تاماً في الوظيفة الذهنية في الأطفال الذين يعانون من هذه الأعراض بشكل أقل من الذين لا يملكون قدرة ذهنية (المتخلفين عقلياً).

ويذكر العسرج (٢٠٠٦: ٤٠) أنه لا توجد علاقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي للشخص والبلد التي يسكن بها في ظهور أعراض متلازمة داون، حيث أنها تحدث لكلا الجنسين وفي أي موقع جغرافي ولأي مستوى اقتصادي أو اجتماعي. ويضيف نقلاً عن جاندرسون (١٩٨٦) أن هناك حقيقتان هامتان عن متلازمة داون لا بد من توضيحهما ، الأولى عدم وجود علاقة للآباء في حدوثها، وليس هناك أي عوامل أو مؤثرات أو أخطاء يمكن أن تحدث أثناء الحمل تسبب حدوثها للطفل، والثانية هي أن كل طفل ذوي متلازمة داون هو طفل فريد يملك قدرات ومواهب وأفكار خاصة به كأى طفل عادي آخر.

كما يشير هالاهان وكوفمان (Halaghan and Kaufman) (٢٠٠٨: ٢٦٤-٢٦٥) إلى أن هناك علاقة بين متلازمة داون ومرض الزهايمر فقد أثبتت الدراسات أن ذوي متلازمة داون عند بلوغهم سن الخامسة والثلاثين يكون لديهم شذوذ في المخ يشبه بدرجة كبيرة ما يوجد لدى مرضى الزهايمر .

ثانياً: تعريف متلازمة داون:

تعرف وشاحي(٢٠٠٣: ٨٣) متلازمة داون بأنها شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموسوم (٢١) نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي. يتفق كل من القمش(٢٠١١: ٢٨) وعامر ومحمد(٢٠٠٨: ٧٩) والعزة (٢٠٠١: ٤٧)، وعبيد(٢٠٠٠: ٣٧) على أن معظم حالات داون تتصف بخصائص جسمية وفسيلوجية متشابهة بدرجة كبيرة ، كما أن المستوى العقلي لهذه الفئة يقع في المستوى المتوسط للإعاقات العقلية وأحياناً يقع في المستوى الشديد، حيث تقدر نسبة متلازمة داون من المعاقين عقلياً بحوالي (١٠%) من مجموع المعاقين عقلياً ككل.

ويتفق قوارتينو QUARTINO (٢٠٠٦: ٥٣) مع يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٧) على أن متلازمة داون هي عبارة عن وجود خلل في الصبغيات الوراثية (الكروموسومات) وهذا الخلل يأتي بسبب وجود (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦) كروموسوم على المستوى الخلوي، وذلك لوجود صبغة وراثية زائدة على الصبغ الثنائي رقم(٢١).

ثالثاً: أسباب الإصابة بمتلازمة داون:

بالرغم من تطور العديد من النظريات إلا أنه لم يعرف السبب الحقيقي لحدوث متلازمة داون، ولكن يمكن تحديد بعض العوامل المسببة لمتلازمة داون بتقسيمها لعوامل وراثية وعوامل بيئية كما ذكرتها وشاحي (٢٠٠٣: ٨٧-٨٨):

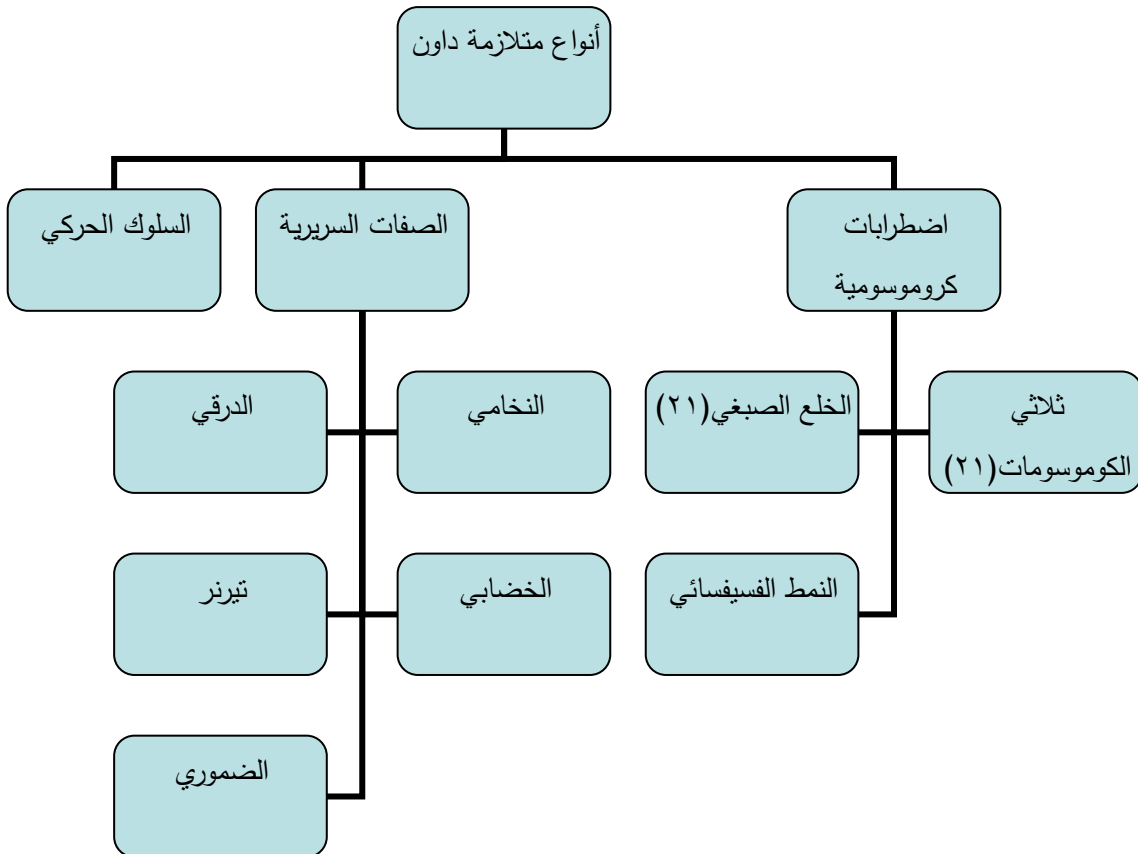
- أ. **العوامل الوراثية :** وتتمثل فيما يلي:
 ١. وراثية الطفل لخاصية التخلف العقلي.
 ٢. انتقال خصائص وراثية شاذة(شذوذ الكروموسومات ، شذوذ الجينات)من الآباء إلى الأبناء.
 ٣. عوامل بيولوجية أخرى مثل اضطراب الغدد الصماء(ضمور الغدة التيموسية، تضخم الغدة الدرقية) لدى الطفل.
 ٤. التشوهات الخلقية: فقد يصاب الطفل بشذوذ فسيلوجي خلقي غير معروف أسبابه بوضوح ويؤدي للتأخر الذهني والذي منه (شذوذ في شكل عظام الجمجمة، فقدان جزء من المخ، الاستسقاء الدماغي، صغر حجم الجمجمة).
 ٥. عوامل بيوكيميائية(طفرة جينية).

ب. العوامل البيئية وتتمثل فيما يلي:

١. عوامل قبل الولادة: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية، البكتيرية، الإشعاعات، الاستخدام السيئ للأدوية، سوء تغذية الأم الحامل، سن الأم عند الحمل، التدخين وشرب الكحوليات وتعاطي المخدرات أثناء الحمل، نقص نمو الجنين.
٢. عوامل أثناء الولادة: مثل الولادة العسرة، وضع المشيمة.
٣. عوامل بعد الولادة: مثل سوء التغذية، التهاب المخ، شلل المخ، الالتهاب السحائي، أمراض الغدد، أمراض الطفولة العادية، الحوادث، الحرمان من الأم.

رابعاً: أنواع متلازمة داون:

من خلال مراجعة الأدب وجد الباحث أنه يمكن تصنيف متلازمة داون لفئات ثلاثة أساسية هي فئة الاضطرابات الكروموسومية وفئة الصفات السريرية وفئة السلوك الحركي وفيما يلي تفصيلها:



شكل رقم (٢-٦) يوضح أنواع متلازمة داون

أ. فئة الاضطرابات الكروموسومية:

يتفق كل من القمش والمعايطة (٢٠١٠: ٤٧-٤٨) والسرطاوي والصمادي (٢٠١٠: ٢٦٠) على أن ليجوين Ligowen ورفاقه استطاعوا عام ١٩٥٩ أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة الذهنية المتوسطة، والتي أطلق عليها المنغولية يكون لدى الفرد كروموسوماً زائداً وأن هذا الكروموسوم ملتصق مع زوج الكروموسومات (٢١) بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثياً وليس ثنائياً، وهناك حالات أخرى تسبب نوعاً من المنغولية يكون لدى الفرد فيها (٤٦) كروموسوم أحدهما انقسم والتصق ذلك الجزء بكروموسوم آخر، هذا بالإضافة لنوع ثالث يطلق عليه اسم الفسيفسائي.

١. نمط ثلاثي الكروموسومات (٢١):

يذكر يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٨) أن التسمية جاءت وصفاً للحالة الكروموسومية والتي تكون عليها خلايا الشخص المصاب، حيث أنه يوجد في الموضع رقم (٢١) ثلاثة كروموسومات بدلاً من اثنين، ويعتبر هذا النوع من أكثر أنواع متلازمة داون شيوعاً حيث أن نسبته تشكل حوالي (٩٥%) من مجموع الأشخاص الذين يحملون متلازمة داون، وينتج ذلك عن وجود خلل جيني في عملية الانقسام المنصف (أو ما يعرف باسم عدم الانفصال السليم للزوج الكروموسومي الأصل) في خلية المبيض أو خلية الخصية، أي أن يبقى زوج الكروموسومات في الموضع رقم (٢١) بدون انفصال.

ويضيف شاهين (٢٠٠٨: ٢٨) أنه قد نجد في حالات أخرى أن الأبوين لديهم التوزيع الطبيعي من الكروموسومات إلا أنه أثناء انشطار البويضة المخصبة يحدث خلل في توزيع الكروموسومات فيولد الطفل بكروموسوم إضافي في زوج الكروموسومات رقم (٢١)، وحتى وقتنا هذا لا يوجد أي تعليل أو تفسير لحدوث هذا الخلل والفتل في عملية الانفصال الكروموسومي أثناء مراحل الانقسام.

وفي دراسة قام بها مولي وآخرون Molly عام (٢٠٠٨) لتحديد خصائص الأطفال الذين يعانون من تثالث الصبغي ٢١ مع وبدون التوحد وتحديد مدى ضعف الإدراك الحاد الذي يؤثر على قياس أعراض التوحد. في عينة مكونة من ٢٠ طفل يعانون من تثالث الصبغي ٢١ مع التوحد مقارنة مع أطفال يعانون من تثالث الصبغي ٢١ بدون التوحد، وأظهرت النتائج أن حالة سيطرة الاختلافات لأزواج متماثلة كانت كلها دالة عند (ف ٠,٠٠٠١) لمهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية، المهارات المعرفية والمهارات التكيفية. وكان جميع المشاركين لديهم انخفاض في حجم الرأس بما يتفق مع متلازمة داون، مع عدم وجود فروق في الحالة المضبوطة. وأن الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد وتثالث الصبغي ٢١ لديهم بشكل ملحوظ اختلال في وظائف المخ أكثر من الأطفال ذوي تثالث الصبغي ٢١ دون التوحد.

وتشير الدراسات كما يذكر يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٢٠-٢١) إلى أن ما نسبته (٨٠% - ٩٥%) من الحالات تكون الأم هي المسئولة، أي أن (٥% - ٢٠%) من الحالات يكون سببها الأب. ويفسر ذلك بأن الأنتى تولد بالمبيضين بشكل غير ناضج وتبقى كذلك حتى البلوغ تصبح جاهزة للإخصاب بين فترة وأخرى وبالتالي فإن فترة بقاء البويضات في شكلها غير المكتمل من ٢٠-٤٠ سنة، وهذه فترة طويلة، وبالتالي فإن احتمالية حصول الخلل تزداد كلما ازداد عمر الأم، أما بخصوص الرجل فإن إنتاج الحيوانات المنوية يبدأ بعد البلوغ، ودورة الحيوان المنوي لا تزيد عن عشرة أسابيع، وبالإضافة لذلك فإن الرجل ينتج كم هائل من الحيوانات المنوية واحتمالية أن يقوم الحيوان المنوي به خلل انقسامي بتلقيح بويضة ضئيل جداً.

٢. الخلع الصبغي (٢١) أو نمط الخطأ في موقع الكروموسوم (٢١):

يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٢٢) أن الخلع الصبغي (٢١) هو عملية انتقال جزء من الكروموسوم رقم (٢١) إلى موقع آخر، ونسبة شيوع هذا النوع حوالي (٤%). ويتم حدوث هذه الظاهرة من خلال عملية الخلع في قمة الكروموسوم رقم (٢١) وانكسار جزء من كروموسوم آخر والتحام الجزئين المتبقين معاً بحيث ينتقل رقم (٢١) إلى موضع جديد. ولعل الشيء المؤكد في الوقت الحاضر هو انتقال جزء من الكروموسوم في الموضع (٢١) ليلتحم مع أحد الكروموسومات في أحد المواضع رقم (١٣، ١٤، ١٥، ٢٢) أو أحياناً كروموسومات أخرى، وإن أكثر حالات الانتقال تكراراً تكون الانتقال إلى الموضع رقم (١٤).

٣. النمط الفسيفسائي:

يؤكد يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٢٤) أن هذا النوع يعتبر من الحالات النادرة، حيث أن نسبة شيوعه حوالي (١%) فقط من مجموع الأطفال ذوي متلازمة داون، ويكون هذا النوع على شكل وجود كروموسوم إضافي في الموضع (٢١) في بعض خلايا الجسم دون غيرها، أي أن تكون بعض خلايا الجسم تحتوي على ثلاثة كروموسومات في الموضع (٢١) أما بقية الخلايا فتكون طبيعية وتحتوي فقط على كروموسومين، ومن هنا جاء اختيار اسم هذا النوع حيث أن خلايا الجسم تظهر على شكل الفسيفساء.

ويختلف شاهين (٢٠٠٨: ٣٤) مع يوسف وبورسكي في نسبة الشيوع حيث يقول شاهين أن نسبة الشيوع تبلغ (٢%).

وقد أشارت دراسة مستمرة في قسم علوم الوراثة البشري في كلية الطب في جامعة فرجينيا اشتملت على (٤٥) طفلاً مصاباً بمتلازمة داون (النمط الفسيفسائي) كما يذكر العسرج (٢٠٠٦: ٤٦) إلى تأخرهم عن أشقائهم العاديين في اكتساب المهارات والنضج وعند مقارنة هذه العينة مع عينة مكونة من (٢٨) طفلاً من ذوي متلازمة داون من نمط ثلاثي

الكروموسومات (٢١) من نفس العمر والجنس وجد أن أطفال النمط الفسيفسائي أسرع في اكتساب المهارات الحركية مثل الحبو والمشى من أطفال النمط الثلاثي، ولكن لم يظهر أي اختلاف في مدى التأخر في اكتساب المهارات اللغوية.

جدول رقم (٢-٢) مقارنة بين أنواع متلازمة داون فئة الاضطرابات الكروموسومية

النوع	نسبة شيوعه	الوضع الكروموسومي
ثلاثي الصبغيات (٢١)	٩٥%	وجود كروموسوم إضافي في الموضع (٢١) في جميع خلايا الجسم، أي أن جميع الخلايا تحتوي على (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦).
الخلع الصبغي (٢١)	٤%	جزء من الكروموسوم (٢١) يلتصق بأحد الكروموسومات في المواضع الأخرى وخصوصاً في الموضع (١٤)، فيكون الموضع (٢١) يحتوي على كروموسومين أحدهما صغير والآخر عادي، والموضع المنتقل إليه كذلك يحتوي على كروموسومين أحدهما عادي والآخر طويل ويكون ذلك في جميع خلايا الجسم.
الفسيفسائي	١-٢%	وجود كروموسوم إضافي في الموضع (٢١) لبعض خلايا الجسم والخلايا الأخرى تبقى سليمة.

ب. الفئات حسب الصفات السريرية:

يمكن تقسيم الأطفال ذوي متلازمة داون حسب الصفات السريرية إلى نوعين هما: النوع النخامي، والنوع الدرقي. ويشير يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٤٣-٤٤) إلى الفروق الأساسية بين النوعين حسب ما ذكر في كتاب شميت (١٩٨٧) في الجدول رقم (٢-٣).

جدول رقم (٢-٣) الاختلافات السريرية لنوعي متلازمة داون

النوع		الصفات الرئيسية
النخامي	الدرقي	
انخفاض أقل من الطبيعي ولكن خلال مرحلة البلوغ عادة يزداد الوزن	انخفاض زيادة	١. الطول ٢. الوزن
رفيع البنية ومتناسق	دائري، كثيف (قصير وبدين)، جسم غير متناسق وغير رشيق.	٣. شكل وتركيب الجسم
عظام رفيعة (أقل من اللازم)	عظام عريضة (أكثر من اللازم)	٤. تركيب العظام
يكون النمو العظمي متسارعاً أكثر من الطبيعي وكذلك غير منتظم	يتأخر نمو العظام عن معدله الطبيعي	٥. نضج ونمو العظام
صغيرة ورفيعة ومتناسقة	عريضة وصغيرة وعديمة التناسق	٦. الأطراف
رقيق، الأنسجة تحت الجلدية تكون عادة ضعيفة، جلد هش، زيادة في عدد الأوردة الدموية الدقيقة وذات القابلية العالية للتحطم (ولذلك تكون خدودهم حمراء اللون)	سميك، صلب، جاف وفي بعض الأحيان مائل للاصفرار	٧. الجلد
رفيع وخفيف وهناك مناطق في الرأس تكون مائلة للصلع	جاف، مسترسل وغير قابل للتصنيف (الشعر التنبني)	٨. الشعر
أحياناً طبيعي أو طويل ولونه عادي	لسان سميك وطويل وذو لون أبيض	٩. اللسان
خشن، أجش، مرتفع، حاد النبرة	خشن، أجش، فيه بحة، قوي النبرة	١٠. الصوت
سريع الاستئثار أو الاستفزاز	لا مبالي، عديم الاكتراث، بطيء	١١. السلوك
مدمر، غير اجتماعي، لا يتقبل الآخرين والغرباء، مدافع قوي عن وجهة نظره	لطيف، ودود، مزاجه جيد، اجتماعي يتقبل الآخرين بسهولة، يحب الفرح والمرح واللعب	١٢. السلوك الاجتماعي

ويذكر يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٤٥) إلى جانب النوعين السابقين أنه يوجد أنواع أخرى ولكن قليلة الشيع ومنها: النوع الخضابي، نوع تيرنر، النوع الضموري.

١. النوع الخضابي:

إن أهم صفات أشخاص هذا النوع أن خضاب الدم لديهم يكون قاتم اللون، إلى جانب أن عيونهم كبيرة، ولديهم حواجب واضحة، وخدودهم منبسطة، وكذلك لهم هيكل رفيع، ومن مميزاتهم كذلك وجود ازدياد واضح في مدى حركة المفاصل، وتأخر واضح في القدرات والتطور

الحركي، كذلك فإن لديهم قابلية كبيرة لتحطيم الأوعية الدموية الدقيقة تحت الجلد، ولعل المثير للتفاوت في هذا النوع أن لديهم قابلية كبيرة لتعلم النطق والكلام وإبراز مهارات جيدة فيه.

٢. نوع تيرنر:

يقول الخطيب (٢٠٠٦: ١٦٧) بأن حالة تيرنر هي حالة مرضية تصيب الإناث فقط بمعدل (١ من كل ٢٥٠٠)، المشكلة فيها تتمثل بغياب أو تشوه الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X) مما ينجم عنه عدم وجود مبيض أو تشوه فيه. ولذلك فليس هناك دورة شهرية والخصائص الجنسية الأنثوية لا تتطور ومن الخصائص المميزة لهذه الحالة قصر القامة، والعنق، تدلي جفون العين، المشكلات القلبية والأمراض الكلوية والمشكلات العظمية، وبروز الأذنين.

٣. النوع الضموري:

يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٤٦) أن هذا النوع يعتبر من أكثر الأنواع صعوبة وشدة، وذلك لأن لدى أشخاص هذا النوع ضعف كبير في الترابط بين أنسجة الجسم المختلفة، وكذلك لديهم قابلية شديدة لتمزق عضلات البطن مما يؤدي إلى الفتق البطني ومن صفاتهم أيضاً زيادة كبيرة في مدى حركة المفاصل، علاوة على أنهم يصابون عادة بخلع في الرضفة (عظمة الركبة)، بالإضافة إلى أن لديهم تأخر في التحام العظام، فعلى سبيل المثال يبقى اليافوخ غير مغلق حتى عمر (٤-٦) سنوات، وكذلك يحدث عندهم اضطراب في الجهاز المعوي وتأخر شديد في تطور القدرات الحركية.

ت. الفئات اعتماداً على السلوك الحركي:

يشير يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٤٧-٤٨) إلى إمكانية تصنيف الأطفال ذوي متلازمة داون حسب هذا المتغير لأربعة أنواع وهي:

النوع الأول: يمتاز بقدرات حركية جيدة ويكون تطوّرهم الحركي قريباً نوعاً ما للتطور الحركي الطبيعي، يشكل هذا النوع ما نسبته ١٥-٢٥% من مواليد داون، ويكون مستوى التوتر العضلي عندهم جيداً.

النوع الثاني والثالث: يشكل النوعان الثاني والثالث ما بين ٥٠-٦٥% من مجموع مواليد متلازمة داون، وإن ما يميز هذين النوعين وجود تناقض في التطور بين أجزاء الجسم العلوي والسفلي، وغالبية الأطفال لديهم متلازمة داون من هذين النوعين. ويتميز النوع الثاني بجزء علوي قوي يتمثل في الظهر والرقبة والأكتاف والأذرع، ولكن هناك ضعف واضح في الجزء السفلي من الجسم ابتداءً من منطقة الحوض، ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في تعلم الزحف والحبو والمشي ولكن مع التدريب يمكن أن تتحسن قدراتهم الحركية. أما النوع الثالث فإنه عكس النوع الثاني تماماً، لهم جذع سفلي قوي وأرجل ثابتة والضعف يكون متمركزاً في الرأس والرقبة

وأعلى الظهر وتكون لديهم صعوبة الاستناد على الأيدي والجلوس بشكل منفرد، وكذلك يمكن أن يتطوروا مع التدريب.

النوع الرابع: ونسبته من ١٥-٢٥% ويتمركز الضعف في جميع أجزاء الجسم حيث أن التوتر العضلي يكون منخفضاً جداً وبشكل ملحوظ لدى هؤلاء الأطفال، وغالباً ما تكون عندهم مشاكل وعيوب خلقية في القلب، وهذه المشاكل تؤثر بشكل سلبي على الأداء الحركي لديهم، ولذلك يتوقع تأخر ملحوظ في تطور قدرات هذا النوع الحركية.

خامساً: نسبة انتشار متلازمة داون

يقول العسرج (٢٠٠٦: ٥٢) نقلاً عن مرسى (١٩٩٩) أن متلازمة داون تعد من أكثر العوامل الجينية المعروفة التي تسبب الإعاقة العقلية حيث تشير المراجع إلى أنها السبب الرئيس في حدوث حوالي (١٠%) من حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة.

ويذكر شاهين (٢٠٠٨: ٤١) نقلاً عن يانغ (٢٠٠٢) وهاسولد (١٩٩٨) أن متلازمة داون تعد السبب المعروف الأكثر تكراراً للإعاقة العقلية حيث تبلغ نسبة انتشارها حوالي حالة لكل (٨٠٠) ولادة حية. وبالرغم من حقيقة أن (٧٥%) من الأجنة المصابة بمتلازمة داون تنتهي بالإجهاض التلقائي، إلا أنه يولد طفل مصاب بمتلازمة داون لكل (٨٠٠) ولادة حية، كما أن (٨٠%) من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يولدون لأمهات لا تتجاوز أعمارهم (٣٥) سنة مع أن احتمال ولادة الطفل المصاب بمتلازمة داون يزيد بزيادة عمر المرأة. وأثبتت دراسة يلدريم و Yildirim & Yildirim (٢٠١٠) أن هناك علاقة بين مستوى التعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والمشاكل بين الآباء ومقياس اليأس (ف > ٠,٠١). و أن أمهات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون بحاجة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي للتغلب على مشاعرهم من اليأس.

ويؤكد يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٤٩) عدم وجود نسبة ثابتة لاحتمالية إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون فقد اختلفت الدراسات ولكن يمكن القول بأن هناك طفل من بين كل (٦٠٠-٩٠٠) طفل حديثي الولادة مصاب بمتلازمة داون، ولقد أشارت الدراسات في السعودية إلى أن (١٥,٠٠٠) شخص تقريباً لديهم هذه المتلازمة ونسبة الإصابة لديهم (١:٨٠٠-١:١٠٠٠)، أما في هولندا فنسبة الإصابة (١:٧٣٥)، وفي اليابان بلغت (١:١٠٠٠)، وفي بولندا بلغت (١:٦٢٥)، أما في الولايات المتحدة فالنسبة مرتفعة عن باقي الدول الأخرى .

ويضيف القمش (٢٠١١: ٢٧٨) أن نسبة انتشار متلازمة داون تبلغ حالة لكل (١٠٠٠) من المواليد الأحياء وترتبط بشكل قوي بالتأخر العقلي، ويولد كل عام ما يقارب (٣-٥) آلاف طفل

مصاب بمتلازمة داون ، ويعتقد أن حوالي ٢٥٠,٠٠٠ هائلة في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أطفال مصابين بمتلازمة داون.

وتقدر المراجع الصحية في الأردن كما يذكر شاهين(٢٠٠٨: ٤٢) نقلاً عن عماري (٢٠٠٤) أن نسبة الإصابة بها هي (١ من ٧٠٠) ولادة حية في الأردن، وبالرغم من عدم وجود إحصاءات دقيقة لنسبة الانتشار إلا أن سجل إحصائيات مركز تشخيص الإعاقات المبكر التابع لوزارة الصحة ، قد سجل (١١٣) حالة لمتلازمة داون من بين (٢١٦٠) حالة إعاقة راجعت المركز خلال عام (٢٠٠٣) أي بنسبة مقدارها (٥,٢%) من مجموع حالات الإعاقة المختلفة، كما بلغ مجموع حالات داون خلال الفترة من (١٩٩٠-٢٠٠٣) (٤٨٤ حالة) من المجموع الكلي للمراجعين(٢١١٨٠)، وهذا قد يشير إلى نسبة انتشارهم بين الإعاقات الأخرى والتي يمكن تقديرها بحوالي(٧%).

ويرى الباحث أنه من الصعب تحديد نسبة دقيقة لانتشار متلازمة داون في المجتمع الفلسطيني لحدثة دراسة هذه الإعاقة ولكن يوجد بعض المؤسسات التي تحاول تحديد نسبة لشيوع هذه الإعاقة في المجتمع الفلسطيني.

سادساً: تشخيص متلازمة داون والكشف عنها:

يتم تشخيص الأطفال ذوي متلازمة داون كما يقول شاهين(٢٠٠٨: ٤٤) كسائر الأطفال من ذوي الإعاقات العقلية حيث يتم استخدام المنحى التكاملية في التشخيص بأبعاده الطبية والسيكومترية والاجتماعية والأكاديمية مع الاهتمام ببعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها في تقييمهم والتي لخصها بيجلي ولويس عام (١٩٩٨) في الآتي:

١. حقيقة أن هذه الفئة من الأطفال تتصف بانخفاض القدرات بشكل عام مقارنة بأقرانهم العاديين من نفس الفئة العمرية.

٢. حقيقة كونهم أطفال، وحقيقة معاناتهم من درجة معينة من الصعوبات التعليمية.

٣. حقيقة أنهم مصابون بمتلازمة داون ومظاهرها الجسمية والنفسية.

ويضيف العسرج (٢٠٠٦: ٥٤) أنه يتم الكشف عن متلازمة داون عادة عند الطبيب ، ويظهر ذلك من خلال المظاهر الجسمية المميزة لها ، وتشخص عادة عن طريق فحص دم الطفل، كما يمكن الكشف عن الإصابة خلال الأسابيع الأولى من الحمل من خلال إجراء فحوصات معينة تتم بعد تجاوز الأم لسن (٣٥) عام ويرجع ذلك لخطورة هذه الفحوصات .

وتؤكد دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠) على ازدياد النسبة المئوية لتشخيص تطور الحمل في النساء الأصغر سنا مع مراعاة الاختلاف بين المناطق. وظلت ثابتة

نسبياً في حوالي ٧٠ ٪ في النساء المسنات. وقد اتسع استخدام قياس فحص قبل الولادة بسرعة ، ويجري الأكثر شيوعاً في لندن وجنوب شرق حيث في ٢٠٠٧-٢٠٠٨ ما يزيد على ٧٥ ٪ من التشخيص قبل الولادة لدى النساء الأكبر سناً وكان قياس شبه الشفافية القفوي. وانخفاض كبير في مؤشر وحيد هو عمر الأم متقدمة ، وكان أقل من ١٠ ٪ في الأمهات المسنات في جميع المناطق في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨.

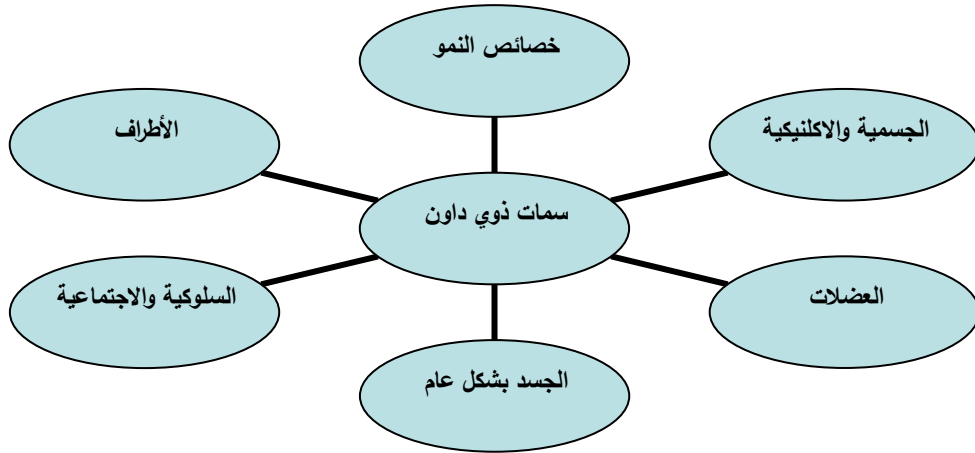
ومن هذه الفحوصات كما يشير إليها الروسان (٢٠٠٧: ١٥٥) ويتفق معه القمش (٢٠١١): (٢٨٧-٢٨٧) أخذ عينة من السائل المحيط بالجنين، وعينة من دم الحبل السري عن طريق الجلد ، وعينة من المشيمة.

ويؤكد شاهين (٢٠٠٨: ٤٣) تحسن طريقة الكشف عن الإصابة بهذه المتلازمة من خلال تطور اختبارات الدم حديثاً حيث أنها لا تحمل المخاطر التي كانت تحملها سابقاً، وكذلك استخدام تقنية الأمواج فوق الصوتية التي تعتبر دقيقة في الكشف عن الإصابة بمتلازمة داون، فإذا تم التأكد من الإصابة فيقدم للأهل كافة المعلومات عن الحالة والمساعدة التي يمكن أن يتلقوها والإجراءات الطبية التي يجب القيام بها.

ويرى الباحث أن التعرف على متلازمة داون وتشخيصها يكون سهلاً من خلال ملامح وجه طفل هذه المتلازمة المتعارف عليها، وهذا لا يعني سهولة التشخيص حيث أن هناك أنواع لا تظهر عليها تلك الملامح، وبالتالي يجب أن يكون المعالج دقيق في وضع تشخيصه النهائي.

سابعاً: سمات وخصائص ذوي متلازمة داون:

يتمتع أطفال متلازمة داون بخصائص وسمات تميزهم عن غيرهم من الأطفال المعاقين وتجعل من تشخيصهم أمر سهل، فيما يلي يسرد الباحث سمات وخصائص ذوي متلازمة داون.



شكل رقم (٢-٧) يوضح سمات وخصائص ذوي متلازمة داون

١. الخصائص الجسمية والاكليتيكية :

يقول القمش (٢٠١١: ٢٨٤-٢٨٥) أنه بالرغم من أن أفراد داون لهم خصائص جسمية مميزة إلا أنهم متشابهين بالنسبة للشخص العادي. وليس لكل الأطفال جميع الخصائص فمنهم من يحمل بعض الخصائص، ومنهم من يحمل معظمها، وتتضمن الخصائص التالي:

- أ. انبساط الوجه، وانبساط في مؤخرة الرأس، ووجود ثنايا لحمية زائدة في مؤخرة العنق.
 - ب. رقبة عريضة قصيرة، وشذوذ ملاحظ في لون البشرة، وصغر حجم الأنف.
 - ت. ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم.
 - ث. ميل وانحدار في العينين يصاحبه مصاعب في حدة الإبصار وتضخم في جفن العين.
 - ج. انخفاض في موضع الأذن ونمو غير عادي لقناة الأذن.
 - ح. نمو غير طبيعي للأسنان، وقوام قصير وأطراف قصيرة ومتضخمة.
 - خ. قصر اليد وعرضها وانحدار أو امتداد أو زيادة عدد الأصابع وارتخاء عضلات الأصابع.
 - د. وجود مسافة بين أصبع القدم الكبير وما يليه ووجود التمام أو تضخم أو انبساط في أصابع القدم.
 - ذ. صعوبات في التنفس وفي وظائف الرئتين، ونقص الفيتامينات والكالسيوم.
 - ر. ضعف العظام والأنسجة العصبية، وتأخر في النمو الحركي.
- وتضيف وشاحي (٢٠٠٣: ٨٩) خصائص أخرى هي:
- أ. صغر حجم الجمجمة، وعيوب خلقية بالقلب، وتأخر في الكلام.
 - ب. تأخر عقلي أو نقص في النمو الإدراكي بين المتوسط والشديد.
 - ت. لسان عريض، سميك ومشقق.
- ويعرض يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٢٩-٣٠) صفات الوجه للأطفال متلازمة داون أكثر تفصيلاً، حيث أن ما يميز وجوههم أنها مستديرة وعيونهم مائلة للخارج وللأعلى، مع بروز بقع بيضاء مصفرة على قزحية العين، وشق جفن العين مائلاً للخارج، إضافة لوجود ثنية واضحة في منطقة الموق (منطقة أعلى الأنف من جهة العين)، والجدير بالذكر أن انخفاض توتر عضلة اللسان يؤدي إلى انحراف في الشفة السفلية وانخفاض في الفك السفلي وكذلك انفتاح الفم، وبالتالي اندفاع اللسان إلى الأمام، وتأخر أو نمو غير سليم أو منتظم للأسنان.

٢. خصائص النمو:

يقول القمش (٢٠١١: ٢٨٥) أنه لا تظهر أي فروق بين أطفال متلازمة داون والأطفال العاديين في النمو خلال السنتين الأولى والثانية، هذا وتؤكد الدراسات وجود فروق بين أطفال داون أنفسهم في اكتساب المهارات الأساسية للنمو، وتبدأ الفروق بين أطفال داون والأطفال العاديين في الظهور بعد سن الرابعة والخامسة، وما يميزهم مشكلات النمو التالية:

- أ. صعوبات في الحواس المختلفة وخاصة حاستي اللمس والسمع.
- ب. صعوبات في التفكير المجرد وكذلك في الفهم والاستيعاب.
- ت. صعوبات في الإدراك اللمسي والسمعي.
- ث. صعوبة الانتقال من مرحلة لأخرى في النمو الحس حركي.

٣. الأطراف:

يتفق شاهين (٢٠٠٨: ٥٨) مع يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣١) على أن أهم ما يميز أطرافهم أنها أقصر وأسمن من الطبيعي، ويوجد بها ثنية واحدة (خط مستقيم وسط راحة اليد بشكل عرضي) في الجزء الداخلي من اليد، أما القدم فتحتوي على ثنية في صندل القدم (ازدياد المسافة بين الإصبع الكبير والثاني في القدم).

٤. الخصائص السلوكية والاجتماعية:

تتمثل هذه الخصائص كما يذكرها القمش (٢٠١١: ٢٨٦) فيما يلي:

- أ. ودودون من الناحية الاجتماعية ويقبلون على الآخرين ويحبون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء.
- ب. يبدون المرح والسرور باستمرار.
- ت. تقل لديهم المشكلات السلوكية الناتجة عن اختلافات الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال.
- ث. وجود فروق فردية في الناحية السلوكية والمزاجية العامة بين الأفراد المصابين بمتلازمة داون بعضهم وبعض.

٥. الوزن والطول:

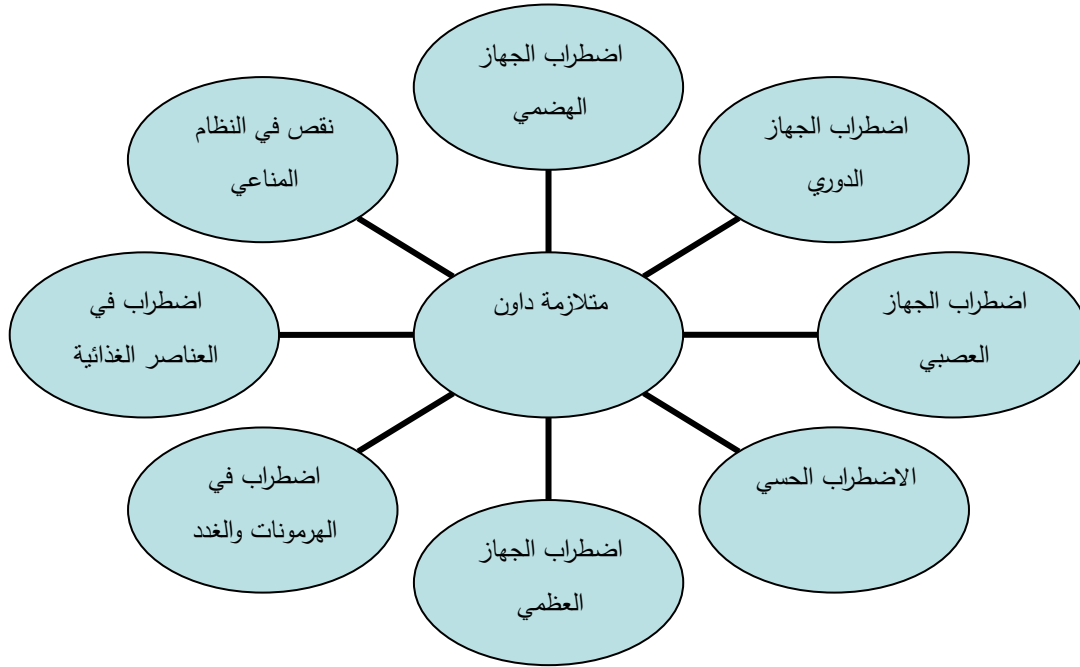
يشير يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٢) إلى أن الوزن والطول هم الأكثر تأثراً، حيث أن وزن أطفال داون أقل من الطبيعي عند الولادة، ومن ثم يصبح أكثر من الطبيعي بعد ذلك، ويمتازون بقصر القامة على وجه العموم، حيث وجد أن طول الرجال منهم يكون بين (١٤٥-١٦٨ سم)، أما النساء يكون طولهن بين (١٣٢-١٥٥ سم)، وهذا يشكل الحد الأدنى من الطول الطبيعي.

٦. العضلات:

يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٣) أنه يلاحظ وجود انخفاض واضح في مستوى التوتر العضلي ومقدار مقاومة العضلات لبداية الحركة في جميع أنحاء الجسم ونتيجة لانخفاض مستوى التوتر العضلي وزيادة المرونة في المرباط والأنسجة الرابطة بالمفاصل يزيد مدى المفاصل عن الحد الطبيعي.

ثامناً: الاضطرابات والمشاكل الطبية المصاحبة لذوي متلازمة داون:

يعاني أطفال متلازمة داون العديد من المشاكل الطبية التي عادة ما تكون مصاحبة لهم وتؤثر على حياتهم وتلعب دوراً في تعلمهم وممارستهم حياتهم واستمرارهم في الحياة والتعجيل في وفاتهم كما يكرر بعض العلماء وسنعرض الآن لبعض الاضطرابات والمشاكل التي تكون مصاحبة لذوي متلازمة داون.



شكل رقم (٢-٨) يوضح الاضطرابات الطبية المصاحبة لمتلازمة داون

١. اضطرابات في الجهاز العصبي:

وتظهر هذه الاضطرابات كما يذكر يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٦) على شكل نقصان في عدد الخلايا العصبية في الدماغ، ويعادل هذا النقص ما نسبته (٢٠-٥٠%) مما لدى الأطفال العاديين، وهذا يفسر لنا سبب التأخر في قدرات هؤلاء الأطفال، ومن الاضطرابات العصبية

الأخرى أيضاً الإصابة بالصرع بنسبة (١٠-٥) إما خلال السنيتين الأوليتين من عمر الطفل أو في المرحلة العمرية من ١٥-٢٥ سنة.

ويضيف شاهين (٢٠٠٨: ٦١) أن من اضطرابات العصبية المصاحبة لمتلازمة داون اضطرابات النوم والاختناقات ، حيث يعاني معظم أطفال داون من حالات ضيق التنفس والاختناق خلال النوم، وتشير نتائج دراسة قام بها ميتشل وكيلي (٢٠٠٣) إلى أن حوالي (٧٦%) من أطفال داون يعانون من حالات ضيق النفس والاختناق أثناء النوم خلال فترة السنوات المبكرة من العمر وبالتحديد في أول (٣٠) شهراً من العمر.

٢. اضطرابات في الجهاز الدوري:

يتفق شاهين (٢٠٠٨: ٦٢) والعسرج (٢٠٠٦: ٦٢) مع يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٦-٣٧) على أن هذه الاضطرابات تظهر واضحة بوجود عيوب خلقية بالقلب، حيث أن (٤٠-٥٠%) من الأطفال الذين لديهم متلازمة داون توجد عندهم مشاكل وعيوب خلقية سواء في الجهاز التنفسي أو في القلب، ومن أكثر العيوب القلبية حدوثاً:

- أ. وجود عيب في الحاجز الأذيني البطيني بنسبة (٤٠%) من مجموع العيوب الخلقية في القلب.
- ب. عيب في الحاجز الأذيني ونسبته حوالي (٢٠%) من مجموع هذه العيوب.
- ت. عيب في الحاجز البطيني ونسبته حوالي (٢٠%) من مجموع هذه العيوب.
- ث. رباعية فالوت وسميت كذلك نسبة لمكتشفها د. فالوت ونسبتها حوالي (٨%) من مجموع العيوب القلبية.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه العيوب تعيق العمل المثالي للعضلة القلبية وحصول مشاكل صحية كثيرة نتيجة لذلك والعلاج الأمثل يحتاج إلى التدخل الجراحي المبكر.

٣. اضطرابات في الجهاز الهضمي:

تظهر هذه الاضطرابات كما يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٧) على شكل خلل في نمو الجهاز الهضمي ومن أهم ما يلاحظ وجود تضيق في الأمعاء الدقيقة، انسداد جزئي في الأمعاء الغليظة، ونسبة حصول اضطرابات الجهاز الهضمي حوالي (١٢%).

ويضيف شاهين (٢٠٠٨: ٦٣) أنه يولد عدد قليل من أطفال داون بتشوهات في المجرى المعدي المعوي ، وتجرى الجراحة في مرحلة مبكرة جداً إلا أنها لا تكون فعالة بشكل تام، حيث يعانون من مشاكل دائمة في التحكم في عملية الإخراج، كما يعاني بعضهم من الإمساك المزمن.

٤. نقص في النظام المناعي:

يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٣٨) أن مناعة هؤلاء الأطفال أدنى من الطبيعي تجاه الالتهابات والأجسام الغريبة، وبذلك فهم معرضين بشكل كبير للإصابة بأمراض مثل سرطان الدم والسكري وتكرار حدوث أمراض الغدة الدرقية والتهابات الجهاز التنفسي.

٥. اضطراب في العناصر الغذائية:

تظهر لديهم اضطرابات في مستوى العناصر الغذائية الرئيسية في الجسم مثل الفيتامينات والأملاح المعدنية حيث يظهر لديهم نقص في فيتامين (B) وخصوصاً (B1, B2, B6)، ونقص في كل من فيتامين (A) وفيتامين (C)، ويظهر لديهم نقص في الإنزيمات المهمة لعمليات الاستقلاب الغذائي، وكذلك نقص في الأملاح المعدنية مثل (الزنك واليوتاسيوم والحديد والسيلينيوم والمنغنيز)، علاوة على ذلك تلاحظ لديهم زيادة في كل من (الكالسيوم والفسفور والألمونيوم). (يوسف وبورسكي، ٢٠٠١: ٤٠)

٦. اضطراب في الهرمونات والغدد:

مثل اضطرابات منطقة تحت المهاد والغدة النخامية والغدة الدرقية والغدد التناسلية. وبشكل عام يؤدي الاختلال الكروموسومي إلى اختلالات في النظام الهرموني يجب أن يتم تشخيصها ومن أهم هذه المشاكل الاضطرابات التي تصيب الغدة الدرقية وتؤدي إلى خطر الوزن الزائد وداء السكري. (شاهين، ٢٠٠٨: ٦٣-٦٤)

وتؤكد دراسة برشر و آخرون Prasher & others (٢٠١١) أن هناك زيادة تدريجية في هرمون الغدة الدرقية وانخفاض تدريجي محتمل في هرمون الغدة الدرقية مع تقدم العمر في البالغين الأصحاء مع متلازمة داون. ووقوع الخلل في الغدة الدرقية هو أقل بشكل ملحوظ عما هو متوقع من انتشار الدراسات. كما وتؤكد أن هناك مبالغة من الدراسات في انتشار العلاقة بين الخلل في الغدة الدرقية ومتلازمة داون.

٧. اضطرابات الجهاز العظمي:

يقول العسرج (٢٠٠٦: ٦٥) أن هذه الاضطرابات تظهر على عدة أشكال أهمها التوزيع غير المنتظم للكالسيوم في عظام الجسم وتأخر ملحوظ في نمو الأسنان الدائمة وعمق وعرض القفص الصدري وفي بعض الأحيان يتكون القفص الصدري من ١١ زوج من العظام في حين أن الطبيعي يتكون من ١٢ زوج، وتقوس في بعض المفاصل ومشاكل في عظام الأنف.

٨. الاضطرابات الحسية:

يصاب أطفال داون بنزلات برد متكررة ولا يشفون منها بسرعة، وتكون قناة استاكيوس لديهم أضيق من الأطفال العاديين ويتم انسدادها بسهولة من الإفرازات المخاطية وبالتالي يؤثر على السمع، كما يعاني بعضهم من مشاكل في الإبصار ولكنها أقل من المشاكل السمعية. (العسرج، ٢٠٠٦: ٦٧)

تاسعاً: جوانب التطور الأساسية عند أطفال متلازمة داون مقارنة بالطبيعي

جدول رقم (٢-٤) جوانب التطور الأساسية عند أطفال داون مقارنة بالطبيعي

المدى العمري		جوانب التطور
الأطفال العاديين	أطفال متلازمة داون	
		١. التطور الحركي الكبير
٣-٢) أشهر	١٨-٢) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> التحكم بالرأس
٦-٣) أشهر	١٤-٥) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> الانقلاب
٨-٥) أشهر	٢٢-٨) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> الجلوس
٧-٥) أشهر	٢٤-٩) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> الزحف
١٠-٧) أشهر	٢٨-١٢) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> الحبو
١٣-٩) شهراً	٣,٥-١) سنة	<input checked="" type="checkbox"/> الوقوف
١٥-١١) شهراً	٤-١,٥) سنوات	<input checked="" type="checkbox"/> المشي
		٢. التطور الحركي الدقيق
٣-١) أشهر	٥-٢) أشهر	<input checked="" type="checkbox"/> مص الإصبع
٦-٣) أشهر	١٢-٦) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> مسك والنقاط الأشياء الكبيرة
١٢-٦) شهراً	٢-١) سنة	<input checked="" type="checkbox"/> النقاط الأشياء الصغيرة
٢,٥-١) سنة	٤-٢) سنوات	<input checked="" type="checkbox"/> وضع مكعبات فوق بعضها
		٣. التطور اللغوي
١١-١) شهراً	٤) أشهر-٦) سنوات	<input checked="" type="checkbox"/> التلحين
٣-١) سنوات	١٩) شهر-١٠) سنوات	<input checked="" type="checkbox"/> الكلمة
٧-٣) سنوات	٧-٩) سنة	<input checked="" type="checkbox"/> الجملة
		٤. التطور الاجتماعي
٣-١) أشهر	٥-٢) أشهر	<input checked="" type="checkbox"/> الابتسام والاستجابة للعب
١٠-٤) أشهر	١٤-٥) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> التعرف على الأهل
٣-٢) سنوات	٥-٣) سنوات	<input checked="" type="checkbox"/> الابتعاد عن الأهل دون مشاكل
		٥. تطور نشاطات الحياة اليومية
١٤-٧) شهراً	٢٤-١٠) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> مسك الطعام بالأصابع
١٧-٩) شهراً	٣٢-١٢) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> الشرب من الكأس
٢٠-١٢) شهراً	٣٩-١٣) شهراً	<input checked="" type="checkbox"/> استخدام الملعقة
٥-٣) سنوات	١٤-٨) سنة	<input checked="" type="checkbox"/> استخدام السكين والاستحمام

نقلًا عن يوسف وبورسكي (٢٠٠١)

عاشراً: علاج وبرامج تأهيل الأطفال ذوي متلازمة داون:

يحتاج أطفال متلازمة داون إلى التدخل العلاجي بشكل مبكر حتى يتم السيطرة على المرض بشكل مبكر وتتنوع المناحي العلاجية التي تستخدم لعلاج متلازمة داون، سنتناولها في السطور التالية:

١. العلاج الطبي:

أ. العلاج الجراحي والتطبيبي:

يؤكد يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٨٧-٨٨) على أهمية الكشف والتشخيص المبكر لحالات متلازمة داون وكذلك المتابعة الطبية المستمرة وذلك لأن أطفال متلازمة داون من الممكن أن يصابوا بأمراض ومشكلات جسمية مثل المشاكل القلبية ومشاكل الجهاز التنفسي وغيرها ، فلا بد من الاكتشاف السريع والمعالجة السريعة سواء بالأدوية أو العمليات الجراحية أو الفحوصات والمتابعة الدورية، أما إذا تم إهمال تلك المشكلات فإنها ستطور وتتحول لحوادث.

ب. العلاج الدوائي (الهرموني):

يقول يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ٨٨) أنه تم إيجاد الكثير من الأساليب العلاجية التي تعتمد على محاولة تعويض النقص أو الاضطراب في الهرمونات، وذلك بإعطاء أطفال المتلازمة هرمونات معدة اصطناعياً أو استخدام مواد كيميائية تعمل على تحريض وحث الغدد على زيادة إفرازاتها من الهرمونات، ولكن يؤخذ على العلاج الهرموني أنه يجب الاستمرار به لمدى الحياة.

٢. العلاج الغذائي:

تشير بعض الدراسات كما يذكر شاهين (٢٠٠٨: ٩٩-١٠٠) إلى إمكانية العلاج عن طريق الغذاء من خلال تناول الفيتامينات ، وقد أثبتت الدراسات الأولية جدوى العلاج الغذائي وهذا أثار اهتمام العلماء وأجريت دراسات أخرى وبعد مراجعة مكثفة للدراسات الحديثة التي ركزت على العلاج الغذائي مع أطفال داون تم التوصل إلى أن المعالجة بالفيتامينات ليست مفيدة ، ومع ذلك يحتاج الطفل لمتابعة مكثفة ودقيقة من اختصاصي التغذية حيث يجب إتباع برامج تغذية خاصة.

٣. طريقة كوستيلو – موراليس:

تستخدم هذه الطريقة لتحسين عمل عضلات الوجه وتعتمد بشكل أساسي على التأثير على النقاط العصب حركية في الوجه، ويتم إجراء هذه الطريقة لتحقيق الأهداف التالية: زيادة التوتر العضلي لعضلات الوجه، وتحسين ملامح الوجه، وتحسين وضعية اللسان والشفاه، مما يؤدي إلى تحسين مهارات الأكل والشرب والكلام. وتركز هذه الطريقة على الضغط على (٨) مناطق

عصبية محركة للعضلات وفي نقاط محددة من منطقة الوجه وهي: مفرق الحاجبين، و نقطتي زاوية العين، ونقطتي زاوية الأنف، والشفة العلوية، وزاوية الفم، ونقطة الذقن، ونقطة قاعدة الفم، ونقطة العضلة الماضغة. (يوسف وبورسكي، ٢٠٠١: ٩٨-٩٩)

٤. برامج العلاج الطبيعي:

أ. طريقة بوباث:

لاقت هذه الطريقة انتشاراً واسعاً في العالم، وهي تعتبر مثالية لمعظم الاضطرابات الحركية التي تصيب الأطفال ، ولذلك تعتبر عنصراً فاعلاً في عملية التدخل المبكر. قامت بتطوير هذه الطريقة السيدة بيرثا بوباث Bertha Bobath بمساعدة زوجها ، وتعرف طريقة بوباث على أنها نظام علاجي أعد بدقة ليناسب كل طفل على حده ، وتستعمل فيها أوضاع منع الحركات والأوضاع غير المرغوبة وتسهيل وتشجيع الحركات المرغوبة، وتتم فيها المعالجة على مراحل معينة من تسلسل المهارات الحس حركية وتزداد تعقيداً بشكل تدريجي بهدف تعليم الطفل مهارات جديدة. (يوسف وبورسكي، ٢٠٠١: ١٠٣)

ب. طريقة فويتا(الطريقة الشرقية):

وجدها وطورها طبيب الأعصاب التشيكي فاسلاف فويتا Vaclav Vojta، وهي تعتمد على النقاط الحركية في جسم الإنسان، والتي من خلالها يتم حث الطفل على القيام بأهم المراحل الحركية من وجهة نظر فويتا وهي الزحف والانتقال، وقد اثبت فويتا أن الضغط على هذه المناطق والتي أسماها مناطق التحرير يؤدي إلى حدوث حركات معينة عن طريق حث قنوات الطاقة وردود الفعل اللاإرادية عند الإنسان وتحريض المستقبلات الداخلية في جسم الطفل ومراكز الحركة، ومن خلال تكرار الضغط على مناطق التحرير يمكن تحسين القدرة والقوة العضلية بشكل تدريجي . (يوسف وبورسكي، ٢٠٠١: ١٢٢-١٢٤)

٥. برامج التربية الجنسية:

تركز هذه البرامج كما يقول بوسكيل Boscail على عدم تعرض أطفال متلازمة داون وحمايتهم من الاستغلال والعنف الجنسي من قبل الآخرين، كما يتضمن تدريبهم على التعامل مع حاجاتهم الجنسية بشكل مناسب من خلال تطوير برنامج للتربية الجنسية يتضمن عدداً من الأبعاد الاجتماعية مثل التدريب على تقبل الذات والوعي والإحساس بهم ومهارات اتخاذ القرار ومهارات التواصل وتوكيد الذات . (شاهين، ٢٠٠٨: ١٢٠)

٦. العلاج باللعب والعمل :

يشير يوسف وبورسكي (٢٠٠١: ١٢٦) أن هذا الأسلوب يطلق عليه اللعب العملي ، ويقول أن جين آيرس Jean Ayres أخصائية العلاج الوظيفي والأخصائية النفسية تعتبر الأبرز حيث أنها طورت هذا الأسلوب، ويعتمد هذا الأسلوب على توجيه قدرات الطفل العملية من خلال اللعب، وهناك العديد من التمارين التي تطبق بحيث تحدث نوع من التوازن الحس حركي، ومن أهداف تمارين العلاج باللعب العملي ما يلي: تنمية المهارات الحركية ، وتحسين استجابة الطفل للمحيط، وإثارة تطور عملية الكلام، وتطوير القدرات النفسية والاجتماعية، وتنمية الاستقلال والشخصية والاعتماد على النفس، وتنمية الجوانب الإبداعية.

٧. طرق التعليم في التربية الخاصة:

يذكر شاهين (٢٠٠٨: ٢١٣-٢١٥) نقلاً عن مرسي (١٩٩٩) عدة طرق تعليمية تستخدم في مجال التربية الخاصة لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومنهم أطفال متلازمة داون وهي كما يلي:

أ. **طريقة ايتارد:** تركز برامجها على الأسس التالية:

- البدء بتعليم الطفل العادات التي يعرفها والتدرج في تعلم العادات الإنسانية.
- تدريب الحواس لتبنيه جهازه العصبي، وتدريبه على السلوك الاجتماعي.

ب. **طريقة سيجان:** والذي وضع عدة مبادئ تربوية ونفسية لتعليم الطفل المعاق وهي:

- أن توجه الدراسة للطفل ككل، وأن توجه الدراسة له كفرد.
- أن تكون الدراسة من الكليات للجزئيات، وتكون علاقة الطفل بمدرسيه ايجابية.
- أن تشبع المواد الدراسية رغبات وميول وحاجات الطفل.
- أن يتعلم الطفل النطق بالكلمة ثم يتعلم قراءتها فكتابتها.

ت. **طريقة منتسوري:**

ركزت منتسوري في برنامجها على تنمية الحواس من خلال تدريب حاسة اللمس وتدريب حاسة السمع وتدريب حاسة التذوق والشم والإبصار وتدريب الطفل للاعتماد على نفسه. وأكدت مجيد (٢٠٠٨: ٦٥) على أن تدريب الحواس جميعها يساعد على تنمية تلك الحواس لدى ذوي متلازمة داون.

ث. **طريقة ديكرولي وتلميذته سيدرس:** حيث قامت تلميذته بتكملة وتطوير منهجه وبينت خطوات تنفيذه وتلخص خطواتها بالعمل على تربية الطفل من خلال نشاطه اليومي وتدريب حواسه

وانتباهه وتعليمه موضوعات مترابطة ومستمدة من خبرته اليومية والاهتمام بالفروق الفردية بين الأطفال المعاقين. (شاهين، ٢٠٠٨: ٢١٤)

ج. طريقة دنكان:

دعت للعودة لطريقة المواد الدراسية التقليدية بعد تعديلها لتساعد على تعليم المعاقين عن طريق الإحساس العياني الملموس، أي عن طريق الممارسة والملاحظة واللمس والسمع، وأعطى اهتماماً كبيراً لأشغال الإبرة والرسم والنحت والنجارة والنسيج والطبخ وغسل الصحون والتربية البدنية والمسابقات الترويحية بالإضافة لتعليم القراءة والكتابة والحساب والجغرافيا وغيرها من المواد التي تدرس في المدرسة الابتدائية. (شاهين، ٢٠٠٨: ٢١٤-٢١٥)

حادي عشر: التدخل المبكر مع حالات داون:

يؤكد الإمام والجوالدة (٢٠١١: ١٣٧) على أهمية مواجهة هذه المشكلة والتعامل معها من خلال منظومة ثلاثية الأبعاد وهي الوقاية والتنمية من خلال وضع الخطط لتنمية القدرات والاستعدادات، والعلاج .

ويعد التدخل المبكر كما يقول القمش (٢٠١١: ٢٩١-٢٩٢) من أفضل الوسائل العلاجية ، كما ويعد برنامج هيد ستارت من أفضل البرامج على الإطلاق التي تناولت التدخل المبكر. وتقوم برامج التدخل المبكر على أهمية وضع الوالدين والقائمين برعاية الطفل في الاعتبار عند تحديد مستوى نمو الطفل. ومن أهداف التدخل المبكر نقلاً عن وليام (١٩٩٩) ما يلي:

- مساندة الأسرة لتحقيق أهدافها وتعزيز التفاعل بين الأطفال وأسرتهم.
- تشجيع الطفل على الاعتماد على النفس والنجاح.
- استثارة النمو، وإمدادهم بخبرات الحياة العادية وإعدادهم لها.
- بناء ودعم الكفاية الاجتماعية للأطفال.
- زيادة وعي الأسرة بالبرامج الاجتماعية الأخرى.

وأظهرت نتائج دراسة (وشاحي ٢٠٠٣) التي أجريت لتقييم برنامج للتدخل المبكر والتثبيح الذهني للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم العقلي. أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي. وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الاجتماعية، اللغة. وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

كما وتذكر وشاحي(٢٠٠٣: ٩٩) العوامل المعيقة للتدخل المبكر مع أطفال داون فيما

يلي:

- عدم وعي الوالدين بالفروق الطفيفة بين الأطفال العاديين وأطفال داون في مجالات النمو.
- نقص وسائل الفحص والاختبارات الخاصة بالأطفال المعاقين ذهنياً.
- تزايد عدد الأطفال التي تقدم لهم الخدمة.
- التركيز على أحد جوانب النمو بدلاً من النظرة الكلية لأولويات الأسرة وحاجات الطفل.
- نقص الأجهزة والمباني والموارد.
- مشكلات تعود لحدائثة فريق التدخل المبكر وقلة خبرة أعضائه بهذا المجال.
- الظروف البيئية الفقيرة للأسرة وعدم تفهمهم قيمة وطريقة المشاركة والعمل ضمن فريق.

❖ تعقيب على مبحث متلازمة داون:

من خلال العرض السابق لمبحث متلازمة داون يتضح أن متلازمة داون من السهل تشخيصها وعلاجها بشكل مبكر، من خلال التعرف على ملامح الوجه التي تميز أطفال داون منذ الميلاد، والكشف المبكر يساعد على العلاج المبكر، ولم تتضح الأسباب وراء الإصابة بمتلازمة داون، إلا أن السبب الشائع لحدوث متلازمة داون هو تثالث الكروموسوم(٢١)، وعلى الرغم من سهولة التعرف على ذوو متلازمة داون إلا أنه من الصعب التعرف عليها بشكل دقيق وذلك بسبب تنوعها واختلاف أنواعها مما يجعلنا بحاجة لمتخصص للتعرف على أنواع متلازمة داون الأخرى. ودائماً ما يكون أطفال متلازمة داون معرضين للوفاة بسبب الأمراض والعيوب الخلقية التي تصاحب المصابين بمتلازمة داون، أما بالنسبة للعلاج فهم يحتاجون للتدريب والتأهيل فهو يؤثر بشكل فعال في تنمية مهاراتهم وقدراتهم.

❖ تعقيب عام على الإطار النظري:

يرى الباحث أن التعامل مع أطفال متلازمة داون أكثر سهولة ويسر من التعامل مع أطفال التوحد، فأطفال التوحد أكثر انغلاقاً على الذات من أطفال متلازمة داون، حيث أنهم نمطيين ويحافظون على روتين معين لا يقبلوا بتغييره، ولا يتواصلون مع الغرباء، كما أنهم يعانون من فرط في الحركة، أما أطفال متلازمة داون فهم أكثر انفتاحاً على الآخرين ويتواصلون مع الغرباء ولديهم قابلية للتعلم وتطوير مهاراتهم وقدراتهم، كما يتم تشخيص متلازمة داون بشكل أسهل من تشخيص التوحد حيث أن التوحد ليس من السهل تشخيصه فهو يحتاج لدقة متناهية كي يتم التوصل للتشخيص الصحيح . ومن الواضح أن التعامل مع التوحد في مجتمعنا الفلسطيني يشوبه الكثير من

الغموض حيث أن التوحد مجال جديد على المجتمع الفلسطيني يحتاج إلى بحث وعرفة أكثر من متلازمة داون. أما بالنسبة للعلاج فتتوعد الأساليب المستخدمة في علاج الفئتين ولكن كان واضحاً أن أطفال متلازمة داون أكثر تماشياً مع أساليب التأهيل والتدريب من أطفال التوحد. كما أن أطفال متلازمة داون أكثر عرضة للوفاة من التوحد بسبب الأمراض والعيوب الخلقية التي تصيب أطفال متلازمة داون، كما أن أطفال متلازمة داون يولدون مصابين بمتلازمة داون بعكس أطفال التوحد الذين يولدون أطفال طبيعيين وخلال السنوات الثلاث الأولى يحدث تغير فجائي في قدرات الأطفال ومهاراتهم وتراجع سريع في جميع وظائفه الفسيولوجية والمعرفية والتواصلية وغيرها من الوظائف. ويتضح مما سبق أن الفئتين يحتاجون إلى رعاية مستمرة وإيواء في المؤسسة ومراعاة وتطوير مستمر لقدراتهم ومهاراتهم.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: مقدمة

ثانياً: دراسات تناوالت التوحد

ثالثاً: دراسات تناوالت متلازمة طاورن

رابعاً: دراسات تناوالت التوحد ومتلازمة طاورن

خامساً: تحقيق عام على الدراسات السابقة

سادساً: فروض الدراسة

أولاً: مقدمة:

قام الباحث بعرض الإطار النظري في الفصل السابق الذي تناول فيه التوحد ومتلازمة داون بالتفصيل، وسوف يتناول الباحث في الفصل الحالي عرضاً لأهم البحوث والدراسات التي تناولت أطفال التوحد بشكل منفرد، ثم عرض الدراسات التي تناولت متلازمة داون بشكل منفرد، ثم عرض الدراسات التي تناولت المقارنة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، وسيعرض الباحث هذه البحوث والدراسات من الأقدم إلى الأحدث لتوضيح التسلسل التاريخي لتطور البحوث والدراسات التي تمت في هذا المجال، وذلك من خلال عرض الهدف من الدراسة والمتغيرات والعوامل التي شملتها الدراسة والتركيز على إجراءات الدراسة، وقد قسم الباحث هذه الدراسات لثلاث أقسام :

١. البحوث والدراسات التي تناولت التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات.

٢. البحوث والدراسات التي تناولت متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات.

٣. البحوث والدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد ومتلازمة داون.

ثانياً: البحوث والدراسات التي تناولت التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات:

١. دراسة حسن (٢٠٠١) :

هدفت الدراسة إلى تقديم برنامج تدريب تأهيلي علاجي متكامل للمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال التوحديين والتحقق من مدى فعاليته في دراسة الحالة ، مستخدمة الأدوات التالية: مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة(إعداد محمد بيومي خليل ٢٠٠٠) ، ومقياس الطفل التوحدي و البرنامج التدريبي(كلاهما من إعداد الباحث)، واختبارات الذكاء (تشمل لوحة سيجمان ، اختبار رسم الطفل، المصفوفات المتتابعة، أجزاء من اختبار ويكسلر، مقياس السلوك التكيفي) ، وأظهرت النتائج ما يلي: إسهام البرنامج في تنمية مهارات التواصل لدى الحالة وهو ما أوضحتها نتائج القياس البعدي لقائمة كورنرز على الطفل فقد قل مستوى العدوانية ومستوى ضعف الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي الزائد وزاد معدل الاجتماعية لديه ، وقد أظهر القياس القبلي ارتفاع في درجة العدوانية وضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد وانخفاض متوسط الدرجة على بعد الاجتماعية.

٢. دراسة محمد (٢٠٠١) :

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي يتم تقديمه لأطفال التوحديين في تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي المقبول لهؤلاء الأطفال،

على عينة مكونة من ٨ أطفال توحيدين ، مستخدماً الأدوات التالية: مقياس جودارد للذكاء ، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي خليل ٢٠٠٠) ، ومقياس الطفل التوحدي ومقياس السلوك الإنسحابي للأطفال و البرنامج الإرشادي المستخدم (جميعها من إعداد الباحث) ، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للسلوك الإنسحابي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية ، ووجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في السلوك الإنسحابي لصالح القياس البعدي ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في السلوك الإنسحابي .

٣. دراسة كيسجين و سكليفير Kissgen and Schleiffer (٢٠٠٢) :

هدفت الدراسة إلى عرض النسخة المكررة الأولى من اختبار سالي آن Sally-Anne (بارون كوهين Baron-Cohen ، ليزلي وفريث Leslie & Frith ١٩٨٥) لاختبار الفرضية القائلة أن نظرية العقل هي عجز محدد للتوحد، على عينة مكونة من ١٦ طفل توحدي و ٢٤ من أطفال متلازمة داون و ٢٠ طفل عادي من مرحلة ما قبل المدرسة، وتم استخدام المقابلة المنقحة لتشخيص التوحد وبعض المقاييس الأخرى، وأظهرت النتائج التالي: أنه فيما يتعلق بالتشخيص السريري ، تبين أن نظرية عجز العقل ليست محددة للتوحد. كذلك أن أصل ١٦ موضوع عن التوحد ستة فقط مرت بمهام نظرية العقل، وهكذا تجاوز الأداء في مجموعة التوحد كلا المجموعتين الضابطة، كما يمكن تأكيد التوحد في ثمانية فقط على أساس المعايير التشخيصية للمقابلة المنقحة لتشخيص التوحد، واحد فقط منهم أظهر نظرية عجز العقل. كما تشير النتائج إلى أن التشخيص السريري لمرض التوحد ليس دقيق بما فيه الكفاية للتمييز بين مرض التوحد وعدم التوحد الناتج عن العائق العقلي.

٤. دراسة بخش (٢٠٠٢) :

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج سلوكي تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال التوحيدين بمركز الإنماء الفكري بجدة، قوامها ٢٤ طفلاً مستخدماً الأدوات التالية: مقياس الطفل التوحدي (عادل عبد الله محمد ٢٠٠٠) ومقياس جودارد للذكاء ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي (الشخص ١٩٩٥) ومقياس السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً (ديبس ١٩٩٧) والبرنامج التدريبي من إعداد الباحثة ، وكشفت الدراسة عن النتائج التالية : توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات

المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدوانى وأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية. وتوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدوانى وأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي. ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدوانى وأبعاده. ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي للسلوك العدوانى وأبعاده.

٥. دراسة الخطيب (٢٠٠٤) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤدية لمشكلة أطفال التوحد والخدمات الإرشادية الاجتماعية المتوفرة لهم .على عينة مكونة من ٢٥ أم . استخدم الباحث استبيان من إعداده لجمع البيانات من مجتمع الدراسة اشتملت على بيانات تعريفية بالطفل التوحدى ووالديه وظروف حمل الأم وخصائص الطفل التوحدى وسماته والخدمات الاجتماعية القائمة. وأشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة بين المرض والقرباة الوالدية، وأن ٦٨% من أطفال التوحد لديهم درجة السمع كبيرة و ٢٨% بدرجة متوسطة و ٤% بدرجة منخفضة ، وأن ارتفاع درجة الحرارة أثناء حمل الأمهات هي أكثر الإصابات ، وجاءت صعوبة إقامة علاقة اجتماعية مع أحد والدي الطفل أو كلاهما والغرباء في الرتبة الأولى وأن أكثر مشاكل التواصل اللغوي هو صعوبة فهم كلام وتعبير الطفل التوحدى، وأكثر الخدمات المقدمة هي الرحلات والمعسكرات والحفلات والأنشطة الجماعية.

٦. دراسة حسن (٢٠٠٤) :

هدفت الدراسة إلى تقويم برنامج علاجي مبكر مكثف يقوم على فنية تحليل السلوك التطبيقي للأطفال التوحديين والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج على عينة مكونة من ثمانية أطفال توحديين ، وتم استخدام الأدوات التالية : مقياس جودارد للذكاء ، ومقياس السلوك التوحدى (منى خليفة ٢٠٠) ، و مقياس المستوى الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (محمد بيومي خليل ٢٠٠٠) ، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال (عبد العزيز الشخص ١٩٩٢) ، وبرنامج التدخل المبكر المكثف من إعداد الباحثة. وأظهرت النتائج حدوث تحسن في السلوك التكيفي للأطفال التوحديين أعضاء المجموعة التجريبية على إثر علاج الأطفال بالتحليل التطبيقي للسلوك وذلك بالتدخل المبكر المكثف ، كما أن هذا البرنامج ساهم في تحسين السلوك التكيفي بأبعاده المختلفة للأطفال التوحديين أعضاء المجموعة التجريبية.

٧. دراسة الجارحي (٢٠٠٤) :

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال التوحديين والوقوف على مدى تأثير هذا البرنامج في مساعدتهم على اكتساب بعض مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات رعاية الذات، مستخدماً الأدوات التالية: مقياس تشخيص التوحد والبرنامج التدريبي (كلاهما من إعداد الباحث)، و مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (عبد العزيز الشخص ١٩٩٥) ، ومقياس السلوك التكيفي (فاروق صادق ١٩٨٥) ، وأظهرت النتائج ما يلي: وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على الجزء الأول من مقياس السلوك التكيفي (النواحي النمائية) في اتجاه أطفال المجموعة التجريبية.

٨. دراسة أليك وآخرون Allik & others (٢٠٠٦) :

هدفت الدراسة إلى التحقق من مجموعة واسعة من تقارير الآباء عن سلوك النوم واليقظة مع التركيز بشكل خاص على الأرق لدى أطفال متلازمة اسبرجر الطفولة والتوحد عالي الأداء. وتألقت العينة من ٣٢ طفل من أطفال متلازمة اسبرجر والتوحد عالي الأداء ، وتمت مقارنة مع ٣٢ طفل عادي من نفس المرحلة العمرية (٨-١٢ عام) فيما يتعلق بالنوم والخصائص السلوكية المرتبطة به. وتم استخدام الأدوات التالية: استبيان لقياس أنماط النوم ، ومراقبة أنماط النوم خلال أسبوع من قبل الآباء، واستبيان لفحص نقاط الضعف والصعوبات . وأظهرت النتائج تأكيد الآباء على وجود صعوبات في البدء بالنوم وأن النعاس في النهار كان أكثر شيوعاً في أطفال متلازمة اسبرجر والتوحد عالي الأداء أكثر من المجموعة الضابطة. كما أظهرت النتائج أن تقارير الآباء تؤكد على أن الأطفال يعانون من الأرق أكثر من أعراض الانفعال والتوحد، كما ذكرت تقارير المعلمين أن ظهور الأعراض الانفعالية وأعراض فرط النشاط أكثر وضوحاً في الأطفال الذين لا يعانون من الأرق.

٩. دراسة غزال (٢٠٠٧) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان. على عينة مكونة من ٢٠ طفل، قسمت إلى (١٠ أطفال في المجموعة التجريبية) و(١٠ أطفال في المجموعة الضابطة)، بعمر زمني (٥-٩ سنوات). واستخدم الباحث قائمة تقدير التفاعلات الاجتماعية لأطفال التوحد بعد تطويرها. وأدوات إحصائية المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وتحليل التباين المشترك. وأظهرت النتائج ما

يلي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

١٠. دراسة الشمري (٢٠٠٧) :

هدفت الدراسة لتقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، على عينة مكونة من ١٦٤ عاملاً موزعين على ست مناطق تعليمية (الرياض، مكة المكرمة، المنطقة الشرقية، القصيم، حائل، تبوك)، تم استخدام مقياس لمسح آراء العاملين حول البرامج المقدمة للأطفال التوحديين بالمملكة العربية السعودية. وتم استخدام الأسلوب الإحصائي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وأسلوب تحليل التباين الأحادي ANOVA. وأظهرت النتائج ما يلي: أن تقويم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية كان إيجابياً. وعدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملين حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين بالمملكة العربية السعودية. وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم بإطار هذه المراكز. وعدم وجود اختلاف لآراء التقويم للبرامج الخاصة بالتوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك.

١١. دراسة بيومي (٢٠٠٨) :

هدفت الدراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ، على عينة مكونة من ١٢ طفل وطفلة توحديين عن عمر زمني (٩-١٢ عام) متواجدين في جمعية التنقيف الفكري في الإسماعيلية. استخدمت الباحثة قائمة لمعرفة أصعب مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ، واستمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي، واستمارة لجمع البيانات الشخصية للطفل التوحدي (جميعها من إعداد الباحثة) ومقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة مليكة ١٩٩٨ ، واستمارة تقديم المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية والبرنامج التدريبي، وإحصائياً استخدمت اختبار مان ويتي و ولكوكسن .وأظهرت النتائج ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع

الأبعاد في القياسين القبلي والبعدي لصالح المقياس البعدي. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس العناية بالذات وكذلك مجموع الأبعاد.

١٢. دراسة السلمي (٢٠٠٩) :

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر وفاعلية استخدام برنامج تدريبي يقوم على أساليب الاشراف الكلاسيكي لتنمية السلوك التكيفي لدى عينة من أطفال التوحد في مكة المكرمة. على عينة مكونة من ثمانية أطفال من الذكور ، مستخدماً الأدوات التالية: مقياس السلوك التكيفي ل (الشخص ١٩٩٨) وقائمة تقدير السلوك التوحدي ل (عبد الرحيم ١٩٩٩) ، ومقياس جودارد ، والبرنامج التدريبي من إعداد الباحث. وأظهرت النتائج أنه : توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في تنمية السلوك التكيفي لصالح القياس البعدي. و لا توجد فروق بين متوسطات رتب درجات أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى النمو اللغوي على مقياس السلوك التكيفي بعد تطبيق البرنامج. و توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى نمو الأداء الوظيفي المستقل و في مستوى أداء الأدوار الأسرية ومستوى النشاط المهني الاقتصادي على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

١٣. دراسة الهبي (٢٠٠٩) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد. قسمت عينة البحث لقسمين بلغ عددها قبل تطبيق البرنامج (٧٥ أم) و (٦٨ مشرفة) وبعد التطبيق (٢٩ أم) و (٢٩ مشرفة) ، وتم استخدام الاستبيان والبرنامج الإرشادي ، وتم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS15. وأظهرت النتائج أن متوسط عمر الأمهات بلغ ٣٦,١٩ عام في حين عمر المشرفات بلغ ٢٩,٩ ، كما انخفض الوعي الغذائي للأمهات والمشرفات وأرتبط ذلك بالمستوى التعليمي لهن .في حين أظهر البرنامج فاعليته في رفع الوعي الغذائي من المنخفض إلى المتوسط وبفروق دالة إحصائية عند مستوى احتمالية أقل من (٠,٠١).

تعقيب على الدراسات التي تناولت التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات:

يتضح من الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة التوحد وعلاقته ببعض المتغيرات مايلي:

١. من حيث الموضوع:

هناك دراسات تناولت البرامج التدريبية والإرشادية والعلاجية مثل دراسة حسن (٢٠٠١)، ودراسة محمد (٢٠٠١)، ودراسة بخش (٢٠٠٢)، ودراسة حسن (٢٠٠٤)، ودراسة الجارحي (٢٠٠٤)، ودراسة غزال (٢٠٠٧) ودراسة الشمري (٢٠٠٧)، ودراسة بيومي (٢٠٠٨)، ودراسة السلمى (٢٠٠٩)، ودراسة اللهيبي (٢٠٠٩). وهناك دراسات تناولت الخدمات الإرشادية الاجتماعية المتوفرة مثل دراسة الخطيب (٢٠٠٤) وهناك دراسات تناولت نظرية عجز العقل مثل دراسة كيسجين و سكليفير Kissgen and Schleiffer (٢٠٠٢). وهناك دراسات تناولت الأرق عند الأطفال مثل دراسة أليك وآخرون Allik & others (٢٠٠٦). وجميع هذه الدراسات اختلفت عن الدراسة الحالية ، حيث أن الدراسة الحالية تناولت موضوع القدرات النمائية لدى أطفال التوحد ومتلازمة داون.

٢. من حيث الأهداف:

هدفت بعض الدراسات إلى اختبار نظرية عجز العقل مثل دراسة كيسجين و سكليفير Kissgen and Schleiffer (٢٠٠٢)، وهناك دراسات هدفت للتعرف على العوامل المؤدية لمشكلة أطفال التوحد والخدمات الإرشادية المتوفرة لهم مثل دراسة الخطيب (٢٠٠٤). وهناك دراسات هدفت إلى تقديم برامج تدريبية تأهيلية علاجية للمهارات اللغوية والاجتماعية وتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي وتنمية مهارات العناية بالذات مثل دراسة حسن (٢٠٠١)، ودراسة محمد (٢٠٠١)، ودراسة بخش (٢٠٠٢)، ودراسة حسن (٢٠٠٤)، ودراسة الجارحي (٢٠٠٤)، ودراسة غزال (٢٠٠٧) ، ودراسة بيومي (٢٠٠٨)، ودراسة السلمى (٢٠٠٩)، ودراسة اللهيبي (٢٠٠٩). وهناك دراسات هدفت لبحث الأرق عند الأطفال مثل دراسة أليك وآخرون Allik & others (٢٠٠٦)، وهناك دراسات هدفت لتقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين مثل دراسة الشمري (٢٠٠٧).

٣. من حيث العينة:

اختلفت عينة الدراسات السابقة فهناك دراسات تناولت فئة الأطفال مثل دراسة حسن (٢٠٠١)، ودراسة بخش (٢٠٠٢)، ودراسة حسن (٢٠٠٤)، ودراسة كيسجين و سكليفير Kissgen and Schleiffer (٢٠٠٢)، ودراسة الجارحي (٢٠٠٤)، ودراسة غزال (٢٠٠٧)، ودراسة بيومي (٢٠٠٨)، ودراسة السلمى (٢٠٠٩)، ودراسة أليك وآخرون Allik & others (٢٠٠٦).

وهناك دراسات تناولت فئة الأمهات مثل دراسة محمد(٢٠٠١)، دراسة الخطيب (٢٠٠٤)، ودراسة اللهبي(٢٠٠٩). وهناك دراسات تناولت فئة العاملين في المجال مثل دراسة الشمري (٢٠٠٧) ، ودراسة اللهبي (٢٠٠٩).

٤. من حيث الأدوات المستخدمة:

هناك بعض الباحثين قاموا بإعداد الأدوات اللازمة لدراساتهم مثل دراسة الخطيب (٢٠٠٤)، ودراسة اللهبي(٢٠٠٩)، ودراسة أليك وآخرون Allik & others(٢٠٠٦). وهناك من الباحثين استخدموا أدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة الشمري (٢٠٠٧)، ودراسة غزال (٢٠٠٧) ودراسة كيسجين و سكليفير Kissgen and Schleiffer(٢٠٠٢). وهناك من الباحثين من جمعوا بين أدوات من إعدادهم وأدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة حسن(٢٠٠١)، ودراسة محمد (٢٠٠١)، ودراسة بخش (٢٠٠٢)، ودراسة حسن (٢٠٠٤)، ودراسة الجارحي (٢٠٠٤)، ودراسة بيومي (٢٠٠٨)، ودراسة السلمي(٢٠٠٩).

٥. من حيث النتائج:

يتضح من نتائج بعض الدراسات أن البرامج التدريبية السلوكية والإرشادية والسلوكية والعلاجية أسهمت في تنمية مهارات التواصل ومهارات العناية بالذات وتطوير بعض السلوكيات وإحداث تحسن في السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية وخفض السلوك العدواني مثل دراسة حسن (٢٠٠١)، ودراسة محمد (٢٠٠١)، ودراسة بخش (٢٠٠٢)، ودراسة حسن (٢٠٠٤)، ودراسة الجارحي (٢٠٠٤)، ودراسة بيومي (٢٠٠٨)، ودراسة غزال (٢٠٠٧)، ودراسة اللهبي(٢٠٠٩) ودراسة السلمي(٢٠٠٩).

ثالثاً: البحوث والدراسات التي تناولت متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات:

١. دراسة عبد العال (٢٠٠٢) :

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج السلوكي في خدمة الفرد في علاج المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون القابلين للتعلم. على عينة مكونة من ٣٧ طفل وطفلة من أطفال متلازمة داون . مستخدماً الأدوات التالية: مقياس المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون (الباحث)، تحليل محتوى السجلات والتقارير والملفات الخاصة بعينة الدراسة، والمقابلة مع أطفال الدراسة وأسره خاصة الوالدين. وأظهرت النتائج ما يلي: أن أطفال متلازمة داون الذين يعانون من المشكلات السلوكية (الانطواء ، العناد ، العدوانية) من فئة القابلين للتعلم (٥٠-٧٠) والذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦-١٢ سنة يؤدي العلاج السلوكي إلى علاج تلك المشكلات، وأن التخلف العقلي يمكن أن يحد من فعالية الطفل ويساهم في عدم توافقه مع الآخرين ومعاناته من مشكلات سلوكية تؤدي لزيادة الضغوط والأعباء على عاتق الأسرة فتجعله أقل انتباهاً وبقظة وأقل قدرة على التبصر في الأمور وإدراك العلاقات وفقدان الثقة .

٢. دراسة وشاحي (٢٠٠٣) :

هدفت الدراسة لتقييم برنامج للتدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم العقلي . على عينة مكونة من ٩٠ طفل وطفلة بعمر زمني (شهر - ٤٨ شهر) من قسم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المركز القومي للبحوث. مستخدمة الأدوات التالية: برنامج بورتيدج للتربية المبكرة لهولي وايت وروبرت كاميرون ١٩٩٣ ، ومقياس النضج الاجتماعي لفاينلاند ، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي لعبد العزيز السحار واستمارة تسجيل التقييم من إعداد الباحثة. واستخدمت الأسلوب الإحصائي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري و T test . وأظهرت النتائج ما يلي: توجد فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي. وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الاجتماعية، اللغة. وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

٣. دراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦) :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج تدريبي معرفي تم تصميمه لتنمية عدد من العمليات المعرفية لدى الأطفال حاملي متلازمة داون من ذوي التأخر العقلي البسيط في مرحلة ما قبل المدرسة، على عينة مكونة من (٢٠) طفلاً ، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة ، ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي ، واختبارات العمليات المعرفية والبرنامج التدريبي المعني بتحسين العمليات المعرفية (كلاهما من إعداد الباحثة) ، وأسفرت النتائج عن قابلية جميع العمليات المعرفية موضع الدراسة للتحسن ونوقشت هذه النتائج في إطار فعالية تدخلات التدريب المختلفة لتحسين الجوانب المعرفية للمتأخرين عقلياً على إطلاقهم ، فضلاً عن ما تسهم به هذه النتائج في التحقق من صدق نظرية باس وعملياتها المعرفية.

٤. دراسة العسرج (٢٠٠٦) :

هدفت الدراسة للتعرف على مدى فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية ، تألفت العينة من ٩٠ فرد من ذوي متلازمة داون ملتحقين بإحدى مدارس جمعية النهضة بمنطقة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين (١٢-١٥) عام.تم استخدام الأدوات التالية : قائمة الأنماط السلوكية غير التكيفية و الفيش (الرموز) وبرنامج التعزيز الرمزي، واستخدم الأسلوب الإحصائي المتوسط والانحراف المعياري وتحليل التباين الأحادي و T test . وأظهرت النتائج ما يلي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي على المشكلات السلوكية ككل لذوي متلازمة داون. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الثرثرة على المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الارتماء على الأرض على المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الصراخ على المشكلات السلوكية لذوي متلازمة داون.

٥. دراسة شلح (٢٠٠٨):

هدفت الدراسة إلى تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر المقدم لأطفال متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة من وجهة نظر الأهل.على عينة مكونة من ٧٣ أم لطفل متلازمة داون في برنامج التدخل المبكر، وقد استخدمت الباحثة استبيان من إعدادها لتقييم خدمات التدخل المبكر، وأظهرت النتائج : أن مدى الاستفادة من الخدمات المقدمة عالية ، وأن مستوى رضا الأهل عن خدمات التدخل المبكر كان عالياً بنسبة ٨٨,٨% ، ومستوى مشاركة الأهل في تنفيذ

الخطة التأهيلية كان بدرجة عالية بنسبة ٨٥% ، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا الأهل عن خدمات برنامج التدخل المبكر ومستوى مشاركة الأهل في الخطة التأهيلية، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا الأهل عن خدمات برنامج التدخل المبكر والعوامل الديمغرافية (الجنس، العمر، مكان الإقامة) وكذلك العوامل الاجتماعية (المستوى التعليمي، الوظيفة ، عدد أفراد الأسرة). وأن رأي الأهل بالعاملين ببرنامج التدخل المبكر كان ايجابياً.

٦. دراسة يلدريم ويلدريم Yildirim &Yildirim (٢٠١٠) :

هدفت الدراسة إلى تحديد حالة اليأس لدى أمهات أطفال متلازمة داون. وقد استخدم مقياس بيك لليأس في هذه الدراسة التقييدية. وتم الكشف عن قيمة المتوسط للأمهات المسجل في هذه الدراسة وهو ٨,٢٩ + / - ٢,٤٩ . وأظهرت النتائج أنه من خلال فحص العمر، ومستوى التعليم ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية والعمل والمشاكل بين الوالدين ،وجدوا أن هناك علاقة بين مستوى التعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية ، والمشاكل بين الآباء ومقياس اليأس (ف >٠,٠١). وبالتالي ، فمن الواضح أن الأمهات اللاتي لديهن أطفال متلازمة داون بحاجة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي للتغلب على مشاعر اليأس.

٧. دراسة أيدجن وآخرون Edgin & others (٢٠١٠) :

هدفت الدراسة إلى تقييم نمو وثبات بطارية اختبار أريزونا المعرفي لمتلازمة داون، على عينة مكونة من ٧٤ فرد من ذوي متلازمة داون تتراوح أعمارهم بين (٧-٣٨ سنة) عمرهم العقلي يتطابق مع أفراد المجموعة الضابطة التي تتكون من ٥٠ فرد تتراوح أعمارهم بين (٣-٨ سنوات). كما استخدمت عينة فرعية من هذه المجموعات للمقارنة بين مجموعة مكونة من ٥٥ فرد من ذوي متلازمة داون و ٣٦ فرد من أفراد المجموعة الضابطة متشابهين في العمر العقلي. تم استخدام الأدوات التالية: بطارية اختبار أريزونا المعرفية، وتقييم تقارير الآباء. وأظهرت النتائج أن عدد الأفراد المصابين بمتلازمة داون أضعف أو أقل مقارنة بالعينة المتطابقة معهم في العمر العقلي في بعض القدرات وخاصة على الاختبارات التي تتطلب تنسيق حركي شامل. كما أظهرت النتائج أن بطارية اختبار أريزونا المعرفي ستكون مفيدة في مجال نتائج الدراسات ، بما في ذلك التجارب السريرية وتحديد المكونات الجينية الهامة في العجز الإدراكي. كما أظهرت النتائج أن هناك ارتباط بين مقياس بطارية أريزونا وتقارير الآباء عن السلوك والنمو.

٨. دراسة كوييدي وآخرون Coppedè & others (٢٠١٠) :

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل مجموعة بيانات من البيانات الجينية والوراثية في مجموعة إيطالية من أمهات أطفال متلازمة داون وأمهات الأطفال الأصحاء (المجموعة الضابطة)، لتقييم القدرة التنبؤية للشبكات العصبية الاصطناعية وتجميعها في نظام تويست، هذين شرطين مختلفين والتعرف على المتغيرات مع إظهار الحد الأقصى من المعلومات ذات الصلة بشرط وجود أم لطفل متلازمة داون. تم تحليل البيانات باستخدام نظام تويست في مجموعة من الشبكات العصبية الاصطناعية المشرف عليها ، وخريطة الربط الدلالي. وأظهرت النتائج ما يلي: أن نظام تويست اختار ست متغيرات استخدمت لاحقاً للتمييز بين أمهات متلازمة داون وأمهات الأطفال الأصحاء بدقة وصلت لـ ٩٠%. كما أن خريطة الربط الدلالي قدمت معلومات هامة عن صلات بيولوجية معقدة بين متغيرات الدراسة وشرطين (كون الأمهات لأطفال متلازمة داون أو الأمهات في المجموعة الضابطة). وعموماً ، فإن الدراسة تشير إلى وجود صلة بين الأشكال المتعددة في جينات الأيض حمض الفوليك وهبوط في خطر متلازمة داون المرأة الإيطالية.

٩. دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠) :

هدفت الدراسة إلى توضيح التغيرات الإقليمية التي وقعت في الكشف عن متلازمة داون (تثلث الصبغي ٢١) في انكلترا وويلز في الفترة ما بين ١٩٨٩ حتى ٢٠٠٨. وقد سجلت جمعية متلازمة داون الوطنية بيانات عن جميع التشخيصات قبل الولادة وبعدها في متلازمة داون في انكلترا وويلز منذ عام ١٩٨٩ وبلغ مجموعها (ن = ٢٧٩٥٤). وأظهرت النتائج ما يلي: ارتفاع نسبة الحالات التي تم تشخيصها قبل الحمل في النساء الأصغر سناً ولكنها تختلف بين المناطق. إلا أنها ظلت ثابتة نسبياً عند حوالي ٧٠٪ في النساء الأكبر سناً. وقد اتسع استخدام قياس شبه الشفافية القفوي قبل الولادة سريعاً ولكنه يختلف إقليمياً، كما كان الأكثر شيوعاً في لندن والجنوب الشرقي، وفي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ أكثر من ٧٥٪ من التشخيص قبل الولادة لدى النساء الأكبر سناً وكذلك قياس شبه الشفافية القفوي. وانخفاض كبير في مؤشر وحيد هو عمر الأم المتقدم، وكان أقل من ١٠٪ في الأمهات الأكبر سناً في جميع المناطق في الفترة ما بين ٢٠٠٧-٢٠٠٨.

١٠. دراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١) :

هدفت الدراسة إلى اختبار وظائف الغدة الدرقية لدى البالغين الذين يعانون من متلازمة داون. من خلال اختبارات وظائف الغدة الدرقية على عينة مكونة من ٢٠٠ من البالغين الذين يعانون

من متلازمة داون على مدى فترة ١٥ عاما. وأظهرت النتائج ما يلي : صحياً هناك زيادة تدريجية في هرمون الغدة الدرقية وانخفاض تدريجي محتمل في هرمون الغدة الدرقية مع تقدم العمر لدى البالغين ذوي متلازمة داون. وخلال ١٥ عاما أوضحت الإصابات والحوادث أن قصور الغدة الدرقية لا يزال منخفضاً. كما أن حدوث الخلل في الغدة الدرقية هو أقل بكثير عما هو متوقع من انتشار الدراسات. كما أن التشخيص الإكلينيكي للغدة الدرقية ليس بالضرورة مؤشراً على وضوح قصور الغدة الدرقية. ولقد بالغت الدراسات في انتشار العلاقة بين الخلل في الغدة الدرقية ومتلازمة داون.

تعقيب على الدراسات التي تناولت متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات:

يتضح من الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات مايلي:

١. من حيث الموضوع:

هناك دراسات تناولت العلاج السلوكي مثل دراسة عبد العال (٢٠٠٢)، ومنها تناولت التدخل المبكر في مثل دراسة وشاحي (٢٠٠٣) ودراسة شلح (٢٠٠٨)، ومنها تناولت أسلوب التعزيز الرمزي مثل دراسة العسرج (٢٠٠٦)، ومنها دراسات تناولت حالة اليأس لدى الأمهات مثل دراسة يلدريم و يلدريم Yildirim & Yildirim (٢٠١٠)، ومنها تناولت البرامج التدريبية مثل دراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦)، وهناك دراسات تناولت النواحي العصبية والجينية والوظيفية مثل دراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١)، و دراسة كويبيدي وآخرون Coppedè & others (٢٠١٠)، و دراسة أيدجن وآخرون Edgin & others (٢٠١٠). وهناك دراسات تناولت تشخيص متلازمة داون مثل دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠).

٢. من حيث الأهداف:

هدفت بعض الدراسات إلى اختبار وتقييم البرامج العلاجية والتدخل المبكر في تحسين مجالات النمو المختلفة مثل دراسة عبد العال (٢٠٠٢)، ودراسة وشاحي (٢٠٠٣)، ودراسة شلح (٢٠٠٨)، ودراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦). وهناك دراسات هدفت للتعرف على مدى فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى أطفال داون وتحديد حالة اليأس لدى أمهاتهم مثل دراسة العسرج (٢٠٠٦)، ودراسة يلدريم و يلدريم Yildirim & Yildirim (٢٠١٠). وهناك دراسات هدفت إلى التقييم العصبي وتحليل البيانات الجينية والوراثية واختبار وظائف الغدة الدرقية مثل دراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١)، و دراسة كويبيدي وآخرون Coppedè & others (٢٠١٠)، و دراسة أيدجن وآخرون Edgin & others (٢٠١٠). ومنها

هدفت لإلى توضيح التغيرات الإقليمية التي وقعت في الكشف عن متلازمة داون مثل دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠).

٣. من حيث العينة:

اختلفت عينة الدراسات السابقة فهناك دراسات تناولت فئة الأطفال مثل دراسة عبد العال (٢٠٠٢)، ودراسة وشاحي (٢٠٠٣)، ودراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦)، ودراسة العسرج (٢٠٠٦)، ودراسة أيدجن وآخرون Edgin & others (٢٠١٠)، دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠).

وهناك دراسات تناولت فئة الأمهات مثل دراسة شلح (٢٠٠٨)، ودراسة كوييدي وآخرون Coppedè & others (٢٠١٠)، ودراسة يلدريم ويلدريم Yildirim & Yildirim (٢٠١٠). وهناك دراسات تناولت فئة البالغين مثل دراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١).

٤. من حيث الأدوات المستخدمة:

هناك بعض الباحثين قاموا بإعداد الأدوات اللازمة لدراساتهم مثل دراسة عبد العال (٢٠٠٢)، ودراسة شلح (٢٠٠٨).

وهناك من الباحثين استخدموا أدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة العسرج (٢٠٠٦)، ودراسة أيدجن وآخرون De Souza & others (٢٠١٠)، دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠)، ودراسة كوييدي وآخرون Coppedè & others (٢٠١٠)، ودراسة يلدريم ويلدريم Yildirim & Yildirim (٢٠١٠)، ودراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١).

وهناك من الباحثين من جمعوا بين أدوات من إعدادهم وأدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة وشاحي (٢٠٠٣)، ودراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦).

٥. من حيث النتائج:

تباينت الدراسات تبعاً لاختلاف الهدف منها فهناك دراسات أشارت إلى أن العلاج السلوكي والتعزيز الرمزي يساهم في علاج المشكلات السلوكية لدى فئة داون مثل دراسة عبد العال (٢٠٠٢)، ودراسة العسرج (٢٠٠٦)، وتشير نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية برامج التدخل المبكر في تحسين مجالات النمو والعمليات المعرفية ورضا الأهل عن خدمات هذه البرامج مثل دراسة وشاحي (٢٠٠٣)، ودراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦)، ودراسة شلح (٢٠٠٨). كما أظهرت نتائج بعض الدراسات أن هناك انخفاض تدريجي محتمل في هرمون الغدة الدرقية وازدياد في النسبة المئوية للتشخيص مثل دراسة برشر وآخرون Prasher & others (٢٠١١)، ودراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠).

رابعاً: البحوث والدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد ومتلازمة داون:

١. دراسة محمد (٢٠٠٠):

هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال المتوحدين، وأقرانهم المعاقين عقلياً، كمحاولة تشخيصية، لتحديد الأداء السلوكي الفارق للفئتين. وأجرى الباحث دراسته على عينة مكونة من ٢٤ طفلاً (١٢ متوحداً، ١٢ معاقاً عقلياً)، مستخدماً مقياس جودارد للذكاء، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي خليل ٢٠٠٠)، ومقياس الطفل المتوحد، ومقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل، ومقياس السلوك الانسحابي للأطفال (جميعها من إعداد الباحث). وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة، بين متوسطات درجات مجموعتي الأطفال المتوحدين، وأقرانهم المعاقين عقلياً، في التفاعلات الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي، حيث أظهرت الدراسة أن المعاقون عقلياً الأكثر تفاعلاً من الأطفال التوحيديون، والأقل انسحاباً منهم.

٢. دراسة كامينسكي وديوي (2002) Kaminsky and dewey:

هدفت الدراسة إلى التحقق من التكيف النفسي والاجتماعي، لدى أشقاء أطفال التوحد، مقارنة مع أشقاء أطفال متلازمة داون، وأشقاء الأطفال العاديين. كما تناولت العلاقة بين مشاعر الوحدة، والدعم الاجتماعي، والتكيف النفسي والاجتماعي، وتأثير نوع الجنس، وحجم الأسرة، على التكيف النفسي. وقد أجريت على عينة مكونة من تسعين شقيقاً (٣٠ من أشقاء التوحد، و٣٠ من أشقاء متلازمة داون، و٣٠ من أشقاء العاديين)، تتراوح أعمارهم بين ٨ و١٨ عاماً، إضافة لأحد الوالدين لكل طفل. وأشارت النتائج إلى أن أفراد العينة كافة، يتمتعون بمعدل تكيف نفسي واجتماعي جيد، وبمستويات منخفضة من الشعور بالوحدة. وبينت أن أشقاء أطفال التوحد تلقوا مستويات عالية من الدعم الاجتماعي في حياتهم، وأن حجم الأسرة الكبير يساعد على تسهيل التكيف الصحي، لدى أشقاء الأطفال المصابين بالتوحد.

٣. دراسة مولي وآخرون (2008) Molloy & other:

هدفت الدراسة إلى تحديد السمات المختلفة، لدى الأطفال الذين يعانون من تثالث الصبغي ٢١ مع ودون التوحد، وتحديد مدى ضعف الإدراك، الذي يؤثر على قياس أعراض التوحد. وقد أجريت على عينة مكونة من ٢٠ طفلاً، يعانون من تثالث الصبغي ٢١، مع التوحد (التجريبية مكونة من ١٠ أطفال)، مقارنة مع أطفال يعانون من تثالث الصبغي ٢١ دون التوحد (الضابطة مكونة من ١٠ أطفال)، على أساس العرق والسن والجنس. كما تم تقييم المهارات الاتصالية والمعرفية، والسلوك

التكيفي. وقد تم استخدام الأدوات المتمثلة باستعراض التاريخ الطبي، وفحص السجلات الطبية، لنمو الرأس في وقت مبكر، ومقياس ستانفورد بينيه، الطبعة الخامسة، والمقابلة التشخيصية المنقحة للتوحد. وأظهرت النتائج أن سلبية الأداء، كانت دالة وملحوظة في جميع التقييمات، وأن التشخيص الخوارزمي، ظل دالاً وعالياً في المجموعة التجريبية، مقارنة مع المجموعة الضابطة، وأن كل المشاركين، كان لديهم نقص في حجم الرأس، بما يتفق مع متلازمة داون. وأظهر الأطفال، الذين يعانون من مرض تثالث الصبغي ٢١ مع التوحد، بشكل واضح، اختلالاً في وظائف المخ، أكثر من الأطفال ذوي تثالث الصبغي ٢١ دون التوحد. وعلى الرغم من النقص في المجالات الرئيسية للتبادل الاجتماعي والاتصال والتقييد والتكرار، إلا أنه لم يتضح الضعف الإدراكي الحاد.

٤. دراسة ماينز وشتاينر (2009) Minnes & Steiner:

هدفت الدراسة إلى تقديم تقرير، عن نتائج مجموعات التركيز، مع آباء الأطفال، أو البالغين، الذين يعانون من متلازمة إكس الهشة، والتوحد، أو متلازمة داون. وكانت الأدوات عبارة عن بحث مجموعة مقابلات، شبه منظمة، مع أولياء أمور الأطفال، والشباب، أو البالغين من المجموعات التشخيصية الثلاث، وتصوراتهم عن التحديات، والنجاح الذي تحقق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية في أونتاريو بكندا. وأظهرت النتائج أن الآباء والأمهات أوضحوا عوائق تقديم الرعاية المتنوعة، وضرورة الدعوة لتأمين الخدمات، ووضعوا تصورات لتقديمها، ودور متخصصي الرعاية الصحية في تنظيم الحصول على مجموعة واسعة من الخدمات. كما أظهرت النتائج أن الخدمات التشخيصية تمثل عامل قلق للوالدين في الفئات الثلاث. وشملت الاقتراحات لتعزيز توسيع نظام التعليم، متلازمة محددة لطلاب الطب والمهن الصحية، وإنشاء مركز خدمة، يمكن أن يقدم المعلومات ذات الصلة، للوالدين.

٥. دراسة مكجراث وآخرون (2009) McGrath & other:

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى الحاجة إلى خدمات المشورة الوراثية، لعائلات الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون، والتخلف العقلي، والعوامل التي تؤثر على تلقي خدمات المشورة الوراثية، اللازمة لهؤلاء الأطفال، مقارنة مع غيرهم من الأطفال ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. وتمثلت أدوات الدراسة بإجراء تحليل للمسح الوطني لعام ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦ (المحدث من الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال) للأطفال ذوي احتياجات الرعاية الصحية، وشمل عينة تمثيلية على الصعيد الوطني. وأجري بشكل ثنائي المتغير، من خلال دراسة ضرورة تلقي خدمات المشورة الوراثية، للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون،

والتخلف العقلي، وغيرهم من الأطفال ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. علاوة على ذلك، تم استخدام نموذج المعتقد الصحي، وتحاليل الانحدار اللوجستي، لتقييم التأثير النسبي لتلقي خدمات المشورة الجينية اللازمة. وقد أظهرت النتائج أن أسر الأطفال المتوحدين، ومتلازمة داون، والتخلف العقلي، تدرك الحاجة إلى خدمات المشورة الوراثية، أكثر بكثير من أسر الأطفال ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. وأن وجود الطب المنزلي يمثل العامل الوحيد، الأكثر أهمية، في تسهيل الحصول على خدمات المشورة الوراثية، جنباً إلى جنب، مع وجود التأمين الخاص جداً، أو مزيج من التأمين الخاص والعام، كإخفاض الدخل، وانخفاض التحصيل العلمي، وكثرة الحواجز التي تحول دون زيادة خدمات الاستشارة الوراثية.

٦. دراسة أناز وآخرون (2009) Annaz & other:

هدفت الدراسة إلى المقارنة، عبر متلازمة النمو الشمولية، للتعرف على وجوه الأطفال الذين في سن الدراسة، ويعانون من اضطرابات النمو المتمثلة بالتوحد ومتلازمة داون ومتلازمة وليامز. وتم تقسيم مجموعة التوحد إلى مجموعتين: أطفال التوحد ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، وأطفال التوحد ذوي الأداء الوظيفي المنخفض. وأجريت مقارنة بين الأربع مجموعات، من حيث العادات النمائية للأطفال. واستخدم الباحث تحليلات ذات مسار عرضي، لمقارنة النمو على نسخة معدلة من مقياس تاناكا Tanaka ومهمة Farah's كاملة الجزئية، وبناء مسارات ربط جزء من كامل الأداء، إما للعمر الزمني، أو لعدة مقاييس من العمر العقلي (تقبل المفردات، والبناء البصري، واختبار بنتون للتعرف على الوجه). وأظهرت النتائج أنه إضافة إلى التأخر في بداية ومعدل النمو، وجد أن هناك شذوذ، بطرق مختلفة، في ملامح الشخصية، بالنسبة لجميع الاضطرابات. فضلاً عن الضعف في المسارات المتعددة، والنتائج المتغيرة في النمو للتعرف على الوجوه.

٧. دراسة المعيدي (٢٠٠٩):

هدفت للكشف عن الفروق التشخيصية، بين مجموعتي الدراسة: التوحد والتخلف العقلي على اختبارات الذاكرة قصيرة المدى. وتألفت العينة الكلية من (١٦ حالة): ٨ حالات توحد و ٨ حالات تخلف عقلي، وامتدت أعمارهم ما بين ٧ و ١٠ سنوات. واستخدم الباحث الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، وقائمة تشخيص الأوتيزم لهدى أمين ١٩٩٩م، ومقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة للذكاء مليونه ١٩٩٨م، ولوحة أشكال جودارد للذكاء. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات مجموعتي الدراسة، على اختبارات الذاكرة قصيرة المدى (ذاكرة الخرز، الجمل، الأرقام، المواضيع). وعدم وجود فروق دالة إحصائية

بين متوسطات رتب درجات مجموعتي الدراسة، على الدرجة المجالية والمركبة للذاكرة قصيرة المدى.

٨. دراسة ديغويسبي وآخرون (2010) DiGuseppi & other:

هدفت الدراسة إلى تقييم مدى انتشار اضطرابات طيف التوحد، واختبار خصائص أطفال متلازمة داون. وقد أجريت على عينة مكونة من ١٢٣ طفلاً، يصل متوسط أعمارهم إلى نحو أربعة أشهر. وتم استخدام القائمة المعدلة للتوحد لدى الأطفال الصغار، واستبيان التواصل الاجتماعي. وأظهرت النتائج أنه بمقارنة الفحص السلبي للأطفال، مع الفحص الإيجابي، كانت الخصائص الاجتماعية الديموغرافية متشابهة، لكنها أقل من متوسط حاصل النمو. وكانت معدلات انتشار اضطراب التوحد المرجحة بنسبتي ٦,٤٪ و ١٨,٢٪ على التوالي. ويقدر الحد الأدنى لانتشار اضطرابات طيف التوحد، وهو ما يمثل فحص الأطفال بنسبة ٥,١٪. كما أظهرت النتائج أن اضطرابات طيف التوحد في انتشار متزايد مع ضعف إدراكي أكبر. وانتشار اضطراب طيف التوحد، فيما بين أطفال متلازمة داون، الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ و ١١ سنة، أعلى بكثير مما كانت عليه في عموم السكان.

٩. دراسة كاوا وبيسولا (2010) Kawa & Pisula:

وكان الغرض من هذه الدراسة المقارنة بين أطفال التوحد، وأطفال متلازمة داون، والأطفال العاديين، في مرحلة ما قبل المدرسة، من حيث النشاط الحركي، واستكشاف الكائنات، وتحديد ما إذا كان تعقيد استكشاف الكائنات يؤثر على سير نشاط الاستكشاف، لدى الأطفال المصابين بالتوحد. وقد أجريت على عينة مكونة من ٢٧ طفلاً. وكانت الأدوات عبارة عن غرفة مقسمة إلى ثلاث مناطق تجريبية، مجهزة بالكائنات التجريبية بمستويات متفاوتة من التعقيد، مع توفير فرص التحفيز البصري. وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال، الذين يعانون من مرض التوحد ومتلازمة داون، يختلفون عن الأطفال ذوي النمو النموذجي، في بعض مقاييس استكشاف الكائنات (أي يبحث في الكائنات)، والوقت الذي يقضونه في المنطقة الأكثر تعقيداً بصرياً، مع الكائنات.

تعقيب على الدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد ومتلازمة داون:

تباينت الدراسات التي تناولت التوحد ومتلازمة داون، ولم يجد الباحث -على حد علمه- دراسات تناولت التوحد ومتلازمة داون كمقارنة بين القدرات النمائية إلا القليل منها، لذلك قام الباحث بتناول دراسات قريبة من دراسته.

١. من حيث الموضوع:

قد اهتمت مجموعة من الدراسات بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى أشقاء الفئتين مثل دراسة كامينسكي و ديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، والتشخيص مثل دراسة المعيدي (٢٠٠٩) و الأداء السلوكي الاجتماعي مثل دراسة محمد (٢٠٠٠) وخصائص أطفال التوحد وداون مثل دراسة مولي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨) و دراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠)، وتقديم الرعاية والخدمات مثل دراسة ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩) و دراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩)، والمقارنة بين العادات النمائية والتعرف على الوجوه مثل دراسة أناز وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩) و دراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠)، وتقييم معدل الانتشار مثل دراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠).

٢. من حيث الأهداف:

تنوعت الأهداف وتباينت منها هدفت إلى التحقق من التكيف النفسي والاجتماعي عند أشقاء الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة مع أشقاء الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون وأشقاء الأطفال العاديين مثل دراسة كامينسكي و ديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، ومنها هدفت إلى التعرف على بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي مثل دراسة محمد (٢٠٠٠)، ومنها هدفت إلى تحديد خصائص الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون والتوحد مثل دراسة مولي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨)، ومنها هدفت إلى تقييم الخدمات التي تقدم والعوائق التي تمنع من تقديم الخدمات والتأهيل مثل دراسة ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩) و دراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩)، ومنها هدفت إلى المقارنة بين الفئتين في العادات النمائية مثل دراسة أناز وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩) و دراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠)، ومنها هدفت إلى تقييم معدل الانتشار مثل دراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠).

٣. من حيث العينة:

تباينت العينة فهناك دراسات تناولت فئة الأطفال التوحديين وأطفال متلازمة داون مثل دراسة محمد (٢٠٠٠) ودراسة مولي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨)، ودراسة أناز

وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩)، ودراسة المعيدي (٢٠٠٩)، ودراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠) ودراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠). وهناك دراسات تناولت فئة أشقاء الأطفال التوحديين وذوي متلازمة داون مثل دراسة كامينسكي وديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، وهناك دراسات تناولت آباء وعائلات أطفال التوحد ومتلازمة داون مثل دراسة ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩) ودراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩).

٤. من حيث الأدوات المستخدمة:

هناك بعض الباحثين قاموا بإعداد الأدوات اللازمة لدراساتهم مثل دراسة كامينسكي وديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، و ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩)، ودراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠).

وهناك من الباحثين استخدموا أدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة مولوي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨)، ودراسة أناز وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩)، ودراسة المعيدي (٢٠٠٩) ودراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠)، ودراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩).

وهناك من الباحثين من جمعوا بين أدوات من إعدادهم وأدوات من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة محمد (٢٠٠٠).

٥. من حيث النتائج:

اختلفت النتائج تبعاً لاختلاف الهدف المرجو من الدراسة، والفئة المطبق عليها الدراسة، فهناك دراسات كشفت عن وجود فروق في التفاعلات الاجتماعية بين التوحديين والمعاقين عقلياً مثل دراسة محمد (٢٠٠٠)، وأظهرت نتائج دراسات أخرى أن أشقاء أطفال التوحد ومتلازمة داون يتكيفون بشكل جيد ولا يشعرون بالوحدة وهذا ما أظهرته دراسة كامينسكي وديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، وان الوالدين يشعرون بالقلق اتجاه تشخيص أبنائهم ويؤمنون بتلقي المشورة الوراثية والطب المنزلي وهذا ما أظهرته دراسة ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩) ودراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩). كما أظهرت نتائج دراسة أناز وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩)، ودراسة المعيدي (٢٠٠٩)، ودراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠) تأخر معدل النمو ووجود شذوذ في الشخصية وعدم وجود فروق بين التوحديين والتخلف العقلي على اختبارات الذاكرة قصيرة المدى، ووجود فروق بين التوحد وداون والأطفال العاديين في النشاط الحركي والاستكشافي

خامساً: تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة التي تناولت التوحد بمفرده ومتلازمة داون بمفردها ودراسات مقارنة بين التوحد ومتلازمة داون يتضح أن هناك دراسات اتفقت مع الدراسة الحالية من حيث تناول موضوعات خصائص أطفال التوحد ومتلازمة داون، علاوة على دراسة موضوع العادات النمائية، كما اختلفت أهداف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، حيث هدفت الدراسة الحالية للتفريق بين التوحد ومتلازمة داون في القدرات النمائية، بينما الدراسات الأخرى هدفت إلى اختبار مدى فعالية برامج إرشادية وعلاجية وتقييم الخدمات المقدمة للفئتين. واختلفت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في اختيار العينة، فكانت عينة الدراسة مكونة من أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، أما الدراسات الأخرى فتكونت عينتها من أشقاء الأطفال والآباء والأمهات مثل دراسة كامينسكي و ديوي Kaminsky and dewey (٢٠٠٢)، و دراسة ماينز وشتاينر Minnes &Steiner (٢٠٠٩) و دراسة مكجراث وآخرون McGrath & other (٢٠٠٩). كما اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في اختيار العينة من أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون مثل دراسة محمد (٢٠٠٠) ودراسة مولي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨)، ودراسة أناز وآخرون Annaz & other (٢٠٠٩)، ودراسة المعيدي (٢٠٠٩)، ودراسة كاوا وبيسولا Kawa & Pisula (٢٠١٠) و دراسة ديجويسبي وآخرون DiGuseppi & other (٢٠١٠). ودراسة وشاحي (٢٠٠٣)، ودراسة نور الدين وعلوان (٢٠٠٦)، و دراسة العسرج (٢٠٠٦)، و دراسة أيدجن وآخرون Edgin & others (٢٠١٠)، دراسة ديسوزا وآخرون De Souza & others (٢٠١٠).

واختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من خلال استخدام أداة الدراسة حيث أن الباحث استخدم أحد اختبارات مقياس بورتج وهو اختبار الصورة الجانبية. واختلفت نتائج الدراسة الحالية عن نتائج الدراسات السابقة حيث أثبتت نتائج هذه الدراسة أن أطفال متلازمة داون يتفوقون على أطفال التوحد في جميع المهارات والقدرات النمائية.

تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

انفردت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تناولها القدرات النمائية لفئتي التوحد ومتلازمة داون، كما أنها تناولت فئتين من الفئات المهمشة كما أن هذه الدراسة تعتبر الأولى من نوعها-على حد علم الباحث- التي تناولت القدرات النمائية(الجسمية، الاجتماعية، العناية بالذات، التعليمية والاتصالية) للفئتين.

سادساً: فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الجسمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات المساعدة الذاتية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات التعليمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٦. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاتصالية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.
٧. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير الجنس، لدى مجموعتي الدراسة.
٨. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
٩. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، لدى مجموعتي الدراسة.
١٠. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، لدى مجموعتي الدراسة.
١١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير نوع الأسرة، لدى مجموعتي الدراسة.
١٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة، لدى مجموعتي الدراسة.
١٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية)، تعزى لمتغير وجود قرابة، لدى مجموعتي الدراسة.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: مجتمع الدراسة

ثالثاً: هيئة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

خامساً: خطوات الدراسة

سادساً: المعالجة الإحصائية

الفصل الرابع الطريقة والإجراءات

يتناول الباحث، في هذا الفصل، الإجراءات التي تم اتباعها في هذه الدراسة، والتي تضمنت توضيحاً مفصلاً لكل من منهج الدراسة المتبع، ووصف مجتمع وعينة الدراسة، وأداة الدراسة وإجراءات الصدق والثبات لها، وكيفية تنفيذ الدراسة وإجرائها، والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها. وفيما يلي وصف مفصل لما سبق ذكره من الإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي المقارن، الذي يتوافق مع الدراسة، التي تصف، وتقرن بين ظاهرتين في غاية الأهمية، هما التوحد ومتلازمة داون. فالمنهج الوصفي هو الذي يقوم بوصف الظاهرة، كما هي، دون تدخل من الباحث. لذلك نجد قنديلجي والسامرائي (٢٠٠٩: ١٨٨) يقولان: إن المنهج الوصفي هو الذي يهتم بوصف الظاهرة، وتحديدها، وتبرير الظروف والممارسات، أو التقييم والمقارنة. ويضيف عبد القادر (٢٠١١: ٥٨) أن هذا المنهج يتطلب عدم التحيز، ودراسة الحالة، والمسح الشامل لما يتعلق بهذه المشكلة، أو الظاهرة.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

شمل مجتمع الدراسة جميع الأطفال المتوحدين، وذوي متلازمة داون، المترددين على جمعية الحق في الحياة بمدينة غزة. والذي بلغ عددهم (١٣٨ طفل وطفلة) موزعين إلى ٤٦ طفلاً وطفلة من فئة التوحد، و ٩٢ طفلاً وطفلة من فئة متلازمة داون.

ثالثاً: عينة الدراسة:

قام الباحث باختيار العينة، من الأطفال المترددين على جمعية الحق في الحياة بغزة، والتي تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٩) سنوات للفئتين، بطريقة قصدية. وبلغت عينة الدراسة (٥٠ طفل وطفلة) موزعة إلى ٢٥ طفل من فئة التوحد، منهم (١٠) من الإناث و(١٥) من الذكور. و ٢٥ طفل من فئة متلازمة داون، في المجموع العام، منهم (١٠) من الإناث و(١٥) من الذكور. والجداول التالية توضح توزيع العينة، حسب المتغيرات (المستوى التعليمي للوالدين، العمر، الجنس، نوع الأسرة، المستوى الاقتصادي).

جدول رقم (٤-١): يوضح المستوى التعليمي لآباء وأمهات أطفال التوحد

الأمهات		الآباء		المستوى التعليمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٠	٠	٤	١	ابتدائي
١٢	٣	١٦	٤	إعدادي
٤٨	١٢	٤٤	١١	ثانوي
٤٠	١٠	٣٦	٩	جامعي
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

جدول رقم (٤-٢): يوضح المستوى التعليمي لآباء وأمهات أطفال متلازمة داون

الأمهات		الآباء		المستوى التعليمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
١٢	٣	٢٤	٦	ابتدائي
٢٤	٦	٤٠	١٠	إعدادي
٦٠	١٥	١٢	٣	ثانوي
٤	١	٢٤	٦	جامعي
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

جدول رقم (٤-٣): يوضح العينة حسب العمر

متلازمة داون		التوحد		العمر
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٢٨	٧	٢٤	٦	من ٤-٥
٤٤	١١	٤٠	١٠	من ٦-٧
٢٨	٧	٣٦	٩	من ٨-٩
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

جدول رقم (٤-٤): يوضح العينة حسب الجنس

متلازمة داون		التوحد		الجنس
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٦٠	١٥	٦٠	١٥	ذكر
٤٠	١٠	٤٠	١٠	أنثى
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

جدول رقم (٤-٥): يوضح العينة حسب نوع الأسرة

متلازمة داون		التوحد		نوع الأسرة
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
١٢	٣	٢٨	٧	ممتدة
٨٨	٢٢	٧٢	١٨	نووية
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

جدول رقم (٤-٦): يوضح العينة حسب المستوى الاقتصادي

متلازمة داون		التوحد		المستوى الاقتصادي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٨٤	٢١	٥٢	١٣	أقل من ١٥٠٠ شيكل
١٢	٣	٢٤	٦	من ١٦٠٠-٣٠٠٠ شيكل
٤	١	٢٤	٦	أكثر من ٣١٠٠ شيكل
١٠٠	٢٥	١٠٠	٢٥	المجموع

رابعاً: أداة الدراسة:

استخدم الباحث، في هذه الدراسة، اختبار الصورة الجانبية للطفل، الذي يعتبر من أحد اختبارات برنامج بورتيدج للتدخل المبكر، والتي سيتم تفصيلها الآن:

اختبار الصورة الجانبية:

وهو قائمة تحتوي على معلومات عن الطفل من سن الميلاد وحتى ٩ سنوات، من مهارات فشل، أو نجاح، فضلا عن التقرير النفسي. وهذا الاختبار مكتوب، ومدون، ومقنن، ويحتوي على صدق وثبات عالي. وهو من تأليف Alpren Boll، ويقيس العمر العقلي في القدرات التالية:

- **العمر الجسمي:** ويشمل المهارات الجسمية، التي يقوم بها الأطفال. و يقيس هذا الاختبار المهارات، التي يستطيع طفل التوحد، وطفل متلازمة داون، القيام بها، ومدى توافق العمر الزمني للطفل مع عمره الجسمي.
 - **العمر في المساعدة الذاتية:** ويشمل مهارات المساعدة الذاتية، التي يقوم بها الأطفال، ليساعدوا أنفسهم في الاستمرار بحياتهم بشكل جيد. و يقيس هذا الاختبار المهارات، التي يستطيع طفل التوحد، وطفل متلازمة داون، القيام بها، ومدى توافق العمر الزمني للطفل مع عمره في المساعدة الذاتية.
 - **العمر الاجتماعي:** ويشمل المهارات الاجتماعية، التي يقوم بها الأطفال. و يقيس هذا الاختبار المهارات، التي يستطيع طفل التوحد، وطفل متلازمة داون، القيام بها، ومدى توافق العمر الزمني للطفل مع عمره الاجتماعي.
 - **العمر المعرفي الأكاديمي الإدراكي:** يقيس هذا الاختبار المهارات، التي يستطيع طفل التوحد، وطفل متلازمة داون، القيام بها، ومدى توافق العمر الزمني للطفل مع عمره التعليمي.
 - **العمر في مجال الاتصال:** ويشمل المهارات الاتصالية، التي يقوم بها الأطفال، ومدى توافق العمر الزمني للطفل مع عمره الاتصالي.
- ويشمل الاختبار قائمة التسجيل sheet . وهذه القائمة يسجل فيها كل ما حصل عليه الطفل، من مهارات فشل، أو نجاح، بطريقة مختصرة. وصفحات قائمة التسجيل على شكل رسم بياني، مقسم إلى مربعات blocks ، أو صناديق boxes ، كل صندوق محدد بعدد من الأشهر، وقيمه تختلف عن الآخر. فبعضها قيمته ٦ أشهر، و أخرى ١٢.

الخصائص السيكومترية للاختبار:

سيتم عرض الخصائص السيكومترية للاختبار، من خلال الدراسات التي أجريت عليه، للتأكد من صحته، وصدقه وثباته.

صدق اختبار الصورة الجانبية:

قام جيرالد Gerald وآخرون (٢٠٠٠) بدراسة، للتعرف على صدق وثبات اختبار الصورة الجانبية. وجاءت النتائج كما يلي:

١. **الصدق التلازمي:** معامل الارتباط بين مقياس الصورة الجانبية، وستانفورد بينيه، تراوح بين ٠,٤٥ للمقياس البدني، و٠,٧٦ للمقياس الأكاديمي. وتراوحت معاملات الارتباط بين الصورة الجانبية، والإنجاز الشخصي للتعلم، بين ٠,٠٧ و٠,٤٨ للمقياس الحركي.

٢. **صدق المحتوى:** تمت مراجعة الدراسات التي تناولت المقاييس، لتحديد المهارات النمائية، وتطوير عناصر اختبار الصورة الجانبية، من خلال مجموعة من المعلمين، الذين يعملون مع الأطفال المعوقين، والذين استخدموا الأداة، وقدموا ملاحظات عيها، منها أنها واضحة، وتفيد لتصميم، وتقييم، التدخلات التعليمية. كما تم استخدام تحليل البنود، لضمان أنها تتسق مع الفئة العمرية المناسبة. كما قدم الآباء معلومات دقيقة حول أداء أطفالهم، وعندما اختلف تقرير الوالدين والمعلم، من خلال التقييم المباشر للأطفال.

ثبات اختبار الصورة الجانبية:

قام جيرالد Gerald وآخرون (٢٠٠٠) بدراسة، للتعرف على صدق، وثبات، اختبار الصورة الجانبية. وجاءت النتائج كما يلي:

١. **معامل ألفا كرونباخ:** كانت معاملات ألفا لكل من المقاييس الخمسة: ٠,٧٩ للجسمي، ٠,٧٨ لمساعدة الذات، ٠,٨٢ من أجل التنمية الاجتماعية، ٠,٨٧ للأكاديمية، و٠,٨٣ للاتصال.
٢. **ثبات الاختبار وإعادة اختبار (مع فترات من ٢ إلى ٣ أيام):** نقاط كثيرة كانت متشابهة في ٢٢% من الأطفال، وكان ٥٠% من ضمن البند ١ تشابه بعضها بعضاً، و ٦٨% في البند الثاني تشابه بعضها بعضاً، و ٩٢% في البند الثالث تشابه بعضها بعضاً.
٣. **ثبات بين التصنيفات:** اعتمد ٣٥ مدرساً على نقاط تسجيل الاستجابة، للبنود ذات الصلة. وتشابهت درجات ٢٥ منهم، كما تشابهت درجات ٥ معلمين في البند الأول. وكان جميع المعلمين (٣٥) متشابهين، ضمن بندين، من درجة النموذج.

خامساً: خطوات الدراسة:

قام الباحث بإجراء الخطوات التالية:

١. اختيار عنوان الدراسة، من خلال الإطلاع على بعض الدراسات السابقة، واستشارة المتخصصين، أصحاب الخبرة، في مجال البحث العلمي، والاستعانة بأساتذة قسم علم النفس بالجامعة الإسلامية.

٢. جمع الدراسات السابقة، التي تخص موضوع الدراسة، ودراساتها، بشكل معمق، يساعد في بلورة فروض الدراسة، وعنوانها.
٣. إعداد خطة الدراسة، وتقديمها للمناقشة، من قبل أساتذة قسم علم النفس، من خلال جلسة سيمينار، وإجراء بعض التعديلات على خطة الدراسة.
٤. زيارة جمعية الحق في الحياة بحي الشجاعية في غزة، للتعرف على الفئات المستهدفة من الدراسة، والتنسيق مع مسؤوليها لتطبيق أداة الدراسة على الفئات المستهدفة. كما قام الباحث بالحصول على معلومات مفصلة، عن الفئات المستهدفة.
٥. زيارة أكثر من مكتبة في مدينة غزة، من ضمنها مكتبات الجامعات، والاستعانة بأهل التخصص، للحصول على مادة الإطار النظري وكتابته. وتم إنجاز كتابة الإطار النظري، بمساعدة من المشرف على الدراسة، من خلال عدة جلسات إشرافية.
٦. الحصول على أداة الدراسة، والتدريب على تطبيقها، والحصول على معايير صدقها وثباتها.
٧. زيارة جمعية الحق في الحياة، وحصر أعداد العينة، التي سيتم التطبيق عليها.
٨. استخدام المنهج الوصفي التحليلي، لأنه أنسب المناهج، وأقربها، للتعامل مع الدراسة.
٩. تطبيق أداة الدراسة على العينة المستهدفة، من خلال مقابلات مع أولياء أمور الأطفال، والأطفال أنفسهم، في مقر جمعية الحق في الحياة.
١٠. تفرغ بيانات الاختبار للعينة، في برنامج التحليل الإحصائي Spss. وبمساعدة المشرف، تم إنجاز التحليل الإحصائي، والمعالجة الإحصائية، لبيانات الدراسة.
١١. عرض النتائج، وتفسيرها، من خلال تفسير كل فرض على حدة.

سادساً: الصعوبات التي واجهت الباحث:

١. الحصول على معايير أداة الدراسة كان صعباً، إذ أن الباحث طرق باب المتخصصين، ولم يجد تلك المعايير، وبحث كثيراً في المكتبات، والشبكة العنكبوتية، حتى وجد بعض الدراسات، التي أجريت على أداة الدراسة، لاختبار صدقها وثباتها.
٢. عدم تعاون بعض أهالي الأطفال، في تطبيق الاختبار، من خلال عدم حضورهم إلى الجمعية.

سابعاً: المعالجة الإحصائية:

- اعتمد الباحث، في دراسته، على المعالجات الإحصائية التالية:
١. معامل الارتباط بيرسون.

٢ . T- test .

٣ . تحليل التباين الأحادي One way Anova .

٤ . اختبار مان ويتني .

٥ . الإحصاءات الوصفية (التكرارات، النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) .

المفصل الخامس

معرض وتفسير النتائج

أولاً: نتائج الدراسة ومناقشتها

ثانياً: توصيات الدراسة

ثالثاً: مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

عرض وتفسير النتائج

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي توصل لها الباحث وتفسيرها ثم عرض بعض المقترحات للدراسة والبحث التي يمكن أن تساعد الباحثين في مجال الدراسة، وأخيراً عرض بعض التوصيات المستتبطة من الدراسة.

اختبار الاعتدالية:

قام الباحث بتنفيذ اختبار الاعتدالية للتأكد من أن توزيع البيانات اعتدالي من خلال استخدام اختبار كلمجروف وسمير نوف KS.

جدول (٥-١) يوضح اختبار كلمجروف وسمير نوف KS

البيان	العمر الجسمي	المساعدة الذاتية	العمر الاجتماعي	العمر التعليمي	العمر الاتصالي
العدد	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠	٥٠
الاختبارات	٦١,٨٠٠	٦٣,٧٦٠	٤٥,٦٨٠	٣٨,٤٦٠	٢٦,٨٠٠
المعلمية	٢٣,٤٩٩	٢٦,٥٣٤	١٩,٨٨٢	١٧,٩٣٤	١٣,٦٣٦
كلمجروف و سمير نوف (معامل Z)	٠,٤٣٧	٠,٧٦٦	٠,٨١٥	٠,٨٥٩	١,٢٥٦
مستوى الدلالة	٠,٩٩١	٠,٦٠٠	٠,٥٢٠	٠,٤٥٢	٠,٠٨٥

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الاحتمالية لمعامل (Z) أكبر من (٠,٠٥) في متغيرات (العمر الجسمي، عمر المساعدة الذاتية، العمر الاجتماعي، العمر التعليمي والعمر الاتصالي) الأمر الذي يشير إلى اعتدالية التوزيع للمتغيرات السابقة ، ولذلك تم استخدام الإحصاءات المعلمية.

أولاً: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

الفرض الأول:

للتحقق من صحة الفرض الأول الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث بحساب معامل(ت) للفرق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٢) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسدي	التوحد	٢٥	٥٣,٥٢٠	٢٠,٩٨٦	٤٨	-٢,٦٣٩	٠,٠١١	دالة
	داون	٢٥	٧٠,٠٨٠	٢٣,٣٢٧				
المساعدة الذاتية	التوحد	٢٥	٥٠,٦٤٠	٢٥,٣٢٩	٤٨	-٣,٩٩٤	٠,٠٠٠	دالة
	داون	٢٥	٧٦,٨٨٠	٢٠,٩١٣				
العمر الاجتماعي	التوحد	٢٥	٣٥,٦٠٠	١٥,٥٣٤	٤٨	-٤,١٣١	٠,٠٠٠	دالة
	داون	٢٥	٥٥,٧٦٠	١٨,٨١٧				
العمر التعليمي	التوحد	٢٥	٢٨,٢٤٠	١٥,٨١٢	٤٨	-٤,٨٧٧	٠,٠٠٠	دالة
	داون	٢٥	٤٨,٦٨٠	١٣,٧٤٩				
العمر الاتصالي	التوحد	٢٥	٢١,٨٤٠	١٣,٢٢٧	٤٨	-٢,٧٣٧	٠,٠٠٩	دالة
	داون	٢٥	٣١,٧٦٠	١٢,٣٨٧				

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في كل القدرات النمائية لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) بين أطفال التوحد ومتلازمة داون". وهذا يتفق مع دراسة محمد (٢٠٠٠) ويختلف مع دراسة مولي وآخرون Molloy & other (٢٠٠٨).

ومن ذلك يتضح أن العمر الجسدي وعمر المساعدة الذاتية والعمر الاجتماعي والعمر التعليمي والعمر الاتصالي لدى متلازمة داون أكبر وأفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون مهاراتهم بشكل أفضل من أطفال التوحد سواء اجتماعياً أو جسدياً أو مساعدة الذات أو تعليمياً أو اتصالياً.

وقد اتضح من خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار، أن العمر التعليمي والعمر الاتصالي هما أكثر الأعمار تأثراً وضعفاً لدى الأطفال التوحديين وأطفال متلازمة داون، إلا أن أطفال متلازمة داون أدائهم أفضل من أطفال التوحد.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن أطفال متلازمة داون يتلقون خدمات أكثر مهنية من أطفال التوحد ، وذلك لحدثة التعامل مع فئة التوحد في المجتمع الفلسطيني وعدم وجود أماكن أو مؤسسات خاصة بهم، فنجد أن أطفال متلازمة داون يتلقون خدمات التدخل المبكر مما يساعد على الكشف المبكر وتطوير المهارات والقدرات النمائية لديهم ، بينما أطفال التوحد لا يتلقون خدمات التدخل

المبكر مما يصعب عملية الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر، مما يزيد الأمر صعوبة في تطوير القدرات النمائية لديهم.

حيث أن الوصول إلى تقديم خدمات مهنية وتقنيات علاجية يعتبر تحدياً كبيراً، لأن الاضطراب يبدأ في المراحل المبكرة جداً في الحياة ويرافقه عجز معرفي وعقلي، وارتباط تقديم الخدمات المهنية والتقنيات العلاجية بعملية الفحص والتقدير والتقويم التشخيصي للطفل. (عبد الله، ٢٠٠١: ١٤١)

ويفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد لديهم خلل واضح في قدراتهم النمائية ومن الصعب تطويرها بعكس أطفال متلازمة داون فإن قدراتهم النمائية أفضل من التوحديين، وذلك لأن أطفال التوحد يعانون من صعوبات في التواصل مع الآخرين وذلك يؤثر على تنمية مهاراتهم وقدراتهم النمائية الأخرى، أما أطفال متلازمة داون فلديهم القدرة على التواصل مع الآخرين وبالتالي لديهم قابلية للتعلم أكثر من التوحديين ومن ثم فإن لديهم القدرة على تطوير قدراتهم النمائية.

حيث أن الإعاقة في التواصل تؤثر على كل المهارات والقدرات النمائية، وتبلغ نسبة الأشخاص التوحديين الذين يعانون من مشاكل شديدة في التواصل ٥٠% تقريباً.

(الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٧-٣٨)

ويواجه العديد من التوحديين مشاكل وصعوبات في التعلم أي لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعد على الاتصال والتعامل مع الآخرين. (نصر، ٢٠٠٢: ٦٥)

ويرى الباحث أن أطفال متلازمة داون لديهم قابلية للتعلم أكثر من أطفال التوحد، مما يؤثر على تطوير قدراتهم النمائية بشكل أفضل مما لدى أطفال التوحد، وكان ذلك واضحاً من خلال ردود فعل الأهالي خلال المقابلات التي أجراها الباحث معهم ومع أطفالهم، حيث كان واضحاً من خلال مقابلات الأهالي أن التعامل مع أطفال متلازمة داون أفضل وأسهل من التعامل مع أطفال التوحد وأن أطفال داون أكثر استجابة للتعلم والتدريب من أطفال التوحد.

ويفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية لصالح أطفال متلازمة داون بأن آباء وأمهات أطفال متلازمة داون لديهم المعرفة الواضحة عن مرض أبنائهم وبالتالي من الممكن التعامل معهم ومساعدتهم في تطوير قدراتهم النمائية، بينما الموقف مختلف مع أهل أطفال التوحد حيث أن الرؤية مشوشة لديهم بالنسبة لمرض أبنائهم وليس لديهم المعلومات الكافية التي تساعد في مساعدة أبنائهم لتطوير قدراتهم النمائية.

حيث أن الآباء يحتاجون إلى معلومات ومهارات علمية حول التوحد وطرق العلاج وإتقان استراتيجيات تعلم محددة لتمكين طفلهم من اكتساب سلوكيات جديدة، وكيفية التأثير على أنماط تعلم طفلهم.

(الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣٢)

ويشعر الآباء أحياناً بعدم القدرة على مساعدة الطفل، لأنهم لم يتعلموا كيف يمكن أن يتعاملوا مع الطفل المتوحد، وغالباً ما يستخدمون الأسلوب تلو الآخر دون معرفة الزمن اللازم لاستخدامه لتحقيق النتائج المرغوبة. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٤٠)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية لصالح أطفال متلازمة داون أن أطفال متلازمة داون يتم التعامل معهم بشكل مهني أفضل حيث أن التعامل مع فئة التوحد جديد على المجال المهني في المجتمع الفلسطيني و لا يزال يشوبه بعض الغموض، كما أنه يفتقر إلى برامج مهنية هامة للتعامل مع الأطفال التوحديين مثل برنامج التدخل المبكر الذي لا يطبق مع التوحديين في المجتمع الفلسطيني. علاوة على أن طبيعة المرض تلعب دوراً هاماً حيث أن مرض التوحد أعقد بكثير من متلازمة داون وبالتالي التعامل معه أعقد وأصعب وهذا يؤثر على تنمية القدرات النمائية لدى أطفال التوحد.

الفرض الثاني:

للتحقق من صحة الفرض الثاني الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الجسمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٣) يوضح نتائج اختبار مان ويتني للمهارات الجسمية

المهارات الجسمية	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
رفع الرأس وهو مستقل	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠			
التدرج على البطن	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠			
الزحف	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠			
الالتقاط بأصبعين	التوحد	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٠٠	٦٥٠,٠٠			
الوقوف	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠			
الريالة	التوحد	٢٥	٢٦,٠٠	٦٥٠,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠			
صعود السلم	التوحد	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة

			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	بمساعدة
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	المشي
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٧٧	-١,٧٨٩	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	فك غطاء الحلوى
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	قذف الأشياء لمسافة متر
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	صعود السلم بقدم لكل درجة
			٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٢٥٣	-١,١٤٣	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	دراجة بثلاث عجلات
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٢٥١	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	خط عمودي
			٥٧٧,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٤٤٥	-٠,٧٦٤	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	قفز عن ٢٠سم
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	قفز بالقدمين ٣ م
			٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,٠٩٠	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	المقص
			٥٧٧,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٥٩	-٠,٩١٧	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	قفز بقدم ١,٥ م
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٥٥٦	-٠,٥٩٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	صعود وهبوط الدرج
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٣٩	-٢,٠٦٤	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	رمي كرة ١,٥ م
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	أكرة الباب وفتحه
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٢٢٦	-١,٢١٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	قص دائرة
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٥٧	-١,٩٠١	٥٦١,٠٠	٢٢,٤٤	٢٥	التوحد	التقاط كرة ١,٥ م
			٧١٤,٠٠	٢٨,٥٦	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١١	-١,٠١٤	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	قفز بقدم ٣ م
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٨	-٢,٦٦٠	٥٢٥,٠٠	٢١,٠٠	٢٥	التوحد	قفز الحبل

			٧٥٠,٠٠	٣٠,٠٠	٢٥	داون	
المفتاح	غير دالة	٠,١٣٩	-١,٤٧٨	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد
				٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون
كرة طين وقذفها	دالة	٠,٠٠١	-٣,٣٦٣	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد
				٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون
الحجلة	غير دالة	٠,٤٨٤	-٠,٧٠٠	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون
الترحلق	غير دالة	٠,٣٩٥	-٠,٨٥١	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون
قص صورة	غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون
نط الحبل	غير دالة	٠,٧١٦	-٠,٣٦٤	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
نقل كرسي مطبخ	غير دالة	٠,٣٣٨	-٠,٩٥٨	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون
التسابق	غير دالة	٠,١٥٦	-١,٤١٨	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد
				٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون
كرة بيد واحدة	غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون
عود الكبريت	غير دالة	٠,٨٧١	-٠,١٦٣	٤٣٣,٠٠	١٨,٨٣	٢٥	التوحد
				٢٧٠,٠٠	١٩,٢٩	٢٥	داون
المفتاح	دالة	٠,٠٤٩	-١,٩٦٦	٥٥٠,٠٠	٢٢,٠٠	٢٥	التوحد
				٧٢٥,٠٠	٢٩,٠٠	٢٥	داون
الغمز	غير دالة	٠,٢٣٠	-١,٢٠٠	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون
اللحن	غير دالة	٠,٧١٦	-٠,٣٦٤	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
التباري	دالة	٠,٠٢٥	-٢,٢٤٢	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد
				٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون
الدراجة في الشارع	غير دالة	٠,٧١٦	-٠,٣٦٤	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية التالية (رسم خط عمودي، استخدام المقص من خلال مسكه بيد ومسك ورقة باليد الأخرى لقصها، رمي الكرة لمسافة ١,٥ م ، قفز عن حبل ارتفاع ٢٠سم ، عمل كرة من طين وقذفها لمسافة ٢,٢٥ م ، فتح وإغلاق مفتاح الباب، التباري بالرياضة مثل كرة القدم مع أطفال من عمر ١٠-١١ سنة) لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الجسمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

وهذا يعني أن أطفال متلازمة داون يمارسون المهارات الجسمية التالية أفضل من أطفال التوحد وهي: (رسم خط عمودي، استخدام المقص من خلال مسكه بيد ومسك ورقة باليد الأخرى لقصها، رمي الكرة لمسافة ١,٥ م ، قفز عن حبل ارتفاع ٢٠سم ، عمل كرة من طين وقذفها لمسافة ٢,٢٥ م ، فتح وإغلاق مفتاح الباب، التباري بالرياضة مثل كرة القدم مع أطفال من عمر ١٠-١١ سنة) ومن ذلك يتضح أن العمر الجسدي لدى متلازمة داون أفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون مهاراتهم الجسمية بشكل أفضل من أطفال التوحد، إلا أنه ومن خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار أتضح أن العمر الجسدي للفئتين متأخر بشكل ملحوظ عن العمر الزمني.

ويفسر الباحث ذلك بأن أطفال متلازمة داون يتلقون تدريب وتعليم وتأهيل من قبل الأهالي أكثر من أطفال التوحد، مما يؤثر على مهاراتهم وقدراتهم الجسمية بشكل إيجابي، ويساعد على تطويرها وتنميتها بشكل دائم، فكلما كان الأهل مهتمين بتطوير قدرات أبنائهم ولديهم المعلومات الكافية عن مرض أبنائهم كلما كان تعاملهم وتدريبهم لأطفالهم مؤثر بشكل إيجابي.

حيث أن آباء الأطفال المتوحدين يلعبون أدواراً متعددة في حياة أطفالهم فهم أول من يتعرف على المشكلات النمائية ويهتموا بها حتى يتوصلوا لتشخيص لها، ويطورون الخدمات المناسبة لأطفالهم. فالآباء مشاركون في عملية تعليم أطفالهم حتى يتأكدوا من أن المهارات المتعلمة في البرنامج التربوي تنتقل إلى الأوضاع المنزلية ليلعبوا دوراً في تعليم أطفالهم السلوكيات المناسبة في المنزل والمجتمع. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣١)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية لصالح أطفال متلازمة داون أن أطفال التوحد يعانون من ضعف في قدراتهم على التقليد والتعلم مما يؤثر على تطوير قدراتهم الجسمية لأنهم يجدوا صعوبة في تقليد حركات الآخرين والسلوكيات التي تنفذ أمامهم ، وعدم قدرتهم على التسلسل في تنفيذ الحركات وإنما يركزون على حركة معينة ويستمرروا في تكرارها بشكل طقوسي ، كما أنهم يحافظون على السلوك النمطي ولا يحدون التغيير .

حيث أن الأطفال التوحديين لديهم افتقار في القدرة على التعليم والتقليد وعدم قدرة على استقبال رسائل دقيقة في البيئة المحيطة وقيامهم بحركات طقوسية متكررة مما يعيق تدريبهم أو إنماء قدراتهم الجسمية. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٧٩)

ويرى الباحث أن وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية لصالح أطفال متلازمة داون أن أطفال التوحد يعانون من اختلال في الحواس فالطفل الذي لا يسمع جيداً أو لا يري جيداً مثلاً سيكون لديه معلومات خاطئة مشوشة سوف تؤثر على إدراكه للتعليمات أو السلوكيات التي يجب عليه تعلمها أو تنفيذها وبالتالي سوف يحدث خلل في التدريب وضعف في تنمية المهارات الجسمية، بعكس أطفال متلازمة داون فالحواس لديهم أفضل من أطفال التوحد وبالتالي تنمية المهارات الجسمية بشكل أفضل مما لدى أطفال التوحد.

حيث أن اختلال الحواس يساعد على وجود خلل في النمو الحركي وتطوير المهارات الجسمية فالسمع مثلاً من الممكن أن يؤثر في النمو الجسمي فقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن الأطفال التوحديين يستجيبون بشكل متأخر وبطريقة تكرارية للمدخلات السمعية، وهو افتراض أن الأطفال يسمعون أكثر من صوت. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٨٠)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية لصالح أطفال متلازمة داون إلى وجود خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي مما يؤثر على النمو الحركي ونمو المهارات الجسمية لدى أطفال التوحد .

حيث أن حدوث اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر يؤدي إلى عدم ثبات أطفال التوحد على استخدام يد معينة فهم يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى.

(خطاب، ٢٠٠٥: ٣٠)

وقد يظهر أطفال التوحد واحدة أو أكثر من السلوكيات التالية بشكل مختلف : التلويح بالأيدي، المشي على الأصابع، التمايل أو الترنح، شقلبة الرأس، ضرب الرأس بعنف، وقد تكون هذه السلوكيات ناتجة عن اضطرابات في الحركة تعكس اختلالاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٨١)

ويفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد يعانون من تشتت الانتباه وفرط الحركة وعدم التركيز وذلك يؤثر على نمو المهارات الجسمية .

حيث أن معدل النمو يتأخر لدى التوحديين ويوجد مظاهر غير متناسقة من الحركة أثناء الوقوف والانحناء والجلوس وفرط في الحركة وضعف في التأزر البصري الحركي والارتخاء والاصطدام بالأشياء. (الغريز وعودة، ٢٠٠٩: ٨١)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية لصالح أطفال متلازمة داون إلى أن نمو العضلات الدقيقة والعضلات الكبيرة لدى أطفال متلازمة داون أفضل من نمو العضلات الدقيقة والعضلات الكبيرة لدى أطفال التوحد وما يساعدهم على ممارسة الكثير من السلوكيات والتدريب والتقليد وبالتالي تطوير المهارات الجسمية بشكل أفضل ومستمر .

الفرض الثالث:

للتحقق من صحة الفرض الثالث الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات المساعدة الذاتية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٤) يوضح نتائج اختبار مان ويتني لمهارات المساعدة الذاتية

المساعدة الذاتية	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
مسك أدوات قريبة	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
مسك أداة خمس ثواني	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
زجاجة الرضاعة	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
المساعدة في اللبس	التوحد	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٠٠	٦٥٠,٠٠			
التجول في المنزل	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
الشرب بكوب بمساعدة	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
خلع الحذاء والكلسات	التوحد	٢٥	٢٤,٥٠	٦١٢,٥٠	-١,٤٢٩	٠,١٥٣	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٥٠	٦٦٢,٥٠			
الشرب بكوب دون مساعدة	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
الملعقة والسكب	التوحد	٢٥	٢٤,٥٠	٦١٢,٥٠	-١,٤٢٩	٠,١٥٣	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٥٠	٦٦٢,٥٠			

غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	الفرق بين الطعام والأشياء
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	خلع المعطف المفتوح
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	الشوكة
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	تنشيف اليدين
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	تفادي الأخطار
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٤٤	-٢,٠١٧	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	الأكل بالشوكة والمعلقة
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١١٨	٥١٢,٥٠	٢٠,٥٠	٢٥	التوحد	ارتداء المعطف دون مساعدة
			٧٦٢,٥٠	٣٠,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٨٥	-١,٧٢٣	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	فك الأزرار، السوست،الرباط
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٤٩	-١,٩٦٧	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	ارتداء الحذاء
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١٦	-٢,٤٠١	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	المرحاض
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٣٩	-٢,٠٦٩	٥٥٠,٠٠	٢٢,٠٠	٢٥	التوحد	التبول
			٧٢٥,٠٠	٢٩,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١١٨	٥١٢,٥٠	٢٠,٥٠	٢٥	التوحد	غسل وتنشيف اليدين والوجه
			٧٦٢,٥٠	٣٠,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٢٥١	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	اللبس
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٩٧٢	٤٧٥,٠٠	١٩,٠٠	٢٥	التوحد	إخفاء لعبة
			٨٠٠,٠٠	٣٢,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١٧٣	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	البسكويت والحليب
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٨	-٢,٦٦٠	٥٢٥,٠٠	٢١,٠٠	٢٥	التوحد	السكينة والمربى
			٧٥٠,٠٠	٣٠,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٤	-٢,٩١٧	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	التليفون

			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٩١	-١,٦٩٢	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	الساندويتش
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٥	-٢,٢٤٢	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	السكين والتقطيع
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١٧٣	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	تمشيط الشعر
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,٠٩٠	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	مهمات منزلية لا تعاد
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٨٩	-٠,٨٦٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	إصلاح شيء
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٧٢	-١,٨٠١	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	الاعتماد
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١١	-٢,٥٢٨	٥٢٥,٠٠	٢١,٠٠	٢٥	التوحد	الأداة المناسبة للأكل
			٧٥٠,٠٠	٣٠,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	اختيار الملابس
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٦٠١	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد	تنفيذ مهمتين
			٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٨٩	-٠,٨٦٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	توفير المال
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٦٨	-١,٨٢٢	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	شراء عدة أشياء
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٥٥٦	-٠,٥٩٠	٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	التوحد	إعداد أكلتين
			٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	مسئولية رعاية حيوان
			٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية التالية) استخدام الشوكة مع الطعام الجامد، تنشيف اليدين بعد غسلهما من قبل شخص كبير، الأكل باستخدام الشوكة والملعقة ، ارتداء المعطف بدون تزيير ودون مساعدة ، ارتداء الحذاء دون ربط الرباط ، قيام الطفل باحتياجاته المرحاضية دون مساعدة، عدم تناول الطفل على نفسه أكثر من مرة في الشهر، غسل وتنشيف اليدين دون مساعدة، لبس الملابس

كاملة دون تزيير، إخفاء لعبة بترتيب عند الطلب، تحضير صحن من البسكويت والحليب، استخدام السكين لفرد مربي أو زبده، الرد على التليفون ومعرفة المتصل، استخدام السكين في قطع الأظعمة الجامدة مثل اللحم، تمشيط الشعر وترتيبه، تنفيذ مهمات منزلية لا تحتاج أن تعاد أمام الطفل، اختيار الأداة المناسبة للأكل المناسب، اختيار الملابس حسب المناسبات، تنفيذ مهمتين على الأقل مع التذكير) لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات المساعدة الذاتية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون. ومن ذلك يتضح أن عمر المساعدة الذاتية لدى متلازمة داون أفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون مهارات المساعدة الذاتية بشكل أفضل من أطفال التوحد، إلا أنه ومن خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار أتضح أن عمر المساعدة الذاتية للفتنين متأخر بشكل ملحوظ عن العمر الزمني.

ويفسر الباحث ذلك برفض أطفال التوحد محاولات تعديل وتغيير الروتين الذي يعيشون فيه ، مما يجعلهم أسرى لسلوكياتهم البدائية التي لن تتطور ما داموا في هذا الروتين وبالتالي عدم تطوير مهارات المساعدة الذاتية وقصورهم في عناية أنفسهم والاهتمام بذواتهم ، على العكس أطفال متلازمة داون فلديهم القابلية لتغيير الروتين والتعلم وبالتالي رعاية ذواتهم ومساعدتها. حيث أن أطفال التوحد قد يتأخرون في تحقيق مهارات المساعدة الذاتية ويتجنبون أي تغييرات أو محاولات تعديل للروتين في استخدام التواليت والغذاء واللباس أو أي مهارة من مهارات المساعدة الذاتية. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٨٠)

كما يرى الباحث أن قيام الوالدين بفرض الحماية الزائدة على أطفال التوحد يؤدي إلى تأخير تطور مهارات المساعدة الذاتية ، وذلك من خلال قيام الوالدين بجميع احتياجات أبنائهم الشخصية بدلاً منهم خوفاً عليهم من أن يتسببوا في أذى لأنفسهم. حيث تؤثر الحماية الزائدة وتتداخل مع النمو، لذلك على الآباء ضبط ميولهم للقيام بعمل الأشياء بدلاً من الأطفال ، وبدلاً من ذلك على الآباء مراقبة نمو أطفالهم وتشجيع نضجهم. (الزريقات، ٢٠٠٤: ١٨٠)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون إلى عدم نضج مناهج تدريب وتعليم الأطفال التوحديين وحدائتها في مجتمعنا الفلسطيني وبالتالي استغراق وقت طويل جداً في تنمية مهارات المساعدة الذاتية بل ومن الممكن الفشل في تنمية وتطوير هذه المهارات لدى أطفال التوحد. حيث أنه يتم استخدام العديد من المناهج لتعليم الطفل التوحدي على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية وغيرها من المهارات. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٨٢)

ويرى الباحث أن هناك عجز في إدراك الأطفال التوحديين للسلوكيات المحيطة بهم والتي تمكنهم من معرفة ذواتهم والتواصل مع الآخرين من حولهم.

حيث أن الأطفال المتوحدون غالباً ما يكونوا غير مدركين للملبس المناسب لحالة الجو في وقت ما فنراهم يرتدون الملابس الداخلية الثقيلة في الصيف أو ملابس من القطن الخفيف في الشتاء.

(مجيد، ٢٠١٠: ١٠٧)

كما ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون إلى تأخر أطفال التوحد في سلوك الرعاية الذاتية فهم يعتمدون كلياً على من حولهم في تلبية احتياجاتهم.

حيث أنهم يعتبرون استعمال المراض مثلاً مشكلة ، كما أنهم يعانون من مشكلات في الأكل والشرب فالكثير منهم يرفض مضغ الطعام الصلب ويفضلون السوائل ، كما أنهم لا يأكلون ولا يشربون إلا ما اعتادوا عليه فقط.

ويرى الباحث أن أطفال التوحد يعانون من المزاجية المفرطة في تنفيذ سلوكياتهم والتعامل

مع من حولهم ومع أنفسهم.

حيث الإصرار على تناول طعام معين وترتيب معين للسفرة ويفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواذي ومن العوامل المساعدة على استمرار هذا السلوك خشية الأهل أن تؤدي أي محاولة للتغيير إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب.

(المغلوث، ٢٠٠٦: ٤٣)

الفرض الرابع:

للتحقق من صحة الفرض الرابع الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

المهارات الاجتماعية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي، فजाعت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٥) يوضح نتائج اختبار مان ويتي للمهارات الاجتماعية

المهارات الاجتماعية	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
لفت الانتباه	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
إصدار أصوات	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
انفعالات سلبية	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٠٠			
باي باي أو	التوحد	٢٥	٢٤,٠٠	٦٠٠,٠٠	-١,٧٦٩	٠,٠٧٧	غير دالة

			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	تصفيق
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	معرفة معنى لي
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	حضور الطفل ٢٥%
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	فعل شيء ١٥ دقيقة
			٦٣٧,٠٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	نقل شيء بإرشادات
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٧٧	-١,٧٦٩	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	اهتمام بألعاب محببة للأطفال
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١٠	-٢,٥٨٥	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	الغيرة
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	لعبة سهلة الكسر
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٣٩	-٢,٠٦٤	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	الاستكشاف
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٤,٠٨٣	٤٦٢,٥٠	١٨,٥٠	٢٥	التوحد	الجنس والجنس الآخر
			٨١٢,٥٠	٣٢,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١١	-٢,٥٥١	٥٥٠,٠٠	٢٢,٠٠	٢٥	التوحد	المساعدة في البيت
			٧٢٥,٠٠	٢٩,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٨٥	-١,٧٢٣	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	الطلب الذهاب للمرحاض
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٤,٢٠٢	٤٦٢,٥٠	١٨,٥٠	٢٥	التوحد	قواعد ألعاب جماعية
			٨١٢,٥٠	٣٢,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١٧٣	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	الدور
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٩	-٢,٦٢٢	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	لعب بالشكل المناسب
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٤,٠٨٣	٤٦٢,٥٠	١٨,٥٠	٢٥	التوحد	لعب العاب جماعية
			٨١٢,٥٠	٣٢,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٨٠	١,٧٥٠	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	مهمة لمدة ٣٠ دقيقة
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١٢٠	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	معنى الملكية

			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
رسم شخص	غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون
اللعب في الحارة	غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون
تعبيرات شكرا عفوا	دالة	٠,٠٠٤	-٢,٨٩٧	٥١٠,٠٠	٢٠,٤٠	٢٥	التوحد
				٧٦٥,٠٠	٣٠,٦٠	٢٥	داون
أسئلة عن الجسم	غير دالة	٠,٦١٥	-٠,٥٠٤	٦٢٤,٠٠	٢٤,٩٦	٢٥	التوحد
				٦٥١,٠٠	٢٦,٠٤	٢٥	داون
إدراك المشاعر	دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣١٩	٥٣٣,٠٠	٢١,٣٢	٢٥	التوحد
				٧٤٢,٠٠	٢٩,٦٨	٢٥	داون
الأسرار	غير دالة	٠,٥٥٦	-٠,٥٩٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
زيارة صديق	دالة	٠,٠٠٥	-٢,٨٠٠	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد
				٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون
ألعاب طاولة	غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون
انجاز مهمة أسبوعيا	دالة	٠,٠٠٥	-٢,٨٠٠	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد
				٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون
حق التصويت	غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
قائمة مهمات	غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون
سن الشمس	غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
الخروج ٣٠م	غير دالة	٠,٠٥٨	-١,٧٢٣	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد
				٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون
البعد عن البيت	غير دالة	٠,٥٥٦	-٠,٥٩٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون
الهديا للعائلة من الدكان	غير دالة	٠,٠٧٧	-١,٧٦٩	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد
				٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الجسمية التالية (معرفة معنى لي مثلاً سيارتي، نقل شيء من مكان لآخر بإرشادات شفوية، إظهار الغيرة ، الاستكشاف ، معرفة جنسه والجنس الآخر ، المساعدة في البيت، إتباع القواعد في الألعاب الجماعية التي يشرف عليها شخص كبير، انتظار الدور، اللعب في الألعاب بالشكل الصحيح، لعب ألعاب جماعية دون إشراف مستمر، معرفة الملكية للآخرين، استعمال تعبيرات شكراً و عفواً في الأوقات المناسبة، إدراك مشاعر الآخرين، زيارة صديق للعب دون مراقبة شخص كبير، انجاز مهمة أسبوعياً مثل إخراج سلة القمامة) لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون. وهذا يتفق مع دراسة محمد (٢٠٠٠) ويختلف مع دراسة ديجوسبي وآخرون (٢٠١٠).

ومن ذلك يتضح أن العمر الاجتماعي لدى متلازمة داون أفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون المهارات الاجتماعية بشكل أفضل من أطفال التوحد، إلا أنه ومن خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار أتضح أن العمر الاجتماعي للفئتين متأخر بشكل ملحوظ عن العمر الزمني.

ويفسر الباحث ذلك بعدم قدرة أطفال التوحد على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وهروبهم من مواجهة المحيطين بهم وذلك عكس أطفال متلازمة داون فهم أكثر قدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين.

حيث أن أطفال التوحد يفشلون في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ومعاناتهم من أعراض الانسحاب والانتواء. (مجيد، ٢٠١٠: ٤١)

ويرى الباحث أن أطفال التوحد يجدون صعوبة في التعرف إلى أحاسيسهم ومشاعرهم وأحاسيس ومشاعر وعواطف الآخرين كما أنهم لا يظهرون أي تفاعل عاطفي أو شعوري مع من حولهم مما يعيق نموهم الاجتماعي وتطور المهارات الاجتماعية، أما أطفال متلازمة داون فهم أكثر اجتماعية من أطفال التوحد حيث أنهم يعطون الاهتمام لمشاعر الآخرين وعواطفهم ويملكون العواطف والأحاسيس التي يمكن توجيهها للمحيطين بهم.

حيث أن أطفال التوحد يفتقرون إلى العواطف والأحاسيس تماماً وعند مواجهة أحد الأطفال التوحديين فإن معظم المتعاملين معهم سرعان ما يتوقفون عن مواصلة الجهود للحصول على نتائج ملموسة مما ينشئ حلقة مفرغة طالما الطفل ظل غير قادر على البدء بعملية الاتصال مع الآخرين. (مجيد، ٢٠١٠: ١١٨)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون إلى فشل أطفال التوحد في تطوير سلوك التواصل الاجتماعي مثل مواجهة الآخرين والنظر إلى عيونهم ، فالمواجهة للمحيطين تساعد الطفل على التعلم والتقليد وبالتالي، تنمية وتطوير المهارات الاجتماعية.

حيث أن مظاهر الانحراف والعجز الاجتماعي تبدو بوضوح منذ الأشهر الأولى من الحياة، حيث يفشل الطفل في تنمية سلوك التواصل مثل الملاحقة والمواجهة بالنظر إلى عيني الشخص وعدم إظهار الابتسام، أما التوحديين الأكبر سناً فيمكنهم الاستجابة لبعض التغييرات البيئية لدقائق فقط ولكن الأوجه البشرية والتفاعل الاجتماعي أقل إثارة لاهتمامهم، والك على العكس من الأطفال الأسوياء أو المتخلفين عقلياً. (عبد الله، ٢٠٠١: ٨١)

ويفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد يفشلون في تعلم كيفية التعامل الاجتماعي وذلك لصعوبة التواصل بينهم وبين الآخرين ممن يحيطون بهم، بينما أطفال متلازمة داون ينجحون في تطوير علاقات اجتماعية ولديهم القدرة على تعلم كيفية التعامل الاجتماعي.

حيث أن التفاعلات الاجتماعية تمثل الإطار الذي يستخدمه الطفل في فهم العالم المحيط به والتغلب على عقباته . (جوردون وبيول، ٢٠٠٧: ١٩)

كما أن أطفال التوحد لا يطلبون من آبائهم المساعدة أو أن يشاركونهم في أنشطتهم ويعود ذلك لرفض أطفال التوحد للعلاقة الحميمة من قبل آبائهم مما يؤثر على نموهم الاجتماعي ويعيق نمو المهارات الاجتماعية ، على العكس من أطفال متلازمة داون الذين يطورون مهاراتهم الاجتماعية بشكل أفضل من أطفال التوحد فهم يشاركون آبائهم أنشطتهم.

حيث يرى عبد الله (٢٠٠١: ٨١) أن الأطفال التوحديين لا يطلبون المساعدة والعون من الوالدين ومن حولهم لمشاركتهم اهتماماتهم وأنشطتهم المسلية وهذا يؤدي إلى العجز والضعف الاجتماعي.

ويقصر التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد على التعبير عن احتياجاتهم فقط ، أي أن التواصل يتم لديهم فقط عندما يحتاجون لشيء ما ويكون بحدود لا يتعدى المطلب ، حيث أن الباحث لاحظ أن أطفال التوحد خلال تطبيق الاختبار في المقابلات التي أجريت مع الأطفال لا يتواصلون مع أي شخصيا في الغرفة وإنما يشغلون أنفسهم بأشياء أخرى كان يلعبون في الألعاب أو في ملابسهم أو يستمرون في الصراخ بلا غاية أو هدف. وهذا يزيد من القصور في النمو الاجتماعي ويعيق نمو المهارات الاجتماعية لديهم. وعلى العكس فإن أطفال متلازمة داون يتواصلون بشكل أفضل من أطفال التوحد ويطلبون أشياء تتعدى الحاجات الشخصية، حتى أنهم يتبادلون الحديث مع الآخرين.

حيث يرى سليمان وآخرون (٢٠٠٣: ٣١) أن أطفال التوحد ليس لديهم أي رغبة في التواصل مع الآخرين، ويقتصرون على التعبير عن الحاجات فقط، ويتكلمون كثيراً بغض النظر عن استجابة المستمعين ولا ينخرط في أية حوارات أو محادثات متبادلة.

ويعاني أطفال التوحد من قصور في الإدراك والفهم الاجتماعي الذي يؤثر بدوره على تعلم الأطفال وتنمية وتطوير مهاراتهم الاجتماعية، حيث أنهم لا يدركون سلوكيات الآخرين بواقعيته ولا يدركون انفعالاتهم بالشكل الواقعي والتي يجب أن تتناسب مع المواقف الاجتماعية التي يعيشها. مشكلة أطفال التوحد أنه يتعلم جزءاً صغيراً من السلوك الاجتماعي بدون تركيب إطار لفهم هذا السلوك فهم مجبرون على تعلم ما يشعر به الأفراد العاديين، هذا بالإضافة إلى أن تقسيم المهارات الاجتماعية إلى أجزاء صغيرة قابلة للتعلم يؤدي إلى عدم الكفاءة الاجتماعية.

(جوردون وبيول، ٢٠٠٧: ٢٠)

ويفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون بحداثة إعاقة التوحد في المجتمع الفلسطيني التي تجعل من الطفل منعزل اجتماعياً أو أنه يتجنب المجتمع بما فيه من تفاعلات، حيث أن المجتمع الفلسطيني لا يزال يجد صعوبة بالغة في التعامل مع الطفل التوحدي بل وهناك الكثير ممن لا يعرفون التعامل مع هذه الفئة، على عكس أطفال متلازمة داون فقد أصبح المجتمع الفلسطيني لديه خبرة لا بأس بها في التعامل مع هؤلاء الأطفال مما يشجعهم على التفاعل مع الآخرين وبالتالي تنمية وتطوير مهاراتهم الاجتماعية.

الفرض الخامس:

للتحقق من صحة الفرض الخامس الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات التعليمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني، ف جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٦) يوضح نتائج اختبار مان ويتني للمهارات التعليمية

المهارات التعليمية	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
النشاط في الغرفة	التوحد	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٠٠	٦٥٠,٠٠			
انتباه لأداة دقيقة	التوحد	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة
	داون	٢٥	٢٥,٥٠	٦٣٧,٥٠			

غير دالة	٥٥٦	-٠,٥٩٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	الحب للأشخاص
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	البحث عن أداة مخبأة
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٧٧	-١,٧٦٩	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	أقلام رصاص والرسم
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,٠٥٥	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	الإشارة للجسم
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	أخذ واحد كمان
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٨٣٥	٤٧٤,٥٠	١٨,٩٨	٢٥	التوحد	إشارة أو ذكر عشرين أداة
			٨٠٠,٥٠	٣٢,٠٢	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٢٠	-٢,٣٣٣	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	الصورة
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٤٢٩	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد	تجميع الأدوات
			٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٥١١	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	خط رأسي
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٣٦٣	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد	كلمات الحجم
			٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١١٨	٥١٢,٥٠	٢٠,٥٠	٢٥	التوحد	مفهوم الثلاثة
			٧٦٢,٥٠	٣٠,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٤	-٢,٩١٧	٥١٢,٥٠	٢٠,٥٠	٢٥	التوحد	الدائرة
			٧٦٢,٥٠	٣٠,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٣٨٤	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد	إشارة للونين
			٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٦٨٧	-٠,٤٠٣	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	العد للستهة
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١٣	-٢,٤٩٤	٥٣٧,٥٠	٢١,٥٠	٢٥	التوحد	أنشطة وأوقات
			٧٣٧,٥٠	٢٩,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠١	-٣,٢٥١	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	إشارة زائد
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	رسم شخص

			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	رأس وجزء
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٥٠٠	٤٨٧,٥٠	١٩,٥٠	٢٥	التوحد	التمييز بين أنواع العملة
			٧٨٧,٥٠	٣١,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٥١١	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	مربع
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٧٣٥	-٠,٣٣٨	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	كلمات بنفس الوزن
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	رسم شخص
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠١١	-٢,٥٥١	٥٥٠,٠٠	٢٢,٠٠	٢٥	التوحد	مثلث
			٧٢٥,٠٠	٢٩,٠٠	٢٥	داون	
دالة	٠,٠٠٠	-٣,٩٤٩	٤٦٢,٥٠	١٨,٥٠	٢٥	التوحد	إخراج ١٣ أداة من ٢٠
			٨١٢,٥٠	٣٢,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٦٤١	-٠,٤٦٧	٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	التوحد	معرفة العنوان
			٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٦٨	-١,٨٢٢	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	أسئلة القصة
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	الصف الأول
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	التوحد	كتابة الحروف
			٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	أيام الأسبوع
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	خط الرقعة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	الصف الثالث
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	جدول الضرب
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	٣ أرقام هواتف
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات التعليمية التالية (البحث عن أداة مخبأة، الإشارة لجزء من الجسم، الإشارة أو ذكر عشرين أداة أو صورة عند ذكرها ، معرفة الطفل لصورته ، تجميع الأدوات بالحجم والشكل واللون عن اللعب ، نسخ الطفل لخط رأسي مقلداً لشخص، استعمال كلمات تتعلق بالحجم مثل كبير صغير بالشكل الصحيح، فهم العدد ثلاثة، نسخ دائرة أو حركة دائرية بقلم رصاص، الإشارة إلى لونين على الأقل، رسم إشارة زائد بعد أن يرسمها شخص كبير، التمييز بين أنواع العملة، رسم مربع، رسم مثلث، إخراج ١٣ أداة من ٢٠) لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات التعليمية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

ومن ذلك يتضح أن العمر التعليمي لدى متلازمة داون أفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون المهارات التعليمية بشكل أفضل من أطفال التوحد، إلا أنه ومن خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار أتضح أن العمر التعليمي للفئتين متأخر بشكل ملحوظ عن العمر الزمني.

ويفسر الباحث ذلك بعدم معرفة الوالدين بأساليب التعليم المناسبة لأطفال التوحد وكيفية تقديم المعززات والمكافآت للأطفال عندما يتعلمون السلوك المرغوب فيه ويطبقيه بالشكل المطلوب.وقلة الإمكانيات المادية التي يجب أن توفر للأطفال التوحديين لرعايتهم وتنمية مهاراتهم حيث أنه توجد مؤسسة واحدة لرعاية أطفال التوحد وهي جمعية الحق في الحياة ولها فرع واحد في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة ولا يستقبلون فيه حالات التوحد. وعدم تدريب الوالدين على كيفية تعليم أبنائهم على ممارسة المهارات التعليمية وباقي المهارات .

فالقصور الشديد لدى أطفال التوحد في اللغة والتواصل يؤثر بشكل واضح على تنمية المهارات التعليمية ، بعكس أطفال متلازمة داون فهم أكثر تواصلًا واستخداماً للغة وبالتالي يساعدهم ذلك على التعلم وتنمية مهاراتهم التعليمية.

وعدم وجود برامج تدخل مبكر لأطفال التوحد يؤدي إلى تأخر تنمية وتطوير المهارات التعليمية، أما أطفال متلازمة داون فيتلقون خدمات التدخل المبكر مما يساعد على تطوير مهاراتهم التعليمية. فأطفال التوحد في قطاع غزة لا يتلقون خدمات التدخل المبكر بسبب عدم وجود الكادر البشري المدرب وعدم وجود المناهج الدراسية المتبعة والطرق العلاجية وهذا يلعب دوراً هاماً في تنمية المهارات التعليمية لدى أطفال التوحد.

حيث يقول الزريقات (٢٠٠٤: ٣٦٦) أنه إذا أردنا أن يكون التعليم فعالاً لا بد من أن تكون الإجراءات التدخلية مبكرة ومكثفة ومنظمة بشكل عالي، ولقد أشارت الدراسات إلى فاعلية البرامج المبكرة والمكثفة في تحقيق فوائد هامة للأطفال التوحديين.

عدم وجود نموذج أو قدوة يحتذى بها للأطفال التوحد سواء من قبل الآباء أو المربين حتى يقوم أطفال التوحد بتقليد سلوك الآباء أو المربين وهذا يساعدهم على تنمية المهارات التعليمية. حيث أن التعلم وتنمية المهارات التعليمية يتم من خلال ملاحظة الآخرين وطلب المساعدة منهم حتى يتم تعليم الأطفال التوحديين. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٤٠٨)

معاونة أطفال التوحد من خلل واضح في المهارات الأخرى الجسمية والمساعدة الذاتية والمهارات الاجتماعية مما يؤثر بالتأكيد على تنمية المهارات التعليمية، بعكس أطفال متلازمة داون فهم يمتلكون المهارات الجسمية والمهارات الاجتماعية ومهارات المساعدة الذاتية بشكل أفضل من أطفال التوحد وبالتالي فإن مهارات أطفال متلازمة داون التعليمية تتطور بشكل أفضل من أطفال التوحد. كما أن أطفال التوحد لا يستطيعون استخدام أكثر من حاسة في المرة الواحدة مما يؤثر على معالجتهم للمدخلات الحسية وبالتالي يؤثر على تنمية مهاراتهم التعليمية.

حيث أن الأطفال غير اللفظيين لا يستطيعون معالجة المدخلات السمعية والبصرية في نفس الوقت فهم أحاديرو القناة لا يستطيعون الرؤية والسمع في نفس الوقت لذلك يجب أن يعطوا إما مهمة بصرية أو سمعية. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٤١٤)

ويرى الباحث أن عملية التعليم لأطفال التوحد في قطاع غزة هي عملية تقليدية لا تجدد فيها ولالك لا بد من إدخال عنصر التشويق والتجديد في عملية التعليم التي تساعد على تنمية وتطوير المهارات التعليمية.

حيث أن جوردين وبيول (٢٠٠٧: ٢١٠) يؤكدوا على تحويل عملية التعليم لعملية مثيرة ومنفتحة وخالية من الأخطاء والقيود الأمر الذي يتيح فرصة مشاركة للوالدين والمتطوعين في تربية أطفال التوحد وهذا ينعكس على جميع مهارات أطفال التوحد.

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في مهارات المساعدة الذاتية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد توجد لديهم مشكلات في القدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر لفترة طويلة مما يؤدي إلى عدم تطور المهارات التعليمية لأن الأطفال لن يتعلموا أي من المهارات إذا لم يكن هناك تركيز وانتباه واستمرار في تلقي والتدريب على السلوك أو النشاط المعرفي لفترة مناسبة.

حيث أن دراسة (Marjorie) أثبتت أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر لفترة طويلة، وأن قدراتهم على التصنيف أكثر جموداً. (نصر، ٢٠٠٢: ٤٠)

الفرض السادس:

للتحقق من صحة الفرض السادس الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاتصالية بين أطفال التوحد ومتلازمة داون"، قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٧) يوضح نتائج اختبار مان ويتني للمهارات الاتصالية

المهارات الاتصالية	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
صوت ولعب	التوحد	٢٥	٢٥,٠٠	٦٢٥,٠٠	-١,٠٠٠	٠,٣١٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٠٠	٦٥٠,٠٠			
صوت وتقليد	التوحد	٢٥	٢٤,٥٠	٦١٢,٥٠	-١,٤٢٩	٠,١٥٣	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٥٠	٦٦٢,٥٠			
النظر لمصدر الصوت	التوحد	٢٥	٢٤,٥٠	٦١٢,٥٠	-١,٤٢٩	٠,١٥٣	غير دالة
	داون	٢٥	٢٦,٥٠	٦٦٢,٥٠			
تقليد كلمات	التوحد	٢٥	٢٢,٠٠	٥٥٠,٠٠	-٢,٥٥١	٠,٠١١	دالة
	داون	٢٥	٢٩,٠٠	٧٢٥,٠٠			
حركات للتحدث	التوحد	٢٥	٢٣,٥٠	٥٨٧,٥٠	-٢,٠٦٤	٠,٠٣٩	دالة
	داون	٢٥	٢٧,٥٠	٦٨٧,٥٠			
الرد بالإشارات	التوحد	٢٥	٢٢,٥٠	٥٦٢,٥٠	-٢,٥٨٥	٠,٠١٠	دالة
	داون	٢٥	٢٨,٥٠	٧١٢,٥٠			
كلمات للحصول على شيء	التوحد	٢٥	٢٣,٥٠	٥٨٧,٥٠	-٢,٠٦٤	٠,٠٣٩	دالة
	داون	٢٥	٢٧,٥٠	٦٨٧,٥٠			
ذكر اسم ٥ أشياء	التوحد	٢٥	٢١,٣٤	٥٣٣,٥٠	-٢,٣١١	٠,٠٢١	دالة
	داون	٢٥	٢٩,٦٦	٧٤١,٥٠			
تنفيذ الأوامر	التوحد	٢٥	٢٣,٠٠	٥٧٥,٠٠	-٢,٣٣٣	٠,٠٢٠	دالة
	داون	٢٥	٢٨,٠٠	٧٠٠,٠٠			
استعمال ١٥ كلمة	التوحد	٢٥	٢٢,٠٠	٥٥٠,٠٠	-٢,٠٦٩	٠,٠٣٩	دالة
	داون	٢٥	٢٩,٠٠	٧٢٥,٠٠			
فهم احتياج كمان واحد	التوحد	٢٥	٢٤,٠٠	٦٠٠,٠٠	-١,٧٦٩	٠,٠٧٧	غير دالة
	داون	٢٥	٢٧,٠٠	٦٧٥,٠٠			
جملة من	التوحد	٢٥	٢٠,٠٠	٥٠٠,٠٠	-٣,٠٩٠	٠,٠٠٢	دالة

			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	كلمتين
دالة	٠,٠٠٢	-٣,١٢٠	٥٠٠,٠٠	٢٠,٠٠	٢٥	التوحد	أجزاء من
			٧٧٥,٠٠	٣١,٠٠	٢٥	داون	أغاني
غير دالة	٠,٠٨٠	-١,٧٥٠	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	ذكر ٢٠ شيء
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	من الصور
غير دالة	٠,٣٣٨	-٠,٩٥٨	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	استعمال ٥٠
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	كلمة
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٧٨	٥٧٥,٠٠	٢٣,٠٠	٢٥	التوحد	اسم ولقب
			٧٠٠,٠٠	٢٨,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٠٧٢	-١,٨٠١	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	أغنيبتين
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	للأطفال
غير دالة	٠,٠٨٠	-١,٧٥٠	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	ولد أو بنت
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٥٩	-٠,٩١٧	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	اسم ولقب
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	بالكامل
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	التوحد	بيروي قصة
			٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	داون	من الصور
دالة	٠,٠٤٩	-١,٩٦٧	٥٦٢,٥٠	٢٢,٥٠	٢٥	التوحد	حديث الهاتف
			٧١٢,٥٠	٢٨,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	التوحد	أغنية من ٣٠
			٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	داون	كلمة
غير دالة	٠,١٩٠	-١,٣١١	٥٨٧,٥٠	٢٣,٥٠	٢٥	التوحد	يشترى من
			٦٨٧,٥٠	٢٧,٥٠	٢٥	داون	المحل
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	ذكر العمر
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣٠٢	-١,٠٣٢	٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	التوحد	معنى كلمة
			٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	بيروي قصة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٦٢	-١,٤٠٠	٦٠٠,٠٠	٢٤,٠٠	٢٥	التوحد	المنطق
			٦٧٥,٠٠	٢٧,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	التعرف على
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	٥ كلمات
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	طلب رقم

			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	هاتف
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	نشيد بلادي
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	قراءة قصة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	بيروي حبكة قصة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	ثلاثة من الإشارات
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,١٥٣	-١,٤٢٩	٦١٢,٥٠	٢٤,٥٠	٢٥	التوحد	ذكر كلمتين على نفس الوزن
			٦٦٢,٥٠	٢٦,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	أغنية شعبية
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	٠,٣١٧	-١,٠٠٠	٦٢٥,٠٠	٢٥,٠٠	٢٥	التوحد	الاستماع لبرنامج راديو
			٦٥٠,٠٠	٢٦,٠٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	كتابة رسالة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	
غير دالة	١,٠٠٠	٠,٠٠٠	٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	التوحد	كتابة قصيدة
			٦٣٧,٥٠	٢٥,٥٠	٢٥	داون	

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود فروق دالة بين أطفال التوحد و متلازمة داون في مهارات الاتصال التالية (تقليد كلمات مثل بابا أو ماما، استعمال الإشارات كطريقة للتحدث، استعمال بعض الأصوات أو الكلمات للتعبير عما يريده، ذكر اسم خمسة أشياء، تنفيذ الأوامر، استعمال ١٥ كلمة بشكل مضبوط، تكوين جملة من كلمتين، تكرير أجزاء من أغاني، حديث الهاتف وتبادل الكلام مع المتصل) لصالح أطفال متلازمة داون ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات الاتصال بين أطفال التوحد ومتلازمة داون.

ومن ذلك يتضح أن العمر الاتصالي لدى متلازمة داون أفضل وأكثر تطور مما هو لديه عند أطفال التوحد، حيث أن أطفال متلازمة داون يستخدمون المهارات الاتصالية بشكل أفضل من أطفال التوحد، إلا أنه ومن خلال ملاحظة الباحث للأطفال وأولياء أمورهم خلال المقابلات وتطبيق الاختبار أتضح أن العمر الاتصالي للفئتين متأخر بشكل ملحوظ عن العمر الزمني.

ويفسر الباحث ذلك بأن المهارات الاتصالية لدى أطفال متلازمة داون أفضل وأكثر تطوراً مما لدى أطفال التوحد، فهم يستخدمون كلمات للتواصل مع الوالدين مثل كلمات بابا وماما، ويتعلمون لغة الإشارة للتعبير عن احتياجاتهم أفضل مما يستخدمها أطفال التوحد، كما يستخدمون اللغة اللفظية من خلال استخدام بعض الأصوات أو الكلمات للتعبير عما يريدونه، ويظهرون طاعة واستجابة لما يطلب منهم وينفذوه بعكس التوحديين فاستجابتهم لما يطلب منهم بطيئة وأحياناً يستجيبون بصعوبة للآخرين، كما ويستطيع أطفال متلازمة داون من استخدام خمسة عشر كلمة ويقوموا بتكوين جمل من كلمتين ويبدون استجابة جيدة على الهاتف حيث يتواصلون مع الآخرين من خلال الهاتف.

كما يعاني الأطفال التوحديين من غياب للمهارات الاتصالية المبكرة التي يجب أن يتمتع بها الطفل العادي، بعكس أطفال متلازمة داون ف لديهم بعض المهارات الاتصالية التي يمكن تطويرها والتواصل من خلالها مع الآخرين.

حيث أن اللغة الاتصالية غير اللفظية المبكرة محدودة أو غائبة تماماً لدى أطفال التوحد، فهم غير قادرين على اكتساب قدرة ذاتية على الاتصال غير اللفظي مثل التعبيرات الوجهية عن العواطف وتبادل النظرات بينهم وبين الآخرين. (نصر، ٢٠٠٢: ٧٩)

كما يلاحظ الباحث أن أطفال التوحد يعانون من تأخر واضح في اكتساب القدرات العقلية مما يؤثر على عملية التواصل لدى هذه الفئة وبالتالي عدم تطوير المهارات الاتصالية ووضوح الفرق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون. حيث أن أوتا فريث Uta Frith تقول أن التأخر في اكتساب اللغة قد يشير إلى وجود اضطراب أساسي فيها وقد لا يشير، وأنه غالباً ما تكون دافعية أطفال التوحد للتواصل مع الآخرين منخفضة وبالتالي ضعف في نمو اللغة لديهم وعدم تنمية المهارات الاتصالية. (سليمان وآخرون، ٢٠٠٣: ١١٧)

كما أن العملية الاتصالية عند أطفال التوحد مضطربة فهم لا يستطيعون الدخول في محادثة مع أشخاص آخرين، بعكس أطفال متلازمة داون الذين يقيمون العلاقات ويتواصلون مع الآخرين بشكل أفضل، وذلك لعدم وجود لغة منطوقة لدى أطفال التوحد تمكنهم من التواصل مع الآخرين، وهذا ما كان واضحاً خلال قيام الباحث بإجراء المقابلات مع أطفال العينة من الفئتين حيث أن أطفال التوحد كان واضحاً لديهم قصور شديد في المهارات الاتصالية فهم فقط يفهمون ما يريدونه ولا يلتفتون للآخرين. حيث أن أصحاب التوحد لديهم لغة منطوقة قليلة ولقد قدرت الدراسات المختلفة أن نسبة أفراد التوحد التي تظل صامتة بدون كلام تتراوح بين (٢٠-٥٠%) من مجموع أفراد التوحد. (جوردن وبيول، ٢٠٠٧: ٧٦)

كما يفسر الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الاتصالية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد توجد لديهم مشكلات في الانتباه المشترك

حيث أن أطفال التوحد يجدون صعوبة في الانتباه لأكثر من مثير في آن واحد مما يؤثر على تنمية المهارات الاتصالية، عكس أطفال داون ف لديهم الانتباه لأكثر من مثير أفضل من المتوحدين. حيث أن الانتباه المشترك يعكس صعوبة في تنسيق الانتباه بين الأفراد والأشياء، ويتم ملاحظة ذلك من خلال عيوب في التوحد والمشاركة الاجتماعية وصعوبة في المشاركة الانفعالية وصعوبة في الانتباه للأشياء أو المواقف لمشاركة خبرات الآخرين. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٢٦٦)

ويرجع الباحث وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في المهارات الاتصالية لصالح أطفال متلازمة داون بأن أطفال التوحد يعانون بشكل عام من تأخر اللغة والعمليات العقلية كالفهم والإدراك والانتباه والتذكر والتركيز وبالتالي من الطبيعي أن يكون لدى أطفال التوحد خلل في تطور المهارات الاتصالية لأنها تعتمد بالأساس على العمليات السابقة إضافة إلى التواصل الاجتماعي والانفعالي وجميع الجوانب النمائية الأخرى التي تلعب دوراً هاماً في تنمية المهارات الاتصالية.

الفرض السابع:

للتحقق من صحة الفرض السابع الذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير الجنس لدى مجموعتي الدراسة"، قام الباحث بحساب معامل (ت) للفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٨) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب الجنس

لمجموعتي الدراسة معاً

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسدي	ذكر	٣٠	٦٣,٦٠٠	٢٢,٥٦٢	٤٨	٠,٦٦٠	٠,٥١٣	غير دالة
	أنثى	٢٠	٥٩,١٠٠	٢٥,١٨٥				
المساعدة الذاتية	ذكر	٣٠	٦٤,٤٦٦	٢٤,٧٤٥	٤٨	٠,٢٢٨	٠,٨٢٠	غير دالة
	أنثى	٢٠	٦٢,٧٠٠	٢٩,٦٥٢				
العمر الاجتماعي	ذكر	٣٠	٤٧,٢٠٠	١٧,٦٦٠	٤٨	٠,٦٥٨	٠,٥١٤	غير دالة
	أنثى	٢٠	٤٣,٤٠٠	٢٣,١١٦				
العمر التعليمي	ذكر	٣٠	٤٠,٤٣٣	١٩,٥٦٨	٤٨	٠,٩٥٢	٠,٣٤٦	غير دالة
	أنثى	٢٠	٣٥,٥٠٠	١٥,١٥٣				
العمر الاتصالي	ذكر	٣٠	٢٨,٢٠٠	١٣,٣٢٢	٤٨	٠,٨٨٧	٠,٣٧٩	غير دالة
	أنثى	٢٠	٢٤,٧٠٠	١٤,١٧٥				

جدول (٥-٩) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب الجنس لأطفال التوحد

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسدي	ذكر	١٥	٥٩,٤٦٦	٢١,١٧٢	٢٣	١,٨١٦	٠,٠٨٢	غير دالة
	أنثى	١٠	٤٤,٦٠٠	١٨,١٦١				
المساعدة الذاتية	ذكر	١٥	٥٤,١٣٣	٢٢,٧٩٦	٢٣	٠,٨٣٩	٠,٤١٠	غير دالة
	أنثى	١٠	٤٥,٤٠٠	٢٩,١٨٢				
العمر الاجتماعي	ذكر	١٥	٣٩,٣٣٣	١٧,٢٩٨	٢٣	١,٥١٠	٠,١٤٥	غير دالة
	أنثى	١٠	٣٠,٠٠٠	١٠,٩٥٤				
العمر التعليمي	ذكر	١٥	٣١,٢٠٠	١٩,٣٠٢	٢٣	١,١٥٤	٠,٢٦٠	غير دالة
	أنثى	١٠	٢٣,٨٠٠	٧,١١٤				
العمر الاتصالي	ذكر	١٥	٢٤,٥٣٣	١٤,٣٩١	٢٣	١,٢٦٢	٠,٢٢٠	غير دالة
	أنثى	١٠	١٧,٨٠٠	١٠,٦٨٥				

جدول (٥-١٠) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب الجنس لأطفال متلازمة داون

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسدي	ذكر	١٥	٦٧,٧٣٣	٢٣,٨٦٧	٢٣	٠,٦٠٨	٠,٥٤٩	غير دالة
	أنثى	١٠	٧٣,٦٠٠	٢٣,٢٨١				
المساعدة الذاتية	ذكر	١٥	٧٤,٨٠٠	٢٢,٨٠١	٢٣	٠,٦٠١	٠,٥٥٤	غير دالة
	أنثى	١٠	٨٠,٠٠٠	١٨,٤٢٧				
العمر الاجتماعي	ذكر	١٥	٥٥,٠٦٦	١٤,٦٣٥	٢٣	٠,٢٢١	٠,٨٢٧	غير دالة
	أنثى	١٠	٥٦,٨٠٠	٢٤,٦٧٩				
العمر التعليمي	ذكر	١٥	٤٩,٦٦٦	١٥,٤٢٥	٢٣	٠,٤٣٢	٠,٦٧٠	غير دالة
	أنثى	١٠	٤٧,٢٠٠	١١,٣٩٩				
العمر الاتصالي	ذكر	١٥	٣١,٨٦٦	١١,٤٧٥	٢٣	٠,٠٥٢	٠,٩٥٩	غير دالة
	أنثى	١٠	٣١,٦٠٠	١٤,٢٩٢				

يلاحظ من خلال الجداول السابقة عدم وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى لمتغير الجنس سواء كان في المجموعتين معا أو كل مجموعة

منفردة، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير الجنس لدى مجموعتي الدراسة.

يرجع الباحث عدم وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير الجنس بأن جمعية الحق في الحياة والتي يتردد عليها أطفال داون وأطفال التوحد تقدم خدماتها بأفضل شكل ممكن دون التمييز بين الذكور و الإناث، فهي تقدم خدماتها بالتساوي بين الجنسين ولتيم التفريق بينهم لأنهم أصحاب إعاقة واحدة ويحتاجون للمساعدة ، ويحاولون تقديم أفضل ما لديهم، كما أن أسر أطفال الفئتين يحاولون جاهدين تقديم أفضل ما لديهم للجنسين دون تمييز ويشملوهم بالعطف والحنان والحب، ولا يخطر ببالهم التمييز بين الإناث والذكور وإنما يكون جل تركيزهم على تقديم أفضل خدمة لأبنائهم ومساعدتهم على تخطي إعاقتهم وإخراجهم من عالمهم المظلم إلى العالم الواقعي، ومن أجل رسم البسمة على شفاههم سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً.

ومن خلال المقابلات التي قام بإجرائها الباحث مع أولياء الأمور وأطفالهم لاحظ تركيز الأهل على كيفية مساعدة أبنائهم وبذل كل ما في وسعهم للتخفيف من معاناتهم، ولم يكن التركيز على التمييز بين الذكور والإناث. كما أن الإسلام لم يفرق بين الذكر والأنثى إلا بالتقوى، كما أخبر أن الذكر والأنثى بعضهم من بعض مكملين لبعض.

قال تعالى: ﴿بِأَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ الحجرات: ١٣

قال تعالى: ﴿فَاسْتَجَابَ لَهُمْ رَبُّهُمْ أَنِّي لَا أُضِيعُ عَمَلَ عَامِلٍ مِنْكُمْ مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ بَعْضُكُمْ مِنْ بَعْضٍ فَالَّذِينَ هَاجَرُوا وَأُخْرِجُوا مِنْ دِيَارِهِمْ وَأُودُوا فِي سَبِيلِي وَقَاتَلُوا وَقُتِلُوا لَأُكَفِّرَنَّ عَنْهُمْ سَيِّئَاتِهِمْ وَلَأُدْخِلَنَّهُمْ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ ثَوَابًا مِنْ عِنْدِ اللَّهِ وَاللَّهُ عِنْدَهُ حُسْنُ الثَّوَابِ﴾ آل عمران:

١٩٥

من هذا المنطلق تسعى الجمعية لعدم التفريق بين الذكور والإناث في تقديم الخدمات وحسن المعاملة وتوفير ما يحتاجه هؤلاء الأطفال من تشخيص وعلاج وترفيه، وكذلك الأهل فهم يهتمون بهم اهتماماً كبيراً ولا يظهرون التمييز بين الذكور والإناث الذي غالباً ما يظهر في المعاملة مع الأطفال العاديين.

فتؤكد عسلية (٢٠٠٦: ٢٣٧) أن كثير من المهارات سواء كانت مهارات معرفية أو لغوية أو اجتماعية أو بدنية يمكن تشجيعها وتنميتها بواسطة الوالدين في المنزل، ولذلك تعتبر الأنشطة المنزلية فرصة جيدة ليتعلم الطفل ويمارس مهارات بدنية ولغوية واجتماعية من خلال مشاركة أفراد أسرته في المنزل.

من الجدير بالذكر أن الآباء هم الذين يبادرون بإطلاق البرامج الأكثر تفاعلاً للأطفال التوحيديين وهم الذين أسسوا المدارس الأولى ومراكز الرعاية للأطفال.

(الإمام والجوالة، ٢٠١١: ١٠٠)

إن متطلبات رعاية الطفل تؤثر بشكل حتمي على تفاعلات الآباء مع أطفالهم التوحيديين، ويظهر التأثير خصوصاً أكثر مع الأطفال الصغار. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣٤)

إن الأهالي الذين تبرز لديهم رغبة أكيدة في الرقي بالعناية بطفلهم ويبحثون عن الطرق المتاحة لتحقيق ذلك عليهم أن يعلموا أن لدى أطفالهم اهتمام كبير بالمحيط والعالم من حولهم، مع ضرورة الانتباه لردود أفعالهم اتجاه الأوامر الصادرة لهم، وتؤكد الدراسات أن الطفل سيقوم بالعمل المطلوب منه وهو سعيد تماماً ولديه الرغبة الكاملة لأدائه. (يوسف وبورسكي، ٢٠٠١: ١٤٧)

ويرى الباحث أنه على الرغم من أن أعداد التوحيديين الذكور من التوحيديين أكبر من الإناث إلا أنه لم توجد فروق بينهم في تنمية مهاراتهم.

حيث أن أعداد الأولاد التوحيديين أعلى تفوق أعداد البنات من حيث العدد ما بين ثلاثة أو أربعة إلى واحد. (سليمان وآخرون، ٢٠٠٣: ٥٠)

الفرض الثامن:

للتحقق من صحة الفرض الثامن الذي ينص على أنه " توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين العمر الزمني والقدرات النمائية) الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-١١) يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية

لمجموعتي الدراسة معاً

العمر	العمر	العمر	المساعدة	العمر	العمر	المتغير	
الاتصالي	التعليمي	الاجتماعي	الذاتية	الجسمي			
٠,٢٠٧	٠,٢٣٥	٠,٣٠١	٠,٢٤٠	٠,٣٩٧	١	م الارتباط	العمر
٠,١٤٩	٠,١٠٠	٠,٠٣٤	٠,٠٩٣	٠,٠٠٤		م الدلالة	
٠,٦٤٠	٠,٧١٢	٠,٧٨٧	٠,٧٦٦	١	٠,٣٩٧	م الارتباط	العمر الجسمي
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٤	م الدلالة	
٠,٥٦٨	٠,٦٩٨	٠,٧٩٧	١	٠,٧٦٦	٠,٢٤٠	م الارتباط	المساعدة الذاتية
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٩٣	م الدلالة	
٠,٧٢١	٠,٧٨٦	١	٠,٧٩٧	٠,٧٨٧	٠,٣٠١	م الارتباط	العمر الاجتماعي
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٣٤	م الدلالة	
٠,٧٣٢	١	٠,٧٨٦	٠,٦٩٨	٠,٧١٢	٠,٢٣٥	م الارتباط	العمر التعليمي
٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,١٠٠	م الدلالة	
١	٠,٧٣٢	٠,٧٢١	٠,٥٦٨	٠,٦٤٠	٠,٢٠٧	م الارتباط	العمر الاتصالي
	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,١٤٩	م الدلالة	

جدول (٥-١٢) يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية

لأطفال التوحد

العمر	العمر	العمر	المساعدة	العمر	العمر	المتغير	
الاتصالي	التعليمي	الاجتماعي	الذاتية	الجسمي			
٠,٤٨	٠,٢٣١	٠,٣٤٨	٠,٣٠٦	٠,٣٧٠	١	م الارتباط	العمر
٠,٨١٨	٠,٢٦٧	٠,٠٥٨	٠,١٣٧	٠,٠٦٩		م الدلالة	
٠,٤٣٦	٠,٥٩٧	٠,٨٧٣	٠,٧٠٩	١	٠,٣٧٠	م الارتباط	العمر الجسمي
٠,٠٣٠	٠,٠٠٢	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٦٩	م الدلالة	
٠,٣٤٣	٠,٤٤٨	٠,٧٨٦	١	٠,٧٠٩	٠,٣٠٦	م الارتباط	المساعدة الذاتية

٠,٠٩٣	٠,٠٢٥	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,١٣٧	م الدلالة	
٠,٦٠٥	٠,٧٥٨	١	٠,٧٨٦	٠,٨٧٣	٠,٣٤٨	م الارتباط	العمر
٠,٠٠١	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٥٨	م الدلالة	الاجتماعي
٠,٦٨٤	١	٠,٧٥٨	٠,٤٤٨	٠,٥٩٧	٠,٢٣١	م الارتباط	العمر التعليمي
٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٢٥	٠,٠٠٢	٠,٢٦٧	م الدلالة	
١	٠,٦٨٤	٠,٦٠٥	٠,٣٤٣	٠,٤٣٦	٠,٤٨	م الارتباط	العمر
	٠,٠٠٠	٠,٠٠١	٠,٠٩٣	٠,٠٣٠	٠,٨١٨	م الدلالة	الاتصالي

جدول (٥-١٣) يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين العمر الزمني والقدرات النمائية لأطفال متلازمة داون

العمر	العمر	العمر	المساعدة	العمر	العمر	المتغير	
الاتصالي	التعليمي	الاجتماعي	الذاتية	الجسمي			
٠,٥٧٠	٠,٤٤٩	٠,٣٩٤	٠,٣٢٣	٠,٥٢٣	١	م الارتباط	العمر
٠,٠٠٣	٠,٠٢٤	٠,٠٥٠	٠,١١٦	٠,٠٠٧		م الدلالة	
٠,٧٣٥	٠,٧٤٢	٠,٦٦٥	٠,٧٣٦	١	٠,٥٢٣	م الارتباط	العمر الجسمي
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٧	م الدلالة	
٠,٦٥٢	٠,٧٦٢	٠,٦٩٦	١	٠,٧٣٦	٠,٣٢٣	م الارتباط	المساعدة الذاتية
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,١١٦	م الدلالة	
٠,٧٣٢	٠,٦٦٣	١	٠,٦٩٦	٠,٦٦٥	٠,٣٩٤	م الارتباط	العمر
٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٥٠	م الدلالة	الاجتماعي
٠,٦٨٦	١	٠,٦٦٣	٠,٧٦٢	٠,٧٤٢	٠,٤٤٩	م الارتباط	العمر التعليمي
٠,٠٠٠		٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٢٤	م الدلالة	
١	٠,٦٨٦	٠,٧٣٢	٠,٦٥٢	٠,٧٣٥	٠,٥٧٠	م الارتباط	العمر
	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٣	م الدلالة	الاتصالي

يلاحظ من خلال الجداول السابقة وجود ارتباط بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية والاجتماعية) لدى مجموعتي الدراسة، وعدم وجود ارتباط بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) عند فئة التوحدين، ووجود ارتباط بين العمر الزمني والقدرات النمائية التالية (الجسمية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) عند فئة متلازمة داون، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) لدى مجموعتي الدراسة.

يفسر الباحث ذلك بأن العمر الزمني له تأثير على المهارات الجسمية والمهارات الاجتماعية بشكل ايجابي ويساعد في تطوير تلك المهارات لدى فئتي الدراسة ولا تأثير للعمر الزمني والقدرات النمائية (المساعدة الذاتية، التعليمية، الاتصالية)، حيث أنه كلما تقدم العمر الزمني بالطفل كلما استطاع أن يطور من مهاراته الجسمية والاجتماعية لاسيما إن تلقى الطفل التدريب والتأهيل المناسب من قبل المربين والأخصائيين والأهل. كما أن ظهور أعراض الإعاقة بشكل مبكر يساعد على تطوير جميع المهارات ويسهل على الآباء والمربين والأخصائيين التعامل مع الإعاقة بشكل أفضل مما لو تأخر الكشف المبكر عنها.

ف نجد أن الكشف المبكر عند أطفال متلازمة داون يجعل الآباء والأخصائيين يتدخلون علاجياً بشكل مبكر مما يساعد على تطوير وتنمية مهارات أطفال متلازمة داون بشكل أفضل، حيث أن التعرف على متلازمة داون أسهل ويتم بشكل مبكر ويرجع ذلك لأن أطفال متلازمة داون يتميزون بلامح وجه مختلفة عن الآخرين ، بينما أطفال التوحد يكون من الصعب الكشف المبكر عنهم بسبب أن الإعاقة تحدث بشكل مفاجئ فيبدأ الانهيار في مهاراتهم وقدراتهم بشكل عام، وحتى يتعرف الآباء على مشكلة أبنائهم ويذهبون بهم للأخصائيين ويقوم الأخصائيين بتشخيصهم يكون قد أهدر وقتاً طويلاً وبعد ذلك يبدعوا في تنمية مهاراتهم وقدراتهم ، هذا ويقابلهم صعوبة بالغة في استجابة أطفال التوحد .

كما أن العمر الزمني له علاقة لدى أطفال متلازمة داون في تنمية القدرات النمائية ويؤثر فيها، ولذلك نجد أن القدرات النمائية ترتبط بتقدم العمر الزمني حيث أن العمر الزمني كلما تقدم يساعد ذلك على تطور القدرات النمائية الجسمية والاجتماعية والتعليمية والاتصالية، أما مهارات المساعدة الذاتية فلا تأثير للعمر الزمني عليها ولا ارتباط بينهما لدى أطفال متلازمة داون وهذا يعني أن أطفال متلازمة داون لديهم القدرة على مساعدة أنفسهم من خلال مساعدة الآخرين لهم وتلقي التدريبات المناسبة لهم دون النظر لعمر الطفل الزمني.

أما أطفال التوحد فلا ارتباط بين العمر الزمني والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) أي لا تأثير واضح للعمر الزمني على تنمية القدرات النمائية لدى أطفال التوحد.

حيث أن الأطفال التوحديين يتجاوزون السنة الأولى تقريباً كما هي الحال لدى الأطفال الآخرين ولكن مع نهاية السنة الثانية يبدو واضحاً أن سلوكهم غير عادي ففهمهم للأشياء يصبح غير طبيعي واهتماماتهم محدودة والكلمات التي تم تعلمها تبدأ في الضياع وتظهر الانفعالات بأنها غير مستقرة وكذلك يضطرب نومهم. (الزريقات، ٢٠٠٤ : ٣٧٣-٣٧٤)

كما أن نمو الطفل التوحدي مع التقدم في العمر الزمني قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض أو ظهور أعراض جديدة، كما يصاحبه اختفاء لبعض الأعراض خاصة إذا توافر للطفل برنامج تأهيلي جيد. (عامر، ٢٠٠٨: ١١٦)

كما يرى الباحث أن الطفل التوحدي وأطفال متلازمة داون كالأطفال العاديين يمرون بمراحل نمو كل مرحلة تختلف عن الأخرى من حيث سماتها وخصائصها ومظاهرها النمائية، ولكن الشيء المختلف هنا أن العمر الزمني لا يتناسب مع العمر العقلي أو المعرفي أو العمر الاجتماعي أو العمر الاتصالي أو عمر المساعدة الذاتية، فهذه الأعمار تكون أقل من العمر الزمني، فنجد طفل عمره الزمني ثماني سنوات مثلاً ولكن عمره الاتصالي خمس سنوات، ومن خلال تحليل النتائج تبين أن العمر الزمني له ارتباط مع المهارات الجسمية والمهارات الاجتماعية أي أن العمر الزمني يؤثر في العمر الاجتماعي والعمر الجسيمي.

وغالباً لا يكون هناك مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي للأطفال التوحيديين ولكنها إن وجدت لا تتجاوز الثلاث سنوات. (سليمان، ٢٠٠٠: ٢٧)

الفرض التاسع:

للتحقق من صحة الفرض التاسع الذي ينص على أنه " توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-١٤) يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية

لمجموعتي الدراسة معاً

المتغير	ترتيب الولادة	العمر الجسيمي	المساعدة الذاتية	العمر الاجتماعي	العمر التعليمي	العمر الاتصالي
ترتيب الولادة	م الارتباط	٠,٣٤٥	٠,١٩١	٠,٣٠١	٠,٣٠٧	٠,٢٠٩
	م الدلالة	٠,٠١٤	٠,١٨٣	٠,٠٣٤	٠,٠٣٠	٠,١٤٥
العمر الجسيمي	م الارتباط	١	٠,٧٦٦	٠,٧٨٧	٠,٧١٢	٠,٦٤٠
	م الدلالة	٠,٠١٤	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
المساعدة الذاتية	م الارتباط	٠,١٩١	١	٠,٧٩٧	٠,٦٩٨	٠,٥٦٨
	م الدلالة	٠,١٨٣	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠
العمر الاجتماعي	م الارتباط	٠,٣٠١	٠,٧٨٧	١	٠,٧٨٦	٠,٧٢١
	م الدلالة	٠,٠٣٤	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠

العمر التعليمي	م الارتباط	٠,٣٠٧	٠,٧١٢	٠,٦٩٨	٠,٧٨٦	١	٠,٧٣٢
م الدلالة	م الدلالة	٠,٠٣٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠
العمر الاتصالي	م الارتباط	٠,٢٠٩	٠,٦٤٠	٠,٥٦٨	٠,٧٢١	١	٠,٧٣٢
م الدلالة	م الدلالة	٠,١٤٥	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠		٠,٠٠٠

جدول (٥-١٥) يوضح نتائج حساب معامل ارتباط بيرسون بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية لأطفال التوحد وأطفال متلازمة داون منفردين

متلازمة داون		التوحد	
ترتيب الولادة	المتغير	ترتيب الولادة	المتغير
١	م الارتباط م الدلالة	١	م الارتباط م الدلالة
٠,٢٧٦ ٠,١٨٢	م الارتباط م الدلالة	٠,١٨٦ ٠,٣٧٤	م الارتباط م الدلالة
٠,١٥٢ ٠,٤٦٩	م الارتباط م الدلالة	-٠,١٧٧ ٠,٣٩٧	م الارتباط م الدلالة
٠,١٦٩ ٠,٤٢٠	م الارتباط م الدلالة	٠,٠٥٣ ٠,٨٠٠	م الارتباط م الدلالة
٠,١٥٦ ٠,٤٥٧	م الارتباط م الدلالة	٠,٠٥٠ ٠,٨١٢	م الارتباط م الدلالة
٠,٠٨٨ ٠,٦٧٧	م الارتباط م الدلالة	٠,٠٥٩ ٠,٧٧٩	م الارتباط م الدلالة

يلاحظ من خلال الجداول السابقة وجود ارتباط بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، الاجتماعية والتعليمية) لدى مجموعتي الدراسة، وعدم وجود ارتباط بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) عند فئة التوحدين منفصلة ، وعدم وجود ارتباط بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) عند فئة متلازمة داون منفصلة، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) لدى مجموعتي الدراسة.

ويفسر الباحث ذلك بأن ترتيب الولادة له تأثيره على نمو القدرات النمائية لدى فئتي الدراسة وخاصة على المهارات الجسمية والاجتماعية والتعليمية، حيث أن الطفل الأول في الأسرة ليس كالطفل الأوسط أو الثاني أو الأخير فالطفل الأول يأخذ خبراته من والديه فقط ومن يحيطه من أقاربه أما الطفل الثاني فينتقى معارفه وخبراته من والديه وإخوانه الذين سبقوه في الولادة ولذلك تكون

خبراته متنوعة، فترتيب الولادة لدى الطفل التوحدي أو طفل متلازمة داون يلعب دور هام في تنمية القدرات النمائية، فعندما يكون الطفل التوحدي أو طفل داون الطفل الأول يتخبط الأهل وتسلبهم المفاجئة التفكير السليم في التعامل مع هذا الطفل كما أن الطفل يعيش وحده دون أخوة أو أخوات وهذا يؤثر على تعليمه الكثير من المهارات وكذلك يؤثر على تدريبه، أما إذا كان الطفل المعاق يسبقه أخوة وأخوات فهذا يساعد على تنمية مهاراته ويقوي تفاعله الأسري وينوع من خبراته.

فالطفل الأول دائما يمثل بداية لحياة جديدة في الأسرة ، فالأم التي تحمل لأول مرة يكون لديها توقع مصحوب بالقلق قبل الولادة ،كما أن الطفل الأول يكون مجالاً للمحاولة والخطأ في كثير من أمور التربية، وقد ينال الطفل الأول الكثير من الحماية الزائدة والتدليل.

(زهرا، ٢٠٠٣: ٣٠٥)

ومن خلال الدراسة الحالية كان ترتيب ولادة الأطفال يتراوح ما بين الثاني والرابع عشر أما الأطفال الذين كان ترتيبهم الأول فكان عددهم سبعة فقط من العدد الكلي وهذا يؤكد على أهمية ترتيب الولادة وتأثيره على تنمية القدرات النمائية.

حيث أن الطفل الأصغر عادة يمثل مكاناً خاصاً في قلبي والديه لأنه الأصغر والأضعف وقد يفوق أخوته ويكون نموه جيداً نتيجة لاستفادته من كل خبراتهم وتوجيههم ويكون والداه على مستوى أعلى من الخبرة في تربيته. وقد ينظر إليه على أنه عبء غير مرغوب فيه إذ قد يكون أكثر عرضة لاضطرابات النمو كالطفل التوحدي أو طفل ذوي متلازمة داون. (زهرا، ٢٠٠٣: ٣٠٧-٣٠٨)

ويرجع الباحث وجود ارتباط بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية (الجسمية، الاجتماعية والتعليمية) لدى مجموعتي الدراسة إلى أن الطفل الأول من الممكن أن يتعرض لصعوبات في الولادة تؤثر عليه وعلى نموه العام وتجعله أكثر عرضة للإصابة باضطرابات النمو، كما أن الطفل الأصغر كذلك يكون عرضة للإصابة بالاضطرابات لأنه من الممكن أن يتعرض لصعوبات أثناء الحمل أو الولادة خصوصاً إذا كان عمر الوالدين كبيراً.

حيث أن الطفل قد يعاني من بعض المشكلات خاصة من الناحية الجسمية وقد يكون سبب ذلك أنه الولادة الأولى للأم وقد يكون فيها شيء من العسر أو صعوبات في عملية الإرضاع.

(زهرا، ٢٠٠٣: ٣٠٦)

فالطفل حين يولد يكون مسكيناً عاجزاً عن كل شيء لكنه يستطيع أن يتطور ويكتسب كل يوم الجديد من المعرفة عن أمه وأبيه وأخوته والثدي والرضاعة ثم الحركة والحبو ثم اللعب والمشى والقراءة والأمور المعقدة . (الحلي، ٢٠٠٠: ٤٠)

ويرى الباحث أن ترتيب الطفل في الأسرة يتأثر من خلال معاملة الوالدين ومن في الأسرة للطفل المعاق حيث أن أسر الأطفال التوحديين وأطفال متلازمة داون يحاولون دائماً عدم التمييز بين أبنائهم سواء كان الأول أو الأخير فهم يحاولون مساعدته بشكل كامل ، إلا أن هناك بعض

الأسر يؤثر بهم عدد أطفالهم الكبير وبالتالي يقل اهتمامهم بأبنائهم وكأنه أصبح عادة أن يأتيه طفل ويقوم بتربيته بشكل اعتيادي وتقليدي ولا يبذل المجهود في ذلك.

ويفسر الباحث وجود علاقة بين ترتيب الولادة والقدرات النمائية الجسمية والتعليمية والاجتماعية بوجود الخبرة المتعلمة المتراكمة لدى أطفال الفئتين التي يكتسبها هؤلاء الأطفال من إخوتهم والوالدين ، حيث اتضح للباحث من خلال إجراء المقابلات وتطبيق الاختبار مع أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون أنهم يتعلمون من إخوتهم الكثير من المهارات الجسمية والتعليمية والاجتماعية وذلك لأن إخوتهم شركاء في عملية العلاج ويساعدونهم كثيراً .

الفرض العاشر:

للتحقق من صحة الفرض العاشر الذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-١٧) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب تعليم الأم لمجموعتي الدراسة

المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية Df	متوسط المربعات	معامل F	مستوى الدلالة
العمر الجسدي	بين المجموعات	٣	٧٦٧,٣٥٦	١,٤٢٦	٠,٢٤٧
	داخل المجموعات	٤٦	٥٣٨,١٧٢		
	المجموع	٤٩			
المساعدة الذاتية	بين المجموعات	٣	٥٨١,٩٧٢	٠,٨١٧	٠,٤٩١
	داخل المجموعات	٤٦	٧١٢,٠٧٠		
	المجموع	٤٩			
العمر الاجتماعي	بين المجموعات	٣	٨٤١,٣٧٣	٢,٢٩٧	٠,٠٩٠
	داخل المجموعات	٤٦	٣٦٦,٢٣٤		
	المجموع	٤٩			
العمر التعليمي	بين المجموعات	٣	٦٩٤,٧٤٦	٢,٣٣٧	٠,٠٨٦
	داخل المجموعات	٤٦	٢٩٧,٣٠٨		
	المجموع	٤٩			

			٤٩	١٥٧٦٠,٤٢٠	المجموعات المجموع	
		٣٦٣,٤٣٠	٣	١٠٩٠,٢٩٠	بين المجموعات	العمر الاتصالي
		١٧٤,٣٨٥	٤٦	٨٠٢١,٧١٠	داخل المجموعات	
٠,١١٥	٢,٠٨٤		٤٩	٩١١٢,٠٠٠	المجموع	

جدول (٥-١٨) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب تعليم الأب

لمجموعتي الدراسة

المتغير		مجموع المربعات	درجة الحرية Df	متوسط المربعات	معامل F	مستوى الدلالة
العمر الجسدي	بين المجموعات	٢٦٦٩,٠٦٧	٣	٨٨٩,٦٨٩	١,٦٧٩	٠,١٨٥
	داخل المجموعات	٢٤٣٨٨,٩٣٣	٤٦	٥٣٠,١٩٤		
	المجموع	٢٧٠٥٨,٠٠٠	٤٩			
المساعدة الذاتية	بين المجموعات	٢٤١٦,٦٤٤	٣	٨٠٥,٥٤٨	١,١٥٥	٠,٣٣٧
	داخل المجموعات	٣٢٠٨٤,٤٧٦	٤٦	٦٩٧,٤٨٩		
	المجموع	٣٤٥٠١,١٢٠	٤٩			
العمر الاجتماعي	بين المجموعات	٢٢١٧,٢٨٠	٣	٧٣٩,٠٩٣	١,٩٨٢	٠,١٣٠
	داخل المجموعات	١٧١٥٣,٦٠٠	٤٦	٣٧٢,٩٠٤		
	المجموع	١٩٣٧٠,٨٨٠	٤٩			
العمر التعليمي	بين المجموعات	١٩٣٣,١٨٧	٣	٦٤٤,٣٩٦	٢,١٤٤	٠,١٠٨
	داخل المجموعات	١٣٨٢٧,٢٣٣	٤٦	٣٠٠,٥٩٢		
	المجموع	١٥٧٦٠,٤٢٠	٤٩			
العمر الاتصالي	بين المجموعات	٨٥٤,٤٩٥	٣	٢٨٤,٨٣٢	١,٥٨٧	٠,٢٠٥
	داخل المجموعات	٨٢٥٧,٥٠٥	٤٦	١٧٩,٥١١		
	المجموع	٩١١٢,٠٠٠	٤٩			

يلاحظ من خلال الجداول السابقة عدم وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين لدى مجموعتي الدراسة.

يفسر الباحث ذلك بأن المستوى التعليمي للوالدين لا يلعب دوراً هاماً في تنمية القدرات النمائية لدى مجموعتي الدراسة، أي أن تعليم الوالدين لا يعني أنهم على دراية كاملة أو جزئية بمهارات التعامل مع أطفال التوحد أو أطفال متلازمة داون، حيث أن هناك آباء وأمّهات مستواهم

التعليمي منخفض ولكنهم يعلمون الكثير من المعلومات عن كيفية التعامل مع أطفالهم التوحديين وأطفال متلازمة داون، كما أن هناك الكثير من المتعلمين ولديهم أعلى الدرجات العلمية ولا يعلمون الكثير عن أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، مما يؤدي إلى عدم تنمية القدرات النمائية لدى فئتي الدراسة بشكل جيد.

حيث أن هناك أربع أصناف للآباء فمنهم المجموعة الانسحابية يتواجدون في الدول التي لم يتم التعرف فيها على التوحد فهم يعزلون أبنائهم في البيت ، والمجموعة السلبية منهم آباء متأكدين من وجود علاج يحل جميع مشاكلهم وهم مطيعون للأخصائيين، ومنهم من يكون اهتمامهم الرئيس في اخبرني ما علي أقوم به وليس لماذا أقوم به، والمجموعة النشيطة وهم الذين يبحثون عن أي معلومات كمحاولة للعثور على علاج فهم يسافرون من أجل استشارة أخصائي أو يجربوا علاج عرفوا عنه وهم متأكدون من أنهم يبذلوا جهدهم من أجل ابنهم ، والمجموعة المنطقية ويقرر هؤلاء الآباء أن يغيروا تركيزهم ويصبحوا آباء أخصائيين ويفترضون أن الأخصائيين قد يكونون على خطأ فهم لا يستطيعون معرفة كل شيء. (الإمام والجوالدة، ٢٩: ٢٠١١-٣٢)

ويرجع الباحث عدم وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى للمستوى التعليمي للوالدين إلى أن الوالدين يعيشون نفس الظروف القاسية وهي معاناة أحد أبنائهم من الإعاقة وبالتالي لا بد من أن يبذلوا الجهد حتى يساعدوا أبنائهم على تطوير مهاراتهم وقدراتهم النمائية بغض النظر عن مستواهم العلمي فنجد الأمي والعالم في نفس المكان يعانون من هم واحد وهو الإعاقة التي تفتك بأبنائهم، ويحاولون جاهدين للتخلص من تلك الإعاقة بشتى الوسائل لاسيما أن هذه الإعاقات حديثة على المجتمع الفلسطيني والتعامل معها يشوبه الكثير من الغموض.

ولتقديم خدمات تربية مناسبة للأطفال فإن الوالدين يحتاجون لمعلومات ومهارات علمية حول إعاقة أبنائهم وطرق العلاج وإتقان استراتيجيات تعليم محددة لتمطين طفلهم من اكتساب سلوكيات جديدة، كما يحتاجون لأن يكونوا على مقربة من أطفالهم ومعرفة القانون الخاص بحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة للدفاع عن حقوق طفلهم في الخدمات المتوفرة والمناسبة أيضاً.

(الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣٢)

إن الوالدين يلعبون دوراً هاماً في توفير بيئة داعمة، فهم عنصر هام يجب أن يشارك في عملية تعليم الطفل، ولذلك يحتاجوا إلى تعلم أساليب تعليم المهارات التكيفية وضبط السلوك المشكل لدى أطفالهم، وذلك يعمل على زيادة فرص تعليم الأطفال وتحسين نوعية حياة الأسرة والتخفيف من الضغوطات النفسية.

كما يشير الباحث إلى أن تقبل الأسرة لوجود معاق داخلها يلعب دوراً كبيراً في بذل الأسرة كل الجهود حتى يساعدوا ابنهم المعاق لتنمية مهاراته وقدراته النمائية، حيث أن الوالدين اللذين

يتقبلان ابنهم المعاق ويعتبرونه هدية واختبار من الله بالتأكيد سوف يبحثون عن كل المعلومات المتعلقة بإعاقة ابنهما ويتعلمون الأساليب التي تمكنهم من التعامل مع ابنهم المعاق بغض النظر عن المستوى التعليمي لهما، حيث يشملانه بكل الحب والود والحنان والرعاية ، وعلى العكس تماماً فإن الوالدين الغير متقبلان لابنهما المعاق فلن يكون مجهودهما كالسابق ذكرهم حتى ولو كان مستواهم التعليمي مرتفع فهم ينكرون أن يكون لهم ابن معاق ويخجلون منه وهذا يؤثر على الطفل بشكل سلبي.

فهناك دور مهم على الوالدين أن يؤديانه لأنهما يتواجدان مع الطفل وقتاً أكثر من تواجده بالمركز، وإن عملية تفهم الأسرة تقود إلى التقبل والتقبل يقود إلى بذل الأسرة مزيداً من الجهود في تربية ولدها وتدريبه والبحث عن أفضل السبل لمنع مضاعفات الحالة وتطوير الإمكانيات المتوفرة لديه وأقل ما يفعله هو قبوله والتفاعل الإيجابي معه. (عامر، ٢٠٠٨: ١٧٥)

ويضيف الباحث أن ثقافة الوالدين كذلك تلعب دور مهم في تنمية القدرات النمائية لأطفال فئتي الدراسة بعيداً عن المستوى التعليمي حيث أن الكثير من المتخصصين والمربين والآباء لا يعرفون أي معلومات عن إعاقة التوحد ومتلازمة داون وهذا يضعف من الخدمات المقدمة لفئتي الدراسة ويؤكد أن المستوى التعليمي للوالدين لا يؤثر في وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون.

الفرض الحادي عشر:

للتحقق من صحة الفرض الحادي عشر الذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير نوع الأسرة لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث بحساب معامل "ت" للفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-١٩) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب نوع الأسرة لدى مجموعتي الدراسة

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسمي	نووية	٤٢	٦١,٨٥٧	٢١,٦٣٧	٤٨	٠,٠٣٩	٠,٩٦٩	غير دالة
	ممتدة	٨	٦١,٥٠٠	٣٣,٥١٣				
المساعدة الذاتية	نووية	٤٢	٦٢,٧٦١	٢٣,٥٨٩	٤٨	-٠,٦٠٥	٠,٥٤٨	غير دالة
	ممتدة	٨	٦٩,٠٠٠	٤٠,٣٩٨				

العمر الاجتماعي	نووية	٤٢	٤٥,٠٩٥	١٧,٠٩٢	٤٨	-٠,٤٧٣	٠,٦٣٩	غير دالة
	ممتدة	٨	٤٨,٧٥٠	٣٢,٣٠١				
العمر التعليمي	نووية	٤٢	٣٩,٧١٤	١٦,٩٩٦	٤٨	١,١٣٦	٠,٢٦١	غير دالة
	ممتدة	٨	٣١,٨٧٥	٢٢,٣٦٩				
العمر الاتصالي	نووية	٤٢	٢٦,٨٥٧	١٣,٠٥٢	٤٨	٠,٠٦٧	٠,٩٤٧	غير دالة
	ممتدة	٨	٢٦,٥٠٠	١٧,٤٢٧				

يلاحظ من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى لمتغير نوع الأسرة ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير نوع الأسرة لدى مجموعتي الدراسة.

ويفسر الباحث ذلك بأن أسر أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون يتعرضون لنفس الظروف تقريباً في المجتمع الفلسطيني حيث أن التعامل مع الإعاقتين من قبل الوالدين يحتاج إلى تطوير كما يحتاج الوالدين أنفسهم للتدريب على التعامل مع مثل هذه الإعاقات هذا إضافة إلى حداثة انتشار هذه الإعاقات في المجتمع الفلسطيني مما يجعل من الصعب على المربين والأخصائيين التعامل معها ، مما أدى في آخر الأمر للتشابه في التعامل من قبل الأسر الممتدة والنووية لدى فئتي الدراسة أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون . و من خلال ملاحظة الباحث لأسر الأطفال التوحديين ومتلازمة داون خلال المقابلات كان واضحاً أنهم يسعون جاهدين لإسعاد أبناءهم ومساعدتهم للخروج من العزلة التي يعيشونها فالكل داخل الأسرة يتكاتف من أجل هؤلاء الأطفال.

حيث يعتبر دور الأسرة أساسياً في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية للطفل التوحدي وطفل متلازمة داون فالأسرة هي التي تقضي أكبر وقت مع الطفل وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه، وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية، والوالدين هما أول من يتلقى الصدمة والمفاجأة بعد مرحلة التشخيص، ويعيشان مراحل الرفض والإنكار للحالة والتنقل من طبيب إلى آخر إلى أن يصل الأمر بهم لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة، لذلك فهم يلعبون دوراً كبيراً في نجاح هذه البرامج. وتقوم الأسرة بمساعدة الاختصاصيين على فهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى الطفل، والتي لا تظهر عادة في أماكن الملاحظة والفحص مثل العيادة أو المركز، بل تظهر لدى الأسرة فقط لأن الطفل لا يقوم بها إلا في المنزل ، لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة للوالدين منذ عملية التشخيص الأولى حتى صياغة البرامج التربوية وتطبيقها وتقييمها. ويجب أن تكون الأسرة أحد أهم أعضاء فريق العمل فليديها من المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية

العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف وتحديد الأولويات، ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل، وتدريبه على تعميم المهارات التي تعلمها في المدرسة، أو المركز ونقلها أو المركز ونقلها للمنزل. وهناك العديد من أولياء الأمور الذين وصلوا لمرحلة الابتكار في العمل مع طفلهم التوحيدي، وتوليد خيارات وبدائل جديدة لحل بعض المشكلات السلوكية التي تواجههم في المنزل وبالتالي التغلب عليها عن طريق التجريب والملاحظة، وإصرارهم على تغيير سلوك طفلهم نحو الأفضل، وإشراكه في النشاطات الاجتماعية والزيارات والتفاعل مع الآخرين. (الشرييني، ٢٠٠٥)

كما أن على أسرة المعاق أن تدرك قابلية طفلها للتعلم والتدريب والتواصل مع الآخرين وأن يكونوا متفائلين بنجاح طرق التعامل معه وعليهم بالصبر والمثابرة في العمل لإخراج ابنهم من ظلمة الانعزال والانغلاق على الذات.

ويرى الباحث أن نوع الأسرة لا يعتبر عاملاً حاسماً في تنمية القدرات النمائية لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون، حيث أن الأسرة تتعامل مع إعاقة الابن من خلال احتضانه والعطف عليه وشمله بالحنان والتعامل اللين واللطيف والصبر في تعليم هذا الطفل المهارات المتنوعة وتطويرها، فالإسلام تحدث عن دور الأسرة والوالدين في تربية أبنائهم واحتضانهم وتعليمهم كل ما يلزم للتفاعل مع المحيط الذي يعيشون فيه، فذكر القرآن في مواضع عديدة الاهتمام بالأبناء وتربيتهم وتنشئتهم التنشئة الصحيحة.

﴿يُوصِيكُمُ اللَّهُ فِي أَوْلَادِكُمْ لِلذَّكَرِ مِثْلُ حَظِّ الْأُنثِيَيْنِ﴾. (النساء: ١١)

﴿وَاعْلَمُوا أَنَّمَا أَمْوَالُكُمْ وَأَوْلَادُكُمْ فِتْنَةٌ وَأَنَّ اللَّهَ عِنْدَهُ أَجْرٌ عَظِيمٌ﴾. (الأنفال: ٢٨)

من خلال الآيات السابقة نجد توصية بالغة بالأبناء حيث أن الله عز وجل أوصى بعدم التفريق بين الأبناء والاهتمام بهم ، كما أنه أشار إلى أن الأبناء فتنة ومن يصبر يحصل على الأجر وهذا يؤكد على دور الأسرة في رعاية الأطفال بشكل عام والأطفال المعاقين بشكل خاص.

حيث يرى الباحث أن أسر أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون قد قاموا بواجبهم اتجاه أطفالهم بشكل يكاد يكون متساوي أو متشابه حيث لم تظهر أي فروق تكرر بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون تعزى لنوع الأسرة سواء كانت أسر ممتدة أو أسر نووية.

حيث تتعرض العائلة التي يعاني طفلها من الإعاقة للمصاعب والضغوطات النفسية وأكثر ما يساهم في تزايد الضغوط هي نظرة الأقارب والجيران، وتدل الدراسات أن والدي الطفل يعانين من تأنيب الضمير والغضب والشعور بالفشل والمعاناة من الروتين القاتل التي تعيشه الأسرة.

(الغريز وعودة، ٢٠٠٩: ٢٢٠)

الفرض الثاني عشر:

للتحقق من صحة الفرض الثاني عشر الذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٢٠) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي للقدرات النمائية بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة

المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية Df	متوسط المربعات	معامل F	مستوى الدلالة
العمر الاجتماعي	بين المجموعات	٢	١٢٨٤,٦٠٨	٣,٥٩٣	٠,٠٣٥
	داخل المجموعات	٤٧	٣٥٧,٤٨٢		
	المجموع	٤٩	١٩٣٧٠,٨٨٠		
العمر الاتصالي	بين المجموعات	٢	٩٢٣,٧٥٧	٥,٩٩٧	٠,٠٠٥
	داخل المجموعات	٤٧	١٥٤,٥٦٤		
	المجموع	٤٩	٩١١٢,٠٠٠		
العمر الجسدي	بين المجموعات	٢	١٥٣٢,٧٤٣	٣,٠٠٣	٠,٠٥٩
	داخل المجموعات	٤٧	٥١٠,٤٧٩		
	المجموع	٤٩	٢٧٠٥٨,٠٠٠		
المساعدة الذاتية	بين المجموعات	٢	٧٣١,٠٤٣	١,٠٤٠	٠,٣٦١
	داخل المجموعات	٤٧	٧٠٢,٩٥٨		
	المجموع	٤٩	٣٤٥٠١,١٢٠		
العمر التعليمي	بين المجموعات	٢	٨٤٦,٠٢٨	٢,٨٢٦	٠,٠٦٩
	داخل المجموعات	٤٧	٢٩٩,٣٢٧		
	المجموع	٤٩	١٥٧٦٠,٤٢٠		

جدول (٥-٢١) يوضح نتائج التحليل الوصفي للقدرات النمائية بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
العمر الاجتماعي	أقل من ١٥٠٠ شيكل	٣٤	٥٠,٤١١
	من ١٦٠٠-٣٠٠٠ شيكل	٩	٣٨,٦٦٦
	٣١٠٠ شيكل فأكثر	٧	٣١,٧١٤
	المجموع	٥٠	٤٥,٦٨٠
العمر الاتصالي	أقل من ١٥٠٠ شيكل	٣٤	٣٠,٩٤١
	من ١٦٠٠-٣٠٠٠ شيكل	٩	١٩,١١١
	من ٣١٠٠ شيكل فأكثر	٧	١٦,٥٧١
	المجموع	٥٠	٢٦,٨٠٠

يلاحظ من خلال جدول (٥-٢٠) وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية (الاجتماعية والاتصالية) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة ، من خلال إجراء تحليل المقارنات البعدية كما هو مبين في جدول (٥-٢١) اتضح وجود فروق إحصائية في العمر الاجتماعي بين المستوى الاقتصادي الأقل من ١٥٠٠ شيكل والمستوى ٣١٠٠ فأكثر لصالح المستوى الأقل. وهناك فروق إحصائية في العمر الاتصالي بين المستوى الاقتصادي الأقل من ١٥٠٠ شيكل والمستويات الأخرى لصالح المستوى الأقل من ١٥٠٠ شيكل. الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة لدى مجموعتي الدراسة.

ويفسر الباحث ذلك بأن أصحاب المستوى الاقتصادي المنخفض يتأثر نمو القدرات النمائية لديهم أكثر من أصحاب المستوى الاقتصادي المرتفع ، وهذا يعني أن بعض الأسر التي يكون مستواها الاقتصادي منخفض لا يكون المستوى الاقتصادي مشكلة بالنسبة لهم في توفير الخدمات اللازمة والأموال اللازمة لتنمية القدرات النمائية لدى أبنائهم، ويتضح ذلك من خلال قيام الأسرة بتقديم كل ما يلزم لطفلها جاهدة في ذلك أن تساعد طفلها المعاق، كما أن هناك أسر تعاني من انخفاض المستوى الاقتصادي فهي غير قادرة على مساعدة أبنائها أو تقديم بعض الخدمات لهم. كما أن الوازع الديني يلعب دوراً كبيراً حيث يؤمن الأهل بأن الرزق من الله تعالى وأن وجود هذا الطفل في الأسرة هو اختبار من الله عز وجل وبالتالي هم يقومون بتوفير ما يتمكنوا منه لمساعدة ابنهم في تنمية قدراته النمائية وهم قانعين تماماً بما لديهم وأن الله لن يضيعهم.

قال تعالى: ﴿مَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجاً * وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بَالِغُ أَمْرِهِ قَدْ جَعَلَ اللَّهُ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا﴾ الطلاق ٢-٣

ويشير الباحث إلى أن الغنى والفقير بإرادة الله سبحانه وتعالى ولكن الفرد بإرادته وتفكيره في إدارة حياته يجعل من حياته حياة كريمة سعيدة وكذلك يجعل من حياة أبنائه حياة جيدة ، وبذلك تتغلب الأسر الفقيرة على فقرها وتساعد أبنائها في تنمية قدراتهم النمائية التي تساعدهم للخروج للمجتمع والتعامل معه بالشكل المطلوب.

إن الدعم المعنوي للأسرة مهم جداً لهذه الأسر لكن قد تعاني بعض الأسر من قلة المال وعدم القدرة على تلبية المصاريف الطبية والتعليمية للطفل، ولذلك على الأسر الانتقال من مرحلة تسوق الخدمات والمساعدة من الغير إلى مرحلة التقبل للطفل والتأقلم مع المصاعب التي تنتج عنها واستخدام كافة مصادر الدعم المتاحة والمشاركة في البرامج العلاجية المقدمة لطفلهم.

(الغريب وعودة، ٢٠٠٩: ٢٢٠)

ويؤكد العلماء على أهمية الأسرة في ارتقاء شخصية الطفل وعلى أهمية دور كل فرد من أفراد الأسرة في عملية النمو النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل وخاصة في سنواته الأولى .

(عامر، ٢٠٠٨: ١٧٦)

وإذا كان لديك طفل معاق قد يعني هذا نفقات مالية أخرى من حيث زيادة النفقات أو المخصصات لحاجات الطفل الخاصة، هذا إضافة إلى النفقات لإعادة إصلاح ما يدمره الطفل أو يخربه، أو نفقات المربية التي ترعى الطفل ، وكلما تقدم الطفل في العمر تصبح النفقات المالية أكثر. (الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣٩)

كما يرى الباحث أن هناك أسر لديها أكثر من طفل معاق سواء بالتوحد أو متلازمة داون مما يؤدي معاناة مالية مضاعفة تضع الأسر الفقيرة تحت ضغوط نفسية واجتماعية ومالية وهذا بالتالي يؤدي إلى ضعف في تنمية القدرات النمائية لدى الأطفال.

ومما يخفف عن الأهالي من الأعباء المالية هو مساعدة الجمعية لأطفال متلازمة داون وأطفال التوحد وتوفير الخدمات اللازمة لهم داخل المؤسسة من أجل تطوير مهاراتهم وقدراتهم النمائية. ولكن هناك بعض الأهالي الذين عبروا عن ضيقهم لعدم وجود فروع أخرى للجمعية في محافظات غزة مما يؤدي لإرهاقهم مادياً من أجل الوصول لمقر الجمعية وخصوصاً أطفال التوحد في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة حيث أنه يوجد فرع للجمعية ولكنه لا يقدم الخدمات الخاصة بأطفال التوحد.

الفرض الثالث عشر:

للتحقق من صحة الفرض الثالث عشر الذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير وجود قرابة لدى مجموعتي الدراسة "، قام الباحث بحساب معامل "ت" للفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (٥-٢٢) يوضح نتائج حساب معامل "ت" للفروق في القدرات النمائية بحسب وجود قرابة

لدى مجموعتي الدراسة

المتغير	النوع	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العمر الجسدي	يوجد	٢٠	٥٩,٣٠٠	٢٧,٠٦١	٤٨	-٠,٦١٠	٠,٥٤٥	غير دالة
	لا يوجد	٣٠	٦٣,٤٦٦	٢١,١١٩				
المساعدة الذاتية	يوجد	٢٠	٦٢,٥٠٠	٣١,٠١٠	٤٨	-٠,٢٧٢	٠,٧٨٧	غير دالة
	لا يوجد	٣٠	٦٤,٦٠٠	٢٣,٦١٨				
العمر الاجتماعي	يوجد	٢٠	٤١,٦٠٠	٢٢,٤١٨	٤٨	-١,١٩٠	٠,٢٤٠	غير دالة
	لا يوجد	٣٠	٤٨,٤٠٠	١٧,٨٧٦				
العمر التعليمي	يوجد	٢٠	٣٣,٧٥٠	١٨,٦٢٠	٤٨	-١,٥٣٧	٠,١٣١	غير دالة
	لا يوجد	٣٠	٤١,٦٠٠	١٧,٠٥٢				
العمر الاتصالي	يوجد	٢٠	٢٤,٩٠٠	١٤,٢٠٨	٤٨	-٠,٨٠١	٠,٤٢٧	غير دالة
	لا يوجد	٣٠	٢٨,٠٦٦	١٣,٣٣٣				

يلاحظ من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى لمتغير وجود قرابة ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) تعزى لمتغير وجود قرابة لدى مجموعتي الدراسة. وهذا يتفق مع دراسة الخطيب (٢٠٠٤).

يفسر الباحث ذلك بأن القدرات النمائية لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون هي بنفس المستوى في حال قياسها مع متغير وجود قرابة ، فالقرابة التي بين الوالدين لم تؤثر في مجموعة دون الأخرى وإنما كان نمو القدرات لدى أطفال المجموعتين متشابهاً، حيث أن الوالدين سواء كانوا أقرباء أو لم يكونوا فهم يعملوا بكل قوتهم وطاقتهم لتنمية مهارات أبنائهم وقدراتهم النمائية، وابتقلوا

بين الأخصائيين لمعرفة الأساليب التي من خلالها يمكن التعامل مع أطفالهم. ومن هذا المنطلق يجب اختيار الأزواج لبعضهم البعض على أسس علمية وبعد إجراء الفحوصات اللازمة. فالاختيار السليم للزوج و الزوجة يجب أن يراعى سواء بالنسبة للمصابين بعاهات جسمية أو عقلية أو زواج الأقارب أو السن غير الملائمة للإنجاب، وهذا كفيل بالحد من الإعاقة، ولا يمكن الوصول إلى ذلك إلا من خلال مراكز طبية تتولى فحص الراغبين في الزواج.

(عامر، ٢٠٠٨: ١٨٩)

كما يرى الباحث أن قوة الدافعية الموجودة لدى الآباء والأمهات لمساعدة أطفالهم جعلتهم يقدمون أفضل ما يستطيعون تقديمه لأطفالهم بمساعدة الجمعية ، فوجود الدافع القوي جعلهم يتحدون الإعاقة ويتخطون وجود قرابة بينهم من عدمها مما ساعدهم على تنمية مهارات أطفالهم. فقد يواجه آباء الأطفال الحزن والغضب وخيبة الأمل وغيرها من ردود الفعل الانفعالية المعقدة التي تظهر لاكتشاف طفل معاق في الأسرة والحاجة إلى التوضيح لإشباع حاجات طفلهم ، معظم الآباء يتعاملون بفاعلية مع هذه الحاجات ، كما قد يواجهون ضغوط نفسية خلال عملية التنشئة لطفلهم.

(الزريقات، ٢٠٠٤: ٣٣١)

ويلعب الآباء دوراً هاماً في تشجيع وتسهيل نمو طفلهم من خلال توفير بيئة آمنة وداعمة ونماذج مناسبة والاستفادة من الفرص الطبيعية لنقل المعرفة والمعلومات لهم. فالآباء إما معلمين لابنهم أو مدافعين عنه والبعض يمكن أن يقوم بالدورين . (الزريقات، ٢٠٠٤: ٢٠٢) كما يرى الباحث انه لم يثبت حتى الآن أن وجود قرابة بين الزوجين يعتبر سبب في وجود إعاقة لدى الطفل سواء كان التوحيدي أو طفل متلازمة داون، فمن خلال تطبيق الباحث للاختبار وإجراء المقابلات كان واضحاً أن كثير من أفراد العينة يوجد بين والديهم قرابة عائلية. حيث أن هناك دراستين أجريتا في بريطانيا والولايات المتحدة تشيران إلى أن التوحد ربما يكون له علاقة بعوامل بيئية مثل الظروف التي تعرض لها الجنين داخل الرحم.

(الغرير وعودة، ٢٠٠٩: ٥٥)

كما ويرجع الباحث عدم وجود فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في القدرات النمائية تعزى لمتغير وجود قرابة إلى الرعاية المقدمة من المؤسسة للأطفال التوحيدين وذوي متلازمة داون ومراعاة الفروق الفردية بينهم ومراعاة القرابة الموجودة بين الأزواج ، إضافة إلى المساعدة التي تقدمها المؤسسة لأهالي أطفال التوحد ومتلازمة داون من خلال المحاضرات ولقاءات التوعية التي تساعد الأهالي في كيفية التعامل مع أبنائهم ذوي الإعاقة، والتواصل المستمر بين الأهالي والمؤسسة.

حيث أن الأهالي لا يركزون على وجود القرابة من عدمها فالأمر سيان بالنسبة لهم ولذلك يكون تركيزهم على مدى قدرتهم على تقديم كل ما يحتاجه أبنائهم من خدمات ومساعدة لتطوير

مهاراتهم وقدراتهم ،وكذلك يركزون على الاستفادة من القدرات الموجودة لدى أبنائهم لتطويرها بأفضل الوسائل ولذلك لم نرى أي فروق بين أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون في تنمية القدرات النمائية (الجسمية، المساعدة الذاتية، الاجتماعية، التعليمية والاتصالية) لديهم على الرغم من وجود كثير من الاختلاف بين الفئتين إلا أن الأهل في الفئتين يتعاملون مع أبنائهم بمشاعر واحدة وهي المحافظة عليهم وحمايتهم وتقديم كل نفيس وغالي من أجل إخراجهم من هذه الإعاقة.

ثانياً: التوصيات:

1. اهتمام المربين والآباء والمؤسسات بأطفال التوحد وأطفال متلازمة داون وتوفير الإمكانيات اللازمة لمساعدتهم وعلاجهم.
2. متابعة أحوال أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون الاجتماعية والأكاديمية والاتصالية والإطلاع على كل ما هو جديد في مجال التوحد ومتلازمة داون من قبل الآباء والمتخصصين.
3. التواصل بين الأسر التي لديها طفل يعاني من إعاقة التوحد ومتلازمة داون من خلال المؤسسات والإذاعة وغيرها من الأماكن التي تساعد في تسهيل التواصل.
4. توفير خدمات التدخل المبكر لأطفال التوحد لما لها من دور مؤثر في تنمية مهاراتهم.
5. اهتمام الدولة بظاهرة جديدة في المجتمع الفلسطيني وهي التوحد ومتلازمة داون، ومحاولة السيطرة عليها وإعطائها أهمية في التعامل والبحث.
6. زيادة جهد المؤسسات المعنية بالتعامل مع هذه الفئات من خلال توفير الإمكانيات اللازمة لعلاج مثل هذه الفئات وتقديم الخدمات اللازمة لها.
7. توفير وإيجاد الأماكن التي تتناسب مثل هذه الفئات وتتاسب قدراتهم الجسمية ومختلف قدراتهم.

ثالثاً: المقترحات:

- يقترح الباحث الموضوعات التالية للباحثين حتى يقوموا ببحثها ودراستها وهي:
1. فاعلية برنامج علاجي معرفي واتصالي لتنمية المجال اللغوي والاتصالي لدى أطفال التوحد.
 2. العلاقات الاجتماعية بين أسر أطفال التوحد ومدى تأثيرها على تنمية مهاراتهم.
 3. الضغوط النفسية التي يتعرض لها والدي أطفال التوحد ومتلازمة داون(دراسة مقارنة).
 4. مدى فعالية برنامج الدعم النفسي في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون.
 5. التوافق النفسي والاجتماعي لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون.
 6. فاعلية برنامج التدخل المبكر في تطوير القدرات النمائية الجسمية لدى أطفال متلازمة داون.

٧. التوافق النفسي لدى آباء الأطفال المتوحدين وعلاقته برعاية أطفالهم المتوحدين.

المراجع والملاحق

أولاً: المراجع

- قائمة المراجع العربية
- قائمة المراجع الأجنبية

أولاً:المصادر والمراجع العربية:

١. القرآن الكريم.
٢. أبو حلاوة، محمد السعيد(١٩٩٧): المرجع في اضطراب التوحد التشخيص والعلاج، المكتبة الالكترونية، موقع أطفال الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة.
٣. أحمد، فاطمة أمين(٢٠٠٣): مهارات الممارسة المهنية في خدمة الفرد مع الأطفال التوحديين - دراسة مطبقة على الأخصائيين العاملين بمجال التوحد، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الخامس عشر، الجزء الأول، (ص ص٤٣٩-٤٩٨).
٤. إبراهيم، علا عبد الباقي(٢٠١١): اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه أسبابه وطرق علاجه، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.
٥. الإمام، محمد صالح و الجوالده، فؤاد عيد (٢٠١٠): سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة (٤) - التوحد ونظرية العقل، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان.
٦. الإمام، محمد صالح(٢٠١٠): قضايا وآراء في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن.
٧. الإمام، محمد صالح و الجوالدة، فؤاد عيد(٢٠١١): سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة (٥) - التوحد رؤية الأهل والأخصائيين، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن.
٨. الإمام، محمد صالح و الجوالده، فؤاد عيد (٢٠١١): سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة (٦) - اضطرابات النمو الشامل، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن.
٩. البطاينة، أسامة محمد والجراح، عبد الناصر زياب وغوانمة، مأمون محمود (٢٠٠٩): علم نفس الطفل غير العادي، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان، الأردن.
١٠. الجارحي، سيد جارحي (٢٠٠٥): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد التاسع عشر، ص ص٣٤٦-٣٥٧.

١١. الجمعية اللبنانية للأوتيزم-التوحد (٢٠٠٨): تعا نلعب - دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعاني من التوحد، لبنان.

١٢. الجمعية اللبنانية للأوتيزم-التوحد (٢٠٠٦): أنا وفريق التأهيل - التأهيل الشامل للطفل المتوحد، لبنان.

١٣. الحلبي، موفق هاشم (٢٠٠٠): الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين، الطبعة الثانية، مؤسسة الريالة، بيروت لبنان.

١٤. الخطيب، جمال (٢٠٠٦): مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان.

١٥. الخلف، موسى (٢٠٠٣) العصر الجينومي، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٩٤، مطابع السياسة، الكويت.

١٦. الخطيب، عبد الرحمن عبد الرحيم (٢٠٠٤): مشكلات الأطفال التوحديين وخدماتهم الإرشادية والاجتماعية - دراسة مسحية لبعض مراكز الرعاية في البحرين، مجلة كلية التربية: التربية وعلم النفس جامعة عين شمس، العدد الثامن والعشرون، الجزء الأول، ص ٩٧-١٢٩.

١٧. السرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل (٢٠١٠): الإعاقات الجسمية والصحية، دار الفكر، عمان.

١٨. السلمي، عبد الله بن مرشود (٢٠٠٩): فاعلية استخدام أساليب الاشراف الكلاسيكي لدى ثورنديك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى، الرياض.

١٩. الشرييني، محمد (٢٠٠٥): الأطفال التوحيديون ودور الأسرة في البرامج العلاجية،

www.alrasedu.gov.sa/index/forum/showthread.php?t=1117&page.

٢٠. الشمري، محمد بن خلف(٢٠٠٧): تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

٢١. العسرج، عبد الله بن عبد العزيز(٢٠٠٦): فاعلية استخدام التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية الخيرية بالرياض، رسالة ماجستير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

٢٢. العزة، سعيد حسني(٢٠٠١): التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، الطبعة الأولى، دار العلمية الدولية للنشر ودار الثقافة، عمان، الأردن.

٢٣. العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٥): الانطواء النفسي والاجتماعي الطفل الذاتوي، الطبعة الأولى دار النهضة العربية، بيروت.

٢٤. الروسان، فاروق(٢٠٠٧): مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٢٥. الريحاني، سليمان طعمه والزيقات، إبراهيم عبد الله وطنوس، عادل جورج(٢٠١٠): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٢٦. الزراع، نايف بن عابد (٢٠٠٤): قائمة تقدير السلوك التوحيدي، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٢٧. الزراع، نايف بن عابد(٢٠٠٦): تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان، الأردن.

٢٨. الزراع، نايف بن عابد(٢٠١٠): المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٢٩. الزريقات، إبراهيم عبد الله (٢٠٠٤): التوحد الخصائص والعلاج، الطبعة الأولى، دار وائل، عمان، الأردن.

٣٠. الزريقات، إبراهيم عبد الله (٢٠٠٩): **التدخل المبكر النماذج والإجراءات**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣١. القمش، مصطفى نوري و المعاينة، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٩): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣٢. القمش، مصطفى نوري (٢٠١١): **الإعاقة العقلية النظرية والممارسة**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣٣. القمش، مصطفى نوري و المعاينة، خليل عبد الرحمن (٢٠١٠): **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة**، الطبعة الثالثة، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣٤. القمش، مصطفى نوري (٢٠١١): **الإعاقات المتعددة**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣٥. القمش، مصطفى نوري (٢٠١١): **اضطرابات التوحد السباب التشخيص العلاج دراسات علمية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٣٦. المعيدي، عوض بن محب (٢٠٠٩): **المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى دراسة مقارنة بين أطفال التوحد والتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة**، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، الرياض.

٣٧. المغلوث ، فهد بن حمد (٢٠٠٦): **التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه**، الطبعة الأولى، مؤسسة الملك خالد الخيرية : الرياض.

٣٨. الميلادي، عبد المنعم عبد القادر (٢٠٠٦): **المعاقون ذهنياً**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

٣٩. اللهيبي، نادية بنت عبد الرحمن(٢٠٠٩): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي
لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية للاقتصاد المنزلي،
جامعة أم القرى، الرياض.

٤٠. بخش، أميرة طه (٢٠٠٢): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في
خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين، مجلة العلوم التربوية قطر، السنة الأولى،
العدد الأول، (ص ص ١٢٧-١٥٨).

٤١. بدر، إبراهيم محمود(٢٠٠٤): الطفل التوحدى تشخيص وعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية،
القاهرة.

٤٢. بطرس، بطرس حافظ (٢٠١٠): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهه، الطبعة الثانية،
دار المسيرة، عمان، الأردن.

٤٣. بطرس، بطرس حافظ (٢٠١١): إعاقات النمو الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة،
عمان، الأردن.

٤٤. بوشيل ووايدنمان وسكولا، ترجمة كريمان بدير(٢٠٠٤): الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة،
الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.

٤٥. بيومي، لمياء عبد الحميد(٢٠٠٨): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية
بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة قناة السويس، العريش.

٤٦. حسن، منى خليفة (٢٠٠١): فاعلية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدى "دراسة حالة"،
مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد السابع والثلاثون، ص ص ١٠٣-١٤١.

٤٧. حسن، منى خليفة(٢٠٠٤): فاعلية التدخل المبكر المكثف في تحسين السلوك التكيفي
للأطفال التوحديين باستخدام التحليل التطبيقي، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد السابع
والأربعون، ص ص ١٨٨-٢٦٦.

٤٨. حكيم، راببة إبراهيم (٢٠٠٤): دليلك للتعامل مع التوحد، الطبعة الأولى، عيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال، جدة.

٤٩. حمدان، محمد زياد(٢٠٠٢) : التوحد لدى الأطفال - اضطراباته وتشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة، الفيحاء.

٥٠. جوردن، ريتا وبيول، ستيفورات، ترجمة رفعت محمود بهجات(٢٠٠٧): الأطفال التوحيديون جوانب النمو وطرائق التدريس، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.

٥١. جوهري، أحمد(٢٠٠٥): معايشة مع أطفال التوحد اتجاهات حديثة للمدرسين وأولياء الأمور، الطبعة الأولى، الكويت.

٥٢. خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٥): سيكولوجية الطفل التوحيدي، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن .

٥٣. خطاب، محمد أحمد وحمزة، أحمد عبد الكريم(٢٠٠٨): سيكولوجية العلاج باللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان، الأردن.

٥٤. عبد الله، محمد قاسم(٢٠٠١): الطفل التوحيدي أو الذاتوي الانطواء حول الذات ومعالجته اتجاهات حديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.

٥٥. عامر، طارق عبد الرؤوف و محمد، ربيع عبد الرؤوف(٢٠٠٨): الإعاقة العقلية، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة، القاهرة.

٥٦. عامر، طارق(٢٠٠٨): الطفل التوحيدي، الطبعة العربية الأولى، دار اليازوري، عمان، الأردن.

٥٧. عامر، طارق عبد الرؤوف و محمد، ربيع عبد الرؤوف (٢٠٠٨): التخلف العقلي سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة، القاهرة.

٥٨. عبد القادر، موفق بن عبد الله (٢٠١١): منهج البحث العلمي وكتابة الرسائل العلمية، الطبعة الأولى، دار التوحيد، الرياض.

٥٩. عبد العال، سلامة منصور (٢٠٠٢): فعالية العلاج السلوكي في خدمة الفرد في علاج المشكلات السلوكية لأطفال متلازمة داون، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد الثالث عشر، ص ٣٠٧-٣٥٢.

٦٠. عبيد، ماجدة السيد(٢٠٠٠): تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر، القاهرة.

٦١. عسلي، كوثر حسن (٢٠٠٦) : التوحد، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن.

٦٢. عليوات، محمد عدنان(٢٠٠٧): الأطفال التوحيديون، الطبعة العربية، دار اليازوري، عمان، الأردن.

٦٣. علي، محمد النوبي محمد (٢٠١٠): مقياس الوعي الفونولوجي لدى المراهقين التوحيديين الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.

٦٤. غزال، مجدي فتحي(٢٠٠٧): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحيديين في مدينة عمان، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

٦٥. رضوان ، فوقية حسن(٢٠٠٨) : التشخيص التكاملي والفارقي للإعاقة العقلية، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، القاهرة .

٦٦. زهران، حامد عبد السلام(٢٠٠٣): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، الطبعة السادسة، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة.

٦٧. سليمان، عبد الرحمن سيد وشند، سميرة محمد وسعيد، إيمان فوزي (٢٠٠٣): دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحيدي، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
٦٨. سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٠): محاولة لفهم الذاتوية، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
٦٩. سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٠): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة الجزء الأول، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
٧٠. شاهين، عوني معين (٢٠٠٨): الأطفال ذوي المتلازمة داون مرشد الآباء والمعلمين، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان، الأردن.
٧١. شبلي، فادي رفيق (٢٠٠١): إعاقة التوحد المعلوم المجهول، الطبعة الأولى، المكتبة الالكترونية موقع أطفال الخليج.
٧٢. شكشك، أنس عبدو (٢٠٠٩): الأمراض النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان.
٧٣. فرج، عبد الطيف حسين (٢٠٠٧): الإعاقة العقلية والذهنية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٧٤. قنديلجي، عامر والسامرائي، إيمان (٢٠٠٩): البحث العلمي الكمي والنوعي، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان، الأردن.
٧٥. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٢): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيدين، الطبعة الأولى، دار الرشاد، القاهرة.
٧٦. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٢): الأطفال التوحيديون دراسات تشخيصية وبرامجية، الطبعة الأولى، دار الرشاد، القاهرة.

٧٧. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٣) : مقياس الطفل التوحيدي، الطبعة الثانية، دار الرشاد، القاهرة.

٧٨. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠): بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحيديين وأقرانهم المعاقين عقلياً، مجلة كلية التربية بالزفازيق، العدد الخامس والثلاثون، (ص ص ٩-٣٦).

٧٩. محمد، عادل عبد الله (٢٠٠١): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحيديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال، مجلة الإرشاد النفسي، السنة التاسعة، العدد الرابع عشر، ص ص ٤٧-٧٩.

٨٠. مجيد، سوسن شاكر(٢٠١٠): التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، الطبعة الثانية، دار دبيونو، عمان، الأردن.

٨١. مجيد، سوسن شاكر(٢٠٠٨): اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن.

٨٢. مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل(٢٠١١): سمات التوحد، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.

٨٣. نصر، سهى أحمد (٢٠٠٢): الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة، عمان، الأردن.

٨٤. نور الدين، مريم (٢٠٠٦): فعالية برنامج تدريبي معرفي في تحسين بعض العمليات المعرفية المنبثقة من نظرية"باس" لدى عينة من الأطفال حاملي متلازمة داون، دراسات نفسية، المجلد السادس عشر، العدد الرابع، ص ص ٦٤١-٦٧٤.

٨٥. هالاهان، دانيال وكوفمان، جيمس، ترجمة عادل عبد الله محمد(٢٠٠٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٨٦. هيفلين، جون وأليمو، دونا فيورينو، ترجمة نايف عابد الزراع ويحيى فوزي عبيدات (٢٠١١): الطلاب ذوو اضطرابات طيف التوحد ممارسات التدريس الفعالة، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن.

٨٧. وشاحي، سماح نور (٢٠٠٣): التدخل المبكر وعلاقته بتحسين أداء مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، رسالة ماجستير منشورة، جامعة القاهرة.

٨٨. يوسف، محمد فوزي و بورسكي، ياروسواف كفاشي (٢٠٠١): متلازمة داون حقائق وإرشاد، الطبعة الأولى، منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

89. Alpern.Gerald,Boll.Thomas&Shearer.Marsha(2000):**Developmental Profile,Western Psychological Services**,[www.acf.hhs.gov/ programs/opre/ehs/perf_measures/reports/resources_measuring/res_meas_cdil.html](http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/perf_measures/reports/resources_measuring/res_meas_cdil.html)
90. Allik.Hiie, Larsson.Jan-Olov & Smedje.Hans (2006): **Insomnia in school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism**, BMC psychiatry, 6:18,www.biomedcentral.eo.
91. Allman, Melissa and DeLeon,Iser ,Editors Alessia c.Giordano and Viola. Lombardi(2009): **Causes and risks for autism** Published by Nova Science Publishers, New York.
92. Arvio. Maria, Hautamaki. Jarkko& Tilikka. Pirkko(2006): Reliability and validity of the Portage assessment scale for clinical studies of mentally handicapped populations, first published online, **Child: Care, Health and Development** Volume 19, Issue 2, pages 89–98, March 1993.
93. Annaz. D, Karmiloff-Smith A, Johnson. MH & Thomas. MS(2009): **Across -syndrome study of the development of holistic face recognition in children with autism, Down syndrome, and Williams syndrome**, J Exp Child Psychol, Apr;102(4):456–86, Birkbeck College.University of London, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pub med/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/).
94. Breton ,Marilyn Le(2004): **Diet Intervention and Autism Implementing the Gluten Free and Casein Free Diet for Autistic**

Children and Adults, second Edition, Jessica Kingsley Publishers, London.

95. Buitelaar, Jan K & Edited by Gregory Bock and Jamie Goode (2003): **Autism: Neural Basis and Treatment Possibilities**, Novartis Foundation, UK.
96. Coppedè. Fabio, Grossi. Enzo, Migheli. Francesca & Migliore. Lucia (2010): **Polymorphisms in folate-metabolizing genes, chromosome damage, and risk of Down syndrome in Italian women: identification of key factors using artificial neural networks**, Coppedè et al. BMC Medical Genomics University of Pisa, Italy, <http://www.biomedcentral.com>.
97. Department of health and human services national institutes of health (2007): **Autism Spectrum Disorders, Pervasive Developmental Disorders** With Addendum January.
98. De Souza. E, Alberman. E & Morris. JK (2010): **Down's syndrome: screening and antenatal diagnosis regionally in England and Wales 1989-2008**, J. Med. Screen; 17(4):170-5, Queen Mary University of London, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
99. DiGiuseppi. C, Hepburn. S, Davis. JM, Fidler. DJ, Hartway. S, Lee. NR, Miller. L, Ruttenber. M & Robinson. C (2010): **Screening for autism spectrum disorders in children with Down syndrome: population prevalence and screening test characteristics**, J. Dev. Behav. Pediatr. Apr; 31(3):181-91, USA, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

100. Edgin.JO, Mason.GM, Allman.MJ, Capone.GT, Deleon.I, Maslen.C, Reeves.RH,Sherman.SL&Nadel.L(2010):**Development and validation of the Arizona Cognitive Test Battery for Down syndrome** ,J.Neurodev Disord,1;2(3):149–164, University of Arizona, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
101. Golan ,Ofer & LaCava, Paul G & Cohen, Simon Baron , Edited by Robin L. Gabriels& Dina E. Hill(2007): **Growing Up with Autism Working with School–Age Children and Adolescents**, The Guilford Press, London.
102. Kaminsky, L& Dewey, D(2002): **Psychosocial adjustment in siblings of children with autism**, J. Child Psychol Psychiatry, Feb;43(2):225–32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
103. Kaplan, Melvin(2006): **Seeing Through New Eyes Changing the Lives of Children with Autism ,Asperger Syndrome and Other Developmental Disabilities Through Vision Therapy**, First published, Jessica Kingsley Publishers,London.
104. Kawa.R & Pisula.E(2010): **Locomotor activity, object exploration and space preference in children with autism and Down syndrome**, Acta Neurobiol Exp (Wars)70(2):131–40, University of Warsaw, Poland,www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
105. Kissgen. R & Schleiffer. R (2002): **Specificity hypothesis of a theory of mind deficit in early childhood autism**, Z Kinder

- Jugendpsychiatr Psychother, 30(1):29–40, German, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
106. McGrath. Robert J, Laflamme. David J, Schwartz. Amy P, Stransky. Michelle & Moeschler. John (2009): **Access to Genetic Counseling for Children With Autism, Down Syndrome, and Intellectual Disabilities**, Pediatrics is the official journal of the American Academy of Pediatrics, Volume 124, Supplement 4, <http://pediatrics.aappublications.org/>.
107. Minnes, P & Steiner, K(2009): **Parent views on enhancing the quality of health care for their children with fragile X syndrome, autism or Down syndrome**, Child Care Health Dev, Mar; 35 (2): 250–6, Canada, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
108. Molloy. CA, Murray. DS, Kinsman. A, Castillo. H, Mitchell. T , Hickey. FJ & Patterson B(2008): **Differences in the clinical presentation of Trisomy 21 with and without autism**, J Intellect Disabil Res, OH, USA, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
109. Myles, Brenda Smith, Swanson, Terri Cooper, Holverstott, Jeanne, and Duncan, Megan Moore(2007): **Autism spectrum disorders : a handbook for parents and professionals** , First Printing, Praeger Publishers, London.
110. Naoi, Nozomi & Editor Johnny L. Matson(2009): **Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders**, Springer New York Dordrecht Heidelberg London.

111. Prasher.V, Ninan.S& Haque.S (2011): **Fifteen-year follow-up of thyroid status in adults with Down syndrome**, J Intellect Disabil Res, University of Birmingham, UK, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
112. Quartino, Alberto Rasore, Edited by JA Rondal and J Perera(2006): **Down Syndrome: Neurobehavioural Specificity**, John Wiley & Sons Ltd, England.
113. Rondal, Jean Adolphe & Perera, Juan(2006): **Down Syndrome Neurobehavioural Specificity**, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester England.
114. Rossman,Ian and Bloom, Emanuel DiCicco– ,Editor Zimmerman. Andrew(2008): **Autism Current Theories and Evidence**, Springer, USA.
115. Shallah, Lubna Abd Allah(2008):Evaluation of Early Intervention Program Provided By the Right to live society for children with Down Syndrome In Gaza Strip family perspective, **Unpublished Master**, Islamic University, Gaza.
116. Smith,Tristram & Mazingo, Dennis & Mruzek,Daniel & Zarcone, Jennifer , Edited by Eric Hollander & Evdokia Anagnostou (2007): **Clinical Manual for the Treatment of Autism**, First Edition , American Psychiatric Publishing, Inc.
117. Stone, Florica(2004): **Autism–The Eighth Colour of the Rainbow Learn to Speak Autistic**, First Printing, Jessica Kingsley Publishers ,London.

118. Turkington, Carol & Anan, Ruth(2007): **The Encyclopedia Of Autism Spectrum Disorders**, An imprint of Infobase Publishing, New York.
119. Volkmar, Fred R& Paul, Rhea & Klin ,Ami & Cohen ,Donald(2005): **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders**, Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior, Third Edition, John Wiley & Sons, Inc, New Jersey.
120. Yildirim. A & Yildirim. MS (2010): **Hopelessness of mothers who have children with Down syndrome**, Selçuk University, Genet Couns;21(4):375–80, Turkey.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
121. Zager, Dianne (2005):**Autism Spectrum Disorders Identification, Education, and Treatment, Third Edition**, lawrence erlbaum Associates New Jersey London.

ثانياً: الملاحق

ملحق رقم (١)

رسالة لجمعية الحق في الحياة



هاتف داخلي: 1150

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

عمادة الدراسات العليا

الرقم...ج.س.ع/35/..... Ref

2011/06/21

التاريخ..... Date

السادة الأفاضل/ جمعية الحق في الحياة
حفظهم الله،
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالب ماجستير

تهديكم عمادة الدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب/ مصطفى حسن محمد الحاج أحمد، برقم جامعي 120090055 المسجل في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص علم النفس-صحة نفسية، وذلك بهدف تطبيق أدوات دراسته والحصول على المعلومات التي تساعد في إعدادها والمعونة بـ

دراسة مقارنة بين أطفال التوحد ومتلازمة داون

والله ولي التوفيق،،

عميد الدراسات العليا

د. زياد إبراهيم مقداد



صورة إلى:-

المنفذ.

ملحق رقم (٢)

مقياس الصورة الجانبية

قائمة تطور العمر الجسمي

النصف الأول من السنة الأولى (حديثي الولادة: صفر - ٦ اشهر)

١. عندما يكون ملقيا على بطنه، هل يرفع الطفل رأسه إلى أعلى بدون دعم لمدة دقيقة على الأقل؟
٢. هل يستطيع الطفل أن يتدحرج من على بطنه إلى ظهره وبالعكس بدون مساعدة؟
٣. هل ينتقل الطفل من مكان إلى آخر بأي طريقة؟ بالزحف (وبطنه على الأرض) أو على ركبتيه (وبطنه مرتفعا عن الأرض) بأي طريقة تمكنه من مواصلة التقدم ما عدا التدحرج.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع ١: من ٧ - ١٢ شهر)

٤. هل يستعمل الطفل إصبع الإبهام مع إصبع آخر أو إصبعين ليلتقط شيئا (هكذا ينجح) أو هل يلتقط الشيء بكل يده (وبهذه الطريقة يفشل)
٥. هل ينتقل الطفل من وضع الزحف أو الجلوس إلى وضع الوقوف؟ قد يستعين الطفل بشيء ما لمساعدة ولكنه لا يستطيع بأي شخص.
٦. هل توقف الطفل عن سيلان اللعاب (الريالة)؟ وبهذا البند يكون قد نجح فيما لو سال لعبه بسبب التسنين أو أثناء الأكل.

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع ٢: من ١٣ - ١٨ شهر)

٧. هل يصعد الطفل السلم (واقفا وليس زاحفا) مستندا على الحائط، الدرايزين أو ممسكا بيد شخص لمساعدته؟ واضعا كلتا القدمين على كل درجة وبهذه يكون قد نجح.
٨. هل يمشي الطفل جيدا بدون مساعدة داخل المنزل وبدون أن يراقبه اخذ بحيث لا يقع أو يتعثر بالأشياء؟
٩. هل يفك الطفل الغطاء الورق عن قطعة الحلوى أو قطعة اللبان أو أي شيء ملفوف بورق؟

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم ١: من ١٩ - ٢٤ شهر)

١٠. هل يقذف الطفل الشيء على بعد متر واحد على الأقل بالاتجاه الذي يريده؟ في حالة ما إذا قذف الأشياء إلى أي اتجاه عفوا فلا نعتبره قد نجح.
١١. هل يصعد الطفل السلم بوضع قدم واحدة على كل درجة؟ على أن يستمر بالصعود على السلم وبنفس الطريقة السابقة، ولكن ربما يضع قدميه على كل درجة أثناء النزول.
١٢. هل يقود الطفل الدراجة بثلاث عجلات مستخدما البدالة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل ويدور على ملف واسع.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة رقم ٢: من ٢٥ - ٣٠ شهر)

١٣. لو رسمت خط عمودي مستقيم هل يستطيع الطفل أن يرسم مثله مستخدما القلم، أو ألوان الشمع أو فرشاة رسم؟ السؤال هو هل لدى الطفل القدرة الكافية للتنسيق بين العين واليد لرسم خط بدلا من الشخبطة.
١٤. هل يقفز الطفل بكلتا قدميه معا دون أن يقع من أعلى شيء يرتفع ٢٠ سم على الأقل عن الأرض (مثل درجة سلم أو صندوق)؟
١٥. هل يستطيع الطفل أن يتحرك من مكان لآخر قفزا أو وثبا بكلتا قدميه معا؟ وعلى الطفل أن يكون قادرا لكي يذهب بهذه الطريقة لمسافة ثلاثة أمتار على الأقل.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة بعد الرضاعة ٣: من ١٣ - ٣٦ شهر)

١٦. هل يستعمل الطفل المقص بيد واحدة لقص ورقة أو قطعة قماش؟ واليد الأخرى قد يستعملها لحمل الورقة أو قطعة القماش، أو قد يحملها له شخص آخر. الطفل يجب أن يكون قادرا على استخدام المقص للقص أكثر من التمزيق.
١٧. هل يستطيع الطفل أن يقفز للأمام على قدم واحدة بدون ساند لمسافة واحد ونصف متر على الأقل؟
١٨. هل يصعد الطفل عادة السلم ويهبط منه واضعا قدم واحدة على كل درجة؟ وقد يستخدم الحائط أو الدرابزين ولكن هذا لا يهم كعادة للتوازن أو كساند.

من ٣ سنوات إلى ٣ سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة: من ٣٧ - ٤٢ شهر)

١٩. هل يستطيع الطفل أن يرمي بكرة (من أي حجم) لآخر بالغ واقف على بعد ١,٥ متر على الأقل.
٢٠. هل يمسك الطفل الكرة الباب الداخلي ويفتحه؟ على سبيل المثال لا بد أن يكون الطفل قادرا على أن يلف الأكره ويدفع باب الحمام غير المقفل ليفتحه.

٢١. هل يستطيع الطفل أن يستخدم المقص ليقص دائرة قطرها ٥ سم مرسومة على ورقة على أن لا يبتعد عن الخط أكثر من ٥ ملم داخل أو خارج الدائرة؟ على الطفل أن يحمل الورقة ويدورها بيد واحدة بينما يقص باليد الأخرى؟

عمر ٤ سنوات: (مرحلة ما قبل المدرسة: من ٤٣ - ٥٤ شهر)

٢٢. هل يلتقط الطفل الكرة (من أي حجم) المقذوفة له من شخص بالغ يقف على بعد متر ونصف من أمامه؟ على الطفل أن يلتقط الكرة ٥٠% من المرات.

٢٣. هل يستطيع الطفل أن يقفز إلى الأمام على قدم واحدة لمسافة ٣ متر على الأقل دون الحاجة إلى أن يقف ويعاود القفز.

٢٤. هل يقفز الطفل عن الحبل بقدم واحدة وبكلتا قدميه مرتين على الأقل، أو يستطيع أن يقفز عن عدة أشياء دون توقف؟ (الأشياء يجب أن تكون على ارتفاع ٢٠ سم على الأقل).

عمر ٥ سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة: من ٥٥ - ٦٦ شهر)

٢٥. هل يستطيع الطفل أن يستخدم المفتاح لفتح وقفل الباب؟ (قفل بمفتاح)

٢٦. هل يستطيع الطفل عمل كرة من الطين صلبة بما فيه الكفاية لتبقى متماسكة عندما تقذف على الأقل لمسافة ٢،٢٥ متر، أدوات أخرى مثل طينة أو عجينة يمكن أن تستعمل ويلزم لنجاح المهمة القدرة على القذف لمسافة ٢،٢٥ متر.

٢٧. هل يستطيع الطفل أن يلعب الحجلة؟ هذا يتضمن القدرة على الحبل على قدم واحدة على نقطة معينة ليحجل ويدور بدون السقوط ثم يستمر بالحبل.

6 سنوات المرحلة الابتدائية ١: ٦٧ - ٧٨ شهر)

٢٨. هل يستطيع الطفل أن يتزحلق؟ التزحلق يعني أن يكون الطفل قادر على دفع قدم واحدة بانزلاق واحدة بعد الأخرى. يمكن أن يكون هناك محاولات غير ناجحة، لكن في معظم الوقت يستطيع الطفل أن يقطع على الأقل ثلاثة أمتار.

٢٩. هل يستطيع الطفل أن يقص صورة لحيوان أو شخص بدون أن يبعد أكثر من ٢،١ سم عنها؟

٣٠. هل يستطيع الطفل أن ينط الحبل؟ الطفل يجب أن يكون قادراً على مسك طرفي الحبل والنط أو الحبل أو القفز لثلاث مرات متتالية عندما يكون الحبل فوق رأسه أو أسفل قدميه.

7 سنوات (المرحلة الابتدائية ٢: ٧٩ - ٩٠ شهر)

٣١. هل يستطيع الطفل أن يلتقط ويحمل كرسي مطبخ أو سفرة من غرفة إلى أخرى؟

٣٢. هل يستطيع الطفل أن يجري سريعا لدرجة كافية حتى يتسابق مع طفل عادي غير معوق عمره ثمانية سنوات في سباق أو لعبة المسافة؟
٣٣. هل يستطيع الطفل أن يمسك كرة تمسك بيد واحدة عندما تحذف إليه برقة من مسافة ٢,٥ متر (الطفل يجب أن يمسكها على الأقل ٥٠% من الوقت)

8 سنوات (المرحلة الابتدائية ٣ : ٩١ - 102 شهر)

٣٤. هل يستطيع الطفل أن يشعل عود كبريت؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على إشعال الكبريت خلال ٤ محاولات. (ملاحظة: إذا كان هذا الشيء يعتبر غير مناسب فاستعملي فقط نمرة ٣٥ أو ٣٦ لهذه المرحلة أعطي ٦ شهور بدلا من أربعة لكل مهمة).
٣٥. هل يستطيع الطفل أن يستعمل مفتاح المنزل ويفتح الباب الأمامي والخلفي للمنزل؟
٣٦. هل يستطيع الطفل أن يغمز بعين واحدة عندما يطلب منه بدون إغماض العين الأخرى؟

9 سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية ١٠٣ - ١١٤ شهر)

٣٧. هل يستطيع الطفل أن يصفر لحن معروف؟
٣٨. هل يتبارى الطفل بالرياضة مثل كرة القدم، السلة، الطائرة أو العدو مع أطفال آخرين من عمر ١٠ - ١١ سنة ويظهر على الأقل نفس مهارة الأطفال الآخرين من المجموعة؟
٣٩. هل عند الطفل المهارة الكافية ليقود دراجة في الشارع أو خلال حركة سير معتدلة؟

قائمة تطور المساعدة الذاتية

النصف الأول من السنة (حديثي الولادة: من صفر - ٦ شهور)

١. هل يحاول الطفل الحصول على أدوات أمامه قريبة ولكنها بعيدة عن متناول يده؟
٢. هل يمسك الطفل بشخص أو بأداة لمدة ٥ ثواني على الأقل؟ قد يفعل هذا بمسك اليد كلها أو بالأصابع أو بإصبع واحدة.
٣. هل يمسك الطفل بزجاجة رضاعة (ليس من الضروري أن يسندها) بيديه أو بقدميه عندما يشرب منها وفي حالة الرضاعة الطبيعية يعطي إشارة صح في حالة إمساكه بالصدر أثناء الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الرضيع ١ : ٧ - ١٢ شهر)

٤. هل يساعد الطفل باللبس بفتح ذراعيه لللبس الكم أو دفع قدمه لللبس الحذاء؟
٥. هل يستطيع الطفل أن يتجول داخل المنزل بدون أن يحتاج للمراقبة باستمرار ربما هناك حاجة للكشف على الطفل بين الحين والآخر لمعرفة مكانه ونشاطه؟
٦. هل يستطيع الطفل أن يشرب من زجاجة أو كوب يحملها شخص آخر؟

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع ١٣ - ١٨ شهر)

٧. هل يخلع الطفل حذاءه أو كلساته بدون مساعدة؟ الحذاء يجب أن يكون مفكوك قبل أن يخلعه الطفل. هذا يجب أن يكون من ضمن خلع الملابس وليس على صورة لعب.
٨. هل يشرب الطفل من كوب صغير بدون مساعدة؟ الطفل يجب أن يمسك الكوب بمهارة كافية بحيث لا يكب كثيرا.
٩. هل يستعمل الطفل ملعقة بدون مساعدة ومع قليل من السكب على ملابسه؟

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة ١ : ١٩ - ٢٤ شهر)

١٠. هل يعرف الطفل الفرق بين الطعام والأشياء التي لا تؤكل؟ بالرغم من انه يضع شيئا غير الطعام في فمه إلا انه لا يمضغه ولا يبيلعه.
١١. هل يستطيع الطفل أن يخلع معطفه بدون مساعدة عندما تكون الأزرار والسوستة مفتوحة؟
١٢. هل يستعمل الطفل شوكة لأكل الطعام الجامد عندما تتوفر الشوكة؟ (الملقعة يمكن أن تكون مفضلة أكثر) لكن الطفل قد يظهر القدرة على استعمال الشوكة أمام الآخرين.

العمر سنتان إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة ٢ : ٢٥ - ٣٠ شهر)

١٣. هل ينشف الطفل يده بدون مساعدة بحيث يصبحوا جافين بعد أن يكونوا قد غسلوا بواسطة شخص آخر؟

١٤. هل يفهم الطفل ويبقى بعيدا عن الأخطار العامة؟ الاحتراس بألا يسقط عن الدرج أو من مكان مرتفع أو توريته خطر مثل زجاج مكسور وشوارع مزدحمة أو حيوانات غريبة، كل هذه الأشياء أمثلة لهذه المهارة.

١٥. هل يستطيع الطفل أن يطعم نفسه كليا باستعمال شوكة وملعقة وزجاجة بالطريقة الصحيحة؟

العمر سنتان ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة ٣: ٣١ - ٣٦ شهر)

١٦. هل يستطيع الطفل أن يرتدي معطفه بدون مساعدة؟ هذا لا يتضمن التزير.

١٧. هل يستطيع الطفل أن يفك أزرار كبيرة، سوست، رباطات أحذية؟

١٨. هل يستطيع الطفل أن يرتدي حذاءه؟ ليس من الضروري أن يلبس الطفل الحذاء الصحيح للقدم أو يربط أو يفك الحذاء حتى ينجح بهذه المهمة؟

العمر ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة ١: ٣٧ - ٤٢ شهر)

١٩. هل يقوم الطفل باحتياجاته المرحاضية بدون مساعدة؟ هذا يعني الخلع، المسح والارتداء. والطفل لا يحتاج ليعيد تزيير الأزرار أو ربط السحاب لكي ينجح في هذه المهمة.

٢٠. هل يتبول الطفل أكثر من مرة واحدة في الشهر على نفسه بما في ذلك الاستيقاظ والنوم والبول والبراز؟

٢١. هل يغسل الطفل عادة وجهه ويداه بطريقة مقبولة وينشفها بدون مساعدة؟

العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٢: ٤٣ - ٥٤ شهر)

٢٢. هل يلبس الطفل نفسه تماما ما عدا ربط حذاءه وأشياء أخرى تحتاج إلى تزيير؟ الطفل يجب أن يكون قادرا على التحكم بقميص عادي أو بلوزة بأزرار وبالسحابات.

٢٣. هل يستطيع الطفل أن يخفي لعبة بترتيب عندما يطلب منه؟ (الطفل يحتاج أن يذكر أكثر من مرة).

٢٤. هل يستطيع الطفل أن يحضر صحن من البسكويت والحليب؟ هذا يتضمن إحضار الصحن والبسكويت والحليب وصب الحليب على البسكويت في الصحن.

العمر ٥ سنوات (مرحلة ما قبل الدراسة ٣: ٥٥ - ٦٦ شهر)

٢٥. هل يستعمل الطفل سكينه طعام لفرد المربى أو الزبدة على الخبز والبسكويت؟

٢٦. هل يستطيع الطفل أن يجيب على التليفون ويخبر الشخص الرسالة المحددة؟ الطفل يجب أن يقول "الو" ويقول ما إذا كان الشخص المطلوب يستطيع أو لا يستطيع الحضور إلى التليفون .

ملاحظة إذا لم يتوافر تلفون فيجب ترك هذا البند، يكون البند ٢٥ و ٢٧ من المساعدة الذاتية تأخذ مدة ٦ شهور بدلا من ٤ شهور .

٢٧. هل يستطيع الطفل أن يحضر ساندويتش؟ هذا يتضمن القدرة على إحضار الطعام الصحيح من الثلاجة أو الخزانة أو صندوق الخبز ووضع الأشياء معا بالسند وبش؟

العمر ٦ سنوات (المرحلة الابتدائية ١: ٦٧ - ٧٨ شهر)

٢٨. هل يستطيع الطفل أن يستعمل السكين بطريقة صحيحة لقطع اللحم والخبز أو أي أطعمة مشابهة؟ المساعدة ربما تحتاج أن نقدم للطفل عند قطع أطعمة مثل الدجاج أو اللحم السميك.

٢٩. هل يفرشي أو يمشط الطفل شعره بعناية كافية بحيث لا يحتاج مساعدة شخص كبير إلا في حالات خاصة؟

٣٠. هل يستطيع الطفل أن يقوم بمهام منزلية لا تحتاج أن تعاد من قبل شخص كبير مرة في الأسبوع؟ عمل المهام بعد أن يطلب منه مقبول.

العمر ٧ سنوات (المرحلة الابتدائية ٢: ٧٩ - ٩٠ شهر)

٣١. هل بنى الطفل أو أصلح شيئا يحتاج إلى معدات حقيقية (بدون مساعدة) مثل خيط وإبرة أو شاكوش ومسمار؟ الكبار ربما يساعده بإعطاء التعليمات لكن ليس بالعمل. مثال خياطة درزة أو تصليح عربة للطفل، تعتبر أمثلة جيدة.

٣٢. هل يغسل الطفل بشكل مقبول بدون مساعدة؟ بما في ذلك إعداد حوض الاستحمام أو الدش والاغتسال وتنشيف نفسه.

٣٣. هل يستعمل الطفل الأداة المناسبة للطعام المقدم مثل شوكة للحمة وملعقة للشورية وسكينة لقطع وفرد الطعام بما يناسب عادات العائلة؟

العمر ٨ سنوات (المرحلة الابتدائية ٣: ٩١ - 102 شهر)

٣٤. هل يختار الطفل ما سيرتديه عادة بما في ذلك اختيار الملابس المناسبة للمدرسة والمناسبات الرسمية واختيار الملابس الخارجية المناسبة للطقس؟

٣٥. هل لدى الطفل مهتمان على الأقل مثل ترتيب غرفة نومه وملابسه؟ يعتبر غسل الملابس وكوبها وتلميع الأحذية وتنظيف الأثاث ومسحه وترتيب السرير أمثلة جيدة. يسمح بالتذكير للقيام بالمهمتين.

٣٦. هل يقتص الطفل ويوفر المال (من المال الموفر أو المال المكتسب أو المخصصات) بصفة جيدة بحيث يسمح له بشراء بعض الأشياء بنفسه بدون أن يخبر شخصا كبيرا.

العمر ٩ سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: ١٠٣ - ١١٤ شهر)

٣٧. هل يشتري بضعة أشياء في وقت واحد؟ يعني هذا انه يعني يستطيع الذهاب إلى أكثر من محل واحد إذا لم تكن كل الأشياء المطلوبة موجودة في المحل وكذلك يستطيع حسب المال المصروف والفكه المستعملة.

٣٨. هل اعد الطفل اثنين من المأكّل على الأقل مثل البيض بأي طريقة، حبوب الفشار أو الشورية من العلبة أو الكعك أو الجلي؟

٣٩. هل يستطيع الطفل أن يحمل وحده مسؤولية رعاية حيوان، قد يتطلب مساعدة شخص كبير بحسب حجم الحيوان ونوعه. ولكنه يجب على الطفل أن يكون مسئولاً عن إطعام الحيوان وغسله وإيوائه على أساس منتظم بدون احتياج إلى التذكير على الدوام.

قائمة تطور العمر الاجتماعي

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى ٦ شهور)

١. هل يظهر الطفل انه يريد الانتباه إليه؟ يتضمن هذا مد يده إلى أشخاص أو مناغاة أشخاص أو وقف البكاء عندما يلعب معه أحد (ولكن لا يحمله).
٢. هل يثرثر الطفل أو يصدر أصوات أخرى قد تعتبر محاولات للحديث؟ لا يتضمن هذا البكاء للحصول على انتباه أحد أو زجاجة الرضاعة.
٣. هل يظهر الطفل انفعالات سلبية (الغضب، الرفض، الخوف أو الارتداد بالنسبة إلى أشياء غير مؤلمة من الناحية الجسمية مثل الطعام المكروه أو الغرباء؟

النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع ١ : ٧ - ١٢ شهر)

٤. هل يلوح الطفل "باي باي" في الأوقات المناسبة؟ أو بدلا من هذا هل يصفق الطفل بالتقليد وعندما يلعب مع أحد؟
٥. هل يظهر الطفل انه يعرف معنى "لي" يعني هذا أن الطفل يفهم عندما يقول أحد "سيارتي" أو "أمي"؟
٦. هل يأتي الطفل عند الطلب ٢٥% من الوقت على الأقل؟

من سنة إلى سنة ونصف (الرضيع ٢ : ١٣ - ١٧ شهر)

٧. هل يبقى الطفل مشغولا وقائعا لمدة ١٥ دقيقة وهو يفعل شيئا مما ياي: ينظر إلى التلفزيون، يرسم بقلم يبني، ينظر إلى صورة يفعل نشاطا مشابها لآخر؟ قد يفعل هذا لوحده أو مع أطفال آخرين ولكن ليس بمراقبة الكبار.
٨. هل يأتي الطفل بشيء من مكان أو شخص إلى مكان آخر أو شخص آخر عند الطفل. يجب عليه أن يستطيع أن يجد الشيء بإرشادات شفوية وينفذ الإرشادات مثل "تعالى به هنا"، "احضر به إلى ماما".
٩. هل يهتم الطفل بالأشياء وبالألعاب التي يحبها الأطفال الآخريين؟ قد لا يستطيع الطفل أن يشارك أو يلعب الدور مع أطفال آخرين.

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة ١ : ١٩ - ٢٤ شهر)

١٠. هل يظهر الطفل الغيرة عندما ينتبه أحد إلى أشخاص آخرين خصوصا أشخاص من العائلة؟
قد تظهر الغيرة كالغضب أو التصرفات الطفولية أو الضوضائية أو طلبه أن يكون محمولا أو
تعبيرات الأشياء الأخرى.

١١. هل يستطيع الطفل أن يلعب بلعبة سهلة الكسر مثل بالون أو طيارة من الكرتون بدون أن
يكسرها فورا؟ قد يحدث أن تنكسر اللعبة ولكن الطفل يجب عليه أن يظهر انه يعرف الطريقة
المناسبة التي من المفروض أن يستعمل اللعبة بها كما يجب عليه أن يستطيع اللعب بها مرة
أو مرتين بدون أن يكسرها.

١٢. هل يهتم الطفل باكتشاف الأماكن الجديدة مثل بيت صديق أو حديقة جار؟ لا تكفي العين
فقط.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة ٢ - 30 - 25 شهر)

١٣. هل يذكر الطفل جنسه أو جنس الآخرين؟ مقبول منه إظهار انه يعرف أن ملابس أو أنشطة
أو لعب معينة تناسب جنسا دون الآخر.

١٤. هل يحب الطفل أن يساعد والديه في البيت؟ هل يستمتع بالأنشطة مثل التقاط الأشياء عن
الأرض أو وضع ورق الشجر في سلة، أو نفض التراب، أو إعداد مائدة الطعام أو رفعها؟

١٥. هل يظهر الطفل بالطلب أو بالإشارات احتياجه إلى الذهاب إلى المراض؟ يجب أن تكون
الإشارات أكثر من إظهار العصبية وان تظهر الطفل في حاجة إلى الذهاب إلى المراض.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة ٣ : ٣١ - ٣٦ شهر)

١٦. هل يتبع القواعد في ألعاب جماعية يشرف عليه شخص كبير؟ قد تشمل قواعد الجلوس في
دائرة أو التتابع أو التوجيهات أو تقليد القائد أو تقليد أنشطة أشخاص الجماعة الآخرين؟

١٧. هل يستطيع الطفل أن يلعب بالدور؟ يعني هذا أن الطفل يفهم فكرة انتظاره أن شخصا يلعب
قبله ويسمح للآخرين أن يلعبوا الأول ٧٥% من الوقت.

١٨. هل يعرف الطفل ما تستطيع ولا تستطيع اللعب عمله بطريقة مناسبة؟ مثلا لا يجر الطفل
عربة على رأسها بدلا من العجلات ولا يستعمل بندقية لعبة ليقطع شجرة ويعرف أن اللعب من
الكرتون لا يستطيع المشي عليها. قد يحصل أن يحدث واحد من هذه الأحداث من وقت إلى
آخر ولكن ليس كثيرا أو عادة.

من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة ١ : ٣٧ - ٤٢ شهر)

١٩. هل يلعب الطفل ألعابا جماعية مع الأطفال الآخرين مثل الصياد، الاستغماية، الحجلة، نط الحبل، البلية (الجلول) بدون الإشراف المستمر؟
٢٠. هل يستمر الطفل في العمل لمدة 30 دقيقة على الأقل مع طفل من نفس السن في مهمة واحدة مثل البناء بالمكعبات، اللعب بالرمل أو بالطين أو لعب المحلات التجارية أو لعب المدرسة، أو لعب البيت؟
٢١. هل يظهر الطفل انه يعرف أن الأشخاص الآخرين يملكون أشياء معينة عندها يجب أن يستعملها بدلا من أن يأخذها مباشرة . وهل يعرف أيضا أن صاحب عنده الاختيار الأول وقد لا يسمح للطفل أن يأخذها؟

4 سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٢ - 54 - 43 شهر)

٢٢. هل يرسم الطفل شخصا بحيث يستطيع شخص كبير أن يميز ما رسم؟ ليس من الضروري أن يكون الرسم شخصا كاملا ولكن يجب أن يكون إما رأس جسم أو رأس وعين أو انف أو فم بحيث يستطيع أي شخص كبير تمييزها.
٢٣. هل يسمح للطفل أن يلعب في حارته دون مراقبة شخص كبير؟ لا يعني هذا أن الطفل يسمح له أن يعبر الشارع لوحده.
٢٤. هل يعرف الطفل استعمال التعبيرات الآتية: "شكرا"، "من فضلك"، "عفوا" في الأوقات المناسبة؟

خمس سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٣: ٥٥ - 66 شهر)

٢٥. هل سأل الطفل أسئلة عن جسمه مثلا نبض القلب أو أين يذهب الطعام وفروق جنسية؟
٢٦. هل يظهر الطفل إدراك شعور الآخرين بقوله مثلا "هو غاضب، أو هي غاضبة" "هو خائف" و"أنت قلقة" يجب عليه أن يدرك الشعور المضبوط؟

ست سنوات (مرحلة الابتدائية ١: ٦٧ - ٧٨ شهر)

٢٧. هل يقول الطفل أسرار إلى صديق ولا يقولها إلى والديه أو إلى أشخاص كبار آخرين؟ لا يعني هذا التصرفات الشاذة فقط بل تعني انه يقول الأسرار إلى طفل آخر ولا يشرك الأشخاص الكبار فيها.
٢٨. هل يستطيع الطفل أن يزور صديقا ويلعب معه بدون مراقبة شخص كبير (ما عدا التأكد من الكبار عن وجوده مرة في الساعة)؟ يجب على الصديق إلا يكون اكبر من الطفل بأكثر من سنة.

٢٩. هل يلعب الطفل ألعاب طاولة مثل لعبة الداما مع طفل من نفس السن؟ يجب أن يكون الطفل قادر على أن يتتبع القواعد ويلعب بالدور وان يكون هناك فائز.

سبع سنوات (مرحلة الابتدائية ٢ : ٧٩ - ٩٠ شهر)

٣٠. هل عند الطفل مهمة حقيقية واحدة ينجزها مرة في الأسبوع على الأقل مثل غسل الأطباق وتقسيب وجز الحشائش، أو ترتيب سرير أو إخراج سلة القمامة أو بعض التنظيف أو نفض التراب؟ يجب أن ينفذ المهمة بشكل جيد وعامة بدون التشجيع أكثر من مرتين.

٣١. هل يعرف الطفل أن التصويت هو طريقة إقرار شيء؟ يجب عليه أن يفهم أن تحقق معظم الأشياء مبني على رأي الأغلبية.

ثمانى سنوات (المرحلة الابتدائية ٣ : ٩١ - ١٠٢ شهر)

٣٢. هل يستطيع الطفل أن يعمل في مهمات منزلية وهو يتبع قائمة مهمات لوحده وينفذها بشكل مقبول بدون التذكير على الإطلاق؟

٣٣. هل يعرف الطفل أن الشمس لن تعطيه سنا بدلا من السن المخلوع الذي يرميه عادة لها لأنها قصة خيالية وكذلك بالنسبة للجنية والساحرة؟ فهي فقط في القصص والخيال؟

تسع سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: ١٠٣ 114 - شهر)

٣٤. هل يسمح للطفل أن يخرج في الحارة؟ يجب عليه أن يبعد عن البيت على بعد ٣٠ متر على الأقل.

٣٥. هل يفضل الطفل في أحوال كثيرة أن يكون بعيدا عن البيت والعائلة (في ملعب أو عند أحد أصدقائه) حتى يكون مع أصدقائه؟

٣٦. هل يشتري الطفل بدون مساعدة الأشياء المفيدة مثل الهدايا للآخرين أو المشتريات للعائلة؟ يجب عليه أن يعرف كم من النقود يحتاج إليها وان يختار الأشياء المناسبة وان يحصل على مبلغ الفكه المضبوط.

قائمة تطور العمر الإدراكي

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة حتى ٦ اشهر)

١. هل يصبح الطفل أكثر نشاطا أو اقل عندما يدخل أحد في الغرفة أو عندما يلتقطه أحد؟

٢. هل يظهر الطفل الانتباه إلى أداة أو شخص لمدة دقيقة على الأقل؟ لا يتضمن هذا أدوات التغذية مثل زجاجة الرضاعة.

النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع ١ : ٧ - ١٢ شهر)

٣. هل يظهر الطفل انه يحب أو لا يحب أشخاص معينين أو أماكن أو أدوات معينة؟ لا يؤخذ بعين الاعتبار حب نوع معين من الطعام أو كرهه.

٤. هل يبحث الطفل في المكان المناسب عن أداة تنقل بمنأى عن الأنظار؟ مثلا إذا رأى الطفل لعبة تخبي في مكان ما، تحت مائدة أو مخدة هل يبحث الطفل عنها أم سينساها؟

من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع ٢ : ١٣ - ١٨ شهر)

٥. هل يستعمل الطفل الأقلام أو أقلام الرصاص في محاولات واضحة لرسم العلامات؟

٦. هل يستطيع الطفل الإشارة إلى جزء جسيمي واحد على الأقل إما على جسمه أو على عروسه عند الطلب؟

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة ١ : ١٩ - ٢٤ شهر)

٧. هل يعطي الطفل "واحد كمان" من شيء أو يأخذ "كمان" ملء ملعقة واحدة من الطعام إذا طلب منه أحد ذلك؟

٨. هل يذكر الطفل أو يشير إلى ٢٠ أداة أو صورة على الأقل عندما تذكر له الأدوات؟

٩. هل يعرف الطفل نفسه في صورة؟

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة ٢ : 30 - 25 شهر)

١٠. هل يجمع الطفل الأدوات باللون أو بالشكل وبالجم عندما يلعب؟

١١. هل ينسخ الطفل خطأ رأسيا مقلدا خط رسمه شخص كبير؟

١٢. هل يقول الطفل كلمات تتعلق بالجم مثل "كبير"، "صغير" كثيرا وبالاستعمالات المضبوطة؟

لا يحسب استعمال هذه الكلمات في لعبة (مثلا: ما حجم البيبي)؟

من سنتين ونصف إلى ثلاثة سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة ٣ : ٣١ - ٣٦ شهر)

١٣. هل يفهم الطفل مفهوم العدد "ثلاثة"، بحيث سيعطيك مثلا ثلاث قطع من الحلوى عند

الطلب؟

١٤. هل ينسخ الطفل شكل الدائرة بقلم رصاص؟ قد يرسم علامة بالحركة الدائرية.

١٥. هل يشير الطفل إلى لونين على الأقل بشكل مضبوط عند الطلب؟ ليس من الضروري أن يذكرهما.

من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف) مرحلة ما قبل المدرسة ١: ٣٧ - ٤٢ شهر)

١٦. هل يعد الطفل إلى ستة؟ مثلا إذا وضعت ٦ أشياء أمام الطفل وسأله احك كم شيء موجود يستطيع الطفل أن يعدها عامة بشكل مضبوط.

١٧. هل يعرف الطفل أن أنشطة معينة تحدث في أوقات مختلفة في اليوم؟ مثلا هل يعرف الطفل أن الفطور وجبة الصباح وأنه يجب عليه عندما تظلم الدنيا أن ينام؟ يحسب عليه إظهار أنه يعرف أن أنشطة معينة تحدث في أوقات معينة.

١٨. هل يرسم الطفل إشارة (+) بخط رأسي وخط متقطع أفقي بعد أن يرسمه شخص كبير؟

أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٢: ٤٣ - ٥٤ شهر)

١٩. عندما يطلب أحد من الطفل أن يرسم شخص أو عندما يرسم شخصا، هل يرسم الطفل رأسا يشابه رأسا وقسم آخر من الجسم على الأقل؟

٢٠. هل يميز الطفل أنواع العملة المتداولة بذكرها أو بالإشارة عليها عند ذكرها؟ ليس من الضروري أن يعرف قيمة الأنواع المختلفة.

٢١. هل يرسم أو ينسخ الطفل مربعا؟ يجب أن يكون للمربع زوايا قائمة وان تكون جوانبه الأربعة متساوية تقريبا.

خمس سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٣: ٥٥ - ٦٦ شهر)

٢٢. هل يقول الطفل كلمات على نفس الوزن مثل "خطة، بطة"، "هات، بات"؟

٢٣. هل رسم الطفل رسمة شخص يشابه شخص؟ يجب أن يكون للرسم الأقسام الآتية "رأس، بدن وذراعان ورجلان" من الممكن أن يكون البدن والرجلان والذراعان خطوطا فقط.

٢٤. هل يرسم الطفل أو ينسخ مثلثا؟ يجب أن تكون جوانب المثلث متساوية تقريبا.

ست سنوات (مرحلة الابتدائية ١: ٦٧ - ٧٨ شهر)

٢٥. هل يستطيع الطفل أن يخرج ١٣ أداة من مجموعة أدوات عددها 20؟

٢٦. هل يعرف الطفل عنوانه؟ إذا كان مقيما في المدينة يجب عليه أن يذكر الشارع ورقم البيت أو قد يذكر اسم مكان معروف بجوار شقته. قد تكون العناوين في الريف اقل تحديدا بل يجب

عليها أن تشمل المعلومات للبريد (مثلا رقم الشارع أو الطريق أو الصندوق) ليس من الضروري أن يعرف اسم المدينة أو الضاحية.

٢٧. إذا حكى الطفل قصة تحتوي على عشر جمل تقريبا هل يستطيع أن يرد على أسئلة بسيطة عن الحقائق الرئيسية في القصة مثل أسماء الشخصيات الرئيسية وتتابع الأحداث العامة؟

سبع سنوات (المرحلة الابتدائية ٢ : ٧٩ - ٩٠ شهر)

٢٨. هل ارتقى الطفل من الصف الأول العادي؟ لا يحسب مجرد وضعه في الصف الثاني، إذا لم يكن الطفل في مدرسة عادية (أي إذا كان يحضر حصص خاصة للمعوقين) فيجب أن يعتبره المدرس قادرا على إتمام عمل الصف الثاني في القراءة والكتابة والحساب.

٢٩. هل يكتب الطفل الحروف بصورة جيدة؟

٣٠. هل يستطيع الطفل أن يذكر أيام الأسبوع السبعة ويعرف أي الأيام تجيء قبل يوم معين وبعده؟ مثلا يجب عليه أن يستطيع قول أي يوم يجيء قبل يوم الخميس وبعده.

ثمانى سنوات (المرحلة الابتدائية ٣ : ٩١ - ١٠٢ شهر)

٣١. هل يكتب الطفل بخط الرقعة ولا يستعمل خط النسخ؟

٣٢. هل ارتقى الطفل من الصف الثاني العادي إلى صف الثالث العادي (انظر إلى فقرة ٢٨ للاستثناءات)

تسع سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: ١٠٣ - ١١٤ شهر)

٣٣. هل يستطيع الطفل أن يقول جدول الضرب حتى رقم ٦ وبأخطاء قليلة، مثلا سيعرف الطفل الأجوبة على ٦*٩، ٥*٨، ٤*٣ الخ.....

٣٤. هل حفظ الطفل ثلاثة أرقام هاتف أو ثلاثة عناوين يستطيع استعمالها؟

قائمة تطور لغة الاتصال طبقا للعمر

النصف الأول من السنة الأولى (من الولادة لغاية ٦ اشهر)

١. هل يصدر الطفل أصوات عندما يلعب؟ يجب عليه أن يلعب بالأصوات (ليس فقط أن يبكي أو يضحك أو يقرقر).
٢. هل يثرثر الطفل أو يستعمل بعض الأصوات في محاولة لتقليد الكلمات أو الحديث كأن يتظاهر بأنه يتكلم؟
٣. هل ينظر إلى مصدر الصوت عندما يبدأ مثلا أحد في الحديث؟

النصف الثاني من السنة الأولى (الطفل الرضيع ١ : ٧ - ١٢ شهر)

٤. هل يقلد في بعض الأحيان الكلمات المنطوقة مثل "بابا" أو "ماما"؟ قد لا يعرف الطفل معنى هذه الكلمات.
٥. هل يستعمل الطفل الحركات أو الإشارات كطريقة للتكلم مثلا تحريك رأسه بالنفى أو مد يديه ليحمله أحد؟
٦. هل يرد الطفل على كلام شخص كبير بإشارات مثل إشارة "باي باي" عندما يقول الشخص الكبير "باي باي" أو تحريك رأسه بالنفى والإيجاب عندما يسأله الشخص الكبير سؤالا؟

العمر من سنة إلى سنة ونصف (الطفل الرضيع ٢ : ١٣ - ١٨ شهر)

٧. هل يستعمل الطفل بعض الأصوات (كلمات حقيقية أو أصوات تشبه كلمات) ليعبر عما يريد؟ لا يحسن البكاء والأنيين للحصول على شيء.
٨. هل يذكر الطفل اسم خمسة أشياء على الأقل (ليس بالتقليد ولا تحسب أسماء الأشخاص)؟ يجب أن ينطق الأسماء بطريقة واضحة بحيث يستطيع شخص غريب أن يفهمها.
٩. هل ينفذ الطفل الأوامر مثل "أريني، تعال، روح، جيب"؟ مثلا هل يستطيع الطفل أن يشير إلى أصابع قدميه أو يذهب إلى ماما أو يأتي بملعقة عند الطلب.

من سنة ونصف إلى سنتين (مرحلة ما بعد الرضاعة ١ : ١٩ - ٢٤ شهر)

١٠. هل يستعمل الطفل ١٥ كلمة على الأقل استعمالا مضبوطا؟
١١. هل يستطيع الطفل أن يفهم بالكلام وبالإشارات انه يريد "كمان" أو "كمان واحد"؟ يجب أن تكون الإشارات أو الكلمات واضحة وليست مجرد البكاء والتلويح بيده.

١٢. هل يجمع الطفل كلمتين أو أكثر ليشكل الجمل؟ مثلا "روح أنت"، "أنت أعطي" "محمد بدو" مقبول ولكن إذا استعمل الطفل نفس الكلمتين معا بحيث يكونا ككلمة واحدة هذا ليس مقبولا.

من سنتين إلى سنتين ونصف (مرحلة ما بعد الرضاعة ٢: ٢٥ - ٣٠ شهر)

١٣. هل يكرر الطفل أجزاء من أغاني الأطفال أو يشترك فيها عندما يغنيها الآخرون؟
١٤. هل يذكر الطفل (ولا يكرر فقط) أسماء ٢٠ شيء على الأقل إذا رآها في الصور؟
١٥. هل يستعمل الطفل ٥٠ كلمة مختلفة على الأقل وهو يتكلم؟ يجب عليه أن يستعمل هذه الكلمات ولا يفهمها فقط عندما يستعملها الآخرون.

من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات (مرحلة ما بعد الرضاعة ٣: ٣١ - ٣٦ شهر)

١٦. هل يذكر الطفل اسمه ولقبه أحيانا عند الطلب؟ قد لا يفعل هذا دائما أو حتى معظم الوقت ولكن يجب عليه أن يفعل هذا بعض الوقت.
١٧. هل يستطيع الطفل أن يغني أو يقول أغنيتين للأطفال أو أغنيتين عاديتين على الأقل؟ "عيد سعيد" أو "بابا جاب لي سيارة". يجب أن يعرف بيئا واحدا من كل أغنية.
١٨. هل يجاوب الطفل جوابا صحيحا عندما يسأل ما إذا كان ولد أو بنت؟

من ثلاث سنوات إلى ثلاث سنوات ونصف (مرحلة ما قبل المدرسة ١: ٣٧ - ٤٢ شهر)

١٩. هل يقول الطفل عادة اسمه ولقبه عندما يطلب الكبار منه اسمه بالكامل؟
٢٠. هل يستطيع الطفل أن يروي قصة بالنظر إلى الصور في كتاب؟ يجب أن يقول القصة حسب ما يتمثل في الصور مع انه قد يحذف أجزاء القصة التي لا تتمثل في الصور.
٢١. هل يتحدث الطفل مع أحد عن طريق الهاتف؟ يجب عليه أن يستمع إلى الكلام من الطرف الآخر و ينتظر حتى يتوقف الشخص الآخر عن الكلام قبل أن يرد أو يتكلم. (إذا لم يكن الهاتف متاحا فاحذف هذا الرقم واحسب لكل من اتصال ١٩ واتصال ٢٠ ثلاثة اشهر بدلا من شهرين).

العمر أربع سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٢: ٤٣ - ٥٤ شهر)

٢٢. هل غنى الطفل أغنية مؤلفة من ثلاثين كلمة على الأقل؟ قد تكون كثيرا من الكلمات مكررة في الأغنية ولكن يجب على الطفل أن يغنيها لوحده.
٢٣. هل يستطيع الطفل أن يشتري شيئا من محل بدون مساعدة؟ يجب عليه أن يقول للبائع ما يريد بالضبط ويدفع ثمنه و ينتظر الفكه.

٢٤. هل يستطيع الطفل أن يقول للآخرين (إما بالكلام أو بأصابعه) عن عمره وما كان عمره العام الماضي وما سيكون عمره في العام القادم؟

العمر خمس سنوات (مرحلة ما قبل المدرسة ٣: ٥٥ - ٦٦ شهر)

٢٥. هل يسأل الطفل من وقت لآخر عن معنى كلمة ثم يستعمل هذه الكلمة عندما يتكلم؟
٢٦. هل يروي الطفل (بدون صور مساعدة) قصة مثل "ذات الرداء الأحمر"، "الدببة الثلاثة"؟ يجب عليه أن يروي كل الأجزاء المهمة في القصة.
٢٧. عندما يجادل هل يستعمل الطفل من وقت لآخر المنطق عن السبب والنتيجة؟ قد يستعمل كلمات مثل "لأن" أو "بما أن" وأيضا مثل "أستطيع أن أتفرج على التلفزيون واسهر هذه الليلة لأنه لا يوجد مدرسة غدا". يحسب هذا لأنه يبين السبب والنتيجة.

العمر ٦ سنوات (المرحلة الابتدائية ١: ٦٧ - ٧٨ شهر)

٢٨. هل يستطيع الطفل أن يتعرف على خمس كلمات مكتوبة على الأقل ويرى انه يفهما بطريقة ما؟ يجب عليه أن يقرأ الكلمات. لا أن يذكر الأشياء لأنه رأى ما يدل عليها ومكتوبة فيها مثل علب الأكل.
٢٩. هل يستطيع الطفل أن يجمع رقم هاتف أو يطلب من عامل الهاتف رقما بشكل صحيح عندما يريد أن يكلم أحدا بالهاتف؟
٣٠. هل يقول الطفل "بلادي" أو شيئا مثله؟ يجب عليه أن يكون متعلما لدعاء ما أو الأذان أو قصيدة مؤلفة من ٢٥ كلمة على الأقل معظمها غير مكرر، لا تحسب الأغاني من ضمنها.

العمر ٧ سنوات (المرحلة الابتدائية ٢: ٧٩ - ٩٠ شهر)

٣١. هل يقرأ الطفل شفويا (يقرأ حقيقيا) قصة بسيطة بحيث يستطيع أي شخص يستمع إليه متابعة هذه القصة؟
٣٢. هل يستطيع أن يروي (في ٥ دقائق تقريبا) حبكة قصة أو مسرحية أو تمثيلية تليفزيونية؟ يجب عليه أن يروي القصة كاملة (وليس الأحداث المثيرة فقط)، بحيث يستغرق ذلك خمس دقائق تقريبا.
٣٣. هل يفهم الطفل ثلاث من الإشارات غير اللفظية الأربعة الآتية:

٥ هز الكتفين بمعنى "لا اعرف" أو لست متأكدا.

٥ ممد اليد ورفع الإبهام إشارة إلى سائق لنقله مجانا.

٥ دائرة مشكلة من الإبهام والسبابة إشارة إلى ١٠٠٪

الغمز بالعين كتحية ودية أو لكي يشير انه يمزح.

العمر ٨ سنوات (المرحلة الابتدائية ٣: ٩١ - ١٠٢ شهر)

٣٤. هل يستطيع الطفل أن يذكر كلمتين على الأقل على نفس وزن الكلمات الآتية "راس بطة مين؟

٣٥. هل يغني الطفل أغاني أو يقول البيوت المشهورة من أغنية شعبية؟ لا تحسب اغني الأطفال وأغاني الأعياد.

العمر ٩ سنوات (المرحلة الابتدائية النهائية: ١٠٣ - ١١٤ شهر)

٣٦. هل استمع الطفل وفهم برنامج راديو غير موسيقي مثل الرياضة أو الأخبار أو دراما لمدة ١٠ دقائق على الأقل؟

٣٧. هل كتب الطفل رسالة وبعثها بدون مساعدة؟ يجب أن تكون الرسالة مفهومة، قد تتوفر المساعدة للعنوان والتهجئة ولكن ليس الرسالة نفسها.

٣٨. هل كتب الطفل قصيدة أو أغنية مبتكرة تشتمل على ثلاث سجعات أو قافية على الأقل؟ إذا كانت القصيدة أو الأغنية من "الشعر الحر" فيجب أن تكون مؤلفة من ٢٠ كلمة على الأقل أو أربعة سطور.